

Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä

Kaarina Isoherranen

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Helsingin yliopiston Valtiotieteellisen tiedekunnan luvalla
VTL Kaarina Isoherranen väitöskirja tarkistetaan julkisesti
12.12.2012 klo 12.00 Helsingin yliopiston päärakennuksessa
auditoriossa XII

Helsingin yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos
2012

Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18
Sosiaalipsykologia

© Kaarina Isoherranen

Kansi: Jere Kasanen

Kannen kuva: Microsoft Clip Gallery

Painettua julkaisua myy ja välittää:
Yliopistopainon kirjamyynti
<http://kirjakauppa.yliopistopaino.fi>
books@yliopistopaino.fi
PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 Helsingin yliopisto

ISSN-L 1798-9124
ISSN 1798-9124 (painettu)
ISSN 1798-9051 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-10-7663-3 (nid.)
ISBN 978-952-10-7664-0 (pdf)

Unigrafia, Helsinki 2012

Alkusanat ja kiitokset

Yhteistyö eri muodoissaan on aina ollut kiinnostuksen kohteenani. Se oli yksi motiivini lähteä opiskelemaan sosiaalipsykologiaa viisikymmentä vuotta sitten. Aktiivisen työurani loppuvaiheessa yliopettajana koulutin sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijoita ja organisaatiota moniammatilliseen yhteistyöhön. Näistä kokemuksista jäi kytämään kipinä tutkia perusteellisemmin niitä haasteita, joita moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytännön työelämään kohtaa.

Väitöskirjaprosessini on ollut monella tavalla antoisa kokemus. Se on sisältänyt vaikeita, mutta myös paljon innostuksen ja oivalluksen hetkiä. Koska lisensiaatin työni ja siihen liittyvät opinnot oli tehty jo 90-luvulla, tein tätä tutkimusta etäällä varsinaisista tutkijayhteisöistä. Se ei olisi onnistunut ilman minua ympäröiviä osaavia, avuliaita ja työskentelyäni tukevia ihmisiä, joita nyt haluan kiittää.

Ensiksi haluan osoittaa kiitokseni ohjaajalleni professori Anna-Maija Pirttilä-Backmannille. Kiitos Anna-Maija, ystävällinen, perusteellinen ja osaava ohjauksesi auttoi minua matkallani oppikirjan tekijästä tutkijaksi. On ollut ilo saada tukea ja apua nuoremmilta alan tutkijoilta. Erityisesti haluan kiittää Tuija Seppälää tärkeistä työyhteisöihin liittyvistä lähdevihjeistä, joita auliisti jaoit kanssani. Kiitos Tuija, kannustavista sähköposteistasi, jotka auttoivat minua eteenpäin. Haluan kiittää myös sosiaalipsykologian emerita professori Rauni Myllyniemeä. Kiitos, että olet ollut edelleen kiinnostunut entisen oppilaasi jatkotutkimuksesta.

Esitarkastajani professori Päivi Tynjälä ja professori Satu Kalliola ovat tehneet suuren ja perusteellisen työn. Kiitän heitä asiantuntevasta ja erittäin rakentavasta palautteesta, joka on auttanut minua työni viimeistelyssä.

Haluan esittää parhaimmat kiitokseni tutkimuksen kohteena olleen sairaalan kaikille asiantuntijoille. Te mahdollistitte tutkimukseni. Valmiutenne haastatteluihin työkiireidenne keskellä oli minulle erittäin kannustavaa. Tekin halusitte, että moniammatillista yhteistyötä tutkitaan.

Olen vuosien ajan tehnyt antoisaa yhteistyötä yliopettaja Leena Rekolan kanssa. Olemme yhdessä tutkineet ja kirjoittaneet moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvistä ilmiöistä. Haluan kiittää sinua Leena niistä ihmettelevistä, innostavista ja kannustavista keskusteluista, joita olemme moniammatillisesta yhteistyöstä käyneet. Olet tämän tutkimuksen aikana ollut minulle merkittävä tukija monella eri tavalla. Lehtori Helena Vidgren on tutkimukseni aikanakin saanut minut vähintään kerran vuodessa kohtaamaan moniammatillisesta yhteistyöstä kiinnostuneita aikuisopiskelijoita. Ne tapaamiset ovat antaneet minulle innostusta ja voimaa työhöni, kiitos Helena sinulle niistä. Haluan kiittää myös yliopettaja Raija Nurmista kiinnostuksesta ja kannustuksesta tutkimukseni aikana. Myös monet entiset kollegani ovat osoittaneet kiinnostusta aiheeseeni ja kannustaneet minua jaksamaan. Kiitos Lena, Eeva-Liisa, Laura, Hilikka, Terttu ja Leena tuestanne ja virkistävästä tapaamisista näiden vuosien aikana.

Minulla on onni omistaa yhteisen harrastuksen kautta syntynyt monen eri alan osajista koostuva ystäväpiiri. Kiitos Marja Raatikka, Jouko Karjalainen, Rose-Marie ja Börje Etholen. Olette olleet aidosti kiinnostuneita tutkimuksestani ja keskustelut kanssanne ovat olleet minulle todella merkityksellisiä. Myös yhteiset vaellusmat-

kamme ovat auttaneet minua jaksamaan. Tähän samaan harrastusystävien monitaitoiseen joukkoon kuuluvat myös kielenhuoltajani Helvi ja Eero Ollikainen. Haluan kiittää Helvi sinua siitä tarmosta ja taidosta, jolla sait minut muokkaamaan mutkikkaita lauseitani ymmärrettävään muotoon. Kiitokset myös Pirkko Raunemaalle kannustuksesta ja rentouttavista hetkistä yhteisen harrastuksemme parissa. Kollektiiviset kiitokset myös kaikille ystävilleni, jotka ovat olleet elämässäni näiden kiireisten vuosien aikana.

Tärkein tukeni ja apuni arjessa on ollut aviomieheni Seppo. Ilman sinun ymmärtävää ja kannustavaa suhtautumistasi ja tukeasi vaimosi halu vielä eläkkeellä tehdä tutkimusta ei olisi ollut mahdollista. Olet osoittanut uskomatonta joustavuutta ja kärsivällisyyttä näiden vuosien aikana, kiitos sinulle siitä. Iäkkäät appivanhempani Irma ja Aki Isoherranen ovat jaksaneet seurata kannustaen työskentelyäni. Lämpimät kiitokset teille siitä. Jälkipolvemme ja heidän puolisonsa Virpi ja Juha Tilli sekä Kirsi ja Sami Isoherranen ovat olleet mukana prosessissani monella tavalla tukien ja kannustaen. Samia haluan kiittää erityisesti osaavasta avusta tietotekniikan ongelmissa ja väitöskirjaprosessin jo kokenutta Kirsiä tuesta ja innostuksesta myös moniammatilliseen yhteistyöhön omassa työssään. Virpin kanssa on ollut antoisaa jakaa samanlaisia kokemuksia väitöskirjaprosessista. Lapsenlapsemme Henriikka, Pauliina, Salla ja Antti ovat olleet ilonani kaiken aikaa. Teidän kanssanne olen voinut välillä irrottautua omasta uurastamisestani ja heittäytyä luovan leikin ja mielikuvituksen maailmaan. Kiitokset teille kaikille siitä, että olette olleet lähelläni.

Kauniaisissa 13.11. 2012

Kaarina Isoherranen

Tiivistelmä

Työelämässä on tapahtunut viime aikoina monia muutoksia. Organisaatiot ovat kehittyneet tiimipohjaisiksi ja rakenteeltaan aiempaa matalammiksi. Asiakaslähtöiset, joustavat tiimit toimivat varsin itsenäisesti omaa toimintaansa arvioiden ja kehittären. Tietotekniikan kehittyminen mahdollistaa tarvittavan tiedon liikkumisen ja kokoamisen yhteen yli asiantuntija- ja organisaatorajojen. Asiantuntijatyö on näin muuttunut aiempaa yhteisöllisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Sosiaali- ja terveysalalla tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Moniammatillisen yhteistyön ideaalin soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi.

Tämä väitöskirjatutkimus kartoitti niitä haasteita ja ilmiöitä, joita eri asiantuntijat kohtaavat, kun heidän organisaatiossaan lähdetään kehittämään moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen kohteena oli pääasiassa akuuttihoitoa antava suuri sairaala, jonka potilaista enemmistö on vanhuksia. Tutkimus toteutui laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluin, jotka suoritettiin erikseen eri asiantuntijaryhmille ja lisäksi viidelle yhdessä työskentelevälle tiimille. Fokusryhmissä haastateltiin lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähi/perushoitajia, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja ja sosiaaliryhmiä-tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen otettiin mukaan johdon edustajina ylihoitajien ja ylilääkäreiden muodostamat fokusryhmät. Haastatteluihin osallistui kokonaisuudessaan 81 eri asiantuntijaa; asiantuntijaryhmässä 41 ja tiimeissä 40 henkilöä. Aineisto analysoitiin käyden vuoropuhelua teorian, aikaiseman tutkimustiedon ja aineiston kesken.

Tutkimuksen mukaan keskeisiksi haasteiksi osoittautuivat sovitusti joustavat roolit, vastuuky-symysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Viidentenä haasteena olivat organisaation rakenteet, jotka eivät aina mahdollista yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä. Nykitekniikan tarjoamista mahdollisuuksista huolimatta organisaatio osoittautui vaikeasti ylitettäväksi rajaksi pyrittäessä potilaslähtöiseen työskentelyyn.

Analyysin tulosten pohjalta muodostui teoreettinen malli, joka kuvaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen haasteita ja edellytyksiä sosiaali- ja terveysalalla. Koska alan toimintaa ja koulutusta säätelee lainsäädäntö, todellinen ja laajempi kulttuurinen muutos organisaatioiden toiminnassa ja asiantuntijoiden koulutuksessa edellyttää päätöksiä myös yhteiskunnallisilta ja poliittisilta päättäjiltä. Organisaatiossa ja sen koko johdossa tarvitaan yhteistä näkemystä ja tavoitetta sekä jatkuvaa tukea muutokseen, jossa potilaslähtöisyys rikkoo organisaation vanhaa toimintakulttuuria, rakenteita ja rajoja. Sosiaali- ja terveysalalla toimii myös vahvoja professiota. Professiot ja ammattijärjestöt tarvitaan mukaan työyhteisön kehittämiseen. Ilman näitä taustaedellytyksiä koko organisaatiokulttuurin uudistuminen ei onnistu. Yksilötasolla mallissa tulee esiin haasteita asiantuntijoiden valmiudessa yhteisölliseen työtapaan ja puutteita tarvittavissa kommunikointitaidoissa. Taitavan keskustelun ja dialogin sekä reflektiivisen arvioinnin taidot todettiin tärkeiksi vuorovaikutustaidoiksi moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä.

Positiivisena löydöksenä tutkimuksessa tuli esiin, että moniammatillisesti hyvin toimivissa tiimeissä oli asiantuntijoiden keskinäistä tukea ja luottamusta. Tällaisissa tiimeissä haluttiin työskennellä. Niissä kehittyi sosiaalista pääomaa, joka auttoi työssä jaksamista.

Summary

In recent years, the world of work has changed in many ways. Organisations have become team-based and their structures are flatter than before. Customer-driven, flexible teams are quite independent in evaluating and improving their own work. The development of information technology enables the required transfer and gathering of information across boundaries between experts and organisations. Thus, the work of experts has become more collective and customer-driven. In the social services and health care sector, team-based, customer-oriented collective expertise is called interprofessional collaboration. Applying the ideal of interprofessional collaboration in practice has proved challenging.

This doctoral thesis studied the challenges and phenomena faced by various experts when their organisation starts to develop interprofessional collaboration. The study mainly focused on a large hospital that provides acute treatment. Most of the hospital's patients are elderly people. This was a qualitative study. The research data was collected in focus group interviews. They were carried out with separate groups of various experts and with five teams that worked together. In the focus groups, interviews were conducted with doctors, registered nurses, enrolled nurses, occupational therapists, physiotherapists and social workers. In addition, focus groups of nursing officers and medical directors were included in the study as representatives of the management. Interviews were conducted with a total of 81 experts; 41 in the expert groups and 40 in the teams. The analysis of the data was based on dialogue between theory, earlier research data and the present data.

According to the study, the main challenges were seen in roles involving agreed flexibility, the specification of responsibilities, the practices of developing shared knowledge, as well as learning teamwork and interaction skills. Organisational structures constituted the fifth challenge. They do not always support the development of shared knowledge and a joint operating model. Despite the opportunities provided by modern technology, the organisation constituted a border that was difficult to cross when aiming for patient-driven work.

On the basis of the results of the analysis, a theoretical model was created that describes the challenges and requirements of the development of interprofessional collaboration in the social services and health care sector. Because work and training in the sector is regulated by legislation, genuine and more extensive cultural change in the operations of organisations and the training of experts requires decisions also from social and political decision-makers. The organisation and its entire management need a common understanding, joint goals and continuous support in order to implement such changes that enable a patient-driven approach to break the organisation's old operating culture, structures and limits. The social and health care sector includes many strongly established professions. The contribution of these professions and trade unions is required for the development of the work community. Without these background elements, it will not be possible to change the entire organisational culture. At the individual level, the model discloses challenges related to experts' collective work skills and shortcomings in the required communicative skills. Skilful debate and dialogue and reflective assessment were found to be important interaction skills when developing interprofessional collaboration.

A positive finding in the study was the mutual support and trust between experts in smoothly functioning interprofessional teams. The team members appreciated working in such teams. These teams developed social capital, which promoted well-being at work.

Sisällysluettelo

Alkusanat ja kiitokset	3
Tiivistelmä.....	5
Summary	6
Sisällysluettelo.....	7
1 Johdanto.....	10
2 Moniammatillisen yhteistyön juuret.....	14
2.1 Monitieteisyydestä moniammatillisuuteen	14
2.1.1 Tieteiden kehittymisen historiaa	14
2.1.2 Monitieteisyys, tieteidenvälisyys ja poikkitieteisyys	17
2.1.3 Tieteiden integroiminen	17
2.2 Moniammatillinen yhteistyö	19
2.2.1 Meta-analyysejä moniammatillisesta yhteistyöstä	23
2.3 Organisaatioiden kehittyminen	25
2.3.1 Oppivat organisaatiot	26
2.3.2 Sengen oppiva organisaatio.....	26
2.4 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla.....	29
2.5 Tiimit moniammatillisessa yhteistyössä	31
2.5.1 Moniammatillisten tiimien kehityshaasteita.....	33
3 Ryhmädynamiikka	38
3.1 Yhteistyö	38
3.1.1. Yhteistyö ryhmissä.....	38
3.2 Ryhmän toiminnan tuloksellisuus	40
3.2.1. Ryhmätyötä häiritseviä ryhmäilmiöitä	42
3.3 Tiedonmuodostus päätöksentekotilanteissa	44
3.3.1 Jaettu johtajuus.....	48
3.3.2 Vuorovaikutus ja keskustelun tasot.....	50
3.4 Vastuullisuus tiimissä	52
3.4.1 Luottamuksen merkitys yhteistyössä	54
4 Asiantuntijuus ja moniammatillinen yhteistyö.....	58
4.1 Asiantuntijuus	58
4.1.1 Professionaalinen asiantuntijuus	59
4.2.1 Reflektiivinen asiantuntijuus.....	61
4.2.2 Yhteisöllinen asiantuntijuus	63
4.2.3 Hajautunut ja verkottunut asiantuntijuus.....	65
4.3 Asiantuntijuuden haasteet ja sosiaali- ja terveysalalla.....	66
5 Organisaatiokulttuuri	70
5.1 Organisaatiokulttuuri-käsitteen historiaa	70
5.1.1 Erilaisia määrittelyjä organisaatiokulttuureista	70
5.2 Kaksi pääsuuntausta organisaatiokulttuurisessa orientaatioissa.....	72

5.3 Organisaatiokulttuurin muutos	73
5.3.1 Yksilö muuttuvassa organisaatiokulttuurissa	74
5.4 Organisaatiokulttuurin tutkimusten lähestymistapoja	76
5.4.1 Sosiaali- ja terveysalan organisaatiokulttuurit	77
5.4.1.1 Tutkimuksia sosiaali- ja terveysalan kulttuureista	77
6 Tutkimuksen konteksti ja tutkimuskysymys	81
6.1 Tutkimuksen kohteena oleva sairaala ja sen muutosprosessi	81
6.1.1 Sairaala.....	81
6.1.2 Muutosprosessi.....	81
6.2 Tutkimuskysymykset	82
7 Tutkimuksen toteutus ja tutkimusmetodi	84
7.1 Aineiston keruu	84
7.1.1 Fokusryhmähaastattelujen toteutus	87
7.2 Aineistolähtöisestä teoriasta	89
7.2.1 Charmaz ja konstruktivistinen aineistolähtöinen teoria	92
7.3 Analyysin toteutus	97
8 Analyysin tulokset	100
8.1 Sovitut, joustavat roolit	101
8.1.1 Roolit.....	102
8.1.2 Roolirajojen ylitykset.....	110
8.2 Vastuuajattelun kehittyminen	115
8.2.1 Asiantuntijan ammatillinen vastuu.....	115
8.2.2 Yhteisvastuu.....	118
8.2.3 Yhteenveto ja pohdintaa vastuuajattelusta	120
8.3 Yhteisen tiedon luominen	122
8.3.1 Erilaiset tapaamisfooromit	123
8.3.2 Kirjattu informaatio ja epäviralliset keskustelut	125
8.3.3 Kommunikaatio.....	126
8.3.4 Yhteenveto ja pohdintaa yhteisen tiedon luomisesta	128
8.4 Organisaatio rakenteena ja rajana	131
8.4.1 Potilaslähtöisyys ja organisaatio	131
8.4.2 Organisaation rakenne ja johtaminen	133
8.4.3 Organisaatio rajana.....	136
8.4.4 Yhteenveto ja pohdintaa organisaatiosta rakenteena ja rajana	137
8.5 Moniammatillisen yhteistyön oppiminen	140
8.5.1 Reflektiivisen arvioinnin ja yhteisen tiedonmuodostuksen taidot.....	141
8.5.2 Tiimioppiminen.....	143
8.5.3 Yhteenveto ja pohdintaa oppimisesta.....	146
9 Moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli	149
10 Yhteenvetoa ja pohdintaa	153
11 Tutkimuksen arviointia	164
11.1 Laadullisen tutkimuksen arviointi.....	164
11.2 Tutkimusaineiston ja analyysin arviointia.....	165

Lähteet.....	170
Liite 1	193
Liite 2	195
Liite 3	196
Liite 4	197
Liite 5	198
Liite 6	199
Liite 7	200

1 Johdanto

Moniammatillinen yhteistyö on jo pitkään ollut käsite, jota on käytetty, kun on kuvattu sosiaali- ja terveysalan työn kehittämisen suuntaviivoja ja mahdollisuuksia selvittää tulevaisuuden haasteista. Nykyisin sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden ongelmat ovat hyvin monelta eri alueelta, eikä useinkaan vain yhden tieteen viitekehys tai yhden osaamisalueen hallinta riitä niiden ratkaisemiseen. Lisäksi tietomäärä sekä tiedon ja osaamisen vaatimukset ovat lisääntyneet eri aloilla niin paljon, ettei kukaan asiantuntija enää yksin voi hallita kokonaisuutta. Potilaat ja heidän läheisensä osaavat ja haluavat myös vaikuttaa enemmän itseään koskeviin ratkaisuihin. Moniammatillinen yhteistyö nähdään tässä tilanteessa ratkaisukeinona, jossa asiakaslähtöisesti kootaan yhteen eri toimijoiden tieto ja osaaminen sekä muodostetaan yhteinen tavoite. (Housley 2003, Meads & Ashcroft 2005, Eloranta & Kuusela 2011). Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikassa (esim. Kaste 2008 - 2011) korostetaan hoidon ja palvelujen tuottamista asiakaslähtöisesti eri hallintoalojen ja ammattiryhmien välisenä yhteistyönä. Näin ei ole vain meillä, vaan kehityssuuntaus on ollut globaali. (Meads & Ashcroft 2005; Payne 2000; Housley 2003, Petri 2010).

Useat kansainväliset järjestöt mm. WHO, OECD (Meads & Ashcroft 2005) ovat antaneet julkilausumia, joissa moniammatillinen ja monitieteinen yhteistyö nähdään yhtenä tärkeänä keinona modernisoida sosiaali- ja terveysalan toimintaa. Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä voidaan toteuttaa erilaisissa tilanteissa hallinnollisesta suunnittelusta asiakkaan päivittäiseen hoitoon (Nikander 2004). Meads ja Ashcroft (2005) kuvaavat tutkimusten ja kehityshankkeiden kautta moniammatillisen yhteistyön kehittymistä Euroopassa, Pohjois-Amerikassa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa sekä kehittyvissä maissa. He väittävät, että moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä sosiaali- ja terveyspalvelujen modernisoinnille maailmanlaajuisesti. Tiimityötä ja yhteistyötä on tehty sosiaali- ja terveysalalla eri ammattiryhmien välillä aikaisemminkin. Moniammatillisessa yhteistyössä asiakaslähtöisyyden ja yhteistyön tulisi siirtyä uudelle tasolle. Toiminnan keskiössä tulisi nyt olla asiakas/potilas, ja tiimit organisoituvat asiakaslähtöiseen, kokonaisvaltaiseen työskentelyyn yhdistäen kaikkien tiedot ja osaamisen. Meadsin & Ashcroftin (2005) mukaan maiden erilaiset rahoitus-, ohjaus- ja päätöksentekosysteemit vaikuttavat siihen, kuinka muutos eri maissa tapahtuu. Asiakaslähtöisen moniammatillisen yhteistyön todellinen kehittyminen, ohjelmajulistuksista käytäntöön, on kuitenkin osoittautunut kaikkialla varsin hitaasti eteneväksi ja vaikeaksi prosessiksi (Hall & Weaver 2001; Meads & Ashcroft 2005).

Työelämäntutkijoiden mukaan työelämä on kaiken kaikkiaan muuttunut ja muuttumassa muuallakin, kuin sosiaali- ja terveysalalla samoja yleisiä periaatteita noudattaen (Julkunen 2004; 2008). Suomessa työelämän muutoksia tutkineen Mari Kiran (2003) mukaan ammattiroolit ja niiden vanhat ennalta määrätyt työn kuvaukset eivät enää anna riittäviä ohjeita nykyajan työelämässä. Työntekijät joutuvat ottamaan kantaa, tekemään valintoja, osallistumaan henkilökohtaisten näkemystensä perusteella sekä laittamaan peliin enemmän omaa itseään. Hänen mukaansa työn ennalta määräämättömyys vaatii entistä enemmän esimiesten ja alaisten välisiä keskusteluja työstä, sen tavoitteista ja rajauksista. Kehityksen myötä ammattilaisille on

tullut myös uusia osaamisvaatimuksia. Työelämäntutkijoiden (mm. Julkunen 2008; Kira 2003) mukaan nykyisin työelämässä painotetaan ammattinimikkeiden sijaan asiantuntemusta ja osaamista. Vaatimuksissa painottuvat yli- ja poikkiammatilliset kyvyt, kuten esimerkiksi sosiaaliset taidot ja innovatiivisuus sekä muutoshalukkuus. Tämä yleinen kehityslinja kuvastaa hyvin niitä muutoksia, joita moniammatillisuus tuo mukanaan sosiaali- ja terveystieteiden työhön.

Moniammatillisuutta on kehitetty ja tutkittu monista eri teoreettisista viitekehyksistä. Teoreettisina viitekehyksinä ovat olleet esimerkiksi organisaatioteoriat, sosiaalisen vaihdon teoriat, tiimien ja ryhmien kehitykseen liittyvät erilaiset teoriat ja Schönin (1991) reflektiivisen toimijan käsite. D'Amourin ym. (2005, 117 - 126) mukaan tutkimukset ovat painottuneet tutkijoiden teoreettisen taustan mukaisesti. Moniammatillinen yhteistyö ja moniammatillisuus ovat käsitteinä monimerkityksisiä. Määritelmät heijastavat määrittelijöiden taustateorioita ja käsitteitä. Työelämän arkitoteamuksissa saattaa kuulla, että moniammatillista yhteistyötä tai tiimityötä meillä on aina tehty. Tarkemman selvittelyn jälkeen kuitenkin paljastuu, että kyseessä on usein ollut ja on useiden ammattilaisten perinteinen rinnakkain tapahtuva työskentely.

Vaikeuksista huolimatta moniammatillinen yhteistyö nähdään edelleen yhtenä avaintekijänä, kun pyritään lisäämään terveystieteiden laatua ja tehokkuutta. Millaisia toimenpiteitä sitten tarvitaan, että potilaslähtöinen moniammatillinen yhteistyö toteutuisi arjen tasolla? Kehittämistyön haasteista, löytyy jo kansainvälistä tutkimusta, ja meillä Suomessakin on tehty eri tieteiden alalla tutkimuksia aiheesta. Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimuksen mukaan vuosien 2000 ja 2010 välillä yksistään hoitotieteiden alueella on Suomessa tehty 63 opinnäytetyötä. Suurin osa eli 46 niistä on pro gradu -tutkielmia, 3 lisensiaatintyötä ja 14 väitöskirjaa. Yhtenäistä mallia moniammatillisen yhteistyön kriittisistä tekijöistä tai tarkempaa erittelyä sen edellyttämistä sosiaalisista taidoista niissä ei ole kuitenkaan esitetty.

Toimin vuoden 2008 alussa toisena kouluttajana tämän tutkimuksen kohteena olevassa suuressa sairaalassa, kun siellä koulutettiin osastonhoitajia kehittämään edelleen moniammatillista yhteistyötä osastoillaan. Moniammatillinen yhteistyö on kyseisessä sairaalassa yksi laadun kehittämisen painopistealueista. Kouluttajana kohtasin jatkuvasti haasteita ja ristiriitaisia kehittämistuloksia:

- kehitys etenee vauhdikkaasti ja innostuneesti tai ei etene lainkaan
- ammatillisten rajojen ylitykset herättävät vahvoja ristiriitoja tai koetaan hienona mahdollisuutena jakaa työtä sujuvammaksi ja potilaslähtöisemmäksi
- moniammatillisuus koetaan omaa asemaa uhkaavana tai helpottavana työn ja vastuun jakamisena.

Nämä ja muut vastaavat ristiriitaiset kokemukset sekä samansuuntaiset tutkimustulokset herättivät mielenkiinnon tutkia asiaa syvällisemmin ja laajemmin. Tässä tutkimuksessa en tarkastele moniammatillisen yhteistyötä kriittisesti, joka sekin olisi mielenkiintoinen lähestymistapa. Fokuksessani ovat moniammatillisen yhteistyön käytäntöön soveltamisen haasteet.

Laadullinen tutkimus alkaa usein käytännön kokemuksista. Tutkimuksenikin oikeastaan alkoi jo koulutuksessa esiin tulleista huomioista ja haasteista. Halusin lähteä liikkeelle nimenomaan ammattilaisten omista kokemuksista; potilasnäkökulma tulee tässä tutkimuksessa esiin vain

heidän kautta. Päädyin aineistolähtöiseen tutkimukseen, joka etenee abduktiivisesti vuoropuheluna teorian ja empirian välillä. Tutkimuskysymykseni on seuraava: mitkä ovat ne kriittiset haasteet ja ilmiöt, joita moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä arjessa kohdataan? Lisätavoitteena on analyysin tulosten pohjalta luoda malli, joka kuvaa kehittämistyön keskeisiä haasteita siirryttäessä moniammatilliseen yhteistyöhön.

Tutkimuksen teoriaosa on laaja. Teoriaosan runsaus johtuu tutkimusorientaatiostani. Tutkimukseni on vuoropuhelua teorian, aikaisempien tutkimusten ja aineiston kesken. Aineistosta tärkeiksi osoittautuneille ilmiöille luodaan aiempaan tutkimukseen perustuvaa pohjaa teoriaosassa. Kun aineisto kertoo asiantuntijuuden rajojen, luottamuksen, vastuukysymysten, ryhmädynamiikan tai organisaatiokulttuurin merkityksestä yhteistyössä, olen tuonut esiin niihin liittyvää teoriaa ja tutkimuksia. Teoreettisen osan yhtenä tavoitteena on myös havainnollistaa sitä, kuinka monesta eri viitekehystä moniammatillista yhteistyötä voidaan tarkastella. Tavoitteenani on saada mahdollisimman laaja näkökulma ilmiöön. Lähestymistapojen moninaisuus auttaa havaitsemaan erilaisia tapoja tulkita tutkittavaa todellisuutta (Stake 2008, 133).

Moniammatillisuuden käsitteen ymmärtämiseksi on välttämätöntä esitellä sen teoreettiset juuret. Ne ovat monitieteisessä yhteistyössä ja sen kehittämistarpeissa. Siksi lähdenkin teoriaosassa liikkeelle monitieteisyydestä, tieteidenvälisyydestä ja poikkitieteisyydestä. Se auttaa ymmärtämään moniammatillisuuden paradigmaa ja merkitystä asiakkaan ongelmien ratkaisussa. D'Amourin ja Oandasenin (2005, 9) mukaan moniammatillisuus vaatii paradigman muutosta, koska sillä on omat sääntönsä, arvonsa ja johtamis- ja työskentelytapansa verrattuna aikaisempaan tapaan työskennellä sosiaali- ja terveysalalla. Näitä ominaispiirteitä tulisi heidän mielestään selventää.

Kuvaan myös moniammatillisuuden idean siirtymistä ja kehittymistä organisaatioteorioissa. Asiakas/potilaslähtöisyyden idea toteutuu oppivassa organisaatioissa, joka on joustava ja pyrkii vastaamaan ympäristön muuttuviin tarpeisiin. Oppiva organisaatio -malli antaa käsitteellisiä välineitä ymmärtää ja kehittää moniammatillista työkuultuuria asiakaslähtöiseksi, tiimipohjaiseksi ja joustavaksi. Drinka & Clark (2000) ovat terveysalan organisaatioiden tiimityötä käsittelevän kirjansa johdannossa esittäneet kriittisiä arvioita oppiva organisaatio -mallin mahdollisuudesta onnistua sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa. Heidän kritiikkinsä mukaan toimijoita on usein liian paljon, ja toimijoilta puuttuu yhteinen tavoite. Vaikka sosiaali- ja terveysalan organisaatiot eivät voisikaan kehittyä rakenteeltaan täysin oppivan organisaation kaltaiseksi, väitän teorian antavan tärkeitä käsitteellisiä välineitä moniammatillisen tiimityön kehittämiseksi. Teoriaosassa kuvaan erilaisista viitekehyksistä tehtyjä moniammatillisuuden liittyviä määritelmiä ja kehitysvaihemalleja. Esitän myös oman määritelmäni, jonka olen kehittänyt ennen tätä tutkimusta (Isoherranen 2006, 14). Varsinainen sosiaalipsykologinen teoreettinen viitekehys on yhteistyö- ja ryhmäilmiöitä sekä organisaatiokulttuuria käsittelevä teoriaosa. Kuvaan teoriaosassa myös asiantuntijuuden kehittymiseen liittyviä käsitteitä ja lähestymistapoja. Asiantuntijuuteen ja asiantuntijoiden osaamiseen on tullut ja tulee jatkuvasti uusia kehityshaasteita (mm. Rainbird ym. 2004; Hakkarainen ym. 2004).

Käytän tutkimuksessa kaikista työntekijöistä yleensä yhteisnimitystä asiantuntija. Heillä kaikilla on oman koulutuksen antama asiantuntijuus. Moniammatillisen yhteistyön yhteydessä käytän myös käsitettä ammattilainen. Asiakkaista käytän tutkimuksessa yleensä käsitettä potilas, koska tutkimuskonteksti on sairaala. Tutkitussa sairaalassa käytettiin tätä käsitettä. Asiakaskäsitettä käytän, kun kuvaan toimintaa yleisellä teoreettisella tasolla.

2 Moniammatillisen yhteistyön juuret

Moniammatillisen yhteistyön teoreettiset juuret voidaan nähdä tieteiden kehityshaasteissa. Ilmiöiden tutkiminen vain yhden tieteen näkökulmasta on alettu kokea 1900-luvun loppupuolella ja 2000-luvulla riittämättömäksi erityisesti monimutkaisten ilmiöiden tarkastelussa. Kokonaisuuksien ymmärtämiseksi tarvitaan usean eri tieteen näkökulmaa ja systeemistä orientaatiota. Monimutkaisten ilmiöiden holistisen ja systeemisen ymmärtämisen tarpeet ovat vaikuttaneet puolestaan organisaatioiden kehittämistarpeisiin. Organisaatioiden rakenteiden ja toimintatapojen olisi muututtava, jotta eri näkökulmia voitaisiin toiminnassa yhdistää holistiseksi kokonaisuudeksi. Terveystieteiden alueella holistinen lähestymistapa nähdään tärkeänä ja sen toteutuminen edellyttää eri osaamisalueiden yhdistämistä ja systeemistä ajattelu- ja toimintamallia. Tässä kappaleessa kuvaan moniammatillisen yhteistyön teoreettisia kehityslinjoja tieteiden kehityksen ja organisaatioiden kehityshaasteiden kautta sekä määrittelen vasta sen jälkeen käsitteen moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö. Etenen tässä järjestyksessä, koska mielestäni näin lähestyessä käsite on helpompi avata ja ymmärtää.

2.1 Monitieteisyydestä moniammatillisuuteen

2.1.1 Tieteiden kehittymisen historiaa

Tieteenalat eivät ole aina olleet olemassa sellaisina kuin me ne nykyisin tunnemme, vaikka monet käsitteet ja nimet ovat säilyneet kauan samanlaisina. Tieteiden kehittyminen sellaisiksi kuin ne nyt ovat, on tapahtunut pitkällä aikavälillä. Weingartin mukaan (2010, 3 - 4) tieteet, niin kuin mitkä tahansa tiedon luokittelut, heijastavat ja suuntaavat sosiaalista, taloudellista, intellektuaalista ja poliittista muutosta. Muutokset ovat kuitenkin olleet hitaita. Mikkeli ja Pakkasvirta (2007, 25 – 30) erottelevat tieteenalojen luokittelussa antiikista tähän aikaan kuusi eri vaihetta: ontologinen, pedagoginen, epistemologinen, evolutionaarinen, diffusionistinen luokittelu ja tieteidenvälinen (interdisciplinaarinen) vaihe.

Antiikin aikana tieteenalojen kuvaamisessa vallitsi Aristoteleen hahmottelema *ontologinen* luokittelu. Keskeinen kysymys tieteen järjestelmässä oli, mitä on olemassa ja miten se järjestetään systemaattiseksi tieteksi. Aristoteelinen malli oli luonteeltaan hierarkkinen; ylimpänä olivat tiedon itsensä vuoksi harjoitetut teoreettiset tieteet ja alimpana käytännön ongelmiin paneutuvat soveltavat tieteet. Tämän pohjalta syntyi noin 1200-luvulla *pedagoginen* tieteiden jaottelu. Silloin keskeinen kysymys oli, miten olemassa olevaa tietoa voidaan opettaa ja siirtää tuleville sukupolville. Keskiajan yliopistoissa oli seitsemän niin sanottua vapaata taitoa ja kolme ylempää tiedekuntaa: juridinen, lääketieteellinen ja teologinen. Keskiajan yliopistolaitos tähtäsi nimenomaan lääkärien, pappien ja juristien ammattikoulutukseen. Moderni tutkimukseen perustuva *epistemologinen* tieteenkäsitys syntyi vasta 1600-luvulla. Keskeinen kysymys oli, mitä ylipäätään voidaan tietää ja miten poistaa esteitä tieteellisen tiedon tieltä.

Mikkelin ja Pakkasvirran (2007) mukaan vaihe oli myös tieteellisen institutionaalistumisen aikaa.

Auguste Comte esitti historialliseen kehitykseen perustuvan *evolutionaarisen* luokittelun 1800-luvun alkupuolella. Tieteen kehitys jakaantui sen mukaan teologiseen, metafyyssiseen ja positivistiseen vaiheeseen. 1800-luvulla tiede myös professionalistui. Tieteellisen tiedon ominaispiirteeksi tuli entistä enemmän se, että se oli itseään korjaavaa ja kehittyvää. Uusia erityistieteitä alkoi kehittyä 1800-luvulla tieteiden institutionaalistumisen ja professionaalistumisen mukana. Tämä johti tieteiden *diffusionistisen eriytymisen* vaiheeseen 1800-luvun lopulla. Keskeinen kysymys tuolloin oli, ovatko luonnontieteet ja humanistiset tieteet perustavasti erilaisia. Näin ajateltiin yleisesti, koska luonnontieteet perustuivat kausaalisiin suhteisiin ja asioiden selittämiseen, humanistiset tieteet taas hermeneuttisen, ymmärtävän metodin varaan. Mikkelin ja Pakkasvirran (2007) toteavat, että silloin oli myös pyrkimyksiä vastustaa eriytymistä ja pyrkiä tieteenalojen ykseyteen.

Tieteidenvälisen tutkimuksen vaihe alkoi Mikkelin ja Pakkasvirran luokittelun mukaan ilmetä 1920-luvulla. Siitä, milloin tieteidenvälisyys varsinaisesti alkoi, ollaan monta eri mieltä. Kleinin (1990, 19) mukaan se alkoi jo Platonin, Aristoteleen, Kantin ja Hegelin sekä muiden historiallisten tieteidenvälisen ajattelijoiden ajasta. Weingart (2010, 11 - 12) toteaa, että vaikka tieteiden yhdentymisen pyrkimys sai alkunsa jo 1900-luvun alkupuolella, se alkoi tulla enemmän esiin vasta 1960- ja 1970-luvuilla. Sen nosti keskusteluun tiedemaailman ulkopuolelta OECD teknologian ennusteiden ja ympäristönsuojelun puitteissa. Nykyajan tieteidenvälisessä tutkimuksessa tieteiden rajat ovat hämärtyneet, ja nimenomaan käytännöllisiin ongelmiin etsitään vastauksia monien eri tieteiden alalta. Mikkelin ja Pakkasvirran (2007) luokittelu kuvaa hyvin sitä, että tiede ei ole erillinen ylihistoriallinen saareke, vaan oman aikakauden haasteisiin vastaamaan pyrkivä inhimillinen toimintatapa.

Mitkä aikakauden haasteet sitten ohjaavat tieteiden kehitystä tieteidenväliseen tutkimukseen? Kleinin (1990, 40 - 41) mukaan hyvä selvitys niistä sisältyy OECD:n kokoamaan viiteen kohtaan, jotka ovat seuraavat.

1. Tieteen kehitystarpeesta yhdistää eriytynyttä ja tiukkarajaista tietoa ja yrityksistä määritellä eri tieteille yhteisiä käsitteitä.
2. Opiskelijoiden vaatimuksista yhdistää pirstaleista ja ”keinotekoista” tiedonjakoa todellisuuden ongelmia vastaavammaksi.
3. Yliopistojen toiminnan ja hallinnon kehittäminen.
4. Ammatillisen ja professionaalisen opetuksen haasteet, joihin heijastuvat tiedon määrän lisääntyminen ja tietotekniikan luomat mahdollisuudet.
5. Ongelmat, joita ei voi ratkaista vain yhden tieteen viitekehuksesta. Erityisesti käytäntöä palvelevat ja sosiaaliset tutkimusongelmat ovat sellaisia, että niiden ratkaisemiseen tarvitaan eri tieteiden tai alatieteiden yhdistämistä.

Tieteiden integroitumisessa on tuotu esiin jo 1900-luvun puolivälistä saakka systeemistä ajattelua, joka pohjautuu vanhaan kreikkalaisen filosofian ajatukseen, että ” kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa” (Strijbos 2010, 451 - 468). Systeemisessä ajattelussa maail-

man nähdään muodostuvan toisistaan riippuvaisista osista tai alasysteemeistä, joilla on läpäisevät rajat. Muutos yhdessä alasysteemissä saa aikaan muutoksen muissakin alasysteemissä. Yhteisvaikutus voi olla dynaaminen, yllättävä ja emergentti. Se näkyy kokonaissysteemin tasolla eikä sitä havaita, jos osia tutkitaan erillisinä. (Terpstra ym. 2010, 508.) Systeemisessä ajattelussa on erilaisia suuntauksia, joiden läpikäymistä en katso tarpeelliseksi tässä yhteydessä. Strijbos (2010, 468), joka tutkii ja opettaa mm. systeemistä ajattelua ja filosofiaa, pitää tärkeänä haasteena näiden eri suuntausten välistä rakentavaa keskustelua. Strijbosin (2010, 465) mukaan tieteiden yhdistämisen alueella systeeminen ajattelu ei ole vastannut siihen kohdistuneisiin odotuksiin, mutta tieteiden välisten käytännön ongelmien ratkaisuisissa se on osoittautunut onnistuneeksi lähestymistavaksi. Hänen mukaan käytännön ongelmat ovat usein tieteidenvälisiä, ja systeeminen lähestymistapa tarjoaa niissä mahdollisuuden tarkastella kokonaisuuksia ja niiden osien välisiä yhteyksiä.

Terpstran ym. (2010, 514 - 518) mukaan systeemisen paradigman soveltaminen ongelmien ratkaisussa auttaa sekä terveysalan tieteiden että terveysalan eri sektorien välillä erityisesti monimutkaisissa ongelmissa. He toteavat, että systeemisesti tarkasteltuna siellä on tunnistettavissa monta toisistaan riippuvaista alasysteemiä, kuten potilaan systeemi, julkisen terveydenhuollon systeemi jne. Vaikeuksiakin on tullut esiin: tieteenalojen välinen yhteistyö on aikaa vievää; tutkimusten rahoitus, rakenteet ja prosessit eivät vielä suosi systeemistä lähestymistapaa; instituutioiden väliset rajat ovat vaikeasti ylitettäviä. Lisäksi Klein (1996, 209 - 210) toteaa laadun arvioinnin olevan yleensäkin vaikeaa monitieteisessä ja moniammatillisessa yhteistyössä.

Tieteidenvälisiä opintokokonaisuuksia alkoi muodostua 1960-luvulla. Mikkelin ja Pakkasvirran (2007, 104 - 141) mukaan tieteidenväliset oppiaineet ovat muotoutuneet aluksi usein opintokokonaisuuksiksi, joista osasta muotoutuu vähitellen uusia tieteenaloja. Suomessa tällaisia opintokokonaisuuksia ovat esimerkiksi aluetutkimus, kulttuurintutkimus, naistutkimus, tieteen tutkimus ja terveystutkimus. Terveystutkimus on monitieteisen tutkimuksen alue, joka on usein esimerkkinä tieteidenvälisestä kansainvälisestä tutkimuksesta (mm. Klein 1990, 140 - 155; 1996, 33 - 56; Terpstra ym. 2010, 508 - 511).

Terveyspalvelujen tutkimus ja terveystieteet ovat kehittyneet merkittävästi viime vuosisadalla. Terpstra ym. (2010, 508) toteavat, että terveys tunnistetaan nykyisin ilmiönä, joka muodostuu monentasoisten alasysteemien vuorovaikutuksesta solutasolta sosiaalipoliittiselle tasolle. Terveystutkimuksen piiriin kuuluukin paljon monitieteistä tutkimusta, esimerkiksi ympäristöterveystutkimusta, liikuntatieteellistä ja kansanterveystieteellistä tutkimusta. Tutkimukseni kontekstin näkökulmasta on myös syytä huomioida uusi tieteenala terveystieteiden piirissä. Niiniluoto (2003, 174 - 183) ja Mikkeli & Pakkasvirta (2007, 130) toteavat, että terveystieteiden piiriin on kehittynyt uusi tieteenala, hoitotiede. Eriksson ym. (2007, 35) mukaan hoitotiedettä tarvitaan tutkimaan hoitamisen keskeisiä ilmiöitä: ihmistä, terveyttä, hoitamista, hoitotyötä ja ympäristöä.

Weingartin (2010, 13) toteaa, että perinteiset tieteenalat tulevat elämään näiden uusien tutkimusorientaatioiden rinnalla. Niiniluoto (2003 b) toteaa, että "tieteenalat syntyvät yleensä

vanhoista jakautumisen ja eriytymisen seurauksena uusien kysymyksenasettelujen, teorioiden, menetelmien ja tutkimuslaitteiden kautta. Hajautumisen vastapainona tarvitaan kuitenkin kokoavaa integraatiota, jonka avulla punotaan uusia yhteyksiä tieteen puun eri suuntiin rönseylien haarojen välille.”

2.1.2 Monitieteisyys, tieteidenvälisyys ja poikkitieteisyys

Tieteiden integraatiota kuvaavia käsitteitä esiintyy sekä suomenkielisessä että englanninkielisessä kirjallisuudessa runsaasti, ja se aiheuttaa helposti sekaannusta. Kleinin (2010, 15 - 30) mukaan tällä hetkellä kolme vakiintuneinta termiä ovat monitieteisyys (multidisciplinary), tieteidenvälisyys (interdisciplinary) ja poikkitieteisyys (transdisciplinary). *Monitieteisyys*dessä tieteet ovat rinnakkain ja tutkimus on kokoavaa. Tieteiden välillä ei ole vuorovaikutusta eivätkä ne rikastuta toinen toisiaan. Yhteistä tutkimusongelmaa tarkastellaan eri alojen kysymyksenasetteluista, menetelmistä ja teoreettisista lähtökohdista.

*Tieteidenvälisyys*dessä kysymyksenasettelu ei lähde minkään erityisen tieteen viitekehyksestä. Tieteenalat tuodaan yhteen järjestelmällisessä prosessissa, niiden väliset rajat hämärtyvät, mutta ne eivät katoa. Tutkimusprosessissa käytetään usean tieteenalan käsitteitä, näkökulmia, teorioita ja menetelmiä, ja ne sulautuvat osaksi yhteen. (Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 65). Klein (2010, 18 – 21) kuvaa tieteidenvälisessä yhteistyössä erilaisia yhteistyön tasoja. Hän antaa esimerkkeinä tieteidenvälisistä tieteistä mm. sosiaalipsykologian, taloushistorian ja biogeografian. Moran (2002, 16) toteaa, että monitieteisyys ja tieteidenvälisyys ovat kuitenkin termejä, joita käytetään vielä hyvin paljon synonyymeinä.

Poikkitieteisyys edellyttää Mikkelin ja Pakkasvirran (2007, 66) mukaan aikaisemmin mainittujen yhteistyömuotojen lisäksi käsitteellistä ja metodologista yhteistyötä sekä prosessia, jossa teoreettinen tausta yhdistää analyysit. Poikkitieteisyys on heidän mukaan omat vaaransa; se vaatii kokenutta tutkijaa. Klein (2010, 25) kuvaa sitä tutkimuksessa yhteistyömuotona, joka luo uusia metodologisia ja teoreettisia viitekehyksiä. Sen kautta voi syntyä uudenlaisia ratkaisuja ja paradigmoja.

2.1.3 Tieteiden integroiminen

Erityisesti luonnontieteelliseltä puolelta tuli esiin vahvaa kritiikkiä tieteiden pirstaleisuuteen 1900-luvun loppupuolella, tunnetuimpina niminä kvanttifysiikka ja filosofi David Bohm (1992) ja insinööritieteiden edustaja Stephen J. Kline Stanfordin yliopistosta (Kline 1995). He argumentoivat, että tieteet muodostavat omia erillisiä paradigmojaan ja niiden väliset erot estävät täydellisemmän ymmärryksen syntymistä maailmasta ja meidän paikastamme siinä. Kline (1995, 199 - 200) toteaa, että tieteet erillisinä alasysteemienä tuottavat vain ”osatotuuk-sia”, mutta eivät tuota koko totuutta. Siksi hänen mukaansa on tärkeää, että tieteenaloja myös integroidaan yhteen. Näin voidaan saavuttaa tutkittavista ilmiöstä holistinen kuva ja ymmärrys. Bohm (Bohm & Peat 1992, 83 - 84) toteaa, että tieteiden tietynasteinen erikoistuminen on

ollut ja on tarpeen ja toivottavaa. Ongelmia syntyy silloin, kun oletetaan, että maailma todella koostuu erillisistä osista, joita voidaan loputtomasti tutkia itsenäisesti. Sekä Bohm ja Peat että Kline näkevät tiedon integroimisen keinona estää tiedon pirstaloituminen ja ratkaisuna holistisen tiedon puutteeseen. He toteavat myös, ettei ole yksinkertaista muodostaa uutta kaiken kattavaa systeemiä, ja eri tieteen edustajien keskustella keskenään.

Bohm ja Kline korostavat myös, että monitieteisyys ei ole argumentti eri tieteiden omaa tietoa vastaan eikä suinkaan ratkaisu kaikkiin ongelmiin. Tieteet ovat tuottaneet ja tuottavat kaiken aikaa valtavat määrät tärkeää uutta tietoa. Monitieteinen lähestymistapa ja tieteiden välinen keskustelu ovat vain lisäänti. Kline (1995, 4 - 6) argumentoi, että yhdistettynä samaan systeemiin tieteet saattavat tuoda esiin jotain sellaista (emergent properties), jota ne eivät erillisinä kykene tuottamaan. Monitieteisyyden tutkija humanististen tieteiden puolelta J.T. Klein (1996, 211; 2010) analysoi *tieteiden rajojen ylityksiä* ja jakaa siinä huomioitavat tekijät kolmelle alueelle: *integrintiprosessiin, tieteiden rooleihin ja kommunikaatioon* liittyviin tekijöihin. Sekä Kline (1995) että Klein (1996, 223) esittävät erilaisia yleisiä malleja tieteiden integroinnin prosessiin. Kleinin mukaan se, millaisia teknikoita ja kommunikoinnin keinoja yleensä integroinnissa tarvitaan, riippuu kommunikointiin osallistuvista tieteenaloista ja organisaatioista. Hän (Klein 1996, 211 - 222) argumentoi, että yhtä mekaanista mallia monitieteiselle yhteistyölle ei ole syytä luoda. Joka tapauksessa tarvitaan kuitenkin yhteistä kieltä ja yhteistä käsitystä tavoitteesta. Klein (1996, 216 - 217) pitää monitieteisen kommunikaation oppimista tärkeänä tieteiden integrointiprosessissa. Hänen mukaan itsenäiseen työskentelyyn tottuneiden ammattilaisten on opittava *tiedon jakamista ja dialogia*.

Kline (1995, 3 - 6) käyttää hyvin havainnollistavaa ja yksinkertaista karttametaforaa kuvaamaan ajatustaan monitieteisestä keskustelusta. Yhdysvaltojen osavaltiot voidaan esittää erillisinä karttapaloina, mutta kokonaisuuden hahmottamiseksi ja ymmärtämiseksi tarvitaan niiden yhdistämistä. Ei kuitenkaan tarvitse tuntea karttapalojen yksityiskohtia tarkkaan voidakseen rakentaa kokonaisuuden, täytyy vain tuntea yhteistyön käytännöt ja osata liittää erimuotoiset palat oikein yhteen. Hän argumentoi, että samoin eri tieteitä ei tarvitse tuntea yksityiskohtaisesti osatakseen muodostaa yhdessä kokonaisuuksia. Tarvitaan vain ohjeita, yhteistyönsääntöjä ja käytäntöjä, joiden avulla luodaan yhteisiä kognitiivisia karttoja. Hän toteaa myös, että moniammatillinen keskustelu ei ole sama asia kuin tieteen sisäinen keskustelu - täytyy siis kehittää uusi keskustelukulttuuri.

Bohm (Bohm & Peat 1992, 245 - 251) puolestaan ehdottaa tieteiden välisten kommunikaatio katkoksten välttämiseksi tietynlaista *luovaa dialogia*, joka pohjautuu Englannissa työskentelevän psykiatrin Patrick de Maren ajatuksiin. Luovassa dialogissa henkilö saattaa suosia tiettyä kantaa, mutta ei pidä mahdollisena neuvotella siitä. Hän on valmis jopa muuttamaan tarvittaessa omaa näkökantansa. Luovassa dialogissa ollaan valmiita kuuntelemaan ja tutkimaan toisten näkökantoja ilman vastakkainasetteluja. Siinä ei pyritä kompromissiin vaan luovaan ratkaisuun. Luova dialogi on kuitenkin harvinaista, koska näkökannan menetyksellä voi olla suuri merkitys yksilön statukselle, arvovallalle ja jopa palkitsemiselle. Dialogin suurimpana esteenä Bohm kuvaa yksilön, organisaation ja yhteiskunnan piilevät perusrakenteet, kulttuu-

rin. Bohmin (1992) mukaan yhteisen merkityksen luontiin pyrkivän kommunikoinnin esteenä voi olla myös tieteenalojen eri paradigmojen käsitteiden, kielen ja menetelmien erilaisuus.

2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Terpstra ym. (2010, 509) toteavat, että terveysalalla on tapahtunut paljon muutoksia viime vuosisadalla; on voitettu monia vakavia sairauksia, ihmisten elintavat ovat muuttuneet ja tie-teissä ja teknologiassa on tapahtunut valtavaa edistymistä. Heidän mukaansa kuitenkin tärkein opittu asia on sen oivaltaminen, että terveys on kompleksinen ilmiö ja syy-seurauspolut eivät ole pelkästään biologisia. Terpstra ym. (2010, 513 – 515) toteavat, että paradigman muutos terveystutkimuksessa ja terveyspalveluja koskevassa tutkimuksessa on käynyt 50 vuodessa läpi kolme eri vaihetta. Käsitteelliset mallit tiedon tulkinnasta ovat kehittyneet lineaarisesta, vuorovaikutteisesta ja lopuksi systeemiseen. Systeeminen paradigma terveysalan monimutkaisten ongelmien ratkaisemiseen helpottaa tiedon yhdistämistä eri tieteenalojen ja sektoreiden välillä. Systeemisestä näkökulmasta terveysjärjestelmä on kuin elävä organismi, joka oppii ja sopeutuu vastaamaan verkoston viesteihin.

Papas (1994), Payne (2000), Housley (2003) ja Terpstra ym. (2010) toteavat, että moniammatillisen yhteistyön kehittäminen voidaan nähdä pyrkimyksenä saada käytäntöön systeemistä lähestymistapaa, joka tuo moninäkökulmaisuuksien ja holismin päätöksentekoon. Kleinin (1990, 141 - 150) mukaan teoreettisella tasolla moniammatillinen yhteistyö pohjautuu biopsykososiaaliseen terveystieteeseen ja siinä kokonaisuuden eri elementit liitetään systeemisesti yhteen. Moniammatillinen tiimityö on Kleinin (1990, 141) mukaan holistista kolmessa eri mielessä:

- potilas kohdataan biopsykososiaalisena kokonaisuutena
- hoito on dynaamista, siinä huomioidaan joustavasti muutokset
- tiimi itsessään pyrkii toimimaan vuorovaikutteisena kokonaisuutena vastatessaan potilaan tarpeisiin.

Petrin (2010, 78) siteeraamien tutkimustulosten mukaan hyvin toteutunut moniammatillinen yhteistyö hyödyttää potilasta mahdollistamalla hänelle kokonaisvaltaisempaa hoitoa ja hoivaa. Ainakin tältä osin holistisuus näyttäisi siinä toteutuvan.

Moniammatillisesta yhteistyöstä on tullut sosiaali- ja terveysalalle eräänlainen sateenvarjokäsite, joka pitää sisällään monenlaisia määritelmiä ja viitekehyksiä riippuen määrittelijän orientaatiosta. Väitän, että moniammatillisen yhteistyön käsitteen avaaminen ja ymmärryksen lisääminen sen merkityksestä ja taustasta auttaa ammattilaisia, johtajia ja hallinnossa työskenteleviä kehittämään työkuultuuria yhteistyön suuntaan. Drinka ja Clark (2000) toteavat, että koska monitieteisen yhteistyön käsitettä ei aina kunnolla määritellä, se on saanut monia merkityksiä myös sellaisia, jotka eivät siihen kuulu. Tämän olen havainnut omassa kehittämissäni. Käsitteen perusteellinen avaaminen poistaa monia väärinymmärryksiä ja ennakkosenteita, joita moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen saattaa liittyä. Pärnä (2007, 58 - 59) kuvaa myös käsitteiden selkiinnöytämisen merkitystä omassa moniammatillisen yhteistyön kehittämistyössään ja tutkimuksessaan.

D'Amour ym. (2005) ja Pärnän (2007) mukaan moniammatillista yhteistyötä on tutkittu ja määritelty sosiaali- ja terveysalalla mm. organisaatioteorioiden, professioteorioiden, työn sosiologian, tiimityön sekä erilaisista käsitteen teoreettis-käytännöllisistä malleista lähtien. Eri-tyisesti meillä Suomessa on lisäksi käytetty paljon kehittäväen työntutkimuksen viitekehystä, joka perustuu kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan. Tällaista tutkimusta ovat tehneet mm. Launis (1994) ja Saaren-Seppälä (2004). Drinka ja Clark (2000) toteavat, että erilaiset määrittelyt tai kehittämistyössäkkin kokonaan määrittelemättä jättäminen ovat aiheuttaneet sekaannusta ja väärinymmärryksiä. Moniammatillinen yhteistyö, sen vaatimukset ja muodot ovat kontekstisidonnaisia. Meadsin ja Aschcroftin (2005) mukaan myös kulttuuri maassa, jossa toimitaan, näyttäisi vaikuttavan siihen, kuinka yhteistyö lähtee kehittymään. Kulttuuriset lähtökohdat vaihtelevat eri maissa. Kehittyvässä maassa siirtyminen moniammatilliseen yhteistyöhön on tapahtunut Meadsin ja Aschcroftin (2005) mukaan nopeammin kuin kehittyneissä maissa. Syitä ei ole varsinaisesti tutkittu, mutta ehkä professionaaliset rajat eivät ole niissä niin jäykkiä ja rakenteet ovat mahdollisesti joustavampia.

Kun 1990-luvun puolivälissä lähdin selvittämään, mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa vastassani oli melkoinen joukko erilaisia määritelmiä. Vasta käsitteen juurille meneminen auttoi selvittämään termin merkitystä (Isoherranen 1996). Seuraavassa käyn läpi erilaisia määritelmiä moniammatillisesta yhteistyöstä havainnollistaakseni käsitteen moninaisuutta ja siitä seuraavaa epämääräisyyttä, mahdollisia väärinymmärryksiä ja ennakkoluulojakin sitä kohtaan. Jos käsitteen lähtökohtia ei tunneta, on usein vaikeata ymmärtää, mistä siinä todella on kyse, mihin sillä tähdätään ja mikä on sen taustalla oleva ydinajatus. Se seikka, että meillä suomenkielessä ei ole ollut muuta vastinetta yhteistyön intensiteettiä kuvaaville käsitteille *interprofessional* ja *trans/crossprofessional* kuin moniammatillinen yhteistyö, on omiaan aiheuttamaan sekaannusta meidän kielellisessä kontekstissamme. Tieteiden yhteistyön puolelta suomenkieliset käsitteet löytyvät kirjallisuudesta ja kuvaan niitä kappaleessa 2.1.2.

Kuvio 1. havainnollistaa yhteistyön intensiteettiä ja käytettyjä käsitteitä. Yleensä, kun puhutaan moniammatillisesta yhteistyöstä, puhutaan yhteistyön tasosta, joka on englannin kielellä *interprofessional eli suoraan käännettynä ammattienvälinen yhteistyö*. Koska se ei suomeksi kuvaa kovin hyvin yhteistyön muutosta, ehdotan edelleen käytettäväksi termiä *moniammatillinen yhteistyö*. Se täytyy vain määritellä riittävän hyvin. Tätä termiä käytän myös eniten ammatillisia rajoja rikkovalle yhteistyölle, joka olisi suoraan käännettynä *poikkiammatillinen yhteistyö*. Lähtökohtana ammatillisten termien uusille käännöksille ovat Mikkelin ja Pakkasvirran (2007) esittämät vastaavat tieteiden yhteistyötä kuvaavat käännökset. Olen kuitenkin päättänyt siihen, että käytän suomenkielessä jo vakiintunutta termiä *moniammatillinen*, kaikista yhteistyön intensiteetin muodoista. Kun käytän termiä *moniammatillinen yhteistyö*, tarkoitan sillä sekä *interprofessional* (ammattienvälistä) että *trans-/crossprofessional* (poikkiammatillista) yhteistyötä, ellen muuta mainitse. Kuvio 1. havainnollistaa myös yhteistyön intensiteetin suomennosehdotuksiani.

Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön intensiteetin tasot ja niitä kuvaavat termit. Tieteen osalta suomennot ovat Mikkelin ja Pakkasvirran (2007) esittämät.

Moniammatillisen yhteistyön intensiteetti lisääntyy

Kieli	Ammatillisuus		
Eng. suom.	multiprofessional moniammatillinen	interprofessional moniammatillinen (ammattienvälinen)	trans/crossprofessional moniammatillinen (poikkiammatillinen)
Eng. suom.	Tiede multidisciplinary monitieteinen	interdisciplinary tieteidenvälinen	trans/crossdisciplinary poikkitieteinen

Paynen (2000, 9) moniammatillisen yhteistyön ja samalla moniammatillisen tiimin yksinkertainen ja kuitenkin varsin hyvin oleelliset seikat kattava, myös vastuukysymykset huomioiva määritelmä on seuraavanlainen:

”Moniammatillinen, monitieteinen ja monitoimijainen työ tarkoittaa sitä, että useat ammattiryhmät sopeuttavat roolejaan ja ottavat huomioon toiset ammattiryhmät, joiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa. Samalla he yhdistävät tietojaan ja taitojaan ja toimijavastuitaan.” (Payne 2000).

Kennyn (2002, 65 – 85) määritelmässä kokonaisvaltainen potilasnäkökulma ja organisaatiotilojen ylittäminen tulevat selkeästi esiin:

”Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tieto ja taito yhdistyvät laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Siinä korostuu eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yli perinteisten organisaatiotilojen, niin että potilas saisi parhaan mahdollisen hoidon.” (Kenny 2002)

Yhteinen potilaskeskeinen tiedonmuodostus ja ammattilaisten keskinäiset suhteet ovat painopisteinä Lockhardin ja Woodin (2000, 276 - 280) määritelmässä:

”Moniammatillinen yhteistyö on prosessi, jossa kaksi tai useampaa ammattilaista käsittelee yhteistä ongelmaa. Ammatilliset ovat valmiita jakamaan tietämyksensä tasa-vertaisesti toistensa kanssa ja kunnioittamaan toisten mielipiteitä. Potilaan tarpeet ovat toiminnan keskiössä. Ammatillisten yhteistyö on suunnitelmallista.” (Lockhard & Wood 2000)

Drinka ja Clark (2000, 6) esittävät moniammatillisesta (interdisciplinary) tiimityöstä määritelmän, joka on paremminkin kuvaus. Heidän viitekehüksensä perustuu ryhmän kehitysvaihei-

siin ja ryhmadynamiikkaan. Kuvaus heijastelee niitä kokemuksia, joita tekijöillä on ollut useiden moniammatillisten tiimien kehittäjinä, kouluttajina sekä ammattilaisten keskinäisten ongelmien ja ristiriitojen selvittelijöinä. He korostavat myös sitä, että käsitteen huono määrittely on aiheuttanut paljon sekaannusta, ja siksi se on syytä määrittellä perusteellisesti. Kuvauksessa nostetaan esiin arjen kehittämistyössä keskeisiä asioita.

”Moniammatillinen tiimi kokoaa yhteen ryhmän ihmisiä, joilla on erilainen koulutus ja tausta ja jotka työskentelevät yhdessä tietyssä yksikössä tai systeemissä. Tiimin jäsenet työskentelevät kiinteästi yhdessä ratkaistakseen potilaan ongelmia, jotka ovat liian vaikeita ratkaista vain yhden tieteen näkökulmasta tai vain erillisesti työskennellen. Tuottaakseen hoitoa mahdollisimman tehokkaasti tiimit luovat muodolliset ja epämuodolliset rakenteet, jotka mahdollistavat ongelmien ratkaisun. Tiimin jäsenet määrittelevät yhteiset tavoitteet ja työskentelevät keskinäisessä riippuvuudessa. He oppivat hyväksymään ja hyödyntämään tieteiden välisiä eroja, eroja vallassa ja roolien päällekkäisyyksiä. He hyödyntävät erilaisuuksia ja vastakkainasetteluja yhteistyössään. Päästäkseen tähän he jakavat johtajuutta tiimissä, joka vaihtelee käsiteltävän ongelman mukaan. Tiimin työtä arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti yhdessä.”¹ (Drinka & Clark 2000)

Edellä esitetty kuvaus antaa hyviä välineitä kehittämistyöhön. Siinä nostetaan esiin ilmiöitä ja kehittämishaasteita, jotka ovat vielä ajatuksina vieraita useissa organisaatioissa. Tällaisia ovat esimerkiksi roolien päällekkäisyys, tieteiden väliset erot, ajatus keskinäisestä riippuvuudesta, johtajuuden jakaminen ja jatkuva yhdessä arviointi ja kehittäminen.

Olen kehittänyt oman määritelmäni, johon olen koonnut oman käsitykseni mukaiset ydinkohdat aikaisemmista määritelmistä. Lähtökohtana itselläni ovat kuitenkin olleet Bohmin (Bohm & Peat 1992), Klinen (1995) ja Sengen (1990, 1999) ajatukset monitieteisyydestä ja oppivasta organisaatiosta sovellettuna sosiaali- ja terveysalan kontekstiin. Ydinasioiksi näen

- kokonaisvaltaisen, potilaslähtöisen tiedon kokoamisen
- sovitut välineet ja käytännöt tiedon kokoamiselle
- mahdollisuuden ammatillisille rajojen ylityksille
- potilaslähtöiset organisaatioiden rajojen ylitykset
- jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen.

Oma määritelmäni on myös käynyt läpi kehitysprosessin, koska olen huomannut tarpeelliseksi terävöittää joitakin kohtia. Oma määritelmäni (Isoherranen 2008, 34) on seuraava:

”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas-/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsaa. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuista. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.”

¹Kaikki käännökset tässä työssä ovat tutkijan itse tekemiä.

Moniammatillista yhteistyötä on sosiaali- ja terveysalalla määritelty ja kehitetty useista eri teoreettisista viitekehyksistä. Painotukset määritelmässä kuvastavat niitä konteksteja, joihin määritelmät on laadittu. Seuraavaksi tarkastelen vielä, mitä uutta näkökulmaa laajemmat meta-analyysit moniammatillisesta yhteistyöstä tuovat esiin.

2.2.1 Meta-analyysejä moniammatillisesta yhteistyöstä

D'Amour ym. (2005, 117 – 121) suorittivat haun ajalta 1990 – 2003 tietokantoihin Medline, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycInfo ja ABI/INFORM Global (ProQuest). Hakusanoina olivat inter, multi, professional, disciplinary, team, occupation, agency ja modells in health field. Tuloksena oli 588 abstraktia, joista he valitsivat lopulliseen analyysiin 80. Valinnan kriteerinä oli, että yhteistyön terveysalalla tuli olla artikkelin pääaihe. Kaksi riippumattonta tutkijaa suoritti tarkastusseulonnan kaikille kahdeksallekymmenelle tutkimukselle. Se auttoi tunnistamaan, minkälaisesta yhteistyöstä oli kyse. Tuloksena oli 27 artikkelia, jotka täyttivät käytetyn metodin laatukriteerit. Näistä 17 käsitteli määritelmiä tai käsitteitä, jotka liittyivät yhteistyöhön ja 10 yhteistyön viitekehyksiä. Viitekehysten tuli perustua tunnistettuun, pätevään tietopohjaan. Viitekehysten vahvuuden arvioinnissa käytettiin kolmea kriteeriä: oliko empiirinen aineisto tutkijain keräämää, oliko ilmaistu strategia kirjallisuuskatsaukselle ja perustui tutkimus julkilausutulle teorialle. Mitä useampi näistä kolmesta kriteeristä toteutui, sitä vahvempi oli viitekehys. D'Amour ym. (2005, 121 - 122) toteavat, että analyysin mukaan vahvimmat kehittämismallit perustuivat organisaatioteorioihin ja organisaatiososiologiaan. Moniammatillisen yhteistyön keskeiset käsitteet jakautuivat kahteen pääryhmään: yhteistyötä koskeviin ja tiimeihin liittyviin käsitteisiin.

D'Amourin ym. (2005, 118 – 119) analyysin mukaan *yhteistyön (collaboration)* keskeisiä käsitteitä olivat jakaminen (*sharing*), kumppanuus (*partnership*), keskinäinen riippuvuus (*interdependency*) ja valta (*power*). Jakamiseen kuuluu jaettu vastuu, jaettu päätöksenteko, jaettu terveysfilosofia, jaetut arvot, jaettu tieto ja jaettu suunnittelu. Kumppanuuteen sisältyy avoin ja rehellinen kommunikaatio, keskinäinen luottamus ja toisten osaamisen kunnioitus sekä yhteiset tavoitteet. Keskinäinen riippuvuus on tietoisuutta ja ymmärrystä yhteistyön merkityksestä, kun pyritään vastaamaan potilaan tarpeisiin. Valta jakaantuu tiimissä ja perustuu tiimin jäsenten tietoon ja osaamiseen enemmän kuin nimikkeisiin. Yhteistyötä kuvataan kehittyvänä vuorovaikutusprosessina, joka alkaa ja etenee vähitellen neuvotteluista ja kompromisseista päätöksenteossa yhteiseen suunnitteluun. Meta-analyysissä ei löytynyt mitään mallia tai yritystä määritellä potilaan roolia tiimeissä, vaikka potilas nähtiinkin tällaisen yhteistyön oikeutuksena.

D'Amour ym. (2005, 119 - 120) toteavat analyysissään, että tiimityö on keskeinen tapa, tehdä potilaslähtöistä työtä. Tiimityöhön liittyvät useimmin käytetyt käsitteet olivat monitieteinen (multidisciplinary), tieteidenvälinen (interdisciplinary) ja poikkitieteinen (transdisciplinary) tiimi. Analyysi osoitti, että näitä termejä määriteltiin vain harvoin ja niitä käytettiin usein erotuksetta. Tiimeissä tunnistettiin kolme eri yhteistyön intensiteetin tasoa, jotka ovat tulleet jo aikaisemmin esiin kappaleessa 2.1.2.

Analyysin mukaan *monitieteisessä tiimissä* (multidisciplinary) ammatillaiset työskentelevät saman kohteen parissa varsin itsenäisesti tai rinnakkain. He käyttävät tiede- käsitettä ammatillisen sijaan. Professionaalinen autonomia on monitieteisessä tiimissä suuri. Tarvitaan kuitenkin jonkinlaista rakennetta ja yhteistyön koordinaatiota, että yhteistyöstä yleensä syntyy uudenlaista tulosta. Silloin siirrytään jo seuraavalle tasolle.

Tieteidenvälisessä tiimissä (interdisciplinary) on selkeä yhteistyörakenne yhteisten tavoitteiden luomiseksi ja yhteinen päätöksentekoprosessi. Se perustuu jokaisen ammatillaisen tiedon ja osaamisen integrointiin niin, että yhdessä löydetään ratkaisut potilaan monimutkaisiin ongelmiin.

Poikkitieteisessä (trans/crossdisciplinary) tiimissä keskeistä on ammatillisten rajojen ylittäminen. Tällaisessa tiimissä vaihdetaan vapaaehtoisesti tietoa ja ammatillista osaamista yli perinteisten ammatillisten rajojen. (D'Amour ym. 2005; Payne 2000). Leathard (2003), D'Amour ja Oandasan (2005) ja Klein (2010) toteavat, että uudemmassa englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa käytetään interdisciplinary ja interprofessional sekä trans/crossdisciplinary ja trans/crossprofessional termejä kuvaamaan tiimityötä, jossa tieteiden tai ammattien edustajat ovat aktiivisessa vuorovaikutuksessa keskenään ja tietoa integroidaan ja fokusoidaan joustavasti.

Yhdysvaltalainen Laura Petri (2010, 73 - 82) on todennut, että vaikka moniammatillinen yhteistyö todetaan oleelliseksi tekijäksi kehitettäessä terveysalaa, käsitteen operationalisointi on osoittautunut hyvin haastavaksi. Selventääkseen käsitettä hän tutki moniammatillisuuteen liittyviä tutkimusartikkeleja vuosilta 1996 - 2007. Hän suoritti näille Rodgers`in käsiteanalyysin (Evolutionary View of Concept Analysis). Haun hän teki sähköisistä englanninkielisistä tietokannoista CINAHL, Medline ja PsycINFO. Hakusanoina olivat: collaboration and interdisciplinarity, cooperative behavior and interprofessional relations, interdisciplinarity, interdisciplinarity treatment approach, cooperation and collaboration. Jokaisesta tietokannasta otettiin satunnaisesti 20 % artikkeleista. Lisäksi mukaan otettiin kuusi useimmin siteerattua artikkelia. Näin kokonaisotokseksi analyysiin tuli 87 artikkelia. Tutkimuksissa mukana olleet olivat sairaanhoitajia, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja, farmaseutteja, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja hammaslääkäreitä. Näin saatua aineistoa tarkasteltiin uudelleen ja siitä etsittiin kuvaavia kehityslinjoja tieteidenvälisen yhteistyön käsitteelle. Kehityslinjojen kuvauksien esiintymiskerrat laskettiin, ja termit sekä ilmaisut luokiteltiin teemoiksi. Näin saatuja teemoja käytettiin käsiteanalyysissä, kun tarkasteltiin *yhteistyön määreitä, edellytyksiä ja vaikutuksia*.

Suoritettu analyysi ei tuonut esiin mitään uutta edellä esitettyyn (D'Amourin ym. 2005) yhteistyön määrittelyyn. Pelkistetysti Petrin (2010) analyysin mukaan moniammatillinen yhteistyö on

1. *Vuorovaikutusprosessi*, jossa eri ammattilaisten monimuotoiset suhteet kehittyvät ja muuttuvat ajan kuluessa. Se on myös *ongelmakeskeinen, tieteenalojen välinen ja potilaslähtöinen prosessi*.

2. Siinä on *jakamista*, eniten tavoitteissa, vastuussa, päätöksenteossa ja vallassa.
3. Se on eri muodossa tapahtuvaa *yhdessä työskentelyä*, jossa jokainen antaa oman ainutlaatuisen panoksensa prosessiin.

Edellytyksinä, jotka kuvaavat välttämättömiä elementtejä moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi Petrin (2010) analyysi tuo esiin ammattienvälisen koulutuksen, roolitietoisuuden, vuorovaikutustaidot, valmiuden tiimin ja ihmissuhteiden rakentamiseen sekä yksilöiden, organisaatioiden ja hallinnon tuen.

Kun moniammatillista yhteistyötä lähdettiin kehittämään, tietoa sen vaikutuksista ei vielä ollut. Kehittämistyön alkuvaiheessa odotukset seurauksista perustuivat vain teoreettisiin oletuksiin. Petrin (2010, 78 - 79) analyysin tärkeä lisäanti onkin se, mitä seurauksia moniammatillisesta yhteistyöstä on tutkimusten mukaan ollut. Raportoidut seuraukset ovat hänen mukaan yleensä positiivisia. Hän pohtiikin tutkimuksessaan, raportoidaanko positiivisia seurauksia helpommin. Moniammatillisen yhteistyön positiiviset seuraukset kohdistuvat hänen tutkimuksensa mukaan potilaisiin, organisaatioon tai systeemiin ja terveystieteen ammattilaisiin.

Potilaan hyötyjä olivat mm. hoidon ja hoivan laadun paraneminen ja tehostuminen, kokonaisvaltaisuus, parempi potilastyytyväisyys, lyhentynyt sairaalassaoloaika sekä nopeiden takaisin sairaalaan palaamisten väheneminen.

Organisaation kustannusten laskeminen oli kaikkein yleisin organisaatiolle kuvattu seuraamus. Sen arvioidaan olevan suurelta osin seurausta tehokkaammasta henkilökunnan osaamisen hyödyntämisestä ja työn uudesta koordinoinnista.

Ammattilaisille tulevia positiivisia seurauksia raportoitiin myös, vaikka potilasta ja organisaatiota koskevia hyötyjä oli raportoitu eniten. Näitä olivat lisääntynyt työtyytyväisyys, kohentunut työmoraaali ja innostuneisuus, työuupumustapausten väheneminen ja työntekijöiden pysyvyys.

Tämän tutkimus kohteena eivät olleet moniammatillisen yhteistyön vaikutukset vaan kehittämisen haasteet. Olisi tärkeää, saada lisää tutkittua tietoa myös moniammatillisen yhteistyön vaikutuksista.

2.3 Organisaatioiden kehittyminen

Organisaatioiden tiedon ja osaamisen hallinta alkoi nousta tärkeäksi alueeksi organisaatioiden kehittämisessä 1990-luvun lopulla. Yhden henkilön on mahdotonta omata niitä kaikkia tietoja ja taitoja, joita nykyajan työelämässä tarvitaan. Organisaatioteoreetikot loivat uusia ja ajan haasteisiin vastaavia lähestymistapoja organisaatioiden kehittämiseen. Erityisesti nousi esiin kysymys, kuinka muuttaa yksilöllinen hiljainen tieto yhteiseksi, kollektiiviseksi tiedoksi (mm. Nonaka & Takeuchi 1995; Senge 1990). Organisaatioita alettiin kuvata virheistään oppivina subjekteina, jotka kykenevät kokoamaan yhteen ja käyttämään organisaatioissa olevaa tietoa sekä reagoimaan joustavasti toimintaympäristöstä tuleviin haasteisiin. Organisaation hierark-

kisia rakenteita alettiin purkaa ja kehittää niitä tiimipohjaisiksi ja mataliksi sekä joustaviksi. Työtä alettiin organisoida yhä enemmän monitieteisiin ja -taitoisiin tiimeihin (mm. Senge 1990; Argyris 1993). Tiimirakenne mahdollistaa yhteisen tiedonmuodostuksen ja ammatilliset rajojen ylitykset. Tiimit voivat tiettyissä rajoissa myös itse kehittää omaa toimintaansa päästäkseen tavoitteisiinsa. Siirtyminen tiimipohjaiseen työskentelyyn haastoi vanhat johtajuusmallit. Erityisesti tietotyön alueella nousi esiin jaetun johtajuuden ajatus vertikaalisen johtajuuden rinnalla. Jaetulla johtajuudella tarkoitetaan sitä, että johtajuus voi tiimissä vaihdella sen mukaan kenellä on parhaimmat tiedot, taidot ja osaaminen käsiteltävässä asiassa. (Pierce 2004). Hassardin ja Pakerin (1993) mukaan kieli ja puhe saavat näissä tiimeissä entistä keskeisemmän merkityksen. Alettiin puhua oppivista, älykkäistä ja luovista organisaatioista (mm. Senge 1990, Quinn 1992, Choo 1998).

2.3.1 Oppivat organisaatiot

Oppivat organisaatiot pyrkivät jatkuvaan oppimiseen ja joustavuuteen sekä sisäisessä että ulkoisessa toiminnassaan. Edgar Scheinin (2010) sekä Drinkan ja Clarkin (2000) mukaan sosiaali- ja terveysalan kontekstiin soveltuisi juuri oppivan organisaation malli. Se tarjoaa heidän mukaansa sopivan viitekehyksen asiakaslähtöisen moniammatillisen tiimityön kehittämiseksi. Oppivaa organisaatiota käsittelevien mallien ja teorioiden kenttä on hyvin laaja ja monitieteinen. Moilanen (2001, 12 - 23) analysoi oppivan organisaation malleja väitöskirjassaan, jossa hän tutki niitä erityisesti johtajuuden näkökulmasta. Hän jakoi oppivat organisaatiot kolmeen pääluokkaan, lähinnä sen mukaan mitä oppimisteoriaa ne edustivat:

1. tuloksiin suuntautunut oppiva organisaatio
2. proessorientoitunut oppiva organisaatio
3. holistinen tai visio-pohjainen oppiva organisaatio.

Lähes kaikissa esiintyvät elementit olivat: holismi, uusi oppiva johtajuus, tarkoituksen (vision) löytäminen sekä organisaatio että yksilötasolla, organisaation toimintamallien ja yksilötason mielen mallien kyseenalaistaminen, voimaannuttaminen ja oppivan organisaation jatkuva arvioiminen. Kaikki elementit toteutuivat kahdella eri tasolla yksilö- ja organisaatiotasolla.

2.3.2 Sengen oppiva organisaatio

Kuvaan tarkemmin Peter Sengen (1990; Senge ym. 1999) kehittämää oppivan organisaation mallia. Se antaa kokemukseni mukaan toimivat käytännön kehittämisen välineet moniammatilliselle tiimityölle. Edgar Schein (2010) mainitsee juuri Sengen oppivan organisaation mallin terveysalalle soveltuvaksi malliksi. Peter Sengen (1990, 139 – 269; Senge ym. 1999) oppivan organisaation mallin ydinkohdat ovat systeeminen ajattelu, itsensä jatkuva kehittäminen omien mentaalisten mallien tunnistamisen kautta, yhteinen visio ja tiimiksi oppiminen. Työtä pyritään organisoimaan siten, että työ ei olisi pirstaleisesti toteutettua ja jäykän byrokraatista vaan joustavasti, tiimipohjaisesti ja asiakaslähtöisesti organisoitua. Painopisteitä ovat organisaation yhteistyön ja yhteisen tiedonmuodostuksen jatkuva kehittäminen, uusien toimintatapojen yhdessä oppiminen ja oppimisen esteiden tunnistaminen sekä yksilö- että yhteisötasolla.

Perusteluni mallin sopivuudelle juuri sosiaali- ja terveysalan kontekstiin ovat seuraavat:

- perustuu systeemiselle ajattelulle, joka soveltuu erityisesti sosiaali- ja terveysalalle (Terpstra ym. 2010)
- asiakas on toiminnan keskiössä
- pyritään yhdessä holistisiin ratkaisuihin
- luodaan organisaation kaikkien tasojen kanssa yhteinen näkemys tavoitteesta
- vuorovaikutus organisaatiossa on kahdensuuntaista - alhaalta ylös ja ylhäältä alas
- muutoksiin edetään jatkuvalla toiminnan arvioinnilla
- kehittämisessä tunnustetaan sekä yksilön että tiimin toimintaan vaikuttavia mentaalaisia malleja
- taitava keskustelu ja dialogi

Käytännön lisäargumentti on, että tämän tutkimuksen kohteena olleen organisaation osastonhoitajien koulutuksessa käytettiin juuri Sengen oppivan organisaation tarjoamia tiimityön kehittämisen ajatuksia ja välineitä mm. taitavaa keskustelua ja dialogia opiskelemalla.

Tiimitasoinen yhteistoiminnan jatkuva arvioiminen on tärkeä osa oppivaa yhteistyötä. Kehittämistä ei siis tehdä vain ylhäältä alaspäin vaan myös alhaalta ylöspäin. Tiimit kehittävät omaa toimintaansa. Koska tieto pyritään kokoamaan yhteen holistiseksi tiedoksi työn kohteesta, työtä organisoidaan tarpeen mukaan joustavasti eri alan osaajista koostuviin tiimeihin. Joustavien tiimien oletetaan olevan tehokkaita ja kykeneviä toimimaan ja oppimaan nopeasti muuttuvassa ja tietomäärältään jatkuvasti kasvavassa toimintaympäristössä. Ideana on, että joustavat tiimit eivät tuota mekaanisesti samaa ratkaisumallia kaikille asiakkaille, vaan ratkaisu ”rakennetaan” tiimeissä jokaisen asiakkaan tarpeista ja tilanteesta lähtien. Näin toimien myös asiakkaan oletetaan hyötyvän. Asiakas ei saa ristiriitaista tietoa ja kohtelua, vaan toiminta on integroitua ja siinä huomioidaan juuri hänen tarpeensa ja toiveensa. (Senge 1990; Senge ym.1999).

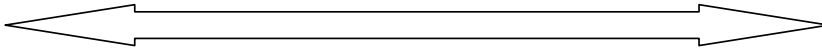
Lähtöoletukset ovat siis samoja kuin monitieteisyydessä; tieto ja osaaminen kootaan yhteen eräänlaiseksi systeemiseksi tiedoksi työn kohteesta. Sengen mukaan tämän toteutumiseksi tarvitaan koko organisaatiossa uudenlaista rakennetta ja ajattelua. Senge (1990, 3, 191, 239 - 244, 266) perustelee ratkaisuja omassa mallissaan usein David Bohmin ajatuksilla systeemisen ja holistisen näkökulman sekä dialogin merkityksestä.

Sengen mukaan mitä monimutkaisempi ongelma on ratkaistavana, sitä todennäköisemmin sen ratkaisuun ei riitä vain yksi viitekehys, vaan tarvitaan tiedon kokoamista ja moninäkökulmaista keskustelua ratkaisusta. David Bohm (1992, 244 - 251) ehdotti monitieteiseen keskusteluun välineeksi luovaa dialogia, joka tuo keskusteluun mukaan erilaiset näkökulmat ja myös ajattelun hiljaisen tiedon. Ross (Senge ym.1999, 385 – 386) on kehittänyt Sengen oppivan organisaation mallissa ajatuksia luovasta dialogista eteenpäin arjen keskustelun tasolle. Isaacs (2001, 20) toteaa, että työyhteisöjen arjessa keskustelut eivät useinkaan rakennu tietoja, perusteltuja näkökulmia ja hiljaista tietoa kooten, vaan ihmiset keskustelevat puolustellen, voittaakseen tai hierarkkisessa organisaatiossa myös usein kohteliaasti vaieten. Siksi yhdessä ajattelemisen ja keskustelun onnistumiseksi tarvitaan uusia välineitä ja uusia taitoja. Senge ym.

(1999) oppivan organisaation käytännön soveltamiseen suunnatussa kirjassa Ross ehdottaa organisaation keskustelujen kehittämiseen taitavan keskustelun ja dialogin taitojen opettelua. Ross kuvaa arjen keskustelua ulottuvuudella, jonka toisessa päässä on karkea kiistely, josta keskustelu voi edetä kohteliaan keskustelun kautta taitavaan keskusteluun ja dialogiin. Keskustelun tasoja kuvaava ulottuvuus antaa hyvän työväliseen tiimin keskustelutaitojen oppimiselle. Sen avulla tiimi voi opetella tunnistamaan omaa keskusteluaan. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Tiimin keskustelun tasot (Ross 1999)

karkea kiistely ---- kohtelias keskustelu ---- taitava keskustelu ---- dialogi



Rossin (Senge ym. 1999, 385 – 386) mukaan kohteliaassa keskustelussa ei esitetä erilaisia näkemyksiä vaan vaietaan ”kohteliaasti.” Taitavassa keskustelussa sen sijaan esitetään omia näkemyksiä ja argumentoidaan niiden puolesta, kun pyritään päätökseen, sopimukseen tai tunnistetaan prioriteetteja. Dialogissa taas tavoitteena on tutkia, löytää ja tunnistaa sekä saada monipuolisempaa tietoa keskustelun kohteena olevasta ilmiöstä. Työyhteisöjen keskusteluisissa, joissa voi olla tiukka aikataulu ja runsas asialista kuten terveysalalla usein on, taitavan keskustelun ja dialogin tulisi vuorotella. Keskustelun puheenjohtajalta vaaditaan silloin taitoja ohjata keskustelua tarpeen mukaan eri keskustelutapojen välillä. Tiimin jäsenten puolestaan tulisi tunnistaa oma tapansa keskustella. Kiistely, jossa ei perustella omaa näkemystä eikä kuunnella toisten näkemyksiä ja kohtelias keskustelu, jossa ei tuoda esiin poikkeavia näkemyksiä, ovat arjen keskusteluille tyypillisiä. Siksi jokaisen keskusteluun osallistujan on hyvä oppia tunnistamaan omaa tapansa osallistua keskusteluun. Se antaa mahdollisuuden lähteä tietoisesti ohjaamaan ja kehittämään keskustelutaitoja.

Senge (1990, 174 – 204; Senge ym. 1999, 235 - 293) viittaa Kenneth Craikin jo 1940-luvulla luomaan käsitteeseen ihmisellä olevista representaatiosta ulkoisesta todellisuudesta. Nämä *mentaaliset mallit* (*mental models*) ovat mielikuvia, oletuksia, tarinoita, joita meillä on miellesämme. Ne määrittävät sitä, mitä havaitsemme ja miten toimimme. Tiimin mentaaliset mallit viittaavat tiimin jäsenillä oleviin organisoituneihin tiedonrakenteisiin siitä, kuinka ollaan vuorovaikutuksessa ja kuinka tehtävät suoritetaan tiimissä. Tiimin mentaalisisista malleista käytetään myös nimitystä *jaetut mentaaliset mallit* (*shared mental models*). Nijstadin mukaan (2009, 177- 178) erityisesti kun työskennellään kiireessä, dynaamisissa ja vaativissa tehtävissä, tiimin mentaaliset mallit ovat tärkeitä yhteistyön koordinoinnissa. Sengen oppivassa organisaatiossa pyritään poistamaan oppimisen esteitä sekä yksilön että tiimitoiminnan mielen malleja tunnistamalla. Kun tunnistetaan totuttuja tapoja toimia yhdessä, voidaan oppia uusia tapoja olla vuorovaikutuksessa ja tehdä työtä.

Sengen oppivan organisaation viitekehys tarjoaa ryhmätyötutkimuksen näkökulmasta soveltuvia ja oivaltavia ryhmän yhteistyön kehittämisen välineitä. Levinen ja Morelandin (2006, 65 - 66) mukaan ryhmän rakenteet vastustavat muutosta ryhmän vuorovaikutuksessa, ja ne muuttuvat hitaasti. Siksi voi olettaa niiden yhdessä tiedostamisen ja tunnistamisen auttavan muu-

toksessa. Oppiva organisaatio perustuu ajatukselle jatkuvasta oppimisesta ja organisaation kaikilla tasoilla työskentelevien aktiiviselle halulle kehittää organisaatiota paremmin toimivaksi ja yhteisiin tavoitteisiin vastaavaksi.

Sengen oppivan organisaation mallissa ei puhuta moniammatillisesta yhteistyöstä vaan eri ammattilaisten yhteistyöstä. Moniammatillinen yhteistyö on Suomessa sosiaali- ja terveysalalla käytetty käsite, Sengen oppiva organisaatio on yleismalli. Oppivan organisaation malli tarjoaa mielestäni kuitenkin sopivan viitekehyksen moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi sosiaali- ja terveysalalle. Yhtenäistä viitekehystä sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden kehittämiseksi on toivottu. Ellei sellaista ole, kehittäminen jää irralliseksi ja toteutuu vain yksittäisten tiimien tasolla. Tiimien on vaikeata, ellei mahdotonta toimia moniammatillisuuden idean mukaisesti, jos muu organisaatio toimii byrokraattisen tai professionaalisen mallin mukaan. Tarvitaan laajempaa ja syvällisempää muutosta organisaatioissa, johtajuudessa ja työn organisoinnissa, että moniammatillinen yhteistyö voi toteutua onnistuneesti arjessa. Sicotte, D'Amour D. ja Morealt (2002) ja D'Amour, Ferrada-Videla, Rodrigues ja Beaulieu (2005) toteavat myös tutkimuksissaan ja meta-analyyseissään, että moniammatillisen yhteistyön operatiivisessa kehittämisessä tarvitaan laajempaa viitekehystä perinteisen professionaalisen ja byrokraattisen viitekehyksen tilalle.

Sengen (1990, 139 - 205) oppivassa organisaatioissa muutoksen täytyy lähteä arjen toimijoiden tasolta ja heidän yhteisestä ymmärryksestä muutoksen merkityksestä. Tämä on mielestäni tärkeää muutoksen onnistumiselle myös sosiaali- ja terveysalalla. Peter Sengen oppivan organisaation kehittämismalli tarjoaa sopivan laajan viitekehyksen yhteistyön kehittämiseksi. Voivatko sosiaali- ja terveysalan organisaatiot kehittyä joustaviksi ja ympäristön muutoksiin mukautuviksi? Kysymyksen esittävät myös monitieteistä tiimityötä (interdisciplinary teamwork) käsittelevän kirjansa johdannossa yhdysvaltalaiset Drinka ja Clark (2000), jotka ovat toimineet tutkijoina, hallinnoissa ja kouluttajina sosiaali- ja terveysalalla. He tuovat yhtenä kehittämisen mahdollisena esteenä esiin kaikkien vaikuttavien tahojen yhteisen tavoitteen puuttumisen. Kysymys on mielenkiintoinen erityisesti heidän kulttuurisessa kontekstissään, jossa terveysalan organisaatiot ovat kuitenkin pääosin liiketaloudellisesti toimivia. Meillä Suomessa organisaatiomuutoksiin varsinkin julkisella sektorilla on vaikuttamassa suuri päättäjien joukko ja silloin yhteistä tahtoa on vaikea löytää. Yleisesti tunnustetaan tarve sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden kehittämiseksi niin, että ne vastaisivat paremmin tämän hetken ja tulevaisuuden haasteisiin. Onnistutaanko niin suuri paradigman muutos toteuttamaan, pohtivat myös Engel ja Gursky (2003, 44) moniammatillista johtajuutta käsittelevässä artikkelissaan.

2.4 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla

Meadsin ja Ashcroftin (2005) mukaan kiinnostus moniammatillisuuteen sosiaali- ja terveysalalla on lisääntynyt globaalisti kahden viimeisen vuosikymmenen aikana. Engel ja Gursky (2003, 44 - 45) toteavat, että terveydenhoitojärjestelmä vaatii paradigman muutosta yhteistyössä ja kumppanuudessa voidakseen vastata terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin. He

argumentoivat, että enää ei voida toimia traditionaalisella tavalla, vaan tarvitaan monenlaisia interventioita ja ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa ja se edellyttää muutosta myös johtajuudessa. D'Amour ja Oandasan (2005, 9) katsovat, että moniammatillisuus vaatii paradigman muutosta myös siksi, että moniammatillisessa työskentelyssä on omat arvonsa, johtamis- ja työskentelytapansa. Allan Beattie (2003, 146 - 147) totesi kymmenen vuotta sitten, että moninäkökulmaisuus on kuitenkin sosiaali- ja terveysalalla melko vierasta, koska lineaarinen ja mekanistinen ajattelu oli silloin edelleen varsin tyypillistä. Terpstran ym. (2010, 517 - 518) mukaan moniammatillinen, integroitu ja laaja-alainen ovat nyt jo terveydenhoidossa tavanomaista termistöä. Heidän mukaansa on kuitenkin vaikeata saada aikaan käytäntöjä, joissa luodaan hybridisiä, moninäkökulmaisia kokonaisuuksia ja jaettuja merkityksiä toiminnan kaikilla eri tasoilla. Perinteiset rajat tieteenalojen, terveysalan organisaatioiden ja sosiaalisen sektorin välillä ovat edelleen olemassa.

Nykyisin kohdataan yhä monimutkaisempia ongelmia, ja ammatilliset ovat niiden ratkaisemisessa väistämättä entistä riippuvaisempia toisistaan. Pääallekkäisestä ja ristiriitaisuuksia sisältävästä työskentelystä seuraa usein sekaannusta ja tehottomuutta. Lisäksi potilaat/asiakkaat ja heidän läheisensä haluavat yhä enemmän tietoa ja mahdollisuutta vaikuttaa ratkaisuihin. Paynen (2000) ja Leathardtin (2003) mukaan he ovat aiempaa tietoisempia oikeuksistaan ja heillä itsellään on myös mahdollisuus hankkia aiempaa enemmän tietoa sähköisistä tietolähteistä. Kehityksen suunta on ollut se, että asiakas/potilas on yhä enemmän toiminnan keskiössä.

Suomessa potilaan asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia on säädelty lainsäädännöllä, joka määrittelee potilaan toimintamahdollisuudet ja velvoittaa ammattihenkilöitä noudattamaan sitä. Kohonneet kustannukset, erikoistuminen ja tiedon lisääntyminen sekä teknologinen kehitys ovat omalta osaltaan vaikuttaneet kehitykseen. Tiedon kokoamiseen ja sujuvaan siirtämiseen löytyy nykyisin välineitä; tietovarannot ovat olemassa, kunhan ne saadaan joustavasti kaikkien tarvitsijoiden käyttöön. Meads ja Ashcraft (2005, 2 - 12), Gaboury ym. (2009, 708), Terpstra ym. (2010, 508- 519) toteavat, että moniammatillinen yhteistyö nähdään tässä tilanteessa tienä tehokkaampaan ja laadukkaampaan hoitoon ja hoivaan.

D'Amour & Oandasan (2005) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammatilliset ovat koulutuksensa myötä sosiaalistuneet oman tieteen näkemyskseen asiakkaasta ja tottuneet työskentelemään varsin itsenäisesti. Jokainen ammatti on kehittänyt oman viitekehityksensä ja laillistetun toiminta-alueensa. Niihin liittyy tiettyjä legitimoituja oikeuksia, jotka ovat usein varsin jäykkiä ja rajat vaikeasti ylitettäviä. Nämä ammatilliset toiminnan ja vastuun rajat ovat harvoin luonnollisia ja siten integroituja, että ne vastaisivat sekä asiakkaiden että ammatillisten tarpeita. Ammatillinen eriytyminen ja töiden jakautuminen ovat jopa edellyttäneet ja korostaneet yksintyöskentelyn kulttuuria. (Drinka & Clark 2000; D'Amour ym. 2005; Rekola ym. 2005; Pennanen 2007; Rekola 2007). Hugman (2003, 56 - 57) toteaa, että yksintyöskentelyn kulttuuriin tottuneet ammatilliset voivat kokea moniammatillisuuden myös uhkana omalle ammatillisuudelleen. Se nähdään helposti häiriönä, joka rikkoo vallitsevaa järjestystä. Tutkiessaan ammatillisten välisiä rooli- ja reviiriristiriitoja eräät tutkijat mm. Beattie (1995, 11) ja

Nikander (2003) käyttävätkin professioista sosiaaliantropologiasta lainattua ilmaisua ”heimot” ja ”heimojen välinen konflikti”.

Isossa-Britanniassa moniammatillista yhteistyötä on jo pitkään ja aktiivisesti pyritty viemään arjen toimintatavaksi. Siellä on tutkittu ja koottu yhteen niitä vaikeuksia, joita soveltamisessa kohdataan. Kleinin (1990, 141 - 150) ja Leathardin (2003, 7-8) mukaan tällaisia ovat olleet mm. professionaaliset tekijät:

- erilaiset ideologiat, arvot ja ammatilliset intressit
- valtakilpailu ja erikoistumisalojen välinen kilpailu.

Näiden lisäksi tulevat rakenteelliset tekijät:

- erilaiset menettelytavat ja eri syklit suunnittelussa ja budjeteissa
- status-kysymykset
- ajan riittämättömyys yhteistyöhön.

He toteavat, että sosiaali- ja terveysalalla on lisäksi alueita, joilla nousee monia erityiskysymyksiä yhteistyötä kehitettäessä. Tällaisia ovat esimerkiksi vastuukysymykset, potilastiedon jakamiseen ja riskien hallintaan liittyvät kysymykset.

2.5 Tiimit moniammatillisessa yhteistyössä

Tiimi-käsitettä on käytetty ja käytetään hyvin monenlaisista työryhmistä ja yhteistyön muodostelmista. Drinka ja Clark (2000, 4 - 5) toteavatkin, että kirjallisuudessa tiimeistä on loputon määrä määritelmiä ja variaatioita. Tiimi on moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite, ja sitä käytetään sosiaali- ja terveysalalla yleisesti samamerkityksisesti moniammatillisen yhteistyön kanssa (D'Amour ym. 2005; Drinka & Clark 2000; Pärnä 2007; Petri 2010). Koska tiimi on moniammatillisessa yhteistyössä keskeinen käsite, sitä ja sen kehitystä on syytä käydä vielä tarkemmin läpi.

Oppivassa organisaatiossa tiimityö on tapa yhdistää jokaisen ammattilaisen panos niin, että kokonaisuus olisi enemmän kuin summa kaikkien työpanoksesta. Sengen (1990) ja Housleyn (2003) mukaan tiimi sosiaalisena rakenteena vahvistaa yksilön panoksia, ja sillä oletetaan saavutettavan tehokkuushyötyä. Katzenbachin ja Smithin (1993, 45) jo klassinen määritelmä sanoo lyhyesti tiimin ydinasian ja sopii myös moniammatillisen tiimin yhteyteen: ”Tiimin muodostaa pieni joukko ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja ja jotka ovat sitoutuneet yhteiseen tarkoitukseen, suoritustavoitteisiin ja lähestymistapaan, mistä he kokevat olevansa yhteisvastuussa”. Cohen ja Bailley (1997, 241) puolestaan määrittelevät tiimin seuraavalla tavalla: ”Tiimin muodostaa joukko ihmisiä, joiden tehtävät ovat keskenään riippuvaisia, jotka jakavat vastuun tuloksista, jotka näkevät itsensä ja jotka nähdään sosiaalisena kokonaisuutena osana jotain sosiaalista systeemiä, joka hallinnoi heidän suhteitaan organisaation rajojen sisällä.” Kummassakin määritelmässä näkyvät tiimityön keskeiset elementit: tehtävien keskinäinen riippuvuus, jaettu vastuu ja selkeä alasyteemi suuremmissa systeemissä.

William Housleyn (2003, 1) kirjan *Interaction in Multidisciplinary Teams* ensimmäinen luku on havainnollisesti nimeltään *Bringing Multidisciplinary into Teams*. Nimi kuvaa hyvin sitä,

että moniammatillinen yhteistyö tuo tiimeihin uuden paradigman. Housley käyttää kirjan nimessä kuitenkin englannin kielessä hiukan vanhaa termiä multidisciplinary nykyisin vakiintuneen termin interdisciplinary sijaan. Hänen määrittelynsä kuvaa kuitenkin interdisciplinary (tieteidenvälistä) tiimiä. Oleellinen muutos perinteiseen tiimityöhön tapahtuu tiimiin kuuluvien vuorovaikutuksen tasolla:

- tietoa integroidaan kokonaisvaltaiseksi tiedoksi
- tarvittaessa ylitetään vanhoja roolirajoja
- tiimien kokoonpano vaihtelee joustavasti asiakas/potilaslähtöisesti

Sekaannusta tiimityön termeissä syntyy esimerkiksi silloin, kun sanotaan, että tehdään moniammatillista tiimityötä, mutta tiimityöskentely onkin vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä tiimissä ilman yhdessä tapahtuvaa minkäänlaista tiedon integrointia tai roolirajojen ylityksiä.

Sosiaali- ja terveysalan tiimit ovat tunneilmastoltaan erilaisia kuin liike-elämän tiimit (Drinka & Clarks 2000). Tämänkin tutkimuksen haastatteluissa tulee esiin, että ammattilaiset työskentelevät ympäristössä, jossa kohdataan kaiken aikaa elämän peruskysymyksiä ja niiden nostattamia emotionaalisia kokemuksia sekä potilaissa, heidän läheisissään että ammattilaisissa. Ammattilaiset joutuvat lisäksi tekemään usein moraalisesti ja eettisesti vaikeita ratkaisuja. Tutkimuksien (esim. Drinka 1994; Drinka & Clarks 2000; Temkin-Greener ym. 2004; Körner 2008) ja kokemukseni pohjalta väittäisin, että tällaisessa työympäristössä tunteet tulevat helposti mukaan tiimin ihmissuhteisiin. Drinka (1994) on tutkinut geriatria moniammatillisia tiimejä, ja hänen mukaansa tunneilmaston merkitys on lisähaaste moniammatillisten tiimien kehittämiseen. Kuten Drinka toteaa, jos tiimillä ei ole riittävästi välineitä ja mahdollisuuksia käsitellä tunteita, ne aiheuttavat helposti ristiriitoja tai sulkeutumista.

Sosiaali- ja terveysalalla on erityisalueita, jotka vaativat tiimityöltä kontekstiin sopivaa yhteistyön mallia. Suomestakin löytyy uudempaa tutkimusta, joka on kohdistunut erityisalueille kuten leikkaussaliin ja päivystykseen. Collin ym. (2010) tutkivat moniammatillista yhteistyötä sairaalan leikkaussalissa, jossa hyvin toimiva moniammatillinen tiimityö on erityisen tärkeää potilaan turvallisuuden ja toiminnan tehokkuuden kannalta. Tutkimuksessa käytettiin etnografista tutkimusstrategiaa, ja aineisto kerättiin havainnoimalla ja haastattelemalla. Aineisto analysoitiin laadullisesti. Tutkimuksessa todettiin, että tässä kontekstissa ei aina ollut optimaalisia olosuhteita tiimityölle. Se teki tiimityöstä erityisen haasteelliselta. Lisäksi yksilötason tekijät kuten motivaatio ja kokemus vaikuttivat tiimityön onnistumiseen. Tulosten pohjalta he ehdottavat moniammatillisen tiimityön edistämiseksi lisää kollegiaalisuutta, jaettua vastuuta ja parempaa tietoisuutta toisten tiimin jäsenten rooleista ja vastuista sekä turvallista työilmapiiriä.

Collin ym. (2012) ovat tutkineet myös moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita päivystystyön hoitoprosessissa. Tutkimus toteutettiin etnografisella tutkimusstrategialla. Aineisto kerättiin havainnoimalla, äänitallenteilla ja haastattelemalla, ja se analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Päivystystyössä tunnistettiin kolme yhteistyön muotoa. Ne olivat rinnakkain työskentely, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien hoito. Tutkimuksessa todettiin, että päivystyskontekstille tyypilliset piirteet, kuten nopea työtahti ja

jatkuvat muutokset hoitoryhmissä näkyivät moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimuksen mukaan selkein tarve moniammatillisuudelle oli hoitoprosessin johtamisessa ja koordinoimisissa toimintahäiriöiden välttämiseksi. Moniammatillisuus kuvataan usein terveydenhoidon ideaalina, mutta tutkijat toteavat, että moniammatillisuuden aste ja tarve vaihtelivat riippuen tilanteesta ja työsuorituksesta. Moniammatillisuuden ei aina ja kaikissa konteksteissa tarvitse olla hyvän työkäytännön edellytys.

2.5.1 Moniammatillisten tiimien kehityshaasteita

Tutkimukset (Drinka & Clark 2000; Reeves 2004; D'Amour ym. 2005; Kvarnström 2008) sosiaali- ja terveysalalta ovat osoittaneet, että tiimit eivät toimi toivotulla tavalla moniammatillisesti pelkästään organisoimalla työtä tiimeihin ja keräämällä ihmiset yhteen. Edellä mainitussa analyysissään D'Amour ym. (2005, 126) pitävät varsin epärealistisena ajatella, että moniammatillinen yhteistyö alkaa toteutua vain tuomalla ammattilaiset yhteen. Olettaisin, että vanhan tiimityön historia on ammattilaisten ja organisaation kollektiivisessa muistissa ja häiritsee uuden toimintamallin oppimista. Vanhan mallin mukaan tiimeissä toimittiin hierarkkisesti ja rinnakkain ilman yhteistä toiminnan koordinoimista ja tiedon integroimista. Sitä, kuinka haastavaa moniammatillisten tiimien toiminnan kehittäminen on erilaisissa sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöissä, on selvitetty useissa tutkimuksissa (mm. Lingard ym. 2004; Miller & Freeman 2003; Körner 2008). Niissä on myös kehitetty sosiaali- ja terveysalan tiimien toiminnan arviointiin ja kehittämiseen soveltuvia uusia malleja. Käyn seuraavaksi niitä läpi, koska ne ovat olleet oman ajatteluni taustalla, kun olen haastatteluissa arvioinut tutkimukseni tiimien kehitysvaiheita.

Miller ja Freeman (2003, 122 - 124) seurasivat kolmen kuukauden ajan kuuden eri klinikan moniammatillisen tiimin toimintaa. Klinikoiden alat olivat neurologinen kuntoutus, yleislääketiede, lasten kehitysarviointi, diabetes, terveyskeskus ja kunnallinen mielenterveystyö. Tiimeihin kuului sairaanhoitajia, lääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, puheterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Menetelmänä tutkijoilla oli ei-osallistuva havainnointi ja puolistrukturoitu haastattelu henkilökunnalle ja johdolle sekä dokumenttien analysointi. Tutkimuksessa havainnoitiin, toteutuivatko seuraavat yhteistyön tekijät:

- kehittynyt yhteinen näkemys tiimityöstä ja yhteinen filosofia potilaan hoidosta
- kaikki tapauksen kannalta oleelliset tiimin jäsenet auttavat potilaan ongelman ratkaisussa ja päätöksenteossa
- yhteinen vastuu tiimin toiminnasta
- kommunikaation monitasoisuus: kaikkien ammattilaisten tieto ja yhteinen tiedon jakaminen tunnustetaan tärkeäksi
- yhteinen ymmärrys rooleista: kaikki tiimin jäsenet kokevat tärkeäksi, että he tietävät, mitä eri roolit pitävät sisällään, kuinka ne toteutetaan ja mikä on toimintojen perustelu
- roolien rajat ovat joustavia potilaiden tarpeiden ja tiiminjäsenten taitojen ja tietojen mukaan, ja hoidon jatkuvuus varmistuu

- yhteistyötä ylläpitämään on kehitetty erilaisia välineitä, kuten yhteinen kirjaaminen, arviointi ja terapeutin interventio

Millerin ja Freemannin (2003, 123) tutkimuksen mukaan vain yksi tutkituista tiimeistä teki tehokkaasti moniammatillista yhteistyötä koko prosessin ajan. Kahdessa tiimissä vain osa tiimistä teki yhteistyötä. Osa tiimin jäsenistä työskenteli erillään tiimin muista jäsenistä. Tutkijat eivät kuvaa muiden tiimien työskentelyä tarkemmin. Heidän mukaansa syyt, jotka estivät tehokkaan moniammatillisen yhteistyön, olivat moninaisia, ja niihin liittyi sekä henkilöiden välisiä että organisaatiosta johtuvia tekijöitä. Näistä tekijöistä tutkijat mainitsevat mm. resurssipulan, perinteisen hierarkian ja organisaation pirstaleiseen rakenteeseen liittyvät tekijät sekä hallinnon politiikan. Tutkijat toteavat myös, että vaikka heidän tarkoituksensa ei ollut tarkastella moniammatillisen yhteistyön tuloksia, ne tulivat selvästi näkyviin tutkimuksen aikana. Mitä parempi yhteistyö tiimissä oli, sitä sujuvammin tieto kulki ammatilliselta toiselle, potilaalle ja hänen läheiselleen. Tehdyt päätökset perustuivat laajempaan tietopohjaan ja päätöksiä tehdessä lähestymistapa oli ongelmakeskeinen. Millerin ja Freemannin käyttämät moniammatillisen tiimin yhteistyön havainnoinnin seitsemän kohtaa sopivat mielestäni erittäin hyvin moniammatillisen tiimin toiminnan arviointiin. Olen käyttänyt niitä hyväkseni havainnoidessani tutkimukseni tiimien toimintaa.

Saksassa toteutettu tutkimus antaa tärkeän lisän moniammatillisten tiimien kehittämistarpeiden arviointiin. Körnerin (2008) tutki kuntoutustiimien kehittämistarpeita monitieteisestä (multidisciplinary) tiimistä tieteidenvälisesti (interdisciplinary) toimiviksi. Hän kehitti viiden moduulin ohjelman tiimien kehitystarpeiden arvioimiseksi ja kehityksen ohjaamiseksi. Tutkimuksessa kuvataan monitieteisen ja tieteidenvälisen tiimin keskeisiä eroja seuraavalla tavalla:

Monitieteinen tiimi	Tieteidenvälinen tiimi
- taidot vain omalla alueella	- taidot laaja-alaiset
- vastuu lääkäriellä	- vastuu tiimillä
- hierarkkinen johtaminen	- koordinoitua yhteistyötä
- tiimitapaamisia harvoin	- tiimitapaamiset säännöllisiä
- keskustellaan vain vaikeista tapauksista	- kaikista potilaista keskustellaan
- kommunikointi rakenteiden mukaista	- prosessilähtöistä
- tavoitteet asetetaan tiedepohjaisesti	- tavoitteet tiimipohjaisia
- keskustelu hoitosuunnitelmista vähäistä	- keskustelu jatkuvaa
- yhteistyö yksisuuntaista	- yhteistyö monensuuntaista

Haastattelututkimukseen tuli mukaan 12 kuntoutustiimiä, joista viisi oli somaattista ja seitsemän psykosomaattista kuntoutustiimiä. Tutkimus tehtiin puolistandardoiduilla haastatteluilla ja lyhyillä kyselyillä osallistuneiden klinikkojen ylilääkäreille sekä laajemmilla kyselyillä klinikkojen muulle henkilökunnalle. Tutkimuksen parametreina olivat tiimin rakenne, tiimin prosessi ja tiimityön onnistuminen. Tutkimuksessa kehitetyt moduulit tiimitoiminnan kehittämiseksi olivat seuraavat:

1. Toteutuksen ohjaaminen (executive coaching)
 - johtajuustyylien tunnistaminen, yhteistyöjohtamisen oppiminen, tiimiprosessin oppiminen, tiimineuvottelun opettelua.
2. Kommunikaatioharjoitukset (communication training)
 - kommunikaation perusteiden, keskustelun ohjaamisen sääntöjen, erilaisten tiimien analysointitaitojen opettelua, yhteisen kielen kehittämistä.
3. Asenteiden muutos tiimityötä kohtaan (changing attitude towards teamwork)
 - tiimityövalmiuksien parantaminen, opetellaan ymmärtämään toisenlaista tapaa ajatella, tutustutaan eri tavalla toimiviin tiimeihin, tehdään moniammatillisia projekteja.
4. Tehtäväkeskeisen tiimin kehittäminen (task-oriented team development)
 - sovitaan selkeät roolit, tehtävät, tavoitteet ja prioriteetit, selkiinnytetään, sopeutetaan ja neuvotellaan vastuut, kehitetään omat säännöt, kehitetään ja opetellaan työtapoja päätöksentekoon, ongelmien ratkaisuun, ristiriitatilanteiden käsittelyyn.
5. Tiimityön sosiaalisten rakenteiden kehittämisen harjoittelu (training on socio-integrative aspects of teamwork)
 - luottamuksen rakentaminen tiimissä, reflektoidaan ja analysoidaan tiimin prosessia, tiimin sosiaalisten taitojen vahvistaminen, järjestetään epävirallisia yhdessäolon hetkiä ym.

Tiimit luokiteltiin kolmeen kategoriaan sen mukaan, kuinka paljon kehitettävää niistä löytyi. Viisi tiimiä kahdestatoista sijoittui luokkaan, jossa oli paljon kehitettävää. Ne tarvitsivat edellä esitetyistä moduuleista kolme tai enemmän kehittyäkseen moniammatillisesti toimiviksi. Neljällä tiimillä arvioitiin olevan tarve kahteen kehittämismoduuliin. Kolme tiimiä tarvitsi vain kommunikaatioharjoituksia eli moduulia 2. Eniten kehitettävää oli johtamistyylissä ja kommunikaatiossa eli moduuleissa 1 ja 2. Körnerin mukaan nämä moduulit ovat sidoksissa toisiinsa. Kaikissa tutkituissa tiimeissä oli siis jotain kehitettävää. Tutkimus osoitti myös, että tieteidenvälisen tiimimallin mukaan toimivat tiimit saivat paremmat pisteet kuin monitieteisen mallin mukaan toimivat sekä prosessissa että työn tuloksissa. Tutkimuksensa pohjalta Körner näkee tiimianalyysin käyttökelpoisena tapana tunnistaa heikkouksia tiimin rakenteissa, prosesseissa ja tuloksissa. Tutkimustuloksissa ei kuvata sitä, miten moduulien toteutus auttoi kehittämään tiimityötä, vaan keskitytään vain tiimien analyysin ja kehittämistarpeiden kuvaamiseen.

Ruotsissa Kvarnström (2008) tutki moniammatillisten tiimien kehitystarpeita haastatteleamalla terveysalan ammattilaisia kriittisten tapahtumien tekniikalla (CIT). Sen jälkeen hän teki haastatteluille laadullisen sisällönanalyysin. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa ja kuvata vaikeuksia, joita terveysalan ammattilaiset kokevat moniammatillisessa tiimityössä. Hän tutki myös, kuinka vaikeuksien verbaalinen käsittely mahdollisti yhteistyön oppimista. Tutkimuksessa haastateltiin 18 terveysalan ammattilaista neljästä eri tiimistä niistä vaikeuksista, joita he

olivat kohdanneet moniammatillisessa tiimityössä. Ruotsalainen terveydenhoidon malli on hyvin samanlainen kuin suomalainen, ja tutkimuskonteksti oli myös samanlainen kuin tässä tutkimuksessa. Se edusti julkisen sektorin perusterveydenhoitoa sisältäen vanhustenhoitoa, kuntoutusta ja psykiatrista hoitoa. Tutkimukseen osallistuneet ammattiryhmät edustivat toimintaterapeutteja, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, sairaalan sosiaalityöntekijöitä, osastosihteereitä (administrative assistant), lääkäreitä, perus/lähihoitajia, psykologeja ja puheterapeutteja. Kvarnströmin mukaan tutkituilla oli pitkä kokemus tiimityöstä. Haastateltavat arvioivatkin omat tiimensä ammattienvälisesti (interprofessional) tai poikkiammatillisesti (transprofessional) toimiviksi, kun tutkimuksessa käytettiin aikaisemmin esitettyä tiimityön intensiteetin kuvausta moniammatillisesta ammattienvälisen kautta poikkiammatilliseen.

Vaikeuksia esiintyi kolmella teema- alueella:

1. tiimin dynamiikassa
2. eri professionien tiedon hyödyntämisessä
3. ympäröivän organisaation vaikutuksessa

Tiimin dynamiikassa vaikeuksia syntyi ristiriitatilanteissa oman profession tai alaryhmän ja tiimin vaatimusten välillä. Vaikeuksia syntyi myös vastuun jakautumisessa. Vastuun koettiin jakautuvan epätasaisesti esimerkiksi, kun oli vedettävä tiimin päätöksentekotilanteita tai työskennellessä ainoana profession edustajana tiimissä. Vaikeuksia vastuussa koettiin myös toisia motivoitaessa toimimaan tavoitteen mukaisesti. Ammatillisten roolirajojen ylityksissä syntyi vaikeuksia; erään profession edustaja esimerkiksi koki, että kaikki pyrkivät tekemään hänen työtään. Koettiin myös, että kaikkien tietoa tiimissä ei arvostettu samalla tavalla tiimikoukuksissa. Ajantasainen tieto ei aina ollut kaikkien tiimin jäsenten hallussa päätöksentekotilanteissa. Organisaation hierarkkiset arvot ja henkilöiden ja tiimien kokoonpanojen vaihdot ilman henkilökunnan vaikutusmahdollisuuksia aiheuttivat hankaluuksia yhteistyössä. Tiimien kokoonpanot eivät aina joustavasti vastanneet potilaiden tarpeita. Näiden yhteistyövaikeuksien seurauksena eivät kaikkien tarpeelliset resurssit tulleet käyttöön potilaan ongelmien ratkaisussa, ja tavoitteena ollut holistinen ratkaisu jäi saavuttamatta. Vaikeudet ja niiden tunnistaminen moniammatillisessa tiimissä antavat oppimismahdollisuuden. Kvarnström käytti myös Schönin (1991) reflektiivisen toimijan ja reflektiivisen keskustelun käsitteitä ja tutki myös sitä, käsittelikö tiimi yhteisen reflektion kautta vaikeuksia oppimistilanteina. Kaikkia vaikeuksia ei nostettu yhteiseen keskusteluun; vain osa niistä, jotka otettiin esiin, saatiin ratkaistua.

Sicotte, D'Amour. & Moreault (2002) toteuttivat tutkimuksen Kanadassa julkisessa terveydenhuollossa, samanlaisessa kontekstissa kuin Kvarnström. Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena 150 henkilölle. Moniammatillinen yhteistyö oli ollut pitkään keskeisenä kehittämisen kohteena tutkitussa toimintaympäristössä. Eri ammattien edustajat arvostivat sitä ja pitivät sitä hyvänä toimintatapana. Siitä huolimatta moniammatillisessa yhteistyössä syntyi helposti jännitteitä. Tässäkin tutkimuksessa todettiin, että keskeiset ongelmat syntyvät ryhmän sisäisessä dynamiikassa. Sellaisia kehittyi tiimin logiikan ja professionaalisen logiikan välillä, ja ristiriitaiset ajattelutavat ja arvot häiritsevät työskentelyä. Kun tiimeiltä puuttui riittävän yhtenäinen ajattelumalli moniammatillisesta toiminnasta, palattiin helposti vanhaan professionaaliseen ja autonomisempaan tapaan työskennellä.

Lingardin, Espinin, Evansin ja Hawryluckin (2004) niin ikään Kanadassa toteutetussa tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia tiimin sisäisten jännitteiden vaikutuksesta tiimityöhön. Tutkimus toteutettiin neljän kuukauden aikana ei-osallistuvana havainnointina ja lisäksi fokusryhmähaastatteluina kahden opetussairaalan tehohoitoyksiköissä. Tutkimuksessa todettiin, että kirjallisuus antaa usein liian romanttisen kuvan moniammatillisesta tiimistä, jossa on yhteiset päämäärät, keskinäistä tukea ja vähän kilpailua. Tutkimuksessa tuli esiin, että ammattiryhmien välille syntyi usein arjessa jännitteitä ja kilpailua. Tiimin jäsenten erilaisten taitojen tunnistaminen ja arvostaminen arjen työskentelyssä auttoi kehittämään sujuvampaa yhteistyötä. Tutkijoiden mukaan myös arjen pelisääntöjen tunnistaminen ja ymmärtäminen oli tärkeää. He suosittelivatkin tulostensa pohjalta koulutusta, jossa opitaan moniammatillista työskentelyä todellisessa ympäristössä. Sen avulla ammatillinen identiteetti ja yksilölliset päämäärät voidaan saavuttaa ja säilyttää kuitenkin tiimin tarpeellinen toimintakyky - erityisesti tutkitun kaltaisessa monimutkaisessa tehohoidon toimintaympäristössä.

Edellä esitettyjen tutkimusten (Miller & Freeman 2003; Lingard ym. 2004; Körner 2008; Kvarnström 2008) pohjalta voitaneen tiivistäen todeta, että tiimit sosiaali- ja terveysalalla tarvitsevat kehittyäkseen moniammatillisesti hyvin toimiviksi muun muassa yhteistä ajattelutapaa ja käsitystä yhteistyöstä, kehitysprosessin ohjausta/koulutusta, yhteistyöorientoitunutta johtajuutta, kommunikaatioharjoituksia, asenteiden muutosta tiimityötä kohtaan, harjoitusta tiimin sosiaalisuuteen ja organisaation tukea. Näiden tutkimusten mukaan todellinen moniammatillinen tiimityö ei toteudu vain hallinnollisella määräyksellä. Arjen toiminnassa tiimien oletetaan kuitenkin usein olevan heti toimintakykyisiä. Tiimin kehitysprosessin lisäksi tiimeissä tapahtuu sosiaali- ja terveysalalla usein jatkuvaa vaihtuvuutta, mikä vaikeuttaa tiimin kehitysprosessia. Kennedyn (2001) mukaan saman ammattikunnan sisälläkään tiimityö ei toimi ilman ohjausta tai koulutusta.

3 Ryhmädynamiikka

3.1 Yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö termin toinen osa on yhteistyö. Yhteistyökyky tuodaan usein esiin yhtenä keskeisenä tulevaisuuden haasteena ihmisen kehityksessä. Csikszentmihalyi (1993) ja Tomasello (2009) toteavat, että vain yhteistyötä kehittämällä voidaan luoda harmoisempaa ja kestävämpää yhteistä tulevaisuutta maapallolla. Ihmisten kykyä yhteistyöhön ja yhteisten kulttuurien luontiin tutkitaan nykyisin paljon ja monen tieteen näkökulmasta.

Psykologi Michael Tomasellon johtama monitieteinen tutkijaryhmä Max Planck instituutissa Leipzigin kaupungissa on verrannut simpanssien ja ihmislasten käyttäytymistä. Tutkimusten pohjalta Tomasello (2009) on esittänyt väitteen, että altruismi, joka saa yksilön uhrautumaan jollakin tavalla toisen/toisten puolesta ja yhteistyö, jossa useat yksilöt työskentelevät yhdessä yhteiseksi hyväksi, erottavat ihmiset muista kädellisistä. Hänen oletuksensa mukaan altruismi ja yhteistyö ovat nimenomaan ihmiselle luontaisia ominaisuuksia, mutta oppiminen muovaa niitä. Tomasellon (2009, 51 - 55) mukaan yhteisiin aikomuksiin ja tavoitteisiin pääsemiseksi ihminen on tarvinnut kykyä kommunikointiin ja toiminnan koordinointiin, kärsivällisyyttä ja riittävää keskinäistä luottamusta sekä toimintaa ohjaavia normeja ja instituutioita. Tämä ihmisen merkittävä yhteistyökyky on kuitenkin tullut esiin lähinnä oman ryhmän puitteissa ja saanut aikaan - paradoksaalisesti kyllä - paljon ryhmien välisiä ristiriitoja ja taisteluita, kuten ihmiskunnan historia ja nykypäivänkin monet ilmiöt osoittavat. Yhteistyön kehityshaaste, joka ihmisellä on kaikilla elämän alueilla makro- ja mikrotasolla, on erilaiset ryhmärajat ylittävä yhteistyö. Tomasello ei kuitenkaan tuo esiin, kuinka ryhmärajat ylittävää yhteistyötä voitaisiin edistää.

Mikrotasolla voidaan todeta, että monissa organisaatioissa työtä, jota ennen teki yksi yksilö, on entistä useammin alettu tehdä ryhmissä. Kun yhden yksilön osaaminen ei riitä, työn tekemiseen tarvitaan yhteistyötaitoja. Morelandin (2006, 327) mukaan ryhmätyöskentelyn lisääntyminen on tuottanut uutta ryhmätutkimusta, joka suuntautuu nimenomaan työryhmien ja tiimien suorituksiin. Tiimityö on yksi ryhmätyön muoto. Tutkimuksista löytyy paljon sellaista teoreettista tietoa ja käsitteellistämistä, joka on sovellettavissa moniammatillisten tiimien toiminnan kehittämiseen. Käyn seuraavassa läpi tutkimustietoa, joka liittyy aineistossa havaitsemiini moniammatillisessa yhteistyössä esiintyviin ilmiöihin.

3.1.1. Yhteistyö ryhmissä

Ryhmistä on esitetty useita erilaisia määritelmiä. Nijstad (2009, 3 - 8) ei anna yhtä ryhmän määritelmää, vaan kuvaa *ryhmäytyneisyyttä* (*groupiness*) dimensiolla, jonka eri kohtiin ihmisten erilaiset yhteenliittymät sijoittuvat. Nijstadin mukaan ryhmäytyneisyyteen vaikuttavat ryhmän rakenne, koko ja kesto, keskinäinen riippuvuus, ryhmän merkitys sen jäsenille, keski-

näinen vuorovaikutus, ryhmään pääsyn ja pysymisen helppous, jäsenten samanlaisuus ja ryhmän koheesio. Ryhmän rakennetta puolestaan kuvataan usean käsitteen avulla. Levinen ja Morelandin (2006, 65 – 67) mukaan ryhmän rakennetta luonnehtivat yleensä *normit, roolit, statukset ja koheesio eli kiinteys*. Normit sisältävät odotuksia siitä, kuinka ryhmässä tulisi käyttäytyä. Roolit ovat hyvin samanlaisia kuin normit, mutta ne sisältävät yhdelle yksilölle suunnattuja odotuksia. Statukset kertovat henkilön asemasta ryhmässä ja näkyvät verbaalisessa ja nonverbaalisessa käyttäytymisessä. Koheesio on voima, joka liittää ryhmän jäsenet yhteen. Koheesiota on vaikea mitata, mutta Levine ja Moreland (2006, 66) pitävät sitä erittäin tärkeänä tekijänä ryhmän säilymiselle. Nijstadin (2009, 7) mukaan tehtäväkoheesio syntyy sitoutumisesta ryhmän tehtäviin, ja henkilöiden välinen koheesio viittaa ryhmän jäsenten keskinäiseen vetovoimaan. Mikael Salo (2011, 3 - 4) tutki väitöskirjassaan varusmiesten koheesiota ja kehitti sen pohjalta mallin, jonka mukaan kiinteys jakaantuu neljään tasoon: vertaisten väliseen kiinteyteen, johtajien ja alaisten väliseen kiinteyteen, organisatoriseen kiinteyteen ja institutionaaliseen kiinteyteen. Viidentenä tasona hän mainitsee mahdollisen kansallisen kiinteyden. Kukin taso jakaantuu emotionaaliseen ja ryhmäjäsennyden tavoitteisiin liittyvään kiinteyteen. Hänen mukaan tulokset osoittavat, että jokainen kiinteyden komponentti on omalla tavallaan yhteydessä ihmisten asenteita ja käyttäytymistä mittaaviin muuttujiin. Kaverien välinen sosiaalinen kiinteys tukee yksilöä ja vahvistaa ryhmää selviytymään vaikeuksissa. Johtajien ja alaisten välinen kiinteys kannustaa työskentelemään ryhmän tavoitteiden saavuttamiseksi. Organisatorinen kiinteys parantaa työhyvinvointia ja vähentää poissaoloja. Institutionaalinen kiinteys sitouttaa henkilön organisaatioon ja antaa merkityksen tunnetta työlle. Salon (2011) mukaan kaikilla kiinteyden komponenteilla on merkitystä ryhmään/organisaatioon sitovana voimana.

Ryhmän jäsenten keskinäinen riippuvuus tehtävän suorittamisessa vaihtelee. Se kertoo siis siitä, kuinka paljon ryhmän yksittäisen jäsenen suoriutuminen on riippuvaista toisten ryhmän jäsenten panoksesta. Nijstad (2009, 4) jakaa keskinäisen riippuvuuden tehtäväriippuvuuteen ja tulosriippuvuuteen. *Tehtäväriippuvaisuus* viittaa siihen, missä määrin ryhmän jäsenet ovat tehtävässään toisistaan riippuvaisia. *Tulosriippuvaisuus* kertoo taas siitä, missä määrin saavutettava yhteinen tulos perustuu keskinäiseen riippuvuuteen. Nijstad (2009, 176 – 179) toteaa, että mitä suurempi riippuvaisuus ryhmän jäsenten kesken on, sitä tärkeämmäksi tulee työn hyvä yhteen koordinointi. Thompsonin ja Finen (1999) mukaan tiimin yhteistyössä tapahtuu yhteisten merkitysten luontia, ja tiimiä koskevien *mentaalisten mallien (team mental models, shared mental models)* rakentumista ja ne auttavat koordinoimaan työtä yhteen. Ne pitävät sisällään esimerkiksi käsityksiä rooleista, vastuista, menettelytavoista tai tehtävien vaatimuksista ja pitkään yhdessä työskennelleessä tiimissä tietoa toisten henkilökohtaisesta osaamisesta. Limin ja Kleinin (2006) tutkimusten mukaan tiimin jäsenten tiimiä koskevien mentaalisten mallien samanlaisuus ja tarkkuus olivat positiivisessa yhteydessä tiimin suoriutumiseen.

Levine ja Moreland (1991, 2006, 66) käyttävät käsitettä *ryhmän kulttuuri*, joka sisältää edellä mainittuja rakenteellisia tekijöitä. Levinen ja Morelandin mukaan ryhmän kulttuuri muodostuu ainakin kahdesta elementistä, nimittäin *sosiaalisesti jaetusta tiedosta* ja joukosta erilaisia *totuttuja tapoja*. Kulttuurinen tieto koskee ryhmää, sen jäseniä ja työtä jota tehdään. Siihen kuuluu mm. yhteisiä käsityksiä ryhmän normeista, rooleista ja vastuista, ryhmään kuuluvien

osaamisesta, ryhmän suoriutumisesta, suhteesta toisiin vastaaviin ryhmiin sekä puhetapoja, symboleita, rutiineja ja rituaaleja. Morelandin ym. (1996, 58) mukaan kulttuuri voi olla vahva tai heikko riippuen mm. ryhmän iästä, rakenteen pysyvyydestä, ryhmän kiinteydestä ja jäsenten keskinäisestä riippuvuudesta prosessissa ja tuotoksesta. Ryhmäkulttuuri vaikuttaa siihen, miten vuorovaikutus ryhmässä toteutuu ja onnistuuko ryhmä tuottamaan tuloksia, jotka ovat enemmän kuin yksilöiden tuotoksen summa. Morelandin ja Levinen (2006, 67) tutkimusten mukaan ryhmä pyrkii säilyttämään kulttuuriaan, ja sen muuttaminen on vaikeaa. Tunnistamalla ja arvioimalla omaa kulttuuriaan ryhmä voi kuitenkin onnistua kehittämään sitä. Siitä tulee silloin *tietoista ryhmän oman toiminnan kehittämistä*.

Nijstad (2009, 45 – 46) puolestaan kuvaa ryhmiä *systeemeinä*, joissa on monta tasoa. Nijstadin mukaan se, että sekä ryhmät että jäsenet voidaan nähdä erillisinä kokonaisuuksin, merkitsee sitä, että niillä kummallakin on omat ominaisuutensa. Ryhmän jäsenet muodostavat alemman tason ja ryhmät ylempään tason. Lisäksi useimmat ryhmät toimivat osana jotain organisaatiota, joka muodostaa kolmannen tason. Nijstadin mukaan tämä erottelu erillisiin systeemeihin on tärkeä tunnistaa kahdestakin eri syystä. Kun sanotaan, että *ryhmä on osaava (knowledgeable)*, voidaan tarkoittaa, että siellä on paljon osaamista. Sillä voidaan myös tarkoittaa sitä, että ryhmän jäsenten tiedot täydentävät toisiaan sopivasti ja yhdistyvät hyvin. Toiseksi tasojen välillä on *vuorovaikutusta ylhäältä alas ja alhaalta ylöspäin*. Ryhmän ominaisuudet, esimerkiksi sen koko, yhteistyöpainotteisuus ja jäsenten pysyvyys vaikuttavat siihen, kuinka ryhmän jäsenten ominaisuudet tulevat esiin. Ryhmän jäsenten muutkin ominaisuudet kuin tiedot ja taidot vaikuttavat tässä vuorovaikutusprosessissa. Pienessä ja yhteistyöpainotteisessa pitkään yhdessä toimineessa ryhmässä introvertti ja ujo, mutta paljon tietoa omaava ryhmän jäsen toimisi todennäköisesti aktiivisemmin kuin suuressa ryhmässä. Samalla tavalla toiseen suuntaan, ylhäältä ryhmän tasolta yksilöön päin, ryhmän normit vaikuttavat yksilötason käyttäytymiseen. Näiden eritasoisten *systeemien vuorovaikutus vaikuttaa siten ryhmän toiminnan tulokseen*.

3.2 Ryhmän toiminnan tuloksellisuus

Nijstadin (2009, 47) esittämän teoreettisen viitekehyksen mukaan ryhmän suoriutumisessa keskeiset tekijät ovat ryhmän jäsenet, ryhmän tehtävä, ryhmän vuorovaikutusprosessi, ryhmän panos ja ryhmän konteksti. Ryhmän tehtävän laatu ja jäsenten resurssit vaikuttavat siihen, kuinka ryhmä suoriutuu tehtävästään. Ryhmän jäsenet tuovat ryhmään tietonsa, taitonsa ja kykynsä, mutta myös omat motiivinsa ja emotionensa. *Jäsenten suoritusten yhdistämisen tuloksena syntyy ryhmän panos; kuinka yhdistäminen onnistuu, on tärkeää tuloksen kannalta*. Yhdistäminen tapahtuu *ryhmän vuorovaikutusprosessissa*. Lisäksi se konteksti, jossa ryhmä toimii ja mahdollisesti ulkopuoliset henkilöt, vaikuttavat ryhmän jäseniin ja ryhmän mahdollisuuksiin toimia. Yhtälö ei siis ole suinkaan suoraviivainen. Ryhmän tehtävien ja ryhmän toiminnan tuloksellisuuden tarkasteluun on kehitetty erilaisia malleja ja typologioita (esim. Shaw 1963; Steiner 1972; Laughlin 1980, 1999; McGrath 1984).

Steinerin (1972) mukaan ryhmän todellinen suoritus on tulos ryhmän mahdollisesta suorituksesta miinus prosessissa tapahtuva hukka. Hän erottaa kahdenlaista mahdollista prosessihukkaa: *motivaatiohukka ja koordinaatiohukka*. Motivaatiohukassa ryhmän jäsen/jäsenet eivät ole optimaalisesti motivoituneita antaakseen parhaan panoksensa tai heillä ei ole motivoitumiseen tarvittavaa informaatiota. Koordinaatiohukkaa voi esiintyä, jos ryhmän jäsenet eivät saa yhdistettyä osaamistaan optimaalisesti. Nijstad (2009, 52 - 53) antaa siitä tähän tutkimukseen hyvin sopivan esimerkin: yhdellä ryhmän jäsenellä olisi hyvä ratkaisu käsiteltävään ongelmaan, mutta hän ei saa muita ryhmässä ajatuksensa taakse tai ei saa ryhmässä mahdollisuutta esittää ratkaisuideaansa.

Nijstad tuo esiin myös prosessista saatavan mahdollisen hyödyn (process gains). Se tulee käsitteellisesti lähelle Larsonin synergian käsitettä. Larson (2010, 69) pitää Steinerin (1972) typologiaa erityisen käyttökelpoisena silloin, kun pohditaan mahdollista ryhmätyöstä saatavaa synergiaa. Synergia on käsitteenä vaikeasti määriteltävä, mutta Larson (2010, 6 - 7) esittää oman määritelmänsä. Synergiaa on Larsonin mukaan kahdenlaista: heikkoa synergiaa ja vahvaa synergiaa. *Heikon synergian* hän määrittelee ryhmän tulokseksi, joka ylittää tyypillisen ryhmän jäsenen suorituksen, kun hän työskentelee yksin. *Vahva synergia* syntyy taas silloin, kun ryhmän suoritus ylittää jopa ryhmän parhaimman jäsenen suorituksen. Larson toteaa, että on paljon tuloksia, jotka todistavat heikon synergian toteutumisen. Sen sijaan vahvan synergian toteutumisesta on vain hajanaisia tuloksia erityisesti henkisiä ponnistuksia vaativissa tehtävissä. Larson näkee siihen monta syytä. Ensinnäkin se on harvinaisempaa kuin heikko synergia. Toiseksi, se on *riippuvaista monimutkaisista vuorovaikutustekijöistä*, joiden toteutumista on vaikea ennustaa. Kolmanneksi sen tutkimiseen sopivia tutkimusasetelmia ei ole vielä ollut.

Larson (2010, 60 - 68) kuvaa Steinerin (1972) typologiaa pohtien samalla synergian mahdollisuutta. Steinerin typologiassa tehtävät luokitellaan kolmen kysymyksen avulla.

1. Voidaanko tehtävä jakaa keskenään erilaisiin osiin, alatehtäviin?
2. Kumpi on tärkeämpi määrä vai laatu?
3. Miten yksilölliset panokset liittyvät toisiinsa?

Ensimmäisen kysymyksen kohdalla tehtävät jaetaan kahteen tyyppiin: *ositettaviin* (disjunctive) tehtäviin ja *yhtenäisiin* (unitary) tehtäviin. Ositettavissa tehtävissä on useampia helposti toisistaan erotettavia osia, joiden suorittamiseen vaaditaan erilaisia taitoja. Eri tehtäviä suorittavat eri henkilöt. Kun tehtävä koostuu monista alatehtävistä, joiden suorittamiseen vaaditaan erilaisia taitoja ja tietoja, ryhmä kokonaisuudessa onnistuu, vaikka kukaan ryhmästä ei kykenisi suorittamaan tehtävää yksin. Tehtävän suorittamiseen riittää, että heillä on kollektiivisesti tarvittavat tiedot ja taidot. Henkilöt täytyy nimittää alatehtäviin niin, että heillä on tarvittava osaaminen. Joskus nimittäjä on ulkopuolinen auktoriteetti, joskus ryhmä itse jakaa alatehtävät. Joidenkin ositettavien tehtävien rajat ovat selkeitä, kaikissa ei näin ole. Jos tehtävien rajat eivät ole selkeät, ryhmä voi itse suunnitella sen, kuinka alatehtävät suoritetaan ja se voi tarjota monia eri vaihtoehtoja. Nijstad (2009, 53) ja Larson (2010, 64) tuovat esiin mahdollisen prosessi-hyödyn; jos päätös, ratkaisu tai suoritus on sellainen, että siinä tarvitaan useamman henkilön resurssien yhdistämistä, kuten sosiaali- ja terveysalan tiimeissä usein on, silloin ryhmäprosessi on erittäin tärkeä. *Yhtenäisissä* tehtävissä kaikilla ryhmän jäsenillä on periaatteessa

samat taidot ja osaaminen, ja alatehtävä on kaikilla samanlainen. Tehtävää ei siis voi tarkoituksenmukaisesti jakaa alatehtäviin taitojen ja osaamisen mukaan.

Toisessa kysymyksessä Steiner jakaa tehtävät tavoitteiden suhteen sellaisiin, joissa määrä on tärkeintä ja sellaisiin, joissa laatu on tärkeintä. Määrällisissä tehtävissä on tavoitteena suorittaa niin paljon kuin mahdollista, niin lyhyessä ajassa kuin mahdollista. Tehtävissä, joissa laatu on erityisesti tavoitteena, pyritään tuottamaan jotain erityisen laadukasta tulosta. Nykyajan työtodellisuudessa tämä jaottelu ei näin yksinkertaisena enää oikein toimi. Kolmannessa kysymyksessä, miten työpanokset liitetään toisiinsa Steiner jakaa tehtävät additiivisiin, disjunktiiivisiin, konjunktiiivisiin ja harkinnanvaraisiin. *Additiivisissa* tehtävissä tulos on summa tai keskiarvo jäsenten panoksesta. Jäsenet voivat päättää, miten osatehtävät jaetaan ja liitetään yhteen. *Disjunktiiivisessa* tehtävässä on usein kyse ongelmanratkaisusta tai suorituksesta, jonka osaavin voi tehdä ryhmän puolesta. Näin kuvattuna ryhmän tuloksen ajatellaan olevan riippuvainen vain ryhmän parhaimmasta jäsenestä.

Konjunktiiivisessa tehtävässä kaikki ryhmän jäsenet vaikuttavat tulokseen ja tulos määräytyy heikoimman mukaan. Esimerkiksi jotain operaatiota yhdessä tekevän tiimin nopeus määräytyy hitaimman tiimin jäsenen mukaan. Neljäs tehtävien yhdistämistapa on *harkinnanvarainen*. Ryhmä päättää, kuinka yksittäisten jäsenten panokset liitetään yhteen. Moniammatillisessa tiimissä tällaisen jakamisen voisi ajatella tapahtuvan samaa tehtäväaluetta tekevien kesken. Tuloksen kannalta on tärkeää, että jäsenten henkilökohtaiset taidot huomioidaan tehtävien jaossa.

Kun työtä jaetaan moniammatillisiin tiimeihin, on syytä miettiä, minkälaisesta tehtävästä on kyse. Ryhmätyö ei edellä esitetyn tutkimustiedon mukaan suinkaan tarjoa hyötyä kaikenlaisissa tehtävissä. Tehtävän laatu ja tiimin jäsenten osaaminen määrittelevät sitä, kuinka työtä on syytä jakaa. Tiimityö on yksi ryhmätyön muoto ja samat tuloksellisuuteen liittyvät ilmiöt tulevat esiin myös tiimeissä.

3.2.1. Ryhmätyötä häiritseviä ryhmäilmiöitä

Tutkimustieto (esim. Nijstad 2009, 45 – 60; Larson 2010) on osoittanut, etteivät ryhmäpäätökset ja ryhmätyön tulokset välttämättä olekaan aina parempia kuin yksilön tekemät vaan ovat riippuvaisia monista eri tekijöistä. Tiimityön lisääntyessä näiden ilmiöiden tunnistaminen on entistä tärkeämpää.

Ryhmässä saattaa esiintyä yhteistyötä ja päätöksentekoa häiritseviä ryhmäilmiöitä. Päätöksentekoa ryhmässä vinouttavia ilmiöitä on runsaasti. Seuraavassa on muutama esimerkki niistä.

Normaalistuminen tarkoittaa sitä, että tunnetasolta neutraaleissa asioissa päädytään hyvin helposti ryhmän mielipiteiden keskiarvoon. *Polarisaatio* merkitsee että riskinottoa vaativissa ratkaisuisissa suositaan helposti sellaisia ääri vaihtoehtoja, joiden suuntaan ryhmän jäsenet ovat alun alkujaan suuntautuneet; se voi olla riskisiirtymää tai varovaisuussiirtymää. Nijstadin (2009, 37 – 38) mukaan erityisesti silloin, kun ryhmä elää eristyneenä, ryhmän jäsenet ovat

alttiita ääri ratkaisuja suosiville päätöksille. *Ryhmäajattelun* vaikutus päätöksentekoon tuli esiin jo 1970-luvulla. Janis (1972) analysoituaan Yhdysvaltojen ulkopoliittista päätöksentekoa, nosti esiin tämän käsitteen epäonnistuneiden päätösten taustalta. Brownin mukaan (1992, 152) ryhmäajatteluun taipuvaisessa ryhmässä on viisi sille ominaista piirrettä.

1. Päätöstä tekevä ryhmä on hyvin kiinteä, kohesiivinen.
2. Ryhmä toimii suhteellisen eristettynä ryhmän ulkopuolisesta tiedosta.
3. Päätöksentekijät eivät käy systemaattisesti läpi muita vaihtoehtoja.
4. Ryhmä toimii stressin alaisena, päätöksen täytyy tulla nopeasti.
5. Ryhmää johtaa vahva johtaja.

Nijstad (2009, 141) puolestaan kuvaa ryhmäajattelun oireita seuraavasti: haavoittumattomuuden illuusio, vahva usko ryhmän moraaliin, kollektiivinen rationalisointi, ulkopuolisten stereotypiointi, itesesensuuri, mielipidevartijat, poikkeavien painostus ja illuusio päätöksen yksimielisyydestä.

Emootioiden, motivaation ja arvostiritojen mahdollisia häiritseviä vaikutuksia ryhmän toimintaan on tunnistettu jo varsin varhain (esim. Tuckman 1965 ja Bion 1968). Tuckman (1965) sekä myöhemmin Tuckman ja Janssen (1977) ovat hahmottaneet ryhmän sosioemotionaalista kehitystä viiden vaiheen kautta: muotoutuminen, kuohuminen, normittaminen, suorittaminen ja lopettaminen. He kuvaavat näissä vaiheissa tapahtuvia sosioemotionaalaisia muutoksia ryhmän vuorovaikutuksessa ja niiden vaikutusta tehtävän suorittamiseen. Drinka ja Clark (2000, 18 - 35) ovat soveltaneet näitä vaiheita moniammatillisiin tiimeihin. Heidän mukaansa terveysalan tiimeissä, joissa jäsenet vaihtuvat usein, yksittäiset tiimin jäsenet voivat olla sosioemotionaaliossa suhteessaan tiimiin ja sen tehtävään eri vaiheissa. Tämä saattaa aiheuttaa vaikeuksia ja jopa kaaosta tiimin toiminnassa.

Ryhmätyön tuloksellisuutta käsittelevissä tutkimuksissa on tunnistettu ja nimetty useita lähinnä *motivaation heikkenemisestä* johtuvia ryhmäilmiöitä, jotka vaikuttavat tulokseen. Varhaisinta ilmiötä, jossa ryhmän suoritus huononee suhteellisesti jäsenmäärän kasvamisen myötä, nimitetään ilmiön tunnistajan mukaan *Ringelmannin efektiksi*. Sitä esiintyy erityisesti fyysisiä ponnistuksia vaativissa tehtävissä. Sen selitetään olevan seurausta motivaation heikkenemisestä tai työn koordinoimisen hankaloitumisesta. (Kerr & Bruun 1981; Kerr 1983; Nijstad 2009). *Sosiaalisesti laiskotteluksi* (social loafing) nimitetty motivaatiohukkaa on tukijoiden mukaan kaikkein eniten mainittu ryhmätyön haittailmiö. Sille on esitetty useita eri syitä. Sitä esiintyy esimerkiksi silloin, kun yksilö uskoo, että hänen panoksensa ei ole arvioitavissa tai todettavissa ryhmän kokonaispanoksessa, hän ei pidä ryhmän tehtävää merkittävänä itsensä kannalta tai uskoo toistenkin laiskottelevan. Robbinsin (1995) tutkimuksen mukaan sitä ei esiintynyt, kun ryhmässä luotettiin, ettei kukaan muukaan ryhmän jäsen ”liskottele”. (Kerr 1983; Robbins 1995; Stark et al. 2007; Nijstad 2009). Motivaatiopuute nimeltään *vapaamatkustajuus* on sosiaalisen laiskottelun eräs muoto. Siinä yksilö vähentämään omaa panostaan, vaikka hänellä olisi tehtävään tarvittavat taidot ja kyvyt. Vapaamatkustajuutta kuvataan sosiaalista laiskottelua opportunistisempänä muotona. Vapaamatkustaja pyrkii nimenomaan hyötymään toisten kustannuksella antamatta omaa panostaan. (Kerr 1983; Nijstad 2009). *Raukkis-*

ilmiössä (sucker effect) on taas kyse siitä, että kun ryhmän jäsen huomaa jonkun vapaamatkustavan hänen kustannuksellaan, hän vähentää omaa panostaan silläkin mahdollisuudella, että ryhmä epäonnistuu. Ilmiö ei toteudu silloin, jos vapaamatkustajalla ei ole riittävästi taitoja tai kykyä antaa omaa panostaan ryhmässä. (Kerr 1983; Robbins 1995; Nijstad 2009). Vapaamatkustajuus rinnastetaan usein yhteiskunnallisissakin analyyseissä käytettyyn käsitteeseen *yhteisen hyvän dilemmasta* (common good dilemma). Siinä yhteisön jäsenet antavat resursseja yhteiseen tarkoitukseen, ja niitä käytetään kaikkien yhteisön jäsenten hyväksi riippumatta siitä, onko henkilö antanut resurssejaan vai ei. Ryhmien jäsenet hyötyvät yhteisestä tuloksesta samalla tavalla, vaikka omaa panosta ei olisikaan ollut mukana. Toisaalta, jos kaikki ryhmän jäsenet eivät panostaisi yhteiseen hyvää, ryhmä epäonnistuisi tehtävässään. Siinä on siis ristiriita yksilön hyvän ja yhteisen hyvän välillä. (mm. Nijstad 2009).

Niin sanottua *ristiriitaisten motiivien* tilannetta on tutkittu sosiaalipsykologiassa laboratorio-kokeissa ja kenttäkokeissakin aikaisemmin hyvin paljon. Siinä tietyssä suorituksessa yksilöllä tai ryhmällä on mahdollisuus yhteistyöhön tai kilpailuun. Gergen ja Gergenin (1986, 293 – 295) sekä Nijstadin (2009, 208 – 209) mukaan yksilöt ovat tällaisessa valintatilanteessa taipuvaisia kilpailemaan yhteistyön sijaan. Kramer (1999, 584) on tuonut esiin sen, että tällaisissa sosiaalisissa dilemmissa taustalla saattaa olla *keskinäinen luottamus tai sen puute*. Marilynn Brewerin (2008) mukaan samaan ryhmään kuulumisen eli yhteinen ryhmäsamastuminen lisää yhteistyötä ristiriitaisten motiivien ja yhteisen hyvän dilemmissa. Hänen mukaan taustalla olevia vaikuttavia psykologisia mekanismeja ei vielä tunneta tarkkaan. Brewer käyttää luottamuksesta vieraaseen mutta samaan ryhmään kuuluvaan henkilöön nimitystä *ei-henkilökohtainen (depersonalized trust) luottamus*. Nijstad (2009, 209) toteaa, että saman organisaation ryhmien väliseen toimintaan liittyvien tutkimusten mukaan, ryhmät ovat vastavissa tilanteissa taipuvaisempia kilpailemaan keskenään kuin yksilöt.

Tutkimustiedon mukaan yhtälö ei siis suinkaan ole niin yksinkertainen, että ryhmän tulos olisi aina parempi kuin erillisten yksilöiden. Esimerkiksi tehtävien laatu, työn koordinointi yhteen, ryhmän jäsenten osaaminen ja persoonallisuudet, mentaaliset mallit toiminnasta, ryhmän vuorovaikutus ja erilaiset ryhmäilmiöt vaikuttavat ryhmän työn tulokseen. Senge (1990, 82 – 202; Senge ym. 1999, 264 – 268) pitääkin tärkeänä ryhmän oman toiminnan tutkimista, reflektointia ja yhdessä oppimista. Se kuuluu oppivassa organisaatiossa oleellisena osana ryhmän toiminnan kehittämiseen. Myös Hakkaraisen ja Paavolan (2006, 251) mukaan myös kollektiivisen toiminnan älykkyyttä voidaan parantaa ottamalla yhteistoiminta tietoisena ja kriittisen tarkastelun kohteeksi. Kun ryhmä tai yksilö tunnistaa omassa toiminnassaan edellä esitettyjä ryhmäilmiöitä, voidaan ryhmän toimintaa kehittää älykkäämmäksi yhteistyöksi.

3.3 Tiedonmuodostus päätöksentekotilanteissa

Klassinen tutkimus ryhmän päätöksenteosta verrattuna yksilön päätöksentekoon on Marjorie Shawn (1932, 502) tutkimus. Se tarjoaa mielenkiintoisella tavalla sellaista tietoa ryhmien vuorovaikutuksesta päätöksentekotilanteessa, joka on sovellettavissa nykyajan ryhmiin ja moniammatillisiin tiimeihin. Hänen ongelmanratkaisutehtävissään oli yksi oikea ratkaisu, ja

ryhmät osoittautuivat paremmiksi ratkomaan niitä. Shawn johtopäätös oli, että ryhmät olivat parempia, koska ryhmän jäsenet korjasivat toinen toistensa virheelliset ehdotukset ja hylkäsivät väärät vastaukset. Nykyajan työyhteisöissä tiimien päätöksenteossa korostuu erilaisten mielipiteiden ja toisen näkemyksen mahdollinen korjaaminen tai kyseenalaistaminen erityisesti silloin, kun kaikilla ei ole samaa kokemusta, tietoa tai osaamista. Tällainen on tilanne eri alan asiantuntijoiden keskustelussa päätöksentekotilanteissa, tosin yhtä oikeaa ratkaisua ei useinkaan ole, vaan asiantuntijoiden täytyy etsiä yhdessä paras mahdollinen ratkaisu. Larsonin (2010, 359 – 360) ja useiden muiden uudemmat tutkimukset painottavat vuorovaikutuksen tärkeyttä ryhmän onnistumiselle tällaisissa tilanteissa. Ei ole kuitenkaan kovin paljon tutkimusta siitä, millaista vuorovaikutuksen sitten tulisi olla, että kaikki tieto tulisi tehokkaaseen käyttöön. Moniammatillisten tiimien keskusteluihin liittyvässä aikaisemmassa tutkimuksessa ni kuvaan (Isoherranen 1996) päätöksentekotilanteen, jossa perushoitaja kyseenalaistaa koko muun tiimin esittämän kotiuttamis päätöksen. Avoin ja hyvin toimiva tiimi alkaa selvittää asiaa ja päätyykin uuteen ratkaisuun.

Paitsi, että moniin ongelmiin ei ole olemassa varmuudella yhtä oikeaa ratkaisua, tietoa on nykyisin paljon ja se on hajautuneena eri henkilöille ja erilaisiin tiedostoihin ja tietokantoihin. Kun ryhmä pyrkii kokonaisvaltaiseen päätöksentekoon, kaikkien tieto pitäisi saada käyttöön. Ryhmän päätöksentekoon tilanteessa, jossa kaikilla jäsenillä ei ole samaa tietoa liittyy Strasserin ja Tituksen (1985, 2006, 227 - 239) esittämä ja paljon tutkittu käsite *piilotetun profiilin paradigma (hidden profile paradigm)*. Heidän tutkimusmenetelmässään oli kahden tai useamman vaihtoehdon ryhmäpäätöksentekotehtäviä, joissa oli ratkaisuna joko oikea tai paras vaihtoehto. Tarvittava tieto oli jakautuneena ryhmän jäsenille niin, että kukaan ryhmässä ei voinut yksin löytää parasta vaihtoehtoa tai oikeaa ratkaisua Tehdyissä tutkimuksissa vain noin 18 % ryhmistä onnistui tiedon keräämisessä ja löysi oikean ratkaisun. Ratkaisu löytyi vain silloin, kun ryhmän jäsenet ottivat käyttöön kaikkien tiedot. Strasserin ja Tituksen (1985, 2006, 227 - 239) mukaan tällaisessa tilanteessa tapahtuu yhteiseen tietoon perustuvaa *ennakkoasenteen mukaista tiedonkeruuta (biased information sampling)*. Keskustelua hallitsee ennakkoasennetta puoltavan tiedon käsittely. Useat empiiriset tutkimukset (Larson ym. 1994; Wittenbaum & Strasser 1996, 4, 8 – 12; Greitemeyer & Schulz-Hardt 2003) ovat osoittaneet, että ryhmillä on taipumus jättää huomiotta informaatio, joka ei ole yhteistä, jota siis ei ole kaikilla ryhmässä (*jakamaton/ei-jaettu*). Ryhmä keskittyy helposti informaatioon, jonka kaikki jo tietävät (*jaettu*).

Työryhmien päätöksentekotilanteissa kehitty helposti hajautetun tiedon ongelma; tuleeko tieto, joka on vain yhdellä ammattilaisella, mukaan keskusteluun ja huomioiduksi päätöstä tehtäessä, vai jääkö se keskustelun ulkopuolelle. Siihen, miksi jakamaton tieto jää helposti huomiotta, löytyy erilaisia ja ristiriitaisiakin selityksiä. Larsonin (2010, 176 - 200) mukaan jaettu tieto on helpointa muistaa, koska se yleensä mainitaan keskustelun alussa. Lisäksi se on usein helpointa ymmärtää, koska sitä perustellaan monesta eri näkökulmasta. Tällainen käytäytyminen saattaa myös palvella ryhmän jäsenten tarvetta "yhteisen maaperän" muodostamiseen ja tiedon sosiaaliseen validointiin. Samalla ryhmä kuitenkin menettää tärkeää erilaista informaatiota. Ryhmän jäsenille on omaa mielipidettä tukevaa, kun huomataan samanmieli-

syys, vaikka juuri erilaisen mielipiteen esittäminen saattaisi auttaa ryhmää oikean ratkaisun löytymisessä, kuten jo Shaw (1932) aikoinaan totesi. Jos kaikkien asiantuntijoiden tietoa ei saada mukaan, ryhmä ei anna parempaa tulosta kuin yksilö.

Mesmer-Magnuksen ja DeChurchin (2009, 543 - 544) meta-analyysi kartoitti 72 tutkimuksen pohjalta tiedon jakamista tiimeissä. Se osoitti, että tiimit epäonnistuivat tiedon jakamisessa usein juuri silloin, kun sitä olisi erityisesti tarvittu. Analyysinsä pohjalta he toteavat, että tiimin tiedon jakamista voidaan vahvistaa rakenteellistamalla tiimin keskusteluja, vahvistamalla tiimin yhteistyöilmastoa ja selventämällä tiimin tehtäviä. Greitemeyer ja Schulz-Hardt (2003) tuovat esiin, että ryhmätasoisien tekijöiden lisäksi voi olla yksilötasoisia tiedon prosessoinnin tekijöitä, jotka saattavat saada aikaan sen, että etukäteen ajatellusta ja oletetusta arviosta on vaikea yksilötasolla luopua. Joka tapauksessa heidän mukaansa ryhmään tarvitaan keskustelumenetelmiä, jotka mahdollistavat täydellisemmän päätökselle relevantin informaation esiintulon ja prosessoinnin.

Moniammatillisessa tiimissä eri ammattilaisilla on erilaista tietoa potilaasta, koska he ovat kohdanneet hänet omasta ammatillisesta viitekehystänsä. Keskusteluun osallistujilla on oma asiantuntijuusalueensa, ja tämän voisi ajatella helpottavan myös oman alan erilaisen tiedon esiin nostamista keskustelussa. Empiiristen tutkimusten (mm. Strasser ym. 1995) mukaan yhteisen (jaetun) tiedon suosimista vähentää se, että tiedetään toisten ryhmän jäsenten erikoisosaaminen. Silloin heiltä odotetaan heidän oman erityisalan tietoja. Okhuysen ja Eisenhardtin (2002) tutkimuksen mukaan jakamattomasta tiedosta keskusteltiin asiantuntijaryhmässä enemmän, kun osallistujia kehoitettiin etukäteen kysymään tietoa toisilta asiantuntijoilta. Työelämän arjessa ei kuitenkaan aina olla selvillä siitä, mitä tietoa ja osaamista toisten asiantuntijuus pitää sisällään.

Työryhmän yhteisen tiedonmuodostuksen ja suoriutumisen kannalta on kuitenkin tärkeää, että ryhmässä tiedetään ja tunnustetaan, keneltä voi saada tietynlaista tietoa. Kun tietoa on paljon, yhden ihmisen muistikapasiteetti ja osaaminen eivät riitä kaikkeen. Kun suoritettavat tehtävät ovat monimutkaisia ja vaikeita, on erityisen tärkeä tunnistaa jäsenten toisiaan täydentävät tieto- ja osaamisalueet. Se, että tietää, kuka ryhmässä tietää ja osaa mitäkin ja on hyvä jossakin, auttaa ryhmää suoriutumaan tehokkaammin tehtävistään. Wegner (1987) tutki erilaisten muistin apukeinojen käyttöä ensiksi parisuhteissa ja tutkimuksia laajennettiin sitten ryhmiin. Hän totesi tutkimuksissaan, että ihmiset käyttävät erilaisia apukeinoja kuten toisia ihmisiä ja muistilistoja, tiedostoja yms. oman muistinsa ja suoriutumisensa tukena. Hän kutsuu tätä ryhmällä olevaa yhteistä tietoa *transaktiiviseksi muistijärjestelmäksi*. Järjestelmä sisältää yhteistä tietoa ryhmällä olevasta osaamisesta. Siihen kuuluu myös yhteisiä välineitä, esimerkiksi muistivihkoja, tiedostoja yms., joilla helpotetaan tehtävissä tarpeellista muistamista. Morelandin ym. (1996, 63 – 67) mukaan, kun ryhmän jäsenet tarvitsevat jotain tietoa tai osaamista ja ovat epävarmoja omien tietojensa riittävydestä tai tarkkuudesta, juuri transaktiivisen muistijärjestelmän avulla he tietävät kenen tai minkä puoleen voi kääntyä saadakseen oikeaa tietoa. Transaktiiviseen muistijärjestelmään kuuluu muutakin tietoa ryhmän jäsenten ominaisuuksista, ei pelkästään osaamiseen liittyvää. Tällaista lisätietoa ovat esimerkiksi ryhmän jäsenten persoonallisuuden piirteet ja mielipiteet, jotka saattavat olla tärkeitä ryhmän yhteistoiminnan

kannalta. Morelandin ym. (1996) mukaan ryhmiä muodostettaessa voisi olla hyödyllistä ottaa huomioon myös ryhmän jäsenten persoonallisia ominaisuuksia, niin että ne täydentäisivät sopivalla tavalla tosiaan.

Hyvin toimivat tiimit ovat Morelandin (2006) mukaan sopineet myös tiettyjä vastuurooleja ja vastuita kerätä ja siirtää tiimille tarpeellista tietoa. Näin luodun muistijärjestelmän avulla ryhmällä on enemmän tietoa ja osaamista, kuin yksittäisellä ihmisellä voi olla käytössään. Transaktiivisen muistijärjestelmän muodostumiseksi ryhmän täytyy työskennellä pidemmän aikaa yhdessä niin, että tietoa toisten erityisosaamisesta voi kertyä. Siihen vaikuttavat työryhmän iän ja sen jäsenten pysyvyyden lisäksi suoritettavien tehtävien ja työn tuloksen keskinäisen riippuvuuden aste. Ryhmien erityisluonteissa tiimissä tehtävien keskinäinen riippuvuus on yksi keskeinen ominaisuus, kaikissa ryhmissä ei välttämättä näin ole. Nijstad (2009, 54) on todennut, että työryhmien kouluttaminen ja harjoittelu yhdessä edistää transaktiivisen muistijärjestelmän kehittymistä. Jos vaihtuvuus tiimeissä on suurta, tietoa toisten ammattilaisten erityisosaamisesta tai persoonallisista ominaisuuksista ei ehdi välttämättä kertyä. Silloin transaktiivisen muistin muodostuminen tiimissä vaikeutuu. Nijstadin (2009, 199 - 200) tutkimusten mukaan uusi tulokas saattaa häiritä ryhmän toimintaa, koska transaktiivinen muistijärjestelmä ei silloin toimi samoin kuin aikaisemmin. Moreland (1996, 2006, 327 - 341) ja Nijstad (2009, 54) toteavat, että tämä asettaa haasteita johdolle. Pitäisi tukea ryhmien jäsenten pysyvyyttä, huomioida persoonallisia ominaisuuksia ja järjestää yhteistä koulutusta ja harjoittelua. Toisaalta uudet tulokkaat voivat lisätä ryhmän resursseja ja näkökulmia. Choin ja Thompsonin (2005) tutkimusten mukaan tulokkaat saattavat tuoda ryhmään uusia ideoita ja tehokkaampia tapoja toimia, mutta heidän ideoitaan ei aina kuitenkaan helposti hyväksytä ryhmässä.

Sosiaali- ja terveystieteiden tiimeissä työskentelee eri alojen asiantuntijoita. Erillinen koulutus on saanut aikaan sen, ettei kaikilla tiimeissä toimivilla ole välttämättä tietoa siitä, mitä eri ammattiryhmän edustajat yleensä osaavat ja tietävät. Tampereella kokeiluna syksyllä 2001 toteutetun ja raportoidun (Tainio 2004, 555 - 557) yhteisen peruskoulutuksen aikana tapahtuneen harjoittelun yhdeksi tärkeäksi anniksi todettiin se, että opittiin tietämään, mitä osaamista toisilla ammattiryhmillä oli. Kokeilu toteutettiin kirurgian kliinisellä kurssilla urologian vuodeosastolla. Kokeiluun osallistui lääketieteen ja sairaanhoidon opiskelijoita. Tulosten mukaan lääketieteen opiskelijoiden käsitys sairaanhoitajan työstä parani, ja sairaanhoidon opiskelijat oppivat tuntemaan lääkärikoulutusta. Lääketieteen opiskelijoille selkiintyi oma rooli potilaan hoito- ja neuvontatyössä. Sairanhoidon opiskelijat kokivat saavansa hoitaa potilasta aikaisempaa itsenäisemmin. Positiivisten tulosten vuoksi kokeilua päätettiin laajentaa koskemaan koko klinikkaa vuoden 2003 alusta.

Kuinka ryhmien keskustelussa käytetään jakamatonta ja jaettua tietoa, riippuu myös ajasta, joka ryhmällä on käytettävissään. Larson, Foster-Fishman ja Keys (1995) totesivat, että mitä pidempään ryhmä keskustelelee, sitä todennäköisemmin jakamaton tieto, jota on vain yhdellä ryhmän jäsenellä, tulee mukaan keskusteluun. He havaitsivat, että lääketieteellistä päätöstä tekevän ryhmän mainitsemat kolme ensimmäistä oiretta olivat kaikkien ryhmän jäsenten aikaisemmin tietämiä. Mitä pidemmän aikaa keskustelua käytiin, sitä enemmän mukaan tuli

myös aikaisemmin jakamatonta tietoa, jota oli vain jollakin ryhmän jäsenellä. Kiireinen työelämä sosiaali- ja terveystalalla tarjoaa vain harvoin mahdollisuuden pitkiin yhteisiin keskusteluihin. Tiimien tapaamisissa on usein erittäin tiukka aikataulu ja paljon potilastapauksia käsiteltävänä. Jokaisen tiimiin kuuluvan olisikin hyvä olla tietoinen siitä, kuinka tärkeää vain hänellä oleva erilainen tieto saattaa olla, ja tuoda se mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon.

Ryhmän jäsenille muodostuu myös usein *erilaisia statuksia*, jotka voivat perustua moniin eri tekijöihin. Statusominaisuuksia voi liittyä arvovaltaan, valtaan, pätevyyteen ja ikään sekä joissakin ympäristöissä myös sukupuoleen. Statuksellakin on todettu olevan merkitystä ryhmän päätöksentekoprosessissa. Wittenbaum ja Strasser (1996, 17 – 19) toteavat tutkimuksissaan, että status saattaa vaikuttaa ryhmässä osallistumisaktiivisuuteen ja myös siihen, kuinka ryhmä hyödyntää henkilön esittämää tietoa. Sairaalaympäristössä on usein selkeä statushierarkia, kuten aikaisemmista tutkimuksista (mm. Kivinen 2008; Virtanen 2010) on tullut esiin. Ryhmältä ja erityisesti sen puheenjohtajalta vaaditaan sosiaalista osaamista tämän seikan huomioimiseksi päätöksentekotilanteissa.

3.3.1 Jaettu johtajuus

Nykyisin puhutaan usein erityisesti tiimien yhteydessä *jaetusta johtajuudesta (shared leadership)*. Pierce ja Conger (2003) toteavat sitä käsittelevässä kirjassaan jaetun johtajuuden olevan looginen seuraus paradigman muutoksesta käsityksessä organisaatioista. Organisaatioita ei enää kuvata mekaanisina koneina, vaan elävinä dynaamisina systeeminä, joita yhdistävät erilaisten suhteiden verkostot. Tällaisissa organisaatioissa ei riitä vertikaalinen johtajuus ylhäältä alaspäin, vaan sen lisäksi tarvitaan johtajuuskäytäntöjä eri tasoilla. Pierce (2004) argumentoi, että erilaisissa organisaatioissa, joissa pitää yhdistää monenlaista tietoa ja taitoa ja työ on organisoitu tiimeihin, tarvitaan tiimitasolla jaettua johtajuutta, mutta myös vertikaalista johtajuutta. Pierce ja Conger (2003) määrittelevät jaetun johtajuuden dynaamiseksi vuorovaikutusprosessiksi ryhmän jäsenten kesken; sen tavoitteena on johtaa sekä ryhmän että organisaation tavoitteisiin. Johtajuus on siinä laajasti jakautunut ja se on lateraalista.

Jaettu johtajuus on ryhmätasoinen ilmiö. Johtajuuden saa henkilö, jolla on tietyllä hetkellä käsiteltävässä asiassa parhaat tiedot ja osaaminen. Sen onnistuminen edellyttää ryhmässä jaettuja mentaalisia malleja, yhteistä tavoitetta, keskinäistä tukea ja vertikaalisen (tiimin ulkopuolisen) johtajan tukea. (mm. Senge 1997; Pierce & Conger 2003; Pierce 2004; Carson ym. 2007). Organisaatioissa tarvitaan siis myös ylhäältä alaspäin suuntautuvaa johtajuutta, koska jaettu johtajuus toteutuu vain tiimin tasolla. Fletcherin ja Käuferin (2003, 21) mukaan jaettua johtajuutta on tutkittu yllättävän vähän, vaikka tiimejä on alettu käyttää tiedon lisääntymisen myötä työn organisoinnissa entistä enemmän. Tiimin johtajuuteen liittyen on tutkimustuloksia (Pearce 2004), joiden mukaan hajautetulla johtajuudella toimivissa tiimeissä saadaan parempia tuloksia kuin dominoivalla johtajuudella toimivissa.

Fletcher ja Käufer (2003, 21 - 23) nimeävät kolme tekijää, jotka kuvaavat jaettua johtajuutta.

1. Johtajuus on hajautunutta organisaation eri tasoille ja tasot ovat keskenään riippuvaisia.

2. Johtajuus on dynaaminen prosessi, joka toteutuu vuorovaikutuksessa, joka on tasa-arvoista, vastavuoroista, ei hierarkkista ja toteutuu myös alhaalta ylöspäin.
3. Siihen liitetään yhdessä oppimisen mahdollistuminen; sosiaalisessa prosessissa tapahtuu sekä yksilön että ryhmän mahdollisuus oppia yhteistyötä ja siten parantaa toiminnan tulosta yhdessä.

Jaettu johtajuus edellyttää taitoja luoda olosuhteet, jossa kollektiivista oppimista voi tapahtua. Kaikki ryhmän jäsenet tuntevat siinä vastuuta tehtävästä ja pyrkivät yhdessä luomaan oppimisen mahdollistavat olosuhteet. Fletcher ja Käufer korostavat dialogin merkitystä yhdessä oppivan tiimin keskustelussa.

Tiimeissä, joissa on jaettu johtajuus, keskustelun johtaminen päätöksentekotilanteissa voi vaihdella sen mukaan, kuinka tiimeissä on sovittu. Puheenjohtajuus voi olla esimerkiksi asiantuntijalla, joka on vastuussa juuri kyseisestä asiasta tai se voi olla myös sovitusti pysyvää. Puheenjohtajan aktiivinen rooli on todettu tärkeäksi ryhmän tiedon kokoamisessa. Se, että hän tietää, minkälaista tietoa ryhmän jäsenillä on, helpottaa tiedon kokoamista. Puheenjohtaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa esimerkiksi jakamattoman tiedon käyttöön päätöksenteossa. Wittenbaum & Strasser (1996) korostavat johtajan roolin merkitystä tiedon keräämisessä ja viittaavat Larsonin Jr ym. (1994, 1998a) tutkimuksiin, joissa selvitettiin lääketieteellisten ryhmien informaation keruuta ja päätöksentekoa. Larsonin Jr ym. (1994, 1998a) tutkimuksissa todettiin, että lääketieteellisiin tiimeihin keskustelutilanteissa nimetyt puheenjohtajat riippumatta taustastaan ja kokemuksestaan esittivät kysymyksiä ja toistivat jo esitettyä jakamattomaa tietoa. Näin he varmistivat, että sekin tulisi huomioiduksi päätöstä tehtäessä. Tutkijat olettavat puheenjohtajien kokeneen itsensä riittävän vahvoiksi ottamaan riskin, että yksittäisillä ryhmän jäsenillä oleva erilainen, jakamaton tieto ei olisi oikeaa. He tunsivat puheenjohtajan roolissaan myös suurempaa vastuuta ryhmän päätöksestä.

Toisaalta jotkut tutkimukset (mm. Larson Jr ym. 1998b) osoittavat, että kaikki nimetyt puheenjohtajat eivät käyttäydy näin aktiivisesti jakamattoman tiedon kokoamiseksi. Larson Jr. (2010, 206) toteaaakin, että tarvitaan lisätutkimuksia siitä, kuinka kaikki tieto saadaan käyttöön päätöksentekotilanteissa ja mikä on puheenjohtajan käyttäytymisen merkitys tiedon kokoamisessa. Kun ryhmässä on eri alojen ammattilaisia, joilla on omat tiedetyt asiantuntijuusalueensa, puheenjohtajan on suhteellisen helppo ottaa keskustelussa mukaan heidän erityistietonsa yhteisen tiedon muodostamiseen. Tämän onnistuminen edellyttää kuitenkin, että hän tietää, minkä erityisalueen tietoa eri ryhmän jäsenillä on hallussaan. (Wittenbaum & Strasser 1996, 19 - 20). Toisten asiantuntijuusalueita ei kuitenkaan aina sosiaali- ja terveystieteillä tunneta riittävän hyvin.

Larson Jr (2010, 206, 305 - 306) toteaa myös, että ryhmän johtajuuskysymystä on tutkittu liian vähän. Sitä olisi syytä tutkia enemmän, kun pyritään löytämään ryhmästä saatavaa hyötyä, synergiaa. Larson Jr korostaa, että ryhmän johtajuutta pitäisi tutkia nimenomaan suhteessa ryhmän tehtävään. Nyt käytössä olevan tutkimustiedon (Nijstad 2009, 287 - 192) mukaan konteksti ja tilanteet, joissa tiimi työskentelee vaikuttavat siihen, millainen johtajuus on sopivaa.

Drinka ja Clark (2000, 106 – 107, 131 - 132), jotka ovat tutkineet nimenomaan terveystalouden tiimejä, korostavat, että tiimissä voi olla samaan aikaan monia johtajan rooleja. Hallinnon tehtävä on pitää yllä visiota ja antaa tarvittavia resursseja. Hekin toteavat, että erityisesti moniammatillisen yhteistyön johtajuuden tutkimus on alkutaipaleella. Myös heidän mukaan moniammatillisen tiimin johtamisessa korostuu kommunikoinnin keskeinen merkitys. He kuvaavat tiimin johtajuutta dynaamisena prosessina, jossa johtaja ja ryhmän jäsenet vaihtavat roolejaan tilanteen ja tehtävän mukaan. Drinka ja Clark eivät hahmottele moniammatillisen yhteistyön johtajuutta yksilön ominaisuuksina, vaan systeeminä, jossa kaikkien ryhmän jäsenten käyttäytymisellä on oma merkityksensä. Heidän mukaan systeemissä on kuusi elementtiä, jotka määrittävät johtajuutta: toimintaympäristö, tilanne, johtaja(t), tiimin jäsenet, valta ja kommunikaatio. Tiimin jäsenten ja johtajien tulee olla tietoisia ympäristöstä (säännöistä, sosiaalisesta rakenteesta, tiimin kulttuurista ym.) ja tilanteesta, (tehtävä, resurssit, kiireellisyys, kommunikointimenetelmät ym.) koska näiden mukaan heidän täytyy vaihtaa joustavasti roolejaan. Drinka ja Clark (2000) toteavatkin, että moniammatillisen johtajuuden tehokkuus tietyssä tilanteessa perustuu koko tiimin kykyyn tunnistaa tilanne ja ympäristö, jossa toimitaan.

Potilaan tai hänen edustajansa pitäisi olla tasa-arvoisessa asemassa ollessaan mukana tiimissä. Drinka ja Clark (2000) pohtivat myös potilaan asemaa moniammatillisessa tiimissä ja toteavat sen olevan jo lähtökohdiltaan erilainen kuin muiden tiimin jäsenten. Potilas on toisten tiimin jäsenten osaamisen tarpeessa, ja se vähentää hänen mahdollista valtaansa tiimissä. Lisäksi potilaiden oma tilanne vaikuttaa siihen, kuinka aktiivisia he voivat olla tiimissä. Billigin ym. (1988) mukaan elämme arjessa tasa-arvon ja auktoriteetin ristipaineissa. Pohtiessaan eksperttiyttä ja tasa-arvoa Billig ym. (1988, 65 - 83) toteavat myös, että potilaan asema asiantuntijoiden ryhmässä on hyvin ristiriitainen. Potilas on helposti ulkopuolinen eikä potilaan tai hänen edustajiensa asema ole suinkaan tasa-arvoinen vaan usean asiantuntijan ympäröimänä helposti vaikeampi kuin suhteessa yhteen asiantuntijaan. Jos asiantuntijoilla on lisäksi yhteinen kanta, potilaan on vaikea kyseenalaistaa sitä. Vaikka asiantuntijat käyttäytyvät ystävällisesti, heidän auktoriteettiasemansa suhteessa potilaaseen säilyy.

3.3.2 Vuorovaikutus ja keskustelun tasot

Tarvittaisiin lisää tutkimusta ja tietoa siitä, millainen vuorovaikutus tiimissä tuottaa tuloksen, jossa kaikkien osaaminen tulisi hyödynnettyä päätöksenteossa (esim. Övretveit 1995; Lanceley ym. 2007; Larson 2010). Myllyniemi (1986, 1990) on kehittänyt jo kauan sitten vain vähän siteeratun jäsentelyn ihmisyyhteisöihin kehittyvistä vakiintuneista tavoista olla vuorovaikutuksessa keskenään. Hän kutsuu niitä sosiaalisen vuorovaikutuksen järjestelmiksi. Käsitteellä Myllyniemi (2005) viittaa niihin säännönmukaisuuksiin, joilla mikrotason sosiaalista integraatiota pidetään yllä. Myllyniemi on päätenyt näihin kuvauksiin ihmisen lajihistoriallisten tutkimusten pohjalta. Hänen mukaan sosiaaliset vuorovaikutusjärjestelmät eivät nykyisin esiinny puhtaina, vaan niissä on samanaikaisesti näkyvillä elementtejä useista eri järjestelmistä. Myllyniemi (1986, 1990) olettaa näitä järjestelmiä olevan neljä. Myöhemmin Myllyniemi (2005, 258 - 271) yhdistää ne yhteisöllisiin arvosuuntauksiin ja supistaa ne kolmeen vuorovaikutusjärjestelmään.

Kuvaan tässä Myllyniemen alkuperäistä luokittelua neljään vuorovaikutusjärjestelmään, koska niitä voi rinnastaa Rossin (1999) keskustelun tasojen kanssa. Tasot on kuvattu kappaleessa 2.3.2. Myllyniemen neljä vuorovaikutusjärjestelmää sopivat ainakin osittain kuvaamaan Rickhard Rossin (1999, 385 - 386) oppivan organisaation yhteydessä esittämien tiimin keskustelun tasojen edellyttämiä vuorovaikutusjärjestelmiä.

1. *Hierarkkinen vuorovaikutusjärjestelmä* on Myllyniemen (1986, 1990) mukaan vanhin näistä ihmisten vakiintuneista tavoista olla vuorovaikutuksessa keskenään. Sosiaalisena vuorovaikutusjärjestelmänä hierarkkinen järjestelmä saattaa ilmetä esimerkiksi oman edun ja näkökulman puolustamisena, egoistisena kilpailuna. Myllyniemen mukaan tällaiseen yhteisöön kehittyi suhteellisen vakaa dominointihierarkia, jossa voidaan motivoitua myös uhmaamaan ylempää. Tämän tason voisi ajatella vastaavan Rossin karkean kiistelun tasoa.

2. *Konformistinen vuorovaikutusjärjestelmässä* dominoiva voima on sidottu yhteisössä tunnettuihin käyttäytymisnormeihin. Oma toiminta sopeutetaan normeihin ja toisten konformistisuutta valvotaan. Tällaisen vuorovaikutusjärjestelmän voisi ajatella tuottavan Rossin kuvaamaa kohteliasta keskustelua, jossa ei ole sopivaa esittää erilaista mielipidettä.

3. *Rationaalinen vuorovaikutusjärjestelmä* on kolmas vuorovaikutusjärjestelmä. Siinä pyritään taloudelliseen ja tehokkaaseen toimintaan. Siinä tarvitaan toiminnan suunnittelua ja arviointia, ja se edellyttää jo yhteisön jäseniltä todellista vuoropuhelua. Myllyniemen mukaan tällä tasolla vasta voidaan puhua todellisesta keskustelusta. Rossin keskustelun tasoissa tämän sosiaalisen vuorovaikutusjärjestelmän voisi ajatella vastaavan taitavaa keskustelua.

4. *Vapaan keskustelun vuorovaikutusjärjestelmässä* keskustelija voi laajentaa, korjata tai syventää esitettyä näkemystä. Kenen tahansa puhujan puhetta voidaan kommentoida hyväksyen tai kieltäen. Se on argumentoivaa keskustelua, jossa tuodaan esiin uusia ajatuksia eikä arkailta esittää poikkeavia mielipiteitä ja kritikoida sanottua. Kuka tahansa keskusteluun osallistuja voi esittää uusia ajatuksia ja kritiikkiä. Onnistuneessa vapaassa keskustelussa toteutetaan Myllyniemen mukaan niin tasa-arvoa kuin vapauttakin. Hierarkkiset vuorovaikutussuhteet, konformistiset sopivaisuussäännöt ja tiukka tehokkuuteen pyrkiminen voivat luoda keskusteluilmastoon, joka muodostuu vapaan keskustelun esteeksi.

Rossin keskustelujen tasoissa vapaan keskustelun voisi ajatella vastaavan dialogia. Rossin dialogissa tosin korostetaan vain erilaisten näkökulmien esittämistä, ei toisten näkökulman kieltämistä.

Moniammatillisissa tiimeissä etsitään ensin yhteistä näkemystä, jolloin vapaa keskustelu on optimaalista. Tämän jälkeen ratkaisussa eli päätöksentekotilanteessa tarvitaan rationaalista keskustelua. Ross (1999) kuvaa samoin, ilmiötä tutkittaessa tarvitaan dialogia ja päätöksentekotilanteissa tarvitaan puolestaan taitavaa, argumentoivaa keskustelua. Myllyniemi luonnehtii vapaata keskustelua nimenomaan tieteellisenä keskusteluna, jossa etsitään totuutta. Elämme tietoyhteiskunnassa, jossa tieteelliselle keskustelulle ominaista vuorovaikutusjärjestelmää ja keskustelua tarvitaan mielestäni myös asiantuntijoiden tiimeissä. Moniammatillisessa tiimissä etsitään sen hetkisen tiedon pohjalta parasta mahdollista ratkaisua potilaan ongelmaan. Jos tiimissä ei ole vapaata keskusteluilmastoa, ei uskalleta tai ei ole soveliasta tai sallittua esittää

omaa erilaista mielipidettä tai vasta-argumenttia. Siispä vaietaan ja mahdollisesti tärkeä erilainen tieto jää tulematta tiimin yhteiseen käyttöön ja tiedonmuodotukseen.

Fletcher ja Käufer (2003, 35 - 37) esittävät myös jaetun johtajuuden edellytyksenä tiimin vuorovaikutuksen kehittymistä tilaan, jossa voi tapahtua yhteisen tiedon kautta oppimista. He kuvaavat sitä myös nelivaiheisena ja se pohjautuu mm. William Isaacsin (2001) esittämiin jäsentelyihin dialogista yhdessä ajattelemisen taitona. Siinä dialogia kuvataan ryhmätasoisena kehitysprosessina. Fletcherin ja Käuferin kuvauksessa ensimmäinen taso on nimeltään ”*puhutaan kauniisti*” (*talking nice*), siinä puhuminen on kohteliaista ja fokus on itsessä: ”minkä vaikutelman annan itsestäni”. Todellisia ajatuksia ja tunteita ei paljasteta, toisia ei kuunnella aidosti vaan kohteliaasti. Seuraava keskustelun taso on ”*puhutaan karkeasti*” (*talking tough*). Siinä todelliset ajatukset tulevat esiin, kiistellään ja puolustaudutaan, toisten kuuntelu on edelleen huonoa; silloin mietitään vain omaa puolustautumista. Seuraava taso on ”*reflektiivinen dialogi*” (*reflective dialogue*). Siinä otetaan etäisyyttä omaan perspektiiviin, esitetään kysymyksiä toisille, kuunnellaan aidosti, syntyy ymmärrystä toisten näkökulmiin. ”*Generatiivisen keskustelun*” (*generative dialogue*) tasolla yksilöllinen fokus häviää, keskitytään rakentamaan kokonaisuutta yhdessä. Luottamus ja avoimuus on suurta ja voidaan kokea yhdessä flow – tila.

Kaikissa edellä esitetyissä jäsentelyissä ja malleissa vuorovaikutuksen ja keskustelun kehitys tapahtuu neljän vaiheen kautta. Luokittelut eroavat toisistaan vain jonkin verran. Kaikki mallit tarjoavat hyviä välineitä ryhmille ja tiimeille arvioida ja kehittää omaa vuorovaikutusta ja keskustelun tasoa erityisesti tiedonkeruu- ja päätöksentekotilanteissa.

3.4 Vastuullisuus tiimissä

Gergenin (1986; 292) mukaan vastuun ymmärtämiseen liittyy kulttuuristen odotusten tulkin-taa, yhteiskunnan normeja, lakien esittämiä vaatimuksia ja yksilöiden käsityksiä ihmisten vä-lisistä suhteista. Vastuu voidaan siis nähdä sosiaalisten järjestelmien ominaisuutena. Tiimi-työn määritelmän mukaan tiimissä jaetaan johtajuutta ja vastuuta kaikille tiimin jäsenille. Tiimityön kuvausten yhteydessä todetaan, että tiimi ottaa yhteisvastuun tuloksista ja toimin-nasta. (esim. Katzenbach & Smith 1993, 45; Cohen & Bailey 1997; Deming 2000). Mitä sen voidaan ajatella tarkoittavan sosiaali- ja terveysalan tiimeissä?

Tässä yhteydessä on aluksi syytä tarkastella vastuullisuuden käsitettä hiukan laajemmin. Hel-kama (1981, 12 - 14) jakaa moraalisen vastuun käsitteen kolmeen eri muotoon. 1. *Vastuulli-nen henkilö* ilmaisussa kuvataan vastuullisuutta henkilön ominaisuutena. Henkilö on valmis hyväksymään käyttäytymisensä seuraukset ja tuntee velvollisuutensa ryhmää kohtaan. 2. Vas-tuullinen voi olla myös synonyymi *tilivelvollinen- käsitteelle*. Silloin siihen saattaa liittyä syyttäminen (palkitseminen) ja rangaistus. 3. Vastuullinen voi merkitä myös sitä, että on *teh-tävä tai velvollisuus ottaa vastuuta*. Tämä vastuu liittyy usein sosiaaliseen rooliin; tietynä asiantuntijana olen vastuussa määrättyistä tehtävistä.

Sosiaali- ja terveysalalla toimivien tiimien yhteisvastuuta voi selventää edellä esitetyn käsitteellisen jäsentämisen kautta. Kaikkia näitä vastuun tyyppisiä esiintyy, mutta ne on syytä erottaa toisistaan. Tilivelvollisuutta eli 2-tyyppistä vastuuta esiintyy ammattiin tai organisaatioon liittyvään usein lainsäädännöllisesti tai säädösin määriteltyn vastuuseen. Sosiaali- ja terveysalalla lainsäädäntö määrittelee tietyille ammatillisille rooleille kuuluvaa ja myös potilaan asemaan liittyvää vastuuta (Pennanen 2008, 194 - 199). Siihen liittyy silloin myös tilivelvollisuuden näkökulma; jos tapahtuu hoitovirhe, kuka on silloin vastuussa? 3- tyyppistä vastuuta näkyy suhteessa ryhmään, asiantuntijalla on velvollisuus ottaa vastuuta rooliinsa ryhmässä kuuluvista tehtävistä. Voisi ajatella, että 1-tyyppinen vastuu on vastuullisuutta juuri ryhmää kohtaan, vastuullinen ryhmän jäsen huomioi myös ryhmästä nousevat velvoitteet. Jos rooleja ja tehtäviä ei ole selvitetty, vastuullinen henkilö voi ylikuormittua tehtävien paljoudessa. Normanin ja Peckin (1999), Hanssonin ym. (2008) ja Kerrin (2009) terveysalan tiimityötä käsittelevissä tutkimuksissa on tullut esiin vastuiden selkiinnyttämisen tarve. Tiimin yhteisvastuun korostaminen saattaa hämärtää vastuuta. Vastuiden selkiinnyttäminen tiimissä on ilmeisen tärkeä yhteisvastuun onnistumisen kannalta: kuka on vastuullinen mistäkin, ja mitä yhteisvastuu tarkoittaa tietyssä vaihtelevissa tilanteissa ja konteksteissa.

Sosiaalipsykologiassa paljon tutkittu *sosiaalinen dilemma*, tuli esiin jo ryhmän toimintaa häiritsevien ilmiöiden yhteydessä. Se on perusrakenteeltaan sellainen, että ollaan tilanteessa, jossa yksilötasolla olisi edullista toimia itsekkäästi, mutta kaikille ryhmässä tai yhteiskunnassa on vahingollista, jos jokainen toimii niin (Kerr 1983; Nijstad 2009, 90). Tuomelan (2007, 249 – 251) mukaan tällainen tilanne on kuitenkin erilainen peruslähtökohdiltaan kuin työryhmien tai tiimien vastuukysymys. Siinä ei ole ryhmänä sovittua yhteistä tavoitetta, eikä vastuuta ryhmänä, vaan jokaisen vastuu on yksilötasolla, vaikkakin se kohdistuu yhteiseen kohteeseen.

Vastuukysymyksen pohdintaan on syytä liittää klassisia tutkimuksia, joita Latané & Darley (1970) ovat tehneet auttamiskäyttäytymisestä ja vastuun hämärtymisestä. Tutkimukset saivat alkunsa murhasta, joka tehtiin 39 ihmisen katsellessa tilannetta ilman, että kukaan heistä puuttui siihen. Peruskysymys oli, hämärtyykö vastuu, kun vastuunkantajia on useita. Latané ja Darleyn tutkimusten mukaan auttamiskäyttäytyminen väheni, kun mahdollisten auttajien ryhmä kasvoi. Se johtui tutkijoiden mukaan kolmesta eri tekijästä. (Latané & Darley 1970).

1. *Vastuu hämärtyy*, kun mielen valtaa ajatus ”miksi minun pitäisi olla se, joka ottaa vastuun, kun kuka tahansa ryhmästä voi ottaa sen”. Näin tapahtuu erityisesti silloin, kun toimiminen vaatii erityispanosta.
2. *Häpeän mahdollisuus* avun tarpeen mahdollisesta määrittelyvirheestä tekee passiiviseksi, jos on vaikeata määritellä tarvitaanko apua vai ei.
3. *Kollektiivinen tilanteen määrittely* voi saada aikaan yhteisen julkilausumattoman tulkinnan siitä, ettei auttamistoimenpiteitä tarvita. Apua ei tarvita, kun kukaan ei lähde auttamaan.

Samoin kuin edellä esitetyn sosiaalisen dilemman yhteydessä, ei myöskään tässä ryhmällä ole yhteistä sovittua tehtävää. Vastuu ei siis ole ryhmän sovittua yhteisvastuuta, vaan yksilön moraalista vastuuta. Edellä esitettyjen Latané ja Darleyn (1970) tulosten pohjalta, yhteisvastuu on tärkeää julkilausua ja sopia ryhmässä, mitä se meillä tässä kontekstissa konkreettisesti

tarkoittaa. Tarkoittaako se esimerkiksi toisen asiantuntijan auttamista hänen vastuullaan olevissa työtehtävissä, silloin kun omat taidot siihen riittävät ja toinen hyväksyy avun? Auttamistilanne ei silloinkaan ole yksinkertainen. Billigin ym. (1988, 77- 80) mukaan siinä saatetaan ylittää asiantuntijuuden rajoja, ja asiantuntijuuden näkökulmasta se voi olla vaikeaa hyväksyä.

Scardamalia (2002, 68 - 69) puolestaan kuvaa kollektiivisella vastuulla eli yhteisvastuulla tilannetta, jossa vastuu ryhmän toiminnan onnistumisesta on jakautunut ryhmän jäsenten kesken eikä vain johtajalle. Scardamalia lisää siihen vielä yhden ulottuvuuden, joka on mielestäni hyvin oleellinen sosiaali- ja terveysalan monenlaista tietoa ja osaamista integroivissa tiimeissä. *Kollektiivinen kognitiivinen vastuu* tarkoittaa hänen mukaansa ryhmän vastuunottoa myös siitä, että kaikki sen jäsenet ymmärtävät mitä on tapahtumassa pysyäkseen mukana prosessissa. ”Kaikki ottavat vastuuta siitä, että tietävät, mitä tulee tietää ja varmistuvat siitä, että toisetkin tietävät, mitä heidän tulee tietää” (Scardamalia 2002, 69). Kollektiivisella vastuunotolla pyritään siis siihen, että työn kokonaisuuden onnistumiseksi kaikki huolehtivat paitsi omasta osuudestaan myös työprosessista kokonaisuudessaan ja ovat valmiita tarvittaessa ylittämään asiantuntijuuden rajoja. Tällainen yhteisvastuun toteuttaminen edellyttää kuitenkin ryhmässä/tiimissä sopimista ja keskinäistä luottamusta.

Tarja Saaren-Seppälä (2006, 330 - 332) on tutkinut kollektiivista tietovarantoa potilastyössä. Hän jakaa vastuutyypit terveysalan moniammatillisessa yhteistyössä neljään eri luokkaan: asiantuntijan ammatillinen yksilövastuu, asiantuntijoiden yhteistoiminnan yhteisövastuu, organisaation vastuu ja potilaan oma vastuu. Saaren-Seppälän mukaan kollektiivinen vastuu rakentuu konkreettisesti keskinäisen vuorovaikutuksen ja yhteisen suunnittelun avulla, jossa ennakoidaan tulevia tilanteita, nimetään vastuuhenkilöt ja toimitaan niin, että potilas kokee myös luottamusta ammattilaisten keskinäisistä suhteista.

3.4.1 Luottamuksen merkitys yhteistyössä

Yleisen käsityksen mukaan yhteistyö ryhmässä ei voi toimia hyvin ellei siellä ole keskinäistä luottamusta. Tomasello (2009, 77) toteaa yhteistyötä käsittelevien tutkimuksiensa pohjalta, että luottamus on yhteistyön onnistumisessa ydinasia. Hänen mukaan jatkuvasti kilpailevissa eläinryhmissä keskinäisen luottamuksen puute estää todellisen yhteistyön. Eläinryhmän jäsenten välinen kilpailu on hallitseva motivaatio. Nancy Buchan (2009, 373 – 374) on tutkinut kulttuurien välistä luottamusta ja sen kehittymistä. Hän toteaa, että vaikka tutkimusta on viime aikoina tehty paljon ja monen eri tieteen alueelta, tiedetään kuitenkin vielä aika vähän ihmisen psykologisen asennoitumisen vaikutuksesta luottamuksen kehittymiseen ja siitä, mitkä tekijät vahvistavat kulttuurien välisen luottamuksen kehittymistä. Globalisoituvaa maailmaa tarvitsee yhä enemmän tietoa luottamuksesta, kyetäkseen yhteistyöhön ja ratkomaan yhteisiä ongelmia. Luottamusta kuvataankin yhdeksi yhteistyön keskeisistä paradokseista.

Argyris (1962), Kramer ja Tyler (1996) ja Senge ym. (1999) sekä useat muut organisaatioteoreetikot ovat jo pitkään todenneet luottamuksen olevan tärkeä tekijä organisaatiossa. Se mahdollistaa vastavuoroisuuden ja avoimen kommunikoinnin lisäksi monia muita positiivisia vai-

kutuksia organisaatiolle ja sen jäsenille. Luottamusta organisaatioissa on viime aikoina tutkittu hyvin paljon. Organisaatiotutkimuksissa on luottamuksesta useita erilaisia määritelmiä. Ääripäässä ovat määritelmät, jotka korostavat luottamuksen sosiaalisia ja eettisiä tekijöitä. Hosmer (1995) luonnehtii luottamusta odotuksena eettisesti perustellusta käyttäytymisestä ja moraalisesti korrekteista päätöksistä ja toimista. Tästä näkökulmasta on tehty jonkin verran tutkimusta (esim. Lewicki ym. 2005), jossa on selvitetty organisaation oikeudenmukaisuuden ja luottamuksen välisiä yhteyksiä.

Toisessa ääripäässä ovat määritelmät, jotka kuvaavat luottamuksen strategista ja laskennallista merkitystä. Burin ja Knetzin mukaan (1996) ”luottamus on ennakoitavaa yhteistyötä.”. Rousseau ym. (1998, 395) esittävät usein siteeratun määritelmän luottamuksesta: ”Luottamus on psykologinen tila, sisältäen valmiuden hyväksyä riski, joka perustuu positiivisiin odotuksiin toisen aikomuksista ja käyttäytymisestä.” Suurin osa teoreetikoista on samaa mieltä siitä, että luottamus on perustaltaan muuttuva psykologinen tila. Kramer (1999) ja Buchan (2009, 374) kuvaavat sitä luottavaisena odotuksena, oletuksena ja uskomuksena siitä, että toinen käyttäytyy kelvöllisesti ja vastuullisesti, kun toimitaan yhdessä.

Kramerin (1999, 575) mukaan monet sekä kenttä- että laboratoriotutkimukset osoittavat, että ihmiset eroavat merkittävästi yleisessä valmiudessa luottaa toisiin ihmisiin. Myös Lewicki (2006, 98 - 99) esittää oletuksen, että tietyt yleiset tekijät vaikuttavat siihen, kuinka luottamusta tai epäluottamusta esiintyy. Niistä ensimmäisenä hän mainitsee juuri yksilön persoonallisuuden suhteellisen pysyvän valmiuden osoittaa luottamusta tai epäluottamusta. Toisena on hänen mukaansa yksilön psykologinen orientaatio, joka on yhdistelmä yksilön kognitiivista, moraalista ja motivaationaalista orientaatiota suhteessa toisiin ihmisiin. Kolmantena on kohteen maine tai mahdolliset stereotypiat, jotka luovat odotuksia kohteen luotettavuudesta tai epäluotettavuudesta. Sitten tulevat ajan myötä kertyvät todelliset kokemukset henkilön luotettavuudesta. Sekä Rousseau ym. (1998, 393 - 404) että Lewicki (2006) toteavat, että luottamus ei ole aina sama, vaan se on kehittyvä ja muuttuva tila.

Lewicki ja Bunker (1996) esittävät paljon siteeratun kolmitasoisien kuvauksen luottamuksen kehittymisestä organisaatioissa.

- *Ensimmäinen taso* on laskennallisen luottamuksen taso. Luottamus perustuu niihin positiivisiin tai negatiivisiin seurauksiin, joita mahdollisesti syntyy, ellei keskinäistä luottamusta ole. Negatiivinen seuraus voi olla sekin, että menettää maineensa luotettavana työparina. Positiivinen voi olla taas se, että maine luotettavana työparina säilyy. Kun molemmat toimivat luotettavasti, kumpikin hyötyy mahdollisista hyvistä tuloksista.

- *Toisella tasolla* luottamus perustuu riittävään tietoon ja tuntemukseen toisesta henkilöstä niin, että hänen käyttäytymistään voidaan sen pohjalta ennakoita.

- *Luottamuksen kolmannella tasolla* tiedetään, että ryhmässä olevilla on yhteiset tavoitteet, kiinnostuksen kohteet ja arvot, joihin samastutaan. Tätä luottamusta kutsutaan samastumiseen perustuvaksi luottamukseksi. Vahvimmillaan tämän tason luottamus on sitä, että ryhmään kuuluvat tietävät, miten täytyy toimia toisten luottamuksen säilyttämiseksi ja vahvistamiseksi ja he ovat valmiita toimimaan toistensa hyväksi. Tällaisen luottamuksen tason saavuttaminen vaatii aikaa ja myös emotionaalista panosta. (Lewicki ym. 2005, 261; Lewicki 2006, 96).

Kramer ym. (1996) tuovat esiin, että ryhmään kuuluvien kannalta identifioitumiseen perustuvalla luottamuksella voi olla myös negatiivisia puolia. Se saattaa saada aikaan epäluottamusta ryhmään kuulumattomia kohtaan ja altistaa esimerkiksi ryhmäajattelulle. Jos tiimien jäsenet vaihtuvat usein, tälle syvällisemmälle, samastumiseen perustuvalla luottamuksen tasolle on vaikea päästä. Näin jäädytäänkin helposti ensimmäistä tasoa muistuttavaan keskinäiseen luottamuksen tasolle. Organisaatioissa voi Kramerin (1999, 578 -579) mukaan esiintyä myös *rooliin perustuvaa luottamusta*. Se perustuu tiedolle henkilön roolista organisaatiossa. Se ei perustu henkilöön, vaan siihen systeemiin, joka tuottaa kyseisiä asiantuntijoita. Se kehittyy yleisestä tiedosta, jota ihmisillä on niistä vaatimuksista ja koulutuksesta, mitä tiettyihin rooleihin liittyy. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että luotamme työyhteisössä esimerkiksi tietyn ammattiroolin omaavaan henkilöön, kun muuta tietoa hänestä ei vielä ole käytettävissä. Tällainen luottamus helpottaa kommunikointia ja yhteistyötä, mutta sillä voi olla myös hyvin negatiivisia seurauksia. Rooliin perustuva luottamus voi yksittäisen henkilön kohdalla osoittautuakin vääräksi.

Dirksin ja Ferrin (2001) esittämän viitekehyksen mukaan luottamuksella on suora vaikutus, välittävä vaikutus tai ei lainkaan vaikutusta ryhmän toimintaan. Heidän mukaan luottamuksella voi olla suora vaikutus ryhmän tehokkuuteen ja toivottuihin tuloksiin. Lisäksi luottamus luo olosuhteet, joissa positiivisemmat asenteet, tulkinnat ja parempi yhteistyö mahdollistuvat. *Luottamus toimii silloin tavallaan välittäjänä*. Esimerkiksi juuri yhteistyötilanteessa, jossa on ristiriitaisia motiiveja, luottamus voi toimia välittäjänä. Vaikka toimijoilla olisi yhteinen tavoite, toimijat eivät ole välttämättä motivoituneet yhteistyöhön, ellei keskinäinen luottamus ole vahva. Heikon luottamuksen tilanteessa kilpailulliset motiivit saattavat painottaa. Luottamuksen taso siis vaikuttaa siihen kummat motiivit - kilpailulliset vai yhteistyön motiivit - aktivoituvat, vaikka kyseessä olisivatkin yhteiset tavoitteet. Ryhmässä olevat energiat voivat siis suuntautua joko ryhmän tai yksilön päämääriin riippuen luottamuksen tasosta. Korkean luottamuksen tasolla pyritään hyviin yhteisiin suorituksiin. Silloin tietoa jaetetaan ja integroidaan ryhmässä. Luottamuksen tasot aiheuttavat myös erilaisia seurauksia toimijoiden käyttäytymisessä. Dirks ja Ferrin toteavat, että alhaisen luottamuksen tilanteessa tehtävään liittyvä ristiriita ryhmässä tulkitaan negatiivisesti, ja se aiheuttaa mahdollisesti ihmissuhdekonfliktin. Korkean luottamuksen tilanteessa ihmissuhdekonfliktia ei kehity, ristiriita tai erimielisyys ratkaistaan silloin rakentavasti.

Dirks ja Ferrin (2001) käyttävät myös organisaation tilanteesta ilmaisuja heikko tai vahva. Tilanteen ajatellaan olevan vahva silloin, kun on selvät ohjeet tai vihjeet käyttäytyä tietyllä tavalla ja kaikkien tulkinnat tilanteesta ovat samanlaiset. Heikko tilanne on taas silloin, kun ei ole selkeitä tai riittävän vahvoja ohjeita/vihjeitä siitä, kuinka tulisi käyttäytyä. Heikkoja tilanteita ovat esimerkiksi organisaatiokulttuurin muutostilanteet. Silloin juuri luottamuksella voi olla suuri positiivinen merkitys. Tilanteessa, jossa on riittävästi ohjeita ja vihjeitä, miten käyttäytyä, luottamuksella taas ei ole niin suurta merkitystä tai ei ole merkitystä ollenkaan. Organisaatiossa, jossa on paljon vaihtuvuutta ammatillisissa eikä luottamus voi olla kovin syvälistä, selventävät käyttäytymisohjeet olisivatkin näin ajatellen tarpeellisia.

Organisaation kehittämiseen liittyvän näkökulman luottamukseen tuo myös Edmundsonin (2004, 240) esittämä tiimin *psykologisen turvallisuuden käsite*. Hän argumentoi artikkelissaan, että se miten ihmiset kokevat ilmaston tiimissä on tärkeä osa tiimityötä ja oppivaa organisaatiota. Luottamus, kuten toisen arvostuskin, on puolestaan tärkeä osa tiimin ilmasto. Edmundsonin mukaan psykologinen turvallisuus on yksilön havainto henkilöiden välisten suhteiden seurauksista. Sen muodostavat hänen mukaan uskomukset siitä, miten toiset suhtautuvat, kun esimerkiksi kysyn jotakin, ilmoitan virheestä, pyydän palautetta tai ehdotan uutta ideaa. Turvallisessa ilmastossa voidaan käydä keskustelua, joka auttaa ehkäisemään ongelmia, ratkomaan ristiriitoja ja kehittämään yhteistyötä. Myös Sengen ym. (1999, 360 - 364) mukaan onnistuakseen dialogi vaatii tiimissä kollektiivista luottamusta.

4 Asiantuntijuus ja moniammatillinen yhteistyö

Tämän tutkimuksen painopiste on yhteistyössä. Kun tutkimuksen kohde on moniammatillinen yhteistyö, aineistossa kohdataan haasteita, jotka liittyvät ammatillisuuteen ja sosiaali- ja terveysalan kontekstissa erityisesti asiantuntijuuteen. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyössä toimii useita asiantuntijaryhmiä, erilaisia ammattilaisia, ja mukana keskustelussa ja päätöksenteossa voi olla myös potilas tai hänen läheisensä, siis maallikoita. Siihen, miten asiantuntijat ja ammattilaiset toimivat näissä yhteistyötilanteissa vaikuttaa heidän käsityksensä omasta asiantuntijuudestaan. Tarkastelen seuraavaksi tarkemmin asiantuntijuuteen liittyvää teoriaa siinä määrin, kuin katson sen tarpeelliseksi tämän tutkimuksen näkökulmasta.

4.1 Asiantuntijuus

Pirttilä-Backmanin (1997) ja Hakkaraisen (2006, 251) mukaan se, mitä kulloinkin pidetään asiantuntijuutena, on neuvottelun ja konstruoinnin tulosta tietyssä aikana ja tietyssä kontekstissa. Perinteisesti asiantuntijaksi kutsutaan henkilöä, jolla koulutuksensa ja työkokemuksensa perusteella on muita ihmisiä paremmat tiedot ja taidot oman alansa tehtävistä ja niiden hoitamisesta. Näiden pohjalta hän voi antaa vastauksia, suorittaa tehtäviä ja ratkoa ongelmia oman alansa erityiskysymyksissä (Bereiter & Scardamalia 1993, 42). Asiantuntijuus nähdään silloin asiantuntijan ominaisuutena. Asiantuntijan kehitystä on kuvattu viisi vaihetta sisältävänä kehityksenä *noviisista ekspertiksi*. Kehitys pitää sisällään paitsi kirjallista tietoa myös intuitioon ja kokemukseen perustuvaa, ns. hiljaista tietoa (mm. Dryfus & Dryfus 1986).

Bereiter & Scardamalia (1993, 78 - 82) korostavat asiantuntijuuden dynaamista luonnetta ja tuovat esiin jatkuvan kehittymisen asiantuntijana. He käyttävät käsitettä *progressiivinen ongelmanratkaisukyky* kuvaamaan asiantuntijan kykyä nähdä aina vain korkeamman tasoisia, uusia ongelmia, kun rutiinikeinoin ratkaistavat ongelmat on selvitetty. Toimiessaan tällä tavalla asiantuntijat saattavat tuottaa uusia käsitteitä ja menetelmiä.

Psykologinen näkökulma asiantuntijuuteen tarkastelee asiantuntijuutta erityisesti abstraktina tiedonkäsittelyn luonteeseen liittyvänä piirteenä ja ekspertiisinä. Asiantuntijuus voidaan ymmärtää tämän lisäksi myös *sosiaalisena roolina*, jossakin yhteisössä (Mieg 2001). Ihminen kasvaa asiantuntijaksi, kun hän omaksuu vastaavan roolin ja siihen kuuluvat tehtävät. Asiantuntijuuden kehitykseen vaikuttaa näin myös muiden asettamat odotukset tietyssä yhteisössä. Yhteisön kulttuuri vaikuttaa asiantuntijuuden toteutumiseen.

Asiantuntijan tiedot, taidot ja joissakin ammateissa yhteiskunnan antama valtuutus antavat hänelle aina myös valtaa. Pietikäinen (2010) toteaa, että Suomen Akatemian Valta-tutkimusohjelman (2007 - 2010) mukaan suomalaisen tietoyhteiskunnan merkittävä vallan muoto on juuri asiantuntijavalta. Freidsonin (1994, 173 - 174) mukaan asiantuntijalla on aina myös oma erityinen yhteiskunnallinen roolinsa. Vallan näkökulmasta asiantuntijuuden tule-

vaisuutta pohtiessaan Bereiter ja Scardamalia (1993, 238 - 239) toteavat, asiantuntijoiden jakavan yhä enemmän tietoaan ja valtaansa asiakkaiden kanssa työskennellessään. Näin kehittyi uudenlainen yhteistyö, jossa kumppanuus ja horisontaalinen johtajuus korvaavat hierarkkisen vallan.

Asiantuntija-aloille pääsyä ja ammatissa toimimista säädellään muodollisen koulutuksen antamien todistusten välityksellä. Eri ammattialoilla toimivat asiantuntijat, joutuvat tekemään usein päätöksiä epävarmoissa ja ristiriitaisissa tilanteissa eivätkä he suinkaan aina päädy oikeaan ratkaisuun. Heidän saattaa myös olla vaikea arvioida oman alansa ratkaisujen pitkän aikavälin seurauksia. Asiantuntijat saattavat olla myös keskenään erimielisiä. Hakkarainen ja Paavola (2006, 251 - 252) argumentoivat tämän epävarmuuden ja moniselitteisyyden puhuvan kollektiivisen asiantuntijuuden puolesta.

4.1.1 Professionaalinen asiantuntijuus

Klassisessa sosiologiassa asiantuntijuutta lähestytään lähinnä professioteorioiden kautta. Niiden mukaan professiot liittyvät tiettyyn tunnustettuun ja arvostettuun asiantuntijuuteen, jossa sovelletaan abstraktia erikoistietoa käytäntöön. Freidsonin (1994) mukaan professioilla on muodollinen, tarkkaan standardoitu, usein yliopistotasoinen koulutus ja tutkinto. Tutkinto sisältää monimutkaista tietoa ja teoreettista osaamista, taitoa ja päätöksenteon harjoittelua. Siinä on vaihtelevassa määrin teoriaa ja käytäntöön soveltamista. On erilaisia käsityksiä siitä, mikä teorian ja käytännön keskinäinen suhde tulisi olla, että voitaisiin puhua professiosta. Suoritettu tutkinto on kuitenkin määritelty tarkkaan ja antaa laillistetun oikeuden tiettyihin tarkkaan rajattuihin tehtäviin. Professionaalilla asiantuntijalla on yleensä varsin itsenäinen asema omalla alueellaan. Freidsonin (1994) ja Macdonaldin (1995) mukaan klassiseen professioihanteeseen on kuulunut paitsi korkea koulutus ja tieteen käytäntöön soveltaminen, myös altruistinen toiminta asiakkaan tai päämiehen hyväksi ja kollektiivinen orientaatio.

Sosiologi Macdonald (1995, 134) nimittää Johnsoniin viitaten (1972) hoito- ja hoivaprofessioita (caring professions) välittäviksi (mediative), koska niissä kolmas osapuoli, määrittelee ”kuluttajan” tarpeet ja tavan, kuinka niihin vastataan ja antaa lisäksi toiminnan rahoituksen. Työn tulos voi olla myös vaikeasti määriteltävissä. Tämä rajoittaa hoito- ja hoivaprofessioissa toimivien toimintavaltaa ja keskinäisiä suhteita. Kulttuurinen konteksti, jossa toimitaan, vaikuttaa myös siihen, millainen toimintavaltta professiolla on. Yhteiskuntien välinen ero professioiden asemassa ja niiden kehityksessä on suuri. Macdonaldin (1995) mukaan professionalistuminen viittaa työnjakoon ja asiantuntijan rooliin. Kolme alkuperäistä professiota ovat olleet lääkärit, lakimiehet ja papit. Profession arvon saaminen on merkinnyt ammatille paljon. Korkean koulutuksen lisäksi tärkeä kriteeri professiolle on, että ammattia voi harjoittaa ainoastaan muodollisen koulutuksen jälkeen.

Freidsonin (1994, 17 – 18) mukaan uudemmista professioista voidaan käyttää termiä ammatillinen professio (occupational professions) erotukseksi vanhemmista statusprofessioista. Meidän kulttuurisessa kontekstissamme professio-termin käyttö on laajentunut niin, että nykyisin

opettajat, sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja psykologit ovat tyypillisiä professioita (Konttisen 1997, 48). Professiota voidaan nimittää myös ammattikunniksi, koska ammatinharjoittajat ovat järjestäytyneet omiin yhteisöihinsä ammatin perusteella. Ammattikuntien tehtävät ovat varsin laajat, ja ne ovat usein myös vahvoja yhteiskunnallisia vaikuttajia. Ne järjestävät erityisalueensa koulutusta, valvovat jäsentensä ammattityötä ja pyrkivät turvaamaan jäsenilleen yksinoikeuden tiettyihin tehtäviin. Ne myös määrittelevät asiantuntija-toiminnan rajoja. (Konttinen 1997).

4.2 Asiantuntijuuden uudet haasteet

Sosiaali- ja terveysalalla professiot ovat perinteisesti olleet vahvoja toimijoita ja niiden amatilliset yhteisöt asiantuntijaorganisaatioita. Profioiden perusrakenne on säilynyt periaatteessa samankaltaisena noin sadan vuoden ajan, tosin uusiakin professioita on kehittynyt. Parviainen (2006, 158) toteaa, että ongelmat joihin profioiden asiantuntemusta tarvitaan, ovat monimutkaistuneet. Tietoja ja taitoja koskevat vaatimukset asiantuntijatyössä ovat sen myötä kasvaneet. Profioiden on lisääntyneet ja asiantuntijat ovat profioiden sisällä erikoistuneet aina vain suppeammille erityisalueille. Tämä on ollut tarpeellista eri alojen tutkitun tiedon lisääntyessä, mutta on saanut aikaan myös sen, että asiantuntemus on entisestään kaventunut ja pirstaloitunut yhä pienempiin osiin. Sosiologiassa (mm. Bauman 1996; Konttinen 1997; Julkunen 2004) kuvataan jälkimodernia aikaa aikana, jolloin teollisuusyhteiskunnan instituutiorekenteet ja hierarkiat eivät enää toimi ja keskinäisen riippuvuuden sekä kontekstuaalisuuden vaikutukset lisääntyvät. Miten tämä mahdollinen muutos näkyy profioiden? Seuraavaa on kaksi oletusta profioiden mahdollisesta kehityksen suunnasta.

Yhden näkemyksen mahdollisesta muutoksesta esittää Valérie Fournier (2000, 67 - 86). Hän argumentoi profioiden säilyvän, mutta niiden rajojen muuttuvan. Rajoilla hän tarkoittaa profioiden välisiä ja asiantuntijan ja asiakkaan välisiä rajoja sekä rajoja suhteessa talouteen. Tähän rajojen muutokseen hän esittää useita eri syitä. Yksi syy on se, että profioiden on työskenneltävä entistä enemmän monifunktoisissa tiimeissä. Näiltä tiimeiltä edellytetään joustavuutta ja muuntumiskykyä sekä myös taloudellisten tekijöiden huomioimista. Muutosta tarvitaan, että profioiden voisivat vastata tehokkuusvaateisiin muuttuvassa toimintaympäristössä. Toinen hänen esittämänsä argumentti liittyy profioiden ”luomiseen” eli professionaaliseen projektiin yli sata vuotta sitten. Hän esittää ajatuksen, että tieteiden ja niihin pohjautuvien profioiden muodostuminen perustui sen ajan kulttuuriseen, historialliseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Siksi nykyajan profioiden täytyisi määritellä tietopohjansa ja professionaaliset rajansa uudelleen.

Toista näkymää uudesta professionaalisuudesta julkisella sektorilla kuvaa esimerkiksi Noordegraaf (2007) muutoksena puhtaasta professionaalisuudesta *hybridiseen professionaalisuuteen*. Mitä se sitten tarkoittaa? Noordegraafin (2007, 761 - 785) mukaan siinä professionaalisuus ei enää ole amatillista kontrollia (pure professionalism) eikä organisaation kontrollia vaan kontrollia, jossa pyritään muodostamaan merkityksellisiä suhteita asiakkaisiin, työhön ja organisaation yhteistoimintaan. Se on siis paljon monimuotoisempaa kuin aikaisemmin tiu-

kasti määritelty ”puhdas” professinaalisuus ja on riippuvaista siitä kontekstista, missä asiantuntijat työskentelevät.

Vanhoissa professioiden määrittelyissä (mm. Freidson 1994; McDonald 1995) korostetaan sitä, että asiakas ei voi ymmärtää eikä siksi arvioida asiantuntijan päätöksiä, ja yhteistyö perustuu keskinäiseen luottamukseen. Myös asiantuntijan ja ns. maallikon välinen suhde on muutoskeskeistä. Ensinnäkin ero maallikon ja asiantuntijan välillä on tiedon saatavuuden suhteen kaventunut. Asiakkailla on mahdollisuus saada tietoverkkojen kautta itselleen tietoja, jotka aikaisemmin olivat vain asiantuntijoiden käytössä. Nykyajan asiakkaat ovat aktiivisia ja haluavat usein myös osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Saaren - Seppälän (2006, 333 - 334) mukaan sosiaali- ja terveysalalla potilaalla on myös omasta sairaudestaan kokemustietoa, joka on tärkeä ilmaista ja joka voi myös vaikuttaa hoitopäätökseen. Yhdessä toimiminen on tärkeää siksikin, että potilaan hoito voi olla hajautuneena eri organisaatioihin; potilas saattaa olla ainoa, joka tietää hoitoverkostonsa. Peräkylä ym. (2001, 8 – 9) toteavat, että lääkärin ja potilaan suhteen muuttumiseen on vaikuttanut ihmisten tiedon tason nousu. Autoritatiivisesta lääkäristä on tullut lääketieteen asiantuntija, joka yhteistyössä potilaan kanssa hakee ratkaisua potilaan terveysongelmaan. Potilaiden vaatimustaso on noussut ja kommunikation onnistuminen asiantuntijan ja maallikon välillä on asiantuntijan työssä entistä tärkeämpää. Peräkylä pääättelee, että oman näkökulman omaavien maallikkojen ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen lisäksi lääkärin täytyisi osata kohdata ja pyrkiä ratkaisemaan ongelmat yhä enemmän yhdessä myös toisten ammattilaisten kanssa. Asiantuntijoihin kohdistuvat vaatimukset ovat siis useasta eri syystä suurten muutosten kohteena. Miten tämä näkyy asiantuntijoiden osaamishaasteissa?

4.2.1 Reflektiivinen asiantuntijuus

Asiantuntijan osaamiseen liittyvistä muutoshasteista puhuttaessa tuodaan usein esiin sosiaaliset taidot ja yhteisöllinen osaaminen. Sosiaaliset taidot on laaja ja epämääräinenkin ilmaus osaamisen haasteista. Näitä taitotason haasteita jäsentää *reflektiivisen asiantuntijuuden käsite*. Thomson & Thomson (2008, 7) toteavat, että reflektiivinen toiminta on yksi aikamme suosituja käsitteitä ja sitä on määritelty monella tavalla usean eri tieteen viitekehystä. En käsittele tässä yhteydessä näitä erilaisia vivahteita omaavia määrittelyjä, vaan keskityn käsitteeseen moniammatillisuuden näkökulmasta. Pirttilä-Backman (1993, 1997) esittää yhdysvaltalaisien Kingin ja Kitchenerin väitöskirjoihin pohjautuvan mallin ajattelun kehittymisestä. Malli antaa aineksia ymmärtää asiantuntijoiden arviointikykyyn liittyviä ilmiöitä heidän ratkaistessaan monimutkaisia ongelmia, joihin ei ole yhtä oikeaa ratkaisua. Termin *reflektiivinen arviointi* King ja Kitchener ovat omaksuneet John Deweyltä, joka on käyttänyt sitä pohtimissaan, miten ihmiset tekevät päätöksiä ja perustelevat ratkaisuja monimutkaisissa ja ristiriitaisissa kysymyksissä. Kingin ja Kitchenerin (1978, 1994) esittämän mallin mukaan ajattelun kehityksessä voidaan erottaa seitsemän eri vaihetta. Vaiheita 1 – 3 he nimittävät esireflektiivisen (pre-reflective) ajattelun vaiheiksi, vaiheita 4 – 5 kvasireflektiiviseksi (quasi-reflective) ajatteluksi. Kuudetta ja seitsemättä vaihetta he kutsuvat reflektiivisen (reflective) ajattelun vaiheeksi.

Esireflektiivinen ajattelu

- *Ensimmäistä vaihetta* kuvaa konkreettinen arviointi. Se, mitä näen, on totta. Perustelemisen tarvetta ei ole koska asiat selviävät katsomalla.
- *Toisessa vaiheessa* uskotaan myös varmaan tietoon. Uutta on kuitenkin oikean ja väärän tiedon erottaminen. Auktoriteetin (opettajan, tutkijan, papin yms.) ajatellaan tietävän totuuden, ellei sitä jo tiedetä, tai se ei selviä katsomalla.
- *Kolmannessa vaiheessa* ajatellaan, etteivät edes asiantuntijat tiedä aina totuutta, mutta epä-tietoisuus on väliaikaista. Absoluuttinen totuus selviää konkreettisessa muodossa tulevaisuudessa. Silloin, kun asioita ei tiedetä varmasti, käsityksiä perustellaan sillä, mikä tuntuu itsestä oikealta tai mihin halutaan uskoa.

Kvasireflektiivinen ajattelu

- *Neljännelle vaiheelle* on ominaista käsitys siitä, että tieto on epävarmaa tilannetekijöistä johtuen. Epävarmuus on tietämisen oleellinen piirre.
- *Viidennessä vaiheessa* ajatellaan, että tieto on aina kontekstisidonnaista. Tieto todellisuudesta edellyttää aina subjektiivista tulkintaa. Käsityksiä voidaan perustella vain tietyistä viitekehystä.

Reflektiivinen ajattelu

- *Kuudennessa vaiheessa* ajatellaan, että vaikka tieto on suhteessa kontekstiin ja todistusaineistoon, joitakin arvioita voidaan pitää toisia parempina. Tutkimus on prosessi, jonka tulos muuttuu kehityksen myötä.
- *Seitsemännessä vaiheessa* ajatellaan, että tietoa voidaan luoda kriittisen tutkimuksen, olemassa olevien käsitysten ja todistusaineiston synteessin avulla. Näin edeten voidaan väittää, että tällä hetkellä arvio on oikea ratkaisu tiettyyn ongelmaan, mutta väitettä on syytä arvioida uudelleen tulevaisuudessa.

Ajattelun kehitysvaiheita kuusi ja seitsemän King ja Kitchener kutsuvat siis reflektiivisen arvioinnin vaiheeksi. Siinä vaiheessa asioita pyritään ymmärtämään monipuolisesti ja arviomaan myös omaa näkökulmaa tutkittavaan ongelmaan. (King & Kitchener 1978, 1994).

Donald Schön (1983) on ehkä eniten siteerattu teoreetikko, joka on ottanut käyttöön käsitteen reflektiivinen toimija tai reflektiivinen asiantuntija (*reflective practitioner*). Hän käyttää sitä kuvatessaan asiantuntijan kykyä nähdä työtehtävänsä uudesta viitekehystä ja nähdä siinä ongelma, joka täytyy ratkaista tutkimusongelman tapaan. Schön (2007, 151) kuvaa tilannetta vuorovaikutteisena ja ”keskusteluna” tutkittavan ongelman kanssa, kun toimija yrittää ymmärtää sitä. Reflektiivisen asiantuntijan suhde asiakkaaseen on myös vastavuoroinen ja keskusteleva. Schönin mukaan asiantuntijan pitäisi olla tietoinen viitekehystänsä ja roolistaan ongelman ratkaisussa. Kun hän tulee tietoiseksi siitä, hän alkaa myös ymmärtää toisenlaisia mahdollisuuksia nähdä sama ongelma. Hän ymmärtää arvoja ja normeja, joita hän on priorisoinut ja tunnistaa sellaisia, jotka ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Schön 2007, 270, 275 - 311).

Drinka ja Clark (2000, 64 - 65, 69, 80 - 81, 86) käyttävät Schönin (1983) termiä *reflektiivinen asiantuntija* tarkoittaen sosiaali- ja terveysalan asiantuntijaa, joka kykenee huomioimaan moninäkökulmaisuuksien merkityksen työskentelyssään. He kuvaavat termillä asiantuntijaa, joka kykenee tunnistamaan ja ottamaan huomioon eri asiantuntijoiden erilaiset tietopohjat ja arvot. Se näkyy heidän mukaansa kahdella eri alueella: ensinnäkin tietoisuutena omasta koulutuksesta, tietopohjasta, osaamisesta ja kokemuksista. Tätä he kutsuvat asiantuntijan *kognitiiviseksi kartaksi (cognitive map)*. Toinen alue, jolla se näkyy, on tietoisuus omista arvoista eli *arvo-karttana (value map)*. Tämä tietoisuus ja sen ymmärtäminen, kuinka tämä vaikuttaa omaan ajatteluun, auttaa tunnistamaan toisten asiantuntijoiden vastaavia ”karttoja” ja ymmärtämään niiden merkityksen päätöksiä tehtäessä. Heidän mielestään reflektiivinen asiantuntijuus on erityisen tärkeä ominaisuus asiantuntijalle, joka työskentelee ympäristössä, jossa ei ole mahdollisuutta edetä suoraviivaisesti ja jossa päätöksiin liittyy usein myös moraalisia ja eettisiä ongelmia. Reflektiivinen asiantuntijuus on heidän mukaansa nykyisen ja erityisesti tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan asiantuntijan välttämätön ominaisuus. Thompson ja Thompson (2008, 32) esittävät ajatuksen, että asiantuntijan kriittinen reflektiivisyys sisältää kolme ulottuvuutta. He liittävät siihen kognitiivisen ja arvotilanteen lisäksi vielä affektiivisen ulottuvuuden. Reflektiivinen asiantuntija tarvitsee heidän mukaansa analyyttisen ajattelun lisäksi myös tunteiden huomioimista ja päätöksiin liittyvien moraalisten seikkojen tunnistamista.

Väittäisin, että ymmärtääkseen asiantuntijoiden keskustelussa dialogin merkityksen, asiantuntijalla tulisi olla reflektiivisen arvioinnin taidot. Pelkät sosiaaliset taidot eivät riitä ellei taustalla ole syvempää ymmärrystä erilaisten näkökulmien, arvojen ja tunteiden merkityksestä tiimin keskustelussa ja päätöksiä tehtäessä. Tämä ajatus herättää kysymyksiä. Miten reflektiivisen arvioinnin taitoja kehitetään, ja antaako nykyinen koulutus riittävät välineet asiantuntijan kehittymiselle reflektiiviseksi asiantuntijaksi? Pirttilä-Backmanin (1993, 1997, 118 – 121) mukaan kehityksen alkuvaiheessa jo pelkkä erilaisuuden kohtaaminen saattaa olla oleellista reflektiivisen arvioinnin kehittymiselle.

4.2.2 Yhteisöllinen asiantuntijuus

Tarve asiantuntijuuden käsitteen laajentamiseen yhteisöllisempään suuntaan on noussut esiin monen eri tieteen piiristä. Esittelen seuraavassa lyhyesti kahta teoreettisesti vahvaa lähestymistapaa asiantuntijuuteen; yhteisöllisen ja hajautetun sekä verkostoituneen asiantuntijuuden. Niiden teoreettista perustaa on kehitetty pitkälle Suomessa.

Yrjö Engeströmin (1992, 2002, 2004) ja hänen työtovereidensa kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan pohjaava lähestymistapa on käsitteellisesti havainnollinen ja soveltuu hyvin yhteisöllisen kehittämisen lähtökohdaksi. Siinä pyritään yhdessä tunnistamaan toimintajärjestelmässä esiintyvät ristiriidat ja edetään sykleittäin kohti tavoitetilaa. Malli on teoreettisesti kehittynyt, mutta käytännön menetelmänä varsin vaativa. Tässä teoreettisessa viitekehityksessä hahmotetaan ja mallinnetaan asiantuntijuuden historiallista kehittymistä yksintyöskentelystä yhteisöllisen ja joustavan tiimi- ja verkostoasiantuntijuuden suuntaan. Kehitystä kuvataan

joustavuuden ja kollektiivisuuden ulottuvuuksilla. Engeströmin kehittämää mallia on käytetty erilaisten työyhteisöjen työn kehittämässä Suomessa ja kansainvälisesti.

Sosiaali- ja terveysalalla on tehty tiimityöhön liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä toiminnan teorian viitekehyksestä jo hyvin pitkään, esimerkiksi Toimiva terveyskeskus-projektissa (Simoila, Saarelma 1993), Launis (1994) on tutkinut asiantuntijoiden työtä perusterveydenhuollossa ja Saaren-Seppälä (2004) on tutkinut yhteisen potilaan hoitoa organisaatioiden rajat ylittävässä lapsipotilaiden hoidossa.

Launis (1997, 126 – 127; Engeström 1992, 25) on esittänyt Engeströmin kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian jäsentelyn pohjalta kuvauksen asiantuntijuuden kehityksestä yhteisöllisempään ja joustavampaan suuntaan:

- *Perinteisiin tukeutuva yksilöllinen ja kokemusperäinen asiantuntijuus*. Vaihe on historiallisesti kuvattuna vanhin asiantuntijatyön vaihe, jossa työ ja ammattitaito kehittyvät yksilöllisen kokemuksen kautta. Työ tehdään itsenäisesti ja yksin, yhteistyöhön tai sen kehittämiseen ei tietoisesti suuntauduta.

- *Menettelytapoihin suuntautuva byrokraattinen asiantuntijuus*. Se kuvaa kehitysvaihetta, jossa organisaatiot kasvoivat, ja asiantuntijoiden töitä oli koordinoitava yhteen. Yksittäiselle asiantuntijalle suunnataan tässä vaiheessa menettelytapasääntöjä ja ohjeita. Organisaatiossa pyritään tasalaatuisuuteen ja normien mukaiseen toimintaan. Työntekijät on organisoitu hierarkkisesti. Työtä koordinoidaan yhteen, mutta huomiota ei kiinnitetä sisällölliseen yhteisen työn rakentamiseen.

- *Tulokseen suuntautunut markkinalähtöinen asiantuntijuus*. Vaihe pyrkii purkamaan hierarkkisen organisaation ja byrokraattisen säännöstön ja mahdollistamaan joustavuuden. Asiantuntijan työn organisoinnissa tämä näkyy yksilöiden ja pienten yksikköjen välisenä kilpailuna tuloksista, asiakkaista ja rahoituksesta.

- *Innovaatioihin suuntautuva tiimi- ja verkostoasiantuntijuus* edellyttää päätöksenteon ja tiedonkulun hierarkkisten rakenteiden purkamista. Keskeistä on suuntautuminen työn sisältöihin, keskinäiseen yhteistyöhön ja ei kenenkään reviirille sijoittuvien ratkaisujen tuottamiseen. Tiimien toiminta ylittää olemassa olevien organisaatioiden rajat.

Tutkimuksensa pohjalta Launis (1997) toteaa, että työn organisoiminen tiimeihin tai työryhmiin ei johda automaattisesti yhteisölliseen, moniammatilliseen asiantuntijuuteen ja rajojen ylityksiin sosiaali- ja tervysalalla. Asiantuntijuus- ja organisaatorajat säilytetään helposti toisten reviiriä kunnioittaen, eikä toisen reviirille kuuluviin asioihin oteta kantaa. Asiantuntijuuden laajentuminen yhteisölliseen suuntaan ei tapahdu yksinkertaisin keinoin.

Uudemmissa teksteissään Engeström (2004, 2008) kuvaa asiantuntijoiden uuden sukupolven kehitystä seitsemällä teesillä. Hän käyttää kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa keskeisenä viitekehyksenä jäsentelyssä ja teesien perusteluissa. Jäsentelyn mukaan uuden sukupolven asiantuntija olisi kaikenikäinen oppiva ja muuntuva sekä valmis työskentelemään yli organisaatorajojen. Työskentely saattaa tapahtua löysästi organisoituneissa *solmuissa (knots)*. Solmut eivät ole pysyviä vaan hetkellisiä ja muodostuvat aina asiakkaan ja työn vaatimuksista. Ne ovat rinnastettavissa tiimeihin, mutta rakenteeltaan vaihtuvampia, väljempää ja lyhytaikaisia.

sempia. (Engeström 2004, 145 – 165). Ne sopivat hyvin kuvaamaan yhden potilaan ympärille koottua tilapäistä tiimiä.

4.2.3 Hajautunut ja verkottunut asiantuntijuus

Psykologian alan tutkijat ovat varsin pitkään tarkastelleet asiantuntijuutta yksilön ominaisuutena. Lähtökohtana on silloin ollut ajatus, että asiantuntijuus perustuu ennen kaikkea yksilön mielensisäisiin prosesseihin. Toinen teoreettinen orientaatio, joka on kuvannut asiantuntijuuden laajenemisvaatimuksia, perustuu aika pitkälle kognitiiviseen psykologiaan. Kun psykologian tutkijat alkoivat tutkia ihmisen älyllisiä prosesseja yhtenä tavoitteenaan kehittää tekoälyjärjestelmiä sitä tukemaan, syntyi uusi tieteenala kognitiotiede (Hakkarainen & Paavola 2006). Uusi monitieteinen tiedonala, kognitiotiede vakiintui tieteenä 1950- luvun 1980-luvun lopun välisenä aikana (Hautamäki & Pylkkäsen 2001, 23). Saariluoman (2001, 26- 27) mukaan kognitiotiede on syntynyt informaatioyhteiskunnan myötä ja sen tarpeisiin. Kognitiotieteelle ovat tyypillisiä monitieteiset ja tieteiden väliset kysymyksen asettelut. Kognitiotiede, joka yhdistää psykologiaa, filosofiaa, tietojenkäsittelyä, neurotiedettä ja antropologiaa sekä myös muita tieteitä tutkimushankkeissa, on tuonut uutta ajattelua myös asiantuntijuuteen.

Hakkarainen ja Paavola (2006, 214 -264) käsittelevät kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia kognitiotieteellisestä näkökulmasta ja tuovat laajennettua näkökulmaa asiantuntijuuteen. Hakkaraisen ja Paavolan (2006, 214 – 243; Hakkarainen ym. 2001, 156 - 157) mukaan ihmisen tiedonkäsittelyä tutkittaessa havaittiin, että ihmisellä on hyvin rajalliset resurssit käsitellä tietoa mielen sisällä. Asiantuntijuutta ei voida heidän mukaan enää pitää vain yksilön mielensisäisenä prosessina, vaan se on kahdessa mielessä hajautunutta.

Ensiksikin asiantuntijuus on hajautunut kulttuurikehityksen luomiin välineisiin; tätä kutsutaan *fysikaalisesti hajautuneeksi* asiantuntijuudeksi. Näin hajautunutta tietoa on esimerkiksi kirjoissa, tieto- ja viestintäteknikassa, erilaisissa välineissä ja laitteissa. Toisaalta asiantuntijuus on *hajautunut sosiaalisesti* yhteisöihin ja verkostoihin; niissä kyetään yhdessä tuottamaan sellaisia ratkaisuja, joihin yhden yksilön älylliset voimavarat eivät riitä. Kognitiivinen kuormitus voidaan jakaa useammalle yksilölle, joista kukin ratkaisee ainoastaan osan tehtävästä. Salomonin (1993) mukaan *sosiaalisesti hajautettu (jaettu) kognitio* luodaan yhdessä systeemissä, jossa ovat mukana yksilö, työtoverit ja kulttuurin tarjoamat välineet. Hakkarainen ym. (2001, 156) määrittelevät hajautetun kognition, sellaiseksi tietoesitykseksi, jonka eri osat ovat eri ihmisten ja tietovälineiden hallussa. Nämä hajautettuun tietoon liittyvät määritelmät laajentavat käsitystä asiantuntijuudesta yhteisöön ja sen lisäksi kulttuurin luomiin välineisiin.

Sosiaalisessa yhteisössä kehittyä tietämystä osaamisen ja tiedon jakautumisesta eli yhteisössä on *transaktiivista muistia*. Transaktiivinen muisti toimii eräänlaisena sosiaalisesti hajautuneena älyllisen toiminnan säätelyjärjestelmänä. Moreland ym. (1996, 57 – 58) mukaan se pitää sisällään myös tietoa ryhmän kulttuurista ja siten edistää ja säätelee yhteistyötä. Kun yhteisössä tiedetään, että tietty yksilö muistaa, tietää ja osaa, hän saattaa kasvaa asiantuntijaksi yhteisössä, vaikka hänellä ei olisikaan organisaatiossa vahvaa muodollista asemaa. Hakkaraisen ja

Paavolan (2006, 234) mukaan ympäristön asettamat haasteet ja odotukset lisäksi kannustavat asiantuntijuuden kehittämisessä yhteisössä. He kuvaavat asiantuntijuutta samoin kuin Mieg (2001) yhteisössä kehittyneenä sosiaalisena roolina. Hakkaraisen ja Paavolan (2006, 226) mukaan asiantuntijuus ei siis ole vain yksilön taitavaa mielensisäistä päättelyä vaan hajautuneena yhteisöön ja realisoituu työskentelyssä yhteisen tavoitteen eteen yhdessä toisten ihmisten ja kulttuurin luomien toiminnan välineiden kanssa. Näin ajatellen esimerkiksi pitkään samalla osastolla työskennellyt sairaanhoitaja voi olla merkittävässä roolissa osaajana ja resursina uusille eri alan asiantuntijoille. Hakkaraisen ja Paavolan (2006, 241 - 242) mukaan kollektiiviseen asiantuntijuuteen kuuluu erilaisten oppivien verkostojen muodostaminen ja tietoinen rakentaminen. He kuvaavat tällaisia tietoverkostoja *organisaation tasoisena transaktiivisena muistina*. Oppivat verkostot voivat myös ylittää organisaatioiden rajoja.

Hakkarainen ym. (2004, 139 – 147) tuovat myös esiin uuden tämän tutkimuksen näkökulmasta varsin mielenkiintoisen käsitteen *innovatiiviset tietoyhteisöt (innovative knowledge communities)*. Nämä ovat yhteisöjä, joiden toimijoilla on yhteisiä ratkaistavia ongelmia, ja he ovat sitoutuneet ratkaisemaan niitä muodollisten tiimien ja vastuiden ohi. Asiantuntijoiden innovatiivisissa tietoyhteisöissä roolit eivät ole jäykkiä rakenteeltaan ja tietojen ja taitojen jakautuminen ei ole tarkkaan määritelty. Osallistujat ovat joustavia kognitiivisissa tehtävissä ja rooleissa, jotka räätälöidään vaihtuvien tilanteiden mukaan. He myös oppivat kaiken aikaa toisiltaan yhdessä työskennellessään; sama henkilö toimii välillä ohjaajana ja välillä oppijana.

Kuten kahdesta edellä olevasta teoreettisesta viitekehystä tulee esiin, käsitys asiantuntijuudesta on muuttumassa. Molemmissa lähestymistavoissa osoitetaan omaan teoreettiseen viitekehukseen pohjautuen tarve laajentaa käsitystä asiantuntijuudesta yhteisölliseen, joustavaan ja yhteisön kulttuurista muutosta luovaan suuntaan. Kuinka tämä muutos näkyy sosiaali- ja terveysalan konteksteissa?

4.3 Asiantuntijuuden haasteet ja sosiaali- ja terveysalalla

Muutoshaasteet käsityksessä asiantuntijuudesta ja asiantuntijuuden määrittelyssä ovat havaittavissa sosiaali- ja terveysalallakin. Perinteiset hallintosektorit ylittävien moniammatillisten toimintatapojen tarve tulee esiin useissa aikamme haasteissa. Näitä ovat mm. väestön ikääntyminen, yhteiskunnan eriarvoistuminen, syrjäytymisvaarassa olevat, lasten ja perheiden kanssa tehtävä työ, mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, työssä jaksamisen tukeminen aina vain pidempään jne. (mm. Erikson ym. 2005; Rekola 2008). Potilastapaukset ovat yhä useammin monimutkaisia ja ulottuvat monelle eri elämäntilanteelle. Myös kansallinen sosiaali- ja terveyspolitiikka (esim. Kaste 2008 – 2011) korostaa hoidon ja palvelujen tuottamista asiakaslähtöisesti eri hallinnonalojen ja ammattiryhmien yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tavoitteena tulisi olla tarjota kaikille asiakkaille hyvä kokonaisvaltainen hoito ja palvelut yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2006). Asiakkaan kokonaisuuden huomioimiseksi tarvitaan reflektiivistä, yhteisöllistä ja laajennettua asiantuntijuutta.

Sähköisten tietojärjestelmien tulisi toimia yli organisaatio- ja asiantuntijuusrajojen. Vaikka tieto potilaasta on fyysisesti hajautuneena tietoverkoissa, kaiken tarvittavan tiedon pitäisi olla tarvittaessa asiantuntijoiden käytettävissä. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee myös suhteellisen uusia ja aina vain erikoistuneempia asiantuntija- ja ammattilaisryhmiä. Työsuhteet ovat usein lyhyitä ja henkilökunnan vaihtuvuus suurta, erityisesti terveydenhuollon työpisteissä, jotka toimivat myös eri asiantuntijaryhmien opetuspaikkoina. Silloin entistä tärkeämmiksi muodostuu sosiaalinen hajautettu tieto eli se tieto, joka toisilla asiantuntijoilla on annettavanaan. Pitkään samassa työyhteisössä työskennelleellä asiantuntijalla on oma erikoistietonsa lisäksi usein tietoa potilaan historiasta. Kaikki potilastapaukset eivät ole kuitenkaan monimutkaisia, eivätkä välttämättä vaadi laajaa tiedon kokoamista päätöksentekotilanteissa. Yhteistyön pitäisi määräytyä potilastapauksen tarpeista. Tämä vaatii joustavuutta organisaatiossa, tiimien muodostamisessa ja asiantuntijuudessa. Toimintajärjestelmiin juuttunut yksi ja sama toimintamalli ei ole silloin järkevä eikä taloudellinen. Peltomäki, Harjumäki ja Husman (2002, 89) ovat koonneet havainnollisesti yhteen asiantuntijuuden muutoshaasteita erityisesti sosiaali- ja terveysalalla meillä Suomessa.

Taulukko 1. Uusi ja vanha käsitys auttamistyön asiantuntijuudesta (Peltomäki ym. 2002, 89)

Vanha käsitys	Uusi käsitys
Ammattikuntaakohtainen asiantuntijuus	Ammattikuntien välisten rajat madaltuvat ja niitä ylitetään
Ammattikunnan yksinoikeus työtehtäviin ja tiettyjen ongelmien määrittelyyn	Monet eri asiantuntijuudet ja monet eri ongelman määrittelyt samalle asialle
Asiantuntijuuksien kamppailu omasta tilasta	Asiantuntijuuksien yhteistyö ja verkottuminen
Asiantuntija "lainsäätäjänä"	Asiantuntija "tulkitsijana"
Asiantuntijoiden hierarkkiset suhteet toinen toisiinsa ja ei-asiantuntijoihin	Vertikaalinen neuvottelu asiantuntijoiden ja ei-asiantuntijoiden välillä
Professionaalisesti määritelty, stabiili työn kohde	Tilannekohtaisesti neuvoteltava vuorovaikutuksellinen asiantuntijuus
Kaavamaiset ongelmat ja valmiit ratkaisut	Tilannekohtaisesti neuvoteltavat ongelmat ja ratkaisut
Asiakas asiantuntijan toiminnan "kohteena"	Asiakas subjektina

Taulukoon 1. on koottu seitsemän kohtaa, joissa muutosta tarvittaisiin Peltomäen ym. (2002) mukaan. Miten nämä muutostarpeet näkyvät sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa? Asiantuntijoiden koulutukset ovat meillä Suomessa edelleen useimmiten rakennettu niin, että eri alan asiantuntijaryhmät opiskelevat erikseen, ja oppiaineet sisältävät vain hyvin spesifistä oman alan tietoa. Joitakin poikkeustapauksiakin on; sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen opetussuunnitelmissa on alettu ottaa jonkin verran huomioon moniammatillista yhteistyötä. Raportoituja kokeiluja yhteisistä oppimisympäristöistä myös löytyy (esim. Lipasti 2004). Lipastin raportoimassa Seniorikeskus-kokeilussa oli mukana hoitotyön, jalkaterapian

ja toimintaterapian opiskelijoiden lisäksi sosionomiopiskelijoita. Yliopiston ja ammattikorkeakoulun välistä opiskelijoiden yhteisopetusta on myös alettu kokeilla (esim. Tainio ym. 2004). On alkanut esiintyä yhä enemmän keskustelua (esim. Halila 2004) yhteisopetuksen tarjoamista mahdollisuuksista laajentaa toisten asiantuntijoiden osaamisen tuntemista, arvostusta ja siten mahdollistaa moniammatillista yhteistyötä. Vaatimuksia potilaan kohtaamiseen liittyvien vuorovaikutustaitojen opettamisesta lääkäriskoulutuksessa alettiin esittää 1980-luvulla; 1990-luvun aikana ne ovat vakiintuneet sekä Suomessa että ulkomailla osaksi lääkäreiden peruskoulutusta. Täydennyskoulutukseen on myös liitetty potilaan kohtaamisen harjoittelua. (Pyörälä 2001, 183). Täydennyskoulutus toteutetaan kuitenkin usein eri ammattiryhmille eriytyneenä, ja se - kuten peruskoulutuskin - on vielä kokeiluja lukuun ottamatta pääasiassa eriytyntä.

Muutos asiantuntijuudessa aiheuttaa muutoshasteita myös johtajuuden määrittelyssä ja johtajuusosaamisessa. Pisimmän koulutuksen omaavalla professiolla on yleensä asiantuntijaorganisaatioissa korkein status, joka on merkinnyt aikaisemmin suoraan johtajuutta. Drinkan ja Clarkin (2000, 59 – 60) mukaan sitä saatetaan odottaa sosiaali- ja terveysalallakin lääkäreiltä, mutta kaikki eivät välttämättä olekaan enää valmiita ottamaan sitä vastaan. Yksi syy saattaa olla se, että oman työn sisältämän valtavan tietomäärän hallitseminen vie paljon aikaa. Silloin jäädään mieluummin vaikka konsultin tai työryhmän jäsenen rooliin kuin ryhdytään johtajaksi. Työryhmän jäsenen tai konsultin rooli jättää paremmin aikaa oma asiantuntijuuden jatkuvaan ylläpitämiseen kuin johtajan rooli. Drinka ja Clark (2000, 119) toteavat viitaten Drinkan väitöskirjaan, että moniammatillinen johtajuus muodostuu taidoista, jotka ovat eri asia kuin muut ammatilliset taidot. Lisäksi ne eroavat niistä johtajuuden taidoista, joita useimmat ovat johtajuudesta oppineet. Johtajuuden yhdistäminen tiettyyn professioon ei näin ollen olisi toimiva ratkaisu. Drinkan väitöskirjassa tutkittiin johtajuutta nimenomaan moniammatillisissa tiimeissä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijaorganisaatioissa.

Yleisesti, ei vain sosiaali- ja terveysalalla, asiantuntijaorganisaatioiden sisällä esiintyy monenlaisia muureja tai raja-aitoja muutokselle asiantuntijuudessa. Muutokset eivät tapahdu hetkessä. Tor Hernes (2004) erottaa toisistaan *fysikaaliset*, *mentaaliset* ja *sosiaaliset* muurit, jotka hidastavat muutosta.

- *Fysikaaliset muurit* liittyvät rakenteisiin, jotka rajaavat asiantuntijoiden keskinäistä vuorovaikutusta ja jotka ovat vielä useissa organisaatioissa yhteistyötä rajoittavia. Sosiaali- ja terveysalalla esimerkiksi asiantuntijoiden työtilat saattavat olla kaukana toisistaan ja keskinäinen spontaani yhteistyö voi silloin olla vaikeaa.

- *Mentaalisia muureja* Hernesin (2004) mukaan voi syntyä esimerkiksi silloin, kun uusi työntekijä ei tunne riittävästi toisten osaamista, voidakseen hyödyntää sitä. Toimintakulttuuri ja asiantuntijuusala voi olla niin erilainen, että on vaikeata ymmärtää toisen kieltä, ajatuksia ja käsitteitä. Sosiaali- ja terveysalalla tämä korostuu erityisesti silloin, kun mukana on ”maallikoita”, esimerkiksi potilas tai hänen läheisensä

- *Sosiaaliset muurit* saattavat liittyä mahdollisiin yksintyöskentelyn perinteisiin. Silloin ei ole sopivaa kysellä eikä neuvotella työtoverin kanssa. Sen voidaan ajatella osoittavan jopa osamattomuutta. ”Pitää selviytyä itsenäisesti”, on opittu ajattelumalli ja este yhteistoiminnalle ja

toisen osaamisen hyödyntämiselle. Sosiaali- ja terveysalalla on vahva itsenäisesti selviämisen perinne, ja sen muuttaminen on vaikeaa.

5 Organisaatiokulttuuri

Aineistoni analyysin edetessä totesin, että muutoksessa ”törmättiin” johonkin rakenteissa olevaan suureen näkymättömään, jonka sitten tunnistin organisaatiokulttuuriksi. Siksi on syytä selvittää organisaatiokulttuurin käsitettä. Ei ole tarkoituksenmukaista tässä yhteydessä esittää kaikkea sitä runsasta teoriaa, mitä aiheesta on kirjoitettu. Esitän siitä tiivistelmän, joka vastaa tämän tutkimuksen tarpeita.

5.1 Organisaatiokulttuuri-käsitteen historiaa

Seeckin (2008, 203 - 209) mukaan organisaatiotutkimuksen kulttuuriparadigma lähti kehittymään 1970- ja 1980- lukuja taitteessa Yhdysvalloissa kahdella eri kentällä vastavetona organisaation konkreettiseen rakenteeseen keskittyvälle rakenneanalyttiselle lähestymistavalle. Silloin joukko organisatorisen symbolismin tutkijoita alkoi tarkastella organisaatioita sosiaalisesti rakentuneina merkitysjärjestelminä. Toisaalta samoihin aikoihin myös liikkeenjohdon konsultit alkoivat tehdä soveltavaa tutkimusta aiheesta. Organisaatiokulttuurin tutkimuksesta kehittyi sekä akateeminen että pragmaattinen lähestymistapa, jotka ovat olleet siitä saakka vuorovaikutuksessa keskenään. Seeck jakaa (2008, 227 – 232) organisaatiokulttuuriparadigman edustajat kolmeen ryhmään: *puritaaneihin, pragmaatikoihin ja akateemisiin pragmaatikoihin*. Puritaanien mukaan organisaatiokulttuuria ei ole syytä yrittää hallinnoida tai kontrolloida. Pragmaatikot ovat lähinnä konsultteja. Akateemisten pragmaatikkojen tavoitteena taas on ollut tuottaa akateemista tietoa siitä, kuinka organisaatiokulttuureja johdetaan ja hallinnoidaan. Organisaatiokulttuuri-käsitteen keskeinen kehittäjä ja teoreetikko Edgar Schein edustaa luokittelun mukaan akateemisia pragmaatikkoja.

5.1.1 Erilaisia määrittelyjä organisaatiokulttuureista

Schein (2010, 13 - 16) on todennut, että kulttuuri alkaa muodostua kaikkialla, missä ryhmillä on tarpeeksi yhteistä historiaa. Hänen mukaansa kaikki määritelmät, joita on runsaasti, kuvaavat kulttuurin lähinnä ryhmän jäsenten yhteisten kokemusten ja merkitysten tuotteena. Scheinin (2004, 28 - 37) kuvauksen mukaan organisaatiokulttuuri on vahva, piilevä ja usein tiedostamaton sarja tekijöitä, jotka määrittävät sekä yksilö- että ryhmäkäyttäytymistämme, käsitystapojamme, ajatusmallejamme ja arvojamme. Kulttuuria ohjaavat ihmisten yhteiset piilevät perusoletuksia ja näihin ihmisten käyttäytyminen perustuu. Se on tietynlainen rakenne, joka pitää sisällään normeja, arvoja, rituaaleja, ajattelu- ja käyttäytymismalleja.

Scheinin (2004, 2010) mukaan organisaatiokulttuuri ilmenee järjestelmänä kolmella eri tasolla. Tasot tarkoittavat sitä, missä määrin kulttuuriset ilmiöt ovat niissä nähtävissä.

- *Ensimmäisen tason* muodostavat artefaktit, näkyvissä olevat rakenteet, prosessit ja ihmisten käyttäytyminen. Ne pitävät sisällään fyysisen ympäristön, kielen, myytit, tarinat organisaatiosta, rituaalit jne. Kulttuurin tälle tasolle on tyypillistä, että ilmiöt ovat nähtävissä, mutta on kuitenkin vaikea tulkita mitä tärkeitä perusoletuksia ne mahdollisesti heijastavat.

- *Toinen taso* on myös näkyvä, sen muodostavat organisaation uskomukset ja arvot, jotka esitetään nykyisin usein organisaation strategioissa ja filosofioissa. Ne ovat tietoisella tasolla olevia arvoja ja organisaation moraalisaantöjä, jotka saattavat heijastaa enemmän tavoitteita kuin todellisuutta.

- *Kolmas taso*, perusolettamusten taso on puolestaan piilevä. Se sisältää usein tiedostamattomia uskomuksia, käsityksiä, ajatuksia ja tunteita. Se on todellisten arvojen ja toiminnan perimmäinen lähde, ohjaten organisaatiossa toimivien käyttäytymistä. Perusolettamukset ovat kulttuurin ydintä.

Schein (2010, 18) kuvaa kulttuurin kehittymistä seuraavasti: ”Ryhmän kulttuuri on ryhmän perusolettamusten muodostama rakenne. Ryhmä on oppinut sen ratkaistessaan ulkoisen sopeutumisen ja sisäisen integraation ongelmia. Kun tietyt perusolettamukset ovat toimineet riittävän hyvin ja niitä pidetään sosiaalisesti luotettavina, ne opetetaan uusille ryhmän jäsenille oikeana tapana havaita, ajatella ja tuntea.” Schein (2010, 9 - 18) korostaa kulttuurin näkyvämmän puolen merkitystä. Hän toteaa, että ellei yksilö tunnista kulttuuria, se vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä enemmän kuin hän itse. Kun opimme ymmärtämään kulttuuria, opimme ymmärtämään itseämme ja sitä, kuinka paljon ne ryhmät, joihin olemme sosiaalistuneet, identifioituneet ja joihin haluamme kuulua, vaikuttavat meihin. Kulttuuri voi olla vahva tai heikko. Kulttuurin vahvuus on riippuvainen sen olemassaolon pituudesta, ryhmän jäsenten pysyvyydestä ja yhteisen historian emotionaalisesta intensiteetistä.

Organisaatiokulttuurin käsite on sateenvarjokäsite. Schein (2004, 12 – 13) jaottelee organisaatiokulttuurin kuvaukseen liitetyt tärkeimmät havaittavat kategoriat yhteentoista luokkaan ja antaa esimerkkejä tutkijoista ja julkaisuista, joissa ovat kuvattu kulttuuria kyseisillä käsitteillä.

- *Käyttäytymisen säännönmukaisuudet*, kun ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tällaisia ovat tavat, traditiot, rituaalit ja yhteinen kieli. (Goffman 1957, 1967; Trice & Byer 1985, 1993; Van Maaren 1979b; Jones ym. 1988).

- *Ryhmän normit* pitävät sisällään implisiittiset standardit ja arvot, jotka kehittyvät ryhmässä ja joihin ryhmässä pyritään. (Homans 1950; Kilman & Saxton 1983).

- *Omaksutut arvot* ovat arvoja ja periaatteita, joita pidetään tärkeinä ja jotka julkistetaan. (Deal & Kennedy 1982, 1999).

- *Filosofia* eli ideologiset periaatteet, jotka ohjaavat ryhmän toimintaa sen tavoitteisiin. (Pascale & Athos 1981; Packard 1995).

- *Pelissäännöt* tarkoittavat implisiittisiä, kirjoittamattomia sääntöjä, miten organisaatiossa tulee käyttäytyä ja ohjenuoria, jotka uuden tulijan täytyy oppia tullakseen hyväksytyksi; ”tavat, joilla työt täällä tehdään”. (Schein 1968, 1978; Ritti & Funkhauser 1987).

- *Ilmasto*, tunnelma, joka tunnustetaan ryhmässä ja näkyy tavassa olla vuorovaikutuksessa organisaation sisällä ja ulospäin. (Ashkanasy; Wilderom & Peterson 2000; Schneider 1990).

- *Hiljainen tieto* eli erityinen osaaminen, joka ryhmän jäsenillä on tiettyjen tehtävien suorittamiseen ja joka siirtyy sukupolvelta toiselle ilman kirjoitettua tietoa. (Argyris & Schön 1978; Cook & Yanow 1993; Henderson & Clark 1990).

- *Mentaaliset mallit, ajattelutavat ja kielelliset paradigmat* eli jaetut kognitiiviset kehykset, jotka ohjaavat ryhmän jäsenten havaintoja, ajattelua ja kieltä ja jotka opetetaan uudelle tulijalle sosialisatioprosessissa. (Senge ym. 1994; Hofstede 2001).

- *Jaetut merkitykset* eli yhteiset ymmärrykset, jotka ryhmän jäsenet ovat luoneet ollessaan vuorovaikutuksessa keskenään. (Smircich 1983; Weick & Sutcliffe 2001; Hatch & Schultz 2004).
- *Metaforat tai integroivat symbolit* ovat tapoja, joilla ryhmät tuovat itseään esiin ja jotka eivät välttämättä ole tietoisia. Ne näkyvät myös rakennuksissa ja ryhmän materiaalisissa rakenteissa. (Gagliardi 1990; Hatch 1990; Schultz 1995).
- *Muodolliset rituaalit ja juhlat* eli tavat, joilla ryhmä juhlistaa avaintapahtumia, jotka heijastavat ryhmälle tärkeitä arvoja tai virstanpylväitä. (Deal & Kennedy 1999; Trice & Beyer 1993).

Organisaatiopsykologi Geert Hofstede (1991, 2001) kuvaa kulttuuria mentaalisenä ohjelmistona, joka on usein tiedostamaton ja ohjaa yksilön tapaa ajatella, tuntea ja toimia. Tästä lähestymistavasta hän on tutkinut paljon lähinnä kansallisten kulttuurien ja organisaatiokulttuurien keskinäisiä vaikutuksia. Työyhteisöjen kansainvälistyessä tämä näkökulma tulee entistä tärkeämmäksi. Sosiaali- ja terveystalallakin työskentelee eri kansallisten kulttuurien edustajia. Se tuo lisähaasteen organisaation kulttuurin kehittämiseksi.

Schein (2010, 1 – 29) jäsentelee kulttuurit makrokulttuureihin, organisaatiokulttuureihin, alakulttuureihin ja mikrokulttuureihin. Scheinin mukaan makrokulttuureihin kuuluvat kansalliset, etniset ja uskonnolliset ryhmät sekä globaalit ammatit. Organisaatiokulttuureita taas ovat julkiset, yksityiset, voittoa tuottamattomat ja hallinnon organisaatiot. Alakulttuureihin kuuluvat esimerkiksi organisaation sisällä toimivat ammattiryhmien kulttuurit. Mikrokulttuureita esiintyy mikrosysteemeissä. Mikrokulttuureja ovat esimerkiksi työryhmien kulttuurit. Sairaalan jokaisella tiimillä on esimerkiksi oma mikrokulttuurinsa.

5.2 Kaksi pääsuuntausta organisaatiokulttuurisessa orientaatiossa

Organisaatiokulttuurin määrittely riippuu tutkijan tieteellisestä taustasta ja tutkimusorientaatiosta. Martinin (2002, 4 - 5) mukaan kaikille määrittelyille on kuitenkin yhteistä se, että niissä pyritään menemään pintaa syvemmälle organisaatiossa vaikuttaviin ilmiöihin ja ymmärtämään tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisten elämään organisaatiossa. Organisaatiokulttuurisista lähestymistavoista on laajempia luokituksia. Perusjakona pidetään jakoa kahteen ryhmään. Ensimmäisen, varhaisemman näkökulman mukaan kulttuuri on organisaation ominaisuus, *organisaatiolla on (has) kulttuuri*. Tätä näkökulmaa pidetään perinteisenä, objektiivisena ja sen katsotaan edustavan funktionaalista näkemystä sosiaalisesta todellisuudesta. Jaettujen merkitysten ja piilevien oletusten ajatellaan olevan kulttuurin perusta. Niitä oletetaan voitavan hallita, kunhan niiden taustalla oleva rakenne on ensiksi ymmärretty. Organisaatiokulttuuri nähdään organisaation ominaisuutena, eräänlaisena muuttujajoukkona, joka määrittää organisaation rakenteita ja prosesseja.

Toinen näkökulma on tulkitseva; se pitää *organisaatiokulttuuria metaforana*. Se tarkoittaa, että *organisaatio sinänsä on (is) kulttuuri*. Kulttuuri nähdään siinä jatkuvan sosiaalisen konst-

ruonin tuloksena arjen vuorovaikutusprosessissa. Kieli ja puhe ovat siinä keskeisiä elementtejä. Organisaatiokulttuuria metaforana pitävän suuntauksen tunnetuimpia akateemisia edustajia ovat Mats Alveson (2002) ja Gareth Morgan. Morganin (1997) mukaan kulttuuri ymmärretään siinä jatkuvana, aktiivisena todellisuuden rakentamisen prosessina. Kulttuuri ei ole organisaation muuttuja, vaan pikemminkin ilmiö, jonka avulla ihmiset yhdessä rakentavat ja uusintavat yhteistä todellisuutta.

Morgan (1997, 138) kuvaa kulttuuria ja sen muutosta tästä orientaatiosta lähtien seuraavasti: ”Kun puhumme kulttuurista, puhumme oikeastaan todellisuuden konstruoinnin prosessista, joka sallii ihmisten nähdä ja ymmärtää tapahtumia, toimintoja, objekteja, ilmaisuja ja tilanteita tietyllä tavalla. Näin ymmärrettyä kulttuurinen muutos on erittäin vaativa. Pelkät johdon iskulauseet eivät riitä, vaan tarvitaan uusien merkityssysteemien hyväksymistä, sisäistämistä ja toteuttamista organisaation joka tasolla.” Morgan (1997, 143) toteaa *organisaation muutosprosessista*, että se edellyttää ajattelutapojen, visioiden, paradigmojen, mielikuvien, kielikuvien, uskomusten ja jaettujen merkitysten muuttamisen lisäksi uuden kielen ja käyttäytymisen koodien luomista, joiden avulla uutta todellisuutta voidaan elää päivittäin.

Kummassakin lähestymistavassa huomio on kuitenkin samoissa yhteisissä asioissa. Tarkastelun keskiössä ovat organisaation yhteiset psykologiset ja sosiaaliset prosessit. Näkisin edellä esitetyt kaksi lähestymistapaa (is ja has) siis toisiaan täydentävinä. Erityisesti *organisaatiokulttuurin muutostilanteissa* kumpikin lähestymistapa realisoituu. Ensiksi tarvitaan johtajuutta, joka luo suuria yhteisiä suuntalinjoja muutokselle sekä mahdollistaa muutoksen. Sen jälkeen muutos toteutuu arjen vuorovaikutusprosesseissa kaikilla tasoilla luomalla jaettuja käsityksiä, tulkintoja ja yhteisiä toimintatapoja työtodellisuuteen. Kieli, kommunikointi yleensäkin tulee siinä keskeiseksi. Muutoksen toteutumisessa tarvitaan siis molempia lähestymistapoja, muuten muutos voi jäädä vain pinnalliseksi julkilausumaksi, joka ei tavoita arjen työtodellisuutta.

5.3 Organisaatiokulttuurin muutos

Organisaation muutokset koskevat aina myös kulttuuria, haluttiinpa sitä tai ei. Organisaatioiden kulttuurin muutosprosesseista on saatu varsin ristiriitaisia tuloksia. Väkinäinen organisaatiokulttuurin muuttaminen voi kääntyä itseään vastaan ja organisaatioon syntyä uuden ja vanhan kulttuurin vastakkainasettelua. Auktoriteettiasemat saattavat olla hämmentävän epämääräisiä, kun vanhat valtarakenteet on hajotettu ja uudet eivät ole vielä löytäneet sopivia toimintatapoja. (Schein 2010; Seeck 2008). Scheinin (2004, 2010) mukaan kulttuurin muuttaminen niin, että päästäisiin muuttamaan perusoletusten tasoa, on vaikeaa, aikaa vaativaa ja ahdistusta herättävää. Uusimmissa kirjoituksissaan Schein (2004, 2010, 365 - 367) vastaa häneen kohdistuneeseen kritiikkiin liiallisesta integraation korostamisesta ja vahvaa, yhtenäistä kulttuuria korostavasta näkemyksestä. Hän toteaa, että vaikka hän korostaa integraatiota, hän ei suinkaan kiistä, ettei organisaatioissa olisi väistämättä alakulttuureita ja mikrokulttuureita. Schein (2010) pohtii myös sitä, miten dilemma toisaalta vahvasta ja stabiloivasta organisaatiokulttuurista ja toisaalta nykyajan ja tulevaisuuden organisaatioiden jatkuvasta muuttumishaasteesta

ratkaistaisiin. Organisaatioiden tulisi olla oppivia ja joustavia nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Koska vahva kulttuuri on vaikeasti muutettavissa, kulttuurin tulisi olla perusrakenteeltaan joustava ja kaiken aikaa oppiva. Schein viittaa tässä yhteydessä mm. Peter Sengen (1990; Senge ym. 1999) ajatuksiin oppivasta organisaatiokulttuurista ja toteaa, että perusrakenteiltaan oppiva organisaatiokulttuuri kykenee mahdollisesti muuttumaan riittävän nopeasti. Schein (2010) - samoin kuin Senge (1990) - korostaa johdon roolia muutoksen aikaansaamisessa ja oppivan ja muuttuvan kulttuurin mahdollistamisessa.

Schein (2010, 299 – 313) kuvaa organisaation uuden oppimisen ja muutoksen tapahtuvan kolmen vaiheen kautta.

1. Motivaation luominen muutokselle
2. Uusien käsitteiden ja merkitysten luominen ja uudet arviointistandardit
3. Uusien käsitteiden, merkitysten ja standardien sisäistäminen

Scheinin (2010) mukaan motivaatio muutokseen kehittyy usein tyytymättömyydestä, kun oleva tilanne ei johda riittävän hyviin tuloksiin. Tilanne on silloin usein ahdistava ja syyllisyyttä herättävä. Tarvitaan riittävän turvallista ympäristöä, jossa uuden oppiminen mahdollistuu. Tarvitaan myös yhteistä käsitteistöä ja merkitysten luontia muutoksesta. Vanhat toimintamallit säilyvät roolimalleihin samastumisen kautta; tarvitaan siis myös uusia roolimalleja. Uusien toimintamallien ja roolikäsitysten sisäistäminen tapahtuu vähitellen. Tehtyjä ratkaisuja on syytä seurata ja arvioida jatkuvasti.

Sengen ym. (1999) oppivan organisaation käytäntöön soveltamista esittelevässä kirjassa William O'Brian (1999, 11) kuvaa sitä, mitkä tekijät hänen kokemuksensa mukaan ovat oppivassa organisaatiokulttuurissa edellytyksenä muutoksen onnistumiselle. Hän ei pohdi käsitettä teoreettisesti, vaan käytännönläheisesti. O'Brion toteaa, että muutoksessa tarvitaan vallan jakamista kaikille tasoille, systeemistä ajattelua, jossa huomioidaan palauteketjut (feedback loops) ja uutta sisäistä keskustelukulttuuria.

5.3.1 Yksilö muuttuvassa organisaatiokulttuurissa

Organisaatiokulttuurien muutokset ovat usein vaikeita. Ford J. & Ford L. (2009) ja Oreg ym. (2011) toteavat, että yli puolet organisaatiomuutoksista epäonnistuu. Epäonnistumisia on pyritty selittämään *muutosvastarinnan käsitteellä* - se on ollut helppo tapa yrittää selittää muutosten epäonnistumisia. Organisaatioissa työskentelevät ihmiset suhtautuvat kuitenkin hyvin eri tavoin organisaatioissa tapahtuviin muutoksiin. Samoin muutokset toteutetaan monella eri tavalla.

Dent ja Galloway Goldberg (1999) kritisoivat muutosvastarinnan käsitettä. He argumentoivat, että muutosvastarinnan käsite on omaksuttu alun alkujaan Kurt Lewinin ryhmädynamiikasta, mutta sitä on alettu soveltaa erilaiseen ympäristöön ilman uudelleen määrittelyä. Lewin käytti sitä systeemisena käsitteenä kuvaamaan tasapainoon pyrkivää voimakenttää, jossa kaikki ovat mukana. Käsitettä alettiin kuitenkin käyttää yksipuolisesti psykologisena käsitteenä, jolloin

muutoksen dynamiikka jää huomioimatta. Tällaisena yksisuuntaisena käsitteenä sitä on kuitenkin käytetty pitkään selittämään muutosten toteuttamisten vaikeutta. Dent ja Gallowayn (1999) mukaan näin käytettynä se on saanut aikaan paljon vastakkainasettelua johdon ja työntekijöiden välillä ja turhautumista muutosten epäonnistuksessa.

Käsitys muutosvastarinnasta on alkanut viime aikoina muuttua enemmän muutoksen dynamiikkaa huomioivaan suuntaan. Ford J. & Ford L. (2009) kehottavat hyödyntämään muutosvastarintaa. He argumentoivat, että esteen sijaan se tulisi nähdä resurssina. Jos muutosvastarinnan oletetaan olevan jossakin muutoksen tekijöiden ulkopuolella, nähdään vain yksi puoli muutoksen tarinasta. Kun vastustus nähdään käyttökelpoisena palautteena, joka nostaa esiin muutoksen onnistumisen kannalta tärkeitä kysymyksiä, se palvelee muutosta. Vastatessaan näihin kysymyksiin muutoksen toteuttajat itse joutuvat pohtimaan perusteellisesti monia keskeisiä kysymyksiä: miksi tämä muutos, mikä on sen tavoite jne. Systeemien ja käytäntöjen muuttaminen on kaikille vaikeaa, ja siksi on tärkeää kuunnella ihmisten vastaväitteitä, huolia ja pelkoja, koska ne sisältävät muutoksen onnistumiselle tärkeää informaatiota. Myös ns. vaikeat ihmiset voivat antaa tärkeää muutokseen liittyvää tietoa, jos heitä kuunnellaan. Vastustus voi kuvata myös sitoutumista organisaatioon ja sen vanhaan tapaan toimia. Fordin ja Fordin (2009) mukaan se avaa dialogin organisaation realiteeteille ja mahdollisuuden ottaa niitä huomioon muutoksen toteutuksessa.

Oreg, Vakola ja Armenakis (2011) kävivät uudelleen läpi vuosien 1948 – 2007 välillä julkaistuja tutkimuksia, jotka käsittelivät organisaatiomuutoksessa mukana olleiden reaktioita muutokseen. Tutkimusartikkelit etsittiin suorittamalla haku Proquest- ja Psychoinfo-tietokantoihin ja lisäksi manuaalinen haku kymmeneen alan julkaisuun. Hakusanoina olivat seuraavat: reaktiot muutokseen, muutosvastarinta, avoimuus muutokselle, asenteet muutokseen, halukkuus muutokseen, valmius muutokseen ja vastaanottavuus muutokselle. Näin he saivat esiin 700 artikkelia, joista 79 tutkimusta täytti heidän valintakriteerinsä. Pois valikoituivat tutkimukset, joiden kontekstina ei ollut organisaatio tai jotka käsittelivät muutosta vain teoreettisesti tai eivät käsitelleet lainkaan reaktioita muutokseen. Lisävalintakriteerinä oli, että tutkimusten tuli olla kvantitatiivisia. Kaikki valitut 79 tutkimusta olivat siis kvantitatiivisia tutkimuksia ja konteksteina oli erilaisia organisaatioita, mm. suuri kanadalainen opetussairaala. Aineistolle suoritettiin induktiivinen koodaus. Tämän tuloksena muodostettiin malli muutoksen kohtaavien henkilöiden reaktioista organisaationmuutokseen.

Näin saadussa mallissa on kuvattuna kolme muutosreaktioiden yhteisvaikutuksia kuvaavaa pääkategoriaa: *edeltävät tekijät, ulkoiset reaktiot ja muutoksen seuraukset*. Kaikki nämä kategoriat muodostuvat useista muuttujista. Edeltävät tekijät jakautuvat kahteen pääryhmään: muutosta edeltäviin ja itse muutokseen liittyviin tekijöihin. Muutosta edeltäviin tekijöihin kuuluivat mm. muutoksessa mukana olevien henkilöiden persoonallisuuden piirteet, sopeutumistavat, tarpeet ja henkilöhistoria. Organisaatioissa edeltävissä tekijöissä vaikuttavat ympäristön tuki, luottamus, sitoutuminen, kulttuuri ja työn luonne. Itse muutosprosessissa vaikuttavat mm. osallistumismahdollisuus, kommunikointi ja tiedottaminen, koettu oikeudenmukaisuus, johdon tuki ja pätevyys. Lisäksi vaikuttivat muutoksesta odotetut seuraukset työssä ja työn sisällössä. Kaikkien edellä kuvattujen tekijöiden yhteisvaikutus saa mallin mukaan ai-

kaan muutoksen kokevan yksilön ulkoiset reaktiot muutokseen. Nämä jakautuvat kolmeen ryhmään *affektiivisiin, kognitiivisiin ja käyttäytymisreaktioihin*. Affektiiviset reaktiot ovat joko negatiivisia, esim. stressi tai positiivisia, esim. tyytyväisyys. Kognitiivisia reaktioita ovat muutoksen arviointi ja ajatukset sekä uskomukset muutoksesta. Käyttäytymisreaktioita ovat sitoutuminen, käyttäytymisaikomukset ja sopeutumiskeinot. Muutoksen seuraukset voivat mallin mukaan puolestaan liittyä työhön, kuten työtyytyväisyys ja sitoutuminen tai olla henkilökohtaisia kuten hyvinvointi, terveys tai vetäytyminen.

Tutkijat Oreg ym. (2011) tuovat esiin, että heidän kehittämänsä malli ei ole suinkaan lopullinen; siinä on lisäkehittävää ja tutkittavaa. Malli antaa kuitenkin hyvän kuvauksen vaikutussuhteiden vuorovaikutteisuudesta ja monimutkaisuudesta. Muutosta edeltävät tekijät ja muutoksen toteutus ovat seikkoja, joihin muutoksen toteuttajat voivat ainakin osittain vaikuttaa. Tukeva ilmapiiri, luottamus, osallistaminen ja oikeudenmukaisuus eivät kehity organisaatioon hetkessä, mutta niitä voidaan kehittää ja ottaa käyttöön muutosprosessissa. Malli osoittaa havainnollisesti, että kun puhutaan muutosvastarinna, nähdään vain yksi puoli asiasta. Kyse on systeemisestä ilmiöstä, jossa vaikutussuhteet ovat monen eri tekijän tulosta. Se osoittaa hyvin, että muutosvastarinna sijasta on syytä puhua yksilön reaktioista organisaation muutokseen.

5.4 Organisaatiokulttuurin tutkimusten lähestymistapoja

Organisaatiokulttuureita pitkään tutkinut Joanne Martin (1992, 2002) esittää kolmen perspektiivin näkökulman organisaatiokulttuurin tutkimiseen. Hän jaottelee tutkimukset sen mukaan, kuvataanko kulttuuri niissä yhtenäisenä vai pirstaleisena. Nämä kolme perspektiiviä ovat *integraatio-, differentaatio- ja fragmentaationäkökulmat*. *Integraationäkökulmassa* kaikilla organisaatioon kuuluvilla oletetaan olevan yhteinen organisaatiokulttuuri. *Differentaationäkökulmassa* tulee esiin erilaisten osa- ja alakulttuurien olemassaolo. Siinä on kaksi ääripäätä. Organisaatiossa voi olla yhteinen organisaatiokulttuuri, johon alakulttuurit ovat sijoittuneet, tai sitten yhteistä kulttuuria ei ole lainkaan. Alakulttuureita voivat olla esimerkiksi eri professioiden, johdon, eri-ikäisten työntekijöiden, eri sukupuolten yms. kulttuurit. Ne voivat antaa eri merkityksiä samoille ilmiöille organisaatiossa, ja niiden tulkinnat kulttuurista voivat olla ristiriidassa keskenään. Kulttuuri siis voi sekä yhdistää että hajottaa. *Fragmentaatio* puolestaan merkitsee moniselitteisyyttä; kulttuuriset ilmentymät eivät ole jatkuvasti joko ristiriitaisia tai yhteneväisiä, vaan monitulkintaisesti sidoksissa toisiinsa asiakohtaisesti ja väliaikaisesti. Martin (1992, 131) kuvaa fragmentaationäkökulmaa postmodernin yhteiskunnan ilmiöksi.

Martin (2002, 19 – 20) esittää ajatuksen, että jokaista organisaatiokulttuuria voidaan ja on hyvä tutkia kaikista näistä eri näkökulmista yhtä aikaa. Voidaan tutkia sitä, mikä yhdistää ja mikä hajottaa ja missä asioissa nämä ilmiöt kohtaavat. Hänen mielestään sellainen lähestymistapa antaa laajemman näkökulman kulttuuriin, koska jokaisella perspektiivillä on oma sokea pisteensä. Martin (2002, 120 - 121) toteaa, että pelkkä integraationäkökulma ei huomioi vält-

tämättä moniselitteisyyttä. Differentiaatio- ja fragmentaationäkökulmat taas eivät aina tuo esiin sitä, mikä on kaikille yhteistä.

5.4.1 Sosiaali- ja terveysalan organisaatiokulttuurit

Suomessa kuten muissakin pohjoismaissa sosiaali- ja terveystalvuuja tuottaa pääasiassa julkinen sektori. Tosin yksityinen sektori on tulossa entistä enemmän mukaan palvelujen tuottajaksi. Julkisella puolella julkinen taho sekä ohjaa että rahoittaa palvelujen tuottamista. Valtakunnalliselta tasolta tulee yhteiskunta- ja terveystalvullisia linjauksia, resurssi- ja informaatio-ohjausta sekä lainsäädännöllistä ohjausta. Organisaatioiden tasolla virkamiesjohdon kanssa toimii kunnallinen luottamushenkilöjohto. (Julkunen 2004, Kivinen 2010, 80). Professionien alakulttuurit ovat myös vahvoja vaikuttajia kehityssuunnista päätettäessä. Mintzberg (1983, 189 – 213) on tuonut esiin käsitteen professionaalinen byrokraatia eli ammattilaisbyrokraatia. Se on hänen mukaan tyypillistä mm. suurille sairaaloille, joissa työskentelee pitkälle koulutettuja ammattilaisia. Heillä on suuri autonomia omassa työssään suhteessa kollegoihin, mutta läheinen suhde asiakkaaseen. Professionaalinen byrokraatia perustuu asiantuntemuksen antamaan auktoriteettiin. Muutokset tällaisissa organisaatioissa edellyttävät kaikkien ammattilaisten hyväksyntää.

Monet eri tahot ja intressit vaikuttavat siis terveydenhuollon organisaatioiden päätöksentekoon ja kulttuuriin. Drinka ja Clark (2000, 1 - 6) pitävät oppivan organisaation viitekehystä sopivana kehitettäessä moniammatillisuutta terveysalalle. He esittävät kuitenkin kriittisen kysymyksen, voiko sosiaali- ja terveysalalla toimiva organisaatio muuttua ei-byrokraattiseksi ja joustavasti toimivaksi. Organisaation toimintaan vaikuttavia tahoja on niin runsaasti, eikä niillä läheskään aina ole selkeää yhteistä tavoitetta, joka tukisi organisaation kehitystä tiettyyn suuntaan. Lisäksi pakollinen asioiden dokumentointi tuo toimintaan väistämättä byrokraattista otetta. (Mt.)

Terveydenhuollon organisaatioita on meillä Suomessakin varhaisemmissa tutkimuksissa (mm. Sinkkonen & Nikkilä 1988) kuvattu byrokraattisiksi asiantuntijaorganisaatioiksi. Erityisesti sairaaloissa ja terveyskeskuksissa byrokraattiset ominaisuudet korostuvat. Kaikki terveydenhuollon organisaatiot ovat varsin tyypillisiä asiantuntijaorganisaatioita, joissa tiedon ja osaamisen kautta asiantuntijoilla on runsaasti valtaa organisaation toiminnan lisäksi myös asiakaisiin. Haapakoski (2002) toteaa, että pitkälle koulutettujen ja erikoistuneiden ammattilaisten toiminta perustuu pitkälti yksilöasiantuntijuuden pohjalle. Terveydenhuollon julkisen sektorin sairaanhoitopiirien asiantuntijaorganisaatioiden johtamista tutkiessaan Torppa (2007) totesi, että niissä esiintyi keskeisesti professionaalista ja byrokraattista johtamista.

5.4.1.1 Tutkimuksia sosiaali- ja terveysalan kulttuureista

Martinin (1992, 2002) kolmen perspektiivin lähestymistapa vaikuttaa differentiaatio- ja myös fragmentaationäkökulmineen sopivan kuvaamaan sosiaali- ja terveysalan organisaatiokulttuu-

reita. Enckell (1998) on tutkinut väitöskirjassaan seitsemän suomalaisen sairaalan organisaatiokulttuuria. Tutkimuskohteina oli neljä keskussairaala ja kolme yliopistollista sairaala eri puolilla Suomea. Enckell luokitteli kuuden ulottuvuuden perusteella näiden sairaaloiden organisaatiokulttuurit neljään eri tyyppiin: *kolmikerroksinen kulttuuri*, *poliittinen kulttuuri*, *suorittava kulttuuri* ja *holistinen kulttuuri*. Jaottelun pohjana olivat: alakulttuurit, taloudelliset tekijät, professiot ja professionaalisuus, päätöksenteko, huomion kohdentaminen ja suhde ympäristöön. Tutkimuksessaan Enckell jakoi sairaalan henkilökunnan vain kolmeen eri ryhmään: lääketieteen professioita edustaviin (joihin kuuluivat myös fyysikot, kemistit ja farmasian edustajia), hoitotyön edustajiin (joihin kuuluivat myös terapeutit) ja hallinnon ryhmään. Otan laajasta tutkimuksesta esiin vain erityisesti oman tutkimukseni aineiston näkökulmasta relevantteja tietoja näistä kulttuurityypeistä. Enckelin (1998, 314) mukaan sairaalat olivat hänen tutkimuksensa aikana muutoksessa holistisempaan suuntaan, mutta kuinka muutos on jatkunut, sitä tutkimus ei kerro. Kaikkia kulttuurin tyyppäjä esiintyi jokaisessa tutkitussa sairaalassa, mutta jokin tyyppi osoittautui aina vahvimaksi.

- *Kolmikerroksisessa kulttuurissa* professiot toimivat keskeisinä viiteryhminä. Alaryhmät tässä kulttuurissa ovat lääketieteen erikoistumisalojen mukaisia. Korkein status on lääketieteen professiolla, jonka edustaja johtaa sairaalaa. Profession sisäiset erimielisyydet ratkaistaan oman profession sisällä. Profession sisäinen kulttuurinen integriteetti on vahva. Vain oman profession edustajien työhön voi puuttua, korjaten tai neuvoen.

- *Poliittisessa organisaatiokulttuurissa* organisaation sisäinen politikointi on tavallista. Professiot ovat identifikaatiokohteita, mutta oman profession arvoja ja uskomuksia ei aina hyväksytä ilman kritiikkiä. Kun tottelemattomuutta ei hyväksytä, arjen toiminnasta tulee tasapainoteltua omien arvojen ja profession arvojen välillä. Profession välillä esiintyy ristiriitoja ja ammattikunnilla on suuri vaikutusvalta. Kun valtataistelua ja ristiriitoja esiintyy, päätöksentekotilanteet kulmineituvat helposti sen osoittamiseksi kenellä on valta. Kulttuuria leimaavat vaihtelevat koalitiot profession välillä ja sisällä. Koska epäluottamus on yleistä, keskinäinen luottamus on vähäistä.

- *Suorittamisen kulttuuri* perustuu muutoksen aikaansaamiseen puheen kautta. Kulttuuri on suorituskeskeinen. Professionaalisen samastumisen lisäksi samastutaan myös omaan yksikköön, ja tämä mahdollistaa profession rajat ylittävien arvojen omaksumista. Kun kahdessa edellisessä kulttuurityypissä omalla kielellä pyrittiin erottautumaan toisista, nyt pyritään yhteiseen kieleen ja laadukkaaseen työhön. Keskinäinen kommunikointi on runsasta, autetaan ja rohkaistaan yli profession rajojen. Yksikkö muodostaa kuitenkin toiminnan rajan. Kaikilla yksiköillä on oma budjettinsa.

- *Holistisessa kulttuurissa* koko sairaala on viiteryhmänä. Päätöksenteossa pyritään huomioimaan kaikki eri tekijät - myös taloudelliset - ja potilaalle pyritään niissä puitteissa antamaan parasta mahdollista hoitoa. Holistinen ajattelu tulee esiin myös niin, että potilaan lisäksi pyritään ottamaan huomioon kaikki hänen kannalta tärkeät tekijät; omaiset, ympäristö, hoidon jatkuvuus jne. Holistisessa kulttuurissa on vahvat professiot ylittävä yhteistyö. Holistinen kulttuuri oli esiintyneistä kulttuureista uusin. (Enckell 1998).

Tutkituissa sairaaloissa aina jokin edellä esitetyistä kulttuureista oli hallitseva, mutta kaikkia kulttuureja esiintyi. Pohtiessaan syitä kulttuurien moninaisuuteen Enckell (1998) toteaa, että terveydenhuollon organisaatioiden johtamisjärjestelmä on monimutkainen ja sekava. Useiden

erillisten johtamislinjojen (ammattiryhmittäiset linjat) olemassaolo, niiden epäselvät suhteet, erilaiset sisällölliset painotukset ja vallan ja vastuun epäselvät suhteet vaikeuttavat kokonaisuuden hallintaa. Hän toteaaakin, että osakulttuurien erilaisuus saattaa estää keskinäisen luottamuksen kehittymistä. Identifikaation näkökulmasta paitsi organisaatio siis myös oma professio saattaa olla identifikaation kohteena. Koulutusjärjestelmät antavat paitsi tietyn tiedollisen kognitiivisen kartan myös ammatillisen mallin, johon samastutaan.

Uudemmat 2000-luvun alun jälkeen tehdyt sosiaali- ja terveysalan organisaatiokulttuuria koskevat tutkimukset (Taskinen 2005; Viitanen & Lehto 2005; Viitanen ym. 2007; Virtanen 2011) antavat samanlaisen differentaatio- ja fragmentaatio-näkökulmia korostavan kuvan kulttuureista. Niiden mukaan terveydenhuollon organisaatioiden kulttuuria leimaa edelleen vahvojen alakulttuurien olemassaolo. Kaksi voimakasta alakulttuuria muodostuu ammatilliselta pohjalta eli lääkäreiden ja hoitajien alakulttuureista. Virtanen (2011) toteaa terveydenhuollon johtajuutta käsittelevässä tutkimuksessaan, että kumpikin ammattikunta hoitaa omat asiansa, eivätkä johtajat yleensä näkyvästi puutu toisen ammattikunnan johtamiseen. Lääkäreiden alakulttuuri on sisäisesti eheämpi, lukuun ottamatta epävirallista hierarkiaa kokoneempien ja kokemattomampien lääkäreiden ja eri erikoistumisalojen välillä. Virtasen mukaan lääkärin korostavat yksilöllisyyttä, itsenäisyyttä ja keskinäistä kilpailua.

Hoitajien kulttuuria leimaa vahvempi luottamus auktoriteetteihin ja toiminnan yhteisöllisempi luonne. Avoin ja suora keskinäinen kommunikointi ja palautteen anto on kuitenkin vähäistä. Valta- ja vastuusuhteet sekä työnjakoon liittyvät kysymykset ovat Virtasen (2011) tutkimuksen mukaan epäselviä. Useiden tutkimusten (Taskinen 2005; Viitanen & Lehto 2005; Viitanen ym. 2007; Virtanen 2011) mukaan sairaaloissa korostuu terveydenhuollon funktionaalinen eli erikoistumisaloihin perustuva organisointitapa, joka aiheuttaa ongelmia yhteisissä kehittämissankkeissa ja asiakkaiden useiden eri yksiköiden alueille sijoittuvissa prosesseissa. Alakulttuurien yhteentörmäykset ovat korostuneet organisaatioiden muutostilanteessa. Virtasen (2011) mukaan kulttuurit tulevat esiin johtajan toimintakentässä voimakkaina, vain osittain tiedostettuina arkipäivän toiminnan ohjaajina, toisinaan jopa yli virallisten organisaatiomäärittysten.

Kivisen (2010) väitöskirjassa, jossa varsinaisen tutkimuksen kohde oli tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa, arvioitiin myös työ- ja johtamiskulttuureita. Tutkimuksessa oli mukana johtajia ja työntekijöitä erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta ja pieni ryhmä yksityisistä terveydenhuollon organisaatioista sekä suurista kaupungeista, kuntayhtymistä että pienistä kunnista. Otos oli lähempänä oman tutkimukseni kontekstia kuin Enckelin (1998) tutkimus. Kivisellä oli organisaatiokulttuuriin ”has” näkökulma, siis ajatus, että organisaatiolla on kulttuuri. Hän käytti tutkimuksessa Kinnusen ja Vuoren (1999, 2005) kehittämää terveydenhuollon työ- ja johtamiskulttuuria mittavaa holistista mittaria. Holistisen mallin lähtökohta on Burnsien ja Stalkerin kontingenssiteoreettinen ajattelu. Sen mukaan organisaatio ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään, mikä ajatus kuuluu myös oppivan organisaation perusajatuksiin. Ympäristön muuttuessa johtamisenkin ja esimerkiksi kontrolliin liittyvien rakenteiden tulisi muuttua. Johtamis- ja työskulttuuri käsitteään käytetyssä mittarissa ammatillisia osakulttuureita laajemmaksi. Se kuvaa organisaatio- tai

yksikkötasoista toimintaa, menettelytapoja ja suhdetta ulkoiseen ympäristöön sekä taustalla olevia perusolettamuksia, arvoja, normeja ja uskomuksia.

Työntekijät arvioivat esitetyistä johtamis- ja työkuultuureista organisaatioissa olevan eniten byrokraattisen kulttuurin piirteitä. Muut työntekijöiden arvioissa esiin tulleet kulttuurit olivat yhteisvastuun ja yhteistoiminnan kulttuuri, tehtäväorientoitunut kulttuuri ja tehokkuuskulttuuri. Johtajien arvioissa järjestyksessä ensimmäisenä oli osaamiskulttuuri ja toisena ammatillis-byrokraattinen kulttuuri. Kivisen (2010) mukaan tutkituissa asiantuntijaorganisaatioissa on meneillään muutos yksilöasiantuntijuudesta yhteisöllisempään suuntaan. Nuoremmat ikäryhmät työntekijöistä kannattivat enemmän ryhmätyöskentelymuotoja kuin vanhemmat. Vajaa puolet julkisen sektorin johtajista oli kuitenkin sitä mieltä, että strategiassa ei ole selkeää näkemystä henkilöstön kehittämisestä eikä henkilöstön osaamistavoitteita määritellä strategiasta lähtien. Lisäksi vain vajaa puolet kaikista työntekijöistä piti organisaation perustehtävää selkeänä ja ilmoitti siitä käytävän aktiivista keskustelua. (Kivinen 2010, 190 – 204). Hän toteaa tutkimuksensa pohjalta, että terveydenhuollon organisaatioiden johtamista leimaa heikko yhteisiin tavoitteisiin suuntautuneisuus ja sitoutuneisuus. Tiedon ja osaamisen johtamisen kautta tarkasteltuna Kivisen (2010, 202) mukaan keskeisimmät kehittämishaasteet terveydenhuollon organisaatiolla nousevat systeemisyyden, yhdistävyyden ja oppimisen ominaisuuksista.

6 Tutkimuksen konteksti ja tutkimuskysymys

6.1 Tutkimuksen kohteena oleva sairaala ja sen muutosprosessi

6.1.1 Sairaala

Seuraavaksi kuvattava empiirinen tutkimus toteutettiin suuren kaupungin terveyskeskuksen sairaalassa. Sairaala toimi silloin neljässä eri toimipisteessä eri puolilla kaupunkia. Tutkimuksessa oli mukana edustajia sairaalan eri toimipisteistä. Sairaala kuvattiin tutkimuksen teon aikana nettiesittelyssä moniammatilliseksi asiantuntijaorganisaatioksi, jossa panostetaan kliinisen toiminnan kehittämiseen, asiakaslähtöisyyteen, taloudellisuuteen, yhteistyön kehittämiseen kumppaneiden kanssa sekä tiimityön kehittämiseen. Sairaalassa oli tutkimuksen tekoheikellä yli 700 sairaansijaa. Se tuotti laaja-alaista akuuttihoitoa sisältäen perussisätautien, geriatristen ja neurologisten potilaiden tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta sekä ortopedisten ja muiden kirurgisten potilaiden jatkohoitoa ja kuntoutusta. Sairaala vastaa koko väestön ja käytännössä etenkin ikääntyvän väestön päivystyksellisesti alkaneesta perustason sairaalahoidosta. Sairaalan potilaat joutuvat usein jonottamaan jatkohoitopaikkaan pääsyä. Kotihoidon vastaanottokyky ei ole aina riittävä. Ympäri vuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeesta suurimman osan muodostavat dementiaa ja aivoverenkierron häiriöitä potevat iäkkäät potilaat, jotka ovat tulleet sairaalaan jonkin akuutin tarpeen vuoksi. Tapaturmista sairaalatasoisen akuuttihoiton suurin ryhmä on lonkkamurtumapotilaat.²

6.1.2 Muutosprosessi

Sairaalan ylihoitajien kokouksessa 1.12.2006 oli päätetty perustaa työryhmä kehittämään moniammatillista ja kuntoutumista edistävää hoitotyötä/työtettä. Työryhmän tavoitteena oli selvittää ja määritellä alueeseen liittyviä käsitteitä, yhtenäistää niiden käyttöä sairaalassa ja tehdä toimenpide-ehdotuksia kuntoutumista edistävän työotteen varmistamiseksi. Laajennetussa johtoryhmän seminaarissa keuhällä 2007 ryhmän tehtäväksi täsmennettiin sairaalassa tehdyn ulkopuolisen auditoinnin suositusten pohjalta kehittää edelleen moniammatillisen tiimin toimintaa. Työryhmässä oli mukana kuusi osastonhoitajaa, jotka olivat sairaanhoitajia (sh), kuntoutusyksikön ylihoitaja, joka oli fysioterapeutti (ft), vastaava toimintaterapeutti, vastaava sosiaalityöntekijä ja apulaisylilääkäri. Työryhmä halusi pitää annetun tehtävän rinnalla tavoitteena toimintakykyä edistävän työotteen kehittämisen. Tavoitteen pohjalta työryhmä päätti järjestää mm. moniammatillisen yhteistyön koulutusta hoitotyön, fysioterapian, sosiaalityön ja toimintaterapien osastonhoitajille sekä lisäksi toteuttaa moniammatillista yhteistyötä kehittävä projektin ammattikorkeakoulun kanssa.

² Anonymiteetin säilyttämiseksi kuvaus jää niukaksi. Lähteenä on silloisen johtavan ylihoitajan kuvaus ja nettiesittely.

Toimin toisena kouluttajana osastonhoitajien koulutuksessa yhdessä FT, yliopettaja Leena Rekolan kanssa. Koulutukseen osallistui yhteensä n. 50 osastonhoitajaa hoitotyön, toimintaterapian, fysioterapian ja sosiaalityön asiantuntijuusalueilta. Osanottajat jaettiin kahteen koulutusryhmään. Koulutus toteutettiin monivaiheisena ja se kesti helmikuulta 2008 lokakuulle 2008. Se käsitti kolme kokonaista lähikoulutuspäivää ja loppuseminaarin (ohjelmat ovat liitteissä 1 - 4). Kahden lähikoulutuspäivän jälkeen osastonhoitajat laativat osastoilleen oman moniammatillisen yhteistyön toimintamallin. Osa malleista esiteltiin sairaalan hoitotyön ja lääkärijohdon edustajien yhteisessä loppuseminaarissa. Esitettävät mallit valittiin niin, että ne edustivat sairaalan erityyppisiä toimintaympäristöjä ja toimipisteitä sekä vastasivat riittävän hyvin moniammatillisen yhteistyön ideaa.

Koulutuksessa käytetty moniammatillisen yhteistyön malli pohjautuu oppivan organisaation viitekehykseen ja moniammatillisuutta sekä monitieteisyyttä käsittelevään aikaisempaan teorianmuodostukseen. (Senge 1990, Senge ym. 1999, Övretveit 1994, 1995, 1996, 1997, Payne 2000, Housley 2003, Leathard 2003, Isoherranen 1996, Isoherranen ym. 2008, D'Amour ym. 2005). Moniammatillisen yhteistyön käsitteellisestä perustasta on tarkempi kuvaus tämän tutkimuksen teoriaosassa kappaleessa 2.2. Tarkoituksena oli koulutuksen aikana kehittää jokaiselle osastolle sen omaan toimintaan sopiva moniammatillisen yhteistyön malli. Huolimatta hyvistä ideoista ja muutamasta kehitetystä hyvin toimivasta mallista, moniammatillisen yhteistyön toteutuminen arjessa oli joillakin osastoilla varsin hidasta ja vaikeasti etenevää, eikä se edennyt suunnitelmien mukaisesti. Joillakin osastoilla, erityisesti perinteisillä kuntoutusosastoilla, moniammatillisen yhteistyön kehitys eteni sujuvasti. Se toimi niillä jo koulutuksen alkaessa melko hyvin, mutta kehitettävääkin oli.

Moniammatillisen toiminnan tason arvioinnin pohjana olivat teoriaosassa esitetyt moniammatillisen tiimin kehitystä kuvaavat mallit (Leathard 2003; Miller & Freeman 2003; Lingard ym. 2004; Körner 2008; Kvarnström 2008), jotka löytyvät kappaleesta 2.5. Meillä kouluttajilla oli kokemuksia moniammatillisen yhteistyön kehittämisen aikaisemmista vastaavista koulutuksista ja kehityshankkeista (mm. Isoherranen ym. 2004, 2008; Rekola ym. 2005). Charmaz (2006, 15 - 18) toteaaakin, että laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on usein varhaisempi suhde aiheeseen; niin oli siis myös tässä tutkimuksessa. Niiden ja tämän kokemuksen pohjalta syntyi motivaatio selvittää tutkimuksen keinoin ja systemaattisemmin niitä haasteita, joita kohdataan, kun moniammatillisen yhteistyön ideaalia sovelletaan arjen työtodellisuuteen sosiaali- ja terveysalalla. Tavoitteena oli saada esiin eri asiantuntijoiden näkökulmia ja kokemuksia kehittämistyöstä. Sairaalassa tunnistettiin kehittämiseen liittyvän haasteita ja oltiin kiinnostuneita mahdollisesta tutkimuksesta.

6.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen taustalla vaikuttaa yleisempi tarve tutkia moniammatillisen yhteistyön kehittämisen edellytyksiä ja siihen liittyviä ilmiöitä. Moniammatillisen yhteistyön kehitys on kansainvälistä. Leathard (2003) toteaaakin aihetta käsittelevän kirjansa lopussa, että moniammatillisen yhteistyön kehittämishaasteet ovat yhteisiä kaikkialla maailmassa. Eri maiden kehittämi-

sen haasteet ja mallit eivät kuitenkaan ole suoraan sovellettavissa kaikkialle. Jokaisen maan oma kulttuurinen lähtötilanne vaikuttaa kehittämisen haasteisiin. Suomessa ja kansainvälisestikin on kuitenkin tutkittu varsin vähän sitä, mitä seikkoja pitäisi erityisesti huomioida moniammatillista yhteistyötä operationalisoitaessa eli sovellettaessa arjen toimintaan. Useiden tutkijoiden (Drinka & Clark 2000; Leathard 2003; Meads & Aschcroft 2005; D'Amour ym. 2008; Mansner 2008) mukaan kaivataan lisää erityisesti laadullista tutkimusta muutoksen toteuttamisesta. Se nähdään erityisen tarpeellisena kehittämistyössä. Teoriaa eli moniammatillisen yhteistyön ideaalimallia voidaan opettaa, mutta se ei riitä. Tarvitaan tietoa siitä, mitä kriittisiä tekijöitä kohdataan ja mitä tiimi- ja mahdollisesti muita taitoja asiantuntijat tarvitsevat moniammatillinen yhteistyön onnistumiseksi. Lisäksi olisi saatava selville muut mahdolliset edellytykset sille, että moniammatillinen yhteistyö todella toimisi arjen käytännöissä eikä jäisi idean tasolle tai toteutuisi vain joissakin tiimeissä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on siis tuottaa uutta praktista tietoa niistä ongelmallisista ja mahdollisista kriittisistä tekijöistä, joita moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytännön työelämään sosiaali- ja terveysalalla kohtaa. Lähtökohtana ovat erityisesti kyseisen sairaalan kaltaisen toimintaympäristön haasteet. Sairaalan kuvaus on kappaleessa 6.1.1. Yhtenä tavoitteena on myös rakentaa malli niistä tekijöistä, joita on huomioitava, kun moniammatillisuuden ideaa sovelletaan käytäntöön.

Käytän tässä tutkimuksessa kaikista ammatillisista vaihtelevasti nimitystä asiantuntija tai asiantuntija. Katson, että heillä kaikilla on oma osaamisensa, jota voidaan nimittää asiantuntijuudeksi. Tutkimus lähtee liikkeelle laajasta peruskysymyksestä, ja alakysymykset tarkentuvat analyysin etenemisen myötä aineistosta esiin tulleista teemoista, kuten aineistolähtöisessä analyysissä on tapana.

Tutkimuksen pääkysymys on:

Mitä kriittisiä haasteita ja ilmiöitä kohdataan, kun organisaatiossa lähdetään soveltamaan potilaslähtöistä moniammatillista työskentelytapaa?

Aineiston analyysin, teorian ja aiempien tutkimusten avulla tarkentuneet alakysymykset ovat:

Mitä rooleille tapahtuu moniammatillisuuden kehittyessä?

Miten potilaskohtaisen tiedon kokoaminen ja yhdessä työstäminen toteutuu?

Miten vastuu ymmärretään moniammatillisesti työskennellessä?

Millä tavalla organisaatio tukee potilaslähtöistä moniammatillista työskentelyä?

Minkälaisia taitoja moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan?

7 Tutkimuksen toteutus ja tutkimusmetodi

7.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen idea lähti siis liikkeelle moniammatillisen yhteistyön koulutusprosessista, joka toteutettiin tutkitun sairaalan osastonhoitajille. Koulutusprosessin kuluessa minulle oli ilmennyt, että osastot olivat hyvin eri kehitysvaiheissa moniammatillisen työskentelytavan suhteen. Joillakin osastoilla, erityisesti pidempään kuntoutusosastoina toimineilla osastoilla, moniammatillinen työtapa oli jo osa osaston arkea. Tosin kehitettävää löytyi kaikilta osastoilta. Toisilla osastoilla, jotka aikaisemmin olivat toimineet pitkäaikaisosastoina ja joilla potilaat ovat hyvin monisairaita, moniammatillisen yhteistyön toimintamallin kehittäminen oli vielä alkuvaiheissaan. Samoin päivystyksessä oltiin vasta kehittämässä sinne sopivaa moniammatillista yhteistyön mallia. Aineisto tulisi siis sisältämään kokemuksia kehitysprosessin eri vaiheissa olevilta osastoilta. Päädyin tekemään fokusryhmähaastattelut sekä luonnollisille ryhmille eli tiimeille että sairaalan eri osastoilta kootuille asiantuntijaryhmille. Näin asiantuntijat keskustelisivat kokemuksistaan kahdessa erilaisessa ryhmässä: omassa tiimissä ja oman alan asiantuntijaryhmässä. Sama asiantuntija osallistui kuitenkin vain yhteen tutkimusryhmään.

Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin siten, että sairaalan sisäisessä sähköpostissa lähetettiin koko henkilökunnalle tutkimustiedote (liite 5). Siinä halukkaita kehoitettiin ilmoittautumaan yhteyshenkilönä toimineelle johtavalle ylihoitajalle. Tiimit, samoin kuin eri ammattiryhmien edustajat, päättivät itse ilmoittautumisesta mukaan tutkimukseen. Halukkaita tiimejä ilmoitautui runsaasti. Tutkimukseen valittiin erityyppisiä ja eri kehitysvaiheessa olevia tiimejä sairaalan eri toimipisteitä. Tutkimuksessa oli mukana tiimejä ikääntyviä kotiin tai laitokseen kuntouttavilta osastoilta, neurologiselta kuntoutusosastolta, jossa on kaikenikäisiä potilaita ja yhdestä akuutista erityistyöpisteestä, jossa on lyhytaikaisesti asiakkaina eri-ikäisiä henkilöitä.

Tutkimusaineiston toisen osan muodostivat sairaalan eri asiantuntijaryhmille tehdyt fokusryhmähaastattelut (taulukko 2). Asiantuntijaryhmiä olivat lääkärit (5 henkilöä), sairaanhoitajat (4 henkilöä), perus- ja lähihoitajat (4 henkilöä), sosiaalityöntekijät (5 henkilöä), toimintaterapeutit (7 henkilöä) ja fysioterapeutit (6 henkilöä). Haastatellut asiantuntijat edustivat niitä ryhmiä, joiden esimiehet olivat olleet mukana koulutuksessa. Poikkeuksen muodostivat lääkärit, joiden esimiehet eivät olleet osallistuneet koulutukseen. Osa lääkärijohdosta oli kuitenkin ollut mukana koulutuksen loppuseminaarissa. Asiantuntijaryhmien edustajia ilmoitautui riittävästi, fokusryhmähaastattelu asetti rajan osallistujamäärälle. Halukkaat osallistujat otettiin mukaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Kaikki ilmoittautuneet asiantuntijat tulivat paikalle.

Toisen tutkimusryhmäkokoaisuuden muodosti viiden erityyppisen osaston tiimien haastatellut fokusryhmissä. Tiimien koko ja kokoonpano ammattiryhmittäin vaihteli (taulukko 3). Siihen vaikutti tiimin luonnollinen kokoonpano. Kolmessa tiimissä oli mukana seitsemän osallistujaa, yhdessä kahdeksan ja yhdessä kuntoutustiimissä peräti kolmetoista osallistujaa. Haastateltavia oli fokusryhmissä yhteensä 81 henkilöä; asiantuntijaryhmissä 41 ja tiimeissä 40.

Taulukko 2. Fokusryhmiin osallistuneet asiantuntijat ja lukumäärät

	Asiantuntijaryhmässä	Tiimeissä	Yhteensä
Lääkärit	5	4	9
Sairaanhoitajat	4	14	18
Lähi- ja perushoitajat	4	8	12
Sosiaalityöntekijät	5	4	9
Toimintaterapeutit	7	4	11
Fysioterapeutit	6	4	10
Neuropsykologi		1	1
Puheterapeutti		1	1
Ylihoitajat	4		4
Yliilääkärit	6		6
Kaikki osallistujat	41	40	81

Taulukko 3. Tiimien koostumus

Tiimien asiantuntijat	Tiimi 1	Tiimi 2	Tiimi 3	Tiimi 4	Tiimi 5
Fysioterapeutti	2	2	1	1	
Lähi/perushoitaja	2	3	1	1	1
Lääkäri	1		1	1	1
Osastonhoitaja/sh	1	1	1	1	1
Sairaanhoitaja	1	3	1	1	3
Sosiaalityöntekijä		1	1	1	1
Toimintaterapeutti	1	1	1	1	
Puheterapeutti		1			
Neuropsykologi		1			
Yhteensä	8	13	7	7	7

Roseline Barbour (Barbour 2007) suosittelee fokusryhmien minimikooksi 3 - 4 henkeä ja maksimikoko olisi hänen mukaansa 8 henkilöä. Suositeltu ryhmäkoko vaihtelee 3 - 10 henkilöön lähteestä riippuen (Bryman 2004, 350 - 352). Tang ja Davis (1995) toteavat ryhmäkokoja pohtivassa artikkelissaan, että tärkein tekijä osallistujamäärässä on tutkimuksen tarkoitus. Yhden osaston haastatteluryhmän koko ylitti suositellun maksimikoon, mukana oli 13 osallistujaa. Silloin siitä kuitenkin vielä puuttui osaston lääkäri, joka työskenteli sijaisena ensimmäisenä.

mäistä työviikkoaan osastolla eikä ehtinyt osallistua haastatteluun. Pitkään yhdessä työskennellyt ryhmä teki tiiminä työtä yhdessä ja antoi tilaa kaikkien äänille. Itse olin kriittinen ryhmän suuren koon suhteen. Osastonhoitaja perusteli suurta ryhmäkokoja sillä, että kenenkään tiimiläisen ääni ei saa jäädä kuulumatta haastattelussa, kun keskustellaan tiimin yhteistyöstä. Mielestäni perustelu oli hyvä, olisi ollut erittäin vaikea sanoa, kuka joutuisi poistumaan keskustelusta. Tässä tiimissä asiantuntijoiden määrä oli suurempi kuin muissa tiimeissä. Se johtui osaston toiminnasta, jossa tarvittiin useampien asiantuntijoiden yhteistyötä kuin muissa tiimeissä, ja tutkimuksen tarkoitus on saada koko tiimin mielipide esiin. Kuten taulukossa 3 näkyy, lopuissa ryhmistä kolmessa oli 7 ja yhdessä 8 osallistujaa.

Aikaisemmin, kun fokusryhmiä käytettiin eri tarkoitukseen mm. markkinointitutkimukseen, korostettiin sitä, että osallistujien tulee olla toisilleen tuntemattomia. Viime vuosikymmeninä, kun fokusryhmien käyttö tutkimustarkoituksiin on lisääntynyt, on alettu käyttää myös luonnollisia ryhmiä. Tässä tutkimuksessa oli mukana tiimejä, jotka olivat luonnollisia ryhmiä. Lisäksi oli ryhmiä, joihin oli koottu asiantuntijoita sairaalan eri osastoilta. Asiantuntijaryhmissä haastateltavat eivät aina tunteneet toisiaan. Luonnollisia ryhmiä kritisoidaan siksi, että niissä pitäydytään helposti itsestäänselvyksiin ja niissä toteutuvat olemassa olevat vuorovaikutusmallit ja statuserot. Barbour (2007, 34 – 35) toteaa, että toisaalta tutussa ryhmässä joku jäsen voi helpommin haastaa toisen esittämän ajatuksen. Lähteenoja ja Pirttilä-Backman (2005) ovat myös todenneet, että joskus on hyvä saada todellisen elämän valtasuhteet ryhmässä näkyviin. Pidän näitä näkökulmia tiimin toimintaa koskevassa tutkimuksessa erittäin tärkeinä perusteluina luonnollisten ryhmien valinnalle. Tämän tutkimuksen haastatteluissa suurin ja avoin toisen asiantuntijan mielipiteen haastaminen tapahtui erään tiimin haastattelussa, siis luonnollisessa ryhmässä. Bryman (2004, 354) ja Barbour (2007, 37 - 40) ovat kumpikin sitä mieltä, että tutkimuksen tavoitteet vaikuttavat siihen, kummat ryhmät ovat otollisempia tutkimuksen kohteita.

Haastateltavat ryhmät olen rekrytoinut kahdessa vaiheessa. Kun olin alustavasti analysoinut ensimmäiset asiantuntija- ja tiimihaastattelut, katsoin tarpeelliseksi haastatella vielä lisää ryhmiä. Haastattelin yhden lisätiimin, selventääkseni tiimeissä aikaisemmin esiin tullutta tietoa. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen haastattelin lisäksi vielä kaksi asiantuntijaryhmää: yhden lääkäri- ja yhden hoitotyönjohdosta. Lisäsin nämä ryhmät, koska aikaisempien haastattelujen alustavassa analyysissä oli tullut esiin teemoja, joihin katsoin tarvittavan johdon näkökulmaa. Ryhmät näkyvät taulukossa 3. Barbour (2007, 31) käyttää fokusryhmien yhteydessä nimitystä toisen asteen otos (second-stage sample) sellaisesta menettelystä, jossa ensimmäisessä vaiheessa on noussut esiin jotain, jota halutaan selvittää lisää uusissa ryhmissä. Näin edeten sain vahvistusta sille, että esiin olivat tulleet tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta oleelliset seikat.

Tutkimuksen aineiston kerääminen noudattaa siis Glaserin ja Straussin (1967) esittämää aineistolähtöistä *teoreettista otantaa*; kerätyn aineiston jatkuva analysointi johtaa mahdollisesti uusiin haastatteluihin, joissa voidaan selventää lisää aikaisemmin esiin tulleita, tutkimuskysymyksen kannalta mielenkiintoisia näkökulmia. Charmazin (2006) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä alkuperäinen otos on vain lähtökohta, joka suuntaa eteenpäin. *Teoreettisen sa-*

turaation kriteeri (Bryman 2004) on aineistolähtöistä tutkimusta tehdessä otettava huomioon ryhmien lukumäärää päätettäessä. Teoreettinen saturaatio tarkoittaa, että aineistosta ei saturaation jälkeen tule enää esiin uusia teoreettisia oivalluksia tai paljastu uusia ominaisuuksia pääkategorioille (Charmaz 2006). Dey (1999) on kritisoinut tätä käsitettä epämääräisyydestä. Hänen mukaan ei ole syytä puhua aineiston kyllästämistä kategorioista vaan aineiston ehdottamista kategorioista. Hänen mielestään aineistolähtöisen teorian yhteydessä parempi ilmaisu olisikin *teoreettinen riittävyys* (*theoretical sufficiency*). Kun olin haastatellut lisätyt tiimit ja tehnyt kaiken aikaa alustavaa analyysiäni, katsoin aineiston täyttävän teoreettisen riittävyyden kriteerin.

Fokusryhmien haastatteluja kertyi kaikkiaan 13 kappaletta, ja haastateltuja henkilöitä oli mukana yhteensä 81. Haastattelut kestivät puolestatoista kahteen tuntiin. Toteutin itse kaikki haastattelut, jolloin pääsin jo niiden aikana alustavasti sisälle aineistoon. Ammattitaitoinen tekstinkäsittelijä litteroi tekstit. Nauhat litteroitiin sanatarkasti niin, että jokaisen osallistujan puheenvuorot oli erotettu toisistaan. Tiimeissä ei eroteltu sitä, minkä ammattiryhmän edustaja esitti puheenvuoron. Litteroinnin jälkeen kuuntelin vielä nauhat läpi ja täydensin, jos litteroinnissa oli jotain epäselvyyksiä. Myös analyysivaiheessa, jos tuli tarvetta tarkentaa jotain puhuttua, saatoin kuunnella ja tarkistaa kohdan nauhalta. Taso oli mielestäni riittävä tähän menetelmään ja analyysiin. Haastatteluista kertyi litteroituna tutkimusaineistoa 624 sivua, 21 - 30 sivua fokusryhmähaastattelua kohden.

7.1.1 Fokusryhmähaastattelujen toteutus

Fokusryhmähaastattelun valitsin aineiston keruumenetelmäksi, koska tutkimuksen kohteena on juuri ryhmässä tapahtuva ilmiö, ryhmän kehitysprosessi. Tutkimuskirjallisuuden mukaan ryhmä saa hyvin aikaan keskustelua yhteisestä aiheesta, ja keskustelu ryhmässä tuo esiin mahdollisesti yhteisesti jaettuja merkityksiä. Ryhmissä voidaan saada myös esiin mahdollista erilaisuutta ryhmien sisällä ja välillä. Tässä tutkimuksessa tulivat näkyviin tiimien eri kehitysvaiheet. Brymanin mukaan (2004, 347 – 348) ryhmien keskustelun dynamiikka vie keskustelua eteenpäin. Siinä nousee esiin mielipiteitä, joita yksilöhaastattelussa ei ehkä tulisi ilmaista. Toisen mielipiteen kuuleminen saa oman ajattelun liikkeelle, näin tutkittavan ilmiön herättämät moninaiset ja ristiriitaiset ajatukset tulevat helpommin esiin. Tiimeissä tiimin jäsenten puheenvuorot keskittyivät aika paljon kokemuksiin tiiminä toimimisesta. Asiantuntijaryhmissä tuli esiin erityisesti kokemuksia omassa ammatillisessa roolissa toimimisesta moniammatillisessa tiimissä.

Asiantuntijaryhmissä ryhmän jäsenten puhe ilmaisi paitsi yksilön omia kokemuksia myös kokemuksia esim. lähihoitajana, lääkärinä, sosiaalityöntekijänä ym. - siis erityisesti asiantuntijaryhmän yleisiä ja yhteisiä kokemuksia moniammatillisuudesta. Haastattelut tapahtuivat sairaalan toimipisteiden tiloissa. Haastatteluja varten oli varattu rauhallinen tila jossakin rakennuksessa mahdollisimman lähellä haastateltavien työpaikkoja. Ympäristöstä johtuvia häiriöitä ei haastattelujen aikana esiintynyt. Keskustelut kestivät puolestatoista tunnista hiukan yli kahteen tuntiin. Barbour (2007, 92 – 101) toteaa, että fokusryhmissä voi nousta hyvinkin risti-

riitaisia ja tunteita nostattavia aiheita esiin. Siksi on tärkeää, että osallistujilla on niiden käsittelemiseksi mahdollisuus ottaa jälkikäteen yhteyttä tutkijaan. Fokusryhmän alussa annoin yhteystietoni, jos joku olisi kokenut tarvetta ottaa yhteyttä haastattelun jälkeen. Yhdessä luonnollisessa tiimissä tuli esiin vahva kahden asiantuntijan välinen erimielisyys toimintatavoista. He olivat käsitelleet sitä jo työnohjauksessaan. Yhteydenottoja ei siitä tiimistä kuitenkaan tullut; ainoastaan yhdestä osastotiimistä tuli yhteydenotto jälkikäteen. Sekin oli positiivinen kommentti siitä, että haastattelu oli antanut heille mahdollisuuden yhdessä rauhallisesti pohtia yhteistyötään ja kuunnella ryhmän jäsenten erilaisia kokemuksia sen toimivuudesta. Arjessa heillä ei ole aikaa sellaiseen. Kommentti on sinänsä kiinnostava tutkimuksen näkökulmasta; arjessa ei siis ole yleensä paikkaa/aikaa yhteistyön toimivuuden arvioinnille, joka olisi tärkeä osa moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Fokusryhmien aloitusvaiheessa pyysin välttämään päälle puhumista, jotta jokaisen ääni tulee kuulluksi ja nauhan litterointi olisi helpompaa. Yleensä siinä onnistuttiin, paitsi aiheesta kovasti innostuneena. Ne olivat onneksi varsin lyhyitä hetkiä, ja keskustelujen litterointi nauhalta sujui riittävän hyvin. Keskustelun alkaessa korostin sitä, että ei ole tarkoitus pyrkiä ryhmän yhteiseen näkemykseen, vaan saada esiin erilaisia mielipiteitä ja näkökulmia. Tätä ohjetta noudatettiin varsin hyvin. Kerroin myös, että kenenkään yksittäisen asiantuntijan sanonnat/puhe ei tule tunnistetuksi tutkimuksesta. Aloitin haastattelut aiheeseen johdattelevalla kysymyksellä, mitä moniammatillinen yhteistyö heidän mielestään arjessa tarkoittaa. Minulla oli muutamia teemakysymyksiä, joilla saatoin ohjata keskustelua, ellei se spontaanisti kulkenut näihin aiheisiin. Johdattelevat teemakysymykset haastatteluissa olivat:

1. Kuinka moniammatillinen yhteistyö arjessa toteutuu?
2. Kuinka asiantuntijuus ja roolit näkyvät yhteistyössä?
3. Millaista keskustelua käydään?
4. Ovatko pelisäännöt kaikille selvät?
5. Tapahtuuko asiantuntijuuden rajan ylityksiä?
6. Kuuluuko potilaan/kuntoutujan ääni yhteistyössä?
7. Näkyykö moniammatillisen yhteistyön ajallinen kehityskaari?

Viimeiset haastattelut olivat hoitotyön- ja lääkärijohdon edustajien haastatteluja. Heidän lisäkysymyksensä painottuivat aikaisemmissa haastatteluissa esiin tulleisiin kriittisiin kohtiin. Esitin heille lisäkysymyksen, mitä kehitettävää moniammatillisessa yhteistyössä he tunnistavat vielä olevan ja mitä heidän mielestään pitäisi tehdä moniammatillisen yhteistyön edelleen kehittämiseksi. Tämän lisäkysymyksen olin esittänyt myös muutamalle muulle ryhmälle, koska olin huomannut kysymyksen tarpeellisuuden aikaisempien ryhmien haastatteluja alustavasti analysoidessani. Tein tarvittaessa kaikille ryhmille syventäviä ja tarkentavia kysymyksiä. Ohjaavia kysymyksiä ei kaikille ryhmille tarvinnut esittää, kun keskustelu eteni niihin sujuvasti. En esittänyt ohjaavia kysymyksiä sanatarkassa muodossa, koska tavoitteena oli epävirallinen, vapaa keskusteluilmapiiri. Ohjaajana pyrin pitämään huolta siitä, ettei ryhmä eksynyt liian kauaksi aiheesta.

Tein haastattelut pitkän ajanjakson aikana marraskuun 2008 puolivälistä maaliskuun 2009 puoleenväliin, vuorotellen tiimi- ja asiantuntijahaastatteluja. Tiimeissä haastatellut asiantuntijat eivät olleet samoja kuin asiantuntijaryhmissä haastatellut. Pitkä aikajänne mahdollisti sen, että saatoin kuunnella nauhoituksia, lukea litteraatiota ja suorittaa analyysiä vähitellen. Näin pystyin suuntaamaan keskustelua aiheisiin, jotka olivat aikaisemmissa haastatteluissa nousseet esiin. Ryhmät olivat erilaisia siinä, kuinka paljon ohjaavia kysymyksiä ne tarvitsivat. Osa ryhmistä oli erittäin aktiivisia ja ohjaajan ainoa tehtävä oli rajata keskustelua sekä ottaa hiljaisempien jäsenten ääntä siihen mukaan. Yleensä ryhmät keskustelivat varsin innostuneesti moniammatillisesta yhteistyöstä, olihan se parhaillaan heidän organisaatioissaan keskeinen kehittämisen kohde. Erilaisia, keskenään hyvin ristiriitaisiakin näkökulmia tuotiin esiin. Yhden haastatteluryhmän lopussa lausuttu kommentti ”Tämä oli tärkeä keskustelu, kuin työnohjausta” kuvanee sitä, kuinka tarpeellista on, että pysähdytään rauhallisessa ilmapiirissä arvioimaan yhteistyötä. Hiljaisten jäsenten mukaan saaminen, keskustelun rajaaminen ja ohjaaminen oli yleensä helppoa.

7.2 Aineistolähtöisestä teoriasta

Aineistolähtöisen teorian (Grounded Theory, GT)³ pääkehittäjinä pidetään Barney Glaseria ja Anselm Straussia, jotka julkaisivat 1967 yhdessä klassikoksi tulleen teoksensa *The Discovery of Grounded Theory*. Aineistolähtöinen teoria oli harkittu paradigman muutos ja kehittyi tarpeeseen tehdä tutkimusta, joka ei pyri vain todentamaan aikaisempia teorioita vaan luomaan uusia käsitteitä, teorioita ja malleja. Positivistinen tutkimusote oli 1900-luvun puolessavälissä hyvin vahva, ja myös sosiaalitieteiden tutkijat olivat omaksuneet positivistisen paradigman. Glaser ja Strauss (1967) kritisoivat sitä ja halusivat kehittää lähestymistavan, jonka keskiössä ei ole teorioiden testaus, vaan niiden muodostuminen tutkimusaineiston pohjalta. Kirjassaan Glaser ja Strauss esittivät, että systemaattisella laadullisella tutkimuksella oli oma logiikkansa ja kuvasivat sen perusajatukset.

Böhm (2004, 270) toteaa, että nimitystä aineistolähtöinen teoria (Grounded Theory, GT) käytetään nykyisin tarkoittamaan tiettyä analysointimenetelmää, tutkimusstrategiaa ja tulosta, joka on saatu tällä menetelmällä. Aineiston kerääminen, analyysi ja teorianmuodostus kytkeytyvät siinä läheisesti yhteen. Aineistosta etsitään jatkuvan vertailun avulla säännönmukaisuuksia. Aineiston osia vertailemalla ja yhdistämällä muodostetaan niistä sitten kategorioita. Kategorioiden välisiä suhteita määrittelemällä ja käsitteellistämällä syntyy vähitellen teoria tai malli. (Glaser & Strauss 1967). Glaser ja Strauss eivät antaneet kovin tarkkoja menetelmällisiä ohjeita vaan halusivat säilyttää menetelmän suhteellisen avoimena. Aineistolähtöinen teoria ei ole tiettyyn aineistotyyppiin, teoreettiseen lähtökohtaan tai tutkimuslinjaan sidottu tarkkarajainen metodi. He kehottivat toisia tutkijoita kehittämään ajatuksiaan eteenpäin ja tuomaan esiin vaihtoehtoisia tapoja luoda tutkimusaineistopohjaista teoriaa. Glaserin ja Straussin määrittelemät aineistolähtöisen teorian pääkomponentit teoriaa edelleen kehittänyt Kathy Charmaz (2006, 5 - 6) tiivistää seuraavasti:

- Aineiston keruu ja analyysin suorittaminen samanaikaisesti
- Analyyttisten koodien ja kategorioiden muodostaminen aineistosta, ei aikaisemmasta teoriasta loogisesti johdetuista hypoteeseista
- Käytetään jatkuvaa vertailua, vertailuja tehdään analyysin joka vaiheessa
- Teoriaa kehitellään aineiston keräämisen ja analyysin aikana
- Muistiinpanoja eli memoja kirjoitetaan kategorioiden työstämiseksi, kategorioiden välisten suhteiden selvittämiseksi
- Otos/näyte tähtää teorian muodostamiseen, ei niinkään edustavuuteen
- Kirjallisuuteen tutustuminen vasta oman analyysin jälkeen

Glaser ja Strauss ajautuivat myöhemmin menetelmän kehittämisessä ristiriitoihin. Glaser lähti menetelmän kehittämisessä eri suuntaan kuin Strauss. Strauss puolestaan alkoi työskennellä yhdessä Corbinin kanssa ja kehittää edelleen omaa suuntaustaan. Strauss ja Corbin julkaisivat 1990 teoksen *Basics of Qualitative Research Analysis Grounded Theory Procedures and Techniques*. Corbin saattoi Straussin kuoleman jälkeen loppuun teoksen toisen painoksen vuonna 1992 ja kirjoitti kolmannen painoksen vuonna 2008 (Morsen 2009, 15 - 16).

Glaser puolestaan on kirjoittanut 1978 teoksen *Theoretical Sensitivity* ja 1992 kirjan *Basics of Grounded Theory Analysis*, jossa hän irrottautuu Straussin ja Corbinin ajatuksista. Glaserin (1992) mukaan Straussin ja Corbinin menetelmät ”pakottavat” aineistoa tiettyyn suuntaan ja ovat liian ohjailevia tarkkoine sääntöineen. Glaserin mukaan tällainen tutkimustapa ei enää täytä induktiivisen tutkimuksen periaatteita. Glaser (1992) toteaa, että tutkijan pitää pyrkiä tunnistamaan ongelma tietystä tilanteesta siihen osallistuvien näkökulmasta eikä pakottaa sitä mihinkään suuntaan. Glaser korostaa, että teoria nousee tai syntyy aineistosta analyysin edessä hyvien kysymysten avulla. Glaser (1992) kritisoi Straussin luokitteluvaiheita, erityisesti aksiaalisen luokittelun koodausparadigmaa, joka hänen mukaan luo vain näennäistä tarkkuutta. Kuvaan tutkimuksen etenemisvaiheita tarkemmin luvussa 7.2.1.1.

Aineistolähtöisestä teoriasta on lähtenyt tämän jälkeen erkaantumaan useita erilaisia tulkintoja. Charmaz (2000, 2006) työskenteli kolmetoista vuotta Glaserin kanssa. Hän kehitti myöhemmin oman tulkintansa, joka lähtee samasta kritiikistä Straussin ja Corbinin ajatuksiin kuin Glaser, mutta vie kehittelyä eteenpäin. Kaikilla myöhemmillä kehittäjillä on tietyissä yksityiskohdissa eriäviä näkemyksiä siitä, kuinka aineistoa tulisi analysoida. Ian Dey (2007, 80) kuvaa tiivistetysti eri lähestymistapojen yhteisiä piirteitä. Hänen mukaan ensinnäkin aineistolähtöisessä teoriassa lähdetään aina liikkeelle aineistosta. Liikkeelle lähdetään varsin avoimesta kysymyksestä, joka tarkentuu alakysymyksiksi tutkimuksen edetessä. Toiseksi ideoiden muodostaminen aineistosta vaatii innovatiivista aineiston keruuta. Sitä kuvataan käsitteellä teoreettinen otanta (theoretical sampling). Näyte ja sen koko määrittyvät tutkimusprosessin edetessä. Kolmanneksi aineistolähtöinen teoria perustuu yleensä pääasiassa laadulliseen aineistoon, mutta ei aina välttämättä pelkästään siihen. Analyysiprosessi keskittyy aineiston koodaamiseen kategorioihin ja vertailujen tekemiseen, kunnes aineistosta ei enää tule esiin

³ Suomenkielisessä tutkimuskirjallisuudessa käytetään yleensä käännoästä aineistolähtöinen teoria ja lyhennettä GT. Käytän näitä kumpaakin tekstissäni vastineena englanninkielen termille grounded theory.

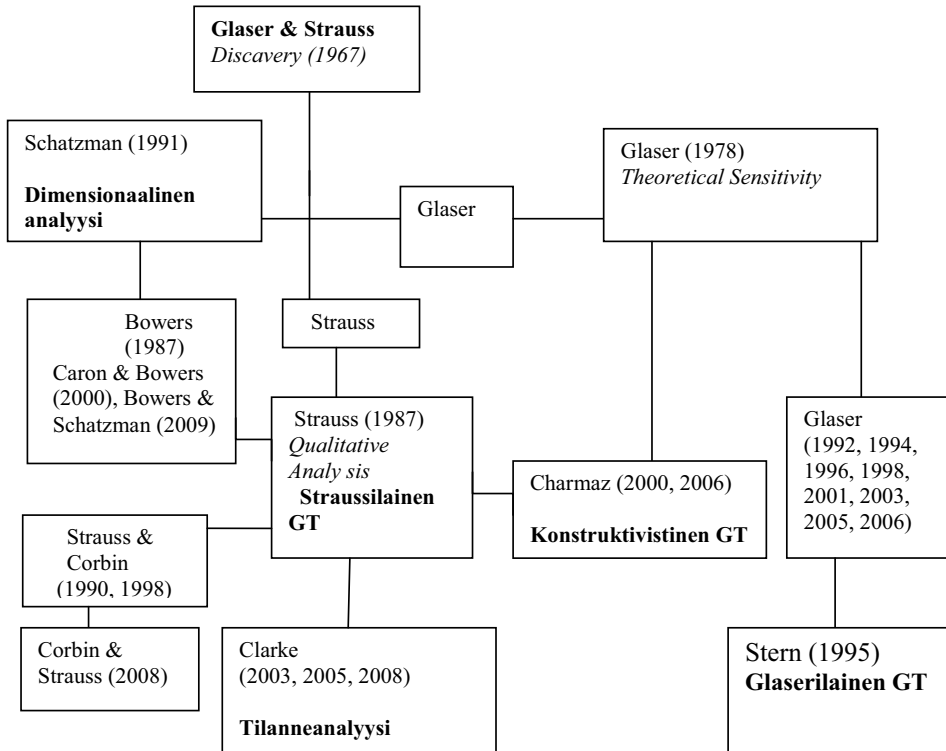
kehittyvän teorian kannalta uusia näkökulmia. Analyysi loppuu, kun tutkija voi integroida analyysistä kehittyvän tarinan tai juonen.

Aineistolähtöistä teoriaa on kritisoitu useastakin eri syystä. Silvermannin (2000, 145) mukaan aineistolähtöisessä teoriassa mahdollisten vertailujen ja luokittelujen tekeminen voi johtaa niiden runsaaseen kehittelyyn ilman päämäärää. Harkitsemattomasti toteutettuna se voi tuottaa merkityksettömiä kategorioita ja pinnallisia tutkimustuloksia. Silvermanin (2000) ja Brymanin (2004) mukaan aineiston analyysi ei voi koskaan olla täysin neutraali. Tutkijan käsitteellinen perehtyneisyys, kokemukset ja tieteelliset oletukset ohjaavat aina jossain määrin hänen aineiston käsittelyään ja luokitteluaan. Vieraiden ilmiöiden tarkasteluun tarvitaan aina teoreettista ymmärrystä. Silverman (2000, 62 – 63) toteaa, että aineistolähtöisen teorian suurin ongelma voi olla, jos ei tunnusteta mahdollisia implisiittisiä teorioita, jotka ohjaavat luokittelua. Glaseria erityisesti kritisoidaan siitä, että hän korostaa jatkuvaa induktiivisuuden tavoittelua ja irrottautumista taustaoletuksista ja teoreettisista näkemyksistä (Silverman 2000, Charmaz 2006). Charmaz (2003, 2006, 2009) pitää irrottautumista mahdottomana ja pyrkii poistamaan tämän ongelman konstruktivistisessa suuntauksessaan, jossa tunnustetaan ja tunnustetaan mahdolliset teoreettiset taustaoletukset ja ollaan koko prosessin ajan avoimesti vuorovaikutuksessa teorian ja empirian kanssa. Koska noudatin itse lähinnä Charmazin ajatuksia aineistolähtöisestä teoriasta, kuvaan tätä suuntausta tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Bryman (2004, 407) toteaa, että yksi kritiikin kohde on ollut aineistolähtöisen teorian selkiintymättömyys. Sen soveltamisen voi osoittautua vaikeaksi, menettelytapojen tarkka noudattaminen on varsin työlästä ja hankalaa. Glaserin (1992) mukaan tämä liittyy vain Straussin ajatteluun, koska hän itse on joustava ohjeissaan eikä anna tarkkoja ohjeita analyysin tekoon. Sekavuus ja vaikea sovellettavuus voikin johtua juuri siitä, että käsitykset analyysin etenemisestä ja sen eri vaiheista ovat niin erilaiset teoriaa kehittäneillä eri tutkijoilla. (Bryman 2004, 401).

Morse (2009, 13 – 17) ja Charmaz (2009, 128) kuvaavat aineistolähtöistä teoriaa nykyisin enemmänkin sateenvarjokäsitteenä tai perustana, jonka alla on useita jonkin verran toisistaan poikkeavia suuntauksia. Morse (2009) esittää aineistolähtöisen teorian (GT) kehityksen sukupuun ja merkittävimpien tapahtumien vuosiluvut (kuvio 3). Kuviosta näkyy myös pääsuuntauksien painopisteet ja julkaisut.

Kuvio 3. Aineistolähtöisen teorian (GT) sukupuu ja merkittävimmät tapahtuma- ja julkaisujen ilmestymisvuodet. Eri suuntausten nimet ovat tummennettuina. Lähde: Morse (2009, 17)



7.2.1 Charmaz ja konstruktivistinen aineistolähtöinen teoria

Tutkimuksessani päädyin noudattamaan pääpiirteissään Charmazin konstruktivistisen suuntauksen ajatuksia ja ohjeita. Ne sopivat parhaiten omaan lähtökohtaani ja ajatteluuni aineistolähtöisestä teoriasta. Kathy Charmaz on sosiologi ja sosiaalipsykologi (Charmaz 2003, 2006, 2009), joka aikaisemmin työskenteli pitkään yhdessä Glaserin kanssa. Hän on sittemmin kehittänyt *konstruktivistisen aineistolähtöisen teorian*. Charmazin ajattelu perustuu symboliseen interaktionismiin. Charmaz (2009, 129 – 138) kuvaa konstruktivistista aineistolähtöistä teoriaa ja sen eroa aikaisempiin sovelluksiin korostamalla teorian ja aineiston vuorovaikutteisuuutta ja avointa otetta läpi aineiston keruun ja analyysin. Hänen mukaan konstruktivistinen aineisto-

lähtöinen teoria perustuu relativistiseen epistemologiaan; tieto nähdään sosiaalisesti tuotettuna ja tunnistetaan avoimesti sekä tutkimuksen tekijän että tutkittavien monia näkökulmia.

Konstruktivistisessa aineistolähtöisessä teoriassa hyväksytään ja tunnistetaan tutkijan esioletuksia, ja päättely on abduktiivista. Charmazin mukaan abduktiivinen päättely lähtee kokeuksesta ja sopivista teoreettisesta, tunnistetuista lähtökohdista, palaa takaisin aineistoon ja näin edeten tuottaa koko prosessin ajan luovia johtopäätöksiä. Aikaisemmissa kirjoituksissaan myös Strauss (1967) toi esiin abduktion käytön aineistolähtöisessä teoriassa, mutta sen käyttö rajoittui Charmazin mukaan vain kategorioiden hiomiseen ja määrittelyyn. Charmaz korostaa, että tutkijalla on aina jokin näkemys, lähtökohta, ja se on syytä tunnistaa ja tiedostaa avoimesti. Jatkuva reflektiivinen ote omaan tulkintaan, vuorovaikutukseen tutkimukseen osallistuvien kanssa ja heidän merkitysten antoihinsa, on oleellinen osa tutkimuksen etenemistä.

Paradoksaalisesti Charmaz (2009, 137 – 141) kuvaa Glaserin ja Straussin metodisten ajatusten lähtökohdaksi positivistista tutkimustraditiota ja kutsuu perinteistä menetelmää objektivistiseksi aineistolähtöiseksi menetelmäksi. Klassinen aineistolähtöinen lähestymistapa olettaa hänen mukaansa, että on yksi ulkoinen todellisuus. Konstruktivistisessä lähestymistavassa oletetaan, että on olemassa monia sosiaalisia todellisuuksia, ja tutkija pyrkii kohteen todellisuuden tulkitsevaan ymmärtämiseen. (Charmaz 2003, 250). Konstruktivistisellä otteella on ongelmanratkaisun lähestymistapa, kun klassisessa versiossa taas korostetaan tieteellisyyttä ja neutraalisuutta. Konstruktivistisessä versiossa tunnistetaan havainnoitsijan ja tutkittavien arvot ja prioriteetit.

Konstruktivistinen aineistolähtöinen tutkimusote on siis *avoimesti tulkitseva*. Siinä tutkitaan *kuinka* - ja joskus myös *miksi* - osallistujat luovat merkityksiä ja toimivat tietyllä tavalla tietyissä tilanteissa. Charmaz (2006, 123 – 135) viittaa myös Alasuutarin esittämiin ajatuksiin tulkitsevan otteen kautta kehitetyistä teorioista. Ne tarjoavat heidän mukaansa vain erään tulkintakehyksen, josta voi tarkastella todellisuutta. Konstruktivistisessä aineistolähtöisessä teoriassa oletetaan, että tieto on sosiaalisesti tuotettua ja tunnistetaan sekä tutkittavien että tutkijoiden näkökantoja ja otetaan reflektiivinen asenne niihin. Se perustuu Charmazin (2009, 137 - 138) mukaan Straussin (1967) alkuperäiseen avoimeen, induktiiviseen lähestymistapaan, ja sillä on abduktion iteratiivinen logiikka. Se on Charmazin (2003, 246 – 281) mukaan nykyaikainen, 21:n vuosisadan versio klassisesta aineistolähtöisestä teoriasta. Charmaz (2006) esittää omassa teoriassaan joustavat ohjeet analyysin etenemiselle. Ohjeet antavat mielestäni riittävän rakenteen analyysin suorittamiselle.

7.2.1.1 Tutkimusprosessin eteneminen

Charmaz (2006, 9) toteaa, että perinteisen aineistolähtöisen teorian etenemislinjoja voidaan suurelta osin noudattaa, vaikka käytäisiinkin uudempiä metodologisia ohjeita ja oletuksia, kuten konstruktivistista lähestymistapaa. Hän esittää kirjassaan *Constructing Grounded Theory, A Practical Guide Through Qualitative Analysis* (2006) tutkimusprosessin etenemisen

oman näkemyksensä mukaisesti, mutta kuvaa sen ohella myös jonkin verran perinteistä etenemistapaa. Aineistolähtöisen teorian ydinprosessi on aina aineiston luokittelu. Perinteisessä aineistolähtöisessä teoriassa luokitteluvaiheita on kolme. Ensimmäisenä niistä on *avoin koodaus*, jossa aineistoa käydään tarkasti läpi, vertaillaan ja ryhmitellään. Toinen luokitteluvaihe on *aksiaalinen koodaus*, jossa aineistoa luokitellaan ja ryhmitellään uudelleen ja muodostetaan koodauspradigman avulla yksittäisiä käsitteitä abstraktimpia kokonaisuuksia. Kolmannen vaiheen, *selektiivisen luokittelun* tavoitteena on muodostaa ydinkategoria, analyttinen kehys, johon kaikki muut kategoriat liittyvät. Strauss ja Corbin toteavat, että luokitteluvaiheiden rajat ovat joustavat, eivätkä ne esiinny ehdottomasti aina samassa järjestyksessä. (Strauss – Corbin 1990; Bryman 2004, 4002 – 403).

Koska olen omassa analyysissäni noudattanut Charmazin (2003, 2006, 2009) edustamaa konstruktivistista suuntausta, tuon seuraavassa aineistolähtöisen tutkimusprosessin etenemisen tarkemmassa kuvauksessa esiin hänen käyttämiään nimityksiä eri vaiheille. Kuvaan etenemisprosessia niin kuin Charmaz (2006) kuvaa sitä edellä mainitussa kirjassaan.

Aineistolähtöisessä teoriassa tehdään yleensä alkuvaiheesta lähtien ns. *memoja*, muistiinpanoja, jotka prosessin kuluessa auttavat tunnistamaan koodeja ja kategorioita ja kehittämään niitä eteenpäin. Charmaz (2006, 73) pitää memojen tekemistä keskeisenä, koska se saa analyysin alkamaan tutkimusprosessin varhaisessa vaiheessa. Kvalitatiivinen koodaus on prosessi, jossa määritellään mistä aineisto kertoo, ja se on ensimmäinen varsinaisen analyttinen vaihe. Aineistolähtöisessä teoriassa koodaus vaatii pysähtymistä ja kysymysten tekemistä kerätylle aineistolle. Kysymysten tavoitteena ei ole ainoastaan ymmärryksen lisääminen tutkittavasta ilmiöstä vaan myös aineiston keruun suuntaaminen. Koodaus tarkoittaa aineiston osien nimeämistä lyhyillä nimillä, jotka samalla summaavat ja antavat valitulle osalle tietyn merkityksen. Charmazin (2006, 42 - 43) mukaan koodausprosessi muodostuu vähintään kahdesta koodauskäytännöstä. Myös Charmaz (2006) tuo esiin sen, että etenemisvaiheet eivät ole selkeästi toisistaan erottuvia; ne voivat olla päällekkäisiä ja palautuvia.

Ensimmäistä koodausvaihetta Charmaz (2006, 47 – 49) kutsuu *alkukoodaukseksi* (*initial coding*). Alkukoodauksessa lähdetään liikkeelle aineistosta, sitä eritellään, jaetaan osiin, vertaillaan keskenään ja nimetään. Tämä tapahtuu vielä hyvin tarkalla tasolla ja pyrkien pysymään siinä, mitä aineistosta tulee esiin. Charmaz korostaa, että tässä vaiheessa on erittäin tärkeää olla riittävän avoin aineistolle. Hän korostaa myös, että alkukoodaus ei ole mekaaninen prosessi; sen tulee olla riippuvainen siitä, mitä aineisto tuottaa. Tutkija ei saa jäädä omien ennakkokäsitystensä ohjaamaksi. Alkukoodauksen peruskysymyksiksi Charmaz (2006, 47 - 48) esittää seuraavia kysymyksiä:

- Mistä tämä aineisto kertoo?
- Mitä aineisto ehdottaa?
- Kenen näkökulmasta?
- Mitä teoreettisia kategorioita aineisto indikoi?

Hän korostaa (Charmaz 2006, 148 – 150), että tässä vaiheessa on myös tärkeää luoda yksinkertaisia koodeja, verrata aineiston näytteitä keskenään ja pitää koodaukset vielä mahdollisesti muuttuvina ja prosessin myötä tarkentuvina.

Alkukoodauksen seurauksena syntyy koodeja, joiden avulla nimetään aineistosta havaittuja tutkittavaa ilmiötä kuvaavia seikkoja. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, se voi olla tapahtuma, tai tutkija voi koodata rivi riviltä etsien ajatuskokonaisuuksia. Käytetystä analyysiyksiköstä riippuu, miten koodaus käytännössä tapahtuu. Koodeille annetaan nimet, jotka voivat olla ns. in vivo -luokkia eli sanatarkasti aineistosta haastateltujen käyttämän kielen mukaan nimettyjä tai tutkijan tulkinnan perusteella esiin nostamia. Alkukoodauksen vaiheessa koodeja tulee yleensä varsin paljon.

Toisella koodauskerralla on tarkoitus saada lisää rakenteellisuutta ja jäsentelyä alkukoodauksen antamaan runsaaseen aineistoon. Charmaz (2006, 57 - 58) käyttää toisesta koodausvaiheesta nimeä *fokusoitu koodaus* (*focused coding*). Fokusoitu koodaus on Charmazin käyttämä koodausvaihe, se on lisä perinteiseen aineistolähtöiseen teoriaan. Fokusoitu koodaus tarkoittaa sitä, että kun alkukoodaus on antanut tietyt ajatukset, analyttiset suunnat, valitaan runsaista koodeista tutkittavan ilmiön kannalta merkityksellisimmät ja/tai useimmin esiintyvät koodit. Se vaatii päätöksiä siitä, mitkä koodit ovat tutkittavan ilmiön kannalta analyttisempiä aineiston perusteelliseen luokitteluun. Aineistolähtöisen teorian logiikkaan kuuluu, että koodaus on elävä prosessi. Uudet oivallukset saattavat vaatia paluuta alkutekstiin tarkentamaan tai selvittämään jotain havaintoa.

Kuten aikaisemmin tuli esiin Strauss ja Corbin (1990, 1998, Strauss 1987) esittävät toisena vaiheena koodaustavan, josta he käyttävät nimitystä *aksiaalinen koodaus*. Charmazin (2006, 60 – 62) mukaan siinä pyritään tunnistamaan luokkien välisiä yhteyksiä ja kokoamaan aineistoa yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Se on myös Charmazin konstruktivistiseen menetelmään kuuluva koodausvaihe. Aksiaalisessa koodauksessa pyritään löytämään, mitä erityistä tekstin takana on ja luodaan sen pohjalta kategorioita ja niiden alakategorioita. Yhteenkuuluvia luokkia yhdistetään käsitteellisemmällä tasolla ja jatketaan työskentelyä näin syntyneiden kategorioiden kanssa. Etsitään samankaltaisuuksia ja eroavuuksia käsitteiden tai kategorioiden ja ylempien käsitteiden välillä. Kategorioita tavallaan kyllästetään aineistosta tulevilla osilla. Aineistolle voidaan tehdä edelleen kysymyksiä. Aksiaalisen koodausvaiheen kysymyksiksi Charmaz (2006, 2008; Flick 2006) ja useat muutkin aineistolähtöisen teorian etenemisprosessin kuvaukset ehdottavat seuraavia kysymyksiä:

Mitä?	Mikä ilmiö tässä mainittiin?
Kuka?	Kuka henkilö, toimija? Mitä rooleja heillä on?
Kuinka?	Mitä аспектеja ilmiöstä mainitaan tai ei mainita?
Milloin? Missä?	Aika, kesto, sijainti
Kuinka paljon?	Kuinka intensiivisesti?
Miksi?	Mitä syytä esiintyy?
Minkä tähden?	Minkä takia?
Millä tavalla?	Millä keinolla?

Strauss ja Corbin (1998) ehdottavat aksiaalisen koodauksen vaiheessa jäsentelyn avuksi koodausparadigmaa. Siinä tietty kategoria asetetaan keskipisteeksi ja etsitään sille aineistosta toiminnan ehdot (causal condition), olosuhteet/ väliin tulevat tekijät (context and intervening conditions), toimintastrategiat (action strategies) ja seuraukset (consequences). Glaser (1992) kritisoi Straussin ja Gorbiniin koodausparadigman käyttöä. Hänen mukaan siinä pyritään näennäiseen täsmällisyyteen ja tarkkuuteen, mutta todellisuudessa se pakottaa aineiston tiettyyn muotoon. Charmaz (2006, 60 – 61) kohdistaa myös jonkin verran kritiikkiä koodausparadigman käyttöön, mutta ei ole yhtä ehdoton. Charmazin mukaan tämä työskentelykehys saattaa kaventaa, mutta parhaassa tapauksessa myös laajentaa visiota. Hän suosittelee koodausparadigman käyttöä sellaisille tutkijoille, jotka tarvitsevat apunaan valmista rakennetta ohjaamaan työskentelyään eteenpäin. Hänen mukaan tämän vaiheen luokittelun kategorioihin ja niiden alakategorioihin voi suorittaa ilman koodausparadigmaakin, mutta se vaatii tutkijalta koke-
musta ja kärsivällisyyttä. (Mts.)

Glaser (1978) ja Charmaz (2006, 63) kutsuvat *teoreettiseksi koodaukseksi* vaihetta, jossa pyritään löytämään kategorioiden välisiä suhteita. Käsitteellisemmällä tasolla olevat kategoriat integroituvat, ja tässä vaiheessa rakentuu tutkimuskohteen tarina (the story of the case). Glaser (1978, 72 – 74) ehdottaa tähän vaiheeseen 18 koodausperhettä (coding families), joihin kuuluu esimerkiksi sellainen kuin ”kuuden C:n perhe”. Siihen kuuluvat muodolliset jäsenyskategoriat ovat konteksti (Context), ehdot (Condition), syyt (Cause), seuraukset (Consequence), vaihtelu (Covariance) ja satunnaisuus (Contingency). Tulkinnan teoreettinen kiteyttäminen tähtää yhden tai mahdollisimman harvan koko kohdetta jäsentävän ydinkategorian muodostamiseen. Glaserilla (1978, 93 – 113) ei ole mitään ennalta annettuja kriteerejä ydinkategorialle. Hän puhuu vain perustavista sosiaalisista prosesseista (Basic Social Process, BSP), jotka kuvaavat kohteen olennaisia piirteitä. Charmaz (2006, 66) toteaa, että ei ole syytä olettaa teoreettisen koodauksen tuovan objektiivisuutta analyysille. Ei myöskään ole syytä pakottaa mitään kehystä aineistoon ellei aineisto anna aihetta siihen.

Kuten aineiston keruun yhteydessä tuli esiin, aineistolähtöisessä teoriassa puhutaan *teoreettisesta otoksesta/näytteestä*. Sillä tarkoitetaan, että aineistoa voidaan kerätä vähitellen, kun tieto ja ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä kasvavat. Aineiston määrä ei ole oleellinen seikka. Aineiston keruun tarkka kohde ja määrä tarkentuvat vähitellen tutkimuksen edetessä, ja alkuperäinen aineisto ohjaa mistä hankkia lisänäytteitä. Tutkijalta vaaditaan aineistolähtöisessä teoriassa *teoreettista herkkyyttä*, taitoa käsitteellistää ja tunnistaa teoreettisia linjauksia jo tässä alkuvaiheessa, kun ne alkavat hahmottua aineistosta. (Glaser 1978; Charmaz 2006). Charmaz (2006, 135) konkretisoi teoretisointia sanomalla, että se tarkoittaa mahdollisuuksien tunnistamista, yhteyksien löytämistä ja kysymyksiä tekemistä. Aineistolähtöisessä teoriassa käytetään myös käsitettä *teoreettinen saturaatio*. Sillä tarkoitetaan tilaa, jossa kategorioita muodostettaessa mitään uutta teoreettista näkökulmaa tai ominaisuutta ei enää tule aineistosta esiin. (Charmaz 2006, 96 - 113).

Näin toteutettujen analyysivaiheiden jälkeen voi syntyä kahden tasoisia teorioita. *Substantiivinen teoria* (substantive theory) kehittyi tutkimalla tiettyä ilmiötä tiettyssä yhteydessä. Se on

teoreettinen tulkinta tai selitys rajatusta ongelmasta tietyssä rajatussa ympäristössä. Useimmat aineistolähtöisen teorian tulokset ovat substantiivisia teorioita. *Formaalinen teoria* kehitetään puolestaan käsitteellisemmällä ja abstraktimmalla tasolla. Se ei kytkeydy vain tiettyyn ympäristöön, vaan syntyy tutkimalla samaa ilmiötä useassa eri ympäristössä. Aineistoa pitää silloin kerätä muualtakin, kuin varsinaisesta tutkimusympäristöstä. Tällä on ajateltu olevan vaikutusta teorioiden sovellettavuuteen tutkimuskontekstin ulkopuolella. (Bryman 2004, 404 - 407).

7.3 Analyysin toteutus

Päädyin tutkimuksessani noudattamaan aineistolähtöistä analyysiä ja Kathy Charmazin (2003, 2006, 2008) kehittämää konstruktivistista versiota siitä. Päädyin tähän valintaan siksi, että aikaisempien kokemuksieni pohjalta halusin selvittää haastateltavien omia kokemuksia ja pyrkiä ymmärtämään niitä. Toisaalta minulla on oma teoreettinen viitekehyseni ja roolini kouluttajana osalle haastatelluista. Osallistujilla on lisäksi omat sidoksensa ammattiryhmiinsä, mikä ammatillista yhteistyötä koskevassa tutkimuksessa - erityisesti sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa - on syytä ottaa huomioon. Konstruktivistinen aineistolähtöinen analyysi (Charmaz 2006) on siis abduktiivisesti etenevä ja reflektiivinen ja soveltuu siten oman tutkimukseni lähtökohtaoletuksiin. Pyrin liikkumaan kaiken aikaa empirian ja teorian välillä löytääkseni vastauksen peruskysymykseeni ja luomaan uutta mallia moniammatillisuuden kehittämisen haasteista. Analyysiäni voisi suomenkielisen tutkimuskirjallisuuden mukaan nimittää teoriasidonnaiseksi analyysiksi (Eskola 2001; Tuomi & Sarajarvi 2002).

Charmaz (2006, 9 - 10) toteaa metodologian esittelyssään, että hänen näkemyksensä ei sisällä tarkkoja metodologisia sääntöjä eikä jäykkiä vaatimuksia, vaan jokainen toteuttaja voi luoda siitä tietyissä puitteissa oman versionsa, oman tulkintansa. Hänen mukaansa aineistolähtöinen teoria konstruoituu aikaisempien ja nykyisten tietojemme ja vuorovaikutussuhteidemme kautta. Tutkija joutuu aineistolähtöisessä analyysissä käyttämään hyvin paljon omaa luovuuttaan. Se tekee tutkimuksesta erittäin haastavan ja tutkijalle mielenkiintoisen tehtävän, jota Alasuutari (1993, 27) osuvasti rinnastaa arvoituksen ratkaisemiseksi. Arvoituksen ratkaiseminen laadullisessa tutkimuksessa merkitsee sitä, että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä.

Aluksi suhtauduin jatkuvien muistiinpanojen eli memojen tekemiseen kriittisesti, mutta tein niitä kuitenkin alusta alkaen. Kirjasin jo alkuvaiheessa haastatteluissa esiin tulleita mielenkiintoisia havaintoja ja hahmottelin alustavasti ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Huomasin nopeasti memojen tärkeyden. Saatoinkin käyttää niitä seuraavissa haastatteluissa ja analyysissä hyväkseni tarkentaakseni esiin tulleita avoimia kysymyksiä. Esimerkiksi tietokoneelle tapahtuvasta kirjaamisesta tuli asiantuntijoilta aluksi kommentteja, että luettavaa tekstiä on koneella aivan liikaa: sitä ei ehdi kiireen keskellä millään lukea. Muistiinpanon pohjalta tein sitten seuraaville ryhmille lisäkysymyksiä koskien kirjaamista. Tällaisia tarkennettavia memohuomioita oli runsaasti. Ne auttoivat selventämään kokemuksia ja nostivat esiin erilaisia merkityksenantoja samoille ilmiöille. Näin aineiston monet erilaiset näkökulmat tulivat paremmin esiin.

Lisäsin myös haastateltavien ryhmien määrää, kun memojen pohjalta vaikutti siltä, että eräissä esiin tulleissa ilmiöissä tarvitaan lisätarkennuksia ja johdon näkökulmaa. Tällainen oli esimerkiksi erään osallistujan haastattelussa esittämä kysymys, miksi lääkärit eivät saaneet moniammatillisen yhteistyön koulutusta. Tämän ja muutaman muun kysymyksen tarkennukseen tarvittiin johdon edustajien haastatteluja, jotka sitten suoritinkin. Näin pyrin noudattamaan aineistolähtöisen teorian ajatusta siitä, että tarvittaessa aineistoa voidaan kartuttaa, kun todetaan, että jokin tutkimuksessa esiin tullut asia tarvitsee lisäselvennystä.

Aloittaessani lopullista analyysiä luin vielä läpi litteroidut haastattelut. Olin valinnut aineiston luokitteluyksiköksi ajatuskokonaisuudet. Lähdin toteuttamaan alkukoodausta, edeten rivi riviltä ja merkiten ylös kaikki haastatteluissa esiin tulleet selkeät kannanotot ja kommentit. Pyrin suhtautumaan aineistoon mahdollisimman avoimesti. Näin edeten kertyi alkukoodoja yli 150. Niitä oli varsin runsaasti, kuten aineistolähtöisessä tutkimusotteessa on tässä vaiheessa tavallista. Käydessäni läpi eri ammattiryhmien haastatteluja erillisinä saatoin todeta, että ne eivät eronneet koodien osalta toisistaan. Siksi jatkoin aineiston analyysiä yhdistäen kaikki haastattelut yhdeksi kokonaisuudeksi.

Aineistolähtöisen analyysin Charmazin version fokusoidussa koodauksessa vertailin saatuja alkukoodoja keskenään. Valitsin alkukoodoista ne, joita oli eniten ja jotka tulkintani mukaan vastasivat tutkimuskysymykseen. Tein aineistolle vielä selventäviä ja jäsentäviä lisäkysymyksiä, jotka auttoivat tunnistamaan käsitteellisemmällä tasolla alkukoodauksessa esiin tulleiden koodien keskinäisiä yhteyksiä. Tämä oli vaihe, joka vaati kärsivällisyyttä ja liikkumista edestakaisin alkukoodauksen ja fokusoidun koodauksen välillä. Strauss & Corbin (1990, 108 – 109) ja Silverman (2006, 276 – 278) kehottavat kiinnittämään huomiota aineistossa esiintyviin poikkeuksiin. Etsin nimenomaan poikkeuksia ja huomasin niiden merkityksen analyysille. Tällaisia merkityksellisiä poikkeuksia saattoi olla esimerkiksi sellaisen seikan toteaminen, että joku yksittäinen asiantuntija saattoi olla täysin erimieltä oman ryhmänsä muiden asiantuntijoiden kanssa. Kuuntelin tässä vaiheessa joitakin nauhoituksia uudelleen ja tarkistin memoja. Vähitellen koodoista ja niiden keskinäisistä vertailuista alkoi kiteytyä laajempia kokonaisuuksia. Näin esiin nousseita kategorioita kutsun tutkimuksessani alakategorioiksi.

Charmaz (2006) ei kritisoi aksiaalista koodausta niin paljon kuin Glaser (1990). Hän pitää koodausparadigman käyttöä yhtenä mahdollisena keinona jäsentää aineistoa edelleen, jos tutkija sellaista apua tarvitsee. Koska tunsin tarvitsevani apua jäsentelyyn, käytin joidenkin kokonaisuuksien jäsentelyssä aksiaalista koodausta. Näin edeten pyrin muodostamaan vielä selkeämpiä, abstraktiotasoltaan korkeampia ja selitysvoimaisempia kategorioita. Kategorioiden yhdistely suuremmiksi kategorioiksi tapahtui niiden laajempien yhteisten merkityssisältöjen kautta Kutsun näin kehittyneitä kategorioita pääkategorioiksi. Koska menetelmäni oli abduktiivinen, edestakainen teoriaan, memoiriin ja aineistoon palaaminen vei jäsentelyäni eteenpäin myös tässä vaiheessa. Kun esimerkiksi aineistosta tuli esiin rooleihin, vastuuseen ja luottamukseen viittaavaa keskustelua palasin selvittämään näitä käsitteitä teoriatasolla. Näin myös teoriaosio rakentui vuoropuhelussa aineiston kanssa.

Charmaz (2006, 188) korostaa tutkijan jatkuvan avoimen oman toiminnan ja ajattelun reflektoinnin merkitystä tutkimuksen aikana. Reflektoidessani siirtymistäni kouluttajan roolista tutkijan rooliin totesin toisaalta hyötyväni kokemuksestani moniammatillisten työryhmien kouluttajana ja työnohjaajana. Se antoi minulle syventävää kokemuksellista taustatietoa. Toisaalta tunnistin sen joskus myös kahlitsevan ajatteluaani ja ohjaavan sitä totutuille urille. Uusia näkökulmia oli toisinaan vaikea havaita. Tarvitsin välillä kunnolla etäisyyttä tutkimukseeni ja tutustumista uuteen tutkimuskirjallisuuteen.

Havainnollistan analyysin etenemistä aksiaalisessa luokittelussa seuraavalla esimerkillä. Alukoodauksessani oli tullut sellaisia koodeja kuin joustamattomat/joustavat roolit, hämmennystä ja sekaannusta roolien ylityksissä ja toimivia roolirajojen ylityksiä. Moniammatillisen yhteistyön teoriassa kuvataan roolien olevan tärkeitä moniammatillisuutta kehitettäessä. Esitin aineistolle uusia kysymyksiä, mm. nämä: Millaisia eri rooleja asiantuntijoilla esiintyy? Mitä uutta aineisto mahdollisesti kertoo rooleista? Millaisten ehtojen vallitessa roolit toimivat? Millaisten ehtojen vallitessa ne eivät toimi? Näiden kysymysten kautta sitten syntyi vähitellen pääkategoria sovitut, joustavat roolit, ja sen alakategorioita ovat asiantuntijoiden roolit, roolirajojen ylitykset.

Tavoitteeni oli aluksi vain etsiä haasteita ja mahdollisesti rakentaa niiden pohjalta moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli. Vähitellen analyysin aikana ja lopullisesti teoreettisen koodauksen vaiheessa tulkinta alkoi kiteytyä ydinkategoriaksi. Glaserin (1978) mukaan ydinkategoria voi täsmentyä esimerkiksi sosiaalipsykologiseksi prosessiksi tai perustavaksi sosio-rakenteelliseksi prosessiksi. Tällainen ydinkategoria hahmottui analyysini lopussa.

8 Analyysin tulokset

Pääkategoriat alkoivat hahmottua, kun olin lukenut litteraatiot ja edennyt aineistolähtöisen teorian peruseriaatteita noudattavat luokitteluvaiheet. Pääkategorioita muodostuu lopuksi viisi: *sovitut, joustavat roolit; vastuuajattelun kehittyminen; yhteisen tiedon luominen; organisaatio rakenteena ja rajana; moniammatillisen yhteistyön oppiminen*. Ne sisältävät jokainen eri määrän seuraavan tason alakategorioita, joista pääkategoriat aksiaalisen koodauksen vaiheessa muodostuivat. Asiantuntijoiden rooleja ja roolirajojen ylityksiä käsiteltiin kaikkein eniten, siksi rooleihin liittyvä kategoria painottuu tuloksissa. Ydinkategoriaksi muodostuu *organisaatiokulttuurin muutos* moniammatillisesti toimivaksi. Organisaatiokulttuurin syvältä nousee se näkymätön muuri, jonka kehittämistyö kohtaa. Moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä tehdään suuria muutoksia usealla keskeisellä toiminnan alueella. Tältä pohjalta muutosprosessin edellytyksiä, toteutumisprosessia ja vaatimuksia kuvaamaan muodostuu lopuksi moniammatillisen yhteistyön kehittämisen malli.

Kuvaan tarkemmin keskeisiä haasteita ja ilmiöitä analyysissä muodostuneiden pääkategorioiden ja niiden alakategorioiden kautta. Sovittujen, joustavien roolien kohdalla käyn läpi ammattilaisten rooleja yksitellen. Tämä siksi, että analyysissä tulee esiin erityisesti koulutuksen näkökulmasta kiinnostavaa materiaalia aiheesta. Suorilla lainauksilla haastatteluista annan esimerkkejä ilmaisuista, joihin analyysini johtopäätökset perustuvat. Lainausten jäljessä on asiantuntijan ammattia kuvaava koodilyhenne, silloin kun asiantuntijuus on litteraatiosta tunnistettavissa. Tiimien haastatteluissa näin ei aina ole; siksi tiimihaastatteluista otetuissa lainauksissa ei ole aina tunnistetta. Käytetyt lyhenteet ovat lk = lääkäri, sh = sairaanhoitaja, h = perus- tai lähihoitaja, oh = osastonhoitaja, ft = fysioterapeutti, tt = toimintaterapeutti, st = sosiaalityöntekijä, yh = ylihoitaja ja yl = ylilääkäri, psyk = psykologi. Jos samassa kategoriassa siteeraan saman ammattiryhmän useamman edustajan puhetta, käytän lisäselvennyksenä numerointia esimerkiksi sh1, sh2 jne. Tekstissä hakasulut [- -] kuvaavat sanaa tai sanoja, jotka lainauksesta puuttuvat. Hakasuluissa ovat myös sanat, jotka on selvyuden vuoksi lisätty tekstiin. Puuttuva sana on saattanut olla henkilön nimi tai ilmaisu, josta tietty henkilö tai sairaalan osasto olisi ollut tunnistettavissa. Samoin on merkitty, jos lause on katkaistu keskeltä. Aktiiviset keskustelijat tuottivat paljon tekstiä, enkä katsonut tarpeelliseksi toistaa sellaista, mikä ei liittynyt aiheeseen. Haastateltavat käyttävät sanaa tiimi useassa eri merkityksessä; tiimi on kuntoutuskokousta, kuntoutustiimiä tai hoitokokousta kuvaava sana, samoin sitä käytetään kuvaamaan moniammatillista yhteistyötä osastolla yleensä. Konteksti, jossa käsitettä käytetään auttaa riittävästi selventämään sanan merkityksen. Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö kuvataan usein kirjallisuudessakin samaa merkitsevinä käsitteinä. (esim. Housley 2003; Payne 2000). Esitän jokaisen pääkategorian lopussa vielä yksinkertaistuksen konkreettisista muutostarpeista. Vertaan niissä aikaisempaa tapaa työskennellä yhdessä uuteen ja yhteisöllisempään tapaan tehdä yhteistyötä. Taulukossa 4 on tiivistetyssä muodossa organisaation muutonhaasteiden pääkategoriat ja niiden alakategoriat.

Taulukko 4. Organisaatiokulttuurin muutoshasteiden kategoriat

Organisaatiokulttuurin muutos moniammatillisesti toimivaksi

Sovitut, joustavat roolit	Roolit Roolirajojen ylitykset
Vastuuajattelu kehittyminen	Asiantuntijan ammatillinen vastuu Yhteisvastuu eli kollektiivinen vastuu
Yhteisen tiedon luominen	Entiset tapaamisfoorumit Kirjaaminen ja epäviralliset keskustelut Kommunikaatio
Organisaatio rakenteena ja rajana	Potilaslähtöisyys ja organisaatio Organisaation rakenne ja johtaminen Organisaatio rajana
Moniammatillisen yhteistyön oppiminen	Reflektiivisen arvioinnin ja yhteisen tiedonmuodostuksen taidot Tiimioppiminen

8.1 Sovitut, joustavat roolit

Klassisen sosiaalipsykologian (esim. Secord & Backman 1964, 456 - 457; Hewstone et al. 1988, 333) määrittelyn mukaan rooli on jäsenuskategoria, joka viittaa henkilön asemaan ja siihen liittyviin käyttäytymisodotuksiin tietyssä sosiaalisessa systeemissä. Hewstone et al. (1988) mukaan organisaatioissa tiettyyn asemaan ja rooliin liittyy sääntöjä ja normeja, jotka määrittelevät aseman haltijan käyttäytymisen ja siihen suunnatut odotukset. Hewstone et al. (1988, 333) toteavatkin, että organisaation rakennetta pitävät yllä roolikäyttäytymiseen liittyvät sosiaaliset odotukset. Miegien (2001) mukaan myös asiantuntijuus voidaan määritellä sosiaalisena roolina tietyssä yhteisössä. Hänen mukaansa ihminen kasvaa asiantuntijaksi, kun hän omaksuu tietyn roolin ja alkaa kantaa vastuuta siihen kuuluvista tehtävistä. Asiantuntijan rooliin ei silloin välttämättä liity tiettyä muodollista asemaa yhteisössä.

Tietty asiantuntijuus on pitkään merkinnyt sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa aina tiettyä roolia. Perinteisten ammatillisten roolien uudelleen neuvottelu ja muuttaminen osoittautuu analyysin mukaan suureksi haasteeksi kehittämistyössä. Kun ammatillisten roolien rajoja ylitetään, syntyy ristiriitoja, jollei ammattilaisten rooleista ja niiden mahdollisista ylityksistä ole yhteisesti sovittu paikallisesti, osastokohtaisesti tai henkilökohtaisesti. Jos yhteistä ymmärrystä roolirajojen ylityksistä ei ole, syntyy helposti väärinymmärryksiä ja ikäviä tulkintoja.

”Mutta kyllä minusta sitten ongelmana on myös sellaiset henkilöt, jotka puuttuvat niin kun semmoselle alueelle mikä ei oikeasti heille kuulu. Jos nyt jonkun saa mainita niin

esimerkiksi sosiaalityöntekijä ottaa kantaa johonkin hoitotyön asiaan tai lääkitykseen tai semmoseen.” (lk 1)

Sosiaali- ja terveysala on perinteisesti ollut hierarkkinen ja asiantuntijoiden asemat vakaita (esim. Housley 2003). Moniammatillisessa tiimissä roolit tulisi neuvotella uudelleen (Housley 2003). Analyysissä tulee esiin, että esimerkiksi tiimissä jollakin asiantuntijalla saattaa olla erityistaitoja ja erityisosaamista yli hänen perinteisen asiantuntijuutensa. Esimerkiksi koke-neella sairaanhoitajalla voi olla resursseja ja osaamista toimia ohi perinteisen sairaanhoitajan roolin. Moniammatillisessa yhteistyössä roolien tulisi olla joustavia. Näin saadaan käyttöön kaikkien tiimin jäsenten resurssit yli perinteisten ammatillisten roolirajojen.

”Minullakin on ainakin enimmäkseen näistä [roolirajojen] ylityksistä hyviä kokemuksia, että hoitajat on kyllä yleensä minun mielestä toimineet fiksusti silloin kun he ovat ylittäneet toimirajojaan. Jos on hyvä kokenut hoitaja niin kun tavallaan tietää että varmaan tässä tilanteessa nyt yleensä on menetelty näin.” (lk2)

Edellä olleissa esimerkeissä tulee esiin saman asiantuntijaryhmän kaksi hyvin erilaista koke-musta roolirajojen ylityksistä. Tarkastelen seuraavassa lähemmin kaikkia sovitut, joustavat roolit -pääkategorian alakategorioita. Alakategoriolla tarkoitan niitä luokitteluja, joille muo-dostuu aksiaalisessa luokittelun vaiheessa yhteinen pääkategoria.

8.1.1 Roolit

Aineiston analyysissä tulee esiin, että moniammatillisessa työskentelyssä asiantuntijoiden roolirajoja ylitetään, eikä tietty rooli välttämättä merkitse enää pysyvää asemaa osaston toi-minnassa. Rooli-käsitettä käytän tässä tutkimuksessa tarkoittamaan nimenomaan asiantunti-jan/ammattilaisen roolia - esimerkiksi lääkäriellä lääketieteellistä asiantuntijuutta, fysioterapeutilla fysioterapian asiantuntijuutta, sairaanhoitajalla hoitotieteen asiantuntijuutta, lähi- ja perushoitajalla hoitamisen asiantuntijuutta, toimintaterapeutilla toimintaterapian asiantunti-juutta jne. Käyn läpi ammattiryhmittäin asiantuntijoiden rooleja sellaisena kuin ne aineistosta tulevat esiin ja esitän puheotoksia argumenttieni tueksi. Vain yhdessä kuntoutustiimin haastat-telussa mukana olleista puheterapeutista ja neuropsykologista tällaista yhteenvetoa ei ole mahdollista tehdä, koska aineisto heidän kohdallaan on liian pieni. He olivat mukana vain yhdessä tiimissä.

Lääkäriin rooli asiantuntijana on aineiston mukaan varsin selkeä, lääkäri on medisiinisen osaamisen asiantuntija. Hänen roolinsa tunnustetaan hyvin. Asiantuntijuus on myös arvostet-tua, ja rooli koetaan tärkeänä koko osaston toiminnan kannalta.

”Mutta sekin että kyllä se tekee paljon kun lääkäri hallitsee ja osaa sen oman hom-mansa niin kyllä se auttaa meitä työssä.” (h)

”Se keventää koko osaston toimintaa.” (sh)

Analyysissä tulee esiin, että lääkäriin paikka osaston sosiaalisessa systeemissä vaihtelee tiimis-tä toiseen. Erityisesti nuoret lääkärit totesivat roolin vaihtelevuuden tiimeittäin aiheuttavan hämmennystä ja tiimiin sopivan roolin etsintää. Julkilausuttuja ohjeita tarvittaisiin tai hyvää

perehdytystä tiimeittäin. Tiimistä toiseen siirtyvät lääkärit joutuvat etsimään rooliaan uudessa tiimissä, jonka sääntöjä eivät tunne.

”Minulle on tuttu ajatus se, että oma rooli ei ole ihan selkeä, kun minä olen tehnyt aika paljon päätöksiä vähän siellä sun täällä ja on näitä tiimejä tullut vastaan [- -] sitten siellä on näitä omia kirjoittamattomia sääntöjä, mistä ei sitten uutena jäsenenä tiedä.”
(lk)

Aineiston analyysistä nousee esiin neljä erilaista lääkärin rooliin liittyvää asemaa osaston toiminnassa. Lääkäri saattaa olla perinteisen johtajan roolissa. Jos hänellä johtajana ei ole sitä osaamista, mitä moniammatillisen yhteistyön tapa toimia edellyttäisi, tiimin on vaikeata toimia moniammatillisesti. Toiset tiimin jäsenet kokevat silloin kokouksissa käytetyn ajan helposti turhaksi, koska kaikkien osaamista ei siellä kuitenkaan hyödynnetä. Lääkäri voi olla myös moniammatillisesti taitavan johtajan/ tiimin vetäjän roolissa. Hän voi olla myös tiimin asiantuntijan roolissa, yhtenä tiimin jäsenenä tai osaston asiantuntijaharjoittelijan roolissa osastolla.

1. *Moniammatillisen tiimin jäsen/vetäjä*, joka toimii toisia ammattilaisia kuunnellen ja kollektiivista vastuuta korostaen.

”Kyllä se vetäjän rooli tiimissä on tärkeä. Meillä on tämä lääkäri ollut vetäjänä kaikki nämä vuodet. Että hän aina jakaa puheenvuoroja ja hän kysyy jokaiselta.”
(tt)

”[- -] mutta sitten on aivan upeita tyyppejä [lääkäreitä], jotka ovat mukana tiimissä ja sitoutuvat siihen.” (sh)

2. *Johtaja*, joka ei kuuntele toisia ammattiryhmiä ja tekee ratkaisut vain omasta näkökulmastaan ilman perusteluja. Kuntoutuskokouksen vetäjistä käydyssä keskustelussa toimintaterapeutti vertaa kahta eri tiimiä keskenään ja kuvaa autoritaarisen tiimin vetäjän seuraavaan tapaan:

”Mutta toinen tiimi on ihan päinvastainen. Sinne mennään tasan tarkkaan kun se on määritelty, se on tasan 60-minuuttia, ei tippaakaan enempää. Lääkäri sanelee ja sitten pikkusen kattelee ympärilleen ja muut sanoo, jos ehtii ja sitten eteenpäin.”
(tt)

3. *Asiantuntijaharjoittelija tiimissä*, joka voi olla uusi lääkäri tai nuori, usein opiskelijalääkäri tai vieraasta kulttuurista tuleva, joka etsii rooliaan ja paikkaansa tiimissä.

”On nuoria ja kokemattomia [lääkäreitä] mutta semmosia, jotka tulee että okei ottaa minut mukaan ja sanokaa mitä tehdään ja hirveän kivasti on asettunut ja omalta osalta hoitanut ammattinsa, mutta sitten me on saatu ohjata ja neuvoa, että meillä on tämmönen tiimi että me tehdään näin, että me ollaan tiimityössä, me puhutaan kaikki toisillemme eikä mennä minkään ”portaikon” kautta. Mutta joskushan voi olla tilanne, joku haluaa, minähän olen lääkäri ja minä sanon miten menettellään, kyllä näitäkin on nähty.” (h)

4. *Asiantuntijakonsultti tiimissä*. Lääkäri käy antamassa vain asiantuntijaosaamisensa tiimin käyttöön.

”Kun meillä tehtiin auditointi niin neljännes lääkäreistä oli sitä mieltä että ne on vaan konsultteja.” (yl)

Edellä olevissa esimerkeissä kuvastuvat lääkärin erilaiset roolit ja asemat tiimissä. Ne kuvaavat hyvin sitä, kuinka vaihtelevasti lääkäri ottaa paikkansa tai hänelle osoitetaan paikka osaston toiminnassa. Jos ei ole sovittua toimintamallia, lääkärit joutuvat etsimään rooliaan ja paikkaansa tiimissä. Asiantuntijuus antaa lähinnä vain tietyn asiantuntijan roolin. Asiantuntijuus sinänsä on staattinen kokonaisuus, asema ja tehtävät voivat vaihdella tiimeittäin moniammatillisessa työskentelytavassa. Kun toimintatavat ovat erilaisia eri kontekstissa ja tiimeissä, olisi tärkeää perehdyttää vaihtuvat lääkärit kyseisen osaston moniammatilliseen toimintatapaan. Näin oma rooli ja paikka toiminnassa olisi helpompi löytää, eikä turhia ristiriitoja pääsisi syntymään.

”Kyllä se lääkärin rooli on tärkeä, silleen kun minä olen ollut tuolla [- -], siellä tavallaan vasta kehitellään tätä tiimityötä, että se on vähän niin kuin nupuillaan vielä. Ja sitten huomaa kun tuli uusi lääkäri sinne [- -] hän on tottunut miten siellä on toimittu ja sitten miten täällä. Meillä on esimerkiks’ vapaamuotoiset tiimit, ei jaeta puheenvuoroja.” (tt)

”Joskus minun mielestä on surullista, kun lääkäri tulee uutena ja hänellä ei ole tämän tyyppisestä tiimityöstä selvästikään kokemusta [--] niin tulee jotenkin ihan väärin ymmärretyksi, jos on arka ja varovainen tulee semmosia niin turhia konflikteja, se tiimi saattaa kauhean nopeasti tehdä tulkintoja.” (tt)

Analyysin mukaan ryhmän toimintaan liittyvät ja kontekstista tulevat sekä henkilökohtaiset tekijät näyttäisivät vaikuttavan sijoittumiseen tiimissä enemmän kuin aikaisemmin. Lääkärin asiantuntijarooli ja hänen asemansa saattaa vaihdella sen mukaan, millaista osaamista hänellä on, minkä aseman hän on valmis ottamaan tai kuinka toiset sijoittavat hänet. Se, kuinka muu tiimi käyttäytyi, vaikutti myös siihen millaisen roolin lääkäri otti tai sai tiimissä.

”Tässähän tulee esiin tämmönen mielenkiintoinen seikka, että sama ihminen [lääkäri] toimii eri tavalla eri tiimissä.” (ft)

”Voisiko siinä olla kanssa se, että me aika herkästi me muut ammattiryhmät annetaankin lääkärin pysyä siinä [lääketieteellisen konsultin roolissa], me ei edellytetäkään sitten häneltä aitoa moniammatillista työtä.” (yh)

Tutkimuksessa mukana olleista asiantuntijoista lääkärin rooli ja sen asema on selkeimmin muutoksessa. Aineistosta nousevat näkökulmat saattavat kertoa myös siitä, että heillä ammatikuntana ei ole riittävästi osaamista ja tietoa moniammatillisuudesta. Lääkäri joutuu usein itse hahmottelemaan roolinsa ja paikkansa moniammatillisessa tiimissä ilman tiimin kanssa jaettua mallia siitä.

Sairaanhoitajan rooli osoittautuu varsin laajaa osaamista edellyttäväksi ja hyvin haasteelliseksi tässä kontekstissa, jossa potilaat ovat usein hyvin moniongelmaisia ja heillä on useita eri sairauksia. Analyysin mukaan sairaanhoitajan roolissa toimitaan usein tiimin toiminnan koordinaattorina ja/tai kuntouttavan hoitotyön asiantuntijana. Kun potilasainne on monisairasta, monenlaista erityisosaamista tarvitaan kokonaisuuden huomioivaan hyvään ja tehokkaaseen hoitoon. Vaikka erityisosaamista on, sairaanhoitajat kokevat tässä työkontekstissa tarpeelliseksi asiantuntijaosaamisensa täydentämisen erityisesti ikääntyvien, dementia- ja psykykepoti-

laiden kohtaamisessa. Seuraavanlaiset kommentit kuvaavat mielestäni hyvin sitä muutosta, joka liitetään jälkimodernin ajan asiantuntijuuteen; se on kontekstisidonnaisempaa.

”Erittäin paljon meillä on myös psyykeongelmaisia ja heidän hoitaminen vaatisi, no minulla ei ole tällaista, psykiatrisen sairaanhoitajan koulutuksen tai erilaisen erikoistumisen tai tällaisen koulutuksen.” (sh)

Toiset tiimin asiantuntijat pohtivat seuraavassa sairaanhoitajan asiantuntijaroolin ja siihen kuuluvien tehtävien sekä aseman selventämisen tarvetta. He toivovat sairaanhoitajilta aktiivisempaa kuntouttavan hoitotyön asiantuntijaroolia.

”Ja tuota hoitajat heillä minun mielestä voisi olla vähän näkyvämpi paikka siinä, että tota aika usein se on fysioterapeutti tai toimintaterapeutti kun siitä toimintakyvystä kertoo kovaan ääneen.” (tt)

”Varmaan sairaanhoitajat just on sellainen [ryhmä], joilla niin kun tässä meidän näissä kuntoutustiimeissä niin kaikista semmonen jollakin tavalla niin kun epäselvempi on se heidän niin kun tehtäväkenttä.” (lk)

Oman asiantuntijaroolin selkiinnyttämisen tarve korostuu kaikilla ammattilaisilla moniammatillisen yhteistyön kehittymisen myötä. Rooleja pitäisi selkiinnyttää, mutta ei rajata niitä niin, että toiminnasta tulee joustamatonta. Haastatteluissa sairaanhoitajat itse käsittelevät paljon omaa rooliaan ja asemaansa osastolla ja tiimissä. Osa sairaanhoitajista sijoitti itsensä toiminnan koordinaattoriksi. Keskustelussa kuuluu kuitenkin kriittisyyttä koordinaattorin asemasta ja sen pohdintaa, mitä koordinaattorin asema tarkoittaa moniammatillisessa yhteistyössä. Aineiston mukaan kaikki sairaanhoitajat eivät haluaisi toimia koordinaattoreina vaan enemmän kuntouttavan hoitotyön asiantuntijoina. Sairanhoitajat keskustelivat roolistaan ja asemastaan moniammatillisessa tiimityössä tähän tapaan:

”[- -] kun ryhmä tai tiimi, joka neuvottelee ja sopii, niin aina sitten sanotaan, että hoitaja kirjaa, hoitaja kutsuu koolle tai hoitaja vastaa niin, että tämä ja tämä homma tapahtuu, että tavallaan niin kun [toinen sairaanhoitaja keskeyttää].” (sh1)

”Hoitaja koordinoi.” (sh2)

”Niin, että tarvitseeko se aina olla niin, jos se on niin kun semmosta yhteisvastuullista työtä ja ajatus siitä, että me ollaan päästy yhteiseen ajatukseen potilaan hoidosta niin että se on yhteinen, niin silloinhan se on sama kuka sen niin kuin panee kaikkien nähtäväksi.” (sh1)

”Mutta minä ainakin, kun olen siellä tiimissä, tarkennan sitä työn jakoa, että jos on joku omaisen etsiminen niin minä kysyn, että etsiikö meidän sosiaalityöntekijä.” (sh3)

”Että koordinoit.” (sh 1)

”Kyllä tuohon on tullut parannusta silloin aikaisempina vuosina, jos ajatellaan esimerkiksi potilaan kotiutusta niin silloin sairaanhoitaja ainakin meidän osastolla vähemmän perus- tai lähihoitaja, niin meidän piti tilata kaikki kotisairanhoitaja, kotipalvelu jne.” (sh3)

Sairanhoitajan asiantuntijarooli, asema ja tehtävät vaihtelevat. Keskustelun ja neuvottelun tarve nousee aineistosta esiin sairaanhoitajan roolin ja siihen liittyvän toimenkuvan selvittämiseksi. He itse kuvaavat kokevansa riittämättömyyttä työn vaatimusten moninaisuudessa ja erityisesti toimenkuvan selkiintymättömyydessä, vaikka muutosta parempaan suuntaan myös tunnustetaan.

”Ehkä tämä meidän toimenkuva on vähän niin kun haussa, että mikä se siellä osastolla on, että meiltä vaaditaan aika paljon, että sinun pitää tehdä lääkehoidolliset tehtävät ja sen lisäksi olla mukana siellä perushoidossa [- -].” (sh1)

”Että miksi niistä [sairaanhoitajan tehtävälalueista] ei voi keskustella niin, että tämä ei olisi niin kokoaikaista tämä just mitä tekin olette kokeneet, tämä riittämättömyyden tunne.” (sh2)

Sairaanhoitajan asema **osastonhoitajana** tulee aineistossa esiin tärkeänä osaston moniammatillisen yhteistyön mahdollistajana ja kehittäjänä sekä osaston ilmapiirin luojana. Osastonhoitajan roolin merkitys tulee esiin kaikkien ammattiryhmien puheessa.

”Osastonhoitajalla on suuri rooli, se pitää sitä pakkaa käsissään.” (ft)

Osastonhoitajan motivoituneisuus ja moniammatillisen yhteistyön edellyttämä reflektiivinen asiantuntijuus sekä sosiaaliset taidot ovat aineiston mukaan merkittäviä tekijöitä siinä, kuinka moniammatillinen yhteistyö osastolla toimii. Näin on erityisesti silloin, kun lääkärit ovat usein vaihtuvia tai opiskelijoita.

”[- -] minä olen aina tykännyt siitä [moniammatillisesta yhteistyöstä] meidän osastolla, että siellä se toimii ja se on suurelta osalta meidän osastonhoitajan ansioita.” (h)

”Minä ainakin tuolla meidän osastolla koen, että on aika selkee se [kuntoutuskokous] sen takia että on napakka osastonhoitaja, joka istuu siellä koko ajan ja palauttaa meidät aina, että hei kun hänellä on [- -]” (ft1)

”Ei kukaan ole tuossa meidän tiimissä valittanut, että hitsi kun täällä [kuntoutuskokouksessa] joutuu istumaan, ilmapiiri on tärkeätä. Ja meidän osastonhoitaja ohjaa jos joku alkaa puhua jostai´ diagnoosista ja vatsan toiminnasta niin hän sanoo, se ei kuulu tähän.” (ft2)

Lähi- ja perushoitajan rooli on varsin laaja. Lähi- ja perushoitajat toimivat tässä toimintaympäristössä oma- tai vastuuhoitajina. He toimivat näin eräissä tiimeissä potilaansa esittelijänä ja hänen äänenään muille tiimin jäsenille. Kun moniammatillinen yhteistyö toimii ja heitä kuunnellaan, he kokevat voivansa vaikuttaa yhteiseen päätöksen tekoon.

”Itse asiassa yllättävän paljon voidaan vaikuttaa potilaan hoitoon, jos on hyvä lääkäri, joka kuuntelee, niin ihan omahoitajana niin voi vaikuttaa. Niin ainakin saadaan ajattelemaan, miettimään ja pohtimaan asioita” (h)

Lähihoitajan rooliin kuuluva tehtäväkenttä hahmottuu suhteellisen selkeänä. He toimivat perushoidon arjen asiantuntijoina. Lähihoitajat ylittävät perinteisiä roolirajoja ja ovat mukana myös kuntouttavassa työssä fysioterapeuttien ohjauksessa.

”[- -] myös me kuntoutetaan ja toimintakykyä parannetaan, että se on semmonen kanssa, joka pikkasen häilyy. Ja tietysti fysioterapeutti on ammattilainen mutta ei me voida jättää sitä yksinomaan fysioterapeutin harteille.” (h)

Lähihoitajan oikeudesta lääkkeiden jakoon keskusteltiin aineistossa hyvin paljon. He kokivat, että hoidon kokonaisvaltaisuus ja heidän kokonaisvastuunsa kärsii, kun heillä ei ole oikeutta antaa esimerkiksi kipulääkkeitä omalle potilaalleen. Tämä on rajan ylitys, johon heillä on itsellään halua. He perustelevat sitä potilaan kokonaishoidon näkökulmasta.

”Ei ole kivaa, jos potilas pyytää Paratabsii myös kipuun ja minä en omana hoitajana voi sitä viedä, kun sanoa hetkinen, sanon sairaanhoitajalle.” (h)

Lähihoitajan tehtäväksi moniammatillisessa yhteistyössä näyttäytyy potilaan äänen tuominen toisten asiantuntijoiden, erityisesti lääkärien suuntaan. Kun tarpeellinen tieto potilaasta on hajautuneena eri ammattilaisille, on erittäin tärkeää, että se tulee mukaan päätöksiä tehtäessä. Toiset tiimin jäsenet odottavat lähihoitajilla olevaa tietoa potilaasta. Heillä tulisi olla osaamista ja rohkeutta tuoda tarpeellinen tieto mukaan keskusteluun. Perinteinen hierarkkinen toimintamalli voi muodostua kuitenkin esteeksi oman näkemyksen ja tiedon esittämiseksi tiimissä.

”Ei välttämättä synny semmosta mielipiteiden vaihtoa, vaan lääkäriä sitten kunnioitetaan liikaa tai sen mielipiteitä. Saa olla tosi vahva hoitaja että pystyy sanomaan sen oman mielipiteen, mitä todella niin kuin ajattelee siitä tilanteesta. No, sijaisilla se varmaan on että niiden on kauhean vaikea ja keikkalaisten sitten päästä siihen moniammatilliseen ryhmään. (h)

” [- -] sehän olisi hirveä puute, jos ei lähihoitaja uskaltautuis tulemaan mukaan, koska he on siinä lähellä sitä potilasta ja kuntoutujaa ja näkee sen potilaan niin läheltä.” (lk)

Perus/lähihoitajien tehtävät vaihtelevat osastoittain. Raja sairaanhoitajan rooliin on joillakin osastoilla pieni. Sairaanhoitaja saattaa tehdä samoja tehtäviä kuin lähi/perushoitaja. Aineistossa tulee esiin, että sairaanhoitajien rajojen ylitykset lähi- ja perushoitajien tehtäviin saatetaan kokea sairaanhoitajan omaa työmäärää kuormittavina ja myös turhauttavina.

” [- -] että kaikki tekee samaa on tietenkin hyvä lähtökohta [- -] mutta sitten minä mietin että eikö ole mitään eroa sillä koulutuksen pituudella. ” (sh)

Fysioterapeuttien asiantuntijaosaaminen ja rooli koetaan keskeiseksi sairaalassa, jossa tavoitteena on kotiuttaa potilas tehokkaasti ja mahdollisimman toimintakykyisenä.

” [- -] justuinsa liikkumis- ja toimintakyvystä on niin paljon kyse ja se kulminoituu taas meidän osaamiseen, välillä tuntuu, että kokonaisvastuu lankeaa liikaakin meille” (ft1)

Aineiston mukaan fysioterapeutit ovat yleensä valmiita jakamaan asiantuntijuusosaamistaan yli roolirajojen ja toimimaan aktiivisina moniammatillisen tiimin tiedon ja osaamisen jakajina. Toisten asiantuntijoiden neuvominen ja opastaminen ei kuitenkaan ole aina helppoa. Kuinka neuvoa toista asiantuntijaa tai huomauttaa mahdollisesta virheestä niin, ettei loukkaisi häntä ja hänen asiantuntijuuttaan? Aineistosta tulee esiin, kuinka vaikeaa voi olla palautteen antaminen toiselle ammattilaiselle esimerkiksi väärästä potilaan liikuttamisesta. Samoin ohjaaminen fysioterapian näkökulmasta oikeisiin toimintatapoihin voi herättää ristiriitoja.

”Mutta minä alan miettimään, että millä tavalla minun pitäisi toimia, että tämän asiantuntijuusalueen minä saisin jaettua sille tiimille, että mikä on että pystyisin opettamaan nämä asiat ja saisin ne menemään, mutta minä en ole vielä keksinyt sitä” (ft1)

”Mikä ei moniammatillisessa yhteistyössä toimi, mikä on huonoa, niin minä olen kokenut semmoisen asian, kun minä olen asiantuntija näissä siirtymisissä avustavissa otteissa, niin minä olen hirveesti ohjannut hoitajia miten potilaasta otetaan kiinni, että se on miellyttävää ja aktivoi häntä, niin tämä on semmonen mitä minä en saa perille” (ft2)

Toisaalta aineiston analyysistä tulee esiin, että fysioterapeuttien ohjeita ja neuvoja potilaan käsittelyssä myös arvostetaan ja hyödynnetään. Tosin tämä esimerkki kertoo luottamuksellisesta ja pitkästä yhteistyösuhteesta.

”Ihan mukavasti yhteistyö toimii [fysioterapeutin kanssa], kun on niin tuttu, pitkäaikainen niin se menee hirveen helposti puolin ja toisin. Äkkiä ollaan kysymässä neuvoo tai ehdottamassa jotakin.” (sh 1)

Fysioterapeutit korostavat moniammatillisen yhteistyön merkitystä sairaalan kuntouttavassa työotteessa. He haluavat toimia tiiviisti tiimiin kuuluvina kuntoutuksen asiantuntijajäseninä. Fysioterapeutin työtilat ovat perinteisesti olleet erillään muusta osastosta. Työtilojen läheisyyden merkitys yhteistyön kehittymiselle tulee analyysissä esiin. Kun fysioterapeuttien työtilat ovat joillakin osastoilla tulleet lähelle tai osaksi osastoa, yhteistyö ja jaettu vastuu on mahdollistunut uudella tavalla. Fyysiset yhteistyön esteet ovat silloin poistuneet.

”Silloin kun minä teen rinta rinnan siellä osastolla hoitajan kanssa ja sitten myös siellä tiimissä ja kaiken näköiset yhteiset neuvottelut, yhteydenotot ja keskustelut koko ajan siellä osaston henkilökunnan kanssa, niin se on minusta sitä jaettua vastuuta.” (ft3)

”Kun joskus osastolla oli aikanaan, että meitähän sanottiin, että me käydään vierailmassa siellä, niin se on minusta nykyisin se ei ole enää sitä, vaan me ollaan siinä yhteinä tiimin jäsenenä.” (ft4)

Sosiaalityöntekijöiden rooli on selkiintynyt ja siitä on keskusteltu moniammatillisuuden kehittymisen myötä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on saanut sosiaalityöntekijät pohtimaan omaa rooliaan siinä. Heidän asiantuntijuusosaamisensa on nimenomaan tässä kontekstissa analyysin mukaan kehittynyt ja terävöitynyt. Aikaisemmin heidän roolinsa oli varsin laaja ja epämääräinen, eikä heidän näkökulmansa aina tullut kuulluksi kuten seuraavista kommenteista selviää.

”[- -] kun minä olen aikoinaan tullut työhön niin sosiaalityöntekijänä minun tehtäväni oli kaikki mikä tapahtuu sen jälkeen kun potilas kotiutuu täältä sairaalasta [- -]”. (st1)

”Me ollaan aika paljon nyt mietitty juuri sitä että mikä on sosiaalityöntekijän tehtävä terveydenhuollossa, niin sanottu terveystyö”. (st2)

”[- -] itse toimin nyt semmosella osastolla että hirvittävän hyvin toimii tämä moniammatillinen yhteistyö ja sitten että jollakin tavalla koen, että kuullaan sitä myös mitä itse tuon sinne ja sillä on vaikutusta. Välttämättä aina ei ole ollut niin, se on ollut huomattavasti vaikeampaa ennen ”. (st3)

Aineiston mukaan sosiaalityöntekijä toimii yhteyden ylläpitäjä potilaan omaisiin ja verkostoon yleensä. Heille kerrotaan paljon sellaista tietoa, jota muille tiimin jäsenille ei kerrota.

”Omaiset avautuvat meille aika paljon [- -] että ne jotenkin mieltää just niin, että kun me ei olla siinä hoidossa niin me ollaan ikään kuin tavallisia ihmisiä heille enemmän.” (st1)

Sosiaalityöntekijän rooli ei kuitenkaan kaikilla osastoilla ole vielä sosiaalityöntekijälle ja tiimille selkiintynyt. Kuohuntavaiheessa (ryhmän oman arvion ja tutkijan tiimin keskustelusta tekemien havaintojen mukaan) olevassa ryhmässä keskeinen kiista kohdistuu siihen, kuinka paljon osaston sosiaalityöntekijän pitäisi panostaa verkostotyöhön sairaalan ulkopuolelle. Osasto, jolla sosiaalityöntekijä työskenteli, on erikoisosasto. Sen potilaista osa tarvitsee paljon verkostotyön panosta, eikä tavallinen toimintamalli sosiaalityöntekijän mielestä siellä toimi-

nut. Sosiaalityöntekijä halusi laajentaa rooliaan enemmän verkostotyön suuntaan. Esimerkki kuvaa hyvin sitä, että jokainen osasto tarvitsee oman yhteistyön mallinsa.

”Tämä edellyttää verkostotyötä ja terveydenhoidon henkilökunnalla ei aina ole ymmärrystä sitä kohtaan, että tehtäisiin sitä verkostotyötä ja varmistettaisiin esimerkiksi se tämmösen hoitoketjun, asiakasketjun jatkuvuus.” (st)

Aineiston mukaan sosiaalityöntekijät olivat yleensä löytäneet varsin hyvin roolinsa ja paikansa moniammatillisen yhteistyön kehittymisen myötä. Heidän asiantuntijuutensa tunnustettiin ja sitä osattiin käyttää yhteisiin päämääriin pyrittäessä. Toisten asiantuntijoiden puheessa sosiaalityöntekijöiden osoittautuu ongelmien selvittelijäksi, erityisesti suhteessa omaisiin. Näin kuvaa sairaanhoitaja tilannetta, jossa hänellä on vaikeuksia potilaan omaisen kanssa:

”[- -] minä huudan sosiaalityöntekijän apuun puhelimitse seuraavaksi päiväksi [- -]”.(sh)

Toimintaterapeutti on tässä toimintaympäristössä suhteellisen uusi asiantuntija. Toimintaterapeutin asiantuntijuusosaaminen ja rooli eivät siksi ole kaikille ammattilaisille ja kaikilla osastoilla vielä selkiintyneet. Jos asiantuntijuusosaamista ei tunnusteta, sitä ei osata käyttää yhteiseen tavoitteeseen pyrittäessä. Kehitystä on kyllä tapahtunut vähitellen.

”Meillä päivystysosastolla ollaan tehty valtava työ sen eteen, että nuoret kandit ja lääkärin tietää mitä me tehdään toimintaterapeutteina.” (tt1)

”Ja nytten on ihan selkeesti alkanut tulla, että hoitajatkin saattavat ihan merkitä että toimintaterapeutti käy vilkaisemassa ja kato. Että se on ihan viime aikoina, minä olen ajatellut että nyt tämä rupeaa niin kun vähän toimimaan.” (tt2)

Toimintaterapeutin rooliin kuuluu tässä kontekstissa myös verkostoyhteistyötä. Se toteutuu erityisesti silloin, kun he käyvät kotikäynneillä selvittämässä kuntoutuksen tulevaa toimintaympäristöä ja arvioivat hänen mahdollisuuksiaan selvittää siellä. Jos kotiutuja on kotihoidon piirissä, he toimivat kahden tiimin liitoskohdassa.

”Niin, että monesti me toimitaan viestin viejinä niin kun kahden eri ympäristön ja oikeastaan kahden eri moniammatillisen tiiminkin välissä.” (tt3)

Toimintaterapeutit näkevät joustavat roolirajojen ylitykset tärkeinä. Aineiston mukaan vaikutti siltä, että he tekevät niitä varsin paljon. Oman osaamisen ja jaksamisen tunnistaminen on tärkeää, kun omaa roolia ja paikkaa moniammatillisessa yhteistyössä ollaan vielä etsimässä. Rajojen laajentamisellakin pitää olla rajansa.

”Siis rajoja ylitetään positiivisessa mielessä, niitä pitääkin ylittää [- -] mutta on hirveen tärkeitä tunnistaa ne omat rajat; oman jaksamisen, omat resurssit ja ammattitaidon rajat.” (tt4)

Toimintaterapeutin ammatillisen roolin ja aseman löytyminen on tämän tutkimuksen kontekstissa vielä työn alla sekä heillä itsellään, että muilla tiimin jäsenillä. Aineistosta tulee esiin, että moniammatillista yhteistyötä pohtiessa ja tehdessä oma asiantuntijuus myös paradoksaalisesti selkiintyy, kuten sosiaalityöntekijätkin olivat havainneet. Moniammatillisessa yhteistyössä roolirajoja pitää ylittää, mutta on erittäin tärkeää, että niitä ylitettävällä on tarvittava osaaminen. Seuraavassa toimintaterapeutti selvittää fysioterapeutin tekemää roolirajan ylitystä

toimintaterapeutin osaamisalueille. Kun fysioterapeutti toimi virheellisesti, toimintaterapeutti kuvaa sitä oivallusta, mikä hänelle sitä kautta syntyi omasta asiantuntijuudestaan.

”Että sitten jotenkin minä yhtäkkiä tajusin, niin että tässä nyt on se ammatillisuus, että meillä on kuitenkin se eri koulutus ja me katsotaan eri asioita” (tt5)

Toimintaterapeutin osallistuminen osaston moniammatilliseen kokoustoimintaan ei vielä kaikilla osastoilla toteudu. Sekä he itse että toiset tiimin jäsenet toivovat sitä ja kokevat sen tärkeäksi kokonaisvaltaisen moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kannalta. Toimintaterapeutit itse korostavat tarvetta oman asiantuntijuuden yhteisöllisempään toteuttamiseen.

”Meidät on nyt otettu näihin osaston yhteisiin kokouksiin, että sitä minä olen kaivannut jo monta vuotta, että pääsisi sinne koko hoitohenkilökunnan kanssa miettimään ja suunnittelemaan ja kehittämään sitä toimintaa.”(tt3)

”Että ihan selvästi tämän uuden koulutuksen tiimoilta niin on tullu näitä, että nyten kun meillä on tällainen [kokous] niin tulisitteko tekin mukaan.” (tt5)

”Haave semmoinen haave, että minä olisin enemmän osa sitä osaston arkea. Minä olisin osa sitä osastoa enemmän. Joo, että olisin osa sitä osastoa yhteisöllisesti.” (tt2)

8.1.2 Roolirajojen ylitykset

Kun pyritään joustavaan ja laajaan moniammatilliseen työskentelyyn, ylitetään perinteisiä ammatillisia ja tehtäväkeskeisen ajattelun luomia roolirajoja. Aineiston analyysin mukaan ammatillisten rajojen ylityksiä tehdään kaikkien asiantuntijoiden kesken. Ne koetaan kuitenkin monella tavalla, ja asiantuntijuusrajojen ylitykset ovat erittäin herkkää aluetta. Roolirajan ylittäjällä täytyy olla riittävästi osaamista, että rajan ylitys voi onnistua. Joidenkin asiantuntijoiden on vaikea hyväksyä toisen asiantuntijan tuloa omalle ”reviirille”. Toisaalta tunnustetaan, että ne lisäävät toiminnan sujuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta potilaan hoidossa. Kun asiantuntijoiden kesken on hyvän yhteistyön aikana syntynyttä luottamusta, ei rajojen ylityksissä synny niin helposti ristiriitoja.

”Jos on semmosta pidempiaikaisempaa yhteistyötä tehty niin esimerkiksi lääkärin ja tietyn sairaanhoitajan välillä, johon luottaa niin kyllähän sitä tulee delegoitua tietylle hoitajalle semmosia tavallaan niin kun lääkärin tehtäviä, mutta se edellyttää kyllä sen hyvän toistensa tuntemuksen ja yhteistyön.” (lk1)

Seuraava keskustelukatkelma hyvin toimivasta tiimistä kertoo siitä, että rajoja voidaan ylittää moneen suuntaan.

”Jos ihminen ei pysty itse käymään vessassa niin kaikki käyttää, no lääkärit ei ehkä käytä.” (oh1)

”Osasin minä laittaa sorsan kuitenkin.”(lk2)

”Osasitko? Jaa meillä on niin hyvin toimiva [- -].” (oh1)

Työtaakan jakaminenkin voidaan nähdä yhtenä motiivina rajojen ylityksiin. Seuraava puhe-otos on tiimihaastattelusta, jossa mukana olleella lääkärillä ja muulla tiimin henkilökunnalla on pitkä yhteinen työhistoria takanaan, osaston henkilökunta on ollut pysyvää. Kommentti kertoo näin syntyneestä keskinäisestä luottamuksesta, joka mahdollistaa rajojen ylitykset.

” [- -] mikä minua suuresti ilahduttaa, että joku ehdottaa esim. että pois psyykenlääke [- -] minun reviiirille suorastaan pitää tulla, minulla on niin hirveesti töitäkin.” (lk2)

Jos asiantuntijat eivät tee roolirajojen ylityksiä yhteisellä sopimuksella, syntyy helposti ristiriitatilanteita. Näin toimiessaan he saattavat ylittää roolirajoja harkitsemattomasti ja toimivat alueella, jota eivät hallitse riittävän hyvin.

”Joo, joskus oikein hämmästyttää tai miettii sitä, että hoitaja ei välttämättä ymmärrä minkä vastuun hän ottaa siinä. Että oli tämmönen [potilastapauskuvaus].” (ft)

Rajan ylityksiä tehdään ja tarvitaan joustavan ja kokonaisvaltaisen työskentelyn toteuttamiseksi. Analyysi tuo kuitenkin esiin sen, kuinka tärkeää on tunnistaa ja kunnioittaa toisen ammatillista osaamista. Rajan ylityksillä tulisi olla jokin selkeä tarkoitus. Toimintaterapeuttien keskustelussa pohdittiin sitä, milloin ammatilliset rajanylitykset ovat paikallaan.

”Jokaisella on tietty se spesifi ammattiosaaminen, mistä oikeesti tiedetään, niin on se kohteliasta kysyä aina, hei että missä mennään ja kuka tekee.” (tt1)

”Kyllä minä annan aika usein hämartyä sen [ammatillisen rooli] rajan, mutta sillä on aina joku tarkoitus, just se, että miten minä pääsen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti arvioimaan sitä ihmistä, niin siihen välillä kuuluu vaipan vaihtoakin. (tt2)

Jos luottamusta, yhteistä ymmärrystä tai sopimusta rajojen ylityksestä ei ole, roolirajojen ylitykset synnyttävät ristiriitoja. Rooliristiriitoja syntyy myös tilanteissa, joissa kahden asiantuntijan odotukset toisen käyttäytymisestä roolissaan eivät ole yhteneväisiä. Kun sopimuksia ja yhteisymmärrystä ei ole, syntyy reviiiriristiriitoja. Aktiivisesti rajoja ylittänyt fysioterapeutti kertoo kokemuksistaan:

”Joo kyllä sieltä voi tulla just sitä, että ei toi kyllä osaa ja mitä toi yrittää, että yrittääkö se tehdä minun duuneja.” (ft)

Ammatilliset rajojen ylitykset vaativat sosiaalista herkkyyttä ja vuorovaikutustaitoja, kuten keskustelukatkelma aineistosta osoittaa.

”Ja sitten vaikka se ei ihan just meidän tonttia ole, on pakko välillä kysyä, että mitenkäs tämä näiden lääkkeiden kanssa ja tämän lääkkeen kanssa, ja hyvin paljon semmosia ehdotuksia joutuu tekemään tai kysymyksiä, että mitenkäs olisko nyt aika tämmöseen. (sh1)

”Sitten ollaan vähän niin kun antennit pystyssä, että ei tallata kenenkään varpaille, se on kumma kyllä semmonen persoonakohtainen kysymys.” (sh2)

Jos on yhteinen ymmärrys tai tehty sopimus rajojen ylityksistä, silloin roolirajojen ylitykset toimivat ketään loukkaamatta ja ilman ristiriitoja. Henkilökunnan vaihtuvuus vaikeuttaa yhteistyömallin ja moniammatillisen sopimuskulttuurin pysyvyyttä.

”Että kyllä minä kävelytän potilaita siinä kun fyssaritkin, varsinkin kun me ollaan yhdessä ensin katsottu, että ketkä on siinä kunnossa, että minä voin oikein hyvin ottaa heitä ja näin.” (h)

”Osastonlääkärikin vaihtuu aika usein, että en nyt kauheesti valehtele, jos sanon että melkein kerran kuussa niin sellaista pysyvyyttä ja jatkuvuutta niin kun sille toimintakulttuurille ei synny, se rikkoontuu aina.” (sh)

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen herättää tarpeen pohtia yhteisiä tavoitteita, päämääriä ja tapoja toimia yhdessä. Se antaa mahdollisuuden myös jokaisen asiantuntijuusosaaminen selkiinnyttämiseen ja terävöittämiseen. Analyysin mukaan ammatillisten roolien laajentamisen ja selkiinnyttämisen tulisi tapahtua sovitusti ja osastokohtaisesti muuten roolirajojen ylitykset synnyttävät turhia ristiriitoja. Tieto kunkin osaston käytännöistä pitäisi olla kaikkien saatavilla ja osa perehdytystä.

”Minulle tuli tuossa mieleen, että pysähdyttäisiin oikeesti miettimään sen oman toiminnan tavoitteet ja päämäärät ja sitä kautta rakennettaisiin sitä, että mikä on kenenkin rooli siellä.” (lk)

8.1.3 Yhteenveto ja pohdintaa rooleista

Kuten aineiston analyysistä on tullut esiin, moniammatillisen yhteistyön kehittyminen edellyttää uudenlaista merkityksenantoa asiantuntijan roolille. Roolit on aikaisemmin nähty työyhteisöissä ylhäältä annettuina ja rooleihin kuuluva asema ja tehtävät tarkkarajaisina ja pysyvinä. (mm. Payne 2000; Hall 2005). Ammatillaiset omaksuvat ne koulutuksen ja organisaatiokulttuuriin sosiaalistumisen myötä. Rooli on määrittänyt paitsi asiantuntijuuden myös toimijan statuksen ja aseman suhteessa toisiin toimijoihin.

Aineistosta tulee esiin roolien toiminnallisen aseman ja niihin kuuluvien tehtävien vaihtelevuus ja rajojen hämärtyminen moniammatillisen yhteistyön kehittymisen myötä. Rooleihin kuuluvat tehtävät eivät ole enää niin tarkkarajaisia. Se millaista osaamista asiantuntijalla on ja kuinka hän käyttäytyy vuorovaikutussuhteissaan toisiin toimijoihin, vaikuttaa hänen rooliinsa ja asemaansa. Ammatillaisen käyttäytyminen vaikuttaa siihen, millaisen aseman hän saa tai aktiivisesti ottaa tiimin sosiaalisessa systeemissä. Aineiston mukaan moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijuus on pysyvää, mutta asiantuntijoiden asemat ovat vaihtuvia; lääkäri voi toimia tiimissä johtajana tai yhtenä tiimin jäsenenä, vastuunhoitajana voi toimia sairaanhoitaja tai lähi/perushoitaja jne. Asemaan, joka ammatilliselle tulee, vaikuttavat heidän käyttäytymisensä, taitonsa ja motivaationsa sekä konteksti jossa toimitaan. Tietty asiantuntijan rooli ei anna aina samaa asemaa sosiaalisessa systeemissä. Kun roolit eivät ole enää tarkkarajaisia, ne voivat laajentua niin, että ne myös kuormittavat liikaa. Tästä tarjoaa hyvän esimerkin sairaanhoitajan rooli.

Suomessa terveydenhoidon ammattihenkilöiden toimintaa säätelee ammattihenkilölaki (1994/559). Se asettaa omat reunaehdot roolirajojen ylityksille. Aineisto kertoo tarpeesta määrittellä asiantuntijuutta uudella tavalla: mitkä ovat ydinosaamisalueet ammatillisessa roolissa ja mihin suuntaan olisi mahdollista ja toiminnan joustavuuden ja tehokkuuden kannalta järkevää ylittää ammatillisia rajoja? Nousee myös kysymys, tarvittaisiinko jopa uutta lainsäädäntöä mahdollistamaan muutosta. Kaikilla ammattiryhmillä on selvästi tarvetta pohtia ja pyrkiä selkiinnyttämään omaan rooliin liittyviä tehtäviä, tarvittavaa osaamista sekä asemaa. Uudehkot ammattiryhmät, esimerkiksi toimintaterapeutit etsivät vielä enemmän omaa rooliaan ja asemaansa osaston sosiaalisessa systeemissä. Joillakin ammatillisilla, kuten sosiaali-

työntekijöillä, oma asiantuntijarooli on moniammatillisen yhteistyön myötä selkiintynyt ja terävöitynyt.

Kun roolien rajat hämärtyvät arjen työssä, tarve selkiinnyttää ja terävöittää omaa asiantuntijan roolia kasvaa. Tämä näyttäisi liittyvän reflektiivisen asiantuntijan tarpeeseen tunnistaa omat tietonsa, osaamisensa ja arvonsa (cognitive and value maps). Vasta sen kautta hän kykenee huomioimaan toisten osaamista ja arvoja sekä integroimaan niitä yhteiseen työnteeseen. (Schön 1983; Drinka & Clark 2000). Aineiston mukaan moniammatillisessa yhteistyössä joudutaan pohtimaan sitä, mitkä työtehtävät ovat erityisesti minun osaamistani vaativia ja mikä taas sellaista, josta voisin luopua. Se auttaa selkiinnyttämään sitä, miten asiantuntijuuden rajoja on sopivaa ja tarpeellista ylittää juuri tässä työkontekstissa.

Mikä on kunkin asiantuntijan asema osaston sosiaalisessa systeemissä, näyttää olevan toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä vaihteleva ja pyrkii muodostumaan jokaisella osastolla omalla tavallaan - osaston vaatimusten ja kyseisten asiantuntijoiden resurssien ja motivaation pohjalta. Yhteistyö on siis kontekstisidonnaisempaa kuin aikaisemmin. Vanha tapa määritellä asiantuntijan rooli ylhäältä annettuna kokonaisuutena, joka määrittelee tarkkaan rooliin kuuluvat tehtävät ja suoraan myös aseman osaston toiminnassa, ei enää näyttäisi toimivan. Osaston potilaiden tarpeet ja osaston luonne vaikuttavat lisäksi siihen, millaisen paikan eri ammatilliset saavat sosiaalisessa systeemissä ja millainen yhteistyön malli on toimivin. Päivystysalueelta on tutkimuksia (esim. Rekola ym. 2005; Collin ym. 2012), joiden mukaan moniammatillisessa yhteistyössä toimittaessa perinteinen hierarkkinen toimintamalli olisi siellä joissakin tilanteissa sopivin. Sellaisia ovat esimerkiksi tilanteet, jotka vaativat erittäin nopeita ratkaisuja.

Lääkärin rooli ja asema tiimissä on aineiston mukaan vaihtelevin. Lääkäri koetaan usein lainsäädännöllisten oikeuksiensa ja velvollisuuksiensa vuoksi johtajana. Moniammatillisen yhteistyön johtamisen taitoja ei kuitenkaan aina löydy. Kaikki lääkärit eivät välttämättä halunneetkaan ottaa johtajan asemaa itselleen. Aineistosta ei tule esiin, johtuuko ehkä siitä, että omat johtajan taidot tunnistetaan heikoiksi, vai siitä ettei muuten haastavan työn vuoksi haluta johtajan asemaa. Silloin jäädytään tiimin asiantuntijajäseneksi tai konsultin asemaan. Joidenkin osastojen arjen toimintaa johti osastonhoitaja hyvin toimivan tiiminsä kanssa. Vaikutti siltä, että usein vaihtuvat lääkärit toimivat niissä lähinnä lääketieteellisen konsultin roolissa.

Aineistosta nousee varsin selvästi esiin, että jos kaikille ammattiryhmille yhteisiä uusia sopimuksia tai yhteistä näkemystä ei ole, syntyy roolirajojen ylityksissä rooliristiriitoja ja valtaisteluakin eli työpaikan ihmissuhdeongelmia. Kun roolit ovat joustavia, tarvitaan jotain ohjeistusta tai yhteistä sopimusta siitä, kuinka ammatillisia rajoja voi ylittää. Lainsäädäntö tuo tähän myös omat rajansa. Roolirajojen ylityksiin suhtauduttiin yleisesti ottaen myönteisesti. Näin oli erityisesti pitkään yhteistyötä tehneiden ja hyvän luottamussuhteen muodostaneiden ammattilaisten kesken. Keskinäinen luottamus toimi rajojen ylityksissä tärkeänä mahdollistavana tekijänä. Toisaalta, jos asiantuntijoilla ei ollut keskinäistä luottamusta ja/tai yhteisymmärrystä roolirajojen ylityksissä, rooliristiriitoja ja valtaisteluakin syntyi.

Aineiston pohjalta näyttää siltä, että tiimin tehokkaan ja joustavan moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää löytää tasapaino riittävän väljän ja muuttuvan roolien määrittelyn, mutta kuitenkin selkeän yhteisen toimintamallin välillä. Osastokohtaiset ohjeet ja hyvä perehdyttäminen osaston toiminta-ajatuksiin auttaisivat vaihtuvia asiantuntijoita ja sijaisia löytämään paikkansa osaston moniammatillisessa toiminnassa. Siis hiukan paradoksaalisesti, jotta saataisiin tarvittavaa joustavuutta rooleihin, tarvitaan niitä määritteleviä ohjeita, paikallista neuvottelua ja yhteistä ymmärrystä roolien joustavuudesta. Tarvittaisiin myös hallinnon taholta hyväksyntää, että roolit voidaan sopia osastoittain ja tiimeittäin ottaen huomioon eri ammattilaisten yksilölliset resurssit, motivaation ja osaston potilaiden tarpeet.

Roolien uudelleen määrittelyn merkitystä moniammatillista tiimityötä kehitettäessä on tutkimuksissa kuvattu aikaisemminkin. Se vahvistaa tämän tutkimuksen havaintoa roolien uudelleen määrittelyn ja jatkuvan neuvottelun tärkeydestä. Aikaisempien tutkimusten (mm. Housley 2003; Suther ym. 2009; MacDonald ym. 2009) mukaan kokonaisvaltaiseen, tehokkaaseen ja joustavaan moniammatilliseen toimintaan tarvitaan joustavia rooleja. On kuitenkin syytä huomioida, että eri maissa lähtökohtana oleva organisaatiokulttuuri voi olla hyvin erilainen. Suther ym. (2009) toteavat laajassa Kanadassa toteutetussa tutkimuksessa, että muiden ammattilaisten roolien ja vastuiden ymmärtäminen oli kommunikaation lisäksi toinen ydintekijä potilaslähtöistä yhteistyötä kehitettäessä. MacDonald ym. (2009) totesivat omassa myös Kanadassa toteutetussa tutkimuksessaan, että tieto toisten tiimin jäsenten rooleista samoin kuin omasta roolista on avainasia yhteistyössä. Heidän mukaan roolimäärittely on tärkeää myös siksi, että tiimissä voi olla usean eri ammattiryhmän edustajilla samanlaisia taitoja. Näiden taitojen tehokas käyttöönotto yhteistyössä on tärkeää ja motivoivaa. Diskursiivisessa sosiologisessa moniammatillisen yhteistyön tutkimuksessa (Housley 2003; Nikander 2003) ammatillinen rooli nähdään dynaamisena, lähinnä ryhmän jäsenen vuorovaikutuksellisena resurssina. Brittiläinen Housley (2003, 14) argumentoi, että toimiakseen tehokkaasti tiimin on neuvoteltava roolit uudelleen ottaen huomioon henkilökohtaiset kyvyt ja ohittaen professioiden statukset.

Oman tutkimukseni ja edellä esitettyjen tutkimusten pohjalta väittäisin, että ammattikulttuurit ja roolit ovat muutoksessa ainakin tässä toimintaympäristössä. Moniammatillista työtä kehitettäessä yhtenä haasteena on neuvotella yhdessä asiantuntijarooleista ja tehdä niistä riittävän joustavia. Eri toimintakonteksteissa potilaiden tarpeet ovat erilaisia, ja ne vaikuttavat ammattilaisten roolien määrittelyyn. Kaikilla toimijoilla tulisi olla yhteinen käsitys moniammatillisuudesta ja sen merkityksestä sekä ymmärrys kokonaisvaltaisesta potilaan kohtaamisesta. Moniammatillisesti työskennellessä toisten asiantuntijoiden osaamisen tunnistamisen merkitys korostuu.

Kun ammatillisia roolirajoja ylitetään, on otettava osaamisen lisäksi huomioon myös se, ettei mikään ammattiryhmä kuormitu liikaa. Erityisesti johtajan roolissa mutta myös muissa rooleissa, asiantuntijan on - kyetäkseen toimimaan moniammatillisesti - syytä tunnistaa omat tietonsa, osaamisensa ja myös arvonsa. Tämä muodostaa pohjan reflektiiviselle asiantuntijuudelle ja toisten ammattilaisten näkökulmien ja arvojen ymmärtämiselle ja huomioimiselle. Perinteiset ammatilliset rajat on syytä ylittää yhteisellä, kaikkien asiantuntijoiden ja johdon

sopimuksilla. Siinä on kuitenkin otettava huomioon lainsäädäntö. Tämä vaatii ammattilaisten ja johdon jatkuvaa vuoropuhelua ja riittävää yhteistä näkemystä. Seuraavassa on pelkistetty yhteenvedo sovittuihin, joustaviin rooleihin liittyen.

Perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli

- asiantuntijuus määrittelee roolin ja aseman osastolla
- henkilökohtaisia taitoja, resursseja ja motivaatiota ei huomioida

Moniammatillisen yhteistyön malli

- tunnistetaan eri asiantuntijoiden osaaminen ja kontekstin edellyttämä osaaminen
- asiantuntijan rooli ja asema määrittyy joustavasti ja sovitusti ammattilaisen taitojen, motivaation ja osaston tiimityön vaatimusten pohjalta

8.2 Vastuuajattelun kehittyminen

Tiimityön määrittelyssä on tullut esiin, että tiimillä on yhteisvastuu suoritustavoitteista ja toimintatavasta (esim. Katzenbach ja Smith 1993). Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa säätelee laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), joka tuo ilmi vastuut ja velvollisuudet. Se määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset ja ammatteettiset velvollisuudet. Analyysissä vastuukysymyksistä kehittyi kaksi alakategoriaa: asiantuntijan ammatillinen vastuu ja yhteisvastuu eli kollektiivinen vastuu. Tämän tutkimuksen analyysissä esiin tulleella asiantuntijan *ammattillisella vastuulla* kuvaan asiantuntijuuteen pohjautuvaa lain sekä työyhteisön määrittelemää vastuuta suhteessa potilaaseen. *Yhteisvastuulla eli kollektiivisella vastuulla* kuvaan vastuun ottamista siitä, että kokonaisuus potilaan hoidossa toimii ja toteutuu yhteissuunnittelun pohjalta ja potilas saa mahdollisimman hyvää hoitoa ja huolenpitoa kaikissa tilanteissa. Siihen liittyy myös potilaan hoitoprosessin jatkuvuus. Vastuukysymyksistä puhuttiin haastatteluissa paljon.

8.2.1 Asiantuntijan ammatillinen vastuu

Tutkimuksessani asiantuntijan ammatillista vastuuta kuvattiin lähinnä oman osuuden tekemisenä potilaan hoidon ja huolenpidon kokonaisuudessa. Siitä puhuttiin myös jaettuna vastuuna. Jokaisella asiantuntijalla koettiin olevan oma vastuualueensa; vastuu oli siten jaettu jokaiselle erikseen. Se tarkoitti, että jokainen tiimin jäsen kantaa ammatillisen osavastuunsa tiimissä. Jaetun vastuun käsite sai puheessa toisenkin merkityksen, sitä käytettiin myös vastaamaan yhteisvastuun ajatusta.

”Kyllä minun mielestä jokainen vastaa siitä omasta ammattitaidostaan, omasta tiedostaan ja osuudestaan siinä tiimissä, että sitten ei tarvitse niin kun muiden tiimin jäsenten sitten tarkistaa tai epäillä että onkohan se sittenkään näin, vaan että se kokonaisuuden osavastuu kuuluu jokaiselle meille.” (Ik)

”Niin kyllä minä koen kanssa, että semmonen tunne että kun vastuu on kaikilla niin kyllä se minusta vapauttaa vähän voimavarojakin eri lailla, että sitten niin kun keskittyä siihen olennaiseen, että tavallaan luottaa muihin, että ne tekevät sen oman vähintään yhtä hyvin kuin minä.” (sh)

Omahoitaja tai vastuuhoitaja nähtiin tärkeänä potilaan hoidon kokonaisuudesta vastaavana ammattilaisena. Omahoitajasta käytettiin myös nimitystä vastuuhoitaja. Se kuvaa hyvin sitä kokonaisvastuuta, joka hänellä ajatellaan olevan. Kotiutustilanteissa ammattilaisten jaettu vastuu toteutuu yleensä omahoitajan ohjauksessa ja koordinoinnissa. Vastuun jakaminen ei kuitenkaan onnistu ilman keskinäistä sopimista ja luottamusta. Luottamuksen siihen, että sovitut toteutuu, katsottiin edellyttävän tiimissä riittävää keskinäistä tuntemusta. Omahoitajalle annettua selkeää kokonaisvastuuta potilaasta pidettiin hyvänä ja toimintaa selkiinnyttävänä. Hän tarkistaa, että kaikkien ammatilliset vastuut suhteessa hänen potilaaseensa ovat toteutuneet. Koettiin myös, että omahoitajan kokonaisvastuu tekee hänen työstään antoisampaa.

”Muuten on tiimityöskentelyä, mutta omahoitajuus tarkoittaa just sitä, että kaikki nämä hoitosuunnitelmat, väliarvioinnit, kotiutukset, tulotilanteet omahoitaja hoitaa, yhteydenpidot omaisiin ja kotihoitoon, että meillä omahoitajuus tarkoittaa sitä.” (h)

”Kun se vastuu [kotiutuksesta] on säilytetty omahoitajalle, vastuuhoitajalle miksi häntä nimitetäänkin, niin se työ on mielekkäämpää, se on laaja-alaista ja hän ainakin tällä nykyisellä osastollani ottaa siitä vastuun.” (ft)

Jotakin pieniä ja yllättäviä tehtäviä potilaan kokonaisuudessa esimerkiksi kotiutustilanteessa saattaa jäädä tavallaan unohduksiin; ne eivät olekaan kenenkään vastuulla tai omahoitaja ei ole tarvittaessa paikalla. Vaikuttaa siltä, että vastuurajojen ylittäminen tällaisissa tilanteissa toteutuu nimenomaan hyvin toimivissa tiimeissä sujuvasti.

”Me pyritään tuohon [että omahoitaja hoitaa ja vastaa] mutta käytännössä sinulla voi olla vapaapäivä tai lapsi sairastuu tai itse on sairaana mutta tiimi toimii.” (h)

”Ja semmosta luovuutta, sitä tarvitaan ja toisaalta joustavuutta sillä tavalla, että ei niin kun selkeesti ajattele, että tämä on niin kun minun osa ja minä hoidan vaan tämän ja muu olkoon sitten miten hyvänsä, toisaalta se on ihan kivaa se semmonen luovuus.” (lk)

Asiantuntijat eivät kuitenkaan aina suhtautuneet näin joustavasti vastuualueiden ylityksiin kuin edellä olevissa kommentteissa puhuneet asiantuntijat. Aineistosta tulee esiin, että kun ammatillisia rajoja ylitetään, vastuukysymysten avoin käsittely olisi tärkeää. Eniten keskustelua käytiin lääkärin ammatillisesta vastuusta. Lainsäädännöllisesti lääkäri päättää sairaalaan ottamisesta ja kotiuttamisesta. Päätöksentekovallan ja vastuun näissä tilanteissa nähdään siis kuuluvan lääkärille. Lääkärin vastuuseen, päätösvaltaan ja auktoriteettiin myös tukeuduttiin vaikeissa tilanteissa. Tämä tulee esiin seuraavassa puheotoksissa, joissa toimintaterapeutit keskustelevat lääkärin lainsäädännöllisestä vallasta ja vastuusta.

”Kyllähän se jokainen ammattiroolinsa perusvastuut kantaa ja lääkäri sen viimeisen vastuun.” (tt1)

”Minä olen ihan valtava delegoimaan vastuuta niin kun siis ajatuksen tasolla, että kun puhutaan kotiutuksesta ja niitä kritisoidaan, niin minä käytän hirveen usein lausetta, että lääkäri viime kädessä päättää.” (tt2)

Kuinka lääkäri toteuttaa tätä lainsäädännöllistä valtaansa ja vastuutaan yhteistyössä toisten ammattilaisten kanssa, vaihtelee aineiston mukaan melkoisesti. Useimmat haastatellut lääkärit kuvaavat päätöksentekotilanteita sellaisiksi, että he tarvitsevat niissä toisten ammattilaisten tietoja, taitoja ja näkökulmia. He eivät tee suinkaan päätöksiä yksin, vaan ne pohjautuvat yhteisesti muodostettuun, jaettuun tietoon ja käsitykseen potilaasta. Joidenkin lääkäreiden mukaan jaettu tiedonmuodostus antaa mahdollisuuden järkevään päätöksentekoon, toisten mielestä se taas hämärtää vastuuta.

”Järkevin valinta tulee tehtyä yhdessä.” (lk1)

”Niin selkeesti niin kun tuossa kuvattiin se vastuu omasta sektorista mutta sitten tuo käsite jaettu vastuu niin siinä on minulle sellainen hiukan huono kalskahdus [- -]. Se ikään kuin vesitty, että vastuu ei oo missään.”(lk2)

Saadakseen päätöksentekoonsa toisten asiantuntijoiden tietoja ja taitoja lääkäriillä itsellään täytyy olla käsitys jaetun tiedon ja osaamisen merkityksestä - siis reflektiivisen asiantuntijuuden taitoja. Tarvitaan myös luottamusta muihin ammattilaisiin ja heidän kykyynsä ymmärtää vastuunsa, kun jaettua tietoa muodostetaan ja päätöksiä tehdään. Vastuun ja vallan jakaminen voidaan kokea vaikeana päätöksentekotilanteessa. Lääkärin puheenvuoro tuo hyvin esiin syntyvän ristiriidan, kun muiden asiantuntijoiden ottamista mukaan päätöksentekoon ei koeta-kaan yhteisen tiedonmuodostuksen näkökulmasta vaan tulkitaan oman vallan ja vastuun vähenemiseksi. Se saattaa kuvastaa myös luottamuksen puutetta toisiin asiantuntijoihin. Kun luottamusta ei ole ryhmässä, kilpailulliset motiivit aktivoituvat, kuten kappaleessa 3.4 tuli esiin (Kramer 2010). Lääkäri saattaa kokea, että vain hän näkee kokonaistilanteen vaatimukset ja toisten asiantuntijoiden tuleminen mukaan päätöksentekotilanteeseen aiheuttaa ristipaineita hänelle.

”Siis minulla on tähän moniammatillisuuteenkin kyllä sellainen käsitys, että tämä sairaala on kyllä sellainen paikka, missä on joitakin selkeesti semmoisia asioita mistä lääkäri päättää ja on vastuussa eli lääkäri päättää lain mukaan sairaalaan ottamisesta ja kotiuttamisesta. Kotiuttamisesta ei päätä sosiaalityöntekijä eikä toimintaterapeutti eikä kukaan muukaan [- -] että sillai ei voida puhua niin kun semmosesta, että kaikki olisi niin kun tavallaan tasavertaisia [- -]. Silloin kun täytyy toimia niin kun tavallaan nähdä niin kun kokonaisuus, tämä koko terveydenhuollon kenttä ja kaikki nämä ruuhkat ja ongelmatilanteet niin silloin joutuu tekemään semmommosia ratkaisuja että pitää tehdä kaikkensa näitten kotiutusten eteen.” (lk3)

Puhekatkelma tuo esiin ristiriidan, joka saattaa kehittyä, kun lainsäädännöllinen ammatillinen vastuu on lääkäriillä. Hän tarvitsee kuitenkin päätöksen tekemiseen toisten asiantuntijoiden erilaisia tietoja ja näkökulmia. Tutkimuksen mukaan se, kuinka taitavasti lääkäri tällaisessa ristiriitaisissa tavoitteita sisältävässä tilanteessa osaa käydä keskustelua ja dialogia toisten ammattilaisten kanssa, vaihtelee.

” [- -] ei aina voida tietenkään kaikki olla samaa mieltä kaikista asioista, että totta kait välillä ollaan sellaisessa tilanteessa, että eri ammattiryhmät on niin kun eri linjoilla just jostain kotiuttamisasioissa ja silloin täytyy olla se joku joka sen päättää ja sehän on sitten lääkäri. Mutta en yleensä ole kokenut ongelmaksii sitten sitä, että eikö saisi niitä muita henkilöitä sitten tulemaan mukaan kun vain itsellä on vankat perustelut siihen, että miksi tällainen ratkaisu tehdään.” (lk4)

Lääkäri voi kokea tiimin myös turvana ja resurssina omalle päätöksenteolle.

”Lääkärihän sen potilaan asioista on vastuussa sitten loppupeleissä niin, että minä olen erittäin kiitollinen, että ihmiset kertovat ja huomauttelevat kaikkea, mitä ne on löytänyt asioissa. [kertoo esimerkkitapauksen] Minähän siinä aina isoimman tilkkusen teen, tämä ryhmä tukee siinä, että minä en tekisi niin hirveitä virheitä.” (lk5)

Nämä esimerkit kertovat hyvin, kuinka saman alan asiantuntijat voivat kokea oman ammatillisen päätösvastuunsa samanlaisessa tilanteessa eri tavalla. Toisille ryhmä on tuki ja resurssi, toisille ryhmä on oman päätösvallan rajoittaja. Väittäisin, että tässä yhteinen käsitys moniammatillisesta yhteistyöstä auttaisi lainsäädännöllisen vastuun omaavaa lääkäriä hyödyntämään muiden ammattilaisten osaamista ja kokemaan heidät resurssina. Tutkijana jään myös miettimään, pitäisikö joko kehittää lainsäädäntöä vastaamaan paremmin yhteistyön tarpeita tai ainakin työyhteisössä pitäisi avoimesti keskustella tästä ristiriidasta, jonka lääkäri vastuuky-symyksessä kohtaa.

8.2.2 Yhteisvastuu

Kun asiantuntijuus on pirstoutunut yhä pienemmille omille osaamisalueille, ajatus yhteisvastuusta korostuu. Vastuun ottaminen koko tiimin toiminnasta on yksi tiimityön ydinasioita. Aineiston mukaan moniammatillisuuden idean toteuttaminen näyttää luovan tarpeen toisaalta asiantuntijoiden vastuiden selkiennyttämiseen, toisaalta myös entistä selkeämmin ymmärrettyyn yhteisvastuuseen. Potilaat ovat usein tutkimukseni toimintaympäristössä iäkkäitä, monisairaita ja moniaongelmaisia. Potilaan oma vastuu sairautensa hoidosta voi siksi jäädä varsin vähäiseksi, ja yhteisvastuu korostuu myös sen vuoksi.

Whitehead (2007) toteaa, että *kollektiivista kognitiivista* vastuuta esiintyy hyvin toimivissa tiimeissä. Näin on myös tämän tutkimuksen analyysin mukaan. Kyseiselle vastuumuodolle on oleellista, että vastuun ryhmän toiminnan onnistumisesta ymmärretään jakautuvan kaikille ryhmän jäsenille. Näin ymmärrettynä yhteisvastuun käsite soveltuu hyvin kuvaamaan moniammatillisen yhteistyön kollektiivista vastuuta. Päätökset ovat neuvottelujen ja kompromissien tuloksia keskusteluista, joissa joudutaan huomioimaan monenlaisia tekijöitä ja arvoja ja etsimään sen hetkiseen tilanteeseen optimaalista ratkaisua. Päätöksissä ei siis etsitä tieteen totuutta. Kun tavoite sitten asetetaan yhdessä, sen toteuttamisesta otetaan yhteisvastuu. Se on kollektiivista kognitiivista vastuuta. Seuraavat puheotokset kuvaavat vastuunottamista toisen asiantuntijan alueelta ja toisten mielipiteiden merkitystä päätöksiä tehtäessä.

”Pitää tietää ne oman osaston potilaat, että sitten itsekin tarttuu niihin asioihin ennen kuin on liian myöhäistä, ei lääkäri aina sitä huomaa vaan sitä itse näkee sen tarpeen.” (sh)

”Niin siis minulle lääkärille on tärkeää myöskin toisten mielipiteet, kun kuuntelen esimerkiksi omahoitajaa, kun hän on potilaan luona melkein ympäri vuorokauden, että tuntee potilaan paremmin kuin minä.” (lk)

Kun sijaisia on paljon ja he ovat vielä vaihtuvia, toimiva tiimi joutuu ottamaan kokonaisvastuuta joskus ammatillisia rajoja rikkoenkin.

” [- -] nykyään näitä sijaisia liikkuu, niin voi joutua ne omat niin kun asiantuntijarajatkin rikkomaan herkemmin kun muut ei tiedä, jos minä olen ainut vakkari töissä, minun on pakko niin kun sanoa muitten asioita ja minua se ei haittaa, se on sitä vastuullisuutta.” (sh)

Lääkäreiden vaihtuvuus on suurta tässä sairaalassa. Osastolla saattaa olla vaiheita, jolloin on erittäin tärkeää, että tiimi ottaa yhteisvastuuta lääkärin vaihtumisen aikana. Hyvin toimiva tiimi, jossa osaston lääkärit vaihtuvat usein, keskustelee yhteisvastuusta tällaisessa tilanteessa tähän tapaan.

”Minä oikeesti kyllä koen, että kyllä meidän täytyy niin kun kantaa se [vastuu] sen lääkärin vaihtumisen yli.”

”Meidän täytyy katsoa, että kaikki jatkuu vaikka lääkäri vaihtuu ja sillä on kuitenkin hoitovastuu.”

”Joo, se on ihan totta, että me joudutaan ottamaan varmasti sillä lailla vastuuta enemmän just sen takia.”

Kun tiimi ottaa yhteisvastuuta, sen koettiin vapauttavan voimavaroja ja luovan eräänlaisen turvaverkoston kaikille. Yhteisvastuullisuus antaa myös kaikille mahdollisuuden ja velvollisuuden seurata kokonaisuuden toteutumista ja huomauttaa ellei vastuuta oteta.

”Että kyllä se tiimi minun mielestäni kantaa siinäkin [kotiutuksessa] semmosen kollektiivisen yhteisen vastuun siitä ...niin joskus on sitten tämmösiä että huomaa, että joku asia ei tahdo edetä ja sitten pitää ikään kuin siinä tiimissä ikään kuin kolistella, että kuka ottaa nyt vastuun tästä asiasta.” (tt)

Moniammatillisen tiimityön yhteisvastuun koetaan velvoittavan tuomaan esiin oma näkökulma toisen ammattiryhmän asioista, vaikka puhuja käyttää puheotoksessa termiä jaettu vastuu. Ajatus yhteisvastuusta on rohkaissut joitakin ammatillaisia sanomaan oman näkökulman päätöksiä tehtäessä.

”Minusta se jaettu vastuu on kyllä sitä, että on se potilas ja kaikki yrittää sen parasta. Silloin ei ajatella, että onko toi asia tuon ammattiryhmän ja tämä asia tämän ammattiryhmän, vaan että me voidaan kuka mitäkin huomaa tuoda esiin ja sitten sitä yhdessä mietitään.” (lk)

”No, minä ehkä itse olen nyt vähän rohkeampi pitämään sen potilaan puolta, jos näkee sen parhaaksi. Että ennen ehkä antoi helpommin mennä että no olkoon, en minä niitä päätöksiä tee.” (h)

Tässä tutkimuksessa yhteisvastuullisuutta kuvaavaa puhetta esiintyi erityisesti tiimeissä, joissa oli hyvä keskinäinen luottamus ja jotka toimivat hyvin sekä oman arvionsa että tutkijan arvion mukaan. Silloin tiimiä kuvattiin usein turvaverkkona, joka huomauttaa mahdollisista virheistä ja ottaa näin yhteisvastuuta toiminnasta.

”Joo, aika paljon on meidän osastolla panostettu tuohon kirjaamiseen ja joiltakin pikku lipsahduksiltakin on säästyty kun on monta päättä yhdessä ja jaetaan sitä vastuuta niin lääkäriin päin ja päinvastoin [- -].” (sh)

8.2.3 Yhteenveto ja pohdintaa vastuujattelusta

Vastuuta käsittelevä tai sivuava keskustelu on aineistossa varsin runsasta. Vastuukysymyksiä sivuttiin monien aiheiden yhteydessä; erityisesti ne tulivat esiin, kun keskusteltiin rooleista ja päätöstenteosta. Roolit ja vastuut kietoutuvat yhteen ja realisoituvat päätöksentekotilanteessa. Analyysin mukaan vastuukysymyksiä - vastuun jakautumista tiimin eri toiminnoista ja yhteisvastuuta eli kollektiivista vastuuta - on syytä selkiinnyttää moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä. Analyysissä tuli esiin, että vastuuseen liittyvät peruskäsitteet olivat epäselviä. Ellei yhteisvastuun käsitettä määritellä riittävän selkeästi, siitä saattaa tulla moniammatillisen yhteistyön kompastuskivi. Vaikka yhdessä todetaankin, että jokainen asiantuntija kantaa vastuun omalta alueeltaan, ei synny riittävän selvää vastuun jakautumisen mallia. Jos esimerkiksi päätöksenteossa jokainen asiantuntija näkee asian vain oman vastuualueensa näkökulmasta eikä ole valmis tai riittävän osaava käymään keskustelua yhteisvastuullisesti, tilanne on hyvin ristiriitainen. Vastuualueita saattaa myös jäädä huomioimatta ja joissakin tilanteissa ammatillisen vastuun rajat ovat joustavia. Pitäisi siis selkiinnyttää:

- ammatillinen vastuu, joka voi ”reuna-alueilla” tarvittaessa olla joustavaa ja jota lainsäädäntö myös säätelee
- yhteisvastuu siitä, että kokonaisuus toimii
- erityisvastuut (esim. tiimin vetäjä, omahoitajuus jne.)

Samansuuntaisia tuloksia on tullut esiin muissakin tutkimuksissa. J. V. Virtanen (2011, 77) toteaa väitöskirjansa tuloksiin viitaten, että sairaalayhteisössä valta- ja vastuusuhteet ovat osin epämääräiset. Väitöskirjan aineisto on koottu julkisen erikoissairaanhoidon organisaatioiden johtajien haastatteluista. Epäselvyydet liittyivät hänen mukaan erityisesti esimiesasemaan, tilivelvollisuuteen ja työn jakoon. Kappaleessa 3.4 esiin tullut Scardimalian käyttöön ottama ja Whiteheadin siteeraama (2007) *kollektiivisen kognitiivisen vastuun käsite* soveltuukin tähän yhteyteen erittäin hyvin. Kollektiivisella vastuunotolla pyritään siihen, että työn kokonaisuuden onnistumiseksi kaikki huolehtivat ja ottavat vastuuta paitsi omasta osuudestaan myös prosessin toteutumisesta kokonaisuudessaan suunnitelmien mukaan. Jokaisella on oikeus ja velvollisuus tuoda osaamisensa ja tietonsa tiimin käyttöön ja seurata prosessin etenemistä. Yhteisvastuun toteutuminen ei aina ole yksinkertaista tällaisessa toimintaympäristössä, jossa lainsäädännöllinen vastuu on kuitenkin joissakin keskeisissä päätöksissä yhdellä professionilla. Kuten edellä esitetyistä puheotoksista kuuluu, moniammatillinen yhteistyö voi silloin olla joillekin uhka, ei mahdollisuus.

Kun vastuuta, päätösvaltaa ja rooleja jaetaan uudella tavalla, pitäisi siitä olla kaikilla yhteinen ymmärrys. Ellei näin ole, syntyy turhia ristiriitoja, sekaannusta ja valtataisteluakin. Kun lääkärillä on lainsäädännöllisesti vastuu sairaalaan ottamisesta ja kotiuttamisesta, hämärtyy ajatus yhteisvastuujatusta myös muiden asiantuntijoiden näkökulmasta. Paetaan lääkärin selän

taakse: ”ei meidän tarvitse välittää, lääkäri kantaa kuitenkin tulosvastuun”, ja näin yhteisvastuuta ei pääse kehittymään. Tässä tarvitaan ehkä myös lainsäädännöllistä uudistamista. Lindfors (Kaskisen haastattelu 2011) toteaa artikkelissa, joka liittyy hänen lääkäreiden työhyvinvointia käsitelleeseen väitöskirjaansa, että lääkärit pakotetaan ottamaan tulosvastuuta, mikä on vastoin heidän arvomaailmaansa. Tällainen tilanne altistaa helposti ihmissuhderistiriidoille tiimissä, ellei tiimi osaa keskustella asiasta ja ottaa yhteisvastuuta. Lindfors tuo esiin hyvän tiimin merkityksen työssä jaksamiselle.

Whitehead (2007, 1010 - 1016) pohtii artikkelissaan ”The doctor dilemma in interprofessional education: how and why will physicians collaborate” myös tätä ongelmaa, toisesta tärkeästä näkökulmasta. Kun lääkärinkoulutuksessa opetetaan ottamaan yksilöllistä vastuuta, yhteisvastuun ajatus voi tuntua jopa omaa asemaa uhkaavalta. Aineiston esimerkeissä tulee esiin myös lääkärin mielipiteen liiallinen kunnioitus: kun lääkäri on kuitenkin vastuussa ja hän on eri mieltä, ei minun kannata kommentoida. Lääkärin mielipidettä voidaan arvostaa niin, ettei omaa käsitystä uskalleta esittää. Näin mahdollisesti tärkeä erilainen näkökulma jää tulematta ilmi. Saatetaan myös mennä lääkärin selän taakse, kun esitetään ikävä päätös, vaikka päätös olisikin yhteinen. Kun tehdään yhdessä päätöksiä ja pyritään yhteisvastuuseen, tarvitaan myös taitoa kyseenalaistaa rakentavasti toisen esittämiä ajatuksia ja sietää toisten kyseenalaistuksia. Toisen ammattilaisen esittämiä mielipiteitä voi ja tuleeekin kritisoida, kun etsitään parasta mahdollista ratkaisua. Taitava keskustelu ja dialogi ovat moniammatillisessa yhteistyössä tärkeitä taitoja kaikille ammattilaisille myös vastuukysymysten näkökulmasta.

Toinen tärkeä tutkimuksessani esiin tuleva näkökulma vastuuseen on keskinäinen *luottamus*. Aineistosta tulee esiin, että syvempi luottamus vaatii yhteisiä kokemuksia. Terveystieteiden yhteistoiminnassa yhteisvastuu ja keskinäinen luottamus ovat erityisen tärkeitä, koska jonkun laiminlyönti tai unohtus tai virhe voi olla potilaalle kohtalokas. Jos työtoverit vaihtuvat jatkuvasti, syvällisempi luottamus ei pääse kehittymään. Niissä tutkituissa tiimeissä, jotka itsearviointin ja oman arvion mukaan ovat hyvin toimivia, henkilökunta on ollut suhteellisen pysyvää ja yhteisvastuun onnistuu niissä hyvin. Tutkimukseni aineiston mukaan yhteisvastuu ja luottamus kietoutuvat yhteen. Dirks ja Ferrin (2001) tutkimuksessa tuli myös esiin, että ryhmässä olevat energiat voivat suuntautua joko ryhmän tai yksilön päämääriin riippuen luottamuksen tasosta. Korkean luottamuksen tasolla pyritään hyviin yhteisiin suorituksiin. Tietoa halutaan jakaa ja integroida ryhmässä ja mahdollinen ristiriita ratkaistaan rakentavasti keskustellen. Seuraavassa vielä tiivistelmä ja yksinkertaistus pääkohdista.

Perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli

- jokainen hoitaa oman osuutensa ja vastaa vain siitä
- ”toisten vastuualueet eivät kuulu minulle”- ajattelu
- ei ole syytä kommentoida toisen vastuulla olevia asioita

Moniammatillisen yhteistyön malli

- jaettu näkemys yhteisvastuusta
- erillisiä laajempia vastuualueita tiimin toiminnassa on määritelty ja sovittu erikseen

- päätöksenteossa ja toteutuksessa on oikeus ja velvollisuus tuoda esiin oma näkökulma
- paitsi omasta alueestaan jokainen vastaa kokonaisuuden onnistumisesta ja toteuttamisesta

8.3 Yhteisen tiedon luominen

Monitieteisyyden taustallaan on ollut kritiikki tiedon organisoitumista kohtaan; tietoa on liian pirstaleista. Yhteisen tiedon muodostaminen - ei vain kokoaminen yhteen vaan yhdessä prosessointi – on siis keskeinen osa asiantuntijatyötä ja sen kehittämistä. Se osoittautuu kehittämishaasteeksi ainakin osassa tiimejä. Analyysin mukaan kommunikointiosaaminen on varsin tärkeä tekijä yhteisen tiedon prosessoinnissa. Kommunikointitaidolla tarkoitan tässä ensinnäkin reflektiivisen asiantuntijuuden taitoja; ymmärrystä moninäkökulmaisuuuden merkityksestä yhteistä näkemystä muodostettaessa ja kykyä taitavaan keskusteluun ja dialogiin. Lisähaasteena on kirjattu tieto, sen riittävän helppo saatavuus ja tekstin ymmärrettävyys toisille ammattilaisille. Yleensä kirjattu tieto on nykyisin sähköisessä muodossa, mutta tutkimuksen mukaan kuitenkin joskus hyvin vaikeasti ja työläästi löydettävissä. Tavassa kirjata tietoa näyttäisi olevan kehitettävää. Ilmaisun tulisi olla kaikille asiantuntijoille ymmärrettävässä muodossa ja oleellisiin seikkoihin keskittyvää. Sujuva tiedonvaihto - myös epävirallinen - koetaan tärkeäksi osaksi nopeaa ja joustavaa yhteisen tiedon luontia.

Aineiston mukaan joillakin aktiivisilla osastoilla on kehitteillä uusia käytäntöjä moniammatillisuuden yhteiselle tiedonmuodostukselle. Niitä oli tutkimushetkellä kokeiluna käytössäkin. Tällaisia oli esimerkiksi minitiimi, jossa valmistellaan kuntoutus- tai hoitokokousta ja moniammatillinen aloituspalaveri, joka pyritään järjestämään kahden päivän kuluessa potilaan saapumisesta. Osa perinteisistä käytännöistä, kuten lääkärinkierro, on edelleen käytössä. Kommunikointi vanhoissa käytännöissä vaatii kuitenkin kehittämistä niin, että se vastaisi kokonaisvaltaisen tiedonmuodostuksen ja tiedon prosessoinnin tavoitteita. Yhteinen näkemys siitä, millaiset tapaamiset ja millainen dokumentointi ovat tarpeellisia, on vielä puutteellinen. Kirjaamista ja kirjatun tiedon käyttöä ollaan parhaillaan kehittämässä, mutta tiedostojen hajanainen sijainti ja vaikea pääsy eri tiedostoihin aiheuttavat edelleen ongelmia.

Tässä tutkimuksessa tarkoitan yhteisellä tiedon luomisella asiantuntijoiden, ammattilaisten sekä tarvittaessa potilaan ja hänen läheistensä yhdessä muodostamaa kokonaisnäkemystä. Sen pohjalta luodaan yhdessä tavoitteet joihin pyritään ja jokainen huolehtii ja vastaa osuudestaan ja kokonaisuuden toteutumisesta. Tarvittava tieto on - teoriaosan terminologialla ilmaistuna - fyysisesti ja sosiaalisesti hajaantuneena tiedostoihin ja eri henkilöille. Kommunikoinnin tulisi olla sellaista, että kaikkialla oleva tieto sekä kaikkien taidot ja osaaminen saadaan yhteiseen käyttöön. Moniammatillisen yhteistyön ideahan on, että kokoamalla kaikkien ammattilaisten tieto potilaasta pyritään muodostamaan kokonaisvaltaisen, kaikki eri näkökulmat yhdistävä käsitys (Housley 2003, 8 - 13). Tiedon kokoamisessa voi olla mukana maallikoita esimerkiksi asiakkaita, potilaita, ja omaisia. Saaren – Seppälä (2006) ja Parviainen (2006) käyttävät tällai-

sesta tiedosta myös termiä kollektiivinen tieto ja kollektiivinen tietovaranto. Kollektiivinen tieto on enemmän kuin se tieto, mihin asiantuntijat yksilöinä pystyisivät, se on eri asiantuntijoiden tiedon palasista rakentuva kokonaisuus.

8.3.1 Erilaiset tapaamisfooromit

Tapaamisfooromit tarkoittavat tässä tutkimuksessa tapaamisia, joissa asiantuntijat ja mahdollisesti potilas, hänen läheisensä sekä muut tapaukseen liittyvät henkilöt kohtaavat kasvokkain ja vaihtavat tietojaan sekä pyrkivät luomaan yhteistä näkemystä. Tapaamiset ovat tärkeitä yhteisen tiedon prosessoinnin ja tavoitteen rakentamisen paikkoja. Niitä mainitaan haastattelussa monia. Tärkeimmiksi nousevat selvästi kuntoutuskokous, jossa vain moniammatillisen tiimin asiantuntijat ovat läsnä sekä hoitokokous tai kuntoutustiimi, jossa potilas ja mahdollisesti läheinen ovat myös paikalla. Kokoontumisten nimiä on pyritty yhtenäistämään, mutta eri osastoilla käytetään vielä erilaisia nimityksiä näille tapaamisille, mikä aiheuttaa sekaannusta. Kun kysyn ylihoitajilta keskusteluun johdattelevan kysymyksen ”Missä moniammatillinen yhteistyö arjessa parhaimmillaan näkyy?”, he mainitsevat juuri kuntoutuskokouksen.

”Kuntoutuskokous, se on hyvä esimerkki, siinä nämä kaikki asiantuntijuudet yhdistyy, se on tosi hedelmällinen.” (yh1)

Omaa puheenvuoroa kuntoutuskokouksessa pidetään tärkeänä. Yhteisen ja kaikkien ymmärtämisen kielen käyttö ei aina vielä onnistu - asiantuntijoiden on vaikea luopua ammattiterminologiastaan. Ilmapiiriltään avoimessa tiimissä palaute kuitenkin auttaa kehittämään asiantuntijoiden ilmaisua, ja toisten osallistujien tarkentavat kysymykset ovat mahdollisia. Hyvin toimivassa tiimissä opetellaan myös yhteistä kieltä asiantuntijan oman alan esittelyn avulla.

”Kuntoutustiimissä meillä on kaikilla oma puheenvuoro, että siinä voi kertoa, mitä esimerkiksi toimintaterapiassa on tehty.” (tt)

”Kyllä minä välillä saan niin kun sellaista palautetta, että minua ei aina ymmärretä tai että minun sanat on semmosia. Joskus olen pitänyt esitelmän siitä mitä neuropsykologi tekee [- -].” (psyk)

”Ei tietenkään kaikkea voi aina ymmärtää mutta se on hyvä, että täällä voi aina kysyä.” (sh)

Luottamus toisen asiantuntijuuteen vaikuttaa myös kielenkäyttöön tiimissä. Jos luottamusta on, ei ole tarpeen korostaa omaa asiantuntijuutta vaikeilla ammattitermeillä. Puhekatkelma pitkään yhdessä työskennelleen toimivan tiimin keskustelusta kertoo ammattiterminologian käytöstä ja luottamuksen merkityksestä siinä.

”Ei kun minun mielestä se on niin kun vähentynyt se terminologialla leikkiminen [- -] olisko se tavallaan että me nyt luotetaan siihen jokaisen asiantuntemukseen niin, ettei tarvitse sitä tuoda joka kohdassa esiin.” (sh)

Sen keitä asiantuntijoita on läsnä kokouksissa, tulisi joustavasti vaihdella osaston potilaiden tarpeiden ja ammattilaisten resurssien mukaan. Tämä ideaalinen malli ei kuitenkaan aina toteudu. Kaikki tarpeelliset henkilöt eivät aina ole paikalla. Kuka toimii kokouksen puheenjohtajana ja kuka sihteerinä vaihtelee tiimeittäin ja se kertoo myös muutoksesta. Aikaisemmin puheenjohtaja oli aina ennalta määritelty. Myös sosiaalityöntekijän mukanaolo yhteisessä

tiedonmuodostuksessa koetaan puolin ja toisin erittäin tärkeäksi. Hän työskentelee tavallaan osaston ulkopuolella, ja kasvokkain tapaaminen sekä tiedonvaihto jäävät hänen kanssaan muuten vähäisiksi. Sosiaalityöntekijät kokevat näin myös säästyvän aikaa, kun he tapaavat kaikki ammattilaiset yhdellä kertaa.

”Yhteiset viikottaiset kuntoutuskokoukset niin se on niin kun semmonen selviytymiskeino.” (st1)

”Sosiaalityöntekijän vinkkelistä eritoten niin on just se, että aika mikä menee tiimiin (kuntoutuskokoukseen) niin saattaisi mennä moninkertainen aika sillä, että kävisi kaikki ne keskustelut erikseen” (st2)

Mahdollisimman nopealle yhteiselle tiedonmuodostukselle ja moniammatillisen yhteistyön edelleen kehittämiseksi on joillakin aktiivisilla osastoilla erilaisia uusia kokeiluja. Yksi tällainen on *moniammatillinen aloituspalaveri*, joka pyritään järjestämään kahden päivän kuluessa potilaan saapumisesta. Uudessa *minitiimissä* taas valmistellaan kuntoutus- tai hoitokokousta.

”Meillä on pyritty mahdollisimman nopeasti käynnistämään sitä yhdessä tekemistä ja potilaiden tavoitteiden löytymistä. Että kun potilas tulee niin me pyritään seuraavana päivänä heti pitämään tämmönen, mitä me sanotaan moniammatilliseksi aloituspalaveriksi, joka tapahtuu siinä potilaan vuoteen vierellä.” (sh1)

”[- -] eräs osastonhoitaja, joka on hyvin kiinnostunut tästä [moniammatillisesta yhteistyöstä], niin hän sanoi että hänellä on nyt se tavoite saada jokainen asiantuntija niin kuin yhdessä tekemään se hoitosuunnitelma potilaan parhaaksi mahdollisimman pian.” (yh2)

”Nythän se viimeinen (uusi kokeilu) on se minitiimi, joka kokoontuu ennen varsinaista kuntoutustiimiä niin se on tämän syksyn, että ainahan ne elää ja muuttuu niin kuin kuuluukin.” (sh2)

Minitimeissä ennen potilaan ja omaisten ym. verkostonedustajien tapaamista asiantuntijat käyvät oman alustavan keskustelunsa. Näin pyritään helpottamaan ja nopeuttamaan hoitokokouksen asioiden käsittelyä. Kun sitten potilas ja mahdollisesti omaisia on läsnä kokouksessa, tulee heidän äänensä mukaan keskusteluun. Maallikon ei ole helppoa olla tasavertaisessa keskustelussa asiantuntijoiden kanssa erityisesti, jos asiantuntijoilla on vahva yhteinen näkemys (Billig ym. 1988). Vaikka keskustelussa pyrittäisiinkin tasavertaisuuteen, tasavertaisuus ei välttämättä toteudu. Tilanne on aineiston analyysin mukaan vaikea potilaalle ja omaisille.

”Olen pyrkinyt sanomaan omaisille kun on menty kokoukseen, että puhukaa rohkeesti ja kysykää rohkeesti että se jää helposti ainakin sellaisilla arimilla.” (sh)

”Joskus kun tietää, että kuntoutujalla olisi näitä asioita ja hän ei saa niitä sanottua tulee siinä tiimissä rohkaistua kuntoutujaa” (ft)

Tällaista kuntoutujan/potilaan tai omaisen rohkaisemista mukaan keskusteluun Bäckman (2008) kutsuu *”kalasteluksi”* väitöskirjassaan, jossa hän tutki moniammatillista työkykyarviointia diskursiivisesta näkökulmasta. Tutkimukseni asiantuntijat näkivät tärkeänä kehittämisen kohteena potilaan/kuntoutujan ja omaisen äänen kuulemisen ja mukaan saamisen yhteisen tavoitteen luomiseen. Alla olevat puheotokset ovat eri tiimeistä, kun ne miettivät kehitettävää yhteisessä tiedonmuodostuksessa.

”No ehkä mitä sinäkin sanoit ja muutkin että just tämä, että meidän potilas useammin mukaan tähän päätöksen tekoon.” (sh1)

”Semmosta kehitettävää on varmaankin just se, että millä tavalla otettaisiin just tätä potilasta/kuntoutujaa ja tota omaisia tähän vielä niin kun voimakkaammin mukaan.” (sh2)

”[- -] kyllä minun mielestäni niin kun ehdottomasti on hirveen paljon korjaamista siinä, että aidosti ja oikeesti pystyttäisiin niin kun kuuntelemaan potilaan ja omaisen tahtoa, joka viime kädessä on kuitenkin semmonen, mikä meidän työtä pitää ohjata.” (lk)

Kuten edellä on tullut esiin, yhteisen tiedonmuodostuksen paikkoja on varsin runsaasti. Asiantuntijoiden aika ei tahdo aina riittää, kun uudet ja vanhat kokoontumiskäytännöt toimivat rinnakkain. Yhteistyötä on syytä arvioida kokonaisuutena. Tarvitaan valintoja ja sopimista toimivista käytännöistä yhteisen tiedon luomiseen. Lääkärinkierrot ovat uusien yhteistyötapojen ja niukkojen aikaresurssien vuoksi muutos- ja kehittämispaineiden kohteena.

”Meillä on joitakin osastoja, missä hoitajat ei suostu tulemaan lääkärikierrolle mukaan [- -] (lk)

”Minä tykkäisin käydä kierrolla, jos resursseja olisi enemmän.” (tt)

”Mikään kiertokaan ei ole niin hyvä kun tällainen tiimi, että näin minun täytyy sanoa.” (lk)

Ellei yhteisiä tiedonkeruun ja prosessoinnin paikkoja ja tapoja ole sovittu, syntyy turhia ristiriitoja ja vastakkainasetteluja. Joidenkin osastojen kehittämät kaikkien ammattiryhmien yhteistyön käytännöt voisivat toimia esimerkkeinä. Vanhoissa tapaamiskäytännöissä, esimerkiksi lääkärikierrolla, kommunikoinnin käytäntöjä on syytä arvioida uudelleen.

”Meillä on siinä kierrossa varmaan jotain semmoista, mitä täytyy miettiä että miten se tehtäisiin niin että se lähtisi menemään yhtä hyvin kuin tämä tiimi.” (lk)

8.3.2 Kirjattu informaatio ja epäviralliset keskustelut

Kirjattu informaatio on fyysisesti hajautunutta tietoa. Sähköisen kirjaamisen tavoitteena on antaa asiantuntijoille sujuva pääsy muiden asiantuntijoiden kirjaamiin tietoihin ja helpottaa sekä nopeuttaa tiedon saantia ja yhteisen tiedon luomista. Sähköinen tiedonvaihto mahdollistaa hyvin toimiessaan nopean asiakasta koskevan tiedon kokoamisen yhteen ilman asiantuntijoiden tapaamista.

Samaan aikaan tutkimukseni kanssa sairaalassa oli meneillään projekti, jossa kirjaamista kehitettiin. Monilla osastoilla on siirrytty ns. hiljaiseen raportointiin, kun tarpeelliset tiedot löytyvät nyt sähköisesti kirjattuina. Tutkimuksen mukaan siihen liittyi kuitenkin ristiriitaisia kokemuksia. Toisaalta sen merkitystä arvostettiin tiedon dokumentoinnissa ja jakamisessa kaikille samalla tavalla. Lisäksi pidettiin tärkeänä ajan säästöä, kun suullisesta raportista luovutaan. Sähköinen kirjaaminen tekee tiedon kaikille tiimin jäsenille avoimeksi. Tämän koetaan erityisesti vaihtuvan henkilökunnan takia lisäävän potilaan turvallisuutta.

”Mutta kyllähän se sillä tavalla on tullut tehokkaammaksi, sitten kun ennenhän oli niitä tunnin kestäviä raportteja missä kerrottiin kuka on käynyt suihkussa, kuka syönyt kuka ei ole.” (sh1)

”Ehkä se on tavallaan tämä tietokonekirjaaminen niin kaikki on niin näkyvää, kaikki virheet ne kyllä huomataan aika nopeasti, että se on semmonen turvaverkkokin.” (sh2)

Toisaalta negatiivisena puolena on aineiston analyysin mukaan se, kun tietoa on kirjattuna niin paljon ja niin monessa eri paikassa, että oleellisen tiedon löytäminen nopeasti on vaikeaa. Tiedonvaihto yli organisaatorajojen on myös rajoittunutta. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon tietoihin on tutkimushetkellä pääsy vain lääkäreillä. Sosiaalityöntekijällä ei ole pääsyä sosiaaliviraston tietojärjestelmään. Erityisesti lääkäreiden puheessa tuli esiin ongelmana se, että tietoa on kirjattuna niin monessa eri paikassa. He toivat esiin myös paljon aikaa vaativan kommunikoinnin tietokoneen kanssa, heidänhän täytyy lukea kaikkien tekstit. Runsaasta ja monisanaisesta tiedosta oleellisen löytäminen niukan ajan puitteissa koetaan vaikeaksi. Kirjauksissa esiintyy päällekkäisyyksiä ja vaikeasti tulkittavaa, runsaasti ammattikieltä sisältävää tekstiä, jonne ydinasiat helposti hukkuvat. Koetaan myös, että yhteisen tiedon luomisen innovatiivisuus, joka syntyy kasvokkain keskustellessa, ei tule tekstejä lukiessa käyttöön.

”Meidän lääkärikin tykkää kysyä meiltä jotka ovat hoitaneet, että kerro nyt vähän nopeasti, kun tätä tekstiä on täällä niin hirveesti, että hän ei saa sitä ydintä sieltä.” (h)

”Niin, että se menee se kommunikaatio niin kun tekstin välityksellä, niin se ei ole kauheen luovaa, kun luetaan toisen tekstejä että rivien välistä yritetään arvailla, että siinä tavallaan se tiimityön innovatiivinen voima kärsii.” (lk)

Välineiden eli tietokoneiden vähyys vaikeuttaa myös tiedon kirjaamista ja kirjatun tiedon lukemista joillakin osastoilla. Kun ajan puute rajoittaa kirjatun tiedon etsimistä ja käyttöä, silloin epäviralliset nopeat tiedonvaihdot kasvokkain ovat erityisesti tarpeellisia. Tällaiset keskustelut mahdollistuvat aineiston mukaan silloin, kun ilmapiiri oli riittävän avoin ja eihierarkkinen. Nopeaa tiedonvaihtoa salliva, avoin ilmapiiri on osastoilla, jossa on toimiva tiimi.

Fyysisten tilojen merkitys tulee esiin epävirallisessa tiedonvaihdossa. Mitä lähempänä asiantuntijat työskentelevät, sitä helpompi on nopeasti vaihtaa tarvittavaa tietoa. Näin puhuu kokemuksestaan fysioterapeutti, jonka työtilat ovat siirtyneet osaston yhteyteen ja nuori lääkäri, joka on tullut terveystieteiden sairaalaan:

”Niin nyten minä olen siellä puoli kahdeksalta ja minä olen sitten siinä, niin tuota on tullut palautetta että sujuu helpommin yhteistyö, kun te olette koko ajan tässä.” (ft)

”...on täällä moniammatillisempaa kuin ainakin siinä terveystieteiden sairaalassa jossa olin. Kyllä se informaatio täällä kulkee paremmin, kun näkee nokakkain ihmisiä. Niin on nää tiimit ja sitten tietysti kun täällä voi koska tahansa mennä nyhtäisemään jotain fysioterapeuttia tai hoitajaa hihasta ja mennä kysymään.” (lk)

8.3.3 Kommunikaatio

Tiedon ja osaamisen yhdistäminen ei aina näytä onnistuvan, vaikka sopivia tapaamisfoorumeita on olemassa ja kehitetään. Se miten kommunikaatio niissä toimii, onkin oleellista potilaan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen tiedon kokoamisessa ja yhteisen tavoitteen asettamisessa-

sa. Perinteisesti sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmillä ja erikoistumisaloilla on erilainen status ja ammatillinen kulttuuri (Sinkkonen 1988; Saaren - Seppälä 2006; Virtanen 2011). Sellaisessa ympäristössä kaikki ammattiryhmät eivät välttämättä osaa arvostaa oman osaamisen ja tiedon merkitystä, eikä sitä välttämättä uskalleta tuoda esiin. Henkilön status hierarkiasa voi vaikuttaa siihen, tuleeko hänen hallussaan oleva tieto yhteiseen käyttöön. Kokemus voi antaa statusta ja rohkeutta esittää omia mielipiteitä, kuten hiukan iäkkäämpi sairaanhoitaja seuraavassa tuo esiin.

”Mutta onko siinä vähän sitten persoonakohtaista, nykyään uskaltaa tämän ikäisenä aukaista suunsa [kuntoutuskokouksessa], en tiedä jos kysyisi nuoremmalta niin mitenkä olisi.” (sh1)

”Olen minä kuullut sitten just nuoremmilta semmosta kommenttia, että ei taho mennä [kuntoutuskokoukseen] etten minä nyt niin kun, että kokee että ei uskalla sanoa siellä mitään.” (sh2)

”No, esimerkiksi hoitajan osuus olis’ hirveän tärkeä mut’, ainaki meidän tiimissä aika usein hoitaja saattaa olla aika hiljainen, vaikka olisi paljon oleellista kerrottavaa.” (lk)

Kokousten/tiimien puheenjohtajan rooli korostuu tiimin kommunikaatiossa. Joissakin kokouksissa, esimerkiksi kuntoutuskokouksessa, puheenjohtaja saattaa toimia niin, ettei anna muille ammatillisille tilaa tuoda mielipiteitään esiin. Toisaalta keskustelu saattaa päästä liikaa rönsyilemään, jos puheenjohtaja ei toimi riittävän jäämäkästi. Resurssit ovat niukat, ja silloin kokoukset helposti koetaan turhaa aikaa kuluttaviksi.

”Jos siellä on joku semmonen vahva persoona ja puhelias niin se saattaa niinkun ottaa eräänlaisen johtoaseman siinä ja viedä tilaa ja kuitenkin aika on rajallista niin ei jää aikaa siihen, että yhdessä pohdittaisiin, että joskus on tämmöstä mutta parempaan on menty.” (st)

Oli puheenjohtaja minkä ammattiryhmän edustaja tahansa, se kuinka hän osaa hyödyntää kaikkein osaamista, vaikuttaa merkittävästi kaiken tarpeellisen tiedon kokoamiseen. Tiimin vetäjällä tulisi olla jaetun johtajuuden osaamista. Joillakin osastoilla puheenjohtajalla on sitä, ja silloin ilmapiiri on vapaa, salliva ja kaikkien äänet tulevat mukaan keskusteluun.

”Täytyy sanoa meidän seniorilääkärille kiitokset, hän on ollut pitkään ja on semmonen joka huomioi kaikki ja ottaa huomioon että jokainen saa tuoda sen mielipiteensä esiin.” (h)

Toisenlaisessa tiimin vuorovaikutusilmastossa epävarman ammatillaisen ääni jää helposti kuulematta.

”Jos siellä on siinä tiimissä ihminen, joka kokee ehkä olonsa epävarmaksi, eikä uskalla tuoda sitä mielipidettä selkeästi esiin, niin ainakin siellä meidän tiimissä hänet kovin helposti jyrätään sitten.” (ft)

Kun aikaresurssit ovat niukat, jokaisen ammatillaisen motivoituneisuus ja valmistautuminen tapaamisiin on tärkeää. Muuten kokoukset koetaan liikaa aikaa vieviksi ja turhiksi. Kun työtä on paljon ja henkilökuntaa niukasti, silloin turhana koetut kokoontumiset jäävät helposti väliin. Näin käy, jos niiden merkitystä yhteisen tiedon luomisessa ei oivalleta, tai kokouksessa ei käsitellä työn kannalta relevanttia tietoa. Kokouksiin tarvitaan selkeitä, kaikkien tuntemia ja noudattamia toimintatapoja.

”Että ei jäädä jaarittelemaan ja sillä tavalla yritetään pitää [kuntoutuskokous] aika mahdollisimman lyhyenä mutta kuitenkin niin, että tärkeät asiat tulee käsiteltyä [- -].” (st)

”Toivoisi, että kaikki tiimin jäsenet valmistautuisivat siihen [kuntoutuskokoukseen] mahdollisimman hyvin.” (tt1)

”Kun ihmiset tulee tiimiin, ei tiedetä mitä piti sanoa, tai jopa unohdetaan tulla tiimiin.” (tt2)

Uudet työntekijät ja sijaiset eivät aina tunne riittävästi potilastapauksia eivätkä välttämättä tiedä kokousten toimintatapoja. Joissakin tiimeissä, joiden asiantuntijat ovat pitäneet kokouksia tehokkaina, on tehty kirjallisia ohjeita toimintatavoista. Ne ovat sitten sijaisten ja uusien työntekijöiden käytettävissä. Näin kokousten toimivaa kommunikaatiota pyritään pitämään yllä henkilöstön vaihtumisesta huolimatta.

Aineistossa kuuluu usein lause ”nyt täytyy osata neuvotella”. Neuvottelutaidolla viitataan taitoon ilmaista selkeästi mielipiteensä, perustella se tarvittaessa ja kuunnella toisten mielipiteitä ja perusteluita, - siis teoriaosassa (luvussa 3.3.2) kuvattuihin *taitavan keskustelun ja dialogin taitoihin*. Neuvottelutaidon tarve tulee esiin suhteessa toisiin asiantuntijoihin, potilaisiin, omaisiin sekä verkostossa toimiviin, kuten esimerkiksi kotihoitoon.

”Ja niin kun minun mielestä se on sitten kumma kyllä semmonen persoonakohtanen kysymys, että minä olen kokenut, että semmonen neuvotteleva asenne kyllä onnistuu lähes kaikkien kanssa.” (sh1)

”Mutta kyllä me sitten jotenkin koetetaan perustella, että kyllä me on niin kun saatu sovittua asiat, kyllä minä voin pyytää että perustele miksi.” (oh)

Taitavan keskusteluun ja dialogiin pyrkiminen on tärkeä taito myös omaisten kanssa kommunikoidessa ja yhteisen näkemyksen muodostamisessa.

”[- -] onneksi iän vai ammattitaidon myötä niin harjaantuu semmoseen neuvotteluun.” (sh)

”Omaisella saattaa olla toisenlainen käsitys [- -] ja kyllä se joskus todellakin vaikea löytää semmosta neuvotteluratkaisua, joka kaikkien mielestä olisi sitten paras.” (st)

Kommunikaatio-ongelmaksi koetaan se, ettei yhteisissä kokouksissa tehtyjä päätöksiä aina noudateta tai niitä muutetaan ilman, että kaikki päätöksentekoon osallistuneet saavat vaikuttaa muutokseen tai saavat edes tietoa siitä.

8.3.4 Yhteenveto ja pohdintaa yhteisen tiedon luomisesta

Tutkimukseni mukaan yhteisen tiedon ja tavoitteiden luominen ja toimiva kommunikointi nivoutuvat kiinteästi yhteen. Varsin oleellista näyttää olevan se, että on kaikkien asiantuntijoiden kesken yhdessä sovittu toimintamalli tiedon keräämiselle. Ellei sellaista ole, eri ammattiryhmien arvostamat erilaiset kokoontumiset vievät niukkoja aikaresursseja ja aiheuttavat ristiriitoja. Uusia yhteistyömuotoja on pyritty kehittämään. Vanhoja kokoontumiskäytäntöjä on edelleen toiminnassa. Vanhat foorumit voivat toimia yhteisen tiedon luomisessa, kunhan moniammatillisesti toimivista käytännöistä on sovittu yhdessä. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että ainakin joillakin osastoilla eri ammattiryhmät kilpailevat siitä, mitkä tapaamiskäytännöt

olisivat sopivimmat. Esimerkiksi lääkärinkierto saatetaan joillain osastoilla kokea liian lääkärikeskeiseksi, vaikka sen toteutus voi olla taas toisilla osastoilla hyvinkin joustava ja moniammatillisuuden näkökulmasta toteutettu.

Lisäksi tarvitaan yhteisen näkemyksen muodostamiseen *taitavan keskustelun ja dialogin taitoja*. Haastateltavat kutsuvat näitä taitoja *neuvottelutaidoiksi*. Kokoontumisten tulisi olla sellaisia, että kaikki osallistujat saavat niissä mahdollisuuden tulla kuulluksi, esittää oman näkemyksensä ja tietoa prosessoidaan aidosti yhdessä. Potilaan ja omaisen ottaminen mukaan keskusteluun tasa-arvoisena osapuolena on suuri haaste. Billig ym. (1988, 65 - 68) argumentoi, että maallikon tasa-arvoinen keskustelu asiantuntijatiimin kanssa on vaikeaa, jopa mahdotonta. Asiantuntijat voivat käyttäytyä ystävällisesti, mutta heidän auktoriteettiasemansa säilyy. Potilaan asema on ristiriitainen, koska hän on riippuvainen asiantuntijoista. Toisaalta Bereiter ja Scardamalia (1993) argumentoivat näin syntyvän vallan olevan tasa-arvoisempaa ja vain asiantuntijuuteen perustuvaa valtaa.

On haastava kysymys, kuinka keskusteluilmapiiri saadaan riittävän avoimeksi niin, että kaikki uskaltavat siihen mukaan. Vanha hierarkkinen malli voi olla mentaalisenä mallina ja esteenä kehitykselle, kuten puheotoksista saattaa kuulla. Kokousten ja tapaamisten jatkuva arviointi ja kehittäminen niin, että kaikki ammattiryhmät ja mahdolliset omaiset kokisivat tapaamiset tarpeellisiksi, on tärkeä osa kehittämistyötä. Jos yhteisen tiedon muodostuksen käytäntöjä ei ole kehitetty yhdessä, kaikki asiantuntijat eivät välttämättä ymmärrä niiden merkitystä. Kun aikaresurssit ovat niukat, tapaamisista tulee helposti liian kiireisiä ja valmistelemattomia. Ne koetaan silloin luonnollisesti turhauttavina.

Moniammatillisten yhteistyökokousten puheenjohtajan rooli edellyttää sellaista johtajuusosaamista, jota asiantuntijoilla ei aina ole. Vanhat kokouskäytännöt ja mentaaliset mallit ohjaavat vielä kokoustoimintaa joillakin osastoilla. Silloin yhteinen tiedonmuodostus ei onnistu, vaan paljon tarpeellista jakamatonta tietoa jää tulematta yhteiseen käyttöön. Kuten aineistosta on tullut esiin, puheenjohtajan rooli on tärkeä. Hän voi vahvistaa erilaisten näkökulmien esiin tulemistä ja huomioimista tai estää erilaisten näkökulmien esiin pääsyn. Ilmapiiriltään riittävän vapaa keskustelu ja erilaisten mielipiteiden käsittely onnistuu tämän aineiston mukaan parhaiten ei-hierarkkisessa, kaikkien osaamista huomioivassa ja kunnioittavassa sekä luottamuksellisessa ilmapiirissä. Sellaisen ilmapiirin luomiseen tarvitaan uutta osaamista.

Suuri haaste on vielä kirjaamisen kehittäminen sellaiseksi, että se aidosti tehostaa kollektiivisen tiedon kokoamista ja organisaation rajojen ylityksiä. Tutkimuksen tekohetkellä kirjaaminen kuvastuu yhteistyön näkökulmasta toisaalta tärkeänä, mutta toisaalta liian paljon aikaa ja huomiota vievänä. Usein toistunut kommentti on myös, että ”face to face tapaamisia ei korvaa mikään”. Kasvokkain tapahtuvien tapaamisten merkitystä korostavia tutkimustuloksia löytyy muitakin. Erityisen tärkeänä niitä pidetään yhteistyötaitojen opiskeluvaiheessa (mm. D’Eon 2004). Tämän tutkimuksen aineiston mukaan niissä koetaan parhaimmillaan syntyvän luovia ratkaisuja monimutkaisiin ja moniongelmaisiiin potilastapauksiin.

Sovitut tapaamiskäytännöt ja kommunikaatio ovat osoittautuneet tärkeiksi aikaisemmissakin tutkimuksissa (mm. Houseley 2003; Payne 2000; Suter ym. 2009). Gaboury ym. (2009) toteivat myös moniammatillista yhteistyötä käsittelevässä tutkimuksessaan, että mahdollisuus osaamisen ja potilasta koskevan tiedon vaihdolle on primääriehdoiksi tehokkaalle moniammatilliselle tiimityölle. Toiseksi keskeiseksi tekijäksi toimivalle yhteistyölle osoittautui kommunikaation laatu ja useus. Kanadalainen tutkijaryhmä (MacDonald ym. 2010) nostaa kommunikaation toimimisen yhdeksi moniammatillisen yhteistyön avaintekijöistä. Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeita esiin tuovat tutkimukset jäävät kuitenkin usein tasolle, jossa vain todetaan, että niitä tulisi kehittää. Avoimeksi jää, mihin suuntaan ja mitä taitoja tarvitaan. Yhteistyötaitojen kompetenssivaatimusten yleisesti hyväksytyyn viitekehyksen puuttumisen toteaa myös kanadalainen tutkijaryhmä (Suter ym. 2009) artikkelissaan. Tämä tekee heidän mukaansa koulutuksen suunnittelusta erittäin haastavaa. Mansner (2008) toteaa myös artikkelissaan, joka käsittelee hyvin dynaamisten toimipisteiden tiimityötä, että pitäisi löytää yleiset sosiaali- ja terveysalalle soveltuvat tiimityön taitovaatimukset.

Tämän aineiston pohjalta väitän, että keskustelutaidoissa tarvitaan valmiutta esittää ja perustella omia ehdotuksia sekä kuunnella toisten erilaisia näkemyksiä ja perusteluja - *siis tarvitaan taitavan keskustelun ja dialogin taitoja*. Kuten eräs haastateltavani totesi, nykyisin tarvitaan neuvottelevaa asiantuntijuutta kaikessa yhteistyössä. Potilaan ja omaisen äänen saaminen kuuluvaksi entistä enemmän päätöksiä tehtäessä on suuri haaste. Siihen tarvitaan kykyä luoda avoimempi ja sallivampi ja ei-hierarkkinen ilmapiiri, jossa myös maallikot, asiantuntijoista riippuvaisesta asemastaan huolimatta, ilmaisevat oman näkökulmansa ja osallistuvat päätöksen tekoon. Pitäisi arvioida ja kehittää sekä sähköisen tiedonvaihdon että kasvokkaisten tapaamisten käytäntöjä niin, että ne vastaisivat kaikkien ammattilaisten tarpeita seurata potilaan koko hoitoprosessia ja koota tietoa kokonaisvaltaisesti yhteen. Seuraavassa on yksinkertaistettu tiivistelmä tuloksista.

Perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli

- hierarkkinen toimintamalli kokouksissa
- vanhat kokouskäytännöt
- kokouksia ja tiedon prosessointia ei arvioida yhdessä
- potilaan ja läheisten ääntä ei saada mukaan päätöksiä tehtäessä

Moniammatillisen yhteistyön malli

- ilmapiiri kokoontumisissa ja muutenkin avoin, salliva ja ei-hierarkkinen
- kokoontumisia ja tiedon kokoamista arvioidaan ja kehitetään vastaamaan yhteisen tiedonmuodostuksen tarpeita
- kehitetään ilmaisua sekä sähköisessä että kasvokkaisessa viestinnässä
- kehitetään taitavan keskustelun ja dialogin taitoja
- pyritään ottamaan huomioon potilaan ja läheisten ääni

8.4 Organisaatio rakenteena ja rajana

Organisaatiosta tulevat strategiat, visiot, normit ja ohjeet asettavat omat tavoitteensa ja ehtonsa potilaslähtöisen moniammatillisen työskentelyn kehittymiselle. Erityisesti julkisella sektorilla, josta tutkimuksen aineisto on, myös poliittiset päättäjät ovat mukana asettamassa omia ohjauksiaan.

8.4.1 Potilaslähtöisyys ja organisaatio

Organisaation tavoitteet ja kriteerit kotiutukselle ohjaavat toimintaa. Sairaalapaikoista on puutetta ja taloudelliset ja henkilökuntaresurssit niukkoja; niinpä hoitajaksojen tulisi organisaation näkökulmasta olla mahdollisimman lyhyitä. Potilaiden/kuntoutujien etenemisen hoitoprosessissa pitäisi olla mahdollisimman sujuvaa ja nopeaa. Vanhustenhoidossa on valtakunnallisesti meneillään rakenneuudistus, jossa pyritään vähentämään laitospaikoista kotihoitoa. Organisaation tavoitteena on, että potilas siirtyisi mahdollisimman nopeasti kotiin tai johonkin muuhun kodinomaiseen ympäristöön.

Jonot seuraaviin jatkohoitopaikkoihin eivät kuitenkaan aina vedä. Jatko- sekä ns. välihoitopaikoista on jatkuvasti puutetta. Hoitohenkilökunta työskentelee tavallaan ristipaineessa, erityisesti lääkärit, joilla on lainsäädännöllisesti lopullinen vastuu kotiutuksista. Kotiutusten pitäisi olla mahdollisimman nopeita, että paikkoja vapautuisi. Kotiutus ei saisi kuitenkaan olla liian nopeaa. Paljon puhuttu pyörövi-syndrooma liittyy tähän; jos potilas kotiutetaan liian nopeasti, hän tulee hyvin pian takaisin - ensiksi usein juuri kiireiseen päivystykseen. (Isola ym. 2007). Tutkimuksen analyysissä tuli esiin organisaatiosta johtuvien liian nopeiden kotiutusten aiheuttamaa problematiikkaa.

”Vaun tulee jostain tuolta hallinnosta niin kun kehotus saada paikkoja, jolloin on pakko löytää niitä kotiutettavia [- -]. Se paikka on tultava nyt, meidän on saatava tämä potilas jonnekin, silloin tulee semmonen riittämättömyyden tunne. (st)

”Hän [liian varhain kotiutettu potilas] saattaa parin päivän tai viikon sisällä lähteä taas kierrokselle ja pyörii tuolla päivystyksessä, mutta siitä saatiin plusmerkitä.” (h)

”Kun meidän toimintaa määrittää aika pitkälle sellaiset yleiset ketkä ne nyt sitten sopii terveyslautakunnat ja sairaalan johto niin kun tällaiset kaupungin nämä normit.” (sh)

Potilaan tulisi olla moniammatillisen yhteistyön keskiössä. Haastattelujen pohjalta kuulostaa siltä, että potilaita ja omaisia pyritään kyllä mahdollisuuksien mukaan kuuntelemaan. Kuinka potilaiden ja henkilökunnan esittämiä toiveita voidaan sitten noudattaa, on eri asia. Näin todetaan eräässä tiimissä kuntoutujan sijoituspäätöksistä, joita ei osastolla tehdä, vaan organisaation yhteisessä työryhmässä etäällä käytännön työstä:

”No meillä on kuntoutujan näkemys, yhteinen näkemys näin monen asiantuntijan näkemys ja me tunnetaan se kuntoutuja ja ehdotetaan viisaita, niin sitten päätetään kuitenkin toisin ilman perusteluja, se on väärin.” (oh)

Potilaissa on myös paljon henkilöitä, joiden itseilmaisukyky on rajoittunut sairaudesta johtuen. Sekin aiheuttaa pulmia potilaslähtöisyyteen. Potilaiden ja omaisten toiveet voivat myös

olla epärealistisia. Kaupungin päättäjät antavat resurssit ja organisaatio niiden puitteissa asettaa rajat, kuinka kauan ja millaisilla asiantuntijaresursseilla potilasta voidaan hoitaa. Haastattelujen mukaan resurssit ovat niukentuneet ja henkilökunnasta on jatkuvasti puutetta. Kotiuttamispäätösten yhteydessä syntyy eettisesti ja moraalisesti vaikeita ja henkilökuntaa kuormittavia tilanteita. Paitsi että kotiutus tapahtuu joskus henkilökunnan mielestä liian varhain, ratkaisu voi erottaa esimerkiksi aviopuolisot kauaksi toisistaan tai päätöksen potilaan puolesta tekee etäinen omainen, joka ei ehkä tunne potilasta riittävän hyvin. Kotiuttamistilanteet herättävät monenlaisia emootioita. Nuori lähihoitaja ja toimintaterapeutti kuvaavat tilanteiden heissä herättämiä ajatuksia ja tunteita näin:

”Ainakin koulussa niin hienosti puhutaan näistä asioista fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ihminen, mutta silti me ei voida antaa muuta kuin sen kuljetuksen kotiin [- -] se henkinen puoli kaikki jää. Ja sama sitten, me voidaan tehdä avioerojakin yhtäkkiä silleen naps sinä menet tuohon laitokseen, sinä jäät tuonne, noilla pisteillä sinä et pääse tonne.” (h)

”Että minullahan kesti kauan, että vasta valmistuneena minä en olisi ketään laskenu täältä kotiin, minusta kaikki oli niin huonokuntoisia, kunnes minulle alkoi valjeta mikä tämä organisaation tavoite ja kriteerit näille kotiutumisille on, niin sehän se sitten sitä ohjaa.” (tt)

Väistämätön realiteetti näyttää olevan, että vaikeissa tilanteissa joudutaan toimimaan organisaatio-, ei potilaslähtöisesti. Herää kysymys, kuka huomioi henkilöiden tunteet ja niiden käsittelyn näissä eettisesti ja moraalisesti vaikeissa tilanteissa. Potilastapaukset saattavat olla sellaisia, että potilas ja omainen tarvitsisivat kumpikin psyykkisen alueen ammattilaisen tukea ja apua. Potilaan ja omaisen elämässä saattaa tapahtua suuria menetyksiä ja muutoksia. He joutuvat ehkä samassa tilanteessa tekemään koko elämää koskevia ratkaisuja. Henkilökunnan resurssit eivät riitä potilaiden ja omaisten psyykkisten kriisien hoitamiseen. Haastatteluissa kuuluu myös henkilökunnan tarve saada psyykkistä tukea itselleen, kun he joutuvat tekemään eettisesti ja moraalisesti vaikeita päätöksiä. Henkilökuntaa kuormittavat emotionaalisesti erityisesti ratkaisut, joissa on monenlaisia ristiriitoja, ja päätös on kuitenkin tehtävä organisaatiolähtöisesti, ei potilaslähtöisesti.

”Kyllä tässä systeemissä sellainen minua häiritsee, minun eettisiä arvojani vastaan otii, että tämä meidän järjestelmä kiinnittää huomiota siihen fyysiseen toimintakykyyn, että kun on tietyt pisteet niin ei kun kotiin, vaikka potilas itse sanoo että en voi mennä sinne.” (sh1)

”Olisi hyvä, jos meillä olisi enempi esimerkiksi psykologi auttamassa meitä, se olisi äärettömän tärkeää.” (ft)

”Ristiriitoja tuntuu, että syntyy kun omaiset esimerkiksi ajattelevat, että ikä sinänsä on semmonen kriteeri, että omaisen pitäisi päästä tuettuun asumiseen, ja meidän työtä taas määrittää aika pitkälle terveyslautakunta, sairaalan johto ja sitten tällaiset kaupungin normit.” (sh2)

Vaikka pyritään toimimaan potilaslähtöisesti, organisaatio ja kaupungin visiot, strategiat ja resurssit asettavat omat rajansa. Tämän systeemin selvittäminen potilaille ja omaisille on tär-

keää ja aikaa vievää, mutta ristiriitoja vähentävääkin. Siinä tarvitaan aikaisemmin jo esiin tulleita neuvottelutaitoja.

”Ne [omaiset] tarvitsevat hyvin kovan informaatiopaketin ennen kuin sitten löytyy monesti yhteistyötä ja että näinkö sitä nyt mennäänkin ja vähenee ristiriidat ihan radikaalisti.” (st)

Tiimin yhteisen keskustelun ja yhtenäisen toimintasuunnitelman merkitys näissä tilanteissa osoittautuu erittäin tärkeäksi. Yhteinen päätös jakaa tunnetaakkaa ristiriitaisia tunteita herättävissä tilanteissa. Hyvin toimiva tiimi kuvaa tukea antavan ryhmän merkitystä tällaisissa tilanteissa. Tiimi toimii parhaimmillaan vastuun jakajana ja työnohjauksen tavoin.

”Kyllä me isoja asioita potilaiden ja omaisten puolesta itse asiassa päätetään

[- -] siinä se tiimin voima onkin ettei se jää yhden ihmisen kontolle, onko se sitten lääkäri tai joku muu, vaan siinä on koko hoitoporukka takana.” (sh)

”Omaiset on todella niin kun kriisissä niin tuota kyllähän se ryhmä on oikeesti tosi tärkeä, mehän käydään paljon keskenämme tavallaan sellaista työohjauskeskustelua, että me pystytään hoitamaan niin kun niitä tilanteita.” (oh)

Usein tarvitaan paljon informaatiota, kuuntelua ja neuvotteluja ennen kuin näissä tilanteissa löytyy tyydyttävä kompromissiratkaisu potilaan, omaisten ja organisaation näkökulmasta. Aina se ei kuitenkaan onnistu. Vaikka jonkinlainen tyydyttävä ratkaisu neuvottelun tuloksena saataisiin aikaan, herää kuitenkin kysymys, kuinka potilaslähtöinen se voi näissä puitteissa olla.

8.4.2 Organisaation rakenne ja johtaminen

On todettu (mm. Kira 2003), että tiimityöskentelyn toteuttaminen on vaikeaa perinteisessä linjaorganisaatiossa. Sen koetaan estävän todellisen tiimityön. Ohjeet ja muutosajatuksetkin tulevat linjaorganisaatiossa usein yksisuuntaisesti ylhäältä alas ja ovat helposti etäällä työtodellisuudesta, ”juurettomia”, kuten asia ilmaistiin eräässä haastattelussa. Oppivan organisaation ideaalimallin mukaan tiimissä työskentelevät kehittävät jatkuvasti itse arjen yhteistyötään vastaamaan ympäristön muuttuviin tarpeisiin. Jos organisaatio on oppiva, se on joustava ja muuntumiskykyinen. Muutosideat lähtevät myös alhaalta ylöspäin. Tutkimuksen mukaan näin ei ole tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa ainakaan riittävässä määrin. Hyviä ideoita esitetään, mutta ne jäävät helposti pelkiksi ”julkilausumiksi”, jos suorittajatason asiantuntijat eivät ole mukana kehittämisessä. Seuraavassa on puhekatkelma aihetta käsittelevästä pitkästä kriittisestä keskustelusta lääkiriryhmässä:

”Sen minä näen muuten toisenlaisesta organisaatiosta tullessa, niin minä olen paljon miettinyt just tota että hirveen olennainen asia on just se että suorittajatasolta niin kun se tieto, jota heillä olisi tarjottavanaan paljonkin kehittämisen pohjaksi niin se ei kulkeudu sinne ylöspäin se tieto että tieto kulkee vain yhteen suuntaan.” (lk1)

”Että tämä on minun mielestä meillä niin kun ongelma, että se päätöksenteko ja se valta niin ja sitten se suorittajaporras niin siinä on semmonen aika pitkä väli, että tämä ei niin kun kauheesti kohtaa, että se on niin eriytynyttä, ei käytetä sitä informaatiota ja osaamista, mitä olisi olemassa monella henkilöllä.” (lk2)

Rakenteiden, perinteisten työnjakojen ja hierarkioiden muuttaminen koetaan erittäin vaativana tehtävänä. Organisaationkulttuuri ja sen historian taakka osoittautuu keskeiseksi esteeksi muutokselle. Sieltä nousee näkymätön mutta vahva muuri. Nuoret ammattilaiset, jotka ovat vielä epävarmoja ammatti-identiteetiltään omaksuvat helposti kyseenalaistamatta organisaatiokulttuurin vanhat toimintamallit ja sopeutuvat niihin. Johdon haastatteluisissa käsitellään myös organisaation rakenteiden merkitystä. Seuraava pohdiskeleva kommentti kuvastaa ylläkärijohtoon halua muutokseen. Se kuvaa myös sitä, miten vaikeaa on muuttaa vahvojen professioiden kulttuurisia rakenteita.

”Että kun ajattelee miten jos sais’ vapaat kädet niin kun tämmösen sairaalan alun niin kun tämän rakentaa jotenkin uudelleen, tämmösen linjaorganisaation tilalle vähän toisen tyyppisen ehkä prosessiorganisaation, niin ja mahdollisuuden sitten nimetä kuka vastaa mistäkin. Se on tavattoman vaikea ja vaativa mennä muuttamaan tätä perinteistä hierarkiaa tai sitten puhumattakaan että lääkärin ja muun henkilöstön välisestä tämmöisestä töiden ja vastuualueiden uudelleen päättämisestä.” (yl1)

Tässä puheotoksessa kuvataan hyvin organisaatiokulttuurin koettu voima; se ohjaa yksilöitä enemmän kuin yksittäiset ihmiset sitä, kuten Schein (2010) toteaa. Kommentti tuo osuvasti esiin organisaation näkymättömissä rakenteissa - valtasuhteissa ja tavoissa - olevan voiman. Vaikka organisaation näkyvä rakenne olisi sellainen, että se mahdollistaisi moniammatillista potilaslähtöistä työskentelyä, esteeksi voi muodostua organisaation latentti, piilevä rakenne. Tottumuksissa, uskomuksissa ja mielen malleissa oleva voima estää tai ainakin hidastaa muutosta.

”Meitä vähän niin kun sitoo historia tässä tällä hetkellä.” (yl1)

Erityisesti johdon keskustelusta nousee esiin se, kuinka tärkeää muutoksen onnistumiselle olisi, että koko organisaation lisäksi myös poliittiset päättävät elimet sitoutuisivat muutoksen mahdollistamiseen ja tukemiseen.

”Ei tämä (moniammatillinen yhteistyö) ole vielä sillä tavalla juurtunut, tekemistä on niin kun jatkossa, että ylempänäkin ajateltaisiin ja nähtäisiin, että mitä se moniammatillisuus on ja tuettaisiin sitä sitten” (yh1)

”Mikä on se ylempi taho? (haastattelija)

”Se on niin kun kaupungin tasolla.” (yh1)

Lääkäreiden vaihtuvuus osoittautuu yhdeksi haasteeksi moniammatillisessa yhteistyössä. Lääkärin lainsäädännöllinen valta tiimissä on keskeinen. Lääkäriin kohdistuu muiden ammattilaistenkin taholta johtajuusodotuksia perinteisen organisaatiomallin mukaisesti. Tämä muodostaa tavallaan kaksoissidoksen kuten Drinka ja Clarkin (2000) toteavat. Kun lääkäreiden vaihtuvuus on suurta, tiimin toiminta kärsii jatkuvista muutoksista keskeisessä asiantuntijan roolissa.

”[-] meidän osaston lääkärinkunta vaihtuu hirvittävän usein, että voi olla että kuukauden sisällä on kaksikin lääkärinä, niin silloin minä luulen että he ei uskalla tehdä oikein päätöksiä.” (sh)

”Että kun meillä on hirveän usein vaihtuu lääkärit niin he ei saa semmoista sitten jansijaa oikein siinä työyhteisössä.” (h)

Lääkärijohto näkee kyllä uuden osastokohtaisen toimintamallin luomisen mahdollisena. Näin tulkitsen, koska keskusteluissa todetaan, että johtajuusosaaminen ei ole sidoksissa professioon, vaan persoonallisiin ominaisuuksiin, resursseihin ja motivaatioon.

”[- -] mutta joillakin pitkäaikaisosastolla voi olla hyvin tärkeätä, että siellä on joku vaikka osastonhoitaja siinä [johtajan] roolissa [- -] jos se on joku professiossa oleva [- -] se on kyllä muista kyvyistä kiinni kuin siitä koulutuksesta.” (yl1)

Seuraava pohdiskeleva katkelma lääkäreiden asemasta moniammatillisessa tiimityössä ja moniammatillisen tiimityön johtamisesta kertoo mielestäni osaltaan siitä, kuinka vaikeaa ja keskeneräistä vanhojen mallien muuttaminen on, ja kuinka hämmentyneitäkin ollaan muutoksesta. Vaikuttaa siltä, että muutos vain hiljalleen tapahtuu, ilman yhteisiä sopimuksia ja keskusteluja muutoksen suunnasta.

”Sitoutuminen tähän tiimityöhön on yksi iso haaste lääkärin näkökulmasta ja lääkärin työn kannalta [- -] Mitä se sitten tarkoittaisi se moniammatillinen yhteistyö lääkärin kannalta, kuka sitä johtaa ja kuka on siellä vetovastuussa siinä tiimissä.” (yl3)

”Kuitenkin lääkäriellä on niin kun koulutuksellinen tausta tällaiseen itsenäiseen riippumattomaan työhön, niin sitten se kuitenkin johtamisosaaminen puuttuu, niin silloin se on iso haaste lääkärille hankkia se esimies- tai johtamisosaaminen mikä tiimityössä tarvitaan.” (yl2)

Terveystieteiden nykyinen tilanne: niukkenevat resurssit, ajoittainen henkilökuntapula, vanha hierarkkisen toimintakulttuurin historia, vahvat professiot ja monikulttuurisuuden lisääntyminen eri professioissa, tekevät muutoksesta erityisen haastavan. Hallinnolliset rakenteet luovat omat esteensä moniammatilliseen työskentelyyn. Toiminta- ja fysioterapeutit eivät yleensä kuulu hallinnollisesti osaston henkilökuntaan. Hallinnollisen erillisyyden koetaan vaikeuttavan moniammatillista yhteistyötä osastoilla. Tähän liittyy myös johtamisen ongelma, linjaorganisaatiossa eri linjajohdon alaisena työskentelevät ammattikunnat ovat etäällä toisistaan. Se vaikeuttaa systemaattista yhteissuunnittelua ja yhteistyötä. Rakenteiden uudistamisen tarve tulee esiin haastatteluissa.

”Minä lähtisin näistä rakenteistakin, rikkomaan näitä rakenteita, että yksi semmonen joka on este, että nämä kuuluu eri hallinnon aloille nämä [ammatti-] ryhmät kuten ne terapeutit, niillähän on oma johto joka linjaa omasta näkökulmasta sitä fysioterapian ja toimintaterapian työtä. (sh1)

”Ja sosiaalityö vielä omansa.” (sh2)

”Minä tuota lähtisin näitä rakenteita rikkomaan, että yksihän on semmonen este, että eri ammattiryhmät kuuluu hallinnollisesti eri hallinnon alle, että osaston henkilökuntaan kuuluisi terapeutit.” (yh)

Fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kommentissa kuuluu myös halu liittyä kiinteämmin osaston henkilökuntaan, olla todellinen osa arjen moniammatillista yhteistyötä. Kiireisessä työrytmisissä nopeat kysymykset toisille asiantuntijoille, epävirallinen kommunikointi ja tarvittaessa yhdessä tekeminen olisi silloin sujuvampaa. Vaikuttaa siltä, että työtilojen läheisyys helpottaa moniammatillista yhteistyötä. Seuraavassa kommentti fysioterapeutilta, jonka työtilat ovat siirtyneet osastolle.

”Niin tuota on tullut palautetta että sujuu helpommin yhteistyö kun te olette koko ajan tässä, että kun päivä alkaa te olette heti siinä paikan päällä, jos on jotain uusia asioita ilmennyt esimerkiksi yön aikana.” (ft)

Vaikka yhteistyö osastoilla on aineiston mukaan kehittynyt, on vielä paljon sellaista, joka vaatisi *yhteisiä keskusteluja ja sopimisia* nimenomaan arjen työskentelyn tasolla. Tutkimuksen mukaan tarvitaan mahdollisuuksia kehittää yhdessä työtä myös osastotasolla. Sovitut yhteistyön toimintamallit antavat konkreettisia ohjeita ja sitouttavat kaikki osaston ammattiryhmät muutokseen, kun ne on luotu yhteisesti toimintaa arvioiden. Joillakin osastoilla näin on tehtykin, ja tuloksiin ollaan tyytyväisiä.

”Meillä oli viime vuonna kun oli osaston koulutuspäivä, niin siellä oli mukana sitten just kaikki moniammatillisen tiimin jäsenet [- -], me käsiteltiin just näitä tällöisiä tiimiasioita ja moniammatillista yhteistyötä, niin tuntui että sen jälkeen on vielä tiivistynyt sitten tämä meidän yhteistyö.” (sh1)

”Tuo kuulosti todella hyvältä, että pitäisi tehdä semmonen koulutuspäivä, että otettaisiin kaikki mukaan.” (sh2)

Koko organisaation tasolla rakenteissa ei vielä ole moniammatillisen yhteistyön mallin kehittämiseksi sopivaa yhteistä foorumia. Yhteistyötä käsittelevät kokoukset eivät toteudu moniammatillisesti. Ammattiryhmäkohtaiset työyhteisökokoukset ovat toiveista huolimatta säilyneet.

”Ja nythän oli nämä työyhteisökokoukset sillä tavalla, minä alkuun toivoin että ne olisivat ja aikaisempina vuosina niin olin tulkinut että se on niin kun se moniammatillinen työryhmä, joka tekee sitä työtä normaalistikin, niin se olisi ollut semmonen foorumi, mutta kun nyt tuli uudet ohjeet niin ei se ole niin, vaan tehdään ammattiryhmäkohtaisesti.” (yh1)

8.4.3 Organisaatio rajana

Potilasta koskevan kollektiivisen tiedon siirtyminen organisaatiosta toiseen on ilmeisen kriittinen kohta potilaan prosessissa. Organisaatoraja osoittautuu yllättävän vaikeasti ylitettäväksi silloin, kun potilas/kuntoutuja siirtyy pois toiseen organisaatioon, kotiin tai kotihoitoon. Kaiken tarpeellisen tiedon eli kollektiivisen tiedon pitäisi olla kokonaisuudessaan ja oikein seuraavan vaiheen vastuunottajilla. Ennen kotiutusta tehdään yleensä kotikäyntejä. Ne koetaan tärkeinä tilanteina yhteisen näkökulman muodostamisessa potilaan ja omaisten kanssa sekä tiedon vaihtamisessa verkoston, esimerkiksi kotihoitoon suuntaan. Se on tärkeä organisaation rajan ylitys. Kotikäynnit osoittautuvat aineiston mukaan antoisiksi verkostotapaamisiksi ja tärkeiksi potilaan/kuntoutujan näkökulmasta. Omaiset ja potilas ovat siinä ympäristössä enemmän omillaan ja avoimempia. Heidän kanssaan yhteisen tiedon luominen onnistuu kotiympäristössä paremmin kuin sairaalaympäristössä.

”Ja monesti siellä, kun tapaa omaisen siellä kotiympäristössä, niin ollaan niin kuin heidän omalla maallaan, että se on eri juttu kun ollaan sairaalan sisällä. [- -] tulee paljon sellaista tarpeellista tietoa, mitä me ei ikinä saada täällä sairaalan seinien sisäpuolella.” (tt)

Moniammatillisen ja verkottuvan työkuulttuurin kehittyminen näkyy kotikäynneissä ja kotiutuksissa. Tutkimuksen mukaan omahoitajan sekä fysio- ja toimintaterapeuttien roolit ja vastuut ovat selkiintyneet ja laajentuneet näissä tilanteissa.

”Mutta kyllä minä sanoisin, että on tiivistynyt yhteistyö moniammatillisen tiimin ja kotihoidon kanssa paljon tässä vuosien saatossa mutta kai sitä haluaa vielä enemmän kehittää että se tulee paremmaksi.” (sh1)

”Joo, tämä on varmaan tämä kotiuttaminen semmonen, jossa onkin varmaan tapahtunut paljon semmosta ehkä ihan osaamisen jakamista ja sitä yhteistyön niin kun laajentamista.” (sh2)

Tiedonvaihdon edelleen kehittäminen potilaan/kuntoutuksen kotihoiton ja omaisten kanssa koetaan tarpeelliseksi. Vaikka kehittämistyötä on tehty jo pitkään, tieto ei aina kuitenkaan kulje oikein ja ristiriitoja sekä tietokatkoja syntyy. Kotikäyntejä ja kotiuttamista tekevät kokevat olevansa kahden tiimin liitoskohdassa ja kollektiivisen ja hajautuneen tiedon välittäjinä näissä rajan ylityksessä. Tiedon siirtymisessä on edelleen kehittämistarvetta.

”Kotihoito olettaa, että meillä on se tieto sieltä sairaalasta, he voi olettaa että meillä on ymmärrys lääkityksestä, meillä on ymmärrys toimintakyvystä, meillä on ymmärrys jatkuvista tulevista hoidoista, että siinä on niin monen verkon keskellä, että se on tosi tunnepitoinen rooli olla siellä.” (tt)

”Miten tämä saataisiin kotihoiton ja sairaalan välinen yhteistyö toimimaan, se pärjääminen ennen sairaalan joutumista ja minkä kuntosena voi tulla takaisin, on se sitten palvelutalo tai mikä mistä potilas on tullut. Niiltä voi tulla hyvin tarkeeta tietoa.” (h)

Potilaan organisaatorajan ylitys tapahtuu myös silloin, kun potilas tulee perusterveydenhoitoon erikoissairaanhoitosta. Siinäkin tiedon siirrosta saattaa olla ongelmia.

”Kun potilaat tulee sieltä [erikoissairaanhoitosta] niin usein joudutaan tarkentamaan niitä hoito-ohjeita täältä käsin, kun ne on epäselvät eikä tiedetä miten ne oli tarkoitus olla.” (sh)

Potilaan siirtyessä toisen tiimin hoitoon tai kotiin tiedon siirron tulisi olla sujuvampaa ja turvallisempaa. Vielä nyt organisaatio koetaan vaikeasti ylitettävänä rajana sujuvalle potilaslähtöisyydelle, ja tietokatkoja saattaa syntyä. Kuten edellä olleessa puheotoksessa todetaan, tiedon siirtyminen kumpaankin suuntaan pitäisi olla parempaa. Tiedonsiirron kehittäminen organisaation rajoja ylitettäessä koetaan tärkeäksi potilaslähtöisessä moniammatillisessa yhteistyössä. Haastatteluissa esitettiin erilaisia kehittämissideoita mm. sairaalan kolmen päivän veto vastuuta, saatettua kotiutusta ja kotiutushoitajaa. Näitä ei kuitenkaan tarkemmin käyty läpi ja niistä oli ryhmissä mielipiteitä puolesta ja vastaan.

8.4.4 Yhteenveto ja pohdintaa organisaatiosta rakenteena ja rajana

Organisaation ja sen rakenteiden merkitys moniammatillista potilaslähtöistä yhteistyötä kehitettäessä tulee tutkimuksessa esiin monella tavalla. Julkisella sektorilla organisaatiota ja sen toimintaa ohjaavat kaupungin strategiat, visiot, ohjeet ja normit. Ne asettavat selkeästi omat rajansa sille, kuinka potilaslähtöistä toimintaa voidaan toteuttaa. Henkilökunta kokee olevansa vaikeassa ristipaineessa pyrkiessään työskentelemään potilaslähtöisesti, mutta joutuessaan

on pyritty kehittämäänkin. Kuten luvussa 5.4. tulee esiin, useat tutkimukset (esim. Enckell 1999, Viitanen & Lehto 2005; Kivinen 2010) ovat osoittaneet sosiaali- ja terveysalan organisaatiokulttuurin olevan muutoksessa. *Organisaatiokulttuuri ei ole enää integroitunut, vaan myös differentioitunut ja osittain fragmentoitunut*. Martinin (2002) mukaan, integroituneessa organisaatiokulttuurissa kaikilla toimijoilla on yhteinen käsitys kulttuurista ja se on hyvin johtajakeskeinen. Differentiotunutta kulttuuria puolestaan leimaa ala- ja osakulttuurien olemassaolo. Ne voivat olla keskenään sopusoinnussa tai ristiriitaisia. Alaryhmät saattavat pyrkiä tiettyyn muutokseen. Fragmentaationäkökulma tarkoittaa taas sitä, että kulttuuriset ilmentymät eivät ole selkeästi tietyissä ryhmissä - esimerkiksi ammattiryhmissä samanlaisia - vaan asiakohtaisesti ja väliaikaisesti sidoksissa toisiinsa.

Aineistoa analysoidessani saattoin havaita, että *eri ammattiryhmät eivät eronneet keskenään käsityksessä moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen tarpeellisuudesta*. Ammattiryhmien sisällä suhtautuminen moniammatillisuuteen vaihteli. Tässä suhteessa kulttuuri vaikutti fragmentoituneelta. Kaikissa ammattiryhmissä lausuttiin ääneen halu muutokseen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Kukaan ei ilmaissut ainakaan ääneen vastustavansa sitä, mutta oli erilaisia käsityksiä sen toteuttamisesta.

Mihin muutosta vastustavat voimat ja valta sitten sijoittuvat? Kun organisaatiokulttuuri on vanha ja vahva, sillä on oma historiallinen taakkansa. Erään haastatellun ylilääkärin puheotos kuvaa hyvin tätä historian taakkaa: ”Se on tavattoman vaikeaa ja vaativaa mennä muuttamaan perinteistä hierarkiaa, puhumattakaan henkilöstön välisestä tämmöisestä töiden ja vastuualueiden uudelleen päättämisestä.” Organisaation ja siellä työskentelevien professioiden historia vaikuttaa väistämättä siihen, kuinka nopeita muutokset voivat olla. Professionaalinen byrokraatia, jota Mintzbergin (1983, 189 – 213) mukaan erityisesti suuret sairaalat edustavat, perustuu asiantuntemuksen antamaan auktoriteettiin. Profiessioiden työtä ei voi standardoida kuten byrokraatiassa yleensä ja se antaa ammatillisille suuren toimintavapauden. Profiessioiden valta on varsin vahva, ja kun muutoksen suunta on yksilöllisestä asiantuntijuudesta yhteisöllisempään kulttuuriin, muutos on itsenäiseen päätöksentekoon ja autonomiaan tottuneille asiantuntijoille vaikeaa. Muutoksen onnistuminen vaatii yhteistä ymmärrystä ja tahtoa muutoksesta kaikilta ammattiryhmiltä, organisaatiosoilta sekä poliittisilta päättäjiltä. Siirtyminen potilaslähtöiseen moniammatilliseen työotteeseen on syvärakenteisiin menevä muutos. Jos suunta ja sitoutuminen eivät ole riittävän vahvoja ja kaikille yhteisiä, muutos ei voi onnistua.

Perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli

- hierarkkinen organisaatiokulttuuri
- organisaatiolähtöinen tapa toimia
- ammatillisesti eriytynyt johtamismalli
- jäykkä ja joustamaton organisaatorakenne

Moniammatillisen yhteistyön malli

- organisaatiokulttuurin muutoksen tavoite kaikilla toimijoilla ja tahoilla yhteinen
- foorumeita yhteistyön arvioinnille ja luomiselle
- tiimien toiminta joustavaa ja potilaslähtöistä
- johtajilla taitoja jaettuun johtajuuteen

- organisaation rajat sujuvasti ylitettäviä

8.5 Moniammatillisen yhteistyön oppiminen

Suurena kehityslinjana tutkimuksessa näkyy suunta kohti tiimityön organisaatiokulttuuria, joka on aiempaa potilaslähtöisempi ja kaikkien osaamista tehokkaammin hyödyntävä ja tasa-arvoisempi. Tämä tulee esiin useissa kommentteissa, kun vähän iäkkäämmät asiantuntijat haastattelussa kuvaavat työyhteisössä heidän työskentelyaikana tapahtuneita muutoksia. Kuvaukset havainnollistavat hyvin muutosta yksilöllisestä yhteisöllisempään työkuultuuriin. Yhteistyö on lisääntynyt, ja se lisää tarvetta vuorovaikutustaitoihin. Seuraava puheotos on erään kokeneen sairaanhoitajan kuvauksesta työkuultuurin kehityksestä. Tiimi, jossa hän työskentelee, on hyvin toimiva. Tiimillä on asiantuntijoiden yhdessä laatimat toimintatapaohjeet. On syytä todeta, että kaikilla osastoilla kehitys ei ole ollut näin ideaalista.

”No, mitä minä olen miettinyt tässä on oleellista, kun ajatellaan 30 vuotta taaksepäin niin mitä se silloin oli. Kaikki ammattiryhmät oli niin eriytyneitä, fysioterapeutti otti potilaan ja lähti jonnekin muualle, me ei tiedetty mihin menivät ja mitä tekivät. Toimintaterapeutteja ei näkynyt mailla halmeilla, eikä sosiaalityöntekijää. Sitten aina piti olla joku välikäsi joka kommunikoi lääkäriä. Nyt ei tarvi välikäsiä olla. Ja sitten fysioterapeutitkin ne tekee ihan kentällä ja siinä yhdessä ja hoitohenkilökunta saa hirveen hyviä vinkkejä esimerkiksi potilaan siirtoon [- -] ja kuka tahansa voi mennä lääkäriltä kysymään.” (sh)

Keskinäinen yhteistyö on tämän kuvauksen mukaan lisääntynyt ja kehittynyt sujuvammaksi, joustavammaksi ja siinä tapahtuu keskinäistä oppimista. Kuvaus on sairaanhoitajan, jonka osastolla kaikki ammatilliset ymmärtävät moninäkökulmaisuuuden merkityksen ja toimivat sen mukaisesti. Henkilökunta on ollut myös varsin pysyvää.

Millä alueilla asiantuntijoilla on erityisesti oppimisen haasteita aineiston mukaan? Tulkitsisin haastattelujen pohjalta niitä olevan kahdella tasolla.

1. *Yksilötasolla* tarvitaan ymmärrystä reflektiivisen arvioinnin ja yhteisen tiedonmuodostuksen merkityksestä ja siihen tarvittavista vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidoista.
2. *Yhteisötasolla* tarvitaan ymmärrystä tiimin kehitysprosessista ja sitoutumisesta siihen.

Esimerkkeinä olevat puheotokset ovat suurelta osin ylilääkäreiden ja ylihoitajien haastattelusta. Tämä johtuu siitä, että he lähtivät omasta asemastaan pohtimaan nimenomaan oppimisen ja koulutuksen näkökulmaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Esitin heille myös ylimääräisen kysymyksen, joka oli noussut esiin aikaisempien haastattelujen pohjalta: Mitä pitäisi tehdä moniammatillisen yhteistyön osaamisen edelleen kehittämiseksi? Kysymys synnytti vilkkaan keskustelun ja pohdinnan osaamishaasteista.

8.5.1 Reflektiivisen arvioinnin ja yhteisen tiedonmuodostuksen taidot

Peruslähtökohta motivaatiolle oppia yhteistyötaitoja on asiantuntijan ymmärrys siitä, että yksi näkökulma ratkaisuja tehtäessä ei riitä ja että myös asiakkaan näkökulma on tärkeä ottaa mukaan häntä koskevassa päätöksen teossa. Ilman hyviä yhteistyötaitoja se ei onnistu. Potilaat ovat myös monisairaampia ja iäkkäämpiä kuin aikaisemmin.

”Se [moniammatillinen yhteistyö] ei ollut 80- ja 90-luvulla niin tarpeellistakaan sen takia, että potilaat oli hyväkuntoisia, ei ollut tällaista, meillä on ihan erilaisia potilaita.” (lk)

Yhteistyötaitojen merkitys eräänlaisena punaisena lankana kaiken taustalla on tullut esiin kaikissa pääkategorioissa: roolirajojen rikkomisessa, yhteisvastuussa, jaetun tiedon kokoamisessa ja yleensä työtovereiden ja maallikkojen kohtaamisessa ja johtamisessa. Keskusteluissa kuuluu välillä epäilyä siitä, voiko yhteistyötaitoja oppia ja opettaa. Tämä heijastaa mielestäni vanhaa kulttuuria, jossa yhteistyötaitoja ei pidetty merkityksellisenä, niitä vain asiantuntijalla oli tai ei ollut. Se miten asiantuntija oivaltaa yhteistyötaitojen merkityksen ja toteuttaa niitä arjessa, vaihtelee. Jos ei ole näkemystä eikä ymmärrystä reflektiivisestä asiantuntijuudesta, yhteistyötaidot ajatellaan persoonakohtaiseksi kysymykseksi, joka ei ole niin tärkeä. Silloin huonot yhteistyötaidot hyväksytään, ”hän on sellainen persoonallisuudeltaan, ei voi mitään.”

”Tässä oli välillä sellainen vuoden jakso kun vaihtui nämä terapeutit aika tiheään, että siinä huomasi miten se on persoonakysymys sitten puolin ja toisin onko helppo vai ei helppo kysyä [neuvoa]. Ja myös niin päin, kysyykö he meitä mukaan tilanteisiin ja kysytäänkö me heitä mukaan.” (sh)

”Niin sekin [yhteistyötaidot] on tietysti varmaan osittain myös sellainen asia, jota joko on tai ei ole ja toki varmaan siihen voi oppiakin.” (yl)

”Niin, persoonat. Me ollaan ihmisiä ja tehdään ihmisten kanssa, niin välillä joittenkin persoonien kanssa se homma ei toimi.” (tt)

Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään kehittämään toimintatapoja kaikkien osaamista tehokkaammin hyödyntävään ja tasa-arvoisempaan keskustelukulttuuriin. Kun haastateltavat yrittivät hahmottaa tiimin vuorovaikutusilmastoa, jossa taitava keskustelu ja dialogi mahdollistuisivat, he kuvasivat sitä näin.

”Yhteinen tavoite ja tuntee tiimin jäsenet sillä tavalla, että siellä on semmonen niin kun vapaus ja mahdollisuus keskustella asioista.” (tt1)

”Ehkä kaikilla on siinä semmonen avoin asenne, että vaikka tietää oman asemansa ja oman paikkansa niin avoimesti ottaa huomioon niitä muitakin näkökantoja” (tt2)

”Aivan, että siellä saa myös olla eri mieltä.” (tt3)

Puheotos, jossa todetaan ”tietää oman paikkansa ja asemansa” ilmaisee hyvin pyrkimyksen nimenomaan tasa-arvoon keskustelun tasolla. Muutoksessa törmätään kuitenkin organisaatiokulttuurissa eläviin vanhoihin tapoihin olla vuorovaikutuksessa. Palataan hyvin helposti hierarkkiseen keskustelukulttuuriin, ja toimintatapoihin ellei uudesta toimintatavasta ole yksilötasolla riittävää ymmärrystä ja yhteisötasolla yhtenäistä käsitystä ja sopimusta. Vuorovaikutustaitojen oppimisen merkitys oivallettiin muutoksen edellytyksenä.

”Toistetaan vaan vuosi vuodesta vuosikymmenestä niitä samoja mokia, että kyllähän tämä täydennyskoulutuksen kannalta tämä vuorovaikutustaitojen opettaminen olisi

hirveän tärkeää [- -], koska hyvät vuorovaikutustaidot kyllä säästää monelta ongelmalta ja kustannukselta ja turhilta tutkimuksilta.” (yl)

Oman haasteensa työyhteisössä ovat eri kulttuureista tulevat ammattilaiset, jotka eivät aina tunne suomalaisen työkulttuurin vuorovaikutuskoodeja eikä tasa-arvoisen tiimityön ideaa. Tässä on myös haaste koulutukselle; kuinka paljon pitäisi suomen kielen lisäksi opettaa suomalaisen työkulttuurin yhteistyö- ja vuorovaikutusmalleja. Meads ja Aschcroft (2005) ovat todenneet, että maan makrokulttuuri vaikuttaa siihen, kuinka moniammatillisuus alkaa kehittyä. Ylilääkärit pohtivat näitä ammattilaisten erilaisista kulttuuritaustoista johtuvia eroja, jotka näkyvät arjen tiimityössä. Esimerkiksi hierarkkisuus voi olla vahvempaa ja eri sukupuolten yhteistyö vaikeampaa muista kulttuureista tulleille.

”Yksi vaikuttava tekijä on maahanmuuttaja lääkäreiden lisääntyvä osuus riippuen itse kunkin kulttuuritaustasta.” (yl1)

”Niillä [maahanmuuttajilla] joillakin voi olla vaikeata sulautua tiimiin [- -] ja sellais-tahan on tapahtunut jo aika paljon.” (yl2)

”Niin kun on niitä kulttuurieroja [- -] esimerkiksi juuri miesten ja naisten roolit.” (yl3)

Keskusteluissa pohditaan myös sitä, missä vaiheessa moniammatillista yhteistyötä ja sen edellyttämiä vuorovaikutustaitoja pitäisi opettaa niin, että niiden merkitys tulisi oikein ymmärretyksi. Nuori sairaanhoitaja, jonka koulutuksessa oli jo ollut moniammatillisuuteen liittyvää teoriaopetusta, tuo esiin käytännön harjoittelun merkityksen tällaisten taitojen oppimiselle.

”Oli sitä [moniammatillisuuden opetusta] jonkin verran koulutuksessa, mutta minä olen just niin kun nyt täällä töissä enemmän oppinut silleen käytännössä käsittänyt, mitä se tarkoittaa se moniammatillinen yhteistyö. (sh)

Tarvitaan ilmeisesti käytännön kokemusta tai harjoittelua, ennen kuin moniammatillisuuden merkitys yhteistyössä täysin selviää. Pelkkä teoriaopiskelu ei riitä, mutta antaa ehkä jonkinlaisen valmiuden ja herkkyyden asialle. Vanhemmalla asiantuntijasukupolvella näitä perusvalmiuksia ei aina ole. Lääkäreiden keskustelussa nousi myös esiin kysymys opetuksen oikeasta ajoittamisesta peruskoulutuksen kuluessa. Liian varhaisessa vaiheessa se saattaa herättää jopa vastustusta.

”Niin kyllä se [vuorovaikutustaitojen] koulutus pitäisi olla niin kun oikea-aikainen, että siinä vaiheessa kun muutakin näitä lääkärinä olemisen ja tiimissä olemisen taitoja opetellaan, sitten kun on urautunut tietyllä tavalla toimimaan, niin sitä on vaikeata mennä muuttamaan.” (yl1)

”Että kyllä se on niin kuin minä jo kerran sanoin tärkeää jo niin kuin opiskeluaikana nähdä tätä [moniammatillista yhteistyötä] että se olisi luontevaa, että silloinhan ne perusasiat oppii.” (yh)

”...kyllä tämä on minusta sellainen asia, mikä pitäisi sitten ottaa vaan, tehdä osaksi sitä meidän täydennyskoulutusta.” (yl2)

Työyhteisöissä täydennyskoulutus on edelleen useimmiten ammattiryhmittäin eriytynyttä. Eräs haastateltava ihmettelikin sitä, että kaikki asiantuntijaryhmät eivät olleet saaneet samaa moniammatillisen yhteistyön koulutusta. Koulutus oli suunnattu vain osastonhoitajille eikä

lääkäreille. Toisaalta keskustelussa saattaa kuulla epäilyjä siitä, että kaikki asiantuntijat eivät työyhteisössäkään toimiessaan olisi valmiita yhteiseen koulutukseen.

”Lääkärit niin kun melko systemaattisesti näistä moniammatillisista jutuista jätetään ihan sivuun, koulutuspäiviä järjestetään kokonaisia koulutuspäiviä ja sitten ei sinne ensimmäistäkään lääkäriä kutsuttu.” (lk)

”Mutta kyllä se on perinteisesti valitettavasti ollut niin, että jos se [koulutus] on niin kun suunnattu hoitajille niin eihän sinne voi lääkäreitä tulla ja tiedän, että tässä on yritetty esimerkiksi erilaisia koulutuksia saada niin kun koko tiimi mukaan niin se on hyvin vaikeaa [- -] meillä on hyvin paljon lääkäreitä ja tämä on kirjavaa tämä käsitys tästä asiasta [yhteisestä moniammatillisesta koulutuksesta].”(yh)

Näissä kommentteissa kuuluu *yhteisen johtajuuden puutteen problematiikka*. Yhteisiin kehittämistavoitteisiin on vaikea päästä, jollei kaikkia ammattiryhmiä kouluteta yhteistyöhön samalla tavalla. Aineistossa tulee esiin jakautuminen hoitajien koulutuksiin, joihin kuuluvat kaikki muutkin ammattilaiset ja lääkäreiden koulutuksiin. Lääkärit ovat saaneet hyvin vähän, jos lainkaan tietoa ja koulutusta moniammatillisen yhteistyön ideasta. Jako ei kuitenkaan ole näin mustavalkoinen, vaan osa lääkäreistä on itsenäisesti opiskellen tai oivaltaen hyvin perillä moniammatillisen yhteistyön merkityksestä ja omaa sen edellyttämät vuorovaikutustaidot. Joka tapauksessa, jos yhteistä ymmärrystä tai tietoa yhteistyön kehittämisestä ja sen merkityksestä ei ole, uudet yhteistyön kokeilut ja käytännöt voidaan kokea jopa uhkana omalle professionille ja sen asemalle. Seuraava lainaus kuvaa tällaista kokemusta: ”Kyllähän tässä niin kun muutoksia on tapahtunut, ne on menneet vähän niin kun hyvään ja huonoon suuntaan, että tota esimerkiksi semmoseen että meillä on joitakin osastoja missä hoitajat ei suostu tulemaan lääkärinkierrolle mukaan. Se on ihan ääri esimerkki tästä hoitotieteen valta-asemasta.”

8.5.2 Tiimioppiminen

Kirjallisuudessa on esitetty erilaisia vaihekuvaus- ja tutkimuksia (mm. Miller & Freeman 2003; Lingard ym. 2004; Körner 2008; Kvarnström 2008) moniammatillisen tiimin kehityksestä. Moniammatillisesti toimivat tiimit eivät suinkaan synny niin, että eri toimijat tuodaan yhteen ja uudenlainen yhteistyö alkaa sitten heti sujua. Psykkiset esteet eli vanhat mentaaliset mallit toimia yhdessä aktivoituvat, ellei uutta tapaa toimia tiiminä ole yhdessä sovittu ja opittu. Keskinäinen luottamus nähdään yhtenä keskeisenä tiimin onnistuneen toiminnan ja sosiaalisen pääoman lähteenä. Luottamus ja toinen toisensa arvostus kasvaa tiimissä vähitellen (teoriaosa 3.4.1). Seuraavassa kaksi esimerkkiä hyvin toimivista tiimeistä, joissa henkilökunta on ollut suhteellisen pysyvää. Puheotoksissa keskustellaan tiimin kehittymisen vaatimasta panostuksesta.

”Ehkä just se, että me kaikki on kehitetty eteenpäin tätä työtä omalla ja yhteisellä saralla että se on lisännyt sitä [tiimioppimista] kun on yhdessä pohdittu nämä asiat oikeesti.” (sh)

”Me ollaan käyty kunnan keskustelua toistemme arvostamisesta, jokaisen työntekijän tärkeydestä, merkityksestä ja sitten on myöskin yritetty että osaamista on lisätty [- -]. Kyllä se vaatii myös sen oman paikan ottamista myöskin siinä moniammatillisessa yhteisössä ei se itekseen ole syntynyt monta pieleen mennyttä tiimiä on takana.” (oh1)

”Me ollaan muutamana parina vuotena nyt niin kokoonnuttu kerran tai pari kertaa vuodessa, että koko tiimi on ollut yhdessä ja sitten mietitty, onko jotakin sellaista asiaa mitä pitäisi kehittää tai mitä on semmosta että avoimesti pystyisi puhumaan mikä suuttua [--].” (oh2)

Seuraavassa keskustelelee toinen hyvin pitkään yhdessä työskennellyt tiimi. Siinä mm. kuvataan tiimin hyvää ilmapiiriä ja tilannetta, jossa tiimin jäsenet ovat erimieltä. Sitä voisi nimittää arjen kuvaukseksi reflektiivisen ajattelun taidosta ja taitavasta keskustelusta ja dialogista, kun muodostetaan kokonaisnäkemystä potilaasta.

”Siinä on avoin ilmapiiri siinä meidän kokouksessa ja sitten pyritään hyvin runsaasti puhuville ihmisille sanomaan että siirrytään eteenpäin”

”Meille ei tule niitä eipäs juupas juttuja, vaan keskustelua.”

”Ollaanhan me voitu tulkita potilasta eri tavalla niin kun, ja sitten siinä kun keskustellaan yhdessä niin se tavallaan avautuu sitten se kokonaiskuva.”

Tiimiksi kehittyminen kehittää keskinäistä luottamusta ja asiantuntijoiden yhteistä kielenkäyttöä kaikille ymmärrettäväksi. Tiimissä, jossa on panostettu tiimin kehittymiseen, kuvataan keskinäisen luottamuksen merkitystä yhteisen kielen kehittymiselle.

”Ei kun minun mielestä se on niin kun vähentynyt oikeesti semmonen siis terminologialla leikkiminen [--] paljon enemmän oli silloin alkuun.” (h)

”Olisiko siinä se tavallaan, että me luotetaan nyt siihen jokaisen asiantuntemukseen niin, ettei tarvitse sitä tuoda joka kohdassa esiin.” (sh)

Toimivan tiimin merkitys eräänlaisena asiantuntijoiden turvaverkkona tulee tutkimuksessa yllättävän selkeästi esiin. Toimivassa tiimissä on kehittynyt yhteisvastuullisuutta ja luottamusta ja huomautetaan avoimesti mahdollisista toisten asiantuntijoiden virheistä tai unohduksista. Tiimin merkitys vaikeiden eettisten ratkaisujen ja päätösten jakamisessa osoittautuu tärkeäksi. Hyvä tiimi koetaan eräänlaisena nopean työnohjauksen paikkana, jossa voi jakaa tunteita saman kokemuksen läpi käyneiden ja samojen sääntöjen ohjaamina työskentelevien kanssa. Apua annetaan, ja sitä on hyvässä tiimissä helppo pyytää. Näin hyvin toimiva tiimi keskustelelee aiheesta:

”Ne [ratkaisut] ei ole eettisesti minusta ihan hyväksyttäviä, välillä tietää melkein tekevänsä ei potilaslähtöisesti vaan systeemiä lähtöisesti, niin sitten on helpotus, että voi joidenkin kanssa sitä tavallaan [tiimissä] jakaa.” (lk)

”Sitten se voi olla semmosessa pienessä muodossa niin kun semmosta työohjausta.” (tt)

”Kaikilta voi pyytää apua, jos omat taidot ja voimat ei just tällä kohtaa riitä.” (sh)

Osastojen tiimit, joilla haastatellut asiantuntijat työskentelevät, ovat heidän omien arvioidensa mukaan hyvin eri vaiheissa tiimiksi oppimisessa. Tiimien haastattelussa tunnistin tiimien erilaisia kehitysvaiheita, jotka sopivat yhteen tiimin omien ilmaisujen kanssa silloin, jos he sanoivat sen ääneen. En erityisesti kysynyt sitä. Joissakin tiimeissä se otettiin avoimen keskustelun kohteeksi niin kuin tiimissä, jossa todettiin mylläys- eli kuohuntavaihe ja kuvattiin tapahtunutta kehitystä.

”Meillä on joku tällainen niin kun vähän mylläysvaihe tässä näin ja meille tulee näitä juupas eipäs tilanteita.” (sh1)

”Minä taas koen, että tässä sanotaan vuoden sisällä on herännyt paljon keskustelua ja minusta tuntuu, että ihmiset puhuvat paljon enemmän asioista niin kuin tästä dialogista ja mikä toimii ja mikä ei ja sitten koetetaan löytää ratkaisuja ja keinoja, mikä on minusta positiivista.” (sh2)

Tiimin jäsenten vaihtuvuus vaikuttaa tiimin toimintaan. Tiimeissä, jossa henkilökunta on ollut keskimäärin pysyvämpää ja tiimityön kehittämiseen on panostettu - yleensä osastonhoitajan tai lääkärin aktiivisuudesta ja kiinnostuksesta - tiimiksi oppimien on kehittynyt hyvin. Tiimin kehityksessä tarvitaan myös osaavaa johtajuutta. Hyvin toimivien tiimien jäsenet antavat tiimille suuren merkityksen työssä jaksamiselle. Seuraavassa keskustellaan hyvän tiimin merkityksestä.

”Mutta se on semmonen olo, tulee töihin tietää, ihan oikeesti sillä on niin kun merkitystä, että kun tänne tulee niin se on ihan kiva fiilis.” (ft)

”Kun minulla on kollegoita muilla osastoilla niin kyllä siihen verrattuna niin todellakin minua kuunnellaan ja kuunnellaan toisiamme täällä.” (h)

Työyhteisössä halutaan pysyä, koska tiimin yhteistyö toimii niin hyvin. Vaikuttaa siltä, että jos tiimi on hyvin toimiva ja osastonhoitajalla on kehittävä ote tiimityöhön, lääkäreiden vaihtuvuudellakaan ei ole niin suurta merkitystä. Tiimit ja perehdyttäjät opettavat uusille tiimin jäsenille oman toimintamallinsa. Siitä riippuu hyvin paljon, millaisen mallin erityisesti nuori asiantuntija omaksuu.

”Ja varmaan nuorella lääkärillä sitten se, kuinka pääsee niin kun tiimiin mukaan tai löytää paikkansa niin aika paljon riippuu niin kun siitä joka perehdyttää siihen hommaan että mistä saa niin kun esimerkkinsä.” (lk)

”Me ollaan koulutettu valtavat määrät lääkäreitä.” (sh)

”Ollaan siis moniammatilliseen yhteistyöhön koulutettu, ne sanoo kaikki, jotka ollaan opetettu.” (oh)

Toimivan tiimin ja tiimiksi oppimisen merkitys oivalletaan ja se lisää työviihtyvyyttä, silloin kun se on saavutettu. Toimivassa tiimissä tapahtuu myös uusien ammattilaisten koulutusta.

”Nauttii siitä kun näkee, että se [tiimityö] toimii ja kun sitten siitä nauttii ne eri tiimin jäsenetkin. Meillä on nyt sitten kuitenkin, että vaihtuu kahden kuukauden välein se yksi tiimin jäsen eli lääkäri, mutta sekin on minusta aina aika hyvin koulutettu.” (st)

Tärkeänä pidetään mahdollisuutta tiiminä arvioida ja kehittää yhdessä toimintaa niin, että se vastaisi potilaiden ja kyseisen osaston tarpeita. Jos osastoilla koulutukset ovat ammatillisesti eriytyneitä, eivät ne anna mahdollisuutta tiimin yhteistoiminnan kehittämiseen. Tiimin yhdessä kehittämisen tarve tunnustetaan ja mahdollisuutta siihen toivotaan.

”Minusta tiimin jäsenten pitäisi olla niin kypsiä että kuunnellaan ettei kukaan koe, että häntä jyrätään, [- -] että voisiko tommosessa ottaa puheeksi, että puhuttaisiinko me vähän nyt että miten meidän tiimi toimii?” (ft1)

”Minun mielestä sitä tiimiä pitäisi yhdessä kouluttaa ja tiimin kanssa puhua näistä asioista.” (ft2)

Tiimin jäsenten vaihtuvuus haittaa tiimityön kehitystä; yhteistä kehitysprosessia ei aina ehditä käydä läpi. Kun tai jos perustiimi on kuitenkin suhteellisen pysyvä ja siitä on kehittynyt hyvä tiimi, joidenkin jäsenten vaihtuvuus ei ole niin ongelmallista toiminnan kannalta. Vaikka toimiva tiimi voi opettaa vaihtuvalle tiimin jäsenelle moniammatillisessa tiimissä työskenteilyä, joillakin osastoilla on nähty tarpeelliseksi laatia uusia jäseniä varten omia tiimityön ohjeita. Selkeät yhdessä laaditut ohjeet osaston tiimityöstä, auttavat uutta tiimin jäsentä helpommin löytämään paikkansa tiimin toimintamallissa.

”Meillähän on ihan kirjattu ylös ja kotihakemistosta kyllä löytyy ihan tämä meidän yhteinen [tiimityö] sopimus.” (oh)

8.5.3 Yhteenveto ja pohdintaa oppimisesta

Aineiston pohjalta väitän, että moniammatillisuuden kehittymisen yhtenä suurena esteenä ovat koulutuksen puutteet. Eri ammattien koulutuksessa ei - perus- eikä täydennyskoulutuksessa - anneta vielä riittävästi valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen johtamiseen. Väitän myös, että motivaatiota tarvittavien yhteistyötaitojen ja tiimityön oppimiseen ei ole, ellei ole koulutuksen antamaa syvempää ymmärrystä reflektiivisen ajattelun, moninäkökulmaisuuksien ja tiimityön merkityksestä, kun pyritään työskentelemään kokonaisvaltaisesti ja tehokkaasti potilaan parhaaksi. Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden tulisi tunnistaa ne sosiaaliset ja kognitiiviset viitekehykset, joiden pohjalta he itse ja toiset ammattilaiset työskentelevät. Tämän tiedon ja ymmärryksen voi saavuttaa myös koulutuksen kautta. Vasta silloin voidaan saada tehokkaasti käyttöön kaikkien ammattilaisten osaaminen.

Jos ei ole uusia koulutuksessa muodostuneita malleja siitä, kuinka yhdessä toimitaan, työyhteisö tarjoaa usein vain vanhoja roolimalleja. Tutkimuksessa tulee esiin ammatillisten roolimallien ja ammatillisen kulttuurin merkitys asiantuntijaroolin omaksumisessa. Ammatillinen kulttuuri tarjoaa roolimalleja, joihin aloitteleva asiantuntija hyvin helposti samastuu. Ammatillisen ohjaajan roolimalli koulutuksen aikana tapahtuvassa opetuksessa on todettu merkittäväksi aikaisemmissakin tutkimuksissa (esim. Lindblom ym. 2007). Syvempi kulttuurinen muutos edellyttää muutoksia myös peruskoulutuksessa, jossa on mahdollisuus saada valmiuksia muutokselle. Mihin vaiheeseen eri ammattilaisten opiskelussa moniammatillisen yhteistyön koulutus tulisi sijoittaa, sitä ei tässä tutkimuksessa pyritty selvittämään, mutta kysymys oikeasta ajoituksesta on erittäin tärkeä. Sitä pohdittiin myös tämän tutkimuksen haastatteluisa. Aiempien tutkimusten (mm. Weller & Woodward 2010) mukaan oman ammatillinen osaamisen tulee olla riittävän selkiintynyt, että opiskelija voi ottaa vastaan ja ymmärtää toisenlaista näkökulmaa potilaaseen. Työelämässä jo toimivien ammattilaisten kohdalla täydennyskoulutus olisi keino opetella moniammatillisen yhteistyön ja jaetun johtajuuden edellyttämiä keskustelu- ja vuorovaikutustaitoja.

Tutkimuksessa tulee esiin toinen tärkeä oppimishaaste, se on tiimityöskentelytaitojen oppiminen. Tiimioppimiseen kuuluu tiimin kehitysprosessin tunnistaminen, seuraaminen, tukeminen ja jatkuva arvioiminen. Tutkimuksen hyvin toimivissa tiimeissä tiimityöskentelyyn on panostettu koulutuksen ja jatkuvan yhdessä arvioinnin keinoin. Yhteistä työskentelyä on kehitetty ja sitä arvioidaan niissä jatkuvasti.

Aineistosta nousee esiin erittäin selkeänä hyvän ja toimivan tiimin merkitys työhyvinvoinnille. Hyvä tiimi toimii turvaverkkona ja työohjauksen paikkana. Tiimiksi oppimiseen on siksi-kin syytä panostaa. Eriytyneitä koulutuksia tarvitaan, mutta kaikkien ammattiryhmien yhteiset koulutukset vaikuttavat välttämättömiltä moniammatillisen tiimityön kehittämisessä. Sujuva yhdessä työskentely vaatii yhteisiä, jaettuja merkityksiä siitä, miten yhteistoiminnan kuuluisi tapahtua; mitkä ovat ne peruseriaatteet ja arvot, joiden mukaan toimitaan yhdessä. Ellei tällaisia yhteisiä sosiaalisia tiedon rakenteita ole, syntyy helposti ristiriitoja. Mahdollisuus tiimin yhteiseen koulutukseen ja jatkuvaan toiminnan arviointiin ja kehittämiseen osoittautuu tärkeäksi tiimityön kehittämisessä. Tutkimuksesta tulee esiin, että differentioitunut ja fragmentoitunut organisaatiokulttuuri ja eriytynyt johtajuus estävät tai ainakin hidastavat yhteisten toimintamallien luomista. Kun koulutukset eivät ole yhteisiä, jaettuja merkityksiä muutoksen suunnasta ja toteutuksesta ei kehity. Tutkimuksessa näkyi esimerkkejä siitä, että organisaation tiimit ovat hyvin eri kehitysvaiheissa. Joillakin osastoilla mikrokulttuuri oli jo moniammatillisesti hyvin toimiva ja jatkuvaan kehitykseen ja oppimiseen motivoitunut.

Pisimmällä kehittyneet tiimit kertovat yhteisistä koulutuksista ja arviointitilanteista. Hyvin toimivissa tiimeissä kaikki asiantuntijat olivat mukana kehittämässä yhteistä toimintamallia. Niissä oli tehty yhteisiä kirjallisia ohjeita tiimin toimintatavoista vaihtuvia tiiminjäseniä varten. Kun on luotu yhteinen näkemys toimintatavasta, tiimi pitää huolen siitä, että yhteistyö toimii sovitusti, vaikka tiimin jäsenissä olisi paljon vaihtuvuutta. Tutkimuksen mukaan keskinäisen luottamuksen rakentaminen vaatii yhteistä aikaa, yhteisiä kokemuksia ja yhdessä oppimista. Hyvän moniammatillisen yhteistyön tiimeissä ydinjoukko oli työskennellyt pitkään yhdessä. Näyttää siis siltä, että jos tiimissä on ydinjäsenten joukko, jolla on yhdessä sovittu tiimityön malli, muutaman jäsenen vaihtuminen ei häiritse tiimin toimintaa paljon. Tiimi jopa ottaa yhdessä kollektiivisen vastuun uusien jäsenten opettamisesta tiimityöhön. Hyvissä tiimeissä on kehitystä ohjaamassa usein lääkäri tai osastonhoitaja, jolla on jaetun johtajuuden osaamista ja taitoja luoda avoin ja oppiva ilmapiiri.

Tiimiksi oppimista koskevista puheotoksista voi päätellä, että hyvin toimiva moniammatillinen tiimityö tuo työyhteisöön myös sosiaalista tukea. Tiimissä jaetaan moraalisesti, eettisesti sekä tunnetasolla vaikeita asioita. Sen myötä kehittyy vastavuoroisuutta, luottamusta ja yhteisöllisyyden kokemuksia. Tiimissä jaksetaan tehdä työtä paremmin ja siinä halutaan myös pysyä. Työtyytyväisyyden määrä ja merkitys hyvin toimivissa tiimeissä oli tärkeä lisätulos työssä jaksamisen näkökulmasta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa (mm. Petri 2010, 78 - 79). Tämä tulos on mielestäni erittäin tärkeä juuri nyt, kun keskustellaan työssä jaksamisesta sosiaali- ja terveysalalla ja työurien pidentämisestä yleisesti. Seuraavassa on yksinkertaistaen perinteisen ja moniammatillisuuteen pyrkivän toimintatavan vertailua.

Perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli

- vanhat ammatilliset roolimallit yhteistyöstä siirtyvät sukupolvelta toiselle, uusia ei toimintamalleja opetella
- yhteinen yhteistyön koulutus niukkaa tai pirstaleista
- tiimityön kehittämiseen ei koulutusta eikä tukea

Moniammatillisen yhteistyön malli

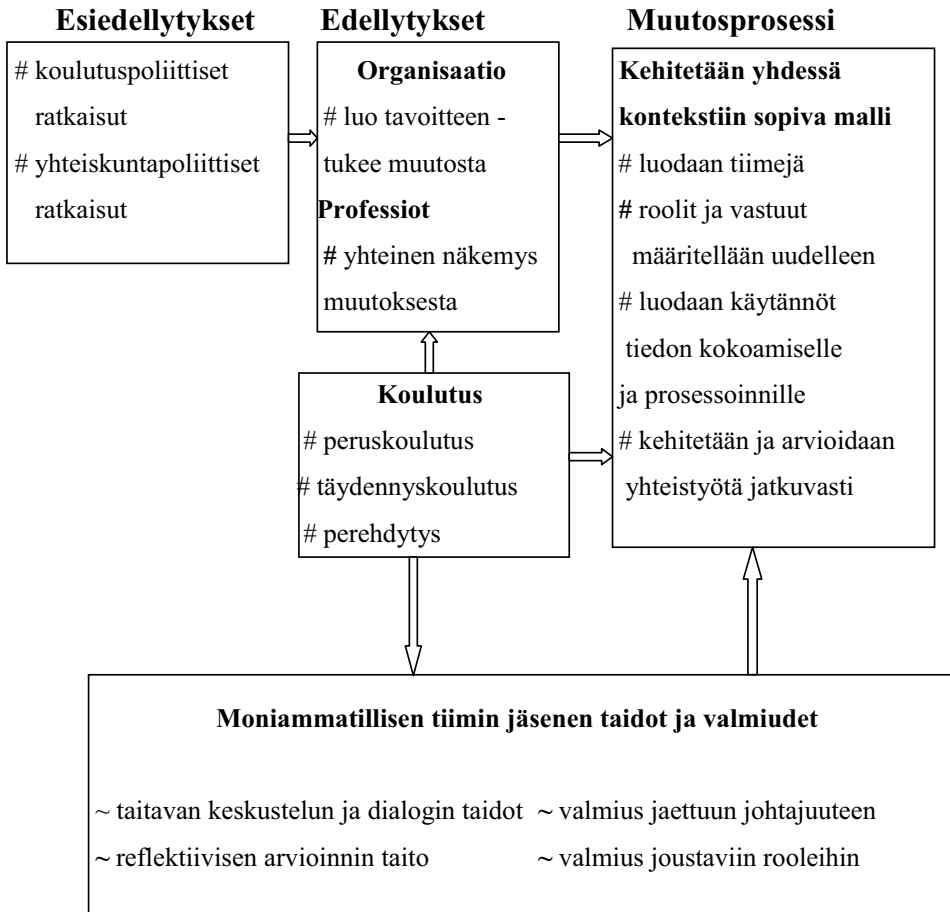
- yhteistä perus- ja täydennyskoulutusta moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen edellyttämistä taidoista ja valmiuksista
- tiimeille koulutusta, tukea ja ohjausta niiden kehitysprosesseissa
- tiimityön ja jaetun johtajuuden taitoja opetetaan teoriassa ja käytännössä

9 Moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli

Tutkimuksen taustatavoitteena oli, jos se tulosten pohjalta on mahdollista, rakentaa pelkistetty malli haasteista joita kohdataan, kun moniammatillisen yhteistyön ideaa sovelletaan käytännön työelämään sosiaali- ja terveysalalla. Moniammatillisen potilaslähtöisen yhteistyötavan soveltaminen arkeen aiheuttaa tutkimuksen mukaan kulttuurisen muutoksen. Muutoksen toteuttamisessa tarvitaan toimenpiteitä kaikilla kulttuurisilla tasoilla makro- organisaatio-, alakulttuuri- ja mikrotasoilla.

Aineiston analysoiminen vuoropuheluna useamman teoreettisen viitekehyksen kanssa laajensi näkökulmaa moniammatillisen yhteistyön haasteista. Se antoi mahdollisuuden synteisiin niistä monista tekijöistä, jotka vaikuttavat taustalla, kun tai jos moniammatillista työskentelytapaa pyritään toteuttamaan laajemmin sosiaali- ja terveysalan toiminnassa. Aiemmat tutkimukset ovat lähteneet yleensä kapeammista näkökulmista ja tarkastelleet esimerkiksi rooleja, tiimin toimintaa, potilaskohtaisen tiedon vaihtoa tai jotain muuta yksityiskohtaa laajassa kokonaisuudessa. Tämä malli tarjoaa varsin laajan yhtenäisen viitekehyksen moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Se perustuu tutkijan omaan tulkintaan ja johtopäätöksiin edellä esitetyistä tuloksista. Malli muodostuu kolmesta tasosta. Ensimmäisen tason muodostavat esiedellytykset ja edellytykset, jotka luovat pohjan muutokselle. Toisen tason muodostaa itse muutosprosessin toteutus juuri kyseiseen toimintaympäristöön soveltaen. Kolmannen tason muodostavat yksilötason haasteet. Malli on kuviossa 5

Kuvio 5. Moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli



Esiedellytyksenä muutokselle ovat yhteiskuntapoliittiset ja koulutuspoliittiset päätökset. Profioiden ja ammattilaisten koulutukset ja toiminta on lainsäädännön säätlemää, samoin on sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen. Poliittisten päättäjien täytyy ensiksi mahdollistaa ja hyväksyä muutokset toiminnallaan ja tarvittaessa lainsäädännöllä. Esiedellytykset lähtevät siis makrotasolta. Julkisella sektorilla poliittisten päättäjien rooli korostuu myös hallinnollisissa ratkaisuissa.

Varsinaiset edellytykset muutokselle ovat organisaation, professioiden ja koulutuksen tasolla.

Organisaation tasolla tarvitaan yhteistä näkemystä muutoksen tarpeellisuudesta. Yhteisen näkemysten luomisessa tarvitaan mahdollisesti koulutusta. Tarvitaan myös julkilausuttua yhteistä tavoitetta, että pyritään kehittämään potilas/asiakaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä. Tämä ei kuitenkaan riitä, kuten tutkimuksessa on tullut esiin. Tarvitaan valmiutta ja rohkeutta uudistaa rakenteita ja toimintatapoja sekä jatkuvaa tukea muutokselle. Tarvitaan vuoropuhelua muutoksen käytännön toteuttajien kanssa. Tällainen muutos organisaatiossa edellyttää moniammatillisen johtajuuden taitoja kaikilla organisaation tasoilla.

Professioiden ja ammattijärjestöjen tasolla tarvitaan yhteistä näkemystä muutoksen tarpeellisuudesta ja sen toteuttamisesta. Vanhojen toimintamallien uudistaminen vaatii alakulttuurien - professioiden ja ammattijärjestöjen - valmiutta ja hyväksyntää muutokselle. Vain siten mahdollistuu vanhojen ammatillisten reviirien laajempi uudistaminen.

Koulutus on pohja organisaatiokulttuurin muutokselle. Koulutuksessa opitaan tarvittavat käsitteet ja uudet merkitykset toiminnan muuttamiseksi. Väitän, että elleivät kaikki ammattilaiset saa tarvittavaa koulutusta, jonka avulla he voivat ymmärtää yhteistyötä uudella tavalla, hyvin toimiva potilaslähtöinen yhteistyö toteutuu edelleen vain poikkeustapauksissa. Ilman uuden viitekehyksen ymmärrystä esimerkiksi roolirajojen ylitykset ja toisen asiantuntijan kommentit toisen asiantuntijan alueelle voidaan kokea valtataisteluna. Hyvin toteutettu koulutus auttaa ymmärtämään, mitä moniammatillisuudella tarkoitetaan, mihin sillä pyritään ja miksi se olisi tarpeellista. Koulutus voi antaa myös tarvittavia vuorovaikutuksellisia valmiuksia. Sen aikana voidaan harjoitella esimerkiksi taitavaa keskustelua ja dialogia päätöksiä tehtäessä. Koulutus ja ohjaus moniammatillisuuteen muodostavat välttämätön pohjan sekä peruskoulutuksessa, täydennyskoulutuksessa että perehdytyksessä. Se antaa myös asenteellisia valmiuksia muutokseen. Koulutus voi antaa ammattilaisille ymmärryksen reflektiivisen arvioinnin merkityksestä vaikeita ja monimutkaisia ongelmia ratkottaessa. Muutosta ei nähdä enää uhkana, kun ymmärretään sen tavoite. Kun toiminta on joustavaa ja kontekstisidonnaista, saatetaan tarvita myös juuri kyseiseen kontekstiin liittyvää lisäkoulutusta.

Muutosprosessin toteutuksessa uudet opitut käsitteet ja toimintatavat viedään arjen käytäntöön. Muutoksen ytimessä eli mikrotasolla ovat joustavasti rakentuvat, kulloiseenkin toimintaympäristöön soveltuvat tiimit. Jokaiseen kontekstiin tulee kehittää juuri siihen sopiva tiimityön malli. Sen pohjana ovat potilasryhmän ja hoidon tarpeet. Se edellyttää ammatillisten roolien ja vastuiden uudelleen määrittelyä niin, että toiminnasta tulee joustavaa, tehokasta ja potilaslähtöistä. Tiimeillä tulisi olla riittävästi valtaa rakentaa oma toimintatapa, roolit ja vastuut mahdollisimman sujuvasti. Tiimiin kuuluvien ammattilaisten määrä ja koulutus vaihtelee potilaiden tarpeiden mukaisesti. Jokaisessa tiimissä luodaan sen toimintaan sopivat tiedon koostamisen ja prosessoinnin käytännöt. Yhteistyötä arvioidaan ja kehitetään ja jatkuvasti. Vertikaalista johtajuutta tarvitaan ohjaamaan muutosprosessia ja kytkemään tiimi muuhun organisaatioon, mutta tiimissä tarvitaan jaettavaa, horisontaalista johtajuutta. Johtajuus kaikilla tasoilla edellyttää moniammatillisen johtajuuden taitoja.

Moniammatillisen tiimin jäsenten taidot ja valmiudet. Systemisesti ajatellen moniammatillisen yhteistyön mikrotason ydinsysteemi on tiimi. Tiimit muodostetaan joustavasti potilaiden ja hoidon tarpeiden pohjalta. Millaisia sosiaalisia taitoja ja valmiuksia moniammatillisessa tiimissä sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan, ei ole aikaisemmin kartoitettu tutkimuksen keinoin. Kirjallisuudessa ja tutkimuksissa puhutaan vain yleisesti vuorovaikutustaidoista (esim. Payne 2000; Housley 2003). Analyysini pohjalta nostan esiin neljä keskeistä taitovaatimusta ja valmiutta. *Reflektiivinen arvioinnin taito* tarkoittaa kykyä tunnistaa ongelmien ratkaisussa moninäkökulmaisuuden merkitys ja valmiutta oman toiminnan arviointiin ja yhdessä kehittämiseen. Kun moninäkökulmaisia päätöksiä tehdään, täytyy osata esittää mielipiteensä, perustella ja kuunnella erilaisia näkökulmia ja perusteluja, joiden pohjalta ratkaisut tehdään. *Taitavan keskustelun ja dialogin taidot* ovat sopivia, määriteltäviä käsitteitä kuvaamaan käytännön tasolla keskustelun edellyttämiä taitoja. Tiimissä tarvitaan myös *valmiutta jaettuun johtajuuteen*. Jaettu johtajuus antaa jokaiselle ammattilaisille vastuun omalla alueellaan. Siihen kuuluu lisäksi vastuu kokonaisuuden toteutumisesta. Kuka tahansa tiimin jäsen voi toimia sovittu tiimin johtajana. Se, millaisessa kontekstissa työskennellään ja millaisia asioita käsitellään, määrittää myös johtajuutta. Moniammatillisen tiimin jäseniltä vaaditaan *valmiutta joustavuuteen rooleissa*. Kun tiimissä pyritään joustavaan potilaslähtöiseen ja kaikkien osaamista hyödyntävään työskentelyyn, rooleja ja vastuita täytyy määritellä henkilö- ja tiimikohtaisesti. Tiimille tärkeä avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri on kaikkien tiimin jäsenten yhteinen aikaansaannos.

10 Yhteenvedoa ja pohdintaa

Moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi. Yhtenä syynä on pidetty käsitteen epämääräisyyttä (mm. D'Amour ym. 2005; Petri 2010). Käsitteen selkiinnyttämiseksi olen teoriaosassa (luvussa 2) kuvannut käsitteen lähtökohtia ja määrittelyä mahdollisimman perusteellisesti ja monipuolisesti. Moniammatillisen yhteistyön edellyttämät asiantuntijoiden valmiudet ja taitovaatimukset ovat niin ikään olleet kirjallisuudessa varsin yleisellä tasolla esitettyjä, ja on esitetty toiveita (mm. Mansner 2006; Suter ym. 2009) yhtenäisen viitekehyksen ja tarkempien taitovaatimusten löytymiseksi. Siksi olen (luvuissa 2 ja 3) kuvannut kehittämisessä käyttämäni viitekehykset ja vuorovaikutustaitovaatimukset tarkasti.

Olen jo tulososan yhteydessä kategorioiden yhteenvedoissa esittänyt jonkin verran pohdintaa ja käynyt vuoropuhelua aikaisempien tutkimusten kanssa. Tarkastelen tuloksiani nyt vielä tutkimuskysymysten kautta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksenä oli selvittää laadullisen tutkimuksen menetelmän ja asiantuntijoiden näkökulmasta:

Mitä kriittisiä haasteita ja ilmiöitä kohdataan, kun organisaatiossa ryhdytään soveltamaan potilaslähtöistä moniammatillista työskentelytapaa?

Lisäksi tavoitteena oli kehittää analyysin pohjalta yhtenäinen malli moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kriittisistä haasteista.

Alkuanalyysin jälkeen ja aiempien tutkimusten sekä teorian pohjalta hahmottuivat seuraavat viisi alakysymystä:

1. Mitä rooleille tapahtuu moniammatillisuuden kehittyessä?
2. Miten vastuu ymmärretään moniammatillisesti työskennellessä?
3. Miten potilaskohtaisen tiedon kokoaminen ja yhdessä työstäminen toteutuu?
4. Millä tavalla organisaatio tukee potilaslähtöistä moniammatillista työskentelyä?
5. Minkälaisia taitoja moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan?

Aineiston analyysissä alakysymysten kautta tulee esiin viisi haastetta, pääkohtaa, joissa tarvitaan uutta merkitysten luontia, yhteistä sopimista ja sitoutumista. Nämä ovat kontekstisidonnaisesti *sovitut, joustavat roolit, vastuuajattelun kehittyminen, potilaskohtaisen ja kokonaisvaltaisen tiedon kokoamisen käytäntöjen luonti, organisaation rakenteeseen ja rajoihin liittyvät tekijät sekä moniammatillisen yhteistyön oppimiseen ja koulutukseen liittyvät haasteet*. Käyn vielä läpi pohtien alakysymyksittäin, mitä vastauksia aineisto antoi ja mihin perustan tulkintani. Esitän vielä seuraavassa muutamia esimerkkejä puheotoksista, vaikka varsinaiset viittaukset niihin ovat tulososassa (luvussa 8).

- 1) Mitä rooleille tapahtuu moniammatillisuuden kehittyessä?

Analyysin mukaan asiantuntijan rooli ja asema ovat moniammatillisessa yhteistyössä dynaamisia. Asiantuntijuus ei määrittelekään tiettyä paikkaa ja tarkkaa rajattuja tehtäviä osaston moniammatillisessa yhteistyössä. Asiantuntijan rooli ja paikka tiimin toiminnassa ovat kon-

tekstisidonnaisempia ja vaativat jatkuvaa uudelleen arviointia. Paikka osaston toiminnassa riippuu osaston ja potilaiden tarpeista, asiantuntijan resursseista ja motivaatiosta. Asiantuntijan asema vaihtelee tiimeittäin näiden tekijöiden mukaan. Tämä vaatii joustavuutta ja roolien sekä aseman kontekstilähtöistä, osasto/tiimitasoista uudelleen määrittelyä ja sopimista. Tarvitaan osastokohtaisia ohjeita, jotka mahdollistavat usein vaihtuvien asiantuntijoiden sujuvan toiminnan erilaisilla osastoilla. Paradoksaalisesti siis joustavuuden lisäämiseksi tarvitaan ohjeita, jotka mahdollistavat asiantuntijoiden erilaiset roolit erilaisilla osastoilla ja erilaisissa tiimeissä. Ohjeista tulisi näkyä se, mikä kunkin ammattilaisen rooli ja tehtävät kyseisellä osastolla ovat. Kun roolit, niiden asemat ja niihin kuuluvat tehtävät vaihtelevat, syntyy helposti sekaannusta, kuten seuraava katkelma ylläikäärin puheenvuorosta osoittaa: ”se [rooli] on tullut hämmästyttävällä tavalla epäselväksi, onko se, että lääkärit on jotenkin nyt hakemassa jotakin uutta roolia itselleen [- -]”. Jotkut roolit, voivat ylikuormittaa, kun ei ole selkeää yhteistä ymmärrystä niiden sisällöstä. Näin on käynyt esimerkiksi sairaanhoitajan roolille joillakin osastoilla. Kun vanha toimintamalli ei ole enää käytössä eikä vakiintuneita tapoja uudelle toimintatavalle vielä ole, syntyy helposti ristiriitoja. Joustavan potilaslähtöisen toiminnan yhteydessä saattaa syntyä roolien reviiireihin liittyvää sekaannusta ja valtataisteluaakin, ellei selkeitä yhteisiä sopimuksia roolirajojen ylityksistä ole. Yhdessä sovitut rooli- ja toimintaohjeet on hyvä olla kaikkien, myös koulutuksessa olevien opiskelijoiden ja sijaisten saatavilla. Kontekstilähtöinen ja muuttuva roolien ja tehtävien sopiminen edellyttää johdon ja ammattilaisten hyväksyntää ja vuoropuhelua heidän kesken. Tästä nousee haaste johtajuudelle, koska muutos edellyttää jatkuvaa aktiivista yhteistyötä ja muutoksen toteuttamisen mahdollistamista.

2) Miten vastuu ymmärretään moniammatillisesti työskenneltäessä?

Vastuukysymykset liittyvät hyvin läheisesti edelliseen eli ammatillisiin rooleihin. Selkeät yhteisesti sovitut ja kontekstilähtöiset roolit ja toimintaohjeet auttavat selkiinnyttämään vastuukysymyksiäkin, se näkyi aineistossa. Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa säätelee kuitenkin laki, joka määrittelee yleiset ja ammattieettiset vastuut ja velvollisuudet. Se asettaa omat rajansa vastuukysymyksissä. Jos asiantuntija sallii toisen ammattilaisen rajan ylityksiä alueelleen, hän kantaa siitä vastuun. Aineiston mukaan, kun asiantuntijoiden välillä on vahva luottamus ja keskinäinen tuntemus, vastuurajan ylityksiä kuitenkin tehdään. Se tulee esiin haastatteluissakin lääkärin kuvatessa hyvää moniammatillista yhteistyötä ja ammatillisia rajoja joustavasti ylittävää parityöskentelyä kokeneen sairaanhoitajan kanssa. Ristiriitoja ei vastuu- ja roolirajojen ylityksistä näyttäisi syntyvän silloin, kun keskinäinen luottamus toimii. Toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä vastuu ymmärretään yhteisenä, vaikka lainsäädännöllinen vastuu olisikin lääkärillä.

Tutkimuksessa tulevat esiin kollektiivisen eli yhteisvastuun käsitteeseen liittyvät monenlaiset merkitykset. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat yhteisvastuun ja jaetun vastuun käsitteet ymmärrettiin monella tavalla. Ne saattoivat olla negatiivisesti latautuneita kuten puheotoksessa ” [- -] tuo käsite jaettu vastuu, niin siinä on kyllä minulle sellainen huono kalskadus”. Analyysin mukaan yhteisvastuun ja jaetun vastuun käsiteittä moniammatillisen yhteistyön yhteydessä on syytä selventää kaikille ammattiryhmille, koska vastuun ymmärtäminen samalla tavalla on yhteistyössä tärkeää. Kollektiivisella kognitiivisella vastuulla eli jaetulla vastuulla Scardamalia (2002, 68 - 69) kuvaa tilannetta, jossa vastuu ryhmän toiminnan onnis-

tumisesta on jakautunut ryhmän jäsenten kesken eikä ole keskittynyt vain johtajalle. Kaikki ottavat siinä vastuun paitsi omasta osuudestaan myös siitä, miten yhteisen toiminnan kokonaisuus etenee ja kaikki ovat tietoisia siitä. Mikään ammattiryhmä ei voi olla silloin vapaamatkustajana vastuusta tiimin toiminnasta, vaikka jokainen on lainsäädännöllisesti ensisijaisesti vastuussa omasta osuudestaan. Tutkimuksen mukaan yhteisvastuun ajatus saatetaan kokea uhkana omalle ammatillisuudelle tai tilanteena, jossa kukaan ei ota vastuuta. Sille tarvitaan siis uutta yhteistä merkityksenantoa.

Yhteenvetona rooleihin ja vastuuseen liittyen nousee esiin kysymys, olisiko tarpeellista määrittää roolien, vastuun ja velvollisuuksien rajoja jopa lainsäädännöllisesti uudelleen. Tiedon määrä eri ammateissa on lisääntynyt ja kokonaisuuksien hallinta on vaikeaa. Asiantuntijoiden koulutukset ja osaaminen ovat muuttuneet ja kehittyneet vastaamaan uusiin ja erilaisiin haasteisiin kuin aikaisemmin. Hoito- ja terveystiede ovat kehittyneet ja saavuttaneet vähitellen vakiintuneen aseman tiedeyhteisöissä (esim. Niiniluoto 2003a). Koulutukset antavat siis mahdollisesti jo aiempaa paremmat valmiudet argumentoivaan keskusteluun ratkaisuihin eri tieteenalojenkin näkökulmasta. Tämä vaatisi sitä, että vanhojen asiantuntijuusreviirien puolustamisen sijaan päästäisiin avoimen dialogin kautta etsimään yhdessä ratkaisua, jolla vähenevät resurssit voidaan hyödyntää tehokkaammin.

3) Miten potilaskohtaisen tiedon kokoaminen ja yhdessä työstäminen toteutuu?

Yhteisen tiedon muodostamiseen tarvitaan välineitä ja sopivia tapaamiskäytäntöjä. Tietotekniikan kehitys on antanut uusia mahdollisuuksia potilaskohtaisen, kokonaisvaltaisen tiedon nopeaan siirtämiseen, välittämiseen ja kokoamiseen. Se ei ole tutkimukseni mukaan kuitenkaan vielä täysin onnistunut vastaamaan odotuksiin. Itse sähköisessä kirjaamisessa on myös kehitettävää. Sähköiseen kirjaamiseen suhtauduttiin sekä positiivisesti että kriittisesti. Positiivista oli aineiston mukaan se, että tieto on helpommin kaikkien saatavilla. Kriittisyys kohdistui lähinnä siihen, että tietoa on paljon, sen etsiminen eri tiedostoista vie aikaa ja organisaatorajat ylittäviin tiedostoihin on vaikeata päästä. Lisäksi kaikkien asiantuntijoiden kirjallinen ilmaisu ei ole helposti ymmärrettävää. Koneella työskentelyn ei katsottu korvaavan face to face tapaamisia, joissa parhaimmillaan koettiin löytyvän luovia ratkaisuja monimutkaisiin potilastapauksiin. Tutkimuksen mukaan pitäisi löytää kaikkia ammattilaisia, osaston ja potilaiden tarpeita palveleva sopiva tasapaino kirjatun tiedon ja joustavan kasvokkain tapahtuvan tiedonvälityksen kesken. Tämä vaatii osastokohtaista järjestelyä ja sopimista sekä johdon antamaa mahdollisuutta erilaisiin osaston tarpeista lähteviin ratkaisuihin. Paitsi välineitä ja sovitteja tapaamiskäytäntöjä, tarvitaan yhteistä kieltä ja kommunikaatiotaitoja. Sähköisessä viestinnässä ilmenee samoja ongelmia kuin kasvokkain keskustellessa. Tietoa on siellä runsaasti ja oleellisen löytäminen on vaikeaa.

Kaikkien tiedon kokoaminen ja yhteisen käsityksen muodostaminen on yksi moniammatillisuuden ydinasioista. Vanhat kokous- ja kiertokäytännöt eivät aina mahdollista yhteistä tiedon kokoamista. Analyysin pohjalta näyttää myös siltä, että kommunikaatiotaidot eivät yksin riitä. On ymmärrettävä eri ammattilaisten tiedon ja osaamisen merkitys kokonaisnäkemystä muodostettaessa. Toisin sanoen ammattilaisilla tulisi olla reflektiivisen asiantuntijuuden taitoa.

Sen kautta syntyy ymmärrys ottaa huomioon toisten ammattilaisten näkökulmia ja luoda käytäntöjä, jossa kaikkien asiantuntijoiden tiedon kokoaminen voi toteutua.

Yhteisen tiedon muodostamisessa kohdattiin myös muita ongelmia. Keskusteltaessa kaikki asiantuntijat eivät tieneet eivätkä tunteneet muiden ammattilaisten osaamista. Jos toisten ammattilaisten tietoa ja osaamista ja ehkä erilaista arvomaailmaa ei tunnusteta, sitä ei osata hyödyntää yhteistyössä potilaan hyväksi. Tutkitussa organisaatiossa on todettu tarpeelliseksi esitellä omaa ammatillista osaamista muille. Se on todettu erityisen tarpeelliseksi työyhteisön uudempien ammattiryhmien kuten esimerkiksi toimintaterapeuttien kohdalla. Hyvän tiimityöskentelyn edellytys on, että tiedetään, mitä osaamista siinä on.

Toimivat välineet ja face to face -tapaamisia eivät auta yhteisessä tiedonmuodostuksessa, ellei ole kommunikaatiotaitoja. Suhteessa potilaaseen niitä on opetettu asiantuntijoiden koulutuksessa jo jonkin aikaa. Nyt tarvitaan neuvottelutaitoa suhteessa työtovereihinkin, kuten tämän tutkimuksen haastateltavat asian ilmaisevat. Kyseisen sairaalan osastonhoitajien koulutuksessa kävimme läpi taitavan keskustelun ja dialogin taitoja (kappale 3.3.2.). Ne osoittautuivat toimiviksi välineiksi arvioida tiimin keskustelua ja auttoivat luomaan moniäänistä keskustelua arjen tilanteissa. Edellytyksenä kuitenkin oli se, että kaikki osallistujat tunsivat ne. Väitän, että ne sopivat moniammatillisen yhteistyön viitekehysten kommunikointitaidoiksi, koska ne kertovat enemmän moniäänisen keskustelun luonteesta kuin neuvottelun käsite. Hyvin toimivissa tiimeissä taitavan keskustelun taidot ilmaistiin arjen kielellä sanomalla, että ”kyllä meillä voi nyt olla erimieltä mutta aina pitää perustella, meille ei tule sellaisia epäsujuus- tilanteita enää”. Suhteessa potilasiin tai omaisiin tämä ilmaistiin sanomalla, että nyt täytyy osata kuunnella ja perustella ratkaisuja.

Tiimin jäsenten aktiivisuus oman näkökantansa ilmaisemisessa on osa jaettava vastuuta. Tiimin vuorovaikutusilmasto vaikuttaa oman näkökulman esille tuomiseen. Tutkimuksen mukaan kaikkien tiedon ja osaamisen hyödyntäminen onnistuu parhaiten, kun vuorovaikutusilmasto on vapaa, avoin ja ei-hierarkkinen. Vanhan organisaatiokulttuurin hierarkkisessa vuorovaikutusjärjestelmässä jää paljon osaamista hyödyntämättä. Informaation voi nykyteknikalla välittää toisille ammattilaiselle - sitä varten ei tarvitse kokoontua yhteen. Tapaaminen, jossa vain vaihdetaan tietoa eikä prosessoida sitä yhdessä, koetaan silloin turhaksi.

4) Millä tavalla organisaatio tukee potilaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä?

Organisaation asettamat ehdot ja vaatimukset koettiin sellaisiksi, että ne vaikeuttavat helposti sujuvaa ja joustavaa moniammatillista työskentelyä. Aineistosta tuli esiin tarve organisaation rakenteiden ja prosessien uudistamiseen. Linjaorganisaatio, jossa muutokset tulevat vain ylhäältäpäin, ei mahdollista joustavaa muutosta potilaslähtöiseen tiimimäiseen työskentelyyn. Erään haastateltavan kommentti kuvaa hyvin tätä: ”Sieltä suorittajatasolta, se tieto, jota heillä olisi tarjottavanaan paljonkin niin kuin kehittämisen pohjaksi, niin se ei kulkeudu sinne ylöspäin, että tieto kulkee siellä vain yhteen suuntaan.”

Oppivan organisaation mallissa pidetään tärkeänä sitä, että erityisesti muutostilanteissa vuorovaikutuksen ja palautteen kaikkien organisaatiotasojen välillä tulee toimia. Palautteiden

pohjalta uudistetaan ja kehitetään sitten toimintaa. Tutkimuksen mukaan asiantuntijoilla olisi halua työskennellä potilaslähtöisesti, mutta organisaation rakenteet ja normit mahdollistavat usein vain organisaatiolähtöistä toimintaa. Toisaalta organisaation normeihin pyritään sopeutumaan. Arvo- ja moraaliristiriitoja koetaan erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa kaupungin resursseista ja organisaatiosta tulevat normit estivät potilaslähtöisen toiminnan. Haastateltavat pitivät tällaisia ristiriitatilanteita vaikeina kohdata ja työn kuormittavuutta lisäävinä.

Halua potilaslähtöiseen moniammatilliseen yhteistyöhön löytyy tutkimuksen mukaan kaikista asiantuntijaryhmistä. Varsinaista vastustusta ei tutkimuksessa tullut esiin. Ammatillisilla oli vain erilaisia käsityksiä ja tulkintoja moniammatillisen yhteistyön toteutuksesta. Moniammatillisen yhteistyön onnistunut toteuttaminen arjessa edellyttää yhteisiä käsitteitä ja yhteistä näkemystä sekä sitoutumista tarpeellisiin muutoksiin kaikilla organisaation tasoilla. Vaikuttaa siltä, että työn organisointiin vanhan organisaatiokulttuurin mukaan ei katsottu voitavan vaikuttaa, vaikka sen tehottomuus ja toimimattomuus nykyaikana ja tällaisessa toimintaympäristössä tunnustettiin. Esimerkiksi lääkiriryhmässä muutostarpeesta todetaan näin: ”Siinä olisi nyt ihan hyvä hetki myös miettiä, että ei mennä jäykästi vanhaan, mikä ei välttämättä enää palvele, haettaisiin ne uudet tarpeet ja mietittäisiin kun töittensä välissä jossain kerkiäisi miettiä.” Perinteinen ammattien tehtäväjako on erittäin vanha ja toiminnan rakenne organisaatio- ja ammattilähtöinen. Täältäkin pohjalta nousee haasteita pohtia uudelleen organisaation rakenteita ja prosesseja, jos tavoitteena on kokonaisvaltainen potilaslähtöinen yhteistyö.

Tutkimuksen mukaan muutos tuo haasteita organisaation johtajuudelle, sekä vertikaaliselle että horisontaaliselle. Vertikaalisen johtajuuden kautta rakennetaan yhteinen näkemys muutoksesta, mahdollistetaan ja tuetaan muutosta. Siihen kuuluu jatkuva vuoropuhelu eri ammattilaisten kanssa. Ellei vuoropuhelua ole, hyväkin muutospuhe koetaan helposti ylhäältä tulevana julkilausumana, johon on vaikeata sitoutua. Horisontaalisessa johtajuudessa tarvitaan ymmärrystä moninäkökulmaisen tiedon merkityksestä.

5) Minkälaisia taitoja tarvitaan moniammatillisessa yhteistyössä?

Edellisiin kysymyksiin vastatessa on jo tullut esiin, että moniammatillisessa yhteistyössä tarvittavia taitoja ei ole kaikilla ammattilaisilla. Keskeisinä tulee tutkimuksessa esiin kommunikointitaitojen ja moniammatillisen tiimityön taitojen osaamisen merkitys. Myös ammatilliset erityistaidot ovat tiedon määrän lisääntymisen ja roolien laajenemisen myötä tulleet kontekstidonnaisemmiksi ja edellyttävät usein täydennys- ja lisäkoulutusta.

Asiantuntijan keskeistä osaamista ovat kuitenkin taitavan keskustelun ja dialogin taidot. Väitän, että moniammatillisessa yhteistyössä ei tarvitse olla mitenkään erityisen sosiaalinen. Oleellista on, että osaa esittää oman mielipiteensä ymmärrettävästi, on valmis perustelemaan sen ja on valmis kuunnella toisia näkökantoja ratkaisuja tehtäessä. Tarvitaan siis *keskustelemaa asiantuntijuutta*. Keskustelutaitoja tarvitaan toisten ammattilaisten, potilaiden ja heidän omaistensa sekä toisten organisaatioiden edustajien kanssa kommunikoidessa. Koulutus, sekä peruskoulutuksen aikana, että ammatillisena täydennyskoulutuksena, on näiden haasteiden kohdalla tärkeässä asemassa. Tarvitaan koulutuksen ja työelämän entistä tiiviimpää yhteistyötä, että näihin haasteisiin voidaan vastata.

Opiskeluaikana tapahtuvassa suunnitelmallisessa käytännön yhteistyössä olisi mahdollisuus oppia tuntemaan muiden ammattilaisten osaamista. Tämä tutkimus ei kohdistunut varsinaisesti perusopiskeluaajan koulutukseen, mutta meillä Suomessa on raportoitu yhteisiä opiskeluaikana tapahtuneita moniammatillisia koulutuskokeiluja. Tainion ym. (2004) ja Jalosen ym. (2009) raporttien mukaan toisten osaamiseen tutustuminen on ollut tärkeä anti koulutuskokeilussa. Kokeilujen tulokset asiantuntijoiden opiskeluaikana tapahtuvassa yhdessä oppimisesta ovat yleisesti ottaen hyviä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan oikein ajoitettuna yhdessä opiskelulla on positiivista vaikutusta asiantuntijoiden yhteistyöosaamiseen ja toisten asiantuntijuuden tuntemisen kehittymiseen. Ponzerin ym. (2004) ja Horsburgin ym. (2001) tutkimusten mukaan vuorovaikutus jo varhain opiskeluaajan alussa lisää yhteistyökykyä ja tiimityön osaamista, mutta ammatillisten roolien opettelun ajankohtaa on syytä sijoittaa myöhäisemmäksi. Myös Zwarensteinin ym (2005) tutkimusten mukaan vaikuttaa siltä, että oman ammatti-identiteetin täytyisi olla jo riittävästi kehittynyt, että toisten ammattilaisten avoin kohtaaminen onnistuisi. Yhteisen opetuksen olisi näin ollen hyvä tapahtua, ei teoreettisen, vaan kliinisen opetuksen puitteissa

Tässä tutkimuksessa haastateltavat edustivat eri ikäryhmiä ja vain nuorimmilla oli mahdollisesti ollut peruskoulutuksen aikana koulutusta moniammatillisuuteen. Koulutusyhteistyö eri organisaatioiden kesken edellyttää kouluttajien ja työelämän yhteistyötä yli organisaatioiden rajojen. Yhteisen ja kaikille sopivan ajankohdan löytymisessä todettiin Tainion ym. (2004) ja Jalonen ym. (2009) kokeiluissa vaikeuksia. Tutkimukseni haastattelussa tulee esiin mallivaihtuksen ja urautumisen merkitys kulttuurisessa muutoksessa - sekä asenteissa että arjen käyttäytymisessä. Vanhat yhteistyön tavat siirtyvät helposti ammatillisten mallien kautta, ellei uusia malleja ole oppinut koulutuksen/harjoittelun aikana.

Koulutuksen ja oppimisen haasteet liittyvät myös tiimityön taitoihin. Niitäkin voidaan oppia jo opiskeluaikana. Tietyn tiimin kehitysprosessin ymmärtämiseen, tunnistamiseen ja keskinäisen luottamuksen kehittämiseen tarvitaan pidempi yhdessä työskentelyn aika. Tässä tutkimuksessa hyvin toimivat tiimit kuvaavat tehokkaan moniammatillisen yhteistoimintansa olevan tulosta keskinäisen luottamuksen ja yhteisten toimintamallien kehittämisestä. Muissakin tutkimuksissa on osoitettu (esim. Yeager 2005), että pitkään yhdessä työskennelleet ammattilaiset voivat luoda hyvän keskinäisen luottamuksen ja hyvin toimivan tiimin. Näin oli jo ennen moniammatillisen yhteistyön teoreettista ideaa. Sellaisia vanhoja ideaalitiimejä myös eräät haastateltavat muistelivat. Yksilötasolla tarvitaan jokaisen ammattilaisten kasvavaa luottamusta omaan osaamiseensa, omaan asiantuntijuuteensa. Tutkimuksessa tulee esiin, että ammatillinen kokemus rohkaisee oman mielipiteen ilmaisuun ja avoimeen keskusteluun tiimissä.

Taitohaasteita liittyy myös johtajuuteen. Tarvitaan jaetun johtajuuden osaamista. Moniammatillisen tiimin vuorovaikutusilmapiirin kannalta johtajuus on merkittävä. Tämän tutkimuksen mukaan sellaiset tiimit, joissa oli jaettu johtajuus ja avoin vuorovaikutus toimivat hyvin. Toiminnan yhteisen arvioinnin merkitys tiimin kehittämisessä tuli tutkimuksessa esiin myös spontaaneissa palautteissa eräiden tiimien haastattelujen jälkeen. Arviointi ei ole vain verti-

kaalisen johdon tehtävä. Kun tiimi arvioi yhdessä avoimesti toimintaansa, se myös pyrkii kehittämään sitä. Hyvin toimivissa tiimeissä toteutui jatkuva toiminnan yhdessä arviointi ja kehittäminen. Hyvin toimivissa tiimeissä oli usein innostuneita toiminnan kehittäjiä. Halu kehittää tuli esiin erityisesti eräiden kokeneiden asiantuntijoiden kohdalla. He näkivät oman asiantuntijuuden uutena haasteena yhteistyön kehittämisen. Tässä tunnistin mielestäni progressiivisen asiantuntijuuden (Bereiter & Scardamalia 1993) elementtejä; rutiinitoiminta oli hallinnassa ja nyt motivaatiota kehittyä asiantuntijoiden yhteistyössä.

Tulkintani mukaan sosiaalisena prosessina näiden haasteiden taustalla on *laaja ja syvä organisaatiokulttuurinen muutosprosessi*. Se käsitteen selkiintymättömyyden ja taitovaatimusten puuttumisen lisäksi tekee muutoksesta hitaasti etenevän ja vaikeasti toteutettavan. Organisaation kulttuuriset muutokset ovat aina vaikeita (mm. Schein 2010). Tämän muutosprosessin vaikeutta lisää mielestäni vielä se, että siinä vaaditaan muutoksia myös organisaation ulkopuolella. Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden koulutus ja organisaatioiden toiminta on tarkkaan säädeltyä toimintaa. Jos moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähdään keinona kehittää sosiaali- ja terveysalan toimintaa, organisaatiokulttuurin muutoksessa tarvitaan monen eri systeemin taseoisia edellytyksiä.

Esiedellytyksinä ovat koulutus- ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Koska sosiaali- ja terveysalan toimintaa ja koulutusta säätelee lainsäädäntö, todellinen ja laajempi muutos edellyttää päätöksiä yhteiskunnallisilta ja poliittisilta päätöksentekijöiltä. Vasta ne mahdollistaisivat koulutusaikana tapahtuvan uuden yhteistyömallin opettelun ja ammatillisia rajoja ylittävän potilaslähtöisen työskentelyn. Lisäksi niiden kautta voitaisiin mahdollisesti tarvittaessa muuttaa asiantuntijuuksien rooleihin liittyviä rajoja.

Edellytyksiä tarvitaan kolmella eri systeemin alueella. Ensiksi *organisaatioiden* tulee mahdollistaa rakenteiden ja prosessien muutokset potilaslähtöisiksi ja tukea muutoksissa. Toiseksi *professionien, kaikkien ammattiryhmien* tulisi muodostaa riittävän yhtenäinen näkemys muutoksesta ja mahdollistaa tarvittavat muutokset. Kolmanneksi *koulutukselta* vaaditaan muutoksia perus- ja täydennyskoulutuksen alueella. Sen kautta muodostuu riittävän yhteinen ymmärrys muutoksesta ja sen edellytyksistä. Muutoksen toteutuksessa esiin tulevia ilmiöitä ei koeta silloin uhkana vaan mahdollisuutena kehittää yhteistyötä ajan vaatimusten mukaisesti.

Muutosprosessissa kehitetään yhdessä toimijoiden kanssa kulloiseenkin kontekstiin sopiva moniammatillisen tiimityön malli. Vertikaalinen ja horisontaalinen johto toimii silloin aktiivisessa yhteistyössä. Muodostetaan yhdessä toimintaympäristöön soveltuvia potilaslähtöisiä tiimejä. Niissä sovitaan joustavat roolit ja vastuut sekä sovitaan tiedonkokoamisen käytännöt ja prosessit. Tiimeille annetaan valtaa ja mahdollisuus joustavasti yhdessä kehittää ja arvioida kokonaisvaltaista potilaslähtöistä toimintaansa.

Moniammatillinen tiimi on muutoksen ydinsysteemi. Sen toiminnan mahdollistavat tietyt taidot ja valmiudet. Useissa tutkimuksissa (esim. Övretveit 1999; Housley 2003; Petri 2010, Eloranta & Kuusela 2011) todetaan, että moniammatillisessa tiimityössä tarvitaan kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja. Mitä nämä taidot sitten tarkemmin kuvattuna olisivat? Hyvin

yleisesti puhutaan avoimesta vuorovaikutuksesta (esim. D' Amour ym. 2005; Kvarnström 2008) ja lisäksi mainitaan myös ristiriitojen ratkaisemisen ja neuvottelun taidot (esim. Freeth & Reeves 2004; Hall 2005). Kuten luvussa 10.1 tuli esiin on esitetty (mm. Mansner 2006; Suter ym.2009) toiveita tarkempien taitovaatimusten löytymiseksi. Tämän tutkimuksen pohjalta väittäisin, että tiimissä tarvitaan reflektiivisen arvioinnin, taitavan keskustelun ja dialogin ja jaetun johtajuuden taitoja sekä valmiutta keskustella kontekstikohtaisesti sopivista rooleista ja vastuista. Reflektiivisen arvioinnin taitoja tarvitaan, että kehittyä ymmärrystä moninäkökulmaisuuden merkityksestä päätöksiä tehtäessä. Itse päätöksentekoprosessissa tarvitaan taitavan keskustelun ja dialogin taitoja, koska siinä etsitään yhdessä parasta mahdollista ratkaisua. Jaettua johtajuutta ja jaettua vastuuta tarvitaan tiimin toiminnan onnistumiseen. Toimivassa tiimissä tarvitaan valmiutta joustavuuteen rooleissa. Nämä taitovaatimukset ovat sellaisia, että niihin voidaan vaikuttaa koulutuksella, kun edellä esitetyt muut edellytykset ovat olemassa. Tiimin hyvä vuorovaikutusilmapiiri ja keskinäinen luottamus ovat sitten näissä olosuhteissa kehittyviä mahdollisia tiimin jäsenten sosiaalisia tuotoksia.

Tutkimuksen tulokset ja niiden pohjalta rakentunut kehitysmalli ovat tulosta vain yhden, tosin suuren perusterveydenhuollon sairaalan asiantuntijoiden kokemuksista. Olen tutkimukseni raportoinnin kaikissa vaiheissa tuonut esiin useita muitakin tutkimuksia, joissa on samansuuntaisia tuloksia. Näin tulokset ja malli antavat mielestäni kuitenkin suhteellisen laajan näkökulman niihin monen tasoisiiin muutoshaasteisiin, joita kohdataan. Ellei muutokselle luoda riittävän laajaa pohjustusta, muutos toteutuu vain joillakin osastoilla ja tiimeissä. Ne ovat tiimejä ja osastoja, joissa kaikilla ammattiryhmillä on kykyä nähdä moninäkökulmaisuuden merkitys, riittävästi motivaatiota kehittämiseen ja sosiaalista osaamista sekä valmiutta roolien ja vastuiden jakamiseen. Tutkimuksen mukaan muutokset herättävät helposti ristiriitoja ammattilaisten keskuudessa. Ristiriidat voitaisiin välttää tiedolla ja yhteisymmärryksellä kehitysuunnasta ja muutoksen tarpeellisuudesta.

Sairaalaorganisaatiot ja ammattilaisten roolijako niissä ovat edelleen vanhoja ja usein hierarkisia. Kehitystä on tosin aivan viime aikoina tapahtunut. Asiantuntijoiden tarvitsemat tietomäärät, koulutukset, potilaat ja ympäröivän yhteiskunnan tarpeet ovat muuttuneet ja muuttuvat jatkuvasti. Tiedemaailma pyrkii vastaamaan monitieteisellä lähestymistavalla muutoshaasteisiin, ja kokonaisvaltainen ja systeeminen ilmiön tutkiminen on yksi tällainen keino. Moniammatillisessa lähestymistavassa erilaiset tiedon muodot keskustelevat keskenään. Siinä ei yleensä etsitä tieteen totuutta vaan ratkaisua käytännön ongelmaan. Tietämisen muodot ajatellaan usein hierarkkisine. Se tekee tasa-arvoisen keskusteluilmapiiirin luomisen ja keskustelun kehittämisen haastavaksi. Tiedemaailmassakin on todettu eri tieteenalojen arvostusten aiheuttamia yhteistyön esteitä (Mikkeli & Pakkasvirta 2007).

Tutkimukseni analyysissä tuli esiin moniammatillisen yhteistyön sellaisia vaikutuksia työyhteisöön, jotka eivät olleet haasteita vaan myönteisiä tuloksia. Tutkimuksessa tuli esiin ilmiö, joka on tärkeä havainto toimivan moniammatillisen yhteistyön vaikutuksista. Tämän tutkimuksen analyysissä hyvin toimivissa tiimeissä ja osastoilla kuvataan kehittyvän tukea, yhteenkuuluvuuden tunnetta, luottamusta ja vastavuoroisuutta kaikkien ammattilaisten kesken. Tiimit olivat ilmeisen kiinteitä. Hyvissä moniammatillisissa tiimeissä haluttiin työskennellä ja

vaihtuvuus niissä oli vähäistä, poikkeuksena koulutettavat lääkärit. Hekin olivat antaneet tällaisille tiimeille palautetta siitä, että olivat näissä tiimeissä oppineet moniammatillista työskentelyä. Vastaavia tuloksia löytyy mm. Petrin (2010) meta-analyysissä, jossa hän kokosi yhteen aikaisempien tutkimusten tuloksia. Toimiva moniammatillinen tiimi osoittautuu siis tärkeäksi resurssiksi monessakin suhteessa. Moniammatillisessa tiimissä kuunnellaan ja tuetaan toisia ammattilaisia ja arvostetaan kaikkien asiantuntijuutta. Tutkimukseni pohjalta voisi sanoa, että siellä syntyy sosiaalista pääomaa, joka nimenomaan sosiaali- ja terveysalalla tehtyjen tutkimusten (Oksanen 2009; Jalonen 2009; Lindfors 2011) mukaan vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen. Terveiden ja työhyvinvoinnin laitoksen (ent. Stakes) johtaman Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys- tutkimuksen (Heponiemi ym. 2008) tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hyvinvointiin olisi panostettava. Keskeisellä sijalla ovat tutkimuksen mukaan psykososiaaliset tekijät ja vaikutusmahdollisuudet sekä organisaation koettu oikeudenmukaisuus. Näkisin, että moniammatillinen yhteistyö lisäisi myös vaikutusmahdollisuuksia, koska toiminnan kehittämisessä ainakin käyttämässäni viitekehyksessä kuunnellaan kaikkia ammattilaisia. Se, lisäisikö se myös oikeudenmukaisuuden kokemuksia, olisi mielenkiintoinen jatkotutkimuskohde.

Moniammatillista yhteistyötä tutkitaan tällä hetkellä paljon eri puolilla maailmaa sekä myös meillä Suomessa. Olen tuonut näitä tuloksia esiin jo tutkimusraporttini aikaisemmissa vaiheissa. Tutkimuksia moniammatillisen yhteistyön vaikuttavuudesta potilaalle löytyy vielä aika niukasti meiltä Suomesta. Riikka Mattilan (2009) kansanterveystieteen alan väitöskirja on kuitenkin sellainen. Hän tutki 731 työelämässä mukana olevaa vapaaehtoista 24 - 64 - vuotiasta henkilöä. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka moniammatillinen elämäntapainterventio vaikuttaa kohonneeseen verenpaineeseen, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin ja tuki- ja liikuntaelinoireisiin. Vertailuryhmän hoito tapahtui tavanomaisella tavalla. Moniammatillisen elintapaintervention ryhmässä verenpaine laski kahden vuoden seurannassa, ja ero vertailuryhmään oli merkittävä. Tämän tutkimuksen mukaan siis potilaat hyötyivät kokonaisvaltaisemmasta lähestymistavasta.

Mielenkiintoinen tuore ja suomalaisesta näkökulmasta tärkeä on Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimus, joka kohdistui moniammatillista yhteistyötä kartoittaneisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Siinä kerättiin Suomen hoitotieteen laitoksissa (Kuopion, Oulun, Tampereen, Turun yliopistoissa ja Åbo Akademiassa) tehtyjä opinnäytetöitä; pro gradu tutkielma, lisensiaatintutkimuksia ja väitöskirjoja. Aineisto kerättiin Medic-tietokannasta hakusanoilla moniammatillinen yhteistyö, moniammatillinen työryhmä, moniammatillisuus ja tiimityö. Lisäksi tutkijat tekivät manuaalisen haun hoitotieteen koulutusta toteuttavien laitosten opinnäytetyöluetteloihin. Lopulliseen aineistoon tuli 63 opinnäytetöitä; 46 pro gradua, 3 lisensiaatintyötä ja 14 väitöskirjaa.

Tutkijat tekivät aineistolle induktiivisen sisällönanalyysin. Sen pohjalta he saivat moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiksi kaksi yläkategoriaa: yhteistyörakenteet ja yhteistyöprosessit. Yhteistyörakenteisiin liittyi kolme alakategoriaa: johtamiskulttuuri, resurssit ja koulutus. Yhteistyöprosesseissa puolestaan alakategorioina olivat yhteinen päämäärä, toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot, työajan määrittäminen, johon kuuluu roolien sel-

kiinnyttäminen sekä vastuista ja valtuuksista sopiminen ja oman asiantuntijuuden sisäistäminen.

Elorannan ja Kuuselan yhteenvetotutkimus sisältää hyvin paljon yhteistä oman tutkimukseni kanssa ja vahvistaa näin monia samansuuntaisia tuloksia. Johtamiskulttuurissa heidän yhteenvedossaan tulee esiin esimerkiksi johdon tuen, toiminnan palautteen ja arvioinnin sekä yhteisen työskentelymallin luomisen merkitys. Resurssissa korostuu heidänkin tutkimuksessaan yhteiset tilat ja yhteiset tietojärjestelmät sekä säännölliset tapaamiskäytännöt. Yksi selkeä yhteinen tulos on myös koulutuksen merkitys moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Heidän tutkimuksen mukaan se pitää sisällään vahvistuneen ammattitaidon, yhteistyövalmiudet ja perehdytyksen. Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimuksessa ei esitetä mitään yhteistä mallia tai viitekehystä kehittämiselle. Tutkimuksessani kehittämisen viitekehyyksenä oli Peter Sengen (1990, 1999) *oppivan organisaation viitekehys*, joka mielestäni *soveltuu erittäin hyvin kehittämisen viitekehyydeksi*. Edgar Schein (2010) toteaa samoin organisaatiokulttuuria käsittelevän kirjansa pohdinnassa tulevaisuuden edellyttämästä joustavasta organisaatiomallista terveysalalle. Elorannan ja Kuuselan yhteenvetotutkimuksessa ei kartoita tiimityön taitovaatimuksia. Siinä käytetään käsitettä vuorovaikutustaidot, joita kuvataan luottamuksellisuutena ja tasavertaisena keskusteluna.

Näkökulma, joka jäi omassa tutkimuksessani puutteelliseksi, oli nimenomaan potilaan ja hänen läheistensä näkökulma. Se tuli esiin vain asiantuntijoiden kautta. Näkisin tärkeänä lisätutkimusaiheena tutkia potilaan ja hänen läheistensä näkökulmaa moniammatilliseen yhteistyöhön. Mielenkiintoisia kysymyksiä ovat esimerkiksi, kuinka he kokevat paikkansa yhteisissä keskusteluissa ja miten he kokevat tulleen kuulluiksi niissä. Tärkeä kysymys on myös, ovatko he kokeneet hoidon moniammatillisen yhteistyön aikana hyvä.

Sosiaali- ja terveysalan yksi suuri ongelma tällä hetkellä on henkilöstöressurssien niukkuus ja sen mukana kiire. Minulle tutkijana heräsi väistämättä jo haastattelujen aikana ja erityisesti tulosten selvittyä kysymys, miten työn organisointi vaikuttaa työviihtyvyyteen. Olisiko lääkäreiden ja muiden ammattilaisten pysyvyys ja viihtyvyys julkisella sektorilla parempaa, jos siellä todella syntyisi kokemus toimivasta moniammatillisesta tiimityöstä? Kun jokainen asiantuntija voisi kokea tekevänsä koulutustaan vastaavaa tärkeää työtä hyvin toimivan tiimin jäsenenä, olisiko halukkuus julkisen sektorin sosiaali- ja terveysalan töihin suurempaa? Työn joustava organisointi niin, että paikka tiimissä määräytyisi ammattilaisen sen hetkisen motivaation ja resurssien mukaan eikä vanhalla mallilla, antaisi monia erilaisia roolimahdollisuuksia ja toteutustapoja. Mielenkiintoisen tuloksen roolien ja uudenlaisen työnjaon kehittämiseen antaa Ulla Saxenin (2009) lääketieteen alan väitöskirja ”Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkärityötilanteen näkökulmasta”. Sen mukaan vaikeimman lääkärityötilanteen terveyskeskuksissa, joissa oli jouduttu priorisoimaan työskentelyä ja jakamaan työtehtäviä uudelleen, oltiin tyytyväisimpiä työyhteisön työnjakoon. Lääkärivaje vähensi kuitenkin henkilöstön tyytyväisyyttä palvelujen laatuun. Tutkimuksessa tuli lisäksi esiin, että terveyskeskusten henkilöstöllä on kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa myös kouluttautua sitä varten. Tutkimukseen osallistui 1438 Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten potilastyössä olevaa työntekijää.

Tutkimusten mukaan (mm. Heponiemi ym. 2008) henkilöstöresursseista on sosiaali- ja terveysalalla jatkuvasti pulaa ja henkilökunta kokee työn kiireisenä ja kuormittavana erityisesti julkisella sektorilla. Heponiemen ym.(2008) tutkimus osoittaa myös, että ihmissuhteet ja ilmapiiri ovat tärkeitä työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Työhyvinvoinninkin näkökulmasta olisi mielestäni syytä luoda edellytyksiä ja lähteä määrätietoisesti kehittämään moniammatillista yhteistyötä. Tutkimukseni mukaan hyvin toimivissa moniammatillisissa tiimeissä haluttiin pysyä ja oma työ koettiin merkityksellisenä.

11 Tutkimuksen arviointia

11.1 Laadullisen tutkimuksen arviointi

Tutkimusta arvioitaessa keskeisinä kriteereinä pidetään yleensä reliabiliteettia ja validiteettia. Ne ovat tärkeitä käsitteitä kvantitatiivisessa tutkimuksen laadun määrittelyssä, mutta niiden merkityksestä laadullisessa tutkimuksessa käydään jatkuvaa keskustelua. Kaikki eivät pidä niitä relevantteina laadullisen tutkimuksen kriteereinä. Nekin, jotka pitävät näitä kriteereitä relevantteina, ovat pitäneet sopivana harkita termien merkitysten tarkentamista kvalitatiivisissa tutkimuksissa (Morse ym. 2002; Flick 2004, 2006).

Auerbachin ja Silversteinin (2003) mukaan reliabiliteetin ja validiteetin perinteiset määrittelyt ovat kyseenalaisia kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Morse ym. (2002) halusivat palauttaa validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden käytön laadullisen tutkimuksen arvioinnissa, koska arvioinnissa käytetyt käsitteet ovat heidän mukaansa tällä hetkellä varsin sekavat ja painottuvat liikaa tutkimuksen jälkeen tapahtuvaan arviointiin. Käyn seuraavassa läpi käsitteistöä, jolla laadullista tutkimusta arvioidaan tällä hetkellä ja tarkastelen omaa tutkimustani niiden avulla.

Validiteettia kuvataan usealla tavalla. Ehkä eniten käytettyjä validiteetin määreitä ovat *ulkoisen ja sisäisen validiteetti*. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, voidaanko tutkimuksen tuloksia yleistää tutkimuskontekstin ulkopuolelle. Laadullisessa tutkimuksessa sen voidaan ajatella tarkoittavan mahdollisuutta tulosten siirrettävyyteen (Bryman 2004, 28 – 30, 275). Silvermannin (2000, 104 - 110) ja Masonin (2002, 195 - 196) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tilastollisen yleistettävyyden sijaan teoreettinen yleistys. Se edellyttää tutkittavan kohteen kokonaisvaltaista ja perusteellista tarkastelua. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan lähinnä sitä, ovatko aineistosta tehdyt johtopäätökset syy-seuraus-suhteista oikeita, kuinka hyvin tutkimustulokset vastaavat tutkittua ilmiötä ja myös onko tutkimus suoritettu oikein ja hyvien tapojen mukaisesti. Brymanin (2004, 28 – 30, 275) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei yleensä etsitä syy-suhteita, mutta tutkija vertailee aineiston eri osia ja pyrkii löytämään vaihtoehtoisia selitysmalleja aineiston ymmärtämiseksi.

Morse et al. (2002) ja Bryman (2004, 272 - 275) toteavat, että Lincolnin ja Guban etupäässä jo 1980-luvulla (1981, 1985, 1989, 1994) määrittelemät kriteerit ovat olleet pitkään perustana laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. Niistä on tosin kehitelty erilaisia versioita ja niiden sisältöjä tarkennettu. Guba ja Lincoln (1994) ovat ehdottaneet kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettäväksi kahta pääkriteeriä, *uskottavuutta* (trustworthiness) ja *autenttisuutta* (authenticity) kriteereinä hyvälle laadulliselle tutkimukselle. Uskottavuus muodostuu heidän mukaan neljästä eri kriteeristä, joista jokaisella on vastaavuutensa kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerien kanssa. Kriteerit ovat *luotettavuus* (credibility), *siirrettävyys* (transferability), *prosessin luotettavuus* (dependability), *todennettavuus* (confirmability). *Luotettavuuden* kriteerissä korostuu ajatus siitä, että sosiaalisesta todellisuudesta voi olla monenlaisia tulkintoja. Laadullisen

tutkimuksen luotettavuuden peruskysymys kuuluu Flickin (2006, 368) mukaan ”Kuinka hyvin tutkijan konstruktiot perustuvat tutkittujen konstruktioihin ja kuinka läpinäkyvää tämä on muille”. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi tutkijan on osoitettava, kuinka hän on tehnyt omat johtopäätöksensä. Aineistokatkkelmat palvelevat tätä luotettavuuden kriteeriä. Tutkija voi myös alistaa tulokset tutkitun sosiaalisen yhteisön arvioitavaksi (osallistujien validointi). Tätä käytäntöä on arvosteltu (mm. Morse ym. 2002) sopimattomaksi, koska se vie helposti arvioinnin liikaa käytännön tasolle, jos tavoitteena on teoreettinen yleistettävyys.

Prosessin luotettavuus vastaa kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia. Kvalitatiivinen tutkimus tehdään usein tietylle, pienelle sosiaaliselle ryhmälle, jolla on tiettyjä ominaisuuksia. Silvermanin (2001, 229 - 230) mukaan haastattelujen nauhoittaminen tai videointi sekä tarkka litterointi ja prosessin kuvaus lisäävät reliabiliteettia. *Siirrettävyyden* todentamiseksi ehdotetaan tarkkaa tutkitun yhteisön kuvausta (thick description). Kuvauksen pohjalta voidaan sitten tehdä päätelmiä tulosten siirrettävyydestä toiseen ympäristöön. *Todennettavuus* edellyttää aineiston keruun luotettavuutta ja tasapainoa eli sitä, että käytetyt menetelmät ovat perustelluja. Tutkimuskysymyksen, aineiston ja metodin tulee olla yhteensopivia. Todennettavuuteen tarvitaan myös tarkkaa eri vaiheiden kuvausta ja tallentamista koko tutkimusprosessin ajalta. Brymannin (2004, 30) ja Silvermannin (2001, 13) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteetti voidaan ymmärtää tutkimuksen todennettavuudeksi ja luotettavuudeksi sekä ihmisten kokemuksen aidoksi ymmärtämiseksi.

Flick (2009, 392 – 393) ja Charmaz (2009, 129) korostavat, että kaikki teoreettiset kytkennät on eksplikoitava mahdollisimman tarkasti. Charmaz (2009, 129 - 147) korostaa tätä erityisesti konstruktivistisessä aineistolähtöisessä laadullisessa analyysissä. Siinä tunnistetaan ja hyväksytään se, että tutkija konstruoi oman tulkintansa monista mahdollisista tulkinnoista teoreettisten lähtökohtien ja aineiston vuoropuheluna. Hän pitää erityisen tärkeänä laajaa tutkimuskirjallisuuteen perehtymistä yli tiederajojen. Se auttaa ymmärtämään tutkittavaan ilmiöön liittyviä monia eri merkityksiä ja kehittämään mahdollista teoriaa tai mallia. (Charmaz 2006, 183).

11.2 Tutkimusaineiston ja analyysin arviointia

Väitöstutkimukseni kontekstin muodosti suuren kaupungin sairaalakokonaisuus, johon kuuluu yksiköitä eri puolilla kaupunkia. Tutkitussa sairaalassa on panostettu moniammatillisuuden kehittämiseen. Sairaala ei siis ole rinnastettavissa sellaiseen kontekstiin, jossa moniammatillisuuden kehittäminen on aivan alkuvaiheessa. Moniammatillisuuden kehittäminen on heillä yksi painopistealuista ja osa laadunkehittämistä, johon panostaminen on jatkunut tutkimuksen jälkeenkin. Tarkempi kuvaus kontekstista on Tutkimuskonteksti ja tutkimuskysymys -luvussa. Tutkimuskontekstin, aineiston keruun ja aineiston analyysin olen kuvannut mahdollisimman tarkasti ja selkeästi. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen yksi ongelma on ollut käsitteen selkiintymättömyys ja sopivan laajemman viitekehysten puute. Sen tähden kuvaan (luvussa 2) käsitteen taustaoletuksia ja käyttämäni viitekehystä.

Aineiston keruuta varten tein tutkimustiedotteen, jossa kerroin tutkimuksesta ja tutkimukseen halukkaita kehoitettiin ilmoittautumaan johtavalle ylihoitajalle. Tutkimusaineiston muodostaviin fokusryhmiin pyrin sitten johtavan ylihoitajan avustuksella ottamaan asiantuntijoita ja tiimejä eri puolilta sairaalaa. Tiimit valittiin sairaalan erityyppisiltä osastoilta ja niin että ne olivat eri kehitysvaiheissa suhteessa moniammatillisuuteen. Haastatteluihin osallistuneet asiantuntijat edustivat myös eri-ikäryhmiä. Haastattelut ajoittuivat 20.11.2008 – 17.3.2009 välille. Tutkimus kertoo siis moniammatillisen yhteistyön tilanteesta sairaalassa kolmen – neljän vuoden takaa. Vuoden 2010 lokakuussa esittelin alustavia tuloksia osastonhoitajaryhmälle. Tutkimus oli silloin vielä siinä vaiheessa, että esitin heille vain pääkategoriat ja niiden alakategoriat. Tutkimuksessa kehittyvä malli ei silloin ollut vielä valmis. Heidän mukaan alustavat tulokset kuvasivat hyvin vuoden 2008 ja 2009 tilannetta, mutta he totesivat samalla, että kehitystä moniammatillisessa yhteistyössä on tapahtunut kuluneiden kahden - kolmen vuoden aikana.

Tutkimuskysymykseni koski sitä, millaisia kriittisiä haasteita ja ilmiötä kohdataan, kun kehitetään moniammatillista yhteistyötä. Pidän eri ammattilaisten ja johdon fokusryhmähaastatteluja sopivana menetelmänä vastaamaan tähän kysymykseen, heidän haasteet kohtaavat. Ryhmässä tuli esiin erilaisia näkökulmia ja haastateltavat kävivät monipuolista keskustelua ja ristiriitaisiakin näkemyksiä esitettiin avoimesti. Oma roolini haastattelijana oli esittää kysymyksiä (liitteessä 7), ellei keskustelu edennyt luontevasti. Ryhmä motivoi haastateltavia esittämään mielipiteitä ja vei keskustelua yleensä sujuvasti eteenpäin. On vaikea arvioida, olisinko ehkä saanut rikkaampaa aineistoa strukturoitujen yksilöhaastattelujen kautta. Mielestäni laadullinen tutkimus ja hyvin avoin menetelmä voi tuottaa uutta näkökulmaa ilmiöön. Konstruktivistinen aineistolähtöinen teoria mahdollisti lähestymistavan, jossa voin hyödyntää aikaisempaa kokemustani ja teorian tuntemustani, kun tulkitsen eri ammattilaisten kokemuksia.

Tutkimuksen alkaessa moniammatillisen yhteistyö oli kehittynyt sairaalan osastoilla hyvin eri tasoille. Sen olin havainnut jo aikaisemmin, koska olin ollut kouluttamassa osastonhoitajia moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen kyseisessä sairaalassa ennen tutkimusta alkuvuoden 2008 aikana. Koulutuksessa kaikki osastonhoitajat esittelivät senhetkisen moniammatillisen yhteistyön omalla osastollaan. Minulla itselläni oli silloin osastojen tilanteiden arvioinnissa taustalla teoriaosassa esitetyt (luvussa 2), moniammatillisen yhteistyön kehitystä kuvaavat mallit. En tehnyt silloin kuitenkaan mitään systemaattista arviointia.

Aikaisemmassa yliopettajan tehtävässäni toimin kouluttajana ja työnohjaajana eri työyhteisöissä, joissa kehitettiin moniammatillista yhteistyötä. Sen kautta tapahtunut tutustuminen empiriaan oli yksi tekijä, joka motivoi tutkimaan tätä ilmiötä. Se herätti kiinnostukseni ja kysymyksen, mitkä tekijät vaikuttivat siihen, että moniammatillisuus ei joka työyhteisössä etene toivotulla tavalla. Kehitysprosessin etenemisessä törmättiin johonkin, jota oli vaikea tunnistaa. Tietyissä mielessä tutkimusmatka siis alkoi jo koulutuksista ja niihin liittyvistä moniammatillisen yhteistyön kehittämishankkeista. Olin ollut yhteydessä empiriaan ja minulle oli kehittynyt alustavia kysymyksiä, joita sitten lähdin selvittämään teorian ja syvällisemmän empiriaan paluun avulla. Alasuutarin (1993, 237 – 238) mukaan tällainen kimmoke ja alku ovat tyypillisiä kvalitatiiviselle tutkimukselle.

Kriittinen kysymys on luonnollisesti, kuinka paljon aiempi roolini kouluttajana samassa organisaatiossa vaikutti haastattelutilanteissa. Erottelu tutkijan roolin ja kouluttajan roolin välillä vaati joissakin tilanteissa selvennystä. Minulta saatettiin pyytää eriävien mielipiteiden kohdalla kantaa puolesta tai vastaan. Kouluttajan roolista luopuminen erityisesti tällaisissa ristiriitaitilanteissa vaati jatkuvaa aktiivista itsereflektiota. Yhden kerran jouduin - selkiinnyttääkseni odotuksia – täsmentämään roolini haastattelutilanteessa: ”Nyt olen tutkijana, en kouluttajana, en voi ottaa kantaa”. Se selkiinnytti roolini haastateltaville, eikä minulle enää osoitettu kouluttajan roolia. Kaikki tutkimukseen haastatellut ammattilaiset eivät olleet osallistuneet moniammatillisen yhteistyön koulutukseen, joka oli suunnattu vain osastonhoitajille. Käsitteistö, jota koulutuksessa oli käytetty, oli siis tuttua vain osalle haastatelluista. Koulutuspäivien ohjelmat ja annetut tehtävät ovat liitteissä (1, 2, 3, 4 ja 6). Moniammatillisen yhteistyön koulutuksessa mukana olleet ammattilaiset käyttivät sitä käsitteistöä, jonka olivat oppineet. Muut kuvasivat samoja ilmiöitä arjen termeillä. Esimerkiksi joustavaa roolirajojen ylitystä, joka on osa moniammatillista yhteistyötä, ei ymmärretty osana uutta toimintamallia. Silloin asiantuntija saattoi todeta toisesta asiantuntijasta: ”se tulee mun reviirille”. Tämä kertoo mielestäni hyvin siitä, kuinka tärkeä kaikille yhteinen ymmärrys ja käsitteistö ovat erityisesti muutostilanteissa.

Vaikka olin joillekin haastateltaville aluksi kaksoisroolissa, olin tavallaan ”puolueeton”, koska en edustanut mitään tutkituista ammattiryhmistä, enkä edustanut mitään organisaatiota. Olin vain ilmiöstä kiinnostunut sosiaalipsykologian tutkija. Kuinka fokusryhmien haastattelut etenivät ja mitä ohjailevia kysymyksiä niissä oli, kuvaan Fokusryhmähaastattelujen toteutus-kappaleessa ja kysymykset ovat liitteessä (7).

Koska tutkimukseni on konstruktivistinen aineistolähtöinen ja abduktiivisesti etenevä tutkimus, olen kuvannut tulkinnaa käytetyt taustateoriat mahdollisimman tarkasti. Näin teoreettiset kytkennät ovat helposti tunnistettavissa. Tutkimuksen analyysissä olen esittänyt runsaasti puheotoksia – ristiriitaisiakin - samaan ilmiöön liittyen. Charmazin (2003, 269) mukaan tämän tyyppisen tutkimuksen lukemista voi vaikeuttaa puheotosten runsaus. Niiden tarkoitus on kuitenkin tuoda esiin niitä kokemuksia, joihin tulkintani ja johtopäätökseni perustuvat. Runsaisten puheotosten tavoitteena on, että niiden kautta tulkintani perusteet selkiintyisivät tutkimuksen lukijalle. Puheotosten määrää tutkimuksessani lisäsi vielä se, että halusin ottaa mukaan eri ammattiryhmien edustajien näkemyksiä samasta asiasta. Olen esittänyt puheotokset myös rikkaalla arjen kielellä, joka välittää myös asiaan liittyviä tunneviestejä.

Alasuutari (1993, 236) ja Charmaz (2006) korostavat jatkuvien muistiinpanojen merkitystä. Tein tutkimuksen aikana jo suunnitteluvaiheesta lähtien jatkuvasti muistiinpanoja, vaikka en ensiksi osannut arvostaa niiden merkitystä. Huomasin kuitenkin, että ne olivat hyvänä apuna, kun oli tarvetta tarkentaa tai palauttaa mieleen jotain tutkimuksen aikana koettua tai kohdattua ilmiötä tai omia ajatuksia. Muistiinpanot osoittivat tarpeellisuutensa myös kirjoittamisvaiheessa.

Olen kuvannut analyysin mahdollisimman tarkkaan Analyysin toteutus – kappaleessa. Toivon, että olen esittänyt johtopäätökseni niin, että niitä on lukijan helppo seurata. Käytin ana-

lyysin tekovaiheessa apunani haastattelujen nauhoituksia litteraatioiden lisäksi. Nauhoitukset auttoivat palauttamaan paremmin mieleen tilanteita ja ilmapiiriä. Nauhoitusten kuunteleminen myös haastattelun jälkeen sai kiinnittämään huomiota johonkin yksittäiseen näkökulmaan, johon sitten seuraavissa haastatteluissa saatoinkin hakea tarkennuksia. Uskon, että se toi tutkimuksessa esiin erilaisia näkökulmia. Tällainen lisä oli hoitotyön johdon ja lääkärijohdon haastattelut, jotka osoittautuivat erittäin tärkeiksi teoreettisen mallin kehittelylle.

Alasuutari (1993, 257) toteaa, että myös vääriä johtolankoja voi kehittyä. Tutkimuksen alussa olin ajatellut, että ammattiryhmien väliset erot suhteessa moniammatillisuuteen olisivat suuret ja selkeät. Se oli yksi syy haastatella myös ammattiryhmittäin, eikä vain tiimeittäin. Kun tein haastatteluja ja alkukoodausta, saatoinkin huomata, että selkeitä eroja ei ollutkaan. Ajatus merkittävistä eroista ammattiryhmien välillä oli siis tällainen väärä johtolanka ja se oli hylättävä. Erot olivat yksilöllisiä, ei ammattiryhmien sisäisiä ainakin tässä tutkitussa kontekstissa.

Tutkimukseni ei niinkään kuvaa kehitykseen vaikuttavia tekijöitä yhdessä sairaalassa vaan moniammatillisen yhteistyön kehityksessä yleensä. Olen tulososassa ja pohdinnassakin tuonut esiin, että usean tämän tutkimuksen osatuloksen kohdalta löytyy hyvin samansuuntaisia tuloksia aikaisemmissa tutkimuksissa eri puolilta maailmaa. Tosin mitään yhtenäistä mallia moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi ei ole tietääkseni aikaisemmin esitetty. Taitovaatimuksia tiimien jäsenille ja keskustelua jäsentäviä käsitteitä tiimin vuorovaikutuksen kehittämiseen ei myöskään ole aikaisemmin kuvattu.

Flickin (2009) mukaan toinen Guban ja Lincolnin (1989) esittämä laadullisen tutkimuksen arviointikriteeri uskottavuuden lisäksi on autenttisuus. *Autenttisuus* muodostuu viidestä alakriteeristä ja kuvaa enemmän tutkimuksen vaikuttavuutta. Ensimmäinen niistä on *oikeudenmukaisuus* (fairness), joka tarkoittaa sitä, tuoko tutkija esiin erilaisia näkökulmia. *Ontologinen autenttisuus* arvioi sitä, johdattaako tutkimus tutkittavia paremmin ymmärtämään tutkittua sosiaalista ilmiötä. *Kasvatuksellinen autenttisuus* kuvaa puolestaan sitä, auttaako tutkimus huomioimaan toisten näkökulmia tutkitussa sosiaalisessa ympäristössä. *Katalyyttinen autenttisuus* kuvaa sitä, onko tutkimus toiminut impulssina muutoksen aikaansaamiseksi. *Taktinen autenttisuus* kertoo puolestaan siitä, onko tutkimus voimaannuttanut tarpeelliseen muutokseen.

Näitä autenttisuuden kriteereitä on tutkijan itse vaikea arvioida. Tutkimuksessani olen pyrkinyt tuomaan esiin erilaisia näkökulmia sekä teoriaosassa että itse analyysissä. Useiden teoreettisten lähestymistapojen käyttö on lisännyt teoreettisten lähtökohtien moninäkökulmaisuutta. Toisaalta teoreettista moninäkökulmaisuutta kritisoidaan siitä, että se voi aiheuttaa sekaannusta, koska se sisältää monia eri viitekehyksiä. Oman käsitykseni mukaan se on laajentanut näkökulmaani aiheeseen. Jos olisin lähestynyt aihetta vain yhdestä teoreettisesta näkökulmasta, olisivat tutkimukseni tulokset jääneet paljon kapeammalle alueelle enkä olisi kyennyt luomaan nyt esittämäni teoreettista mallia. Haastattelin kaikkia keskeisiä ammattiryhmiä. Haastateltavat toivat rohkeasti esiin hyvin erilaisia mielipiteitä muusta ryhmästä poiketenkin. Spontaanin palautteen mukaan haastattelujen ilmapiiri oli riittävän turvallinen erilaisten mielipiteiden ilmaisulle. Olen ottanut erilaisia kommentteja esiin analyysissäni.

Auttaako tutkimus tutkittuja ymmärtämään paremmin tutkittua ilmiötä? Väitän, että tutkimus laajentaa tutkittujen ja myös tutkijan näkökulmaa moniammatillisuudesta. Se auttaa toivottavasti huomaamaan, että mahdolliset ristiriidat esimerkiksi rooleissa ja vastuissa eivät ole toisen ammattilaisen ”hankaluutta” tai vallan tavoittelua vaan yhteisen viitekehyksen puutetta. Muutoksen vaikeutta auttaa ymmärtämään tieto siitä, että tiimitason muutokset eivät riitä laajemman muutoksen toteutumiseksi, vaan edellytyksiä sille tarvitaan monilla eri tasoilla.

Kaikkien ammattiryhmien koulutus on tärkeä lähtökohta. Profiilien ja ammattijärjestöjen merkitys koulutuksen ja ammatillisten rajojen uudelleen määrittelyssä sekä kehityksen mahdollistamisessa muutenkin on näkökulma, jota ei käsitykseni mukaan ainakaan meillä Suomessa ole tuotu aikaisemmin esiin. Onko tutkimukseni toiminut kannustimena ja voimaannuttanut muutokseen? Tutkijan on vaikea arvioida sitä. Mutta kuten tulossiossa kerroin, innostus kehittämispäiviin, joissa moniammatillista yhteistyötä yhdessä arvioitaisiin, lähti tutkimuksen aikana liikkeelle. Tutkimuksen tekeminen sinänsä vaikutti siis motivoivan kehitystä kyseisessä kontekstissa.

Charmazin (2006, 183) esittämistä tutkimuksen arviointikriteereistä löytyy vielä yksi kuriositeetti. Hän pyytää tutkijaa pohtimaan, kuinka tutkimus auttaa kehittämään parempaa maailmaa. Jos sosiaali- ja terveysalan työyhteisöt voivat paremmin ja potilaat kokevat saavansa hyvää hoitoa toimivan moniammatillisen yhteistyön tuloksena, tutkimukseni auttaa pienen pieneltä osaltaan tässä idealistisessa pyrkimyksessä eteenpäin. Näin toivon.

Lähteet

- Ahokas, M., Passini S., A.-M. Pirttilä – Backman (2005). Muuttuuko vai eriytyykö käsitys vastuusta? Teoksessa Pirttilä- Backman A.-M., Ahokas M., Myyry L., Lähteenoja S. (toim.), *Arvot, moraali ja yhteiskunta*. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki: Gaudeamus.
- Alasuutari, P. (1995). *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Alvesson, M. (2002). *Understanding Organizational Culture*. London: Sage.
- Argyris, C. (1993). *On Organizational Learning*. MA Cambridge: Blackwell.
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do Multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 16, 360-367.
- Auerbach, C., & Silverstein, L. (2003). *Qualitative Data. An introduction to coding and analysis*. New York: New York University Press.
- Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups. The Sage Qualitative Research Kit*. London: Sage.
- Bauer, M. (2000). Classical content Analysis: A Review. Teoksessa M. Bauer and G. Gaskell (toim.), *Qualitative researching with Text, Image and Sound - A Handbook*. London: Thousand Oaks.
- Bauman, Z. (1996). *Postmodernin lumo*. (Suom. J. Vainonen.) (toim. Pirkkoliisa Arponen & Timon Cantell). Tampere: Vastapaino.
- Beattie, A. (2003). Journeys into third space? Health alliances and the challenge of border crossing. Teoksessa Leathard A. (toim.), *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.
- Bereiter, C. & Scardamalia, M. (1993). *Surpassing Ourselves: An inquiry into the nature and implications of expertise*. Illinois: Open Court.
- Bhagat, R.S. & Steers, R.M. (toim.) (2009). *Cambridge Handbook of Culture, Organizations, and Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Billig, M., Gondors, S., Edwards, D., Gane, M., Middleton, D., Radley, A. (1988). *Ideological Dilemmas. A Social Psychology of Everyday Thinking*. London: Sage.

- Brehm, B., Breen, P., Brown, B., Long, L., Smith, R., Wall, A., Stenberg, Warren N. (2006). An Interdisciplinary Approach to Introducing Professionalism. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 15, 70 - 81. Haettu 22.11.2010 osoitteesta.
<http://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC1636976/>
- Brewer, M.B. (2008). Depersonalized trust and ingroup cooperation. Teoksessa Krueger, J. (toim.), *Rationality and social responsibility: Essays in honor of Robyn Mason Dawes*. New York: An APS-Psychology Press series.
- Brown, A. D. (1998). *Organizational Culture* (toinen painos). Cambridge: Pearson Education.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. London: Sage.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Oxford: University Press.
- Buchan, N.R. (2009). The complexity of trust: cultural environments, trust, and trust development. Teoksessa Bhagat, R.S. & Steers, R.M. (toim.), *Cambridge Handbook of Culture, Organizations, and Work*. Cambridge: University Press.
- Bäckman, S. (2008). *Työkykyarviokokous moniammatillisen työryhmän päätöksentekotilanteena: Tutkimus vuorovaikutuksesta ja potilaan osallisuudesta*. [monografia] Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiologian laitos.
- Böhm, A. (2004). Theoretical Coding: Text Analysis in Grounded Theory. Teoksessa Flick, U., Kardorff, E.V., & Steinke, I. (toim.), *A Companion to Qualitative Research*. London: Sage.
- Carson, J. B., Tesluk P.E., Marrone J.A. (2007). Shared Leadership in Teams: An Investigation of Antecedent Conditions and Performance. *Academy of Management Journal*, 5, 1217 – 1234.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory: Objektivist and Constructivist Methods. Teoksessa Denzin, N., & Lincoln, Y. (toim.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (2. painos). Thousand Oaks: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2008). Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.), *Strategies of Qualitative Inquiry*. (3. painos). Thousand Oaks: Sage.

Charmaz, K. (2009). Shifting the Grounds. Constructivist Grounded Theory Methods. Teoksessa Morse, J.M., Stern, P.N., Gorbin, J., Bowers, B., Charmaz, K., Clarke A., *Developing Grounded Theory. The Second Generation*. Kalifornia: University of Utah.

Choi H., S., & Thompson L. (2005). Old wine in a new bottle: Impact of membership change on group creativity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 98, 121 – 132.

Choo, C. W. (1998). *The Knowing Organization: How organizations use information to construct meaning , create knowledge and make decisions*. Oxford: University Press.

Cohen S., & Bailey D. (1997). What makes teams work: Group effectiveness from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23, 239 – 290.

Collin, K., Paloniemi, S., Mecklin, JP. (2010). Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of surgical operating theatre. *Journal of Education and Work*, 23, 43 – 63.

Collin, K., Valleala, UM., Herranen, S., Paloniemi, S., Pyhälä-Liljeström, P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49, 31 – 43.

Collin, K., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S. (2012). Ways of Interprofessional Collaboration and Learning in Emergency Work. *Studies in Continuing Education*. Haettu osoitteesta www.tandfonline.com/doi:10.1080/0158037x.2011.617364

D’Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodrigues, L., Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 116 – 131.

D’Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 8 – 20.

D’Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martin – Rodrigues, L., Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1 – 12. Haettu 12.11.2010 osoitteesta <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/1/188>

D’Eon, M. (2004). A blueprint for interprofessional learning. *Medical Teacher*, 7, 604 – 609.

Dent, E. B. & Galloway Goldberg, S. (1999). Challenging “Resistance to Change”. *Journal of Applied Behavioral Science*, 3, 25-35.

Denzin, N. (1970). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago: Aldine.

- Denzin, N., & Lincoln, Y. (toim.) (2003). *Strategies of Qualitative Inquiry*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (toim.) (2008). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Thousand Oaks: Sage.
- Deutch, M., Coleman, P.T., Marcus, E. C. (toim.) (2006). *The Handbook of Conflict Resolution. Theory and Practice*. (2.painos) San Francisco: Jossey-Bass.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory*. San Diego: Academic Press.
- Dey, I. (2007). Grounded theory. Teoksessa Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J., Silverman, D. (toim.), *Qualitative Research Practice*. London: Sage.
- Dirks, K.T., & Ferrin, D.L. (2001). The Role of trust in organizational settings. *Organizational Science* 4, 450 - 470.
- Dreyfus, H.L., & Dreyfus S.E. (1986). *Mind over machine. The Power of Human Intuition an Expertise in the Era of computer*. Oxford: Blackwell.
- Drinka, T.J.K. (1994). Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork. *Educational Gerontology*, 20, 87 – 103.
- Drinka, T.J.K., & Clark, P. G. (2000). *Health care teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*. Westport: Auburn House.
- Edmondson, A. C. (2004). Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: Group Level Lens. Teoksessa Kramer, R., M., & Cook, K., S. (toim.), *Trust and Distrust in Organizations: Dilemmas and Approaches*. New York: Russel Sage Foundation.
- Eloranta, S., & Kuusela, M. (2011). Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö*, 3, 5 – 13.
- Enckell, M. (1998). *Organizational Cultures of Finnish Hospitals in Change*. [monografia] Ekonomi och Samhälle 71. Helsinki: Svenska Handelshögskolan.
- Engel, C., & Gursky, E. (2003). Management and interprofessional collaboration. Teoksessa Leathard A. (toim.), *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.
- Engeström, Y. (1992). *Interactive expertise: Studies in Distributed Working Intelligence*. Helsinki: Yliopistopaino.

- Engeström, Y. (2002). *Kehittävä työntutkimus, perusteita, tuloksia ja haasteita*. (3.painos.) Helsinki: Edita.
- Engeström, Y. (2004). The new generation of expertise: seven theses. Teoksessa Rainbird, H., Fuller, A., Munro, A. (ed.), *Workplace Learning in Context*. Routledge: London.
- Engeström, Y. (2008). *From Teams to Knots. Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work*. Cambridge University Press.
- Eriksson, E., Virtanen–Vaaranmaa, H., Björkrooth, R.-M., Laitinen, R., Mattila, L.-R., Rekola, L., Ruotsalainen, S., Sarajärvi, A. (2005). *Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet. Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset*. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:47/2005.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. A., Paavilainen, E., Lindstedt-Kurki, P. (2007). *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.
- Eräsaari, R. (2002). Avoimen asiantuntijuuden analytiikkaa. Teoksessa Pirttilä, I. – Erikson, S. (toim.), *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto.
- Eräsaari, R. (2006). Objektivisuus, asiantuntijat ja instituutiot. Teoksessa Parviainen, J. (toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Eskola, J. (2007). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Teoksessa Aaltola, Juhani, Valli, Raine: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*, (uudistettu painos). Juva: PS-kustannus.
- Ferreira, R.C. , Varga, C.R.R, da Silva, R.F. (2009). Working in multiprofessional teams: the perspectives of family health residents. *PubMed.gov*. Haettu 30.11.2009 osoitteesta <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19750351>
- Fletcher, J., K., & Käufer, K. (2003). Shared Leadership: Paradox and Possibility. Teoksessa Pearce, C., L., & Conger J., A. (ed.) *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*. Thousand Oaks: Sage.
- Flick, U., Kardorff, E.V., & Steinke, I. (toim.) (2004). *A Companion to Qualitative Research*. London: Sage.
- Flick, Uwe (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. (3. painos). London: Sage.
- Flick, Uwe (2007). *Managing Qualitative Research*. The Sage Qualitative Research Kit. London: Sage.
- Flick, Uwe (2007). *Designing Qualitative research*. The Sage Qualitative Research Kit. London: Sage.

Flick, Uwe (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. (4. uudistettu painos). London: Sage.

Ford, J. D., & Ford, L. W. (2010). Stop Blaming Resistance to Change and Start Using It. *Organizational Dynamics* 1, 24 –36.

Fornier, V. (2000). Boundary work and the (un)making of the professions. Teoksessa Malin, N. (toim.), *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge..

Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H.,(ed.), (2002). A Critical Review of Evaluation of Interprofessional Education. *Higher Education Academy. Health Sciences & Practice Network*. Haettu osoitteesta <http://www.health.ltsn.ac.uk/publications/occasion>.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Oxford:. Blackwell.

Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham, C., Holbrook, J.B. (ed.) (2010). *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. Oxford: University Press.

Gaboury, I., Bujold, M. Boom, H., Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine*, 69, 707 – 715.

Gergen, G. (1985). *Social Psychology*. Second edition. New York: Springer-Verlag.

Gibbs, Graham (2007). *Analyzing Qualitative Data*. The Sage Qualitative Research Kit. London: Sage.

Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity*. Mill Walley: The Sociology Press.

Glaser, B. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis. Emergence vs Forcing*. Mill Walley: The Sociology Press.

Glaser, B. (2003). *The Grounded Theory Perspective II. Description`s Remodeling of Grounded Theory Methodology*. Mill Walley: The Sociology Press.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. (4.edition). Chicago: Aldine.

Greenberg, J., & Colquitt, J. (toim.), (2005) *Handbook of Organizational Justice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Greitemeyer, T., & Schulz-Hardt, S. (2003). Preference-Consistent Evaluation of Information in the Hidden Profile Paradigm: Beyond Group-Level Explanations for the Dominance of Shared Information in Group Decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 322 – 339.

Haapakoski, A. (2002). Suuren ja pienen tarinan välissä – uusien asiantuntijaryhmien ammatillisentiedon rakentuminen. Teoksessa Pirttilä, I. - Eriksson, S. (toim.), *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto.

Hakkarainen, K., Lipponen, L., Mukkonen, H., Seitamaa – Hakkarainen, P. (2001). Oppimisympäristöjen kognitiivinen tutkimus. Teoksessa Saariluoma, P., Kamppinen, M., Hautamäki, A. (toim.) (152 – 168). *Moderni kognitiotiede*. Helsinki: Gaudeamus.

Hakkarainen, K. (2003). Kollektiivinen älykkyys. *Psykologia*, 6, 384 - 401.

Hakkarainen, K., Palonen, T., Paavola, S., Lehtinen, E. (2004). *Communities of Networked Expertise: Professional and Educational Perspectives*. Oxford: Elsevier.

Hakkarainen, K. & Paavola, S. (2006). Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia – kognitiotieteellinen näkökulma. Teoksessa Parviainen, J. (toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampereen yliopistopaino.

Halila, H. (2004). Työnjakoa ja ammattien arvostusta opiskelun kautta. *Suomen Lääkärilehti* 6, 497.

Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35, 867 - 875.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional Cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 188 – 196.

Hansson, A., Friberg F., Segesten K., Gedda, B., Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin – General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional care*, 1, 5 – 16.

Harré, R., & van Langenhoven, L. (toim.) (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell.

Hassard, J., & Parker, M. (1994). *Postmodernism and Organizations*. London: Sage.

Hautamäki, A., & Pylkkänen, A. (2001). Kognitiotieteen esihistoriaa. Teoksessa Saariluoma, P., Kamppinen, M., Hautamäki, A. (toim.). *Moderni kognitiotiede*. (10 – 25). Helsinki: Gaudeamus.

- Helkama, K. (1981). *Toward A Cognitive - Developmental Theory of Attribution of Responsibility*. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia.
- Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K. (1998). *Johdatus sosiaalipsykologiaan*. Helsinki: Edita.
- Henriksson, L., & Wrede, S. (2004). *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H., Elovainio, M. (2008). *Lääkärin ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus-hankkeen loppuraportti*. Stakes. Raportteja 35/2008.
- Hernes, T. (2004). Studying composite boundaries: A framework for analysis. *Human Relations*, 57, 9 – 29.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J-P., Stephenson G., M. (1988). *Introduction to Social Psychology*. Oxford: Basi Blackwell.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2008). *Tutki ja kirjoita*. (13 - 14. osin uudistettu painos). Helsinki: Tammi.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the Mind*. London: McGraw-Hill.
- Horsburg, M., Landin, R., Williamson, E. (2001). Multiprofessional Learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to share learning. *Medical Education*, 35, 876 –883.
- Housley, W. (2003). *Interaction in Multidisciplinary Teams*. Aldershot: Ashgate.
- Hugman, R. (2003). Going round in circles? Identifying interprofessional dynamics in Australian health and social welfare. Teoksessa Leathard, A. (toim.), *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.
- Ickes, W. , & Gonzales, R. (1996). ”Social” Cognition and *Social Cognition*: From The Subjective to the Intersubjective. Teoksessa Nye, J.L., Brower, A.M. (toim.), *What `s Social About Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups*. Thousand Oaks: Sage.
- Isaacs, W. (2001). *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. (Suom. Maarit Tillman). Jyväskylä: Gummerus.
- Isoherranen, K. (1996). *Moniammatillinen työryhmä terveydenhuollossa – tiimien keskustelujen analyysiä*. Julkaisematon sosiaalipsykologian lisensiaatin työ, Helsingin yliopisto.

- Isoherranen, K., Rekola, L., Koponen, L. (2004). *Ratkaisuja etsien - yhdessä oppien. Esi-merkki koulutuksen ja työelämän yhteistyöstä*. Helsingin AMK Stadian julkaisujasarja A: tutkimukset ja raportit 4.
- Isoherranen, K. (2006). *Moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, K., Rekola L., Nurmi, R. (2008). *Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.
- Isola, A., Elo, S., Rautsiala, T., Paasivaara, L., Routasalo, P. (2007). *Akuuttisairaalan hoitotyön ulkopuolinen tarkastus*. Helsingin kaupungin terveystakeskus. Tutkimuksia 2007:1.
- Jalonen, P., Manninen, P., Rautio, M., Savinainen, M. (2009). Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin. *Lääkärilehti* 49, 4236 - 4237.
- Johnson, R. (1997). Examining the validity structure of qualitative research. *Education*, 118, (2) 282 – 292.
- Julkunen, R. (2004). Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henriksson, L., & Wrede, S. *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Julkunen, R. (2008). *Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista*. Tampere: Vastapaino.
- Kaskinen, H. (2011). Lääkärin riskit on kuultava. Pirjo Lindforsin haastattelu anestesia- ja lääkäri-työhön liittyvää hyvinvointia käsittelevän väitöskirjan pohjalta. *Tiedon silta* 44. Helsinki: Työsuojelurahasto.
- Kaste 2008 – 2011. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- Kenny, G. (2002). The Importance of Nursing Values in Interprofessional Collaboration. *British Journal of Nursing*, 1, 65 - 68.
- Kerr, A. (2000). A problem shared....? Teamwork, autonomy and errors in assisted conception. *Social Science and Medicine*, 12, 1741 – 1749.
- Kerr, N. L., & Bruun S. E. (1981). Ringelmann Revisited. Alternative Explanations for the Social Loafing Effect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2, 224 – 231.
- Kerr, N. L. (1983). Motivation losses in small groups. A social dilemma analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 819 -828.

King, P.M., & Kitchener, K. S. (1994). *Developing Reflective Judgment: Understanding and Promoting Intellectual Growth and Critical Thinking in Adolescents and Adults*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kira, M. (2003). *Byrokratian jälkeen – kohti uudistavaa työtä ja kestäväää työjärjestelmäkehitystä*. Työpoliittinen tutkimus 254. Helsinki: Työministeriö.

Kirchler, D.J., & Davis J.H. (1986). The influence of member status differences and task type on group consensus and member position change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 83 – 91.

Kirjonen, J., Remes, P., & Eteläpelto, A. (toim.), (1997). *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos.

Kivinen, T. (2008). *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Terveystalouden ja - talouden laitos. Kuopion yliopisto julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 158.

Klein, J. T. (1990). *Interdisciplinarity. History, Theory, and Practice*. Detroit: Wayne State University Press.

Klein, J.T. (1996). *Crossing Boundaries: Knowledge, Disciplinarity and Interdisciplinarity*. Charlottesville: The University Press of Virginia.

Klein, J.T. (2010). A taxonomy of interdisciplinarity. Teoksessa Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham, C., Holbrook, J.B. (toim.). (2010). *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. (15 – 31). Oxford: University Press.

Kline, S.J. (1995). *Conceptual foundations for multidisciplinary thinking*. Stanford: University Press.

Konttinen, E. (1997). Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P., Eteläpelto, A. (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*, s. 48 - 61. Koulutuksen tutkimuslaitos Jyväskylän yliopisto.

Kramer, R.M., & Tyler, T.R. (1996). *Trust in Organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks: Sage.

Kramer, R. M., Bremer, M. B., & Hanna, B. A. (1996). Collective Trust and Collective Action. The Decisions to Trust as a Social Decision. Teoksessa *Trust in Organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks: Sage.

Kramer, R.M. (1999). Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569 – 598.

Kramer, R., M., & Cook, K., S. (toim.) (2004). Trust and Distrust in Organizations: Dilemmas and Approaches. New York: Russel Sage Foundation.

Krippendorff, K. (2004). Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. (2. edition). Thousand Oaks: Sage.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 191 - 203.

Körner, M. (2008). Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *Psychosoc Med*, 3. Haettu osoitteesta <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19742278>

Lanceley, A., Savage, J., & Menon, U. (2007). Influences on multidisciplinary team decision making. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2, 215 – 222.

Larson, J.R. Jr., & Christensen, C. (1993). Groups as problem-solving units: Toward a new meaning of social cognition. *British Journal of Social Psychology*. 32, 5-30.

Larson, J.R. Jr., Christensen, C., Franz, T.M., Abbott, A.S. (1998a). Diagnosing groups: The pooling, management, and impact of shared and unshared case information in team –based medical decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 93 – 108.

Larson, J.R. Jr, Foster-Fishman, P.G., Franz, T.M. (1998b). Leadership style and the discussion of shared and unshared information in decision-making groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 482 – 495.

Larson, J.R. Jr, Foster-Fishman, P.G., Keys, C.B. (1994). Discussion of shared and unshared information in decision - making groups. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 446 - 461.

Larson, J.R. Jr, (2010). *In Search of Synergy in small group performance*. Psychology Press: New York.

Launis, K. (1997). Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P., Eteläpelto, A. (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*. (122 – 133). Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos.

Leathard, A. (toim.) (2003). *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.

Lehtinen, E., Palonen, T. (1997). Tiedon verkostoituminen – haaste asiantuntijuudelle. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P., Eteläpelto, A. (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*. (103 – 120). Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos.

Levine, J.M., & Moreland, R.L. (2006). *Small Groups. Key Readings*. New York: Psychology Press.

Lewicki, R. J. & Bunker, B.B. (1996). Developing and Maintaining Trust in Work Relationships. Teoksessa *Trust in Organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks: Sage

Lewicki, R.J., Wiethoff, C., Tomlinson, E.C. (2005). What Is the Role of Trust in Organizational Justice? Teoksessa Greenberg, J., Colquitt, J. (toim.), *Handbook of Organizational Justice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Lewicki, R.J. (2006). Trust, Trust Development and Trust Repair. Teoksessa Deutch, M., Coleman, P.T., Marcus, E.C. (toim.). *The Handbook of Conflict Resolution. Theory and Practice*. (2.edition) San Francisco: Jossey-Bass.

Lim, B.C., & Klein, K. J. (2006). Team mental models and team performance: A field study of effects of mental model similarity and accuracy. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 403 – 418).

Lingard, L., Espin, S., Evans, C., Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8, 403 - 408.

Linstead, S. (1994). Deconstruction in the Study of Organizations. Teoksessa Hassard, J. ,& Parker, M. (toim.), *Postmodernism and Organizations*. London: Sage.

Lipasti, K. (2004). *Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä*. Pro gradu-tutkielma hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Lockhart - Wood, K. (2000). Collaboration between Nurses and Doctors in Clinical Practice. *British Journal of Nursing*. 9(5), 276-280.

Macdonald, Keith M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: Sage.

MacDonald, M. B., Bally, J., Ferguson, L., Murrey, B. L., Fowler-Kerry, S., Anonson, J. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice* 10, 238-242.

Malin, N. (toim.) (2000). *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge..

- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of health care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, (2), 143 - 151.
- Martin, J. (1992). *Cultures in organizations: Three perspectives*. Oxford University Press.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture. Mapping the Terrain*. Thousand Oaks: Sage.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. (Second Edition). London: Sage.
- Mattila, R. (2009). *Effectiveness of a multidisciplinary lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms*. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 444.
- Mayring, P. (2004). Qualitative Content Analysis. Teoksessa Flick U., Kardorff E.v., Steinke I. (toim.), *A Companion to qualitative research*. London: Sage.
- Meads, G, & Aschcroft, J. (toim.) (2005). *The case for Interprofessional Collaboration in Health and Social Care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Mesmer - Magnus, J. R., & De Church, L. A. (2009). Information Sharing and Team Performance: A Meta -Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 2, 535 – 346.
- Mieg, H. A. (2001). *The Social Psychology of Expertise: Case Studies in Research, Professional Domains, and Expert Roles*. Mahwah NJ: Erlbaum.
- Mikkeli, H., & Pakkasvirta, J. (2007). *Tieteiden välissä. Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen*. Helsinki: WSOY.
- Miller, C., & Freeman, M. (2003). Clinical teamwork. The impact of policy on collaborative practice. Teoksessa Leathard A. (toim.), *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Eaglewood Cliffs: Prentice – Hall.
- Moilanen, R. (2001). *A Learning Organization: Machine or Human?* Studies in Business and Economics 14. Jyväskylän yliopisto.
- Moran, J. (2002). *Interdisciplinarity*. London: Routledge.
- Moreland, R. L., Argote, L., & Krishnan, R. (1996). Socially Shared Cognition at Work. Transactive Memory and Group Performance. Teoksessa Nye J. L., & Brower A.M. (toim.). *What's Social About Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups*, 57 – 84. Thousand Oaks: Sage.

- Moreland, R.L. (2006). Transactive Memory: Learning Who Knows What in Work Groups and in Organizations. Teoksessa Levine, J.M., & Moreland, R.L., *Small Groups. Key Readings*. New York: Psychology Press.
- Morgan, G. (1997). *Images of Organization*. Thousand Oaks: Sage.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods* 2, 1 – 19.
- Morse, J.M., Stern, P.N., Gorbin, J., Bowers, B., Charmaz, K., & Clarke, A. (2009a). *Developing Grounded Theory. The Second Generation*. Kalifornia: Left Coast Press.
- Morse, J.M. (2009b). Tussles, Tensions and Resolutions. Teoksessa Morse, J.M., Stern, P.N., Gorbin, J., Bowers, B., Charmaz, K., & Clarke, A., *Developing Grounded Theory. The Second Generation*. Kalifornia: Left Coast Press.
- Myllyniemi, R. (1986). Conversation as a system of social interaction. *Language and communication*, 6 (3), 147 - 169.
- Myllyniemi, R. (1990). Keskustelusta ja tieteellisestä keskustelusta. *Tiedepolitiikka*, 3, 25 - 34.
- Myllyniemi, R. (2005). Sosiaaliset vuorovaikutusjärjestelmät yhteisöllisten arvosuuntausten lähteenä. Teoksessa Pirttilä- Backman, A.-M., Ahokas, M., Myyry, L., Lähteenoja, S. (toim.), *Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Niiniluoto, I. (2003a). *Totuuden rakastaminen. Tieteenfilosofisia esseitä*. Helsinki: Otava.
- Niiniluoto, I. (2003b). Tieteidenvälisyydessä on voimaa. *Yliopisto-lehti*, 5-6, 1-3.
- Nijstad, B. A. (2009). *Group Performance*. East Sussex: Psychology Press.
- Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 40, 279 - 290.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company. How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- Norman, I., & Peck, E. (1999). Working together in adult community mental health services: An interprofessional dialogue. *Journal of Mental Health*, 3, 217 – 230.

Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism. Present - Day Professionalism in Ambiguous Public Domains *Administration and Society*, 6, 761-785.

Norrefalk, JR., Ekholm, K., Linder, J., Borg, K., Ekholm, J. (2008). Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: economic benefits of return to work. *Journal Rehabilitation Medicine*. Haettu 30.11. 2009 osoitteesta <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18176732>

Nye, J.L., & Brower, A.M. (1996). What Is Social About Social Cognition Research? Teoksessa Nye, J.L., & Brower, A.M. (toim.). *What's Social About Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups* (.311 –323). Thousand Oaks: Sage.

Okhuysen, G. A., & Eisenhardt, K. M. (2002). Integrating knowledge in groups: How formal interventions enable flexibility. *Organizational Science*, 13, 370 – 386.

Oksanen, Tuula (2009). *Työyhteisön sosiaalinen pääoma ja työntekijöiden terveys*. [monografia] Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Haettu 8.11.2009 osoitteesta <http://oa.doria.fi/handle/10024/47617>.

Oreg, S., Vakola, A., & Amenakis, A. (2011). Change Recipients' Reactions to Organizational Change: A 60-Year Review of Quantitative Studies. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 4, 461 – 523.

Parker, M. (2000). *Organizational Culture and Identity: unity and division*. London: Sage.

Parviainen, J (toim.) (2006). *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampereen yliopistopaino.

Payne, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave.

Pearce, C., L., & Conger, J. A. (toim.) (2003). *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*. Thousand Oaks: Sage.

Pearce, C. (2004). The future of leadership: Combining vertical and shared leadership to transform knowledge work. *Academy of Management Journal*, 1, 47 – 57.

Peltomäki, P., Harjumäki, P., Huisman, K. (2002). Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus - kriisityö ja työterveystoiminnan tarkastelua. Teoksessa Pirttilä I. - Erikson S. (toim.), *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto.

Pennanen, P. (2008). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon säädösten näkökulmasta. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L., Nurmi, R. *Enemmän yhdessä, moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.

Peräkylä, A. (1995). Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva. Teoksessa Leskinen J. (toim.), *Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla*. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

Peräkylä, A. (1998). Authority and Accountability. The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly*, 61, (4), 301 - 320.

Peräkylä, A., Eskola, K., Sorjonen, M - L. (2001). Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M.-L. Sorjonen, Peräkylä, A., Eskola K. (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. (7 – 26). Tampere: Vastapaino

Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45, (2), 73 - 76.

Pirttilä, I. (2002). Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa Pirttilä, I., & Erikson, S. (toim.), *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto.

Pirttilä, I., & Erikson, S. (toim.) (2002) *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto.

Pirttilä-Backman, A.- M. (1991). ”Knowledge” and ”The Expert’s Knowledge”: Should there be a difference. Työraportteja 2, sosiaalipsykologian laitos, Helsingin yliopisto,

Pirttilä-Backman, A.- M. (1993). *The Social psychology of knowledge reassessed. Toward a New Delineation of the Field with Empirical Substantiation*. Helsinki: Suomalainen tiedeakatemia.

Pirttilä-Backman, A.- M. (1997). Miksi asiantuntijan tulee kyetä reflektiivisiin arviointeihin? Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P., Eteläpelto, A. (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*. (218 – 224). Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto.

Pirttilä-Backman, A.-M., & Keso K. (1998). Tiedon asema sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Pirttilä- Backman, A.-M., Lahikainen, A. R. (toim.), *Sosiaalinen vuorovaikutus. Rauni Myllyniemen juhlaKirja*. Keuruu: Otava.

Pirttilä- Backman, A.-M., & Lahikainen, A. R. (toim.) (1998). *Sosiaalinen vuorovaikutus. Rauni Myllyniemen juhlaKirja*. Keuruu: Otava.

Pirttilä- Backman, A.-M., Ahokas, M., Myyry, L., Lähteenoja, S. (toim.) (2005). *Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen*. Helsinki: Gaudeamus.

Popper, K. (1963). *Conjectures and Refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge and Paul Kegan..

Pyörälä, E. (2001). Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. Teoksessa M.-L. Sorjonen, Peräkylä, A., Eskola K. (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. (183 - 195). Tampere: Vastapaino.

Pärnä, K. (2007). Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet varhaisen tuen työssä. Teoksessa Remsu N., & Törrönen M. (toim.), *Varhainen vastuunotto*. Helsinki: MLL

Pärnä, K. (2008). Moniammatillisen yhteistyön käsitteellinen jäsentäminen. Sosiologisia keskusteluja, luentosarja. Turun yliopisto 11.3.2008.

Quinn, J.B. (1992). *Intelligent Enterprise: A Knowledge and Service Based Paradigm for Industry*. New York: Free Press

Rainbird, H., Fuller, A., Munro, A. ed. (2004). *Workplace Learning in Context*. Routledge: London.

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

Rekola, L., Isoherranen, K., Koponen, L. (2005). Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 3, 16 – 21.

Rekola, L. (2008). Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen K., Rekola L., Nurmi R. *Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö*. WSOY. Helsinki.

Remsu, N., & Törrönen M. (toim.) (2007). *Varhainen vastuunotto*. Helsinki: MLL.

Resnick, L.B., Levine, J.M., Teasley, S.D. (1996). *Perspectives on Socially Shared Cognition*. Washington: American Psychological Association.

Robbins, T. L. (1995). Social loafing on cognitive tasks: An examination of "sucker effect". *Journal of Business and Psychology* 3, 337 – 342.

Ross, R. (1999). Skilfull discassion. Teoksessa Senge, P. M., Ross, R., Kleiner, A., Roberts, C., Smith, B. *The Fifth Discipline Fieldbook. Stratgies and Tools for Building a learning Organization*. London: Nicolas Bealey Publising.

Rousseau, D.M., Sitkin, S. B., Burt, R. S. Camerer, C. (1998). Not so different after all: A Cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review* 3, 393 – 404.

Saaren-Seppälä, T. (2004). *Yhteisen potilaan hoito*. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Acta Electronica. Universitas Tamperensis 401. <http://acta.uta.fi>

- Saaren–Seppälä, T. (2006). Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä. Teoksessa Parviainen J. (toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampereen yliopistopaino.
- Saariluoma, P. (2001). Moderni kognitiotiede. Teoksessa Saariluoma, P., Kamppinen, M., & Hautamäki, A. (toim.) (26 - 50). *Moderni kognitiotiede*. Helsinki: Gaudeamus.
- Saariluoma, P., Kamppinen, M., & Hautamäki, A. (toim.) (2001). *Moderni kognitiotiede*. Helsinki: Gaudeamus.
- Salo, M. (2011). *United We Stand – Divided We Fall: A Standard Model of Unit Cohesion*. Publications of Department of Social Research 2011:6. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta, Sosiaalitieteiden laitos.
- Salomon, G. (toim.) (1993). *Distributed Cognitions. Psychological and Educational Considerations*. Cambridge: University Press.
- Saxen, U. (2009). *Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkärityötilanteen näkökulmasta*. Ann. Univ. Turkuensis C 278.
- Scardamalia, M. (2002). Collective Cognitive Responsibility for Advancement of Knowledge. Teoksessa Smith B., & Breiter (toim.). *Liberal Education in a Knowledge Society*. Chicago: Open Court
- Schein, E. (2001). *Yrityskulttuuri: selviytymisopas. Tietoa ja luuloja kulttuurin muutoksesta*. Suomentanut Päivi Rosti). Laatu keskus. Tammer-Paino.
- Schein, E. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3. edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4. edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schneider, S.C., & Barsoux, J.-L. (2003). *Managing across Cultures* (2. edition). Essex: Pearson Education.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner*. How professionals think in action. Ashgate: Aldershot.
- Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seale, C., Cobo, G., Gubrium, J.F., Silverman, D. (toim.) (2007). *Qualitative Research Practice*. London: Sage.

- Secord, P., & Backman, C., W. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Seeck, H. (2008). *Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin*. Helsinki: Gaudeamus.
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline. The Art and Practice of Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Senge, P. M., Ross, R., Kleiner, A., Robert, s C., Smith B. (1999). *The Fifth Discipline Fieldbook. Strategies and Tools for Building A Learning Organization*. London: Nicolas Bealey
- Shaw, M. E. (1932). A comparison of individuals and small groups in the rational solution of complex problems. *American Journal of Psychology*, 44, 491 – 504.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine*, 55, 6, 991 - 1003.
- Silverman, D. (2000). *Doing Qualitative research. A Practical Handbook*. London: Sage.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data. Methods for Analysing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data* (3. edition). London: Sage.
- Sinkkonen, S., & Nikkilä, J. (1988). *Suomen Terveysthuollon hallinto*. Juva: WSOY.
- Smith, B., & Bereter, C. (toim.) (2002). *Liberal Education in a Knowledge Society*. Chicago: Open Court .
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta*. Julkaisu 2001:4. Helsinki: Edita.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). *Terveysthuollon edistämisen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19.
- Stake, R. E. (2008). Qualitative Case Studies. Teoksessa Denzin, N., & Lincoln, Y., *Strategies of Qualitative Inquiry* (3.edition). Thousand Oaks: Sage.
- Steiner, I. D. (1972). *Group processes and productivity*. New York: Academic Press

- Strasser, G. & Tintus W. (2006). Pooling of Unshared Information in Group Decision Making: Biased Information Sampling During Discussion. Teoksessa Levine, J.M., Moreland, R.L.. *Small Groups. Key Readings*. (pp. 227 -239). New York: Psychology Press.
- Strasser ,G., Stewart, D., D., & Wittenbaum, G. M. (1995). Expert roles and information exchange during discussion: The importance of knowing who knows what. *Journal of Experimental Social psychology, 31*, 244 – 265.
- Strasser, G., Vaughan, S. I., Stewart, D. D. (2000). Pooling unshared information: The benefits of knowing how access to information is distributed among group members. *Organizational Behavior and Human decision Processes, 82*, 102 – 116.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Strijbos, S. (2010). Systems thinking. Teoksessa Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham ,C., Holbrook, J.B. (toim.) *The Oxford handbook of Interdisciplinarity (453 – 456)*. Oxford University Press.
- Suter, E., Amdt, J., Artur, N. , Parboosingh, J., Taylor, E., Deutchlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for Collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, 23*. (1), 41-51.
- Taggar, S., Hackett, R., & Saha, S. (1999). Leadership emergence in autonomous work teams: Antecedents and outcomes, *Personnel Psychology, 52*, 899 – 926.
- Tainio, H., Ahlgren, T., Murtonen, I., Vesanto, A., Salminen, T., Tammela, T. (2004). Moniammatillinen harjoittelu lääketieteen koulutuksessa - kirurgian kliinisen kurssin kokemukset Tampereella. *Suomen Lääkärilehti, 6*, 555 - 557.
- Tang, K. C., & Davis, A. (1995). Critical factors in the determination of focus group size. *Family Practice. Oxford Journals, Medicine, 4*, 474 – 475.
- Taskinen, H. (2005). *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126.
- Temkin-Greener, H., Gross, D. Kunitz, S., Mukamel, D. (2004). Measuring Interdisciplinary Team Performance in Long Term Care Setting. *Medical Care, 5*, 472 - 481.
- Terpsta, J.L., Best, A., Abrams, D.B., Moor, G. (2010). Health sciences and health services. Teoksessa Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham, C., Holbrook, J.B. (ed.) *The Oxford handbook of Interdisciplinarity* (pp.508 - 519). Oxford University Press.

Thompson, L., & Fine G. A. (1999). Socially Shared Cognition, Affect, and Behavior: A Review and Integration. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 278 – 302.

Thompson, N. (2000). *Theory and Practice in Human services*. (2. edition) Hampshire: Palgrave Macmillan.

Thompson, S. & Thompson, N. (2008). *The Critically Reflective Practitioner*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Thurmond, V. A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 33, 253 – 258.

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

Tomasello, M. (2009). *Why We Cooperate: based on the 2008 Tanner lectures on human values at Stanford*. A Boston review book. Cambridge: The Mit Press.

Torppa, K. (2007). *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa*. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoidopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 384 – 399.

Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of small group development reconsidered. *Group and Organizational Studies*, 2, 419 – 427.

Tuomi, I., & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Tammi.

Tuomela, R. (2007). *The Philosophy of Sociality. The Shared Point of View*. Oxford University Press.

Wegner, D. M. (1987). Transactive memory: A contemporary analysis of the groupmind. Teoksessa Mullen, B., & Goethals, G.R. (toim.) *Theories of group behavior* (185 – 208). New York: Springer.

Weingart, P. (2010). A short history of knowledge formations. Teoksessa Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham, C., Holbrook, J.B. (toim.) *The Oxford handbook of Interdisciplinarity* (3 –15). Oxford University Press.

Weller, J. M., & Woodward, A. J. (2010). Will teaching social sciences to medical students hasten health care reform? A commentary on Sales and Schlaff. *Social Science and Medicine* 70, 1669-1671. Haettu osoitteesta www.elsevier.com/locate/socscimed.

Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Medical Education*, 41, 1010 – 1016.

Viitanen, E., & Lehto, J. (2005). Lähijohtaminen ja johtajuus: johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa Vuori, J. (toim.) (117 – 130). *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*. Helsinki: WSOY.

Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V., Lehto, J. (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kunnallisanalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu no 59. Vammala: Pole-Kuntatieto.

Virtanen, J.V. (2011). Johtajana Sairaalassa. *Työelämän tutkimus. Katsauksia ja keskustelua*, 9, 75 – 85.

Wittenbaum, G.M., & Strasser, G. (1996). Management of Information in Small Groups. Teoksessa Nye, J.L., & Brower, A.M. (toim.) (p. 57 – 84). *What's Social About Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups*. Thousand Oaks: Sage

Zwarenstein, M., Reeves S., Perrier L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1) 148 – 165.

Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice and healthcare outcomes. *Chochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art.No: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: The heart and soul of health care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 143 - 148.

Övretveit, J. (1999). Team decision-making. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 41 –51.

Sanomalehdet:

Laiho, Ulla-Maija (7.1.2011). Vanhuspalveluissa on lisättävä valinnanvapautta [vieraskynä], s.A 2. Helsingin Sanomat.

Lindfors Pirjo (27.11.2011). Lääkärien pahoinvoinnilla on laajat seuraukset. [vieraskynä] s, A 2. Helsingin Sanomat.

Pietikäinen P. (2.12.2010). Asiantuntijavaltakin tarvitsee vahtikoiransa [vieraskynä]. Helsingin Sanomat.

Ei julkaistua materiaalia:

Moniammatillinen toimintakykyä edistävä työote X- sairaalassa (2008). XXXX :n terveyskeskus. Työryhmän raportti.

Liite 1

Koulutukseen kutsu ja ensimmäisen koulutuspäivän ohjelma

OSASTONHOITAJAT

18.1.2008

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ ARJEN TOIMINTATAVAKSI

Ohjelma 27.2.2008 ja 5.3.2008

klo

8.30–9.00	Aamukahvi ja orientaatio koulutuskokonaisuuteen <i>jyh</i>
9.00–10.30	Moniammatillisen yhteistyön käsitteellistä taustaa <i>VTL Kaarina Isoherranen</i>
10.30–10.45	Tauko
10.45–12.15	Mitä muutoksia siirtyminen aitoon moniammatilliseen yhteistyöhön merkitsee arjen työssä - mielen malleissa - vuorovaikutuksessa <i>VTL Kaarina Isoherranen</i>
12.15–13.00	Lounastauko
13.00–14.30	Muutokset - rooleissa - toiminnan johtamisessa - organisaation rajoissa <i>FT Leena Rekola</i>
14.30–14.45	Tauko
14.45–15.30	Aihe jatkuu <i>FT Leena Rekola</i>
15.30–15.45	Yhteenvedo ja päivän päätös <i>FT Leena Rekola ja VTL Kaarina Isoherranen</i>

Koulutuksen tavoitteet:

1. Osallistujien käsitys moniammatillisesta yhteistyöstä selkiytyy ja konkretisoituu.
2. Osallistujat saavat valmiuksia mahdollistaa ja johtaa potilaslähtöistä yhteistyötä osastollaan.
3. Osallistujat oppivat tunnistamaan uuteen toimintakulttuuriin liittyviä yksilö- ja ryhmätason vuorovaikutushaasteita.

Aikataulu

<u>Ryhmä 1</u>	<u>Ryhmä 2</u>
27.2.08 klo 8.30-16.00	5.3.08 klo 8.30-16.00
2.4.08 klo 8.30-16.00	9.4.08 klo 8.30-16.00
24.9.08 klo 8.30-16.00	1.10.08 klo 8.30-16.00

Koulutuksiin Web-ilmoittautuminen.

Koulutukseen orientoivat kysymykset:

1. Mitkä ovat mielestäsi suurimmat haasteet potilaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä?
2. Mistä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvistä asioista toivoisit erityisesti lisätieto/lisäosaamista koulutuspäivien aikana?

Vastaukset sähköpostilla viikolla 6 (viimeistään 7.2.2008).

Liite 2

Osastonhoitajien 2. koulutuspäivän ohjelma

Ohjelma koulutuspäiville 2.4. ja 9.4. 2008

8.00 – 8.30 Kahvi

8.30 – 10.00 Päivän tavoitteen esittely ja annettujen tehtävien läpikäyntiä
VTL Kaarina Isoherranen ja FT Leena Rekola

10.00 – 11.00 Lääkäri moniammatillisessa työryhmässä
apulaisylilääkäri

11.00 – 12.30 Osaamisen johtaminen teoriaa ja harjoituksia
Leena Rekola

12.30 – 13.15 Lounastauko

13.15 – 14.45 Esimerkkitilanteiden käsittelyä ja oman moniammatillisen
toimintamallin alustavaa suunnittelua

- potilaspolut, yhteistyökumppanit
- uudet roolit
- uudet pelisäännöt
- ryhmätoiminnan ilmiöiden tunnistaminen

Kaarina Isoherranen ja Leena Rekola

14.45 – 15.00 Tauko

15.00 – 16.00 Aihe jatkuu, lopputehtävän anto ja jatkosuunnitelman tarkentaminen
Kaarina Isoherranen ja Leena Rekola

Liite 3

Koulutuspäivä 3

Moniammatillinen yhteistyö arjen toimintatavaksi

Osastonhoitajien 3. koulutuspäivä 24.9. ja 1.10.2008

8.00 - 8.30 Aamukahvi

8.30 – 9.30 Moniammatillisen yhteistyön tehtävien herättämiä ajatuksia. Kehittämisprosessin ohjaajat Leena Rekola ja Kaarina Isoherranen

9.30 – 12.00 Tehtävien käsittelyä yhdessä oppien

12.00 – 12.45 Lounas

12.45 – 14.15 Tehtävien käsittely jatkuu

14.15 – 14.30 Iltapäiväkahvi

14.30 – 16.00 Miten kehittäminen jatkuu tästä eteenpäin

Annetun tehtävän toteutuksesta tehdään lyhyt tiivistelmä, joka lähetetään kaikille ryhmäläisille ja kouluttajille noin viikkoa ennen koulutustapaamista. Lisäksi valmistaudutaan esittämään oma tehtävä hyvin tiivistetysti. Kaikki tutustuvat etukäteen toisten toteutuksiin/toteutusajatuksiin kiinnittäen huomiota erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

- onko rakenteita kehitetty sellaisiksi, että ne mahdollistavat yhteistyön
- onko verkostot huomioitu riittävästi
- onko rooleja ja pelisääntöjä kehitetty vastaamaan yhteistyön haasteita
- onko arviointikäytännöt sovittu

Tehtäviä käsiteltäessä jokainen kommentoi toisten aikaansaannoksia.

Päivän motto:

”Jakamalla ideoita ja osaamista opitaan enemmän eikä kaikkien tarvitse tehdä samoja virheitä”

Liite 4

Koulutuksen yhteinen loppuseminaari

Aika: 23.10.2008 klo 8.00–16.00

Paikka:

Ohjelma

klo

8.00–8.30	Aamukahvi
8.30–8.45	Päivän avaus ja tavoite Johtajalääkäri
8.45–9.30	Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä ja kehityshaasteena sosiaali- ja terveysalalla VTL Kaarina Isoherranen
9.30–10.15	Moniammatillisuus edellyttää uutta johtajuutta FT Leena Rekola
10.15–11.00	Asiantuntija moniammatillisessa yhteistyössä/tiimityössä ylilääkäri
11.00–11.45	Lounas (Ravintola 2. krs)
11.45–12.25	Moniammatillinen yhteistyö terveyskeskuspäivystyksessä oh <i>kommenttipuheenvuoro ayl</i>
12.25–13.05	Kuntoutuskokous vuodeosastolla oh1. ja oh 2. <i>kommenttipuheenvuoro oh ja yl</i>
13.05–13.40	Kohti toimivaa kuntoutuskokousta vastaava toimintaterapeutti <i>kommenttipuheenvuoro oh ja ayl</i>
13.40–14.00	Iltapäiväkahvi (Ravintola 2. krs)
14.00–14.40	Fysioterapia kotihoidossa Vastaava fysioterapeutti <i>kommenttipuheenvuoro ayl</i>
14.40–15.20	Moniammatillinen yhteistyö [- -] osastolla oh kommenttipuheenvuoro ylilääkäri
15.20–16.00	Yhteenveto ja keskustelua esityksistä ylilääkäri

Liite 5

Väitöstutkimustiedote

Tutkimuksen idea syntyi sairaalan osastonhoitajille suunnatussa koulutuksessa ”Moniammatillinen yhteistyö arjen toimintatavaksi”, jossa allekirjoittanut toimi kouluttajana. Tutkimus toteutuu väitöstutkimuksena Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitokselle, jonne tutkija on aikaisemmin tehnyt lisensiaatin tutkimuksen moniammatillisten tiimien keskusteluista. Ohjaajana toimii professori Anna-Maija Pirttilä-Backman.

Tutkimusmenetelmänä on fokusryhmähaastattelu, joka toteutetaan 4-5:delle yhdessä työskentelevälle tiimille. Lisäksi se toteutetaan ainakin kuudelle eri ammattiryhmälle (4-7 henkilöä/ryhmä): lääkärit, sairaanhoitajat, lähi-/perushoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Fokusryhmähaastattelu kestää 1-2 tuntia riippuen ryhmästä. Fokusryhmähaastattelussa haastattelija antaa keskusteluun vain teemat ja tekee mahdollisia syventäviä lisäkysymyksiä. Ryhmä keskustelee vapaasti annetuista teemoista. Keskustelut nauhoitetaan ja litteroidaan, minkä jälkeen tutkija analysoi keskustelun laadullisella analyysillä. Kenenkään keskustelijan henkilöllisyys ei tule esiin tutkimuksesta. Ryhmähaastattelut tehdään mahdollisuuksien mukaan työyhteisön tiloissa. Konkreettinen tutkimuksen tavoite on kehittää moniammatillista yhteistyötä sairaalassa ja toisaalta löytää mahdollisesti jotain yleisempiä kehityslinjoja ja – haasteita, joita moniammatillinen yhteistyö kohtaa sosiaali- ja terveysalalla.

Seuraavista ajoista voivat halukkaat tiimit ja yksittäiset asiantuntijat valita itselleen sopivimman ja ilmoitattua johtava ylihoitaja [---], joka toimii yhdyshenkilönä tutkimuksen suorittajaan. Muutkin ajat ovat sovitusti mahdollisia.

13.11. kello 14.00 - 16.00	20.11. kello 14.00 –16.00	4.12. kello 14.00 – 16.00
14.11. kello 14.00 - 16.00	21.11. kello 14.00 –16.00	8.12. kello 14.00 – 16.00
17.11. kello 14.00 - 16.00	27.11. kello 14.00 –16.00	9.12. kello 14.00 – 16.00
18.11. kello 14.00 - 16.00	3.12. kello 14.00 –16.00	

27.10.2008

Ystävällisesti Kaarina Isoherranen VTL, sosiaalipsykologi

Liite 6

Koulutukseen liittyvät tehtävät

Välitehtävä tapaamiseen 9.4.2008

Mitä konkreettisia muutoksia moniammatillisessa yhteistyössä pyrit toteuttamaan seuraavaan tapaamiseen mennessä?

Esitä suunnitelma muutoksen toteuttamiseksi.

Esimerkkejä kohtaamistasi pulmatilanteista.

Tehtävä syksyn tapaamiseen 2008

Hahmottele omalle osastollesi moniammatillisen yhteistyön malli ja valmistaudu esittelemään se ryhmälle.

Liite 7

Fokusryhmähaastattelujen ohjaavat kysymykset:

1. Kuinka moniammatillinen yhteistyö arjessa toteutuu?
2. Kuinka asiantuntijuus ja roolit näkyvät yhteistyössä?
3. Millaista keskustelua käydään?
4. Ovatko pelisäännöt kaikille selvät?
5. Tapahtuuko asiantuntijuuden rajan ylityksiä?
6. Kuuluuko potilaan/kuntoutujan ääni yhteistyössä?
7. Näkyykö moniammatillisen yhteistyön ajallinen kehityskaari?