

Miten lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat hahmottavat oman ja muiden ammattiryhmien roolin terveydenhuollon moniammatillisessa työkentässä

Poriin valmistui kesällä 2005 opetuskäyttöön suunniteltu opetusterveyskeskus. Ensimmäiset Turun yliopiston lääketieteen opiskelijat tulivat sinne elokuussa 2005. Marraskuusta 2005 alkaen myös Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja – ja terveydenhoitajaopiskelijoita tuli opetusterveyskeskukseen käytännön harjoittelujaksolle. Tämä mahdollisti lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden yhteisharjoittelun.

Puolentoista vuoden ajan marraskuusta 2005 toukokuuhun 2007 opiskelijat täyttivät IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) kyselylomakkeen. Lomakkeella selvitettiin miten lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat hahmottavat oman ja muiden ammattiryhmien roolin terveydenhuollon moniammatillisessa työkentässä. Lomake käännettiin suomeksi ja tehtiin suomalaisiin olosuhteisiin alkuperäistä paremmin soveltuva kysymysten ryhmittelyehdotus. Kummankin alan opiskelijat tiedostivat hyvin tarpeen tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja että heidän on luotettava muiden ammattiryhmien työhön. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ajattelutavoissa oli vain pieniä eroja. Molemmat opiskelijaryhmät tiedostivat hyvin olevansa valmistumassa ammatteihin, joissa keskinäinen yhteistyö on välttämätöntä. Lääketieteen opiskelijat kokivat, että heidän ammattikuntansa status on muita korkeampi. Hoitotyön opiskelijat puolestaan kokivat lääketieteen opiskelijoitakin selvemmin, että heidän ammattikuntansa on äärimmäisen pätevää.

PEKKA T. JAATINEN, ULLA SAXEN, MARJATTA HÄSÄNEN

JOHDANTO

Moniammatillisen tiimityön harjoittelua on suositeltu yhdeksi lääkärikoulutuksen elementiksi (Hall ja Weaver 2001, Ross ja Southgate 2000). Tiimityömallin on osoitettu parantavan hoidon laatua ja vähentävän kustannuksia (Gardner ym. 2002). Tiimityötaitoja on todettu opittavan parhaiten opettelemalla moniammatillista työskentelyä jo peruskoulutusvaiheessa (Horsburgh ym. 2000, Ruebling ym. 2000). Tiedetään, että on tärkeää oppia ajattelemaan miten eri ammattiryhmien edustajat ajattelevat, tuntevat ja reagoivat.

Tärkeää on myös oppia tiedostamaan eri ammattiryhmien erityisosaamisalueet (Parsell ym. 1998). Yhteistyön merkityksen tiedostamisesta on vielä matkaa sen toteutumiseen (Davies 2000). Moniammatillisessa koulutuksessa opiskelijat oppivat yhdessä, oppivat toisiltaan ja oivaltavat oman roolinsa laadukkaan hoidon aikaansaamisessa (McPherson ym. 2001). Tärkeää on myös opiskella vuorovaikutus- ja ristiriitojen ratkaisutaitoja (du Boulay ja Medway 1999, Hall ja Weaver 2001). Moniammatillisen koulutusmallin on todettu vaikuttavan yhteistyövalmiuksiin (Pauku-

nen ym. 2001). Se suuntaa asenteita irrallisen erityisasiantuntijan roolista potilaslähtöisemmän ja kokonaisvaltaisemman hoidon toteuttamiseen (Larivaara ja Taanila 2004).

Satakunnassa on vuosikymmeniä koulutettu sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hajautettua lääkärinkoulutusta Satakuntaan tuli mahdolliseksi kehittää sinne oppimisympäristö, jossa lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat voivat oppia omia ja yhteistyötaitoja osallistumalla yhteisten potilaiden hoitoon. Oppimisympäristöksi valittiin kesällä 2005 Poriin valmistunut Suomen ensimmäinen opetuskäyttöön suunniteltu opetusterveyskeskus (Jaatinen ym. 2005). Porin opetusterveyskeskuksessa on kuusi vastaanottohuonetta, kaksi toimenpidehuonetta ja kolme ryhmätyöhuonetta. Kerrallaan opetusterveyskeskuksessa on kuusi lääketieteen opiskelijaa, jotka ovat kahden lääkäriopettajan ohjauksessa. Yhdellä lääkäriopettajalla on vastuullaan kolme lääketieteen opiskelijaa. Ensimmäiset lääketieteen opiskelijat tulivat opetusterveyskeskukseen elokuussa 2005. Marraskuusta 2005 alkaen opetusterveyskeskukseen tuli myös Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Diakonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita, joiden pääasiallinen ohjausvastuu oli opetushoitajalla. Kerrallaan hoitotyön opiskelijoita on ollut kaksi, joillakin viikoilla vain yksi.

Yhteisiin potilaisiin tukeutuva harjoittelujakso on ollut pituudeltaan lyhyt, vain 2–5 vrk, mikä johtuu lääketieteen opiskelijoiden opinto-ohjelmasta. Osa hoitotyön opiskelijoista oli jo opiskelunsa loppuvaiheessa ja heille oli kertynyt kokemusta potilastyöstä. Lääketieteen opiskelijat olivat kolmannen tai neljännen vuoden opiskelijoita ja monet heistä tapasivat elämänsä ensimmäisen oman potilaan opetusterveyskeskusjakson aikana. Harjoittelujakso alkoi lyhyellä yhteisellä perehdyttämistilaisuudella, jossa opiskelijat saivat yleistä tietoa käytännön asioista. Yhteisen perehdytyksen aikana keskusteltiin harjoittelun yhteisistä tavoitteista ja opiskelijoiden henkilökohtaisista tavoitteista. He saivat myös tietoa mihin yhteisellä harjoittelulla pyrittiin. Perehdyttämistilaisuus mahdollisti myös opiskelijoiden tutustumisen toisiinsa.

Potilastyön harjoittelu tapahtui niin, että lääkäriopiskelija aluksi haastatteli ja tutki itsenäisesti potilaan, jonka jälkeen lääkäriopettaja ja hoitotyön opiskelija kutsuttiin paikalle. Lääketieteen opiskelija kertoi tekemänsä havainnot, jonka jälkeen tehtiin yhdessä työdiagnoosi ja jatkohoit-

suunnitelma. Vastaanoton seuraamisen lisäksi hoitotyön opiskelija osallistui opetushoitajan ohjaamana potilaiden hoitoon ja ohjaukseen, avusti toimenpiteissä ja osallistui jatkohoidon järjestämiseen. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoilla oli myös harjoittelupäivien kuluessa mahdollisuus vapaamuotoiseen keskusteluun yhteisistä opetustilanteista. Harjoittelujakson päätteeksi oli 1–2 tunnin palautepalaveri.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaisia käsityksiä lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoilla on tulevasta roolistaan terveydenhuollon moniammatillisessa työkentässä ja miten he hahmottavat toisten ammattiryhmien merkityksen.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoita pyydettiin täyttämään marraskuusta 2005 toukokuulle 2007 IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) kyselylomake harjoittelujakson päätteeksi. Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat vastasivat kyselyyn nimettöminä. Lomakkeissa kysyttiin taustamuuttujana koulutusyksikköä, mutta tutkimusraportissa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei yksittäinen opiskelija ole tunnistettavissa. IEPS:n ovat kehittäneet ja julkaisseet Luecht ym. (1990). Menetelmä kehitettiin 1980-luvun loppuvaiheessa välineeksi mitata, miten terveydenhuollon ammattilaiset ja opiskelijat kokevat oman roolinsa terveydenhuollon työkentässä ja millaiseksi he kokevat muiden ammattiryhmien työn.

Lomake käännettiin suomeksi ja kääntämisen yhteydessä se muokattiin taustatietojen osalta suomalaisiin olosuhteisiin sopivaksi. Lomake sisälsi 19 väittämää, joihin opiskelijoita pyydettiin vastaamaan asteikolla 1–6 (6 = vahvasti samaa mieltä, 5 = melko samaa mieltä, 4 = hieman samaa mieltä, 3 = hieman eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 1 = vahvasti eri mieltä). Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikää, sukupuolta, koulutusyksikköä, kuinka mones opiskeluvuosi oli meneillään ja aikaisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon työkokemusta. Nimestään huolimatta IEPS -kyselylomake ei viimeistä kysymystä lukuun ottamatta mittaa opiskelijoiden asennetta moniammatilliseen koulutukseen. IEPS mittaa siihen vastanneiden käsitystä oman ja muiden ammattiryhmien merkityksestä hoidon kokonaisuudessa. Viimeisellä kysymyksellä kartoitettiin opiskelijoiden arviota siitä, miten toteutunut koulutus oli vaikuttanut heidän asenteeseensa moniammatillista yhteistyötä kohtaan. Vastaukset tallennettiin SPSS tietokantaan ja sen avulla laskettiin tarvittavat tilastolliset suu-

reet. Tilastollisen voiman lisäämiseksi taustamuuttajat muutettiin kaksiluokkaisiksi. Näin muodostettujen luokkien keskiarvojen tilastollista merkitsevyyttä selvitettiin t-testin avulla.

Käytimme IEPS lomaketta samalla tavalla kuin sen kehittäjät. Väitteet olivat lomakkeessa samassa järjestyksessä kuin sen alkuperäisessä versiossa. Tulosten esittämisen yhteydessä väitteet ja niihin saadut vastaukset järjestettiin uudelleen Luecht ym. (1990) kuvaamalla tavalla väliotsikoiden – ryhmien alle. Ryhmät olivat: pätevyys ja työn itsenäisyys, yhteistyön merkityksen käsittäminen, yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä ja toisten arvon ymmärtäminen. Pyytämällä samansuuntaista asiaa mittaavat vastaukset alun alkaen toisistaan erilleen ripoteltuna haluttiin varmistaa vastausten luotettavuus.

Laskimme tulokset erikseen jokaisen 19 lomakkeella olleen kysymyksen ja taustamuuttajien välillä. Jotta tuloksia voitaisiin verrata aiempiin tutkimuksiin, joissa IEPS lomaketta on käytetty, laskettiin ryhmille lomakkeen kehittäjien esittämällä tavalla tiettyjä painokertoimia käyttäen summamuuttajat sekä niiden summana kokonaispistemäärä. Väitteiden alkuperäinen järjestys ja niiden luokittelu ryhmiin on taulukossa 1.

Koska IEPS:n suomenkielistä versiota ei ole aiemmin käytetty, laskettiin kullekin yhdistetylle ryhmälle niiden sisäistä yhtenäisyyttä kuvaava Cronbach α arvo reliabiliteetin varmistamiseksi. Koska on olemassa uudempikin IEPS:n ryhmittely, laskimme omaa aineistoamme käyttäen myös tälle uudelle ryhmittelylle Cronbach α arvot. Päädyimme myös tekemään suomalaisen ajattelutapaan paremmaksi kokemamme ryhmittelyehdotuksen, jonka reliabiliteetin myös testasimme Cronbach α testillä.

TULOKSET

Kaikki 192 opiskelijaa, jotka osallistuivat ensimmäistä kertaa yhteiseen harjoittelujaksoon, myös palauttivat IEPS lomakkeen täytettynä. Kaikki opiskelijat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, mutta useimmissa vastauslomakkeissa oli kaikki kohdat täytetty.

Opiskelijoista 81 prosenttia oli lääketieteen ja 19 prosenttia hoitotyön opiskelijoita. Miehiä oli 26 prosenttia ja naisia 74 prosenttia. Opiskelijoiden keski-ikä oli 24 vuotta. Alle 25-vuotiaita oli opiskelijoista 82 prosenttia, 25–29-vuotiaita kahdeksan prosenttia ja 30 vuotta täyttäneitä 10 prosenttia. Opiskelijoista 65 prosentilla ei ollut lainkaan aiempaa terveydenhuoltoalan työkokemus-

ta, 22 prosentilla kokemusta oli alle vuoden ja 13 prosentilla työkokemusta oli kertynyt vähintään vuoden verran. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden eriteltyt taustatiedot on esitetty taulukossa 2.

Useimmat opiskelijoista olivat samaa mieltä IEPS lomakkeen väittämien kanssa (Taulukko 1). Korkeimmat keskiarvot asteikolla 1–6 (6 = vahvasti samaa mieltä... 1 = vahvasti eri mieltä) saatiin väittämille: ”Ammattikuntani edustajat tarvitsevat yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa” (keskiarvo 5.82) ja ”Ammattikuntani edustajien on luotettava toisten ammattiryhmien työhön” (5.64). Matalimmat keskiarvot saatiin väittämille: ”Ammattikunnallani on muita korkeampi status” (keskiarvo 3.99) ja ”Ammattikuntani edustajat tekevät kaikkensa ymmärtääkseen muiden ammattiryhmien osaamisen ja osuuden potilaan hoidossa” (4.06). Suurimmat vaihdellut vastausten välillä saatiin väittämille: ”Ammattikunnallani on muita korkeampi status” (vastaukset välillä 1–6; keskihajonta 1.23), ”Ammattikuntani edustajat työskentelevät itsenäisesti” (2–6; 0.91), ja ”Ammattikuntani edustajat tekevät kaikkensa ymmärtääkseen muiden ammattiryhmien osaamisen ja osuuden potilaan hoidossa” (vastaukset välillä 2–6; keskihajonta 0.90).

Kahteen väitteeseen oli muita vaikeampaa ottaa kantaa ja 192 opiskelijasta 15 jätti täyttämättä kyselyn nämä kohdat. Nämä väitteet olivat: ”Ammattikuntani edustajat ovat hyvin varmoja työpanoksestaan ja aikaansaannoksistaan” sekä ”Ammattikuntani edustajien on luotettava toisten ammattiryhmien työhön”

Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden vastausten keskiarvot erosivat jonkin verran toisistaan (Taulukko 1). Lääketieteen opiskelijat kokivat hoitotyön opiskelijoita selvemmin, että heidän ammattikunnallaan on muita korkeampi status (lääketieteen opiskelijoiden vastausten keskiarvo 4.28; hoitotyön opiskelijoiden 2.68). Hoitotyön opiskelijat puolestaan kokivat lääketieteen opiskelijoita selvemmin, että heidän ammattikuntansa kykenee läheiseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa (lääketieteen opiskelijoiden vastausten keskiarvo 4.85; hoitotyön opiskelijoiden 5.33) ja että heidän ammattikuntansa edustajat ovat äärimmäisen päteviä (lääketieteen opiskelijoiden vastausten keskiarvo 4.46; hoitotyön opiskelijoiden 4.93).

Luecht ym. (1990) esittämän ryhmittelyn mukaan ryhmissä 3 (yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä) ja 4 (toisten arvon ymmärtämi-

Taulukko 1.

IEPS lomakkeella saadut tulokset. IEPS = InterDisciplinary Perception Survey.

Asteikko: 1 = vahvasti samaa mieltä... 6 = vahvasti eri mieltä, ka = keskiarvo, SD = keskihajonta.

Ensimmäisessä sarakkeessa on alkuperäinen väitteen järjestysnumero lomakkeessa.

	Lääketieteiden opiskelija			Hoitotyön opiskelija			
	n	ka	SD	n	ka	SD	p (t-testi)
Ryhmä 1. Pätevyys ja työn itsenäisyys							
1. Oma ammattikuntani on hyvin koulutettua	156	5.36	0.53	36	5.28	0.66	0.432
3. Ammattikuntani edustajat työskentelevät itsenäisesti	154	4.85	0.89	35	5.03	0.99	0.156
4. Muut ammattiryhmät arvostavat ammattikuntani työtä	155	5.25	0.62	36	4.75	0.91	<0.001
5. Ammattikuntani edustajat ovat hyvin varmoja päämäärästään ja tavoitteistaan	142	4.82	0.70	33	4.61	0.83	0.121
7. Ammattikuntani edustajat ovat hyvin varmoja työpanoksestaan ja aikaansaannoksistaan	144	4.88	0.69	33	5.03	0.68	0.243
9. Muiden ammattiryhmien edustajat arvostavat ammattiani	156	5.25	0.61	36	4.73	0.84	<0.001
10. Ammattikuntani edustajat luottavat toistensa ammatilliseen päätöksentekokykyyn	156	5.03	0.62	36	5.08	0.73	0.665
13. Ammattikuntani edustajat ovat äärimmäisen päteviä	156	4.49	0.69	36	4.78	0.87	0.031
Ryhmä 2. Yhteistyön merkityksen käsittäminen							
6. Ammattikuntani edustajat tarvitsevat yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa	156	5.82	0.45	35	5.80	0.47	0.808
8. Ammattikuntani edustajien on luotettava toisten ammattiryhmien työhön	144	5.62	0.57	33	5.76	0.44	0.187
Ryhmä 3. Yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä							
2. Ammattikuntani kykenee läheiseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa	156	4.85	0.71	36	5.33	0.63	<0.001
14. Ammattikuntani edustajat ovat halukkaita jakamaan tietojaan ja osaamistaan muiden ammattilaisten kanssa	156	4.70	0.82	35	4.97	0.79	0.073
15. Ammattikuntani edustajilla on hyvät suhteet muiden ammattiryhmien kanssa	156	4.51	0.74	36	5.08	0.81	<0.001
16. Ammattikuntani edustajat arvostavat muita alan ammattiryhmiä	156	4.71	0.81	36	5.22	0.68	0.001
17. Ammattikuntani edustajat työskentelevät hyvin keskenään	156	5.15	0.58	36	5.00	0.79	0.202
Ryhmä 4. Toisten arvon ymmärtäminen							
11. Ammattikunnallani on muita korkeampi status	153	4.28	1.02	34	2.68	1.22	<0.001
12. Ammattikuntani edustajat tekevät kaikkensa ymmärtääkseen muiden ammattiryhmien osaamisen ja osuuden potilaan hoidossa	145	3.95	0.87	33	4.55	0.87	0.001
18. Muiden ammattiryhmien edustajat kysyvät usein neuvoa ammattikunnaltani	156	5.06	0.74	36	4.37	1.03	<0.001
Asenne moniammatilliseen työskentelyyn							
19. Koulutusjaksoon osallistuminen edisti myönteistä asennettani moniammatilliseen yhteistyöhön	154	5.32	0.72	36	5.61	0.55	0.027

Taulukko 2.

Opiskelijoiden taustatiedot.

		Lääketieteen opiskelija (n=156)	Hoitotyön opiskelija (n=36)
Sukupuoli	mies	49 (31.4 %)	0
	nainen	106 (67.9 %)	36 (100 %)
	ei tietoa	1 (0.6 %)	0
Ikä	keskimäärin	24 v	27 v
	nuorin	21 v	20 v
	vanhin	46 v	50 v
Työkokemus sos. ja terveydenhuollossa	keskimäärin	0.7 v	2.6 v
	vähin	0.0 v	0.0 v
	enin	10 v	22 v
Opiskeluvaihe, monesko opiskeluvuosi	1.	0	1
	2.	0	10
	3.	116	13
	4.	38	10

nen) saatiin selvät erot lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden välille (Taulukko 3)

Kaikki hoitotyön opiskelijat olivat naisia. Siksi käsityksen sukupuolen vaikutuksesta saa parhaiten vertaamalla mies- ja naispuolisten lääketieteen opiskelijoiden vastauksia. Naispuoliset lääketieteen opiskelijat kokivat miehiä selvemmin, että heidän ammattikuntansa edustajat ovat hyvin varmoja päämäärästään ja tavoitteistaan (miesten keskiarvo 4.60; naisten 4.93; $p=0.009$). Muita tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä ei ilmennyt, ei myöskään tiivistämällä vastaukset neljään ryhmään (Taulukko 3).

Myös opiskelijan iän vaikutus annettuihin vastauksiin osoittautui parhaaksi kuvata selvittämällä asia erikseen lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden osalta. Iäkkäimmät lääketieteen opiskelijat olivat nuorempia varmempia työpanoksestaan ja aikaansaannoksistaan (<25 v keskiarvo 4.82, ≥ 25 v 5.20; $p=0.022$). Hoitotyön opiskelijoiden kohdalla tilanne suhteessa ikään oli päinvastainen (<25 v 5.15, ≥ 25 v 4.67; $p=0.044$). Iäkkäimmät lääketieteen opiskelijat kokivat nuorempia selvemmin, että muiden ammattiryhmien edustajat kysyvät neuvoa heiltä (<25 v keskiarvo 5.00, ≥ 25 v 5.45; $p=0.010$). Hoitotyön opiskelijoiden kohdalla tilanne oli tässäkin päinvastainen (<25 v keskiarvo 4.54, ≥ 25 v 3.71; $p=0.058$).

Sillä, oliko opiskelijalla yhtään työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollossa oli ikää vähäisem-

Taulukko 3.

Vastausten ryhmittämisen tulos opiskelualan, sukupuolen, iän ja työkokemuksen mukaan.

	Opiskelija		Sukupuoli		Ikä		Työkokemus	
	Lääket.	Hoitotyö	Mies	Nainen	<25 v	25 v-	ei	on
Ryhmä 1. Pätevyys ja työn itsenäisyys	80.03	78.25	0.172	0.863	79.49	78.75	0.579	79.22
Ryhmä 2. Yhteistyön merkityksen käsittäminen	68.54	69.19	0.495	0.880	68.68	67.88	0.411	68.52
Ryhmä 3. Yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä	71.77	76.89	0.001	0.973	72.48	73.69	0.450	72.39
Ryhmä 4. Toisten arvon ymmärtäminen	53.18	46.13	<0.001	0.251	51.89	50.19	0.263	52.79
IEPS:n kokonaissumma	273.52	270.46	273.60	271.84	272.50	270.51	273.63	269.50
								0.838
								0.966
								0.709
								0.004

Taulukko 4.

IEPS:n ryhmittelytavat lomakkeessa olevien väitteiden numerojärjestyksen mukaan.

	Alkuperäinen Luecht ym. ryhmitys	McFadyen ym. ryhmitys	Oma ryhmitusehdotus
Ryhmä 1. Pätevyys & työn itsenäisyys	1,3,4,5,7,9,10,13	1,4,5,7,9,10,12,13	1,3,4,5,7,9,11,10,13,18
Ryhmä 2. Yhteistyön merkityksen käsittäminen	6,8	6,8	6,8
Ryhmä 3. Yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä	2,14,15,16,17	2,12,14,15,16,17	2,12,14,15,16,17
Ryhmä 4. Toisten arvon ymmärtäminen	11,12,18	poistettu	poistettu

Taulukko 5.

Ryhmittelyn reliabiliteetti. Cronbach α arvot.

	Alkuperäinen ryhmitys		McFadyen ym. ryhmitys		Oma ehdotus
	Oma aineisto	Luecht ym. aineisto	Oma tutkimus	McFadyen ym. aineisto	Oma aineisto
Ryhmä 1. Pätevyys ja työn itsenäisyys	0.72	0.82	0.71	0.83	0.74
Ryhmä 2. Yhteistyön merkityksen käsittäminen	0.44	0.56	0.44	0.38	0.44
Ryhmä 3. Yhteistyön hyväksyminen käytännön työssä	0.78	0.54	0.80	0.85	0.84
Ryhmä 4. Toisten arvon ymmärtäminen	0.19	0.52	–	–	–

pi vaikutus vastauksiin. Kun asiaa tutkittiin erikseen lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden antamien vastausten perusteella, ei hoitotyön opiskelijoiden kohdalla työkokemuksella ollut vaikutusta annettuihin vastauksiin. Lääketieteen opiskelijoiden vastauksiin työkokemus heijastui merkittävällä tavalla ainoastaan siten, että hankittu työkokemus päinvastoin kuin kertynyt ikä vähensi käsitystä siitä, missä määrin muiden ammattiryhmien edustajat kysyvät heiltä neuvoa (työkokemusta ei ole: vastausten keskiarvo 5.14, työkokemusta on keskiarvo 4.88; $p=0.038$). Ryhmiteltyinä vastauksissa työkokemuksen todettiin vähentävän toisten arvon ymmärtämistä (Taulukko 3).

Hoitotyön opiskelijat olivat eri opiskeluvaiheissa, mutta sillä ei ollut vaikutusta annettuihin vastauksiin. Kaikki lääketieteen opiskelijat olivat joko C6 kurssilla (3. lukuvuoden jälkimmäinen lukukausi) tai C7 kurssilla (4. lukuvuoden ensimmäinen lukukausi). C6 kurssilaiset katsoivat C7 kurssilaisia useammin, että oman ammattikunnan edustajien on luotettava muiden ammattiryhmien

työhön (vastausten keskiarvo 5.69 vs 5.35, $p=0.005$).

Teimme vastausten ryhmittelyn kolmella tavalla. Teimme ensin reliabiliteettitestauksen omaa aineistoamme käyttäen sekä Luechtin ym. (1990) kuvaamaa alkuperäistä ryhmitystä että Neillin ym. (2007) ehdottamalla tavalla (Taulukko 4). Koska havaitsimme, että ainakin suomalaisessa toimintaympäristössä ja suomenkielistä lomaketta käyttäen on mahdollista kehittää reliabiliteettia edelleen pohtimalla väitteiden sisältöä, teimme pieniä muutoksia ryhmittelyyn ja varmistimme Cronbach α testauksella, että muutokset olivat onnistuneita. Ryhmittelyehdotuksemme on esitetty taulukossa 5. Ryhmän 2 reliabiliteetti oli omassa aineistossamme välttävä 0.44. Samaa tasoa se on sekä Luechtin ym. (1990) ja Neillin ym. (2007) töissä. Yhdistämällä ryhmät 2 ja 3 päästäisiin aineistoamme käyttäen hyvään reliabiliteettitasoon 0.762.

Sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat kokivat, että lyhytkin yhteisharjoittelujakso edisti myönteistä asennetta moniammatilliseen yhteis-

työhön, hoitotyön opiskelijat vielä hieman lääketieteen opiskelijoita useammin (lääketieteen opiskelijoiden vastausten keskiarvo 5.32; hoitotyön opiskelijoiden 5.61; $p=0.027$).

POHDINTA

Terveysthuolto perustuu moniammatilliselle tiimityölle. Siksi on tarpeen kehittää moniammatillista koulutusta ja opiskelua. Tiimityötaitoja on syytä opiskella jo peruskoulutusvaiheessa eikä vasta kantapäähän kautta työelämässä. Aiemmin julkaistujen tutkimusten mukaan (Horsburgh ym. 2001, Ruebling ym. 2000) opiskelijat arvostavat moniammatillista koulutusta ja halusivat sen osuuden lisäämistä.

Tässä tutkimuksessa mukana olleilla opiskelijoilla ei ollut vielä juurikaan työkokemusta terveydenhuollosta. Siitä huolimatta he olivat pystyneet hyvin muodostamaan käsityksen tulevasta roolistaan terveydenhuollon työkentällä. Sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat tiedostivat, että on tarpeen tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulevassa työelämässä ja että heidän on luotettava muiden ammattiryhmien työhön. He myös kunnioittivat toisten ammattiryhmien työtä ja katsoivat moniammatillisen yhteisharjoittelun edistäneen myönteistä asennetta moniammatilliseen yhteistyöhön.

Koska harjoittelujakso oli hyvin lyhyt, kuvanevat saadut tulokset opiskelijoiden yleistä asennetta eikä itse lyhyellä yhteisellä harjoitusjaksolla liene ollut vastauksiin suurta vaikutusta. Tutkimusasetelmamme ei silti anna tähän selvää vastausta.

Eri opiskelijaryhmien välillä ilmeni pieniä eroja. Etenkin hoitotyön opiskelijat ajattelivat, että heidän ammattikuntansa kykenee läheiseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa, että heillä on hyvät suhteet muiden ammattiryhmien kanssa ja että he arvostavat muita alan ammattiryhmiä. Lääketieteen opiskelijat puolestaan olivat hoitotyön opiskelijoita vakuuttuneempia siitä, että heidän ammattikunnallaan on muita korkeampi status, että muiden ammattiryhmien edustajat arvostavat heidän ammattiaan ja että muiden ammattiryhmien edustajat kysyvät usein heiltä neuvoa. Nämä erot eivät ole yllättäviä. On kuitenkin otettava huomioon, että lääketieteen opiskelijoiden vastausten keskiarvot olivat niissäkin kohdissa melko korkeat (4.51–4.85), joissa heidän vastausten keskiarvot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi alempia kuin hoitotyön opiskelijoilla. Tosiasiallinen ero on pienempi ja

myös lääketieteen opiskelijat mieltävät hyvin yhteistyön merkityksen.

Ehkä yllättävin tulos tutkimuksessa oli, että hoitotyön opiskelijat kokivat lääketieteen opiskelijoitakin voimakkaammin, että heidän ammattikuntansa on äärimmäisen pätevää. Tämä tulos kuvastanee hoitajaopiskelijoiden vahvaa koettua ammatillista ylpeyttä osaamisestaan tulevissa työtehtävissä.

Työkokemuksen myötä tietyt ihanteelliset käsitykset yhteistyöstä näyttävät heikkenevän, mutta silloinkin vain vähän. Aivan siinä määrin muiden ammattiryhmien edustajat eivät kysykään neuvoa kuin etukäteen oli odottanut. Merkille pantavaa on myös, ettei miesten ja naisten vastausten välillä ollut juurikaan eroa.

PubMed-haulla löytyi kahdeksan aiempaa tutkimusta, joissa IEPS kyselylomaketta oli käytetty. Vain osassa näistä tutkimuksista käytti omaan työhömmehän nähden vertailukelpoista aineistoa. Vertailukelpoinen tieto on kerätty taulukkoon 6. Omassa työssämme saimme muissa tutkimuksissa kuvattuja korkeammat kokonaispistemäärät. Tämä kuvanee sitä, että Suomessa on vuosia tuotettu terveydenhuollon palveluita moniammatillisesti. Terveyskeskusjärjestelmämme on tästä esimerkki. Ehkä selitykseksi voi myös tarjota suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosien varrella tapahtunutta työntekijöiden keskinäisten suhteiden demokratisoitumista.

IEPS:ä käyttäneissä tutkimuksissa vain kahdessa oli mukana lääketieteen opiskelijoita. Goelen ym. (2006) käyttivät IEPS:ä tutkiakseen miten Belgiassa kolmen eri opiskelijaryhmän (lääketiede, hoitotyö, fysioterapia) samanaikainen laittaminen ongelmalähtöistä oppimistekniikkaa käytäviin pienryhmiin (viisi kahden tunnin istuntoa) vaikutti opiskelijoiden käsityksiin moniammatillisesta työskentelystä. Kontrolliryhmissä oli vain yhden opiskelijaryhmän jäseniä. IEPS-pisteissä oli vain vähän eroa ryhmien välillä. Miesopiskelijoiden kohdalla todettiin kokonaispisteiden kasvua. Saimme omissa työssämme selvästi tätä tutkimusta selvästi korkeammat IEPS:n pisteet (lääketieteen opiskelijat 273.5 vs. 252.4 ja hoitotyön opiskelijat 270.5 vs. 243.3).

Toinen tutkimus, jossa oli mukana myös lääketieteen opiskelijoita, on Hawkin ja kollegojen julkaisema työ vuodelta 2002. Tässä tutkimuksessa on eniten yhtymäkohtia omaan työhömmehän, koska siinä IEPS:ä käytettiin ilman tietoista koulutustapahtumaa yleisen ajatteluilmapiirin mittaamiseksi. Hawkin tutkimuksessa opiskelijoiden

Taulukko 6.

Omien tulosten vertailu aiempiin tutkimuksiin. Summamuuuttajat on tehty Luecht ym. esittämällä tavalla

	Oma tutkimus				Luecht ym. 1990, USA		Hawk ym. 2002, USA		Goelen ym. 2006, Belgia			
	Lääkät		Hoitotyö		Mies	Nainen	Lääkät	Hoitotyö	Lääkät	Hoitotyö	Mies	Nainen
	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.	Summa- muutt.
Ryhmä 1. Pätevyys ja työn itsenäisyys	80.0	78.3	79.5	79.3	75.4	73.1	80.4	72.7	76.6	73.0	73.3	71.6
Ryhmä 2. Yhteistyön merkityksen käsittäminen	68.5	69.2	68.7	68.6	65.6	64.3	66.8	64.2	57.6	56.2	53.1	56.6
Ryhmä 3. Yhteistyön hyväksymisen käytännön työssä	71.8	76.9	72.7	72.7	75.4	76.1	70.9	74.2	68.6	71.5	67.3	70.0
Ryhmä 4. Toisten arvon ymmärtäminen	53.2	46.1	52.8	51.3	49.8	48,5	52.8	49.5	49.6	42.6	43.6	43.9
IEPS:n kokonaissumma	273.5	270.5	273.6	271.8	266.1	262.0	270.9	260.6	252.4	243.3	237.4	242.1

kokonaismäärä oli huomattavasti suurempi kuin muissa julkaistuissa IEPS:ä käyttäneissä tutkimuksissa. Opiskelijoita oli yhteensä lähes 600 ja he edustivat kahdeksaa yhdysvaltalaista opiskelualaa, joista kaksi oli lääketiede ja hoitotyö. IEPS kokonaissumma vaihteli lääkärin avustaja (physician assistant) opiskelijoiden pisteiden 291.9 ja kiropraktikko-opiskelijoiden pisteiden 238.9 välillä. Tähän tutkimukseen verrattuna saimme vertailukelpoisissa opiskelijaryhmissä omassa tutkimuksessamme jonkin verran korkeammat IEPS:n kokonaissummat (lääketieteen opiskelijat 273.5 vs. 270.9 ja hoitotyön opiskelijat 270.5 vs 260.6).

IEPS:n kehittämisen yhteydessä Luechtilla ja hänen ryhmällään (1990) oli kohdejoukkona 118 terveydenhuollon opiskelijaa ja 25 työelämässä olevaa terveydenhuollon ammattilaisia. Opiskelualat olivat lääketieteellinen informatiikka, työterapia, audiologia ja toimintaterapia. Kohdejoukossa ei siis ollut lainkaan lääketieteen tai hoitotyön opiskelijoita. Sukupuolten välille ei Luechtin tutkimuksessa, kuten ei omassa tutkimuksessammekaan, saatu juurikaan eroja. Miesten summamuuttujan keskiarvo ryhmässä ”Pätevyys ja työn itsenäisyys” oli hieman korkeampi kuin naisten keskiarvo. Käsitys omasta pätevydestä ja työn itsenäisyydestä oli korkeampi jo työelämässä olevilla verrattuna opiskelijoihin.

McFadyen ym. (2007) tutkimuksessa opiskelijoiden opiskelualat olivat ravitsemusterapia, hoitotyö, työterapia, fysioterapia, jalkojen hoito, protetiikka, radiologia ja sosiaalityö. Kuvatuissa tuloksissa ei kerrottu opiskelijaryhmien keskinäisiä eroja, vaan keskityttiin selvittämään vanhalla ja uudella tavalla suoritettujen luokittelun luotettavuutta. McFadyen ym. laskivat Luecht ym. käyttämää (n = 143) suuremmalla opiskelijajoukolla (n = 348) Cronbach α arvon avulla entistä parempana pitämänsä IEPS:n tulosten luokitustavan. Uudessa luokitustavassa ryhmä 4 jäi kokonaan pois. Ryhmä 2 pysyi ennallaan. Väitteet 3,11 ja 18 jätettiin kokonaan pois. Väite 12 siirrettiin kokonaan poistetusta ryhmästä 4 sekä ryhmään 1 että 3.

Käytimme omassa tutkimuksessamme alkuperäistä luokitustapaa, jotta vertailu aiempiin tutkimustuloksiin olisi helpompaa. Toinen syy valinnalle oli, että McFadyen ym. (2007) tutkimus ilmestyi vasta, kun oma työmme oli tosiasiallisesti tehty.

Koska tietääksemme olimme ensimmäiset IEPS:n suomenkielistä versiota käyttäneet, las-

kimme vastausten ryhmittelyille Cronbach arvot. Lisätarvetta reliabiliteetin laskemiselle antoi se, ettei Lucht ym. työssä ollut mukana sen paremmin lääketieteen kuin hoitotyön opiskelijoita ja McFadyen ym. työstäkin puuttuivat lääketieteen opiskelijat. Laskimme Cronbach α arvot sekä alkuperäiselle ryhmittelytavalle että McFadyen ym. kuvaamalle ryhmittelylle (Taulukot 4 ja 5). Käytännössä mitään eroa näiden luokittelutapojen reliabiliteetille emme omassa aineistossamme voineet osoittaa. Yhdenpitävästi Luecht ym. ja McFadyen ym. kanssa saimme korkeat luotettavuusarvot ryhmien 1 ja 3 yhdistämistavalle sekä vain kohtalaisen luotettavuuden ryhmälle 2. Oma työmme tukee McFadyen ym. käsitystä, että ryhmä neljän yhdistämistapa ei ole toimiva ja sen poistamiselle on peruste. Ainakin suomalaisittaan väitteen ”Ammattikunnallani on muita korkeampi status” liittäminen ryhmään ”Toisten arvon ymmärtäminen” ei tunnu luontevalta. McFadyen ym. ovat omassa ryhmittelyssään poistaneet kolme väitettä kokonaan.

Omassa ehdotuksessamme olemme säilyttäneet kaikki väitteet sijoittaen ne sekä väitteiden sanomaa tulkiten että reliabiliteettianalyysiä käyttäen luontevimpiin ryhmiin. Ryhmien 2 ja 3 yhdistämällä olisi mahdollista välttää ryhmän 2 vain välttävä reliabiliteettitaso, mutta emme halunneet tehdä näin isoa muokkausehdotusta ryhmittelyyn.

Omassa aineistossamme kuvaamme vain kahden eri ammattiryhmän opiskelijoiden vastauksia.

Yhteinen koulutusjakso oli vain muutaman päivän mittainen. Siksi emme halunneet häivyttää eri vastauksia muodostamalla kullekin vastaajalle vain yhdestä viiteen numeerista suuretta, vaan halusimme lisäksi erikseen analysoida kaikkiin 19 väitteeseen annettuja vastauksia. Tutkimusasetelmasta riippuen tätä voi pitää jatkossakin perusteltuna.

IEPS sopii hyvin käytettäväksi mitattaessa koulutusintervention onnistumista, kun tavoitteena on selvittää mahdollinen asenneilmapiirin muutos. Jos puolestaan halutaan arvioida moniammatillisen koulutustavan onnistumista siinä käytetyn metodin kannalta, on siihen löydettävissä juuri siihen tarkoitukseen suunniteltuja mittareita (Parsell ja Bligh 1999). Omaan tutkimusasetelmaamme, jossa tavoitteena oli selvittää opiskelijoiden käsitystä oman ammattiryhmän merkityksestä terveydenhuollon työkentässä, IEPS sopi hyvin.

Tutkimustuloksemme tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutusvaiheen opiskelijoiden yhteistyön jatkamista ja kehittämistä Suomen oloissakin (Horsburgh ym. 2000, Ruebling ym. 2000). Peruskoulutusvaiheessa opiskelijat näyttävät suhtautuvan varsin avoimesti toisen ammattikunnan erityisosaamiseen, joten opiskelijoiden myönteiset kokemukset yhteistyöstä potilaiden hoidossa saattaisivat edesauttaa näiden hyvien käytänteiden jatkumista myös valmiina ammattilaisina.

Jaatinen PT, Saxen U, Häsänen M. How medical and nursing students perceive their own and other occupational groups' role in health care interprofessional range of work

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti — Journal of Social Medicine 2008;45:111–120

A special academic health centre has been established in the town of Pori in western Finland. The health centre utilises an interprofessional education model, in which medical and nursing students work together in practical patient care. During 1.5 year period from November 2005 to May 2007 the students completed an IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) survey. IEPS was translated to Finnish and reliability was tested in Finnish context.

The answers showed that the students have sufficiently understood that they are preparing for careers in which co-operation is critical. There were, however, slight differences between the viewpoints of the medical and nursing students. The medical students felt that their profession has a higher status than others. On the other hand, the nursing students felt even more strongly than the medical students that their professional sector is extremely competent.

KIRJALLISUUS

- Davies C. Getting health professionals to work together. There's more to collaboration than simply working side by side. *BMJ* 2000;320:1021–2.
- du Boulay C, Medway C. The clinical skills resource: A review of current practice. *Med Educ* 1999;33:185–91.
- Gardner S F, Chamberlin GD, Heestand DE, Stowe CD. Interdisciplinary didactic instruction at academic health centers in the United States: Attitudes and barriers. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2002;7:179–90.
- Goelen G, De Clercq G, Huyghens L, Kerckhofs E. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Med Educ* 2006;40:555–61.
- Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Med Educ* 2001;35:867–75.
- Hawk C, Buckwalter K, Byrd L, Cigelman S, Dorfman L, Ferguson K. Health professions students' perceptions of interprofessional relationships. *Acad Med* 2002;77:354–57.
- Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: The attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ* 2001;35:876–83.
- Jaatinen P, Isoaho R, Saxen U, Pulkkinen J, Kivelä S-L. Porin yliopistollinen opetus-terveyskeskus. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:1057–59.
- Larivaara P, Taanila A. Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: The evaluation of an education programme. *J Interprof Care* 2004;18:153–63.
- Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Petterson BJ. Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *J Allied Health* 1990;19:181–91.
- McFadyen AK, Maclaren VM, Webster VS. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *J Interprof Care* 2007;21:433–43.
- McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care*, 2001;10(S2):46–53.
- Neill M, Hayward K S, Peterson T. Students' perceptions of interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles. *J Interprof Care* 2007;21:425–32.
- Parsell G, Gibbs T, Bligh J. Three visual techniques to enhance interprofessional learning. *Postgrad Med J* 1998;74:387–90.
- Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ* 1999;33:95–100.
- Paukkunen L, Turunen H, Taskinen H, Sinkkonen S, Tossavainen K. Koulutuksen vaikutukset sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja työntekijöiden yhteistyövalmiuksiin. *Hoitotiede* 2001;13:132–145.
- Ross F, Southgate L. Learning together in medical and nursing training: Aspirations and activity. *Med Educ* 2000;34:739–43.
- Ruebling I, Lavin M A, Banks R ym. Facilitating factors for, barriers to, and outcomes of interdisciplinary education projects in the health sciences. *J Allied Health* 2000;29:165–70.

PEKKA T. JAATINEN

*LT, yleislääketieteen ylilääkäri
Satakunnan sairaanhoitopiiri*

ULLA SAXEN

*LL, apulaisylilääkäri, tutkija
Porin terveystieteiden tutkimuskeskus
Turun yliopisto kliininen laitos, yleislääketiede*

MARJATTA HÄSÄNEN

*TtM, hoitotyön opettaja
Satakunnan ammattikorkeakoulu*