

OPINNÄYTETYÖ

Aila Keränen

Jenni Määttä

2009

**MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ
TERVEYDENHOITAJAN TYÖN TUkena
ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA**



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences

**HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA,
TERVEYDENHOITOTYÖN SV.**

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön sv.

Opinnäytetyö

**MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ
TERVEYDENHOITAJAN TYÖN TUKENA
ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA**

Keränen Aila
Määttä Jenni

2009

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupunki

Ohjaaja Aila Niskala ja Raija Seppänen

Hyväksytty _____ 2009 _____

Tekijä	Aila Keränen Jenni Määttä	Vuosi	2009
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemen kaupunki Moniammatillinen yhteistyö terveydenhoitajan työn tukena äitiys- ja lastenneuvolassa		
Sivu- ja liitemäärä	60 + 17		

Opinnäytetyömme tavoitteena oli saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata Rovaniemellä äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä sekä sitä, miten moniammatillinen yhteistyö näkyy heidän työssään. Tutkimusongelmiamme olivat miten terveydenhoitajat ymmärtävät käsitteen moniammatillinen yhteistyö, mitkä tekijät vaikuttavat moniammatilliseen yhteistyöhön terveydenhoitajien näkökulmasta, mitä on moniammatillinen terveydenhoitotyö ja mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee terveydenhoitajalle äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostui moniammatilliseen yhteistyöhön, äitiys- ja lastenneuvolaan sekä metodologiaan liittyvästä kirjallisuudesta. Opinnäytetyössämme käytimme määrällistä ja laadullista tutkimusotetta. Laadimme Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille kyselyn, johon kaikki vastasivat. Kyselyn jälkeen haastattelimme viittä terveydenhoitajaa.

Moniammatillinen yhteistyö toteutuu ja ilmenee äitiys- ja lastenneuvolassa eri muodoissa. Näitä ovat asiakkaan ohjaaminen eri alan asiantuntijalle, konsultointi, verkostokokous, kotikäynti, koulutustilaisuudet, neuvolatyöryhmä ja perhevalmennus. Terveydenhoitajien mukaan moniammatillinen yhteistyö on tärkeää ja merkityksellistä ja sitä hyödynnetään ongelmia ratkaistaessa tai hoidettaessa. Tutkimustulosten mukaan salassapitovelvollisuus, ongelmat neuvolatyöryhmän toiminnassa, resurssipula, tiedonkulun ongelmat ja työntekijöiden vaihtuvuus vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillista yhteistyötä pitäisi kehittää kiinnittämällä huomiota tiedon kulun parantamiseen, koulutuksiin, resursseihin sekä neuvolatyöryhmän toimintaan.

Avainsanat terveydenhoitaja, moniammatillinen yhteistyö, äitiys- ja lastenneuvola

Authors	Aila Keränen Jenni Määttä	Year	2009
Commissioned by	The Municipality of Rovaniemi		
Subject of thesis	Multi professional Cooperation in the work of public health nurses in Maternity Clinics and Child Health Centres		
Number of pages	60+17		

The aim of our thesis was to gather information, from the point of view of public health nurses, about the multi professional cooperation in maternity clinics and child health centres in Rovaniemi. In addition, we wanted to describe what kinds of opinions public health nurses had of multi professional cooperation and how multi professional cooperation shows in their work. Our research problems were concerned with how public health nurses understood the concept of multi professional cooperation, what factors affected multi professional cooperation, what multi professional health care entailed and what was the importance of multi professional cooperation for public health nurses at the maternity clinics and child health centres in Rovaniemi.

The theoretical subtext of our study consisted of literature, multi professional cooperation, maternity clinics, child health centres and the methodology. The approach of our study was both quantitative and qualitative. Initially, a survey was made which was answered by all the public health nurses at the maternity clinics and the child health centres in Rovaniemi. After that five public health nurses were interviewed.

The study showed that in the opinion of the public health nurses, multi professional cooperation was important and it was used when clients experienced problems. According to the research results, professional secrecy, problems in the multi professional team, a lack of resources, problems in the flow of information and the turnover of workers made multi professional cooperation difficult. There were many ways to carry out multi professional cooperation; to redirect a client to an expert of another domain, to consult one another, network meetings, home visits, education, use of a multi professional team and prenatal and postnatal classes. Multi professional cooperation should be developed by paying attention to an improvement in the flow of information, education, resources and the functioning of multi professional teams.

Key words multi professional cooperation, maternity clinic, child health centre, public health nurse

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLTÖ

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO	1
1 JOHDANTO	2
2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ NEUVOLASSA	4
2.1 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	4
2.1.1 Moniammatillisen yhteistyön eri asteet	4
2.1.2 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	6
2.1.3. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen.....	8
2.1.4 Dialogisuus	11
2.2 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLA.....	13
2.2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyön sisältö.....	13
2.2.2 Terveystenhoitaja neuvolatyön asiantuntijana.....	16
2.2.3 Kehittyvä Napero – hanke moniammatillisen yhteistyön edistäjänä.....	18
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
4.1 AINEISTON HANKINTA	22
4.2 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ.....	24
4.3 AINEISTON ANALYSOINTI.....	25
4.4 LUOTETTAVUUS.....	27
4.4.1 Etiikka	27
4.4.2 Kyselytutkimuksen luotettavuus.....	28
4.4.3 Haastattelututkimuksen luotettavuus.....	30
5 TULOKSET	33
5.1 KOHDERYHMÄN KÄSITYKSIÄ MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ.....	33
5.2 MONIAMMATILLISEEN YHTEISTYÖHÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA ROVANIEMELLÄ.....	35
5.3 MONIAMMATILLINEN TERVEYDENHOITOTYÖ ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA ROVANIEMELLÄ	39
5.4 MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN MERKITYS ROVANIEMEN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJILLE	46
6 POHDINTA	49
6.1 TULOSTEN ARVIOINTIA	49
6.2 JOHTOPÄÄTÖKSET	53
6.3 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET	54
6.4 OPINNÄYTETYÖ AMMATTITÄIDON SYVENTÄJÄNÄ.....	54
LIITTEET	61

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

Taulukko 1.	Terveystenhoitajien osallistuminen moniammatillista yhteistyötä koskeviin koulutuksiin	25
Taulukko 2.	Terveystenhoitajien yhteistyö eri alan ammattilaisten kanssa	43
Kuvio 1.	Kohderyhmän työkokemus vuosina	24
Kuvio 2.	Terveystenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä omassa työssään	34
Kuvio 3.	Moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät	35
Kuvio 4.	Työyhteisölähtöiset tekijät moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana	36
Kuvio 5.	Työntekijälähtöiset tekijät moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana	38
Kuvio 6.	Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa se, ettei ole tilaisuutta eikä paikkaa jakaa tietoa eri asiantuntijoiden kanssa	39
Kuvio 7.	Terveystenhoitaja työskentelee eri alan asiantuntijan ja asiakkaan kanssa samassa tilassa yhtä aikaa	40
Kuvio 8.	Moniammatillisen yhteistyön toteutumismuodot	41
Kuvio 9.	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen	45
Kuvio 10.	Moniammatillisen yhteistyön merkitys neuvolassa	46

1 JOHDANTO

Perheiden terveyden edistäminen kuuluu kaikille yhteiskunnallisille toimijoille, joten moniammatillista yhteistyötä on tärkeää kehittää (Lindholm 2007, 20). Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisen yhteistyön uskotaan olevan väline, jolla voidaan vastata nykyisiin ja tuleviin haasteisiin. Perheiden tarpeet ovat hyvin erilaisia. Tarvitaan eri alojen osaajia, jotta näihin tarpeisiin voitaisiin vastata. Nykyään tietoa tuotetaan paljon ja se uusiutuu nopeasti, joten mikään yksittäinen asiantuntijaryhmä ei kykene hallitsemaan olemassa olevaa tietoa. (Isoherranen 2005, 8.) Monipuolinen palveluverkosto mahdollistaa perheiden hyvinvoinnin edistämisen ja mahdollisten ongelmien varhaisen havaitsemisen. Tällöin voidaan tarjota ajoissa perheiden tarvitsemaa apua. (Viitala – Kekkonen – Paavola 2008, 3.)

Terveys 2015 – ohjelman yhtenä tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja turvattomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien merkittävä väheneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15). Hyvinvointi on koko yhteiskunnan yhteinen tavoite. Vaikka suomalaisten lasten terveyden kehitys on kansainvälisesti vertailtuna hyvä, lasten terveyttä vaarantavat uudet uhat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 23.) Muun muassa syrjäytyminen, lastensuojelun tarpeen kasvu, väkivalta perheissä, päihteiden käytön yleistyminen, ylipaino, mielenterveysongelmat ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ovat haasteita. Joissakin kunnissa erityisiä kehittämisen tarpeita nousee maahanmuuttajien määrän nopean kasvun kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 29.)

Tämänhetkiset sosiaali- ja terveydenhuollon lapsia ja lapsiperheitä koskevat peruspalvelut, kuten esimerkiksi neuvola- tai perheneuvolapalvelut eivät pysy kaikilta osin nykyisessä muodossaan vastaamaan muuttuneeseen tarpeeseen. Tämä on nähtävissä lasten psykiatrisen sairaalahoidon ja lasten huostaanottojen lisääntymisenä. Sektorikohtaiset uudistukset lapsiperheiden ja lasten palveluissa eivät enää riitä. Terveyden edistäminen edellyttää muun muassa toimivia yhteistyörakenteita ja uusia yhteistyöjärjestelyjä. Terveyden edistämistyölle on luotava sellaiset edellytykset, että tehtävät hoidetaan kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun kunnan väliset yhteydet eivät saa katketa kunnan toiminnassa ja edellytykset sektorirajat ylittävälle laaja-alaiselle yhteistyölle on säilytettävä. Tavoitteena on, että asiakas saa

tarpeisiinsa parhaiten vastaavaa, tarvittaessa hänelle räätälöityä palvelua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30 – 44.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2002–2008 asettaman neuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän mukaan keskeistä lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi ja moniammatillisen yhteistyön organisoimiseksi on lapsiperhetyötä tekevien kokoaminen yhteistyöhön perhepalvelukeskukseen tai – verkostoon. Lisäksi keskeistä on perhetyön osaamisen vahvistaminen, varhaisen puuttumisen ja avun varhaisen järjestämisen varmistaminen. Lastenneuvolan täytyy tehdä yhteistyötä monien eri toimijoiden kanssa, jotta se kykenisi tehokkaasti edistämään terveyttä ja hyvinvointia sekä palvelemaan lasten ja perheiden tarpeissa ja ongelmissa. Neuvolahenkilöstön täydennyskoulutus, perhetyöntekijän liittäminen neuvolahenkilöstöön tai neuvolatyöryhmään tai perhepalveluverkoston täydentäminen perhetyöntekijällä olisi suositeltavaa, jotta perhetyön osaaminen vahvistuisi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 9–18.)

Lisäksi Sirviön (2006, 140) mielestä työskenneltäessä lapsiperheiden kanssa moniammatillisten yhteistyömuotojen kehittäminen on keskeistä terveyden edistämisen konkretisoinnissa, asiakkaan osallisuuden vahvistamisessa ja työntekijöiden asiantuntijuuden kehittymisessä. Ammattiryhmien keskinäinen kumppanuus, joka perustuu dialogiseen vuoropuheluun, vastavuoroiseen oppimiseen ja toisen ammatillisen osaamisen arvostamiseen on edellytys lapsen parhaaksi toimimiselle (Karvonen 2007, 5).

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitajien näkökulmasta. Omana tavoitteenamme on tutustua meille melko vieraaseen ja haastavalta tuntuvaan aiheeseen. Meitä kiinnostaa myös tietää mikä tehtävä moniammatillisella yhteistyöllä on terveydenhoitajan työssä. Toimeksiantajamme Rovaniemen kaupungin terveyspalvelukeskus ja kaupungin Kehittyvä Napero – hanke ovat kiinnostuneet saamaan tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Rovaniemen kaupungin yhtenä tavoitteena onkin lapsiperheiden hyvinvoinnin parantaminen. (Rovaniemen kaupunki 2008a).

2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ NEUVOLASSA

2.1 Moniammatillinen yhteistyö

2.1.1 Moniammatillisen yhteistyön eri asteet

Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijoilla on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavana, ongelma ratkaistavana tai päätös tehtävänä. He yhdistävät tietonsa ja osaamisensa, jotta he pääsisivät yhteiseen tavoitteeseensa. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008, 33.) Yhteistyötä tehdään monella eri tasolla: mitä monimutkaisempia asioita käsitellään, sitä merkittävämmäksi tulevat yhteinen kieli, käsitteet ja vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. (Isoherranen ym. 2008, 27.)

Käsitettä moniammatillinen yhteistyö pidetään epämääräisenä ja sitä käytetään kuvaamaan monenlaisia yhteistyötapoja (Isoherranen 2005,13). Englanninkielisessä tutkimuksessa ja kirjallisuudessa käytetään useita käsitteitä, jotka kuvaavat moniammatillista yhteistyötä. *Interprofessional teamwork* viittaa roolien, tietojen, taitojen ja vastuiden yhteen sopeuttamiseen. Tässä työskentelymallissa pidetään tärkeänä yhteistä informaation vaihtoa, yhteistä keskustelua ja päätöksentekoa. Siinä korostuu yhteisen ajan ja paikan merkitys tiedon vaihdossa. *Transprofessional teamwork* —käsite pitää sisällään tarkoituksenmukaisen ammatillisten roolirajojen rikkomisen mahdollisuuden. Työryhmän jäsenet sallivat toisen ammattiryhmän jäsenen ottaa heidän perinteisiä roolitehtäviään. Tähän liittyy keskinäistä opetusta ja oppimista. (Isoherranen 2005, 16.)

Suomen kielessä käsite moniammatillinen yhteistyö tai moniammatillinen tiimityö on käsittänyt kaikki edellä kuvatut vaihtoehdot. Moniammatillisella yhteistyöllä on voitu tarkoittaa moniammatillista rinnakkain tapahtuvaa työskentelyä asiakkaan kanssa tai työskentelyä, jossa asiantuntijat muodostavat yhdessä keskustellen yhteisen käsityksen ja asiakaslähtöisen tavoitteen. Käsite on voinut tarkoittaa myös työskentelyä, jossa asiantuntijat rikkovat asiakaslähtöisesti työskennellessään sovitusti roolirajojaan. (Isoherranen 2005, 17.) Englanninkielessä käytetään lisäksi termejä *multiprofessional co-operation* ja *interprofessional collaboration* kuvaamaan moniammatillista yhteistyötä. Jälkimmäinen tarkoittaa yhteistyötä, jossa vallitsee perinteiset hierarkiat, valta-asetat ja työnjaot. Ensimmäinen puolestaan tarkoittaa yhteistä työtä eli

työskentelyä, jossa tieto, valta ja asiantuntijuus ovat jaettua. Suomessa kehittämistyöntuloksena moniammatillisuuden rinnalle on noussut moniasiantuntijuus-käsite. (Kihlman 2005, 103.)

Päijät-Hämeen hyvinvointineuvolan kehittämistyössä on käytetty moniammatillisuuden portaita laadun kuvaajana. Ensimmäisen portaan moniammatillisuudessa työssä ei ole vielä selkeää yhdessä tekemistä, mutta toista ammattiryhmää kohtaan ollaan lähentymässä. Yhteistyö heidän kanssaan on satunnaista, eikä yhteistä näkemystä moniammatillisuuden tarpeellisuudesta ole vielä muodostunut. Yhteistyötilanteissa jokainen ammattilainen näkee toisen työn omasta näkökulmastaan. Toiset ammattilaiset nähdään oman työn täydentäjinä ja lisääjinä. Ensimmäisen portaan moniammatillisuudessa yhteistä aikaa ja yhteisiä keskusteluja on harvoin. Yhteisissä keskusteluissa korostuvat monologit. Toinen toisilta kysyminen on harvinaista. Toisen portaan moniammatillisuudessa huomataan, että työssä ei voi pärjätä ilman toisia ammattilaisia. Toisia toimijoita nähdäänkin kasvokkain useammin, mikä parantaa yhteistyön laatua. Tällä portaalla tehdään rajanylityksiä ja otetaan yhteyttä toisiin ammattikuntiin tarvittaessa. Keskusteluissa osallistujat kysyvät tarkentavia kysymyksiä toisiltaan. Huomataan, että eri ammattikunnat puhuvat eri kieltä ja mietitään, miten voitaisiin ymmärtää toisia paremmin. (Taajamo – Soine-Rajanummi – Järvinen 2005, 66 – 68.)

Kolmannen portaan moniammatillisuudessa yhteisistä tapaamisista siirrytään yhdessä tekemiseen. Asioita tarkastellaan koko palvelujärjestelmän näkökulmasta oman ammattiryhmän näkökulman sijaan. Perhe nähdään laajemmassa kuin ainoastaan yhden ammattikunnan tuottamassa viitekehyksessä. Tällä moniammatillisuuden portaalla pystytään ratkomaan yhteistyötä vaivavia ristiriitoja sekä voittamaan yhteistyössä vastaan tulevia ongelmia. Suunnitelmallisuus, vastuullisuus, sitoutuminen, vastavuoroisuus ja tasavertaisuus korostuvat. Asiakas voi olla mukana yhteisissä kokoontumisissa. Keskustelussa käytetään dialogia, sillä uusia näkökulmia syntyy vain eri äänien vuoropuhelussa. Tässä vaiheessa luodaan myös yhteisiä käsitteitä ja toimintamalleja. Toimijat ovat uteliaita kuulemaan toisten käsityksiä ja pitävät sitä rikkautena. (Taajamo ym. 2005, 68 – 70.)

Neljännellä portaalla luodaan uusia kehittämiskohteita ja niitä testataan. Palvelujärjestelmää halutaan kehittää paremmin asiakkaita palvelevaksi. Työryhmä tuntee heikkoutensa ja vahvuutensa. Jäsenet ovat vastuuntuntoisia, mikä näkyy aktiivisuutena, kannanottoina, kritiikin antamisena ja vastaanottamisena. Jotta asiakkaiden kanssa tehtävä moniammatillinen yhteistyö onnistuisi, täytyy toimintakulttuurien väliset erot tehdä näkyviksi. Asiakas on aina mukana yhteisissä keskusteluissa. Keskustelussa kaikki ymmärtävät käytettyä kieltä. Dialogisuus edistää yhteistä toimintaa. Dialogi on kommunikaatiota, johon ei liity ehdotonta tietämistä. Siinä ei myöskään tarvita ehdotonta asiantuntijaa, vaan ryhmä voi yhdessä päättää asioista keskenään. (Taajamo ym. 2005, 70 – 71.)

2.1.2 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen

Moniammatillisen yhteistyön kautta saadaan yhdistettyä erilaisia taitoja, jaetaan tietoa ja vastuuta sekä saadaan hoitoon jatkuvuutta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa voimavarojen suunnittelun ja jakamisen ammattilaisille niin, että asiakkaat saisivat palveluista mahdollisimman paljon hyötyä. (Payne 2000, 41.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehdä tiimeissä, jotka luokitellaan virallisiin tiimeihin, yhteistyöverkostoihin ja asiakastiimeihin. Virallisilla tiimeillä on vakiintunut kokoonpano, jonka jäsenet ja johtajuus on määritelty. Ne ovat osa jotain tiettyä organisaatiota ja niillä on selkeät, sovitut toimintaperiaatteet. Yhteistyöverkosto on asiakkaalle yhtä aikaa palveluja tuottavien henkilöiden löyhä yhteenliittymä. Asiantuntijat pyrkivät tekemään joustavasti yhteistyötä asiakkaan tarpeista lähtien, mutta heillä ei välttämättä ole virallisesti sovittuja toimintaperiaatteita. Asiantuntijat ohjaavat asiakkaita toinen toistensa luo ilman tarkkaan sovittua mallia. Asiakastiimissä asiantuntijat jakavat informaatiota keskenään asiakkaan polun eri vaiheissa hoitaessaan potilasta yhtä aikaa. Tiimien rakentamisessa oleellista pitäisi olla se, että ne kootaan yhteen asiakkaiden tarpeista lähtien. Vain kaikki asiakastapauksen kannalta tarpeelliset asiantuntijat tulisi ottaa mukaan tiimiin. (Isoherranen 2005, 73–74.)

Verkostokokouksissa ja kohtaamisissa määritetään keskinäisiä suhteita. Usein monitoimijaisessa tilanteessa pyritään yhteistyön toimimisen avaimeksi määrittelemään yhteinen ongelma. Kuitenkaan yhteisen ongelman määritte-

leminen ei ole mahdollista, koska kaikilla toimijoilla on omat ongelmansa. Kun eri ammattilaiset ovat läsnä jonkin yhteisen asian puitteissa, he kommunikoiivat keskenään mistä tilanteesta on heidän mielestään kysymys ja keitä he mielestään ovat asian määrittelijöinä. (Seikkula – Arnkil 2005, 30–33.)

Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisusta tapauskohtaisesti. Keskustelu tapahtuu yhteisesti sovituin toimintaperiaattein ja yhteisesti sovitulla foorumilla, johon tarvittaessa osallistuvat myös asiakas, omainen, läheinen tai vapaaehtoinen auttaja. Tällöin kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, roolirajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on se, että ilmapiiri ja työryhmän kulttuuri sallii kaikkien tasa-arvoisen osallistumisen keskusteluun. (Isoherranen 2005, 14, 79.)

Sosiaali- ja terveysalalla asiantuntijat työskentelevät varsin usein rinnakkain. Rinnakkain työskentelyllä tarkoitetaan useamman ammattilaisen työskentelyä asiakkaan kanssa erikseen ilman, että ammattilaiset muodostaisivat yhdessä keskustellen yhteistä käsitystä asiakkaan tilanteesta. Tiedon yhteen keräämisen yhteistä päätöksentekoa varten on mahdollistanut joissakin työyhteisöissä kokoukset ja tapaamiset. Keskusteluja on voitu käydä myös epävirallisesti käytävillä ja kahvipöydissä tiedon yhdistämistarpeen ohjaamina. Ellei yhteistä foorumia keskustelua ja päätöksentekoa varten ole, tiedon kulku asiantuntijalta toiselle jää sattumanvaraiseksi ja eri näkökulmista lähtevää keskustelua ratkaisusta ei käydä. (Isoherranen 2005, 17, 79.)

Äitiys- ja lastenneuvolatyö Lapin läänissä – selvityksen mukaan moniammatillisista yhteistyömuodoista Lapin neuvoloissa käytettiin yleisimmin puhelinneuvottelua. Muita yhteistyömuotoja olivat viranomaisten keskinäiset yhteistyökokoukset ja yhteiset koulutustilaisuudet. Selvityksen mukaan useassa Lapin läänin kunnassa oli hyvät edellytykset moniammatilliselle yhteistyölle.

Useassa kunnassa oli tai oli kehitteillä moniammatillinen työryhmä. (Hakulinen-Viitanen – Pelkonen – Pelkonen 2006, 49–55.)

2.1.3. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan nykyajan työyhteisöissä yhä kehittyneempiä yhteistyön muotoja. Asiakkaat tarvitsevat kohtaamista kokonaisuutena ja heidän hoitopolullaan työskentelevien asiantuntijoiden tulee tehdä yhteistyötä yli organisaatiorajojen, jotta pirstaleinen, päällekkäinen ja ristiriitainen epäta-
loudellinen työskentely vähenisi. (Isoherranen ym. 2008, 28.)

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä on tärkeää keskustelun parantaminen. Sopivan vuorovaikutuksen löytäminen ja tiedon yhdessä prosessointi on moniammatillisen yhteistyön perusta. Yhteistyötä on tehty koko ihmisen kehityshistorian ajan, mutta aikaisemmin yhteinen tavoite on voinut olla selkeämmin havaittavissa. Yhteistyön syy on voinut olla esimerkiksi koko yhteisöä uhkaava eläin. Kaikkien osapuolten asiantuntijuuden yhteiseen käyttöön saaminen on haastavaa. Jokainen hahmottaa maailmaa kokemustensa ja koulutuksensa kautta, minkä vuoksi helposti nähdään vain omat tavoitteet ja ratkaisumallit. Yhteisessä työskentelyssä on tärkeää olla tietoinen omista ja toisten arvoista ja työskentelytavoista (Lindholm 2007, 23).

Moniammatillinen yhteistyö on haastavaa myös siitä syystä, että toisaalta pitää selvittää ja kirkastaa omaa erityisosaamistaan ja toisaalta kyetä rakentamaan koko ryhmän yhteistä osaamista. Oman asiantuntijuuden ymmärtäminen on erittäin oleellinen asia, kun pyritään keräämään yhteen kaikkien ryhmään kuuluvien asiantuntijoiden erilaisia näkemyksiä. Jos asiantuntija ei itse tunnista omaa erityisosaamistaan, hän ei välttämättä anna tietojaan ryhmän yhteiseen käyttöön. (Isoherranen 2005, 10–19.)

Moniammatillisessa yhteistyössä kokonaisnäkemysten muodostamista edistää yhteinen informaatio ja resurssit, keskinäiseen riippuvuuteen pyrkiminen, epäselvien ongelmien ratkaisu sekä toinen toistensa auttajina toimiminen. Lisäksi edistäviä tekijöitä ovat tietojen syventäminen itsestä, korkeiden moraalistandardien asettaminen ja uusien ja haastavien ongelmien kohtaaminen. Tähän liittyy myös keskinäisen tuen hyväksyminen, pelon tunteminen ja epäonnistumisen hyväksyminen. Kysymysten tekeminen, aktiivinen kuunteleminen ja ratkaisun etsiminen yhdessä parantavat myös moniammatillista

yhteistyötä. (Isoherranen 2005, 73.) Avoimessa ja luottamuksellisessa työyhteisössä voi luottaa muiden tukeen ja reflektoida ajatuksiaan ja tunteitaan, jotka liittyvät omiin työtapoihin ja asiakkaan tarpeisiin (Vilén – Leppämäki – Ekström 2008, 104).

Kokonaisnäkemyksen muodostumista puolestaan estää vain oman edun pitäminen tärkeänä, autonomiaan pyrkiminen ja vain selkeiden ongelmien ratkaisu. Toisten yläpuolelle asettuminen, tiedon korostaminen organisaatiosta ja standardien seuraaminen ovat haittaavia tekijöitä. Myös tuttujen ja helppojen polkujen kulkeminen, itseriittoisuus, pelon ja epäonnistumisen kieltäminen, kysymyksiin vastaaminen sekä kaiken tietäminen ja osaaminen haittaavat kokonaisnäkemyksen muodostumista. (Isoherranen 2005, 73.) Moniammatillista yhteistyötä haittaavista tekijöistä tavallisimpia ovat ajankäyttöön, toisen työn tuntemiseen, tiedonkulkuun sekä työntekijöiden vaihtuvuuteen liittyvät tekijät. Ongelmaksi koetaan myös verkostotyötaitoihin sekä toimintakulttuuriin liittyvät tekijät. Toisaalta yhteistyöstä sopimiseen ja yhteistyötaitoihin liittyviä tekijöitä ei koeta usein moniammatillisen yhteistyön esteeksi. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 58.)

Muita esteitä moniammatilliselle yhteistyölle ja yhteiselle päätöksenteolle ovat autoritaarinen johtamistapa, muodolliset kokouskäytännöt, yhteisten työvälineiden puuttuminen ja työn huono organisointi. Lisäksi jotkut ammattilaiset pelkäävät, että tiimissä työskenteleminen rajoittaa heidän henkilökohtaista ja ammatillista vapauttaan (Payne 2000, 1). Vaikka asiantuntijoiden täytyy sopeutua ryhmään, heidän tulisi silti säilyttää persoonallisuutensa, tietonsa, taitonsa, arvonsa ja verkostonsa (Payne 2000, 113). Asiantuntijat voivat myös kokea, ettei ole resursseja yhteiseen keskusteluun ja päätöksentekoon ja että tietosuoja- ja salassapitovelvollisuuden vuoksi asioista ei ole lupa puhua. (Isoherranen 2005, 80.) Ongelmia syntyy, jos ratkaisua haetaan ja oletetaan löytyvän vain

yhden ammattikunnan tai tieteen edustamasta viitekehyksestä, eikä yhteiseen tiedon kokoamiseen varata aikaa, mahdollisuutta ja välineitä. (Isoherranen ym. 2008, 32.)

Toisaalta Sirviö (2006, 93–138) toteaa, että moniammatillisuus jää usein toteutumatta lapsiperheiden terveyden edistämisessä sosiaali- ja terveystal-

lujärjestelmän byrokraattisuuden ja lapsiperheen palveluja tarjoavien henkilöiden suuren määrän vuoksi. Työntekijät kokivat yhteistyön lisärasitteeksi omalle työskentelylle, eikä sitä mielletty normaaliin toimenkuvaan kuuluvaksi. Tutkimuksessa kävi ilmi, että asiantuntijuuden kehittäminen erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten yhteistyösuhteiden avulla ei pidetty niin tärkeänä.

Työntekijöiden yhteistyö oli tarpeellista vain perheen ongelmaa ratkaistaessa. Yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä olivat näkemys yhteistyön merkityksestä, toimintatavat ja tiedon kulku. Yhteistyöhön ei ollut mahdollisuutta tai sitä ei edellytetty työpaikalla. Vuorovaikutus oli työntekijöiden välillä vähäistä. Haittaava tekijä oli myös se, että työntekijä pelkäsi loukkaavansa toisen työntekijän asiantuntijuutta ja jätti siksi viemättä perheen asioita eteenpäin. Yksisuuntainen yhteydenotto henkilöön, johon työntekijää ohjattiin ottamaan tarvittaessa yhteyttä, koettiin myös yhteistyötä estäväksi tekijäksi, koska tämä henkilö ei välttämättä ollut tekemisissä perheen muiden asioiden kanssa. Tiedon kulussa ongelmia ilmeni silloin, kun työntekijä ei tiennyt vireille panemansa asiakkaan asian etenemisestä muissa palvelupisteissä. (Sirviö 2006, 88–90.)

Moniammatillista tiimityötä on kehitetty muun muassa Tampereen hyvinvointineuvolassa. Hyvinvointineuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri eivät ole yksin vastuussa asiakkaidensa tukemisesta, vaan vastuu jakautuu neuvolan moniammatilliselle tiimille. Tiimi kokoontuu kahden viikon välein puolitoista tuntia kerrallaan neuvolassa. Moniammatillisessa tiimissä on kaksi terveydenhoitajaa, neuvolalääkäri, neuvolapsykologi, sosiaalityöntekijä ja perhetyöntekijä. Nämä kaikki työskentelevät samalla alueella ja heille muodostuu siten yhteisiä asiakkuuksia. Tiimikokouksiin osallistuu myös harvemmin perheneuvolan työntekijöistä psykologi, sosiaalityöntekijä tai lastenpsykiatri ja tarvittaessa päivähoidon edustaja. Mukaan voidaan kutsua tarvittaessa myös muita perheen kanssa yhteistyössä toimivia tahoja. Hyvinvointineuvolalla on käytössään lisäksi erityistyöntekijöiden, kuten puhe-, toiminta-, fysio- ja ravitsemusterapeutin palvelut. Hyvinvointineuvolan moniammatillisen tiimin uuden toimintamalliin siirtymistä helpotetaan perehdytyskoulutuksella ja tiimiytymistä tukevilla tapaamisilla. (Tampereen kaupunki 2007, 4-6)

Hyvinvointineuvolan tiimi toimii ammattilaisten konsultointifoorumina. Erityisen tuen tarpeen ilmaantuesssa perhe ja tiimi voivat tavata ja miettiä sopivia etenemistapoja. Tiimi voi toimia myös osana palveluohjauskäytäntöä ja edistää palvelujen porrastumista. Ensin hyödynnetään perustason yksittäisen työntekijän osaamisen lisäksi moniammatillisen tiimin voimavaroja. Vasta sitten asiakas ohjataan harkitusti yhteistyötä tehden eteenpäin. Moniammatillisella tiimillä on mahdollisuus kehittää sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyönä asiakkaiden ja alueen tarpeista nousevia uusia työmenetelmiä. (Tampereen kaupunki 2007, 6-10)

Asiakkaiden kokemukset moniammatillisen tiimin yhteistyöstä Pirkanmaan hyvinvointineuvolasta olivat hyvät. He kokivat, että tiimin ammattilaiset keskustelivat keskenään auttaakseen asiakkaita paremmin. Asiakkaille muodostui selkeä kuva siitä, ketkä hänen asioitaan hoitaa. Moniammatillinen tiimi koettiin turvaverkoksi, jonka apua voi tarvittaessa käyttää. Se, että apua saadaan tutusta neuvolasta, koettiin tärkeäksi. Toisaalta asiakkaat, jotka eivät vielä olleet tarvineet moniammatillisen tiimin tukea, ajattelivat, että monen eri ammattilaisen tapaaminen tuntui vaativalta. Kuitenkin asiakkaat ajattelivat, että todellista apua tarvittaessa neuvolan tiimin tapaaminen olisi helpompaa kuin mihin palveluihin hakeutuminen. (Kangaspunta – Kilkku – Kaltiala-Heino – Punamäki 2005, 53 – 54.)

Lounais-Englannissa tehdyn projektin tulosten perusteella terveyttä voidaan edistää ammattien välisellä oppimisella. Ammattien välisellä oppimisella tarkoitetaan prosessia, jossa eri alan ammattilaiset oppivat toisiltaan ja toisistaan tarkoituksenaan kehittää yhteistyökäytäntöjä ja edistää asiakkaan terveyttä. Kun joku asia menee vikaan sosiaali- ja terveysalalla, siihen liittyy kyselyjen mukaan usein kommunikointi tai sen puute. Kommunikoinnin puute on sekä syy että seuraus huonolle ammattien väliselle työskentelylle. (Annandale – McCann – Natrass – De Bere – Williams – Evans 2000, 161–166.)

2.1.4 Dialogisuus

Moniammatillisissa yhteistyötilanteissa asiantuntijoiden tehtävänä on rakentaa erilaisista näkökulmista yhteinen kokonaisnäkemys ja yhteinen tavoite. Tässä yhteydessä on alettu puhua sosiaalisesti jaetusta kognitiosta, jota pidetään yhtenä nykyaikaisen moniammatillisen yhteistyön ydinkäsitteenä. Dia-

logisen keskustelun avulla hyödynnetään parhaiten eri työntekijöiden ammat-tiosaaminen ja rakennetaan yhteistä jaettua ymmärrystä. Dialogin tarkoituk-sena on saavuttaa sellainen uusi, yhteinen ymmärrys, jota kukaan ei voi yk-sin saavuttaa. Sen tavoitteena on ilmiön tutkiminen yhdessä. Keskustelun kohdetta tarkastellaan eri näkökulmista, mutta ajattelutapojen eroihin ei kiin-nitetä huomiota. Dialogissa tarvitaan kuuntelua, kunnioitusta, odotusta ja avoimuutta. (Isoherranen 2005, 23–25.)

Moniammatillisella yhteistyöllä pyritään asiakkaan kokonaisvaltaisen tukemi-sen lisäksi jakamaan työntekijöiden vastuu ja siten lisäämään heidän jaksamistaan (Vilén ym. 2008, 103). Erilaiset käsitykset ja uskomukset voivat olla rikkaus, joka kasvattaa ymmärrystä asiakasta kohtaan. Ammattilaisten maa-ilmankatsomusten kohtaaminen voi opettaa työntekijälle suvaitsevaisuutta asiakkaankin kohtaamisessa. Moniammatillisessa tiimissä kuva asiakkaasta ei synny vain yhden työntekijän kokemusten pohjalta, joten työntekijän inhi-milliset erehdykset ja virheet minimoituvat. (Vilén ym. 2008, 104.)

Moniammatillinen yhteistyö vaatii jokaiselta osallistujalta selkeää mielipiteen esittämistä, oman näkökulmansa perustelemista ja toisen kuuntelemista. Hy-vät keskinäiset suhteet mahdollistavat yhdessä työskentelevien tiimin jäsen-ten yhtenäisen toiminnan (Payne 2000, 3). Yhdessä työskentelevien asian-tuntijoiden yhteistyön tuloksena syntyvän ratkaisun tulisi olla sellainen, että kaikki ymmärtävät sen olevan tilanteeseen paras mahdollinen, sitoutuvat sii-hen ja kokevat vastuuta sen toteutumisesta. Jos joku olettaa, ettei toisen ammattiryhmän edustaja arvosta hänen asiantuntijuuttaan, hän saattaa vai-eta tai esiintyä korostetun itsevarmasti. Tällaisesta tilanteesta seuraa helposti negatiivinen kehä vuorovaikutuksessa. Tämän vuoksi myös omien mielen mallien tunnistaminen on onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta tärkeä. (Isoherranen 2005, 23, 83.) Työntekijän oma ja toisten näkemykset tulisi al-tistaa jatkuvalle reflektoinnille ja tarkastelulle, jotta opittaisiin kuuntelemaan, kommunikoidaan ja ymmärtämään toista (White – Featherstone 2004, 215).

On rikkaus, että asiakas nähdään ja käsitteellistetään eri tavalla eri tiedepe-rustan ja koulutuksen kautta. Yhteisen merkityksen kannalta asiantuntijoiden avoin dialogi on kuitenkin erityisen tarpeellista, jotta tutkimus ja hoito eivät jäisi pirstaleiseksi. Tällöin jokin tärkeä tieto kyseisestä asiakkaasta voisi jää-

dä käyttämättä ja ymmärrys hänen kokonaisuudestaan vajavaiseksi. Keskeinen yhteistyön haaste on se, kuinka kaikki tarpeellinen, asiakkaan kokonaisvaltaisen tilan ymmärtämisestä riippuva tieto ja osaaminen voidaan koota yhteen ja prosessoida. Tulisi siis olla mahdollisuus tarpeellisen tiedon kokoamiselle, prosessoinnille ja yhteisen tavoitteen rakentamiselle. (Isoherranen ym. 2008, 31–32.)

Dialogisessa toiminnassa ei pyritä siihen, että kaikki olisivat yksimielisiä ongelmasta ja tavoiteltavista toimintasuunnitelmista. Lähtökohtana on se, että jokaisella on oma käsityksensä, jota pyritään ymmärtämään ilman arvioivaa otetta ja vastaväitteitä. Tällä tavoin keskustelussa syntyy parhaimmassa tapauksessa kokonaiskuva kartoitettavasta ilmiöstä. Tällöin tapahtuu siirtyminen yksilöllisestä tiedosta yhteisölliseen tietoon ja rakentuu jaettu ymmärrys. Kokonaisuutta ei synny, vaikka kaikki asiantuntijat tapaisivat asiakkaan, elleivät asiantuntijat pääse tasavertaiseen, taitavaan keskusteluun ja yhteiseen dialogiin. Syvimmillään moniammatillisessa yhteistyössä on kyse juuri tästä dialogisesta prosessista. (Seikkula – Arnkil 2005, 79.)

2.2 Äitiys- ja lastenneuvola

2.2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sisältö

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta kuuluvat kansanterveystalain (1972 ja 2006) mukaan järjestettävään perusterveydenhuollon terveysneuvontaan, jonka perustana on terveyden edistäminen. Terveyden edistämiseen kuuluu sairauksien ehkäiseminen, terveyden parantaminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Neuvolan toiminnan tavoitteena on perehtyä ja vaikuttaa odottavien äitien, lapsien ja lapsiperheiden elinolosuhteisiin ja ympäristöön siten, että toimintaa ohjaisi lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen. (Lindholm 2007, 19–20.) Terveydenhoitaja on äitiys- ja lastenneuvolan keskeisin voimavara (Lindholm 2007, 37). Hän vastaa terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntijana hoitotieteellisestä tasosta neuvolatoiminnassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32).

Äitiysneuvola on osa äitiyshuoltojärjestelmää Suomessa. Neuvolan tarkoituksena on antaa raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvää hoitoa ja tukea asiakkaan tarpeen mukaan. Tavoitteena on turvata raskauden normaali kulku, äidin ja koko perheen hyvinvointi, terveen lapsen syntymä ja

vanhemmuuden vahvistaminen. Neuvolatoiminta pyrkii Stakesin suosituksen mukaan raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisyyn, häiriöiden varhaiseen toteutukseen ja sujuvaan hoitoon ohjaamiseen. Tarvittaessa annetaan tehokasta hoitoa ja kuntoutusta. Hyvä synnytyksen hoito, vastasyntyneestä huolehtiminen ja perheen tukeminen vamman tai sairauden kohdatessa kuuluu myös neuvolatoiminnan suosituksiin. (Lindholm 2007, 33.) Laajempaan tavoitteena nähdään vanhempien auttaminen myönteiseen suhtautumiseen perhe-elämään ja perheen asemaan yhteiskunnassa sekä koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen yksilöllisesti (Lindholm 2007, 33; Honkanen 2008, 284).

Äitiysneuvolan asiakkaaksi raskaana oleva nainen ja lasta odottava perhe tulevat yleensä silloin, kun raskaus on kestänyt 8-12 viikkoa. Asiakkuus päättyy siihen, kun synnyttäneelle äidille tehdään jälkitarkastus noin 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Käynnit äitiysneuvolassa perustuvat vapaaehtoisuuteen, mutta niihin liittyy äitiysavustuksen, äitiys-, isyys-, ja vanhempainlomaan tarvittavat todistukset ja lomiin liittyvät sosiaaliset etuudet (Honkanen 2008, 287). Myös yksityissektori voi tarjota neuvolapalveluja. Lähes kaikki (97–99 %) raskaana olevat, joita on vuosittain noin 56 000, käyttävät äitiysneuvolan palveluita. (Lindholm 2007, 33.)

Perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon tarjoaman äitiyshuollon välillä on sopimus hoidon porrastuksesta ja työnjaosta, mikä mahdollistaa aukottoman ja korkealaatuisen palvelun ja tiiviin hoitopolun. Perusterveydenhuollon äitiyshuollon palvelut sisältyvät äitiysneuvolaan, erikoissairaanhoidon palveluista vastaavat puolestaan äitiyspoliklinikka ja synnytysosastot (Honkanen 2008, 287). Vallitseviin käytäntöihin vaikuttavat kunnallisen päätöksenteon itsenäisyys ja vaihtelevat maantieteelliset ja taloudelliset olosuhteet. (Lindholm 2007, 33.)

1920-luvulla alkunsa saaneen lastenneuvolatoiminnan yleisenä tavoitteena on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä koko perheen hyvinvoinnin paraneminen varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. Tämä kaventaa perheiden välisiä terveyseroja. (Viljamaa 2003, 35.) Tavoitteena on myös se, että terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat seuraavalla sukupolvella paremmat kuin nykyisellä. Neuvola pyrkii turvaamaan jokaisen lapsen

riittävän huolenpidon ja tuen persoonallisuutensa kehittymiselle. Lasten sairaudet, kehitystä ehkäisevät tekijät ja perheen muut terveystulmat pyritään tunnistamaan mahdollisimman ajoissa ja niihin pyritään puuttumaan. Lapsi ja perhe ohjataan tarvittaessa muille asiantuntijoille tutkimuksiin ja hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20–21.)

Neuvolassa tuetaan vanhempien mahdollisuutta luoda lapseensa turvallinen, vastavuoroinen kiintymyssuhde alusta alkaen. Vanhempia tuetaan myös myönteisen käsityksen muodostamiseen lapsesta ja itsestään vanhempiana. Vanhempia tuetaan huolehtimaan parisuhteestaan ja vanhemmuudestaan tavalla, joka mahdollistaisi sen, että he kykenevät pitämään huolta lapsestaan ja tukemaan tämän kehitystä. Vanhempia kannustetaan tunnistamaan perhettä kuormittavia tekijöitä ja omia voimavarojaan sekä kantamaan vastuun lapsen ja perheen hyvinvoinnista. Neuvola mahdollistaa kaikille vanhemmille tilaisuuden saada vertaistukea muilta vanhemmilta. Perheen terveyttä edistäviä valintoja tuetaan. Lapsi- ja perhemyönteisyyttä ja lapsiperheiden tukea pyritään lisäämään. Neuvolatoiminnalla tavoitellaan mielenterveyshäiriöiden vähenemistä lapsilla ja nuorilla. Lastenneuvolan tavoitteena ovat myös perheiden terveyteen liittyvän tasa-arvon edistäminen ja vanhempien rohkaiseminen osallistumaan aktiivisesti neuvolapalvelujen kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20–21.)

Lastenneuvola perehtyy vastuualueensa perheisiin ja näiden elinoloihin. Neuvolan tehtävänä on antaa vanhemmille ajantasaista ja tutkimukseen perustuvaa tietoa kullekin vanhemmalle soveltuvalla tavalla lapseen, perheeseen ja näiden terveyden edistämiseen liittyvistä tekijöistä. Vanhempia tuetaan turvalliseen lapsilähtöiseen ja turvallisen aikuisuuden sisältävään kasvatustapaan. Lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä seurataan ja tuetaan. Neuvolassa pidetään yllä lasten rokotussuojaa antamalla rokotusohjelman mukaiset rokotukset. Neuvola osallistuu omalta osaltaan pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten hoidon järjestämiseen ja koordinointiin. Se järjestää palvelunsa osana perhepalveluverkostoa tavalla, jolla turvataan perheiden saamien palveluiden jatkuvuus ja tarvittava moniammatillinen yhteistyö. Tarvittaessa neuvolassa tehdään aloitteita uusien toimintamallien luomiseksi moniongelmaisten perheiden auttamiseksi. Neuvolan tehtävänä on kehittää palveluitaan ja henkilökunnan ammattitaitoa.

Myös kunnan lapsiperheiden palveluiden ja perhettä koskevan suunnittelun ja päätöksenteon tunteminen ja niihin vaikuttaminen tarvittaessa kuuluvat neuvolan tehtäviin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 21.)

2.2.2 Terveystenhoitaja neuvolatyön asiantuntijana

Terveystenhoitaja on hoitotyön, terveystenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija ihmisen elämänsäajan eri vaiheissa. Terveystenhoitajan työhön kuuluu yksilöiden, perheiden, väestön, ympäristön ja työyhteisöjen terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen vahvistamalla asiakkaan voimavaroja ja itsehoitoa. Oleellista terveystenhoitajan työssä on väestön osallistaminen ja aktivoiminen, minkä kautta he ylläpitävät ja edistävät omaa terveyttään. Terveystenhoitajan on huomioitava asiantuntijana ne terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät, jotka vaikuttavat ihmisten elinympäristöön, elinolosuhteisiin ja hyvinvointiin. Terveystenhoitaja toimii primaari-, sekundaari-, ja tertiäriprevention tasoilla. Tämä tarkoittaa terveystriskien ja sairauksien ehkäisyä, varhaista toteamista ja sairastuneiden hoitamista sekä terveellisen ympäristön suunnittelua ja kehittämistä. Promotiiviselta kannalta terveystenhoitajan työ on laajemmin terveyttä rakentavaa ja terveyden edellytyksiä luovaa ja tukevaa toimintaa. (Haarala – Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22; Terveystenhoitajaliitto 2008.)

Terveystenhoitajat työskentelevät perhettä suunnittelevien, raskaana olevien, vastasyntyneiden, lasten, nuorten, työikäisten ja ikääntyvien sekä heidän perheidensä terveyden edistämiseksi. Työpaikat ovat eri-ikäisten neuvoloissa, avosairaanhoidossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja kotihoidossa. Terveystenhoitajat voivat toimia myös itsenäisinä yrittäjinä. Työmenetelmistä keskeisimpiä ovat esimerkiksi vastaanotto toiminta, kotikäynnit, yksilö- ja ryhmänohjaus, neuvonta, terveystarkastukset ja seurantatutkimukset. Terveystenhoitajia työskentelee julkisella ja yksityisellä sektorilla tai vapaaehtoisjärjestöjen palveluksessa. (Haarala – Tervaskanto-Mäentausta 2007, 25–26.)

Terveystenhoitaja tuntee oman alueensa, sen väestön ja siihen kuuluvat perheet. Hän tapaa perhettä lastenneuvolassa noudatetun työkäytännön ja perheiden tarpeiden pohjalta 16–20 kertaa ennen lapsen kouluun lähtöä. Jotkut tapaamisista ovat kotikäyntejä. Terveystenhoitaja kykenee muodostamaan

kokonaiskäsityksen asiakaskunnastaan, huomaamaan ja seuraamaan siinä tapahtuvia muutoksia sekä hyödyntämään lapsiperheille tarkoitettuja kunnan palveluja. Terveystenhoitajan tehtävänä on myös tiedon välittäminen perheiden tilanteesta alueellaan ja aloitteiden tekeminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32.)

Terveystenhoitajan tehtäviin kuuluu lapsen terveen kasvun ja kehityksen seuranta. Hänen vastuualueeseensa kuuluvat myös rokottaminen ja seulontatutkimukset. Terveystenhoitajalla on työssään perhekeskeinen ja voimavaroalähtöinen ote, joka samalla edistää koko perheen terveyttä. Terveystenhoitajan työkuvaan kuuluu myös asiakaslähtöinen terveysneuvonta yksilöllisin menetelmin sekä vanhemmuuden, parisuhteen ja muiden perheen voimavarojen vahvistaminen esimerkiksi kasvatusneuvonnalla. Perheen elin- ja elämäntapoja tarkastellaan yhdessä perheen kanssa. Terveystenhoitaja työskentelee asiantuntijana perheen kanssa kumppanuuden ja luottamuksen hengessä. Terveystenhoitaja laatii lapsen ja perheen terveysseurannan kokonaissuunnitelman yhdessä perheen kanssa ja huolehtii sen tarkistamisesta ja arvioinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32.)

Terveystenhoitaja arvioi perheen kanssa yhteistyössä, tarvitaanko muiden työntekijöiden tutkimuksia tai tukea neuvolan perusseurannan ohella lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tai perheen muuttuvien tilanteiden vuoksi. Lapsen ja perheen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen ovat terveystenhoitajan perustehtäviä. Terveystenhoitajan vastuuseen kuuluu arvioida aiheuttaako joku neuvolaseurannassa esille tullut lapsen kasvuun, kehitykseen tai käyttäytymiseen liittyvä huoli jatkotutkimuksia tai toimenpiteitä. Tarvittaessa terveystenhoitajalla tulee olla mahdollisuus keskustella työryhmän kanssa. Terveystenhoitajan yhteistyöhakuisuus ja muiden asiantuntijoiden hyödyntäminen lapsen etua ja perheen tukemista ajatellen auttavat erityistukea tarvitsevaa perhettä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32.)

Lapsen käyttäessä muita terveys- ja sosiaalipalveluja terveystenhoitajan on asiantuntijana neuvoteltava perheen kanssa lapsen ja perheen tarvitsemien palvelujen koordinoinnista ja jatkuvuudesta. Terveystenhoitaja pitää osaltaan huolta vastuuhenkilön nimeämisestä perheelle. Kokonaisvaltaisuus ja jatku-

vuus edellyttävät, että saman perheen kaikki alle kouluikäiset lapset ovat saman terveydenhoitajan seurannassa. Terveydenhoitajan tulee olla myös helposti perheen tavoiteltavissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 33.)

Kotikäynnit ja vertaisryhmän tuen tarjoaminen kuuluvat terveydenhoitajan työnkuvaan. Terveydenhoitaja suunnittelee pienryhmätoimintaa ja vetää ryhmiä itsenäisesti tai yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Ryhmätoiminnan järjestäminen voidaan jakaa terveydenhoitajan ja mahdollisesti neuvolassa työskentelevän perhetyöntekijän kesken. Terveydenhoitaja on tietoinen ryhmäkokousten asiasisällöistä ja tiedottaa ryhmätoiminnasta, vaikka ei itse pitäisikään vertaisryhmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 33.)

Lapin läänissä tehdyn selvityksen mukaan terveydenhoitajien toimenkuva on varsin laaja: 52 % heistä työskentelee sekä äitiysneuvolassa että lastenneuvolassa, 31 % lastenneuvolassa ja 17 % äitiysneuvolassa. Tavallisimmin neuvolatyöhön yhdistettyjä tehtäväalueita ovat kouluterveydenhuolto, vastaanottotoiminta ja raskauden ehkäisyneuvonta. Alle puolet tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista työskenteli myös kotisairaanhoidossa. Lähes puolella terveydenhoitajista oli lisäksi muita tehtäviä. Näitä ovat aikuisvastaanotto, astmahoito, diabetesohjaus ja – hoito, esimiestehtävät, joukkotarkastukset, seksuaalikasvatus, ilmaisvälinejakelu, painonhallinta-asiat, aikuisten kehitysvammaisten terveyden hoito, verenpainevastuuhoito ja potilasasiain miehen tehtävät. (Hakulinen ym. 2006, 24.)

2.2.3 Kehittyvä Napero – hanke moniammatillisen yhteistyön edistäjänä

Tutkimuksen toimintaympäristönä on Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvola. Rovaniemi on noin 59 000 asukkaan opiskelijakaupunki Lapissa. Keskustassa, Muurolassa, Saarenkylässä, Sinetässä, Vanttauskoskella, Ounasrinteellä ja Vaaranlammella on äitiys- ja lastenneuvola. Meltauksessa on ainoastaan lastenneuvola. Näissä neuvoloissa työskentelee yhteensä 23 terveydenhoitajaa. (Rovaniemen kaupunki 2008c.)

Rovaniemen kaupungissa on toiminut Kehittyvä Napero – hanke, jonka tehtävänä on ollut kehittää lapsiperhepalveluita ja peruspalvelumalleja perustyyöhön. Hankkeen päämääränä on ollut lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen ennaltaehkäisevän työn ja ylisektorisen toimintakulttuurin näkökulmasta. Kehittyvä Napero – hankkeen toimintakeinoina ovat olleet vanhem-

muuden vahvistaminen, osallisuuden ja yhteisöllisyyden edistäminen, monitoimijuus perhepalveluverkostossa, varhainen tunnistaminen ja tuen antaminen sekä mielenterveyden edistäminen. Hanke on toiminut ajalla 1.11.2007 - 31.10.2009. Kehittyvä Napero – hanke on ollut Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama sosiaalialan kehittämishanke. Hanke oli jatkohankkeena ajalla 1.8.2006 – 31.10.2007 toimineelle Napero – hankkeelle (Kehittyvä Napero 2008b; Rovaniemen kaupunki 2008b). (Kehittyvä Napero 2008a, 1,6.)

Hankkeen toimintatapana on ollut asiakkaita osallistava vertaisryhmätoiminta, johon on kuulunut avoin päiväkotitoiminta, perhevalmennus ja isätoiminta. Lapsiperheiden hyvinvointia on edistetty myös auttamalla perheen arjessa ja antamalla tukea kotikäyntien kautta. Neuvolan, päivähoidon ja perhetyön palveluissa on käytetty puheeksi ottamisen toimintamallia. Verkostotyötä on hyödynnetty avoimuuden, kumppanuuden ja luottamuksellisen toimintakulttuurin vahvistajana. Lisäksi hankkeen toimintatapana on ollut tunnistaa lapsiperheiden psykososiaalinen vointi ja antaa tukea. (Rovaniemen kaupunki 2007.)

Kehittyvä Napero II – hankkeen tavoitteena on ollut muun muassa moniammatillisen asiakaslähtöisen työskentelymallin pysyvä käyttöön ottaminen perhepalvelukeskuksessa. Perhepalvelujen verkostoitumista on kehitetty Rovaniemen kaupungin alueella. Päivähoidon, neuvolan ja perhetyön kesken on kehitetty kotikäyntityötä. Moniammatillista yhteistyötä on kehitetty asiakaslähtöisemmäksi, reflektioivammaksi ja dialogisemmaksi työtavaksi. (Kehittyvä Napero 2008a, 3–4.)

Rovaniemen kaupungissa vuoden 2007 alussa alkoi uusi perhekeskustoiminta (Rovaniemen kaupunki 2008b), jonka toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä Napero-hanke on ollut mukana. Perhepalvelukeskuksen toiminnan tavoitteena on edistää yhdessä muiden toimijoiden kanssa Rovaniemen kaupungin lapsiperheille suunnattuja palveluita lapsiperheiden hyvinvoinnin tukemiseksi ja edistämiseksi (Rovaniemen kaupunki 2008b). Perhepalvelukeskuksen palvelun tarjoajina ovat äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvola, avoin päiväkotitoiminta, joka on tarkoitettu alle kouluikäisille lapsille ja heitä kotona hoitaville vanhemmille tai hoitajille, kuntoutus, erityispäivähoito, perheneuvola ja perhesosiaalityö, joka käsittää lastenvalvojat ja ennaltaehkäisevän perhetyön. (Henttunen – Jussi – Lasanen 2007, 1 – 6; Karvonen 2007, 4 – 17.)

Perhepalvelukeskus on monitoimijainen työyhteisö, ja yhteistyötä edistäviä toimintatapoja on edelleen mahdollista kehittää. Erilaisia työskentelymalleja laajennetaan pilotointialueilta, keskustan neuvolasta ja kaupunkikylä Muurolasta, koko kunnan alueelle hankkeen jatkuessa. Kunnassa toimivat päiväkodit ja neuvolat halutaan työskentelyyn mukaan. Kuntaan halutaan luoda aluelähtöisesti toimivat monitoimijaiset lasten ja perheiden palvelut. (Karvonen 2007, 4, 42–43.)

Napero-hankkeessa on kehitetty perhepalvelukeskuksen työyhteisössä monitoimijainen perhevalmennuksen malli. Keskeistä mallissa on perhetyöntekijän ja terveydenhoitajan työskentely työparina ja muiden perhepalvelukeskustoimijoiden osallistuminen. Muita toimijoita ovat perheneuvolan työntekijä, suun-terveydenhuollon ammattilainen ja lastentarhaopettaja. Lisäksi kätilö esittelee Lapin keskussairaalaan tutustumiskäynnin yhteydessä. (Tirroniemi 2008, 51–58.) Napero-hankkeessa on kehitetty moniammatillista yhteistyötä myös kotiin tehtävän työn osalta neuvolan ja perhetyön yhteistyönä (Karvonen 2007, 4).

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme aiheena on moniammatillinen yhteistyö terveydenhoitajan näkökulmasta äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä. Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Rovaniemellä äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä ja sitä, miten moniammatillinen yhteistyö näkyy heidän työssään.

Toimeksiantajamme oli Rovaniemen kaupungin terveystalokeskus (liite 1). Saimme ohjausta Kehittyvä Napero -hankkeen projektipäällikkö Teija Karvoselta ja projektityöntekijältä Kristiina Tirroniemeltä. Opinnäytetyön aihe tulee Kehittyvä Napero II -hankkeen tarpeesta kartoittaa lapsiperheiden tukemiseksi tehtävää moniammatillista yhteistyötä Rovaniemellä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä äitiys- ja lastenneuvolassa.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Miten terveydenhoitajat ymmärtävät käsitteen moniammatillinen yhteistyö äitiys- ja lastenneuvoloissa Rovaniemellä?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat moniammatilliseen yhteistyöhön äitiys- ja lastenneuvoloissa Rovaniemellä terveydenhoitajien näkökulmasta?
3. Mitä on moniammatillinen terveydenhoitotyö äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä?
4. Mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee terveydenhoitajalle äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Aineiston hankinta

Tutkimuksen kohteena ovat Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Anoimme tutkimusluvan Rovaniemen kaupungin terveysneuvonnan osastonhoitajalta Johanna Gyntheriltä (liite 2). Tutkimuksessamme on kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen osio. Näiden tutkimusotteiden yhdistämistä nimitetään monistrategiseksi tutkimusotteeksi (Hirsjärvi–Hurme 2000, 28). Tutkimuksemme määrälliseen osioon liittyen teimme kyselyn, jonka jälkeen teimme puolistrukturoidun haastattelun laadulliseen osioon liittyen viidelle terveydenhoitajalle.

Valitsimme monistrategisen tutkimuksen, koska halusimme ensin tehdä koko tutkimusjoukkoa koskevan kyselyn ja sen jälkeen syventää kyselystä saatuja vastauksia sekä saada perusteluja mielipiteille haastattelun avulla. Määrällisellä tutkimuksella selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä, eri asioiden välisiä riippuvuuksia ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Se edellyttää suurta ja edustavaa otosta. (Heikkilä 2001, 16–17.) Määrällisen tutkimuksen perustana ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja aiemmat teoriat. Laadimme kyselyn käyttäen apuna aiempaa teoria- ja tutkimustietoa aiheesta. Kyselytutkimuksessa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Se on tärkeä tapa kerätä tietoa muun muassa ihmisten mielipiteistä, asenteista ja arvoista. (Vehkalahti 2008, 11–17.)

Laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta. Siinä rajoitetaan usein pieneen määrään tapauksia (Heikkilä 2001, 16–17.), ja kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti eikä käyttäen satunnaisotoksen menetelmää. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Haastattelu tutkimuksen osana on ennalta suunniteltu vuorovaikutustilanne, johon haastattelija on valmistautunut tutustumalla tutkimuksen kohteeseen. Haastattelun tavoitteena on saada tietoa tutkimusongelman kannalta tärkeitä alueilta. Puolistrukturoituun haastatteluun liitetään erilaisia piirteitä. Voidaan ajatella, että kysymysten muoto on puolistandardoidussa haastattelussa kaikille sama, mutta haastattelija voi vaihdella kysymysten järjestystä. Toisaalta puolistrukturoitua haastattelumuotoa on määritelly haastatteluksi, jossa vas-

tauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Puolistrukturoitu haastattelu nähdään myös haastattelumuotona, jossa kysymykset on määrätty ennalta, mutta haastattelija voi vaihdella niiden sanamuotoa. Puolistrukturoiduille haastatteluille on siis ominaista, että jokin haastattelun näkökohdista on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. (Hirsjärvi – Hurme 2000, 43–47.)

Ensin teimme kyselyn kaikille Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Terveydenhoitajia oli 25. Laadimme itse kyselylomakkeen, jonka tekemiseen saimme ohjausta opettajilta. Kyselylomakkeen 1.-3. kysymyksillä kartoitimme vastaajien taustatekijöitä, kysymyksillä 4-8 kartoitimme käsityksiä ja mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä, kysymyksellä 9 moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavia asioita, kysymyksillä 10–11 millaista yhteistyötä tehdään ja kysymyksellä 12 keiden kanssa neuvoloiden terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä (Liite 5). Kysely toteutettiin tammiukuussa terveydenhoitajien kokouksessa, jossa kerroimme tutkimuksesta ennen kyselyjen täyttämistä. Niille terveydenhoitajille, jotka eivät olleet paikalla, lähetimme kyselyt osastonhoitajan kautta. Haastateltaviksi otimme vapaaehtoiseksi ilmoittautuneet viisi terveydenhoitajaa.

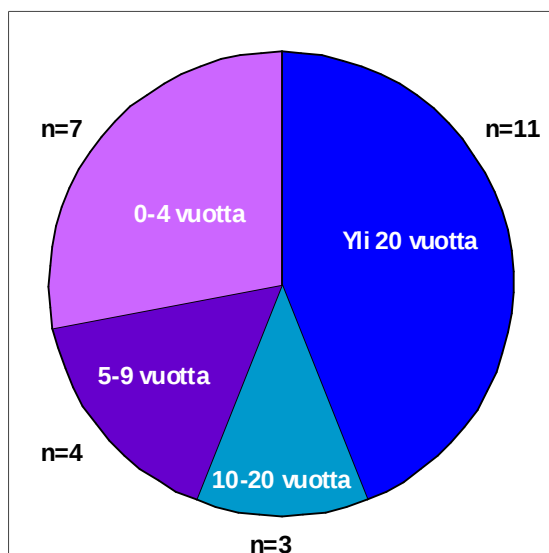
Kyselyn jälkeen teimme kvalitatiivisen tutkimuksen, jossa haastattelimme viittä Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajaa. Haastattelut kestivät 15–30 minuuttia. Nauhoitimme haastattelut digitaaliselle äänentallentimelle, minkä jälkeen muutimme ne kirjalliseen muotoon. Analysoimme aineiston sisällön analyysillä. Suunnittelimme haastattelun saatamme kyselyn tulokset. Haastattelun kysymykset laadimme kyselylomakkeen kysymyksiä syventämällä (Liite 6).

Haastattelussa kysyimme mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa haastateltavan mielestä, mitkä tekijät haittaavat ja mitkä edistävät haastateltavan mielestä moniammatillista yhteistyötä ja miten haastateltava toteuttaa moniammatillista yhteistyötä omassa työssään. Lisäksi kysyimme, miten moniammatillista yhteistyötä voitaisiin kehittää äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä, miksi haastateltava lähtee hakemaan yhteistyökumppania sekä mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee haastateltavalle tämän omassa työssään. Haastattelulla pystytään selvittämään yksittäisten henkilöiden nä-

kemyksiä, kehitysideoita, arvostuksia ja perusteluja mielipiteille. (Hirsjärvi ym. 2007, 201; Metsämuuronen (toim.) 2006, 113.)

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kyselyyn ja haastatteluun osallistuneet terveydenhoitajat työskentelivät äitiysneuvolassa, äitiys- ja lastenneuvolassa, väestövastuuterveydenhoitajana, yhdistetysti perhesuunnitteluneuvolassa ja opiskeluterveydenhuollossa sekä yhdistetysti lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (Gynther 2009). Kyselyyn vastanneista (n=25) oli valmistunut 12 % (3) vuosina 1970 - 1979, 36 % (9) vuosina 1980–1989, 32 % (8) vuosina 1990–1999 ja 20 % (5) vuonna 2000 tai sen jälkeen.



KUVIO 1. Kohderyhmän työkokemus vuosina (n=25).

Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista 44 % (11) oli työskennellyt alalla yli 20 vuotta, 12 % (3) oli työskennellyt 10–20 vuotta, 16 % (4) oli työskennellyt 5-9 vuotta ja 28 % (7) 0-4 vuotta (Kuvio 1.).

TAULUKKO 1. Terveystenhoitajien osallistuminen moniammatillista yhteistyötä koskeviin koulutuksiin (n=25).

Osallistumiskerrat	f	%
Ei kertaakaan	4	16
1-2 kertaa	6	24
3-4 kertaa	4	16
Useammin kuin 4 kertaa	11	44
Yhteensä	25	100

Kyselyyn vastanneista (n=25) suurin osa (84 %) oli osallistunut moniammatillista yhteistyötä käsittelevään koulutukseen vähintään kerran. Terveystenhoitajista 44 % (11) oli osallistunut koulutuksiin useammin kuin neljä kertaa. Vastaaajista 16 % (4) puolestaan ei ollut osallistunut niihin kertaakaan. (Taulukko 1.)

4.3 Aineiston analysointi

Ennen aineiston analysointia aineistosta tarkistetaan, sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä tai puuttuuko siitä tietoja. Aineistoa myös arvioidaan. Jotkut vastaukset voidaan joutua hylkäämään esimerkiksi vastaamattomien osioiden takia. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tutkimusstrategian mukaan tiedon tallennusta ja analysointeja varten. (Hirsjärvi ym. 2008, 216–217.)

Kyselyjen analysoinnin toteutimme SPSS-tietokoneohjelman avulla. Perehdyimme SPSS-tietokoneohjelman käyttöön itsenäisesti, ja saimme ongelma-kohtiin ohjausta. Ennen tietojen syöttämistä tietokoneelle silmäilimme läpi jokaisen kyselylomakkeen ja numeroimme ne. Kävimme läpi puuttuvat tiedot ja kiinnitimme huomiota siihen, näkyykö aineistossa selviä virheellisyyksiä. Esitöiden jälkeen syötimme ohjelmaan jokaisen kyselylomakkeen tiedot. Syöttämisen jälkeen tarkistimme kohta kohdalta, että olimme syöttäneet tiedot oikein.

On mielekästä etsiä suuresta muuttujien joukosta niitä muuttujia, jotka korreloivat keskenään muita enemmän muodostaen kokonaisuuden. Faktoriana-

lyysillä on mahdollista tiivistää useiden muuttujien informaatio muutamaan keskeiseen faktoriin. (Metsämuuronen 2003, 517.) Analysoimme faktorianalyysillä kyselyn kohdan numero yhdeksän (liite 9 ja liite 10). Faktorianalyysissä Kaiser-Meyer-Olkinin testi oli 0.741 (liite 7). Metsämuuronen (2001, 32) mukaan Kaiser-Meyer-Olkinin testin arvon ollessa yli 0.6, korrelaatiomatriisi on sovelias faktorianalyysiin. Saimme faktorianalyysillä kolme summamuuttujaa. Nämä pystyvät selittämään 75,3 % muuttujien varianssista (liite 8).

Kaikki muut muuttujat sopivat kahden summamuuttujan alle, paitsi muuttuja ”Tilaisuuden ja paikan puute moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana”. Nimesimme summamuuttujat työyhteisölähtöiseksi ja työntekijälähtöiseksi tekijäksi. Cronbachin alpha oli työyhteisölähtöisillä tekijöillä 0,789 ja työntekijälähtöisillä tekijöillä 0,729 (liite 8). Nunnallyn & Bernsteinin (1994) mukaan Cronbachin alfa voidaan hyväksyä, kun sen arvo on vähintään 0,60 (Metsämuuronen 2000, 36). Summamuuttujat tehtyämme määrittelimme uudelleen summamuuttujien arvot: 1,00-1,49 à 1; 1,50-2,49 à 2; 2,50-3,49 à 3; 3,50-4,49 à 4; 4,50-5,00 à 5. Lopuksi yhdistimme vaihtoehdot ”täysin eri mieltä” ja ”eri mieltä” vaihtoehdoksi ”eri mieltä” sekä vaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”samaa mieltä” vaihtoehdoksi ”samaa mieltä”. Kyselyn tulokset olemme esittäneet hyödyntäen taulukoita, pylväsdiagrammeja ja sektoridiagrammeja. Olemme avanneet taulukoiden ja kuvioiden merkittävimpiä tuloksia tekstissä.

Tutkimuksemme laadullisen osion eli haastattelut analysoimme sisällönanalyysillä. Sitä pidetään menettelytapana, jonka avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä pyritään etsimään tekstin merkityksiä ja saamaan tutkittavasta ilmiöstä yleisessä muodossa oleva, tiivistetty kuvaus. Kuitenkaan sisällönanalyysillä ei saada valmiita tuloksia. Sillä saadaan vain kerätty aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysissä aineisto ensin redusoidaan eli pelkistetään, sitten klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan eli luodaan teoreettinen käsite. (Tuomi – Sarajärvi 2006, 105–116.) Emme tuoneet esiin tuloksissa, kuinka moni haastateltava oli jotain tiettyä mieltä. Meidän mielestämme tärkeintä oli, että haastatteluista tulee esiin kyselyä täydentäviä ajatuksia, eikä haastateltavien määrä ole niin ratkaiseva.

Haastattelujen jälkeen litteroimme aineiston sana sanalta. Tämän jälkeen aloimme lukea haastatteluja ja perehtyä niiden sisältöön. Pelkistimme aineistoa poimimalla haastatteluista erivärisillä kynillä alleviivaten asioita, jotka liittyivät tutkimusongelmiimme. Aineiston pelkistämisen jälkeen aloimme ryhmitellä pelkistettyjä ilmauksia alaluokiksi (Liite 12). Sen jälkeen annoimme luokille niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yhdistävän kategorian nimesimme moniammatilliseksi yhteistyöksi (Liite 13). Haastattelujen tuloksia kuvaamme keskenään yhteneväisiä käsitekarttoja apuna käyttäen.

4.4 Luotettavuus

4.4.1 Etiikka

Kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä ovat etiikan peruskysymyksiä. Tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimuksenteekoon. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimuksenteossa. Tutkimuksessa tulee lähtökohtana olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tätä toteutetaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimushenkilölle annetaan tietoa siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 23–25.) Tiedotimme kyselyyn osallistujille tutkimuksen kulusta sekä suullisesti että kirjallisesti saatekirjeellä (liite 3 ja 4). Ennen kyselyn toteuttamista olisimme voineet miettiä tarkemmin saatekirjettä, koska emme maininneet kirjeessä tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, jota kuitenkin painotimme haastatteluvaiheessa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, noudattaen tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnista. Tutkimus tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja avoimesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on myös se, että tutkija ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla ja antaa heidän työllensä niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.) Olemme pyrkineet toimimaan kriittisesti ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien ohjeiden mukaisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Merkitsemällä lähteet asianmukaisesti olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden työtä. Olemme

hakeneet ohjausta ja palautetta opettajilta ja toimeksiantajalta koko opinnäytetyöprosessin ajan.

4.4.2 Kyselytutkimuksen luotettavuus

Edellytys tutkimuksen luotettavuudelle on se, että tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Heikkilä 2005, 185). Tutkimuksen luotettavuus paranee, kun käytetään eri tutkimusmenetelmiä toistensa täydentäjinä. Tällöin saadaan esiin laajempia näkökulmia. Kun käytetään eri tutkimusmenetelmiä, voidaan saada myös erilaisia vastauksia, mikä poistaa perusteetonta varmuutta. (Hirsjärvi – Hurme 2000, 38–39.)

Mittauksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti, jotka muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2005, 185.) Mittauksen luotettavuuteen vaikuttavat myös sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja tekniset asiat. Mittauksen laatuun voi vaikuttaa vain etukäteen, sillä mittaus on ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita voi jälkikäteen parantaa mitenkään. (Vehkalahti 2008, 40.) Jotta kyselymme olisi ollut mahdollisimman luotettava, pyysimme kyselyyn ohjausta opettajilta ja toimeksiantajalta. Kyselyn laatija ei kykene havaitsemaan kaikkia mahdollisia ongelmatilanteita, joita vastaajille voi tulla, joten kyselylomake on testattava etukäteen (Vehkalahti 2008, 48). Testasimme etukäteen kyselylomakkeen opiskelutovereillamme sekä kahdella tutkimusjoukkoon kuulumattomalla terveydenhoitajalla ja saimme palautetta. Poistimme kyselystä joitakin turhia kysymyksiä ja muokkasimme järjestyksen uusiksi ja ohjeita yksinkertaisimmiksi palautteen mukaan.

Validiteetti eli pätevyys kertoo, mitataanko mittarilla sitä asiaa, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2008, 226) ja voidaanko kysymysten avulla saada ratkaisu tutkimusongelmaan (Heikkinen 2005, 186). Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste. Mietimme etukäteen mittarin validiteettia miettimällä, mitkä kysymykset vastaavat mihinkin tutkimusongelmiin. Reliabiliteetti eli tarkkuus kertoo, miten tarkasti tutkittavaa asiaa mitataan ja ovatko tutkimustulokset toistettavia (Hirsjärvi ym. 2008, 226). Mittauksen reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän siihen sisältyy mitausvirhettä. Tutkimuksen luotettavuus edellyttää luotettavuutta sekä mittaukselta että tiedonkeruulta. (Vehkalahti 2008, 41–42.)

Käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet tai otantavirheet vaikuttavat tutkimuksen laatuun. Mittausvirheet voivat johtua mittausvälineiden epätarkkuudesta, mittaukseen vaikuttavista häiriötekijöistä, mittarin heikkoudesta tai mitattavien käsitteiden hankaluudesta. (Heikkilä 2005, 185–186.) Kysely teetettiin suurimmalle osalle tutkimushenkilöistä terveydenhoitajien kokouksen alussa. Tutkimushenkilöt istuivat ahtaasti pöydän ympärillä, joten omaa rauhaa ei välttämättä ollut. On mahdollista, että toinen terveydenhoitaja näkisi toisen terveydenhoitajan vastauksen, mikä saattoi vaikuttaa vastauksiin. Muutamasta vastaajasta eivät ehtineet rauhassa täyttää kyselyä loppuun kyselyä varten annetulla ajalla. Käsittelyvirheet olemme yrittäneet eliminoida tarkastamalla huolellisesti SPSS-tietokoneohjelmaan syöttämämme kyselylomakkeiden tulokset. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää myös se, että otos on tarpeeksi suuri ja edustava ja vastausprosentti on korkea (Heikkilä 2005, 188). Opinnäytetyössämme tutkimuksen kohderyhmä tuli hyvin edustetuksi, vastausprosentti oli 100 %. Olisimme voineet lähettää kyselyt postitse terveydenhoitajille, jotta he olisivat saaneet rauhassa täyttää kyselyt, kun heille parhaiten sopii. Toisaalta emme olisi ehkä saaneet niin hyvää vastausprosenttia, mikä puolestaan olisi laskenut luotettavuutta.

Havaitsimme, että muutamasta terveydenhoitajasta tekivät paljon yhteistyötä koulujen henkilökunnan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien näkemyksiä moniammatillisesta yhteistyöstä, mistä kerroimme suullisesti ja saatekirjeessä. Emme kuitenkaan ehkä korostaneet tarpeeksi, että terveydenhoitajat vastaisivat kyselyyn vain äitiys- ja lastenneuvolan näkökulmasta. Näin meillä saattaa olla tutkimustuloksissa myös esimerkiksi kouluterveydenhoitajan näkemyksiä asiasta eikä ainoastaan äitiys- ja lastenneuvolan näkökulmasta.

Aineiston perusteellinen esikäsittely luo pohjan varsinaiselle analyysille ja auttaa löytämään virheitä. Löydetyt virheet kannattaa yrittää korjata samantien, sillä myöhemmin ne aiheuttavat enemmän vaikeuksia. (Vehkalahti 2008, 51.) Ennen tietojen syöttämistä tietokoneelle silmäilimme läpi jokaisen kyselylomakkeen. Kävimme läpi puuttuvat tiedot ja kiinnitimme huomiota siihen, näkyykö aineistossa selviä virheellisyyksiä. Jouduimme hylkäämään yhden kyselylomakkeen vastauksia, koska kyselyssä oli vastattu useampaan vaih-

toehtoon yhden sijasta. Jouduimme hylkäämään myös niitä kohtia, joihin vastaajat eivät olleet vastanneet.

4.4.3 Haastattelututkimuksen luotettavuus

Tutkijan persoonallinen näkemys on aina mukana kvalitatiivisen tutkimuksen analysoinnissa, joten tutkimuksen tulkinta ei ole täysin objektiivinen. Tästä huolimatta pyrimme analysoimaan tulokset mahdollisimman puolueettomasti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää. (Nieminen 1997, 215–216; Heikkilä 2001, 61.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin eivät kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit suoraan sovellu. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavan kannalta tutkimustulokset ovat luotettavia ja uskottavia. Ristiriitallanteita voi syntyä silloin, kun tutkija tekee tulkintoja ja näkee asioita, jotka eivät ole tutkittavan mieleen. (Kananen 2008, 124–126.) On mahdollista, että haastateltava terveydenhoitaja ymmärsi kysymyksen eri tavalla kuin mitä olimme tarkoittaneet. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten pitävyyttä myös toisissa tilanteissa. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta parantaa siirrettävyyttä. (Kananen 2008, 126.) On kerrottava selvästi aineiston tuottamisen olosuhteet ja paikat, joissa aineistot on kerätty. Samoin haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnot haastattelussa ja tutkijan oma itsearviointi tilanteesta tulee kertoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.)

Haastattelutilanteet olivat rauhallisia. Kerroimme haastattelun alussa, että henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa ja että tiedot tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Lupasimme poistaa haastatteluaineiston haastattelutallenteelta litteroinnin jälkeen. Kerroimme haluavamme tietää tutkimushenkilön näkemyksiä asioista. Kerroimme myös, että meidän puolestamme kiirettä ei ole ja vastauksia saa miettiä rauhassa. Kehotimme tutkimushenkilöä vastaamaan haastattelukysymyksiin äitiys- ja lastenneuvolatyön näkökulmasta. Haastattelut tehtiin terveydenhoitajien työhuoneissa. Tila ja hetki vaikuttivat rauhallisilta. Aikaa terveydenhoitajat olivat varanneet haastatteluun hyvin. Yhdessä haastatteluista haastattelimme kahta terveydenhoitajaa samanaikaisesti. Tämä saattoi vaikuttaa haastateltavien vastauksiin, mutta he itse toivoivat yhteishaastattelua. Pari kertaa haastattelut keskeytyi-

vät, kun huoneen ovella kävi ulkopuolinen henkilö. Toisaalta digitaalinen ääntälennin sai osakseen arastelua. Huoneiden ulkopuolelta kantautui myös lasten ääniä. Emme kuitenkaan usko, että näiden häiriötekijöiden vaikutus vastauksiin olisi merkittävä.

Annoimme haastateltaville kysymykset myös kirjallisina, ja he saivat lukea ne tilanteessa ensin läpi. Mietimme, olisiko haastattelukysymykset ollut hyvä lähettää etukäteen haastateltaville. Osa haastateltavista olisi sitä halunnut. Ajattelimme kuitenkin, että kysymysten tullessa vastaajille ilman etukäteen valmistautumista, he kertovat omien ajatusten pohjalta aiheesta. Toisaalta voi olla, että kaikkea, mitä haastateltava olisi halunnut kertoa, ei tullut haastattelutilanteesta mieleen. Tähän olisi voinut auttaa, jos haastatteluun olisi voinut valmistautua saamalla kysymykset etukäteen. Tilanteessa saattoi haastatteluun vaikuttaa myös haastateltavan vireys ja motivaatio vastata haastattelukysymyksiin.

Keskustelu muiden kanssa tulkinnoista laajentaa tutkijan omaa näkemystä (Kananen 2008, 128). Teimme kumpikin yhdessä analysointia. Aluksi kumpikin mietti haastatteluaineistosta tutkimusongelmien kannalta oleellisia asioita. Tämän jälkeen keskustelimme yhdessä keräämistämme oleellisista asioista ja aloimme miettiä sisällöin analyysia. Hyvä puoli kaksin työskentelyssä on se, että keskustelussa ilmenee erilaisia näkemyksiä. Erilaisista näkemyksistä keskustelu laajentaa työn tarkastelua.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkittavien rehellisyys ja avoimuus. Luotettavuuteen voi myös vaikuttaa se, että haastattelumme halusivat osallistua ehkä vain ne henkilöt, jotka olivat kiinnostuneita moniammatillisesta yhteistyöstä. Terveystenhoitajat, jotka eivät pidä moniammatillista yhteistyötä kovin tärkeänä, eivät puolestaan ehkä halunneet suostua haastateltaviksi. Lisäksi siihen voi olla myös muita syitä, esimerkiksi kiire. Toisaalta laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan. Tällöin on tarkoituksenmukaista, että tutkimukseen valitaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka pystyvät ilmaisemaan hyvin itseään. (Nieminen 1997, 216–217.)

Kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti eikä käyttäen satunnaisotoksen menetelmää (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Tarkoituksenamme oli haastatel-

la terveydenhoitajaa jokaisesta keskustan läheisyydessä sijaitsevasta neuvolasta. Emme kuitenkaan saaneet vapaaehtoisia niin monesta neuvolasta kuin olisimme halunneet. Tästä johtuen haastattelun tulosten anti saattoi jäädä suppeaksi. Kuitenkaan laadullisen tutkimuksen tuloksia ei muutenkaan voitaisi yleistää.

5 TULOKSET

5.1 Kohderyhmän käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä

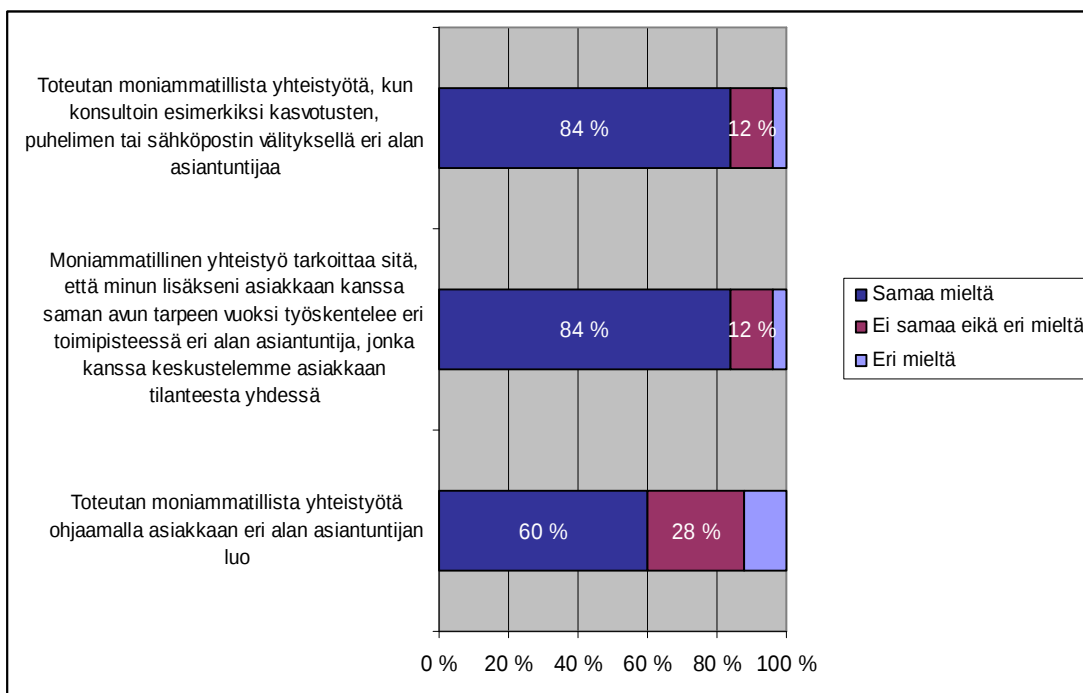
Selvitimme terveydenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä haastattelujen avulla. Haastatteluista selvisi, että moniammatillisena yhteistyönä pidetään monen eri ammattialan ihmisen yhdessä tekemää työtä. Moniammatillisessa yhteistyössä otetaan muita yhteistyötahoja työhön mukaan. Terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa, jos asiakkaalla on ongelmia. Myös asiakkaan ohjaaminen sinne, mistä löytyy tarvittava osaaminen, nostettiin moniammatilliseksi yhteistyöksi. Toisaalta eri ammattilaiselle ohjaamista ei aina pidetä moniammatillisena yhteistyönä.

"...se ei oo aina sitä yhteistyötä, että sie vaan paat sitä asiaa etheempäin, enemmän se voi olla semmosta... konsultointia puolin ja toisin."

Haastateltavat nostivat esiin, että moniammatillisen yhteistyön ei aina tarvitse toteutua isoina kokouksina vaan se toteutuu paremmin konsultointina. Puolin ja toisin voi helposti konsultoida, esimerkiksi puhelimitse tai menemällä käymään toisen eri alan ammattilaisen luona.

"...ei tarttis aina olla mitää isoja kokouksia sitä varten, että voidaan tehdä ammatillista yhteistyötä, vaan että puolin ja toisin vois hyvin helposti konsultoida, ottaa yhteyttä puhelimitse tai... mennä käymään. "

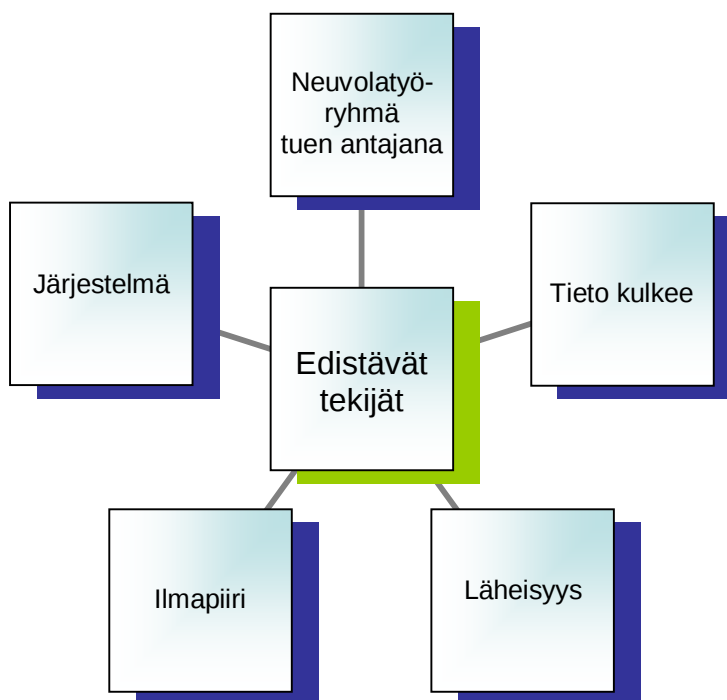
Haastatteluista ilmeni, että vaikka terveydenhoitajana tehdään vastaanottoja yksin, on tärkeää muistaa kutsua muut toimijat mukaan työhön silloin, kun on avun tarvetta.



KUVIO 2. Terveystenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä omassa työssään (n=25).

Selvitimme kohderyhmän (n=25) käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä myös kyselyn väittämien avulla. Vastaajista 84 % (21) oli sitä mieltä, että toteuttaa moniammatillista yhteistyötä, kun konsultoi eri alan asiantuntijaa esimerkiksi kasvotusten, puhelimen tai sähköpostin välityksellä. Vastaajista yksi ei pitänyt konsultointia moniammatillisen yhteistyön toteuttamisena. Terveystenhoitajista 84 % (21) ajatteli, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu, kun keskustelelee asiakkaan tilanteesta eri alan asiantuntijan kanssa, vaikka toinen ammattilainen työskenteleekin asiakkaan hyväksi eri toimipisteessä. Vastavasti yksi terveystenhoitaja ei pitänyt tällaista työskentelyä moniammatillisen yhteistyön toteuttamismuotona. Kyselyyn vastanneista 12 % (3) ei pitänyt asiakkaan ohjaamista eri alan asiantuntijan luo moniammatillisen yhteistyön toteuttamisena. Terveystenhoitajista 60 % (15) ajatteli toteuttavansa sillä tavoin moniammatillista yhteistyötä. (Kuvio 2.)

5.2 Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä

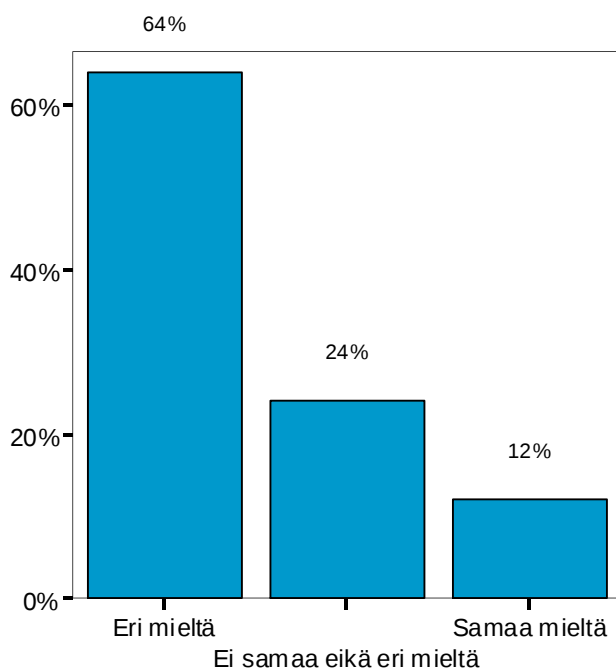


KUVIO 3. Moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät.

Haastatteluissa ilmeni, että moniammatillista yhteistyötä edistää tiedon kulkeminen, toimijoiden läheisyys, toimiva ilmapiiiri ja järjestelmä sekä tukea antava neuvolatyöryhmä (Kuvio 3.). Tiedon kulkua edistävät yhteiset tavoitteet. Palautetta saadaan hyvin puheterapeutilta ja fysioterapiasta. Palautteen saaminen on työn jatkuvuuden kannalta tärkeää. Läheisyyteen kuuluu yhteistyötahojen läheisyys ja tutut ihmiset. Työntekijä pystyy itse jouduttamaan asioiden etenemistä, kun näkee muita eri ammattilaisia. Moniammatillista yhteistyötä edistävään ilmapiiiriin kuulu se, että on helppo ottaa asioita puheeksi ja että asioita voi kysyä ohimennen. Ilmapiiiri on avoin ja toisten eri ammattilaisten kanssa käydään vuoropuhelua.

Toimivassa järjestelmässä työntekijä tietää, keneen ottaa yhteyttä tarvittaessa ja terveydenhoitajan työparina on lääkäri, joka ei vaihdu. Toisiin ammattiryhmiin on helppo saada kontakti ja on helppo ohjata asiakas eteenpäin. Neuvolatyöryhmän säännölliset, etukäteen sovitut kokoukset ja tutut neuvolatyöryhmän jäsenet, joihin on luottamuksellinen suhde, ovat moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä. Neuvolatyöryhmä on paikka, johon asioita voi

viedä eteenpäin pohdittavaksi. Neuvolatyöryhmässä pidetään kirjanpitoa siitä, miten asioita viedään eteenpäin ja sen perusteella arvioidaan toimintaa.



KUVIO 4. Työyhteisölähtöiset tekijät moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana (n=25).

Kyselyssämme työyhteisölähtöisiä tekijöitä olivat hierarkkisuus, avoimuuden puute, moniammatillisen yhteistyön arvostamisen puute ja salassapitovelvollisuus (Liite 9). Kyselyssä ilmeni, että terveydenhoitajista 64 % (16) oli sitä mieltä, että työyhteisölähtöiset tekijät eivät vaikeuta moniammatillista yhteistyötä. Vastaajista 12 % (3) piti työyhteisölähtöisiä tekijöitä moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavana asiana (Kuvio 4.). Salassapitovelvollisuus vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä vastaajista 40 %:n (10) mielestä.

Lisäksi haastatteluissa nousi esille, että moniammatillista yhteistyötä haittaavat ongelmat neuvolatyöryhmän toiminnassa, resurssipula, tiedonkulun ongelmat ja työntekijöiden vaihtuvuus. Neuvolatyöryhmän toiminnassa ongelmalliseksi koetaan se, että niitä pidetään liian harvoin ja niistä on aina joku työntekijä poissa. Resurssipulan takia puheterapeutit ja toimintaterapeutit ovat kiireisiä, jolloin asiakkaiden asiat eivät etene tarpeeksi nopeasti. Työntekijöistä on puutetta joka sektorilla eikä aikaa ole tarpeeksi. Haastateltavat kokivat, että kasvatus- ja perheneuvolassa on puutteellisesti työntekijöitä ja

perheneuvolan psykologilla ei ole vapaita aikoja. Myös mielenterveyspuolella aikojen saanti on vaikeaa. Terveystenhoitajat kokivat ylikuormitusta, koska terveydenhoitajia on liian vähän.

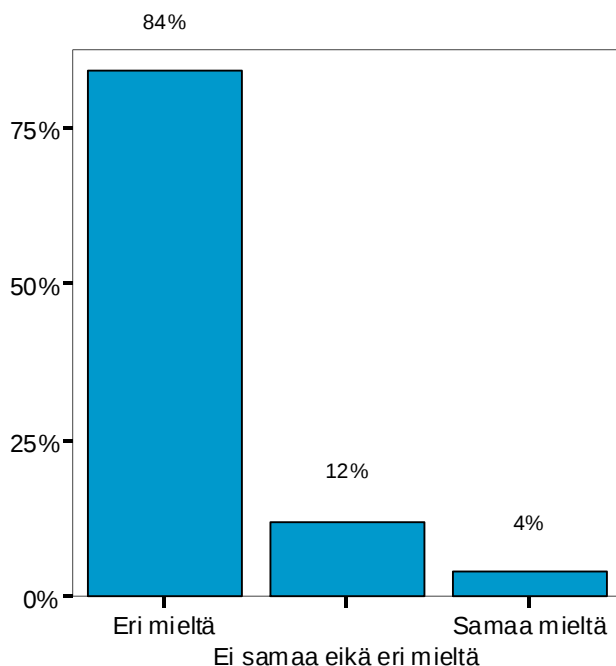
Tiedonkulku on vaikeaa, koska sosiaalityön puolelta, kasvatus- ja perheneuvolasta ja lastensuojelusta ei tule palautetta neuvolaan.

”...me ollaan pimennossa... tulis edes semmoinen viesti, että tämä asia on hoidossa...”

Koska neuvoloissa on eri potilastietojärjestelmä kuin kasvatus- ja perheneuvolassa, neuvolasta ei voi laittaa lähetteitä sinne. Myös haastatteluissa nousi esille, että salassapitovelvollisuus haittaa moniammatillista yhteistyötä. Haastateltavat kokivat moniammatillista yhteistyötä haittaavaksi tekijäksi sen, että lastensuojelutyöntekijät eivät voi kertoa asioista neuvolatyöryhmässä.

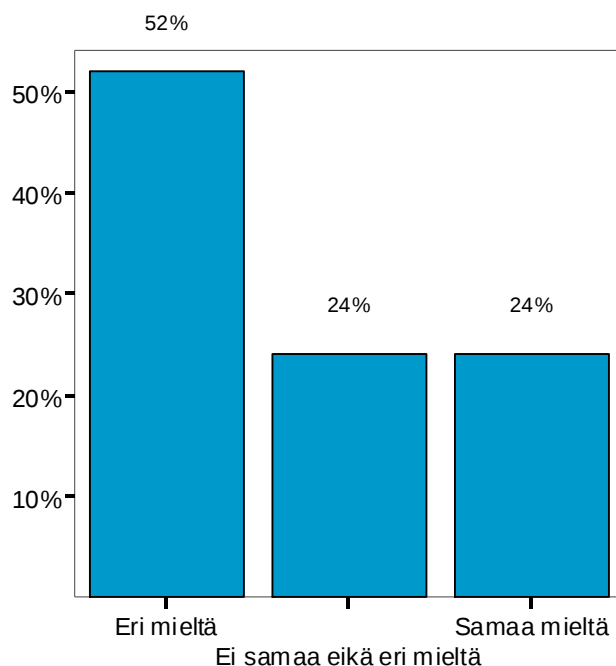
”...Vaitiolovelvollisuus voi olla joskus haittaava tekijä... Kauhean hankala tehdä yhteistyötä, jos ei asiakas suostu... Huoli on kova joka puolella, mutta ei yhteen hiileen saaja puhallettua.”

Lisäksi moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa työntekijöiden vaihtuvuus. Työntekijöiden vaihtuvuuden takia terveydenhoitaja ei välttämättä tiedä, kenen puoleen asiakkaan auttamiseksi voi kääntyä. Työntekijöiden vaihtuvuutta pidettiin hankaloittavana tekijänä erityisesti kasvatus- ja perheneuvolassa sekä työparin, lääkärin, vaihtuessa.



KUVIO 5. Työntekijälähtöiset tekijät moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana (n=25).

Työntekijälähtöisiä tekijöitä kyselyssämme ovat epäselvyys omasta roolista, omat vuorovaikutustaidot, epävarmuus työssä ja kokemus siitä, että toiset työntekijät eivät arvosta vastaajan asiantuntijuutta (Liite 10). Kyselyyn vastanneista 84 % (21) ei pitänyt moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavana asiana työntekijälähtöisiä tekijöitä, kun taas yksi vastaaja ajatteli niiden vaikeuttavan moniammatillista yhteistyötä (Kuvio 5.). Haastatteluista puolestaan ilmeni, että terveydenhoitaja voi olla epävarma siitä, milloin ohjata asiakas eteenpäin. Terveydenhoitaja voi lisäksi arastella yhteydenottoa toiseen ammattilaiseen.



KUVIO 6. Tilaisuuden ja paikan puute moniammatillisen yhteistyön vaikeuttajana (n=25).

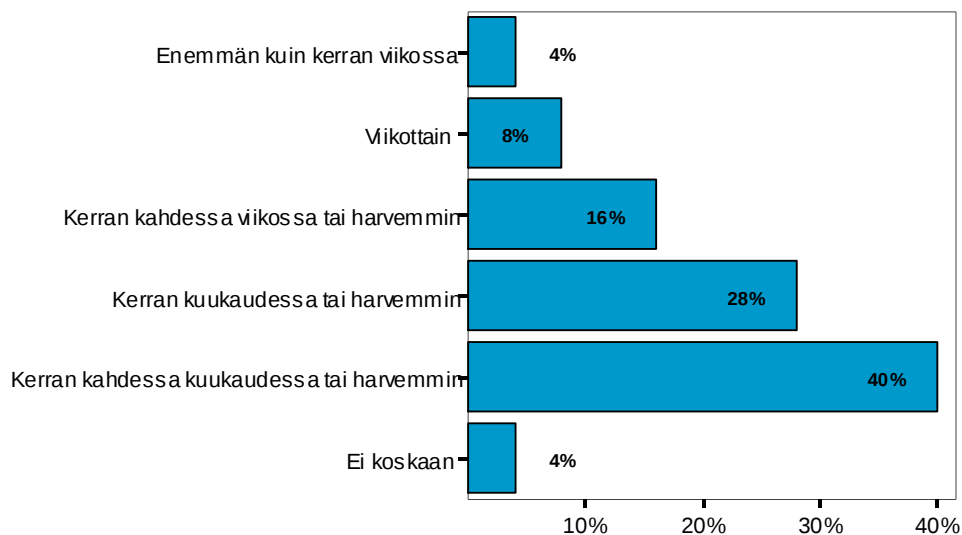
Kyselyn vastaajista 24 % (6) ajatteli, että tilaisuuden ja paikan puute jakaa tietoa eri asiantuntijoiden kanssa vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä. Sen sijaan 52 % vastaajista (13) ei pidä sitä moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavana tekijänä. (Kuvio 6.)

Lisäksi haastatteluista ilmeni, että asiakkaan haluttomuus voi myös estää moniammatillista yhteistyötä, jos asiakas ei anna lupaa tehdä yhteistyötä toisten ammattilaisten kanssa. Moniammatillinen yhteistyö ei ole aina helppoa, koska perhe ei välttämättä halua apua leimaantumisen pelossa.

5.3 Moniammatillinen terveydenhoitotyö äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä

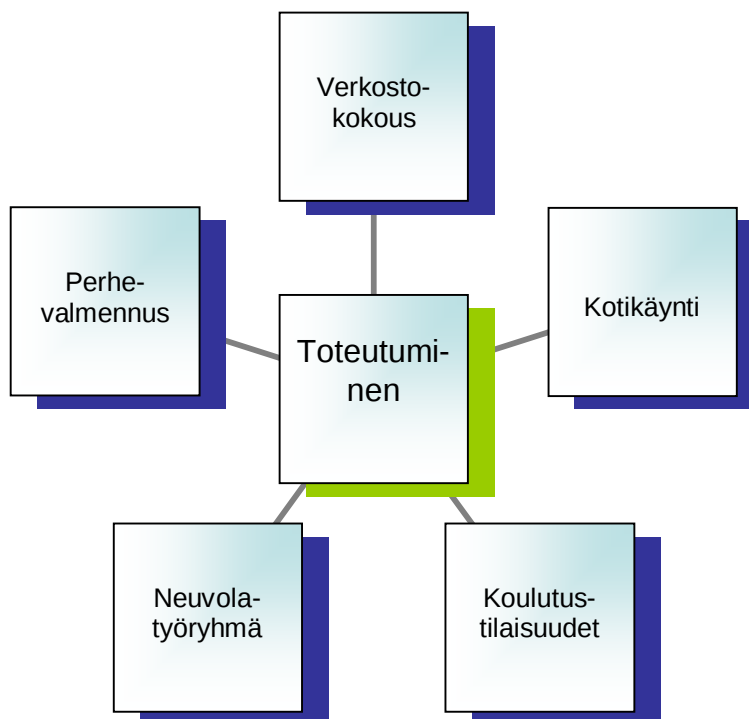
Haastateltavat kertoivat moniammatillisen yhteistyön toteutuvan muun muassa kysymällä ohjeita toiselta ammattilaiselta ja neuvomalla toista ammattilaista sekä ohjaamalla asiakas eteenpäin, jos itse ei osaa hoitaa kyseistä asiaa. Yhteys toiseen ammattilaiseen otetaan soittamalla tai lähettämällä viesti potilastietojärjestelmä Effican kautta. Neuvoa kysytään myös ohimennen, kun tavataan toinen ammattilainen. Effican kautta voidaan laittaa myös lähetteitä. Niistä saatavien palautteiden kautta saadaan tietoa siitä, mihin pitää jatkossa

kiinnittää huomiota. Lähetteen laittaja saa tietoa jatkosuunnitelmista ja siitä, miten asian eteen toimitaan. Lisäksi haastatteluissa nostettiin terveydenhoitajan ja lääkärin väliseksi yhteistyömuodoksi kirjaaminen.



KUVIO 7. Terveydenhoitaja työskentelee eri alan asiantuntijan ja asiakkaan kanssa samassa tilassa yhtä aikaa (n=25).

Kyselyn vastaajista 68 % (17) toteuttaa moniammatillista yhteistyötä työskentelemällä eri alan asiantuntijan ja asiakkaan kanssa yhtä aikaa samassa tilassa kerran kuukaudessa tai harvemmin. Yksi vastaajista ei toteuta moniammatillista yhteistyötä tällä tavalla. Vastaajista 12 % (3) työskenteli yhtä aikaa eri alan asiantuntijan ja asiakkaan kanssa samassa tilassa vähintään kerran viikossa (Kuvio 7.). Haastatteluissa nousi esiin, että kaikki asiantuntijat tekevät eri työpisteissä töitä.



KUVIO 8. Moniammatillisen yhteistyön toteutumismuodot.

Moniammatillisen yhteistyön toteutumismuotoja ovat verkostokokous, kotikäynti, koulutustilaisuudet, neuvolatyöryhmä ja perhevalmennus (Kuvio 8.). Verkostokokouksissa verkoston kokoaminen lähtee yleensä neuvolasta, terveyskeskuksen lääkäriltä tai sosiaalityön puolelta. Verkostopalaveriihin vaaditaan aina asiakkaan suostumus. Terveystenhoitaja osallistuu verkostopalaveriihin mahdollisuuksiensa mukaan. Kyselyyn vastanneista 12 % (3) ei ole koskaan osallistunut verkostopalaveriin, jossa olisi ollut läsnä asiakas ja muita asiakkaan kanssa toimineita eri alan asiantuntijoita. Vastaajista 36 % (9) on osallistunut tällaiseen kokoukseen useammin kuin kolme kertaa vuodessa (Liite 11).

Haastatteluista kävi ilmi, että äitiysneuvolan terveydenhoitaja on tehnyt perhetyön työntekijän kanssa lasta odottavan perheen luokse kotikäyntejä, jonka mukaan on suunniteltu mahdolliset jatkokäynnit vauvan synnyttyä. Yhteisen kotikäynnin jälkeen äidin on helpompi ottaa yhteyttä perhetyöhön tarvittaessa. Vaikka yhteiset kotikäynnit perhetyön kanssa ovat ihanteellisia ja tärkeäksi koettuja, niiden suunnitteleminen ja toteutuminen on harvinaista. Yhtei-

set kotikäynnit vievät aikaa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat ovat tehneet myös yhdessä kotikäyntejä ensikodille, jonka jälkeen lastenneuvolan terveydenhoitaja on jatkanut perheen kanssa työskentelyä.

Koulutustilaisuudet ovat yksi osa moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Haastatteluista ilmeni, että Rovaniemen alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat osallistuvat vuosittain koulutustilaisuuksiin, jotka järjestetään yhteisesti erikoissairaanhoidon kanssa. Koulutuksissa opitaan tuntemaan eri ammattilaisia, käydään asioita läpi ja sovitaan yhteisistä pelisäännöistä.

Napero-hanke on kehittänyt perhevalmennusta, jota on toteutettu moniammatillisena yhteistyönä perhetyön kanssa. Resurssipulan takia yhteistyökumppani on vetäytynyt pois perhevalmennuksista. Perhevalmennuksessa lastenvalvoja pitää informaatiotilaisuuden. Lisäksi lapsen synnyttyä vanhempainryhmässä käy vierailemassa hammashoitaja, päivähoidon ja perheneuvolan työntekijä.

Myös neuvolatyöryhmä nostettiin haastatteluissa yhdeksi moniammatillisen yhteistyön toteutumismuodoksi. Jos neuvolassa herää huoli, kysytään asiakkaalta lupa asian esiintuomiseen ryhmässä. Neuvolatyöryhmässä eri alojen asiantuntijat keskusteleval ja miettivät yhdessä parhaita etenemistapoja ja auttamiskeinoja. Neuvolatyöryhmällä on kokouksia noin parin kuukauden välein. Neuvolatyöryhmään kuuluvat terveydenhoitajien lisäksi kiertävät erityislastentarhanopettajat, puheterapeutti, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, neuvolalääkäri, lastensuojelutyöntekijät, kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö, ennaltaehkäisevän perhetyön työntekijät, lastenvalvojat ja erityislastentarhanopettajat. Haastatteluissa nostettiin esiin, että neuvolatyöryhmän perusajatus on mennyt ehkä väärään suuntaan, koska nykyään ryhmässä esitellään, mitä on jo tehty asian hyväksi. Terveydenhoitaja myös usein selvittää asiat itse nopeammin ottamalla itse yhteyttä toiseen ammattilaiseen ennen työryhmää, koska neuvolatyöryhmiä ei ole tarpeeksi tiheästi.

TAULUKKO 2. Terveystenhoitajien yhteistyö eri alan ammattilaisten kanssa.

	Ei kos- kaan	Harvem- min kuin kerran kuukau- dessa	1-3 ker- taa kuu- kaudes- sa	1-3 ker- taa vii- kossa	Use- ammin kuin kolme kertaa viikos- sa	Vas- taus- pro- sentti
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Terveyskeskuslääkäri	-	-	24 (6)	68 (17)	8 (2)	100 (25)
Ravitsemusterapeutti	36 (9)	64 (16)	-	-	-	100 (25)
Puheterapeutti	4 (1)	60 (15)	36 (9)	-	-	100 (25)
Psykologi	16 (4)	76 (19)	8 (2)	-	-	100 (25)
Toimintaterapeutti	16 (4)	56 (14)	28 (7)	-	-	100 (25)
Fysioterapeutti	8 (2)	64 (16)	28 (7)	-	-	100 (25)
Kouluterveydenhuollon henkilöstö	14 (3)	48 (10)	19 (4)	14 (3)	5 (1)	84 (21)
Hammashuollon henkilöstö	16 (4)	76 (19)	8 (2)	-	-	100 (25)
Lastenlääkäri	8 (2)	72 (18)	4 (1)	16 (4)	-	100 (25)
Gynekologi	40 (10)	56 (14)	4 (1)	-	-	100 (25)
Muu erikoislääkäri	32 (8)	64 (16)	4 (1)	-	-	100 (25)
Päivähoidon henkilöstö	8 (2)	40 (10)	52 (13)	-	-	100 (25)
Sosiaalityön henkilöstö	-	56 (14)	44 (11)	-	-	100 (25)
Koulutoimen henkilöstö	29 (7)	33 (8)	17 (4)	21 (5)	-	96 (24)
Kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö	8 (2)	76 (19)	16 (4)	-	-	100 (25)
Seurakunnan työntekijät	63 (15)	38 (9)	-	-	-	96 (24)
Poliisitoimen henkilöstö	84 (21)	16 (4)	-	-	-	100 (25)
Mielenterveyspalveluhenki- löstö	12 (3)	88 (22)	-	-	-	100 (25)
Päihdepalveluhenkilöstö	32 (8)	64 (16)	4 (1)	-	-	100 (25)
Perhetyöntekijä	4 (1)	67 (16)	29 (7)	-	-	96 (24)
Muu erityistyöntekijä	42 (8)	58 (11)	-	-	-	76 (19)
Kotipalveluhenkilöstö	39 (9)	57 (13)	-	-	4 (1)	92 (23)

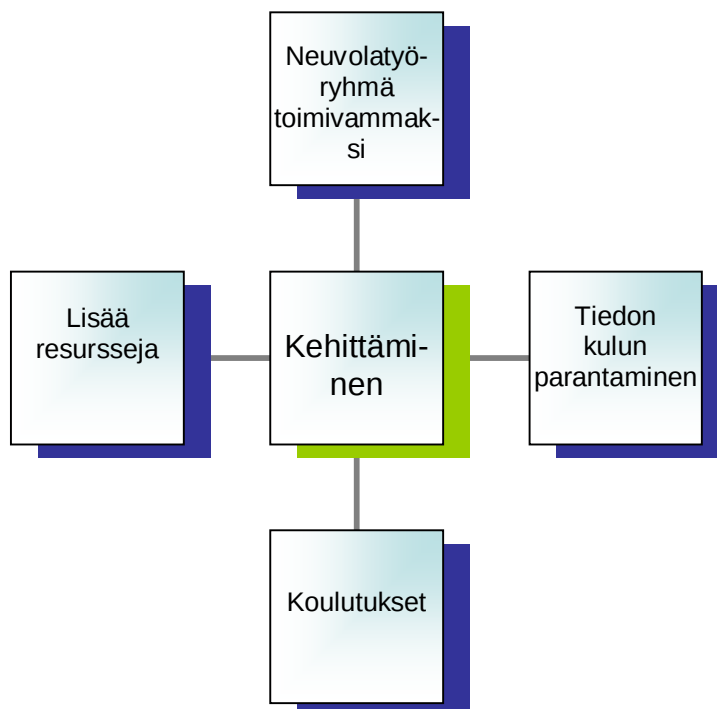
Kyselyllä selvitimme myös, kenen kanssa terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä ja kuinka paljon (Taulukko 2.). Eniten yhteistyötä tehdään terveystes-

kuslääkärin kanssa. Terveystenhoitajista 68 % (17) tekee hänen kanssaan yhteistyötä 1-3 kertaa viikossa. Päivähoidon henkilöstön kanssa 52 % (13) terveydenhoitajista tekee yhteistyötä 1-3 kertaa kuukaudessa.

Vähiten yhteistyötä tehdään ravitsemusterapeutin, seurakunnan työntekijöiden, poliisitoimen henkilöstön, mielenterveyspalveluhenkilöstön kanssa, päihdepalveluhenkilöstön ja kotipalveluhenkilöstön kanssa. Ravitsemusterapeutin kanssa ei tee koskaan yhteistyötä 36 % (9) vastaajista ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa yhteistyötä tekee 64 % (16) vastaajista. Seurakunnan työntekijöiden kanssa tekee yhteistyötä harvemmin kuin kerran kuukaudessa 38 % (9) kysymykseen vastanneista ja 63 % (15) vastaajista ei tee seurakunnan henkilöstön kanssa yhteistyötä koskaan (n=24). Poliisitoimen henkilöstön kanssa ei tee koskaan yhteistyötä 84 % (21) vastaajista. Yhteistyötä poliisitoimen henkilöstön kanssa tekee harvemmin kuin kerran kuukaudessa 16 % (4) kysymykseen vastanneista. Mielenterveyspalveluhenkilöstön kanssa yhteistyötä tekee harvemmin kuin kerran kuukaudessa vastaajista 88 % (22) ja 12 % (3) ei tee heidän kanssa yhteistyötä koskaan. Päihdepalveluhenkilöstön kanssa yhteistyöstä tekee harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai ei koskaan 96 % (24) vastaajista. Kotipalveluhenkilöstön kanssa yhteistyötä tekee harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai ei koskaan 96 % (22) kysymykseen vastanneista.

Haastatteluista kävi ilmi, että Rovaniemellä tilanne kaikkien yhteistyötahojen saatavuuden suhteen ei ole hyvä, mutta saatavilla olevia resursseja käytetään. Esimerkiksi äitien masennusseulaa ei voida ottaa rutiinikäyttöön, koska ei ole paikkaa, minne ohjata, jos avun tarvetta ilmenee. Mielenterveyspuolelta on kuitenkin annettu neuvoloihin numeroita, joihin voi soittaa kriisitilanteissa. Haastateltavien mukaan yhteistyötahoja on kaikesta huolimatta sen verran, että asioita voi viedä eteenpäin ja yhteistyötä pidetään toimivana. Erityisesti terveydenhoitajat kertovat tiedon kulun toimivan hyvin Lapin keskussairaalan kanssa. Äitiysneuvolan terveydenhoitajien tärkeä yhteistyökumppani on keskussairaalan äitiyspoliklinikka, johon terveydenhoitaja voi ottaa yhteyttä puhelimitse tai lähetekonsultaation kautta. Terveystenhoitajilla on myös mahdollisuus lähettää asiakas äitiyspoliklinikalle suoraan ilman lääkärinä tai äitiyspoliklinikan konsultaatiota. Lisäksi esimerkiksi päiväkodeista otetaan usein yhteyttä neuvoloihin, jos lapsella on havaittu ongelmia jollain osa-

alueella. Päiväkodeissa tehdään lisäksi kehitysarvioita 3-5-vuotiaille, jotka annetaan neuvolaan.

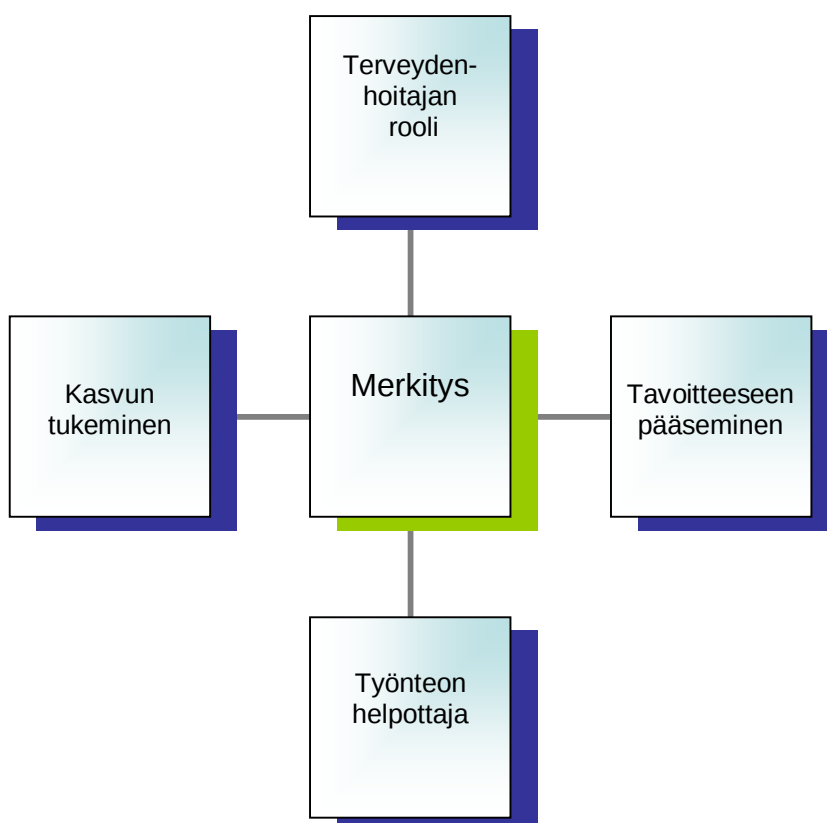


KUVIO 9. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen.

Haastattelussa nousi esiin, että moniammatillista yhteistyötä pitäisi kehittää kiinnittämällä huomiota tiedon kulun parantamiseen, koulutuksiin, resursseihin ja neuvolatyöryhmän toimintaan (Kuvio 9.). Tieto kulkisi paremmin, jos neuvolasta olisi mahdollista laittaa lähetteitä kasvatus- ja perheneuvolaan, josta tulisi viesti takaisin asian ollessa hoidossa. Sosiaalityönpuolella voitaisiin kysyä neuvolan asiakkailta, saako heidän tietojaan antaa neuvolaan. Osa haastateltavista toivoi, että koulutustilaisuuksia järjestettäisiin tiheämmin, ja koulutuspäiville kutsuttaisiin eri ammattikuntia. Neuvoloihin toivotaan lisää resursseja ja konsultaatiomahdollisuuksia tulisi olla neuvoloissa paremmin. Erityisesti psykologin palveluja toivottaisiin helpommin saataviksi. Jos olisi enemmän aikaa ja voimavaroja, työn ohessa voisi kehittää enemmän moniammatillista yhteistyötä. Neuvolatyöryhmän toimintaa voisi kehittää ottamalla perhe mukaan yhteisiin tapaamisiin ja suunnittelemalla tarkemmin, kenen työntekijöistä olisi tarpeellista osallistua neuvolatyöryhmään. Neuvolatyöryhmän pitäisi olla luontevammin arjessa tiheämpinä kokouksina.

5.4 Moniammatillisen yhteistyön merkitys Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille

Kyselyssä ilmeni, että terveydenhoitajista 96 % (24) oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Yksi vastaajista ei pidä sitä tärkeänä. Vastaajista 80 % (20) ajatteli, että moniammatillinen yhteistyö ei ole rasite terveydenhoitajan työssä. 16 % kyselyyn vastanneista (4) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä.



Kuvio 10. Moniammatillisen yhteistyön merkitys neuvolassa.

Myös haastattelujen pohjalta nousi esiin, että moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Olemme jakaneet moniammatillisen yhteistyön merkityksen terveydenhoitajan rooliin, tavoitteeseen pääsemiseen, työnteon helpottamiseen ja kasvun tukemiseen (Kuvio 10.). Sitä pidetään tärkeänä, koska on tärkeää selvittää, mistä asiakkaan ongelma johtuu ja löytää taho, joka osaa auttaa asiakasta. Moniammatillisen yhteistyön avulla terveydenhoitaja saa itselleenkin lisää ammattitaitoa ja tietoa.

”...hakkee ittele sitä ammattitaitoa ja tietoa, että miten tässä tilanteessa kannattaa toimia.”

Haastatteluista tuli ilmi, että terveydenhoitajat kokevat oman roolinsa moniammatillisessa ryhmässä melko suureksi. Terveydenhoitaja huomioi, havainnoi, tutkii ja arvioi asiakkaan tilannetta ja yrittää ohjata asiakasta eteenpäin. Terveydenhoitajan on tärkeää miettiä, herääkö asiakkaan kohdalla huoli jostain ja tuleeko intuitiota siitä, ettei kaikki ole kunnossa. Jos huoli herää, halutaan saada toisen eri alan ammattilaisen näkökulma asiasta. Esimerkiksi äitiysneuvolassa terveydenhoitajat näkevät olevansa avainasemassa moniammatillisessa yhteistyössä, koska he yrittävät avata äitien silmiä avun tarpeelle, herättää äiti mieltämään avun tarve ja hyväksymään se.

”...sillähän on tosiaan tosi iso rooli (terveydenhoitajan työnkuvalla)...mun tehtävänä on...huomioija ja havainnoija, tutkia, arvioida ja sitten jos mie löydän jotaki...huolestuttavaa tai poikkeavaa niin silloinhan on hyvä ku löytyy se joku taho mistä se lapsi saa sen avun...”

Myös lastenneuvolatyössä moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Terveydenhoitajan ja lasten tapaamiset ovat yleensä rauhallisia ja lapsi pärjää hyvin. Neuvolassa on vähän aikaa kattavaan arvioon lapsesta, eivätkä ongelmat aina tule ilmi neuvolassa. Päivähoidossa on enemmän aikaa arvioida lapsen kehitystä kuin terveydenhoitajan vastaanotolla. Jos lapsen ongelmat ilmenevät sosiaalisella puolella, päivähoidossa on helpompi havaita ne. Terveydenhoitajat saavat erityislasterhanopettajilta arvokasta tietoa siitä, miten lapsi käyttäytyy arjessa ja toisessa ympäristössä.

Haastateltavien mukaan moniammatillisella yhteistyöllä on suuri merkitys, koska se helpottaa omaa työntekoa laajalla ja haasteellisella alalla. Terveydenhoitajilla ei ole kaikkeen ammattitaitoa eikä omat resurssit, voimat, tiedot ja taidot aina riitä. Tämän vuoksi tarvitaan yhteistyökumppania, jonka puoleen voi kääntyä ja joka helpottaa huolta ja jakaa vastuuta. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan myös turvaa omalle työlle. Haastateltavat kokevat, että jokainen tekee omalla tahollaan arvokasta työtä ja eri ammattilaisilla on eri osaamista eri määriä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa asioiden eteenpäin viemisen, kaikkea ei vain ”jätetä hautumaan”. Kun yhdessä pohdi-

taan, mikä olisi parasta perheelle, ei kukaan jää yksin miettimään ja vastuuseen perheestä.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten arviointia

Nykyään terveydenhoitotyössä kohdataan yhä enemmän erilaisia ongelmia ja haasteita, jotka vaikuttavat myös perheiden hyvinvointiin. Kuitenkaan mikään ammattiryhmä ei yksin voi vastata näihin haasteisiin, vaan siihen tarvitaan ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehdä monella eri tasolla ja käsite voi tarkoittaa jokaiselle erilaista yhteistyötä. Tärkeintä kuitenkin olisi, että yhteistyö toimisi ja lisäisi perheiden hyvinvointia.

Moniammatillinen yhteistyö nähdään usein ratkaisukeinona jo syntyneisiin ongelmiin. Haastatteluista nousi esiin, että moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään silloin, kun eteen on tullut ongelmia, joita ei yksin voi ratkaista. Tämä on tullut esiin aiemmissakin tutkimuksissa (Sirviö 2006, 88). Mietimme, kannattaisiko panostaa terveyden edistämiseen perheiden hyväksi tekemällä yhteistyötä jo ennen kuin ongelmia ilmenee. Ongelmien ennaltaehkäisy ei vain helpottaisi perheiden arkea vaan tulisi varmasti myös taloudellisemmaksi kuin ongelmien hoitaminen. Toisaalta asiakas ei aina välttämättä tarvitse moniammatillisen yhteistyön tuomaa tukea, joten terveydenhoitajan tulisi arvioida moniammatillisen yhteistyön tarvetta asiakkaan kohdalla.

Moniammatillista yhteistyötä edistää tiedon kulkeminen, toimijoiden läheisyys, toimiva ilmapiiri ja järjestelmä sekä tukea antava neuvolatyöryhmä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa toimijoiden fyysinen läheisyys on koettu edistävän moniammatillista yhteistyötä (Laaninen – Lukka 2008, 16). Toisaalta Whiten ja Featherstonen mukaan palvelujen yhteinen sijainti ei välttämättä johda suoraan parempaan kommunikaatioon eri ammattikuntien välillä. Heidän mukaan tulisi sen sijaan kiinnittää huomiota eri ammattikuntien kommunikointityyleihin, jotka ylläpitävät vanhoja toimintatapoja ja vahvistavat ammattikuntien välisiä rajoja. (White – Featherstone 2004, 207, 215.)

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että hierarkkisuus, avoimuuden ja moniammatillisen yhteistyön arvostamisen puute eivät haittaa moniammatillista yhteistyötä. Tutkimustuloksissa ilmeni, että salassapitovelvollisuus kuitenkin haittaa moniammatillista yhteistyötä terveydenhoitajien mielestä. Myös Isoherrasen (2005, 80) mukaan työntekijät voivat kokea, ettei

heillä ole lupa keskustella asioista tietosuoja- ja salassapitovelvollisuuden vuoksi. Neuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän ehdotuksen mukaan tietosuojakysymyksiä tulisi selkeyttää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 20).

Tieto kulkisi paremmin, jos sosiaalityön puolella voitaisiin kysyä neuvolan asiakkailta, saako heidän tietojaan antaa neuvolaan. Olisi hyvä, jos neuvolasta olisi mahdollista laittaa lähetteitä kasvatus- ja perheneuvolaan, josta tulisi viesti takaisin asian ollessa hoidossa.

Neuvolatyöryhmä koettiin moniammatillista yhteistyötä edistäväksi tekijäksi. Neuvolatyöryhmä on paikka, johon asioita voi viedä eteenpäin pohdittavaksi. Toisaalta neuvolatyöryhmiä pidetään liian harvoin ja kaikki eivät pääse paikalle sovittuun aikaan. Neuvolatyöryhmän tehtävänä on tehostaa lapsiperheiden palveluiden ohjausta ja seurantaa sekä järjestää jatkotutkimuksia ja varhaiskuntoutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3). Neuvolatyöryhmän toiminta on mennyt ehkä väärään suuntaan, koska nykyään ryhmässä esitellään, mitä on jo tehty asian hyväksi. Meidän mielestämme neuvolatyöryhmän tämän hetkinen toimintatapa ei palvele äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaita, koska se ei esimerkiksi nopeuta asioiden käsittelyä. Toisaalta voi olla hyödyllistä kuunnella toisten esityksiä siitä, miten he ovat asiakasta auttaneet.

Terveystieteiden mielestä neuvolatyöryhmän toimintaa voisi kehittää ottamalla perhe mukaan yhteisiin tapaamisiin ja suunnittelemalla tarkemmin, kenen työntekijöistä olisi tarpeellista osallistua neuvolatyöryhmään. Tämä helpottaisi perheen mukaantuloa. Meidän mielestämme tämä mahdollistaisi paremmin myös sen, että asiakas nähtäisiin oman elämänsä asiantuntijana, yhtenä asiantuntijoista. Uskomme, että työ neuvolatyöryhmässä olisi tällöin lisäksi ehkä taloudellisempaa, avoimempaa ja luotettavampaa kuin neuvolatyöryhmässä, jossa ei ole asiakasta mukana. Myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – oppaassa suositellaan perheen osallistumista neuvolatyöryhmän tapaamisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 41).

Osa haastateltavista toivoi, että koulutustilaisuuksia järjestettäisiin tiheämmin ja koulutuspäiville kutsuttaisiin eri ammattikuntia. Koulutuksissa opitaan tuntemaan eri ammattilaisia, käydään asioita läpi ja sovitaan yhteisistä pelisäännöistä. Sirviön mukaan yhteistyön kehittymisen kannalta on olennaista vah-

vistaa teoreettista perustaa yhteistyöstä ja sen merkityksestä asiantuntijuiden kehittämisessä (Sirviö 2006, 138).

Moniammatillinen yhteistyö on vaikeaa, jos ei tiedä kenen kanssa tehdä yhteistyötä asiakkaan hyväksi. Työntekijöiden vaihtuvuus lisää epätietoisuutta. Työntekijöiden vaihtuvuutta pidettiin hankaloittavana tekijänä erityisesti kasvatus- ja perheneuvolassa sekä työparin, lääkärin, vaihtuessa. Työntekijöiden vaihtuvuus haittaavana tekijänä neuvolatyössä on tullut ilmi aikaisemmissakin tutkimuksissa (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 58).

Neuvoloihin toivotaan lisää resursseja, mikä helpottaisi moniammatillista yhteistyötä. Terveystenhoitajat kokivat ylikuormittumista työssään. Neuvoloissa tulisi olla paremmin myös konsultaatiomahdollisuuksia. Erityisesti psykologin, mielenterveystyön, puheterapeuttien, toimintaterapeuttien ja kasvatus- ja perheneuvolan palveluja toivottaisiin helpommin saataviksi.

Äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä moniammatillinen yhteistyö toteutuu muun muassa kysymällä ohjeita toiselta ammattilaiselta, neuvomalla toista ammattilaista ja ohjaamalla asiakas eteenpäin, jos terveydenhoitaja itse ei osaa hoitaa kyseistä asiaa. Yhteys toiseen ammattilaiseen otetaan soittamalla tai lähettämällä viesti potilastietojärjestelmä Effican kautta. Neuvoa kysytään myös ohimennen, kun tavataan toinen ammattilainen. On harvinaista, että terveydenhoitaja työskentelee yhdessä asiakkaan ja toisen eri alan asiantuntijan kanssa samassa tilassa. Toisaalta tällaista työskentelytapaa on käytetty esimerkiksi kun äitiysneuvolan terveydenhoitaja on tehnyt perhetyön työntekijän kanssa lasta odottavan perheen luokse kotikäyntejä. Tämä on hyödyllisyydestä huolimatta jäänyt harvinaiseksi. Perhevalmennusta on toteutettu moniammatillisena yhteistyönä perhetyön kanssa, kuitenkin resurssipulan takia yhteistyökuppani on vetäytynyt pois. Moniammatillista yhteistyötä on vähennetty ajan ja työntekijöiden puutteen vuoksi. Mielestämme tärkeintä moniammatillisessa yhteistyössä on joustavuus ja asiakkaan tarpeista lähteminen. Asiakkaan kohdalla olisi hyvä käyttää sitä moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen muotoa, joka asiakasta palvelee eniten.

Eniten yhteistyötä terveydenhoitajat tekevät terveyskeskuslääkärin ja päivähoidon henkilöstön kanssa. Vähiten yhteistyötä puolestaan tehdään ravitsemusterapeutin, seurakunnan työntekijöiden, poliisitoimen henkilöstön, mie-

lenterveyspalveluhenkilöstön, päihdepalveluhenkilöstön ja kotipalveluhenkilöstön kanssa. Mielenterveyspalveluhenkilöstön kanssa yhteistyötä tehdään harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai ei ollenkaan. Tämä oli meidän mielestämme yllättävää, koska mielenterveysongelmat ovat osa nykypäivää. Yllättävää oli myös se, että päihdepalveluhenkilöstön kanssa yhteistyö on hyvin vähäistä.

Moniammatillista yhteistyötä terveydenhoitajat pitivät tärkeänä, eikä sitä koettu rasitteeksi omalle työlle. Toisaalta aiemmassa tutkimuksessa sosiaali- ja terveysalan työntekijät kokivat yhteistyön lisärasitteeksi omalle työskentelylle, eikä sitä mielletty normaaliin toimenkuvaan kuuluvaksi (Sirviö 2006, 130). Tutkimustulosten mukaan moniammatillinen yhteistyö koettiin merkittäväksi, koska on tärkeää selvittää asiakkaan ongelman syy ja taustatekijät. Lisäksi on tärkeää löytää taho, joka osaa auttaa asiakasta ja saada tietoa esimerkiksi lapsen kehityksestä eri toimijoilta, kuten päivähoidon työntekijöiltä. Moniammatillisen yhteistyön avulla terveydenhoitaja saa itselleenkin lisää ammattitaitoa ja tietoa.

Lounais-Englannissa tehdyn projektin tulosten perusteella terveyden edistämistä voidaan kehittää parantamalla ammattien välistä oppimista. Tämä parantaisi kommunikointia eri ammattiryhmien välillä. (Annandale ym. 2000, 161–166.) Mielestämme Suomessa tämä voisi tapahtua jo koulutuksen aikana esimerkiksi järjestämällä enemmän yhteisiä luentoja ja tehtäviä sosiaali- ja terveysalalla opiskeleville. Rovaniemellä liikunnanohjaajat, fysioterapeutit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat opiskelevat samassa rakennuksessa, mutta yhteyksiä opiskelijoiden välille ei juuri muodostu. Tämä johtuu siitä, että ryhmät pidetään erillään toisistaan lähes koko koulutuksen ajan eikä yhteisiä luentoja järjestetä. Jos koulutuksen alusta asti opiskeltaisiin yhdessä asioita, kynnys valmistuneenakin ottaa yhteyttä toiseen ammattilaiseen, kertoa omia näkemyksiään ja pyytää toisen ammattilaisen näkökulmaa madaltuisi.

Tulevaisuudessa uusina opinnäytetyöaiheina voisi tutkia moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen, miten muut toimijat näkevät terveydenhoitajan roolin moniammatillisessa toiminnassa. Lisäksi voisi tutkia, miten terveydenhoitajien tai heidän yhteistyökumppaneidensa mielestä moniammatillista yhteistyö-

tä voitaisiin paremmin hyödyntää terveyden edistämisessä eikä vain ongelmien ratkaisussa. Myös moniammatillisen neuvolatyöryhmän toimintaa voisi mielestämme tutkia ja kehittää edelleen opinnäytetyönä.

6.2 Johtopäätökset

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää ja merkityksellistä ja sitä hyödynnetään ongelmia ratkaistaessa tai hoidettaessa. Moniammatillista yhteistyötä edistää tiedon kulkeminen, toimijoiden läheisyys, toimiva ilmapiiri ja järjestelmä sekä tukea antava neuvolatyöryhmä. Moniammatillista yhteistyötä ei näyttäisi vaikeuttavan tilaisuuden ja paikan puute jakaa tietoa eri ammattilaisten kanssa. Myöskään hierarkkisuus, avoimuuden puute ja moniammatillisen yhteistyön arvostamisen puute eivät vaikeuta moniammatillista yhteistyötä. Epäselvyys omasta roolista, omat vuorovaikutustaidot, epävarmuus työssä ja kokemus siitä, että toiset työntekijät eivät arvosta vastaajan asiantuntijuutta eivät ole myöskään moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä. Toisaalta terveydenhoitaja voi olla epävarma siitä, milloin ohjata asiakas eteenpäin ja arastella yhteydenottoa toiseen ammattilaiseen.

Salassapitovelvollisuus näyttäisi vaikeuttavan moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi moniammatillista yhteistyötä haittaavat ongelmat neuvolatyöryhmän toiminnassa, resurssipula, tiedonkulun ongelmat ja työntekijöiden vaihtuvuus. Asiakkaan haluttomuus voi myös estää moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisella yhteistyö toteutuu asiakkaan ohjaamisena eri alan asiantuntijalle ja konsultoisena puolin ja toisin. Verkostokokous, kotikäyntityö, koulutustilaisuudet, neuvolatyöryhmä ja perhevalmennus ovat myös moniammatillisen yhteistyön toteutumismuotoja. Terveydenhoitajat tekevät eniten yhteistyötä neuvolalääkäriin ja päivähoidon henkilöstön kanssa. Vähiten yhteistyötä tehdään ravitsemusterapeutin, seurakunnan työntekijöiden, poliisitoimen henkilöstön, mielenterveyspalveluhenkilöstön kanssa, päihdepalveluhenkilöstön ja kotipalveluhenkilöstön kanssa.

Äitiys- ja lastenneuvolassa käytetään saatavilla olevia resursseja, mutta tilanne kaikkien yhteistyötahojen saatavuuden suhteen ei ole hyvä. Aikojen on vaikea saada mielenterveystyönpuolelle, psykologille, toimintaterapeutille, puheterapeutille ja kasvatus- ja perheneuvolan puolelle. Moniammatillista

yhteistyötä pitäisi kehittää kiinnittämällä huomiota tiedon kulun parantamiseen, koulutuksiin, resursseihin ja neuvolatyöryhmän toimintaan.

6.3 Toimenpide-ehdotukset

Opinnäytetyömme aihe tuli Rovaniemen kaupungin ja Kehittyvä Napero II-hankkeen toivomuksesta kartoittaa muun muassa lapsiperheiden tukemiseksi tehtävää moniammatillista yhteistyötä Rovaniemellä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä äitiys- ja lastenneuvolassa kiinnittämällä huomiota tutkimustuloksissa ilmenneisiin moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtiin.

Ehdotamme, että Rovaniemellä pidettäisiin koulutusta sosiaali- ja terveysalan työntekijöille salassapitovelvollisuusasioiden selkeyttämiseksi. Sosiaalityön puolella voisi ottaa käytäntöön kysyä asiakkaalta lupa, saako tietoa asiakkaan tilanteesta antaa neuvolaan.

Moniammatillinen yhteistyö tulisi saada järjestelmälliseksi ja säännölliseksi. Ehdotamme, että perustettaisiin työryhmä, joka kehittäisi moniammatillista yhteistyötä. Neuvolatyöryhmää tulisi kehittää järjestämällä tapaamiset säännöllisesti esimerkiksi kahden viikon välein, ottamalla perhe mukaan yhteisiin tapaamisiin ja suunnittelemalla tarkemmin, kenen työntekijöistä olisi tarpeellista osallistua neuvolatyöryhmään. Ideoita neuvolatyöryhmän toimintaan voisi ottaa esimerkiksi Tampereen hyvinvointineuvolan säännöllisesti kokoontuvasta moniammatillisesta tiimistä, joka koostuu tietyllä alueella toimivista ammattihenkilöistä.

Ammattien välisen kommunikoinnin kannalta Rovaniemellä pitäisi järjestää ammattiin kouluttautumisen aikana yhteisiä luentoja ja tehtäviä sosiaali- ja terveysalalla opiskeleville.

6.4 Opinnäytetyö ammattitaidon syventäjänä

Ennen opinnäytetyötä emme tiedäneet juurikaan moniammatillisesta yhteistyöstä. Opinnäytetyön kautta olemme saaneet hyödyllistä tietoa eri ammattikuntien välisestä yhteistyöstä, jonka merkityksen uskomme kasvavan yhä enemmän tulevaisuudessa. Opinnäytetyö kuuluu yhtenä osana ammattikorkeakoulututkintoon johtavaan koulutukseen, mikä on antanut meille mahdolli-

suuden perehtyä alan kirjallisuuteen sekä kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen tekemiseen (Valtioneuvosto 2003).

Opinnäytetyöprosessin kautta opimme eri osaamisalueita, joita tarvitaan terveydenhoitotyössä. Opettelemalla hakemaan luotettavaa tietoa taito perustaa terveydenhoitotyö hoitotieteeseen asiakkaita ja heidän lähiverkostojaan hoitaessa vahvistui. Tutustuimme eri terveyden edistämisen ja kansanterveys-työn strategioihin ja ohjelmiin, joten meidän on luontevaa perustaa työmme niihin myös terveydenhoitajina. Kynnys osallistua terveydenhoitajana moniammatillisiin työryhmiin on tämän työn aikana madaltunut. Myös taito toimia yhteistyössä ja verkostoitua eri ammattilaisten kanssa hyvinvoinnin edistämiseksi on vahvistunut. (Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu 2006.)

Saimme kokemusta kyselyn laatimisesta ja haastattelusta. Haastattelua terveydenhoitaja käyttää myös työssään, siksi haastattelutaito on tärkeä taito terveydenhoitajalle. Laadullisen tutkimusotteen opettelu tukee muutenkin terveydenhoitajan työtä, koska siinä korostuu kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisyys. Tämä on tärkeää asiakasta kohdatessa.

Haastatteluissa ilmeni, että terveydenhoitajan rooli moniammatillisessa työskentelyssä on merkittävä. Tämän takia aihe on ollut meille antoisa. Kirjallisuuden ja tutkimustulosten kautta eri tekijöiden merkitys moniammatillisessa yhteistyössä on selkeytynyt. Viitekehystä tehdessä huomasimme, että vuorovaikutus korostuu moniammatillisessa yhteistyössä. Myös meidän mielettämme se on tärkeä osa moniammatillista yhteistyötä. Opinnäytetyöprosessin kautta on kirkastunut ajatus siitä, että tulevaisuudessa työskennellessämme terveydenhoitajana moniammatillinen yhteistyö on tärkeä voimavara työssämme. Toiselta ammattilaiselta voi pyytää mielipidettä ja neuvoja tarvittaessa, sillä *”...kaikessa ei tarvi olla haka...”*.

LÄHTEET:

- Annandale, Stephen J. - McCann, Sheila - Nattrass, Howard - De Bere, Sam Regan - Williams, Stuart - Evans, David 2000. Achieving health improvements through interprofessional learning in south west England. Journal Of Interprofessional Care, VOL. 14, NO. 2, 2000, 161 - 174.
- Gynther, Johanna 2009. Rovaniemen kaupungin terveysneuvonnan osastonhoitajan sähköpostiviesti koskien terveydenhoitajien työnkuvia. Luettu 9.3.2009.
- Haarala, Päivi – Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveydenhoitaja ammattina. – Teoksessa Terveydenhoitajan osaaminen (toim. Haarala, Päivi – Honkanen, Hilikka – Mellin, Oili-Katriina, Tervaskanto-Mäentausta, Tiina) 13–40. Edita, Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana - Pelkonen, Riikka 2006. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Lapin läänissä. Lapin lääninhallitus, Rovaniemi. Osoitteessa: [http://www.intermin.fi/lh/biblio.nsf/87FDAEA904D90030C2257233002FE601/\\$file/Lapin_raportti.pdf](http://www.intermin.fi/lh/biblio.nsf/87FDAEA904D90030C2257233002FE601/$file/Lapin_raportti.pdf). Luettu 3.12.2008.
- Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. 3. uud. painos. Edita, Helsinki.
- Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. uud. painos. Edita, Helsinki.
- Henttunen, Jenni – Jussi, Raisa – Lasanen, Petra 2007. Rovaniemen perhepalvelukeskus - Lapsiperheiden parhaaksi – yhdessä toimien. Opinnäytetyö Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 6. uud. laitos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita.13.–14. osin uud. painos. Tammi, Keuruu.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita.13.–14. osin uud. painos. Tammi, Keuruu.
- Honkanen, Hilikka 2008. Lasta odottava ja alle kouluikäisen lapsen perhe terveydenhoitajan asiakkaana. – Teoksessa Terveydenhoitajan osaaminen (toim. Haarala, Päivi – Honkanen, Hilikka – Mellin, Oili-Katriina, Tervaskanto-Mäentausta, Tiina) 274–338. Edita, Helsinki.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Vantaa.
- Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki.
- Kananen, Jorma 2008. Kvali: Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.

- Kangaspunta, Riitta – Kilkku, Nina – Kaltiala-Heino, Riittakerttu – Punamäki, Raija-Leena 2005. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola – projektin loppuraportti 2002 – 2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2005. Osoitteessa <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=389&GUID={F7A5862B-CABE-45A2-A80A-FE8F81E5F105}>. Luettu 12.10.2009
- Karvonen, Teija 2007. Napero-hanke. Perhepalvelumallien kehittäminen perustyöhön 1.8.2006 – 31.10.2007. Loppuraportti. Osoitteessa: <http://www.rovaniemi.fi/includes/loader.aspx?id=f51860f3-e900-4dd7-ba63-4d369244b93b>. Luettu 10.9.2009.
- Kehittyvä Napero 2008a. Kehittyvä Napero II – hankesuunnitelma 2008-2009. Osoitteessa: <http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=781312a7-459d-47c2-9751-88f7bdf992e3>. Luettu 19.8.2009.
- Kehittyvä Napero 2008b. Esittely Kehittyvä Napero II –hankkeesta osoitteessa <http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;348;31540;137784;59380;129015;129019;129037&field=FileAttachment&version=1>. Luettu 22.8.2008.
- Kihlman, Eila 2005. Sirpaleista kokonaisuudeksi moniasiantuntijuuden avulla. – teoksessa Voimaa perhetyöhön (toim. Mikko Reijonen), 93–117. PS-kustannus, Keuruu.
- Laaninen, Katri – Lukka, Kirsi 2008. Kontulan vauvaperhehanke. Varhaisen tuen hanke 2005–2007. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2008:5. Osoitteessa http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/61710d004a176e1e94a6fc3d8d1d4668/2008_5_kontulan_vauvaperhehanke.pdf?MOD=AJPERES. Luettu 25.8.2009.
- Lindholm, Marja 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. – Teoksessa Neuvolatyön käsikirja (toim. Armanto, Annukka – Koistinen, Paula), 19–25. Tammi, Helsinki.
- Metsämuuronen, Jari 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Metodologia –sarja 5. International Methelp Ky, Helsinki.
- Metsämuuronen, Jari 2001. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. Metodologia – sarja 7. International Methelp Ky, Helsinki.
- Metsämuuronen Jari 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky, Jyväskylä.
- Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp Ky, Helsinki.

- Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus – Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka (toim. Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri), 215–221. WSOY, Juva.
- Payne, Malcolm 2000. Teamwork in Multiprofessional Care. Macmillan Press, London.
- Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu 2006. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Osoitteessa <http://www.ncp.fi/ects/materiaali/Terveystenhoitajan%20kompetenssit%20042006.pdf>. Luettu 9.10.2009.
- Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2006. Opinnäytetyöopas. Osoitteessa <http://www.ramk.fi/?deptid=9045>. Luettu 10.9.2009.
- Rovaniemen kaupunki 2007. Kehittyvä Napero – Perhepalveluhanke-esite.
- Rovaniemen kaupunki 2008a. Kaupunkistrategia. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/includes/loader.aspx?id=dcae8985-d29c-4ce4-8d33-1d3ada0b67c4>. Luettu 10.9.2009.
- Rovaniemen kaupunki 2008b. Kehittyvä Napero II -hanke. Osoitteessa http://www.rovaniemi.fi/suomeksi/Palveluhakemisto/Perhe_ja_sosiaalipalvelut/Perhepalvelukeskus/Naperohanke.iw3. Luettu 19.8.2009
- Rovaniemen kaupunki 2008c. Neuvolat. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/?deptid=15826>. Luettu 18.8.2009
- Seikkula, Jaakko – Arnkil, Tom Erik 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammi, Helsinki.
- Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Väitöskirja Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteiden laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Osoitteessa <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>. Luettu 25.3.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio - Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Osoitteessa http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/neuvola/trm03_7.pdf. Luettu 23.3.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Osoitteessa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/10/pr1098955086116/passthru.pdf>. Luettu 1.12.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008: 6. Osoitteessa: http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063225#fi. Luettu 10.9.2009.

Taajamo, Terhi – Soine-Rajanummi, Seppo – Järvinen, Ritva 2005. Kehittykö moniammatillisuus? Raportti Päijät-Hämeen hyvinvointineuvolahankkeen kehittämistyöstä. Osoitteessa http://verso.palmenia.helsinki.fi/Toimintakertomus_2008.20.3.09doc.pdf. Luettu 12.10.2009

Tampereen kaupunki 2007. Hyvinvointineuvola – toimintamalli Tampereella 2007. Osoitteessa <http://www.tampere.fi/tiedostot/5t8WtOegp/Hyvinvointineuvola-toimintamalli.pdf>. Luettu 9.10.2009.

Terveystenhoitaja-liitto 2008. Terveystenhoitaja. Osoitteessa: <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl/terveydenhoitaja>. Luettu 18.8.2009.

Tirroniemi, Kristiina 2008. Perhevalmennuksen kehittämisarviointi Napero-hankkeessa. Opinnäytetyö Rovaniemen ammattikorkeakoulu.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4.painos. Tammi, Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Osoitteessa <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>. Luettu 10.9.2009.

Valtioneuvosto 2003. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=opinn%C3%A4ytety%C3%B6> 6. Luettu 11.9.2009.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi, Vammala.

Viitala, Riitta – Kekkonen, Marjatta – Paavola, Auli 2008. Perhekeskustoiminnan kehittäminen – PERHE –hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Osoitteessa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/vk1203683225284/passthru.pdf>. Luettu 19.5.2008.

Vilén, Marika – Leppämäki, Päivi – Ekström, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. WSOY, Helsinki

- Viljamaa, Marja-Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna: vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- White, Sue – Featherstone, Brid 2004. Communicating misunderstandings: multi-agency work as social practice. Teoksessa *Child and Family Social Work* 2005, 207–216 Blackwell Publishing Limited.

LIITTEET

Toimeksiantosopimus liite 1

Tutkimuslupahakemus liite 2

Saatekirje kokouksessa olleille liite 3

Saatekirje kokouksesta poissaolleille liite 4

Kyselylomake liite 5

Haastattelurunko liite 6

KMO ja Bartlett's testi liite 7

Rotated Factor Matrix liite 8

**Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat työyhteisölähtöiset tekijät
liite 9**

**Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat työntekijälähtöiset tekijät liite
10**

Terveystenhoitajien osallistuminen verkostokokouksiin liite 11

Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä liite 12

Sisällönanalyysi kaavio liite 13

Liite 1

Liite 2

Liite 3

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU SAATE

Hyvinvointialojen kampus
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön sv. 22.1.2009

Arvoisa terveydenhoitaja

Opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa terveydenhoitajiksi Rovaniemen ammattikorkeakoulussa kolmatta vuotta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä moniammatillisesta yhteistyöstä äitiys- ja lastenneuvoloissa Rovaniemellä. Tutkimuksen toimeksiantajana on Rovaniemen kaupunki. Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitajien näkökulmasta. Vastaamalla kyselyyn annatte meille arvokasta tietoa opinnäytetyöhömme, jonka kautta moniammatillista yhteistyötä voitaisiin edelleen kehittää.

Toimitamme tämän kyselyn kaikille Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa työskenteleville terveydenhoitajille. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 5-15 minuuttia. Vastauksenne käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisina, eikä kenenkään vastaajan henkilöllisyys tule paljastumaan tutkimuksen missään vaiheessa.

Tutkimukseemme kuuluu myös toinen osa, jossa haastattelemme muutamia teistä terveydenhoitajista moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Jos suostutte haastateltavaksi, laittakaa nimenne ja neuvola, jossa työskentelette, tutkimuksen mukana jaettavaan paperiin. Haastattelu kestää 20–30 minuuttia. Toteutamme haastattelut helmi- ja maaliskuun aikana teille parhaiten sopivimmalla ajalla.

Kiitos vastauksistanne!

Aila Keränen
puh.
aila.keranen@edu.ramk.fi

Jenni Määttä
puh.
jenni.maatta@edu.ramk.fi

Liite 4

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU SAATE

Hyvinvointialojen kampus
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön sv. 22.1.2009

Arvoisa terveydenhoitaja

Opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa terveydenhoitajiksi Rovaniemen ammattikorkeakoulussa kolmatta vuotta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä moniammatillisesta yhteistyöstä äitiys- ja lastenneuvoloissa Rovaniemellä. Tutkimuksen toimeksiantajana on Rovaniemen kaupunki. Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitajien näkökulmasta. Vastaamalla kyselyyn annatte meille arvokasta tietoa opinnäytetyöhömme, jonka kautta moniammatillista yhteistyötä voitaisiin edelleen kehittää.

Toimitamme tämän kyselyn kaikille Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa työskenteleville terveydenhoitajille. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 5-15 minuuttia. Vastauksenne käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisina, eikä kenenkään vastaajan henkilöllisyys tule paljastumaan tutkimustuloksissa.

Pyydämme teitä lähettämään 9.2.2009 mennessä täytetyn kyselylomakkeen kirjekuoressa sisäisellä postilla Johanna Gyntherille laittamalla kuoreen merkinnän Johanna Gynther/Jenni Määttä ja Aila Keränen/Opinnäytetyö.

Tutkimukseemme kuuluu myös toinen osa, jossa haastattelemme muutamia teistä terveydenhoitajista moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Jos suostutte haastatteltavaksi, lähettäkää suostumuksenne sähköpostiimme. Haastattelu kestää 20–30 minuuttia. Toteutamme haastattelut helmi- ja maaliskuun aikana teille parhaiten sopivimmalla ajalla.

Jos Teillä herää jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte soittaa alla oleviin numeroihin. Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos vastauksistanne!

Aila Keränen
puh.
aila.keranen@edu.ramk.fi

Jenni Määttä
puh.
jenni.maatta@edu.ramk.fi

Liite 5

MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ KOSKEVA KYSELY

Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto.

1. Milloin valmistuitte terveydenhoitajaksi?

1. Ennen vuotta 1970
2. 1970–1979
3. 1980–1989
4. 1990–1999
5. 2000-

2. Montako vuotta olette työskennellyt terveydenhoitajana?

1. Yli 20 vuotta
2. 15–20 vuotta
3. 10–14 vuotta
4. 5–9 vuotta
5. 0–4 vuotta

3. Montako kertaa olette osallistunut moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviin koulutuksiin?

1. En kertaakaan
2. 1-2 kertaa
3. 3-4 kertaa
4. Useammin kuin neljä kertaa

Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto. Kysymyksiin ei ole oikeita eikä vääriä vastauksia. Vaihtoehtojen selitykset ovat: 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä.

4. Mielestäni moniammatillinen yhteistyö on tärkeää.

1 2 3 4 5

5. Koen, että moniammatillinen yhteistyö ei ole rasite terveydenhoitajan työssä.

1 2 3 4 5

6. Mielestäni toteutan moniammatillista yhteistyötä, kun ohjaan asiakkaan eri alan asiantuntijan luo.

1 2 3 4 5

7. Omassa työssäni moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa käytännössä sitä, että minun lisäkseni asiakkaan kanssa saman avun tarpeen vuoksi työskentelee eri toimipisteessä eri alan asiantuntija, jonka kanssa keskustelme asiakkaan tilanteesta yhdessä.

1 2 3 4 5

8. Mielestäni toteutan moniammatillista yhteistyötä, kun konsultoin, esimerkiksi kasvatusten, puhelimen tai sähköpostin välityksellä, eri alan asiantuntijaa.

1 2 3 4 5

Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto. Vaihtoehtojen selitykset: 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä.

9. Mielestäni omaan toimintaani moniammatillisessa yhteistyössä vaikeuttaa:

epävarmuuteni työssäni	1	2	3	4	5
vuorovaikutustaitoni	1	2	3	4	5
epäselvyys omasta roolistani	1	2	3	4	5
työpaikalla oleva "hierarkkisuus"	1	2	3	4	5
avoimuuden puute työyhteisössä	1	2	3	4	5
toiset työntekijät eivät arvosta asiantuntijuuttani	1	2	3	4	5
työyhteisössä ei arvosteta moniammatillista yhteistyötä	1	2	3	4	5
ei ole tilaisuutta eikä paikkaa					
jakaa tietoa eri asiantuntijoiden kanssa	1	2	3	4	5
salassapitovelvollisuus	1	2	3	4	5

10. Kuinka usein toteutat moniammatillista yhteistyötä työskentelemällä eri alan asiantuntijan ja asiakkaan kanssa yhtä aikaa samassa tilassa?

1. en koskaan
2. kerran kahdessa kuukaudessa tai harvemmin
3. kerran kuukaudessa tai harvemmin
4. kerran kahdessa viikossa tai harvemmin
5. viikoittain
6. enemmän kuin kerran viikossa

11. Kuinka usein olette keskimäärin osallistunut verkostopalaveriin, jossa on ollut läsnä asiakas sekä muita asiakkaan kanssa toimineita eri alan asiantuntijoita?

1. en ole osallistunut
2. kerran vuodessa
3. kaksi kertaa vuodessa
4. kolme kertaa vuodessa
5. useammin kuin kolme kertaa vuodessa

12. Laittakaa rasti sopivimpaan vaihtoehtoon. Kuinka paljon olette tehnyt yhteistyötä seuraavien tahojen kanssa?

	en koskaan	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	1 – 3 kertaa kuukaudessa	1 – 3 kertaa viikossa	useammin kuin kolme kertaa viikossa
1. terveystieteiden keskuslääkäri					
2. ravitsemusterapeutti					
3. puheterapeutti					
4. psykologi					
5. toimintaterapeutti					
6. fysioterapeutti					
7. kouluterveydenhuollon henkilöstö					
8. hammashuollon henkilöstö					
9. lastenlääkäri					
10. gynekologi					
11. muu erikoislääkäri					
12. päivähoitoon henkilöstö					
13. sosiaalityön henkilöstö					
14. koulutoimen henkilöstö					
15. kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö					
16. seurakunnan työntekijät					
17. poliisitoimen henkilöstö					
18. mielenterveyspalvelu henkilöstö					
19. päihdepalveluhenkilöstö					
20. perhetyöntekijä					
21. muu erityistyöntekijä					
22. kotipalveluhenkilöstö					
23. muu, mikä?					

Kiitos vastauksistanne!

Liite 6

Haastattelurunko

Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sinun mielestäsi?

Mitkä tekijät haittaavat sinun mielestäsi moniammatillista yhteistyötä?

Mitkä tekijät edistävät sinun mielestäsi moniammatillista yhteistyötä?

Miten toteutat moniammatillista yhteistyötä omassa työssäsi?

Miten moniammatillista yhteistyötä voitaisiin kehittää äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä?

Miksi lähdet terveydenhoitajana hakemaan yhteistyökumppania?

Mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee sinulle omassa työssäsi?

Liite 7

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			,741
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	106,789	
	df	36	
	Sig.	,000	

Total Variance Explained

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,213	46,816	46,816	3,103	34,479	34,479	2,896	32,174	32,174
2	1,424	15,818	62,634	1,857	20,635	55,113	1,621	18,014	50,187
3	1,138	12,648	75,282	,908	10,085	65,198	1,351	15,011	65,198
4	,857	9,528	84,810						
5	,473	5,255	90,064						
6	,338	3,755	93,820						
7	,278	3,091	96,911						
8	,147	1,633	98,544						
9	,131	1,456	100,000						

Extraction Method: Maximum Likelihood.

Liite 8

Rotated Factor Matrix^a

	Factor		
	1	2	3
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa työpaikalla oleva hierarkkisuus	,894		
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa avoimuuden puute työyhteisössä	,849		
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa koska toiset työntekijät eivät arvosta vastaajan asiantuntijuutta	,749	,430	
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa se, että työyhteistyössä ei arvosteta moniammatillista yhteistyötä	,648		,458
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa salassapitovelvollisuus	,376		
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa epävarmuus työssä	,425	,872	
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa omat vuorovaikutustaidot		,609	
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa tilaisuuden ja paikan puute jakaa tietoa eri asiantuntijoiden kanssa			,883
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa epäselvyys omasta roolista		,475	,496

Extraction Method: Maximum Likelihood.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,729	4

Työntekijälähtöiset tekijät

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,789	4

Työyhteisölähtöiset tekijät

Liite 9

MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ VAIKEUTTAVAT TYÖYHTEISÖ- LÄHTÖISET TEKIJÄT

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa työpaikalla oleva hierarkkisuus

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	13	52
Eri mieltä	8	32
Ei samaa eikä eri mieltä	1	4
Samaa mieltä	3	12
Yhteensä	25	100

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa avoimuuden puute työyhteisössä

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	11	44
Eri mieltä	8	32
Ei samaa eikä eri mieltä	1	4
Samaa mieltä	5	20
Yhteensä	25	100

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa se, että työyhteistyössä ei arvosteta moniammatillista yhteistyötä

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	15	60
Eri mieltä	6	24
Ei samaa eikä eri mieltä	3	12
Samaa mieltä	1	4
Yhteensä	25	100

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa salassapitovelvollisuus

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	4	16
Eri mieltä	3	12
Ei samaa eikä eri mieltä	8	32
Samaa mieltä	10	40
Yhteensä	25	100

Liite 10

MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ VAIKEUTTAVAT TYÖNTEKIJÄ-LÄHTÖISET TEKIJÄT

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa epävarmuus työssä

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	13	52
Eri mieltä	8	32
Ei samaa eikä eri mieltä	2	8
Samaa mieltä	2	8
Yhteensä	25	100

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa omat vuorovaikutustaidot

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	13	52
Eri mieltä	5	20
Ei samaa eikä eri mieltä	2	8
Samaa mieltä	3	12
Täysin samaa mieltä	2	8
Yhteensä	25	100

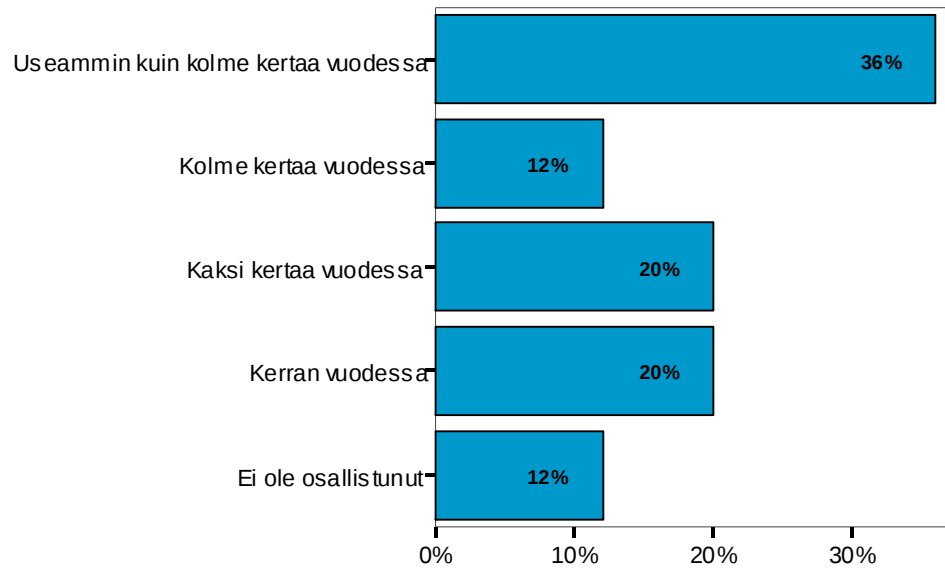
Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa epäselvyys omasta roolista

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	14	56
Eri mieltä	8	32
Ei samaa eikä eri mieltä	3	12
Yhteensä	25	100

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa koska toiset työntekijät eivät arvosta vastaajan asiantuntijuutta

Vastaajan mielipide	f	%
Täysin eri mieltä	13	52
Eri mieltä	6	24
Ei samaa eikä eri mieltä	4	16
Samaa mieltä	1	4
Täysin samaa mieltä	1	4
Yhteensä	25	100

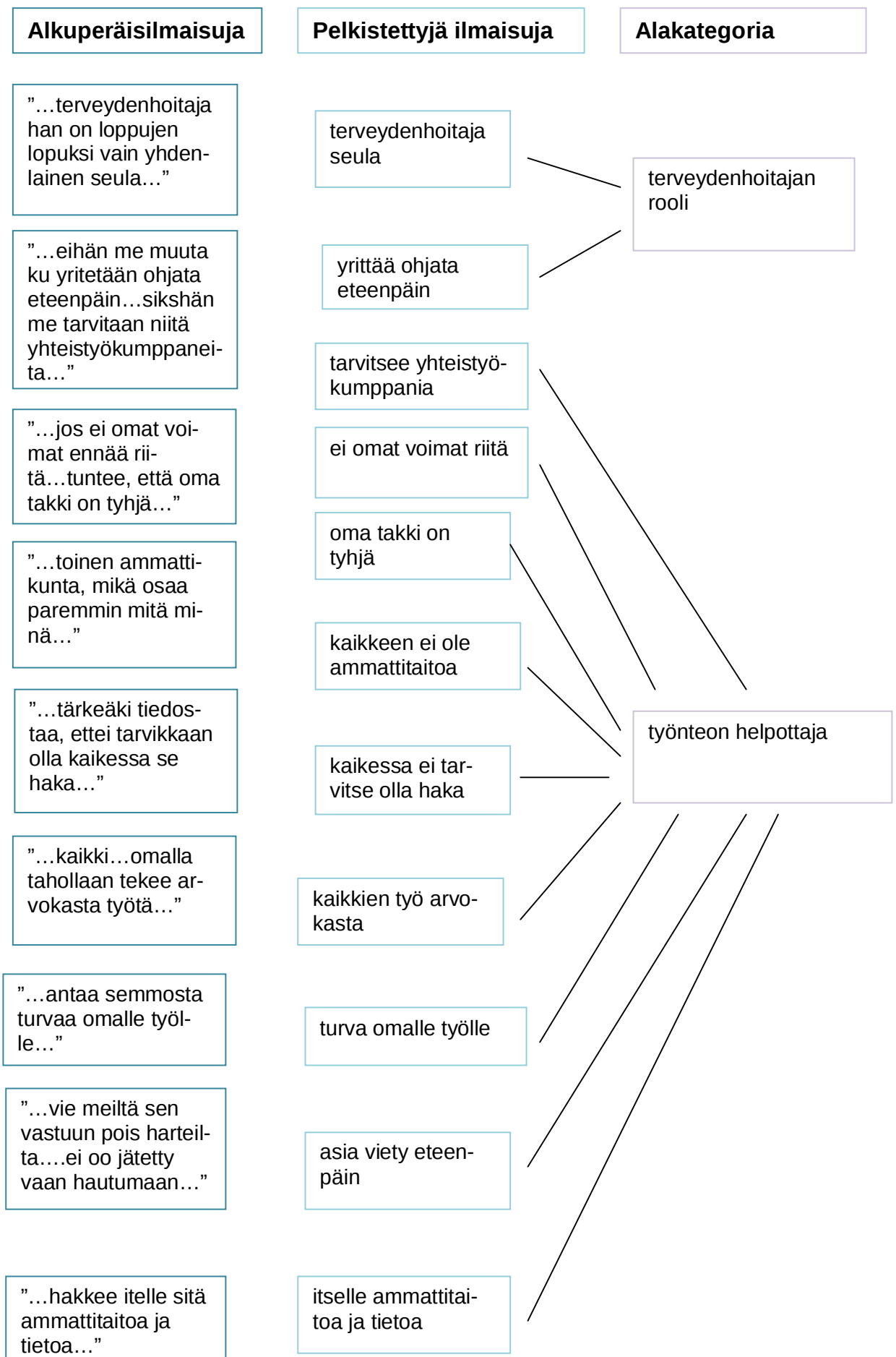
Liite 11

TERVEYDENHOITAJIEN KESKIMÄÄRÄINEN OSALLISTUMINEN VERKOSTOPALAVERIIN

Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajan keskimääräinen osallistuminen verkostopalaveriin, jossa on ollut läsnä asiakas sekä muita asiakkaan kanssa toimineita eri alan asiantuntijoita (n=25)

Liite 12

ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ JA RYHMITTELYSTÄ



Liite 13

SISÄLLÖN ANALYYSI KAAVIO

