



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

# Henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa

Minna Mykkänen

Pro gradu -tutkielma

Hoitotiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Hoitotieteen laitos

22.11.2022

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen

Mykkänen, Minna: Henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa

Pro gradu -tutkielma, 66 sivua, 4 liitettä (17 sivua)

Tutkielman ohjaajat: TtT, professori Tarja Kvist, TtT, arviointiylihoitaja Jaana Peltokoski

Marraskuu 2022

**Asiasanat:** Moniammatillinen yhteistyö, johtaminen, erikoissairaanhoido, työtyytyväisyys, kyselytutkimus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöistä, tiimityöhön perustuvaa ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Moniammatillinen yhteistyö on merkittävässä roolissa, kun pyritään lisäämään terveyspalvelujen laatua ja tehokkuutta sekä vastaamaan terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin maailmanlaajuisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijoiden muodostamia, useista eri ammattiryhmistä koostuvia työyhteisöjä, jotka tekevät yhteistyötä saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi, koska kaikkien tiimin jäsenten tieto, taito ja osaaminen tulisi saada käyttöön yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi tarvitaan tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa myös moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella toukokuussa 2022. Tutkimuksen kohde-ryhmänä oli yhden erikoissairaanhoidon organisaation moniammatillinen henkilöstö (N=3700), josta tutkimukseen osallistui 232 henkilöä. Moniammatillisen yhteistyön toteutumista mitattiin

MONAMI (Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen) -arviointimittarilla. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Analyysimenetelminä käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), Kruskal-Wallis testiä, Bonferroni-testiä, Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa sekä lineaarista regressioanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kohtalaiselle tasolle. Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä ja moniammatillisen toiminnan arvostus toteutuivat parhaiten. Heikoimmin arvioitiin toteutuvan moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen työyksikössä ja toimintayksikössä. Moniammatilliseen tiimiin kuulumisen ja moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistuminen olivat tekijöitä, jotka vaikuttivat myönteisesti henkilöstön näkemyksiin moniammatillisesta yhteistyöstä. Lisääntyneellä moniammatillisella yhteistyöllä sekä moniammatillisen toiminnan tuella ja johtamisella oli vahva positiivinen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen.

Moniammatillista yhteistyötä ja sen johtamista tulisi kehittää kokonaisvaltaisesti organisaation kaikilla tasoilla. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää huomioida perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa, toiminnan tavoitteiden määrittelyssä sekä toiminnan systemaattisessa ja jatkuvassa arvioinnissa. Johtajien ja esihenkilöiden on osoitettava enemmän resursseja moniammatillisen toiminnan kehittämiseen ja tuettava henkilöstön osallistumista moniammatillisiin tiimeihin ja koulutustilaisuuksiin. Moniammatillinen koulutus on tärkeää terveydenhuollon tulosten, hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi sekä vetovoimaisuuden lisäämiseksi.

Tässä tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa. Tulevaisuudessa tarvitaan lisätutkimusta syventämään ymmärrystä terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen selvittää laajemmin moniammatillisen yhteistyön ja sen johtamisen yhteyttä henkilöstön työtyytyväisyyteen/työhyvinvointiin sekä potilashoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen erilaisissa toimintaympäristöissä. Jatkotutkimusta tulisi kohdentaa myös moniammatillista yhteistyötä edistävien koulutusinterventioiden vaikutusten arviointiin.

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

Department of Nursing Science

Nursing science: Nursing management and leadership

Mykkänen, Minna: Staff perspectives on the implementation of interprofessional collaboration in specialised care

Thesis, 66 pages, 4 appendix (17 pages)

Supervisors: PhD, Professor Tarja Kvist, PhD, Director of Nursing Excellence Jaana Peltokoski

November 2022

**Keywords:** Interprofessional collaboration, management, specialised care, job satisfaction, questionnaire survey

In social welfare and healthcare, client-driven, teamwork-based and communal work by experts is known as interprofessional collaboration. Interprofessional collaboration plays a major role when the aim is to enhance the quality and efficiency of healthcare services and respond to future healthcare needs globally. Social and healthcare organisations are work communities formed by experts representing various professional groups who work together to achieve a mutual goal. Applying interprofessional collaboration in practice has turned out to be challenging as the knowledge, skills and competence of all team members must be utilised to reach the mutual goal.

The purpose of this study was to describe staff perspectives on the implementation of interprofessional collaboration in specialised medical care. The development of interprofessional collaboration requires knowledge of the views and experiences of professionals representing different professional groups regarding interprofessional collaboration and its management. This study also aimed to identify factors related to the implementation of interprofessional collaboration.

Research data were collected using an electronic questionnaire in May 2022. The target group of this study comprised the interprofessional staff of a specialised care organisation (N=3700), from

which 232 persons participated in the study. The implementation of interprofessional collaboration was measured using the MONAMI ('interprofessional collaboration and management') scale. The data were analysed with statistical methods. The analysis methods included one-way analysis of variance (ANOVA), the Kruskal–Wallis test, the Bonferroni test, Spearman's rank correlation coefficient and linear regression analysis.

Based on the results, the hospital staff considered the implementation of interprofessional collaboration to be at a moderate level. They gave the highest scores to the implementation of interprofessional collaboration in their own work and the appreciation of interprofessional activities. Meanwhile, the respondents rated the support for interprofessional activities and management at the work unit and operating unit as the poorest areas. Participation in an interprofessional team and training promoting interprofessional collaboration were factors that positively affected the views of staff on interprofessional collaboration. An increase in interprofessional collaboration and the support and management of interprofessional activities correlated positively with job satisfaction among staff.

Interprofessional collaboration and its management should be comprehensively developed at all levels of the organisation. It is important to pay attention to interprofessional collaboration in job orientation, performance appraisals, setting targets for the activities, and the systematic and constant evaluation of work. Managers and supervisors must allocate more resources to developing interprofessional activities and support the participation of staff in interprofessional teams and training events. Interprofessional training is important for improving healthcare outcomes, care quality and safety and increasing attractiveness.

The knowledge produced in this study can be utilised in the development and management of interprofessional collaboration and education in the healthcare sector. In the future, there is a need for further research to advance the knowledge of interprofessional collaboration in healthcare and its management. Future studies should explore in more depth how interprofessional collaboration and management are linked to job satisfaction/well-being at work among staff as well as the quality of patient care and patient satisfaction in various

operating environments. Further research should also focus on the impact assessment of the training interventions promoting interprofessional collaboration.

## Lyhenteet

$\beta$	Regressiokerroin
Beta	Standardoitu regressiokerroin
CI	Luottamusväli
HOTUS	Hoitotyön tutkimussäätiö
JBI	Joanna Briggs Instituutti
Ka	Keskiarvo
Md	Mediaani
MONAMI	Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen -arviointimittari
n	Otoskoko
p-arvo	Tilastollinen merkitsevyys
$r_s$	Spearmanin korrelaatiokerroin
$R^2$	Selitysaste
$R^2_{adj}$	Korjattu selitysaste
SD	Keskihajonta
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
UEF	University of Eastern Finland / Itä-Suomen yliopisto
WHO	World Health Organization / Maailman terveysjärjestö

## Sisältö

1	Johdanto.....	7
2	Tutkimuksen lähtökohdat.....	9
2.1	Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä.....	9
2.2	Kirjallisuuskatsaus moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta terveydenhuollossa.....	11
2.2.1	Tiedonhaun kuvaus .....	11
2.2.2	Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvailu .....	14
2.2.3	Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen terveydenhuollossa .....	15
2.2.4	Moniammatilliseen yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät .....	16
2.2.5	Moniammatillisen yhteistyön edistäminen johtamisella .....	18
2.3	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista .....	19
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	21
4	Tutkimusmenetelmät.....	22
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	22
4.2	Tutkimuksessa käytetty mittari.....	22
4.3	Aineiston analyysi .....	23
5	Tulokset.....	27
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	27
5.2	Henkilöstön arvioinnit moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa.....	29
5.2.1	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen.....	31
5.2.2	Moniammatillisen toiminnan arvostus.....	31



5.2.3	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen .....	31
5.2.4	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen.....	32
5.3	Taustatekijöiden yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa .....	33
5.3.1	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä.....	33
5.3.2	Moniammatillinen toiminta toimintayksikössä.....	34
5.3.3	Moniammatillisen toiminnan arvostus.....	34
5.3.4	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen .....	35
5.3.5	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen.....	35
5.3.6	Moniammatillinen yhteistyö kokonaisuutena.....	36
5.4	Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen ..	41
5.5	Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista .....	46
6	Pohdinta.....	48
6.1	Tutkimuksen tulosten tarkastelu .....	48
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	53
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja tietosuojat .....	56
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	57

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöistä, tiimityöhön perustuvaa ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi (Isoherranen, 2012, Emich, 2018). Moniammatillinen yhteistyö on merkittävässä roolissa, kun pyritään lisäämään terveyspalvelujen laatua ja tehokkuutta sekä vastaamaan terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin maailmanlaajuisesti (World Health Organization [WHO], 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022-ohjelman tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistaminen ja asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittäminen sekä SOTE-palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen SOTE-ammattilaisten yhteistyötä vahvistamalla (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2020).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toimintayksiköiden johtaminen edellyttää moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee eri ammattiryhmien yhteistyötä, laadukasta ja turvallista hoitoa sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (Terveydenhuoltolaki 1:4 §). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijoiden muodostamia, useista eri ammattiryhmistä koostuvia työyhteisöjä, jotka tekevät yhteistyötä saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää roolien selkeyttä, vastuuta, päätöksentekoon osallistumista, avointa kommunikaatiota ja vuorovaikutusta sekä oman näkemyksen ja asiantuntijuuden esiin tuomista. Moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi, koska kaikkien tiimin jäsenten tieto, taito ja osaaminen tulisi saada käyttöön yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi. (Xyrichis & Ream, 2008, Petri, 2010, Isoherranen, 2012, Emich, 2018)

Moniammatillinen yhteistyö edistää ammattilaisten työtyytyväisyyttä, parantaa työilmapiiriä ja vahvistaa alan ammattilaisten aktiivista sitoutumista organisaatioon sekä edistää laadukkaan työympäristön kehittymistä (Karam ym., 2018). Ammatillisille on annettava riittävästi aikaa keskinäiseen oppimiseen ja luottamuksen ja kunnioituksen rakentamiseen ammatillisissa vuorovaikutussuhteissa (Aira, 2012, Sørensen ym., 2018). Yhteinen visio ja tavoitteet, selkeät roolimääritelmät ja aktiivinen johtajuus vaikuttavat positiivisesti tiimien toimintaan (Wranik ym., 2019). Myös viestinnällä sekä rakenteellisilla ja organisatorisilla tekijöillä on merkittävä rooli

moniammatillisessa yhteistyössä (Karam ym., 2018). Koulutuksen avulla voidaan muokata tietoja, taitoja ja asenteita sekä luoda edellytykset moniammatilliselle yhteistyöosaamiselle (Isoheranen, 2012). Moniammatillinen koulutus on tärkeää terveydenhuollon tulosten, hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi sekä vetovoimaisuuden lisäämiseksi (WHO, 2010).

Terveydenhuollon ammattilaisia kannustetaan yhä enemmän tekemään yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö ei ole vain johtajien ja päättäjien tehtävä, vaan se edellyttää myös ammattilaisten aktiivista panosta. (Schot ym., 2020) Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että terveydenhuollon eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten välinen yhteistyö on vielä vähän tutkittua (Karam ym., 2018, Sørensen ym., 2018). Hoitotieteen tutkimukset käsittelevät pääasiassa lääkäreiden ja hoitajien tai hoitotiimeissä työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä (Pärnä, 2012). Sulosaaren ym. (2020) kyselytutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön toteutumista arvioitiin syövän hoidon yksiköissä. Ylitörmänen (2021) on tutkinut sairaanhoitajien välistä yhteistyötä ja työtyytyväisyyttä Suomessa ja Norjassa. Kansainvälisesti on kehitetty mittareita arvioimaan tiimeissä tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä asenteita ja käyttäytymistä pääasiassa sairaanhoitajien ja lääkärien välillä (Peltonen ym., 2020). Suomessa moniammatillisen yhteistyön tutkimus on keskittynyt menetelmällisesti pääasiassa laadulliseen, kuvailevaan tutkimukseen, ja Suomessa kehitettyjä, validoituja moniammatillisen yhteistyön mittareita on käytössä niukasti (Sulosaari ym., 2020). Lisätutkimusta tarvitaan syventämään ymmärrystä terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä ja siitä, miten tiimin johtaminen tuottaa parempia tuloksia potilaille ja tiimeille. (Sims ym., 2015, Smith ym., 2018).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yhden sairaalan koko henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi tarvitaan tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa.

## 2 Tutkimuksen lähtökohdat

### 2.1 Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä

Moniammatillinen yhteistyö (interprofessional collaboration) on sosiaali- ja terveydenhuollossa monimerkityksinen käsite, joka pitää sisällään monenlaisia määritelmiä riippuen tutkijoiden teoreettisista viitekehyksistä (Isoherranen, 2012). Terveydenhuollon tiimityön tutkimuksia on kritisoitu siitä, että niistä puuttuu käsitteellinen perusymmärrys siitä, mitä käsite tarkoittaa (Xyrichis & Ream, 2008). Suomen kielessä moniammatillisen yhteistyön käsitettä käytetään laajasti kuvaamaan asiantuntijoiden yhteistyötä ja hyvin erilaisia asiakas- ja potilastyön vuorovaikutustilanteita moniammatillisesta rinnakkain työskentelystä työskentelymuotoihin, joissa rikotaan roolirajoja. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä multiprofessional kuvamaan perinteistä yhteistyötä ja käsitteitä inter-, trans- ja crossprofessional kuvaamaan pidemmälle edennyttä yhteistyötä. Myös tieteidenvälistä interdisciplinarity ja poikkitieteellistä crossdisciplinary yhteistyön käsitettä käytetään. Inter-etuliite viittaa roolien ja vastuiden sekä tietojen ja taitojen yhteen sopeuttamiseen, ja trans- ja cross-etuliitteet viittaavat ammatillisten roolirajojen rikkomiseen. (D'Amour ym., 2005, Isoherranen, 2012, Kekoni ym., 2019) Tätä tutkimusta varten tehdyllä käsitteanalyysillä pyrittiin saamaan tietoa moniammatillisen yhteistyön käsitteen ominaispiirteistä, selkeyttämään epämääräistä sateenvarjokäsitettä ja selventämään käsitteen merkitystä (Walker & Avant, 2019).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillinen yhteistyö määritellään asiakaslähtöiseksi, tiimityöhön perustuvaksi ja yhteisölliseksi asiantuntijatyöksi (Isoherranen, 2012, Emich, 2018). Yhteistyö on monimutkainen, ammattien sisäinen tai ammattien välinen prosessi, joka vaatii jakamista, kunnioitusta ja tiimityötä potilaiden hoito-ongelmien ratkaisemiseksi (Emich, 2018). Yhteistyö ja tiimityö ovat käsitteitä, jotka liittyvät läheisesti toisiinsa ja joiden erottaminen toisistaan on osoittautunut vaikeaksi (Xyrichis & Ream, 2008). Tiimi on moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite, jota käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisesti moniammatillisen yhteistyön synonyminä. (D'Amour ym., 2005, Petri, 2010) Yhteistyön ja tiimityön ero voidaan osoittaa pohtimalla tiimityön kriittisiä ominaisuuksia. Jos yhteistyöstä puuttuu yhteinen päätöksenteko, niin kyse ei ole tiimityöstä. (Xyrichis & Ream, 2008) Tässä tutkimuksessa moniammatillisella yhteistyöllä

tarkoitetaan ammattiryhmien välistä, tiimipohjaista ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä, jossa toimijoilla on yhteinen asiakaslähtöinen tavoite.

Kirjallisuudessa yhteistyön määritelmässä mainitaan toistuvasti ominaispiirteet: jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus, valta ja prosessi. Jakamisella tarkoitetaan vastuun, päätöksenteon, tiedon ja arvojen jakamista yhteistyössä. Kumppanuuteen sisältyy keskinäinen luottamus, toisten mielipiteiden kunnioittaminen, avoin ja rehellinen kommunikaatio sekä yhteiset tavoitteet. Keskinäinen riippuvuus syntyy yhteisestä ymmärryksestä ja halusta vastata potilaan tarpeisiin. Valta jakaantuu tiimin jäsenten kesken ja perustuu tietoon ja kokemukseen riippumatta nimikkeistä. Yhteistyö on kehittyvä vuorovaikutusprosessi neuvotteluiden ja kompromissien kautta kohti yhteistä suunnittelua ja päätöksentekoa. (D'Amour ym., 2005) Tiimityön ominaispiirteitä ovat yhteiset tavoitteet, toisistaan riippuvainen yhteistyö ja yhteinen päätöksenteko (Xyrichis & Ream, 2008). Tieteidenvälinen yhteistyö kuvataan yleisesti käyttämällä termejä ongelmakeskeinen prosessi, jakaminen ja yhdessä työskentely. Ongelmakeskeisen prosessin ominaisuudella tarkoitetaan keskittymistä potilaiden hoitoon liittyviin haasteisiin. Jakaminen ominaisuutena tarkoittaa tavoitteiden, vastuun, päätöksenteon ja vallan jakamista. Yhdessä työskentelyn ominaisuus tarkoittaa yhteistyön tunnetta tieteenalojen kesken. (Petri, 2010)

Yhteistyön edellytyksiä ovat halu osallistua yhteistyöhön, hyvät ihmissuhde- ja viestintätaidot, roolitietoisuus ja kyky työskennellä tiiminä. Johtajien tehtävänä on kannustaa ja mahdollistaa henkilöstön osallistuminen yhteistyöhön. (Emich, 2018) Tiimityön edellytyksiä ovat yhteiset tavoitteet, avoin viestintä ja tiedon jakaminen sekä ammattiroolien ymmärtäminen (Xyrichis & Ream, 2008). Moniammatillinen koulutus edistää avointa ja tehokasta viestintää, keskinäisen luottamuksen ja kunnioituksen ilmapiiriä sekä tietoisuutta ja hyväksyntää eri tieteenalojen ammattilaisten rooleista, taidoista ja vastuista. (Petri, 2010) Yhteistyön seuraukset ovat hyödyllisiä potilaalle, organisaatiolle ja terveydenhuollon ammattilaisille. Lisääntyneellä yhteistyöllä ja tiimityöllä on myönteinen vaikutus henkilöstön työtyytyväisyyteen, tehokkuuteen ja työssä/ammattissa pysyvyyteen sekä potilasturvallisuuteen, potilashoidon laatuun, potilastyytyväisyyteen ja kustannusten hallintaan (Xyrichis & Ream, 2008, Petri, 2010, Emich, 2018). Moniammatillisen

yhteistyön ominaispiirteet, edellytykset ja seuraukset on esitetty kuviossa 2. Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista.

## **2.2 Kirjallisuuskatsaus moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta terveydenhuollossa**

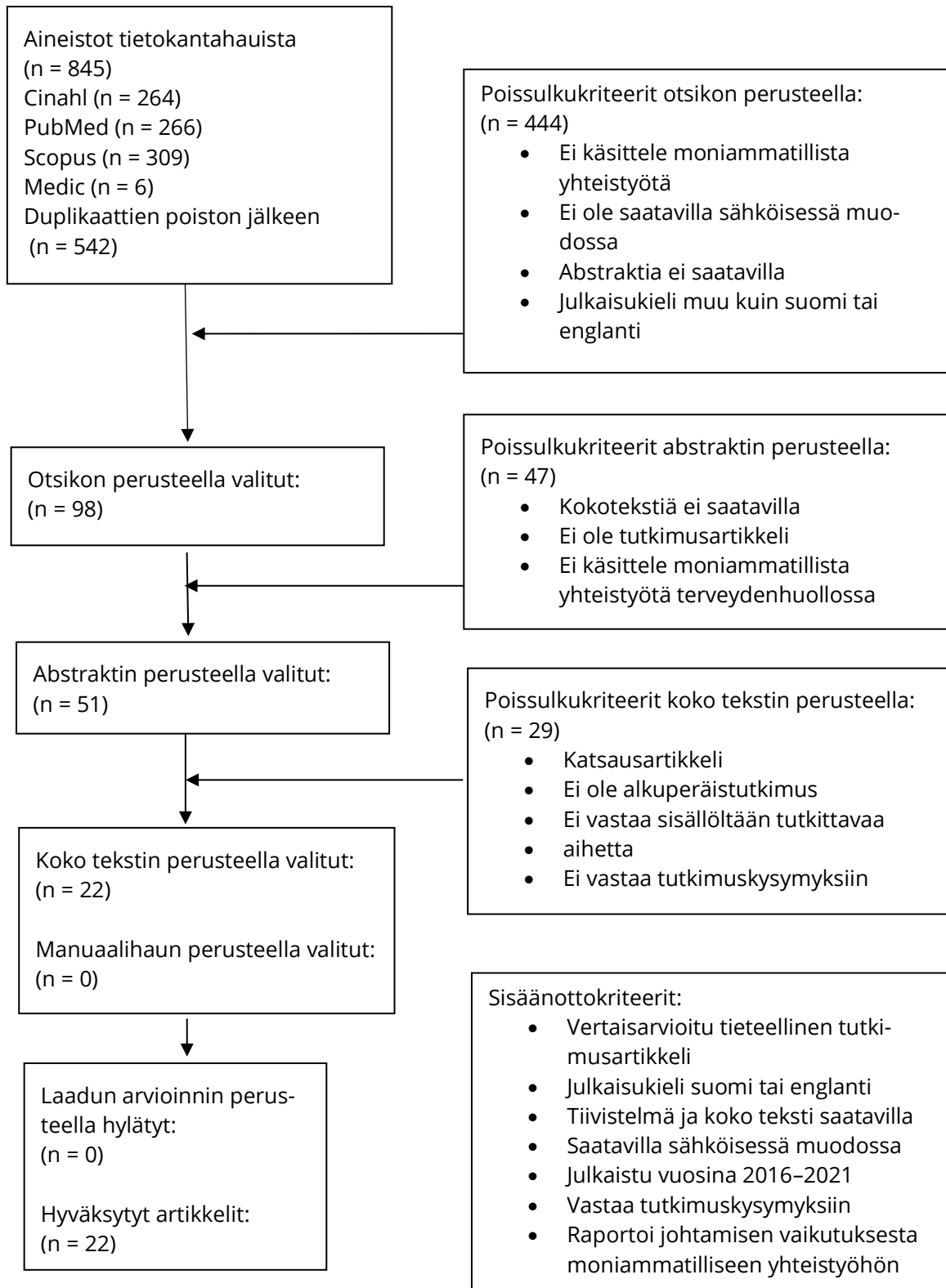
### **2.2.1 Tiedonhaun kuvaus**

Tutkimusta varten tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka avulla muodostettiin kokonaiskuva moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta terveydenhuollossa. Tiedonhaku toteutettiin Cinahl, PubMed, Scopus ja Medic -tietokannoista ensimmäisen kerran tammikuussa 2021 ja toistettiin joulukuussa 2021. Tiedonhaku aloitettiin tekemällä ensin koehakuja tietokantoihin. Itä-Suomen yliopiston tietoasiantuntija auttoi hakulausekkeiden muodostamisessa. Haku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin, sähköisesti saataviin, vertaisarvioituihin tieteellisiin tutkimusartikkeleihin vuosilta 2016–2021. Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin uusinta tutkimustietoa moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta terveydenhuollossa. Artikkeleita haettiin lisäksi manuaalisesti artikkeleiden lähdeluetteloita hyödyntäen. Hakutulos oli kokonaisuudessaan 845 artikkelia. Tiedonhaku tietokannoista on kuvattu taulukossa 1.

**Taulukko 1.** Tiedonhaku tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat ja -lausekkeet	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl	(multiprofes* OR interprofes*) AND (collaborat* OR team-work*) AND leader* AND "health care"	vuosi 2016–2021 vertaisarvioitu abstract available kieli englanti	264	10
PubMed	(multiprofes* OR interprofes*) AND (collaborat* OR team-work*) AND leader* AND "health care"	vuosi 2016–2021 vertaisarvioitu abstract available kieli englanti	266	8
Scopus	(multiprofes* OR interprofes*) AND (collaborat* OR team-work*) AND leader* AND "health care"	vuosi 2016–2021 vertaisarvioitu kieli englanti	309	4
Medic	(moniammat* OR multiprofes* OR interprofes*) AND (yhteistyö* OR tiimit* OR collaborat* OR teamwork*) AND (johta* OR leader*)	vuosi 2016–2021 vertaisarvioitu kieli englanti tai suomi	6	0

Tietokannoista saadut hakutulokset siirrettiin RefWorks -viitteidenhallintaohjelmaan. Tiedonhaun tulokset käytiin läpi järjestelmällisesti sisäänotto- ja poissulkukriteereitä noudattaen. Aineiston valinta perustui seuraaviin sisäänottokriteereihin: 1) tutkimus kohdistuu terveydenhuollon moniammatillisiin työryhmiin, 2) tutkimus kohdistuu moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kuvaamiseen, 3) tutkimus kohdistuu moniammatillista yhteistyötä edistävien ja estävien tekijöiden kuvaamiseen ja 4) tutkimuksessa raportoidaan johtamisen vaikutuksesta moniammatilliseen yhteistyöhön. Tiedonhaun tuloksista poistettiin ensin päällekkäiset hakutulokset eli duplikaatit (n=303), minkä jälkeen tulokset käytiin läpi otsikkotasolla (n=542). Otsikon perusteella valittiin jatkoon 98 artikkelia. Tiivistelmien tarkastelun jälkeen sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti jäljelle jääneet artikkelit (n=51) luettiin kokonaisuudessaan. Kokotekstien lukemisen jälkeen mukaan valikoitui 22 artikkelia. Manuaalinen haku valittujen artikkeleiden lähdeluetteloista ei tuottanut lisäaineistoa. Tiedonhaun vaiheet ja eteneminen on esitetty kuviossa 1.



**Kuvio 1.** Tiedonhaun vaiheet ja eteneminen.



## 2.2.2 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvailu

Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset (n=22) edustivat maantieteellisesti monipuolisesti eri maanosia ja kulttuureja. Tutkimuksia oli Kanadasta (n=5), Yhdysvalloista (n=2), Norjasta (n=2), Ruotsista (n=1), Suomesta (n=1), Alankomaista (n=2), Sveitsistä (n=2), Iso-Britanniasta (n=1), Irlannista (n=1), Iranista (n=1), Qatarista (n=1), Singaporesta (n=1), Australiasta (n=1) sekä Nigeriasta (n=1). Kaikissa tutkimuksissa kohderyhmänä olivat terveydenhuollon ammattilaiset. Valituista tutkimuksista oli laadullisia tutkimuksia (n=15), määrällisiä tutkimuksia (n=6) ja monimenetelmätutkimuksia (n=1). Kuudessa tutkimuksessa oli käytetty aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta, viidessä haastattelua ja yhdessä molempia. Lisäksi kolmessa tutkimuksessa oli käytetty aineistonkeruumenetelmänä sekä havainnointia että haastattelua. Laadullisten tutkimusten aineistojen koko vaihteli (n=9–60) osallistujaan, ja määrällisten tutkimusten aineistojen koko vaihteli (n=220–1415) osallistujaan. Monimenetelmätutkimuksessa kyselyyn vastanneita oli (n=154) ja haastatteluun osallistuneita (n=60). Määrällisiin tutkimuksiin osallistuneiden vastausprosentit vaihtelivat 13–58 prosentin välillä. Yhden tutkimuksen vastausprosenttia ei ilmoitettu. Lähes kaikki haastattelut olivat puolistrukturoituja.

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusartikkeleiden laatu arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) laadunarviointikriteeristöllä (Hoitotyön tutkimussäätiö [HOTUS], 2021). Kvalitatiiviset tutkimukset (n=15) arvioitiin laadullisen tutkimuksen arviointikriteerien mukaan (JBI-pisteet 7–9/10). Kvantitatiiviset tutkimukset (n=6) arvioitiin poikkileikkaustutkimuksen arviointikriteerien mukaan (JBI-pisteet 7–8/8). Monimenetelmätutkimus (n=1) arvioitiin myös laadullisen tutkimuksen arviointikriteerien mukaan (JBI-pisteet 8/10), koska tutkimuksessa kuvattiin tutkittavien kokemuksia laadullisen menetelmän (haastattelut) avulla. Laadunarvioinnin perusteella ei hylätty yhtään tutkimusta (n=0). Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin aineiston järjestämisen apuvälineenä induktiivista sisällönanalyysiä. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat taulukossa 7 (liite 1), jossa kuvataan tutkimuksen tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, aineisto/otos, tutkimusmenetelmä, päätulokset ja laadunarviointi (JBI-pisteet).

### 2.2.3 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen terveydenhuollossa

Tutkimusten mukaan hoitotyön tiimit ymmärsivät hyvin toistensa roolit, vastuut ja tehtävät, mutta ammattilaisilla oli kuitenkin enemmän yksilöllinen kuin tiimikeskeinen ajattelutapa. Lisääntyneellä tiimityöllä oli myönteinen vaikutus henkilöstön työtyytyväisyyteen, tehokkuuteen ja pysyvyyteen sekä hoidon toteutukseen. (Kaiser & Westers, 2018) Roolien selkeyttäminen oli ratkaisevan tärkeää tehokkaan moniammatillisen yhteistyön kannalta (Josi ym., 2020). Kaikilla tiimin jäsenillä ei ollut aktiivista roolia tiimikokouksissa, ja lääkäriellä oli usein hallitseva rooli tiimissä (van Dongen ym., 2017). Sairaanhoitajien tulisi ottaa enemmän vastuuta potilaiden hoidon päätöksentekoprosessissa edistääkseen moniammatillista yhteistyötä (Tang ym., 2018). Terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen toiminta ja tehokas yhteistyö edellyttävät aitoa ymmärrystä, luottamuksen rakentamista, osaamisen selkeyttämistä ja asiantuntemusta (Josi ym., 2020, Smith ym., 2020).

Tutkimusten mukaan moniammatillinen yhteistyö oli erittäin arvostettua henkilöstön keskuudessa, ja tiimityöhön oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Moniammatillinen yhteistyö koettiin vahvuudeksi ja se motivoi ja voimaannutti henkilöstöä. (Bentley ym., 2018, Ballangrud ym., 2020) Terveydenhuollon ammattilaiset olivat erittäin taitavia moniammatillisessa viestinnässä ja toimivat hyvin tiiminä. Ristiriitoja havaittiin harvoin ja ne ratkaistiin keskustelemalla. (Josi ym., 2020) Moniammatilliset yhteistyötaidot tunnustettiin tärkeiksi, mutta näiden taitojen toteuttaminen käytännössä oli vaihtelevaa (Goldman ym., 2018). Tutkimuksissa todettiin myös selviä eroja tiimityön ilmapiirissä ja yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Lääkärit kokivat moniammatillisen yhteistyön huonommaksi kuin sairaanhoitajat ja farmaseutit. (Ibraheem ym., 2020) Jokaisen ammattiryhmän ja työntekijän on edistettävä taitojaan ja panostaan yhteistyöhön, ja myös johtaminen nähtiin olennaisena tiimityön taitona (Folkman ym., 2019, Ballangrud ym., 2020).

Tiiminvetäjät kokivat tiimin johtamisen vaativaksi ja monimutkaiseksi. Johtamisen haasteita koettiin organisaatiokysymyksissä, vastuussa, budjettirajoituksissa ja tiimin koossa. (Klarare ym., 2020) Terveydenhuollon ammattilaiset olivat tyytymättömiä moniammatillisen yhteistyön johtamiseen ja hallinnolliseen tukeen (Moilanen ym., 2020). Henkilöstön fyysiseen ja psyykkiseen

hyvinvointiin kiinnitettiin liian vähän huomiota (Keshmiri & Moradi, 2020). Tiiminvetäjällä oli keskeinen rooli moniammatillisen tiimin vuorovaikutuksen kehittämisessä sekä luottamuksen ja emotionaalisen tuen luomisessa (Shaw ym., 2016, van Dongen ym., 2016). Ihanteellisen moniammatillisen yhteistyön saavuttamiseksi organisaatioiden olisi luotava kulttuuri, joka tukee ammattilaisten yhteistyötä (Regan ym., 2016). Lisäksi tarvitaan puuttumista henkilöstön tiimityötaitojen kehittämiseen ja tiimityötä tukevan ympäristön edistämiseen (O'connor ym., 2016). Moniammatillisen yhteistyön parantaminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, johon kuuluvat potilaaseen ja ammattiin liittyvät tekijät, ihmisten väliset ja organisatoriset sekä ulkoiset tekijät (van Dongen ym., 2016).

Tutkimusten mukaan hoito oli pääasiassa potilaskeskeistä ja johti positiivisiin potilastuloksiin (Josi ym., 2020). Potilaskeskeinen hoito edellytti palveluntarjoajilta yhteistyötä, ja moniammatillinen yhteistyö oli tärkeä tekijä laadukkaan potilashoidon tukemisessa (Folkman ym., 2019, Cziraki ym., 2020). Toisaalta huonon tiimityön koettiin olevan yleistä ja vaarantavan potilasturvallisuutta (O'connor ym., 2016). Nuoremmat lääkärit ja sairaanhoitajat tunnistivat moniammatillisen yhteistyön tärkeyden paremman potilashoidon saavuttamiseksi, mutta yhteistyön esteinä olivat raskas työmäärä, organisatoriset rajoitteet sekä ammattien väliset valtasuhteet, vastuun ottaminen ja autonomia (Tang ym., 2018).

#### **2.2.4 Moniammatilliseen yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät**

Useissa tutkimuksissa tuotiin esille henkilöstön selkeät roolit, vastuut ja ammatti-identiteetti moniammatillista yhteistyötä edistävinä tekijöinä. Henkilöstön tulisi ymmärtää omat ja toistensa roolit, vastuut ja tehtävät kyetäkseen toimimaan yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. (Goldman ym., 2018, Kaiser & Westers, 2018, Szafran ym., 2018, Tang ym., 2018, Folkman ym., 2019, Josi ym., 2020) Myös ammattitaito ja kokemus edistivät moniammatillista yhteistyötä (Smith ym., 2020). Tiimin jäsenten erilaisten vahvuuksien ja asiantuntemuksen tunnistaminen oli tärkeää moniammatillisen yhteistyön edistämässä. Autonomian tunne ja voimaantuminen auttoivat tiimin jäseniä kantamaan roolinsa ja vastuunsa tiimin tavoitteista ja tehtävistä. (Wei ym., 2020) Tutkimusten mukaan roolien ja vastuuden määrittelemättömyys ja niiden tiedostamisen heikkous sekä motivaation puute olivat esteitä moniammatilliselle yhteistyölle (Szafran ym.,

2018, Keshmiri & Moradi, 2020). Lisäksi johtajat kokivat haasteelliseksi uusien roolien ja työskentelytapojen kehittämisen moniammatillisessa yhteistyössä (Folkman ym., 2019).

Luottamus ja sitoutuminen olivat tärkeitä tekijöitä moniammatillisessa työskentelyssä. Tiimin jäsenillä tulisi olla positiivinen asenne, motivaatiota ja halu tehdä yhteistyötä. Toisten arvostaminen ja keskinäinen kunnioitus auttoivat rakentamaan luottamusta työyhteisössä. Yhteinen ymmärrys ja yhteiset kokemukset loivat yhteenkuuluvuuden tunnetta. (van Dongen ym., 2016, Shaw ym., 2016) Välittämisen kulttuuri oli moniammatillisen yhteistyön ydin. Välittäminen ihmisten välisissä suhteissa rakentui ystävällisyyden, myötätunnon ja ammattietiikan avulla. Välittämisen tuloksena syntyi yhteenkuuluvuuden tunne, luottamus, kunnioitus ja halu tehdä yhteistyötä. (Wei ym., 2020)

Tutkimusten mukaan moniammatilliset yhteistyötaidot olivat edellytys avoimelle vuorovaikutukselle ja tehokkaalle viestinnälle (Goldman ym., 2018). Rakentavan palautteen antaminen ja tehokas viestintä edistivät luotettavien suhteiden ja yhteistyön syntymistä (Wei ym., 2020). Motivointi, kannustavan ilmapiirin luominen ja konfliktien ratkaiseminen vaikuttivat merkittävästi ammattilaisten väliseen yhteistyöhön (Josi ym., 2020, Keshmiri & Moradi, 2020, Smith ym., 2020) Yhteisen näkemyksen puute, yhteistyön heikko laatu ja huono viestintä heikensivät tiimityötä (O'connor ym., 2016, van Dongen ym., 2016, Klarare ym., 2020). Myös ajanpuute yhteiselle keskustelulle, yhteisen henkisen mallin puute ja tiimikeskeisen ajattelutavan heikkous koettiin moniammatillisen yhteistyön haasteiksi (O'connor ym., 2016, van Dongen ym., 2016, Kaiser & Westers, 2018).

Tutkimusten mukaan organisatorisilla tekijöillä ja johtamisella oli merkittävä vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Hoitotyön johtajat voivat edistää tehokasta moniammatillista yhteistyötä aidolla läsnäololla, varmistamalla riittävät resurssit, lisäämällä roolitietoisuutta, rakentamalla luottamusta hoitohenkilökunnan keskuudessa ja tukemalla ammattimaisen hoitotyön ympäristön toteutumista (Regan ym., 2016). Tärkeää oli kiinnittää huomiota moniammatilliseen koulutukseen, kulttuuriin näkökohtiin sekä lainsäädännöllisiin tekijöihin ja ottaa myös potilaiden näkökulma huomioon (van Dongen ym., 2016). Johtajan voimaannuttava käytös ja moniammatillinen yhteistyö todettiin tärkeiksi tekijöiksi laadukkaan potilashoidon tukemisessa ja

hoitohenkilöstön vakauttamisessa (Cziraki ym., 2020). Useissa tutkimuksissa tuli esille moniammatista yhteistyötä heikentävinä tekijöinä organisatoriset tekijät kuten resurssien puute ja riittämättömän henkilöstön määrä suhteessa raskaaseen työtaakkaan, ylityöt sekä henkilöstön vaihtuvuus (Goldman ym., 2018, Szafran ym., 2018, Tang ym., 2018, Ibraheem ym., 2020, Keshmiri & Moradi, 2020, Klarare ym., 2020). Huonot työskentelytilat, tilanpuute, organisaation rakenteelliset muutokset ja rahoituksen leikkaukset sekä huonot potilastulokset vaikuttivat tiimien toimintaan ja heikensivät moniammatillista yhteistyötä (Bentley ym., 2018, Szafran ym., 2018, Ibraheem ym., 2020). Huonoon tiimityöhön vaikuttavia tekijöitä olivat myös huono johtajuus, koordinoinnin puute, verkoston rajat sekä vallan ja kontrollin kulttuuri (O'connor ym., 2016, Szafran ym., 2018). Tiimityön johtamisen haasteita koettiin organisaatiokysymyksissä, vastuussa, budjettirajoituksissa ja tiimin koossa (Klarare ym., 2020).

### **2.2.5 Moniammatillisen yhteistyön edistäminen johtamisella**

Useiden tutkimusten mukaan aktiivisella johtamisella oli myönteinen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Johtajan voimaannuttava käytös, aito läsnäolo, positiivinen asenne sekä toisten innostaminen ja motivointi koettiin edistävän moniammatillista yhteistyötä. Johtajalta saadun tuen ja riittävien resurssien tärkeys moniammatilliselle yhteistyölle nousi esille useissa tutkimuksissa. Jaettu johtajuus, tiimin jäsenten arvostaminen ja autonomia sekä johtajan ammattitaito ja kokemus edistivät tiimityötä. (Regan ym., 2016, Folkman ym., 2019, Cziraki ym., 2020, Keshmiri & Moradi, 2020, Moilanen ym., 2020, Smith ym., 2020)

Johtajat voivat tukea moniammatillista yhteistyötä antamalla tunnustusta ja positiivista, rakentavaa palautetta ammattilaisille. Tehokas ja aktiivinen viestintä, tiedon jakamisen, tiimityötaitojen ja tiimin jäsenten välisen vuorovaikutuksen edistäminen ja yhteistyökäytäntöjen tukeminen ja kehittäminen edistivät tiimityötä (O'connor ym., 2016, Shaw ym., 2016, Keshmiri & Moradi, 2020, Moilanen ym., 2020). Hoitotyön johtajat voivat edistää tehokasta moniammatillista yhteistyötä lisäämällä roolitietoisuutta, rakentamalla luottamusta ja kunnioitusta hoitohenkilökunnan keskuudessa ja tukemalla ammattimaisen hoitotyön ympäristön toteutumista (Regan ym., 2016, Shaw ym., 2016). Hoitotyön johtajat voivat rakentaa tehokkaita hoitotyön tiimejä ja tiimityötä tukevaa ympäristöä parantamalla tiimisuuntautuneisuutta ja toisten auttamista, kehittämällä

ammattien välistä sitoutumista, luomalla kannustavaa ilmapiiriä ja edistämällä moniammatillista koulutusta (O'connor ym., 2016, Kaiser & Westers, 2018, Keshmiri & Moradi, 2020).

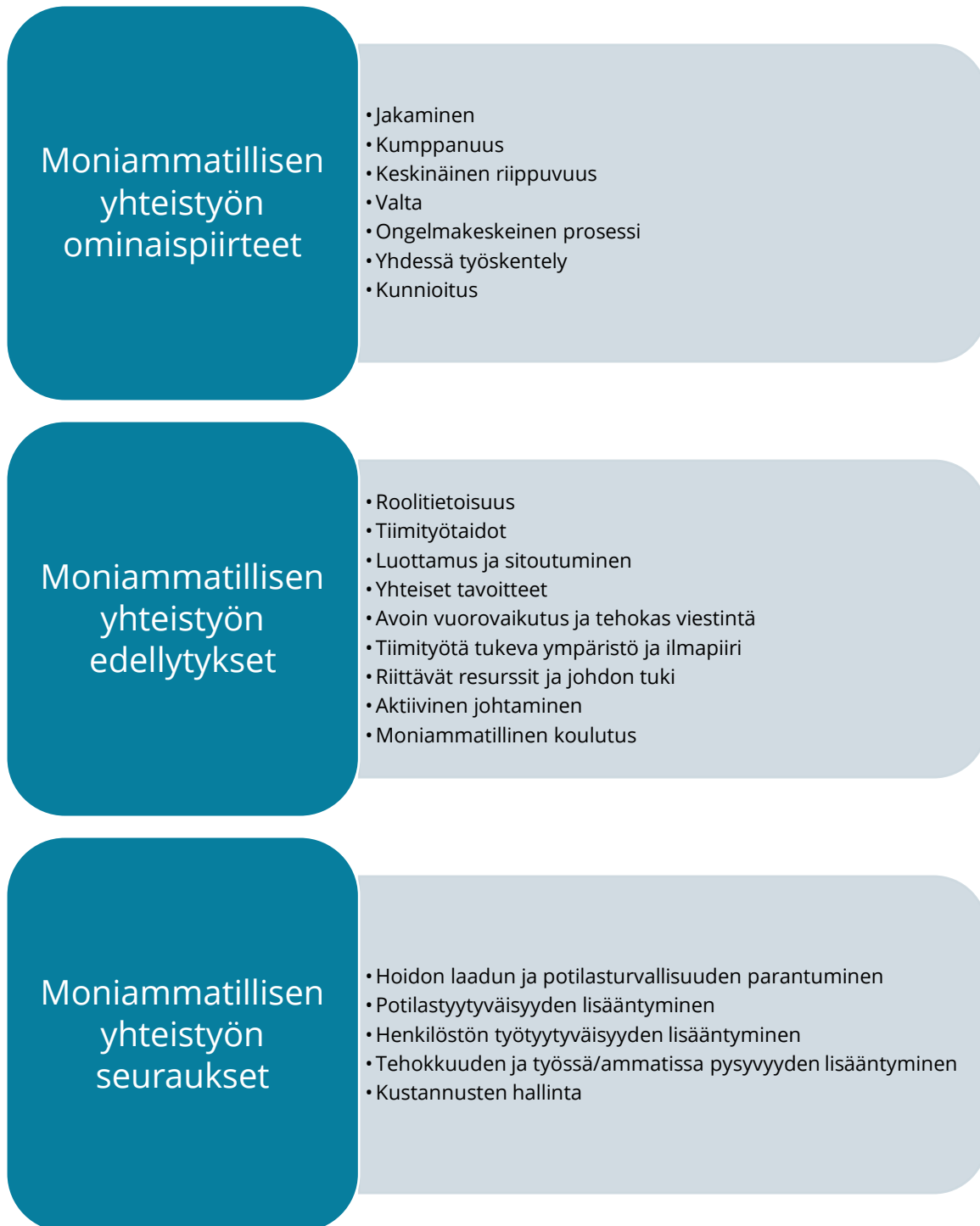
### 2.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Tutkimusta varten haettiin aiempaa tutkimustietoa moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta terveydenhuollossa. Käsiteanalyysin ja kirjallisuuskatsauksen avulla muodostettiin kokonaiskuva tutkimusilmapiöstä. Moniammatillisen yhteistyön edistäminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, johon kuuluvat henkilöstön selkeät roolit, vahva ammatti-identiteetti (Goldman ym., 2018, Kaiser & Westers, 2018, Szafran ym., 2018, Tang ym., 2018, Folkman ym., 2019, Josi ym., 2020, El-Awaisi ym., 2021), luottamus, sitoutuminen (Shaw ym., 2016, van Dongen ym., 2016), avoin vuorovaikutus, tehokas viestintä (Goldman ym., 2018, Wei ym., 2020, Bennardi ym., 2021) ja organisatoriset tekijät, kuten riittävät resurssit ja aktiivinen johtaminen (Regan ym., 2016, van Dongen ym., 2016, El-Awaisi ym., 2021).

Aktiivisella johtamisella on myönteinen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Moniammatillista yhteistyötä voidaan edistää jaetulla johtamisella, johtajalta saadulla tuella ja palautteella sekä aktiivisella viestinnällä. (O'connor ym., 2016, Regan ym., 2016, Shaw ym., 2016, Folkman ym., 2019, Cziraki ym., 2020, Keshmiri & Moradi ym., 2020, Moilanen ym., 2020, Smith ym., 2020, El-Awaisi ym., 2021) Hoitotyön johtajat voivat edistää tehokasta moniammatillista yhteistyötä kehittämällä tiimityötä tukevaa ympäristöä ja ilmapiiriä. Koulutuksen avulla voidaan luoda edellytykset moniammatilliselle yhteistyöosaamiselle. (O'connor ym., 2016, Kaiser & Westers, 2018, Keshmiri & Moradi ym., 2020, Bennardi ym., 2021, El-Awaisi ym., 2021)

Lisääntyneellä yhteistyöllä ja tiimityöllä on myönteinen vaikutus henkilöstön työtyytyväisyyteen, tehokkuuteen ja työssä/ammattissa pysyvyyteen sekä potilasturvallisuuteen, potilashoidon laatuun, potilastyytyväisyyteen ja kustannusten hallintaan (Xyrichis & Ream, 2008, Petri, 2010, Emich, 2018, Kaiser & Westers, 2018, El-Awaisi ym., 2021). Moniammatillinen yhteistyö on merkittävässä roolissa, kun pyritään lisäämään terveystalvelujen laatua ja tehokkuutta ja vastaamaan

terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin maailmanlaajuisesti (WHO, 2010). Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista on esitetty kuviossa 2.



**Kuvio 2.** Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista.

### **3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yhden sairaalan koko henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi tarvitaan tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu erikoissairaanhoidon henkilöstön arvioimana?
2. Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa?
3. Miten moniammatillisen yhteistyön toteutuminen on yhteydessä henkilöstön tyytyväisyyteen?



## 4 Tutkimusmenetelmät

### 4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tämä kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Tutkimuksen kohderyhmänä oli yhden erikoissairaanhoidon organisaation moniammatillinen henkilöstö (N=3700), joka oli tutkimuksen perusjoukko. Tutkimuksen otos (n=232) muodostui kyselyyn vastanneista henkilöistä.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella 10.5. – 25.5.2022. Tutkija sopi yhteistyössä kohdeorganisaation yhteyshenkilön kanssa sähköisestä aineiston keruusta, joka toteutettiin kohdeorganisaation sisäisessä viestintäkanavassa henkilöstölle lähetyn saatekirjeen, tutkimustiedotteen ja vastauslinkin kautta. Tutkimukseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista.

### 4.2 Tutkimuksessa käytetty mittari

Tässä kyselytutkimuksessa käytettiin TtT Virpi Sulosaaren, dosentti Minna Stoltin ja professori Helena Leino-Kilven (2018) kehittämää Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen -mittaria arviomaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista sairaalassa. MONAMI (Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen) -arviointimittari on kehitetty Turun ammattikorkeakoulun Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus 2017–2020 VETÄVÄ-tutkimushankkeessa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen arviointiin syövän hoidon yksiköissä. MONAMI-kyselylomake on kehitetty aiemman kirjallisuuden perusteella ja esitestattu (n=30) syöpäpotilaiden hoitoon osallistuvilla terveydenhuollon ammattilaisilla, jonka jälkeen MONAMI-mittaria on käytetty yhdessä kyselytutkimuksessa. (Sulosaari ym., 2020) Lupa MONAMI-mittarin käyttöön saatiin mittarin kehittäjiltä.

MONAMI-kyselylomakkeessa on yhteensä 64 väittämää jaettuna kuuteen osioon: moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä (4 väittämää), moniammatillinen toiminta toimintayksikössä eli sairaanhoitopiirissä (4 väittämää), moniammatillisen toiminnan arvostus (13 väittämää), moniammatillisen toiminnan toteutuminen (25 väittämää) ja moniammatillisen

toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä (13 väittämää) sekä toimintayksikössä eli sairaanhoitopiirissä (5 väittämää). Vastausasteikkona käytettiin 4-portaista Likert-asteikkoa (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). (Sulosaari ym., 2020) Tässä tutkimuksessa mittariin ei tehty muutoksia. Taustamuuttujina kysyttiin ikä, sukupuoli, koulutus, ammattiryhmä, työkokemus yhteensä sairaanhoitopiirissä, työkokemus nykyisessä ammatissa, palvelualue, kuuluminen nimettyyn moniammatilliseen tiimiin ja osallistuminen moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen. Lisäksi kysyttiin arviota työtyytyväisyydestä asteikolla 1–10.

### 4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat analyysimenetelmien valintaa. Ennen tilastollisten menetelmien valintaa tutkimusaineisto siirrettiin Webropol-palvelimelta ja tallennettiin tilasto-ohjelmaan. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 27 -ohjelmalla. Puuttuvat arvot tarkistettiin ja muuttujia luokiteltiin uudelleen. Vastaajien iästä, työkokemuksesta ja työtyytyväisyysarviosta muodostettiin uudelleen luokitellut muuttujat. Ikä luokiteltiin neljään luokkaan ( $\leq 30$ -vuotiaat, 31–40-vuotiaat, 41–50-vuotiaat ja yli 50-vuotiaat). Työkokemus sairaanhoitopiirissä ja nykyisessä ammatissa luokiteltiin myös neljään luokkaan (0–5 vuotta, 6–10 vuotta, 11–20 vuotta ja yli 20 vuotta). Henkilöstön arviot työtyytyväisyydestä luokiteltiin neljään luokkaan (1–4, 5–6, 7–8 ja 9–10). Myös koulutus- ja ammattiryhmä -muuttujat luokiteltiin uudelleen siten, että kaikissa luokissa oli riittävästi havaintoja analyysien toteuttamiseksi ja vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi. Tutkimusaineistoa kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia sekä tilastollisia tunnuslukuja (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli, mediaani). (Metsämuuronen, 2009, Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018)

Aineistoa tiivistettiin muodostamalla mittarin osioiden yksittäisistä Likert-asteikollisista muuttujista jatkuvaluonteisia keskiarvosummamuuttujia, joiden rakentamisen edellytyksenä oli muuttujien keskinäinen korrelaatio. Tässä tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat 0.812–0.931 osoittaen hyvää mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Koko mittarin Cronbachin alfa-kertoimen oli 0.823. Ennen summamuuttujien rakentamista

tarkistettiin, että kaikki alkuperäiset muuttujat mittaavat tutkimusilmiötä samaan suuntaan. Kolme negatiivista väittämää käännettiin positiivisiksi siten, että kaikissa Likert-asteikollisissa muuttujissa arvo 4 tarkoittaa suurinta yksimielisyyttä. (Metsämuuronen, 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018)

Tässä tutkimuksessa käytettiin samoja summamuuttujia, jotka mittarille oli muodostettu Sulo-saaren ym. (2020) tutkimuksessa. MONAMI-mittarin muuttujista muodostettiin kuusi summamuuttujaa: moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä, moniammatillinen toiminta toimintayksikössä, moniammatillisen toiminnan arvostus, moniammatillisen toiminnan toteutuminen, moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä sekä moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä. Lisäksi muodostettiin koko mittaria kuvaava MONAMI-yhteissumma-summamuuttuja. Tässä tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen arvioinnissa ja tulosten kuvauksessa käytettiin asteikkoa 1=toteutui heikosti, 2=toteutui kohtalaisesti, 3=toteutui hyvin ja 4=toteutui erinomaisesti.

Taustamuuttujien ja selitettävien muuttujien yhteyden tarkasteluun sopivan analyysimenetelmän valintaan vaikutti, noudattiko muuttuja normaalijakaumaa. Jakaumaa tarkasteltiin käyttämällä histogrammia ja Kolmogorov-Smirnovin testiä. Tässä tutkimuksessa muuttujien välisiä yhteyksiä arvioitaessa tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin arvoa  $p < 0.05$ . Yhden summamuuttujan (moniammatillisen toiminnan toteutuminen) ja MONAMI-yhteissumman jakaumat noudattivat normaalijakaumaa. Koska selittävässä muuttujissa oli luokkia enemmän kuin kaksi, erojen testaamiseen käytettiin parametristä, yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA). Koska viiden muun summamuuttujan jakaumat olivat vinoja ( $p$ -arvo alle 0.05), ja selittävässä muuttujissa oli luokkia enemmän kuin kaksi, testinä käytettiin epäparametristä Kruskal-Wallis testiä. Jos useamman ryhmän vertailussa havaittiin ryhmien keskiarvojen välillä tilastollisesti merkitseviä eroja, tehtiin ryhmille post hoc -parivertailut Bonferroni-korjauksella. Näin saatiin selville, mitkä ryhmät poikkeavat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Testeillä arvioitiin taustamuuttujien yhteyttä keskiarvosummamuuttujiin eli tarkasteltiin keskiarvojen eroja taustamuuttujien perusteella. (Metsämuuronen, 2009, Nummenmaa, 2011, Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja, 2021, Nummenmaa, 2021)

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välistä yhteyttä tutkittiin epäparametrisella Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella ( $r_s$ ), jota käytetään yleisimmin järjestysasteikollisille, kuten Likert-asteikollisille muuttujille. Korrelaatiokerroin voi saada arvoja välillä [-1, 1]. Tässä tutkimuksessa yli 0.5:n suuruisia korrelaatiokertoimia pidettiin osoituksena voimakkaasta muuttujien välisestä yhteydestä. Korrelaatiokertoimen arvoilla 0.30–0.50 yhteys oli kohtalaista ja alle 0.3 arvoilla yhteys oli heikkoa. Korrelaatio oli tilastollisesti merkitsevä vasta silloin, jos korrelaatiokerrointa vastaava p-arvo alitti tässä tutkimuksessa käytetyn merkitsevyystason ( $p < 0.05$ ). Korrelaatiokertoimen tilastollista merkitsevyyttä arvioitaessa otettiin huomioon myös otoksen ( $n=232$ ) koko. Suuressa otoksessa pienetkin korrelaatiot saattavat olla tilastollisesti merkitseviä, ja suurten korrelaatioiden esiintyminen sattumalta on epätodennäköisempää. (Metsämuuronen, 2009, Nummenmaa, 2011, Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Nummenmaa, 2021)

Lineaarilla regressioanalyysillä tarkasteltiin muuttujien välistä lineaarista yhteyttä, eli miten henkilöstön työtyytyväisyyden (selitettävä muuttuja) arvojen vaihtelua voidaan selittää moniammatillisen yhteistyön summamuuttujien (selittävät muuttujat) avulla. Tässä tutkimuksessa usean selittäjän regressiomalliin otettiin mukaan kaikki kuusi moniammatillisen yhteistyön summamuuttujaa, koska haluttiin ottaa huomioon useampia selitettävään muuttujaan vaikuttavia tekijöitä ja parantaa mallinnuksen tarkkuutta. Muodostetun mallin sopivuutta ja selitysastetta testattiin Stepwise-menetelmällä. Askeltava regressioanalyysi lisäsi ja poisti muuttujia mallista vaiheittain sen mukaan, mikä paransi mallin selitysastetta eniten. Lopputuloksena oli aineistoon tilastollisesti parhaiten sopiva malli, johon tässä tutkimuksessa päädyttiin ottamaan mukaan kolme moniammatillisen yhteistyön summamuuttujaa. (Nummenmaa, 2011, Grove ym., 2013, Nummenmaa, 2021)

Regressioanalyysin pätevyyttä ja selitysvoimaa arvioitiin sopivilla tunnusluvuilla. Mallin selitysaste ( $R^2$ ) kertoi, kuinka suuren osan selitettävän muuttujan vaihtelusta regressioanalyysin selittävät muuttujat pystyivät selittämään. Otoskoolla ja selittäjien määrällä korjattua selitysastetta ( $R^2_{adj}$ ) voitiin käyttää kahden regressioanalyysin tulosten vertailussa. F-testin tilastollinen

merkitsevyys kertoi, kuinka merkitsevänä selittävien muuttujien osuutta selitettävän muuttujan vaihtelusta voitiin pitää. Estimaatin keskivirhe ilmoitti regressiomallin residuaalien keskihajonnan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja, 2021) Regressiokertoimia ( $\beta$ ) tarkastelemalla nähtiin, mitkä selittävät muuttujat sopivat malliin. Muuttujien sopivuutta malliin testattiin t-testin avulla. Jos regressiokertoimen t-arvo oli  $\geq 2$  ja t-testin havaittu merkitsevyystaso oli  $< 0.05$ , selittävän muuttujan katsottiin sopivan malliin. Standardoituja Beta-kertoimia voitiin käyttää muuttujien keskinäiseen vertailuun.

Regressiomallin oletuksiin kuului, etteivät selittävät muuttujat korreloi keskenään kovin voimakkaasti. Tämän vuoksi muuttujille laskettiin kollineaarisuustoleranssit, jotka malliin valittujen muuttujien osalta olivat välillä 0.421–0.630. Tässä tutkimuksessa kollineaarisuusongelmaa ei ilmennyt, koska toleranssit olivat pienempiä kuin 0.20. (Metsämuuronen, 2009, Nummenmaa, 2011, Nummenmaa, 2021) Jäännöstermien jakaumia tarkasteltiin jäännöstermikuvaajien avulla. Jäännöstermit kuvaavat sitä osaa vaihtelusta, jota malli ei selitä. Jäännöstermien jakauman tulisi noudattaa normaalijakaumaa. Kuvaajista arvioitiin, kuinka kauas nollakohdasta jäännöstermit sijoittuivat eri y-muuttujan havaituilla arvoilla. Hyvin sovitetussa mallissa jäännökset hajaantuvat tasaisesti ennusteen eri arvoilla ja vaihtelevat tasaisesti nollan molemmiin puolin. (Nummenmaa, 2011, Nummenmaa, 2021)

## 5 Tulokset

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 232 henkilöä, joista valtaosa oli naisia (86 %). Vastaajista lähes puolet (45 %) oli hoitohenkilöstöä, 14 % asiantuntijoita, 10 % lääkäreitä, 10 % esihenkilöitä tai johtajia, 7 % toimistohenkilöstöä sekä 14 % muita ammattiryhmiä. Vastaajien koulutuksena oli pääosin ammattikorkeakoulututkinto (37 %), yliopistotutkinto (26 %) tai opistoasteen ammatillinen koulutus (18 %). Enemmistö vastaajista työskenteli operatiivisella (27 %) tai konservatiivisella (25 %) palvelualueella. Vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta (ka 44.4, SD 10.8, vaihteluväli 22–64 vuotta) ja työkokemus sairaanhoitopiirissä oli keskimäärin 12 vuotta (ka 12.3, SD 9.7, vaihteluväli 0–39 vuotta) ja työkokemus nykyisessä ammatissa 13 vuotta (ka 12.7, SD 10.1, vaihteluväli 0–40 vuotta). Vastaajista 52 % kuului nimettyyn moniammatilliseen tiimiin. 16 % vastaajista ei osannut sanoa, kuuluuko johonkin nimettyyn moniammatilliseen tiimiin. Hieman alle puolet (45 %) vastaajista oli osallistunut moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen. Vastaajien arvio työtyytyväisyydestä asteikolla 1–10 (1=erittäin tyytymätön, 10=erittäin tyytyväinen) oli keskimäärin 7 (ka 6.7, SD 1.9, vaihteluväli 1–10). Vastaajista 13,5 % arvioi työtyytyväisyyden välille 1–4, 24 % välille 5–6, 50 % välille 7–8 ja 12,5 % välille 9–10. Vastaajien taustatiedot on esitetty taulukossa 2.

**Taulukko 2.** Vastaajien (n=232) taustatiedot (n, %).

Taustamuuttuja	n	%
<b>Ikä (n=232)</b>		
≤ 30 vuotta	28	12
31–40 vuotta	59	25
41–50 vuotta	69	30
≥ 51 vuotta	76	33
<b>Sukupuoli (n=231)</b>		
Mies	28	12
Nainen	198	86

<b>Taustamuuttuja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Jokin muu / Ei halua vastata	5	2
<b>Koulutus (n=231)</b>		
Ammattikoulu tai -kurssi, lukio tai ylioppilas	22	9,5
Opistoasteen ammatillinen koulutus	42	18
Ammattikorkeakoulututkinto	85	37
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto	22	9,5
Yliopistotutkinto	60	26
<b>Ammattiryhmä (n=231)</b>		
Hoitohenkilöstö	104	45
Lääkärit	24	10
Toimistohenkilöstö	17	7
Asiantuntijat	32	14
Esihenkilöt tai johtajat	22	10
Muu	32	14
<b>Työkokemus yhteensä sairaanhoitopiirissä (n=232)</b>		
≤ 5 vuotta	80	35
6–10 vuotta	35	15
11–20 vuotta	74	32
≥ 21 vuotta	43	18
<b>Työkokemus nykyisessä ammatissa (n=232)</b>		
≤ 5 vuotta	82	35
6–10 vuotta	32	14
11–20 vuotta	69	30
≥ 21 vuotta	49	21
<b>Palvelualue (n=231)</b>		
Konservatiivinen	57	25
Operatiivinen	63	27
Sairaalapalvelut	27	12
Psykiatria	28	12

<b>Taustamuuttuja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Päivystys- ja ensihoito	23	10
Tuotannon palvelut	18	8
Johtamisen palvelut	15	6
<b>Moniammatilliseen tiimiin kuuluminen (n=231)</b>		
Kyllä	120	52
Ei	73	32
Ei osaa sanoa	38	16
<b>Moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistuminen (n=231)</b>		
Edeltävän vuoden aikana	52	23
Edeltävän 2–3 vuoden aikana	17	7
Edeltävän 5 vuoden aikana	12	5
Yli 5 vuotta sitten	24	10
Ei ole osallistunut	126	55
<b>Arvio työtyytyväisyydestä asteikolla 1–10 (1=erittäin tyytymätön, 10=erittäin tyytyväinen) (n=209)</b>		
1–4	28	13,5
5–6	50	24
7–8	105	50
9–10	26	12,5

## 5.2 Henkilöstön arvioinnit moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa

Sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen yhteistyön kokonaisuudessaan kohtalaiselle tasolle (ka 2.83, SD 0.41). Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä (ka 3.56, SD 0.49) ja moniammatillisen toiminnan arvostus (ka 3.56, SD 0.33) toteutuivat parhaiten. Moniammatillinen toiminta toimintayksikötasolla arvioitiin heikommaksi (ka 2.58, SD 0.70). Moniammatillisen



toiminnan toteutuminen arvioitiin kohtalaiselle tasolle (ka 2.82, SD 0.47). Heikoimmin arvioitiin toteutuvan moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen työyksikössä (ka 2.23, SD 0.63) ja toimintayksikössä (ka 2.21, 0.68). Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen henkilöstön arvioimana summamuuttujatasolla on esitetty taulukossa 3.

**Taulukko 3.** Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen henkilöstön arvioimana summamuuttujatasolla (n, Ka, SD, Md, vaihteluväli, Cronbachin alfakerroin).

Summamuuttuja	Väittämien lukumäärä	n	Ka	SD	Md	Vaihteluväli	Cronbachin alfakerroin
Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	4	232	3.56	0.49	3.75	1-4	0.812
Moniammatillinen toiminta toimintayksikössä	4	230	2.58	0.70	2.50	1-4	0.855
Moniammatillisen toiminnan arvostus	13	231	3.56	0.33	3.62	2-4	0.818
Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	25	231	2.82	0.47	2.80	2-4	0.929
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	13	230	2.23	0.63	2.23	1-4	0.931
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	5	225	2.21	0.68	2.20	1-4	0.889
MONAMI-yhteissumma	64	232	2.83	0.41	2.81	1-4	0.823

Likert-asteikko 1-4 (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä), n=vastaajien lukumäärä, Ka=keskiarvo, SD=keskihajonta, Md=mediaani

### **5.2.1 Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen**

Väittämätasolla tarkasteltuna vastaajat arvioivat moniammatillisen yhteistyöosaamisensa erittäin hyväksi (ka 3.72, SD 0.54). Vastaajat tekivät säännöllisesti yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa (ka 3.81, SD 0.56) ja osasivat toimia joustavasti moniammatillisessa ryhmässä ka 3.66, SD 0.54). Vastaajat arvioivat ajantasaiset tietonsa moniammatillista yhteistyöstä hyväiksi (ka 3.05, SD 0.78) ja toimintayksikön strategian tuntemuksensa melko hyväksi (ka 2.91, SD 0.88). Vastaajien mielestä toimintayksikön strategia tuki moniammatillista toimintatapaa kohtalaisesti (ka 2.77, SD 0.83), mutta puutteita koettiin moniammatillisen yhteistyön tavoitteiden määrittelyssä toimintayksikön tasolla (ka 2.33, SD 0.81).

### **5.2.2 Moniammatillisen toiminnan arvostus**

Moniammatillisen toiminnan arvostusta väittämätasolla tarkasteltaessa vastaajat arvioivat arvostavansa moniammatillista yhteistyötä työssään erittäin paljon (ka 3.91, SD 0.30). Moniammatillinen toiminta tuotti potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen (ka 3.90, SD 0.31) ja edisti eettisesti korkeatasoista hoitoa (ka 3.69, SD 0.55). Moniammatillisen toiminnan arvioitiin edistävän toisten ammattilaisten työn tuntemista (3.72, SD 0.50), kunnioitusta (ka 3.71, SD 0.53) ja tekevän työyhteisön toiminnasta mielekästä (ka 3.63, SD 0.54). Moniammatillisen toiminnan arvioitiin edistävän myös omaa työhyvinvointia (ka 3.38, SD 0.66) sekä työyhteisön hyvinvointia (ka 3.45, SD 0.64). Vastaajien mielestä moniammatillinen toiminta oli myös taloudellista (ka 3.62, SD 0.59).

### **5.2.3 Moniammatillisen toiminnan toteutuminen**

Moniammatillisen toiminnan toteutumista väittämätasolla tarkasteltaessa vastaajat arvioivat, että yhdessä tekeminen eri ammattiryhmien kanssa oli hauskaa (ka 3.30, SD 0.73) ja toimi hyvin (ka 3.01, SD 0.73). Eri ammattiryhmillä oli yhteinen tavoite ja päämäärä (3.11, SD 0.80) ja jokaisen työ oli tärkeää tavoitteen saavuttamiseksi (ka 3.73, SD 0.55). Vastaajien mielestä kaikkien ammattiryhmien velvollisuus oli pitää omat tietonsa ajan tasalla (3.64, SD 0.57), ja tiedon välittäminen oli kaikkien ammattiryhmien vastuulla (ka 3.30, SD 0.81). Moniammatillisuuden arvioitiin olevan perusta potilaslähtöiselle toiminnalle (ka 3.55, SD 0.65), lisäävän potilaalle turvallisuuden

tunnetta (ka 3.54, SD 0.66) ja edistävän potilaan yksilöllistä osallistumista hoitoonsa (ka 3.38, SD 0.74). Moniammatillisuuden arvioitiin edistävän myös näyttöön perustuvaa toimintaa (ka 3.40, SD 0.69).

Vastaajien mielestä kaikilla ammattiryhmillä oli selkeä vastuualue (ka 2.87, SD 0.82), toisten ammattiryhmien työn vaatimukset tunnettiin (ka 2.50, SD 0.82) ja toiminnan tavoitteita määriteltiin yhdessä (ka 2.46, SD 0.81) kohtalaisesti. Eri ammattiryhmät ottivat toisensa mukaan omaan tekemiseensä (ka 2.54, SD 0.81) ja yhdessä tekeminen oli sisällytetty perehdytykseen (ka 2.47, SD 0.91) kohtalaisesti. Vastaajien mielestä kaikkien ammattiryhmien ajan tasalla pysyminen yksikön toimintaa koskevissa uusissa asioissa (ka 2.29, SD 0.76), osallistuminen yhteistä toimintaa koskevaan päätöksentekoon (ka 2.37, SD 0.86) ja eri ammattiryhmien yhteinen arviointi toiminnan onnistumisesta (ka 2.39, SD 0.87) toteutuivat kohtalaisella tasolla. Heikoimmin toteutuivat moniammatillisen toiminnan systemaattinen ja jatkuva arviointi (ka 1.85, SD 0,78) sekä selkeät kriteerit moniammatillisen toiminnan onnistumisen arvioinnille (ka 1.95, SD 0.75). Vastaajien arvion mukaan toimintatapojen muuttaminen moniammatillisen toiminnan arvioinnin perusteella toteutui kohtalaisesti (ka 2.22, SD 0.82).

#### **5.2.4 Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen**

Väittämätasolla tarkasteltuna vastaajat arvioivat moniammatillisen toiminnan edistävän hyvää työilmapiiriä työyksikössä (ka 3.23, SD 0.77). Moniammatillisen toiminnan arvioitiin olevan kohtalaisesti johdettua (ka 2.29, SD 0.75) työyksikössä ja toimintayksikössä (ka 2.17, SD 0.78). Esihenkilöt tukivat henkilöstön osallistumista moniammatillisiin koulutustilaisuuksiin kohtalaisesti (ka 2,34, SD 0.96). Moniammatillisuuden huomioon ottaminen kehityskeskusteluissa (ka 2.16, SD 0.87) ja moniammatillinen yhteistyön huomioiminen toiminnan tulosten arvioinnissa (ka 2.10, SD 0.84) toteutuivat heikommin. Moniammatillinen toiminta kehittämisen keskeisenä tavoitteena toteutui vastaajien mielestä kohtalaisesti sekä työyksikössä (ka 2.44, SD 0.93) että toimintayksikössä (ka 2.45, SD 0.89). Vastaajien arvion mukaan eri ammattiryhmien johtajat tekivät päätöksiä yhdessä (ka 2.36, SD 0.87) ja kävivät yhteisissä koulutuksissa (ka 2.22, SD 0.83) kohtalaisesti.

Heikoimmin toteutuivat moniammatillisesta toiminnasta palkitseminen (ka 1.59, SD 0.71), resursien osoittaminen moniammatillisen toiminnan kehittämiseen (ka 2.00, SD 0.84) sekä eri ammattiryhmien toiminnan tuloksien esiin tuominen tasapuolisesti (ka 2.00, SD 0.82). Vastaajien mielestä tunnustuksen antaminen (ka 2.06, SD 0.85) ja eri ammattiryhmien osallistumisen edellyttäminen toiminnan arviointiin (ka 2.08, SD 0.82) toteutuivat kohtalaisesti. Vastaajien arvion mukaan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä tuettiin eri toimintayksiköiden välillä kohtalaisesti (ka 2.11, SD 0.84), ja tietojärjestelmien koettiin olevan toimintayksikköjen välistä moniammatillista yhteistyötä kohtalaisesti tukevia (ka 2.30, SD 0.85).

### **5.3 Taustatekijöiden yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa**

#### **5.3.1 Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä**

Koulutuksella ( $p < 0.001$ ) ja työkokemuksen pituudella sairaanhoitopiirissä ( $p = 0.021$ ) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteuttamisesta omassa työssä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (ka 3.86, SD 0.24) suorittaneet toteuttivat moniammatillista yhteistyötä omassa työssään enemmän kuin ammattikorkeakoulututkinnon (ka 3.59, SD 0.52), yliopistotutkinnon (ka 3.56, SD 0.48), opistoasteen ammatillisen koulutuksen (ka 3.42, SD 0.49) tai ammattikoulun, ammattikurssin, lukion tai ylioppilastutkinnon (ka 3.40, SD 0.45) suorittaneet. 11–20 vuotta sairaanhoitopiirissä työskennelleet (ka 3.69, SD 0.33) kokivat toteuttavansa moniammatillisista yhteistyötä omassa työssään eniten ja alle 5 vuotta sairaanhoitopiirissä työskennelleet (ka 3.46, SD 0.50) vähiten muihin ryhmiin verrattuna.

Moniammatilliseen tiimiin kuulumisella ( $p < 0.001$ ) ja moniammatilliseen koulutukseen osallistumisella ( $p < 0.001$ ) oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteuttamisesta omassa työssä. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat (ka 3.70, SD 0.34) toteuttivat moniammatillista yhteistyötä omassa työssään enemmän kuin tiimiin kuulumattomat (ka 3.52, SD 0.47) tai vastaajat, jotka eivät osanneet sanoa (ka 3.20, SD 0.70), kuuluvatko johonkin moniammatilliseen tiimiin. Moniammatillista yhteistyötä edistävään

koulutukseen edeltävän vuoden aikana osallistuneet (ka 3.75, SD 0.29) tai yli 5 vuotta sitten osallistuneet (ka 3.76, SD 0.30) arvioivat toteuttavansa moniammatillista yhteistyötä omassa työssään enemmän kuin koulutukseen osallistumattomat (ka 3.42, SD 0.56).

Vastaajien iän, sukupuolen, ammattiryhmän, palvelualueen tai työkokemuksen pituuden (nykyisessä ammatissa) perusteella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä tarkasteltaessa moniammatillisen yhteistyön toteuttamista omassa työssä. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön toteuttamisesta omassa työssä on esitetty taulukossa 4.

### **5.3.2 Moniammatillinen toiminta toimintayksikössä**

Ammattiryhmällä ( $p=0.020$ ) ja työkokemuksen pituudella sairaanhoitopiirissä ( $p=0.004$ ) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisesta toiminnasta toimintayksikössä. Lääkärit (ka 2.33, SD 0.84) arvioivat moniammatillisen toiminnan toimintayksikössä heikommaksi, ja esihenkilöt ja johtajat parhaimmaksi (ka 2.97, SD 0.61) muihin ammattiryhmiin verrattuna. Yli 20 vuotta sairaanhoitopiirissä työskennelleet (ka 2.87, SD 0.56) arvioivat moniammatillisen toiminnan toimintayksikössä paremmaksi kuin alle 5 vuotta (ka 2.45, SD 0.77) tai 11–20 vuotta (ka 2.53, SD 0.66) sairaanhoitopiirissä työskennelleet.

Vastaajien iän, sukupuolen, koulutuksen, työkokemuksen pituuden (nykyisessä ammatissa) tai palvelualueen perusteella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä tarkasteltaessa moniammatillista toimintaa toimintayksikön tasolla. Myöskään moniammatilliseen tiimiin kuullamisella tai moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistumisella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisesta toiminnasta toimintayksikössä on esitetty taulukossa 4.

### **5.3.3 Moniammatillisen toiminnan arvostus**

Vastaajien iällä ( $p=0.026$ ), koulutuksella ( $p=0.049$ ), ammattiryhmällä ( $p=0.050$ ) ja palvelualueella ( $p=0.017$ ) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys heidän arviointeihinsa moniammatillisen toiminnan

arvostuksesta. 31–40-vuotiaat (ka 3.47, SD 0.31) arvostivat moniammatillista toimintaa vähiten ja yli 50-vuotiaat (ka 3.60, SD 0.35) eniten muihin ikäluokkiin verrattuna. Yliopistotutkinnon (ka 3.61, SD 0.32) suorittaneet arvostivat moniammatillista toimintaa eniten ja ammattikoulun, ammattikurssin, lukion tai ylioppilastutkinnon (ka 3.39, SD 0.33) suorittaneet vähiten koulutuksen perusteella tehdyssä ryhmien välisessä vertailussa. Esihenkilöt ja johtajat (ka 3.69, SD 0.23) ja lääkärit (ka 3.67, SD 0.32) arvostivat moniammatillista toimintaa eniten ja toimistohenkilöstö (ka 3.42, SD 0.36) vähiten muihin ammattiryhmiin verrattuna. Moniammatillista toimintaa arvostettiin eniten psykiatrialla (ka 3.68, SD 0.24) ja konservatiivisella (ka 3.63, SD 0.30) palvelualueella ja vähiten johtamisen (ka 3.41, SD 0.34) ja tuotannon (ka 3.42, SD 0.31) palveluiden alueella.

Tarkemmassa ryhmien välisten erojen tarkastelussa (parivertailut Bonferroni-korjauksella) vastaajien ammattiryhmällä ja palvelualueella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä moniammatillisen toiminnan arvostukseen. Myöskään vastaajien sukupuolen, työkokemuksen pituuden (sairaanhoitopiirissä tai nykyisessä ammatissa), moniammatilliseen tiimiin kuulumisen tai moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistumisen perusteella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä tarkasteltaessa vastaajien moniammatillisen toiminnan arvostusta. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan arvostuksesta on esitetty taulukossa 4.

#### **5.3.4 Moniammatillisen toiminnan toteutuminen**

Taustamuuttujilla ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajien arviointeihin moniammatillisen toiminnan toteutumisesta. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan toteutumisesta on esitetty taulukossa 4.

#### **5.3.5 Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen**

Työkokemuksen pituudella sairaanhoitopiirissä ( $p=0.023$ ) ja moniammatilliseen tiimiin kuulumisella ( $p=0.041$ ) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan tuesta ja johtamisesta toimintayksikössä. Yli 20 vuotta sairaanhoitopiirissä työskennelleet (ka 2.40, SD 0.66) arvioivat moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen

toimintayksikössä parhaimmaksi ja 11–20 vuotta sairaanhoitopiirissä työskennelleet (ka 2.03, SD 0.59) heikoimmaksi muihin ryhmiin verrattuna. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat vastaajat (ka 2.29, SD 0.64) arvioivat moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen toimintayksikössä paremmaksi kuin moniammatilliseen tiimiin kuulumattomat (ka 2.05, SD 0.68).

Taustamuuttujilla ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan tuesta ja johtamisesta työyksikössä. Vastaajien iän, sukupuolen, koulutuksen, työkokemuksen pituuden (nykyisessä ammatissa) tai palvelualueen perusteella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä tarkasteltaessa moniammatillisen toiminnan tukea ja johtamista toimintayksikössä. Myöskään moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistumisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan tuesta ja johtamisesta toimintayksikössä. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen toiminnan tuesta ja johtamisesta työyksikössä ja toimintayksikössä on esitetty taulukossa 4.

### **5.3.6 Moniammatillinen yhteistyö kokonaisuutena**

Moniammatilliseen tiimiin kuulumisella ( $p=0.009$ ) ja moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistumisella ( $p=0.019$ ) havaittiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys moniammatillisen yhteistyön kokonaisuuteen (MONAMI-yhteissumma). Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat vastaajat (ka 2.92, SD 0.38) arvioivat moniammatillisen yhteistyön kokonaisuudessaan paremmaksi kuin tiimiin kuulumattomat (ka 2.75, SD 0.41). Myös moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen edeltävän vuoden aikana osallistuneet (ka 2.96, SD 0.39) arvioivat moniammatillisen yhteistyön kokonaisuudessaan paremmaksi kuin koulutukseen osallistumattomat (ka 2.76, SD 0.42). Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä moniammatillisen yhteistyön yhteissummaan. Taustamuuttujien yhteys henkilöstön arviointeihin moniammatillisen yhteistyön kokonaisuudesta (MONAMI-yhteissumma) on esitetty taulukossa 4.

**Taulukko 4.** Taustamuuttujien yhteys moniammatillisen yhteistyön summamuuttujiin (Ka, SD, p-arvo).

Taustamuuttuja	Summamuuttuja						
	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	Moniammatillisen toimintayksikössä	Moniammatillisen toiminnan arvostus	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	MONAMI-yhteistyön summa
	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)
<b>Ikä</b>	p=0.351	p=0.534	<b>p=0.026</b>	p=0.272	p=0.868	p=0.147	p=0.434
≤ 30 vuotta	3.55 (0.37)	2.57 (0.72)	3.58 (0.27)	2.95 (0.51)	2.33 (0.68)	2.50 (0.71)	2.92 (0.41)
31–40 vuotta	3.54 (0.44)	2.45 (0.72)	3.47 (0.31)	2.74 (0.46)	2.20 (0.65)	2.19 (0.68)	2.77 (0.41)
41–50 vuotta	3.66 (0.37)	2.63 (0.70)	3.58 (0.34)	2.81 (0.47)	2.20 (0.61)	2.13 (0.67)	2.84 (0.40)
≥ 51 vuotta	3.49 (0.63)	2.65 (0.67)	3.60 (0.35)	2.85 (0.48)	2.25 (0.63)	2.19 (0.67)	2.84 (0.43)
<b>Sukupuoli</b>	p=0.300	p=0.379	p=0.259	p=0.128	p=0.098	p=0.117	p=0.084
Mies	3.67 (0.38)	2.60 (0.84)	3.45 (0.41)	2.94 (0.61)	2.48 (0.78)	2.46 (0.78)	2.94 (0.53)
Nainen	3.55 (0.47)	2.60 (0.67)	3.58 (0.31)	2.81 (0.45)	2.21 (0.60)	2.17 (0.66)	2.83 (0.38)
<b>Koulutus</b>	<b>p&lt;0.001</b>	p=0.466	<b>p=0.049</b>	p=0.847	p=0.909	p=0.644	p=0.827
Ammattikoulu tai -kurssi, lukio tai ylioppilas	3.40 (0.45)	2.75 (0.64)	3.39 (0.33)	2.86 (0.56)	2.36 (0.83)	2.38 (0.87)	2.87 (0.44)
Opistoasteen ammatillinen koulutus	3.42 (0.49)	2.68 (0.44)	3.51 (0.35)	2.74 (0.37)	2.20 (0.50)	2.22 (0.55)	2.80 (0.27)
Ammattikorkeakoulututkinto	3.59 (0.52)	2.56 (0.71)	3.57 (0.29)	2.84 (0.46)	2.20 (0.62)	2.20 (0.65)	2.83 (0.43)
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto	3.86 (0.24)	2.63 (0.84)	3.59 (0.42)	2.84 (0.60)	2.29 (0.73)	2.25 (0.79)	2.91 (0.49)
Yliopistotutkinto	3.56 (0.48)	2.46 (0.79)	3.61 (0.32)	2.82 (0.49)	2.23 (0.64)	2.12 (0.71)	2.80 (0.44)



## Summamuuttuja

	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	Moniammatillisen toiminnan toimintayksikössä	Moniammatillisen toiminnan arvostus	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	MONAMI-yhteis- summa
Taustamuuttuja	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)
<b>Ammattiryhmä</b>							
	p=0.093	<b>p=0.020</b>	<b>p=0.050</b>	p=0.547	p=0.247	p=0.567	p=0.505
Hoitohenkilöstö	3.59 (0.43)	2.56 (0.65)	3.56 (0.33)	2.85 (0.47)	2.16 (0.59)	2.23 (0.62)	2.83 (0.38)
Lääkärit	3.65 (0.53)	2.33 (0.84)	3.67 (0.32)	2.88 (0.49)	2.27 (0.73)	2.03 (0.68)	2.82 (0.48)
Toimistohenkilöstö	3.29 (0.79)	2.81 (0.65)	3.42 (0.36)	2.63 (0.36)	2.05 (0.64)	2.14 (0.73)	2.73 (0.41)
Asiantuntijat	3.59 (0.46)	2.55 (0.74)	3.50 (0.36)	2.77 (0.48)	2.34 (0.65)	2.15 (0.75)	2.82 (0.45)
Esihenkilöt tai johtajat	3.68 (0.28)	2.97 (0.61)	3.69 (0.23)	2.87 (0.43)	2.41 (0.57)	2.31 (0.61)	2.99 (0.32)
Muu	3.40 (0.53)	2.51 (0.74)	3.53 (0.32)	2.82 (0.55)	2.28 (0.71)	2.28 (0.83)	2.81 (0.48)
<b>Työkokemus yhteensä sairaanhoitopiirissä</b>							
	<b>p=0.021</b>	<b>p=0.004</b>	p=0.051	p=0.267	p=0.348	<b>p=0.023</b>	p=0.167
≤ 5 vuotta	3.46 (0.50)	2.45 (0.77)	3.56 (0.30)	2.84 (0.48)	2.28 (0.69)	2.30 (0.72)	2.83 (0.43)
6–10 vuotta	3.55 (0.61)	2.66 (0.68)	3.53 (0.34)	2.80 (0.54)	2.18 (0.70)	2.15 (0.73)	2.82 (0.47)
11–20 vuotta	3.69 (0.33)	2.53 (0.66)	3.51 (0.36)	2.75 (0.43)	2.14 (0.54)	2.03 (0.59)	2.78 (0.36)
≥ 21 vuotta	3.52 (0.57)	2.87 (0.56)	3.67 (0.30)	2.93 (0.48)	2.33 (0.62)	2.40 (0.66)	2.95 (0.41)
<b>Työkokemus nykyisessä ammatissa</b>							
	p=0.083	p=0.564	p=0.107	p=0.408	p=0.265	p=0.301	p=0.415
0–5 vuotta	3.51 (0.42)	2.57 (0.73)	3.51 (0.32)	2.78 (0.48)	2.29 (0.65)	2.30 (0.72)	2.83 (0.41)
6–10 vuotta	3.64 (0.46)	2.74 (0.62)	3.58 (0.24)	2.93 (0.45)	2.39 (0.69)	2.31 (0.74)	2.93 (0.39)
11–20 vuotta	3.59 (0.59)	2.52 (0.74)	3.57 (0.37)	2.79 (0.47)	2.14 (0.60)	2.06 (0.64)	2.78 (0.43)
≥ 21 vuotta	3.55 (0.46)	2.59 (0.66)	3.62 (0.32)	2.86 (0.49)	2.16 (0.60)	2.18 (0.61)	2.83 (0.41)

## Summamuuttuja

	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	Moniammatillisen toiminta toimintayksikössä	Moniammatillisen toiminnan arvostus	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	MONAMI-yhteis- summa
Taustamuuttuja	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)
<b>Palvelualue</b>	p=0.399	p=0.442	<b>p=0.017</b>	p=0.206	p=0.516	p=0.930	p=0.893
Konservatiivinen	3.52 (0.57)	2.60 (0.71)	3.63 (0.30)	2.86 (0.45)	2.34 (0.60)	2.25 (0.65)	2.87 (0.40)
Operatiivinen	3.63 (0.35)	2.45 (0.68)	3.56 (0.35)	2.84 (0.43)	2.15 (0.58)	2.17 (0.62)	2.81 (0.39)
Sairaalapalvelut	3.44 (0.51)	2.52 (0.71)	3.49 (0.39)	2.76 (0.51)	2.31 (0.68)	2.22 (0.80)	2.79 (0.44)
Psykiatria	3.72 (0.29)	2.62 (0.73)	3.68 (0.24)	3.00 (0.40)	2.16 (0.55)	2.21 (0.64)	2.90 (0.36)
Päivystys- ja ensihoito	3.60 (0.38)	2.67 (0.68)	3.50 (0.32)	2.66 (0.51)	2.09 (0.65)	2.10 (0.65)	2.78 (0.44)
Tuotannon palvelut	3.43 (0.58)	2.91 (0.67)	3.42 (0.31)	2.75 (0.60)	2.27 (0.88)	2.25 (0.97)	2.85 (0.48)
Johtamisen palvelut	3.42 (0.83)	2.68 (0.77)	3.41 (0.34)	2.74 (0.55)	2.32 (0.72)	2.24 (0.70)	2.80 (0.57)
<b>Moniammatilliseen tiimiin kuuluminen</b>	<b>p&lt;0.001</b>	p=0.125	p=0.226	p=0.073	p=0.091	<b>p=0.041</b>	<b>p=0.009</b>
Kyllä	3.70 (0.34)	2.68 (0.65)	3.59 (0.33)	2.89 (0.47)	2.31 (0.61)	2.29 (0.64)	2.92 (0.38)
Ei	3.52 (0.47)	2.46 (0.74)	3.55 (0.32)	2.74 (0.49)	2.12 (0.63)	2.05 (0.68)	2.75 (0.41)
Ei osaa sanoa	3.20 (0.70)	2.52 (0.74)	3.50 (0.34)	2.77 (0.43)	2.24 (0.65)	2.26 (0.76)	2.75 (0.46)

## Summamuuttuja

	Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	Moniammatillisen toiminnan toimintayksikössä	Moniammatillisen toiminnan arvostus	Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	MONAMI-yhteis- summa
Taustamuuttuja	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)
<b>Moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistuminen</b>	<b>p&lt;0.001</b>	p=0.288	p=0.055	p=0.080	p=0.267	p=0.275	<b>p=0.019</b>
Edeltävän vuoden aikana	3.75 (0.29)	2.73 (0.61)	3.64 (0.35)	2.93 (0.54)	2.38 (0.60)	2.31 (0.71)	2.96 (0.39)
Edeltävän 2–3 vuoden aikana	3.68 (0.40)	2.65 (0.90)	3.49 (0.46)	2.92 (0.55)	2.33 (0.90)	2.50 (0.99)	2.93 (0.50)
Edeltävän 5 vuoden aikana	3.69 (0.32)	2.65 (0.47)	3.44 (0.35)	2.79 (0.41)	2.19 (0.54)	2.05 (0.57)	2.80 (0.32)
Yli 5 vuotta sitten	3.76 (0.30)	2.67 (0.66)	3.59 (0.33)	2.94 (0.46)	2.28 (0.54)	2.22 (0.58)	2.91 (0.32)
Ei ole osallistunut	3.42 (0.56)	2.48 (0.72)	3.54 (0.30)	2.75 (0.43)	2.16 (0.62)	2.15 (0.64)	2.76 (0.42)

Likert-asteikko 1-4 (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä),

Ka=keskiarvo, SD=keskihajonta, Tilastolliset menetelmät: Kruskal-Wallis testi, Yksisuuntainen varianssianalyysi (ANOVA),

Tilastollinen merkitsevyys: Tilastollisesti merkitsevä  $p < 0.05$ , Tilastollisesti erittäin merkitsevä  $p < 0.001$

## 5.4 Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välistä yhteyttä tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella ( $r_s$ ). Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä oli kokonaisuudessaan tilastollisesti erittäin merkitsevä positiivinen yhteys ( $r_s=0.507$ ,  $p<0.001$ ). Voimakkainta korrelaatio oli työyksikötasolla moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen sekä henkilöstön työtyytyväisyyden välillä ( $r_s=0.497$ ,  $p<0.001$ ). Myös moniammatillisen toiminnan toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä oli melko voimakas yhteys ( $r_s=0.492$ ,  $p<0,001$ ). Toimintayksikötasolla moniammatillisen toiminnan tuella ja johtamisella sekä henkilöstön työtyytyväisyydellä oli kohtalainen yhteys ( $r_s=0.398$ ,  $p<0.001$ ). Myös moniammatillisen toiminnan ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä oli kohtalainen yhteys ( $r_s=0.386$ ,  $p<0.001$ ) toimintayksikötasolla. Henkilöstön arviot työtyytyväisyydestä ja moniammatillisen yhteistyön toteuttamisesta omassa työssä korreloivat heikosti ( $r_s=0.223$ ,  $p=0.001$ ). Heikoin korrelaatio oli moniammatillisen toiminnan arvostuksen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä ( $r_s=0.214$ ,  $p=0.002$ ). Moniammatillisen yhteistyön summamuuttujien ja henkilöstön työtyytyväisyyden välinen yhteys on esitetty taulukossa 5.

**Taulukko 5.** Moniammatillisen yhteistyön summamuuttujien ja henkilöstön työtyytyväisyyden välinen yhteys (n,  $r_s$ , p-arvo).

Moniammatillinen yhteistyö	Työtyytyväisyys		
	n	$r_s$	p-arvo
Summamuuttuja			
Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä	209	0.223	<b>0.001</b>
Moniammatillinen toiminta toimintayksikössä	207	0.386	<b>&lt;0.001</b>
Moniammatillisen toiminnan arvostus	208	0.214	<b>0.002</b>
Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	208	0.492	<b>&lt;0.001</b>
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	207	0.497	<b>&lt;0.001</b>
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä	202	0.398	<b>&lt;0.001</b>
MONAMI-yhteissumma	209	0.507	<b>&lt;0.001</b>

Tilastollinen merkitsevyys (p-arvo):

Tilastollisesti merkitsevä  $p < 0.05$ , Tilastollisesti erittäin merkitsevä  $p < 0.001$

$r_s$  = Spearmanin korrelaatiokerroin, n = vastaajien lukumäärä

Lineaarisen regressioanalyysin avulla tutkittiin, mitkä moniammatillisen yhteistyön summamuuttajat selittävät parhaiten henkilöstön työtyytyväisyyttä. Askeltavassa regressioanalyysissä havaittiin, että moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä, moniammatillisen toiminnan arvostus ja moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä selittäjiä henkilöstön työtyytyväisyydelle, joten ne jätettiin pois mallista. Lopullisessa mallissa moniammatillisen toiminnan toteutuminen ( $\beta = 1.093$ ,  $p = 0.003$ ), moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä ( $\beta = 0.636$ ,  $p = 0.020$ ) sekä moniammatillinen toiminta toimintayksikössä ( $\beta = 0.416$ ,  $p = 0.044$ ) olivat tilastollisesti merkitseviä selittäjiä henkilöstön työtyytyväisyydelle. Malli sopi aineistoon ( $F_{3, 197} = 29.09$ ,  $p < 0.001$ ), ja sen selitysaste ( $R^2 = 0.307$ ) oli

kohtuullinen. Regressioanalyysi selittävien muuttujien yhteydestä henkilöstön työtyytyväisyyteen on esitetty taulukossa 6.

**Taulukko 6.** Regressioanalyysi selittävien muuttujien yhteydestä henkilöstön työtyytyväisyyteen (regressiokerroin  $\beta$ , standardoitu regressiokerroin Beta, t-arvo, p-arvo, 95 % luottamusväli CI, selitysaste  $R^2$ , F-testi, estimaatin keskivirhe).

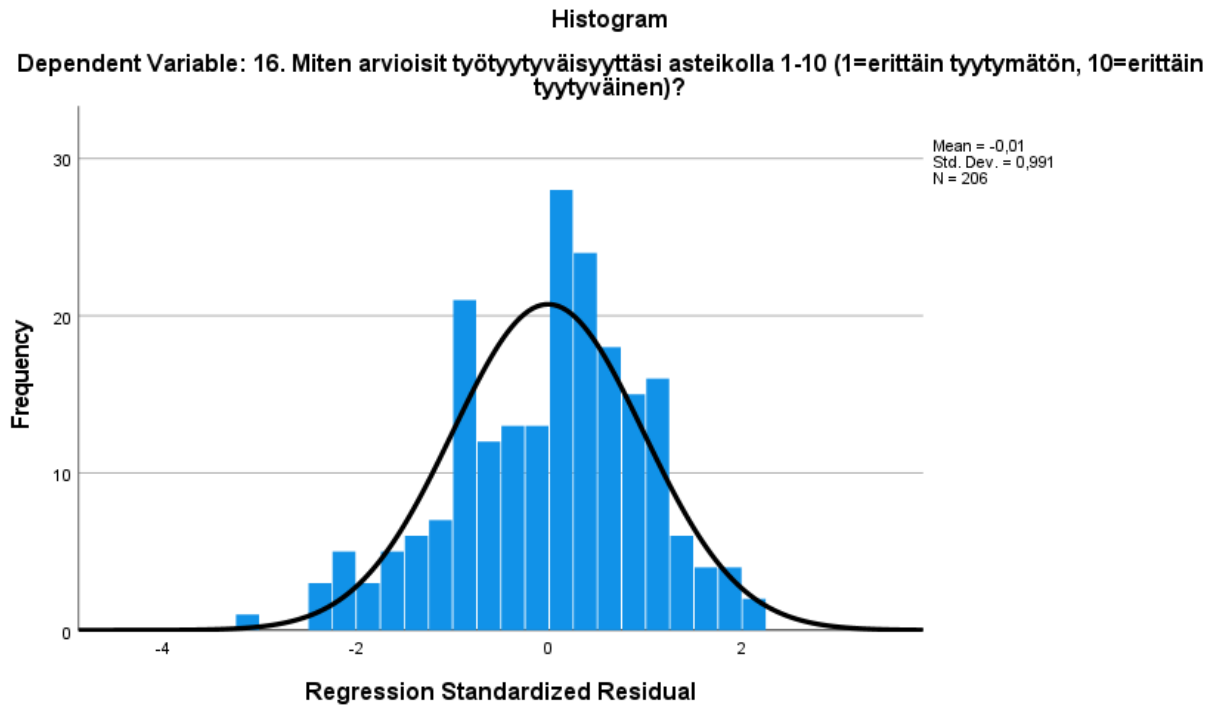
**Selitettävä muuttuja: Työtyytyväisyys**

Selittävät muuttujat	$\beta$	Beta	t-arvo	p-arvo	95 % CI	
Moniammatillisen toiminnan toteutumisen	1.093	0.274	2.992	<b>0.003</b>	0.372	1.813
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä	0.636	0.209	2.342	<b>0.020</b>	0.100	1.171
Moniammatillinen toiminta toimintayksikössä	0.416	0.151	2.023	<b>0.044</b>	0.010	0.821
<b>Mallista poisjätetyt muuttujat</b>						
Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä		0.041	0.626	0.532		
Moniammatillisen toiminnan arvostus		0.107	1.606	0.110		
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä		-0.086	-0.851	0.396		
<b>Selitysaste <math>R^2</math></b>	0.307					
<b>Korjattu selitysaste <math>R^2_{adj}</math></b>	0.296					
<b>F-testi</b>	29.09			<b>&lt;0.001</b>		
<b>Estimaatin keskivirhe</b>	1.554					

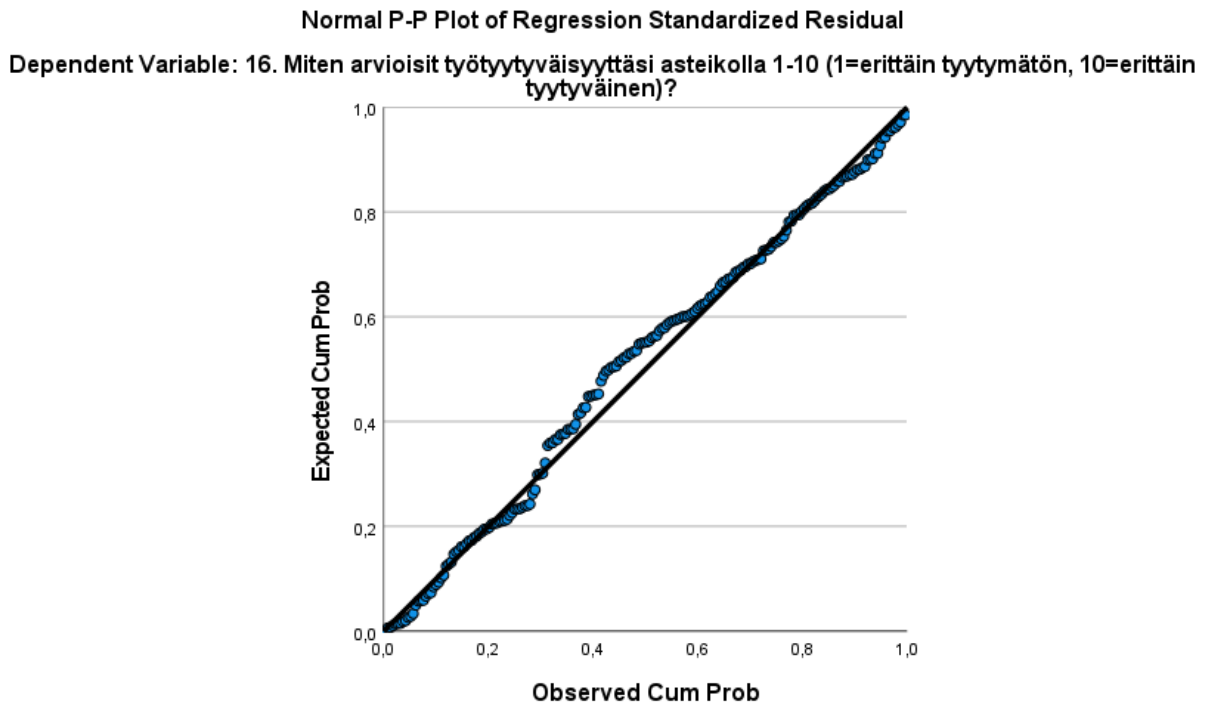
Tilastollinen merkitsevyys (p-arvo): Tilastollisesti merkitsevä  $p < 0.05$

Jäännöstermien jakaumia tarkasteltiin jäännöstermikuvaaajien avulla. Histogrammissa jäännöstermien jakauma noudatti normaalijakaumaa (kuvio 3). Myös standardoitujen jäännösten

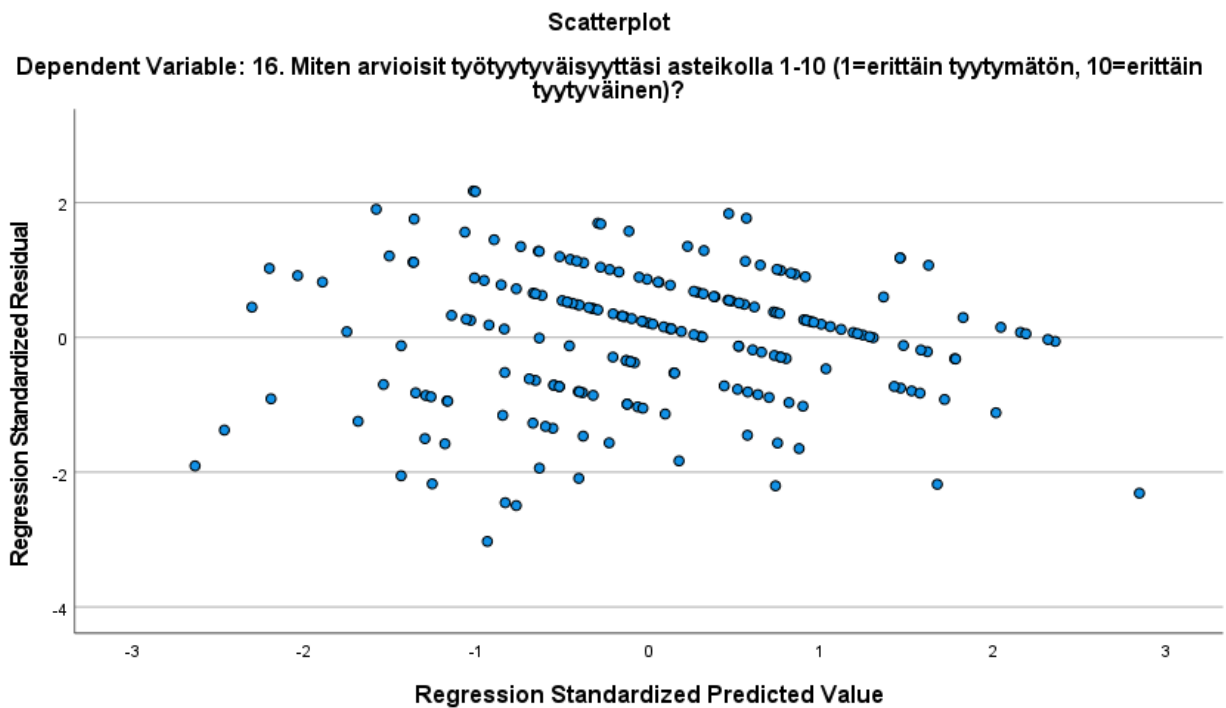
prosenttijakaumassa jäännökset osuivat melko hyvin suoralle viivalle (kuvio 4). Hajontakuviassa jäännökset hajaantuivat tasaisesti ennusteen eri arvoilla ja vaihtelivat tasaisesti nollan molemmiin puolin (kuvio 5). Jäännöstermien jakaumat on esitetty kuvioissa 3, 4 ja 5.



**Kuvio 3.** Histogrammi standardoitujen jäännösten jakaumasta suhteessa normaalijakaumaan.



**Kuvio 4.** Standardoitujen jäännösten kumulatiivinen prosenttijakauma.

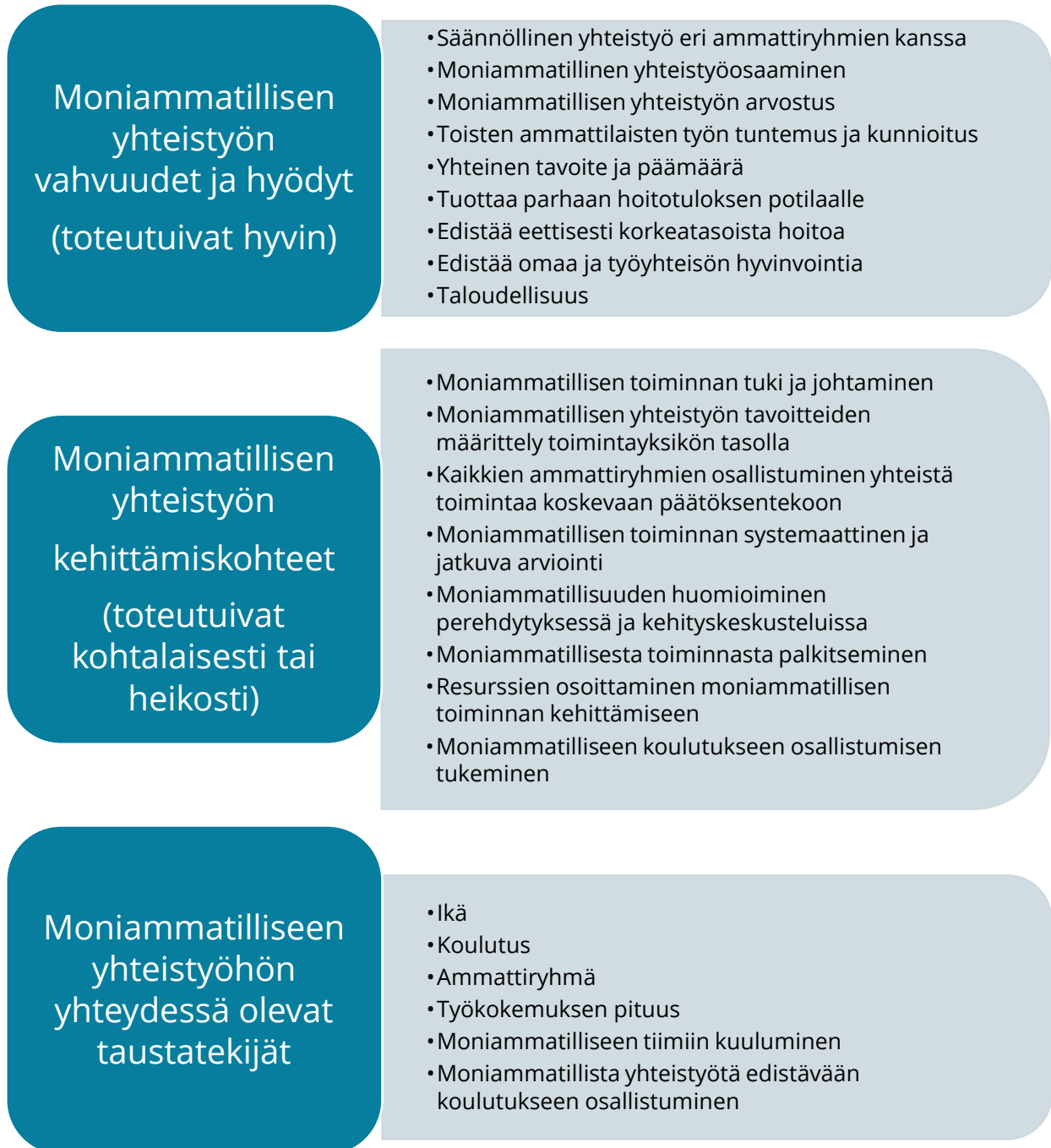


**Kuvio 5.** Hajontakuvi standardoitujen jäännösten ja mallin tuottaman standardoidun ennusteen arvojen välisestä suhteesta.



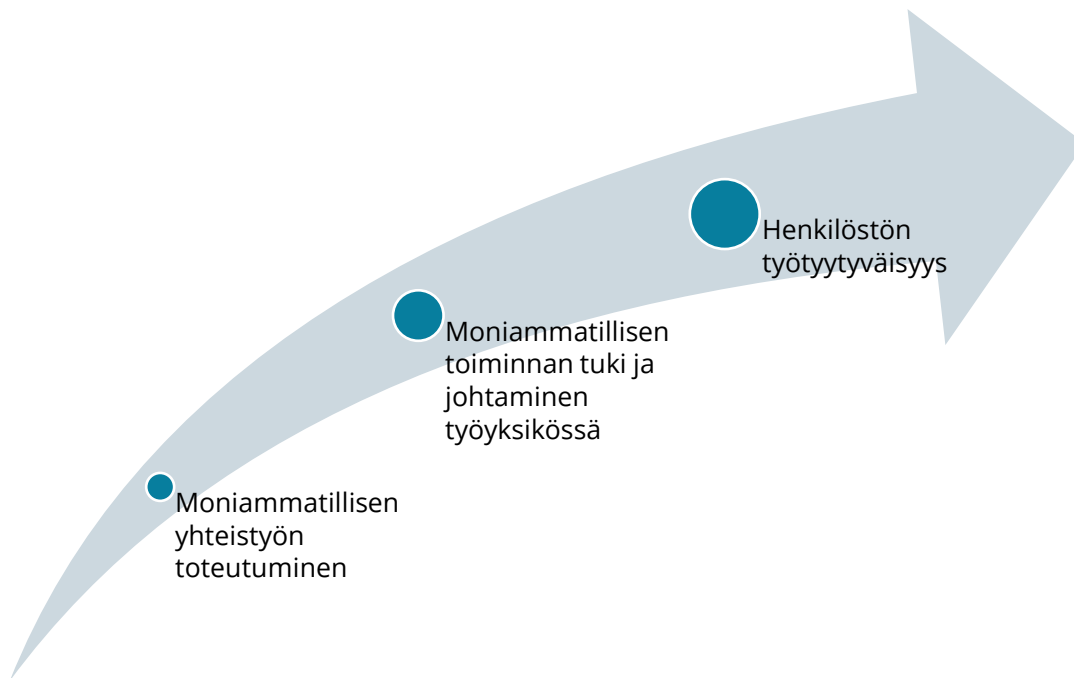
## 5.5 Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista

Yhteenvedo moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista taustatekijöistä on esitetty kuviossa 6.



**Kuvio 6.** Yhteenvedo moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä.

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä oli kokonaisuudessaan tilastollisesti erittäin merkitsevä positiivinen yhteys, eli moniammatillisen yhteistyön lisääntyessä myös henkilöstön työtyytyväisyys kasvoi. Voimakkainta yhteys oli työyksikötasolla moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen sekä henkilöstön työtyytyväisyyden välillä. Lineaarisen regressioanalyysin mukaan moniammatillisen toiminnan toteutuminen, moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä sekä moniammatillinen toiminta toimintayksikössä olivat tilastollisesti merkitseviä selittäjiä henkilöstön työtyytyväisyydelle.



**Kuvio 7.** Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Tutkimukseen osallistui 232 henkilöä yhden sairaalan moniammatillisesta henkilöstöstä. Kerätty aineisto kuvasi monipuolisesti eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksessa tunnistettiin myös moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

#### **Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen**

Tutkimustulosten mukaan sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kohtalaiselle tasolle. Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä ja moniammatillisen toiminnan arvostus toteutuivat parhaiten. Heikoimmin arvioitiin toteutuvan moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen työyksikössä ja toimintayksikössä. Tutkimustulokset ovat hyvin samansuuntaisia Sulosaaren ym. (2020) tutkimustulosten kanssa, jossa syöpäpotilaita hoitava moniammatillinen henkilöstö arvioi moniammatillisen toiminnan toteutuvan pääosin hyvin. Moniammatillista yhteistyötä arvostettiin, mutta kriittisimpiä oltiin johdon tuesta moniammatilliselle yhteistyölle.

Tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esille useita moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä, kuten moniammatillisen yhteistyön arvostus, erittäin hyvä moniammatillinen yhteistyöosaaminen, joustavuus moniammatillisessa ryhmässä, toisten ammattilaisten työn tuntemus sekä kunnioitus. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että moniammatillinen yhteistyö on erittäin arvostettua henkilöstön keskuudessa, ja tiimityöhön ollaan pääasiassa tyytyväisiä. Moniammatillinen yhteistyö koetaan vahvuudeksi ja se motivoi ja voimaannuttaa henkilöstöä. (Bentley ym., 2018, Ballangrud ym., 2020, Sulosaari ym., 2020) Tämän tutkimuksen tulosten perusteella

voidaan ajatella, että sairaalan henkilöstöllä on hyvät lähtökohdat ja edellytykset moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen sekä asenteellisesti että osaamisen näkökulmasta.

Sairaalan henkilöstö tunnisti arvioinneissaan hyvin myös moniammatillisen yhteistyön hyötyjä. Moniammatillisen toiminnan arvioitiin tuottavan potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen ja edistävän eettisesti korkeatasoista hoitoa. Henkilöstö arvioi moniammatillisen toiminnan tekevän työyhteisön toiminnasta mielekästä ja edistävän hyvää työilmapiiriä ja työhyvinvointia työyksikössä. Moniammatillinen toiminta arvioitiin myös taloudelliseksi. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempaa tutkimustietoa siitä, että yhteistyön seuraukset ovat hyödyllisiä potilaalle, organisaatiolle ja terveydenhuollon ammattilaisille. Lisääntyneellä yhteistyöllä ja tiimityöllä on myönteinen vaikutus henkilöstön työtyytyväisyyteen, tehokkuuteen ja työssä/ammattissa pysyvyyteen sekä potilasturvallisuuteen, potilashoidon laatuun, potilastyytyväisyyteen ja kustannusten hallintaan (Xyrichis & Ream, 2008, Petri, 2010, Emich, 2018). Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että moniammatillinen yhteistyö on erittäin merkittävässä roolissa terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa.

Tässä tutkimuksessa sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen toiminnan toteutumisen kohtalaiselle tasolle. Henkilöstön arvioinneista nousi esiin useita moniammatillisen yhteistyön kehittämiskohteita. Puutteita koettiin moniammatillisen yhteistyön tavoitteiden määrittelyssä toimintayksikön tasolla. Kaikkien ammattiryhmien osallistuminen yhteistä toimintaa koskevaan päätöksentekoon ja moniammatillisen toiminnan systemaattinen ja jatkuva arviointi eivät toteutuneet parhaalla mahdollisella tavalla. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että moniammatillinen yhteistyö edellyttää henkilöstöltä päätöksentekoon osallistumista, avointa kommunikaatiota ja vuorovaikutusta sekä oman näkemyksen ja asiantuntijuuden esiin tuomista, jotta kaikkien tiimin jäsenten tieto, taito ja osaaminen saadaan käyttöön yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi. (Xyrichis & Ream, 2008, Petri, 2010, Isoherranen, 2012, Emich, 2018) Tässä tutkimuksessa henkilöstö arvioi, että toimintatapojen muuttaminen moniammatillisen toiminnan arvioinnin perusteella toteutui kohtalaisesti. On mahdollista, ettei organisaatiossa ole ollut riittävästi aikaa ja resursseja yhteiselle keskustelulle ja toiminnan arvioinnille. Toimintatapojen muuttaminen edellyttää

johdon ja ammattilaisten jatkuvaa vuoropuhelua ja aktiivista yhteistyötä muutoksen mahdollistamiseksi (Isoherranen, 2012).

### **Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen**

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toteutuivat henkilöstön arvioimana heikoimmin. Sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen toiminnan olevan kohtalaisesti johdettua. Esihenkilöt tukivat henkilöstön osallistumista moniammatillisiin koulutustilaisuuksiin kohtalaisesti, mutta moniammatillisuuden huomioiminen perheydytyksessä, kehityskeskusteluissa ja toiminnan tulosten arvioinnissa toteutuivat heikommin. Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä Moilasen ym. (2020) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan terveydenhuollon ammattilaiset olivat tyytymättömiä moniammatillisen yhteistyön johtamiseen ja hallinnolliseen tukeen. Molemmissa tutkimuksissa työyksikön johtaminen arvioitiin kohtalaiseksi, ja johtamisen uskottiin edistävän hyvää työilmapiiriä, mutta moniammatillisesta yhteistyöstä palkitseminen ja resurssien osoittaminen moniammatillisen toiminnan kehittämiseksi koettiin riittämättömiksi.

Myös useissa aiemmissa tutkimuksissa on havaittu johtajalta saadun tuen ja riittävien resurssien merkitys moniammatilliselle yhteistyölle (Regan ym., 2016, van Dongen ym., 2016, Goldman ym., 2018, Keshmiri & Moradi, 2020, Klarare ym., 2020, Moilanen ym., 2020, Smith ym., 2020, El-Awaisi ym., 2021). Johtajien tulee kannustaa ja mahdollistaa henkilöstön osallistuminen yhteistyöhön (Emich, 2018), sillä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ei ole vain johtajien ja päättäjien tehtävä, vaan se edellyttää kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten aktiivista panosta (Schot ym., 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimapula on laajentunut viime vuosina nopeasti, ja tilanne on johtamisen ja resurssien hallinnan kannalta erittäin haastava. Resursseja tulisi osoittaa yhä enemmän myös alan vetovoimaisuuden ja henkilöstön sitoutumisen vahvistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2022)

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että moniammatillisen yhteistyön johtamista tulisi kehittää edelleen organisaatiossa. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että aktiivisella johtamisella on myönteinen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Moniammatillista yhteistyötä voidaan edistää jaetulla johtamisella, johtajalta saadulla tuella ja palautteella sekä

aktiivisella viestinnällä. (O’connor ym., 2016, Regan ym., 2016, Shaw ym., 2016, Folkman ym., 2019, Cziraki ym., 2020, Keshmiri & Moradi ym., 2020, Moilanen ym., 2020, Smith ym., 2020, El-Awaisi ym., 2021) Myös Nurmeksela (2021) on todennut tutkimuksessaan, että osastonhoitajan johtamistyö on tulevaisuudessa yhä enemmän jaettava ja tapahtuu moniammatillisissa tiimeissä, joissa vastuuta ja päätöksentekoa jaetaan tasavertaisesti. Useissa aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että johtajat voivat edistää moniammatillista yhteistyötä kehittämällä tiimityötä tukevaa ympäristöä ja ilmapiiriä. Koulutuksen avulla voidaan luoda edellytykset moniammatilliselle yhteistyöosaamiselle. (O’connor ym., 2016, Kaiser & Westers, 2018, Keshmiri & Moradi ym., 2020, Bennardi ym., 2021, El-Awaisi ym., 2021)

### **Taustatekijöiden yhteys moniammatillisen yhteistyön arviointeihin**

Tutkimustulosten mukaan taustamuuttujista iällä, koulutuksella, ammattiryhmällä ja työkokemuksen pituudella sairaanhoitopiirissä oli yhteys henkilöstön moniammatillisen yhteistyön arviointeihin. 31–40-vuotiaat arvostivat moniammatillista toimintaa vähiten muihin ikäluokkiin verrattuna. Esihenkilöt, johtajat ja lääkärit arvostivat puolestaan moniammatillista toimintaa enemmän kuin muut ammattiryhmät. Moniammatillisen toiminnan suurempi arvostus näkyi myös korkeammin koulutettujen kohdalla. Pisimpään sairaanhoitopiirissä työskennelleet olivat tyytyväisimpiä moniammatillisen toiminnan tukeen ja johtamiseen toimintayksikössä. Moniammatillisen yhteistyön kokonaisuuden (MONAMI-yhteissumma) kannalta ryhmien väliset erot iän, koulutuksen, ammattiryhmän ja työkokemuksen pituuden perusteella eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä.

Tämän tutkimuksen tulokset eroavat Moilasan ym. (2020) tutkimustuloksista, joiden mukaan miehet arvioivat moniammatillisen tuen ja johtamisen työyksikössä ja toimintayksikössä paremmaksi kuin naiset. Lisäksi esihenkilöt ja johtajat arvioivat johtamisen työyksikössä muita paremmaksi. Tässä tutkimuksessa erot sukupuolten ja ammattiryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tässä tutkimuksessa moniammatilliseen tiimiin kuulumisen sekä moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistuminen olivat tilastollisesti merkitseviä tekijöitä, jotka vaikuttivat myönteisesti henkilöstön näkemyksiin moniammatillisesta yhteistyöstä. Myös Moilasan ym. (2020) tutkimuksessa moniammatilliseen koulutukseen osallistuminen edeltävän viiden vuoden aikana korreloi positiivisesti kaikilla moniammatillisen yhteistyön osa-alueilla.

Tässä tutkimuksessa kyselyyn vastaajista hieman yli puolet (52 %) kuului nimettyyn moniammatilliseen tiimiin. Tutkimustuloksista on nähtävissä, että tiimitietoisuuden lisääminen organisaatiossa olisi tärkeää, sillä 16 % kyselyyn vastaajista ei osannut sanoa, kuuluuko johonkin nimettyyn moniammatilliseen tiimiin. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että yhteistyö ja tiimityö ovat käsitteitä, jotka liittyvät läheisesti toisiinsa ja joiden erottaminen toisistaan on osoittautunut vaikeaksi (Xyrichis & Ream, 2008). Tiimi-käsitettä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisesti samamerkityksisesti moniammatillisen yhteistyön kanssa (D'Amour ym., 2005, Petri, 2010).

Tässä tutkimuksessa vain hieman alle puolet (45 %) kyselyyn vastaajista oli osallistunut moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että moniammatillisen koulutuksen lisääminen organisaatiossa olisi erittäin tärkeää moniammatillisen yhteistyön edistämisen näkökulmasta. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että koulutuksen avulla voidaan muokata tietoja, taitoja ja asenteita sekä luoda edellytykset moniammatilliselle yhteistyöosaamiselle (Isoherranen, 2012). Moniammatillinen koulutus edistää avointa ja tehokasta viestintää, keskinäisen luottamuksen ja kunnioituksen ilmapiiriä sekä tietoisuutta ja hyväksyntää eri tieteenalojen ammattilaisten rooleista, taidoista ja vastuista. (Petri, 2010) Moniammatillinen koulutus on tärkeää myös terveydenhuollon tulosten, hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi sekä vetovoimaisuuden lisäämiseksi (WHO, 2010).

### **Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen**

Tässä tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden välillä todettiin vahva positiivinen yhteys, eli moniammatillisen yhteistyön lisääntyessä myös henkilöstön työtyytyväisyys kasvoi. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat aikaisempaa tutkimustietoa siitä, että moniammatillisen yhteistyön toteutumisella on yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että lisääntyneellä tiimityöllä on myönteinen vaikutus henkilöstön työtyytyväisyyteen, tehokkuuteen ja pysyvyyteen sekä hoidon toteutukseen (Kaiser & Westers, 2018). Moniammatillisen yhteistyön on todettu edistävän ammattilaisten työtyytyväisyyttä, parantavan työilmapiiriä ja vahvistavan alan ammattilaisten aktiivista sitoutumista organisaatioon sekä edistävän laadukkaan työympäristön kehittymistä (Karam ym., 2018).

Myös Ylitörmäsen (2021) tutkimuksessa sairaanhoitajien välisellä yhteistyöllä ja työtyytyväisyydellä oli vahva yhteys. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisempiä, jos yhteistyö toimi hyvin.

Tässä tutkimuksessa sairaalan henkilöstö arvioi moniammatillisen toiminnan toteutumisen kohdallaiselle tasolle (ka 2.82), ja vastaajien arvio työtyytyväisyydestään oli tyydyttävä (ka 6.7). Tutkimuksen tuloksista on nähtävissä, että moniammatillista yhteistyötä ja sen johtamista tulisi kehittää kokonaisvaltaisesti organisaation kaikilla tasoilla, sillä moniammatillisen toiminnan toteutuminen, moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikkötasolla sekä moniammatillinen toiminta toimintayksikkötasolla olivat tilastollisesti merkitseviä selittäjiä henkilöstön työtyytyväisyydelle. Olisi tärkeää, että moniammatillinen toimintatapa olisi määritelty jo organisaation strategiassa ja johtamisjärjestelmässä. Myös moniammatillista toimintatapaa tukeva lähijohtaminen työyksikkötasolla on ratkaiseva tekijä moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja henkilöstön työtyytyväisyyden kannalta. Lähijohtamisen merkitystä henkilöstön työtyytyväisyydelle tukee myös Nurmekselan (2021) tutkimus, jossa osastonhoitajan johtamistoiminnalla havaittiin olevan yhteys hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen, potilastyytyväisyyteen ja lääkityspoikkeamiin. Tämän tutkimuksen tulosten ja aikaisemman tutkimustiedon perusteella voidaan todeta, että myös johtajien ja lähiesihenkilöiden työtyytyväisyyteen ja -hyvinvointiin on kiinnitettävä erityistä huomiota tulevaisuuden nopeasti muuttuvassa ja kompleksisessa terveydenhuollon toimintaympäristössä.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata haluttua asiaa. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa saatujen tulosten yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Metsämuuronen, 2009, Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Nummenmaa, 2021) Tässä tutkimuksessa otoskoon riittävyttä tarkasteltiin käyttäen voima-analyysiä (Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018). Voima-analyysin (Raosoft, 2004) mukaan minimiotoskokotälle tutkimukselle olisi ollut 349 vastaajaa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 232 henkilöä sairaalan moniammatillisesta henkilöstöstä (N=3700). Otos oli eri ammattiryhmien kannalta edustava, koska kyselyyn vastaajista 45 % oli hoitohenkilöstöä, 14 % asiantuntijoita, 10 % lääkäreitä,



10 % esihenkilöitä tai johtajia, 7 % toimistohenkilöstöä sekä 14 % muita ammattiryhmiä. Tutkimuksesta tiedotettiin organisaation sisäisessä viestintäkanavassa henkilöstölle lähetyllä saatekirjeellä. Tiedossa ei ole, tavoittiko kysely kaikki kohderyhmään kuuluvat henkilöt. Kyselyn oli avannut 681 vastaajaa, ja vastaamisen oli aloittanut 352 vastaajaa. On mahdollista, että osa vastaajista on joutunut keskeyttämään kyselyyn vastaamisen työtehtäviensä vuoksi, eikä ole jostakin syystä palannut enää kyselyyn uudestaan. Matalan vastausprosentin (6,3 %) vuoksi tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon, mutta tuloksia voidaan hyödyntää suuntaa antavina. Tässä tutkimuksessa aineiston koko (n=232) oli kuitenkin riittävä tilastolliseen tarkasteluun, joten vastausten määrää ei yritetty kasvattaa vastaajille lähetyllä muistutusviesteillä tai vastausaikaa pidentämällä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin MONAMI (Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen) -mittaria arvioimaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista sairaalassa. MONAMI-mittari on ollut käytössä aiemmin Sulosaaren ym. (2020) kyselytutkimuksessa, jonka kohderyhmänä olivat syövän hoidon yksiköt. Mittarin sisäistä validiteettia vahvisti mittarin kehittäjien perehtyminen moniammatillisen yhteistyön määritelmiin ja siihen yhteydessä oleviin tekijöihin (moniammatillisen yhteistyön osaaminen, arvostus, roolitietoisuus, päätöksentekoon osallistuminen, yhteiset tavoitteet, johtaminen) sekä olemassa oleviin kansainvälisiin mittareihin. (Sulosaari ym., 2020) Tarkempaa käsiteanalyysiä ei ollut tehty operationalisoinnin perustaksi, mutta aikaisempaa tutkimustietoa moniammatillisesta yhteistyöstä oli analysoitu systemaattisesti (Peltonen ym., 2020). Näennäisvaliditeetti oli varmistettu tutkimusryhmässä arvioimalla, mitaako mittari sitä, mitä oli tarkoitus. Delphi-asiantuntijapaneelin (n=7) käyttäminen sekä esitestaaminen (n=30) lisäsivät mittarin luotettavuutta. Mittarin rakennevaliditeettia oli arvioitu eksploratiivisella faktorianalyysillä arvioimalla oletussummamuuttujien latautumista pääkomponenteiksi. Faktorianalyysin mukaan moniammatillisen toiminnan kokonaissumman sekä moniammatillisen tuen ja johtamisen summien yhtenevyys oli ollut vahva. Muut mittarin osiot olivat toimineet faktorianalyysin perusteella kohtuullisesti. (Sulosaari ym., 2020)

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen ja toistettavuuteen. Tutkimuksessa käytetyn mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa.

Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia Sulosaaren ym. (2020) tutkimustulosten kanssa, joten mittaria voidaan pitää reliabelina. (Grove ym., 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Nummenmaa, 2021) Tässä tutkimuksessa MONAMI-mittarin reliabiliteettia arvioitiin laskemalla summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet, jotka olivat välillä 0.812–0.931. Koko mittarin Cronbachin alfa-kertoimen oli 0.823. Kertoimet ylittivät arvon 0.70, jota pidetään mittarin hyvää sisäistä johdonmukaisuutta osoittavana arvona (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, Nummenmaa, 2021). Summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet on esitetty taulukossa 3. Sulosaaren ym. (2020) tutkimuksessa summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat välillä 0.783–0.934. Mittarin todettiin olevan pääosin sisäisesti johdonmukainen, mutta arvostusta ja tiedonkulkua koskevien alasummamuuttujien osalta (alfa < 0.70) edellyttää vielä jatkotyöstämistä. Kokonaisuutena MONAMI-mittarin arvioitiin toimivan kohtalaisesti. (Sulosaari ym., 2020)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi yliopiston tilastotieteilijän konsultoiminen lineaarisen regressioanalyysin tulosten tarkistamisessa. Lineaarisen regressioanalyysin selitysaste ( $R^2=0.307$ ) oli kohtuullinen, joten moniammatillisen toiminnan toteutumista, moniammatillisen toiminnan tukea ja johtamista työyksikötasolla sekä moniammatillista toimintaa toimintayksikötasolla voidaan pitää melko luotettavina selittäjinä henkilöstön työtyytyväisyydelle. Regressiomallia voidaan pitää onnistuneena, koska jäännöstermien jakaumissa ei havaittu poikkeavuuksia (Nummenmaa, 2021).

Yliopiston tietoasiantuntijan konsultoiminen kirjallisuuskatsauksen hakusanojen ja -lausekkeiden muodostamisessa, hoitotieteen tietokantojen käyttö, alkuperäistutkimukset ja tuorein tutkimustieto vahvistivat tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen aineistona olivat systemaattisesti haetut vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin tutkimukset, jotka täyttivät ennalta sovitut sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadunarvioinnissa käytettiin JBI-laadunarviointikriteerejä. Tutkimuksen eteneminen kuvattiin huolellisesti ja mahdollisimman tarkasti vaiheittain. Kuvioilla ja taulukoilla pyrittiin helpottamaan oleellisen informaation hahmottamista. Tutkimuksen tuloksista tehdyt tulkinnat saivat tukea aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta, mikä lisäsi myös tämän tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018)

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys ja tietosuojaja

Tässä tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, Helsingin julistuksen periaatteita ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia tutkimuseettisiä ohjeita. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä terveydenhuollon tutkimukselle asetettuja yleisiä eettisiä periaatteita ja lainsäädännöllisiä vaatimuksia. Tutkija kunnioitti tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta ja toteutti tutkimuksensa siten, ettei tutkimuksesta aiheudu haittaa tutkimukseen osallistuneille. Tutkimuksessa ei käsitelty sensitiivisiä tietoja. Tutkimuksen kohteena oli sairaalan henkilöstö, joten tutkimus ei kohdistunut haavoituttuviin ryhmiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK] 2012, 2019)

Tässä tutkimuksessa noudatettiin Itä-Suomen yliopiston tutkimusta koskevia tietosuojaohteita, tietosuojalakia (2018/1050) sekä EU:n yleistä tietosuojaa-asetusta (EU 2016/679) käsiteltäessä henkilötietoja. Tutkija laati tutkimuksesta tietosuojaselosteen, johon koostettiin tutkittavalle informoitavat tiedot sekä kuvattiin henkilötietojen käsittelytoimet. (Itä-Suomen yliopisto [UEF], 2021) Henkilötietojen käsittelyperuste oli yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa kohdeorganisaatiosta. Tutkimuksesta tiedotettiin kohderyhmille saatekirjeellä (liite 2) organisaation sisäisessä viestintäkanavassa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja perustui tietoiseen suostumukseen (liite 4), jota kysyttiin kyselyn alussa tutkimustiedotteen (liite 3) jälkeen. Tutkimustulokset raportoitiin ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ollut tunnistettavissa. Pro gradu -tutkielman tekijä käsitteli tutkimustietoja luottamuksellisesti, eikä niitä luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille. Tutkimusaineisto säilytettiin salasanalla suojatulla muistitikulla lukitussa paikassa ja hävitettiin tietoturvallisella tavalla tutkimuksen päätyttyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, TENK, 2019)

## 7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus tuotti tietoa sairaalan henkilöstön näkemyksistä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi on tärkeää saada tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksessa tunnistettiin myös moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet:

1. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu sairaalassa kohtalaisesti henkilöstön arvioimana. Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä ja moniammatillisen toiminnan arvostus toteutuvat parhaiten. Heikoimmin toteutuu moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä ja toimintayksikössä.
2. Moniammatillisen yhteistyön vahvuuksia henkilöstön arvioinneissa ovat moniammatillisen yhteistyön arvostus, erittäin hyvä yhteistyöosaaminen, joustavuus moniammatillisessa ryhmässä, toisten ammattilaisten työn tuntemus sekä kunnioitus.
3. Moniammatillisen yhteistyön seuraukset ovat hyödyllisiä potilaalle, terveydenhuollon ammattilaisille ja koko organisaatiolle. Moniammatillinen toiminta tekee työyhteisön toiminnasta mielekästä ja edistää hyvää työilmapiiriä ja työhyvinvointia työyksikössä. Moniammatillinen yhteistyö tuottaa potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen, edistää eettisesti korkeatasoista hoitoa ja on myös taloudellista.
4. Moniammatillista yhteistyötä ja sen johtamista on kehitettävä edelleen. Moniammatillinen yhteistyö on otettava huomioon perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa, toiminnan tavoitteiden määrittelyssä sekä toiminnan systemaattisessa ja jatkuvassa arvioinnissa. Johtajien ja esihenkilöiden on osoitettava enemmän resursseja moniammatillisen

toiminnan kehittämiseen ja tuettava kaikkien ammattiryhmien osallistumista yhteistä toimintaa koskevaan päätöksentekoon.

5. Moniammatillisen koulutuksen ja tiimitietoisuuden lisääminen organisaatiossa on tärkeää, sillä moniammatilliseen tiimiin kuulumisen sekä moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistuminen ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat myönteisesti henkilöstön näkemyksiin moniammatillisesta yhteistyöstä. Johtajien ja esihenkilöiden on tuettava henkilöstön osallistumista moniammatillisiin tiimeihin ja koulutustilaisuuksiin. Moniammatillinen koulutus on tärkeää terveydenhuollon tulosten, hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi sekä vetovoimaisuuden lisäämiseksi.
6. Lisääntyneellä moniammatillisella yhteistyöllä sekä moniammatillisen toiminnan tuella ja johtamisella on vahva positiivinen yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen. Moniammatillista yhteistyötä ja sen johtamista on kehitettävä kokonaisvaltaisesti organisaation kaikilla tasoilla, sillä moniammatillisen toiminnan toteutuminen, moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikötasolla sekä moniammatillinen toiminta toimintayksikötasolla ovat tilastollisesti merkitseviä selittäjiä henkilöstön työtyytyväisyydelle.

Tässä tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö on vielä vähän tutkittua. Tulevaisuudessa tarvitaan lisätutkimusta syventämään ymmärrystä terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen selvittää laajemmin moniammatillisen yhteistyön ja sen johtamisen yhteyttä henkilöstön työtyytyväisyyteen/työhyvinvointiin sekä potilashoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen erilaisissa toimintaympäristöissä. Jatkotutkimusta tulisi kohdentaa myös moniammatillista yhteistyötä edistävien koulutusinterventioiden vaikutusten arviointiin.

## Lähteet

Aira, A. (2012). Toimiva työyhteisö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. [Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4708-8>

Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladt, A. (2020). Longitudinal team training programme in a norwegian surgical ward: A qualitative study of nurses' and physicians' experiences with teamwork skills. *BMJ Open* 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035432>

Bennardi, M., Diviani, N., Stüssi, G., Saletti, P., Gamondi, C., Cinesi, I., & Rubinelli, S. (2021). A qualitative exploration of interactional and organizational determinants of collaboration in cancer palliative care settings: Family members', health care professionals' and key informants' perspectives. *PloS One* 16(10), e0256965. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256965>

Bentley, M., Freeman, T., Baum, F., & Javanparast, S. (2018). Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care* 32(3), 274–283. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1401986>

Cziraki, K., Wong, C., Kerr, M., & Finegan, J. (2020). Leader empowering behaviour: Relationships with nurse and patient outcomes. *Leadership in Health Services* 33(4), 397–415. <https://doi.org/10.1108/lhs-04-2020-0019>

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19(1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>

El-Awaisi, A., Awaisu, A., Aboelbaha, S., Abedini, Z., Johnson, J., & Al-Abdulla, S. A. (2021). Perspectives of healthcare professionals toward interprofessional collaboration in primary care settings in a middle eastern country. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14,

363–379. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286960>

Emich, C. (2018). Conceptualizing collaboration in nursing. *Nursing Forum* 53(4), 567–573. <https://doi.org/10.1111/nuf.12287>

Euroopan unionin yleinen tietosuojasäätös (EU 2016/679).

Folkman, A., K., Tveit, B., & Sverdrup, S. (2019). Leadership in interprofessional collaboration in health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12, 97–107.

<https://doi.org/10.2147/jmdh.s189199>

Goldman, J., Kitto, S., & Reeves, S. (2018). Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of Interprofessional Care* 32(4), 407–415. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1401987>

Grove, S. K., Gray, J., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7. painos. Elsevier.

Hoitotyön tutkimussäätiö [HOTUS]. (2021). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI).

<https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat>. Haettu 17.2.2021.

Ibraheem, A. F., Giurcanu, M., Sowunmi, A. C., Awolude, O., Habeebu, M., Popoola, A., Sanni, F., Agaga, A., Olopade, O., & Polite, B. N. (2020). Formal assessment of teamwork among cancer health care professionals in three large tertiary centers in Nigeria. *JCO Global Oncology* 6, 560–568. <https://doi.org/10.1200/jgo.19.00233>

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Itä-Suomen yliopisto [UEF]. (2021). Tietosuoja ja henkilötietojen käsittely Itä-Suomen yliopistossa. <https://www.uef.fi/fi/tietosuoja>. Haettu 20.2.2022.

Josi, R., Bianchi, M., & Brandt, S. K. (2020). Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: An analysis of interprofessional collaboration. *BMC Nursing* 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0393-4>

Kaiser, J. A., & Westers, J. B. (2018). Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of Nursing Management* 26(5), 555–562. <https://doi.org/10.1111/jonm.12582>

Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies* 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S., & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T., & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Tallinna, 15–46.

Keshmiri, F., & Moradi, K. (2020). Perceptions of Iranian emergency department directors of interprofessional leadership: An interview study. *Journal of Interprofessional Care* 34(6), 747–755. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1672632>

Klarare, A., Lind, S., Hansson, J., Fossum, B., Fürst, C. J., & Lundh Hagelin, C. (2020). Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *Journal of Nursing Management* 28(1), 102–111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12902>



Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. (2021). Tutkimusmenetelmien verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, Tampere. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaope-tus/kvanti>. Haettu 1.9.2022.

Metsämuuronen, J. (2009). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Kuusisto, H., Rautava, P., Seppänen, L., Siekkinen, M., Sulosaari, V., Vahlberg, D., & Stolt, M. (2020). Leadership and administrative support for interprofessional collaboration in a cancer center. *Journal of Health Organization and Management* 34(7), 765–774. <https://doi.org/10.1108/jhom-01-2020-0007>

Nummenmaa, L. (2011). Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 3. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Nummenmaa, L. (2021). Tilastotieteen käsikirja. Tammi.

Nurmeksela, A. (2021). Osastonhoitajan johtamistoiminta ja sen yhteys hoitotyön tuloksiin erikoissairaanhoidossa. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4263-0>

O'Connor, P., O'dea, A., Lydon, S., Offiah, G., Scott, J., Flannery, A., Lang, B., Hoban, A., Armstrong, C., & Byrne, D. (2016). A mixed-methods study of the causes and impact of poor teamwork between junior doctors and nurses. *International Journal for Quality in Health Care* 28(3), 339–345. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzw036>

Peltonen, J., Leino-Kilpi, H., Heikkilä, H., Rautava, P., Tuomela, K., Siekkinen, M., Sulosaari, V. & Stolt, M. (2020). Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare – a scoping review. *Journal of Interprofessional Care* 34(2), 147–161. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1637336>

Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum* 45(2), 73–82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>

Pärnä, K. (2012). Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. [Väitöskirja, Turun yliopisto].  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5086-7>

Raosoft. (2004). Raosoft Sample Size Calculator. Raosoft, Inc., Seattle.  
<http://www.raosoft.com/samplesize.html>. Haettu 30.3.2022.

Regan, S., Laschinger, H. K., S., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management* 24(1), E54–61. <https://doi.org/10.1111/jonm.12288>

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>

Shaw, J., Kearney, C., Glenss, B., & McKay, S. (2016). Interprofessional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual framework to inform a pilot evaluation. *Journal of Interprofessional Care* 30(2), 262–264. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1115395>

Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation, and leadership in interprofessional healthcare teams: A realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care* 29(3), 209–215. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941459>

Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S., & Enderby, P. (2020). Towards a theoretical framework for integrated team leadership (IgTL). *Journal of Interprofessional Care* 34(6), 726–736. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1676209>

Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S. M. B., & Enderby, P. (2018). Leadership in inter-professional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services* 31(4), 452–467. <https://doi.org/10.1108/lhs-06-2016-0026>

Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. (2020). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>

Sulosaari, V., Heikkilä, H., Kuusisto H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Seppänen, L., Siekinen, M., Stolt, M., Valtanen, E., & Walta, L. (2020). Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantumisen syöpäkeskuksessa. VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 267, Turku. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020101383971>

Szafran, O., Torti, J. M. I., Kennett, S. L., & Bell, N. R. (2018). Family physicians' perspectives on interprofessional teamwork: Findings from a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care* 32(2), 169–177. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1395828>

Sørensen, M., Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International Journal of Integrated Care* 18(3), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>

Tang, C. J., Zhou, W. T., Chan, S. W. C., & Liaw, S. Y. (2018). Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management* 26(1), 11–18. <https://doi.org/10.1111/jonm.12503>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2022). Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2020. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut. Päätösten tueksi 3/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-840-8>. Haettu 14.10.2022.

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Haettu 17.12.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf). Haettu 17.12.2021.

van Dongen, J. J., Lenzen, S. A., van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2016). Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors. *BMC Family Practice* 17, 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0456-5>

van Dongen, J. J., van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., Lenzen, S. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2017). Interprofessional primary care team meetings: A qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Family Practice* 34(1), 98–106. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmw106>

Walker, L., & Avant, K. (2019). *Strategies for theory construction in nursing*. 6. painos. Pearson, New York.

Wei, H., Corbett, R. W., Ray, J., & We, T. L. (2020). A culture of caring: The essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 34(3), 324–331.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>

World Health Organization [WHO]. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization, Geneva.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf). Haettu 1.11.2021.

Wranik, W. D., Price, S., Haydt, S. M., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J., & Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy* 123(6), 550–563. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.015>

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

Ylitörmänen, T. (2021). Nurse-nurse collaboration and job satisfaction – a mixed method study of Finnish and Norwegian nurses' perceptions. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3765-0>

## **Liitteet**

Liite 1. Taulukko 7. Tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta.

Liite 2. Saatekirje.

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta.

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

**Liite 1. Taulukko 7.** Tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta.

<b>Tekijä (t), vuosi ja maa</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b>	<b>Aineisto / Otos</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>Päätulokset</b>	<b>Laadunarviointi (JBI)</b>
Ballangrud, Aase & Vifladt, 2020. Norja.	Kuvata terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tiimityöstä ennen moniammatillisen tiimikoulutusohjelman (TeamSTEPPS) toteuttamista ja sen aikana.	Kirurgisen osaston sairaanhoitajat (n=4), lääkärit (n=4) ja hoitoavustajat (n=3).	Kvalitatiivinen, kuvaileva, pitkäkestoinen tutkimus. Puolistrukturoitu fokusryhmähaastattelu.	Moniammatillinen tiimikoulutusohjelma lisäsi terveydenhuollon ammattilaisten yhteistä ymmärrystä tiimityöstä, viestinnästä, vastuusta ja avoimuudesta sekä tietoisuutta johtamisesta ja tilanteenseurantataidoista. Moniammatillinen yhteistyö motivoi ja voimaannuttaa henkilöstöä. Johtaminen nähtiin olennaisena tiimityön taitona.	8/10
Bennardi, Diviani, Stüssi, Saletti, Gamondi, Cinesi & Rubinelli, 2021. Sveitsi.	Tutkia syöpäpotilaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä ja tunnistaa yhteistyötä edistäviä tekijöitä sekä organisatorisia ja vuorovaikutuksen esteitä.	Syöpäpotilaita hoitavat lääkärit, sairaanhoitajat, psykologit, sosiaalityöntekijät ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (n=40), asiantuntijat ja johtajat (n=10) ja syöpäpotilaiden omaiset (n=10).	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Syöpäpotilaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten välisen moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi tarvitaan näyttöön perustuvaa viestintä- ja yhteistyötaitokoulutusta sekä organisatorisia muutoksia yhteistyökäytäntöjen, viestinnän ja palvelujen koordinoinnin parantamiseksi.	8/10
Bentley, Freeman, Baum &	Kuvata terveydenhuollon tiimien kokemuksia moniammatillisesta	Perusterveydenhuollon palveluiden henkilöstö	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen	Perusterveydenhuollon organisaation rakenteelliset muutokset ja rahoituksen leikkaukset vaikuttivat	8/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
Javanparast, 2018. Australia.	yhteistyöstä ja sen esteistä terveydenhuollon organisaatiomuutoksen aikana.	(n=154) vastasi verkkokyselyyn ja haastatteluun osallistui (n=60).	monimenetelmätutkimus. Verkkokysely (vastausprosentti 58 %) ja haastattelu.	tiimien toimintaan ja työtapoihin ja estivät moniammatillista yhteistyötä palvelujen uudelleenjärjestelystä johtuvien häiriöiden vuoksi. Yhteinen kulttuuri ja sitoutuminen estivät haitallisia vaikutuksia. Johtajien tulisi pyrkiä minimoimaan muutosten kielteinen vaikutus ammattiryhmien toimintaan.	
Cziraki, Wong, Kerr & Finegan, 2020. Kanada.	Testata mallia, jossa tutkitaan johtajan voimaannuttavan käytöksen vaikutusta kokeneiden sairaanhoitajien tehokkuuteen, moniammatilliseen yhteistyöhön, työnvaihtoaikomuksiin ja potilastuloksiin.	Kokeneet sairaanhoitajat (n=478)	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus. Kysely (vastausprosentti 39,8 %).	Johtajan voimaannuttava käytös ja moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä tekijöitä laadukkaan potilashoidon tukemisessa ja hoitohenkilöstön vakauttamisessa.	7/8
El-Awaisi, Awaisu, Aboelbaha, Abedini, Johnson & Al-Abdulla, 2021. Qatar.	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä moniammatillisesta yhteistyöstä ja tunnistaa yhteistyökäytännön edistäjiä ja esteitä.	Perusterveydenhuollon henkilöstö (n=1415): lääkärit, hammaslääkärit, sairaanhoitajat, farmaseutit, ravitsemusterapeutit, radiologit,	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus. Verkko- ja paperilomakekysely (vastausprosentti 56,6 %)	Terveydenhuollon ammattilaisilla oli myönteinen asenne ja valmius osallistua moniammatilliseen yhteistyöhön. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä olivat koettu hyöty yhteistyön tehokkuudesta työympäristössä, lisääntynyt työtyytyväisyys, ammattien välinen kunnioitus ja muiden panoksen arvostaminen, johtajuus	7/8

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
		fysioterapeutit, laboratorioteknikot ja audiologit.		ja hallinnollinen tuki. Yhteistyön esteitä olivat aika- ja resurssirajoitukset sekä johtajilta saadun tuen puute. Moniammatillista yhteistyötä voidaan edistää ja tukea ammattien välisellä koulutuksella ja parantamalla roolitietoisuutta.	
Folkman, Tveit, Sverdrup, 2019. Norja.	Tuottaa tietoa, miten terveydenhuoltopalvelujen johtajat helpottavat uusien roolien ja työskentelytapojen kehittämistä moniammatillisessa yhteistyössä.	Johtajat (n=11)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Johtajat kokevat haasteita yrittäessään integroida eri ammatteja luodakseen tiimin jäsenille uusia ammatillisia rooleja ja osaamista. Heidän on tuettava yksilöllisiä ja yhteisiä toimintatapoja palvelujen laadun ja kokonaistavoitteiden saavuttamiseksi. Johtajien on tuettava ammattilaisten luovuutta ja muutosta kohti moniammatillista yhteistyötä.	8/10
Goldman, Kitto & Reeves, 2018. Kanada.	Laajentaa ymmärrystä moniammatillisten taitojen merkityksestä kliinisessä käytännön hoitotyössä teho-osastolla.	Teho-osaston lääkärin (n=5), sairaanhoitajat (n=7), hengitysterapeutit (n=4) ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (n=8)	Kvalitatiivinen, etnografinen havainnointi- ja puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Moniammatillinen viestintä, roolien ymmärtäminen ja tiimityö ovat keskeisiä yhteistyötaitoja, jotka näkyivät tässä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisten asenteissa ja käyttäytymisessä. He tunnustivat nämä moniammatilliset osaamiset tärkeiksi, mutta näiden taitojen toteuttaminen käytännössä oli vaihtelevaa. Vaihteluun vaikuttivat organisatoriset tekijät, kuten	8/10



Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
				potilasvirtapaineet ja rajalliset resurssit moniammatillisen oppimisen kannalta.	
Ibraheem, Giurcanu, Sowunmi, Awolude, Habeebu, Popoola, Sanni, Agaga, Olopade & Polite, 2020. Nigeria.	Arvioida tiimityön laatua ja yhteistyötä syöpäpotilaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.	Lääkärit (n=177), sairaanhoitajat (n=51), farmaseutit (n=21), laboratorioteknikot (n=31) ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (n=88)	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus. Kysely (vastausprosentti ei ole tiedossa).	Tutkimus osoitti selviä eroja tiimityön ilmapiirissä ja yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, erityisesti lääkäreiden ja farmaseuttien keskuudessa. Lääkärit kokivat moniammatillisen yhteistyön huonommaksi kuin sairaanhoitajat ja farmaseutit. Lääkäreiden kielteinen asenne on saattanut joutua huonoista potilastuloksista ja ylitöistä. Syövänhoidon kehittämisessä on keskityttävä luottamuksen rakentamiseen keskeisten sidosryhmien kesken.	7/8
Josi, Bianchi & Brandt, 2020. Sveitsi.	Tutkia moniammatillista yhteistyötä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien ja lääkärien välillä.	Lääkärit (n=4), apulaislääkärit (n=6), sairaanhoitajat (n=6)	Kvalitatiivinen, etnografinen havainnointi- ja puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Roolien selkeyttäminen, tiimin toiminta ja luottamus, yhteistyön johtaminen, ammattien välisten konfliktien ratkaiseminen, potilaskeskäinen hoito ja moniammatillinen viestintä vaikuttavat merkittävästi terveydenhuollon ammattilaisten väliseen yhteistyöhön.	8/10
Kaiser & Westers, 2018. Yhdysvallat.	Selvittää, miten tiimityön osa-alueet ilmenevät hoitotyön	Hoitohenkilökunta (n=1414)	Kvantitatiivinen, kuvaileva ja vertaileva	Hoitotyön tiimit ymmärsivät hyvin toistensa roolit, vastuut ja tehtävät. Hoitajatiimin jäsenillä oli kuitenkin	7/8

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
	tiimien keskuudessa akuuttihoitoympäristöissä.		poikkileikkaus-tutkimus. Sähköinen kysely (vastausprosentti 33 %).	enemmän yksilöllinen kuin tiimikeskeinen ajattelutapa. Lisääntyneellä tiimityöllä on myönteinen vaikutus työtyytyväisyyteen, henkilöstön tehokkuuteen, pysyvyyteen ja hoidon toteutukseen. Hoitotyön johtajat voivat tämän tutkimuksen tulosten avulla rakentaa tehokkaita hoitotyön tiimejä parantamalla tiimisuuntauneisuutta, luottamusta ja toisten auttamista.	
Keshmiri & Moradi, 2020. Iran.	Tutkia terveydenhuoltotiimin johtajien näkemyksiä tekijöistä, jotka vaikuttavat moniammatillisen tiimin johtamiseen päivystysosastolla.	Terveydenhuollon tiimijohtajat (n=15)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Moniammatillisen yhteistyön johtamisen edistäviä tekijöitä olivat tiimipohjaisen johtamisen vaikuttavuus (tehokas viestintä, tuen tarjoaminen palautteen antamisen kautta, tukeva yhteistyöjohtaminen) ja strategiat moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi (ammattien välisen sitoutumisen kehittäminen, kannustavan ilmapiirin luominen, moniammatillinen koulutus). Heikkous tiimityön luonteen hyväksymisessä ja roolien ja vastuiden tiedostamisessa, motivaation puute sekä tehoton ja riittämätön henkilöstö olivat esteitä moniammatillisen yhteistyön johtamiselle.	8/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
Klarare, Lind, Hansson, Fossum, Fürst & Lundh Hagelin, 2020. Ruotsi.	Kuvata tiiminvetäjien kokemuksia tiimityötä edistävästä tekijöistä ja johtamisen esteistä palliatiivisen kotihoidon erikoistuneissa tiimeissä.	Tiiminvetäjät (n=13)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus. Puhelinhaastattelut.	Tiimityötä edistäviä tekijöitä olivat johtajuus, toimiva yhteistyö, sijainti ja yhteisen näkemyksen jakaminen. Tiimityötä heikentäviä tekijöitä olivat organisaatorakenne, resurssien puute ja yhteisen näkemyksen puute. Lisäksi johtamisen haasteita koettiin organisaatiokysymyksissä, vastuussa, budjettirajoituksissa ja tiimin koossa.	7/10
Moilanen, Leino-Kilpi, Kuusisto, Rautava, Seppänen, Siekkinen, Sulosaari, Vahlberg & Stolt, 2020. Suomi.	Analysoida terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä johtamisesta ja hallinnollisesta tuesta moniammatillisessa yhteistyössä syövänhoitokäytännön kehittämiseksi.	Terveydenhuollon ammattilaiset (n=350)	Kvantitatiivinen, kuvaileva kyselytutkimus (vastausprosentti 33,3 %).	Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tyytymättömiä johtamiseen ja hallinnolliseen tukeen syövänhoitoympäristössä. Tutkimuksen mukaan johtajat voisivat tukea moniammatillista yhteistyötä varmistamalla riittävät henkilöstö-, aika- ja koulutusresurssit sekä antamalla tunnustusta ja positiivista, rakentavaa palautetta ammattilaisille tukien yhteistyökäytäntöjä ja niiden kehittämistä.	8/8
O'Connor, O'dea, Lydon, Offiah, Scott, Flannery, Hoban, Armstrong & Byrne, 2016. Irlanti.	Kerätä ja analysoida esimerkkejä sairaanhoitajien ja lääkäriharjoittelijoiden huonosta tiimityöstä ja tunnistaa tiimityön	Lääkäriharjoittelijat (n=28) ja sairaanhoitajat (n=8)	Kvalitatiivinen, monimenetelmäinen haastattelututkimus.	Huonoon tiimityöhön vaikuttavia tekijöitä olivat yhteistyön heikko laatu, huono johtajuus, koordinoinnin puute, yhteisen henkisen mallin puute ja huono viestintä. Lääkäriharjoittelijoiden ja sairaanhoitajien	8/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
	epäonnistumiset, jotka vaikuttavat tiimin huonoon toimintaan ja potilastuloksiin.			välinen huono tiimityö on yleistä ja asettaa potilaat huomattavaan vaaraan. Ongelman ratkaisemiseksi tarvitaan puuttumista lääkärin ja sairaanhoitajien tiimitaitojen kehittämiseen ja tiimityötä tukevan ympäristön edistämiseen.	
Regan, Laschinger & Wong, 2016. Kanada.	Tutkia rakenteellisen voimaannuttamisen, aidon johtamisen ja ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön vaikutusta kokeneiden sairaanhoitajien käsityksiin moniammatillisesta yhteistyöstä.	Kokeneet sairaanhoitajat (n=220)	Kvantitatiivinen kyselytutkimus (vastausprosentti 13 %).	Rakenteellinen voimaannuttaminen, aito johtajuus ja ammattimainen hoitotyön ympäristö voivat parantaa moniammatillista yhteistyötä. Hoitotyön johtajat voivat edistää tehokasta moniammatillista yhteistyötä aidolla läsnäololla, varmistamalla riittävät resurssit, lisäämällä roolitietoisuutta, rakentamalla luottamusta hoitohenkilökunnan keskuudessa ja tukemalla ammattimaisen hoitotyön ympäristön toteuttamista.	7/8
Shaw, Kearney, Glens & McKay, 2016. Kanada.	Tutkia kotihoitopalvelujen moniammatillisen työryhmän näkemyksiä pilottihankkeesta, jolla kannustetaan tiimityöhön moniammatillisessa	Kotihoitopalvelun työntekijät (n=9)	Kvalitatiivinen tapaustutkimus. Haastattelu.	Ammattilaisten kannustaminen ja kamaan aiempia kokemuksiaan ja edistämään palliatiivisen hoidon yhteisiä tavoitteita ovat tärkeitä tiimin rakentamisessa moniammatillisessa palliatiivisessa hoidossa. Tiiminvetäjällä on keskeinen rooli moniammatillisen tiimin jäsenten välisen	7/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
	palliativisessa kotihoitopalvelussa.			vuorovaikutuksen ja tiedon jakamisen edistämässä ja keskinäisen emotionaalisen tuen, luottamuksen ja kunnioittavan tiimiympäristön luomisessa.	
Smith, Fowler Davis, Nancarrow, Ariss & Enderby, 2020. Iso-Britannia.	Kuvata henkilöstön näkökulmasta tehokkaan johtamisen prosesseja tehokkaan integroidun tiimityön varmistamiseksi ja tutkia henkilöstön käsityksiä tehokkaan integroidun tiimijohdon vaikutuksesta palvelun käyttäjien tuloksiin ja tyytyväisyyteen.	Integroidun tiimin jäsenet (n=15)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Henkilökeskeisen johtamisen keskeisiä teemoja, jotka edistävät tiimityötä: toisten innostaminen ja motivointi, visio, positiivinen asenne, roolimallinnus, palvelun parantaminen ja innovointi, tiimin jäsenten arvostaminen, rakentava palaute, jaettu johtajuus, autonomia, tiiminrakennustoiminta, tunneäly, empatia, aktiivinen viestintä. Tehtäväkeskeisen johtamisen keskeisiä teemoja, jotka edistävät tiimityötä: tiimin suunnan määrittäminen, muodollinen tiimin kehittäminen, ulkoinen rooli ja verkostot, riittävät resurssit, ammattitaito ja kokemus.	8/10
Szafran, Torti, Kennett & Bell, 2018. Kanada.	Kuvata perhelääkäriiden näkökulmia heidän roolistaan perusterveydenhuollon tiimissä sekä tiimityötä helpottavia ja haittaavia tekijöitä.	Perhelääkärit (n=19)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Tiimityön edistäjiä olivat viestintä, luottamus ja kunnioitus, tiimin jäsenten määritellyt roolit ja vastuualueet, rinnakkain sijainti, tehtävien siirtyminen muille terveydenhuollon ammattilaisille ja asianmukaiset maksumekanismit. Tiimityön esteitä	8/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
				olivat määrittelemättömät roolit ja vastuut, tilanpuute, henkilöstön vaihtuvuus, verkoston rajat sekä vallan ja kontrollin kulttuuri.	
Tang, Zhou, Chan & Liaw, 2018. Singapore.	Tutkia nuorempien lääkärin ja sairaanhoitajien moniammatillisia yhteistyökokeimuksia osastoympäristössä.	Nuoremmat lääkärin (n=11) ja sairaanhoitajat (n=8)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Tekijät, jotka vaikuttivat nuorempien lääkärin ja sairaanhoitajien väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön: viestinnän tehokkuus, ammatillisten roolien ymmärtäminen, raskas työtaakka, organisatoriset rajoitteet, ihmisten väliset suhteet, vastuun ottaminen ja autonomia sekä ennakoiva toiminta. Moniammatillista yhteistyötä voidaan parantaa koulutuksella ja organisatiostrategioilla, jotka edistävät avointa viestintää, jaettua tietoa ja päätöksentekoa sekä keskinäistä kunnioitusta ja luottamusta.	8/10
van Dongen, van Bokhoven, Daniels, Lenzen, van der Weijden & Beurskens, 2017. Alankomaat.	Parantaa ymmärrystä moniammatillisesta yhteistyöprosessista perusterveydenhuollon tiimikokouksissa tarkkailemalla nykyistä käytäntöä ja tutkimalla henkilökohtaisia mielipiteitä.	Terveydenhuollon ammattilaiset (n=60) osallistuvat haastateluun. Moniammatillisia tiimikokouksia (n=8) havainnoidtiin.	Kvalitatiivinen havainnointi- ja puolistrukturoitu haastattelututkimus.	Havainnoiduissa tiimikokouksissa oli avoin, miellyttävä ilmapiiri ja viestintä oli luontevaa, mutta kaikilla tiimin jäsenillä ei ollut aktiivista roolia kokouksen aikana. Aktiivisesti osallistui vain pieni osa jäsenistä. Lääkärillä oli hallitseva rooli kokouksessa. Haastattelujen perusteella moniammatilliseen yhteistyöhön	8/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
van Dongen, Lenzen, van Bokhoven, Daniels, van der Weijden & Beurskens, 2016. Alankomaat.	Tutkia moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä potilaiden hoitosuunnitelmien kehittämisessä perusterveydenhuollossa.	Perusterveydenhuollon ammattilaiset (n=31)	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu fokusryhmähaastattelu-tutkimus.	vaikuttavia tekijöitä olivat tiimin rakenne ja kokoonpano, potilaskeskeisyys, vuorovaikutus, asenne ja motivaatio.  Moniammatillisen yhteistyön parantaminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Tekijät, jotka vaikuttivat moniammatilliseen yhteistyöhön hoitosuunnitelman kehittämisessä: 1) Potilaaseen liittyvät tekijät (aktiivinen rooli, itsenäisyys, tavoitteet ja toiveet, jäsenyys tiimissä), 2) Ammatilliset tekijät (yksilöllinen osaaminen, toimiala-ajatelu, motivaatio), 3) Ihmisten väliset tekijät (kielierot, toistensa tunteminen, luottamus, kunnioitus), 4) Organisatoriset tekijät (rakenteet, kokoonpano, aika, yhteinen näkemys, johtaminen ja hallinnollinen tuki), 5) Ulkoiset tekijät (koulutus, kulttuuri, hierarkia, lainsäädäntö, rahoitus, tieto- ja viestintäteknologia). Lisäksi tiimin johtajalla on keskeinen rooli moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä.	9/10

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset	Laadunarviointi (JBI)
Wei, Webb Corbett, Ray & Wei, 2020. Yhdysvallat.	Selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä moniammatillisen yhteistyökäytännön edistämistavoista.	Terveydenhuollon ammattilaiset (n=36)	Kvalitatiivinen haastattelututkimus.	Moniammatillisen yhteistyön ydin oli välittämisen kulttuuri. Välittäminen ihmisten välisissä suhteissa rakentui ystävällisyyden, myötätunnon ja ammattietiikan avulla. Välittämisen tuloksena syntyi yhteenkuuluvuuden tunne, luottamus, kunnioitus ja halu tehdä yhteistyötä. Autonomian tunne ja voimaantumisen auttoivat tiimin jäseniä kantamaan roolinsa ja vastuunsa tiimin tavoitteista ja tehtävistä. Rakentavan palautteen antaminen ja tehokas viestintä edistivät luotettavien suhteiden ja yhteistyön syntymistä. Tiimin jäsenten erilaisten vahvuuksien ja asiantuntemuksen tunnistaminen on tärkeää moniammatillisen yhteistyön edistämisessä.	8/10



## Liite 2. Saatekirje

### Hyvä Sairaala X:n ammattilainen/työntekijä!

Moniammatillinen yhteistyö on keskeistä hyvin toimivassa terveydenhuollossa. Sen kehittämiseksi on tärkeää saada tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Pääset vastaamaan sähköiseen kyselyyn oheisesta linkistä: <https://link.webropolsurveys.com/S/6CF859DB0B841DAA>

Kyselyn ensimmäisellä sivulla on tiedote tutkimuksesta ja Sinulta kysytään tietoista suostumustasi tutkimukseen osallistumiseksi. Vastaamalla suostumukseen ”kyllä” pääset täyttämään kyselyn. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja kestää noin 15–20 minuuttia. Vastaukset tulevat vain tutkijan käyttöön ja tietojasi käsitellään luottamuksellisesti. Aineistonkeruuseen on saatu lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Tutkimuksen tulokset raportoidaan tieteellisesti ja tutkimuksen päätyttyä kaikki aineistot tuhoetaan tietoturvasella tavalla.

Tutkimus on TtM-opiskelija Minna Mykkäsen pro gradu -tutkielma Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Mikäli Sinulla on kysyttävää tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyen, niin ota yhteyttä tutkija Minna Mykkäseen [minmyk@student.uef.fi](mailto:minmyk@student.uef.fi). Vastaan mielelläni kysymyksiisi. Ohjaajinani toimivat Professori, TtT Tarja Kvist, Itä-Suomen yliopisto, [tarja.kvist@uef.fi](mailto:tarja.kvist@uef.fi) ja Arviointiylihoitaja, TtT Jaana Peltokoski, KSSHP, [jaana.peltokoski@ksshp.fi](mailto:jaana.peltokoski@ksshp.fi)

### Sydämellinen kiitos vastauksestasi!

Minna Mykkänen  
TtK, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto

## Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

#### Henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa

##### Pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa.

Olemme arvioineet, että sovellut tutkimukseen, koska työskentelet erikoissairaanhoidossa. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Sinun osuuttasi siinä. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen Sinulla mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Sinulta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

##### Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Mikäli keskeytät tutkimuksen, sinusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

##### Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi on tärkeää saada tietoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen johtamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa.

##### Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutetaan sähköisenä kyselynä, johon pääset saatekirjeen linkistä. Kyselyn ensimmäisellä sivulla kysytään suostumustasi tutkimukseen. Vastaamalla suostumukseen "kyllä" pääset täyttämään kyselyn. Kyselylomakkeella Sinulta kysytään taustatietoja ja näkemyksiäsi moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuskyselyyn vastaaminen kestää noin 15–20 minuuttia, eikä vaadi Sinulta muita toimenpiteitä. Pyydämme vastaamaan kyselyyn 25.5.2022 mennessä.

##### Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustuloksista raportoidaan TtM-opiskelija Minna Mykkäsen pro gradu -tutkielmassa. Tutkimus julkaistaan Itä-Suomen yliopiston avoimien tutkimusaineistojen palvelussa (UEF eRepository). Tuloksista kirjoitetaan mahdollisesti artikkeli, jota tarkoitetaan julkaistavaksi kansalliseen tieteelliseen julkaisuun.

**Lisätiedot**

Pyydämme Sinua tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle.

**Tutkijoiden yhteystiedot**

Tutkija: Minna Mykkänen  
TtK, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[minmyk@student.uef.fi](mailto:minmyk@student.uef.fi)

Ohjaajat: Tarja Kvist  
Professori, TtT  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Puh. 040 355 2623  
[tarja.kvist@uef.fi](mailto:tarja.kvist@uef.fi)

Jaana Peltokoski  
Arviointiylihoitaja, TtT  
KSSH  
Puh. 040 028 9107  
[jaana.peltokoski@ksshp.fi](mailto:jaana.peltokoski@ksshp.fi)

**Tiedotteen liite: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa**

Tässä tutkimuksessa käsitellään Sinua koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-asetus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsitteelyyn liittyvät asiat:

**Tutkimuksen rekisterinpitäjä on:**

Minna Mykkänen, Itä-Suomen yliopisto, [minmyk@student.uef.fi](mailto:minmyk@student.uef.fi)

**Tutkimuksessa Sinulta kerätään seuraavia henkilötietoja:**

Tutkimuksessa Sinulta kerätään taustatietoina ikä, sukupuoli, koulutus, ammattiryhmä, työkokemus yhteensä sairaanhoitopiirissä, työkokemus nykyisessä ammatissa, palvelualue, kuuluminen nimettyyn moniammatilliseen ryhmään ja osallistuminen moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen. Sinulla ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja, vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

**Henkilötietojesi käsittelyn tarkoitus on:**

Henkilötietojesi käsittelyn tarkoitus on tieteellinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa.

**Henkilötietojesi käsittelyperuste on:**

Henkilötietojesi käsittelyperuste on yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus.

**Tutkimuksen kesto aika (henkilötietojesi käsittelyaika) on:**

Tutkimuksen kesto aika on huhtikuu 2022 – toukokuu 2023 (henkilötietojen keräämiseen, analysointiin ja tutkimuksen julkaisuun kuluva aika) + 3 vuotta (mahdolliset reklamaatiot tutkimustuloksista ja niihin vastaaminen).

**Mitä henkilötiedoillesi tapahtuu tutkimuksen päättyttyä:**

Tutkimuksen päättymisen jälkeen henkilötietoja sisältävä tutkimusaineisto hävitetään.

**Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä:**

Tietojasi ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille.

**Henkilötietojesi mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle:**

Tietojasi ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Koska henkilötietojasi käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olet rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä.

**Rekisteröitynä Sinulla on oikeus:**

- saada tietoa henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseäsi koskevat tiedot
- oikaista tietojasi
- rajoittaa tietojesi käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta tai käsittelyn rajoittamisesta
- oikeus vastustaa tietojen käsittelyä
- oikeus olla joutumatta automaattisen päätöksenteon kohteeksi ilman lainmukaista perustetta

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voit käyttää oikeuksiasi ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä automaattiseen päätöksentekoon. Tutkimuksesta on laadittu tietosuojaseloste. Sinulla on mahdollisuus tutustua tietosuojaselosteeseen ottamalla yhteyttä tutkija Minna Mykkäseen, [minmyk@student.uef.fi](mailto:minmyk@student.uef.fi)

Sinulta kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Aineisto analysoidaan koodattuna ja lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Tutkimustiedostoa säilytetään sanasanalla suojattuna tutkijan tietokoneella ja muistitikulla tutkimuksen päättymiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitetään tietoturvallisella tavalla. Kerättyä aineistoa ei käytetä muihin tutkimuksiin.

## Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

#### Henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairaanhoidossa

##### Kysely sairaalan henkilökunnalle

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia sairaalan henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta erikoissairanhoidossa.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa osallistumiseni tutkimukseen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

**Vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.**

**Kyllä**