

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ SUUHYGIENISTIEN JA KOTI-
HOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN ARVIOIMANA

Mikkonen Susanna
Pro gradu –tutkielma
Hoitotieteen ja terveyshallintotie-
teen tutkimusyksikkö
Hoitotiede
Oulun yliopisto
Helmikuu 2016

Oulun yliopisto

LKT, Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö/Hoitotiede

TIIVISTELMÄ

Mikkonen Susanna:

Moniammatillinen yhteistyö suuhygienistien ja kotihoidon työntekijöiden arvioimana
Pro gradu tutkielma: 38 sivua, 1 liite
Tammikuu 2016

Väestö ikääntyy ja hampaallisten ikäihmisten määrä kasvaa. Ikäihmisten kotona asuminen on nyky-yhteiskunnassamme tavoite ja heidän kotihoidon tarve on kasvussa. Ikäihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kotona asumista tukee suuhygienistien ja kotihoidon työntekijöiden moniammatillinen yhteistyö. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arvioita moniammatillisesta yhteistyöstä ikäihmisen kotihoidossa.

Tutkimus toteutettiin keskisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä, käyttäen eläytymismenetelmää. Aineisto kerättiin suuhygienisteiltä (n= 6) ja kotihoidon työntekijöiltä (n= 12). Analyysimenetelmänä on käytetty induktiivista analyysiä.

Tutkimustulosten mukaan moniammatillinen yhteistyö koetaan uuden oppimisen mahdollistajana ja vahvaa esimiestyötä vaativana toimintana. Toiminnan puutteellinen etukäteissuunnittelu ja ikäihmisten sekä työntekijöiden inhimilliset tekijät voivat olla moniammatillista yhteistyötä estäviä tekijöitä. Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen vaatii henkilöstön voimavarojen ja osaamisen kartoittamista, vuorovaikutuksellista yhteistyötä ja toiminnan suunnittelua.

Moniammatillisuus on haasteellinen, monivivahteinen ja tilannekohtainen käsite ja moniammatillinen yhteistyö vaatii vahvaa esimiestyötä ja tilanteen seuranta. Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö on ammattiosaamista laajentavaa, potilaan parempaa, vuorovaikutuksellista hoitoa lisäävää toimintaa.

Asiasanat: Moniammatillisuus, suun terveydenhuolto, kotihoito.

University of Oulu

Faculty of Medicine, Unit of Nursing Science and Health Management

Nursing Science/Health Management Science

ABSTRACT

Mikkonen Susanna:

Multiprofessional collaboration assessed by
dental hygienist and home care professionals

Master Thesis 38 pages, 1 appendix

January 2016

Our population is aging and the number of elderly who still have their own teeth is increasing. Our present-day society aims at having the elderly living at their homes and the need for home care is on the rise. Multiprofessional collaboration of dental hygienists and professional home carers within home care supports the comprehensive wellbeing of the elderly and their living in their homes. The purpose of this study was to describe the home care professionals' and dental hygienists' assessment of the multiprofessional collaboration within the home care of the elderly.

The study was conducted in a medium sized federation of municipalities with joint social work and healthcare, using the method of empathy-based stories.

Material was collected from 6 oral hygienists and 12 home care professionals. Inductive analysis was used as the method of analysis.

According to the study results multiprofessional collaboration is seen as an activity that enables new learning and demands strong management. Insufficient pre-planning of work and human factors of both the elderly and the professionals may prevent multiprofessional collaboration. Successful multiprofessional collaboration demands mapping of staff resources and their skills, interactive cooperation and planning of activities.

Multiprofessionalism is a challenging, eclectic and situation-specific concept and multiprofessional collaboration demands strong managerial leadership and situation monitoring. When successful, multiprofessional collaboration broadens professional skills and adds to improved, interactive care of the patient.

Glossary: Multiprofessionalism, oral healthcare, home care

Sisältö

TIIVISTELMÄ	
ABSTRAKTI	
1 JOHDANTO	2
2 MONIAMMATILLISUUS	4
3 KOTIHOITO	6
3.1 Moniammatillisuus kotihoidossa	7
4 SUUN TERVEYDENHUOLTO	8
4.1 Moniammatillisuus suun terveydenhuollossa	9
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	11
6 TUTKIMUSMENETELMÄ ja aineisto	12
6.1 Tutkimusmenetelmä	12
6.2 Aineiston analyysi	13
7 TUTKIMUSTULOKSET	15
7.1 Vastaajien Taustatiedot	15
7.2 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa	15
7.3 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillista yhteistyötä estävistä tekijöistä	18
7.4 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillista yhteistyötä edistävästä tekijöistä	20
8 POHDINTA	24
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	24
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	29
8.3 Tutkimuksen eettisyys	31
9 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	31
LÄHTEET	34
LIITE	

1 JOHDANTO

Kunnilla on lain (980/2012) mukaan velvollisuus tukea ikäihmisten terveyttä ja omaehtoista, itsenäistä kotona asumista. Ikäihmisiksi luokitellaan yli 63 -vuotias väestö (Finlex 980/2012.) Lain lähtökohta on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään ja ikäihmisen terveydentilan vaatiessa, järjestää hänelle kotihoitopalveluita. Palvelujen tarpeen määrittely, palvelusuunnitelma, tulee tehdä yhdessä ikäihmisen, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. (Finlex 2013). Kotihoidon työntekijät käyttävät palvelusuunnitelmaa työnsä raameina ikäihmisten kotona työskennellessään (Ala-Nikkola 2003, Hassi 2005). Kunnilla tulee olla myös erityisosaamista ja toimintamallit kotona hoidettavan ikäihmisen terveyden hoitoon. Tähän erityisosaamiseen kuuluu yhtenä osa-alueena suun terveydenhuolto. (Kunnat.net 2013.)

Ikäihmisten määrä väestössämme kasvaa koko ajan. Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden määrä ennustetaan olevan 26 % väestöstä (Tilastokeskus 2012). Myös hampaallisten ikäihmisten määrä nousee jatkuvasti. Kun 1960-luvulla yli 65 -vuotiailla oli omia hampaita suussa keskimäärin yksi, on arvioitu että 2030-luvulla ikäihmisten suussa on hampaita keskimäärin 22. (Siukosaari & Nihilä 2015.) Tämä johtuu suomalaisen suunhoitokulttuurin ja hammashuollon toiminnan huimasta positiivisesta kehityksestä. Nykyisin suunhoito ja hammashuollon palvelut ovat koko väestön oikeus, eikä vain yläluokan ylellisyyttä. (Sinisalo 2007.)

Suun terveydellä on moninaisia vaikutuksia yleisterveydentilaan. On tutkittu, että mikäli hampaita on menetetty enemmän kuin kaksikymmentä, on purentakyky jo heikko ja tämä voi vaikuttaa yleisterveydentilaan. (Suominen-Taipale 2004.) Hoitokotien asukkailla joka neljänneksellä asukkaista on todettu olevan purentaongelmia (Soini ym. 2006). Ikä itsessään ei ole riskitekijä suun terveydentilan heikkenemiselle, mutta iän tuomat muutokset terveydentilassa voivat vaikuttaa suun terveyteen. Ikäihmisillä esiintyy usein kroonisia sairauksia kuten diabetesta, sydän- ja verisuonisairauksia sekä erilaisia aivoverenkierron sairauksia (Hopcraft ym. 2012). Näiden yleissairauksien hoidossa ja lääkkeillä voi olla vaikutusta syljen eritykseen ja tätä kautta hampaiden reikiintymisen riskin, sekä erilaisten tulehdusten riskin nousuun. Puutteellinen syljen erityys voi johtaa ravitsemukselliseen

puutostilaan ja yleistilan heikkenemiseen. (Nykänen ym. 2013.) Myös lihasvoiman heikkeneminen ja motoriset heikkoudet (Lampi & Roos 2009), sekä muistisairaudet kuten dementia voivat vaikuttaa siihen, että päivittäinen suun hoito ei enää onnistu itsenäisesti (Chalmers 2002). Ikäihmisen suussa voi olla plakkia retentoivia tekijöitä, kuten hammaspaikkoja ja proteettisia ratkaisuja, jotka yhdessä heikon syljen erityksen kanssa nostavat kariesriskiä sekä kokoproteesin alla oleva limakalvo voi heikon suuhygienian vuoksi altistua infektioille (Gendreau & Loewy 2011). Toisaalta ikäihmiset eivät välttämättä haakeudu suun terveydenhoitoon kovin herkästi ja eriarvoistuminen terveystalvelujen käytössä ja saatavuudessa lisääntyy (Marshall ym. 2015) ja suun terveystalvelut voivat heijastua tietämättä koko yleistilan heikkenemisenä.

Terveydenhuolto on väijäämättä isojen muutosten edessä väestön ikääntymisen ja terveystarpeiden muutosten edessä. Työskennellessä ikäihmisten kanssa kotihoidon työntekijöiltä edellytetään moninaista osaamista alati muuttuvassa yhteiskunnassa (Hassi 2005). Mutta myös suun terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan tulevaisuudessa enemmän geriatrasta osaamista, kykyä huomioida ikäihmisen toiminnalliset ja lääketieteelliset ominaisuudet, sekä niissä esiintyvät poikkeavuudet. Tätä osaamista tarvitaan niin vastaanottilanteissa, mutta yhä enenevässä määrin myös ikäihmisen omassa kotiympäristössä. (Yellowitz & Schneiderman 2014.)

Yksi ratkaisu kotona asumisen tukemiseen, suun terveydenhoito huomioiden on moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisessa yhteistyössä eri asiantuntijat toimivat asiakaslähtöisesti, vuorovaikutuksellisesti, tietoja ja näkökulmia yhteen kooten, ammattirajoja ylittäen ja verkostot huomioiden (Isoherranen 2005). Kokemukseni on, että moniammatillista yhteistyötä kotihoidon ja suun terveydenhuollon välillä tehdään ja siihen pyrkii myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) määritellen tavoitteekseen asiakaslähtöiset saumattomat palveluketjut (STM 2014). Vaikka moniammatillisen yhteistyön tarve on huomattu, suun terveydenhuoltoa ei ole pidetty yhtä tärkeänä osana potilaan terveydentilan hoitamisessa, kuin yleisterveydenhuollon toimenpiteitä (MacEntee 2011, Kossioni 2012, Jin 2013).

Tieteellistä tutkimusta kotihoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä henkilökunnan näkökulmasta ei ole tehty. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on

kuvailla kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa. Tutkimustiedon hankkiminen on tärkeää, jotta moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää työntekijöiden ajatusmaailmaa hyväksi käyttäen potilaan parhaaksi, tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistustakin ajatellen.

2 MONIAMMATILLISUUS

Moniammatillisuus (multiprofessional, multidisciplinary) on käsitteenä hyvin epämääräinen, laaja ja jatkuvasti muuttuva, josta jokaisella käsitteen käyttäjällä voi olla oma ymmärrys sen merkityksestä (Isoherranen 2005, Pärnä 2012). Yleensä käsitettä on käytetty kuvaamaan jonkinlaista yhteistyötappaa eri ihmisten ja tahojen välillä (Isoherranen 2005, Pärnä 2012), mutta se voi olla myös kehittämiskohdetta tai toimintaympäristöä kuvaava käsite (Pärnä 2012.) Suomen perustuslaki (731/1999) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) korostavat moniammatillisuuden keskeisiä piirteitä määritellessään toimintaa, jolla pyritään yhteistyöllä, oikeilla menetelmillä ja oikein kohdennetuilla resursseilla täyttämään potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä asiakaskeskeinen työskentelytapa, jossa eri asiantuntijat integroivat tietonsa ja taitonsa asiakkaan parhaaksi. Vuorovaikutustilanteet rakentuvat asiakaskohtaisesti ja terveydenhuollon ammattilaiset pyrkivät luomaan kokonaisvaltaista kuvaa asiakkaan tilanteesta ja saada ongelmaan yhdessä ratkaisu. Yhteistyötä tehdään sovitussa kontekstissa ja yhteisin toimintaperiaattein. (Isoherranen 2005.)

Moniammatillisuutta voidaan tarkastella viidestä eri näkökulmasta; asiakaslähtöisyys, vuorovaikutuksellinen yhteistyö, tiedon ja näkökulmien yhteen kokoaminen, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen (Isoherranen 2005). Moniammatillisessa työssä asiantuntijan rooli vaikuttaa siihen, kuinka hoitotyöntekijä kykenee tasa-arvoisuuteen, vuorovaikutukseen ja toisen ammattikunnan kunnioittamiseen, sekä ammattirajojen ylittämiseen. Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen ilmenee työntekijöissä kumppanuutena ja voimaantumisen tunteena (Veijola 2004).

Ryhmässä oppiminen on yksi väylä moniammatillisen yhteistyön rakentumiseen. Se auttaa ymmärtämään eri ammattiryhmien työnkuvaa, luo kunnioitusta ja arvostusta, sekä lisää eri ammattiryhmien kulttuurista ymmärtämystä. Moniammatillisella oppimisympäristöllä voidaan mahdollistaa potilaan tarkoituksenmukaisempi hoito. (Paukkunen 2003.) Moniammatillisen toimintakulttuurin kehittyminen vaatii ammattirajojen ylittämistä, sillä jokaisen työntekijän ja asiakkaiden tausta ja moninaisuus vaikuttavat työryhmän tunneil-

mastoon ja sitä kautta työn laatuun. Ryhmytymisen kehittäminen tulee huomioida moniammatillisessa yhteistyössä tai sitä suunniteltaessa. (Koski 2007.) Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö selkeyttää työntekijöiden rooleja, lisää suunnitelmallisuutta, refleksiivisyyttä, yhteisvastuullisuutta ja avointa keskustelua. Tämä edellyttää työntekijöiltä positiivista asennetta ja avoimuutta, joka lisää työilmapiiriin positiivisuutta ja muutostmyönteisyyttä yksilö- ja yhteisötasolla. (Veijola 2004). Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan yhteistyörakenteisiin kuuluivat johtamiskulttuuri, resurssit ja koulutus. Yhteistyöprosesseja olivat yhteinen päämäärä, toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittäminen ja oman asiantuntijuuden sisäistäminen. Julkisilla terveystalvelujen tuottajilla on yhä enemmän paineita tuottaa palveluitaan moniammatillisesti. Ihmisten terveystarpeiden muutokset ja moninaisuudet, työvoimapula ja asiakaslähtöinen palvelumalli ovat seikkoja, jotka painostavat palvelujen tuottajia muutokseen. (Humphris 2007.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) painottaa moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä terveydenhoidon muuttuviin tarpeisiin (Isoherranen ym. 2008, WHO 2014.) Suomessa terveydenhuollon moniammatilliselle kehittymiselle luo omat paineensa väestön ikääntyminen, ongelmien moninaistuminen, muuttoliike kasvukeskuksiin, sekä taloudelliset paineet (Isoherranen ym. 2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma (KASTE) määrittelee myös tavoitteekseen asiakaslähtöiset saumattomat palveluketjut, joissa asiakkaalla on enemmän valinnan vapauksia (STM 2014). Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä vaikuttavat hoidon laatuun (Suomen kuntaliitto 2011).

3 KOTIHOITO

Kotihoito ja kotisairaanhoido ovat kuntien järjestämää palvelua niille, joiden toimintakyky tai terveys on heikentynyt. Kunnat voivat yhdistää kotisairaanhoidon ja kotihoidon kotipalveluiksi. (Kunnat.net 2013.) Tässä työssä kutsutaan tätä yhdistelmää termillä kotihoito ja tutkittavat kotihoidon työntekijät hoitavat ikäihmisiä.

Kotihoidon työntekijät ovat yleensä lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia (STM 2014). Heidän työhönsä kuuluu ikäihmisen avustaminen arkipäivän askareissa, kuten lääkehoidossa, hoitotoimenpiteissä, hygienian ylläpitämisessä, sekä ruuan jakamisessa ja muissa kodin askareissa (STM 2014). Työ on vaativaa ja siihen tarvitaan hyvin monipuolista hoitotieteellistä osaamista, sekä sosiaalisia taitoja toimia erilaisten potilaiden, heidän omaisten, sekä työorganisaation puitteissa (Hassi 2005).

Sosiaali- ja terveysministeriö ja kuntaliitto ovat määritelleet ikäihmisten palveluja koskevia laatusuosituksia, joiden tavoitteena on turvata ikäihmisen toimintakyky ja terveys ajantasaiseen tutkimusnäyttöön perustuen (STM 2013 b). Kotihoidon asiakkaille laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelma on tiivis kuvaus asiakkaan tämänhetkisestä tilasta ja avun tarpeesta. Se on yhteistyössä eri ammattiryhmien, asiakkaan, sekä omaisten kanssa tehtävä, eettisiä periaatteita, ympäristöä ja yhteiskuntaa huomioiva sopimus. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Palvelusuunnitelmaan sisältyy eri ammattihenkilöiden arvio asiakkaan hoidon tarpeesta (Finlex 980/2012). Palvelusuunnitelma luo kehykset, joiden mukaan kotihoidon henkilöstö työskentelee. Niukat taloudelliset resurssit ja palvelusuunnitelman raamit voivat luoda paineita kotihoidon työntekijän arkiseen työhön, jossa kiireinen työaikataulu ja organisaation suositus toimia palvelusuunnitelman mukaan voi vaikuttaa negatiivisesti asiakkaan yksilölliseen palvelujen saantiin. (Ala-Nikkola 2003).

Yhteistyötä eri palvelujentarjoajien kanssa tehdään ohjaamalla asiakkaat tarpeen mukaan toisen terveydenhuollon organisaation palvelujen tuottajille. Käytännön kotihoidon työssä moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa tehdään usein keskittyen

omiin tehtäviin eikä yhteistä näkökantaa potilaan parhaaksi muodosteta. (Eloranta ym. 2006). Henkilökunta, potilaat ja kotihoidonorganisaatio hyötyisivät eri alojen tuoman näkökulman annista (Doherty ym. 2008).

3.1 Moniammatillisuus kotihoidossa

Moniammatillisen yhteistyön tarve kotihoidossa ikäihmisiä hoidettaessa ymmärretään, mutta ammattilaiset tekevät useimmiten vain omaa ammattitaitoa vastaavan osuuden ja yhteistyö on vähäistä (Eloranta ym. 2006, Doherty ym. 2008, Törnqvist & Hegefjärd 2008, Van Devanter ym. 2012, Johannessen & Steihaug 2014). Myös kotihoidon sisäisten henkilökuntaresurssien parempaa käyttöä olisi hyvä lisätä. Kotihoidon henkilökunnassa on usein erikoisosaamista, jota voi hyödyntää käytännön hoitotyössä (Doherty ym. 2008). Lisäksi yhteistyö eri ammattialojen kanssa voi madaltaa monimuotoisen, moniammatillisen yhteistyön kehittymisen kynnyksiä. (Törnqvist & Hegefjärd 2008, Solomon & Risdon 2011.) Yksilön ymmärrys moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä ei riitä, etenkin jos organisaatiossa sitä ei pidetä tärkeänä. Moniammatillisen yhteistyön määritelmä ja tarve on hyvä suunnitella organisaatiokohtaisesti. Mikäli moniammatilliseen yhteistyöhön ryhdytään, on kannustavan ilmapiirin luominen erityisen tärkeää yksittäisen yksilön sitouttamisessa siihen. (Legare ym. 2014.)

Kotihoidon työntekijöiden kokonaisvaltainen käsitys asiakkaan hoidon ja avun tarpeesta on hyvä lähtökohta yhteistyöhön. Rajat ylittävästä moniammatillisesta yhteistyöstä on hyviä kokemuksia aivohalvaus potilaan kotihoidon toteutuksesta, jossa eri ammattihenkilöt yhdessä pohtivat potilaan kotona selviytymisen ehtoja. (Wohlin Wottrich ym. 2007.) Kotihoidon työntekijöiden asiakkaan henkilökohtainen tuntemus on voimavara potilaan hyvään hoitamiseen (Stolt ym. 2012, Van Devanter ym. 2012, Markle-Reid ym. 2014).

4 SUUN TERVEYDENHUOLTO

Suun terveydenhuollon palvelut koskevat koko väestöä (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 26 §). Suun terveydenhuollon tavoitteena on tarjota kansalaisille tasapuoliset ja yksilölliset palvelut. Palvelut sisältävät suun terveydentilan edistämistä ja seurantaa, varhaista puuttumista potilaan omahoidon puutteisiin, terveysneuvontaa, hoidon tarpeen määrittämistä ja hoitotoimenpiteitä, sekä mahdollisia jatkotutkimukseen ja –hoitoon ohjaamista. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Suun terveydenhuollossa työskentelee hammaslääkäreitä, hammashoitajia, suuhygienistejä ja paikoin myös välinhuoltajia. Suun terveydenhuollon henkilöstön työnkuvaa voi kuvailla Övreveitin (1995) mukaan ryhmänä, jonka jäsenet omaavat erilaista osaamista ja valtuuksia suoritua tehtävästä. Hammaslääkärin työnkuvaan kuuluu kliininen työ eli potilaiden suun terveydentilan tutkiminen, hoitaminen, sekä ennaltaehkäisevät suun terveydenhuollon toimenpiteet (Suomen Hammaslääkäriliitto 2013). Suuhygienistien keskeisiä tehtäviä ovat suun terveyden edistäminen, suun terveystarkastukset, sekä suun infektiosairauksien ehkäisy ja hoito. Suuhygienisti voi myös toimia hammaslääkärin avustajana, tai esimiehenä (STAL 2011, Työ- ja elinkeinoministeriö 2014.) Hammashoitaja ja suun- ja hammashoidon lähihoitaja työskentelee yhdessä hammaslääkärin kanssa. Hammashoitaja vastaa vastaanoton toimivuudesta, aseptiikasta, potilasturvallisuudesta, valmistaa potilaan hoitoon, sekä avustaa hoitotoimenpiteissä (Suun terveydenhuollon Ammattiliitto Ry). Yhteistyö suun terveydenhuollon sisäisessä työnjaossa on koulutukseen ja työkokemukseen perustuvaa. Käytettävissä olevat hoitomallit on suunniteltuja, ammattitaitoa vastaavia ja pyrkimyksiltään potilaan oikeuksia turvaavia (Haapa-aho 2005, Terveydenhuoltolaki 2010/1326.) Kuten yleisterveydenhuollossa, myös suun terveydenhuollossa noudatetaan kliinisessä työskentelyssä käypähoitosuosituksia (Käypä hoito 2014), sekä näyttöön perustuvaa hoitotyön mallia (Terveydenhuoltolaki 2010/1326).

Suun terveydenhuollon palvelujen potilasmäärät ovat kasvaneet ja tämä edellyttää toimintamallien kehittämistä. Eri ammattiryhmien työnjakomallia on kehitetty (Widström & Mikkola 2008) tuomalla ammattiosaaminen peremmin esille, tehostamalla työnjakoa

ja potilaan palveluketjua on spesifioitu henkilökohtaisesti potilaan tarpeisiin sopivammaksi (Parikka 2006, STM 2013). Suun terveydenhuollon sisäisessä toimintakulttuurissa korostuu hyvin suunniteltu, eri ammattiryhmien työnjako (Heimo-Vuorimaa 2005, Suomen hammaslääkäriliitto 2013). Työyhteisön toimivuutta lisäävät henkilöstön hyvät vuorovaikutustaidot ja toisten ammattitaidon kunnioittaminen, sekä vahva johdon tuki (Heimo-Vuorimaa 2005). Työyhteisön sisäisen toiminnan kehittämällä pyritään tehostamaan toimintaa (Janhonen 2010), sillä nykyiset toimintamallit voivat tulla liian kalliiksi muuttuneiden terveystarpeiden hoidossa, lisäksi työvoimapula on kasvava ongelma. Lisäksi suun terveydenhuollon sisäistä, sekä rajapinnat ylittävää moniammatillista työtapaa on hyvä kehittää. (Glick ym. 2012.)

4.1 Moniammatillisuus suun terveydenhuollossa

Potilaan oikeuksien (Terveydenhoitolaki 1326/2010) turvaaminen edellyttää moniammatillisia työryhmiä. Hoitotiimi määrittelee yhdessä potilaan kanssa suun hoidon tarpeen ja yhteiset tavoitteet suun hoidolle, jota toteutetaan suunnitelman mukaan. Tämä ideaalitalanteen todentaminen tarkoittaa jo koulutuksessa alkavaa yhteistyön rakentamista, organisaatiomuutosta ja asennemuutosta (Coleman 2005, Lamster & Eaves 2011, MacEntee 2011, Valachovic 2014.)

Moniammatillisen yhteistyön merkitys ymmärretään suun terveydenhuollossa, mutta sitä ei pidetä yhtä tärkeänä osana potilaan terveydentilan hoitamisessa, kuin yleisterveydenhuollon toimenpiteitä (MacEntee 2011, Kossioni 2012, Jin 2013). Yhteistyötä heikentää suun terveydenhuollon yksiköiden fyysinen sijainti (Hilton 2014), yhteisten tietojärjestelmien ja potilaan tiedonsiirron haasteet ja puutteet (Edelstein 2014), sekä tietämättömyys toisten ammattiryhmien ammattitaidosta ja puutteet yhdessä hoitamisen taidoista (Humphris 2007, Grant ym. 2011, Hooper 2014).

Yleisterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon moniammatillisesta yhteistyöstä on tutkittu mm. kivunhoidon (Kotiranta 2012), pelkopotilaan hoidon (Jaakkola ym. 2012), diabetes ja sydän- ja verisuonisairauksien hoidon (Iacopino & Tenenbaum 2009), HIV-potilaan suun terveydenhoidon näkökulmasta. Moniammatillista yhteistyötä on tehty myös

tupakoinnin lopettamisesta (Van Devanter 2012) ja ravitsemusterapeuttien kanssa (Hilton 2014.). Tutkimuksissa suuhygienistin ammatinkuva nousi esiin, sen moniammatillisuuden mahdollistavan työnkuvan vuoksi (Nathe 2011, Grant ym. 2011, Gallagher ym. 2013, Valachovic 2014).

Tulevaisuuden haasteena on geriatrisen hoidon moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollon ja yleisterveydenhuollon välillä. Suun terveydenhuollon on kyettävä vastaanotolla potilaan yleisterveydentilan tunnistamiseen ja suun terveyden vaikutukset tulee huomioida osana potilaan yleisterveyttä. Suun hoidon onnistuminen vaatii tietämystä potilaan sosiaalisista taidoista, liikunta- ja toimintakyvyn tietämystä, ja ravitsemuksen tason selvittämistä, sekä potilaan taloudellisesta tilanteesta. (Issrani ym. 2012.) Ikäihmisten määrän kasvu lisää tarvetta kokonaisvaltaisesta hoidon tarpeen arvioista suun terveydenhoidon lisäksi (MacEntee 2011.) Pitkäaikaissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa, suun terveydenhuollon ja yleisterveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä tulee lisätä (MacEntee 2011, Finkleman ym. 2012).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa hoitotieteellistä tietoa suun terveydenhuollon ja kotihoidon työn moniammatillisesta yhteistyöstä. Tietoa voidaan hyödyntää suun terveydenhuollon ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyön kehittämiseen, sekä yhteistyön jatkuvuuden turvaamiseen.

Tutkimustehtävät ovat:

Millaista moniammatillinen yhteistyön on kotihoidon työntekijän ja suuhygienistin arvioimana?

Mitkä ovat kotihoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ ja aineisto

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin eläytymismenetelmällä, sillä aikaisempaa tutkimusta aiheesta ei ollut ja tutkija halusi monipuolista ja rikasta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 2000). Eläytymismenetelmä on tutkimustapa, jossa tutkijan laatiman lyhyen kehyskertomuksen avulla tutkittavat kirjoittavat aiheesta oman esseen tai lyhyen tarinan annetusta aihepiiristä (Eskola & Suoranta 2000). Tässä tutkimuksessa oli kolme erilaista kehyskertomusta. Ensimmäinen kehyskertomus sisälsi ajatuksen siitä millaisena kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit kokevat moniammatillisen yhteistyön. Toinen ja kolmas kehystarina sisälsivät ajatukset siitä, millaisia ovat kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien toteuttaman moniammatillisen yhteistyön edistävät ja estävät tekijät. Tarinat sisälsivät todellisia työtapauksia kuvaavia tilanteita, joihin osallistui kotihoidon työntekijä tai suuhygienisti.

Kehystarinoissa moniammatillinen yhteistyö oli työntekijöille tuttua ja heidän tuli kertoa uudelle työntekijälle moniammatillisesta yhteistyöstä. Kirjoittajia pyydettiin jatkamaan kuvailtua tilannetta juuri siten kuin heistä itsestä tuntui parhaalta. (Eskola 1997.) Kehyskertomusten alkuun lisättiin taustatietokysymykset, jolla selvitettiin vastaajan ammatti, sukupuoli, sekä koulutuksen pituus ja työkokemuksen pituus. Tarinat kotihoidon työntekijöille ja suuhygienisteille olivat täsmälleen samanlaiset, vain ammattinimikkeitä on muutettu. Ennen varsinaista tutkimusta eläytymistarinan toimivuutta esiteltiin kotihoidon työntekijöillä (n=4) ja sen perusteella eläytymistarinat tuottivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kehystarinan lauserakenteita muokattiin vielä terveydenhuollon asiantuntijoiden (n=8) kommenttien perusteella ja näin varmistettiin niiden yhdenmukainen ymmärtäminen (Polit & Beck 2011.)

Tutkimusaineisto kerättiin syyskuussa 2015, keskisuuren sote- kuntayhtymän kotihoidon työntekijöiltä ja suuhygienisteiltä. He olivat ammatiltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia tai suuhygienistejä. Kehystarinat lähetettiin kotihoitoon kirjeitse (n= 30) ja

suun terveydenhuoltoon sähköpostitse (n=19). Kotihoitoon lähetettiin kehystarinat ja tutkimukseen suostumus lomakkeet kolmeen kotihoidon pisteeseen kirjeitse. Kirjeet sisälsivät kehystarinan, suostumuslomakkeen, sekä maksetut vastauskuoret, jotka pyydettiin postittamaan tutkijalle kahden viikon kuluessa. Suun terveydenhuoltoon lähetetyssä sähköpostissa oli tietoa tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja vapaaehtoisuudesta, sekä tutkijasta. Suuhygienistin osallistuessa tutkimukseen, hän tulosti liitteenä olleen kehystarinan, sekä suostumuslomakkeen. Kehystarinan kirjoittamisen ja suostumuslomakkeen allekirjoittamisen jälkeen suuhygienisti lähetti kirjekuoressa osastonhoitajalle, jolta tutkija haki vastaukset määräajan (kaksi viikkoa) umpeuduttua.

Kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit vastasivat puolesta A 4 sivun pituisesta tekstistä aina kolmen sivun (A4) pituisilla tarinoilla tutkimustehtäviin. Kehystarinoihin vastattiin useimmiten tarinoilla, muutama vastaaja vastasi yksittäisillä lauseilla ja yksi ranskalaisin viivoin.

6.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällön analyysia, joka soveltuu kirjallisen aineiston analyysiin (Elo & Kyngäs 2008.) Tähän tutkimukseen aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopii, sillä aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007). Eläytymistarinat luettiin aluksi ammattikunnittain (suuhygienistit ja kotihoidon työntekijät) ja tutkija perehtyi eläytymistarinoihin lukemalla tutkittavien kirjoittamat eläytymistarinat useaan kertaan. Induktiivinen sisällönanalyysi aloitettiin siten, että etsittiin tutkimuskysymyksiin perustuen aihealuetta kuvaavat alkuperäisilmaukset, jotka koodattiin ja pelkistettiin. Alkuperäisilmaisun tai lauseen tai tarinanosan tuli vastata tutkimustehtävän aihetta tai asiaa. Näillä päätöksillä pyrittiin varmistamaan laadukkaat aineistolähtöiset tulokset (Kyngäs ym. 2011). Tämän jälkeen analyysia jatkettiin yhdistelemällä samaa asiaa kuvaavista pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, jotka nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Analyysia jatkettiin muodostamalla alaluokista yläluokat ja nimeämällä ne sisällön mukaan. (Elo & Kyngäs 2008, Polit & Beck 2012.) Pääluokkien ja alkuperäisaineiston avulla muodostettiin tutkimustulokset. Taulukossa 1 on esimerkki sisällön analyysiprosessista.

Taulukko 1. Esimerkki Ammatillinen kehittyminen –yläluokan muodostumisesta.

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
<p>Suuhygienistin työnkuvaa laajentava. Suuhygienistin työn rikastuttaja. Suuhygienistin työnkuvan monipuolisuuden lisääjä. Oman ammatillisen työkentän laajentuminen (SHG). Työnkuvaa laajentava (SHG).</p> <p>Kotihoidon työntekijät voivat laajentaa työnkuvaa oppimalla uutta. Saa uusia toimintaohjeita noudatettavakseen.(KH) Hoitotyön osaamisen laajentuminen.(KH) Kotihoidon työntekijät voivat laajentaa työnkuvaa oppimalla uutta. (KH) Hoitotyössä osaamisen laajentuminen (KH)</p>	<p>Laajentaa työnkuvaa</p> <p>Rikastuttaa työtä</p> <p>Uuden oppiminen</p> <p>Uudet toimintaohjeet</p> <p>Osaamisen laajentuminen</p>	<p>Työnkuva laajenee</p> <p>Osaaminen kehittyä</p>	<p>AMMATILLINEN KEHITYMINEN</p>
<p>Työssä pysymiseen vaikuttava (SHG). Kiitollinen työympäristö (SHG).</p>	<p>Sitoutuminen työhön</p> <p>Työympäristö viihtyisiä</p>	<p>Työympäristöön sitoutuminen</p>	<p>MOTIVOIVA TYÖYMPÄRISTÖ</p>
<p>Kehittymistä työssä (SHG). Geriatrisen tietotaidon kehittyminen (SHG). Käytännön työssä oppimista (geriatria) (SHG). Mahdollistaa työssä kehittymiseen (SHG)</p> <p>Lisää ammattiosaamista, kun oppii kotihoidon työssä ikäihmisistä..(SHG) Lisää ammattiosaamista, kun oppii kotihoidon työntekijöiltä hoitamisesta.(SHG) Kotihoidon työntekijä saa toimintaohjeita suuhygienistiltä noudatettavakseen. (KH) Tietotaito suun hoidosta karttuu. (KH) Shg antaa hoito-ohjeita kotihoidon työntekijöille.(KH) Vaikea hoitotyöhön liittyvä asia, jota pitäisi osata tehdä ja yhteistyö mahdollistaa (KH)</p>	<p>Kehittyminen työssä</p> <p>Tietotaidon kehittyminen</p> <p>Ammatillinen osaaminen kehittyä</p>	<p>Ammatillinen tietotaidon lisääntyminen</p>	<p>TYÖSSÄ KEHITYMINEN</p>

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kotihoidon työntekijöitä (n= 12) ja suuhygienistejä (n= 6), he kaikki olivat naisia. Kotihoidon vastaajat olivat lähihoitajia, kodinhoitajia, erikoissairaanhoidajia ja virikeohjaajia. Heidän keskimääräinen koulutuksen pituus oli 2 vuotta (vaihteluväli 1.8 – 3.5 vuotta) ja työkokemus terveydenhuoltoalalla oli 10 vuotta (vaihteluväli ½ - 39 vuotta). Suuhygienistien koulutuksen kesto oli keskimäärin 3 vuotta (vaihteluväli 2.5 – 3.5 vuotta), ja heidän työkokemus terveydenhuoltoalalla oli 26 vuotta (vaihteluväli 5 - 40 vuotta).

7.2 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa

Moniammatillinen yhteistyön koostui uuden oppimisesta ja esimiestyöstä. (Kuvio 1). Uuden oppimiseen sisältyi ammatillista kehittymistä, työnjakoa ja toisen ammattikunnan työn sisällön oppimista. Ammatillisen kehittymisen mahdollisti kliinisen hoitotyön osaamisen kehittyminen ja ammatillisen työkentän laajentumisen kotihoidossa. Kotihoito oli hyvä ja mielekäs toimintakenttä, joka monipuolisti työnkuvaa, ammattitaito vahvistui ja käytännön hoitotyö monipuolistui. Työntekijöiden motivaatio ja sitoutuminen kliiniseen hoitotyöhön lisääntyi. Ammatillinen kehittyminen oli ikäihmisten terveydentilan monipuolisempaa katsontakantaa, suun terveydentila huomioiden, sekä uusien hoitotyön toimintamallien toteuttamista.

...aluksi ei ollut kuin särkypotilaiden hoitamista ja harvakseltaan hammas-
kiven poistoja

Suuhygienistin työnkuvan monipuolisuuden lisääjä.

...suuhygienisti jätti toimintaohjeet, joita kotihoidon työntekijät noudattaa.
Saadaan uutta tietoa asiakkaiden hampaiden kunnosta sekä miten niitä hoidetaan kotihoidossa...

...oppi ikäihmisen kanssa työskentelystä paljon...

Työnjako oli tarkkaan harkittua toimintaa, jossa jokaisella työntekijällä on omat vastuut. Hyvin suunniteltu työnjako ja toiminnan selkeys olivat tekijöitä, joiden arveltiin helpottavan henkilöstön toimintaa ja potilaan hoitamista. Toiminnan etukäteissuunnittelu toi sekä potilaalle että työntekijöille turvaa. Kliinisessä työssä suuhygienisti, hammashoitaja tai hammashoitola olivat ohjaavia toimijoita, jotka suunnittelivat mitä tehdään, milloin ja miksi. Kotihoidon työntekijät osallistuvat ikäihmisen suun terveydenhoitoon seuraamalla potilaan terveyttä, sekä halusivat olla avustavana toimijana ikäihmisen suun terveydenhoidossa.

..suuhygienisti tarkistaa asiakkaidemme hampaat, käymällä heidän luonaan...
 Tarvittaessa asiakas ohjataan hammaslääkäriin ja kotihoito voi avustaa käynneillä
 Hammashoitola varaa tarvittaessa käynnin hammashoitolaan
 Nyt voin ottaa suoraan yhteyttä hammashoitolaan ja kysyä.

Toisen ammattikunnan työn sisällön oppiminen selkeytti moniammatillista yhteistyötä. Työn sisällön tuntemus lisäsi arvostusta toista ammattikuntaa kohtaan, lisäsi kommunikaatiota työntekijöiden ja organisaatioiden välillä, sekä vahvisti yhteistyötä.

Toisen työn arvostaminen parantuu
 ...hoitajat tietävät, ettei heidän tarvitse tietää kaikkea, ajan voi varata myös jonkun epäselvyyden selvittämiseksi...
 ... yhteistyön tulosta, joka näkyy molemminpuolisena luottamuksena...

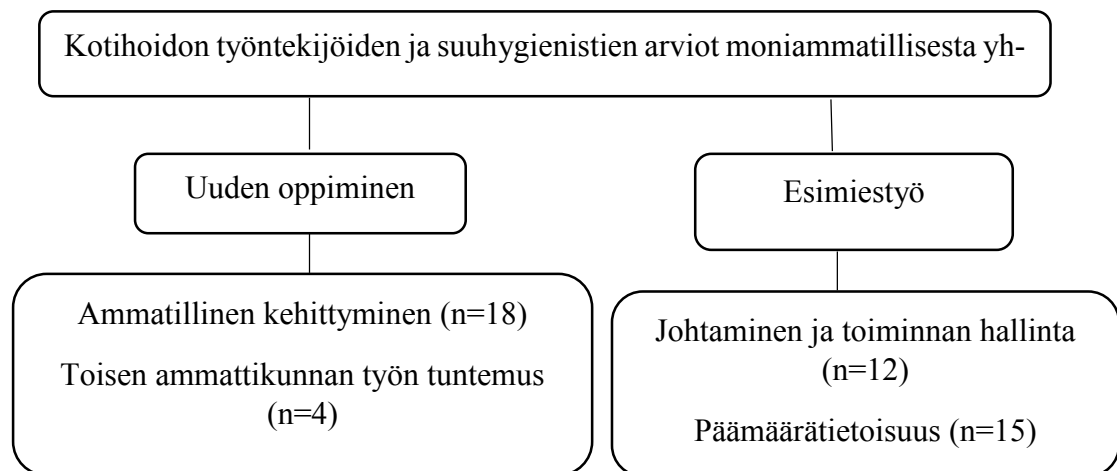
Esimiestyö muodostui johtamisesta ja toiminnan hallinnasta, sekä päämäärätietoisuudesta (Kuvio 1). Johtaminen ja toiminnan hallinta oli tarkkaa esimiesten tekemää ennakkosuunnitelmaa moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi. Tämä vaati esimiesten perehtymistä moniammatillisen yhteistyön rakenteisiin ja toimintakenttään. Hyvällä toimintasuunnitelmalla voitiin varmistaa joustava ja turvallinen toiminta kotihoidossa. Perehtyminen työntekijän työn vaatimuksiin ja työnkuvaan, kokonaisuuden hallinta ja työntekijöiden kuunteleminen mahdollistivat toiminnan suunnittelua. Moniammatillisen yhteistyön käytännön onnistuminen vaati esimiehiltä positiivista asennetta, sekä työntekijöille annettavaa tukea.

...vaatii järjestelyjä omasta kliinisestä työstä kotihoidon mukaan sopivaksi

...yhteistyön luominen on ollut aluksi hankalaa...
 ...pitäisi olla etukäteen tiedossa että miten tätä yhteistyötä tehdään
 ...luo lämpimät ja ystävälliset suhteet onnistuessaan...
 ..esimiehen tulee tietää miten tätä työtä tehdään
 ...vaatii esimiehen jämäkkää otetta...
 ...joten se esimiehen asenne ja tuki vaikuttaa.

Päämäärätietoisuus oli ikäihmisten paremman hoidon tavoittelua, yhteisiä tavoitteita ja suun terveydenhuollon vastuuta. Onnistunut esimiestyö loi päämäärätietoisuuden toiminnan mahdollisuudet. Kun toiminnan tavoitteet oli hyvin suunniteltu se lisäsi henkilöstön mahdollisuuksia toteuttaa ikäihmisten parempaa hoitoa. Yhteiset tavoitteet olivat ikäihmisten parempaa hoitoa, johon suun terveydenhoito kuului olennaisena osana. Myös ikäihmisten omaisten ja läheisten suun terveydenhoitotaitojen ja tiedon lisääntyminen arvioitiin kuuluvan moniammatillisen yhteistyön tavoitteeksi. Päämäärätietoisuus oli suun terveydenhuollon vastuuta toiminnan kehittämisestä kotihoidossa, jota suuhygienistit toteuttivat jalkauttamalla suun terveydenhoidon tietotaitoa kotihoidossa. Työtä tehtiin kuitenkin yhdessä, kun toiminnan päämäärä on kaikkien tiedossa.

Yhteistyö on avannut monen kotihoitajan silmät kuinka tärkeää suunhoito on.
 ...miten tärkeää on vanhusten suun- ja hampaiden hoito ja myös asiakkaat innostuivat hoitamaan hampaita.
 kotihoidon henkilöstön tietämys suun terveydenhoidosta osana kokonais-terveyttä lisääntyy.
 Välillä omaiset halusivat vanhuksille suun terveydenhoitoa joka ei enää ole tarpeellista tai muutoin mahdollista.



Kuvio 1. Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa.

7.3 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillista yhteistyötä estävistä tekijöistä

Kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit arvioivat moniammatillista yhteistyötä estäviksi tekijöiksi yläkäsitteet: Resurssien puutteellinen suunnittelu ja inhimilliset tekijät (Kuvio 2). Resurssien puutteelliseen suunnitteluun sisältyi työajan ja työn sisällön puutteellinen suunnittelu ja puutteellinen esimiestyö.

Resurssien puutteellinen suunnittelu oli moniammatillisen yhteistyön työn sisällön suunnittelun puutteita. Työn sisällön puutteellinen suunnittelu esti moniammatillisen yhteistyön tavoitteiden jalkautumista koko henkilöstölle, sekä aiheutti kommunikaatio-ongelmia kotihoidon ja suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Kommunikaatio-ongelmat heijastuivat myös potilaan hyvän hoidon estymisenä.

Valitettavasti kaikki kotihoidon työntekijät eivät ymmärrä tätä yhteistyön kohdistuvan asiakkaan parhaaksi.

Kuulijat olivat kahtia jakautunutta, toinen puoli oli innokasta ja toista puolta ei olisi voinu vähempää kiinnostaa.

Yhteiset palaverit/tapaamiset suun terveydenhuollon ja kotihoidon välillä olisivat tarpeellisia säännöllisesti.

Olen yrittänyt painottaa, että asiakasta koskeva tieto menisi omalle hoitajalle.

Toiminnan sisällön puutteellisen suunnittelun arvioitiin aiheuttavan työajan käytön ongelmia, jotka esiintyivät vaikeuksina yhdistää uusi moniammatillinen toimintamalli nykyiseen työskentelymalliin. Puutteellisen suunnittelun vuoksi työaikaa kului enemmän työajan käytön suunnitteluun ja aikataulujen selvittämiseen, joita äkkinäiset toiminnan muutokset, kuten sairastuminen vaikeuttivat entisestään. Toiminnan puutteellinen suunnittelu esti moniammatillisen yhteistyön tavoitetta ikäihmisen hyvästä hoidosta toteutuksesta, sillä aikatauluja ja henkilöstöresursseja ei ole suunniteltu riittävästi etukäteen.

Oman työn paljous – ei ehdi.

Asiaan olisi varattava suunnitelmallisesti aikaa.

Suurin este yhteistyölle on ollut varmasti ajan järjestäminen. Kartoituskäynnit vievät aikaa ja asiakkaita paljon

Hammaslääkäripula on estävä tekijä.

Toiminnan puutteellinen suunnittelu ilmeni myös esimiestyössä. Esimiesten negatiivinen tai välinpitämätön asenne moniammatillista yhteistyötä kohtaan ja tiedon puute moniammatillisen yhteistyön tavoitteista ja menetelmistä, sekä kyvyttömyys tukea henkilöstöä estivät toiminnan hyvää suunnittelua ja suunnitelman toteutumista. Kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit arvioivat esimiehen asenteiden, tietotaidon ja tuen puutteen johtavan yhteistyön puutteelliseen suunnitteluun, toteuttamiseen ja siihen sitoutumiseen.

Estävää on myös se, jos kotihoidon johdon asenne ei pidä suun terveydenhoitoa tärkeänä...

Paljon on kiinni myös kuinka esimies/ esimiehet ottavat asiakseen hoitaa tämän yhteistyön

Toimintaa ei olla suunniteltu ikäihmisen tarpeita huomioiden
esimies ei tiedä mitä kentällä tapahtuu

Velto esimiestyö – kukaan ei vie asiaa eteenpäin – jää toteutumatta...

...sitoutuminen... asiakkaan + yhteistyötahojen välillä tärkeää.

Inhimilliset tekijät muodostuivat käsitteistä: Ikäihmiseen liittyvät inhimilliset tekijät, sekä työntekijöihin liittyvät inhimilliset tekijät. Moniammatillista yhteistyötä estäviä ikäihmiseen liittyviä tekijöitä arvioitiin olevan: ikäihmisen fyysiset, psyykkiset ja taloudelliset esteet, sekä tiedon puute.

Ikäihmisen fyysisten esteiden arvioitiin olevan vaikeutta päästä hoitoon hammashoitoon, huonon liikkumisen ja avustavan henkilön puutteen vuoksi. Psyykkiset rajoitteet olivat hammaslääkäripelkoa. Taloudelliset esteet esiintyivät lähinnä terveystalouden hammaslääkäriarvojen vuoksi heikkona kykynä maksaa yksityistä hammaslääkärikäyntiä. Tiedolliset puutteet olivat negatiivisia asenteita suun terveydenhoitoa kohtaan sekä ikäihmisen, että hänen omaistensa puolelta.

Asiakkaan saaminen hammaslääkəriin voi olla hankalaa, asuu kerrostalossa ja huonot jalat.

Asiakas ei pääse, kun ei ole omaisia tai saattajaa, joka auttaisi.

Monilla on pelko mennä hammaslääkəriin

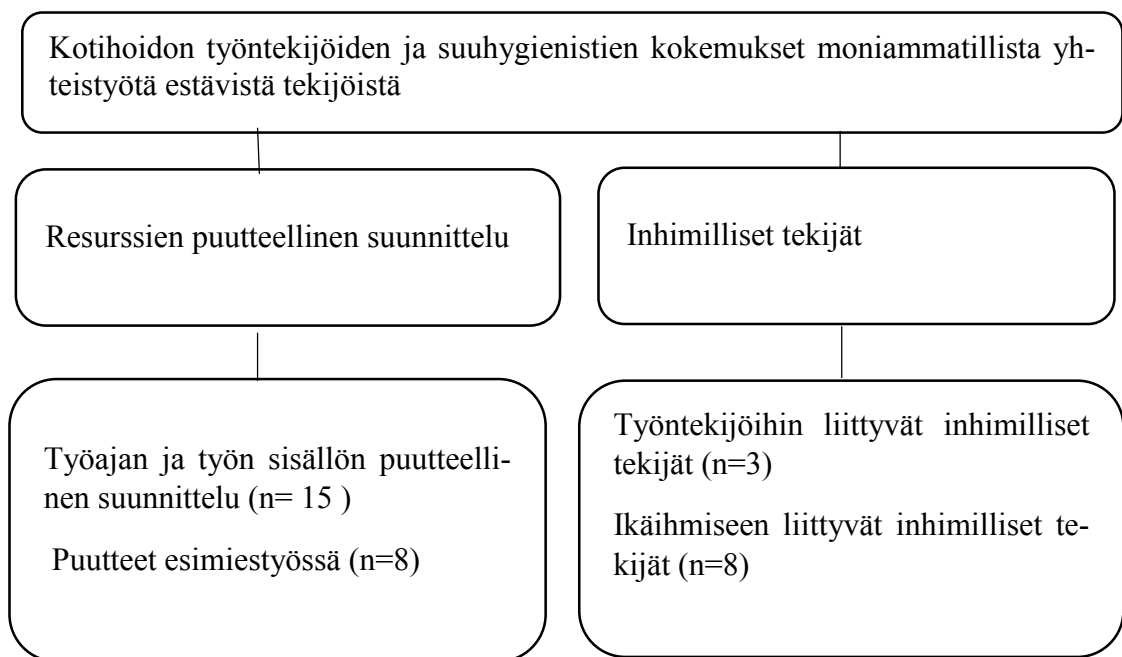
Asiakas ei halua lähteä, koska ajattelee, ettei tarvitse enää hammashoitoa.

...asiakkaan vähäiset varat.

Joskus omaiset ajattelevat ettei hammaslääkəriä tarvita tai on joutavaa tuolla iällä käyttää.

Työntekijöihin liittyviä inhimillisiä moniammatillista yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat henkilökohtaiset tekijät, kuten omat asenteet, voimavarat ja luonteenpiirteet. Inhimillisiä, moniammatillista yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat jännittäminen, haasteiden vastaanottamisen vaikeudet ja työn arvostuksen puutteen sietäminen.

Vaatii melkoista jaksamista kiertää kotihoidon mukana, jos kokee, että toinen ei arvosta työtäsi.
Arkuus tarttua uuteen haasteeseen...
...jännitin tulevaa, mutta ihan turhaan...



Kuvio 1. Moniammatillista yhteistyötä estävät tekijät

7.4 Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillista yhteistyötä edistävistä tekijöistä

Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillista yhteistyöstä edistäviä tekijöitä olevan Vuorovaikutuksellisen yhteistyö ja Toiminnan suunnittelu (Kuvio 3). Vuorovaikutuksellisen yhteistyön mahdollisti tiedon jakaminen, ammatillinen vastuunjako ja motivaatio.

Tiedon jakaminen oli vuorovaikutuksellista yhteistyötä, jota tapahtui eri ammattiryhmien välillä, yhdessä ikäihmistä hoitaessa. Tiedon jakaminen edellytti hyvää kommunikaatiota ja vuorovaikutusta työntekijöiden ja ikäihmisten kanssa. Tiedon jakaminen lisäsi kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien ammattitaitoa. Tiedon jakaminen oli toimintaa, josta molemmat ammattikunnat hyötyivät.

Painotan aina henkilökunnalle, ettei tyhmiä kysymyksiä olekaan. Opimme toinen toisiltamme.
 Kyselevät hyviä kysymyksiä ja se jos mikä edistää moniammatillista yhteistyötä
 Pääsetkin sopivasti tuomaan uusia ideoita ja näet varmaan kehittämistarpeita.

Ammatillinen vastuunjako oli koulutusta vastaavan työn tekemistä moniammatillisena yhteistyönä, kotihoidon kontekstissa. Moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen arvioitiin vaikuttavan hyvin suunnitellut, työntekijöiden toteuttamat, tarkat ammattirajat sisältävät toiminnot, jossa myös kotihoidon asiakkaan hoitoympäristö on huomioitu. Ammatillisten vastuuden tarkkojen rajojen arveltiin edistävän moniammatillista yhteistyötä ja henkilöstön pysyvyyttä.

Meillä on nimetty henkilö, joka on yhteydessä hammashoitolaan, se helpottaa yhteydenpitoa.
 Vastuuhenkilöiden nimeäminen
 On tärkeää, että suuhygienisti tulee asiakkaan kotiin tekemään tutkimisen, koska asiakkaat ovat vanhoja ja liikkuminen vaikeaa.
 Olisi hyvä jos kotihoidon asiakkaille olisi oma hammashoitola joka olisi heille tuttu ja hän tietäisi ja tuntisi asiakkaamme

Vuorovaikutuksellinen yhteistyö mahdollisti henkilökunnan motivaation lisääntymisen, yhdessä tehden ja toinen toiselta oppien. Motivoitunut henkilöstö oli innostunut ja kiinnostunut ikäihmisen hoitamisesta ja heidän terveyden edistämisestä. Motivoitunut henkilöstö innostaa myös ikäihmisiä tehostamaan omahoitoa.

Hoitohenkilökunta suun terveydenhuollossa ja kotihoidossa ovat motivoituneita ja innostuneita vanhusten suun terveydenhoidosta
 Luennoilla huomasin kuinka kiinnostus lisääntyi ei –innokkaiden piirissä

Käynneiltä ollaan saatu kirjalliset selvitykset ja hoito-ohjeet, jotka on innostanut meitä hoitajia ja etenkin asiakasta hoitamaan suun- ja hampaiden kuntoa

Toiminnan suunnittelu oli selkeitä toimintamalleja, työntekijöiden osaamisen huomiointia, sekä pysyvyyden turvaamista (Kuvio 2). Toiminnan suunnittelu oli ennalta suunniteltuja selkeitä toimintamalleja, jotka mahdollistivat työskentelytavan, jossa työntekijät tiesivät mitä tehdään, miten ja miksi. Selkeät toimintamallit takasivat sen, että työn suunnitteluun ja uuden yhteistyön toteuttamiseen oli työaikana mahdollisuus. Selkeät toimintamallit sisälsivät myös vastuuhenkilöiden nimeämistä. Toimintamallien suunnitteluvaiheessa työntekijöiltä vaaditaan joustavuutta, kouluttautumista, sekä ohjausta. Onnistunut toimintasuunnitelma toi selkeyttä työhön.

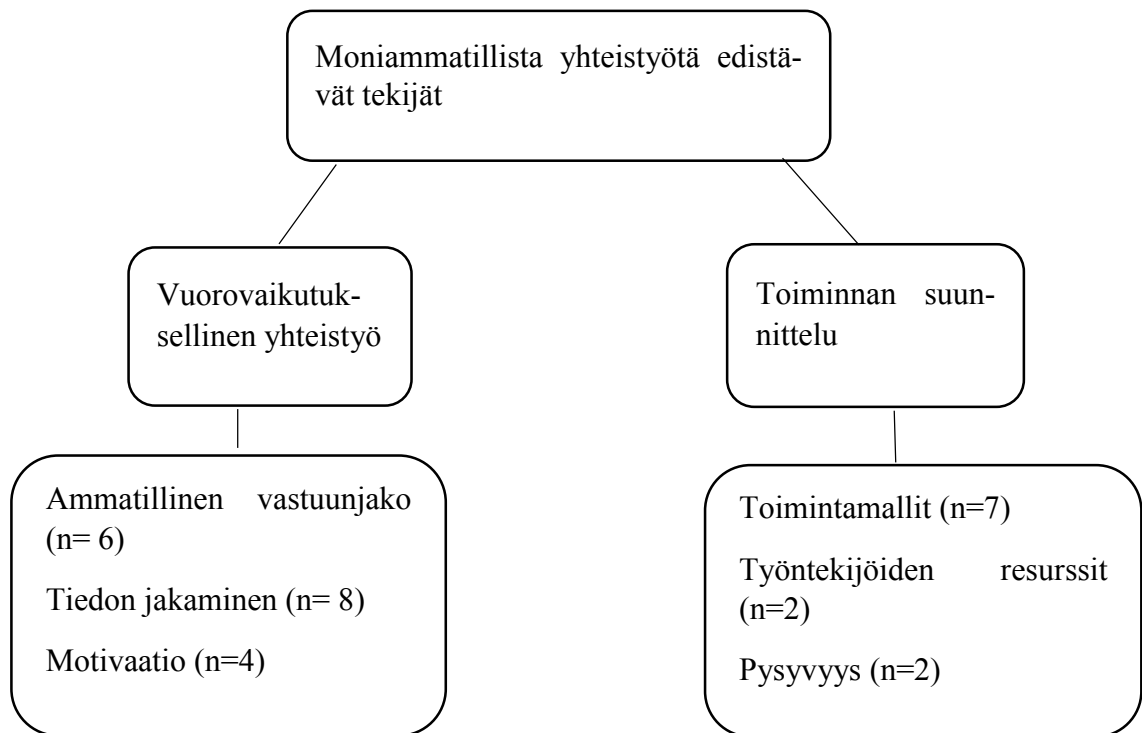
Jos ei itse osaa, niin yhteistyön seurauksen tietää kontaktit
 Joustavuus on molemminpuolista
 Toimintaan osallistuville on suunniteltu työaikaa erityistehtävien hoitamiseen

Toiminnan suunnittelun onnistuminen edellytti työntekijöiden erityisosaamisten huomiointia. Onnistunut resurssien kartoittaminen mahdollisti työntekijöiden erityisosaamisen käyttöä, jolla voitiin edistää moniammatillista yhteistyötä.

Kotihoidon puolelta on ollut suuri askel hammashoitolaan päin se, että hammashoitolalle kuuluvat arvioinnit on tehnyt kotihoidon työntekijä suurimmalta osalta.
 Työyhteisössämme on moniammatillista osaamista, joka on auttanut asioiden hoidossa ja toteutuksessa

Hyvä toiminnan suunnittelu oli työntekijäresurssien sovittelemista moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen niin, että se takasi pysyvän hoitohenkilöstön ikäihmisille.

...henkilökunnan vähäinen vaihtuvuus.
 ...niin että, kotihoidon asukkaalla säilyy samat hoitavat hammaslääkäri, suuhygienisti ja omahoitaja kotihoidossa



Kuvio 2. Moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen aihe lähti liikkeelle tutkijan huolesta siitä, miten tulevaisuuden kotona asuvien hampaallisten ikäihmisten terveyttä pystytään ylläpitämään yhteistyönä kotihoidon työntekijöiden ja suun terveydenhuollon kanssa. Kokemukseni on, että moniammatillista yhteistyötä kotihoidon ja suun terveydenhuollon kanssa on aloitettu monessa kunnassa ja se on toimintatapa joka tulee yleistymään. Nykyisen hallituksen kaavailu on, että sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen tullaan tulevaisuudessa järjestämään niin kunnallisen-, yksityisen-, kuin kolmannen sektorin yhteistyöllä ja potilaalla on enemmän valinnan mahdollisuutta. Moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö tulee näkemysni mukaan olemaan yhä vahvemmassa asemassa hoitotyön toteuttamisessa.

Oma kokemukseni suun terveydenhuollon eräänlaisesta eristäytyneisyydestä, jota tutkimuksetkin vahvistivat (Glick ym. 2012, Hilton 2014), toi huolen siitä, kuinka suun terveydenhuolto pystyy vastaamaan tulevan sote-uudistuksen moniammatillisuutta koskeviin haasteisiin. Myös kokemukseni kotihoidon työntekijöiden haastavasta työstä ja tiukoista aikatauluista herättivät kysymyksiä siitä, kuinka kotihoito kykenee ottamaan moniammatillista yhteistyötä mukaan toimintaansa. Tämä työ toi tärkeää hoitotyöntekijöiden näkemystä siitä millaisena moniammatillinen yhteistyö koetaan ja mitkä ovat sitä estäviä ja edistäviä tekijöitä.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Moniammatillisuus käsite kuvataan tutkimuksissa hyvin monivivahteisena ilmiönä, josta jokaisella yksilöllä voi olla oma käsitys (Isoherranen 2005, Pärnä 2012). Tämän tutkimuksen tutkimustulokset vahvistivat tämän suuntaista ajatusta, tutkittavien kirjoittaessa hyvin monivivahteisia eläytymistarinoita moniammatillisesta yhteistyöstä. Eläytymistarinat tuottivat hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiin ja yhteneväisyyksiä eri ammattikuntien välillä löytyi erityisesti potilaan paremman hoidon tavoittelua kuvaavina vastauksina. Tästä voidaan päätellä, että tutkimuskohteen henkilöstö tavoittelee työskentelytapaa, joka myötäilee terveydenhuoltolakien (Suomen perustuslaki 731/1999 ja terveyden-

huoltolaki 1326/2010) vaatimaa moniammatillista yhteistyötä. Ikäihmisten terveystarpeiden muutoksen tarpeeseen on herätty ja henkilöstö tavoittelee moniammatillista hoitotyötä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyneet yhteistyön rakenteen ja prosessit (Eloranta ja Kuusela 2011) olivat tämänkin tutkimuksen tutkimustulosten raamit. Kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien arviot moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa sisälsivät johtamiseen, resursseihin, koulutukseen, toisen työn ymmärtämiseen, vuorovaikutukseen, ammattiosaamisen lisääntymiseen ja työnjaon määrittämiseen liittyviä asioita. Ammattirajojen rikkomista tai ylittämistä ei tutkimuskohteilla vielä esiintynyt, vaan moniammatillinen yhteistyö oli lähinnä kumppanuutta, tiedon jakamista ja yhdessä oppimista.

Tässä tutkimuksessa moniammatillinen yhteistyö esiintyi vuorovaikutuksellisenä yhteistyönä, jota ilmenisivät arviot ammatillisesta vastuunjaosta, tiedonjaosta, ja motivaatiosta. Lähtökohtana olivat omat ammatilliset vastuut, joita ei ylitetty hoitotyötä tehdessä, vaan kumppanuus oli tietojen vaihtoa ja kokemuksen lisääntymistä. Suun terveydenhuollossa (Edelstein 2014, Hilton 2014, Humphris 2007, Hooper 2014) ja kotihoidossa (Van De vanter ym. 2012, Johannessen & Steihaug 2014) on tutkimusten mukaan totuttu tekemään hyvin itsenäisesti omaa ammatillista koulutusta vastaava työtä, jossa yhdessä hoitamisen piirteitä ei juurikaan ole. Tässä tutkimuksessa moniammatillinen yhteistyö sisälsi yhteistyössä tehdyn hoitamisen piirteitä ja tätä kautta tapahtui tiedon jakamista hoitotilanteissa.

Vuorovaikutuksellinen yhteistyö on yksi viidestä moniammatillisuutta kuvaavasta tekijästä (Isoherranen 2005), muiden osioiden (asiakaslähtöisyys, tiedon ja näkökulmien yhteen kokoaminen, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen) vahvan näytön puute tässä tutkimuksessa vahvistaa ajatusta siitä, että moniammatillinen yhteistyö on tässä tutkimuskohteessa uusi ja hieman hahmottamaton asia.

Työn kautta tapahtuvaa ryhmäytymistä oli kuitenkin selkeästi havaittavissa ammattiosaamisen lisääntymisen-, työnjaon selkeytymisen-, syntyneen kumppanuuden- ja työssä

voimaantumisen myötä. Tutkimus tuotti tärkeää tietoa käytännön hoitotyöhön, sillä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vaatii työntekijöiltä paljon ja toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen tulee varata tarpeeksi aikaa ja resursseja (Koski 2007).

Tähän tutkimukseen osallistuvat kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit arvioivat moniammatillisen yhteistyön mahdollistavan uuden oppimista ja vaativan vahvaa esimiestyötä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollisti hoitotyössä kehittymistä, toimintakentän laajentumisen ja yhdessä oppimisen ansiosta. Kotihoito oli hyvä toimintaympäristö moniammatillisen yhteistyön tekemiselle, sillä ikäihmistä hoidettaessa kumpikin ammattiryhmä koki saavansa uutta oppia hoitotyön toteuttamiseen ja ymmärrys toisen ammattikunnan sisällöstä laajeni. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa kotihoitoa on pidetty ympäristönä, jossa moniammatillinen yhteistyö tuo uutta, toivottua näkemystä ikäihmisten hoitamiseen. (Wohlin Wottrich ym. 2007.)

Sekä suuhygienistit, että kotihoidon työntekijät saivat kotihoidossa työskennellessään uutta oppia ja näkökulmaa ikäihmisten terveydenhoidosta, suun terveydenhoito huomioiden. Aikaisemmissa tutkimuksissa suun terveydenhuollon henkilöstön vahvempaa ja monipuolisempaa geriatrasta osaamista, (Issrani ym., 2012 Yellowitz & Schneiderman 2014) ja ikäihmisten kokonaisvaltaisemman hoidon tarpeen arvioinnin (MacEntee 2011) toivottiin lisääntyvän. Myös pitkäaikaissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa, suun terveydenhuollon ja yleisterveydenhuollon moniammatillista yhteistyön toivottiin lisääntyvän (MacEntee 2011, Finkleman ym. 2012). Tämä tutkimus osoitti, että ammatillinen kehittyminen on mahdollista kotihoidon kontekstissa moniammatillista yhteistyötä tehdessä.

Yhteiset ja ennalta sovitut päämäärät moniammatillisen yhteistyön tekemiseen olivat tärkeitä yhteistyön onnistumisen kannalta. Organisaatiokohtaiset toimintasuunnitelmat on nostettu myös Legare ym. (2014) tutkimuksessa esiin moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta. Tässä tutkimuksessa tutkittavat tavoittelivat ikäihmisten parempaa hoitoa, suun terveydenhoito huomioiden ja tutkimustulokset viittaavat siihen, että suuhygienistit mahdollistavat ikäihmisten suun terveydenhoidon tietojen ja taitojen jalkautumista kotihoidon työntekijöiden käyttöön. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa suuhygienistin ammatti on kuvailtu hyväksi väyläksi moniammatillisen yhteistyön tekemiseen

muiden alojen kanssa (Nathe 2011, Grant ym. 2011, Gallagher ym. 2013, Valachovic 2014).

Jotta yhteisiin päämääriin päästiin ja uuden oppiminen mahdollistui, oli esimiesten asema toiminnan suunnittelussa ensiarvoisen tärkeää. Onnistunut esimiestyö oli olennainen osa onnistunutta moniammatillista yhteistyötä. Kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit arvioivat työajan ja työn sisällön puutteellisen etukäteissuunnittelun olevan moniammatillista yhteistyötä estäviä tekijöistä. Etukäteissuunnittelu oli esimiesten tekemää toiminnan suunnittelua, työntekijöitä kuunnellen ja toimintakenttä tarkasti tuntien. Arjen työn sujuvuuden koettiin riippuvan siitä, kuinka ongelmattomaksi työprosessit on suunniteltu, miten työaika saatiin käyttää, sekä kuinka henkilöstön erityisosaaminen oli huomioitu. Toiminnan puutteellinen suunnittelu heijastui toiminnan toteuttamisen vaikeuksina, kommunikaatio-ongelmina, henkilöstön toimintaan sitoutumisen vaikeuksina, sekä potilaan hyvän hoidon esteenä.

Ala-Nikkolan (2003) tutkimuksessa liian tiukat toiminnan raamit olivat este uuden toiminnan liittämiseen ja sen toteuttamiseen. Tässä tutkimuksessa toiminnan puutteellinen suunnittelu tarkoitti sitä, että vanhaan, liian tiukkaan aikatauluun ei ole suunniteltu uutta toimintamallia ja tämä esti moniammatillista yhteistyötä. Kotihoito on hyvä toimintaympäristö yhdessä hoitamiseen (Wohlin Wottrich ym 2007), mutta tässä tutkimuksessa esiin noussut suunnittelun puute voi olla moniammatillista yhteistyötä estävä tekijä.

Esimiehen tietämys moniammatillisen toiminnan tarkoituksesta, henkilöstön osaamisesta ja esimiehen omat asenteet vaikuttivat moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen. Esimiehen henkilökohtaiset ominaisuudet kuten avoimuus ja asenteet on nostettu myös aikaisemmassa tutkimuksessa esiin (Veijola 2004). Esimiehiltä odotettiin vahvaa työkenttien tuntemusta, työntekijöiden työnsisällön tuntemista, jotta työn sisällön ja päämäärien suunnittelu onnistui. Esimiesten tekemä hyvä toiminnan etukäteissuunnittelu ja kyky tukea työntekijöitä loivat työntekijöille hyvät mahdollisuudet moniammatillisen työn toteuttamiseen. Hyvin suunniteltu, päämäärätietoinen moniammatillinen yhteistyö loi hyvät olosuhteet työntekijöille toteuttaa ikäihmisten monipuolisempaa hoitoa ja mahdollisti työssä oppimiseen ja kehittymiseen.

Moniammatillinen yhteistyö mahdollisti ammatillista kehittymistä, lisäsi toisen ammattikunnan työn sisällön tuntemusta ja arvostusta ja selkeytti työnjakoa. Näitä piirteitä tuo esiin myös aikaisempi tutkimus moniammatillisen yhteistyön vaikutuksista (Paukkunen 2003).

Suun terveydenhuolto toimii usein (MacEntee 2011, Kossioni 2012, Jin 2013) omia erityisalansa palveluja tuottavana terveydenhuollon yksikkönä, eikä moniammatillista yhteistyötä tehdessä ammattirajoja rikota, tai yhteistä hoitosuunnitelmaa tehdä. Tämä piirre esiintyi myös tässä tutkimuksessa siten, että tutkittavat eivät arvioineet moniammatillisen yhteistyön olevan yhdessä hoitamista, vaan suun terveydenhuollon palvelut tuottivat suuhygienistit ja kotihoidon työt kotihoidon työntekijät. Myös kotihoidon työkuultuuri tehdä työtä niin, että muut ammattikunnat täydentävät kotihoidon palveluita omalla toiminnallaan (Eloranta ym. 2006, Doherty ym. 2008, Törnkvist & Hegefjärd 2008, Van Devanter ym. 2012, Johannessen & Steihaug 2014) saattoi olla syy miksi, ammattirajoja rikkovan yhteistyötä ei tässä tutkimuksessa esiintynyt.

Tästä syystä moniammatillista yhteistyötä suunniteltaessa kotihoidon ja suun terveydenhuollon välille olisi hyvä pohtia yhteistyön aloittamista jo kotihoidon asiakkaan palvelusuunnitelman teosta. Suuhygienisti voisi tehdä palvelusuunnitelmaan suunnitelman ikäihmisen suun terveydenhoidosta, jolloin kotihoidon työntekijöiden olisi helpompi sitä noudattaa ja jatkossa suuhygienistin ja kotihoidon työntekijöiden moniammatillinen yhteistyö voisi olla rikkaampaa. Yhdessä hoitaminen, hoitosuunnitelman tekeminen ja päivittäminen, sekä päätöksenteko on hyvä väylä moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle (Törnkvist & Hegefjärd 2008, Solomon & Risdon 2011.) Kotihoidon työntekijöiden asiantuntijuus ikäihmisten hoitamisesta (Stolt ym. 2012, Van Devanter ym. 2012, Markle-Reid ym. 2014) yhdistettynä suuhygienistien tietotaitoon ikäihmisten suun terveydenhoidosta ovat hyvä väylä onnistuneeseen moniammatilliseen yhteistyöhön ikäihmisen terveyden parantamiseen ja ylläpitoon (Van Devanter ym. 2012).

Onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellytti myös inhimillisten tekijöiden huomiointia. Inhimillisiä tekijöitä olivat työntekijöiden luonteenpiirteiden ja voimavarojen huomiointi. Suuhygienisti on koulutuksensa puolesta (Nathe 2011, Grant ym. 2011, Gallagher ym. 2013, Valachovic 2014) ja tämän tutkimuksen mukaan hyvä ammattikunta

moniammatillisen yhteistyön rakentajaksi, mutta moniammatillista yhteistyötä rakentaessa eri ammattiryhmän kanssa on hyvä ottaa huomioon työntekijöiden oma innostuneisuus, luonteenpiirteet, sekä käytössä olevat voimavarat (Veijola 2004), joka nousi esiin myös tässä tutkimuksessa. Tämä tutkimus ja Kosken (2007) tutkimus toivat esiin sen, että onnistunut moniammatillinen yhteistyö vaatii positiivista asennetta ja siihen vaikuttavat jokaisen yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet.

Tutkimuksessa nousivat esiin myös ikäihmisen inhimilliset tekijät. Tällä tarkoitettiin ikäihmisen fyysisten, psyykkisten ja taloudellisten voimavarojen huomiointia. Ikäihmisten hoitamisessa moninaisempaa katsontakantaa, suun terveydenhoito mukaan lukien tulisi lisätä (Issrani ym. 2012) ja tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa on väylä tiedon lisäämiseen.

Tutkimuksessa nousi esiin seikkoja, joita moniammatillisen ryhmäytymisen ja toimintakulttuurin vakiinnuttaminen edellyttävät. Näitä asioita olivat potilaan ja heidän omaisten huomioiminen, sekä kaikkien hoitoon ja hoitotyöhön osallistuvien omien näkökulmien huomioiminen. (Koski 2007.) Ryhmässä toisilta oppiminen koettiin kuuluvan moniammatilliseen yhteistyöhön ja tätä puoltaa myös aikaisemmat tutkimukset (Paukkunen 2003).

Onnistumista moniammatillisesta yhteistyöstä oli tutkimuskohteessa koettu ja tämä näkyi roolien selkiytymisenä, refleksiivisyytenä, yhteisvastuullisuutena ja keskustelun lisääntymisenä. Tutkimustuloksissa ilmenee lähtökohtia, joita Veijola (2004) pitää osatekijöinä moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa luotettavuuden arviointikriteereinä on käytetty Lincolnin & Guban (1985) uskottavuuden, siirrettävyyden, seuraamuksellisuuden ja todeksi vahvistettavuuden kriteerejä (Elo ym. 2014). Uskottavuuteen vaikuttaa se, että tutkimuksen lähtökohdat, perusteet tutkimuksen tekemiseen on tuotu esiin. Tutkimukseen vaikuttavat peruskäsitteet

on avattu tieteellisin lähtein ja menetelmävalinnat on tehty perustellen. Tiedonantajien valinta on tehty harkiten. Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteeksi valittiin vapaaehtoisuuteen perustuen yhden sote-kuntayhtymän kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit.

Valintojen tekemiseen vaikuttaneet asiat ja päätökset on pyritty tässä tutkimuksessa kuvaamaan mahdollisimman tarkasti jokaisessa osiossa erikseen. Uskottavuuteen on pyritty menetelmä- ja analyysimenetelmä valinnoilla. Eläytymismenetelmää käyttämällä pyrittiin siihen, että tutkittavat voivat tuottaa mahdollisimman rikasta, omaa tuotosta. Induktiivisella sisällön analyysillä taas pyrittiin jatkamaan samaa tutkimustulosten tuottaman aineiston rehellisen sisällön tuomista esiin. Uskottavuuteen pyritään myös mahdollisimman tarkalla aineiston analyysillä. (Elo ym. 2014.) Todeksi vahvistettavuuteen liittyen tässä tutkimuksessa tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja alkupepärisilmauksia on otettu mukaan tulosten tulkintoja selventämään. (Lincoln & Guba 1985, Polit & Beck 2011.)

Tutkimustulosten siirrettävyyteen liittyen laadullisen tutkimuksen tulokset ovat usein hie-man haasteellisia, sillä tässäkin tutkimuksessa käytetty kuvaileva menetelmä tuotti oma-kohtaista kokemusperäistä tutkimustulosta, jota tutkija tulkitsee. Siirrettävyyttä voidaan kuitenkin olevan, sillä aikaisempi tutkimustieto tuki osittain tämän tutkimuksen tuloksia. (Eskola & Suoranta 1996.)

Seuraamuksellisuuteen liittyen tutkimustilannetta ei välttämättä voida toistaa samanlaisena, koska laadullisessa tutkimuksessa on aina mukana inhimillinen vaihtelu. Seuraamuksellisuuteen liittyen tutkija on tehnyt kliinisen asiantuntijan harjoittelun kyseisen kotihoidon henkilöstön ja suun terveydenhuollon parissa. Tutkija on osallistunut tutkimusorganisaatioiden moniammatillisen yhteistyön käytännön työvälineiden suunnitteluun ja kouluttanut koko kotihoidon henkilöstön aiheena ”ikäihmisten suunterveys”. Sitä, onko tutkijalla ollut osallisuutta tutkimustuloksiin, en osaa arvioida.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen tekoa ohjaavat hyvän tieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet (Helsingin julistus 1964). Eettisyys on huomioitu tässä tutkimuksessa niin, että tutkimusluvut on pyydetty kotihoidon vastuualuepäälliköltä ja suunterveydenhuollon ylihammaslääkäriltä, sekä jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla erikseen henkilökohtaisesti allekirjoitettavalla tutkimusluvalla (liite 1). (Polit & Beck 2011.)

Tiedonantajia on tiedotettu tutkimuksen luonteesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetista. Tutkimuksessa kysyttiin vain osallistujan ammattinimike, sukupuoli, koulutuksen- ja työkokemuksen pituus, joten ketään tutkimukseen osallistuvaa ei voida tunnistaa. Tiedottaminen tapahtui sähköpostin välityksellä tai kirjeitse. Tiedotteen laati tutkija ja tiedotteet välitettiin osastonhoitajan kautta sähköpostilla tai kirjeitse. Tutkimus on tehty niin, ettei se vahingoita millään tavalla tiedonantajia. (Polit & Beck 2011.)

Tällä tutkimuksella pyritään hyvään eikä tutkimuksella vahingoiteta tiedonantajia eikä organisaatiota, jossa hän työskentelee. Tiedonantajille on tuotu esiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen merkitys ja tutkimuksen vapaaehtoisuus. Tutkimuksen tiedonantajille on korostettu, että osallistumisen tutkimukseen voi perua missä vaiheessa tahansa. Tutkimuslupa (liite 1) on pyydetty kirjallisena. Henkilökohtainen tutkimuslupa pyydettiin allekirjoittamaan ennen tutkimukseen osallistumista (Polit & Beck 2011.)

Tutkimuksessa on avoimesti ja rehellisesti tuotu esille tutkimusprosessin eri vaiheet. Tutkimustulosten raportoinnissa on pyritty objektiivisuuteen. Tulokset on esitetty niin, että tiedonantajaa tai työorganisaatiota ei voida tunnistaa. (Polit & Beck 2011.)

9 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tutkimustulokset osoittivat, että kotihoidon työntekijät ja suuhygienistit arvioivat moniammatillisen yhteistyön toimintana, josta työntekijät ja kotihoidon

asiakkaat voivat hyötyä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollisti ammatillisen kehittymisen ja yhdessä oppimisen, työkentän laajentumisen vuoksi. Kotihoito on oivat maaperä moniammatillisen yhteistyön tekemiseen ja kotihoidon asiakkaat voivat hyötyä toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä. Moniammatillinen yhteistyö vaatii huolellista etukäteissuunnittelua. Toiminnan etukäteissuunnittelussa esimiehen tietämys toimintakentästä, työntekijöiden osaamisesta ja motivaatiosta ovat tärkeitä. Uutta toimintamallia rakentaessa työntekijöiden kuunteleminen ja voimavarojen huomiointi on tärkeää. Toisaalta myös toiminnan kohteen inhimilliset tekijät, tässä tutkimuksessa ikäihmisten inhimilliset tekijät tulee ottaa jo suunnittelussa huomioon. Myös työn sisältöjen ja työajan käyttö on huomioitava; uuden toiminnan toteuttaminen voi olla työajan käytön näkökulmasta haasteellinen toteuttaa, mikäli sitä ei ole suunniteltu etukäteen. Esimiesten omat sitoutuminen ja kyky tukea työntekijöitä ovat moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä.

Geriatriinen osaaminen on tulevaisuuden haaste suun terveydenhuollossa, sen moninaisten erityispiirteiden vuoksi. Kotihoidon kanssa moniammatillista yhteistyötä tekevien suuhygienistien käytännön oppia on hyvä jalkauttaa myös muun suun terveydenhuollon henkilöstön käyttöön. Käytännössä saatua kotihoidon asiakkaiden terveydentilan tietoa on hyvä seurata aktiivisesti, jotta suun terveydenhuolto voi ennakoida ikäihmisten terveystarpeiden kehittymistä ja pystyy näin kehittämään suun terveydenhuollon palveluita. Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollon ja kotihoidon välillä voi olla myös hyvä mahdollisuus hoitotyön kehittämiseen suun terveydenhuollossa.

Kotihoidossa taas eri ammattiryhmien jalkautuminen kotihoitoon voi olla kotihoidon toimintakulttuurin rikastumisen mahdollistaja. Moniammatillisen yhteistyön ei tarvitse olla kotihoidon työntekijöille lisätyötä, vaan toiset ammattikunnat voivat olla myös yhdessä hoitamisen mahdollistajia. Kotihoito on kontekstina erinomainen työympäristö moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen eri ammattiryhmien välillä. Se on maaperä asiakaslähtöiseen, yhdessä oppimiseen ja yhdessä toimimiseen, jossa on myös huomioitava kotihoidon asiakkaiden fyysiset ja psyykkiset voimavarat, heidän tahto, sekä lähipiiri.

Pidän moniammatillisen yhteistyön eri näkökulmien tutkimista erittäin tärkeänä tiedonlähteenä hoitotyön kehittämiseen ja tulevaa sote-uudistusta silmällä pitäen. Terveydenhuollon rakenneuudistuksessa tiukka professionalismi voi olla historiaa – tarvitsemme

yhteistä tapaa ja näkökulmaa toimintaan, johon myös suun terveydenhuolto kuuluu olennaisena osana mukaan.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sitä, millaisia työnkuvia suuhygienisteillä on työssään? Tämäkin tutkimus osoitti, että suuhygienistin työ on yleensä vastaanotolle sijoitettavaa kliinistä suun terveydenhuoltotyötä, johon erilaiset variaatiot ovat tervetullut lisää.

Onko suuhygienistin koulutus sellainen, että se mahdollistaisi jalkautumisen terveydenhuollon eri sektoreille? Kuinka yleisterveydenhuollon esimiehet suhtautuisivat suuhygienistien laaja-alaisempaan käyttöön hoitotyössä esimerkiksi sairaalan osastolla? Toisaalta olisi mielenkiintoista ja tärkeää tutkia myös ikäihmisen näkökulmaa kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien tekemästä yhteistyöstä.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola M (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopisto. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67170/951-44-5816-8.pdf?sequence=1>. Luettu 2015/9/25.
- Coleman P (2005) Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook* 53, 33-39.
- Chalmers JM, Carter KD & Spencer AJ (2002) Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology*, 19: 80-94.
- Doherty D, Davies S & Woodcoc L (2008) Examining the impact of specialist care home support team. *Nursing standard*. 23(5): 35-41.
- Edelstein BL (2014) The roles of federal legislation and evolving health care systems in promoting medical-dental collaboration. *Journal of the California Dental Association* 42, 19-23.
- Eerola A & Sinisalo T (2006) Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa 2005. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 3: 94-99.
- Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. 62, 107-115.
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K & Kyngäs H (2014) Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open* January-March 2014: 1-10. DOI: 10.1177/2158244014522633. PDF-dokumentti. <http://sgo.sagepub.com/content/spsgo/4/1/2158244014522633.full.pdf>. Luettu 2015/08/18.
- Eloranta S, Arve S & Routasalo P (2006) Multiprofessional collaboration promoting home care clients' personal resources: perspectives of older clients. *International Journal of Older People Nursing* 3(2): 88-95. PDF-tiedosto. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2007.00105.x/epdf>. Luettu 2015/9/25.
- Eloranta S & Kuusela M (2011) Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö*. 9 (3): 10-11.
- Eskola J (1997) Eläytymismenetelmäopas. Tampereen yliopiston julkaisujen myynti. Tampere.
- Eskola J & Suoranta J (2000) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere, Vastapaino.
- Finkleman GI, Lawrence HP & Glogauer M (2012) The impact of integration of dental services on oral health in long-term care: qualitative analysis. *Gerodontology* 29, e77-82.
- Finlex (2013) (Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1. heinäkuuta 2013). [www.dokumentti. http://www.finlex.fi/fi/uutiset/249/](http://www.finlex.fi/fi/uutiset/249/). Ei päivitystietoja. Luettu 2015/10/12.
- Finlex (2012) (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012). [www.dokumentti. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980). Ei päivitystietoja. Luettu 2015/8/17.
- Gallagher JE, Lim Z & Harper PR (2013) Workforce skill mix: modelling the potential for dental therapists in state-funded primary dental care. *International Dental Journal* 63, 57-64.

- Gendreau L & Loewy ZG (2011) Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *Journal of Prosthodontics*, 20: 251-260.
- Coleman P (2005) Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook* 53, 33-39.
- Glick M, Monteiro DA, Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G & Williams DM (2012) FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal* 62, 278-291.
- Grant L, McKay L, K Rogers L, G Wiesenthal S, Cherney S L & Betts L A (2011) An interprofessional education initiative between students of dental hygiene and bachelor of science in nursing. *Canadian Journal of Dental Hygiene* 45, 36-44.
- Haapa-aho M (2005) Tiimityön merkitys suun terveydenhuollossa. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 3:117-118.
- Hassi T M (2005) Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa: vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. *Lisensiaattityö*. Tampere. Tampereen yliopisto
- Heimo-Vuorimaa L (2005) Hammaslääkärin ja hammashoitajan yhteistyö – työnhajaajan näkökulmasta. *Suomen Hammaslääkärilehti*. [www-dokumentti. http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/89730/index.php?pgnumb=32](http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/89730/index.php?pgnumb=32). (3): 114-116
- Helsingin julistus (1964) [www-dokumentti. http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/). Päivitetty 2013/10/19. Luettu 2015/8/18
- Hilton IV (2014) Interdisciplinary collaboration: what private practice can learn from the health center experience. *Journal of the California Dental Association* 42, 29-34.
- Hooper G (2014) Give medical training more teeth. *Health Service Journal* 124: 17-19.
- Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FA & Darby IB (2012) Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. *Gerodontology*. 29(2):220-228.
- Humphris D (2007) Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 26, 48-55.
- Iacopino AM & Tenenbaum HC (2009) Current concepts in diabetes management: comprehensive interprofessional care, including oral health. *Canadian Journal of Diabetes* 33, 146-147.
- Issrani R, Ammanagi R & Keluskar V (2012) Geriatric dentistry--meet the need. *Gerodontology* 29: 1-5.
- Isoherranen K (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY.
- Isoherranen K, Rekola L & Nurminen R (2008) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Porvoo. WSOY.
- Jaakkola S, Miesvirta M, Räihä H, Vahlberg T, Myllymäki R, Luukkala-Wardi E, Saarni UM & Rautava P (2012) Helpotusta hammashoitopelkoon pienryhmäinterventioilla Suomen hammaslääkärilehti. [www-dokumentti.http://www.digipaperi.fi/hammaslaakarilehti/105716/index.php?pgnumb=25](http://www.digipaperi.fi/hammaslaakarilehti/105716/index.php?pgnumb=25).(14):25-27.
- Janhonen M (2010) Tiedon jakaminen tiimityössä. Väitöskirja. Helsinki. Helsingin yliopisto
- Lincoln YS & Guba EG (1985) *Naturalistic Inquire*. California. Sage Publications.
- Jin L (2013) The global call for oral health and general health. *International Dental Journal* 63, 281-282.

- Johannessen A-K & Steihaug S (2014) The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28: 364-372.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K (2009) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kossioni AE (2012) Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people?. *Gerodontology* 29: 30-40.
- Koski A (2007) Työn eetosena hyvä elämä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Uuttamoni ammattillista työyhteisöä rakentamassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kotiranta U (2010) Vantaan malli tehostaa kasvokivun hoitoa. Suomen Hammaslääkärilehti. [www-dokumentti.http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/100264/index.php?pgnumb=14](http://www.dokumentti.http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/100264/index.php?pgnumb=14). (10): 14. Luettu: 2015/9/4.
- Kunnat.net (2013) Vanhuspalvelulaki. [www.dokumentti. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx). Ei päivitystietoja. Luettu 2015/8/17.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2): 138-148.
- Kylmä J & Juvakka T (2007) Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki
- Käypä hoito (2014) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [www-dokumentti. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=DFC44557FA4A31595AA524D472A39EA8?id=hoi50078](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=DFC44557FA4A31595AA524D472A39EA8?id=hoi50078). Luettu 2015/9/10.
- Lamster I B & Eaves K (2011) A Model for Dental Practice in the 21st Century. *American Journal of Public Health* 101, 1825-1830.
- Lampi H & Roos M (2009) Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa: Engeström Y, Niemelä A, Nummijoki J & Nyman J. Lupaava kotihoito uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus, Jyväskylä, 217–233.
- Lincoln YS & Guba EG (1985) *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage. USA.
- Legare F, Stacey D, Briere N, Fraser K, Desroches S, Dumont S, Sales A, Puma C & Aube D (2014) Healthcare providers' intentions to engage in an interprofessional approach to shared decision-making in home care programs: A mixed method study. *Journal of interprofessional care*. 27: 214-222.
- MacEntee MI (2011) Muted dental voices on interprofessional healthcare teams. *Journal of Dentistry* 39: 34-40.
- Markle-Reid M, Mc Ainey, Forbes D, Thabane L, Gibson M, Browne G, Hock J S, Peirce T & Busing B (2014) An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *Geriatrics* 14(62): 1-23.
- Marshall S E, Kunzel C, Lamster I B, Bin C, Northridge M E, Huang C, Siukosaari P & Nihtilä A (2015) Vanhusten suun terveys. *Duodecim* 131(1): 36-41.
- Meadows C A, Fraser J, Camus S & Henderson K (2014) A System-wide innovation in transition services. *Transforming the Home Care Liasons Role. Home Healthcare Nurse*. 32 (2): 78-86.
- Nathe C (2011) The other professionals: How dental hygienists are in a position to work within a health-care team. *RDH* 31: 60-63.

- Nykänen I & Autonen- Honkonen K (2013) Laatu iäkkäiden kotihoidon ravitsemukseen, sun terveyteen ja lääkehoitoon: NutOrMed –tutkimus. Suun terveydeksi (2): 8-9.
- Parikka U-R (2006) Mikä on riittävä? Kuntatyönantaja (3): 24-25.
- Paukkunen L (2003) Sosiaali- ja terveystalouden yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutus- kokeilun arviointitutkimus. Väitöskirja. Kopijyvä. Kuopio.
- Polit DF & Beck CT (2011) Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise. Ninth edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Päivärinta E & Haverinen R (2002) Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen kuntaliiton ja Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen verkkojulkaisu. www-dokumentti. http://www.oamk.fi/~eihautal/aktiivinenvanhuus/suosittukset/OPPAAT/opas2002_hoito_ja_palvelusuunnitelma.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu: 2015/9/22.
- Pärnä K (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Yliopistollinen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Turku.
- Sinisalo H (2007) Suomalaisen hammashygienian historiaa: yläluokkaisesta ylellisyydestä osaksi tavallista suomalaista arkea. Hippokrates: Suomen Lääketieteen Historiallisen Seuran vuosikirja. s. 121-151.
- Siukosaari P & Nihtilä A (2015) Vanhusten suun terveys. Duodecim 131(1):36-41.
- Soini H, Muurinen S, Routasalo P, Sandelin E, Savikko N, Suominen M, Ainamo A & Pitkala K.H. (2006) Oral and nutritional status--Is the MNA a useful tool for dental clinic. The journal of nutrition, health & aging. 10 (6): 495-499.
- Solomon P & Risdon C (2011) Promoting interprofessional learning with medical students in home care settings. Medical Teacher. 33: 236-241.
- STAL (Suun terveydenhoidon ammattiliitto) (2011) www-dokumentti. <http://www.stal.fi/tietoa-stal-sta/suuhygienistit/tietoa-ammattista/>. Luettu 2015/9/8.
- Stolt M, Suhonen R, Puukka P, Viitanen M, Voutilainen P & Leino-Kilpi H (2012) Foot health and self care activities of older people in home care. Journal of Clinical Nursing. 21: 3082-3095. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04223.x.
- STM (Sosiaali- ja terveysministerio) (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen terveysohjelma. www-dokumentti: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. Ei päivitystietoa. Luettu: 2015/09/02.
- STM (Sosiaali- ja terveysministerio) (2013) www-dokumentti. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1869220#fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 2015/9/8.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja) (2013b) www-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoja. Luettu: 2015/9/22. /
- Suomen hammaslääkäriliitto (2013) www-dokumentti: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/tyonjako-suunterveydenhuollossa#.VFDGs7txnIU>. Luettu 201/10/1.
- Suomen kuntaliitto (2011) Kuntaliiton verkkojulkaisu. Toim. Päivi Koivuranta-Vaara. ISBN. Helsinki.
- Suomen perustuslaki (1999/731) www-dokumentti.

- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=suomen%20perustuslaki>. Päivitetty 2007/6/1. Luettu 2015/9/9.
- Suominen-Taipale L (2004) Suomalaisten aikuisten suunterveys: Terveys 2000 -tutkimus, Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Suun terveydenhuollon ammattiliitto ry. www-dokumentti. <http://www.stal.fi/tietoa-stalsta/hammashoitajat/>. Luettu 2015/9/8.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 26§. www.dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P26>. Luettu 2015/10/12.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010a. www.dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326.4/>. Luettu 2015/9/11.
- Tilastokeskus (2012) Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. www.dokumentti. http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. Päivitetty 2012/9/28. Luettu 2015/8/17.
- Tuomi J & Sarajärvi A (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2014) www-dokumentti. <http://www.ammattinetti.fi/ammattialat/detail/945c352e0a6534460110ed9ae1391ea8>. Luettu 2015/9/8.
- Törnkvist L & Hegefjärd C (2008) Evaluation of interprofessional training in home care. *Journal of interprofessional care*. 22 (5): 509-520.
- Valachovic RW (2014) Integrating oral and overall health care--on the road to interprofessional education and practice: building a foundation for interprofessional education and practice. *Journal of the California Dental Association* 42, 25-27.
- Van Devanter N, Dorsen C G, Messeri P, Shelley D & Person A (2012) Oral health care and smoking cessation practices of interprofessional home care providers for their patients with HIV. *Journal of Interprofessional care*. 26: 339-340.
- Vejola A (2004) Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Oulu University press. Oulu.
- WHO (World Health Organization) (2014) Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. www-dokumentti. <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>. Luettu: 2015/9/10.
- Widström E (2005) Hammashuolto. Terveyskirjasto. Duodecim. www-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00056&p_haku=suun terveydenhuolto](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00056&p_haku=suun%20terveydenhuolto). Luettu 2015/9/30.
- Widström E & Mikkola H (2008) Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Teoksessa: Ashorn U, Lehto J (toim) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa. Stakes. Helsinki. 162.
- Wohlin Wottrich A, Von Koch L & Tham K (2007) The Meaning of Rehabilitation in the Home Environment After Acute Stroke Form the Perspective of a Multiprofessional Team. *Physical Therapy*. 87(6): 778-788.
- Yellowitz J A & Schneiderman M T (2014) Elder's oral health crisis. *The Journal of Evidencebased Dental Practice*. 14:191-200.
- Övretveit J (1995) Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki, Hakapaino.

Tutkittavan suostumusasiakirja

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvailla kotihoidon työntekijöiden ja suuhygienistien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa, sekä sitä millaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä he arvioivat moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvän.

Tavoitteena on tuottaa hoitotieteellistä tietoa siitä millaista moniammatillinen yhteistyö työntekijöiden kokemana on ja mitkä ovat sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää suun terveydenhuollon ja kotihoidon työn moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen, sekä yhteistyön jatkuvuuden turvaamisen kehittämiseen.

Kaikki kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain tutkijan tietoon. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus perua osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei Teitä voida niistä tunnistaa. Tutkimusaineisto säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti.

Vastaa mielelläni kysymyksiinne
Susanna Mikkonen
TtK, TtM-opiskelija
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos
susanna.mikkonen@student oulu.fi

Ymmärrän tutkimuksen tarkoituksen ja annan suostumukseni tutkimuksen osallistumiseen ja kerättyjen tietojen käyttöön tutkimusraportissa.

_____ / _____ 2015 _____

Allekirjoitus

Suostumusasiakirjoja on tehty kaksi kappaletta, toinen tutkijalle ja toinen tiedonantajalle.