

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

# Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen koulutuksen aikana

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma,  
Suuhygienisti  
Opinnäytetyö  
Syksy 2006

---

Anttikoski Johanna  
Hannikainen Anniina  
HiltulaTarmo  
Hiltunen Jaana  
Holmström Kati  
Kalilainen Heidi  
Kaltiainen Niina  
Lahti Emilia  
Liimatainen Merja  
Malis Natalja  
Ojanen Tuula  
Pakarinen Saira  
Patrikainen Noora  
Peltonen Elina  
Pesonen Tanja  
Pääskyvuori Jetta  
Repo Mira  
Solja Anna-Sofia  
Tolvi Hanna  
Wikström Taija



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma			
Tekijä/Tekijät			
SD03S1			
Työn nimi			
Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen koulutuksen aikana			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2006	100 + 4 Liitteet	
<p><b>TIIVISTELMÄ</b></p> <p>Opinnäytetyö kartoittaa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden työn organisoinnin ja tehtävä- jaon nykytilannetta ja kehittämistarvetta. Työn tarve pohjautuu lainsäädäntöön, jonka mukaan kaikkien kuntien tulee pystyä järjestämään hammashoito asukkailleen. Suun terveydenhuollossa hoidon tarve on tällä hetkellä suurempi kuin hoidon tarjonta. Kehittämishanke on osa Työn organisointi ja työnjako terveydenhuollon erityisaloilla -hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on käynnistää yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittäminen työn organisoinnin ja tehtäväjaon parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden nykytilanteesta ja kehitystarpeista potilaiden hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö on kvantitatiivinen, ja se on toteutettu projektin omaisesti. Kyselylomake lähetettiin e-lomake muodossa 149 opiskelijalle. Vastanneita oli 50, joista 26 oli suuhygienisti- ja 24 hammaslääkäriopiskelijaa. Kyselyn tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Teoreettisena viitekehystenä työssä on Hannanin systemoidun kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottama malli. Se on valittu työn teoreettiseksi pohjaksi, koska se toimii koko hankkeen teoreettisena viitekehystenä. Hannanin mallin keskeisiä käsitteitä ovat työtyytyväisyys, työhönsitoutuminen, sairauspoissaolot, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, työstressi, roolikonfliktit ja -epäselvyydet.</p> <p>Kyselyn tulokset osoittavat, että suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat ovat jokseenkin samaa mieltä siitä, että koulutuksen aikainen yhteistyö on hyvä asia. Tutkimuksen mukaan suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat ovat epätietoisia toistensa osaamisalueista, mutta molemmat opiskelijaryhmät ovat kuitenkin kiinnostuneita yhteistyön tekemisestä. Monien yhteistyön laatua ja määrää koskevien kysymysten osalta suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden näkemykset eivät kohtaa.</p> <p>Kyselyyn vastanneet opiskelijat kokevat informaation kulun riittämättömyyden opiskelijaryhmien ja opettajien välillä yhdeksi ongelmaksi. Samoin tietämättömyys suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden välillä toistensa työnkuvasta todetaan ongelmalliseksi. Opinnäytetyö sisältää myös jonkin verran konkreettisia kehittämisehdotuksia edellä mainittuihin ongelmiin. Työssä esitetään muun muassa yhteisen keskustelufoorumien perustamista sekä opetussuunnitelmien muutoksia. Opinnäytetyö tarjoaa hyvän pohjan yhteistyön kehittämisen jatkotoimille.</p>			
Avainsanat			
Yhteisöllisyys, työnjako, suuhygienistiopiskelija, hammaslääkäriopiskelija			



Degree Programme in		Degree	
Oral Hygiene			
Author/Authors			
SD03S1			
Title			
The Growth Towards Developmental Professionalism in Education of Dental Hygiene and Dentistry Students			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2006	100 + 4 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This thesis investigates the present cooperation between the students of dental hygiene and dentistry and the possible need for development. The need for this thesis is based on the law according to which every community must be able to arrange dental health care for its residents. The demand for dental health care is now larger than the offering of the services. This development project is a part of the organisation and division of tasks on a project called Special Sector of Healthcare. The purpose of this thesis is to activate the growth towards developmental professional and to improve the organization and the division of tasks. The goal of our thesis is to provide information for the present dental hygiene and dentistry students of the communal expertism and the need of development in patient care.</p> <p>This thesis is quantitative and it is carried out following the principles of a functional thesis. The questionnaire was sent by email to 149 students. There were 50 students who answered the questionnaire: 26 students of dental hygiene and 24 students of dentistry. The replies to the questionnaires were analysed with SPSS-application. The theoretical frame of reference is Hannan's model which is based on Hannan's literature review. The model was chosen because it is also the theoretical frame of reference for the whole project. In Hannan's model the main concepts are job satisfaction, work commitment, sick leave, the possibility to control one's work, work stress, role conflicts and ambiguity.</p> <p>The questionnaire used in this thesis show that the dental hygiene and dentistry students agree with the fact that cooperation between the students is positive by nature. The research also indicates that both student groups are unaware of each other's skills. But dental hygienists and dentistry students are interested in cooperating in their studies. The questions which concerned the quality and quantity of the cooperation show that the student groups don't agree.</p> <p>The thesis shows lack of information between the two student groups, which is problematic. Also the fact that both student groups are unaware of their job descriptions is considered problematic. This thesis includes some proposals for improvement of the above-mentioned problems. This thesis suggests, for example, how to create a discussion platform and how to change the syllabuses. The present thesis offers a good basis for future improvement in cooperation.</p>			
Keywords			
Communality, division of tasks, student of dental hygiene, student of dentistry			

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	YLIOPISTOHAMMASKLINIKAN JA SUUNHOIDON OPETUSKLINIKAN TOIMINNAN KUVAUKSET JA YHTEISTYÖN NYKYTILANNE .....	2
2.1	Yliopistohammasklinikan toiminnankuvaus.....	3
2.2	Suunhoidon opetusklinikan toiminnankuvaus .....	4
2.3	Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteistyön nykytilanne .....	5
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
3.1	Yhteisöllisyys ja asiantuntijuuden kehittyminen .....	6
3.2	Hannanin ym. 2001 malli yhteisöllisten tekijöiden yhteydestä hoidon laatuun ja asiakkaan hyvinvointiin .....	10
3.2.1	Työhön sitoutuminen .....	17
3.2.2	Sairauspoissaolot .....	19
3.2.3	Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet .....	24
3.2.4	Työtyytyväisyys .....	26
3.2.5	Työstressi .....	32
3.2.6	Roolikonfliktit ja -epäselvyydet .....	35
4	TUTKIMUSONGELMAT .....	38
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI .....	38
5.1	Kvantitatiivinen tutkimus .....	38
5.2	Aineiston keruu .....	40
5.3	Kvantitatiivinen aineistoanalyysi .....	43
6	TUTKIMUSTULOKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET KÄSITTEIDEN MUKAAN .....	45
6.1	Yleistietoja vastaajista .....	45
6.2	Työhön sitoutuminen.....	49
6.3	Sairauspoissaolot.....	55
6.4	Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet.....	56
6.5	Työtyytyväisyys .....	71
6.6	Työstressi.....	80
6.7	Roolikonfliktit -ja epäselvyydet.....	81
7	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	87
8	POHDINTA .....	91
	LÄHTEET .....	93
	LIITTEET 1-4 .....	101

## 1 JOHDANTO

Lainsäädäntöön perustuen kaikkien Suomen kuntien tulee turvata suun terveydenhuollon palvelujen saatavuus alueensa väestölle. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämien selvitysten (Grönroos – Lumme – Mannila – Pirilä – Sorakari-Mikkonen 2004: 1) mukaan terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät toimintatapojen jatkuvaa kehittämistä. Haasteena on erityisesti toimintatapojen, työprosessien ja rakenteiden kehittäminen, henkilöstön pysyvyys ja saatavuus, väestön ikääntymisen myötä kasvava palvelujen tarve sekä eri henkilöstöryhmien osaamisen hyödyntäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 2004). Kansallinen terveysprojekti sekä Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti edellyttävät uudenlaista terveyspainotteista toimintamallia ja uutta työnjakoa suun terveydenhuollossa. Tämä on ajankohtaista, koska hammashuollon palvelujen tarve on tällä hetkellä tarjontaa selvästi suurempaa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia pyrkii vastaamaan tähän kehitystarpeeseen tuottamalla työn organisoinnin ja tehtäväjaoon terveyspainotteisen toimintatavan suuhygienisti- ja hammaslääkärikoulutuksen yhteistyöhön Helsingissä. Kehittämishanke on osa Työn organisointi ja työn jako terveydenhuollon erityisaloilla -hanketta, jonka tavoitteena on tuottaa uudenlaisia, mahdollisimman tarkoituksenmukaisia toiminta- ja työn organisoitintapoja erityisaloilla tapahtuvaan ammatilliseen toimintaan. (Grönroos ym. 2004: 2; Sorakari-Mikkonen 2004: 1.)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelman osahanke toteutetaan Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian suun terveydenhuollon koulutusohjelman ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon toimintaympäristössä. Tavoitteena on suun terveydenhuoltohenkilöstön yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen työelämän tarpeita vastaavaksi, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon asiakkaiden suun terveyden lisääntyminen, työhyvinvoinnin ja asiakastytyväisyyden lisääntyminen sekä palvelutoiminnan laadun kehitys. (Sorakari-Mikkonen toim. 2004: 2.) Hankkeessa pyritään saavuttamaan yhteinen terveyspainotteinen toimintamenetelmä toteuttamalla suuhygienistiopiskelijoiden ja hammaslääketieteen opiskelijoiden koulutuksessa tiimityöhön perustuvaa, asiakkaan, organisaation ja yhteiskunnan tarpeista lähtevää vastuun- ja työnjakoa (Grönroos ym. 2004: 3).

Opinnäytetyömme on osa suun terveydenhuollon koulutusohjelman hanketta. Opinnäytetyömme aihe on Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen koulutuksen aikana. Opinnäytetyömme teoreettisena viitekehystenä käytetään Hannanin systemoidun kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottamaa mallia, joka kuvaa yhteisöllisten sekä henkilöstöön ja asiakkaisiin liittyvien tekijöiden yhteyttä hoidon laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin. Hannanin malli on valittu opinnäytetyömme teoreettiseksi pohjaksi, koska se toimii myös koko hankkeen teoreettisena viitekehystenä. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat: työtyytyväisyys, työhön sitoutuminen, sairauspoissaolot, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, työstressi, roolikonfliktit ja -epäselvyydet. (Grönroos ym. 2004: 2.)

Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat hoitavat yhdessä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen potilaita. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat harjoittelevat suun terveydenhoitotyötä samassa rakennuksessa, suuhygienistiopiskelijat Helsingin ammattikorkeakoulun suunhoidon opetuslinikalla ja hammaslääkäriopiskelijat puolestaan Helsingin kaupungin terveyskeskuksen yliopistohammasklinikalla, joista käytämme jatkossa termejä suunhoidon opetuslinna ja yliopistohammasklinna. Opinnäytetyömme tarkoituksena on käynnistää yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittäminen työn organisoinnin ja tehtäväjaon parantamiseksi. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden nykytilanteesta ja kehitystarpeista potilaiden hoidossa. Opinnäytetyössämme tarvittavaa tietoa kerätään luomalla kysely, jolla tutkimusjoukolta kootaan tietoa yhteisöllisen asiantuntijuuden nykytilanteesta ja kehitystarpeista. Kysely sisältää sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä ja tutkimusjoukko muodostuu suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoista. Kysymykset laaditaan perehtymällä keskeisiin käsitteisiin ja niitä käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimusaineistoon.

## 2 YLIOPISTOHAMMASKLINIKAN JA SUUNHOIDON OPETUSKLINIKAN TOIMINNAN KUVAUKSET JA YHTEISTYÖN NYKYTILANNE

Yliopistohammasklinna ja suunhoidon opetuslinna toimivat omina erillisinä yksiköinä. Klinikoiden välillä tapahtuu kuitenkin yhteistyötä, koska potilaat ovat Helsingin kaupungin terveyskeskuksen potilaita. Jotta lukijalle selviää parhaiten opinnäytetyön

tarkoitus, on klinikoiden toiminnan periaatteet ja yhteistyön nykytilanne hyvä esitellä.

## 2.1 Yliopistohammasklinikan toiminnankuvaus

Joka vuosi opintonsa aloittaa neljäkymmentä uutta hammaslääkäriopiskelijaa. Hammaslääketieteen lisensiaateiksi valmistutaan viidessä vuodessa. He ovat suun ja leukojen alueen sairauksiin ja vammoihin erikoistuneita asiantuntijoita. Kaksi ensimmäistä vuotta opiskellaan Biomedicumissa Meilahdessa yhdessä lääketieteen opiskelijoiden kanssa terveen ihmisruumiin rakennetta ja toimintaa. Sen jälkeen siirrytään Ruskeasuolle Yliopiston tiloihin, jossa teorian opiskelu jatkuu ja kliininen harjoittelu alkaa. Kliinisen työn harjoittelu aloitetaan taitopajassa, jossa toimenpiteitä tehdään harjoitushampaille. Kolmannen vuoden kevätlukukauden alussa aloitetaan potilastyöt. Kliininen harjoittelu suoritetaan yliopistohammasklinikalla. Kliinistä opetusta annetaan myös HYKS:n kirurgisessa sairaalassa ja Töölön sairaalan tapaturma-asemalla. (Helsingin yliopisto 2006)

Kliininen työ aloitetaan pienimuotoisilla toimenpiteillä, kuten pienillä paikkauksilla, hammaskiven poistolla, oikomishoidon kontroleilla ja röntgendiagnostiikalla. Neljäntenä vuotena siirrytään vaativampiin toimenpiteisiin, kuten juurihoitoihin sekä hampaanpoistoihin. Viimeisenä vuotena keskitytään protetiikkaan ja suukirurgiaan. Jatkuvat harjoitukset taitopajassa tukevat opiskelua. (Helsingin yliopisto 2006)

Henkilökunta Yliopistohammasklinikalla koostuu kliinisestä työstä vastaavista hammaslääkäriopettajista ja erikoishammaslääkäreistä sekä hammashoitajista ja välinehuoltajista. Erikoistuvia hammaslääkäreitä on tällä hetkellä viisi. Yliopistohammasklinikalla on kuusi hoitohuonetta: kaksi alkutarkastushuonetta, juurenhoituhuone, särkypäivystyshuone, terveyskeskushuone ja leikkaussali. Hoitohuoneiden lisäksi opiskelijoiden käytössä on 45 väliseinillä erotettua hoitoyksikköä. Hammaslääkäriopiskelijoiden käytössä on Effica-potilastietojärjestelmä, joka on käytössä myös Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollossa ja suunhoidon opetuslinikalla suuhygienistiopiskelijoilla. Asiakaskunta koostuu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen potilaista. Klinikalla työskennellään maanantaisin ja perjantaisin klo 8.00–14.00, tiistaisin ja torstaisin klo 8.00–18.00 sekä keskiviikkoisin klo 8.00–12.00. Hoitoyksiköt ovat varattuna tietyille opiskelijaryhmille tiettyinä aikoina ja paikalla on aina ryhmästä vastaava hammaslääkäriopettaja. Keskiviikko iltapäivät on varattu hammaslääkäriopiskelijoiden itsenäiseen

opiskeluun Helsingin yliopiston yleiskäytännön mukaisesti. (Immonen Jukka 2006)

Yliopistohammaslinikalla hammaslääkäriopiskelija työskentelee itsenäisesti ilman hammashoitajaa, mutta saa tarvittaessa heiltä apua ja tukea vaativissa hoitotilanteissa. Hammashoitajat ovat Helsingin kaupungin palveluksessa. He huolehtivat, että tarvikkeita ja aineita on riittävästi ja avustavat terveyskeskushuoneessa, leikkaussalissa, särky-päivystyksessä sekä välinehuollossa. Hammaslääkäriopiskelijat huolehtivat hoitoyksiköiden siisteydestä, potilasvaihoista sekä loppusiivouksesta. (Aluesuuhygienisti Jukka Immonen, henkilökohtainen tiedonanto 20.2.2006.)

## 2.2 Suunhoidon opetuslinikan toiminnankuvaus

Suun terveydenhuollon kolme ja puoli vuotisen koulutusohjelman Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa aloittaa noin 20 opiskelijaa puolivuositain. Opinnot koostuvat teoriaopiskelusta ja harjoitteluista. Opintojen alkuvaiheessa opiskelija tutustuu suuhygienistin ammattiin, suun terveydenhoitotyöhön sekä pitkäaikaispotilaiden perussairaanhoidon. Ennen potilastöiden aloittamista suoritetaan oppimisstudio-opinnot, jotka valmentavat kliiniseen työhön. Toisena opiskeluvuotena aloitetaan potilastyöt keskittyen lasten ja nuorten suun terveydenhoitotyöhön, sekä orientoituen aikuisten ja vanhusten suun terveydenhoitotyöhön. Kolmantena vuotena opiskelija tutustuu yrittäjyyteen ja harjaantuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Viimeisellä lukukaudella on itsenäisen hoitotyön jakso, jolloin opiskelija hoitaa potilaita itsenäisesti suunhoidon opetuslinikalla. Suurin osa käytännön harjoittelusta tapahtuu suunhoidon opetuslinikalla ja osa muissa terveydenhuollon yksiköissä. Viimeisen lukukauden erikoissairaanhoidon vaihtoehtoiset opinnot voi suorittaa esimerkiksi Kirurgisessa sairaalassa tai Rinnekodissa. (Suunhoidon opetuslinikan laatukäsikirja 2006.)

Suunhoidon opetuslinikka toimii Yliopiston laitosrakennuksessa Ruskeasuolla, Mannerheimintie 172, neljännessä kerroksessa. Opiskelijat työskentelevät klinikalla kahdessa vuorossa maanantaista perjantaihin klo 8.00–17.00. Opiskelijoilla on käytössään 24 hoitoyksikköä, välinehuolto, hoituhuone sekä nykyaikaiset laitteet ja Efficapotilastietojärjestelmä, jota käytetään myös Helsingin kaupungin hammashuollossa sekä Yliopiston hammaslinikalla. Hoitoyksiköt ovat varattuna ensisijaisesti tietylle ryhmälle tiettyinä aikoina. Joka vuorossa työskentelee myös hammaslääkäriopettajia, suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettajia, joista jatkossa käytämme termiä suuhygienistiopet-



taja, ja välinehuoltaja. Suunhoidon opetuslinikalla on vastaava hammaslääkäri sekä vastaava lehtori, jotka johtavat toimintaa. Potilaat ovat Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon potilaita, jotka tulevat hoitoon läheteellä omasta hoitolastaan. Potilaita hoidetaan Helsingin kaupungin hammashuollon toimintakäytäntöjen mukaan. Klinikaharjoittelu suunhoidon opetuslinikalla määritellään opetussuunnitelmassa ja siellä noudatetaan terveydenhuoltohenkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä. (Suunhoidon opetusklinikan laatukäsikirja 2006.)

Suuhygienistiopiskelijoiden kehittyminen yhteisölliseen asiantuntijuuteen tapahtuu tekemällä yhteistyötä erityisesti hammaslääkäriopiskelijoiden kanssa. Yhteistyölle on hyvät edellytykset, koska opetuslinikat sijaitsevat samassa rakennuksessa, Yliopisto-hammasklinikka toimii kolmannessa ja suunhoidon opetuslinikka neljännessä kerroksessa. (Suunhoidon opetusklinikan laatukäsikirja 2006.)

### 2.3 Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteistyön nykytilanne

Lehtori Erja Lehtonen ja dosentti Kimmo Suomalainen luennoivat hammaslääketiedepäivillä syksyllä 2005 työnjaosta moniammatillisessa työyhteisössä. Heidän mukaan suomalaisten aikuisten suun terveys on muuttunut parempaan suuntaan vuosien 1980–2000 välisenä aikana. Väestöllä on nykyään yhä enemmän omia hampaita, mutta iensairauksia on yleisesti. Painopiste pitäisi siirtää tänä päivänä erityisesti lapsiin ja nuoriin. Suunhoidon opetuslinikalla nuorten suun terveydessä on huomattavissa heikkenemistä. (Haapa-Aho 2005: 28–29.)

2000-luvulla on otettu käyttöön laaja oppimismäkemys, joka sisältää yhteisöllistä toimintaa, monialaista oppimista ja alueellisen osaamisen kehittämistä. Tavoitteena hammashuollon koulutuksessa tällä hetkellä on yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittäminen ja uusien työkäytänteiden luominen. Suun terveydenhuollossa työnjako ei ole yksiselitteinen. Hammashuollon ammattihenkilöiden toimenkuvat ovat osittain päällekkäisiä ja toisiaan täydentäviä. Lehtosen ja Suomalaisen mukaan työnjaon sijasta olisi parempi kehittää yhteistyötä ja työn järkevää organisointia. (Haapa-Aho 2005: 28–29.)

Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoita kannustetaan ja ohjataan tekemään yhteistyötä opiskelun aikana, jolloin perehdytään yhteisöllisen oppimisen avulla potilaiden suun hoitoon. Tavoitteena on, että opiskelijat oppivat tuntemaan toistensa ammatilliset

vastuualueet, oppivat toimimaan yhdessä moniammatillisessa työympäristössä sekä omaksuvat työnjaon periaatteet. Tavoitteena on, että hoidon alussa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijat tarkastavat potilaan yhdessä ja sopivat hoitosuunnitelmaa laatimistaan, kuka minkäkin osan hoidosta toteuttaa ja missä järjestyksessä. Hoidon lopputarkastus, jatkohoidon tarve ja ylläpitohoitoväli arvioidaan yhdessä. Yhteistyö on kuitenkin vielä niin alussa, että käytännössä se ei vielä toteudu kokonaisuudessaan. (Haapa-Aho 2005: 28–29.)

Tällä hetkellä yhteistyö näkyy käytännössä siten, että opiskelijat tahollaan tekevät potilaalle tarkastuksen, jonka yhteydessä he määrittelevät oman osuutensa potilaan hoidossa. Esimerkiksi suuhygienistiopiskelija lähettää paikkaushoitoa tai vaativaa parodontologista hoitoa tarvitsevan potilaan hammaslääkäriopiskelijalle jatkohoitoon, myös hammaslääkäriopiskelija voi tarvittaessa lähettää potilaan suuhygienistiopiskelijalle.

### 3 TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisena viitekehyksenä työssämme käytetään Hannanin systemoidun kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottamaa mallia. Malli on valittu työn teoreettiseksi pohjaksi, koska se toimii koko hankkeen teoreettisena viitekehyksenä. Hannanin mallin keskeiset käsitteet henkilöstöä käsittelevästä osiosta ovat työhön sitoutuminen, sairauspoissaolot, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, työtyytyväisyys, työstressi sekä roolikonfliktit ja -epäselvyydet.

#### 3.1 Yhteisöllisyys ja asiantuntijuuden kehittyminen

*Yhteisöllisyys käsitteenä.* Yhteisöllisyydellä tarkoitetaan ”yhteisölle kuuluvaa, ominaista, yhteisön piirissä esiintyvää ja yhteisöä koskevaa”. Rinnakkaiskäsite yhteisö tarkoittaa ”elämänmuotojen, taloudellisten ja aatteellisten päämäärien tai muiden sellaisten yhteisyyteen perustuvaa ihmisten yhteenliittymistä”. Niitä ovat esimerkiksi yhteiskunta tai kouluyhteisö. Yhteisöllisyys on sosiaalisen vuorovaikutuksen ominaisuus, tapa tai toimintaperiaate (Nykysuomen sanakirja 1996: 676). Yhteisöä käytetään yleisesti ryhmämuodostelmien nimityksenä. Yhteisönä voidaan käsitellä esimerkiksi ihmiskuntaa, valtiota tai alueellisia ja aatteellisia muodostelmia, joiden jäsenet jotenkin kytkeytyvät

toisiinsa. Yhteisöjä voidaan luokitella myös niiden tavoitteiden mukaan. (Lehtonen H: Yhteisö 1990: 15.)

Monissa tieteenaloissa tutkitaan yhteisöllisyys-käsitettä. Riippuen tieteenalasta käsite saa erilaisia painotuksia. Kaikilla tieteenaloilla yhteisöllisyyteen kuuluu esimerkiksi yhteenkuuluvuuden tunne, sosiaalinen vuorovaikutus, yhteinen sosiaalinen todellisuus, toiminnallinen yhteys, tietojen ja kokemusten jakaminen sekä yhteisen haasteen kokeminen. (Roos 2005: 4.)

Yhteisöllisyys suun terveydenhuollossa on tärkeää, koska sillä pyritään edistämään väestön suun terveyttä ja arvioimaan suun terveydenhuoltohenkilöstön työnjaon ja toimintatapojen kehittämisen tarvetta (Roos 2005: 18–22). Yhteisöllisyys määräytyy ensisijaisesti yksilön näkökulmasta. On tärkeää, että opiskelija kokee kuuluvansa opiskeluyhteisönsä. Yliopiston hammasklinikka ja suunhoidon opetuslinikka ovat tiiviitä oppimisyhteisöjä. Yhteisöllisyyden tunne lisääntyy, kun kaikilla yhteisössä toimivilla yksilöillä on tasavertaiset vaikutusmahdollisuudet. Yhteisöllisyys ja yhdessä toimiminen ovat osa yliopiston hammasklinikan ja suunhoidon opetuslinikan toimintaa. Tulevaisuudessa yhteisöllisyyden kehittämiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota, jotta hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteistyö toteutuu paremmin.

*Asiantuntijuus.* Asiantuntijuus on käsitteenä laaja ja sitä on vaikea määritellä. Asiantuntijuus sisältää yksilöllisen, yhteisöllisen ja rajoja ylittävän näkökulman. Tärkeä asiantuntijuutta yhdistävä tekijä on tulevaisuusorientoituneisuus. Asiantuntijuus perustuu vankkaan oman alan tiedeperustaan ja käytäntöön. Metakognitiivisten taitojen avulla on mahdollista kehittää omaa ja työyhteisön tasoa. (Lappi 2005: 6.)

Asiantuntijuus liittyy kiinteästi käsitteeseen valtaistuminen. Suomalaisiin hoitajiin kohdistuneessa tutkimuksessaan Nurse Empowerment 2003 Liisa Kuokkanen kehitti ideaalimallin valtaistumisesta. Siinä valtaistuneen hoitajan ominaisuuksia ja toimintaa sekä valtaistumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä löytyy viisi kategoriaa: moraaliset periaatteet, persoonan vahvuus, asiantuntijuus, tulevaisuusorientoituneisuus ja sosiaalisuus. Moraaliset periaatteet heijastavat hoitotyön humanismiin pohjautuvia arvoja, kuten ihmisarvo ja yksilön kunnioittaminen. Persoonan vahvuus tarkoittaa oman elämän tasapainoisuutta ja hallintaa. Asiantuntijuuteen liittyvät ominaisuudet tarkoittavat käytännön työn osaamista sekä vankkaa tiedollista pohjaa. Tärkeä osa sitä on oman työn arvostus.

Valtaistuneella hoitajalla on taito organisoida työtään ja valmius tehdä nopeita päätöksiä. Hän uskaltaa asettaa oman toimintansa yhteisesti arvioitavaksi ja konsultoi työtöveiteään. Asiantuntijuus mahdollistaa autonomisen toiminnan ja tuo myös toisiin vaikuttamiseen liittyvää valtaa. Asiantuntijuus vaatii myös omatoimisuutta, joka edellyttää vahvaa tietotaitoa. Tulevaisuusorientoituneisuus on innovatiivisuutta ja luovuutta, jonka seurauksena on mahdollista kehittää uusia toimintatapoja. Sosiaaliset taidot ovat tärkeä edellytys sille, että hoitaja voi vaikuttaa työyhteisössään ja kehittää työtään. (Kuokkanen 2003: 33–34.)

*Asiantuntijuuteen kehittyminen.* Asiantuntijuus kehittyy vaiheittain. Olennaista prosessin etenemisessä ovat metataidot eli yksilön tietoisuus omista mentaalisisistä prosesseistaan ja tiedoistaan. Asiantuntijuuden kehittyminen alkaa opintojen aikana ja on elinikäinen oppimisprosessi. Vertikaaliseen eli yksilölliseen ja horisontaaliseen eli rajoja rikkovaan asiantuntijuuteen kehittymistä edistävät teoretiedon hallinnan lisäksi informaallinen eli vapaamuotoinen oppiminen. Asiantuntijuuteen kehittymistä edistää oppimisjaksoille luodut selkeät oppimistehtävät ja niille asetetut tavoitteet ja arviointikriteerit, ohjauksen laatu, hoitokulttuurin hyvä sosiaalinen ilmapiiri, opiskelijan reflektointitaidot ja riittävä yhteistyö työelämäedustajien ja koulun välillä. (Lappi 2005: 14.)

Matemaatikko ja systeemianalyysin asiantuntija Stuart Dreyfus ja filosofi Hubert Dreyfus ovat kehittäneet taitojenhankkimismallin. Dreyfusin malli perustuu olettamukseen, että taitoa hankkiessaan ja kehittäessään opiskelija etenee viidessä vaiheessa. Nämä viisi vaihetta ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Dreyfusin mallissa on tärkeintä, että kokemuksen ja taidon lisääntyessä taidon luonne muuttuu, ja se parantaa suoritusta. (Benner 1989: 28, 46.)

*Noviisista asiantuntijaksi.* Noviisi on aloittelija, jolla ei ole kokemusta hoitotilanteista ja hänelle on annettava sääntöjä toimintansa ohjaamiseen. Noviisin sääntöihin perustuva toiminta on rajoittunutta sekä joustamatonta. Tehokkaan toiminnan estävät tiukka sääntöjen noudattaminen, koska säännöt eivät neuvo tehtävien tärkeysjärjestystä eri tilanteissa. Dreyfusin mallissa erotetaan asiantuntevan suorituksen tasot, jotka saavutetaan opittujen teorioiden ja periaatteiden kautta. Tilanneyhteydestä riippuva arviointikyky on taito, joka saavutetaan todellisissa tilanteissa. (Benner 1989: 34–36).

Edistynyt aloittelija kykenee suorittamaan tehtävät, joissa vaaditaan vähimmäisvaatimuksia. Hän on ollut tarpeeksi monissa todellisissa tilanteissa voidakseen havaita tilanteiden merkitykselliset toistuvat osatekijät, jotka on mahdollista tunnistaa vain aikaisempien kokemusten perusteella. Edistynyt aloittelija ei kykene vielä arvioimaan tehtävien tärkeysjärjestystä. Hän toimii yleisten suuntaviivojen mukaan ja alkaa hahmottaa toistuvia kaavoja kliinisessä työssään. (Benner 1989: 34–36).

Kun puhutaan pätevistä, tarkoitetaan henkilöä, joka näkee oman toimintansa tietoisien tavoitteiden tai suunnitelmien valossa. Tämän vaiheen edustaja on toiminut samanlaisissa tehtävissä kahdesta kolmeen vuotta. Pätevälle suunnitelma antaa näkökulman toimintaan, jonka perustana on ongelman tietoinen käsitteellinen ja analyttinen pohdinta. Pätevä tuntee hallitsevansa asiat ja kykenee selviytymään arvaamattomista tilanteista. Toiminnan tietoinen ja harkittu suunnittelu auttaa pätevää tehostamaan ja organisoimaan toimintaansa. (Benner 1989: 38–40.)

Taitavan henkilön toimintaa ohjaavat perusohjeet ja hän näkee tilanteen kokonaisuuden. Näkökulma tilanteeseen avautuu aiempien kokemusten perusteella. Hän tunnistaa milloin tilanne ei ole normaali ja miten suunnitelmia on muutettava tapahtumien mukaan. Taitava henkilö pystyy asettamaan tilanteeseen liittyvät osatekijät tärkeysjärjestykseen ja rajaamaan tarkkaan ongelma-alueen. Taitaviin suorituksiin kykenevä on työskennellyt kolmesta viiteen vuotta samanlaisissa tehtävissä. (Benner 1989: 38–40.)

Asiantuntevasta on kyse silloin, kun hänellä on valtava määrä kokemuksia, intuitiivinen ote tilanteeseen ja hän keskittyy ongelma-alueeseen. Hän ei turvaudu sääntöihin eikä suuntaviivoihin, vaan luottaa omaan havaintokykyynsä. Hänen suorituksensa on sulavaa, joustavaa ja erittäin taitavaa. Asiantuntija toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. (Benner 1989: 41–46.)

Asiantuntijuus on subjektiivinen kokemus. Opiskelijat voivat hahmottaa ja sitä kautta kehittää asiantuntijuuttaan vertaamalla omia toimintatapojaan muiden toimintatapoihin sekä reflektoimalla omia kokemuksiaan potilaiden hoidosta toisten opiskelijoiden kanssa. Yliopiston hammasklinikalla ja suunhoidon opetuslinikalla oman asiantuntijuuden kehittämisen tukena ovat hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajien teoriatieto ja käytännön taito.

### 3.2 Hannanin ym. 2001 malli yhteisöllisten tekijöiden yhteydestä hoidon laatuun ja asiakkaan hyvinvointiin

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä käytetään Hannanin systemoidun kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottamaa mallia, joka kuvaa yhteisöllisten sekä henkilöstöön ja asiakkaisiin liittyvien tekijöiden yhteyttä hoidon laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin (Hannan ym. 2001: 189). Hannanin malli on valittu opinnäytetyön teoreettiseksi viitekehykseksi, koska se toimii myös Työn organisointi ja työn jako terveydenhuollon erityisaloilla -hankkeen teoreettisena viitekehyksenä. Koska opinnäytetyössä selvitetään ensisijaisesti suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä koulutuksen aikana, poimitaan opinnäytetyön keskeiset käsitteet Hannanin mallin henkilöstöä käsittelevästä osiosta. Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat työtyytyväisyys, työstressi, roolikonfliktit ja -epäselvyydet, työhön sitoutuminen, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ja sairauspoissaolojen määrä. Opinnäytetyössä on Hannanin mallin mukaisesti huomioitu yhteisöllisten sekä työelämän ulkopuolisten tekijöiden vaikutukset keskeisten käsitteiden ilmenemiseen tutkimusjoukossa. Käsitteet kuvaavat Hannanin mallissa henkilöstön työhyvinvointia, joka todistettavasti vaikuttaa hoidon laatuun ja asiakkaan suun terveyteen. Tästä johtuen on tuloksia pohdittaessa syytä kiinnittää huomiota käsitteiden yhteydestä suun terveydenhoidon opetuslinikan sekä yliopistohammasklinikan potilaiden hoidon laatuun ja suun terveyteen.

*Mallin tausta ja kirjallisuuden tutkimusstrategiat.* Hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnista ja stressistä sekä hoidon laadusta ja vanhusten hyvinvoinnista oli tehty runsaasti tutkimusta. Kuitenkin harvoissa vanhusten pitkäaikaishoitoa käsittelevissä tutkimuksissa yhdistettiin työntekijöiden näkemyksiä työhyvinvoinnista ja stressistä hoitotyön laatuun ja asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. Hoitotyön laatuvaatimusten lisääntyessä oli tärkeää ymmärtää hoitotyöntekijöiden paineita ja hoitajan stressin vaikutuksia hoitotyön laatuun ja asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin.

Työhyvinvoinnin ja hoitotyöntekijöiden stressin sekä hoidon laadun ja vanhusten hyvinvoinnin suhde oli monimutkainen ja vaati lisätutkimusta. Suhteen paremman ymmärtämisen avulla voitaisiin tunnistaa hoidon laadun, vanhusten elämänlaadun sekä työn mielekkyyden parantamiseen tarvittavat strategiat. Hannanin ym. (2001) katsaus tutkimuskirjallisuuteen lähti tältä pohjalta tutkimaan yhteyttä työhyvinvoinnin ja hoitohenkilökunnan stressin sekä hoitotyön laadun ja vanhusten hyvinvoinnin välillä pitkäaikais-

hoidossa. (Hannan ym. 2001: 189.)

Hannan ym. (2001) toteuttivat katsauksen tutkimuskirjallisuuteen käyttäen asiantuntijoiden suosittelemia menettelytapoja. 417 hakutuloksesta 60 tutkimusta tarkasteltiin katsauksessa. Tutkimukset käsittelivät seuraavia asioita: kaksi työhyvinvoinnin ja hoidon laadun sekä asukkaan/potilaan hyvinvoinnin suhdetta, kuusi työstressin ja hoidon laadun sekä asukkaan/potilaan hyvinvoinnin välistä suhdetta, kaksi työtyytyväisyyden/stressin ja hoidon laadun sekä asukkaan/potilaan hyvinvoinnin välistä suhdetta sekä 50 vaikuttavien tekijöiden merkitystä työtyytyväisyyteen, stressiin, hoidon laatuun ja asukkaan/potilaan hyvinvointiin. Tutkimuksissa oli yleensä käytetty yhtä tai kahta tiedonkeräysmenetelmää. Useimmat mittasivat työn laatua käyttäen standardoituja mittareita sekä hoidon laatua ja asukkaan/potilaan hyvinvointia käyttäen joko standardoituja mittareita tai ei-osallistuvaa tarkkailua. Havaittuja puutteita olivat pienet otokset, epätarkat tai puutteelliset mittarit sekä muuttuvien tekijöiden riittämätön huomiointi. Muutamissa tutkimuksissa oli selvä ristiriita käytännön kanssa. (Hannan ym. 2001: 189, 192.)

*Suhteet työtyytyväisyyden, työstressin, hoidon laadun ja asukkaan/potilaan hyvinvoinnin välillä.* Vain kahdessa tutkimuksessa tutkittiin hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin, hoidon laadun ja vanhusten hyvinvoinnin positiivisten ilmentymien yhteyttä pitkäaikaishoidossa. Robertson ym. raportoi merkittävästä positiivisesta yhteydestä työhyvinvoinnin ja hoidon laadun välillä kun taas Goodel ja Coeling eivät löytäneet merkittävää yhteyttä työhyvinvoinnin, potilaan hyvinvoinnin ja hoidon laadun välillä. Erot tuloksissa saattoivat johtua käytetyistä mittareista. On todennäköistä, että vaikuttavilla tekijöillä oli vaikutusta muuttujiin, esimerkiksi Robertsonin ym. tutkimuksessa todettiin johtajien toiminnan vaikuttavan sekä työhyvinvointiin että hoidon laatuun. Tutkimuksista käy hyvin ilmi työhyvinvoinnin ja hoidon laadun välinen monimutkainen suhde. (Hannan ym. 2001: 192.)

*Työstressi, hoidon laatu ja asukkaan/potilaan hyvinvointi.* Kuudessa tutkimuksessa tutkittiin hoitohenkilökunnan loppuun palamisen ja ahdistuksen aiheuttamien negatiivisten ilmausten yhteyttä hoidon laatuun ja vanhusten hyvinvointiin pitkäaikaishoidossa. Useimmat tutkimuksista keskittyivät hoidon laadun indikaattorina tutkimaan henkilökunnan ja asukkaiden/potilaiden välistä kanssakäymistä. Masennuksen ja ahdistuksen voimakkuuden, hoidon laadun sekä asukkaan/potilaan hyvinvoinnin suhteet vaihtelivat

tutkimuskohtaisesti. Jenkins ja Allen eivät löytäneet merkittävää yhteyttä henkilökunnan ahdistuksen, emotionaalisen uupumisen sekä henkilökunnan ja asukkaiden välisen vuorovaikutuksen määrän ja laadun välillä. Tämä saattaa olla seurausta hoitajien ammattitaidosta, jonka avulla he sulkevat työperäiset seikat hoitotilanteen ulkopuolelle. Powers ym. löysivät pienen mutta merkittävän positiivisen korrelaation henkilökunnan ahdistuksen ja henkilökunnan ja asukkaiden välisten vuorovaikutustilanteiden väliltä. Samoin Shepherd ym. löysivät pienen merkittävän käänteisen korrelaation henkilökunnan ahdistuksen ja negatiivisten vuorovaikutustilanteiden määrän väliltä. Henkilökunnan ahdistuksen sekä henkilökunnan ja asukkaiden välisen vuorovaikutuksen yhteys oli siis havaittu monimutkaiseksi ja Jenkinsin ja Allenin mukaan olikin todennäköistä, että yhteys koostui vaikuttavista tekijöistä, joita ei ollut mitattu. (Hannan ym. 2001: 193.)

Edellisistä poikkeavia löydöksiä kävi ilmi kahdesta tutkimuksesta. Goodridge ym. samoin kuin Macpherson ym. löysivät yhteyden henkilökunnan loppuun palamisen sekä ahdistuksen ja asukkaiden aggressioiden väliltä. Molemmat tutkimukset perustuivat henkilökunnan raportointiin konfliktitilanteista, jolloin raportointiin saattoi vaikuttaa hoitajan stressaantuneisuuden ja ahdistuneisuuden aste. Molemmissa tutkimuksissa oletettiin, että henkilökunnan loppuun palaminen ja ahdistus ovat yhteydessä negatiivisiin vuorovaikutustilanteisiin, mikä vaikuttaa myös hoidon laatuun yleensä sekä asukkaan/potilaan hyvinvointiin. Åströmin ym. tutkimuksissa todettiin henkilökunnan loppuun palamisen korreloivan vanhuksia kohtaan osoitetun vähäisemmän empatian ja negatiivisten asenteiden kanssa. Åströmin ym. tutkimuksissa löydettiin myös käänteinen yhteys loppuun palamisen ja henkilökunnan koulutustason väliltä. Vähemmän koulutusta omaava hoitohenkilökunta oli rekisteröityjä hoitajia alttiimpaa sairastumaan loppuun palamiseen. Tutkimuksen mukaan huono palaute työstä ja lyhyt toimiaika ennustivat loppuun palamista. (Hannan ym. 2001: 193.)

Yhdessäkään tutkimuksessa ei tutkittu työtyytyväisyyden, hoitohenkilökunnan stressaantuneisuuden, hoitotyön laadun ja vanhusten hyvinvoinnin välisiä suhteita pitkäaikaishoidossa. Gravlin sekä Leveck ja Jones tutkivat henkilökunnan ja asukkaiden/potilaiden mielipiteitä sairaalaloissa. Vaikka kummassakaan tutkimuksessa ei löytynyt merkittävää yhteyttä työtyytyväisyyden ja hoidon korkean laadun välillä, molemmissa raportoitiin negatiivisesta yhteydestä työstressin ja hoidon korkean laadun välillä. Näin ollen työstressi, enemmän kuin työtyytyväisyys, näytti ennustavan hoidon korkeaa laatua sekä asukkaiden/potilaiden hyvinvointia. Näiden kahden tutkimuksen perus-



teella on vaikea tehdä johtopäätöksiä, koska tutkimuksissa on käytetty erilaisia mittareita ja henkilökunnan vaikutukset hoidon laatuun ja asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin saattavat olla riippuvaisia eri tekijöistä. (Hannan ym. 2001: 193.)

*Muuttuvat tekijät.* Useissa tutkimuksissa tutkittiin muuttuvien tekijöiden vaikutusta työtyytyväisyyteen ja henkilökunnan stressaantuneisuuteen, mutta vain harvoissa käsiteltiin vaikutusta hoidon laatuun ja asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. Tärkeimmissä tutkimuksissa tutkittiin muuttuvien tekijöiden osuutta työtyytyväisyyteen, työstressiin, hoidon laatuun sekä vanhusten hyvinvointiin pitkäaikaishoidossa. Useimmat tutkimukset osoittivat, että kontekstuaalisilla tekijöillä, kuten johtamistyyllillä, työilmapiirillä, kouluksella, valvonnalla, yhteisöllisyydellä, työmäärällä sekä henkilökunnan asennoitumisesta työhön kuvaavilla tekijöillä, kuten roolikonflikteilla ja -epäselvyyksillä, sitoutumisella, työn hallinnalla, sairauspoissaoloilla sekä henkilöstön vaihtuvuudella on vaikutusta. Tutkimuksissa on kiinnitetty hyvin vähän huomiota henkilökunnan ja vanhusten luonteiden ja perhe-elämän vaikutukseen, joiden lähempi ymmärtäminen auttaisi tunnistamaan sekä henkilökunnan että asukkaiden/potilaiden kannalta paremmat olosuhteet. (Hannan ym. 2001: 194.)

Johtamistyyliä ja organisaatioilmapiiriä koskevissa tutkimuksissa todettiin, että johtamis- ja organisaatiollisilla tekijöillä oli vaikutusta työtyytyväisyyteen, työstressiin, hoidon laatuun sekä vanhusten hyvinvointiin. Näiden tekijöiden ymmärtäminen voisi auttaa parantamaan henkilökunnan työpanosta. Tellis-Nayak ja Tellis-Nayak samoin kuin useat muut tutkijat olivat havainneet positiivisen yhteyden osallistuvan johtamisen sekä henkilökunnan ja asukkaiden/potilaiden myönteisten palautteiden välillä. (Hannan ym. 2001: 194.)

Shaefer ja Moos tutkivat työstressin ja työilmapiirin vaikutusta työmoraaliin ja henkilökunnan toimintaan vanhusten pitkäaikaishoidossa. Ilmeni, että stressaavalla työilmapiirillä sekä työmäärällä oli merkittävä vaikutus työmoraaliin ja henkilökunnan toimintaan. Ne olivat yhteydessä myös työtytymättömyyteen, työperäiseen masennukseen ja psyykkisiin ongelmiin. Näillä seikoilla oli haitallisia vaikutuksia tuottavuuteen, hoidon laatuun sekä asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. Tulokset olivat yhtäpitäviä muiden vastaavien tutkimusten kanssa. Tutkimusten mukaan henkilökunnan oloja voitaisiin parantaa helpottamalla henkilökunnan ja johtajien välistä kommunikaatiota, vähentämällä työmäärää ja aikatauluongelmia, lisäämällä yhteisöllisyyttä sekä lisäämällä henki-

lökunnan itsenäisyyttä ja roolijaon selkeyttä. (Hannan ym. 2001: 194.)

Hoitokodeissa tapahtuvaa auditointia olivat tutkineet mm. Ford ja Klein sekä Cook. Ford totesi, että sisäinen tarkkailu tarjosi hoitajille tilaisuuden tarkastella ja parantaa työskentelyään. Klein ja Cook havaitsivat säännöllisen laadunvalvonnan toimivan ikään kuin hyvän hoidon ohjenuorana parantaen näin sekä henkilökunnan että vanhusten oloja. Strukturoiduilla valvontamenetelmillä havaittiin olevan positiivisia vaikutuksia. Ne vähensivät hoitajien loppuun palamista ja lisäsivät motivaatiota ja luovuutta työssä. (Hannan ym. 2001: 194–195.)

Koulutus oli havaittu merkittäväksi muuttuvaksi tekijäksi. Moniz-Cook ym. olettivat tutkimuksensa perusteella, että henkilökunnan koulutus lisäsi terapeuttisia taitoja, mikä lisäsi henkilökunnan sekä vanhusten hyvinvointia että hoidon laatua. Tämä hypoteesi sai tukea myös muilta tutkimustuloksilta. Useissa tutkimuksissa osoitettiin, että koulutuksen tulee vastata henkilökunnan tarpeita, jotta siitä saadaan hyötyä. Monissa tutkimuksissa, esim. Proctor ym., oli huomioitu ongelma- ja väkivaltatilanteiden hallinta - koulutuksen positiiviset vaikutukset hoitajien ahdistuksen ja väkivaltaisuuden sekä hoitajien ja potilaiden välisten konfliktitilanteiden vähentymisenä. (Hannan 2001: 195.)

Monissa tutkimuksissa oli tutkittu sosiaalisen tuen merkitystä henkilökunnan ja asukkaiden asenteisiin. Useissa tutkimuksissa todettiin kotoa ja työpaikalta saatavan tuen lieventävän stressiä ja vähentävän loppuun palamista. Sairaalaoloissa ja pitkäaikaishoidossa tehdyissä tutkimuksissa on todettu avoimen kanssakäymisen, yhteistyön ja yhteisöllisyyden olevan yhteydessä suurempaan työtyytyväisyyteen, vähäisempiin poissaoloihin sekä vähäisempiin rooliristiriitoihin. (Hannan 2001: 195.)

Henkilökunnan määrä ja työmäärä ovat tärkeitä muuttuvia tekijöitä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Humphris ja Turner, Spector ja Takada sekä Johnson-Pawlson ja Infeld ovat tutkimuksissaan tulleet siihen tulokseen, että suuremmalla henkilökuntamäärällä on yhteys asukkaiden/potilaiden parempiin palautteisiin. Parantamalla asukkaiden/potilaiden ja henkilökunnan välistä suhdelukua vähennetään kunkin hoitajan työmäärää ja sitä kautta vähennetään myös työstressiä, lisätään työtyytyväisyyttä ja parannetaan asukkaiden/potilaiden tyytyväisyyttä. Benjaminin ja Spectorin mukaan henkilökunta kokee alimiehityksen stressaavaksi. Jotta tilanne olisi optimaalinen niin henkilökunnan kuin potilaidenkin kannalta, tulisi henkilökuntamäärän vastata työmäärää.

(Hannan 2001: 195, 199.)

Selkeät roolit, työtehtävät ja odotukset vaikuttavat suuresti henkilökunnan ja asukkaiden/potilaiden asennoitumiseen. Moniz-Cook ym. havaitsivat tutkimuksessaan emotionaalisen uupumuksen olevan yhteydessä epäselvään työnkuvaan. Barber ja Iwai löysivät positiivisen korrelaation emotionaalisen uupumuksen ja roolikonfliktien ja epäselvyyksien väliltä. (Hannan ym. 2001: 199.)

Henkilökunnan sitoutumista työhön ja työn valvontaa tutkiessaan McLean ja Andrew sekä McGilton ja Pringle löysivät positiivisen korrelaation työhön sitoutumisen ja työtyytyväisyyden välillä sekä työtyytyväisyyden ja valvonnan väliltä. Nettenin mukaan hoitajien sitoutuminen itse kehittämäänsä hoitofilosofiaan on yhteydessä asukkaiden positiivisiin palautteisiin. Jenkins ja Allen raportoivat yhteydestä hoitajien sitoutumisen sekä vähäisempien henkilökunnan ja asukkaiden välisten konfliktien välillä. (Hannan ym. 2001: 199.)

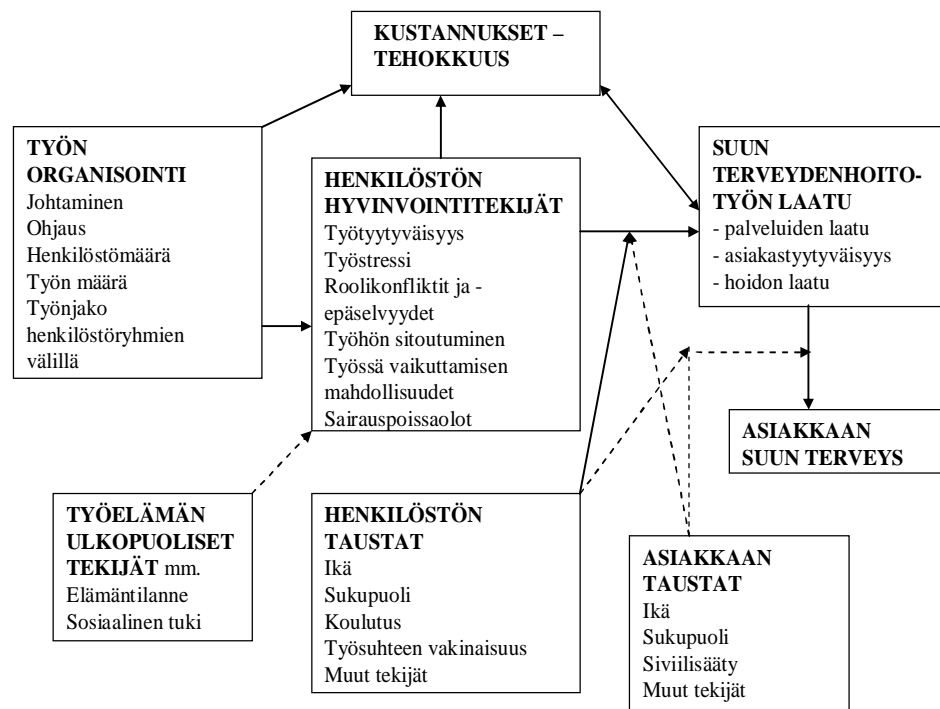
Sairauspoissaolot ja henkilökunnan vaihtuvuus ovat kalliita organisaatiolle ja vaikuttavat hoidon laatuun ja asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. Cohen-Mansfieldin mukaan jäljelle jäävillä työntekijöillä paineet lisääntyivät johtaen tyytymättömyyteen työssä, suurempaan stressiin ja mahdollisesti poissaoloihin sekä henkilökunnan vaihtuvuuteen. Massier löysi henkisesti heikkojen vanhusten pitkäaikaisyksikössä tekemässään tutkimuksessa samaan aikaan korkeita arvoja henkilökunnan poissaolojen ja vaihtuvuuden sekä työtytymättömyyden ja korkean stressin kanssa. (Hannan ym. 2001: 199.)

*Johtopäätökset.* Henkilökunnan työtyytyväisyydestä ja stressistä sekä hoidon laadusta ja vanhusten hyvinvoinnista oli tehty paljon tutkimusta akuuttisairaanhoidon ja sairaanhoitajien piirissä, mutta vain vähän pitkäaikaishoitolaitoksissa hoitoapulaisten keskuudessa. Hypoteesia, jonka mukaan työtyytyväisyys lisää ja työstressi vähentää hoidon laatua ja vanhusten hyvinvointia, käsiteltiin osassa tutkimuksista, mutta ei kaikissa. Asioiden välisten yhteyksien voimakkuudet vaihtelivat ja kausaalisten tekijöiden suhde oli epäselvä. Tutkimusten tekoon liittyneet puutteet saattoivat vaikuttaa tutkimusten epäyhtenäisyyteen. (Hannan ym. 2001: 199–200.)

Monet kysymykset jäivät ilman vastausta. Selvää oli kuitenkin, että työtyytyväisyyteen ja työstressiin sekä hoidon laatuun ja vanhusten hyvinvointiin vaikutti voimakkaasti

johtamistyyli. Muita vaikuttavia muuttuvia tekijöitä olivat koulutus, valvonta, työryhmän yhtenäisyys, henkilöstömäärä, työmäärä, rooliristiriidat ja epäselvyydet, sitoutuminen työhön ja työn valvonta, sairauspoissaolot, henkilökunnan vaihtuvuus, perheen tuki, luonteenpiirteet ja perhe-elämä. (Hannan ym. 2001: 199.)

Hannan ym. laativat kirjallisuuskatsauksen pohjalta mallin, joka kuvasi tutkittujen ilmiöiden välisiä suhteita. Mallista kävi ilmi, että todistettavasti työyhteisöön liittyvät tekijät vaikuttivat henkilökunnan toimintaan ja edesottamuksiin. Henkilökunnan toiminnalla puolestaan oli suora vaikutus hoidon laatuun sekä asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. Tutkimusten mukaan kotioloista lähtevien tekijöiden vaikutus henkilökunnan toimintaan oli oletettavissa mutta ei varmaa. Oletettavasti myös niin henkilökuntaan kuin vanhuksiinkin liittyneet muuttuvat tekijät vaikuttivat sekä hoidon laatuun että asukkaiden/potilaiden hyvinvointiin. (Hannan ym. 2001: 201.)



KUVIO 1. Malli Suunhoidon opetuslinikalla toteuttavaan tiimityöhön liittyvien tekijöiden yhteysistä suun terveydenhoitotyön laatuun ja asiakkaiden suun terveyteen muokattu (Hannan ym. 2001) mallista suun terveydenhuoltoon sopivaksi.

Hannanin mallista poimittuja opinnäytetyöemme keskeisiä käsitteitä eli työhön sitoutuminen, sairauspoissaolot, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, työtyytyväisyys, työstressi sekä roolikonfliktit ja -epäselvyydet on opinnäytetyössämme käsitelty perehty-

mällä aikaisempiin käsitteitä koskeviin tutkimuksiin sekä käsitteiden ilmenemiseen suunhoidon opetusklinikan toiminnassa.

### 3.2.1 Työhön sitoutuminen

Työhön sitoutumisen rinnakkaistermejä ovat liittoutuminen, lojaalius, sitouttaminen ja sitoutumattomuus. Työhön sitoutumista tutkittiin ensimmäisen kerran 1930-luvulla Human relations – koulukunnan tutkimuksissa. Tällöin ajatus työhön sitoutumisesta tuotiin esille ensimmäisen kerran. (Jokivuori 2002: 19.) Laajemmin sitä on alettu tutkia vasta 1960-luvulta lähtien. Kiinnostus työhön sitoutumisen tutkimusta kohtaan lisääntyi, koska yritykset suurenivat, palkkatyösuhteet yleistyivät ja yleinen koulutustaso nousi. (Kiiänmaa 1996: 148–149.) Työhön sitoutumista pidetään sosiaalipsykologisena ilmiönä. Sitoutuminen on suhde tai side, joka rakentuu henkilön ja jonkin organisaation välille. Eri tieteen alojen edustajat painottavat eri asioita sitoutumisessa, joten käsitteen määrittäminen on ongelmallista ja lähestymistavat aiheeseen vaihtelevat. Henkilön ja organisaation välinen side ei ole pysyvä, vaan muuttuu jatkuvasti. Hyvä ilmapiiri ja johdon pätevä toiminta lisäävät vastavuoroisesti työntekijän myönteistä suhtautumista organisaatiota kohtaan. (Jokivuori 2002: 17, 104.) Nykypäivänä työorganisaation tavoitteisiin kuuluu työntekijän sitouttaminen ja sitoutuminen. Organisaatioiden tavoitteena on saada palvelukseensa haluamiansa työntekijöitä ja myös kyettävä pitämään heidät töissä. (Kauhanen 2001: 14.)

Yleinen työhön sitoutuminen kertoo, millainen rooli työllä on yleensä työntekijän elämässä ja minäkuvassa. Tiettyyn työhön sitoutuminen puolestaan kertoo työntekijän suhteesta hänen nykyiseen työhönsä. Yleensä työhön sitoutumisessa on kysymys laajemmasta työtä koskevasta uskomuksesta. Henkilö, joka arvostaa työtä, saattaa arvostaa tavallista enemmän myös palkkaa ja muita taloudellisia etuuksia. (Kauttu 1997: 46–47, 112.) Henkilöstön sitoutuminen työhön jatkuvasti uudistuvassa organisaatiossa on tärkeää, kun valtaa ja vastuuta siirretään entistä enemmän johdolta yksittäiselle työntekijälle ja pienemmille työryhmille. Sitoutumisen uskotaankin edistävän organisaation tehokkuutta ja sitä pidetään välttämättömänä laadukkaaseen työtulokseen pääsemiseksi. (Kauttu 1997: 1–2.) Yleensä työhön sitoutumisella tarkoitetaan työntekijän positiivista asennoitumista yritystä kohtaan, sekä halua panostaa kaikkensa yrityksensä menestyksen eteen. Yrityksen työntekijöiden vahva työhön sitoutuminen johtaa parempaan tuottavuuteen ja voittoihin, tehokkuuteen, lyhempiin toimitusaikoihin sekä jatkuvasti paran-

tuvaan toiminnan laatuun yrityksessä. (Taipale 1999: 29.) Kun työntekijät ovat sitoutuneita työhönsä, he pystyvät stressistä huolimatta keskittymään työhönsä. Työhön sitoutuminen voidaan nähdä työn organisoinnin sekä ryhmän organisaation toiminnan seurauksena. (Kainulainen ym.1999: 39, 43–44.) Henkilöillä, jotka ovat vahvasti sitoutuneita organisaatioon ja työhönsä, on vahva ammattirooli myös suhteessa muihin henkilökohtaisiin rooleihinsa. Yksi vaikuttava tekijä työhön sitoutumiseen on ammatillisen identiteetin vahvistaminen. (Taipale 1999: 48–49.)

Työntekijä on ryhmän jäsen ja hän on osa työorganisaatiotaan. Suuri osa suomalaisista palkansaajista kuuluu johonkin ammattiliittoon. Jokivuori tarkastelee väitöskirjassaan, ovatko sitoutuminen työorganisaatioon ja ammattiliittoon keskenään kilpailevia tekijöitä, kun ammattiliitto ajaa työntekijän etua ja työorganisaation tavoite on lähinnä tehdä tuottoa. Kaksoissitoutuminen tarkoittaa vahvaa sitoutumista sekä työorganisaatioon että ammattiliittoon. Sekä työorganisaatioon että ammattijärjestöön sitoutuneisuudessa on suuria eroja. Demograafiset taustamuuttujat, kuten ikä ja palvelusaika, sekä asennepiirteet, sosiaaliset siteet, työhön liittyvät tekijät ja organisaatiotekijät ovat yhteydessä sitoutumiseen. Työtyytyväisyyden ja organisaatiosidonnaisuuden välinen side on ilmeinen. (Jokivuori 2002: 9, 81, 102–103.)

Tuki ja ohjaus ovat työhön sitoutumisen edellytyksiä. Turvallisessa ja kannustavassa työympäristössä työntekijä pyrkii myös parempiin työsuorituksiin. Johdolta saatava kannustus sekä kehittymismahdollisuudet innostavat työntekijöitä omaehtoiseen työn kehittämiseen. Mikäli organisaatiossa ilmenevät ongelmat ratkaistaan yhdessä työntekijöiden ja johdon kesken, myös yhteisiin tavoitteisiin ja arvoihin sitoutuminen on mahdollista. (Mäkilä 2002: 61.)

*Työhön sitoutuminen suunhoidon opetuslinikalla.* Työhön sitoutumisella on suuri vaikutus opetusklinikan toimintaan, sillä opiskelijoiden, opettajien ja potilaiden tulee olla yhtäläillä sitoutuneita. Jokaisen opetuslinikalla työskentelevän sitoutumisella on merkittävä rooli käytännön toiminnan, sekä opiskelijoiden oppimisen kannalta.

Opiskelijan työhön sitoutumiseen vaikuttavat onnistumiset työssä, toisten opiskelijoiden tuki sekä ilmapiiri opetuslinikalla. Koska sosiaali- ja terveystieteiden harjoitteluista ei makseta palkkaa, on opiskelijoiden saama palkkio potilaiden ja opettajien positiivinen palaute sekä oma ammatillinen kehittyminen. Opiskelijat vastaavat toiminnastaan opetus-

linikalla, päättävät omasta ajankäytöstään ja potilaiden vastaanottamisesta hoitoon. Opiskelijoiden työhön sitoutuminen opetuslinikalla näkyy aktiivisena läsnäolona, sekä töiden asianmukaisena suorittamisena.

Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajien työhön sitoutuminen on myös tärkeää klinikan toiminnassa. Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajat hyväksyvät opiskelijoiden tekemän kliinisen työn vaiheita sekä tarkastavat, että potilasasiakirjoihin kirjattavat tiedot ovat oikein. Näin pystytään varmistamaan opiskelijan oppiminen, sekä potilaan asianmukainen hoito. Työhön sitoutuneet opettajat ovat paikalla opiskelijoiden oppimisen vuoksi, sekä auttaakseen heidän ammatillista kehittymistään.

Hoidon onnistumisen kannalta myös potilaiden täytyy olla sitoutuneita hoitosuhteeseen, sillä suunhoidon opetuslinikalla potilaalle tulee enemmän ja pidempiä käyntikertoja kuin terveyskeskus- tai yksityisvastaanotolla. Kannuste potilaan sitoutumiselle hoitoon on hoidon maksuttomuus. Helsingin kaupunki maksaa opetusklinikan potilaiden hoidosta koululle. Hoitoon sitoutumaton potilas ei välttämättä saavu hoitokäynneille tai noudata opiskelijan antamia suunhoito-ohjeita, jolloin opiskelijan klinikkaharjoittelu hankaloituu. Tällaisten tilanteiden välttämiseksi pyritään heti hoitosuhteen alkaessa selvittämään potilaalle hoidon kulku sekä miksi ja mitä tehdään. Mikäli kaikki osapuolet ovat sitoutuneita omalta osaltaan, on opetusklinikan toiminta sujuvaa ja antoisaa niin opiskelijalle, potilaalle kuin opettajallekin.

### 3.2.2 Sairauspoissaolot

Poissaolo työpaikalta ei aina välttämättä johdu sairaudesta tai vammasta, vaikka siitä olisikin esittää hyväksyttävä lääkärin tai terveydenhoitajan todistus. Teollistuneissa maissa valtaosan kaikista poissaoloista muodostaa sairauspoissaolot. (Takala ym. 1986: 13.) Yksi syy poissaoloihin on työtyytymättömyys. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat epätydyttävä palkka, vähäiset etenemismahdollisuudet, vähäinen huomio työnjohdon taholta ja työtovereilta, toistotyö, vastuun ja itsenäisyyden puute, työroolin epäselvyys ja suuri työntekijämäärä yksikössä. (Antti-Poika 1993: 338.)

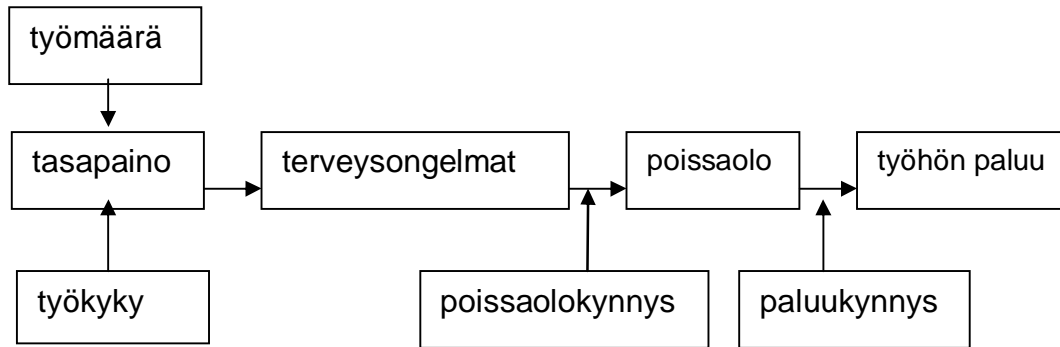
Sairauspoissaolo käsitteellisesti vaihtelee laajasti toimialoittain, työpaikoittain sekä valtioittain. Yhteiskunta pyrkii kontrolloimaan sairautta ja tätä varten on olemassa erillinen sairaan rooli. Tyypillistä on, että sairas on vapaa hänelle normaalisti kuuluvista velvoit-

teista niin työelämässä kuin perheessäkkin. Sairas on myös syytön tilanteeseensa ja häntä ei aseteta vastuuseen sairaudestaan. Sairaalta edellytetään halua parantua ja palata terveen yksilön rooliin, joten sairaan tulee hyväksyä hoito. (Anttonen ym. 1998: 13.)

Sairauspoissaoloihin vaikuttavat tekijät liittyvät yksilöön, työhön ja terveydenhuollon toimintaan. Yksilöön liittyviä tekijöitä ovat henkilön terveydentila, ikä sekä sukupuoli. Lyhytaikaisia poissaoloja on eniten nuoremmissa ikäryhmissä, kun taas pitkäaikaisia sairauspoissaoloja vanhemmissa. Naisilla on enemmän lyhytaikaisia poissaoloja kuin miehillä. Ammatti ja työtyytyväisyys vaikuttavat poissaoloihin, sillä kouluttamattomilla on enemmän poissaoloja ja tyytymättömyys lisää poissaoloja. Työntekijän elämäntilanne, etenkin kriisivaiheet, perhesuhteet, asunto-olot ja jopa persoonallisuus sekä kulttuuri vaikuttavat poissaoloihin. Terveysriskit, kuten tupakointi ja alkoholin liiallinen käyttö lisäävät luvattomia poissaoloja. Muut elämäntavat, harrastukset ja sosiaalinen aktiviteetti mahdollisesti vähentävät poissaoloja. Työhön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat poissaoloihin ovat muun muassa työn luonne ja ala. Työpaikan koko vaikuttaa myös, sillä suuressa yksikössä on enemmän poissaoloja kuin pienessä. Työaikamuoto vaikuttaa siten, että vuorotyöhön hakeutuvat yleensä ”kestävämmät” yksilöt. Henkilöstöpolitiikka, korvaus sairausloman aikana sekä työpaikan turvallisuusolosuhteet vaikuttavat myös. Työmatkat, etenkin hankalat kulkuyhteydet, voivat vaikuttaa osaltaan siihen jäädäänkö sairauslomalle vai ei. Työterveyshuoltoon liittyviin tekijöihin luetellaan työterveyshuollon palvelut ja saatavuus, työterveyslääkärin ja -hoitajan yhteistyö lyhyissä sairauslomissa, sekä jatkohoito. Työterveyslääkäreiden määräämät sairauspoissaolot ovat keskimäärin lyhyempiä kuin muiden lääkäreiden, kuten terveyskeskuksen omalääkärin tai yksityisen puolen yleislääkärin. (Takala ym. 1986: 15–26.)

Sairauspoissaoloa voidaan tarkastella prosessina, jossa poisjäänti työstä, toipuminen ja palaaminen työhön ovat riippuvaisia tasapainosta henkilön ja ympäristön välillä. Läsäolomotivaatio tai läsnäolopaine katsotaan poissaolokynnyksen tekijöiksi, jotka vaikuttavat sairauslomalle jäämiseen. Työhön palaaminen riippuu sairauden kulusta ja paluukynnyksestä. (Työpaikkapoissaolojen vähentäminen yhteenveto 1997: 19–20.)





KUVIO 2. Sairastumiseen, työstä poisjäämiseen, toipumiseen ja työhön palaamiseen liittyvä prosessi (Työpaikkapoissaolojen vähentäminen yhteenveto 1997: 20, kaavio 1).

Sairauspoissaoloihin voidaan puuttua pyrkimällä poissaolokynnyksen korottamiseen seurantatoimenpiteillä, pienentämällä työmäärän ja työkyvyn välistä ristiriitaa vähentämällä työmäärää, kasvattamalla työkykyä sekä elämistä turvallisessa ja terveellisessä ympäristössä ja pyrkimällä madaltamaan työhönpaluukynnystä. (Työpaikkapoissaolojen vähentäminen yhteenveto 1997: 20.)

*Aikaisempia tutkimuksia.* Kunta 8-tutkimuksessa (Vahtera 2000) sairauspoissaolojen riskitekijät jaoteltiin elämäntapatekijöihin ja laatu tekijöihin. Sairauspoissaolojen elämäntapariskitekijöitä olivat lihavuus, tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja liikunnan puute. Työelämän laatu tekijöiden riskitekijät tutkimuksessa olivat yksipuolinen työ, huonot vaikutusmahdollisuudet, huono työtoverituki ja ristiriidat esimiehen kanssa. Ikä oli myös yksi merkittävä riskitekijä. Nuorten työntekijöiden sairauspoissaolojen määrä on yleensä suurempi kuin vanhempien, mutta muutokset työssä lisäävät vanhempien työntekijöiden pitkäkestoisempia sairauslomia. (Vahtera 2000: 135–136, Kivimäki ym.1996-1998: 20–21.)

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa poissaolojen suhde oli suoraan verrannollinen työpaikan kokoon:

1-10 työntekijää	13,5	pvä/vuosi
11-50	18,6	
51-200	25,6	
201-1000	30,0	
1001-	32,1	

TAULUKKO 1. Poissaolojen suhde työpaikan henkilöstön kokoon.

Ruotsalaisessa tutkimuksessa naisten poissaolot olivat kaksin - kolminkertaisia miehiin verrattuna ja johtuivat pitkäaikaisista poissaoloista. Naisten poissaoloihin oli yhtenä vaikuttimena lasten määrä. Kun syynä on vakava sairaus tai tapaturma, poissaolon tarvetta ei voida kyseenalaistaa. Poissaolo lievien sairauksien, väsymyksen, työpaineen tai yksityisasioiden takia on pitkälti valintakysymys, johon vaikuttavat kulttuurien sallivuus, palkan menetys ja työnantajan valvontapolitiikka. Laaja tutkimus USA:ssa osoitti, että poissaolojen määrä väheni huomattavasti, kun kiinnitettiin huomiota henkilöstöön ja annettiin neuvoja ravitsemuksesta, liikunnasta, painon tarkkailusta ja tupakoinnin lopettamisesta sekä autettiin urasuunnittelussa sekä koulutuksessa. (Antti-Poika 1993: 338.)

*Sairauspoissaolot 1990-luvulla.* Noin joka kolmannella työssäkäyvällä oli poissaoloja oman sairauden vuoksi vuonna 1992. Miesten osuus poissaoloista oli kasvanut, kun naisten taas oli vähentynyt. Noin neljänneksellä työssäkäyvistä oli 1-14 sairauspoissaolopäivää vuodessa. Vuosituhannen loppupuolella sairauspoissaolopäiviä oli keskimäärin kahdeksan yhtä työssäkäyvää kohden. Terveys- ja sosiaalialalla oli vuonna 1999 poissaoloja keskimäärin miehillä 4,7 ja naisilla 10,5 päivää. Euroopan Unionin muihin jäsenmaihin verrattuna suomalaisilla oli sairauspoissaoloja muutama prosenttiyksikkö enemmän. Tähän vaikuttaa rekisteröintiperusteiden erilaisuudet eri maissa. (Aro ym. 1992: 10–11.)

*Opiskelijoiden poissaolot.* Matti Kuittisen artikkelissa ”Opetuksessa ei voi kaikkia miellyttää” paneudutaan opiskelijoiden odotuksiin opiskelussa. Hyvän opetuksen tärkeim-

miksi piirteiksi nousevat opettajan opettamistaito, asiantuntijuus, ystävällisyys, innostus aiheesta ja kurssin selkeä organisointi. Opiskelijoiden miellyttävään oppimiskokemukseen vaikuttaa myös opettajan ja opiskelijan samanlainen näkemys opetettavasta asiasta. (Kuittinen 2004.)

Opiskelijoiden poissaolot harmittavat opettajia. Useimmiten parempia arvosanoja saaneet opiskelijat osallistuvat kursseille aktiivisimmin. Poissaolot lisääntyvät massakursseilla sekä silloin, kun ne eivät vaikuta arvosanaan tai, kun opetus ei ole elävää ja vuorovaikutteista. Opiskelijan tärkein läsnäolomotiivi on sisäinen velvollisuuden tunne olla paikalla, koska poissaolo herättää syyllisyyden tunteen. (Kuittinen 2004.)

*Sairauspoissaolojen vaikutus suunhoidon opetuslinikalla.* Suunhoidon opetuslinikalla suuhygienistiopiskelijoiden poissaoloja on vähän verrattuna muihin oppitunteihin. Jokaisen opiskelijan on korvattava poissaolonsa, mikä vähentää turhia poissaoloja. Poissaolokynnys on klinikalla siis suuri. Sairauspoissaoloja tietysti tulee. Ne on syytä ilmoittaa mahdollisimman pian klinikan toimistoon hallintovastaavana toimivalle opiskelijalle. Hallintovastaava tai poissaoleva opiskelija peruuttaa tai siirtää itse potilaiden ajat. Yhteistyöpotilaiden hoito mutkistuu suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan välillä, jos toinen tai molemmat opiskelijoista ovat paljon poissa, koska potilastyön eteneminen vaatii kanssakäymistä. Potilaan kannalta opiskelijan poissaolot hidastavat hoidon etenemistä. Ne potilaat, jotka ovat tottuneet käymään opetuslinikalla hoidossa, ovat tietoisesti sitoutuneet lyhyisiin hoitoväleihin.

Suunhoidon opetuslinikalla toimii hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajia, joita molempia on paikalla vähintään yksi. Suuhygienistiopettajien poissaolot hidastavat potilastyötä tai jopa vaikuttavat hoidon etenemiseen. Opettajien poissaolot klinikalta tuottavat samoja ongelmia kuin hoitoa tekevän opiskelijan poissaolo. Opettajien poissaoloja on kuitenkin harvoin ja yleensä potilastyöt on silti pystytty hoitamaan, koska toinen hammaslääkäriopettaja on mahdollisuuksien mukaan tarkastanut kaikki listoilta varatut ajat. Äkillisille sairastapauksille ei kukaan voi mitään ja tilanteeseen on suhtauduttava ammattimaisesti. Klinikkan poissaolojen tuomat tilanteet vaativat joustoa jokaiselta, niin opiskelijalta, hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajalta, kuin potilaaltakin.

Potilaiden poissaolo on yksi ongelmista, joka vaikuttaa klinikan toimintaan ja opiskelijoiden kliinisen ammattitaidon kehittymiseen. Potilaiden poissaolot voivat vaikuttaa

myös opiskelijan motivaatioon. Klinikalle tulee hoitoon potilaita, jotka ovat valmiita sitoutumaan hoitoon ajattelematta asiaa sen enempää. Jos suun kunto on huono ja hoitokertoja tulee oletettua enemmän, sitoutuminen hoitoon unohtuu ja peruuttamattomat poissaolot voivat lisääntyä. Tämä potilasryhmä tuottaa harmia niin opiskelijalle kuin opettajillekin. Hoitosuhde on aina vuorovaikutusta kahden ihmisen välillä ja jos toinen osapuolista ei sitoudu hoitoon niin hoitosuhde ja hoidon laatu kärsii.

Potilaiden poisjäännit pidentävät myös osaltaan potilasjonoja. Sairauspoissaolot ovat ymmärrettäviä, mutta sellaisilla potilailla, joilla on useita peruuttamattomia poissaoloja, on hoitoon sitoutuminen lähes olematonta. Useimmiten tällaisilla potilailla on muitakin ongelmia elämässään, esimerkiksi perhe- tai alkoholiongelma ja he eivät koe suun terveydenhoidon ylläpitoa tärkeänä. Aiheettomien potilaspoissaolojen välttämiseksi on potilaalle hyvä kertoa opetusklinikan toimintatavoista jo puhelimesta ennen potilaan hoitoon ottamista ja varmistaa hoitoon sitoutuminen.

### 3.2.3 Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet

Työssä vaikuttamisen määritelmä ilmenee mahdollisuuksista vaikuttaa omiin työtehtäviin, työvälineisiin, työtahtiin, työmenetelmiin, aikataulutukseen, töiden jakoon ja työaikaan. Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet on jaettu kahteen eri vaikutusmahdollisuuteen, horisontaaliseen ja vertikaaliseen vaikuttamiseen. Vaakasuora eli horisontaalinen vaikuttaminen tapahtuu oman työtehtävän sisällä, esimerkiksi mahdollisuutena päättää itse oman työtehtävänsä sisällöstä. Vaikutustavan merkitys on tärkeää sidotuissa ja yksipuolisissa työtehtävissä, joissa ei muuten voi vaikuttaa. Pystysuora eli vertikaalinen vaikuttaminen toteutuu laajemmin kuin oman työtehtävän sisältöön vaikuttaminen. Pystysuorassa vaikutuksessa pyritään vaikuttamaan esimerkiksi työnteon puitteisiin ja pelisääntöihin. (Aaltonen ym. 2002: 22.)

Työntekijän perehdyttämisellä on suuri merkitys tämän vaikutusmahdollisuuksiin. Hyvän perehdyttämisen avulla työntekijä oppii käyttämään harkintavaltaansa, aikataulutamaan sekä järjestämään työtehtävänsä itse, jolloin hän pystyy vaikuttamaan tulevaan tapaan tehdä työtään mahdollisimman hyvin. Työntekijän perehdyttämisestä on määrätty laissa Työturvallisuuslaki 738/2002 14§ Työntekijälle annettava opetus ja ohjaus (Työturvallisuuslaki 2002).

Työaikoihin vaikuttaminen on myös suuressa roolissa työssä viihtymiseen. Esimerkiksi hoitoalalla henkilöstön puutteen takia voi joutua jäämään aamuvuorosta suoraan ilta-vuoroon, jolloin aamulla lähtiessään kotoa ei tiedä koska pääsee. Suurin osa hoitotyöntekijöistä on naisia, joilla odottaa kotona perhe ja lapset. Pitkällä aikavälillä tämä voi johtaa henkilöstön loppuun kulumiseen ja työhyvinvoinnin horjumiseen. (Aaltonen ym. 2002: 22.)

Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilöstöön ja heidän halukkuuteensa vaikuttaa sekä jakaa ja välittää tietoa. Yksintyöskentelyssä vaikuttaminen ja vaikutusmahdollisuudet saatetaan kokea suuriksi, koska välitöntä johtoa ei ole. Työ voi kuitenkin olla hyvin sitovaa, esimerkiksi asiakasvirran vuoksi, jolloin työntekijä ei ehdi pitää taukoja. (Aaltonen ym. 2002: 23.)

Niina Pietilä on tutkinut Pro gradussaan ”Kehityskeskustelu sairaanhoitajan työssä oppimisen tukijana” sairaanhoitajien kehityskeskusteluissa ilmennyttä vuorovaikutusta, palautetta, arviointia ja tavoitteiden asettamista sekä kuvannut näiden tekijöiden koettua vaikutusta sairaanhoitajien työssä oppimiseen. Tutkimustuloksista ilmeni, että kehityskeskustelu oli tasavertaista ja esimiesjohtoista. Tasavertaisissa kehityskeskusteluissa vuorovaikutukselle oli ominaista esimiehen ja sairaanhoitajan suhteen lujittaminen sekä keskustelijoiden avoimuus. Nämä seikat mahdollistivat sairaanhoitajien kehittymistarpeiden esilletuonnin. Esimiesjohtoinen vuorovaikutus ilmeni etäisyshakuisena ja hierarkkisena vuorovaikutuksena. Etäisyshakuisessa vuorovaikutuksessa sairaanhoitaja ei luottanut kehityksen ja muutoksen mahdollisuuteen. Kehityskeskusteluissa sairaanhoitajille ei aina asetettu tavoitteita. Mikäli tavoitteita asetettiin, saivat sairaanhoitajat asettaa ne itse. Tavoitteet kohdistuivat sairaanhoitajien koulutukseen pääsyn turvaamiseen, heidän erityisosaamisensa vahvistamiseen ja hoitotyön kehittämiseen. (Pietilä 2004: 1.)

Pietilän Pro gradu- tutkielman tuloksien mukaan sairaanhoitajilla ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa omiin työtavoitteisiinsa. Tutkimus osoitti, että työntekijä pystyy parhaiten vaikuttamaan omaan työhönsä olemalla avoin esimiestään kohtaan, kertomalla työn ongelmakohdista sekä antamalla parannusehdotuksia. (Pietilä 2004: 1.)

*Vaikutusmahdollisuudet suunhoidon opetuslinikalla.* Syyhygienistiopiskelijan vaikutusmahdollisuudet suunhoidon opetuslinikalla ovat hyvät. Vaikka kaikki toiminta on kontrolloitua, saa opiskelija itse osallistua ja päättää potilaan hoidosta yhdessä hammas-

lääkäriopettajan ja suuhygienistiopettajan kanssa. Opiskelija vaikuttaa myös suurelta osin koko hoidon kulkuun.

Potilaan saavuttua ensimmäistä kertaa opiskelijan hoitoon, täytetään hänen kanssaan esihaastattelulomake, jossa käydään läpi potilaan terveydentila ja lääkitykset. Tämän jälkeen saadaan hoitolupa hammaslääkäri- tai suuhygienistiopettajalta. Opiskelija haastattelee potilasta suunhoitotottumuksista ja suun terveydentilasta. Haastatteluiden jälkeen opiskelija ryhtyy tekemään parodontologista alkutarkastusta. Alkutarkastuksessa tutkitaan suun ulkoisesti leukanivelet, imusolmukkeet ja huulet. Suun sisäisessä tarkastuksessa katsotaan limakalvojen kunto sekä mitataan erilaisia suun terveydenhoidossa käytettäviä indeksejä (BOP, VPI, RC ja CPI). Näiden havaintojen perusteella opiskelija tekee alustavan hoitosuunnitelman, jonka hammaslääkäriopettaja hyväksyy. Opetuslinikalla kaikki työhön liittyvä keskustelu ja arviointi on tasavertaista, mikä mahdollistaa kehityksen. Suuhygienistiopiskelija saa luoda oman aikataulun potilaiden hoidolle, jolloin opiskelijaan luotetaan siinä, että annetut tehtävät hoidetaan. Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden välinen vaikutusmahdollisuus on heikkoa, koska konkreettista näkemystä yhteistyöskentelystä ei vielä ole.

### 3.2.4 Työtyytyväisyys

*Käsitteen määrittelyä.* Aluksi käsitellään sitä, miten eri tutkimuksissa on määritelty työtyytyväisyys/työhyvinvointi -käsitettä. Satu Pirskanen määrittelee työtyytyväisyyden Pro gradu -tutkielmassaan (2003) monitahoiseksi ilmiöksi ja useiden työn ulottuvuuksien yhdistelmäksi, joiden arvioinnin kautta hoitaja muodostaa itselleen tunnesävyisen kokemuksen työstään ja sen merkityksestä. Pirskanen listaa tärkeimmiksi työtyytyväisyyttä ennustaviksi tekijöiksi palkan, työn vaatimukset, organisaation toimintapolitiikan, työn itsenäisyyden, vuorovaikutuksen ja ammatin arvostuksen. (Pirskanen 2003: 10.)

Leila Rautjärvi kuvaa työtyytyväisyyttä ja -hyvinvointia positiivisten ja negatiivisten tuntemusten määränä, positiivisena suhtautumisena työn ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin, mielihyvä-ahdistuneisuus-tyytyväisyys- tai masentuneisuus-innostuneisuus -indikaattoreilla. Työhyvinvointia voidaan kuvata Rautjärven mukaan myös suhteessa työelämän laatuun. Työhyvinvointia voidaan pitää työntekijän, työympäristön ja työyhteisön vuorovaikutussuhteena, jota pyritään ylläpitämään tai parantamaan työkykyä yl-

läpittävän toiminnan avulla. Työtyytyväisyys voidaan määritellä myös kokonaisvaltaiseksi tunnepohjaiseksi reaktioksi. (Rautjärvi 2004: 15–16.)

Ismo Rautiainen on pro gradu -tutkielmassaan (2002) tarkastellut työtyytyväisyyttä Herzbergin kahden faktorin teorian avulla. Teorian mukaan työtyytymättömyys ja työtyytyväisyys johtuvat eri tekijöistä. Yksilön kokemaan työtyytyväisyyteen vaikuttaa kahden suuntaiset tekijät Motivaatiotekijät synnyttävät työtyytyväisyyttä ja liittyvät itse työhön muun muassa tunnustuksen saaminen, saavutukset, edistyminen ja vastuu. Näillä tekijöillä on yksilöön kannustusvaikutus. Hygieniatekijät aiheuttavat huonoina työtyytymättömyyttä ja parhaimmillaankin neutraalin suhtautumisen. Hygieniatekijöitä ovat muun muassa työolosuhteet, työyhteisön sosiaaliset suhteet, työn suunnittelu ja johto, ulkoiset työolot, työsuhteen varmuus ja työn sopiminen yksityiselämän vaatimuksiin. Rautiainen on määritellyt työtyytyväisyyttä myös siten, että sen syntymisessä on oleellista, missä määrin yksilö tuntee saavuttavansa ja edistävänsä työssään niitä asettamia tavoitteita, jotka ovat sopuosinnassa hänen perustarpeiden ja elämän päämäärien kanssa. (Rautiainen 2002: 34–35.)

Työhyvinvointia osaamisella ja innostuksella raportissa (2002) työhyvinvointi määritellään summana, joka syntyy kun yhdistetään työolosuhteiden, työn sisällön, osaamisen sekä johtamisen vaikutus (Enroos ym. 2002: 4). Kiviholma määrittelee pro gradu -tutkielmassaan (1996) työtyytyväisyyden käsitteeksi, jolla ei näytä olevan yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Hän luonnehtii työtyytyväisyyttä työn herättämäksi emotionaaliseksi reaktioksi sekä mielihyvän sävyiseksi tunnetilaksi. Toistuvat tunnetilat yleistyvät vähitellen työasenteiksi, jotka puolestaan joko edistävät tai haittaavat toimintaa vaikuttamalla työntekijän odotuksiin ja arvostuksiin. Työtyytyväisyys on Kiviholman mukaan alettu nähdä yhä enemmän dynaamisena ja ajassa kehittyvänä tilana. (Kiviholma 1996: 14.)

Työtyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä -julkaisussa (2002) todetaan, että hyvinvointiin työssä vaikuttavat ensisijaisesti työtehtävien mielekkyys ja niiden hallinta sekä työstä saatava arvostus. Hallintaan vaikuttavat ensisijaisesti ammattitaito, työn määrä ja vaikutusmahdollisuudet työssä. Arvostuksessa puolestaan on tärkeintä potilailta sekä esimieheltä ja työtovereilta saatu arvostus. Merkittävä tyydytyksen lähde on koko työorganisaation, samoin kuin yhteiskunnan yleinen tunnustus. (Elovainio ym. 2002: 9.)

*Työtyytyväisyys-/työhyvinvointitutkimuksia.* Heljälä Leena on Pro-gradu -tutkielmassaan (2004) kuvannut työterveyshoitajien työmenetelmiä opettajien työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimus oli osatutkimus, joka kuuluu Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimusprojektiin ja on osa laajaa Euroopan Terveet Koulut -hanketta. Tutkimustehtävinä oli kuvata työterveyshoitajien kokemuksia opettajien työhyvinvoinnin edistämiseksi kouluyhteisössä, yhteisölähtöisistä työmenetelmistä sekä työterveyshoitajien työn kehittämiseksi. Työterveyshoitajat kertoivat laajasti opettajien työhyvinvointia edistävästä, uhkaavista ja heikentävistä tekijöistä. Työterveyshoitajan tehtävät terveyden edistäjänä painottuvat sekä terveyttä edistäviin että terveysongelmia ehkäiseviin työmenetelmiin, jotka kohdistuvat opettajiin sekä yksilöinä että työyhteisönä. Tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä terveyden edistämiseen käytettävistä työmenetelmistä. Erityisesti yhteisölähtöisten työmenetelmien kehittäminen on tärkeää, jotta työyhteisöstä nouseviin tarpeisiin voidaan vastata. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää työterveyshoitajien yhteisölähtöisten toimintamallien kehittämisessä sekä koulutuksessa. (Heljälä 2004: 1, 5.)

Satu Pirskasen pro gradu -tutkielman (2003) tarkoituksena oli kuvata ja selittää hoitajien työtyytyväisyyden ja hoitotyön johtajan voimavaroja vahvistavan johtamistyylin yhteyksiä kotihoidossa hoitajien arvioimana. Tutkimus kuului Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen projektiin Voimavaraorientoitunut hoitotyön toiminta nuorten ja aikuisten terveyden edistämiseksi. Tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon hoitajat olivat työssään tyytyväisiä tekijöihin, jotka liittyivät ammatin arvostukseen, vuorovaikutukseen ja työn itsenäisyyteen. Tyytyväisyys työn itsenäisyyteen kuitenkin väheni, mitä pidempään hoitaja oli työskennellyt työorganisaatiossaan. Asetetuilla tavoitteilla ja saavutetuilla tavoitteilla oli vaikutusta hoitajan itsenäiseen päätöksen teon mahdollisuuksiin. Hoitotyön johtajan pyrkimys luoda luottamuksellinen ilmapiiri ja kannustaa hoitajia ottamaan vastuuta työstään lisäsi mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksen tekoon. Hoitajat olivat erittäin tyytyväisiä tuen ja kannustuksen saamiseen johtajalta, mutta katsoivat kuitenkin että henkinen tuki ei ollut riittävää. Tiedon saamiseen hoitajat olivat kohtalaisen tyytyväisiä. Palautteen saamiseen johtajalta, ja erityisesti rakentavan palautteen puuttumiseen hoitajat eivät olleet tyytyväisiä. Tutkimus tuotti tietoa hoitotyön johtajan johtamistyylin kehittämiseksi hoitajien voimavaroja vastaavaan suuntaan. Tuloksia käytetään hoitajien voimavarojen vahvistamiseen, työtyytyväisyyden ja työssä jaksamisen edistämiseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden hallinnossa suunniteltaessa uusia työmuotoja. (Pirskanen 2003: tiivistelmä.)



Päivi Kaijan Farmaseuttien ja proviisorien työtyytyväisyys apteekissa -liseniaattityön tarkoituksena oli selvittää avohuollon apteekeissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien työtyytyväisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä. Proviisorien mielestä heidän työnsä on lääkkeiden käytön neuvojan, lääkealan asiantuntijan ja työnjohtajan työtä. Farmaseutit pitävät työtään lähinnä myyntityönä, mutta myös lääkkeiden käytön neuvojan ja asiantuntijan työnä. Farmaseutit ja proviisorit viihtyvät melko hyvin työssään. Työtyytyväisyyttä voitaisiin lisätä kehittämällä apteekkarien ja proviisorien esimiestaitoja, vähentämällä kiirettä, parantamalla työyhteisön ilmapiiriä ja järjestämällä toimipaikkakoulutusta. Ammattitaitoa voitaisiin kehittää työpaikalla esimerkiksi luomalla mahdollisuuksia taidolliseen ja tiedolliseen erikoistumiseen. (Kaija 2005.)

Työhyvinvoinnin kehittäminen sosiaalivirastossa vuosina 2000 - 2006 -raportissa on selvitetty sosiaaliviraston työhyvinvointitoiminnan lähtökohtia ja kokemuksia sekä esitetty niiden perusteella sosiaaliviraston työhyvinvointitoiminnan keskeiset painopisteet ja kehittämistarpeet vuoteen 2006. Raportin tarkoituksena on linjata vuosittain tehtäviä toimenpidesuunnitelmia. Työhyvinvointia kartoitettiin työhyvinvointimittarilla. Työkyky on työntekijöiden yksilöllisten voimavarojen, työn vaatimusten sekä työympäristön vuorovaikutuksen tulos. Työkyvyn avaintekijöitä ovat esimiestyö, mahdollisuudet vaikuttaa työn tekemiseen ja työn ergonomia. Sairauspoissaolojenkin taustalta löytyy yhä useammin lääketieteellisten syiden sijaan puutteita organisaation ja työyhteisön toimintatavoissa. Liian suuren työmäärän, osallistumismahdollisuuksien heikkenemisen ja työn monipuolisuuden vähenemisen on todettu lisäävän sairastumisriskiä. Näin ollen työtä kehittämällä voidaan pienentää sairastumisriskiä. Tutkimuksen pohjalta sosiaaliviraston työhyvinvoinnin painopisteiksi muotoutuivat johtaminen ja työyhteisön toiminta, henkilöstön ammattitaito ja osaaminen, työolot sekä yksilölliset voimavarat. (Enroos ym. 2002: 1.)

Maarit Kiviholma kuvaa pro gradu -tutkielmassaan niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kehitysvammahoitajien työtyytyväisyyteen sekä asioita, joista kehitysvammahoitajat saavat voimavaroja työnsä tekemiseen. Tutkimuksessa vertailtiin kahta matalan työtyytyväisyyden osastoa ja kahta korkean työtyytyväisyyden osastoa työtyytyväisyys ja voimavara-lähteiden perusteella. Tutkimustulosten mukaan kehitysvammaiset hoidettavat olivat hoitajilleen tärkeä työtyytyväisyyden lähde. Työtyytyväisyys oli yhteydessä työn itsenäisyyteen, haasteellisuuteen, työyhteisön toimivaan vuorovaikutukseen, säännölliseen työkokouskäytäntöön sekä esimiehen asiantuntemukseen ja tukeen. Matala

tyytyväisyys oli yhteydessä työyhteisön puutteelliseen vuorovaikutukseen, kyvyttömyyteen käsitellä ristiriitoja, työkokousten harvalukuisuuteen, esimiehen toimintatapoihin ja tuen riittämättömyyteen sekä ristiriitoihin esimiehen kanssa. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että haluttaessa parantaa tuottavuutta, työhön sitoutumista ja tyytyväisyyttä, on esimies avainasemassa. Suurin osa voimavaroista oli työn ulkopuolisissa harrastuksissa ja sosiaalisissa suhteissa. Tulevaisuudenkuvat olivat korkean tyytyväisyyden osastoilla myönteisempiä ja liittyivät useammin kehitysvammaisten hyvinvointiin kuin matalan tyytyväisyyden osastoilla. Tutkimus antaa käytännön hoitotyölle kehityslinjoja siihen, mihin suuntaan työtä tulisi kehittää, jotta hoitaja ja sitä kautta myös hoidettavat olisivat tyytyväisiä. (Kiviholma 1996: 1, 49.)

Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa -tutkimus on osa Stakesissa vuonna 2000 käynnistettyä HoiToVa -tutkimushanketta. Hankkeessa tutkittiin hoidon laatua, tuottavuutta, kustannustehokkuutta, henkilöstön hyvinvointia ja työyhteisön toimivuutta sekä niitä selittäviä tekijöitä yli sadalla laitoshoidon osastolla. Hankkeen osana toteutettiin henkilöstötutkimus, jossa käsiteltiin työhön ja työyhteisöön liittyviä tekijöitä sekä henkilöstön hyvinvointia. Tutkimustulosten mukaan kiire ja fyysinen kuormitus vaivaavat työntekijöitä ja altistavat psyykkiselle ja fyysiselle oireilulle. Myös työrooleihin liittyvät ristiriitaisuudet ja epäselvyydet heikentävät hyvinvointia. Työhyvinvointia lisääviä tekijöitä puolestaan olivat mahdollisuus vaikuttaa työhön, luottamus omaan ammattitaitoon, työn kokeminen motivoivaksi, työyhteisön toiminnan kokeminen hyväksi ja turvalliseksi sekä johtamisen kokeminen oikeudenmukaiseksi. Tutkimuksessa havaittiin myös yksikköjen erikoistumisen olevan yhteydessä työmotivoivuuteen ja työyhteisöjen toimintaan. Motivoituneet työntekijät sitoutuvat työhönsä ja viihtyvät työssään paremmin. Motivoituneessa työyhteisössä toiminta tulkitaan hyväksi ja turvalliseksi ja yksiköiden johto oikeudenmukaiseksi. Myös asiakkaiden toimintakyvyllä sekä ympäristöä häiritsevällä käyttäytymisellä oli yhteyttä työhyvinvointiin. (Elovainio ym. 2004.)

Tyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä -julkaisu tarkastelee julkisessa terveydenhuollossa toimivien suhtautumista tarjolla olevien palveluiden määrään ja laatuun, tyytyväisyyttä omiin työskentelyoloihinsa ja omaan työhönsä sekä valmiutta jatkaa työtään julkisella puolella. Julkaisussa tarkastellaan vuoden 1999 kyselyn tuloksia. Kysely osoitettiin 5000 sosiaali- ja terveysalalla toimivalle kautta maan. Tarkastelu keskittyi terveydenhuoltoon ja tarkastelun pääteemoiksi nousivat tyytyväisyys julkisen tervey-

denhuollon toimivuuteen, tyytyväisyys kunnallispoliittiseen päätöksentekoon, tyytyväisyys työn johtamiseen omalla työpaikalla, tyytyväisyys oman työn määrään ja laatuun sekä halu jatkaa työskentelyä julkisessa terveydenhuollossa. Tulosten pohjalta on tiivistetty keskeiset johtopäätökset: Julkinen terveydenhuolto on vaikeuksissa palvelujen kysynnän kasvaessa nopeammin kuin niihin osoitettavissa olevat voimavarat. Terveydenhuollossa toimivat pitävät tarjolla olevien palvelujen määrää riittämättömänä, mutta palvelujen laatua hyvänä. Miltei kaikki vastaajat pitävät kunnallispoliittisten päättäjien tietämystä päätettävistä kysymyksistä heikkoina. Tyytyväisyys johtamiseen liittyy ensisijaisesti oikeudenmukaiseksi koettuun päätöksentekoon, huolelliseen työhön perehdyttämiseen ja hyviin vaikutusmahdollisuuksiin työssä. Tyytymättömyys johtamiseen liittyy etenkin toiminnan tavoitteiden puutteelliseen tuntemiseen ja työyhteisön huonoon toimivuuteen. Valtaosa työntekijöistä olisi valmis jatkamaan työssä, etenkin jos olisi mahdollista vähentää työn määrää tai lyhentää työpäivää. Jotta valmius toimia julkisessa terveydenhuollossa pysyisi hyvänä, tulisi siis tarkistaa vallan ja vastuun jakautumista valtion, kuntien ja kuntayhtymien sekä johdon ja henkilöstön välillä. Johtamisessa tulee huomio kiinnittää erityisesti aktiiviseen työhön perehdyttämiseen ja täydennyskoulutukseen. Henkilöstön jaksamisen varmistamiseksi olisi tärkeää rajata julkisen sektorin tavoitteet ja varmistaa tarvittavien voimavarojen varaaminen tähän tarkoitukseen. (Elovainio ym. 2002: 15–16, 55.)

Työterveyslaitos on julkaissut huhtikuussa 2004 laajan ja kattavan Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa -tutkimuksen, minkä mukaan tilanne oli työtyytyväisyyden osalta kohtuullinen vuonna 2003. Kuitenkin merkkejä huonontumisesta oli nähtävissä jo silloin. Hammashoitouudistus vuodelta 2003 ja vuoden 2005 maaliskuussa tullut hoitotakuu ovat muuttaneet tilannetta suun terveydenhuollossa. Hammaslääkäriliitto teki elokuussa 2004 kyselyn 20 suurimman terveyskeskuksen hammaslääkäreille käyttäen samaa Työterveyslaitoksen huhtikuussa 2004 käyttämää kaavaketta ja kysymyksiä. Kyselyssä selvitettiin miten hammaslääkärit kokevat työnsä ja hammashoitouudistuksen vaikutukset juuri nyt. Tutkimus osoittautui suositukseksi hammaslääkäreiden keskuudessa. Palvelujen ja kiireellisen ensiaputyön kysyntä on kasvanut voimakkaasti, mikä ei ole pelkästään kielteinen asia, mutta nousee merkittäväksi, koska useampi kuin kaksi kolmesta hammaslääkäristä kokee hammashoitouudistuksen vaikuttaneen työhönsä kielteisesti. Keskeisiin työhyvinvoinnin osa-alueisiin, eli työilmapiiriin, motivaatioon ja johtamiseen, uudistukset koettiin vastaajien keskuudessa suurimmaksi osaksi kielteisiksi. Ainoastaan johtavat hammaslääkärit kokivat asiat positiivisemmin. 100 000 asukkaan

väestöpohjan terveyskeskuksissa hammaslääkäreistä vain joka kolmas kokee voivansa vaikuttaa omaan työhönsä. Muutokset ovat olleet merkittäviä, ahdistavia ja tuskallisia-kin ja vaikuttaneet kaikkien hammaslääkäreiden työhön. Työhyvinvointitutkimuksen mukaan hammaslääkärit suhtautuvat hammashoitouudistukseen periaatteessa hyvin myönteisesti. Hammaslääkärit ovat olleet varsin tyytyväisiä työyhteisöihinsä, mutta nykyiseen työhönsä tyytyväisiä on vain puolet. Kyselyn hammaslääkäreiden mielestä heidän potilaansa eivät saa hoitoa kohtuujassa. Potilaiden pitkä jonotus ja odotus on hammaslääkäreiden mielestä palvelujen laadun huonontumista. Pitäisi myöntää, että kaikkia hoitoon pyrkiviä ei voida hoitaa. Hammaslääkäreiden kokonaisvaltaiseen työhyvinvointiin voidaan vaikuttaa hillitsemällä määrälliset ja sisällölliset rasitustekijät, kohtuuttomat vaatimukset ja vahvistamalla voimavaratekijöitä eli työn itsenäisyyttä, kehittävyttä ja vertaiskontakteja. Potilaiden hoitoon kohtuujassa ottamiseen hammaslääkärit antoivat vastaukseksi, että perustettaisiin lisää hammaslääkäriavustajia ja panostettaisiin henkilöstön hyvinvointiin, eli aktiivisuuteen ja yhdessä toimimiseen. (Eero-la 2004: 1166–1167.)

EPICURUS-projekti sisältää tietoja vanhoista EU15-maista vuosilta 1994–2001, Suomi on ollut mukana vuodesta 1996. Tutkimuksen paras ominaisuus on vertailtavuus muiden maiden kanssa, mikä johtuu siitä, että samat kysymykset on kysytty kaikissa maissa. On myös hyvä, että tutkimus mahdollisti yksilöiden yli ajan seuraamisen. Artikkelin käsittelee työtyytyväisyyden vaikuttavia tekijöitä Suomessa, Tanskassa, Isossa-Britanniassa, Kreikassa, Ranskassa ja Alankomaissa. Työtyytyväisyyden rakenne on eri maissa samankaltainen. Korkeampi palkka korreloi paremman työtyytyväisyyden kanssa. Iällä on U:n muotoinen vaikutus työtyytyväisyyteen siten, että työtyytyväisyys vähenee ensin ja lisääntyy iän myötä. Sen sijaan korkea koulutus korreloi useammassa tapauksessa, Suomi mukaan lukien, matalamman työtyytyväisyyden kanssa. Työn sisällöllä on myös merkitystä työtyytyväisyyteen, korkeammassa hierarkian sekä laadun tasoissa ollaan tyytyväisempiä. Suomessa, Isossa-Britanniassa ja Kreikassa naisten työtyytyväisyys oli miehiä korkeampi. Suomalaisten työtyytyväisyyden rakenne ei näytä poikkeavan erityisemmin työntekijöiden työtyytyväisyydestä muissa maissa. (Johansson 2005.)

### 3.2.5 Työstressi

Stressiä syntyy kaikissa sopeutumista edellyttävissä tilanteissa, joissa vaatimukset kuormittavat kohtuuttomasti yksilön voimavaroja. Stressikäsite viittaa moneen ilmiöön:

stressaaviin tapahtumiin ja elämänmuutoksiin, psykologiseen ja fysiologiseen stressireaktioon sekä ympäristön ja yksilön vuorovaikutuksen epätasapainotilaan ja sen seurauksiin. (Roti - Ihanus 1997: 29.)

*Työstressi.* Työstressiä aiheuttavat asiat voidaan jakaa työn sisältöön, ihmisten välisiin suhteisiin ja työn organisointiin liittyviin tekijöihin. Työn sisältöön liittyviä tekijöitä ovat muun muassa kiire, suuri vastuu, yksipuolinen ja pakkotahtinen työ. Ihmisten välisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä ovat muun muassa huono työilmapiiri ja puutteellinen tiedon kulku. Epäselvät tehtäväkuvat ja puutteellinen perehdyttäminen ovat työn organisointiin liittyviä stressin aiheuttajia. (Antti-Poika – Martimo - Husman 2003: 86.)

Ismo Rautiaisen Pro gradu-tutkielman (2002) tarkoituksena oli selvittää, miten hoivayrittäjät jaksavat työssään ja mitkä tekijät vaikuttavat heidän työssä jaksamiseen. Kohderyhmänä oli sosiaali-alan yksityisiä palvelun tuottajia. Tutkimuksen mukaan hoivayrittäjät jaksavat työssään hyvin. Heillä oli korkea työmotivaatio ja he olivat tyytyväisiä työnsä kannustetekijöihin. Joka viides hoivayrittäjästä koki stressiä paljon tai erittäin paljon ja reilu kolmannes ei lainkaan tai vähän. Tulosten perusteella tärkeimmät työssä jaksamista edistävät tekijät ovat vahva elämän hallinnan tunne ja yrityksen taloudellinen menestyminen. (Rautiainen 2002: tiivistelmä)

Saara Suomisen Pro gradu - tutkielman (1999) tarkoituksena oli kartoittaa kolmen osaston hoitajien ja lääkäreiden työstressiä. Tuloksena lähes 60 % ilmoitti kokevansa stressiä jonkin verran, melko tai erittäin paljon. Erään osaston henkilöstö tunsu stressiä enemmän kuin muiden, koska työntekijöiden keskinäiset välit olivat huonot ja esimieheltä saatiin vähemmän tukea. Lisäksi vaikuttamismahdollisuuksia itseään koskeviin asioihin koettiin olevan vähemmän. (Suominen 1999: tiivistelmä) Opiskelujen jälkeen työelämässä hammaslääkärin ja suuhygienistin työnjakoon liittyvät kysymykset ja ongelmat voivat olla yksi suuri stressitekijä.

*Opiskelustressi.* Hannele Liuska käsittelee teoksessaan opiskelijoiden stressitekijöitä ja voimavarojen hankintaa. Hän jakaa opiskelijoiden stressitekijät kolmeen ryhmään, elämäntilanteeseen ja opiskeluun liittyviin sekä muihin tekijöihin. Elämäntilanteeseen liittyviä stressitekijöitä ovat huonot asumisolot, huono taloudellinen tilanne, ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, vapaa-ajan vähyys tai puute sekä tulevaisuuteen liittyvät kysymykset. Opiskeluun liittyvinä stressitekijöinä hän luettelee tenttiruuhkat, opiskelun no-

peatempoisuus ja harjoitusten runsaus, opiskelupaikan sosiaalinen ilmapiiri sekä opetuksen tasoon ja ohjaukseen liittyvät tekijät. Muihin tekijöihin lukeutuvat muun muassa laiskuus ja motivaation puute, huono itseluottamus tai itsearvostus, sairauteen ja terveyteen liittyvät tekijät sekä joillain opiskelijoilla myös ajankohtaiset ja yllättävät tapahtumat. Noin seitsemän prosenttia opiskelijoista ei maininnut mitään opiskeluun liittyvää stressitekijää. (Liuska 1998: 65–75.)

Eeva Kallion tutkimus yliopisto-opintojen kuormittavuudesta on osa Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa opetuksen laadun kehittämishanketta. Yliopisto-opiskelijoiden asema on muuttunut voimakkaasti muutamana viime vuosikymmenenä. Suhteellisen vapaa opiskelu ja opintoaika ovat muuttuneet selkeästi tavoitteellisen ja tuloksellisen opiskelun suuntaan. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön työntekijöiden haastatteluissa on tullut esiin opiskelijoiden kuormittuneisuus, stressi ja erityisesti mielenterveysongelmat. Nopeutunut opiskelutahti, työssäkäynti opintojen ohella, opintojen nopean etenemisen paineet, sekä nuoruusiän uusien kehitystehtävien yhteensovittaminen vaativat opiskelijoilta paljon. (Kallio 2002: 9.)

Minna Järvi Rauman opettajakoulutuslaitoksesta on tehnyt projektitutkielman opiskelijoiden stressistä opiskelun aloitus- ja päätösvaiheessa. Tutkimuksen mukaan luokanopettajaopiskelijat kokivat vähän stressiä sekä alku- että loppuvaiheessa opintoja. Opiskelijoille aiheuttivat enemmän stressiä opintoihin liittyvät kuin muut tekijät. Suurin stressin aiheuttaja sekä aloittavilla että päätösvaiheessa olevilla opiskelijoilla oli tentteihin valmistautuminen. Verrattaessa opintojen aloitusvaiheessa ja päätösvaiheessa olevia opiskelijoita keskenään, löytyi eroja stressinlähteistä. Opiskelujen aloitusvaiheessa enemmän stressiä aiheuttivat opettajiin liittyvät tekijät, kun taas opintojen päätösvaiheessa enemmän stressiä aiheuttivat opetusharjoitteluun, tenttitilanteeseen, opintoprojekteihin, esiintymistilanteisiin ja tulevaisuuteen liittyvät stressitekijät. (Järvi 1996: tiivistelmä.)

*Käsitteiden näkyminen opetuslinikalla.* Stressin kokeminen, sen aiheuttajat ja siitä aiheutuvat oireet ovat hyvin yksilöllisiä, tämän vuoksi stressitekijöiden minimoiminen opiskelussa on vaikeaa tai mahdotonta. Stressiä voi opetella hallitsemaan ja stressin vastapainoksi voi jokainen yrittää hankkia elämäänsä virkistäviä ja voimia antavia toimintoja. Yliopistohammasklinikalla ja suunhoidon opetuslinikalla pyritään kehittämään stressinhallintakykyä. Opiskelijat suunnittelevat itse aikataulunsa ja heidän tulee

sovittaa omat aikataulunsa yhteen potilaiden ja opettajien aikataulujen kanssa. Huomi-  
oon tulee ottaa myös opintojaksolle asetetut vaatimukset sekä opiskelijan itse asettamat  
tavoitteet.

### 3.2.6 Roolikonfliktit ja -epäselvyydet

Roolit ovat lähes poikkeuksetta omalla toiminnalla hankittuja ja muiden odotuksilla  
asettamia kokonaisuuksia. Roolien jakautuminen ryhmässä riippuu jäsenten henkilökoh-  
taisista ominaisuuksista, kuten itsetunnosta, narsismista, miellyttämisen tai tuen tarpees-  
ta, heidän sitoutuneisuudestaan ja motivoituneisuudestaan ryhmään, sekä tilannetajui-  
suudestaan. Roolien jakautumiseen vaikuttaa myös jäsenen sijoittuminen ja toiminta  
muissa suhdejärjestelmissä sekä muiden elämäntilanteiden vaatimat roolit. Ne vaikutta-  
vat siihen, millaisiin rooleihin jäsen hakeutuu ja millaisia hänelle tarjotaan. (Eskola –  
Jauhiainen 1994: 118–120.)

Roolit ja sen mukaiset tehtävät ovat tarpeellisia, koska ne tuovat elämään tarkoituksen-  
mukaisuutta ja ovat keskeinen osa sosiaalista ja vuorovaikutuksellista identiteettiä. So-  
siaalisella roolilla tarkoitetaan rooliodotuksia eli niiden odotusten ja normien kokonai-  
suutta, joita yksilön käyttäytymiseen kohdistetaan hänen erityisen asemansa, ammattin-  
sa, tehtävänsä tai sukupuolensa vuoksi. Rooliodotuksiin vaikuttavat yhteisössä ja yh-  
teiskunnassa vallitsevat arvot ja normit. Selkeät tehtävät, toiminta ja rooli lisäävät yhtei-  
söllisyyttä. Organisaatio on roolien rakennelma, joka säilyy sen vuoksi, että jäsenillä on  
tietty tehtävävaatimukset. Jäsenet noudattavat yhteisiä sääntöjä ja tiedostavat organisaati-  
on yhteiset arvot ja normit. (Tuomiranta 2002: 41–42.)

Rooleissa voi esiintyä konflikteja joko yksilön soveltuvuuden ja työn välillä tai henkilön  
omien arvojen ja työn vaatimusten välillä. Tällaisessa tilanteessa yksilö joko käyttäytyy  
rooliodotusten vastaisesti tai kokee ristiriitaa vaatimusten ja mahdollisuuksien tai re-  
surssien välillä. (Tuomiranta 2002: 47–48.)

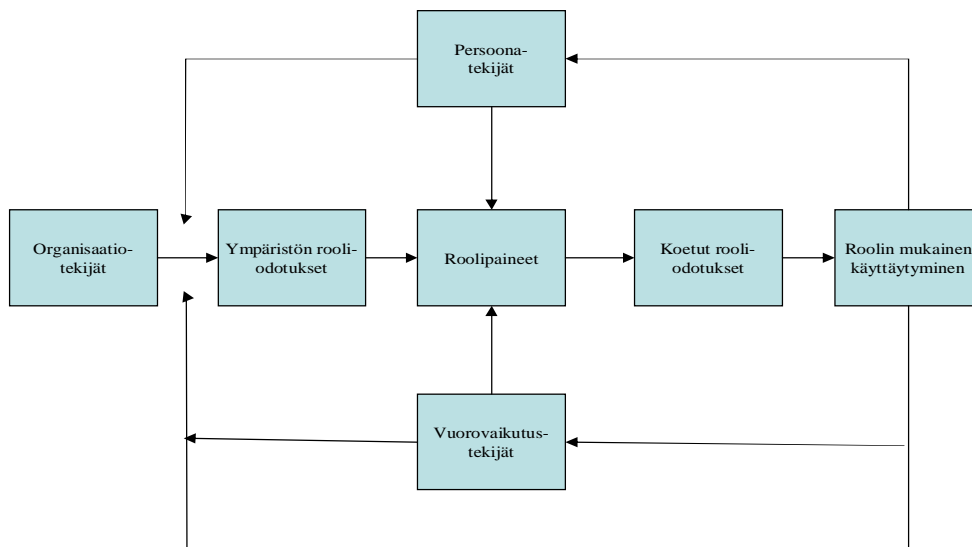
*Roolikonfliktit ja -epäselvyydet työelämässä.* Rooliepäselvyys on tilanne, jossa työnteki-  
jä ei tiedä mitä tehtäviä hänelle kuuluu. Rooliepäselvyys on myös epäselvyyttä työn  
tavoitteista tai tavoista, joilla tavoitteisiin pyritään. Kun yksilön päämäärät, organisaati-  
on tavoitteet, työn rajat, vastuun määrä, johdon ohjeet tai tiedonkulku ovat epäselviä,  
voi tuloksena olla väsymystä ja työstä vetäytymistä. Roolikonfliktit ja -epäselvyydet

vähentävät työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä. Pitkään jatkuessaan roolien väliset jännitteet vaikuttavat negatiivisesti työn tuloksellisuuteen. (Tuomiranta 2002: 47–48.)

Työyhteisön ristiriitatilanteita esiintyy monella tasolla. Yhteiskunnallisella tasolla erilaiset aatteet aiheuttavat konfliktoitumista. Erilaiset ammattiryhmät kilpailevat keskenään siitä kenelle tehtävät kuuluvat. Työntekijäryhmien välisessä konfliktissa tilanne voi syntyä muutosvaiheessa, kun työn sisältöjä ja työnjakoa uusitaan eri ammattiryhmissä tai siirryttäessä tiimityöhön. Uusi tilanne ja siirtymävaihe tuottavat ongelmia ja ristiriitoja, jos vanhoista ammattiryhmärajoista pidetään tiukasti kiinni. Organisaatiotasolla eroavat johdon, erilaisten henkilöstöryhmien, ammattien tai tehtävien, ikäryhmien ja sukupuolten aatteiden maailmat. Konfliktien ratkaisussa tärkeää on asenteiden ja ajattelutapojen muuttaminen. Negatiivisesta perussävyistä huolimatta ristiriidat ovat välttämättömiä, sillä muutos lähtee liikkeelle ristiriitaisuuksista. Konfliktien eliminoimisen sijaan tulisi siis asennoitua konfliktien hallitsemiseen. (Ikonen-Varila 1994: 66–67.)

*Roolikonfliktit ja -epäselvyydet suunhoidon opetuslinikalla.* Rooliepisodimalli on malli kognitiivisesta prosessista, joka analysoi yksilön työroolin omaksumista. Malli kuvaa työntekijään kohdistuvia sisäisiä ja ulkoisia jännitteitä. Työroolin omaksumiseen ja käyttäytymiseen vaikuttavat vuorovaikutussuhteet, persoonallisuus ja organisaation ominaisuudet sekä siinä tapahtuvat muutokset. Rooliepisodimallissa yksilöön kohdistuu myös ympäristön asettamia rooliodotuksia, jotka aiheuttavat paineita. Nämä yksilö koee rooliristiriitoina ja rooliepäselvyyksinä. Organisaatioissa vallitsevat oma kulttuuri ja siihen liittyvät omat normit ja arvot. Esimerkiksi sairaaloiden ammatillinen organisaatiokulttuuri on todellinen hierarkioiden, linjaorganisaatioiden, uskomusten, tapojen ja sääntöjen monimutkainen kokonaisuus. Tämä kokonaisuus määrittelee jäsentensä roolia, asemaa ja käyttäytymistä sekä suhtautumista uudistuksiin ja muutoksiin. Näin monimutkaisen organisaation ymmärtäminen ja muuttaminen on vaikeaa. Yksi vaihtoehto saada organisaatio muuttumaan on muuttaa sen jäsenten työrooleja. Uusi työrooli antaa työntekijöille mahdollisuuden etsiä uusia näkökulmia, asenteita ja käyttäytymistä. (Tuomiranta 2002: 46–47.)





KUVIO 3. Rooliepisodimalli (Tuomiranta 2002: 46)

Stakesin vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa tutkittiin 100 eri vanhushoitoyksikköä, joihin kuului yksiköitä vanhainkodeista, terveyskeskuksesta ja palvelutaloista. Joukossa oli dementia-, psykiatria- ja sekaosastoja. (Elovainio – Finne-Soveri 2004: 21–22.)

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kiireen ja fyysisen kuormituksen ohella työrooleihin liittyvät ristiriidat ja epäselvyydet heikensivät työntekijöiden hyvinvointia, altistaen heidät sekä psyykkiselle että fyysiselle oireilulle. Epäselvyydet työn tavoitteista osoittautuivat merkittäviksi työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä uhkaaviksi tekijöiksi. Rooleihin liittyvät epäselvyydet vähensivät sekä työntekijöiden viihtymistä työssään että heidän sitoutumistaan työhön ja organisaatioon, lisäten samalla työntekijöiden halua vaihtaa työpaikkaa. (Elovainio – Finne-Soveri 2004: 42.)

Yliopistohammaslinikalla ja suunhoidon opetuslinikalla työskentelyyn vaikuttavat opiskelijan itsensä, potilaiden ja opettajien asettamat rooli-odotukset. Nämä odotukset voivat olla keskenään ristiriitaisia. Klinikaharjoittelun aikana opiskelija harjaantuu kohtaamaan näitä odotuksia. Tavoitteena on saada työelämässä toimeen tulevia yksilöitä, jotka toimivat vastuullisesti, kykenevät itsenäiseen päätöksentekoon ja pystyvät kohtaamaan rooleista ja rooli-odotuksista aiheutuvat ristiriidat rakentavasti.

Suunhoidon opetuslinikalla yhtenä tavoitteena on yhteistyön kehittäminen hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden välillä. Epäselvyyttä roolien välillä on havaittu, koska opiskelijoilla ei ole tiedossa, mitä toisen opiskelijaryhmän työnkuvaan kuuluu. Ennen klinikkaharjoittelun alkamista kaikilla osapuolilla on jo omat mielikuvansa hammaslääkärin, suuhygienistin, hammashoitajan ja muun hammashoitohenkilöstön työrooleista. Ennako-oletukset eivät välttämättä ole realistisia. Niihin voidaan vaikuttaa yhteisöllisellä toiminnalla hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden välillä. Yliopistohammasklinikalla ja suunhoidon opetuslinikalla tietoisuus toisen opiskelijaryhmän työnkuvasta kasvaa yhteistyön kautta.

#### 4 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössä pyritään saamaan vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaista on suuhygienistiopiskelijoiden ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllinen asiantuntijuus?
2. Miten suuhygienistiopiskelijoiden ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllistä asiantuntijuutta voisi kehittää?

#### 5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää kartoitettaessa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä koulutuksen aikana. Kyselylomake sisältää pääosin strukturoituja kysymyksiä ja kolme avointa kysymystä. Avointien kysymysten analysoinnissa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

##### 5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen tutkimus on hyvin yleinen tutkimusstrategia sosiaalitieteissä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on, että se perustuu aiempiin teorioihin. Johtopäätök-

set tulevat aiemmista tutkimuksista, esitetään hypoteeseja sekä määritellään erilaisia käsitteitä. Havaintoaineiston on sovittava määrälliseen mittaamiseen ja siinä tulee olla tarkat koehenkilömäärittelyt ja otantasuunnitelmat. Aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmät analysoidaan tilastollisesti. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään tutkittaessa määrällistä tutkimusta kyselylomakkeella. (Hirsjärvi ym. 2004: 131.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen teoriolla tarkoitetaan katselemista tai tarkastelemista. Teoriat otetaan käyttöön silloin, kun aikaisempi tutkimus on paljastanut jossain ilmiökokoaisuudessa joukon säännönmukaisuuksia, jotka voidaan ilmaista empiiristen lakien muodossa. Teoriat pyrkivät selittämään nämä säännönmukaisuudet ja antamaan tarkemman ymmärryksen kyseessä olevasta ilmiöstä. Teorioilla on tiettyjä perustehtäviä, kuten ideoiden järjestäminen. Samalla se paljastaa piilo-oletuksia ja luo uusia ideoita. Teoria saattaa tuoda esille ongelman monimutkaisuuden sekä nostaa esiin selityksiä ja ennusteita. (Hirsjärvi ym. 2004: 132–133.)

Deduktiivista ja induktiivista päättelyä käytetään tieteellisessä ajattelussa (Uusitalo 1997: 19). Deduktiivisessa päättelyssä on kyse yleisen säännön soveltamisesta yksittäistapauksiin (Peirce 2001: 239–240). Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista päättelyä, jossa on kyse enemmästä kuin yleisen säännön soveltamisesta yksittäistapaukseen. Induktiossa muodostetaan yleistys yksittäisistä tapausjoukoista. (Peirce 2001: 239–240.) Induktiiviset johtopäätökset ovat tietoa laajentavia, kun taas deduktiiviset johtopäätökset eivät varsinaisesti sisällä uutta tietoa. Deduktiivisissä johtopäätöksissä kaikki tieto on jo varsinaisesti olemassa, tosin kätkeytyä. (Uusitalo 1997: 20.)

Francis Baconin tieteellisen päättelyn mukaan induktion johtopäätökset edustavat varmaa tietoa ollen samalla sekä keksimisen että todistuksen metodi. Toisin sanoen tapa, jolla yleistyksen saavutetaan, takaa tai oikeuttaa niiden tiedollisen aseman. (Niiniluoto 1983: 119–121.)

*Kvalitatiivinen tutkimus.* Kvalitatiivista, eli laadullista, tutkimusta on vaikea määritellä yksiselitteisesti, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole sille ominaista teoriaa tai metodologia (Metsämuuronen 2000: 9). Laadullinen tutkimusote toimii hyvin silloin, kun ollaan kiinnostuneita jonkin tapahtuman yksityiskohtaisista tapahtumista tai tapahtumassa olleiden toimijoiden merkitysrakenteista. Haluttaessa tutkia jotain luonnollista

tilannetta, jota ei voi järjestää kokeeksi tai kontrolloida kaikkia siihen tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä, soveltuu laadullinen tutkimus siihen hyvin. Myös syy–seuraussuhteiden tutkimiseen laadullinen tutkimus on hyvä vaihtoehto. (Metsämuuronen 2000: 14.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen keskeisiä metodeja on havainnointi, tekstianalyysi, haastattelu ja litterointi. Havainnointi tarkoittaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa perusteellista tekniikkaa havainnoida ja ymmärtää toista kulttuuria. Tekstianalyysia käytetään siten, että sillä pyritään ymmärtämään erilaisia kategorioita. Haastattelu on kvalitatiivisessa tutkimuksessa avointen kysymysten esittämistä halutuille yksilöille tai ryhmille. Litterointia käytetään kun halutaan ymmärtää kuinka tutkimukseen osallistujat organisoivat kirjoituksensa tai puheensa. (Metsämuuronen 2000: 14–15.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusta kyselylomakkeessa olevien avointen kysymyksien muodostamiseen.

*Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistäminen.* Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistäminen voi olla hyvinkin tuotteliasta. On hyvä tutkia tiettyä tapahtumaa monelta kantilta, näin saadaan varmempaa tietoa. Ensimmäinen tulee päättää, mitä halutaan tutkia ja sitten aletaan miettiä miten tavoite parhaiten saavutettaisiin. Tutkimusotteet eroavat toisistaan niin paljon, että toinen tulee valita pääasiallisesti tutkimusmenetelmäksi ja toinen sitä tukevaksi menetelmäksi. (Metsämuuronen 2000: 64–65.) Opinnäytetyö on pääasiallisesti kvantitatiivinen tutkimus, mutta avoimet kysymykset tukevat ja antavat lisää tietoa aiheesta.

## 5.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä tehtiin kyselylomake (LIITE 1). Kysely on Survey-tutkimuksen keskeisiä menetelmiä. Survey-termi tarkoittaa kyselyn muotoa, jossa aineistoa kerätään kysymällä kaikilta kohdehenkilöiltä täsmälleen samalla tavalla. Tällaisella menetelmällä kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2004: 182–183.) Kyselylomakkeessa voi esiintyä erilaisia kysymystyyppejä. Avoimet kysymykset ovat helppoja laatia, mutta hankalia käsitellä. Avoimet kysymykset saatetaan myös hypätä yli. Strukturoituihin kysymyksiin on helppo vastata, mutta neutraalit vastausvaihtoehdot ovat houkuttelevia. Puolistrukturoidut kysymykset ovat kahden edellisen kysymystyyppin vä-

limuotoja, joissa näiden kysymystyyppien hyödyt ja haitat yhdistyvät. (Grönroos 2005: 17–18.) Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake sisältää strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Puolistrukturoidut ja avoimet kysymykset täydentävät strukturoituja kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset on valittu vastaamisen helppouden takia sekä analysoinnin helpottamiseksi.

Kyselytutkimuksissa etuna on, että niiden avulla voidaan kerätä laaja aineisto, voidaan kysyä monia asioita monelta vastaajalta. Analysointi voidaan tehdä nopeasti tietokoneen avulla. Tällä tavalla kerättyyn tietoon on kehitetty analysointitapoja ja raportointimuotoja. Tutkijan ei näin ollen tarvitse itse kehitellä omia analysointimuotoja. Tulosten tulkinta voi kuitenkin olla ongelmallista. (Hirsjärvi, ym. 2004: 184.)

Kun kyselylomaketta aletaan tehdä, täytyy tutkimusongelmien olla selvillä, jotta vältetään turhilta kysymyksiltä. Lomaketta tehdessä on syytä kiinnittää huomiota kyselyn muotoon ja pituuteen. Alkuun on hyvä laittaa helpompia, niin sanottuja lämmittelykysymyksiä. Vaikeat ja arkoja aihealueita sivuavat kysymykset on syytä sijoittaa kyselyn loppuun, sillä vastaaja on tällöin hieman luottavaisempi ja vastaa kysymykseen totuudenmukaisesti. Johdattelevia kysymyksiä tulee välttää. Liian pitkä kyselylomake vähentää vastausprosenttia tai väärentää tuloksia, sillä vastaajat vastaavat kyselyyn huolimattomasti. (Aaltola – Valli 2001: 100.) Opinnäytetyössä pyrimme välttämään johdattelevia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa kysymyksiä oli 50, joka saattoi olla hieman liikaa.

Kyselylomakkeen luotettavuutta lisää se, että kysely on samanlainen jokaiselle vastaajalle. Toisin kuin haastattelussa, ei esimerkiksi äänensävyillä tai sanojen painotuksella ole merkitystä vastaukseen. Kyselylomakkeen luotettavuutta lisää myös niin sanotun kontrollikysymyksen olemassa oleminen. Kontrollikysymyksen idea on, että sama asia kysytään kahdella eri tavalla. Kun näihin kahteen kysymykseen tulee samansuuntaiset vastaukset, lisää se kyselyn luotettavuutta. Kysymysten tulee myös olla teoriaan sidonnaisia. (Aaltola ym. 2001: 100–101.) Työssä on eri käsitteisiin liitetty useita kysymyksiä (LIITE 2). Käsitteestä työstressi on ainoastaan yksi kysymys. Kaikista muista käsitteistä on useampia kysymyksiä, joka lisää kyselyn luotettavuutta.

Kyselylomakkeen käytössä on myös huonoja puolia, joista väärinymmärtämisen ongelma on suurin. Kyselylomakkeena suoritettuun kyselyyn ei vastaajalla useinkaan ole mahdollisuutta selventää kysymystä lomakkeen laatijalta, vaan hänen täytyy vastata

oman näkemyksensä mukaan. Tätä voidaan kuitenkin ehkäistä kyselylomakkeen tarkoilla vastausohjeilla, lomakkeen esitestauksella sekä selkeällä lomakkeella. (Aaltola ym. 2001: 101–102.) Kyselylomake, jota opinnäytetyössä käytettiin on testattu kyselyyn osallistumattomalla joukolla. Lomaketta muokattiin vielä heiltä saadun palautteen mukaan. Kyselylomakkeen ohjeet pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoiksi, jotta vastaaminen sujuisi ongelmitta.

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen tekemisessä käytettiin Hannanin kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottamaa mallia, joka kuvaa yhteisöllisten sekä henkilöstöön ja asiakkaisiin liittyvien tekijöiden yhteyttä hoidon laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin. Hannanin malli valittiin opinnäytetyöme teoreettiseksi pohjaksi, koska se toimii koko hankkeen teoreettisena viitekehystenä. Opinnäytetyöme keskeisiä käsitteitä ovat tyytyväisyys, työhön sitoutuminen, sairauspoissaolot, työstressi, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, roolikonfliktit ja -epäselvyydet. (Grönroos ym. 2004: 2.)

Näihin käsitteisiin hankittiin teoriatietoa, jonka mukaan tehtiin ja muokattiin kysymykset. Kyselylomakkeen tekemisessä käytettiin myös hyödyksi joitakin aikaisemmin tehtyjä käsitteisiin liittyviä kyselyjä, Työhyvinvointikysely (Syvänen), Työn vaatimukset ja vaikutusmahdollisuudet (Karasek) ja Tavoitteiden selkeys (Rizzo ym.). Näiden käyttöön oli luvat Työn organisointi ja työn jako terveydenhuollon erityisaloilla -hankkeen puolesta (LIITE 3). Aikaisempien kyselyiden kysymyksiä muokattiin tähän kyselylomakkeeseen sopivaksi koko opinnäytetyötä tekevän ryhmän voimin. Kyselylomakkeesta saatavia tietoja käytettiin apuna kartoitettaessa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä koulutuksen aikana. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä koulutuksen aikana. Kysely toteutettiin 20.2–18.3.2006 Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian keski- ja loppuvaiheen suuhygienistiopiskelijoille sekä Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen kolmannen, neljännen ja viidennen vuosikurssin hammaslääkäriopiskelijoille.

*Otos.* Otoksen on oltava edustava pienoiskuva perusjoukosta, jotta otantatutkimuksen tulokset olisivat luotettavia. Otoksen edustavuus merkitsee sitä, että perusjoukosta valitussa otoksessa on samoja ominaisuuksia samassa suhteessa kuin koko perusjoukossa. Tutkimuksen perusjoukko on se tutkittava kohdejoukko, josta halutaan tietoa. (Pauno-

nen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 32–33.)

Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukkoon kuuluva henkilö. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on hyvä tutkia kaikki, jos perusjoukko on pieni eli alle sata. Kyselytutkimuksissa perusjoukko voi olla jopa 200–300 henkilöä. (Heikkilä 1999: 32.) Opinnäytetyössä tutkittiin kaikki perusjoukkoon kuuluvat henkilöt, jolloin otantamethodien käyttö ei ollut tarpeellista.

Opiskelijoiden kliinisen harjoittelun alkaminen opiskeluissa oli kyselylomakkeeseen vastaavan perusjoukon valinnan peruste. Perusjoukko koostuu kolmannen, neljännen ja viidennen vuosikurssin hammaslääkäriopiskelijoista (99) sekä neljännen, viidennen ja seitsemännen lukukauden suuhygienistiopiskelijoista (50). Kyselyyn vastasi 50 opiskelijaa eli 33,6 %. Heistä 52,0 % (26) oli suuhygienistiopiskelijoita ja 48,0 % (24) hammaslääkäriopiskelijoita.

### 5.3 Kvantitatiivinen aineistoanalyysi

SPSS-ohjelma on yleisimmin käytetty tilasto-ohjelma sosiaali- ja terveystieteissä (Balnaves – Caputi 2001: 126). SPSS-ohjelma on hyvä väline aineiston käsittelyyn kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jossa selvitetään muun muassa asioiden yhteyksiä toisiinsa, keskiarvoja ja prosentiosuuksia (Heikkilä 1999: 15).

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake analysoitiin SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen. Kyselylomake oli e-lomakkeena, joka helpotti tutkimusmateriaalin syöttöä ohjelmaan. Ohjelma järjesti tutkimusmateriaalin haluttuun muotoon, jolloin myös mahdollisten virheidä syntymisen oli epätodennäköisempää.

Ristiintaulukointi on suhteellisen helppo ja kuvaava tapa ilmaista kahden muuttujan välistä yhteyttä. Ristiintaulukointia voidaan käyttää nominaaliasteikonkin tasoisille muuttujille. Ristiintaulukointi suoritetaan SPSS-ohjelmalla, jossa selittävä eli riippumaton muuttuja laitetaan sarakemuuttujaksi ja riippuva muuttuja rivimuuttujaksi. (Heikkilä 1999: 199–200.)

Opinnäytetyössä otoksen perusjoukko on jaoteltu koulutusalan suhteen suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoihin ja näiden ryhmien vastauksia on tarkasteltu. Aluksi tarkoi-

tuksena oli vertailla myös onko iällä, aikaisemmalla koulutuksella, sukupuolella tai työkokemuksella merkitystä vastauksiin, mutta katsottiin työn kannalta oleelliseksi ristiintaulukoida tulokset vain opiskelijaryhmien välillä.

Tutkimustuloksia voidaan esittää tekstillä, taulukoilla ja kuvioilla. Tärkeintä on, että jokainen esitystapa on selkeä ja helposti ymmärrettävä. Taulukoiden avulla saadaan tutkimustuloksia pieneen tilaan tarkoilla luvuilla esitettynä. Kuviot ovat mielenkiintoa herättäviä ja kuvaavia. Kuvioita voivat olla esimerkiksi pylväskaaviot, ympyräkaaviot, viivakaaviot ja histogrammit. (Heikkilä 1999: 145–161.)

*Kvalitatiivinen aineistoanalyysi.* Kvalitatiivinen aineisto on tekstimuodossa olevaa ja sitä ei voi muuttaa numeeriseen muotoon (Aaltola ym. 2001: 89–90). Jos aineistoa on paljon on tärkeintä aluksi tarkastella koko aineistoa karkeasti. Tämän jälkeen otetaan esille tärkeimmät alueet ja aiheet. Jos etsitään jotain erityispiirrettä on syytä silloin rajata aineistosta tarkasteltaviksi ne alueet, jotka tuovat lisää tietoa asiaan. (Pikkarainen 1994.)

Tässä opinnäytetyössä analysoitiin kvalitatiivisesti avointen kysymysten vastaukset, joihin vastaajilla oli vapaus kirjoittaa haluamansa vastaus. Aineiston tarkoituksena oli antaa uutta tietoa, jotta nykytilannetta voitiin kartoittaa ja sen pohjalta kehittää hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllistä asiantuntijuutta.

Aineiston analyysivaiheessa tarkastettiin aineisto. Seuraavana vaiheena oli aloittaa aineiston läpikäyminen. Tarkoituksena on tiivistää aineistoa ja järjestellä sitä niin, että mitään oleellista ja tärkeää ei jää pois. Tämän jälkeen aineisto voidaan lajitella. Tässä vaiheessa lajittelutapoja on kaksi, tyypittely ja tematisointi. Tässä opinnäytetyössä käytetään vastausten analysoinnissa tyypittelyä. Tyypittelyssä aineistosta etsitään yleisimpiä tyyppisiä, jotka kuvaavat vastauksia laajemminkin. Tematisoinnissa taas aineisto pyritään lajittelemaan erilaisten teemojen mukaan ja nostamaan tutkimusongelmaa valaisevista teemoista mielenkiintoisia sitaatteja tai vastauksia tulkittavaksi. (Aaltola ym. 2001: 146.)

Kun aineiston analysoinnissa on päästy tähän vaiheeseen, on tarkoituksena poimia tärkeimmät kohdat aineistosta. Tärkeimmät kohdat riippuvat tutkimuksen tarkoituksesta. Näistä tehdään johtopäätöksiä ja niistä aletaan työstää tekstiä. Tärkeintä on, että analyysi-



sistä saatuja tuloksia on verrattava käytettyyn teoriaan tai niille on pyrittävä löytämään jonkinlaista teoriaa. (Aaltola ym. 2001: 150–151.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET KÄSITTEIDEN MUKAAN

Tulokset on raportoitu niin, että samaan käsitteeseen liittyvät kysymykset ovat koottu saman otsikon alle. Opinäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat työhön sitoutuminen, sairauspoissaolot, työssä vaikuttamisen mahdollisuudet, työtyytyväisyys, työstressi sekä roolikonfliktit ja -epäselvyydet. Kysymysten 37, 47 ja 49 analyysit löytyvät teorian 6.1 Työhön sitoutuminen -otsikon alaisuudesta kysymyksen 49 alta. Kysymyksiä 1-9 ja 30 ei ole luokiteltu käsitteiden mukaan, koska ne sisältävät yleistietoja vastaajista, eikä niiden liittäminen käsitteisiin näin ollen ole ollut olennaista.

### 6.1 Yleistietoja vastaajista

Kysymys 1: Ikä, 2: Sukupuoli, 3: Olen hammaslääkäri-/suuhygienistiopiskelija

Kysely lähetettiin e-lomakkeena 149 opiskelijalle, joista kyselyyn vastasi 50. Heistä 26 oli suuhygienistiopiskelijaa ja 24 hammaslääkäriopiskelijaa. Vastanneista suuhygienistiopiskelijoista naisia oli 25 ja miehiä yksi. Vastanneista hammaslääkäriopiskelijoista naisia oli 18 ja miehiä kuusi. Vastanneista suuhygienistiopiskelijoista 20-22 -vuotiaita oli 38,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 8,4 %. Suuhygienistiopiskelijoista 23-25 -vuotiaita oli 38,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 41,7 %. Suuhygienistiopiskelijoista 26-29- vuotiaita oli 11,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoita oli 41,7 %. Yli 30 -vuotiaita suuhygienistiopiskelijoita oli 11,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoita 8,4 %.

Koulutusohjelma	Ikäjakauma	Lukumäärä	%
Suuhygienistiopiskelija	20-22-v	10	38,4
	23-25-v	10	38,4
	26-29-v	3	11,5
	yli 30-v	3	11,5
Yhteensä		26	100
Hammaslääkäriopiskelija	20-22-v	2	8,4
	23-25-v	10	41,7
	26-29-v	10	41,7
	yli 30-v	2	8,4
Yhteensä		24	100

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden ikäjakauma.

Kysymys 5: Kuinka kauan opiskelusi on kestänyt tämän lukukauden loppuun mennessä?

Suuhygienistiopiskelijoista 26,9 % oli vuoden 2006 kevätlukukauden loppuun mennessä opiskellut suun terveydenhuollon alalla kaksi vuotta, 19,2 % oli opiskellut 2,5 vuotta ja 3,8 % oli opiskellut kolme vuotta. 3,5 vuotta opiskelleita oli 46,2 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % oli opiskellut hammaslääketieteellisessä tiedekunnassa 2,5 vuotta ja 16,7 % oli opiskellut kolme vuotta. 4,2 % oli opiskellut 3,5 vuotta, 37,5 % oli neljä vuotta opiskelleita ja 37,5 % oli opiskellut viisi vuotta.

Koulutusohjelma		Lukumäärä	%
Suuhygienistiopiskelija	1,5v	1	3,8
	2v	7	26,9
	2,5v	5	19,2
	3v	1	3,8
	3,5v	12	46,2
<b>Yhteensä</b>		<b>26</b>	<b>100</b>
Hammaslääkäriopiskelija	2,5v	1	4,2
	3v	4	16,7
	3,5v	1	4,2
	4v	9	37,5
	5v	9	37,5
<b>Yhteensä</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

TAULUKKO 3. Kuinka kauan opiskelusi on kestänyt tämän lukukauden loppuun mennessä

#### Kysymys 4: Aikaisempi koulutus?

Kysyttäessä aikaisemmasta koulutuksesta, oli vastanneista toisen asteen ammatillisen koulutuksen käyneitä 14,0 %, ylioppilaita 70,0 %, ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita 6,0 % ja yliopistotutkinnon suorittaneita 10,0 %.

#### Kysymys 6: Missä suun terveydenhuoltoalan työtehtävissä olen toiminut. Osakysymys: Jokin muu, mikä?

Kysyttäessä työkokemuksesta suun terveydenhuollon työtehtävissä oli vastaajilla mahdollisuus vastata useampaan vaihtoehtoon. Kaikista vastanneista 54,0 % oli työkokemusta hammashoitajan, 14,0 % hammaslääkäriin, 18,0 % välinehuoltajan ja 12,0 % suuhygienistin töistä. Vastanneista 40,0 % ei ollut työkokemusta suun terveydenhuoltoalan työtehtävistä. 14,0 % vastaajista oli jokin muu työkokemus sosiaali- ja terveystieteiden työtehtävistä. Näistä 2,0 % oli työkokemusta erikoishammasteknikkoina, 2,0 % vastaanottovirkailijana, 2,0 % röntgensaneluiden kirjoittajana, 2,0 % lähihoitajana, 2,0 % sairaanhoitajana, 2,0 % oli toiminut perushoitajan sijaisena ja 2,0 % oli toiminut vanhusten hoidon parissa.

#### Kysymys 7: Kuinka monta kuukautta olet tehnyt alan töitä?

Suuhygienistiopiskelijoista 42,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 29,2 % ei ollut lainkaan työkokemusta alan töistä. Suuhygienistiopiskelijoista 15,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 12,5 % oli työkokemusta 1-2 kuukautta. Suuhygienistiopiskelijoista 11,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 33,4 % oli 3-7 kuukauden työkokemus. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 8,4 % oli 8-11 kuukauden työkokemus. Yli vuoden työkokemus oli 23,0 % suuhygienistiopiskelijoista ja hammaslääkäriopiskelijoista yli vuoden työkokemus oli 16,8 %.

Kysymys 8: Missä olet tehnyt yhteistyötä suuhygienisti- tai hammaslääkäriopiskelijan kanssa? Osakysymys: Muualla, missä?

Kysyttäessä missä on tehnyt yhteistyötä suuhygienisti- tai hammaslääkäriopiskelijan kanssa oli vastaajilla mahdollisuus vastata useampaan vaihtoehtoon. Kaikista vastanneista 54,0 % oli tehnyt yhteistyötä hammaslääkäri- tai suuhygienistiopiskelijan kanssa yliopistohammasklinikalla ja 16,0 % suunhoidon opetuslinikalla. Yhteistyötä oli terveyskeskuksessa tehnyt 6,0 % ja yksityisellä vastaanotolla 2,0 %. Vastaajista 28,0 % ei ollut tehnyt yhteistyötä lainkaan.

Kysymys 9: Missä hoidon vaiheessa olet tehnyt yhteistyötä?

Kysyttäessä missä hoidon vaiheessa vastaaja on tehnyt yhteistyötä hammaslääkäri- tai suuhygienistiopiskelijan kanssa kysymykseen vastasi 72,0 % kaikista kyselyyn vastanneista. Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Kysymykseen vastanneista 91,7 % oli tehnyt yhteistyötä potilaan hoidon toteuttamisvaiheessa. Yhteistyötä potilaan hoidon tarpeen määrittämisessä oli tehnyt 22,2 %, potilaan hoidon suunnittelussa 11,1 % ja potilaan hoidon arvioinnissa 2,7 %.

Kysymys 30: Mistä sain tietoa yhteistyöstä? Osakysymys: Muualta, mistä?

Kysyttäessä mistä on saanut tietoa yhteistyöstä, 70,0 % oli saanut tietoa opettajalta ja 26,0 % opiskelijatoverilta. Vastaajista 2,0 % oli saanut tietoa potilaalta, 2,0 % työtoverilta, 2,0 % ei ollut saanut tietoa juuri mistään ja 2,0 % ei ollut vastannut kysymykseen.

## 6.2 Työhön sitoutuminen

Kysymys 10: Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyö koulutuksen aikana edistää omaa ammatillista kehittymistäni?

Suuhygienistiopiskelijoista 92,3 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että yhteistyö koulutuksen aikana edistää omaa ammatillista kehittymistä ja hammaslääkäriopiskelijoista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä 70,9 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 20,9 % ja suuhygienistiopiskelijoista 7,6 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 8,3 % ei ollut mielipidettä.

Koulutusohjelma		Lukumäärä	%
Suuhygienistiopiskelija	Täysin samaa mieltä	13	50,0
	Jokseenkin samaa mieltä	11	42,3
	Jokseenkin eri mieltä	1	3,8
	Täysin eri mieltä	1	3,8
	Yhteensä	26	100,0
Hammaslääkäriopiskelija	Täysin samaa mieltä	7	29,2
	Jokseenkin samaa mieltä	10	41,7
	Jokseenkin eri mieltä	4	16,7
	Täysin eri mieltä	1	4,2
	Yhteensä	22	91,7
	Puuttuu	2	8,3
	Yhteensä	24	100,0

TAULUKKO 4. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyö koulutuksen aikana edistää omaa ammatillista kehittymistäni

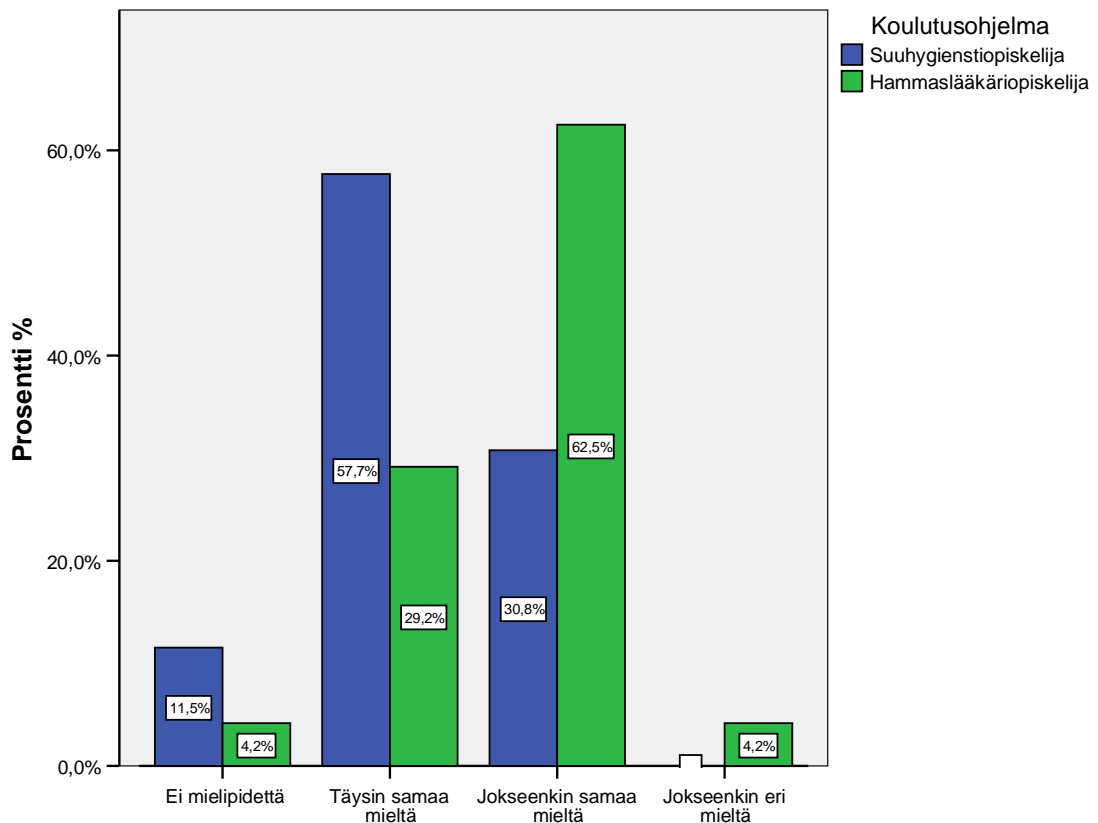
*Kysymys 10 analyysi.* Kysymyksen tulokset kertovat kahden eri opiskelijatyhmän lievästi eriävistä mielipiteistä yhteistyön merkityksellisyydestä ammatilliseen kehitykseen. Suuhygienistiopiskelijoista lähes jokainen, 92,3 % on jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että yhteistyö koulutuksen aikana edistää omaa ammatillista kehittymistä. Hammaslääkäriopiskelijoista vastaava luku on hieman pienempi, 70,9 %. Jokseenkin tai täysin eri mieltä asiasta on hammaslääkäriopiskelijoista 20,9 % ja suuhygienistiopiskelijoista 7,6 %.

Työelämässä suuhygienistit ja hammaslääkärit hoitavat yhteisiä potilaita niin terveyskeskuksissa kuin yksityisissä hammashoitoloissakin. Työtehtävien jako mahdollistaa potilaan hyvän hoidon sekä yrityksen kustannustehokkaan toiminnan. Tämän vuoksi yhteistyötä harjoitetaan jo koulutuksen aikana. Jotta yhteistyö on kaikkia osapuolia tyydyttävää, täytyy toisen ammattikunnan työtä arvostaa. Työhön sitoutumiseen vaikuttaa myönteisesti kokemus siitä, että yhteistyötä tekevät henkilöt pitävät toistensa työtä merkityksellisenä. (Jokivuori 2002: 9.)

Kyselyn tuloksissa on vaikuttimia työtyytyväisyydenkin kannalta. Tiimityön todetaan olevan tärkeä osa yhteisöllistä työskentelyä. Suuhygienistiopiskelijoille yhteistyö on hieman tärkeämpää kuin hammaslääkäriopiskelijoille. Ristiriitaiset näkemykset yhteistyön tärkeydestä ja siitä, onko sillä vaikutusta ammatilliseen kehitykseen tuovat negatiivista vaikutusta yhteisölliseen työympäristöön. Vallan ja vastuun jakautumisen todetaan olevan tärkeä vaikutin ja jos niissä on epäselvyyksiä, työtyytyväisyys voi kärsiä. Jos tavoitteet eivät ole samoja suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoilla, tavoiteristiritat alentavat työtyytyväisyyttä.

Kysymys 27: Olen kiinnostunut yhteistyöstä suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijan kanssa?

Kysyttäessä kiinnostusta yhteistyöstä suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijan kanssa, suuhygienistiopiskelijoista 57,7 % oli täysin samaa mieltä ja 30,8 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista 29,2 % oli täysin samaa mieltä ja 62,5 % jokseenkin samaa mieltä. 4,2 % hammaslääkäriopiskelijoista oli jokseenkin eri mieltä kiinnostuksesta yhteistyöhön. Suuhygienistiopiskelijoista 11,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ei ollut asiaan mielipidettä.



KUVIO 4. Olen kiinnostunut yhteistyöstä suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijan kanssa.

Kysymys 28: Mielestäni yhteistyö on tarpeellista koulutuksen aikana.

Suuhygienistiopiskelijoista 76,9 % oli täysin samaa mieltä ja 19,2 % jokseenkin samaa mieltä yhteistyön tarpeellisuudesta koulutuksen aikana. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 33,3 % ja jokseenkin samaa mieltä 58,3 %. Suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 8,3 % ei ollut asiaan mielipidettä.

*Kysymys 27 ja 28 analyysi.* Yhteistyön toimivuuden kannalta on tärkeää, että henkilöillä on kiinnostusta toimia yhteistyössä keskenään ja, että he kokevat yhteistyön tarpeelliseksi osana omaa ammatillista kehittymistä. Kaikista kysymykseen vastanneista suuhygienistiopiskelijoista 57,7 % on täysin samaa mieltä ja 30,8 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat kiinnostuneita yhteistyöstä. Hammaslääkäriopiskelijoista suurin osa, 62,5 %, oli jokseenkin samaa mieltä, 29,2 % täysin samaa mieltä ja 8,3 % jokseenkin eri mieltä.

Kysyttäessä yhteistyön tarpeellisuudesta koulutuksen aikana, vastaukset olivat vastaavan suuntaiset kuin edellisessä, kiinnostusta yhteistyöhön mittaavassa kysymyksessä.

Suuhygienistiopiskelijoista 76,9 % oli täysin samaa mieltä ja loput 19,2 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 33,3 % ja jokseenkin samaa mieltä 58,3 %. Suuhygienistiopiskelijat pitävät yhteistyötä koulutuksen aikana hieman tarpeellisempänä kuin hammaslääkäriopiskelijat. Kaikki kyselyyn osallistuneet pitävät yhteistyötä ainakin jokseenkin tarpeellisena. Eriävät mielipiteet näinkin ratkaisevissa seikoissa voivat olla yhteistyötä haittaavia tekijöitä. Yleensä työhön sitoutumisella tarkoitetaan työntekijän positiivista asennoitumista yritystä kohtaan sekä halua panostaa kaikkensa yrityksensä menestyksen eteen. Vahva työhön sitoutuminen johtaa parempiin tuloksiin, tehokkuuteen ja jatkuvasti parantuvaan toiminnan laatuun (Taipale 1999: 29). Opiskeluunsa ja ammatilliseen kehittymiseensä sitoutunut opiskelija haluaa panostaa kaikkensa klinikkaharjoitteluunsa ja on valmis antamaan panoksensa yhteisön hyvinvoinnin vuoksi. Mikäli suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat olisivat tiiviimpi yhteisö, sitoutuminen siihen olisi helpompaa. Hyvä ilmapiiri työyhteisössä edesauttaa työn toimivuutta (Jokivuori 2001: 17, 104). Työtilojen sijainti eri kerroksissa ja se, etteivät suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat tunne toisiaan, voivat haitata yhteisöllisyyden kokemista.

Turvallisessa ja kannustavassa työympäristössä työntekijä pyrkii myös parempiin työsuorituksiin. Mikäli organisaatiossa ilmenevät ongelmat ratkaistaan yhdessä työntekijöiden ja johdon kesken, myös yhteisiin tavoitteisiin ja arvoihin sitoutuminen on mahdollista. (Mäkilä 2002: 61.)

**Kysymys 37: Miten yhteydenpito on tapahtunut?**

Kysymykseen miten yhteydenpito on tapahtunut vastasi 60,0 % koko kyselyyn vastanneista. Yhteydenpito oli tapahtunut pääsääntöisesti kasvotusten ja puhelimitse sekä sähköisessä muodossa, joko sähköpostilla tai Effica tietojärjestelmän avulla. Yhteydenpitoa oli myös tapahtunut jonkin verran läheteiden tai papereiden välityksellä. Opettajien taholta ja suoraan hoitotilanteessa tapahtuva yhteydenpito oli ollut vähäistä. Osalla ei ollut tapahtunut yhteydenpitoa lainkaan.

*Kysymys 37 analyysi.* Kysymykseen, miten yhteydenpito on tapahtunut, vastasi 30 opiskelijaa. Voidaan olettaa, että työhönsä sitoutunut opiskelija ottaa vastuun yhteydenpidosta ja varmistaa tiedon perille menon. Joko suullisesti tai kasvokkain tapahtunut yhteydenpito on varmin keino saada tieto välittymään eteenpäin. Kyselyyn vastanneista



36,6 % on toteuttanut yhteydenpidon edellä mainitulla tavalla. Samat 36,6 % vastanneista ovat pitäneet yhteyttä sähköpostin tai Efficatietotojärjestelmän lomakkeiden välityksellä. Näin tapahtunut yhteydenpito toimii, mutta ei ole paras mahdollinen keino välittää tietoa toiselle. Mikäli toinen opiskelija saa viestin liian myöhään, informaation arvo voi olla vähentynyt tai menetetty. Kaksi vastannutta kertoi yhteydenpidon tapahtuneen anonyymisti lapuilla, mitä on kritisoitu huonoksi tavaksi. Anonyymien lappujen lähettäminen jättää liian paljon sattuman varaan, laput voivat hävitä tai jäädä huomamatta. Vastanneista 13,3 % kertoi, ettei yhteydenpitoa ole tapahtunut lainkaan.

Kysymys 44: Voin vaikuttaa omien potilaideni hoidon suunnitteluun?

Kysyttäessä omista vaikuttamismahdollisuuksista potilaiden hoidon suunnitteluun suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 50,0 % ja jokseenkin samaa mieltä 38,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 54,2 % ja jokseenkin samaa mieltä 29,2 %. Suuhygienistiopiskelijoista täysin eri mieltä asiasta oli 3,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä 12,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ei ollut mielipidettä vaikutusmahdollisuuksistaan omien potilaiden hoidon suunnittelussa.

*Kysymys 44 analyysi.* Sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoista lähes kaikki olivat joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että voivat itse vaikuttaa omien potilaidensa hoidon suunnitteluun. Suunhoidon opetusklinikan yleinen ohje on, että suuhygienistiopiskelija hoitaa hampaat, joiden ientaskun syvyys on alle kuusi millimetriä, sitä vaativammat alueet lähetetään hoidettavaksi yliopistohammasklinikalle. Käytännössä suuhygienistiopiskelija voi kuitenkin hoitaa vaativampaakin parodontologista hoitoa omien kykyjensä mukaan ja/tai hammaslääkäriopettajien avustuksella. Ajankäyttöä varten ohjeena on, että aamuvuorossa vastaanotettaisiin kolme ja iltavuorossa työskenneltäessä kaksi potilasta. Suuhygienistiopiskelija saa päättää omasta ajankäytöstään melko joustavasti, kunhan sovitut tunti- ja potilasmäärät täyttyvät. Hammaslääkäriopiskelijoilla on vielä vapaammat kädet oman potilaansa hoidon suunnitteluvaiheessa, koska he pystyvät tekemään kaiken tarvittavan perushoidon itse. Heidän opintojen vaihe määrää sen, milloin parodontologinen hoito lähetetään tehtäväksi suunhoidon opetuslinikalle ja milloin se tehdään yliopistohammasklinikalla. Mikäli potilasta hoidetaan yhteistyöpotilaana, toisen opiskelijan alkuperäisiin hoitosuunnitelmiin voi tulla suuriakin aikataullisia muutoksia. Vastuun ja mahdollisuuksien antaminen työntekijälle vaikuttaa

myönteisesti työhön sitoutumiseen (Kauttu 1997: 1–2).

Kysymys 48: Tunnen, että ammattitaitoani ja työpanostani arvostetaan.

Kysyttäessä suuhygienistiopiskelijalta, tuntee hän ammattitaitoaan ja työpanostaan arvostettavan, täysin samaa mieltä oli 3,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 38,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 16,7 % ja jokseenkin samaa mieltä 37,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 19,2 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 8,4 %. Suuhygienistiopiskelijoista 38,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 37,5 % ei ollut mielipidettä ammattitaitonsa ja työpanoksensa arvostuksesta.

*Kysymys 48 analyysi.* Sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoista yllättävän suuri osa eli hieman alle 40 % molemmissa ryhmissä, on valinnut vastausvaihtoehdon ”ei mielipidettä” kysyttäessä kokeeko opiskelija hänen ammattitaitoaan ja työpanostaan arvostettavan. Suuhygienistiopiskelijoista ainoastaan 3,8 % on vastannut kysymykseen olevansa täysin samaa mieltä. Vastaavan vastauksen hammaslääkäriopiskelijoista antoi 16,7 %. Jokseenkin samaa mieltä molemmissa opiskelijaryhmissä on hieman alle 40 % vastanneista.

Työyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi olisi erittäin tärkeää, että kukin osapuoli kokisi työtään arvostettavan niin opettajien, potilaiden kuin kanssaopiskelijoiden taholta. Opiskelijan rooli klinikkaolosuhteissa on äärimmäisen haastava ja hyviin työtuloksiin pääsemiseksi opiskelija tarvitsee turvallisuutta ja kannustusta työyhteisöltä. Lähiesimiesten, klinikkaolosuhteissa toisten opiskelijoiden ja opettajien, tuki ja ohjaus ovat edellytyksenä työhön sitoutumiseen (Mäkilä 2002: 61).

Kysymys 49: Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelija jakavat tietoa keskenään yhteistyöpotilaan hoidosta?

Kysyttäessä jaetaanko yhteistyöpotilaista tietoa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijan välillä suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 3,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 11,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 30,8 % ja täysin eri mieltä 11,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 41,7 % ja täysin eri mieltä 16,7 % siitä, että tietoa jaetaan keskenään yhteistyöpotilaan hoidosta. Suuhygienistiopiskelijoista 42,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 41,7 % ei ollut mie-

lipidettä.

*Kysymys 49 analyysi.* Kysyttäessä, jakavatko suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelija tietoa keskenään yhteistyöpotilaan hoidosta, suurella osalla, eli noin 40 % molemmissa opiskelijaryhmissä, ei ollut asiaan mielipidettä. Vastaus voi tarkoittaa sitä, etteivät he ole hoitaneet yhteistyöpotilaita. Ainoastaan noin 15 % suuhygienistiopiskelijoista vastasi myönteisesti ja yli 40 % kielteisesti kysymykseen. Kaikki hammaslääkäriopiskelijat, joilla oli kysymykseen mielipide, vastasivat olevansa jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että tietoa yhteistyöpotilaan hoidosta jaetaan.

### 6.3 Sairauspoissaolot

*Kysymys 41:* Onko poissaoloilla ollut merkitystä yhteistyöhön?

Suuhygienistiopiskelijoista 96,2 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 95,8 % mielestä poissaoloilla ei ole ollut merkitystä yhteistyöhön. Suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % vastasi poissaoloilla olleen merkitystä yhteistyöhön.

*Kysymys 41 analyysi.* Kyselyyn vastanneista opiskelijoista vain kaksi oli kokenut poissaolojen vaikeuttavan yhteistyötä. Aikaisempien tutkimusten mukaan poissaoloihin vaikuttavat monet tekijät ja etenkin nuorten kynnys poissaoloihin on matala (Kivimäki ym.1996-1998: 20–21). Tutkimukset osoittavat myös, että työelämässä poissaolo lievien sairauksien, väsymyksen sekä yksityisasioiden takia on pitkälti valinta kysymys (Antti-Poika 1993: 338). Edellä mainitut kriteerit poissaoloihin pätevät myös koulumaailmassa.

Kyselyyn vastanneilla opiskelijoilla ei todennäköisesti ole kovin paljoa poissaoloja tai sitten yhteistyö suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden välillä on ollut vähäistä, jos lainkaan. Eräs kyselyyn vastanneista oli ymmärtänyt kysymyksen erilailla, kuin muut. Kysymyksen yhteistyöllä tarkoitettiin suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan välistä yhteistyötä, ei parityöskentelyä oman luokka tai kurssitoverinsa kanssa.

*Kysymys 42:* Jos vastasit edelliseen kysymykseen KYLLÄ, kerro miten poissaolo on vaikuttanut yhteistyöhön?

Opiskelijoille, jotka vastasivat poissaoloilla olevan merkitystä yhteistyöhön, esitettiin lisäkysymys miten poissaolo on vaikuttanut yhteistyöhön. Vastajien mielestä poissaolot vaikeuttavat yhteydenpitoa ja poissaolot vaikuttavat siten, että ilman hoitajana toimivaa kurssikaveria on hankalampi työskennellä.

Suuhygienistiopiskelijoista 42,3 % oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa yhteistyön määrään. Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli puolestaan 34,6 % suuhygienistiopiskelijoista ja 23,0 % ei ollut mielipidettä asiaan. Hammaslääkäriopiskelijoilla vastaavat luvut olivat 16,7 % ja 29,2 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 25 % ei ollut mielipidettä asiaan.

*Kysymys 42 analyysi.* Tulosten perusteella näyttää siltä, että hammaslääkäriopiskelijoilla on suuhygienistiopiskelijoita pienemmät mahdollisuudet vaikuttaa yhteistyön määrään. Koska työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilöön itseensä ja hänen halukkuuteensa vaikuttaa, jakaa ja välittää tietoa (Aaltonen ym. 2002: 22), voidaan tulosten olettaa jossain määrin myös kuvastavan opiskelijoiden omaa motivaatiota yhteistyön tekemiseen. Koska työntekijän perehdyttämisellä on havaittu olevan merkitystä työntekijän vaikutusmahdollisuuksien kannalta (Aaltonen ym. 2002: 22), voi koettuja mahdollisuuksia vähentää myös tietämättömyys tarjolla olevista mahdollisuuksista ja yhteistyömuodoista.

#### 6.4 Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet

*Kysymys 17:* Potilaan hoidon suunnittelu on hyvä tehdä yhteistyössä suuhygienisti/hammaslääkäriopiskelijan kanssa?

Suuhygienistiopiskelijoista 15,4 % oli täysin samaa mieltä ja 57,7 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan hoidon suunnittelu on hyvä tehdä yhteistyössä. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 8,3 % ja jokseenkin samaa mieltä oli 20,8 %. Suuhygienistiopiskelijoista 11,5 % oli jokseenkin eri mieltä ja 7,7 % täysin eri mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista oli jokseenkin eri mieltä 41,7 % ja täysin eri mieltä 12,5 %. Mielipidettä asiaan ei ollut 7,7 % suuhygienistiopiskelijoista ja 16,7 % hammaslääkäriopiskelijoista.

*Kysymys 17 analyysi.* Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilös-

töön ja heidän halukkuuteensa vaikuttaa, jakaa ja välittää tietoa. (Aaltonen ym. 2002:22) Syyhygienistiopiskelijoista 15,4% mielestä potilaan hoidon suunnittelu olisi hyvä tehdä yhteistyönä, kun vastaava luku hammaslääkäriopiskelijoilla oli 8,3%. Kysymyksen tulos on ristiriidassa kysymyksen 22 kanssa: Yhteistyö potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa on tarpeellista, koska suuri osa oli samaa mieltä väittämän kanssa.

Kysymys 22: Yhteistyö potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa on tarpeellista?

Yhteistyön potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa koki tarpeelliseksi 80,7 % suuhygienistiopiskelijoista ja 29,2 % hammaslääkäriopiskelijoista. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 11,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 45,9 %. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 25,0 % ei ollut mielipidettä yhteistyön tarpeellisuudesta potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa.

Kysymys 23: Yhteistyötä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa on riittävästi?

Kysyttäessä yhteistyön määrän riittävydestä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa 16,7 % hammaslääkäriopiskelijoista ja 3,8 % suuhygienistiopiskelijoista oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä hammaslääkäriopiskelijoista oli 16,7 % ja suuhygienistiopiskelijoista 15,4 %. Suuhygienistiopiskelijoista 46,2 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä yhteistyön määrän riittävydestä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 12,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 54,2 % ei ollut mielipidettä yhteistyön riittävydestä. Suuhygienistiopiskelijoiden vastaava osuus oli 34,6 %.

*Kysymykset 22 ja 23 analyysi.* Työssä vaikuttaminen on mahdollisuutta vaikuttaa omiin työtehtäviin, työvälineisiin, työtahtiin, työmenetelmiin, aikataulutukseen, töiden jakoon ja työaikaan. Työssä vaikuttamista on sekä horisontaalista että vertikaalista. Horisontaalinen vaikuttaminen tapahtuu omien työtehtävien sisällä, kun taas vertikaalinen vaikuttaminen on laajempaa. Sillä pyritään vaikuttamaan esimerkiksi työnteon puitteisiin ja pelisääntöihin. (Aaltonen ym. 2002: 22.)

Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhdessä toteuttama yhteisten potilaiden hoidon suunnittelu sisältää molemmat työssävaikuttamisen muodot. Horisontaalista vai-

kuttamista on se, että opiskelija itse pääsee osallistumaan omien työtehtäviensä sisältöjen suunnitteluun. Vertikaalista vaikuttamista syntyy opiskelijoiden yhteistyön myötä, koska suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyö on vielä niin uutta, että toimintamalleja ja pelisääntöjä luodaan yhteistyötä tehdessä. Kyselyyn vastanneista suuhygienistiopiskelijoista 80,7 % koki yhteistyön tarpeelliseksi suunnitteluvaiheessa, kun vastaava luku hammaslääkäriopiskelijoiden keskuudessa oli vain 29,2 %. Koska työssä vaikuttaminen on merkityksellistä työssä viihtymisen sekä työtehtävien toteutuksen kannalta (Aaltonen ym. 2002: 22), olisi tärkeää, että suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet osallistua potilaan hoidon suunnitteluvaiheeseen.

Työelämässä hammaslääkärit ovat usein suuhygienistien esimiehiä, tai ainakin vastaavat suuhygienistin tekemästä työstä. Niina Pietilä on Pro gradussaan (2004) tutkinut kehityskeskustelua sairaanhoitajan työssä oppimisen tukijana, sairaanhoitajien kehityskeskusteluissa ilmennyttä vuorovaikutusta, palautetta, arviointia ja tavoitteiden asettamista sekä kuvannut näiden tekijöiden koettua vaikutusta sairaanhoitajien työssä oppimiseen. Tutkimustulosten mukaan kehityskeskustelut olivat joko tasavertaisia tai esimiesjohtoisia. Tasavertaisissa keskusteluissa esimiehen ja hoitajan suhde lujittui ja keskustelu oli avointa ja mahdollisti sairaanhoitajien kehittymistarpeiden esilleoton. Esimiesjohtoinen vuorovaikutus oli hierarkkista ja etäisyysshakuista, eivätkä sairaanhoitajat luottaneet kehitys- tai muutosmahdollisuuksiin. (Pietilä 2004). Potilaan hoidossa hammaslääkäri laatii yleensä yksin potilaan hoitosuunnitelman, jota suuhygienistin tulee noudattaa. Tällöin yhteistyötä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa ei juuri ole ja mahdollinen vuorovaikutus on esimiesjohtoista ja hierarkkista. Kyselyyn vastanneista hammaslääkäriopiskelijoista vain vajaa kolmannes koki yhteistyön tarpeelliseksi potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa, mikä tällä hetkellä varmasti osaltaan hidastaa yhteistyön muodostumista. Suuhygienistiopiskelijoista valtaosa halusi yhteistyötä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa, mikä olisi askel kohti tasavertaisempaa vuorovaikutusta. Tulosten mukaan työntekijä pystyy parhaiten vaikuttamaan omaan työhönsä olemalla avoin esimiestä kohtaan (Pietilä 2004). Näin ollen voidaan olettaa, että yhteistyö potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa olisi tarpeellista, jotta suuhygienistiopiskelija voisi vaikuttaa omaan työhönsä.

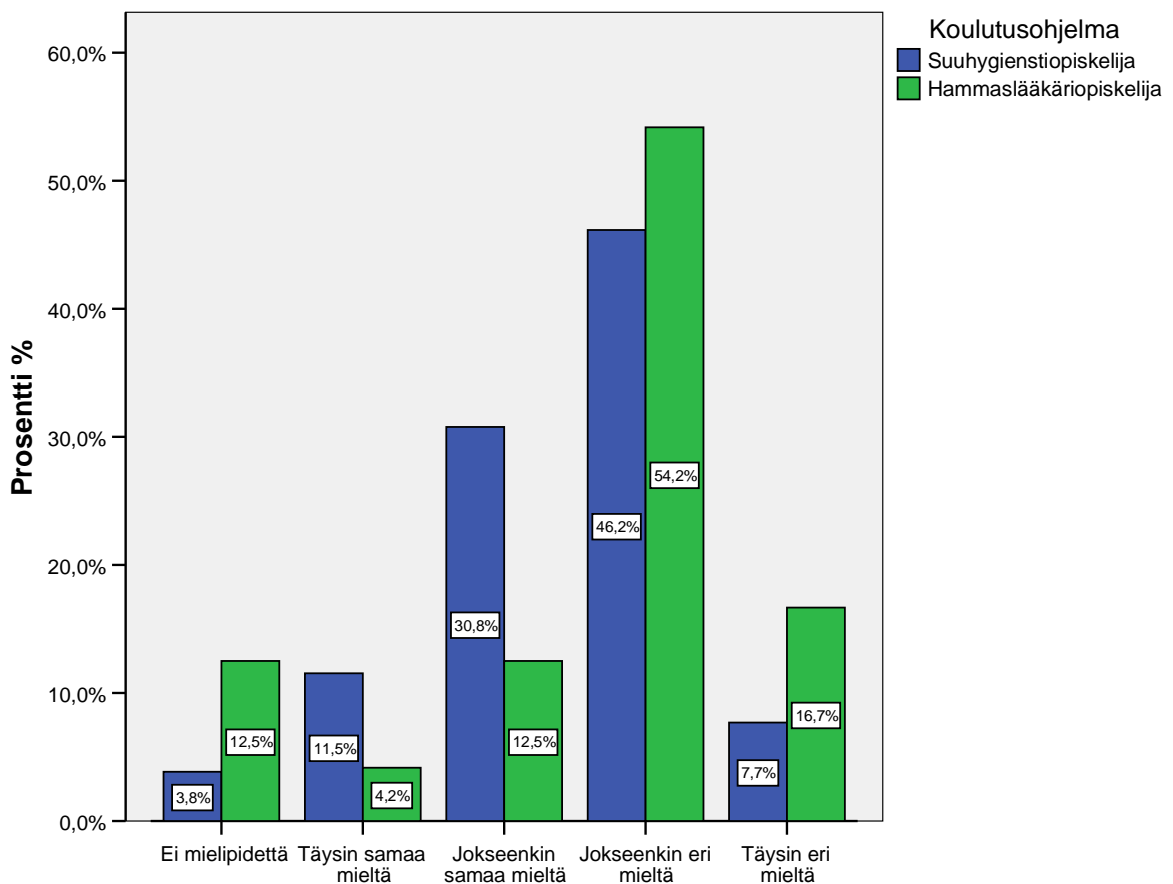
Jotta yhteistyö potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa olisi mahdollista, edellyttäisi se, että läsnä olisivat sekä potilasta hoitava suuhygienistiopiskelija että hammaslääkä-

riopiskelija. Tämä on vaikeaa aikataulujen yhtensovittamisen kannalta. Jotta voitaisiin turvata molempien opiskelijoiden tasavertainen osallistuminen ja oppiminen, tulisi hoidon suunnitteluvaihetta varten luoda selkeät pelisäännöt. Pahimmassa mahdollisessa tilanteessa hammaslääkäri tutkii potilaan ja suuhygienisti toimii avustajana. Tällainen työnjako ei edistä suuhygienistiopiskelijan oppimista.

Tiedusteltaessa mielipidettä yhteistyön riittävydestä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa ei mielipidettä -vastaajien osuus oli suuri. Hammaslääkäriopiskelijoista peräti 54,2 % sekä suuhygienistiopiskelijoista 34,6 % ei ollut mielipidettä yhteistyön riittävydestä. Näissä tuloksissa näkyy epäilemättä aikaisemmin tuloksissa esiin tullut riittävän informaation puute yhteistyön toteutumiseksi. Yhteistyötä ja tietoa sen toteutuksesta on tätä nykyä niin vähän, että opiskelijoiden on vaikea hahmottaa heille riittävää yhteistyön määrää. Jotta molemmat opiskelijaryhmät voisivat tasavertaisesti vaikuttaa työhönsä, olisi nykyisen yhteistyön määrän lisääminen tarpeellista. Yhteistyön lisäämisen kannalla on myös 46,2 % suuhygienistiopiskelijoista sekä 12,5 % hammaslääkäriopiskelijoista.

Kysymys 25: Saan ohjaajiltani riittävästi informaatiota yhteistyön toteutumiseksi?

Kysyttäessä saako opiskelija ohjaajiltaan riittävästi informaatiota yhteistyön toteutumi-



seksi, suuhygienistiopiskelijoista täysin tai jokseenkin samaa mieltä vastasi 42,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 16,7 %. Täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta oli 53,9 % suuhygienistiopiskelijoista ja 70,9 % hammaslääkäriopiskelijoista. Suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 12,5 % ei ollut kysymykseen mielipidettä.

*Kysymys 25 analyysi.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Työsuojeluoppaita ja ohjeita 36, Psykososiaalisen työympäristön arvioiminen todetaan, että työntekijän perehdyttämällä on suuri vaikutus työntekijän mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan työhönsä. Työhön ja erityisesti työaikoihin vaikuttaminen on merkityksellistä myös työssä viihtymisen kannalta. (Aaltonen ym. 2002: 22.) Väittämässä mainittua ohjaajilta saatua riittävää informaatiota yhteistyön toteutumiseksi voidaan verrata työpaikalla tapahtuvaan työtehtäviin perehdytykseen. Opiskelijoiden mahdollisuudet vaikuttaa omiin työtehtäviinsä sekä toteuttaa yhteistyötä ovat suunhoidon opetuslinikalla sekä yliopisto-hammasklinikalla osittain sidoksissa ohjaajilta saatavaan informaatioon. Samoin työpaikalla työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilöstöön ja heidän halukkuuteensa vaikuttaa, jakaa ja välittää tietoa (Aaltonen ym.2002: 22). Kyselyyn vastanneista suuhygienistiopiskelijoista 53,9 % koki ohjaajilta saadun informaation riittämättömäksi, jotta yhteistyö toteutuisi. Hammaslääkäriopiskelijoista peräti 70,9 % koki saadun informaation riittämättömäksi. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että opiskelijoiden mahdollisuudet toteuttaa yhteistyötä, vaikuttaa omaan työhönsä sekä työssä viihtymiseensä ovat tällä hetkellä heikommat kuin mitä ne olisivat jos ohjaajilta saadun informaation määrä olisi suurempi.

KUVIO 5. Saan ohjaajiltani riittävästi informaatiota yhteistyön toteutumiseksi.

On ymmärrettävää, että ohjaajien on vaikea informoida opiskelijoita, koska yhteistyön toteutuminen ei ole vielä saanut selkeitä muotoja. Opiskelijoiden tilannetta varmasti helpottaisi, jos ohjaajat jakaisivat uutta informaatiota koko ajan sitä mukaan kuin sitä itsekkin saavat. Tiedon jakamista varten tulisi olla selkeät ohjeet, esimerkiksi yhteistyötä koskeva kansio koulun tietokoneiden S-aseamalla, minne kaikilla opiskelijoilla on pääsy. Kansioon voisi päivittää tietoja suoraan. Yhteistyön kehittämiseen liittyy myös erilaisia kokeiluja, jotka koskevat vain tiettyjä opiskelijaryhmiä. Jotta kaikki olisivat selvillä yhteistyön kehittämisestä, olisi tärkeää tiedottaa kokeiluista kaikkia opiskelijoita, eikä vain kohderyhmää.

Kysymykset 31 ja 32: Missä vaiheessa yhteistyö on hyvä aloittaa? Mahdollisuudet yh-



teistyölle?

Yhteistyön aloittamisen opintojen alkuvaiheessa kokee hyväksi 30,8 % suuhygienistiopiskelijoista ja 12,5 % hammaslääkäriopiskelijoista. Opintojen puolivälissä aloitetun yhteistyön kokee hyväksi 87,5 % hammaslääkäriopiskelijoista ja 65,4 % suuhygienistiopiskelijoista. Suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % kokee yhteistyön aloittamisen opintojen lopussa hyväksi.

Suuhygienistiopiskelijoista 50,0 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 33,3 % kokee, että yhteistyölle on hyvät mahdollisuudet. Mahdollisuuksia kohtalaisina pitää 41,7 % hammaslääkäri- ja 42,3 % suuhygienistiopiskelijoista. Hammaslääkäriopiskelijoista 20,9 % kokee yhteistyön mahdollisuudet huonoiksi tai melko huonoiksi ja suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % melko huonoiksi. Mahdollisuuksista yhteistyölle suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ei ollut mielipidettä.

*Kysymykset 31 ja 32 analyysi.* Opiskelijat aloittavat potilastyöt suunhoidon opetuskliniikalla ja yliopistohammasklinikalla opintojensa puolivälissä. Suurin osa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoista koki yhteistyön aloittamisen hyväksi juuri opintojen puolivälissä, eli potilastöiden alettua. Vaikka nykyisellään yhteistyö potilaan hoidossa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden välillä on vielä vähäistä ja jäsentymätöntä, on yhteinen näkemys yhteistyön aloittamisen ajankohdasta hyvä lähtökohta yhteistyön kehittämiseksi. Yhteistyön syntymisen todennäköisyyttä lisäävät myös yhteistyön mahdollisuuksia koskevaan kysymykseen saadut vastaukset. Suuhygienistiopiskelijoista peräti 92,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 75 % pitää yhteistyön mahdollisuuksia hyvinä tai kohtalaisina.

Kysymys 35: Pitäisikö yhteistyön vaihtoehtoja/mahdollisuuksia olla nykyistä enemmän?

Suuhygienistiopiskelijoista 73,1 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 70,8 % oli sitä mieltä, että yhteistyön vaihtoehtoja tai mahdollisuuksia pitää olla nykyistä enemmän. Suuhygienistiopiskelijoista 23,1 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 25,0 % ei ole mielipidettä asiasta. 3,8 % suuhygienistiopiskelijoista ja 4,2 % hammaslääkäriopiskelijoista oli sitä mieltä, että yhteistyön mahdollisuuksia ei pitäisi olla nykyistä enemmän.

*Kysymys 35 analyysi.* Suurin osa sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoista kokee, että yhteistyön vaihtoehtoja/mahdollisuuksia pitäisi olla nykyistä enemmän. Molemmilla opiskelijaryhmillä on siis halua vaikuttaa omaan työhönsä ja sitä kautta lisätä työssä viihtymistään (Aaltonen ym.2002: 22). Tätä tulosta voidaan pitää rohkaisevana yhteistyön jatkamista ja kehittämistä ajatellen, sillä ilman opiskelijoiden omaa halua ei yhteistyö voi onnistua.

Kysymys 36: Millaista yhteistyötä olet tehnyt?

Kysymykseen millaista yhteistyötä olet tehnyt, vastaajat saivat vastata omin sanoin. Kysymykseen vastasi 74,0 % koko kyselyyn vastanneista. Yhteistyö oli ollut enimmäkseen yhteisiä parodontologisia potilaita ja potilaan lähettämistä suuhygienisti- tai hammaslääkäriopiskelijalle. Avustamista ja alkutarkastuksia oli myös tehty jonkin verran yhteistyönä. Yhteistyö oli myös ollut seuraamista vierestä ja perushammashoitoa. Osa vastaajista ei ollut tehnyt yhteistyötä lainkaan.

*Kysymys 36 analyysi.* Suurin osa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden tekemästä yhteistyöstä oli parodontologista tai kariologiaan liittyvää. Nämä yhteistyön muodot tulevat kyseeseen useimmissa tapauksissa, koska potilaan tullessa hoitoon suunhoidon opetuslinikalle hänelle tehdään parodontologinen alkutarkastus, minkä yhteydessä voi ilmetä tarvetta myös hammaslääkäriin hoidolle. Tällainen tilanne syntyy esimerkiksi kun potilaalla on hyvin vaikea parodontiitti, joka vaatii esimerkiksi kiskotusta tai kun tarkastuksen tai hoidon yhteydessä epäillään kariesta. Tällöin hammaslääkäriopettajan hyväksynnällä potilaasta tulee yhteistyöpotilas, jonka tiedot toimitetaan hoidon käynnistämistä varten yliopistohammasklinikalle. Parodontologista yhteistyötä voi syntyä myös siten, että potilas menee alun perin hoitoon yliopistohammasklinikalle, jossa hammaslääkäriopiskelija tekee hoitosuunnitelman. Tällöin hän voi suorittaa itse osan parodontologisesta hoidosta ja sen jälkeen lähettää potilaan suuhygienistiopiskelijalle. Tuloksissa esiin tullut yhteistyö Effica- potilastietojärjestelmän välityksellä on luonnollinen osa yhteistyötä, koska yhteistyöpotilaan tiedot kirjataan Efficaan, mistä ne ovat sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijan saatavilla. Kasvotusten tapahtuvaa yhteistyötä on hyvin vähän, koska kommunikointi tapahtuu pääosin Effican, puhelimen tai viestilappujen välityksellä.

Yhteistyön muodoissa työssä vaikuttaminen rajoittuu lähinnä horisontaaliseen, eli oman

työtehtävän sisällä tapahtuvaan vaikuttamiseen (Aaltonen ym. 2002:22). Kun hoitosuunnitelma on tehty joko suunhoidon opetuslinikalla tai yliopistohammasklinikalla, voi opiskelija ohjaajan valvonnassa suunnitella ja toteuttaa potilaan hoidon melko vapaasti. Työsuojeluoppaita ja ohjeita 36. julkaisussa todetaan, että työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilöstöön ja heidän halukkuuteensa vaikuttaa, jakaa ja välittää tietoa (Aaltonen ym. 2002: 22). Tämä pätee myös opiskelijoiden välisessä yhteistyössä. Mikäli haluaa olla tiiviimmässä vuorovaikutussuhteessa toiseen yhteistyöpotilasta hoitavaan osapuoleen, se on mahdollista, mutta vaatii paljon omaa aktiivisuutta, koska valmiita toimintatapoja ei ole.

**Kysymys 38: Miten yhteistyötä voisi kehittää?**

Kysymykseen miten yhteistyötä voisi kehittää vastasi 48,0 % kaikista kyselyyn vastanneista. Kaikista vastauksista heijastuu, että yhteistyön määrää tulisi lisätä. Eniten toivotaan, että potilaan hoito suunniteltaisiin yhdessä. Vastauksissa toivotaan, että yhteistyö aloitettaisiin heti opiskelujen alussa sekä, että yhteistyö tapahtuisi kasvatusten. Yhteistyötä halutaan tapahtuvan myös yhteisten luentojen muodossa sekä toimimalla samalla klinikalla. Yhteistyötä toivottiin selkeytettävän ja sääntöjä yhdenmukaistettavan. Osa vastaajista ei ollut tehnyt yhteistyötä eikä tiennyt miten sitä voisi kehittää.

*Kysymys 38 analyysi.* Miten yhteistyötä voisi kehittää -kysymyksessä opiskelijoille tarjoutui mahdollisuus pyrkiä vaikuttamaan työhönsä. Vain noin puolet kyselyyn vastanneista oli kuitenkin hyödyntänyt tilaisuuden ja vastannut tähän kysymykseen. Työntekijän perehdyttämisellä on jo aiemmin todettu olevan suuri vaikutus työntekijän mahdollisuuksiin vaikuttaa työhönsä. Perehdytyksen avulla työntekijä oppii käyttämään harkintavaltansa, eli tässä tapauksessa antamaan kehitysehdotuksia. Kehitysehdotusten vähyteen vaikuttikin varmasti osaltaan aiemmin esiin tullut seikka ohjaajilta saadun informaation vähydestä. Omakohtaista kokemusta yhteistyöstä opiskelijoilla on vielä vähän ja jos informaatiota yhteistyön toteuttamisestakaan ei ole saatavilla, on vaikeaa esittää kehitysehdotuksia. Jälleen tulee esiin opiskelija persoonana, sillä työssä vaikuttaminen on sidoksissa opiskelijaan itseensä ja hänen haluunsa vaikuttaa työhönsä. (Aaltonen ym. 2002: 22.)

Kaikista saaduista vastauksista heijastui myönteisyys yhteistyön lisäämiselle ja erityisesti toivottiin yhteistyötä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa. Tässä on havaittavissa

selvästi, että opiskelijat toivovat lisää vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä. Yhteisessä hoidon suunnitteluvaiheessa jokaiselle tarjoutuisi mahdollisuus vaikuttaa enemmän omiin työtehtäviinsä ja luoda uutta yhteistyön kulttuuria. Työssä vaikuttaminen olisi tällöin sekä horisontaalista että vertikaalista vaikuttamista. Koska työssä vaikuttamisen on todettu lisäävän myös työssä viihtymistä, on pyrkimys suurempiin vaikutusmahdollisuuksiin ymmärrettävää. (Aaltonen ym. 2002: 22.)

Kysymys 39: Kannustetaanko opiskelupaikassasi yhteistyöhön?

Kysymykseen kannustetaanko opiskelupaikassasi yhteistyöhön vastausvaihtoehdot eivät olleet luotettavia tilastollisen analysoinnin kannalta. Kysymykseen vastattiin seuraavasti: 1. Kyllä 22,0 %, 2. Jonkin verran 30,0 %, 3. Ei osaa sanoa 12,0 %, 4. Melko vähän 26,0 %, 5. Ei lainkaan 10,0 %. Kysymyksen vastausvaihtoehdot 1. Kyllä, olisi pitänyt olla 1. Paljon, jotta vaihtoehdot olisivat olleet keskenään vertailukelpoisia. Näin ollen tulokset jätetään analysoimatta.

Kysymys 40: Haluaisin yhteistyöltä? Osakysymys: Jotain muuta mitä?

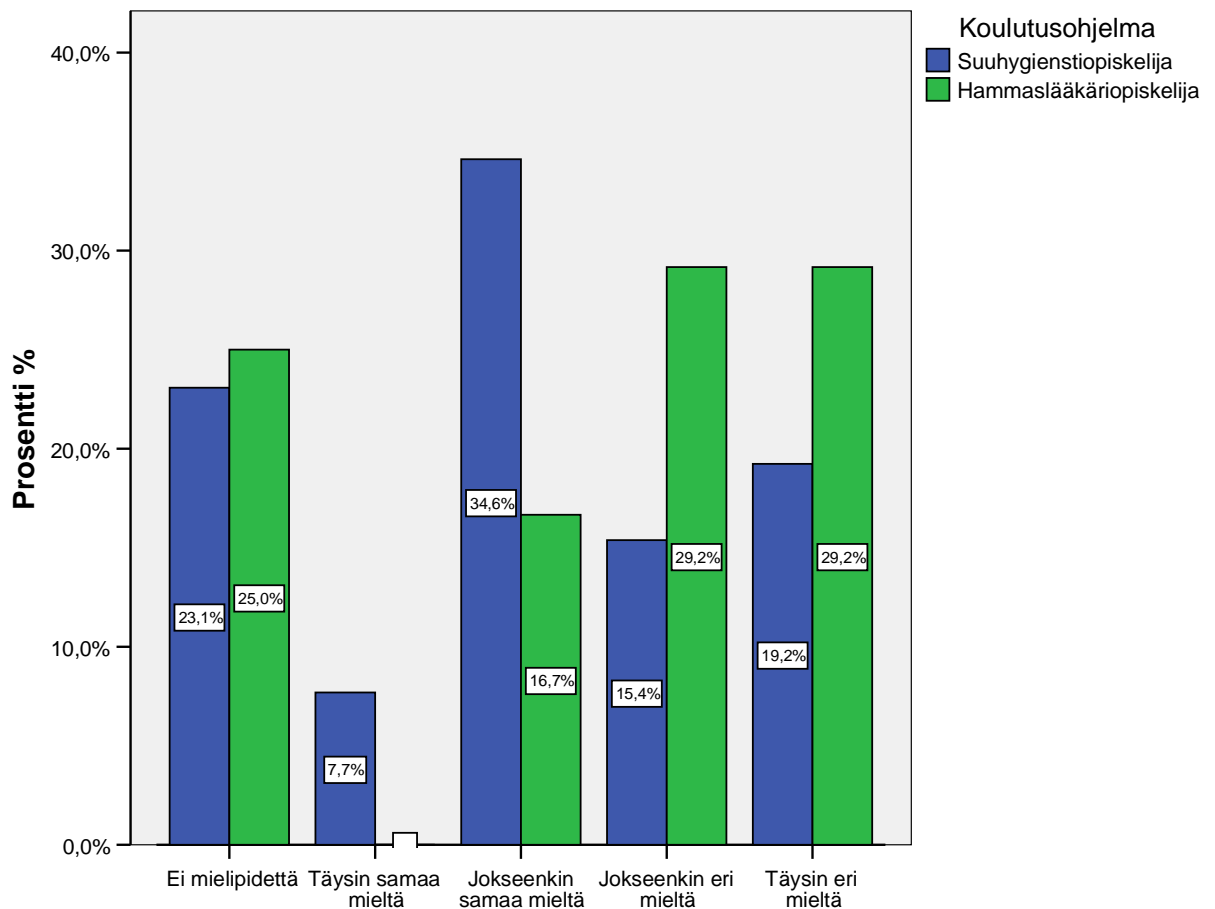
Kysyttäessä mitä opiskelija haluaisi yhteistyöltä oli mahdollisuus vastata useampaan vaihtoehtoon. Kaikista vastanneista 80,0 % haluaa yhteistyöltä yhteisiä potilaita. Hoitotilanteissa avustamista haluaa 40,0 %, yhteisiä luentoja 36,0 % ja yhteisiä seminaareja 24,0 %. Yhteisiä vapaa-ajan tapaamisia haluaa 12,0 % vastanneista ja 2,0 % yhteisiä järjestettyjä tapaamisia ja keskusteluja. 2,0 % vastanneista ei ollut halukkaita yhteistyöhön ja 2,0 % ei osannut sanoa mitä haluaa yhteistyöltä.

*Kysymys 40 analyysi.* Kysyttäessä mitä muuta vastaaja halusi yhteistyöltä, suurin osa halusi yhteisiä potilaita. Yli kolmasosa vastaajista halusi yhteistyöltä myös hoitotilanteissa avustamista sekä yhteisiä luentoja. Noin viidennes oli kiinnostunut yhteisistä seminaareista. Tulosten perusteella voidaan havaita, että suurin osa toivotusta yhteistyöstä liittyi kliiniseen työskentelyyn. Vastaukset kuvastavat hyvin nykytilannetta, jossa suurin osa yhteistyöstä on juuri kliinistä yhteistyötä. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden kliinisen työskentelyn tuloksia seurataan ja molemmilta opiskelijaryhmiltä vaaditaan riittävästi hoidettuja potilaita. Tällöin on ymmärrettävää, että toivotut yhteistyön muodot liittyvät kliiniseen työskentelyyn, jolloin ne voivat tuoda helpotusta vaaditun työmäärän suorittamiseen. Kliinisen yhteistyön aloittaminen jo opiskeluaikana on posi-

tiivinen asia, koska työelämässä suuhygienistin ja hammaslääkärin välinen yhteistyö on juuri potilaan hoidon jakamista järkevästi siten, että kumpikin ammattiryhmä keskittyy oman osaamisen kannalta keskeiseen hoitoon. Hoitotilanteissa avustaminen ei juuri edistä suuhygienistin ja hammaslääkärin kliinisen yhteistyön sujuvuutta, koska suuhygienistin työnkuvaan ei pääsääntöisesti kuulu avustaminen.

Kysymys 43: Minulla on mahdollisuus vaikuttaa suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijoiden kanssa tekemäni yhteistyön määrään?

Opiskelijoiden mahdollisuuksista vaikuttaa yhteistyön määrään, suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % oli täysin samaa mieltä ja 34,6 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin samaa mieltä oli 16,7 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 15,4 % ja täysin eri mieltä 19,2 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 29,2 % ja täysin eri mieltä 29,2 % vaikutusmahdollisuuksistaan yhteistyön määrään. Suuhygienistiopiskelijoista 23,1 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 25,0 % ei ollut asiaan mielipidettä.



KUVIO 6. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijoiden kanssa tekemäni yhteistyön määrään.

*Kysymys 43 analyysi.* Tulosten perusteella näyttää siltä, että hammaslääkäriopiskelijoilla on suuhygienistiopiskelijoita pienemmät mahdollisuudet vaikuttaa yhteistyön määrään. Huomattavaa kuitenkin on, että puolella vastanneista hammaslääkäriopiskelijoista ei ollut mielipidettä asiaan. Koska työssä vaikuttamisen mahdollisuudet ovat sidoksissa henkilöön itseensä ja hänen halukkuuteensa vaikuttaa, jakaa ja välittää tietoa (Aaltonen ym. 2002:22), voidaan tulosten olettaa jossain määrin myös kuvastavan opiskelijoiden omaa motivaatiota yhteistyön tekemiseen. Koska työntekijän perehdyttämisellä on havaittu olevan merkitystä työntekijän vaikutusmahdollisuuksien kannalta (Aaltonen ym. 2002:22), voi koettuja mahdollisuuksia vähentää myös tietämättömyys tarjolla olevista mahdollisuuksista ja yhteistyömuodoista.

Kysymys 46: Saan palautetta työskentelystäni yhteistyökumppaniltani suuhygienisti-/hammaslääkäriopiskelijalta?

Kysyttäessä saako yhteistyötä tekevältä kumppanilta palautetta yhteistyöstä, suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % oli täysin samaa mieltä ja 7,7 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin samaa mieltä oli 4,2 %. Jokseenkin eri mieltä suuhygienistiopiskelijoista oli 26,9 % ja täysin eri mieltä 23,1 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 12,5 % ja täysin eri mieltä 54,2 %. Suuhygienistiopiskelijoista 38,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 29,2 % ei ollut mielipidettä.

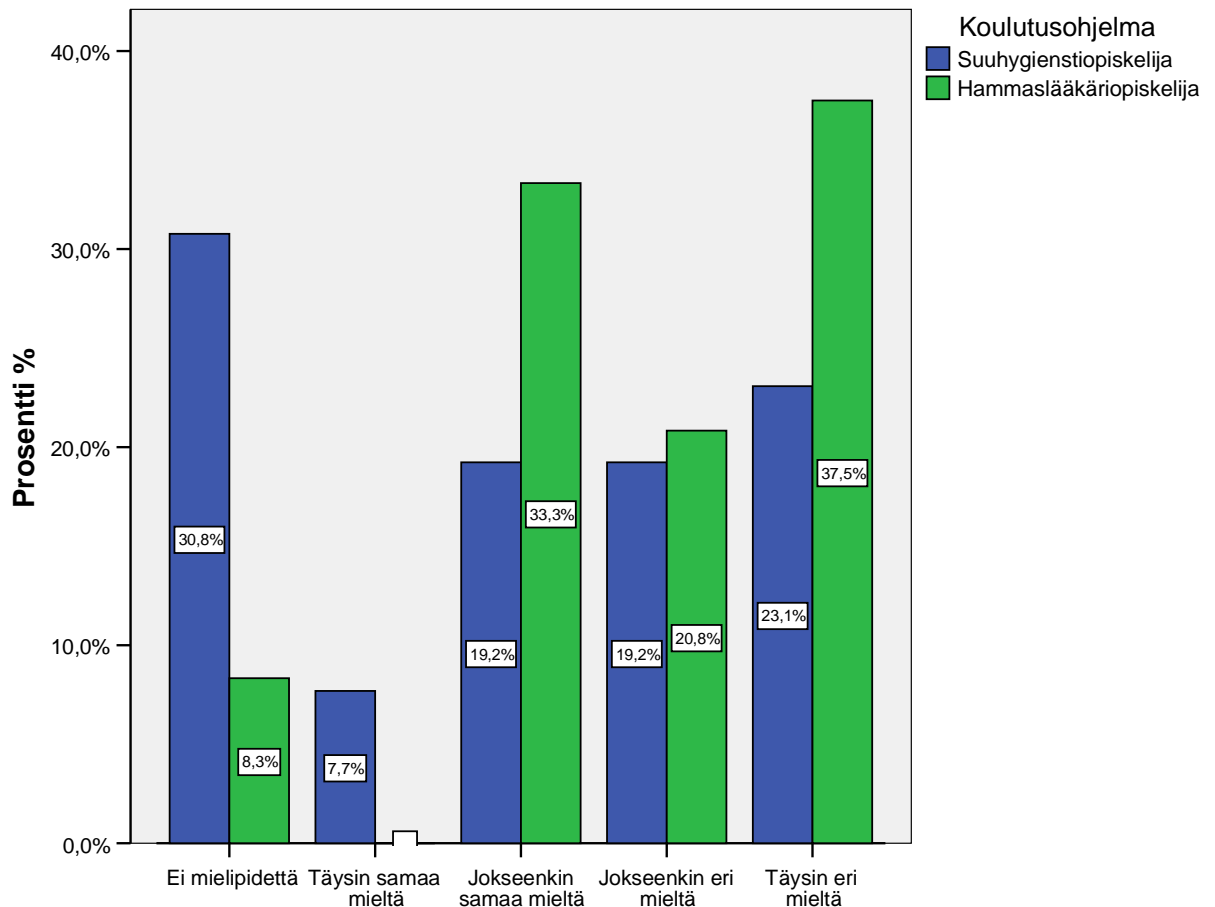
*Kysymys 46 analyysi.* Suurin osa kaikista vastaajista ei kokenut saavansa yhteistyökumppaniltaan riittävästi palautetta. Yhteensä vain 15 % vastaajista koki saavansa riittävästi palautetta. Vastaukset kertovat vallitsevasta käytännöstä suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden välillä. Palautetta toisen työstä ei anneta, suurelta osin tähän vaikuttaa varmasti kommunikointikeinojen puuttuminen. Pietilän pro gradu -työssä (2004) tulee esille, että kehityskeskustelijoiden avoimuus mahdollistaa kehittämistarpeiden esille oton. Samoin voidaan olettaa, että avoin palaute yhteistyökumppanilta toisi esiin mahdollisia kehittämiskohteita opiskelijan työssä ja mahdollistaisi näin oman työskentelyn parantamisen. Opiskelijoiden välistä yhteistyötä kehitettäessä olisi ensiarvoisen tärkeää luoda kommunikoinnin mahdollistavat kanavat. Keskusteluväylä, jossa myös potilaiden hoitoon liittyviä asioita voi käsitellä luottamuksellisesti, on ehdoton edellytys yhteistyön onnistumiselle. Opiskelijoiden aikataulut ovat tiukat ja yhteisen

ajan löytyminen kasvokkain keskusteluun voi olla hankalaa. Olisikin tärkeää, että keskustelufoorumi ei olisi aikaan tai paikkaan sidottu, vaan yhteistyökumppanille voisi jättää viestin silloin kun itselle parhaiten sopii.

Kysymys 50: Opiskelupaikassani ilmenee vastustusta yhteistyötä kohtaan?

Hammaslääkäriopiskelijoista 33,3 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että opiskelupaikassa ilmenee vastustusta yhteistyötä kohtaan. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % oli täysin samaa mieltä ja 19,2 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä asiasta oli 20,8 % ja täysin eri mieltä 37,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 19,2 % ja täysin eri mieltä 23,1 % siitä, että opiskelupaikassa ilmenee vastustusta yhteistyötä kohtaan. Hammaslääkäriopiskelijoista 8,3 % ja suuhygienistiopiskelijoista 30,8 % ei ollut asiaan mielipidettä.

*Kysymys 50 analyysi.* Kolmannes hammaslääkäriopiskelijoista oli kohdannut opiskelupaikassa vastustusta yhteistyötä kohtaan, suurimmalla osalla ei kuitenkaan ollut tällaisia kokemuksia. Suuhygienistiopiskelijoista noin neljännes oli kohdannut vastustusta, viidenneksellä ei ollut tällaisia kokemuksia ja peräti kolmanneksella ei ollut asiasta mielipidettä.



KUVIO 7. Opiskelupaikassani ilmenee vastustusta yhteistyötä kohtaan.

#### Kysymys 51: Yhteistyössä arvostetaan aloitteiden ja parannusehdotusten tekoa?

Hammaslääkäriopiskelijoista 8,3 % oli täysin samaa mieltä ja 4,2 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhteistyössä arvostetaan aloitteiden ja parannusehdotusten tekoa. Suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 3,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 23,1 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 25,0 % ja 62,5 % hammaslääkäriopiskelijoista ei ollut mielipidettä asiaan. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 11,5 %, täysin eri mieltä 7,7 % ja 53,8 % ei ollut mielipidettä siitä, arvostetaanko yhteistyössä tapahtuvien aloitteiden ja parannusehdotusten tekoa.

*Kysymys 51 analyysi.* Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut mielipidettä siitä, arvostetaanko yhteistyössä aloitteiden ja parannusehdotusten tekoa. Tulos selittyy sillä, että kommunikointia ylipäänsä tapahtuu melko vähän ja potilaan hoidon suunnitteluvaihe, jossa aloitteiden ja parannusehdotusten teko luontevimmin onnistuisi, tapahtuu yleensä joko suunhoidon opetuslinikalla tai yliopistohammasklinikalla ilman reaaliaikaista



yhteistyötä. Aloitteita ja parannusehdotuksia ei juurikaan tehdä, joten vastaajien on ollut vaikea arvioida niiden arvostusta.

Kysymys 52: Opiskelijoiden tekemiä yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia huomioidaan ja toteutetaan?

Kysyttäessä toteutetaanko ja huomioidaanko opiskelijoiden tekemiä yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 3,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 19,2 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin samaa mieltä oli 8,3 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 19,2 % sekä täysin eri mieltä 11,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 29,2 % ja täysin eri mieltä 16,7 % kysyttäessä huomioidaanko ja toteutetaanko heidän tekemiään yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia. Mielipidettä asiaan ei ollut 46,2 % suuhygienistiopiskelijoista ja 45,8 % hammaslääkäriopiskelijoista.

*Kysymys 52 analyysi.* Lähes puolella vastanneista ei ollut mielipidettä siihen, huomioidaanko ja toteutetaanko opiskelijoiden yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia. Suuhygienistiopiskelijoista lähes neljännes mutta hammaslääkäriopiskelijoista vähemmän kuin joka kymmenes koki, että heidän tekemiään yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia huomioidaan ja toteutetaan. Pietilän pro gradun mukaan (2004) avoin vuorovaikutus mahdollistaa kehitystarpeiden esille oton. Pietilä toteaa myös, että työntekijä pystyy parhaiten vaikuttamaan omaan työhönsä olemalla avoin esimiestä kohtaan. (Pietilä 2004.) Koska suuhygienistiopiskelijoiden ryhmäkoot ovat huomattavasti pienemmät kuin hammaslääkäriopiskelijoilla vuosittain aloittavien määrä, voidaan olettaa, että suuhygienistiopiskelijoilla muodostuu läheisempi suhde opettajiinsa. Tätä kautta heillä on mahdollisuus tutustua opettajiinsa paremmin, mikä puolestaan mahdollistaa avoimen kanssakäymisen ja sitä kautta aloitteiden ja parannusehdotusten teon. Yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia varten tulisikin olla keräyskanava, minkä kautta saatuja ehdotuksia tulisi myös säännöllisesti käsitellä.

### Kysymys 53: Yhteistyötä koskevia asioita käsitellään riittävästi?

Kysyttäessä mielipidettä siitä, käsitelläänkö yhteistyötä koskevia asioita riittävästi, hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 4,2 % ja suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa ja jokseenkin samaa mieltä oli 7,6 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 45,8 % ja täysin eri mieltä 29,2 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 46,2 % ja täysin eri mieltä 26,9 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 20,8 % ja suuhygienistiopiskelijoista 19,2 % ei ollut mielipidettä yhteistyötä koskevien asioiden käsittelemisen riittävydestä.

*Kysymys 53 analyysi.* Suurin osa vastaajista koki, että yhteistyötä koskevia asioita ei käsitellä riittävästi ja kaipasi lisää vaihtoehtoisia yhteistyömuotoja. Vastaukset kuvastavat selvästi yhteistyön nykytilannetta. Koko yhteistyö on vielä niin uutta ja jäsentymättömyyttä, että myöskään selkeitä foorumeita yhteistyötä koskevien asioiden käsittelyyn ei ole olemassa. Vastauksista heijastuu myös riittämätön perehdytys yhteistyöhön, joka osaltaan vähentää jo olemassa olevien yhteistyömuotojen käyttöä ja heikentää näin opiskelijan omia vaikutusmahdollisuuksia työhönsä (Aaltonen ym. 2002: 22). Yhteistyötä koskevien asioiden riittävä käsittely vaatisi ehkä enemmän aktiivisuutta myös opiskelijoilta itseltään. Pietilän Pro gradu -tutkielmassa on todettu, että työntekijä pystyy parhaiten vaikuttamaan omaan työhönsä kertomalla esimiehelle avoimesti työn ongelmakohdista sekä parannusehdotuksista. (Pietilä 2004.) Esimiehet, eli tässä tapauksessa opiskelijoiden ohjaajat, eivät välttämättä ole tiedostaneet opiskelijoiden epätietoisuutta ja yhteistyötä koskevien asioiden käsittelemisen tarvetta.

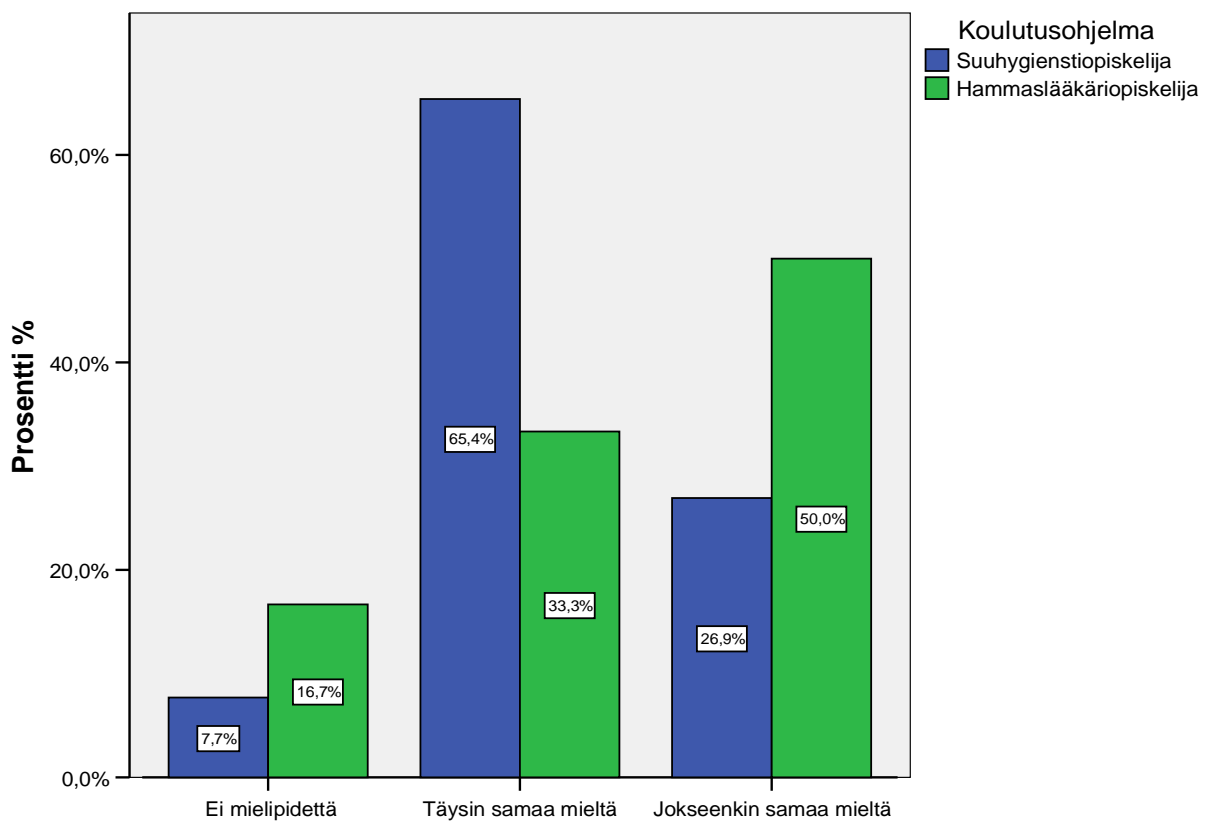
Tulosten perusteella voidaan todeta, että opiskelijoiden työssä vaikuttamisen mahdollisuuksia ja sitä kautta osallistumista suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden väliseen yhteistyöhön haittaavat lähinnä informaation vähyys, sen heikko saatavuus sekä kaikenlaisten yhteistyön mahdollistavien kommunikointikanavien puuttuminen tai jäsentymättömyys. Kyseessä lienevät melko tyypilliset ongelmat, kun otetaan huomioon, että yhteistyömuotoja ollaan vasta luomassa. Tärkeää olisi tässä vaiheessa kuitenkin turvata yhteistyömuotojen kehittyminen edelleen, mikä varmimmin tapahtuu mahdollistamalla nykyisten yhteistyömuotojen toimivuus. Keskusteluyhteyden saaminen potilasta hoitavien opiskelijoiden välille on todella tärkeää ja tätä varten olisi mahdollisimman nopeasti luotava foorumi. Yhteistyöhön liittyvä tiedottaminen olisi myös turvattava esimerkiksi aiemmin esitetyllä kansiolla, johon voisi säännöllisesti päivittää uusia tiedosto-

ja ja joka olisi kaikkien opiskelijoiden saatavilla. Aloitteita ja kehittämissuhteita varten olisi myös luotava keräyskanava, esimerkiksi informaatiota tarjoavan kansion yhteyteen, tänne ohjaajat ja toiset opiskelijat voisivat myös kommentoida palautteita.

## 6.5 Työtyytyväisyys

Kysymys 11: Ammatilliselle kehittämiselleni on eduksi jos yhteistyö tapahtuu kasvotusten?

Suuhygienistiopiskelijoista 92,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 83,3 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ammatilliselle kehitykselle on eduksi kasvotusten tapahtuva yhteistyö. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 16,7 % ei ollut mielipidettä asiaan.



KUVIO 8. Ammatilliselle kehittämiselleni on eduksi jos yhteistyö tapahtuu kasvotusten.

*Kysymys 11 analyysi.* Kasvotusten tapahtuvasta yhteistyöstä ollaan samaa mieltä suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden keskuudessa ajatellen ammatillista kehittymistä. Kasvotusten tapahtuva yhteistyö nähdään suhteessa tärkeämmäksi, kuin yhteistyö yleensä ammatillista kehittymistä ajatellen. Suuhygienistiopiskelijat (92,3 %) ovat tässä

asiassa myönteisempiä kuin hammaslääkäriopiskelijat (83,3 %), sillä suuhygienistiopiskelijoista suurempi osa oli sitä mieltä, että kasvatusten tapahtuva yhteistyö edistää ammatillista kehittymistä. Vaikka haasteellisten töiden suorittaminen yksin ja itsenäisesti on omiaan nostamaan työtyytyväisyyttä, myös vertaiskontaktit on nähty tärkeinä.

**Kysymys 12:** Ammatillisen kehittymiseni kannalta sähköinen viestintä riittää yhteistyön välineeksi?

Sähköinen viestintä yhteistyövälineenä riittää 19,2 % suuhygienistiopiskelijoista ja 16,7 % hammaslääkäriopiskelijoista. Jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli suuhygienistiopiskelijoista 69,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 58,3 %. Asiaan ei ollut mielipidettä 11,5 % suuhygienistiopiskelijoista ja 25,0 % hammaslääkäriopiskelijoista.

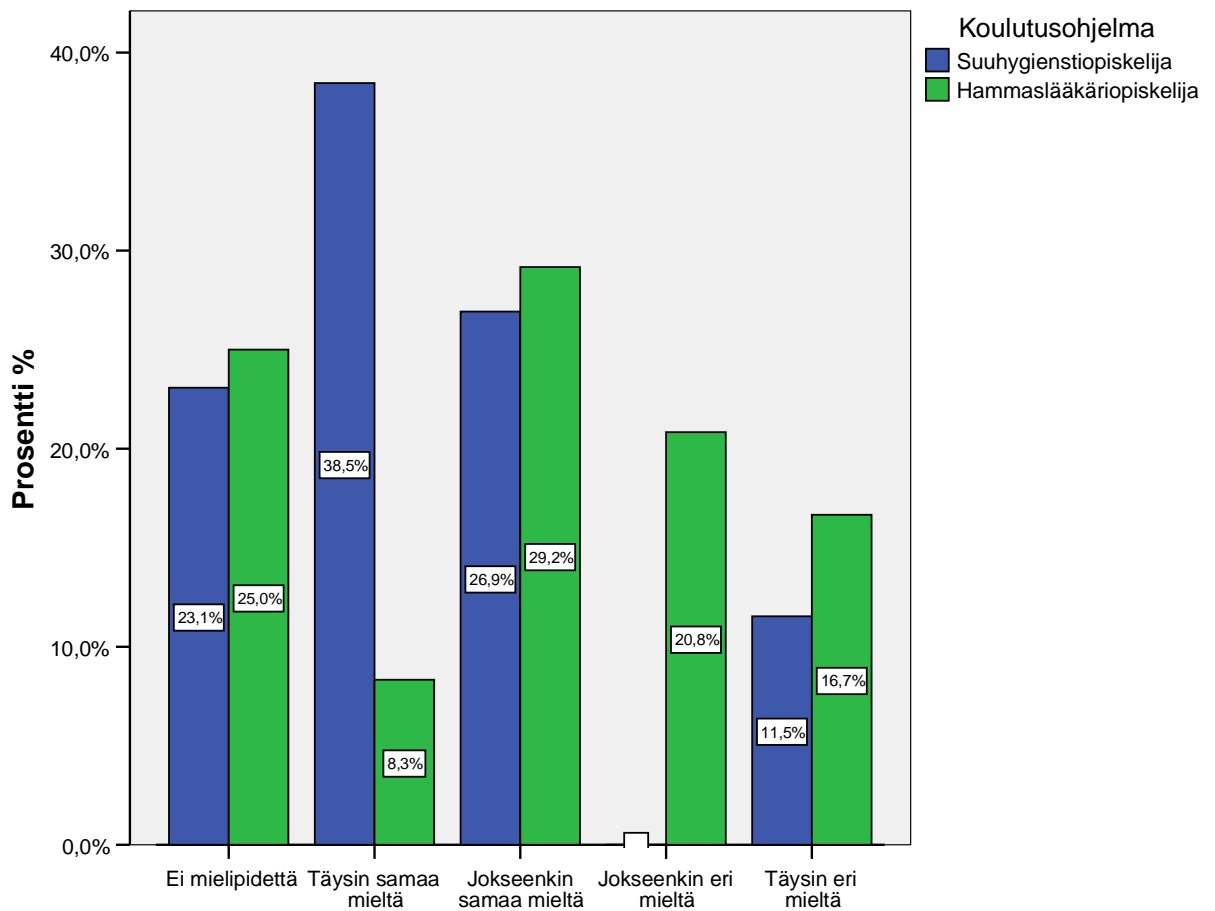
*Kysymys 12 analyysi.* Verrattuna suuhygienistiopiskelijoihin (16,7 %), hammaslääkäriopiskelijoista hieman suurempi osa (19,2 %) on sitä mieltä, että sähköinen viestintä riittää yhteistyövälineeksi. Vastanneiden keskuudessa ollaan kuitenkin sitä mieltä, ettei sähköinen viestintä pelkästään riitä yhteistyövälineeksi, sillä suuhygienistiopiskelijoista 69,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 58,3 % on sitä mieltä. Neljänneksellä (25 %) hammaslääkäriopiskelijoista ei ollut asiaan mielipiteitä, mikä on suhteessa reilu puolet enemmän kuin suuhygienistiopiskelijoilla (11,5 %).

Yleinen mielipide näyttää siis olevan, että sähköinen viestintä ei riitä yhteistyövälineeksi ammatillista kehittymistä ajatellen. Pelkkä sähköinen viestintä nähdään enemmän yhteistyötä haittaavana tekijänä, mikä taas osaltaan alentaa työtyytyväisyyttä. Pelkän sähköisen viestinnän voisi siis sanoa hidastavan suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan yhteistyöpotilaan hoitoa, sillä sähköistä viestintää ei nähdä riittäväksi. Tämä vuorostaan vaikuttaa työilmapiiriin, sillä aikaisemminkin on todettu, että potilaan hoidon eteneminen edistää työtyytyväisyyttä, ei potilaan hoidon estyminen ja vaikeutuminen

**Kysymys 13:** Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteiset luennot/seminaarit edistävät ammatillista kehittymistäni?

Suuhygienistiopiskelijoista 65,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 37,5 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhteiset luennot tai seminaarit edistävät ammatillista kehittymistä. Täysin eri mieltä suuhygienistiopiskelijoista oli 11,5 %, 23,1 % ei ollut

mielipidettä asiaan. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 37,5 % ja 25,0 % ei ollut mielipidettä asiaan.



KUVIO 9. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteiset luennot/seminaarit edistävät ammatillista kehittymistäni.

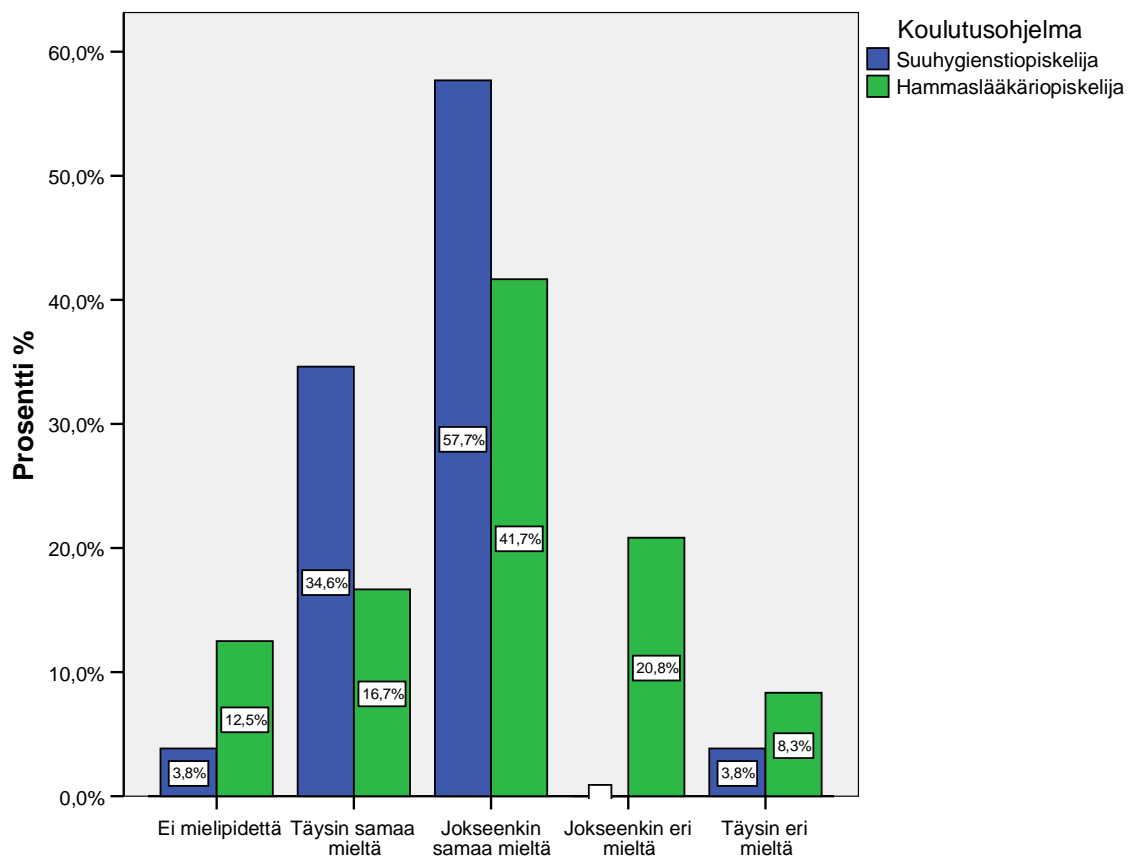
*Kysymys 13 analyysi.* Suuhygienistiopiskelijoista merkittävä osa (65,4 %) oli sitä mieltä, että yhteiset luennot hammaslääkäriopiskelijoiden kanssa edistävät ammatillista kehittymistä kun taas hammaslääkäriopiskelijoista noin puolet vähemmän (37,5 %) oli samaa mieltä asiasta. Hammaslääkäriopiskelijoista oli yhtä paljon (37,5 %) sitä mieltä, että yhteiset luennot eivät edistä ammatillista kehittymistä, suuhygienistiopiskelijoilla vastaava mielipide sai huomattavasti pienemmän (11,5 %) kannatuksen. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoista noin neljänneksellä ei ollut mielipidettä asiaan.

Mielenkiintoista on, että hammaslääkäriopiskelijoita ei kiinnosta yhteiset luennot suuhygienistiopiskelijoiden kanssa, mutta kasvotusten tapahtuva yhteistyö kiinnostaa suhteessa enemmän. Kuten aiemminkin on jo todettu, hammaslääketieteen ja hoitotieteen

näkemykset ovat usein ristiriidassa keskenään. Ristiriidat vaikeuttavat yhteistyötä ja näin ollen työtyytyväisyyttä.

Kysymys 14: Kliinisen yhteistyön lisääminen kehittäisi ammatillista kasvuani?

Suuhygienistiopiskelijoista 92,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 58,4 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kliinisen yhteistyön lisääminen kehittää omaa ammatillista kasvua. Suuhygienistiopiskelijoista täysin eri mieltä oli 3,8 % ja 3,8 % ei ollut mielipidettä asiaan. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 29,2 % ja 12,5 % ei ollut asiaan mielipidettä.



KUVIO 10. Kliinisen yhteistyön lisääminen kehittäisi ammatillista kasvuani.

*Kysymys 14 analyysi.* Suuhygienistiopiskelijoista kattava osa (92,3 %) oli sitä mieltä, että kliininen yhteistyö kehittäisi ammatillista kasvua kun taas hammaslääkäriopiskelijoista reilu puolet (58,4 %) oli sitä mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista vajaa kolmannes (29,2 %) oli sitä mieltä, että kliininen yhteistyö suuhygienistiopiskelijoiden kanssa ei edistä ammatillista kasvua. Näin ollen ristiriitojen ollessa työtyytyväisyyttä huonon-

tavia tekijöitä, suuri osa hammaslääkäriopiskelijoista kokee klinisen yhteistyön suuhygienistiopiskelijoiden kanssa ei-edistävänä tekijänä. Yhteistyötä koetetaan lisätä hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden välille, mikä voi huonontaa työtyytyväisyyttä ajatellen hammaslääkäriopiskelijoiden mielipiteitä.

**Kysymys 15:** Ammatillisen kehittymiseni kannalta nykyinen yhteistyön määrä riittää?

Hammaslääkäriopiskelijoista 20,8 % oli täysin samaa mieltä siitä, että ammatillisen kehityksen kannalta nykyisen yhteistyön määrä riittää, jokseenkin samaa mieltä oli 25,0 % ja jokseenkin eri mieltä 37,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin samaa mieltä nykyisen yhteistyön määrän riittävydestä oli 30,8 %, jokseenkin eri mieltä 38,5 % ja täysin eri mieltä 11,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista 19,2 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 16,7 % ei ollut asiaan mielipidettä

*Kysymys15 analyysi.* Yhteistyön määrän riittävyys jakaa mielipiteet hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoilla suhteessa aika tasaisesti kolmeen osaan. Täysin samaa mieltä (20,8 %), jokseenkin samaa mieltä (25,0 %) ja jokseenkin eri mieltä (37,5 %) olevia vastauksia on hammaslääkäriopiskelijoilla suurin piirtein saman verran. Suuhygienistiopiskelijoilla kielteisempi kanta oli enemmän esillä, sillä kukaan heistä ei ollut asiasta täysin samaa mieltä. Oltiin vain jokseenkin samaa mieltä (30,8 %), jokseenkin eri mieltä (38,5 %) ja täysin eri mieltä (11,5 %). Mikäli yhteistyön määrä ei riitä opiskelijoille, sen lisääminen lisää työtyytyväisyyttä niillä, jotka sitä haluavat, sillä kuten aikaisemminkin on todettu, vuorovaikutuksella on vaikutuksia työtyytyväisyyteen.

**Kysymys 16:** Yhteistyön lisääminen on haitaksi ammatilliselle kehittymiselleni?

Suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % oli sitä mieltä, että yhteistyön lisääminen on haitaksi ammatilliselle kehittymiselle. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 30,8 % ja täysin eri mieltä oli 57,7 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 33,3 % ja täysin eri mieltä 45,8 %. Suurin osa kaikista vastanneista ei näe yhteistyön lisäämisen olevan haitaksi ammatilliselle kehittymiselle. Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 20,8 % ei ollut mielipidettä asiaan.

*Kysymys 16 analyysi.* Kuten tuloksissa todetaan, sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijat ovat lähinnä sitä mieltä, että yhteistyön lisääminen ei ole haitaksi ammatil-

liselle kehittymiselle. Suuhygienisteillä tähän oli hieman voimakkaampi (57,7 %) täysin eri mieltä -kanta kuin hammaslääkäriopiskelijoilla (45,8 %). Yhteistyön toteutuminen ei ole aikaisemminkaan luokiteltu työtyytyväisyyttä haittaavana tekijänä, eikä se ole sitä nytkään. Jos joku positiivinen asia toteutuu ja toimii, se ei voi olla absoluuttisen negatiivista. Yhteistyötä pidetään siis positiivisena asiana toteutuessaan. Kun jotakin positiivista tapahtuu yhteistyön muodossa, mahdollisesti sen lisäämisenä, työtyytyväisyys kasvaa.

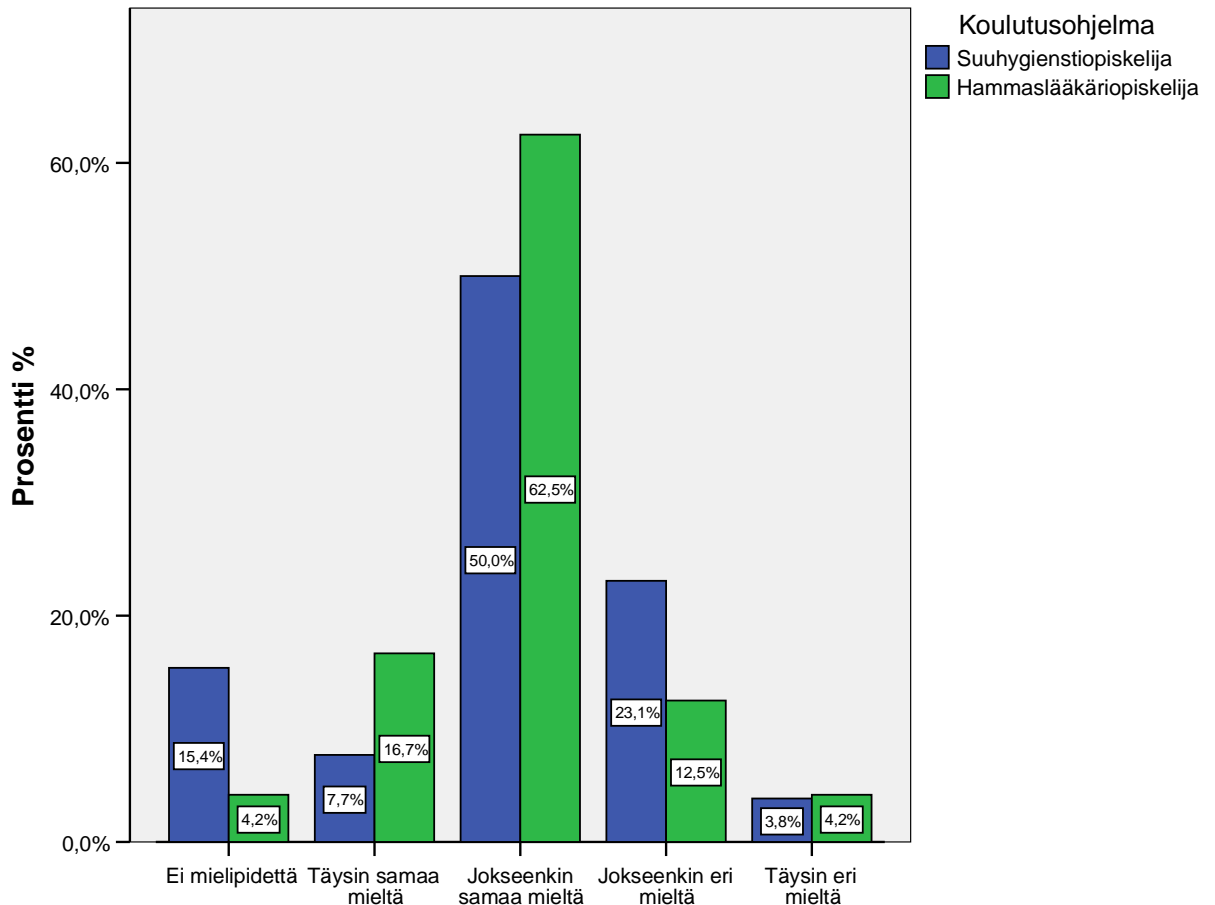
**Kysymys 18: Olen tyytyväinen nykyiseen työnjakoon potilaiden hoidossa?**

Kysyttäessä tyytyväisyyttä nykyiseen työnjakoon potilaiden hoidosta suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % oli täysin samaa mieltä ja 50,0 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 16,7 % ja jokseenkin samaa mieltä 62,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 23,1 % ja täysin eri mieltä 3,8 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 12,5 % ja täysin eri mieltä 4,2 %. Suuhygienistiopiskelijoista 15,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ei ollut asiaan mielipidettä.

Hammaslääkäriopiskelijat kokevat itsensä hieman tyytyväisemmäksi nykyiseen työnjakoon potilaiden hoidossa kuin suuhygienistiopiskelijat. Hammaslääkäriopiskelijoista vastasivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä 79,2 % ja suuhygienistiopiskelijoista 57,7 %.

*Kysymys 18 analyysi.* Tämä kysymys jakoi hieman mielipiteitä suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden välillä. Suuhygienistiopiskelijoista vain pieni osa (7,7 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että työnjako on hyvä näin kun se nyt on, kun hammaslääkäriopiskelijoista noin viidesosa (16,7 %) oli täysin samaa mieltä. Toisaalta hammaslääkäriopiskelijoista yli puolet (62,5 %) oli jokseenkin samaa mieltä, suuhygienisteillä vastaava oli tasan puolet (50 %), eli mielipiteet eivät kuitenkaan vaihdelleet niin paljon. Suuria ristiriitoja tämän asian näkemisessä ei ollut, mikä on edistävää asiaa työtyytyväisyydelle, kuten jo aikaisemmin todettu.





KUVIO 11. Olen tyytyväinen nykyiseen työnjakoon potilaiden hoidossa.

#### Kysymys 26: Saan ohjaajiltani riittävästi palautetta yhteistyön toteutumisesta?

Kysyttäessä saanko ohjaajiltani riittävästi palautetta yhteistyön toteutumisesta 7,7 % suuhygienistiopiskelijoista vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja 11,5 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä. Suuhygienistiopiskelijoista 26,9 % oli jokseenkin eri mieltä ja 30,8 % täysin eri mieltä ohjaajilta saatavan palautteen riittävydestä. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 29,2 % ja täysin eri mieltä 33,3 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 33,3 % ja suuhygienistiopiskelijoista 23,1 % ei ollut asiasta mielipidettä.

*Kysymys 26 analyysi.* Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % on täysin samaa mieltä siitä, että he saavat ohjaajilta riittävästi palautetta yhteistyön toteutumisesta. Enemmistö suuhygienistiopiskelijoista (30,8 %) ja hammaslääkäriopiskelijoista (33,3 %) on täysin eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä olevia on suunnilleen yhtä paljon kuin täysin eri mieltä olevia. Suuhygienisteistä hieman pienemmällä

osalla (23,1 %) verrattuna hammaslääkäriopiskelijoihin (33,3 %) ei ollut mielipidettä asiasta. Tämä viittaisi siihen, että suuhygienistiopiskelijat saavat hieman enemmän palautetta yhteistyön toteutumisesta. Yhteistyön ja muun työn sujuva toimiminen lisää työtyytyväisyyttä ja sen esteet vuorostaan vähentävät työtyytyväisyyttä. Palautteen saaminen on tärkeä motivointi- ja harjaantumiskeino. Kun työntekijä on motivoitunut ja kokee, että ohjaajien palaute on riittävää, sekin lisää työtyytyväisyyttä.

*Kysymys 29: Koulutuksen aikana tapahtuva yhteistyö edistää työelämässä tapahtuvaa yhteistyötä?*

Suuhygienistiopiskelijoista 88,5 % oli täysin samaa mieltä ja 7,7 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että koulutuksen aikana tapahtuvan yhteistyö edistää työelämässä tapahtuvaa yhteistyötä. Hammaslääkäriopiskelijoista 45,8 % oli täysin samaa mieltä, 50,0 % jokseenkin samaa mieltä. Hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ja suuhygienistiopiskelijoista 3,8 % ei ollut kysymykseen mielipidettä.

*Kysymys 29 analyysi.* Tässä kysymyksessä sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoilla oli samansuuntaiset mielipiteet. Suuhygienistiopiskelijoista lähes kaikki olivat täysin samaa mieltä (88,5 %), kun hammaslääkäriopiskelijoilla kanta jakautui hieman vaisummaksi täysin samaa mieltä (45,8 %) olevaksi ja jokseenkin samaa mieltä (50,0 %) olevaksi. Eli opiskelun aikana tapahtuva yhteistyön harjoittelu koetaan hyväksi ja edistäväksi asiaksi opiskelun aikana työelämää ajatellen. Kun joku asia koetaan hyväksi, se edistää myös työtyytyväisyyttä toteutuessaan.

*Kysymys 45: Minulla on mahdollisuus vaikuttaa työnjakoon potilaiden hoidossa?*

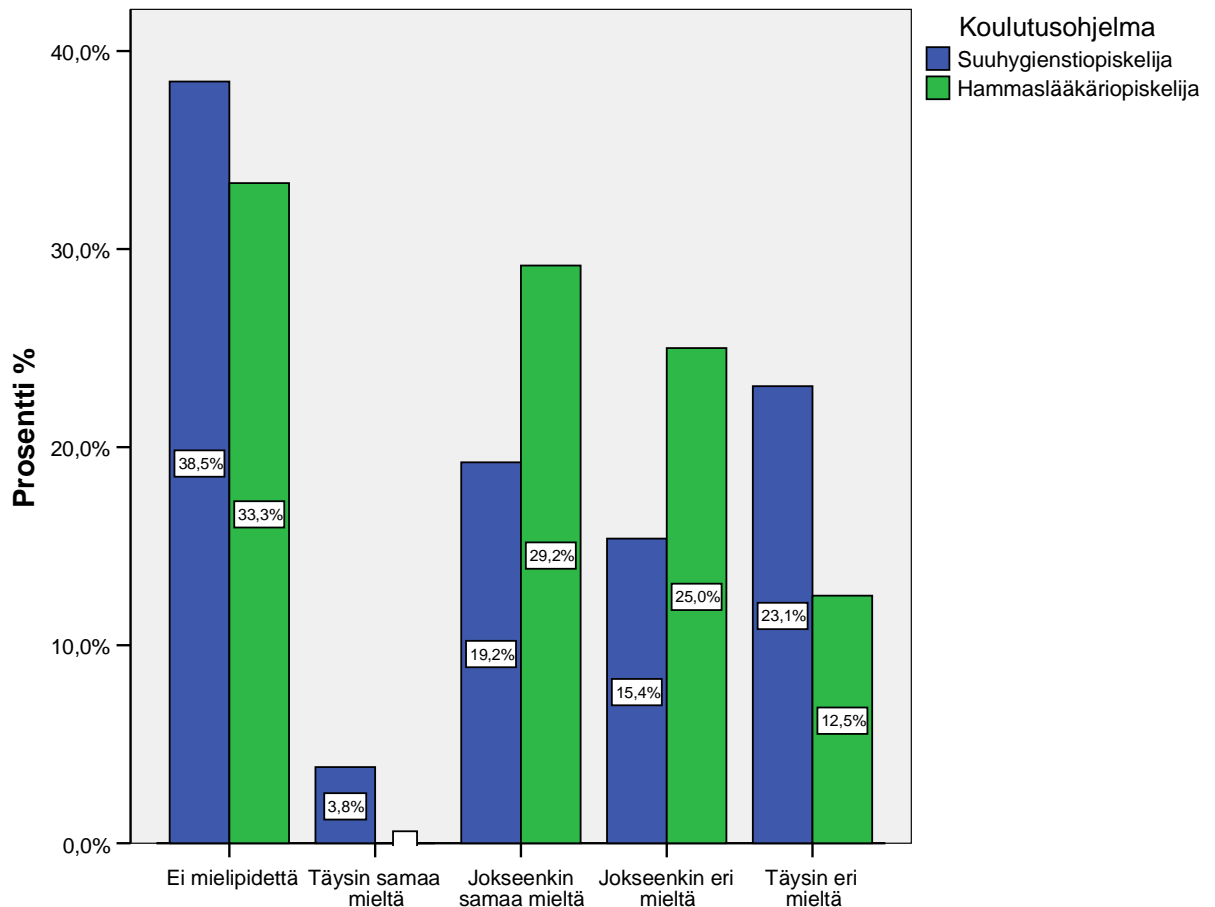
Suuhygienistiopiskelijoista 7,7 % oli täysin samaa mieltä ja 30,8 % jokseenkin samaa mieltä omista mahdollisuuksista vaikuttaa työnjakoon potilaiden hoidossa. Hammaslääkäriopiskelijoista 12,5 % oli täysin samaa mieltä ja 33,3 % jokseenkin samaa mieltä. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä vaikutusmahdollisuuksistaan oli 11,5 % ja täysin eri mieltä 11,5 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 33,3 % ja täysin eri mieltä 12,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista 38,5 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 8,3 % ei ollut mielipidettä vaikutusmahdollisuuksista työnjakoon potilaiden hoidossa.

*Kysymys 45 analyysi.* Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoilla oli samanlaiset näkemykset mahdollisuudesta vaikuttaa työnjakoon. Omassa työssään vaikuttaminen ja vaikuttaminen työnjakoon lisäävät tuntuvasti työtyytyväisyyttä, joka puolestaan parantaa työnlaatua ja työn lopputulosta.

*Kysymys 47: Tiedon kulku yhteisen potilaan hoidosta on riittävää?*

Suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 3,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 19,2 % siitä, että tiedon kulku yhteisen potilaan hoidosta on riittävää. Hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä oli 16,7 % ja jokseenkin samaa mieltä 62,5 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 15,4 % ja täysin eri mieltä 23,1 %. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä oli 12,5 % ja täysin eri mieltä 4,2 %. Hammaslääkäriopiskelijoista 4,2 % ja suuhygienistiopiskelijoista 38,5 % ei ollut mielihoidettua tiedonkulun riittävyydestä yhteisen potilaan hoidossa.

*Kysymys 47 analyysi.* Kysyttäessä onko tiedon kulku yhteisen potilaan hoidosta riittävää, suuhygienistiopiskelijoista 23 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Suurimmalla osalla ei ollut asiaan mielihoidettua. Hammaslääkäriopiskelijoista suurin osa, noin 80 %, vastasi kysymykseen myöntävästi. Tutkimustulos antaa kaksi täysin erilaista mielihoidettua ryhmien välillä siitä, millaiseksi tiedon kulku mielletään. Kun tarkastellaan kahta toisiaan täydentävää kysymystä ja niiden vastauksia, löytyy mielenkiintoinen epäkohta. Hammaslääkäriopiskelijoista suurin osa vastasi kielteisesti kysyttäessä jatkavatko suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat tietoa yhteistyöpotilaan hoidosta. Kuitenkin noin 80 % heistä koki tiedon kulun olevan riittävää. Tutkimustulos antaa pohdittavaksi, kokevatko hammaslääkäriopiskelijat tiedon vaihdon tarpeettomaksi.



KUVIO 12. Tiedon kulku yhteisen potilaan hoidosta on riittävää.

## 6.6 Työstressi

Kysymys 34: Jos vastasit edelliseen kysymykseen EI, rajoittaako tietämättömyys yhteistyön toimivuutta? (Kysymys 33: Koenko tietäväni tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista?)

Opiskelijoille, jotka vastasivat etteivät koe tietävänsä tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista, esitettiin lisäkysymys kokevatko he tietämättömyyden rajoittavan yhteistyön toimivuutta. Kysymykseen vastasi 56,0 % koko kyselyyn vastanneista. Heistä 85,7 % vastasi tietämättömyyden rajoittavan yhteistyön toimivuutta ja 14,3 % ei kokenut tietämättömyyden rajoittavan yhteistyön toimivuutta. Yksi opiskelija oli vastannut tähän kysymykseen, vaikka oli edelliseen kysymykseen ”Koenko tietäväni tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden opinnoista” vastannut ”kyllä”. Näin ollen hänen vastauksensa on vähennetty tämän kysymyksen tuloksista.

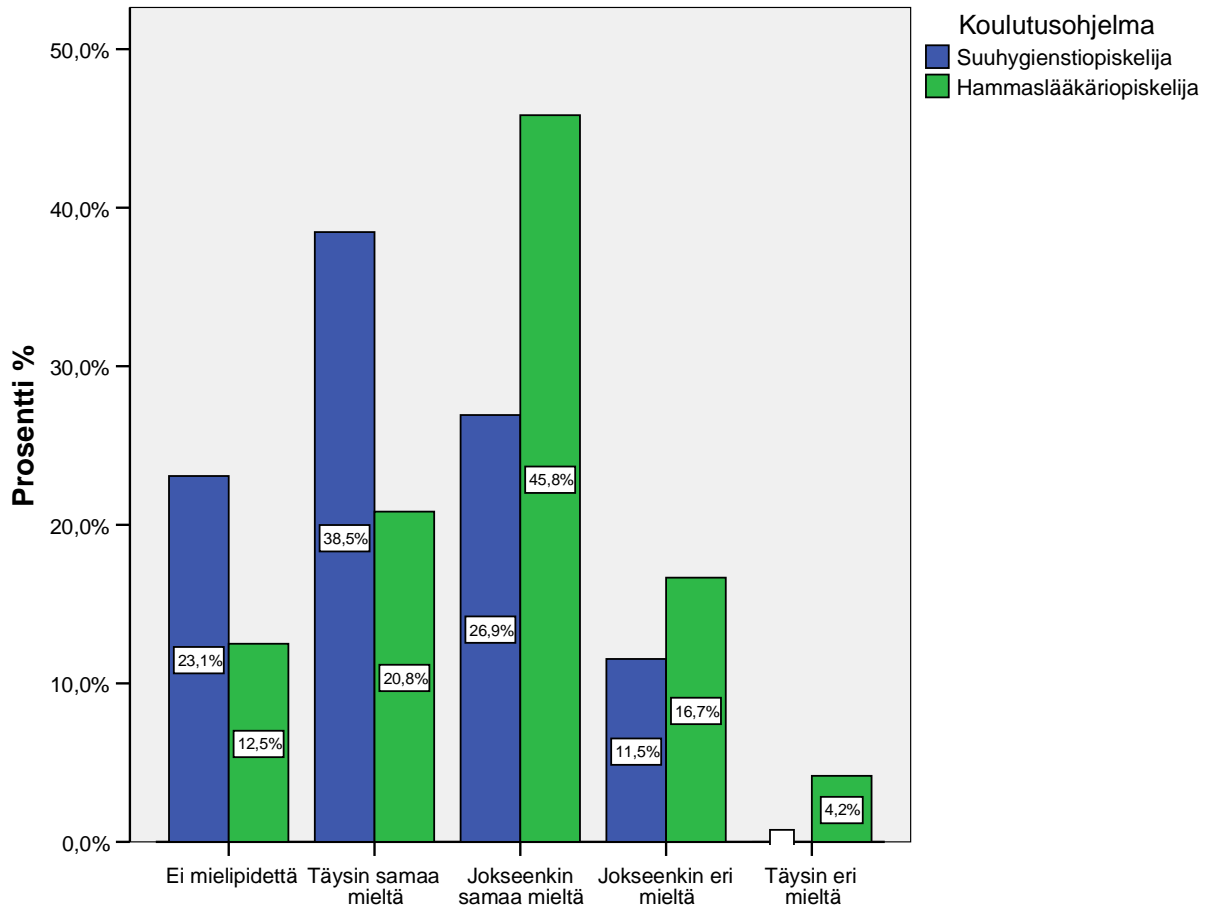
Kysymykseen vastanneista suuhygienistiopiskelijoista 100,0 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 81,3 % koki tietämättömyyden rajoittavan yhteistyön toimivuutta. Hammaslääkäriopiskelijoista 18,7 % ei kokenut tietämättömyyden rajoittavan yhteistyön toimivuutta.

*Kysymys 34 analyysi.* Stressiä syntyy tilanteissa, jotka edellyttävät sopeutumista ja joissa vaatimukset kuormittavat yksilön voimavaroja kohtuuttomasti (Roti - Ihanus 1997: 29). Työn organisointiin liittyviä stressin aiheuttajia ovat puutteellinen perehdyttäminen ja epäselvät tehtäväkuvat. Epätietoisuus on suuri stressiä lisäävä tekijä. Jos opiskelija ei voi suunnitella omia opintojaan, eikä tiedä yhteistyön toteuttamismahdollisuuksista, hän voi kokea stressiä. Opiskelijoiden, opettajien sekä muun henkilökunnan hyvinvoinnista on pidettävä huolta. Kaikilla tulee olla yhtäläiset tiedot ja mahdollisuudet yhteistyön toteuttamiseen. Jotta yhteistyöstä tiedottaminen onnistuu kaikille, tulee toiminnalla olla selkeät yhteiset pelisäännöt. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoilla voisi olla esimerkiksi yhteinen ilmoitustaulu, jossa ilmoitettaisiin kaikki yhteistyötä koskevat ajankohtaiset asiat. Ilmoitustaululle voisi jättää myös yhteistyötä koskevia soittopyyntöjä. Näin taataan, ettei yksittäinen opiskelija tai opettaja kerää itselleen kohtuutonta taakkaa ja ylikuormitu. Vastuu toiminnan kehittämisestä on jokaisella yhteisön jäsenellä. Omalla toiminnalla, aktiivisuudella ja ennakkoluulottomalla asenteella on mahdollisuus kestäviin muutoksiin.

## 6.7 Roolikonfliktit -ja epäselvyydet

Kysymys 19: Työnjakoa on syytä selkeyttää?

Sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoista 67,3 % oli sitä mieltä, että työnjakoa tulisi selkeyttää. Suuhygienistiopiskelijoista täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä työnjaon selkeyttämisestä oli 65,4 % ja hammaslääkäriopiskelijoista täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 66,6 %. Suuhygienistiopiskelijoista jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä asiasta oli 11,5 % ja 23,1 % ei ollut kysymykseen mielipidettä. Hammaslääkäriopiskelijoista jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 20,9 % ja 12,5 % ei ollut mielipidettä.



KUVIO 13. Työnjakoa on syytä selkeyttää.

*Kysymys 19 analyysi.* Stakesin vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa ”Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa” tutkimustulokset osoittavat, että kiireen ja fyysisen kuormituksen ohella työrooleihin liittyvät ristiriidat ja epäselvyydet heikensivät työntekijöiden hyvinvointia altistaen heidät sekä psyykkiselle että fyysiselle oireilulle. Rooliepäselvyydet vähensivät työntekijöiden viihtymistä työssään sekä heidän sitoutumistaan työhön ja organisaatioon. Se lisäsi työntekijöiden halua vaihtaa työpaikkaa. Epäselvyydet työn tavoitteista osoittautuivat merkitseviksi työntekijöiden sitoutumista ja työssä viihtymistä uhkaaviksi tekijöiksi. (Elovainio – Finne-Soveri 2004: 42.)

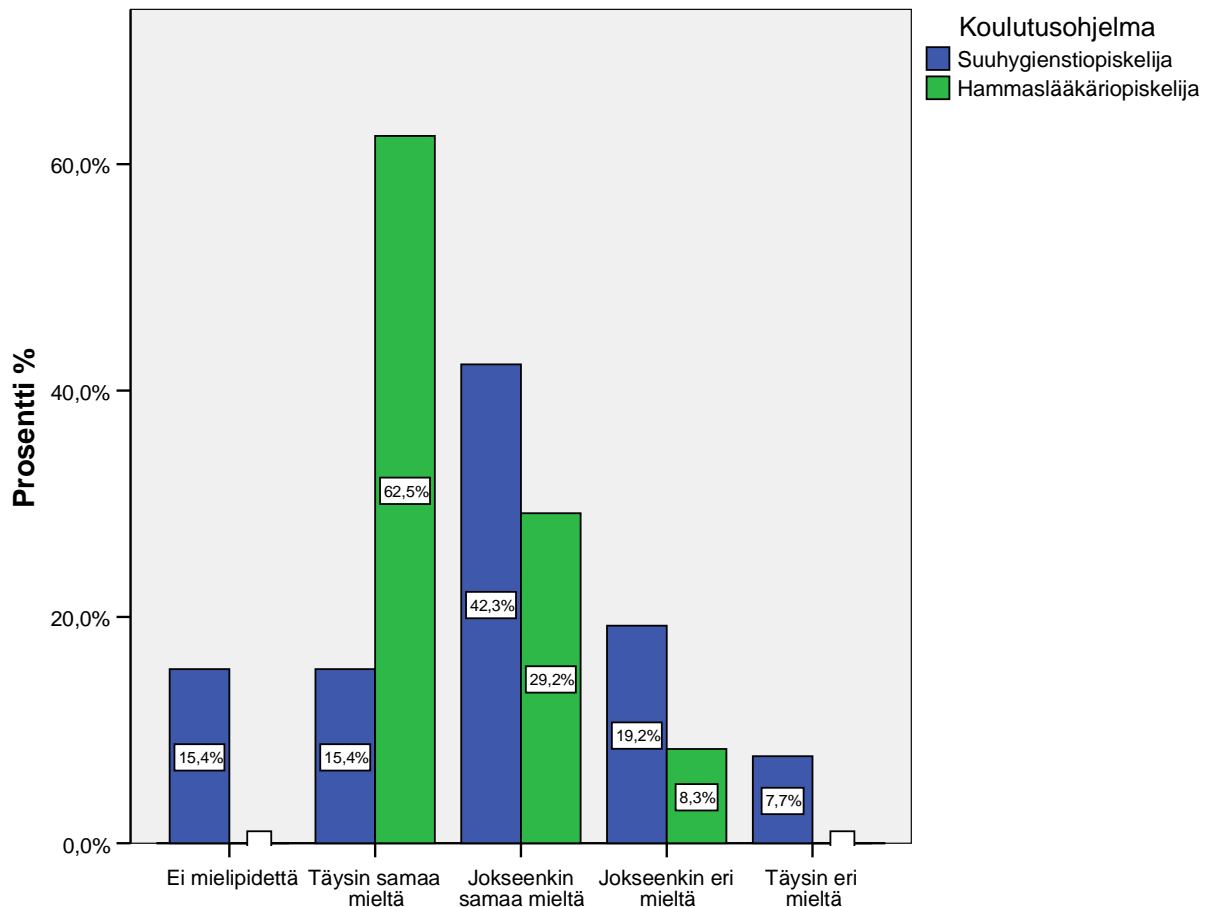
Suurin osa 67,5 % suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoista oli sitä mieltä, että työnjakoa tulisi selkeyttää. Selkeä työnjako luo valmiutta hyvään tiimityöskentelyyn. Tämä on tärkeää moniammatillisessa työyhteisössä. Työnjako suun terveydenhuollon ammattiryhmien välillä on muuttunut ja työelämän muutos jatkuu edelleen. Monia hammaslääkärin suorittamia toimenpiteitä siirretään suuhygienisteille, jotta koko väestö saataisiin hoidettua.

Ristiriitatilanteita syntyy työyhteisön muutosvaiheissa, jolloin työn sisältöjä ja työnjako uusitaan tai siirrytään tiimityöskentelyyn. Työelämässä roolien välillä tulee aina olemaan konflikteja. Niiden eliminoiminen ei ole tarpeellista, vaan oleellista on keskittyä hallitsemaan niitä. Tärkeää on asenteiden ja ajattelutapojen muuttaminen. Muutos syntyy ristiriidoista ja ne ovat välttämättömiä työelämässä. Selkeät tehtävät, toiminta ja rooli lisäävät yhteisöllisyyttä. (Ikonen- Varila 1994: 66–67.)

Mirja Tuomiranta toteaa väitöskirjassaan ”Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja”, että organisaatioissa vallitsevat omat kulttuurit, normit ja arvot. Monimutkaisen organisaation ymmärtäminen ja muuttaminen on vaikeaa. Vaihtoehto organisaation muutokselle olisi muuttaa sen jäsenten työrooleja. Uusi työrooli antaisiin työntekijöille mahdollisuuden etsiä uusia näkökulmia ja asenteita sekä muuttaa käyttäytymistään. (Tuomiranta 2002: 46-47.)

Kysymys 20: Olen selvillä siitä, mikä kuuluu hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan Helsingin kaupungin yliopistohammasklinikalla?

Suuhygienistiopiskelijoista suurin osa 57,7 % oli selvillä siitä mitä kuuluu hammaslääkäriopiskelijan työnkuvaan Helsingin kaupungin terveystieteiden yliopistohammasklinikalla. Vastaavasti 26,9 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä asiasta ja 15,4 % ei ollut asiaan mielipidettä. Hammaslääkäriopiskelijoista 62,5 % oli täysin ja 29,2 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, mikä kuuluu hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan yliopistohammasklinikalla. Jokseenkin eri mieltä oli 8,3 %.

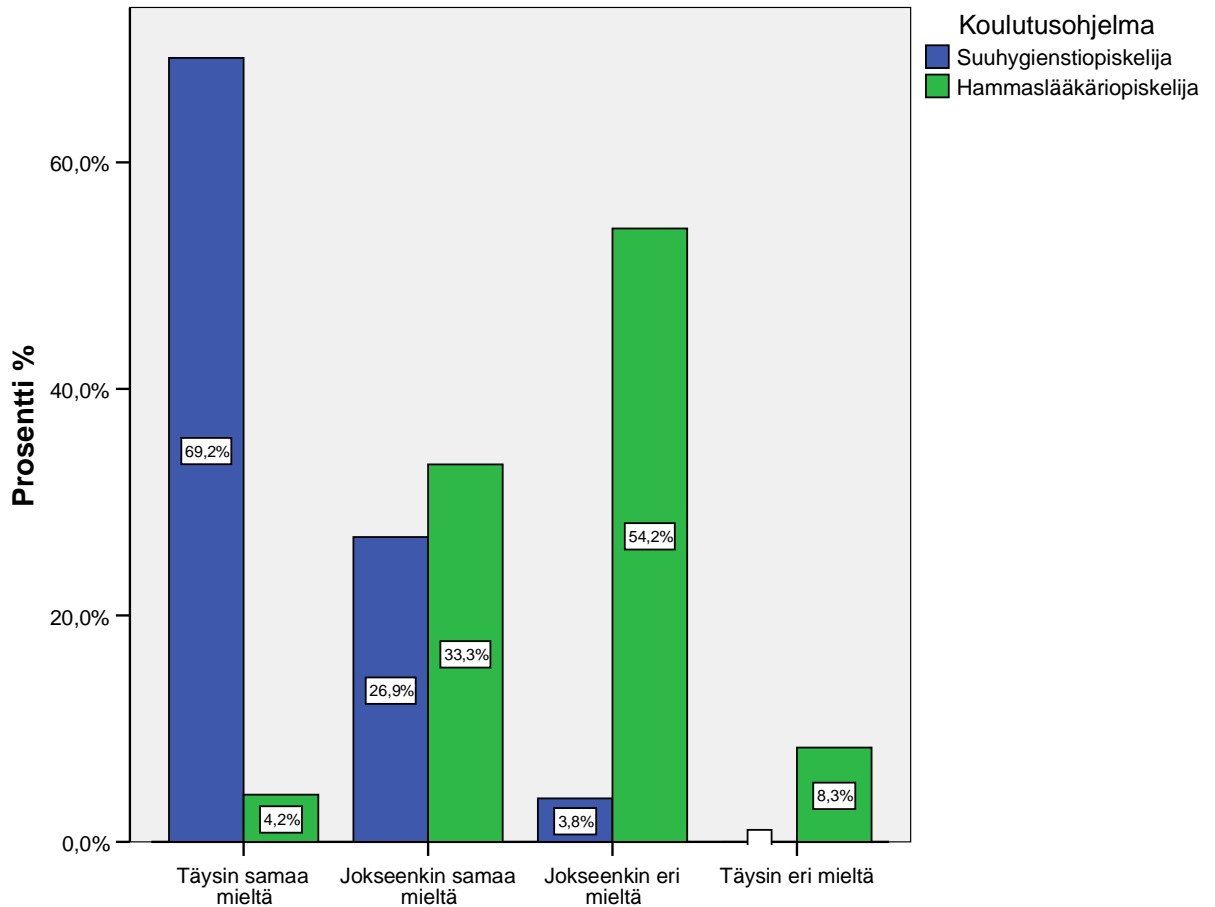


KUVIO 14. Olen selvillä siitä, mikä kuuluu hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan Helsingin kaupungin terveyskeskuksen yliopistohammasklinikalla.

Kysymys 21: Olen selvillä siitä, mikä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työn kuvaan Helsingin ammattikorkeakoulun suunhoidon opetuslinikalla?

Hammaslääkäriopiskelijoista 62,5 % ei ollut selvillä siitä, mitä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan suunhoidon opetuslinikalla. 4,2 % oli täysin samaa mieltä ja 33,3 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietää suuhygienistiopiskelijän työnkuvaan. Suuhygienistiopiskelijoista 69,2 % oli täysin ja 26,9 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, mikä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan suunhoidon opetuslinikalla. Jokseenkin eri mieltä oli 3,8 %.





KUVIO 15. Olen selvillä siitä, mikä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan Helsingin ammattikorkeakoulun suunhoidon opetuslinikalla.

*Kysymykset 20 ja 21 analyysi.* Suuhygienistiopiskelijoista suurin osa 57,7 % tiesi, mitä kuuluu hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan yliopistohammaslinikalla. Kuitenkin 26,9 % suuhygienistiopiskelijoista ei tiennyt tai tiesi vain vähän, mitä hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan kuuluu. Hammaslääkäriopiskelijoista 62,5 % ei ollut tietoisia siitä, mitä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan suunhoidon opetuslinikalla. Vain 4,2 % ilmoitti tietävänsä suuhygienistiopiskelijan työnkuvan ja 33,3 % oli jokseenkin samaa mieltä. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden työkuvan tunteminen helpottaisi työnjakoa suunhoidon opetuslinikalla ja yliopistohammaslinikalla. Sekä suuhygienisti- että hammaslääkäriopiskelijoita ohjataan tällä hetkellä ottamaan yhteistyöpotilaita, tämä on hyvä alku työnjaon kehittämiseksi. Työnjakoa kehittämällä opiskelijat voisivat alkutarkastuksen yhteydessä yhdessä sopia miten tarvittavat toimenpiteet jaetaan. Klinikaharjoittelujen alkaessa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoille tulisi järjestää yhteinen infotilaisuus, jossa selkeytettäisiin kummankin opiskelija-

ryhmän työnkuvaa sekä yhteisiä toimintatapoja hoidon toteuttamisessa. Tilaisuudessa kerrottaisiin myös, miten suuhygienistiopiskelijoiden ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyö toteutuu. Samassa yhteydessä voisi järjestää ohjatut vierailut kummankin opiskelijaryhmän klinikoille.

*Kysymys 24: Tiedän, missä tilanteissa voin lähettää potilaan eteenpäin suuhygienisti-/hammaslääkäriopiskelijalle?*

Tieto siitä, missä tilanteissa potilaan voi lähettää eteenpäin, oli hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden keskuudessa jakaantunut lähes yksimielisesti. Suuhygienistiopiskelijoista 69,2 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 58,4 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, milloin potilas lähetetään eteenpäin. Suuhygienistiopiskelijoista 30,8 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 41,7 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, milloin potilas lähetetään eteenpäin.

*Kysymys 24 analyysi.* Suuhygienistiopiskelijoista 69,2 % tiesi missä tilanteessa potilaan voi lähettää hammaslääkäriopiskelijalle. 30,8 % vastanneista ei tiennyt milloin potilaan voi lähettää eteenpäin. Vastaavasti hammaslääkäriopiskelijoista 58,4 % tiesi, missä tilanteessa potilaan voi lähettää suuhygienistiopiskelijalle, eri mieltä asiasta oli 41,7 % hammaslääkäriopiskelijoista. Hoitoon pääsy kunnallisessa hammashoidossa ilman akuuttia vaivaa kestää pitkään. Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan yli 44-vuotiaista miehistä yli 70 prosentilla ja naisista yli 60 prosentilla on jonkin asteinen parodontiitti. Kariesta sairastaa joka neljäs hampaallinen (Nordblad 2002). Työnjakoa kehittämällä potilaita voitaisiin hoitaa tehokkaammin. Jos suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat jo koulutuksen aikana oppisivat toimimaan yhteistyössä, hoitoon pääsy nopeutuisi.

*Kysymys 33: Koen tietäväni tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista?*

Suuhygienistiopiskelijoista 57,7 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 33,3 % koki tietävänsä tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista. Suuhygienistiopiskelijoista 42,3 % ja hammaslääkäriopiskelijoista 66,7 % ei kokenut tietävänsä tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista.

*Kysymys 33 analyysi.* Hammaslääkäriopiskelijoista 33,3 % ja suuhygienistiopiskelijoista

57,7 % koki tietävänsä riittävästi toistensa opinnoista. Epätietoisuutta toisen opiskelijaryhmän työnkuvasta suunhoidon opetuslinikalla ja yliopistohammasklinikalla voi verrata työelämässä esiintyviin rooliristiriitoihin ja -epäselvyyksiin. Elovainion ym. ”Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa” tutkimustuloksiin vedoten voi todeta, että hammaslääkäriopiskelijoiden ja suuhygienistiopiskelijoiden epätietoisuus toistensa työnkuvista heikentää hyvinvointia. Rooliepäselvyydet ja epäselvyydet työnkuvista vähentävät merkittävästi sekä opiskelijoiden viihtymistä yhteistyössä että sitoutumista yhteistyöhön. On tärkeää saada opiskelijat tietoisiksi toistensa työrooleista, jotta välttyttäisiin turhilta konflikteilta tietämättömyyden takia.

Tehokasta ja riittävän monipuolista yhteistyötä ei voi syntyä, jos ei tiedä opiskelutoverin työnkuvaa. Molemminpuolinen tietämys toisen ammattiryhmän työnkuvasta sekä arvostus toista kohtaan on tärkeää luoda jo opiskeluaikana. Tueksi tarvitaan muutoksia opetussuunnitelmissa. Viime aikoina järjestetyt yhteiset luennot ovat hyvä alku yhteistyön kehittämiseksi. Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopettajat ovat keskeisessä asemassa opiskelijoiden tutustuttamisessa toisiinsa. Vastuu yhteistyön toteutumisesta on kuitenkin opiskelijoilla itsellään. Työroolien selkeyttäminen on tärkeää myös potilaiden kannalta, jotta he tietäisivät kuka heitä milloinkin hoitaa ja miksi. Tämä vaikuttaa siihen, miten potilaat kokevat saamansa hoidon. Jatkossa voisi tutkia miten potilaat kokevat yhteistyön toimivuuden ja sen vaikutuksen hoidon laatuun.

## 7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

*Luotettavuus.* Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Tämä siis tarkoittaa sitä, että tutkimus antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti voidaan todeta erilaisin tavoin. Tulosta voidaan pitää luotettavana, jos kaksi tai useampi arvioija päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan useita eri kertoja, saaden samat tulokset kerta toisensa jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2004: 216.)

Mittauksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Luotettavuus kärsii, jos tutkimuksen aikana tapahtuu käsittely-, mittaus- tai otantavirheitä. (Heikkilä 1999: 177.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeimpiä asioita ovat mittarin, aineiston

keruun ja tulosten luotettavuus. Mittarin avulla on tärkeä saada vastaus juuri siihen tutkimusongelmaan mitä haetaan. Mittarin tulee olla tarkka ja täsmällinen kuvatessaan ja rajatessaan tutkittavaa käsitettä. Tulokset ovat näin ollen yhtä luotettavia kuin mittari. (Paunonen – Vehviläinen – Julkunen 1998: 206–207.) Kyselyn vastausprosentti oli alhainen, joten tulokset eivät ole tilastollisesti luotettavia, näin ollen merkitsevyytensä ei ole tutkittu kysymysten analysoinnissa. Vastaajia muistutettiin kyselyyn vastaamisesta vielä kyselyn lähettämisen jälkeen. Jos vastaajia olisi muistutettu vielä toiseen kertaan olisi vastausprosentti voinut olla suurempi. Saadusta sähköpostipalautteesta kävi ilmi, että kyselylomaketta ei voinut kaikkien vastaajien kotikoneilta avata tietoturvasyistä. Tämä saattaa olla yksi syy vastausprosentin pienuudelle.

Kyselylomake oli e-lomakkeena, joka helpotti tutkimusmateriaalin syöttöä SPSS-ohjelmaan. Ohjelma järjesti tutkimusmateriaalin haluttuun muotoon, jolloin myös mahdollisten virheiden syntyminen oli epätodennäköisempää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerit eivät ole yhtä selkeitä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa kysymysten laajuus. Liian suppeat kysymykset rajaavat tutkittavan mahdollisuuksia kertoa oma näkemys ja liian laajat kysymykset ovat hankala analysoida. (Paunonen – Vehviläinen – Julkunen 1998: 207–208.) Laadullisessa tutkimuksessa useimmiten tutkija on kirjoittanut auki kaikin mahdollisin keinoin mitä on tutkinut ja miten, sekä miten on päässyt tuloksiinsa ja miksi pitää niitä luotettavina. Laadullisessa tutkimuksessa on siis tarpeen antaa tutkimukselle, sen vaiheille sekä tuloksille tarpeeksi pätevä peruste. (Hirsjärvi ym. 2004: 216–217.) Opinnäytetyössä on kolme laadullista kysymystä ja niiden vastaajamäärät olivat pienet. Näin ollen kaikista avoimista kysymyksistä ei voinut tehdä suoria johtopäätöksiä, mutta tulokset olivat suuntaa-antavia.

Luotettavuuden kanssa useimmiten kulkee vierekkäin toinen käsite: validius eli pätevyys. Pätevyydellä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Yksi syy tutkimuksen validiuden huononemiseen on, että kysymykset ovat niin esitetty, että vastaajat saattavat ymmärtää asian väärin. Näin ollen validiuden kannalta on erittäin tärkeää, että kysymykset ovat tarkkaan pohdittuja sekä ne kysyvät juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoituskin. (Hirsjärvi ym. 2004: 217.) Kyselylomakkeessa on yhteisöllinen asiantuntijuus -määritelmän sijaan käytetty yhteistyö -käsitettä. Yhteistyö -käsite on yleisesti ymmärrettävämpi käsite kuvaamaan esimerkiksi ryhmien välistä toimintaa. Tällä yritettiin vähentää väärin ymmärtämisen mahdollisuutta. Opinnäytetyön kyselylomake on esitetty ryhmällä, joka ei ole osallistunut varsi-

naiseen kyselyyn. Esitestauksen jälkeen kysymyksiä on voitu muokata vielä mahdollisimman tarkoituksenmukaisiksi. Esitestauksen tekijöiltä saatu palaute kertoi, että vastaajat olivat ymmärtäneet kysymykset oikein. Vastaukset antoivat myös kuvan siitä, että kysymykset tulevat antamaan sellaista tietoa, mitä niiltä odotettiin.

Validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä mitä on halutukin mitata. Kyselytutkimuksissa, jota opinnäytetyö edustaa, validiteettiin vaikuttaa ensisijaisesti sen, miten onnistuneesti kysymykset on laadittu. Voidaanko niiden avulla saada tutkimusongelmaan ratkaisu. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa on taas kyse siitä, että tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla tavalla. (Heikkilä 1999: 178.) Työn kyselyn tulokset antoivat tiedon, mikä on yhteistyön tilanne nykyhetkenä ja mitä yhteistyöltä halutaan tulevaisuudessa. Tarkempia kehittämideoita koulutusten väliseen yhteistyöhön olisi antanut kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä esimerkiksi hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden haastattelut.

Mittauksen onnistumista, validiutta, on hankalaa tarkastella jälkikäteen. Vaikka olisikin selkeästi rajatut käsitteet, on esimerkiksi abstraktien käsitteiden kuvaaminen hankalaa ilman rajallista määrää kysymyksiä, jotka kattavat koko käsitteen. Yksinkertaisissakin asioissa saattaa esiintyä systemaattista virhettä. Systemaattinen virhe on satunnaisvirhettä paljon vaarallisempi. Systemaattisen virheen vaikutus ei pienene otoskoon kasvaessa eikä sen suuruutta ole helppo arvioida. Kato tuottaa usein tuloksiin vääristymisiä, joka voi olla systemaattista. (Heikkilä 1999: 178.)

Usein virhelähde survey-tutkimuksissa on valehtelu. Valehtelu tai muistivirheet tuottavat satunnaisvirheitä. Valehtelu voi olla myös asioiden kaunistelua tai vähättelemistä, jolloin se on systemaattista. Tällöin tulokset voivat kuvata enemmänkin sitä, mikä olisi toivottavaa suhtautumista kuin taas sitä, mitä ihmiset todella ajattelevat. (Heikkilä 1999: 178–179.)

*Eettisyys.* Kreikkalaiselta alkuperältään sana ”etiikka” merkitsee ”siveellistä mielenlaatua”. Sana ”etiikka” on johdettu sanasta ”ethos”, tarkoittaen samalla latinaniselta alkuperältään sanaa ”mos” eli ”moraalia”. Etiikka ja moraalit ovat alueita, joilla pohditaan ja selvitetään ihmisen oikeaa käyttäytymistä. Syvimmillään etiikka pohtii mikä on hyvää ja paha ja mikä on oikeaa ja väärää. Moraali on ihmisen omaa tai toisten ihmisten käsi-

tystä oikeasta ja väärästä. Etiikka on pohjimmiltaan moraalisten toimenpiteiden systemaattista pohdintaa toisin sanoen ”moraaliteoriaa”. (Aadland 1992: 20–21.)

Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä tai lääketieteessä. Tutkimustyön eettisten ongelmien erilaisuus, kun tutkitaan ihmistä tietoisena ja toimivana subjektina eikä pelkästään biologisena olentona. Niin sanotussa Helsingin julistuksessa 1964 on lueteltu joitakin seikkoja, jotka on otettava huomioon pohdittaessa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, kuten

- tutkimus ei saa vahingoittaa sosiaalisesti, psyykkisesti eikä fyysisesti tutkittavaa
- tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin sen haitan
- keskeisimpänä se, että tutkimus on vapaaehtoista ja siihen osallistuvat voivat keskeyttää sen koska tahansa
- vastuu tutkimuksesta on sen johtajalla
- kokeellisissa tutkimuksissa on huomioitava, voiko tutkittavia manipuloida ja näin ollen onko se eettisesti oikeaa. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 26–27.)

Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan tutkimuksesta ja mitä mahdollisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimushenkilö on tietoinen siitä mitä tulee tapahtumaan tai mitä saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa ja että henkilö kykenee ymmärtämään tämän informaation. Suostumus termillä tarkoitetaan sitä, että henkilö itse on pätevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja. Tutkimukseen osallistuminen tulisi olla vapaata, pakotuksesta vapaata (Hirsjärvi 2004: 27–28). Tutkimus ja kysely tehdään ja suunnataan suun terveydenhuollon alan ihmisille. Kaikki tutkittavat ovat täysi-ikäisiä ja opiskelevat jo alaa. Kysely suoritetaan sähköisenä ja vastaaminen siihen on vapaaehtoista.

Aineiston keruussa on otettava huomioon myös anonymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti ja mahdolliset erilaiset korvaukset. (Hirsjärvi 2004: 26–27). Tutkittavan ja tutkittavien suhde on äärimmäisen tärkeä. Tutkittavilla on oikeus tietää mitä milloinkin tapahtuu ja tehdään, jos he osallistuvat tutkimukseen. Tutkijan on jatkuvasti tarkkailtava tutkimuksensa etiikkaa. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 29.) Kuten jo todettu kysely suoritettiin sähköisesti ja kyselylomakkeen tietojen kokoaminen tapahtui sähköisesti SPSS -ohjelman avulla. Tutkittavi-

en anonyymiys säilyy näin ollen läpi koko tutkimuksen ajan.

Eettisessä tutkimustyössä vältetään epärehellisyyttä kaikissa sen osavaiheissa. Toisten tekstiä ei plagioida, asiasisältöjä lainatessa on lainaukset osoitettava viitteinä tekstissä. Tutkimustyössä tulee kirjoittaa omaa tekstiä ja vain tukea esitystä muilta saaduilla aineksilla. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä ja tutkimuksessa käytettäviin mittareihin on luvat. Ei pidä myöskään plagioida itseään, jossa tutkija niin sanotusti näennäisesti tuottaa uutta tutkimusta muuttamalla vain pieniä osia tutkimuksessaan. (Hirsjärvi 2004: 27–41.) Kaikki opinnäytetyön teorian tieto on merkitty lähdeviittein ja lähteet on tarkastettu. Tuloksia ei vääristellä eikä kaunistella. Tässä opinnäytetyössä kyselyn tarkoituksena oli selvittää todellisen tapahtuvan yhteistyön määrää koulutuksen aikana.

Raportoinnissa käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti ja tutkimuksen puutteetkin on tuotava julki. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista eikä se saa harhaanjohtavasti kiitellä. (Hirsjärvi 2004: 28.) Tutkimustulosten julkaisemisessa tulee ottaa huomioon, että tulokset raportoidaan avoimesti ja rehellisesti, pyrkien mahdollisimman suureen objektiivisuuteen ja että tutkittavien tietosuoja on taattu. Raportissa ei tule paljastaa mitään sellaista mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuville hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuneen henkilöllisyyden. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 31.)

Eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja menetelmien oikea valinta. Jos tutkija ei tiedä kuinka toimia, tulee hänen hakea neuvoja, ohjausta ja ottaa vastaan kritiikkiä. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa eettisyyttä on myös oman alan jatkuva seuraaminen ja yhteistyö muiden tutkijoiden kanssa. (Paunonen – Vehviläinen – Julkunen 1997: 32.)

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin aikana ryhmämme sisäinen organisointikyky kehittyi. Suuren opiskelijamäärän vuoksi työstä tuli laaja. Teorian ja tulosten kokoaminen yhteiseen työhön on vaatinut ponnistuksia, mutta hyvällä yhteistyöllä olemme päässeet kaikkia tyydyttäviin ratkaisuihin. Olemme pitäneet yhteyttä toisiimme ryhmätapaamisten, pien-

ryhmätapaamisten ja henkilökohtaisten keskusteluiden kautta, puhelimitse, sähköpostin välityksellä sekä koulun verkkopalvelussa sijaitsevan kansion avulla, jonka kautta olemme pysyneet selvillä koko ryhmän tuotoksista. Jos jotain voisi tehdä toisin, olisi opinnäytetyön tekijämäärän vuoksi ollut parempi antaa yhden ihmisen toimia kaikkien välillä yhteyshenkilönä. Näin työprosessin eteneminen olisi ollut järjestelmällisempää ja ryhmien tiedonhallinta sujuvampaa. Työstä on jäänyt mieleen hyvä yhteishenki, joka on vallinnut koko prosessin ajan. Työ on ollut osoitus tekijöiden sosiaalisista taidoista ja kyvystä tehdä yhteistyötä pienessä ja isossa ryhmässä. Tämän taidon harjaantumisesta on varmasti hyötyä työelämää ajatellen, jossa tiimityötaidot korostuvat.

Opinnäytetyömme on osa työn organisointi ja työn jako terveydenhuollon erityisaloilla -hanketta, jonka tavoitteena on tuottaa uudenlaisia, mahdollisimman tarkoituksenmukaisia toiminta- ja työn organisointitapoja erityisaloilla tapahtuvaan ammatilliseen toimintaan. Opinnäytetyö on epäsuorasti suunnattu työelämään. Tämä tarkoittaa sitä, että koulutuksen aikana opittu yhteistyön kehittyminen kantautuu opiskelijoiden mukana työelämään. Työ on ollut mukana vaikuttamassa ajatusmaailmaamme ja antanut samalla itsekunnioitusta ja rohkeutta toimia, viedäksemme uusia toimintamalleja työelämään. Toivomme, että opinnäytetyömme saa aikaan keskustelua omassa koulutusohjelmassamme, hammaslääkäriopiskelijoiden keskuudessa sekä työelämän yhteistyökuvioissa.

Tuloksia tarkasteltaessa huomasimme, että yli puolet hammaslääkäriopiskelijoista ei tiennyt, mitä suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan kuuluu suunhoidon opetusklinikalla. Kolmasosa suuhygienistiopiskelijoista ei tiennyt, mitä hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan kuuluu. Tämä tulos on yllättävä ja herättää mielenkiintoa. Koulutuksessa olisi syytä esitellä toisen ammatin työnkuva ja koulutuksen sisältö voidaksemme rakentaa perustan yhteistyölle.

Suurin osa opiskelijoista oli sitä mieltä, että työnjakoa tulisi selkeyttää. Selkeä työnjako luo valmiutta hyvään tiimityöskentelyyn. Molemmista koulutusohjelmista suurin osa opiskelijoista on täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kiinnostusta yhteistyöhön on ja että se on tarpeellista koulutuksen aikana. Yhteistyön mahdollisuuksia kysyttäessä molempien koulutusohjelmien opiskelijat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että yhteistyön mahdollisuudet ovat hyvät tai kohtalaiset. Yli puolet oli sitä mieltä, että mahdollisuuksia yhteistyöhön pitäisi olla nykyistä enemmän. Tämä tulos on rohkaiseva yhteistyön kehittämistä ja jatkamista ajatellen.



Kysyttäessä avoimella kysymyksellä opiskelijoilta, miten yhteistyötä tulisi kehittää, he vastasivat, että yhteistyön määrää tulisi lisätä muun muassa suunnittelemalla potilaan hoitoa yhdessä. Yhteistyö tulisi aloittaa heti opintojen alussa ja sitä pitäisi tehdä kasvo- tusten. Suurin osa toivotusta yhteistyöstä liittyi kliiniseen työskentelyyn. Opiskelijat kaipaavat yhteisten luentojen järjestämistä, työskentelyä samalla klinikalla, yhteistyön selkeyttämistä ja sääntöjen yhdenmukaistamista. Ryhmien välisten viestintä mahdolli- suuksien parantamiseksi ehdotettiin keskustelufoorumien muodostamista sekä informaatiokulun parantamista opettajien ja opiskelijoiden välillä. Lisäksi ehdotettiin sähköisen kansion muodostamista, joka sisältäisi tietoa yhteistyöstä ja sen tekemisestä.

Työmme tulokset olivat rohkaisevia ja tulevaisuudessa onkin varmasti helppo lähteä rakentamaan hyvää ja toimivaa pohjaa yhteistyölle koulutusohjelmien välille. Tämä työ kaipaa kuitenkin vielä mielestämme jatkotutkimusta ja antaa materiaalia siihen. Opin- näytetyössämme kartoitimme suurimmaksi osaksi yhteistyön nykytilannetta eli sitä, miten opiskelijoiden mielestä tiimityö toimii hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskeli- joiden välillä. Mielestämme jatkotutkimuksessa olisi hyvä paneutua enemmän käytän- nön sovelluksiin eli siihen, miten yhteistyö saataisiin kunnolla näkyviin klinikoiden välillä. Jatkotutkimusten teemoina olisi hyvä myös olla se, miten potilaat ovat kokeneet hoidon laadun, miten ohjaajat ovat kokeneet yhteistyön sekä vaikuttamismahdollisuudet yhteistyön toteuttamiseen.

## LÄHTEET

Aadland, Einar 1992: Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Helsinki: Otava.

Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) 2001: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökul- mia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja ana- lyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino.

Aaltonen, Jukka – Bifeldt, Liisa – Joki, Marjut – Lähteenmäki, Seija – Soini, Sinikka – Utriainen, Antero – Vahtera, Jussi 2002: Psykososiaalisen työympäristön arvioi- minen. Sosiaali- ja terveysministeriö, työsuojeluosasto. Tampere 2002. Verkkö-

dokumentti. <<http://www.tyosuojelu.fi/upload/4rbolgtv.pdf>> Luettu 30.1.2006

- Alkula, Tapani – Pöntinen, Seppo – Ylöstalo, Pekka 2002: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Antti-Poika, Mari – Martimo, Kari-Pekka - Husman, Kaj (toim.) 2003: Työterveyshuolto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Antti-Poika, Mari: Työperäiset sairaudet. Työterveyslaitos 1993. Helsinki.
- Anttonen – Piikivi – Vuolteenaho – Kopperoinen: Työkyvyn taloudelliset vaikutukset. Työterveyslaitos. 1998. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Aro – Noro – Byckling – Häkkinen – Salinto – Kerppilä: Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1992. STAKES sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 120. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Balnaves, Mark – Caputi, Peter 2001: Introduction to quantitative research methods. An investigative approach. London: SAGE.
- Benner, Patricia 1989: Aloittelijasta asiantuntijaksi. Porvoo: WSOY.
- Eerola, Anja 2004: Vain puolet isojen terveyskeskusten hammaslääkäreistä tyytyväisiä työhönsä. –Suomen Hammaslääkärilehti 20. 1166–1167.
- Elovainio, Marko – Laine, Marjukka – Lindström, Kari – Pentti, Jaana – Wickström, Gustav 2002: Tyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä. Vammalan kirjapaino Oy.
- Elovainio, Marko – Finne-Soveri, Harriet - Laine, Juha – Noro, Anja – Pekkarinen, Laura – Sinervo, Timo 2004: Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Aiheita/Stakes. Stakes/julkaisut.
- Enroos, Asta – Eranti, Eija 2002: Työhyvinvointia osaamisella ja innostuksella. Työhy-

vinvoinnin kehittäminen sosiaalivirastossa vuosina 2002–2006. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Eskola, Marjatta – Jauhiainen, Riitta 1994: Ryhmäilmiö. Juva: WSOY.

Grönroos, Eija 2005: Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Luentomateriaali. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. 15.3.2005.

Grönroos, Eija – Lumme, Riitta – Mannila, Marjo – Pirilä-Vikstedt, Kaarina – Sorakari-Mikkonen, Leila 2004: Työn organisointi ja työnjako terveydenhuollon erityisaloilla. Helsinki: Hankesuunnitelma.

Haapa-Aho, Marja 2005: Suun Terveystiedelehti, Työnjako moniammatillisessa työyhteisössä, Forssa: Forssan kirjapaino Oy. Julkaisu 4. 28–29

Hakanen, Jari 2004: Työuupumuksesta työn imuun, Työhyvinvointi-tutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työterveyslaitoksen julkaisusarja.

Hanhinen H – Parvikko O – Rantanen S – Tamminen-Peter L. Terveenä työelämässä. WSOY, Porvoo 1994.

Hannan, Shirina – Norman, Ian J – Redfern, Sally J 2001: Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. – Reviews in Clinical Gerontology 11: 189–208.

Heikkilä, Tarja 1999: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Heimonen, Riitta 2005: TEHY-lehti, ”Pidä kipinästä kiinni”-artikkeli, Forssa: Forssan kirjapaino Oy. Numero 5. 24–27

Heljälä, Leena 2004: Työterveyshoitajan työmenetelmät kouluyhteisön terveyden edistämiseksi. Työterveyshoitajien kokemuksia opettajien työhyvinvoinnista. Pro gradu –työ. Hoitotieteen koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Helsingin yliopisto. Hammaslääketieteen laitos. Opiskelijaksi hammaslääketieteen lai-

tokselle-esitys. Verkkodokumentti. Päivitetty 17.5.2006.

<<http://www.hammas.helsinki.fi/Other/rekryointiesitekev%E4t%202005.pdf>>

Luettu 20.2.2006.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ikonen – Varila, Merja 1994: Työyhteisön ristiriitatilanteet moraalitutkimuksen näkökulmasta. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos: Yliopistopaino.

Jukka Immonen, aluesuuhygienisti, henkilökohtainen tiedonanto 20.2.2006.

Johansson, Edvard 2005: Suomalaiset eivät ole outoja – uusia tuloksia kansainvälisestä työtyytyväisyystutkimuksesta. ETLA. Verkkodokumentti.

<[http://www.etla.fi/files/1324\\_SUH\\_05\\_1suomalaiset\\_eivat\\_ole\\_outoja.pdf](http://www.etla.fi/files/1324_SUH_05_1suomalaiset_eivat_ole_outoja.pdf)>. Luettu 16.9.2005.

Jokivuori, Pertti 2002: Sitoutuminen työorganisaatioon ja ammattijärjestöön – kilpailevia vai täydentäviä, Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä studies in education, psychology and social research 206.

Järvi, Minna 1996: Opiskelu ja stressi – Opiskelijoiden stressi opiskelun aloitus- ja päätösvaiheessa. Projektitutkielma. Turun yliopisto.

Järvinen, Pertti – Järvinen, Annikki 1996: Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaaja Oy.

Kaija, Päivi 2005: Farmaseuttien ja proviisorien työtyytyväisyys apteekissa. Lisensiaattityö. Kuopion yliopisto. Verkkodokumentti. Päivitetty

24.3.1995. <<http://www.tsr.fi/tutkimus/tutkittu/hanke.html?id=94192>>. Luettu 15.9.2005.

Kainulainen, Sakari – Perälä, Marja-Leena – Sinervo, Timo – Vaarama, Marja 1999: Vanhusten laitoshoidon tila, voimavarat, henkilöstön työhyvinvointi ja hoidon laatu, Stakes-tutkimuksia 46/1999, Stakesin monistamo, Helsinki

Kallio, Eeva 2002: Opintojen tukaluus ja onni – yliopisto-opintojen kuormittavuus. Tutkimusseloste. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.

Kauhanen, Juhani 2001: Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY.

Kauttu, M. 1997: Henkilöstön organisaatioon ja työhön sitoutuminen, Pro gradu – tutkielma, Tampereen yliopisto, kasvatustieteenlaitos.

Kiiänmaa, Antero 1996: Moderni totemismi. Tutkimus työelämästä, solidaarisuudesta ja sosiaalisista verkostoista keskiluokkaistuvassa Suomessa. Jyväskylä: Kehityksen avaimet.

Kiviholma, Maarit 1996: Kehitysvammahoitajien työtyytyväisyys ja voimavarat. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Kuopio: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kivimäki – Kalliomäki-Levanto – Vahtera – Kinnunen – Elovainio: Heikentykö sairaalahenkilöstön hyvinvointi? Sairauspoissaolojen seurantatutkimus 1996-1998. Suomen lääkärilehti 54 s.20-21.

Kuittinen, Matti 2004: Opetuksessa ei voi kaikkia miellyttää. Peda Forum 2004, 1, (4), 16-18. Verkkodokumentti.  
<<http://www.joensuu.fi/psykologia/laitos/henkilokunta/kuittinen/peda.html>>Luettu 14.3.2006.

Kuokkanen, Liisa 2003: Nurse Empowerment. A Model of Individual and Environmental Factors. Annales Universitatis Turkuensis, D558. Turku: Turun yliopisto.

Lappi, Leila 2005: Asiantuntijuuteen kehittyminen suun terveydenhuollon koulutuksessa. Hoitotieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lehtonen, Erja – Suomalainen, Kimmo 2005: Suun Terveudeksi. Artikkelissa Haapa-Aho, Marja (toim.): Työnjako moniammatillisessa työyhteisössä. Forssa: Forssan Kirjapaino 4/4 28–29.

Lehtonen, Heikki 1990: Yhteisö. Tampere. Vastapaino

Liuska, Hannele 1998: Jaksako opiskelija? – Opiskelijan stressitekijät ja voimavarojen hankinta. Oulun yliopiston opintotoimiston julkaisu. Oulu: Oulun yliopisto.

Metsämuuronen, Jari 2000: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Vöru: Jaabes OÜ.

Mäkilä, Hanna 2002: Laboratoriohoitajan sitoutuminen työhön ja laatujärjestelmään perustuva toiminta laboratorioprosesseissa, Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteenlaitos Tampereen yliopisto.

Niiniluoto, Ilkka 1983: Tieteellinen päättely ja selittäminen. Helsinki: Otava

Norbland, Anne ym. 2002: Terveys 2002. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.6 2002. <<http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/7.5.html>> Luettu 5.9 2006.

Nyky-suomen sanakirja 1996. (toim.). Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Peirce, C.S. 2001: Johdatus tieteen logiikkaan ja muita kirjoituksia. Tampere: Vastapaino.

Pietilä, Niina 2004: Kehityskeskustelu sairaanhoitajan työssä oppimisen tukijana. Tampereen yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta Hoitotieteen laitos Pro Gradu tutkielma, Verkkodokumentti <<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00374.pdf>> luettu 30.1.2006

Pikkarainen, Esa – Karjalainen, Asko 1994: Kasvatustieteen tutkimuskurssi 1, opetusmoniste. Oulun yliopisto. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.1.94. <<http://cc.oulu.fi/~epikkara/opetus/tuku1.htm>> Luettu 2.10.2005.

- Pirskanen, Satu 2003: Hoitohenkilöstön työtyytyväisyys ja hoitotyön johtajan voimavaroja vahvistava johtamistyyli - kyselytutkimus kotihoidon työntekijöille. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotyön johtamisen koulutus. Hoitotieteen laitos.
- Rautiainen, Ismo 2002: Hoivayrittäjien työssä jaksaminen. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystalouden ja –talouden laitos.
- Rautjärvi, Leila 2004: Ravintola-alan työntekijöiden käsityksiä omaan työhyvinvointiinsa vaikuttavista tekijöistä. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotyön johtamisen koulutus. Hoitotieteen laitos.
- Roos, Marja 2005: Yksilöllinen suun terveydenhoitotyö. Hoitotieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Roti, Outi – Ihanus, Juhani 1997: Terveys ja psykologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Suominen, Saara 1999: Hoitajien ja lääkäreiden kokema työstressi kolmella sisätautien osastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystalouden ja –talouden laitos.
- Sorakari-Mikkonen, Leila (toim.) 2004: Työn organisoimisen ja tehtäväjaon terveystalouden toimintamalli suuhygienisti- ja hammaslääkärin koulutuksen yhteistyöhön Helsingissä. Osahankesuunnitelma.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. STM 125:01/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaraportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2003 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004: 2.

Suomen Hammaslääkärilehti 15.3.2005, numero 6, ”Työelämän laatu kunnissa vaihtelee voimakkaasti”, s. 370

Suunhoidon opetusklinikan laatukäsikirja 2004, Suunhoidon opetusklinikan toiminnan kuvaus. Stadia.

Taipale, Maria 1999: Sitoutuminen ja ammatillinen kasvu asiantuntijatiimeissä toimintatutkimus paikallislehtitalossa. Licensiaattityö. Tampereen yliopisto.

Takala – Icen – Jokinen – Jäppinen – Kujala – Sillanpää 1986: Sairauspoissaolojen vähentämisopas. Tampere: Saniwell Oy.

TEHY-lehti 22.3.2005, numero 5, Riitta Heimosen ”Pidä kipinästä kiinni” -artikkeli, s.24-27

Tuomiranta, Mirja 2002: Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Työpaikkapoissaolojen vähentäminen yhteenveto. 1997. Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätiö. Irlanti.

Työturvallisuuslaki,738/200214§, Verkkodokumentti.

<<http://www.edilex.fi/saadokset/lainsaadanto/20020738?search=1>>Luettu  
1.30.2006

Uusitalo, Hannu 1997: Tiede, tutkimus ja tutkielma, johdatus tutkielman maailmaan. Porvoo: WSOY.


Vahtera: Sairauspoissaolot – Työ ja terveys Suomessa v. 2000: 134-137 Työterveyslaitos. Helsinki: Paino Miktor



## LIITTEET

## LIITE 1.

Yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen koulutuksen aikana 

Tällä lomakkeella kartoitetaan suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllistä asian tuntijuutta. 

[\[±\]](#) TAUSTATIEDOT



1. Ikä



2. Sukupuoli



3. Olen



4. Aikaisempi  
koulutus



5. Kuinka kauan  
opiskelusi on  
kestänyt tämän  
lukukauden lop-  
puun mennessä



6. Missä suun  
terveydenhoito-  
alan työtehtävissä  
olen toiminut.  
(Näistä voi valita  
useamman vaih-  
toehdon pitämäl-  
lä Ctrl-  
näppäimen poh-  
jassa.)





**jokin muu, mikä**



7. Kuinka mon-  
ta kuukautta  
olen tehnyt alan  
töitä



[\[±\]](#) YHTEISÖLLISEN ASIANTUNTIJUUDEN KEHITTYMINEN KOULUTUKSEN AIKANA

8. Missä olet tehnyt yhteistyötä suuhygienisti- tai hammaslääkäriopiskelijan kanssa. (Näistä voi valita useamman vaihtoehdon pitämällä Ctrl-näppäimen pohjassa.)

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen yliopistohammaslinikalla  
Helsingin ammattikorkeakoulun suunhoidon opetuslinikalla  
En missään

muualla, missä?

Jos valitsit kysymyksessä 8. vaihtoehdoksi "en missään", siirry kysymykseen 10.

9. Missä hoidon vaiheessa olet tehnyt yhteistyötä? (Näistä voi valita useamman vaihtoehdon pitämällä Ctrl-näppäimen pohjassa.)

potilaan hoidon tarpeen määrittämisessä  
potilaan hoidon suunnittelussa  
potilaan hoidon toteuttamisessa

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN JA YHTEISTYÖ

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei mielipidettä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin erimieltä
10. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyö koulutuksen aikana edistää omaa ammatillista kehittymistäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ammatilliselle kehitykselleni on eduksi jos yhteistyö tapahtuu kasvotusten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ammatillisen kehitykseni kannalta sähköinen viestintä riittää yhteistyövälineeksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteiset luennot/seminaarit edistävät ammatillista kehittymistäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kliinisen yhteistyön lisääminen kehittäisi ammatillista kasvuani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ammatillisen kehittymiseni kannalta nykyinen yhteistyön määrä riittää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Yhteistyön lisääminen on haitaksi ammatilliselle kehittymiselleni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Potilaiden hoidon suunnittelu on hyvä tehdä yhteistyössä suuhygienisti/hammaslääkäri opiskelijan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## TYÖNJAKO

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei mielipidettä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin erimielistä
18. Olen tyytyväinen nykyiseen työnjakoon potilaiden hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Työnjakoa on syytä selkeyttää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Olen selvillä siitä, mikä kuuluu hammaslääkäriopiskelijoiden työnkuvaan Helsingin kaupungin yliopisto-hammaslinikalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Olen selvillä siitä, mikä kuuluu suuhygienistiopiskelijoiden työnkuvaan Helsingin ammattikorkeakoulun suunhoidon opetuslinikalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Yhteistyö potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa on tarpeellista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Yhteistyötä potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa on riittävästi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tiedän missä tilanteissa voin lähettää potilaan eteenpäin suuhygienisti-/hammaslääkäriopiskelijalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Saan ohjaajiltani riittävästi informaatiota yhteistyön toteutumiseksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Saan ohjaajiltani riittävästi palautetta yhteistyön toteutumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Olen kiinnostunut yhteistyöstä suuhygienisti-/hammaslääkäriopiskelijan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mielestäni yhteistyö on tarpeellista koulutuksen aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Koulutuksen aikana tapahtuva yhteistyö edistää työelämässä tapahtuvaa yhteistyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## YHTEISTYÖN MAHDOLLISUUDET JA KEHITTÄMINEN

30. Mistä sain tietoa yhteistyöstä? muualta mistä?



31. Missä vaiheessa yhteistyö on hyvä aloittaa?

32. Ovatko mahdollisuudet yhteistyölle mielestäsi?

33. Koenko tietäväni tarpeeksi suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijan opinnoista?

34. Jos vastasit edelliseen kysymykseen EI, rajoittaako tietämättömyys yhteistyön toimivuutta?

35. Pitäisikö yhteistyön vaihtoehtoja/mahdollisuuksia olla nykyistä enemmän?

36. Millaista yhteistyötä olet tehnyt?



37. Miten yhteydenpito on tapahtunut?



38. Miten yhteistyötä voisi kehittää?



39. Kannustetaanko opiskelupaikassasi yhteistyöhön?



40. Haluaisin yhteistyötä. (Näistä voi valita useamman vaihtoehdon pitämällä Ctrl-näppäimen pohjassa.)





jotain muuta, mitä?



41. Onko poissaoloilla ollut merkitystä yhteistyöhön?



42. Jos vastasit edelliseen kysymykseen KYLLÄ, kerro miten poissaolo on vaikuttanut yhteistyöhön?



VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET YHTEISTYÖHÖN

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

Ei mielipidettä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin erimielistä



43. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa suuhygienisti-/ hammaslääkäriopiskelijoiden kanssa tekemäni yhteistyön määrään
44. Voin vaikuttaa omien potilaideni hoidon suunnitteluun.
45. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa työnjakoon potilaiden hoidossa.



#### YHTEISTYÖHÖN LIITTYVÄT ASEENTEET

- |  | Täysin samaa mieltä   | Jokseenkin samaa mieltä | Ei mielipidettä       | Jokseenkin eri mieltä | Täysin erimielä       |
|--|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 46. Saan palautetta työskentelystäni yhteistyökumppaniltani suuhygienisti-/hammaslääkäriopiskelijalta.       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Tiedon kulku yhteisen potilaan hoidosta on riittävää.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Tunnen että ammattitaitoani ja työpanostani arvostetaan.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelija jakavat tietoa keskenään yhteistyöpotilaan hoidosta.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. Opiskelupaikassani ilmenee vastustusta yhteistyötä kohtaan   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Yhteistyössä arvostetaan aloitteiden ja parannusehdotusten tekoa.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. Opiskelijoiden tekemiä yhteistyötä koskevia aloitteita ja parannusehdotuksia huomioidaan ja toteutetaan. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. Yhteistyötä koskevia asioita käsitellään riittävästi.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



## LIITE 2.

Kyselykaavakkeen kysymysten jaottelu pääkäsitteiden mukaan

10 à ( 30 )

Työhön sitoutuminen

10, 27, 28, 37,44, 48, 49

Työstressi

34

Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet

17, 22, 23, 25, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53

Sairauspoissaolot

41, 42

Työtyytyväisyys

10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 29, 45, 47

Roolikonfliktit ja rooliepäselvyydet

19, 20, 21, 24, 33



Sosiaali- ja Terveysala

Projektiin

Apuvälinetekniikka	
Bioanalytiikka	
Ensihoito	
Fysioterapia	
Hammastekniikka	
Hoitotyö	
Jalkaterapia	
Optometria	
Osteopatia	
Sosiaaliala	
Suun terveydenhoito	X
Radiografia/ sädehoito	
Toimintaterapia	
SOTE:n yhteinen	
Liiketoiminta	

### 1. Sopijaosapuolet

Helsingin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja Terveysalan toimialan

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

ja

Helsingin yliopiston Hammaslääketieteen laitos

ovat tehneet seuraavan sopimuksen.

### 2. Sopimuksen voimassaoloaika

1.5.2005 – 31.5.2009

### 3. Toteutusaikataulu

1. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan teemahaastattelulla Helsingin kaupungin yliopistohammaslinikan ja Stadian suunhoidon opetuslinikan nykyinen toimintatapa ja etsitään yhdessä kehittämistarpeet (kevät 2005).
2. Hankkeen toisessa vaiheessa (kevät 2005-syky 2005) tarkastellaan työnjaon kehityshistoriaa dokumentteihin perustuen.
3. Hankkeen kolmannessa vaiheessa kehitetään ekspansiivista oppimiskemystä hyödyntäen moniammatillinen toimintamalli työnjakoineen (syky 2005 – kevät 2006).
4. Hankkeen neljännessä vaiheessa (syky 2006 – kevät 2007). otetaan uusi toimintamalli käyttöön ja arvioidaan toimintamallia eri tavoin. Väestön suun terveyttä selvittäviä mittareita ovat mm. NOCTP-malli, CPITN-indeksi ja parodontiitin etenemisriskin määrittäsmalli. Palvelutoiminnan laatua mitataan asiakastytyväisyyskyselyillä sekä potilasmäärien seurannalla. Toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta seurataan talousarvion toteutumisen avulla. Yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä mitataan eri toimintajärjestelmissä kyselyin ja haastatteluin.
5. Hankkeen viidennessä vaiheessa (syky 2007- kevät 2008) levitetään uusi kehitetty toimintamalli suun terveydenhuollon työelämään.
6. Hankkeen kuudennessa vaiheessa (syky 2008- kevät 2009) tuotetaan projektin loppuraportti.



#### **4. Toiminnan ohjaus ja valvonta**

Hanke liittyy laajempaan terveydenhuollon erityisalojen yhteiseen 'Työn organisointi ja tehtäväjako terveydenhuollon erityisaloilla' -hankkeeseen. Terveydenhuollon erityisalojen yhteisen projektiryhmän vastuulla on mm. osahankkeiden koordinointi, rahoituksen ym. resurssien hankkiminen yhdessä koulutusalaakohtaisten projektiryhmien kanssa, hankkeen etenemisen varmistaminen, tiedotuksen hallinta, hankkeen verkottumisesta ja yhteistyökumppanien hankkimisesta, osahankkeiden laadusta ja eettisyydestä vastaaminen. Kunkin erityisalan osahankkeen johtajina toimivat erityisalojen yliopettajat tai hankkeesta vastaava lehtori (Projektiryhmä: KL Riitta Lumme, TtM Marjo Mannila, KL Kaarina Pirilä, KM Leila Sorakari-Mikkonen, hankkeen johtaja FT Eija Grönroos).

Projektin ohjausryhmään kutsutaan Stadian tutkimuspäällikkö TT Liisa Kuokkanen, työvoimapolitiittinen asiamies Kirsi Markkanen Tehy ry:stä, erikoishammaslääkäri dosentti Kimmo Suomalainen Helsingin yliopistosta, johtava ylihoitaja Helena Vertanen HUSLABista, ylihampaslääkäri Kirsti Wuolijoki-Saaristo Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta, tutkija VTM Laura Pekkarinen Stakesista, ylihoitaja ThT Leena Koponen HUSista, ylihoitaja Tuija Leppäkoski Jorvin sairaalasta, seurantaryhmään erikoistutkija VTM Timo Sinervo Stakesista, dosentti Kari Pulkki HUSLABista, silmälääkäri, LKT Lea Hyvärinen, toimialajohtaja Kristiina Kimmola Stadia AMKsta, koulutusjohtaja Eija Heiskanen Stadia AMKsta, johtava hammaslääkäri Taina Remes-Lyly Kirkkonummen terveyskeskuksesta ja professori Heikki Murtomaa Helsingin yliopistosta ja ylläkäri LKT Juha Halavaara Jorvin sairaalasta. Ohjausryhmän tehtävänä on vastata hankkeen etenemisestä, tukea yhteistyöverkoston luomisessa, projektin rahoituksen järjestämisessä ja hankkeesta tiedottamisessa. Kunta- ja järjestötason yhteistyökumppaneista, Sosiaali- ja terveysministeriön, Opetusministeriön sekä Stadian tutkimusjohdon edustajista ja projektin johdosta koostuva seurantaryhmä valvoo hankkeen toimeenpanoa ja toteutusta sekä tekee hankkeen etenemiseen ja rahoitukseen liittyviä ehdotuksia. Lisäksi projektin etenemistä ja projektiryhmän toimintaa valvoo Stadian johtoryhmä.

#### **5. Sopimuksen tarkoitus**

Sopia yhteistyöstä Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen ja Helsingin AMK Stadian välillä sekä määrittellä kerättyjen aineistojen käyttöoikeudet, sopimusosapuolten oikeudet ja velvollisuudet.

Stadian suunhoidon opetuslinikalla hoidetaan Helsingin kaupungin kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen kanssa yhteistyössä terveyskeskuksen potilaita. Helsingin kaupungin terveyskeskus on 14.2.2005 myöntänyt hankkeelle tutkimusluvan.

#### **6. Toiminnan sisältö**

Tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena on kehittää uusi toimintamalli suun terveydenhuoltoon. Mallin käyttöönotto mahdollistaa pitkällä aikavälillä suun terveydenhuollon palvelujen saatavuuden sekä väestön suun terveyden lisääntymisen. Mallin käyttöönotolla voidaan edistää myös yhteiskunnan taloudellisten resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Tavoitteena on suun terveydenhuoltohenkilöstön yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen työelämän tarpeita vastaavaksi ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon asiakkaiden suun terveyden lisääntyminen. Lisäksi tavoitteena on kehittää palvelutoiminnan laatua.

#### **7. Kustannukset, palkkio ja suoritukset (opinnäytetöiden kohdalla on mainittava ilmaisten opintoviikkojen määrä, niiden käyttäjä ja aika)**

Hankkeen kustannuksista vastaa Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia sen oman sekä anomansa ulkopuolisen rahoituksen avulla (OPMn Stadialle myöntämä t & k rahoitus ja Kunnalisalan kehittämissäätiöltä anottava rahoitus).

#### **8. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus**

Omistusoikeus Helsingin kaupungin terveyskeskuksen henkilöstöltä- ja asiakkailta sekä Helsingin yliopiston henkilöstöltä ja opiskelijoilta kerättyyn aineistoon kuuluu Stadia AMK:lle. Yksittäisillä Stadia AMK:n opiskelijoilla ei ole tutkimuksessa käytettävien aineistojen omistusoikeutta ja he käyttävät aineistoja ainoastaan Stadia AMK:n tiloissa. Opiskelijoiden käyttäessä asiakaskyselytietoja jokaiselle opiskelijalle anotaan erikseen tutkimuslupa. Tekijänoikeudet hankkeessa tuotettuihin raportteihin kuuluvat Stadia AMK:lle.

Helsingin Ammattikorkeakoulu edellyttää **Helsingin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja Terveysala** -nimen esille tuomista tuloksien julkaisemisen yhteydessä. Mahdollisuuksien mukaan toivotaan myös **stadia** -tunnuksen käyttöä julkisissa yhteyksissä.


## 9. Force majeure


Sovitun tehtävän suorittamiseen varattua aikaa voidaan pidentää *force majeure* -luonteisten syiden perusteella.

## 10. Sopimuksen siirtäminen ja purkaminen

Hanke toteutetaan siihen saatujen resurssien puitteissa. Stadia AMK:lla on oikeus muovata hankkeen toteuttamiskapasiteettia sille saamansa rahoituksen puitteissa tai keskeyttää hanke mikäli sille ei ole saatavissa riittäviä resursseja.

Helsingissä 11.5.2005

  
Seppo Helminen  
Johtaja hammaslääkäri  
Helsingin kaupunki Terveyskeskus  
Hammashuolto-osasto

  
Helsingin Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja Terveysala



## Sopimuksen täyttöohjeet

### 1. Sopijaosapuolet

Mainitaan sopimuksen tekijöiden nimet sekä koulutusohjelma, suuntautumisvaihtoehto ja vuosikurssi.

### 2. Sopimuksen voimassaoloaika.

Merkitään sopimuksen voimaantulopäivä ja päättymispäivä.

### 3. Toteutusaikataulu.

Ilmoitetaan, milloin tai missä järjestyksessä sopimuksessa mainittu toiminta toteutetaan. Tämän tulee tapahtua kohtaan 2 merkityn voimassaoloajan sisällä tai poikkeava toteutusaika tulee määritellä.

### 4. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Sovitusta toiminnasta vastaava koulun edustaja, ohjausryhmä, opettaja tai muu koulun puolesta toimintaa valvova taho. Tähän kohtaan sopijaosapuolet voivat myös sopia koulun ulkopuolisen ohjausta ja valvontaa toteuttavan tahon.

### 5. Sopimuksen tarkoitus

Sopimuksen tarkoittama toiminto (kuten työharjoittelu), toiminnan erityinen kohde ja toiminnan tavoite.

### 6. Toiminnan sisältö

Toiminnan sisällön kuvaus ja toteuttamisessa käytetty metodi tai erityinen toteutustapa.

### 7. Kustannukset, palkkio ja suoritukset

Kustannuksista vastaavan tahon nimi tai korvauksen suorittaja, summa, milloin korvaus maksetaan. *Esimerkiksi: Sopijaosapuoli A maksaa mainitun summan x yhdessä erässä laskua vastaan työn hyväksymisen ja luovuttamisen jälkeen.*

### 8. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Sopimukseen voidaan merkitä, että työn teettäjä (ja maksaja) saa käyttöoikeuden tuotokseen. Tässä kohdassa tätä käyttöoikeutta voidaan haluttaessa sopimustekstillä myös rajoittaa. Usein itse työsuhde jo sisältää oletuksen siitä, että tehty työ kuuluu työnantajalle, mutta esimerkiksi suurien innovaatioiden kohdalla tämä tilanne aiheuttaa ongelmia. Periaatteessa tekijänoikeuden omistaa aina työn tekijä ja oikeuden siirtymisestä sopivat työn tekijä ja työn teettäjä. Tähän liittyen tulisi huomioida tuotoksen hyödyntämiseen liittyvät näkökohdat. Tekijänoikeuden perusteella voidaan sopia tietty prosenttiosuus työn tekijälle tekijänpalkkiona tai (taloudellinen) tekijänoikeus voidaan sopia siirtyneeksi työn teettäjälle siitä maksettavan korvauksen kautta (=palkka/palkkio ...). Tähän kohtaan toivotaan lisättäväksi: *Helsingin Ammattikorkeakoulu edellyttää Helsingin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja Terveystieteiden osaston tuomista tulosten ja tuotosten julkaisemisen yhteydessä. Mahdollisuuksien mukaan toivotaan myös stadia -tunnuksen käyttämistä.*

### 9. Force majeure

Sovitun tehtävän suorittamiseen varattua aikaa voidaan pidentää force majeure –luonteisten syiden perusteella.

### 10. Sopimuksen siirtäminen ja purkaminen

*Esimerkiksi: Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen suostumusta. Toisella sopijaosapuolella on oikeus purkaa sopimus välittömästi, jos sopimuskumppani olennaisesti jättää täyttämättä sopimuksen määräykset. Työn suorittajalla on oikeus korvaukseen purkamishetken mennessä suoritettusta työstä, jos sopimus puretaan ja työn suorittaja ei ole syyppää sopimuksen purkamiseen. Sopimuksesta aiheutuneet erimielisyydet ratkaistaan Helsingin käräjäoikeudessa.*

11. Sopimuksesta tehdään aina kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi kummallekin sopijaosapuolelle.

12. Sopimuksen allekirjoittajan on oltava Helsingin Ammattikorkeakoulun valtuuttama ja nimenkirjoitusoikeuden omaava henkilö.

Opinnäytetöiden kyseessä ollessa opiskelijan allekirjoitus on toivottavaa.



TUTKIJA	Nimi Eija Grönroos, Leila Sorakari-Mikkonen, Kimmo Suomalainen	
	Osoite Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, SoTe, PL 4033	Puhelin 310 81 355, 310 81 374
	Sähköpostiosoite Eija.gronroos@stadia.fi, Leila.sorakari-mikkonen@stadia.fi, Kimmo.suomalainen@helsinki.	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta	
	Suoritettavat tutkimukset Fil. tri Eija Grönroos, hammaslääket. tri, dos. Kimmo Suomalainen, kasv.tiet maist, SHO Leila Sorakari-Mikkonen	
TUTKIMUKSEN OHJAAJA	Nimi FT eija Grönroos	
	Toimipaikka ja osoite Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu PL 4033, 00099 Helsinki	Puhelin 310 81 355
	Sähköpostiosoite Eija.gronroos@stadia.fi	
	Opinnoista ja ammatti Fil. tri	
TUTKIMUS	Tutkimuksen nimi Sateenvarjohanke: Työn organisointi ja tehtäväjako terveydenhuollon erityisaloilla / Osahanke: Työn organisointi ja tehtäväjako suun terveydenhuollossa	
	Tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> Muu	
	Rahoittaja(t) Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, Euroopan sosiaalirahasto	
	Yhteyshenkilö terveyskeskuksessa Ylihammaslääkäri Kirsti Wuolijoki-Saaristo	
	Lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta Katso liite 1.  Potilasasiakirjoja käytetään uuden toimintamallin vaikuttavuuden arviointiin niin, että asiakirjoista kerätään vain indeksitietoa, joten asiakkaiden anonymiteetti ei ole uhattuna. Katso liite 2.	
	Arvio terveyskeskukselle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista (Esim. laboratoriotutkimukset, poliklinikakäynnit ja henkilökunnan työpanos) Tutkimushankkeesta ei aiheudu terveyskeskukselle ylimääräisiä kustannuksia	
	Eettisen toimikunnan lausunto <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Ei tarvita	
	Lääketutkimus kuuluu Suomen lääkevahinkovakuutuksen piiriin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Tutkimusta varten pyydetään tietoja terveyskeskuksen salassa pidettävistä asiakirjoista tai henkilörekistereistä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, sitoumus tietojen käytöstä <input checked="" type="checkbox"/> seuraavalla sivulla <input type="checkbox"/> liitteenä	
	TUTKIMUS- SUUNNITELMAN JULKISUUS <input type="checkbox"/> Annan terveyskeskukselle luvan antaa tutkimussuunnitelmani koskevia tietoja <input checked="" type="checkbox"/> Haluan tutkimussuunnitelmani käsiteltäväksi salassa pidettävänä	
LIITTEET JA TUTKIJAN ALLEKIRJOITUS <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Kustannusarvio <input type="checkbox"/> Sitoumus tietojen käytöstä		
Päiväys 20.12.2004	Allekirjoitus  LEILA SORAKARI-MIKKONEN	

Te-023.doc 11.3.2004



SALASSA PIDETTÄVIÄ TIETOJA KOSKEVA SITOUMUS	Kaikkien niiden henkilöiden, jotka käsittelevät salassa pidettäviin asiakirjoihin tai henkilörekistereihin sisältyviä tietoja, on annettava sitoumus joko tällä lomakkeella tai samansisältöisenä erillisellä liitteellä. Sitoumus on aina toimitettava alkuperäisenä (ei sähköpostilla eikä telekopiona).	
	Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille.	
	Päiväys 17.12.2004	Allekirjoitus ja nimen selvitys (BEJA LEHTONEN)
	Päiväys 17.12.2004	Allekirjoitus ja nimen selvitys LEILA SORAKARI-MIKKONEN
Päiväys 20.12.2004	Allekirjoitus ja nimen selvitys EIRA M. SUOMALAINEN	
	Allekirjoitus ja nimen selvitys	

#### OHJEITA

Tutkimuslupahakemus tulee täyttää huolellisesti.

Tutkimuslupahakemuksessa tai sen liitteissä tulee käydä ilmi ainakin seuraavat asiat:

- Tutkimuksen nimi
- Tutkimuksen suorittaja/suorittajat
- Kaupallisissa tutkimuksissa toimeksiantaja
- Tutkimuksen tarkoitus/tutkimusongelmat
- Tutkimusaineisto
- Tutkimusmenetelmät
- Selkeästi esitettynä, mitä terveyskeskuksesta toivotaan (so., mihin terveyskeskus sitoutuu myöntäessään tutkimusluvan)
- Tutkimuksen kohdeyksikkö tai -yksiköt terveyskeskuksessa
- Asiakirjatutkimuksissa: Mitä tietoja asiakirjoista halutaan
- Potilaita koskevilla tutkimuksissa: Selostus, miten potilaisiin otetaan yhteyttä  
Potilas/asiakas saa yleensä tiedon tutkimuksesta sekä tutkimukseen liittyvän potilasohjeen sen osaston tai yksikön henkilökunnalta, jossa tutkimus tehdään
- Kuvaus tutkimuksen mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tutkimuskohteelle tai tutkimusyksikölle, jossa tutkimus toteutetaan
- Kuvaus, miten tutkimuksessa käytetyt yksittäistä henkilöä koskevat tiedot, ääninauhat ja videot säilytetään ja hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa säädettyllä tavalla
- Kuvaus, miten huolehditaan siitä, että tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä tai työyhteisöä/työryhmää
- Jos tutkimus on osa suurempaa tutkimus- tai kehittämishanketta, tulee sen ilmetä tutkimussuunnitelmassa ja yksilöidä tutkimuslupaa haettavan tutkimuksen osuus suuremmasta hankkeesta
- Terveyskeskukselle mahdollisesti aiheutuvat kustannukset (Kustannuksia ovat myös mm. henkilökunnan työajasta ja asiakirjojen kopioinnista aiheutuvat kustannukset)

Tutkimuslupahakemuksen liitteenä tulee olla:

- Tutkimussuunnitelma ja, jos sen tekstiosaa ylittää 10 sivua, myös tiivistelmä, josta käyvät ilmi edellä mainitut seikat
- Tutkimuksen kohteena olevalle henkilölle jaettavat aineistot (tiedotteet, suostumuslomakkeet, kyselylomakkeet)  
Lääketeieteellisestä tutkimuksesta annetun lain 6 §:ssä tarkoitetun suostumusasiakirjan tulee sisältää:
  - 1) tutkittavan nimi, henkilötunnus tai syntymäaika ja osoite;
  - 2) selvitys siitä, onko tutkittava lain 7–10 §:ssä tarkoitettu henkilö;
  - 3) selvitys lain 6 §:n 2 momentin mukaisen selvityksen antamisesta tutkittavalle sekä tietojen antajasta;
  - 4) selvitys siitä, mistä muualta tutkittavaa koskevia tietoja tullaan keräämään;
  - 5) selvitys siitä, kenelle tutkimuksen aikana kerättyjä tietoja voidaan luovuttaa sekä miten tietojen luottamuksellisuus on suojattu;
  - 6) tutkittavan vapaaehtoinen suostumus; sekä
  - 7) maininta oikeudesta peruuttaa suostumus ilman, että peruutus vaikuttaisi tutkittavan oikeuteen saada tarvitsemaansa hoitoa.Suostumusasiakirja on päivättävä ja sen allekirjoittavat suostumuksen antaja ja vastaanottaja. Jäljennös asiakirjasta on annettava suostumuksen antajalle.  
Tiedotteen, suostumusasiakirjan ja kyselylomakkeen tulee olla saatavana tarvittaessa myös ruotsinkielisenä
- Eettisen toimikunnan tai valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisen jaoston lausunto, mikäli kyseinen lausunto lain mukaan vaaditaan (ks. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999)
- Lääketutkimuksissa Lääkelaitoksen lausunto

Hakemus toimitetaan osoitteella:

Terveyskeskus  
PL 6000  
00099 Helsingin kaupunki

Oppilaitos:  
Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Projektiryhmä: FT Eija Grönroos, HLT, dos Kimmo Suomalainen,  
KM Leila Sorakari-Mikkonen, THM Helena Stedt, SHO Marja Roos

Hankkeen nimi: Työn organisointi ja tehtäväjako suun terveydenhuollossa

Hankkeen laji: Tutkimus- ja kehittämishanke Aikataulu: syysystä 2004 kevääseen 2009

Abstrakti: Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena on kehittää uusi toimintamalli suun terveydenhuoltoon. Mallin käyttöönotto mahdollistaa pitkällä aikavälillä suun terveydenhuollon palvelujen saatavuuden sekä väestön suun terveyden lisääntymisen. Mallin käyttöönotolla voidaan edistää myös yhteiskunnan taloudellisten resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

Tavoitteena on suunterveydenhuoltohenkilöstön yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen työelämän tarpeita vastaavaksi ja Helsingin kaupungin terveystieteiden hammashuollon asiakkaiden suun terveyden lisääntyminen. Lisäksi tavoitteena on kehittää palvelutoiminnan laatua.

Tutkimus- ja kehittämishänke toteutetaan kehittävän työntutkimuksen metodilla Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian suunterveydenhuollon koulutusohjelman ja Helsingin kaupungin hammashuollon toimintaympäristössä.

Tutkimusaineistona käytetään kirjallisuutta, dokumentteja ja tutkimusjoukolta kerättävää dataa. Hankkeen tutkimusjoukko muodostuu suuhygienistiopiskelijoista, hammaslääketieteen opiskelijoista, heidän asiakkaistaan ja ohjaajistaan sekä Eteläsuomen läänin alueen suuhygienisteistä. Tutkimus- ja kehittämishanke on kytketty opetukseen siten, että kaikki projektin aikana Stadian suunhoidon opetuslinikalla harjoittelevat opiskelijat keräävät käytettävien mittareiden avulla tarvittavaa dataa. Opiskelijat osallistuvat hankkeeseen myös tekemällä opinnäytetöitä.

Tarvittavat resurssit: Hankkeen toteuttaminen edellyttää suun terveydenhuollon koulutusohjelmalta keskimäärin yhden lehtorin työpanosta vuodessa, jotta projektin parissa toimivat opettajat voidaan vapauttaa hankkeen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kustannuksia tästä syntyy 53760 e / vuosi.

Avainkäsitteet: Yhteisöllinen asiantuntijuus, työhyvinvointi ja hoidon laatu suun terveydenhuollossa

LIITE 4.

1(2)


 STADIA

 HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU
 

---

Sosiaali- ja terveysala

## LAUSUNTO OPINNÄYTETYÖSTÄ

**Tekijät:** Anttikoski Johanna, Hannikainen Anniina, Hiltula Tarmo, Hiltunen Jaana, Holmstöm Kati, Kalilainen Heidi, Kaltiainen Niina, Lahti Emilia, Liimatainen Merja, Malis Natalja, Ojanen Tuula, Parkarinen Saira, Patrikainen Noora, Peltonen Elina, Pesonen Tanja, Pääskyvuori Jetta, Repo Mira, Solja Anna-Sofia, Tolvi Hanna ja Wickström Taija

**Koulutusohjelma:** Suun terveydenhuolto

**Työn nimi:** Hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen koulutuksen aikana

**Työn ja mahdollisten liitteiden säilytyspaikka:** kirjasto, Tukholmankatu 10

### I TYÖN ARVIOINTI

#### 1. Opinnäytetyön aiheen ja työtavan valinta H (4)

merkittävyys alalla  
työelämälähtöisyys  
kehittävyys

#### 2. Opiskelijan prosessi H (3)

motivoituneisuus  
innovatiivisuus  
vaiheittainen etenevyys  
yhteistyökyky  
ohjauksenkäyttötaito  
kirjallinen viestintä  
suullinen viestintä  
analyttisyys  
arviointitaito

#### 3. Tuotos H (3)

kokonaiskuvaus ja perustelut  
esittäminen ja julkistaminen  
tulosten tulkinta ja arviointi  
hyödynnettävyys  
osaamisen kartuttaminen

## II MUUTA HUOMIOITAVAA

**1. Työelämäedustajan arviointi. Opinnäytetyön esitykseen kutsuttiin hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijat, opettajat sekä työelämän edustajia. Tilaisuudessa keskusteltiin vilkkaasti tuloksista ja yhteistyön kehittämisestä.**

**2. Vertaisarvioinnin ja itsearvioinnin toteuttamistapa**

Jokainen opiskelija arvioi kirjallisesti koko ryhmän, pienryhmien ja oman prosessin syksyllä 2006.

**3. Kypsyysnäyte, hyväksytty**

**4. Yhteenveto ja muita työkohtaisia perusteluita**

Opinnäytetyön tarkoituksena on käynnistää yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittäminen työn organisoinnin ja tehtäväjaon parantamiseksi. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteisöllisen asiantuntijuuden nykytilanteesta ja kehitystarpeista. Työ on looginen kokonaisuus; se on kvantitatiivinen ja sen teoreettinen viitekehyksenä on Hannanin systemoidun kirjallisuuskatsauksen perusteella tuottama malli, joka kuvaa yhteisöllisten sekä henkilöstöön ja asiakkaisiin liittyvien tekijöiden yhteyttä hoidon laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin. Työn tulokset on esitetty yksityiskohtaisesti. Opiskelijat olisivat voineet syventää omaa pohdintaansa suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden yhteistyön sekä kehittämisen näkökulmasta. Esitys oli hyvin onnistunut ja havainnollinen sekä siitä ilmeni opiskelijoiden yhteisöllinen asiantuntijuus.

## III ARVOSANA H(3)

Päiväys 28.11.2006

---

ohjaaja  
nimenselvennos  
Helena Stedt

---

ohjaaja  
nimenselvennos  
Marketta Sivonen