



# Avosairaanhoidon henkilöstön työsisäl- löt ja kuormitus

Tutkimus tiimimuotoisten vastaanottopalveluiden työ-  
tehtävien määrästä ja kuormittavuudesta

Heikki Väyrynen

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Kesäkuu 2022

Terveys- ja hyvinvointiala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Väyrynen, Heikki

**Avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöt ja kuormitus – Tutkimus tiimimuotoisten vastaanottopalveluiden työtehtävien määrästä kuormittavuudesta**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kesäkuu 2022, 96 sivua

Sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö, ylempi AMK

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

**Tiivistelmä**

Itseohjautuvat tiimimallit ovat rantautuneet suomalaiseen perusterveydenhuollon vastaanottoimintaan viimeisen viiden vuoden aikana. Esimerkkiä on haettu hollantilaisesta Buurtzorg-hoivayhtiöstä, jossa itseohjautuvat toimintamallit ovat pitkälle hiottuja ja toimivia kokonaisuuksia. Suomessa perusterveydenhuollon tiimimallista tunnetuin lienee Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Keusoten tiimimuotoinen toimintamalli, joka perustuu vahvasti asiakkaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteeseen.

Uudet toimintamallit ja johtamisen paradigmat eittämättä muuttavat perusterveydenhuollon toimintaa merkittävästi. Hoidon painopisteinä ovat hoidon tarpeen arviointi ja konsultaatio, jolloin merkittävä osa asiakkaiden terveydellisistä haasteista voidaan hoitaa ilman vastaanottokäyntiä. Tilanteen vaatiessa vastaanottokäynnin hoito saadaan heti käyntiin. Terveydenhuollon ammattilaisten, hoitohenkilöstön ja lääkäreiden, arkisten tehtävien ja niiden painopisteiden voidaan siis ajatella muuttuvan.

Kyselylomakkeella tutkittiin Keski-Suomen seututerveyskeskuksen tiimimuotoisessa toimintamallissa esiintyvien työtehtäväkategorioiden määrää ja kuormitusta kehittämällä ja pilotoimalla määrällisiin menetelmiin nojaava mittari. Tavoitteena oli tuoda henkilöstön subjektiiviset näkemykset objektiivisen informaation tueksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa työkalu organisaation kehittämistoiminnan arvioinnin tueksi.

Analysin tuloksina havaittiin, että hoidon tarpeen arviointiin liittyvät prosessit kuormittivat molempia ammattiryhmiä enemmän, kuin kliininen vastaanottotyö. Hoitajia erityisesti kuormittivat puhelin ja toimistotyö ja lääkäreitä vastaavasti konsultaatiot. Kliinisen työn osalta päivystykselliseen toimintaan liittyviä tehtäviä ei koettu kuormittavaksi niiden määrästä huolimatta.

Johtopäätöksinä todettiin, että puhelinvälitteinen hoidon tarpeen arviointi haastoi hoitohenkilöstön kompetensseja ja lääkäreiden ammattiryhmässä sama ilmiö voitiin havaita konsultaatioihin vastaamisessa. Lähdekirjallisuuden perusteella syynä tähän lienee hajanaisen tiedon intensiivinen jäsentäminen osana hoitopäätösten tekemistä. Kliinisen asiakastyön kuormittavuutta vähensi perinteistä juontuva työn rakenteellisuus.

**Avainsanat (asiasanat)**

Tiimityö, perusterveydenhuolto, hoidonohjaus, itseohjautuvuus, työn kuormittavuus, työmäärä, työhyvinvointi, osallisuus, kehittävä arviointi

Väyrynen, Heikki

### **Workcontent and workload of outpatient care staff - Study about team-based reception services**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, June 2022, 96 pages

Master's Degree Programme in Social and Health Care Management and Development

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

#### **Abstract**

Self-directive teamwork models have become into Finnish primary health care system in past five years. Main example in this development has been Dutch nursing company Buurtzorg, where working in self-directive teams has been far more developed than in any other organization. Most known example about Finnish teamwork based primary health care organization is Central Uusimaa's social and health care districts team model, which leans on treatment relationship between health care professional and patient.

New ways of organizing work and new leadership paradigms has ability to change basic work in primary health care. Focus is at assessments of the need for care and nurses' consultations. This kind of way to work enables solving greater number of individual health challenges than reception-based work model. Doctors' appointment is also possible to arrange in fast schedule due to reduced need for elective appointments. This lead inevitably into thought that in comparison to old system, work focus will change.

At the Central Finland Municipal Health Center, a questionnaire was used to examine subjective work and workload in nine categories. Goal was to create and to pilot a quantitative meter where personnel's subjective views will become visible into context of objective information. Therefore, the purpose was building an evaluation tool to support management and development efforts.

The main results were that care needs assessment processes produced more workload than traditional clinical work. Nurses were work loaded due to telephone work and office tasks whereas doctors' workload came from consultations. Working with emergency patients were experienced light even though the amount of work was seen quite high.

Conclusions were that working at care needs assessment tasks via telephone challenged nurses' skills and same phenomenon was seen in doctors' group when viewing consultations workload. According to the literature the main reason for this might be the incoherence of produced information at patient information system and combining those into patient's anamnesis. Clinical work was experienced less burdensome because it is more structural and traditional way to work.

#### **Keywords/tags (subjects)**

Teamwork, primary health care, patient counselling, self-direction, work burden, workload, well-being at work, complicity, sustainable assessment

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Opinnäytetyön tietoperusta.....</b>	<b>5</b>
2.1	Perinteinen vastaanottotoiminta.....	5
2.2	Perusterveydenhuollon itseohjautuva tiimimalli.....	6
2.3	Osallisuus.....	9
2.4	Työhyvinvointi.....	11
2.5	Subjekttiivinen tieto objektiivisen tiedon tukena .....	14
2.5.1	Kokemukseen perustuvan tiedon käyttökelpoisuus .....	15
2.5.2	Objektiivinen tieto .....	16
2.6	Kehittämistoiminnan arviointi osana hoitotyön johtamista.....	18
<b>3</b>	<b>Tutkimusasetelma .....</b>	<b>19</b>
3.1	Kohdeorganisaation kuvaus .....	19
3.1.1	Yhteiskehittämällä eteenpäin.....	20
3.1.2	Asiakas tiimitoiminnan keskiössä .....	22
3.2	Tutkimusongelma ja rajaukset ja tutkimuskysymykset .....	23
3.2.1	Aihevalinnan rajaukset .....	24
3.2.2	Tutkimuskysymykset.....	25
3.3	Tutkimusmenetelmät.....	25
3.3.1	Objektiivisen tiedon parametrit sisältökysymysten taustalla .....	27
3.3.2	Sisältökysymysten rakentaminen .....	28
3.3.3	Kyselyn rakentaminen .....	31
3.4	Luotettavuustekijät .....	35
3.4.1	Reliabiliteetti.....	36
3.4.2	Validiteetti .....	37
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen toteuttaminen .....</b>	<b>39</b>
4.1	Tiedonhaku.....	40
4.2	Eettiset näkökulmat .....	41
<b>5</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>42</b>
5.1	Analysointi.....	43
5.2	Löydökset .....	46
5.2.1	Kokonaistulokset.....	46
5.2.2	Hoidon tarpeen arviointi .....	47
5.2.3	Kliininen asiakastyö.....	50
5.2.4	Muut löydökset.....	52

5.3	Lopputulokset.....	53
5.3.1	Henkilöstön näkemykset työtehtäväkategorioihin liittyvistä kuormituksista.....	53
5.3.2	Havainnot työtehtävien subjektiivisten määrien ja kuormitusten välisestä suhteesta 54	
5.3.3	Ammattiryhmien väliset tulokset .....	54
5.4	Johtopäätökset.....	54
5.4.1	Hoidon tarpeen arviointi oikea-aikaisen toiminnan keskiössä.....	55
5.4.2	Kliinisen asiakastyön näkökulma .....	57
<b>6</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>58</b>
6.1	Päätelmät .....	59
6.2	Tutkimusprosessin arviointi .....	60
6.3	Tulosten hyödynnettävyys .....	60
6.4	Jatkokehityshaasteet.....	62
	<b>Lähteet .....</b>	<b>63</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>71</b>
	Liite 1. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen tuotteet .....	71
	Liite 2. Käyntitilastointi.....	73
	Liite 3. Aineiston keruuseen liittyvä saatekirje .....	77
	Liite 4. Kyselylomake .....	78
	Liite 5. Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma.....	92
6.4.1	1. Aineiston yleiskuvaus.....	93
6.4.2	2. Eettiset periaatteet ja lainsäädäntö .....	93
6.4.3	3. Dokumentointi ja metatiedot: aineiston keruun, sisällön ja käsittelyn dokumentointi.....	94
6.4.4	4. Tallentaminen ja varmuuskopiointi opinnäytetyön tekemisen aikana .....	95
6.4.5	5. Aineiston tallentaminen, avaaminen ja arkistointi opinnäytetyön valmistuttua.....	95
6.4.6	6. Aineistohallinnan vastuut ja resurssit .....	96
	<b>Kuviot</b>	
	Kuvio 1. Autoritääriän ja absoluuttisen vapauden paradoksi.....	7
	Kuvio 2. Sisältökysymyksen konteksti.....	32
	Kuvio 3. Vastaajan arvio tehtäväkategorian määrästä ja kuormituksesta .....	33
	Kuvio 4. Nelikenttäkysymys .....	35
	Kuvio 5. Aineiston kaikkien vastausten eritellyt mediaanit ja keskiarvot .....	46
	Kuvio 6. Vastaukset luokiteltuna hoidon tarpeen arviointiin ja kliiniseen asiakastyöhön .....	48

Kuvio 7. Puhelintyö ja konsultaatiot .....	49
Kuvio 8. Toimistotyöt ja sähköiset palvelukanavat.....	50
Kuvio 9. Kiireetön vastaanottotoiminta ja päivystys .....	51
Kuvio 10. Erikoistutkimukset ja näytteenotto .....	52

## **Taulukot**

Taulukko 1. Käsitteiden operationalisointi .....	26
Taulukko 2. Mittarin taustamuuttajat .....	26
Taulukko 3. Kyselyn vastausvaihtoehdot.....	34
Taulukko 4. Tiedonhaun tulokset.....	40
Taulukko 5. Vastausmäärät ja -prosentit .....	43
Taulukko 6. Analysoitava aineisto.....	44
Taulukko 7. Kuntalaskutustuotteet.....	71
Taulukko 8. Suoritetilastoinnin parametrit.....	73

# 1 Johdanto

Perusterveydenhuolto on vuosien ajan ollut pitkien ja raskaiden muutosprosessien alla, joista viimeisimpiä hankkeita ovat olleet Vanhasen ensimmäisen hallituksen Kunta- ja palvelurakenneuudistus, Juha Sipilän hallituksen Maakuntauudistus ja Marinin hallituksen Soteuudistus. Paras-hankkeessa kuntien vastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa pyrittiin tuomaan suurempien yksiköiden, kuntayhtymien, järjestettäväksi, jonka ajateltiin tuovan säästöjä parantavan terveydenhuollon palveluiden saatavuutta. (L 169/2007, 6§; Nikander & Tuominen-Thuesen 2016, 25). Juha Sipilän hallituksen maakuntauudistuksessa vastaavasti palveluiden järjestämisvastuu olisi tuotu maakunnan tasolle (Manssila & Mattsson 2019, 30). Marinin hallitus vastaavasti jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista aloittaen kesällä 2021 hyvinvointialueiden toiminnan käynnistämisen (Soteuudistus voimaan – Mitä tapahtuu kesän aikana? 2021).

Uudistamisen tahti näyttää olleen kova ja niiden sisältöihin lienevät väistämättä vaikuttaneet aikansa johtamisen paradigmat. 2010-luku on johtamisen paradigmojen osalta ihmissuhdekoulukunnan ja erityisesti itseohjautuvuuden aikaa. Seeck (2012, 153) toteaa yksilön kompetenssien ja ominaisuuksien olevan työntekijän tärkein voimavara, joidenka kehittymistä ei edistä pakko vaan yksilön sisältä kumpuava halu muuttua ja kehittyä itseohjautuvasti. Avosairaanhoidon sosiaalisten työskentely-ympäristöjen muutoksessa tämä voidaan havaita siirtymisinä perinteisestä lääkärijoh-toisesta toiminnasta kohti moniammatillista tiimimallia, jossa asiakkaiden asioita hoidetaan yhteis-toiminnallisesti ja ratkaisukeskeisesti. (Pihlava 2019, 1930). Asiakkaiden käyntimäärät vaikuttavat vähentyvän, jonka osaltaan voidaan ajatella muuttavan työtehtävien määrää ja niistä koettua kuormitusta.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli kehittää ja pilotoida mittaria, joka määrällisten menetelmien avulla mittasi työntekijöiden näkemyksiä erilaisten työtehtäväkategorioiden määrästä ja niiden kuormittavuudesta. Mittarin lähtökohtaisena ajatuksena oli toimia yhtenä organisaatiomuutoksen arvioinnin työkaluna tuoden esille niitä työskentelyn osa-alueita, joihin lähitulevaisuuden kehittämistoimenpiteitä tulisi harkita suunnattavan. Mittari pohjaa pitkälle Keski-Suomen seututerveyskeskuksen Tilastointi- ja laskutusoppaaseen, jotta jatkossa mahdollisimman luotettava vertailu määräkokeusten osalta olisi mahdollista toteuttaa objektiivisten mittarien tuottaman tiedon kanssa. Pitkällä tähtäimellä mittarin tavoitteeksi asetettiin kyky tuottaa tietoa kehittämistoiminnan arvioinnin tueksi.

## 2 Opinnäytetyön tietoperusta

Tämän opinnäytetyön tietoperustan tehtävänä on kuvata perusterveydenhuollon avosairaanhoidon perinteinen vastaanotto toiminta ja tarkastella itseohjautuvan tiimimuotoisen vastaanotto toiminnan lähtökohtia sekä toiminnan prosesseja henkilöstön osallisuuden, työhyvinvoinnin sekä tiedon tuottamisen näkökulmista. Kansainvälisessä kirjallisuudessa itseohjautuvaan tiimitoimintaan liittyvät asiasanat näyttävät muodoissa self-managing team sekä self-organizing team. Tiedonhalun osalta käsitteiden synonymisoinnissa ja kääntämisessä hyödynnettiin pääasiassa Suomalaisen asiasanasto- ja ontologiapalvelu Finton ylläpitämää YSO-asiasanastoa.

### 2.1 Perinteinen vastaanotto toiminta

Perinteinen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toiminta rakentuu lääkäri vetoiselle toiminnalle, jossa hoitajat arvioivat hoidon tarvetta ja lääkäri hoitaa asiakkaan varsinaista sairautta. Tämän kaltaista toimintaa perustelee Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994, 22 §), jonka mukaan lääkäri päättää ja vastaa asiakkaan hoidosta, tutkimuksista ja diagnostiikasta. Vastaanotto työn prosessissa ensikontaktilla toteutetaan pintapuolinen hoidon tarpeen arviointi, jossa pyritään saavuttamaan käsitys asiakkaan hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointia tekevät terveydenhuollon ammattihenkilöt ja lääkärit (L 1326/2010, 51 §). Tämän jälkeen asiakkaalle varataan, kulloisenkin tarpeen mukainen, lääkärin tai hoitajan vastaanotto aika.

Tavanomaisessa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa pääasiallisena työtä ohjaavana tekijänä voidaan nähdä ajanvarausjärjestelmä, jolloin kysynnän ja tarjonnan epäsuhta viivästyttää kiireettömän hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden vastaanottoaikoja. Nykyisessä toimintaympäristössä ajanvarausperustainen toiminta on hoitoon pääsyä haittaava tekijä, sillä asiakkaiden tarpeet ovat kompleksisempia ja usein moniammatillista yhteistyötä vaativia. (Kinnunen, Kylänen, Taskinen & Ryynänen 2010, 8–9.) Terveydenhuoltolain (L 1326/2010, 50 §) mukaan kiireellistä hoitoa vaativien potilaiden arviointi ja hoito on järjestettävä lähellä kuntalaisen asuinpaikkaa, minkä vuoksi kiireettömän vastaanotto toiminnan ohessa perusterveydenhuollossa tuotetaan myös kiireellistä hoitoa vaativien asiakkaiden sairaanhoidollisia palveluita.



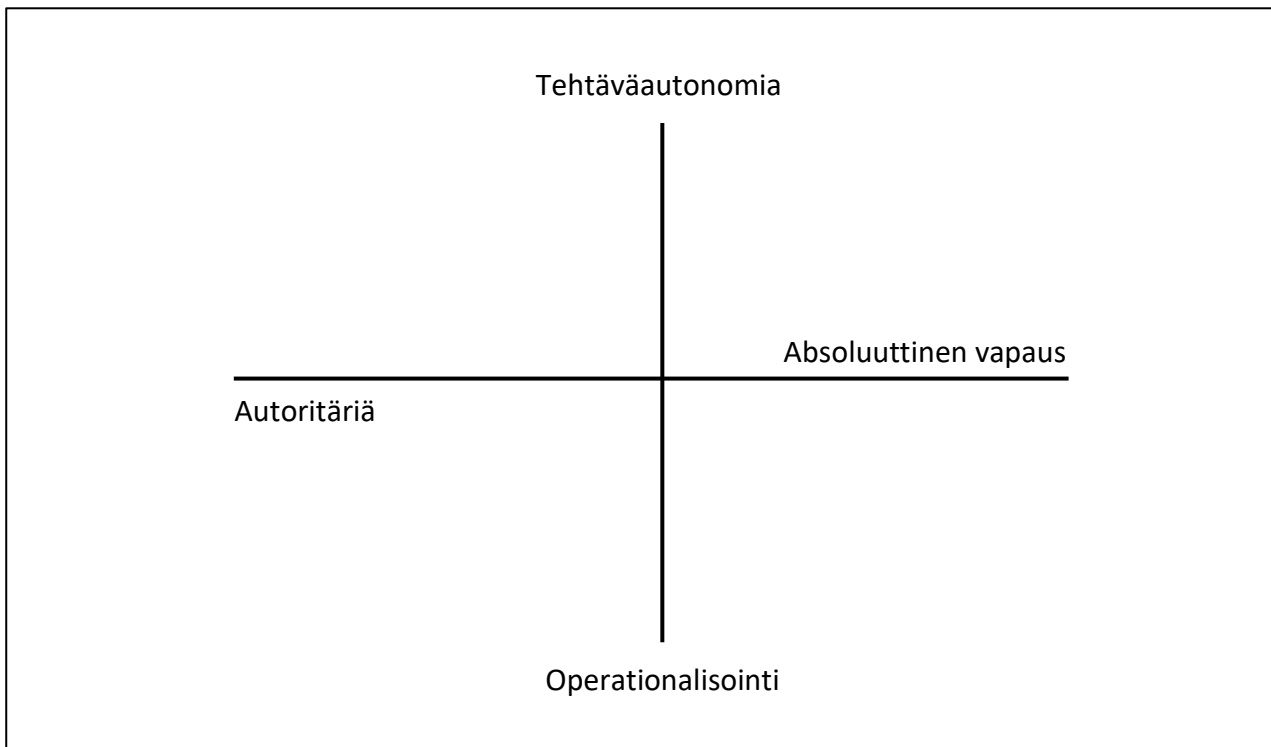
Luonteeltaan tavanomainen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta on varsin hierarkkista. Esimiehet suunnittelevat työvuorot ja henkilöstösijoittelun, lääkärit hoitavat asiakkaita ja hoitohenkilöstö toimii pääasiassa avustavissa tehtävissä. Kysynnän kasvaessa toiminta muuttuu mekaaniseksi ja työ voi tuntua pakkotahtiselta, koska reaaliset mahdollisuudet vaikuttaa oman työn sisältöön puuttuvat (Perusterveydenhuollon pelastaminen 2019). Tällaisessa organisaatiomallissa toiminnan suunnittelu ja kehittäminen tapahtuvat ylhäältä alapäin henkilöstön työtehtävien ollen määritellyn tarkkarajaisesti (Seeck 2012, 31). Mäkelän (2020) mukaan organisaation toiminta on luonteeltaan funktionaalista ja työskentelyn katsotaan olevan muodollisissa organisaatorakenteissa toimimisen tulos.

Näin ollen tieteellisen liikkeenjohdon ja weberiläisen byrokraattisen organisaatioajattelun lopputuotteena on syntynyt varsin joustamaton ja sementoitunut toiminnallinen rakenne. Funktionaaliseen toimintaan prosessiluonteista otetta Nuutisen (2000, 1821) mukaan tuovat erilaisten hoitopolkujen ja –ketjujen hyödyntäminen sairaanhoitopiirin sisällä. Vastaavasti henkilöstöjohtamisen näkökulmasta tarkasteltuna taylorismin ja byrokratian perinne näkyvät vastaavasti työehtosopimuslähtöisessä tehtäväkohtaisessa palkkauksessa, jonka lähtökodit ovat ennalta määrättyjä sekä työtehtävien tarkkarajaisena operationalisointina (Palkkausopas luottamusmiehillä ja esimiehille 2012,15; Seeck 2012, 31). Siirryttäessä kohti itseohjautuvia toimintamalleja myös tiedon tulee olla avointa ja vapaasti sekä ammattilaisten että asiakkaiden saatavilla. Nuutinen (2017, 1287–1288) toteaaakin perinteinen professionaalisen tiedon omistamisen kulttuurin murtumisen olevan avainkohti moniammatillista perusterveydenhuollon yhteistyötä.

## **2.2 Perusterveydenhuollon itseohjautuva tiimimalli**

Itseohjautuvan tiimimallin perusajatuksena on murtaa perinteinen hierarkkinen johtamiskäytäntö. Muilun (2019) mukaan toiminnan lähtökohtana on yhtäältä organisaation ja työntekijöiden keskinäinen luottamus ja toisaalta tiimin jäsenten välinen keskinäinen dialogi, joka mahdollistaa oman työn joustavan suunnittelun. Ennakoivan suunnittelun kautta työn hallinta helpottuu tuoden keinoja vastata muuttuvan toimintaympäristön tuomiin haasteisiin. Yksilön kautta tarkasteltuna itseohjautuvan toiminnan voidaan ajatella olevan autonomista toimintaa, jossa pyrkimyksenä on saavuttaa organisaation yhteisiä tavoitteita. (Deci & Ryan 2006, 1557.) Vastaavasti henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien ja lisääminen edistävät yhteenkuuluvuutta ja sosiaalista kanssakäymistä

(Toikka n.d., 5–6). Itseohjautuvuutta ei siis voitane sanoa absoluuttiseksi vapaudeksi vaan toiminnaksi tiettyjen ennalta määriteltyjen premissien sisällä, jolloin se löyhästi vaikuttaisi olevan konstruktivisen pedagogisen ajattelun työelämäsovellus. Pikkaraisen (2004, 197) tutkimuksen mukaan kasvatustieteellisen pedagogisen paradoksin nelitahoinen ristiriita on kaiken pedagogisen toiminnan tarkastelun keskiössä. Myös itseohjautuvuuden voidaan ajatella sisältyvän tietynlaiseen ristiriitojen nelikenttään, jossa yksilön vapaus ja organisaation valta sekä työtehtävien operationaalisointi ja itsenäisen työtehtävien järjestely hakevat paikkaansa kulloisenkin organisaation sisällä. ks. Kuvio 1. – Autoritääriän ja absoluuttisen vapauden paradoksi) Perustellusti voidaankin kysyä, mitä on työelämän aito itseohjautuvuus?



Kuvio 1. Autoritääriän ja absoluuttisen vapauden paradoksi

Itseohjautuvan terveydenhuollon organisaation malliesimerkkinä voidaan pitää hollantilaista Buurtzorg-hoivaorganisaatiota, jossa tiimit organisoivat toimintansa itsenäisesti. Pyrkimyksinä on, perinteisen palvelutuotannon sijaan, tuottaa asiakkaille pysyvämpiä ratkaisuja ja voimaannuttaa asiakasta ottamaan vastuuta myös omasta terveydentilastaan. (Kreitzer, Monsen, Nandram, & de Blok, 2015, 41.) Burströmin, Jantusen, Jeglinsky-Kankaisen, Piipon, Rosengrenin, Ruotsalaisen, Si-nervon & Surakan (2020, 19) mukaan terveydenhuollon sektorin itseohjautuviin tiimeihin liittyvät

tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaisia. Ristiriitaiset tulokset ovat havaittavissa sekä työn tehokkuuden, laadun että työtyytyväisyyden osalta, tarkastelunäkökulmasta riippuen. Osassa tutkimuksissa tiimityöskentelynä toteutettu organisaatio tuotti parempia tuloksia, kun joissain tutkimuksessa tulokset olivat vastaavasti heikompia. (Burström ym. 2020, 18.) Nilsson & Sandoff (2016, 415) toteavat ihmislähtöisen johtamisen, leadership-ajattelun, olevan itseohjautuvan organisaation henkilöstön työhyvinvoinnin ytimessä, jonka vuoksi terveydenhuollon tiimityön tutkimuksia on tarkasteltava osin kriittisestikin. Suomessa terveydenhuollon tiimipohjaista työskentelymallia on kehitetty erityisesti mielenterveyshoitotyön sektorilla, jossa toiminta perustuu avoimeen dialogiin ja asiakkaan aktiiviseen osallisuuteen (Burström ym. 2020, 17).

Tiimityöskentelyn edellytys on sen jäsenten välisen sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistaminen. Raivion (2021, 21) mukaan moniammatillisessa itseohjautuvassa tiimissä erilaiset persoonat tuovat toimintaan toisiaan täydentäviä toimintatapoja. Tämä vaatii osakseen tiimiytymisen prosessin, jossa yksilöt luovat mikroyhteisönsä uniikin sosiaalisen kontekstin ja kanssakäymisen viitekehyksen (Poole & Real 2003, 373). Oleellisena tekijänä kanssakäymisen mahdollistamisessa on toimiva viestintä ja toimivien viestintävälineiden olemassaolo. Nykypäivän työelämässä tämä tarkoittaa esimerkiksi sujuvia ja helppokäyttöisiä tietojärjestelmiä. Puutteellinen tai epäselvä yksilöiden välinen viestintä johtaa helposti väärinymmärryksiin ja asiakastyön riskien realisoitumiseen. (Pilny & Real 2017, Understanding HCT Communication Using Systems Theory.) Erityisesti terveydenhuollossa, mutta myös muissa asiantuntijaorganisaatioissa viestinnällä voidaan vaikuttaa myös siihen, kuinka esitetty asia tulkitaan. Heikosti tarkoitustaan palvelevien viestintävälineiden käyttäminen päivittäisen kommunikoinnin välineenä saattaa johtaa myös henkilöiden välisten keskinäisten suhteiden hankaloitumiseen, joka osaltaan saattaa vaikeuttaa työyhteisön sisäistä dialogia. Henkilöiden ja tiimien välisen viestinnän onnistuminen on itseohjautuvan organisaation sujuvan toiminnan edellytys. (Pilny & Real 2017, Summary.)

Itseohjautuvaan työskentelykulttuuriin siirryttäessä muutos on usein suuri. Kuten todettua, Burströmin ym. (2020, 41) esiin nostama tutkimustulosten ristiriitaisuus voinee johtua myös organisaatioiden liminaalitalasta. Houni, Kontinen, Toivanen & Karsten (2013, 12) toteavat itseohjautuvuuden vaativan yksilöiltä asiantuntijuutta ja luovuutta, koska uudenlaisen työelämän rakenteet eivät ole vielä täysin hahmottuneet uusien työmenetelmien ja toimintatapojen haastaessa perin-

teisen linjaorganisaation toimintakulttuuria. Itseohjautuvassa organisaatiossa johtaminen hajautuu ja työryhmät saavat enemmän valtaa päättää itseään koskevista asioista. Toisaalta organisaatiota ohjaavat yhteiset tavoitteet toiminnan raameja määrittelee ylimmän johdon luoma strategia. Työntekijöille tarjotaan vapaus ja vastineeksi vaaditaan aiempaa suurempaa vastuun kantamista. (Burström ym. 2020, 41.) Tämän vuoksi itseohjautuvan organisaation toiminta näyttäytyy toiminnan käynnistyessä varsin epästabiilina, jossa osa henkilöstöstä saa lisää puhtia vapautuessaan ja osa vastaavasti lannistuu. Tällöin voidaan palata takaisin organisaation vallan nelikenttään (ks. Kuvio 1. – Autoritääriän ja absoluuttisen vapauden paradoksi).

Hyvänä esimerkkinä perusterveydenhuollon toimivasta tiimimallista voidaan pitää kansallisesti palokittua Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän vuonna 2019 käyttöön otettua toimintamallia, joka perustuu vahvasti henkilöstön itseohjautuvuuteen ja moniammatillisen tiimin sisäiseen yhteistyöhön (Pihlava 2020). Hyrylän terveysaseman toimintamallissa perusterveydenhuolto on jaettu kahteen itseohjautuvaan tiimiin, joihin asiakasaines jakautuu palveluiden käytön ja terveydellisten indikaattorien perusteella. Itseohjautuvissa tiimeissä omasairaanhoidaja vastaa asiakkaan yhteydenottoon ja hänen asiansa pyritään ratkaisemaan jo saman puhelun aikana. Hoitajalla on käytössään tehtävään nimetty konsulttilääkäri, joka halutessaan voi ottaa asiakkaan vastaanotolle tai muulla tapaa suunnitella asiakkaan hoidon. (Pihlava 2019, 1930–1933).

## 2.3 Osallisuus

Osallistuminen ja osallisuus poikkeavat olennaisesti toisistaan, koska osallisuus sisältää eritoten ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen sektorin varsinaisen osallistumisen rajoituessa henkilön passiiviseen läsnäoloon ilman edellytystä aktiivisesta toimijasta. Tällöin ryhmän sisäinen diskurssi jää usein puutteelliseksi, jolloin osallisuuden vaateella pyritään korostamaan kaikkea kanssakäyntiä kulloisessakin sosiaalisessa kontekstissa. Einolan & Kohtamäen (2015, 15–16) mukaan pyrkimyksenä on siis edistää ryhmän jäsenten keskinäisiä luottamussuhteita ja positiivista toiminnan ilmapiiriä. Osallistavat menetelmät (n.d., 2–3.) teoksen mukaan osallisuuden ilmapiirissä jokaisella ryhmän jäsenellä on yhtäläinen mahdollisuus vaikuttaa toiminnan ja keskustelun sisältöihin. Näin ollen kehittämis- ja suunnittelutyöhön on mahdollista tuoda näkökulmia ja ideoita, jolloin ryhmän sisäinen keskustelukulttuurin voidaan todeta parantavan käsiteltävän asiakokonaisuuden lopputulosta.

Kansan Sivistystyön liitto ry:n Osallistavat menetelmät (n.d., 2) mukaan osallistavan toiminnan tekniikoita on useita, joista pääsääntöisesti voidaan hahmottaa neljä erilaista vaihetta. Näitä ovat aloitusvaihe, suunnittelu, toimintavaihe ja loppuarviointi. Perinteisesti tilanteessa on läsnä, mentorin roolissa toimiva ohjaaja, jonka tehtävänä on rohkaista ja henkilöitä mukaan toimintaan (Osallistavat menetelmät n.d., 12–13). Osallistavien toimintamenetelmien irrelevantista pinnallisuudesta huolimatta ne ovat oiva kehittämistoiminnan työkalu, joita on sovellettu muun muassa organisaatioiden strategiatyössä sekä toiminnan kehittämisessä yhteistyössä asiakasrajapinnan kanssa. Syväjärven & Leinosen (2020, 54) mukaan hyödyntämällä osallistavia menetelmiä työyhteisön arjen toimintaa sekä sen jäsenten ammatillista identiteettiä voidaan kaikilla organisaation tasoilla vahvistaa. Näin ollen esimerkiksi itseohjautuvuuden juurruttamista osaksi työyhteisön arkea voidaan tukea ja henkilöstöä valtaistaa suhteessa sen hetkiseen rooliinsa.

Hannele Seeck (2012, 368) toteaa osallistavan johtamisen olevan työntekijöiden ja työnantajan välistä yhteistyötä, jolloin syntyy yhteinen ymmärrys organisaation tavoitteista ja ongelmista. Tällöin johto nähdään yhtäältä toiminnan mahdollistajana ja toisaalta työelämän yhteistyökumppanina, mikä parantaa oleellisesti työelämän laatua. Johtajan keskeisenä roolina on viestiä, olla erityinen viestinnällinen linkki organisaation ja henkilöstön välillä, jolloin yhteisten tavoitteiden saavuttaminen on mahdollista (Kreps 1990, 90). Kieran, MacMahon & MacCurtain (2018, 507) sekä Floyd & Wooldridge (1992, 153) korostavatkin johdon ja henkilöstön välisen keskusteluyhteyden tärkeyttä hahmotettaessa strategisten tavoitteiden toteutumista. Tässä keskijohdon merkitys on kriittinen, koska se koostaa ja välittää henkilöstön äänen ylimmälle johdolle. Nykypäivän työelämässä merkittävää roolia näyttelevät työn sisältö ja merkitys. Osallisuus työkaluna mahdollistaa itseohjautuvan toiminnan, jolloin toiminnan perimmäisenä taustana on jokaisen yksittäisen henkilön subjektiivisten näkemysten ja yhteisönormien välinen hiljainen vertailu. (Seeck 2012, 347; Goia & Chittipeddi 1991, 434–435.)

Nikanderin & Tuominen-Thuesenin (2016, 22) mukaan osallisuus on juurtunut suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakenttään varsin hyvin. Se näkyy esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden käytön lisääntymisenä. Työelämässä osallisuuden teemat näkyvät kehittymisenä kohti itseohjautuvia organisaatorakenteita, joissa henkilöstölle on tarjottu aidot mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä ja niiden sisältöihin tiimimuotoisen toiminnan kautta (Toikka n.d., 40; Karkulehto

& Sipponen 2018, 60; Einola & Kohtamäki 2015, 19). Toikka hahmottelee osallisuutta kolmivaiheisesti. Yhtäältä organisaatio tarjoaa yksilölle työkalut muovata ja organisoida omaa työtään siten, että päämäärinä ovat yhteiset strategiset tavoitteet. Toisaalta tiimit toimivat, jaetun johtajuuden kautta, yksilön tukena ja työntekijän lähiyhteisönä, jolloin yksilön ajatukset ja uudet hyvät toimintatavat saavat vakiintuneita käytäntöjä. Muutos on siis aina läsnä. Organisaation tasolta tarkasteltuna itseohjautuvuus ja henkilöstön osallisuus tulee olla strategian implementoinnin keskipisteessä. Tällöin henkilöstöllä on myös ylimmän johdon tuki ja osallisuuden edistäminen näyttäytyä aitona haluna tukea henkilöstön työhyvinvointia ja osallisuutta. (Toikka n.d., 8.)

Karjalainen & Raivio (2013, 13) näkevät osallisuuden syrjäytymisen vastaparina, mikä syntyy yksilön sosiaalisista konstruktoista suhteessa yhteiskunnan eri tasoihin. Työyhteisössä näitä ovat esimerkiksi kollegat, lähiyhteisö, esimiehet ja yhteistyökumppaniorganisaatioiden edustajat. Oleellista on ymmärtää osallisuuden lisäävän yhteenkuuluvuuden tunnetta ja turvallisuutta. Lisäksi siihen liittyvät vahvasti valintojen vapaus ja vallan tunne. (Karjalainen & Raivio, 2013, 13.) Osallisuuden käsitteen haasteellisuus näyttäisi esiintyvän sen subjektiivisen luonteen kautta, jolloin voidaan pohtia, kuka määrittelee yksilön olevan osallinen? Osallisuuden taustalle Karjalainen & Raivio (2013, 16) määrittelevät kolme tekijää; materiaalsen toimeentulon, toimijuuden ja yhteisöön kuulumisen. Työstä saatavat ansiotulot täyttävät ensimmäisen ehdon, toiminnan kontekstin rajaama vapaus toisen ehdon ja henkilöstön kuuleminen kolmannen. Mikäli yhteisöllisyyden ehto ei täyty, se ajaa yksilön vetäytyneeksi ja osattomaksi suhteessa sosiaaliseen toimintaympäristöön (Alila, Grön, Keso & Volk. 2011, 13; Karjalainen & Raivio 2013, 17). Itseohjautuvuuden näkökulmasta osallisuuden voitaneen ajatella olevan elinehto organisaation toiminnalle, jolloin yksilön fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden täytyminen luo työskentelyyn mielekkyyttä. Tällöin organisaatiolla on sen kaikilla tasoilla mahdollista edetä kohti yhteisiä tavoitteita.

## 2.4 Työhyvinvointi

Henkilöstöstrateginen suunnittelu pohjautuu liiketoimintastrategisiin linjauksiin. Näin ollen se pitkälti määrittelee ne tavoitteet, joita henkilöstöstrategian tulee henkilöstösuunnittelun keinoilla täyttää. (Kauhanen 2006, 32.) Henkilöstöstrategisessa suunnittelussa huomioidaan organisaation ulkoinen ympäristö ja sisäiset tekijät, jolloin huomioidaan henkilöstöresurssiin kohdistuvat uhat ja mahdollisuudet monipuolisesti. Yhdessä liiketoimintasuunnitelman kanssa ulkoiset ja sisäiset teki-

jät määrittelevät ne tavoitteet, joita henkilöstöresursoinnin tavoitteiksi kulloinkin asetetaan. (Kauhanen 2006, 23.) Kauhasen (2006, 26) mukaan organisaation henkilöstöstrategisessa kuvassa sisäinen ympäristö muodostaa työntekijäresurssiin kohdistuvia haasteita, joita esimerkiksi ovat osaaminen, asenteet ja sitoutuminen. Asenteet ja sitoutuminen työhön ovat osa organisaation työkulutturia, kun osaaminen vastaavasti on sidoksissa käytössä olevaan teknologiaan. Osaamista voidaan pääsääntöisesti tarkastella henkilöstötietojärjestelmän kautta, kun sitoutumista ja asenteita tulee mitata henkilöstökyselyiden kautta.

Työn organisointi edellyttää työn sisällön inhimillistämistä, jolloin pelkän mekaanisen suorittamisen sijaan, työskentely nähdään sosiaalisten verkostojen muodostamana voimavarana. Tällöin henkilöstön osaaminen voidaan nähdä kustannusten sijaan organisaation kilpailukykyä edistävänä voimavarana. (Kauhanen 2006, 51.) Inhimillisten aspektien korostaminen ja niiden erityinen huomioon ottaminen vahvistavat työhyvinvointia, jolloin organisaatiokulttuuri tukee kollektiivisen ajattelun syntymistä ja henkilöstön välistä dialogia (Wink 2010, 57). Fyysisten tarpeiden, kuten palkan, lisäksi työntekijän psykososiaaliset tarpeet tulevat myös täytetyksi, joka omalta osaltaan edistää tuloksellista työskentelyä. Näitä tarpeita ovat muun muassa yksilöllisyys ja osaaminen. (Työhyvinvoinnin johtaminen on osa strategista henkilöstöjohtamista 2017.)

Kauhasen (2018, 114) mukaan organisaation työhyvinvoinnin kehittämisessä tärkeässä roolissa on tavoitteellisuus ja seuranta. Toiminnan keskiössä on hyvin hoidettu esimiestyö, jolloin työhyvinvointinäkökulmat ovat osana päätösten tekemistä ja päivittäistä toimintaa. Olennaista on suunnitella työhyvinvointiin vaikuttavat toimenpiteet huolellisesti, jolloin sijoitettu rahasumma palautuu takaisin työn tuottavuuden parantumisena. Kestin (2013, 112) mukaan työhyvinvointi koostuu fyysisen ja emotionaalisen turvallisuuden ylläpitämisestä. Fyysiset tekijät liittyvät ergonomiaan sekä turvalliseen työskentely-ympäristöön ja emotionaaliset tekijät vastaavasti työssä jaksamiseen ja stressiin. Emotionaalista turvallisuutta voidaan parantaa välittävällä suhtautumisella henkilöstön hyvinvointiin, jolloin proaktiivisesti kuunnellaan henkilöstöstä kumpuavia ongelmakohtia ja huolia. Tässä kontekstissa valmentavan esimiestyön mentorointiin perustuvat lähtökohdat tuovat dialogilähtöisen toiminnan kautta emotionaaliseen työssäjaksamiseen lisäarvoa luoden henkilöstölle työssä onnistumisen edellytykset (Kauhanen 2018, 95; Kesti 2013, 87).

Bersin, Flynn, Mazor ja Melián (2017, 52) toteavat kokonaisvaltaista työhyvinvointia kehitettävän neljällä sektorilla. Työnantajan tulisi tukea henkilöstöä löytämään tasapainon henkilökohtaisen ja ammatillisen elämän välille. Toisena tekijänä lähiesimiehen tulisi jatkuvan dialogin kautta löytää yhteinen ymmärrys työnantajan ja yksittäisen työntekijän tavoitteiden välille, jolloin työn tekemiselle löytyy selkeä tavoite. Lopuksi Bersin ja kumppanit toteavat perehdytyksen ja henkilökohtaisen urasuunnittelun tuovan jatkuvuutta, jolloin pitkäjänteinen urasuunnittelu korostuu. Kauhasen (2006, 62) mukaan organisaation menestyminen riippuu pitkälti siitä, että henkilöstö on oikeissa tehtävissä. Tällöin organisaation äkilliset henkilöstömuutokset eivät vaikuta toimintaan niin dramaattisesti. Oleellista on ennakoida muutokset, jolloin toiminta voi jatkua häiriöttä.

Työhyvinvoinnin keinoiksi voidaan katsoa useita erilaisia henkilöstöstrategisia toimintoja. Näitä ovat esimerkiksi työn rikastaminen ja työkierto sekä työn laajentaminen ja tiimipohjainen työskentely. Työn rikastamisella tarkoitetaan työntekijän itsenäisyyttä lisääviä toimenpiteitä, jolloin yksilölle tarjotaan vapautta ja valtaa päättää omaa työtään koskevista asioista. Tällöin työn suunnittelu ja toteutusta tuodaan lähemmäs toisiaan. Rikastetun työnkuvan toteuttaminen vastaavasti vaatii aina tiedollisten ja taidollisten kompetenssien vahvistamista. Työkierrolla pyritään usein puuttumaan työntekijöiden yksipuoliseen kuormitukseen, jolloin koetun työperäisen kuormituksen ajatellaan vähenevän ja työhyvinvoinnin paranevan. Työlaajentaminen on vastaavasti vertikaalisesti työn sisältöä laajentava toimenpide, jossa yksittäisen työntekijän tehtäväkenttää laajennetaan koskemaan useita työvaiheita ja vastaamaan lopputuotteensa laadusta. Tällöin työsuoritus vastaavasti pitenee tuoden kuitenkin sisältöjä työhön. (Kauhanen 2006, 50–51.)

Henkilöstön voimavarojen johtaminen ja työhyvinvointi näyttävät olevan vahvasti sidoksissa toisiinsa. Niitä voidaan kehittää useilla erilaisilla tavoilla, jolloin henkilöstön sitoutuminen parantaa myös tuloksellisuutta. Olennaista on tunnustaa inhimillisten voimavarojen merkitys ja kehittää toimintoja oppimisen kautta. Tähän tarvitaan esimiesten inhimillisen johtamisen keinoihin perustuva ajattelua ja strategian omaksumista osaksi päivittäisjohtamista, jolloin organisaation sisäisin prosessein varmistetaan työn jatkuvuus ja työhyvinvointi. (Hyvä henkilöstöjohtaminen luo tuloksellisuutta ja hyvinvointia. n.d.) Psykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi työhyvinvoinnin osatekijänä on myös fyysisten tekijöiden huomioiminen, johon vastaa käytössä olevan työehtosopimuksen palkkausjärjestelmä. (Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2020–2021, Palkkausjärjestelmä). Erityisesti työn laajentaminen ja työ rikastaminen tuovat väistämättä esille,



työtehtävin muutoksen tuottaman, työn vaativuuden arvioinnin tärkeyden. Työhyvinvoinnin näkökulmasta työn sisältöjen muuttaminen saattaa ilman fyysisten perustarpeiden täyttymistä jäädä vaillinaiseksi ja johtaa jopa negatiivisen työilmapiirin muodostumiseen ja muutosvastarinnan vahvistumiseen. Työhyvinvoinnin ja organisaation kehittäminen vaatiikin avoimuutta ja hyvää psykologista pelisilmää, jotta negatiivisilta vaikutuksilta vältyttäisiin. (Kesti 2014, 67.) Näin ollen henkilöstövoimavarojen johtaminen ja työhyvinvointi näyttäisivät olevan suurempia, kuin osiensa summa.

## 2.5 Subjektiiivinen tieto objektiivisen tiedon tukena

Jotta voimme puhua ylipäätään tietojohdamisesta, tulee määritellä ja purkaa tiedon käsitettä. Vain tällöin voimme käydä diskurssia yhdenmukaisista lähtökohdista käsin. Lammenrannan (2014) mukaan tieto määritellään perinteisesti siten, että olemassa olevalla uskomuksella on vankka perustelu. Platonin realistisen maailmankuvan mukaisesti oppiminen on vain mieliin palauttamista, tieto siis on jo meissä itsessämme ideoina, emme vain osaa käsitellä niitä. Aristoteleen mukaan tieto syntyy kopioitaessa ulkomaailmaa ollen ajankuva menneisyydestä, jolloin ihmisen sisälle (in) syntyy ulkomaailman pienoiskuva (formaatio). Tällöin tiedon status on perusteluiden mukaan muuttuva. Se kuitenkin luonteeltaan rajoittuu vain propositionaaliseen muotoon jättäen ulkopuolelle hiljaisen tiedon, joten tieto itsessään tulee siis olla kontekstissaan eksplikoitavissa. (Pikkarainen 2018.)

Kanniston (2007) mukaan Immanuel Kant muotoilee tiedon syntyvän aistihavaintojen kautta, jotka järki muuttaa ymmärrettävään muotoon. Kant ei teoriassaan kuitenkaan huomioi toiminnan käsitettä, kuten esimerkiksi konstruktivistinen suuntaus tekee. Semiotiikassa tieto voidaan ajatella moodien kautta, jolloin olioiden kohtaaminen tuottaa molemmissa yksilöllisiä aistimuksia. Näin ollen tieto voidaan hahmottaa modaalisen kompetenssin erityistapauksena. Tällöin tiedolle voidaan asettaa toiminnan komponentti; Know-how, taito tehdä, jolloin teko palautuu aina havainnon asettamaan tavoitteeseen. Lisäksi toiminnasta voidaan erottaa tunnistamiseen liittyvä know-that-kompetenssi, jolloin ihminen osaa sijoittaa havainnon kontekstiin. (Pikkarainen 2018.)

Käytännön elämässä tieto voidaan jaotella näkyvään eksplikoituun tietoon ja hiljaiseen tietoon. Pohjalaisen mukaan (2014) kielellinen tieto voidaan havaita, puheessa ja vuorovaikutuksessa, jolloin se on luonteeltaan jaettava ja näkyväksi tehtyä. Hiljainen tieto puolestaan on näkymätöntä ja

vaikeastikin saatavilla. Organisaatiossa hiljainen tieto on usein kirjoitettu ohjeisiin ja dokumentteihin, joten sen kielellistäminen itsessään on varsin hankalaa. Toisaalta hiljaista tietoa ei myöskään ole tehty helposti saataville ja sen organisointi on varsin hajanaista. Hintsan (2011, 5) käsittää hiljaisen tiedon ilmenevän taidoissa ja toiminnassa. Tämä vahvistaa Pikkaraisen (2018) näkemystä know-how:n sisältämästä toiminnallisesta kompetenssista ja sen palautumisesta havaintotavoitteen.

Mannermaan (2013, 26) mukaan tiedon voidaan siis ajatella koostuvan kiistämättömistä havainnoista, datasta, jota jokainen meistä tallentaa. Olennaista on, kuinka nämä havainnot yhdistyvät kontekstiin. Kontekstisidonnaisuuden ansioista havainnoista muotoutuu merkityksellisiä omassa viitekehyksessään. Tällöin ihminen käyttää Pikkaraisen (2018) esittämää know-that-kompetenssia informaation käsittelyyn Immanuel Kantin esittämän järkiteorian mukaisesti. Tämän kompetenssin avulla syntynyt informaatio liittyy, assimiloituu, osaksi vallitsevia tietorakenteita, jolloin syntyy varsinaisesti tietoa (Mannermaa 2013, 26). Mannermaan (2013, 27) mukaan tietämyksen prosessissa tieto yhdistyy osaksi suurempia tietorakenteita, jolloin se on, tarkastelutasosta riippumatta verrannollinen taloudellisen resurssin, työvoiman ja raaka-aineiden kanssa. Ihmisen tietämys on siis työelämän tärkeä voimavara, joka oikealla tavalla hyödynnettäessä tuottaa toiminnalle valtavasti lisäarvoa. Edettäessä tietämystä korkeammille tasoille tiedon luonne muuttuu subjektiivisemmaksi yksilön ominaisuudeksi, älykkyydeksi.

### **2.5.1 Kokemukseen perustuvan tiedon käyttökelpoisuus**

Kokemukseen perustuva tieto on itseohjautuvan johtamiskulttuurin ajassa nähtävillä oleva trendi. Parhaimmillaan se näyttäytyy yhtenä työhyvinvoinnin osa-alueena, henkilöstön kuulemisena, jolloin organisaatio voi osoittaa henkilöstölleen heidän näkemyksensä asioiden tilasta olevan tärkeä ja merkityksellinen. Denny, Hauptmann, Mallon, Poynton, Schwartz, Van Durme, Violini & Yan (2020, 11) toteavat itseohjautuvuuden olevan organisaation henkilöstön voimavara, joka saadaan käyttöön työn perimmäisen tarkoituksen kautta. Tavoitteeseen voidaan päästä sisällyttämällä työn merkitys osaksi päivittäistä toimintaa ja mahdollistamalla toiminnan kehittäminen osana työyhteisön sisäistä diskurssia (Denny ym. 2020, 12). Osana tätä ajatusta näyttäisi olevan henkilöstön kuuleminen ja kehittämistoiminnan arviointi, jolloin yksittäisistä näkemyksistä koostettu informaatio saa käyttökelpoisen tiedon muodon.

Antikainen, Saari & Viinamäki (2014, 59) määrittelevät kokemukseen perustuvan tiedon olevan, sen subjektiivisen luoteen vuoksi, ei professionaalista. Kokemuksiin perustuvia asioita kysyttäessä vastaajan toivotaan vastaavan kysymyksiin omien ajatustensa ja näkemystensä pohjalta, jolloin sen käyttökelpoisuutta osana toiminnan kehittämistä on mahdollista hyödyntää. Vastaavasti johtamistoiminnan ammattilaiset, organisaation johto, tuovat kokemuseräisen tiedon vastinpariksi objektiivisesta näkökulmasta tuotettua tietoa, jolloin saadut tulokset ovat keskenään analogiassa tai ristiriidassa. Objektiiviseksi tiedoksi voidaan ajatella esimerkiksi organisaatiossa tuotettu suoriteinformaatio tai muu tilastollinen tieto sekä strategista ja operatiivista johtamista ohjaavat tavoitteet sekä näkemykset.

Eryistä huomiota tulee kuitenkin kiinnittää objektiivisen ja subjektiivisen tiedon hyödyntämisen haasteisiin. Antikaisen ja kumppanien (2014, 60) mukaan pelkkä subjektiivinen tieto toiminnan arvioinnin lähtökohtana voi viedä organisaatiota väärään suuntaan, milloin se vaatii tuekseen objektiivista dataa. Subjektiivinen tieto voi itsessään sisältää aukkoja, jolloin oleelliseksi tekijäksi muodostuu kyselyiden systemaattisuus. Osaltaan vastaajan subjektiiviseen näkemyseseen vaikuttavat myös vastaushetkellä vallitseva tunnetila ja toisaalta vähäinen kokemus kysyttävänä olevan asian tilasta. Nämä tekijät on otettava huomioon tuloksia analysoidessa ja toisaalta analyysin jälkeisessä kehittämistoiminnan arvioinnissa, milloin tässä tutkimuksessa pilotoitavan mittarin tuottama tieto on asianmukaista käyttää osana laajempaa objektiivisesti hankittua tietokokonaisuutta.

### **2.5.2 Objektiivinen tieto**

Tiedon objektiivinen näkökulma on ontologisesta näkökulmasta tarkasteltuna realismiin nojaavaa. Sen lähtökohtana on objektiivinen todellisuus ja se nojaa tieteen teoreettiseen korresponditeoriaan (Toikko & Rantanen 2009, 39). Realistinen todellisuuskäsitys lähtee siitä olettamasta, että mitä voimme havaita, on totta. Tieteessä vastaavasti tiede on olemassa olevan mitta, jolloin todellisuutta kuvataan erilaisilla käsitteistöillä ja käsitemaailmoilla. (Toikko & Rantanen 2009, 36.) Toikon & Rantasen (2009, 37) mukaan kehittämistoiminnassa todellisuuden käsitystä voidaan lähestyä kehitettävästä kohteesta käsin. Tällöin voidaan mitata esimerkiksi käyntimääriä tai muita toimintaan liittyviä parametrejä. Tällöin tavoitteena on muuttaa ja vaikuttaa reaaliseen todellisuuteen konkreettisten ja näkyvillä olevien välineiden kautta.

Borg & Korteniemi (2008, 26) toteavat Janet Lewisin määrittelevän tiedon olevan näytön, käytännön viisauden, eli hiljaisen tiedon ja tilanteeseen osallistuvien henkilöiden kokemusten summa. Organisaatiossa tietoa löytyy valtavasti hallinnon järjestelmistä, jota tässä kontekstissa voidaan pitää objektiivisen tiedon lähteenä. Esimerkiksi terveydenhuollon organisaatiossa hallinnolliseksi tiedoksi voidaan määritellä asiakaskäyntien määrää koskeva informaatio. Tällaisen tiedon keräämisen tarkoituksena on turvata organisaation toiminnan laatu ja ohjata reaktiivisesti palvelutuotantoa oikeaan suuntaan (Borg & Korteniemi 2008, 27). Toisaalta organisaatiossa voidaan muuttaa toiminnallista ajattelua reaktiivisesta ennakoivaksi, jolloin objektiivisen tiedon hyödyntämisen kontekstiin hyväksytään toimintaympäristön muuttuminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohdamisen teknologiapainotteisessa suuntautumisessa pääpaino on datalla, dokumenteilla ja tietojärjestelmillä. Arjen perustyössä tietojärjestelmä tuottaa tietoa asiakkaasta aiempien potilasasiakirjamerkintöjen perusteella. Se ohjaa työntekijää esimerkiksi sähköisen ajanvarauskirjan kautta työjärjestyksen hahmottamisessa. Toisaalta se tuottaa tietoa automatisoidusti asiakkaan tilasta yhdistämällä ja koostamalla potilasasiakirjamerkintöjä helpolukaiseksi ja jäsennellyksi kokonaisuudeksi, joita kutsutaan yleisesti päätöksenteon tukijärjestelmiksi. (Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. N.d) Tällöin ammattilainen hahmottaa asiakkaan kokonaistilanteen nopeammin ja työ muuttuu sujuvammaksi.

Operatiivisessa esimiestyössä tietojohdamisen keinoilla voidaan esimerkiksi tarkastella henkilöstön sijoittelua suhteessa asiakkaisiin. Ajettaessa tietyn aikavälin puhelutilastot voidaan esimerkiksi havaita maanantaina tulevan puheluita eniten, jolloin henkilöstöä voidaan ohjata puhelintyöhön. Tämä auttaa myös omalta osaltaan työvuorolistojen suunnittelussa. Strategisen johtamisen alueella teknologiapainotteinen tietojohdaminen perustuu pitkälti automatisoidusti koottuun informaatioon terveydenhuollon yksiköiden toiminnasta. Tällöin mitattu tieto ohjaa strategista päätöksentekoa ja oikein asetetut mittarit kertovat, eteneekö toiminta ennalta määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti (Hintsu 2011, 76.) Kuntaliiton julkaisemassa Terveydenhuollon laatuoppaassa (2019, 9–10) määritellään strategisen päätöksenteon mittariksi esimerkiksi kolmannen vapaan kiireettömän vastaanottoajan, T3-arvon, jota voidaan käyttää osana terveydenhuollon strategista päätöksentekoa.

Operatiivisen johdon tasolta tarkasteltaessa voidaan esimerkiksi tiettyjen tarvikkeiden kulutuksen lisääntyessä selvittää sen syy ja mahdollisesti kouluttaa henkilöstöä kohti kestävämpiä toimintamalleja, jolloin informaatio toimii ponnahduslautana yhteisölliselle kehittämiselle ja yhtenäisen työkultuurin vahvistamiselle. Toisaalta organisaation strategisessa johdossa henkilöstöpainotteista johtamista voidaan hyödyntää esimerkiksi kuntayhtymän johdon ja poliittisten päättäjien välisessä diskurssissa. Tällöin koostettu informaatio tukee laadun painotusta säästöjen edelle, joka usein on ennaltaehkäisevän terveystyön taustalla. (Ennaltaehkäisevä terveystyö n.d.)

Julkisen sektorin tietojohdusta on ansiokkaasti koostanut Oulun kaupungin kehittämispäällikkö Maria Ala-Siuru (2017) valtuustoseminaarimateriaalissaan. Hän yhdistää julkisen sektorin kumppanit kaupungin ydintoimintoihin tietojohdamisen kautta. Valtio asettaa normisto ja median roolina on asettaa vaatimuksia, joihin vastataan palautteen kautta. Toisaalta kuntalaisten roolitukseen liittyy vahvasti osallisuus kaupungin toimintaan. Tieto siis vahvasti ohjaa toimintaa sekä kenttätyössä että johtamisen eri tasoilla, joten toiminta on ennakoitua ja tarkoituksenmukaista. Knowledge Management, tietojohdaminen, siis edistää uusien vaihtoehtoisten ajatusten ja toimintamallien tuottamista (Jalonen, Laihon & Lönnqvist 2012, 139).

## **2.6 Kehittämistoiminnan arviointi osana hoitotyön johtamista**

Arviointi osana kehittämistoiminnan kokonaisprosessia on yksi tärkeimmistä tekijöistä tarkasteltaessa tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta suhteessa työskentelyprosesseihin ja henkilöstön työhyvinvointiin. Arviointia voidaan tehdä kehittämisprosessin kaikissa vaiheissa. Oleellista on hahmottaa sen tarkoituksenmukaisuus prosessille. (Tuomi 2020a.) Aalto-Kallion (2014, 14–15) mukaan arvioinnin tulee olla avointa ja läpinäkyvää, jolloin sen välittömät hyödyt ovat nähtävillä erityisesti toiminnassa sidoksiin olevat työyhteisön jäsenet. Henkilöstön näkemykset osana arviointiprosessia ovat arvokkaita, koska heillä on välitön tieto ja näkemys kehitettyjen prosessien toiminnasta ja haasteista. Näin ollen toiminnan läpinäkyvyys luo mahdollisuuden tuoda hiljainen tieto näkyväksi sekä osaksi toisten työyhteisön jäsenten yksilöllistä reflektointia että organisaation toiminnan kokonaisarviointia.

Arvioinnin menetelmiä on useita ja arviointia voidaankin toteuttaa joko ulkoisen tai sisäisen toimijan tekemänä. Usein työyhteisöjen kehittämistoiminnassa arviointi toteutetaan sisäisesti siten, että henkilöstössä herätetään diskurssia, jonka lopputulema saatetaan organisaation operatiivisen

johdon käsiteltäväksi. Näin ollen henkilöstön ääni saadaan osaksi kokonaisuutta ja subjektiivista tietokokonaisuutta voidaan hyödyntää osana objektiivisen informaatiokäsittelyn tuottamaa määrällistä tietoa. Olennaista on koordinoita henkilöstön diskurssia ja pyrkiä muodostamaan siitä yhtenevä käsitys keskiössä olevan asian tilasta; Hyödyistä, haasteista ja prosessin toimivuudesta. (Aalto-Kallio 2014, 18.) Operatiivisen johdon kokoama arviointitieto viedään strategisen johdon tietoon, jolloin kehittämisprosessin nykytilaa ja implementaatiota voidaan suhteuttaa osaksi emergentin ja aiotun strategian prosesseja. Tällöin voidaan arvioida kehittämistoiminnan suuntaa, viekö se organisaation toimintaa kohti ajateltua visiota. (Aalto-Kallio 2014, 19; Mintzberg & Waters 1985, 257–258.)

Organisaation näkökulmasta arviointi näyttäytynee siis merkittävänä osana kehittämistoiminnan prosesseja. Ilman toiminnan muutoksen arviointia ei ole mahdollista luotettavasti todentaa väitteitä toimintaprosessien muutoksien hyödyllisyydestä tai haitoista, jolloin kehittämisen jalkauttaminen ja toisaalta niiden jatkokehittäminen muuttuvat verraten haasteellisiksi toteuttaa. Henkilöstön näkökulmasta tarkasteltaessa arviointivaiheiden rakenteellinen puuttuminen voi laskea motivaatiota osallistua uusiin kehittämistoimien suunnitteluun ja implementointiin, jolloin makrotasolta tarkasteltaessa organisaation visio ennakkoinnista suhteessa toimintaympäristön muutokseen voi jäädä toteutumatta. Kehittämistoiminnan ketteryyttä ajatellen olisikin organisaatiossa tärkeää rakentaa arviointiin liittyvät prosessit valmiiksi siten, että ne ovat kunkin toimintayksikön käytössä ja sovellettavissa käynnissä oleviin kehittämishankkeisiin. (Aalto-Kallio 2014, 28–29.)

### **3 Tutkimusasetelma**

Seuraavassa luvussa esitellään tutkimuksen kohteena oleva organisaatio ja kuvataan tutkimusasetelma. Tämän jälkeen esitellään varsinaiset tutkimuskysymykset sekä mittarin rakentamisprosessi. Lopuksi käydään läpi, kuinka aineiston keräämisessä käytetty kyselylomake rakennettiin.

#### **3.1 Kohdeorganisaation kuvaus**

Keski-Suomen Seututerveyskeskus – Perusterveydenhuollon liikelaitos on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin omistama liikelaitos, joka tuottaa perusterveydenhuollon palvelut jäsenkunnilleen. Terveydenhuollon palveluita ostavia jäsenkuntia ovat Joutsa, Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhanka,

Multia, Petäjävesi ja Toivakka. (Toimintasuunnitelma 2021–2024 ja talousarvio 2021 2020, 1.) Palvelutuotantoalueen maantieteellisen hajanaisuuden vuoksi se on jaettu pääterveysasemien mukaisesti kolmeen osaan, ns. Joutsa – Keuruu – Laukaa –aluejakoon, jossa pienten terveysasemien toimintaa tuetaan pääterveysaseman resursseilla. Tämä mahdollistaa joustavan toiminnan ja henkilöstön liikkuvuuden (Pyhälä-Liljeström 2018, 4).

Seututerveyskeskuksen ydintoimintoja ovat avosairaanhoidon, mielenterveystyön, suunterveydenhuollon ja terveydenedistämisen vastaanottopalvelut. Lisäksi Seututerveyskeskus järjestää kuntalaisille lyhytaikaisen vuodeosastohoidon palveluita Laukaassa ja Keuruulla. Ydintoimintojen lisäksi kuntalaisille tuotetaan etäpoliklinikoina erikoissairaanhoidon vastaanottopalveluita ja kuvantamista yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa. Osa toiminnoista, kuten elektiiviset tietokonetomografia- ja mammografiatutkimukset tuotetaan ostopalveluina. (Perustamissopimus perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvine sosiaalitoimen tehtävien järjestämismääräyksen siirtämisestä sekä perusterveydenhuollon kunnallisen liikelaitoksen muodostamisesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymään 2009, 4–5; Toimintasuunnitelma 2021–2024 ja talousarvio 2021 2020, 2.) Seututerveyskeskuksen toiminnan ulkopuolelle on rajattu sosiaalitoimen alaiset vanhuspalvelut, tehostettu palveluasuminen, hoivaosasto-toiminta ja kotisairaanhoido sekä muut sosiaalitoimen palvelut, jotka ovat jokaisen jäsenkunnan omaa palvelutuotantoa. Kunnat kuitenkin ostavat sosiaalitoimen alaiset lääkäripalvelut Seututerveyskeskukselta (Toimintasuunnitelma 2021–2024 ja talousarvio 2021 2020, 6). Vuonna 2021 Keski-Suomen seututerveyskeskuksen henkilöstön kokonaismäärä oli 490 henkilö, joista lääkäreitä 61 henkilöä, hoitohenkilöstöä 332 henkilöä ja muuta henkilöstöä 97 henkilöä (Toimintasuunnitelma 2021–2024 ja talousarvio 2021 2020, 5).

### **3.1.1 Yhteiskehittämällä eteenpäin**

Kevääseen 2020 asti Keuruun vastaanotolla oli käytössä asiakassegmentointiin perustuva vastaanottomalli, jonka toiminnan lähtökohtana oli perinteinen lääkärivetoinen toiminta. Segmentaatiomallissa Asiakkaat ohjattiin hoidettavaksi joko yleislinjan, kansansairauslinjan tai moniammatillisen linjan vastaanotoille. (Toimintakertomus 2019, 5.) Asiakassegmentaatiomallin mukainen vastaanottotoiminta vaikuttaisi siis olevan, tulosityperustaista jaottelua lukuun ottamatta, perinteisten vastaanoton kaltaista perusterveydenhuollon toimintaa. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen toimintakertomuksen (2019, 6) mukaan vuoden 2019 aikana toimintaa kehitettiin lisäämällä lääkkeen

määräämisoikeudellisten sairaanhoitajien vastaanottoja sekä kiireettömiä lääkärin vastaanottoaikoja ilta-aikoihin. Tuolloin toiminnan tehostamisessa keskityttiin erityisesti hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen, jonka tavoitteena oli oikea-aikaistaa asiakkaiden hoitoon pääsyä ja palvelua paljon palvelua tarvitsevia asiakkaita paremmin toteuttamalla hoito moniammatillisessa työryhmässä.

Keväällä 2019 Keski-Suomen seututerveyskeskus osallistui Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Suomen itsenäisyyden juhlarahaston Sitran osarahoittamaan kehittäjäverkostoon, jonka tarkoituksena oli parantaa hoitoon pääsyä ja kehittää sähköisiä palveluita. Hankkeen myötä vastaanottoille nimettiin digitaalisten palveluiden vastuuhenkilöt ja organisaatiotasolle sähköisten palveluiden ohjausryhmä, jonka tavoitteena oli kehittää ja jalkauttaa uusia sähköisten palveluiden työkaluja. Osana sähköisten palveluiden kehittämistä syksyllä 2019 vastaanottojen apulaislääkärit, osastonhoitajat ja digitaalisten palveluiden vastuuhenkilöt kävivät tutustumassa Tuusulan terveyskeskuksen toimintaan, jossa on käytössä tiimimalliin perustuva vastaanottomalli. Tämän tiimoilta Keuruun vastaanotolla alkoi Keski-Suomen seututerveyskeskuksen toimintaan soveltuvan tiimimallin kehittämistyö. (Toimintakertomus 2019, 9.)

Keuruulla vastaanottotoiminnan kehittäminen toteutettiin yhteisöllisesti siten, että toiminnan peruslähtökohdat perustuvat Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän käyttämään tiimimalliin. Yhteiskehittämisen tavoitteena oli tuottaa henkilöstön näkemysten pohjalta tehokkaita ja vaikuttavia prosesseja, jotka istuvat Keuruun vastaanoton toimintaan ja toisaalta ovat myöhemmin monistettavissa muihin yksiköihin. Kehittämistyötä toteutettiin työkonferenssityyppisesti muuttuvissa pienryhmissä, joiden tulokset purettiin kokouksen lopuksi yhteiselle kehittämis- taululle. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 104–105). Yhteistoiminnan tuloksista operatiivinen johto koosti toiminnan viitekehyksen ja prosessien lopullisen muodon, jolloin organisaation muiden yksiköiden toiminnan sopeuttaminen tiimipohjaiseen toimintaan oli helpompaa.

Ensimmäiset kehittämiskokoukset pidettiin vuoden 2019 loppupuolella ja yhteyshoitajapohjainen tiimitoiminta käynnistettiin keväällä 2020. Hakalan (2021) mukaan koronaviruspandemiaan varautuminen ja poikkeuslainsäädäntö lähes keskeytti terveydenhuollon kiireettömän vastaanottotoiminnan. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Koronavirus lukuina- tilaston (2020) mukaan Keski-Suomen pandemiatilanne oli uusien tartuntojen valossa varsin rauhallinen, joten tiimipohjaisen



toimintamalli käynnistettiin. Tuolloin vallitsevassa pandemiatilanteessa toiminta myös ennakoikiireettömien sairauksien hoitovelan kasvua. Aiemmin keväällä vastaanottoajan varanneille asiakkaille soitettiin takaisin ja asiakkaan tilannetta tarkasteltiin yksilöllisesti hyödyntäen tiimimallin prosesseja, jolloin varattujen vastaanottoaikojen muodostama hetkellinen jonotustilanne saatiin Keuruun vastaanotolla purettua sujuvasti ja uutta toimintamallia voitiin testata muutoslaboratoriotyyppisessä toimintaympäristössä. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 106.)

### **3.1.2 Asiakas tiimitoiminnan keskiössä**

Keuruun vastaanoton tiimimuotoinen toiminta rakentuu kahdesta työryhmästä, joita ovat yleislääketieteen tiimi ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tiimi. Tiimien henkilöstöt koostuvat sairaanhoitajista, lääkäreistä, lähihoitajista ja erityistyöntekijöistä. Yleislääketieteen tiimi hoitaa satunnaisesti palveluita käyttävien asiakkaiden asiat ja paljon palveluita käyttävien tiimi vastaavasti ne asiakkaat, jotka kontaktimäärien tai muiden terveyshyötyindikaattorien perusteella edellyttävät tehostettua terveydenhuollon interventiota. Paljon palveluita käyttäville asiakkaille tehdään hoitosuunnitelma yhteistoiminnassa asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa, jolloin hoito on kokonaisvaltaista sisältäen yksilölliset pitkäntähtäimen tavoitteet.

Kokonaisvaltaisessa hoidossa toiminnan ytimessä on asiakkaan ja hoitajan välinen luottamuksellinen hoitosuhde, jossa hoitaja tuntee asiakkaan ja hän voi helposti kontaktoida yhteyshoitajaansa. Ensimmäisellä kontaktikerralla arvioidaan asiakkaan tiimisijoitus, jonka jälkeen puheluun tai sähköiseen kontaktiin vastannut hoitaja merkitsee itsensä asiakkaan yhteyshoitajaksi ja lähettää hänelle yhteyshoitajatietonsa. Mikäli terveys- tai käyntikriteerit täyttyvät asetetaan asiakas paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tiimin tiimivastaavalle yhteishoitajuuden määrittämistä varten. Tiimistä riippumatta, asiakkaan ensimmäisellä kontaktikerralla hoitoprosessi aloitetaan ja jatko hoito tapahtuu omahoitajan kautta.

Tiihosen (2015) mukaan sähköisten palveluiden toiminnan edellytyksenä on integroida palvelut suoraviivaisesti terveyskeskuksen toimintaan, jolloin ne eivät jää irrallisiksi osatekijöiksi. Yhteyshoitajuuden mahdollistamiseksi Keuruun vastaanoton verkkosivuille on asetettu yhteyshoitajien puhelinnumerot, joihin asiakkaat voivat jättää takaisinsoittopyynnön joko puhelimitse tai sähköisesti internetin kautta. Lisäksi asiakas voi kontaktoida yhteyshoitajaansa Digi Finlandin tuottaman

Omaolo-palvelun kautta tehden tavanomaisista sairauksistaan oirearvion, jolloin tavanomaisia sairauksia voidaan hoitaa ilman varsinaista vastaanottokäyntiä. (Keuruun vastaanotto, n.d.) Sähköisten palveluiden integraatio osaksi tiimimallia on toteutettu siten, että asiakas voi valita itselleen sopivan tavan olla yhteydessä terveyskeskukseen.

Puhelintyöskentelyyn ja sähköisiin palvelukanaviin nojaavassa perusterveydenhuollon toiminnassa asiakkaiden tilanteita tarkastellaan moniulotteisesti ja kattavasti (Tiihonen 2015). Esimerkiksi asiakkaan uusittaessa reseptiään tarkastellaan hänen tilannettaan ja tarvittaessa ohjelmoidaan verikokeet ja ohjataan samalla kontaktikerralla kulloinkin ajankohtaiset kotiseurannat. Kotona tehtävät seurannat asiakas voi palauttaa sähköistä palvelukanavaa hyödyntäen. Hoitaja vastaavasti arvioi tuloksia näyttöön perustuvan tiedon pohjalta ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä näistä tuloksista. Vastaavasti lääkäriellä on esimerkiksi verenpaineasiakkaan reseptiä uusittaessa ajantasainen tieto asiakkaan tilasta, jolloin mekaanisen reseptin uudistamisen sijaan saatavilla on työkaluja tarvittaessa muuttaa lääkitystä. Epäselvissä tilanteissa hoitajalla on aina mahdollisuus pohtia asiaa yhdessä konsultointivuorossa olevan lääkärin kanssa, jolloin hänen päätöksellään asiakas voidaan ottaa joko kiireettömälle vastaanottoajalle tai päivystykseen.

### **3.2 Tutkimusongelma ja rajaukset ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyö tutkimusongelmana oli tarkastella organisaation toimintamallin muutoksen tuomia työn sisältöjen muutoksia sekä niiden työkuormituksia. Siirryttäessä perinteisestä perusterveydenhuollon vastaanottomallista kohti itseohjautuvaa ja etäpalveluita hyödyntävää toimintaa, tulee työn rakenteelliseen kokonaisuuteen muutoksia. Tutkimusongelmana oli selvittää, henkilöstön subjektiivisten näkemysten kautta, millaisia näkemyksiä henkilöstöllä oli työtehtäväkategorioiden määrästä ja niiden tuottamasta kuormituksesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja pilotoida mittari, jolla työntekijöiden kokemuksia työtehtävien määrästä ja kuormittavuudesta mitattiin vertailukelpoisesti. Mittari ei ottanut kantaa siihen, millaisia työprosessit olivat tai mitkä yksittäiset työtehtävät kuormitusta tuottivat. Tavoitteena oli luoda internetkyselyyn perustuva työkalu, joka toi henkilöstöstä lähtöisin olevan subjektiivisen, mutta keskenään vertailukelpoisen tiedon osaksi kehittämistoiminnan arviointia ja näin ollen tukemaan objektiivisin keinoin tuotettua tilastollista dataa osana organisaation päätöksenteon kehittämistoiminnan suunnittelusta.

Mittarin kehittämisessä tavoitteena oli pysyä työprosessien yläpuolella, jolloin väistämätön yksittäisten työtehtävien muutos tehtäväkategorioiden sisällä tulee mahdollistamaan tulosten pitkäaikaisen vertailun. Näin ollen esimerkiksi organisaation toimintamallin muutoksen vaikutus mittarin tuottaman datan vertailukelpoisuuteen pyrittiin minimoimaan. Yhtäältä datasta tuotetun informaation avulla tulevaisuuden kehittämistoimenpiteitä voidaan kohdentaa työtehtäväluokkiin ja toisaalta arvioida tehtyjen kehittämistoimenpiteiden vaikutusta koettuun työmäärään sekä työtehtäväluokan tuomaan kuormittavuuden kokemukseen.

### **3.2.1 Aihevalinnan rajaukset**

Työtehtävien sisältöjen tutkiminen oli varsin haasteellinen osa-alue, jonka rajaaminen mahdollisti oleellisen tiedon esiintuomisen. Tutkimusta rajattiin useilla erilaisilla tavoilla. Ensimmäisenä tekijänä oli kohderyhmä, avosairaanhoidon henkilöstö. Avosairaanhoidon henkilöstöksi käsitettiin ne henkilöstön edustajat, jotka työskentelivät pääsääntöisesti sairaanhoidon tehtävissä. Tällaisia ammattiryhmiä olivat lääkärit, sairaanhoitajat, terveyskeskusavustajat sekä perus- ja lähihoitajat. Terveystyössä painopiste oli ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja toisaalta tarkasteltavan työyksikön tiimimalli ei koskenut terveysneuvonnan palveluita.

Voitaneen perustellusti kysyä, kuinka tarkkarajaisesti työtehtäviä oli mielekästä määritellä eli oliko kerätty tieto tehtäväkuvien muuttuessa enää keskinäisesti vertailukelpoista? Mittarin pitkäikäisyyttä ajatellen työtehtävät luokiteltiin hyödyntäen organisaation asiakastietojärjestelmän tilastointiohjetta, jolloin kehittämistoiminnan tuottama työtehtävien muutos ei tulevaisuudessa vaikuttane mittarin antamien tulosten vertailukelpoisuuteen vaan sen sijaan antaa mittarille mahdollisuuden osoittaa tehtyjen toimenpiteiden tuomat muutokset kuissakin konteksteissa. Työtehtävien ja työtehtäväkategorioiden operationalisointivaiheessa toteutettu tilastointiohjeistusten käyttämisen ajateltiin tuovan lisäarvoa mittarin käyttökelpoisuusnäkökulmiin, jolloin sen yhteiskäyttö yhdessä objektiivisen tiedon kanssa olisi tulevaisuudessa sujuvampaa.

Tutkimuksessa ei otettu kantaa siihen, mitä havaintojen perusteella kohdeorganisaation työtehtävistä tai niiden tuottamista kuormituskokemuksista tulisi lausua. Ulkopuolelle rajautuivat tulosten analysointi suhteessa organisaation nykytilaan, jolloin normatiivisen tulkinnan tullee tekemään

kohdeorganisaation johto. Näin ollen tutkimuksessa jäätiin havainnoinnin tasolle, joka hyvän teellisen käytännön mukaisesti lisää tulosten objektiivisuutta ja toisaalta vähentää mahdollisten intressien vaikutusta suhteessa tutkimustuloksiin.

### 3.2.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymyksien lähtökohtana oli tarkastella työntekijöiden näkemyksiä erilaisten työtehtäväkategorioiden subjektiivisesta esiintyvyydestä ja kuormituksesta. Näistä lähtökohdista muotoituivat seuraavat, aihetta vertikaalisesti organisaatiotasolta yksikötasolle ja horisontaalisesti ammattiryhmien välillä tarkastelevat, tutkimuskysymykset:

1. Millainen näkemys henkilöstöllä on työtehtäväkategorioihin liittyvästä kuormituksesta?
2. Ovatko henkilöstön näkemykset työtehtäväkategorioiden määrästä ja kuormituksesta keskenään linjassa?
3. Kuinka ammattiryhmien väliset tulokset näyttäytyvät keskinäisessä vertailussa?

### 3.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessa käytetyn mittarin kehittämisen taustalla olivat Keski-Suomen seututerveyskeskuksen käytössä olevan asiakastietojärjestelmän, Käynnin yhteenveto –ikkunassa täytettävän, tilastointiohjeen mukaiset kontaktiluokat ja niihin liitettävät sisältömerkinnät. Nämä parametrit ohjasivat tutkimuksessa kehitetyn ja pilotoidun mittarin työtehtävuokkien rakentamista. Asiakastietojärjestelmän tuottamaa dataa henkilöstön tuottamista tilastoinneista on organisaatiossa saatavilla helposti nähtäville raportointijärjestelmän kautta, jonka vuoksi mittarin lähtökohdaksi oli luontevaa asettaa juuri objektiivisen tiedon parametrit. Tutkimuksessa käytetyn subjektiivisen mittarin sisältökysymysten muuttujat olivat työtehtäväkategorioiden subjektiivinen määrä ja kuormitus (ks. Taulukko 1. Käsitteiden operationalisointi).

Taulukko 1. Käsitteiden operationalisointi

<b>Käsite</b>	<b>Operationalisointi</b>
Työtehtävän esiintyvyys	Vastaajan näkemys kunkin tehtäväkategorian määrästä omassa työssään.
Työtehtävän kuormitus	Vastaajan näkemys tehtäväkategorian kokonaiskuormituksesta. Kuormitus sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuormituksen.

Mittari rakentui kahdesta taustamuuttujakysymyksestä ja yhdeksästä sisältökysymysluokasta.

Taustamuuttujien valinnassa oli tärkeää ottaa huomioon henkilöstön anonymiteetti, jonka vuoksi niiden sisältöä oli tarkkaan harkittava. Esimerkiksi tarkan työyksikön tai koulutustaustan kysyminen ei ollut mielekästä, sillä pienen työyksikön henkilöstö olisi tuolloin helposti tunnistettavissa ja toisaalta se ei toisi analyysiin lisäarvoa. Hypoteettisesti avosairaanhoidon sairaanhoitajan sekä lähihoitajan työnkuvat ovat varsin lähellä toisiaan ja eroavaisuudet noussevatkin esille koulutuksen tuomien vastuiden kautta. Taustamuuttujiksi valikoituivat seuraavat tekijät (ks. Taulukko 2. – Mittarin taustamuuttajat).

Taulukko 2. Mittarin taustamuuttajat

<b>Taustamuuttuja</b>	<b>Vaihtoehdot</b>	<b>Selite</b>
Ammattiryhmä	Lääkärit	Erikoislääkärit, lisensiaatit, kandidaatit, amanuenssit
	Hoitohenkilöstö	Osastonhoitajat, sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat, terveyskeskusavustajat, erityistyöntekijät
Työyksikkö	Joutsan suuralue	Joutsan, Toivakan ja Luhanگان terveyskeskukset
	Keuruun suuralue	Keuruun, Multian ja Petäjäveden terveyskeskukset
	Laukaan suuralue	Laukaa ja Konneveden terveyskeskukset

### 3.3.1 Objektiivisen tiedon parametrit sisältökysymysten taustalla

Mittarin sisältökysymykset koostuivat yhdeksästä työtehtäväluokasta, joissa kussakin vastaajaa pyydettiin arvioimaan kyseisen työtehtäväluokan määrällistä esiintyvyyttä ja sen tuottamaa kuorimitusta. Arviointiajanjaksoksi määrittelin edelliset neljä viikkoa, jotta vastaajien mahdolliset vuosilomajaksot eivät olisi arvioinnin esteenä. Työtehtäväluokkien operationalisoinnissa pyrkimyksenä oli hyödyntää organisaation sisäistä, Tilastointi- ja laskutusopasta, jotta mittarin tuottama tieto olisi mahdollisimman käyttökelpoista sen jatkohyödyntäminen olisi vaivatonta (ks. Liite 2. – Käyntitilastointi).

Keski-Suomen seututerveyskeskuksen Tilastointi- ja laskutusoppaan (2021, 1–3) mukaan avosairaanhoidon lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle on määritelty yhteensä 52 erilaista tilastoinnin väliotsaketta. Käyntitilastoita tehdessään käyttäjät täyttivät asiakastietojärjestelmän Käynnin yhteenvedon -ikkunassa tiedot kategorioihin vastaanottotiedot, kontaktitiedot, käyntisyys, toimintoluokitus, sisältömerkinnät ja palkkioperusteet. Vastaanottotietoihin sisältyvät tiedot suorituspaikasta ja toiminnon suorittaneesta henkilöstö. Kontaktitietoihin vastaavasti sisältyvät käynnin kontaktilaji, vastaanottolaji, käyntityyppi ja työaikalaji sekä laskutettavat tuotteet (ks. Liite 1. – Keski-Suomen seututerveyskeskuksen tuotteet). Toimintoluokitukset ovat asiakkaan hoidon jatkuvuutta kuvaavia tekijöitä ja sisältömerkinnät tarkentavat käynnin sisältöä. Palkkioperusteet määrittelevät henkilölle maksettavan toimenpiteisiin liittyvän palkkion. (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 7).

Tilastointi- ja laskutusoppaan (2021, 7) mukaan osan tiedoista asiakastietojärjestelmä täyttää automaattisesti, jolloin käyttäjän pääasialliseksi tehtäväksi jää tarkastaa ja tarvittaessa täydentää kontaktitietokategoriasta kontaktilaji, käyntityyppi ja laskutettavat tuotteet sekä sisältömerkinnät, jatkohoitokoodit ja palkkioperusteet. Merkittävänä muuttujina käyntitilastoissa vaikuttasi olevan kontaktilaji, käyntityyppi, laskutettava kuntatuote ja sisältömerkintä, jolloin organisaatio saa käyttöönsä erilaisia palvelutilanteita koskevat tiedot. Näin ollen asiakastietojärjestelmän tuottama tieto voidaan eritellä tarkoilla hakuehdoilla, jolloin käytössä on kulloisiinkin toimintoihin liittyvä tarkka ja ajantasainen tieto.

Käyntitilastoinnin puutteena näyttäisi olevan kuormittavuutta kuvaavat tekijät, esimerkiksi hoitoisuusluokituksen puuttuminen, jolloin käyntitilastojen hyödyntäminen työhyvinvoinnin mittarina

näyttäytyy vaillinaisena. Mittari kehittämisen tavoitteena oli vastata edellä mainittuun puutteeseen tuottamalla subjektiivista tietoa objektiivisen tiedon tueksi (ks. Liite 2. – Käyntitilastointi). Yläkäsitteiden tasolle tuodut ja objektiivisen datatuotannon parametrein operationalisoidut työtehtäväluokat tuovat organisaatiolle mahdollisuuden hyödyntää objektiivista ja subjektiivista tietoa osana työhyvinvoinnin ja kehittämistoiminnan arviointia.

### 3.3.2 Sisältökysymysten rakentaminen

Sisältökysymysten osalta mittarin rakentamisessa oli tärkeää huomioida työtehtäväkategorioiden sisällöt ja eritoten niiden avaaminen. Esimerkiksi puhelimella tapahtuvat asiakaskontaktit limittyvät sekä sähköisten palveluiden, puhelintyön että toimistotyön kanssa. Näin ollen vastausten luotettavuuden ja kysymysten ymmärrettävyyden sekä yksiselitteisyyden vuoksi oli tärkeää suunnitella ja rajata ne tekijät, jotka sisällyttävät tai pois sulkevat työtehtäviä kuistakin kategorioista. Sisältökysymyksiä oli yhteensä yhdeksän kappaletta, joissa kussakin vastaaja arvioi työtehtäväkategorian subjektiivista esiintyvyyttä ja sen tuomaa kuormitusta. Mitattavat käsitteet kirjoitettiin lyhyesti vastaajalle auki tutkimuskyselyn alussa sekä sisältökysymysten ohjaustekstissä.

Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi, ohjaus ja neuvontatyö ovat perusterveydenhuollossa tärkeässä asemassa, sillä se on usein asiakkaiden ensisijainen ja ensimmäinen kontakti terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa (Pihlava 2019, 1930). Tähän työtehtäväkategoriaan sisältyivät terveyskeskuksen sähköisen puhelinjärjestelmän kautta saapuvat suorat puhelut ja soittopyynnön, lääkärien ja hoitohenkilöstön hoidolliset puhelut ja hoidon tarpeen arvioinniksi luokiteltavat puhelinkontaktit. Tilastoinnin näkökulmasta tarkasteltuna voidaan havaita puheluita tilastoitavan sairaanhoidollisiksi puhelinkontakteiksi, hoidon tarpeen arvioinniksi tai kuntalaskuttamattomaksi puheluksi (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 32, 40). Puhelimessa toteutettuihin asiakas kontakteihin ei sisällytetty sähköisten palvelukanavien kautta tapahtuneiden yhteydenottojen kautta syntyneitä puhelinkontakteja.

Keski-Uudenmaan Soten kehittämässä itseohjautuvassa tiimimallissa pyrkimyksenä on ratkaista asiakkaan terveydentilaa koskeva ongelma mahdollisimman pitkälle ensimmäisen kontaktin aikana (Pihlava 2019, 1930). Tässä yhteydessä asiakaskontakteiksi käsitettiin sekä puhelimitse tapahtuneet yhteydenotot että sähköisten välineiden kautta tapahtunut terveydenhuollon ammattihenkilö-

lön kontaktointi. Jotta tällainen toiminta olisi mahdollista, tulee terveydenhuollon ammattihenkilön saatavilla olla konsultoiva lääkäri, joka yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa toteuttaa ja suunnittelee asiakkaan hoidon tai sen aloituksen (Pihlava 2019, 1930). Konsultaatioiden työtehtäväkategoria käsittää konsultaatioiden tekemisen ja niihin vastaamisen. Keski-Suomen seututerveyskeskuksessa lääkäreiden konsultaativastaukset tilastoidaan konsultaatioina, kun vastaavasti hoitajien tekemät konsultaatiot sisältyvät ensisijaiseen kontaktiin, kuten puheluun, sähköiseen yhteydenottoon tai kliiniseen asiakasvastaanottotyöhön (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 31). Ainoastaan etäyhteydellä toteutettu keskussairaalan haavahoitajan konsultointi tilastoidaan erillisenä tapahtumana (mts. 36).

Kiireettömän asiakasvastaanottotyön tehtäväkategoria sisälsi lääkärien sekä hoitohenkilöstön kasvokkain ja videonvälitteisesti tapahtuvat kiireettömät vastaanotot, toimenpidevastaanotot, konsulttilääkärin vastaanotot, moniammatilliset vastaanotot sekä lääkärien kotikäynnit tehostetuissa palveluasumisen yksiköissä. Tällaiset asiakas kontaktit tilastoidaan pääsääntöisesti käynteinä ja erottelevana tekijänä toimii kuntalaskutustuote (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 17, 34). Poikkeuksena voidaan todeta lääkärin avustaminen toimenpiteissä, josta hoitohenkilöstö ei tee tilastointimerkintää. (Jormakka 2021.) Kiireettömän asiakasvastaanottotyön tehtäväkategoriaan ei sisällytetty erikoistutkimuksia tai endoskopiavastaanottoja.

Keuruun sekä Laukaan pääterveysasemilla toimii virka-, ilta- ja viikonloppuaikaan päivystävän lääkärin vastaanotto, jossa hoidetaan Terveydenhuoltolain (L 1326/2010, 50 §) mukaisia kiireellistä hoitoa vaativia asiakkaita. Joutsan pääterveysasemalla kiireellisiä terveydenhuollon asiakkaita hoidetaan virka-aikana. Päivystystyön työtehtäväkategoriaan oli tämän tutkimuksen mittarissa sisällytetty päivystävän lääkärin ja päivystävän hoitajan työnkuvat, infektiovastaanottojen päivystykselliset vastaanotot sekä tarkkailuhoitajan työ. Yksiköstä riippuen päivystävän sairaanhoitajan ja tarkkailuhoitajan työnkuvat ovat yhdistettynä tai eriytettynä (Müller 2021). Päivystyskäynnit lääkärin tai hoitajanvastaanotoilla tilastoidaan sairaanhoidollisia käyntejä, joten erottelevaksi tekijäksi valittiin kuntalaskutustuote (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 17–18, 34). Tarkkailussa toimiva hoitaja ei tilastoi tarkkailussa tehtäviä avustavia työtehtäviä elleivät ne yhdistetyssä työnkuvassa ole selkeästi tilastointia vaativia toimia. Tilastoimatta jätettäviä työtehtäviä ovat esimerkiksi asiakkaalta otettavat vieritestitutkimukset tai muu siihen rinnastettava välitön hoitotyö. (Jormakka



2021.) Päivystystyön työtehtäväkategoriaan ei luettu konsulttilääkärin vastaanottoja, sillä ne sisältyivät kiireettömän asiakasvastaanottotyön kategoriaan.

Erikoistutkimuksien ja -vastaanottojen työtehtäväkategoriaan luettiin kiireettömät endoskopiakäynnit ja lääkärin vastaanotot, joissa ensisijainen tulosyö on tutkimuksen tekeminen. Tällaisia vastaanottoja olivat esimerkiksi rasiusergometriavastaanotot tai terveyskeskuslääkärin suorittamat ultraäänitutkimukset. Vastaanottokäynnillä asiakkaalle voidaan myös tehdä esimerkiksi maksusitoumus ostopalveluna toteutettavaan erikoistutkimukseen (Maksusitoumusohje 2015, 1). Vastaavasti erikoistutkimusten kategoriaan sisältyvät ne hoitohenkilöstön toteuttamat vastaanottokäynnit, joissa erityisesti paneudutaan asiakkaan tilanteeseen tietyn erikoisalalan näkökulmasta. Tällaisia vastaanottoja olivat esimerkiksi tahdistinkontrollit, IBD- ja astmahoitajien vastaanottokäynnit, allergiasiedätysvastaanotot sekä papa- ja spirometriatutkimukset. Lisäksi erikoistutkimuksiin sisällytettiin holterointi-, unipolygrafia- ja vuorokausiverenpaineseurantatutkimuslaitteistojen asettamiseen tai niiden poistamiseen liittyvät käynnit. Edellä mainittujen käyntien tilastointi näyttäytyi varsin kirjavana. Pääasiallisena tilastointimuotona käytettiin käyntiä, joita eroteltiin erillisillä sisältömerkinnöillä. Kuitenkin hoitohenkilöstön erikoisalakontekstuaalisilla vastaanotoilla sisältömerkintä ei ollut organisaation ohjeen mukaan erottelava tekijä toisin, kuten varsinaisille erikoistutkimuksille oli asetettu. (ks. Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 22, 34–35.)

Toimistotyön tehtäväkategoria sisälsi lausuntojen ja kirjallisten selvitystöiden sekä tutkimuskutsujen laatimisen. Lisäksi mukaan luettiin palvelusetelien kirjoittaminen, varfariiniannosmääritykset, resepteihin liittyvät tehtävät ja hallinnolliset työt. Erityispiirteinä tässä tehtäväluokassa oli sen kirjallinen luonne, joka mahdollisti tehtävien vapaamman aikasidonnaisen sijoittelun. Lausunnot ja asiakkaisiin liittyvät selvitystyöt tilastoidaan Seutu-terveyskeskuksen ohjeen mukaan yhdenmukaisesti (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 31, 38). Poikkeuksen tekee palveluseteli, joka tehdään usein asiakaskontaktin yhteydessä ja tilastoidaan ensisijaisella kontaktimerkinnällä, esimerkiksi puhelulla (Yleislääkärikäynnin palveluseteliohje 2018, 1). Palveluseteli oli kuitenkin tehtävänä rinnastettavissa toimistotyöhön sen laajuuden vuoksi. Mikäli tehtävään ei liity asiakastietojen käsittelyä, sitä ei tilastoida asiakastietojärjestelmään (Jormakka 2021).

Työyhteisön kokoukset ja koulutukset ovat tärkeä osa terveydenhuollon ammattihenkilöiden työyhteisön toimintaa. Lisäksi terveydenhuollon työntekijöillä on velvoite ylläpitää ammattitaitoaan

säännöllisesti ja työnantajalla vastaavasti mahdollistaa edellä mainittu toiminta (L 559/1994, 18 §). Kokoukset ja koulutukset olivat osana tätä mittaria, koska niihin osallistumisen ja järjestämisen voitiin ajatella tuottavan jonkinlaista kuormitusta henkilöstölle. Toisaalta se nähtiin myös työaikana tapahtuvaa toimintana. Kokouksiin ja koulutuksiin osallistumista ei tilastoida asiakastietojärjestelmään. Työpäivän mittaisista koulutuksista tulee tehdä koulutushakemus työnantajalle. (Jormakka 2021). Muutoin kokouksista ei ajateltu saatavan tarkkaa objektiivista raportointitietoa.

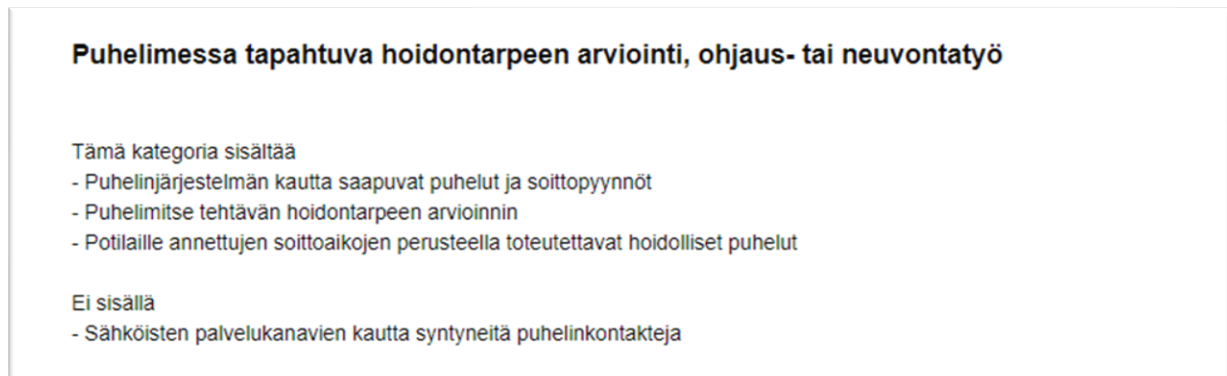
Näytteenottotyön tehtäväkategoriaan luettiin organisaation omana toimintana järjestetty verinäytteenotto, koronanäytteenotto ja lääkärien suorittama vastaanottotoiminta, jossa asiakaskontaktin ensisijainen syy oli suunnitelmallinen näytteenotto. Tällaisiksi laskettiin esimerkiksi ennalta suunnitellut nivelnestenäytteenottokäynnit. Omana toimintana järjestettyä verinäytteenottoa ei tilastoida lainkaan, vastaavasti koronanäytteenottoa erotellaan sisältömerkinnällä ja lääkärien näytteenottotoiminnassa erottelevana tekijänä toimii toimenpidepalkkiomerkintä (Jormakka 2021; Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 7, 37.)

Sähköisten palveluiden työtehtäväkategoriaan luettiin elektronisin välinein suoritettu asiakastyö pois lukien etä- ja videovastaanottotoiminta. Pääasiallisiksi sähköisten palveluiden työtehtäviksi käsiteltiin varfariinimäärittysten tekstiviestivastaukset sekä sähköisten palvelukanavien kautta lähetetyt oirearviot ja niihin sisältyneet, asiakkaan oirearviota täydentävät tai hoitosuunnitelman tietoon saattamiseen liittyvät puhelinkontaktit. Sähköisiin palvelukanaviin liittyvässä tilastoinnissa erottelevana tekijöinä toimivat sisältömerkintä ja kontaktilaji (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 36, 39).

### **3.3.3 Kyselyn rakentaminen**

Tutkimuksen kysymykset rakennettiin hyödyntäen objektiivisen tiedon mittarien muuttujia. Lopputulemana vastaajille jaettiin yleinen Webropol-linkki, jonka avaamalla kysymyksiin pääsi vastaamaan. Tutkimuksen kysymykset koostuivat yhdeksästä työtehtäväkategoriasta, joissa kussakin mitattiin kyseisen kategorian subjektiivista määrää ja kuormitusta. Jokaisen tehtäväkategorian alussa vastaajalle kerrottiin lyhyesti ja yksiselitteisesti, millaisia toimintoja käsiteltävä työtehtäväkategoria sisältää (ks. Kuvio 2 – Sisältökysymysten rakentaminen). Toisaalta kysymysten rakennusvai-

heessa oli tärkeää huomioida myös työtehtävien limittyneisyys, työtehtävien harmaa alue, jota pyrittiin hälventämään tuomalla esille ne toiminnot, joiden katsottiin ja ei katsottu sisältyvän käsitellyyn työtehtäväkategoriaan.




Kuvio 2. Sisältökysymyksen konteksti

Työtehtäväkategorian sisällön esittelemisen jälkeen vastaajalta kysyttiin kokemusta kyseisen työtehtävien määrästä, johon vastaajalla oli mahdollista antaa vastaus asteikolla 0–5. Kysymysmäärän vähentämiseksi ja vastausajan nopeuttamiseksi subjektiivisen määrän kysymyksen sisälle rakennettiin myös näkymätön makrotason kysymys; Kuuluuko tämä tehtäväkategoria työtehtäviisi? Kysymys näyttäytyi tarpeelliseksi esittää kategorisesti kaikille vastaajille, koska hypoteettisesti vastaajajoukko oli varsin heterogeeninen. Vaikka kyselyn alussa kartoitettiin taustamuuttujia, kuten työyksikköä ja ammattiryhmää, ei se poissulkenut ammattiryhmien sisäisiä tehtäväjakoja. Epätodennäköistä oli, että päihde- ja mielenterveystyön sektorilla toimiva sairaanhoitaja tekisi somatiikan sektorin päivystystyötä ja tarkkailuhoitajan tehtäviä. Mikäli taas makrotason kysymyksen vastaus olisi kyllä, vastaajalla oli mahdollisuus valita suoraan näkemyksensä mukainen, sanallistettu, numeerisen arvo kuvaamaan kyseisen tehtäväkategorian subjektiivista määrää. Tällöin vastaaja valitsi arvojen 1–5 väliltä, jossa arvo yksi (1) kuvasi vähäistä määrää ja viisi (5) erittäin suurta määrää. (ks. Kuvio 3. – Vastaajan arvio tehtäväkategorian määrästä ja kuormituksesta.)

**3. Arvioi puhelintyön *määrää* asteikolla 1-5 \***  
Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini
  1 Vähän
  2
  3
  4
  5 Erittäin paljon

**4. Arvioi puhelintyön tuottamaa *kuormitusta* asteikolla 1-5 \***  
Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla



Kuvio 3. Vastaajan arvio tehtäväkategorian määrästä ja kuormituksesta

Määrällisen kysymyksenasettelun jälkeen vastaajaa pyydettiin arvioimaan kyseisen tehtäväkategorian kuormitusta (ks. Kuvio 3. – Vastaajan arvio tehtäväkategorian määrästä ja kuormituksesta.). Tämä tapahtui asettamalla liikusäädinvalinta parhaiten kuvaavan numeerisen arvon kohdalle. Valittavina olivat arvot 0–5, jossa nolla (0) kuvasi kuormittamattomuutta ja viisi (5) erittäin suurta kuormitusta. Mikäli vastaaja valitsi määräkysymyksessä valinnan Ei kuulu työtehtäviini, syntyi kuormituksen valinnaksi automaattisesti nolla. Tämä perustuu oletamaan siitä, ettei tehtäviin kuulumaton työtehtävä voi kuormittaa. Toisaalta voitaneen myös ajatella työtehtävän olevan niin mielekäs tai muuten vaivaton, ettei sen sisältyessään henkilön tehtäväkuvaan koeta subjektiivisesti tuottavan kuormitusta.

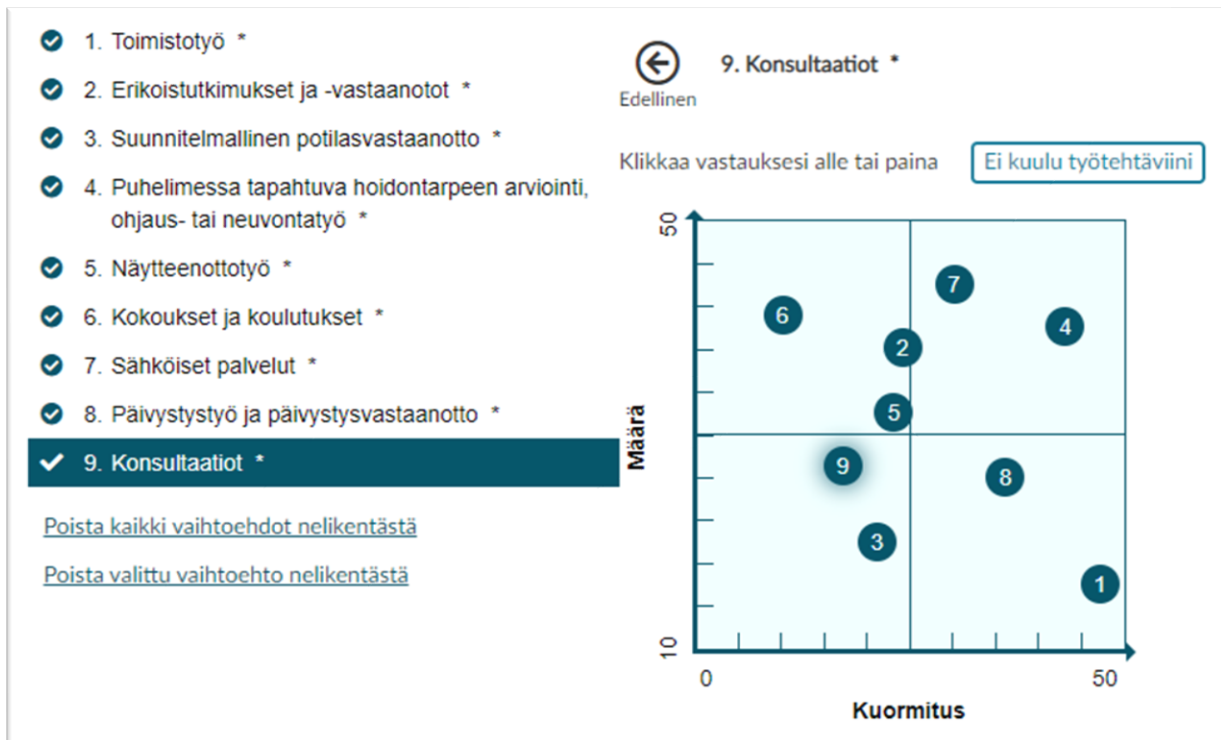
Webropol-alusta mahdollisti kysymysten graafisen ilmeen muokkaamisen ja sen hyödyntäminen osoittautui varsin hyväksi keinoksi erotella kysymysten luonnetta. Kysymyspatteria rakennettaessa päädyttiin esittämään määrää kuvaava kysymys valintapainikemuotoisena ja vastaavasti kuormitusta kuvaava kysymys liikusäädin muotoisena. Tarkoituksena oli tuoda vastaajalle selkeästi esille myös kysyttävien asioiden erilainen luonne. Ainoana erottelevana tekijänä oli otsikoinnin kursivoitu sanallinen ohjeistus, jolloin graafisen ilmeen muuttaminen näyttäytyi perusteltuna. Myös mittarin testiajopalautteessa tämä koettiin varsin mielekkääksi tekijäksi, joka vahvisti ajatusta graafisten keinojen käytön hyödyllisyydestä. (ks. Liite 4. – Kyselylomake.)

Kyselyssä vastausten asteikkona käytettiin muokattua Likertin asteikkoa, joka mahdollisti myös määrään verrattavan kuormittamattomuuden vaihtoehdon (ks. Taulukko 3. – Kyselyn vastausvaihtoehdot). Kyselyohjelmiston toiminnasta johtuen valittaessa Ei kuulu työtehtäviini -vaihtoehto syntyi automaattisesti kuormituksen vastaukseksi Ei kuormitusta. Tällöin lopullisesta aineistosta tuli suodattaa niin kutsut nollavastaukset pois.

Taulukko 3. Kyselyn vastausvaihtoehdot

Määrän kuvaus		Kuormituksen kuvaus
Määrän sanallinen kuvaus	Numeerinen arvo	Kuormituksen sanallinen kuvaus
Ei kuulu työtehtäviini	0	Ei kuormitusta
Vähäinen määrä	1	Vähäinen kuormitus
Jonkin verran	2	Jonkin verran kuormitusta
Kohtalainen määrä	3	Kohtalainen kuormitus
Paljon	4	Suuri kuormitus
Erittäin paljon	5	Erittäin suuri kuormitus

Tutkimuksen tuloksia analysoitiin määrällisin menetelmin käyttäen ensisijaisena työkaluna MS Excel –ohjelmistoa. Tutkimuksen kysymyspatteristo oli rakennettu siten, että vastaajamäärän jäädessä pieneksi saatiin kysymyspatterin loppuun asetetulla nelikenttäkysymyksellä analysoitavan vastausmateriaalin määrä kaksinkertaistettua. Näin ollen normaalijakautuneisuutta testaavat tilastolliset menetelmät mahdollistuvat suhteellisen pienilläkin vastausmäärillä. Nelikenttäkysymyksen tehtävänä oli saattaa vastaaja arvioimaan aiemmin esitettyjä kysymyksiä uudelleen. Nelikentässä kysymykset esitettiin satunnaisessa järjestyksessä, jotta sen toisintava luonne ei nousisi vastaajan pohdinnan keskiöön.



Kuvio 4. Nelikenttäkysymys

Nelikenttäkysymyksen vastauslogiikka oli yhdenmukainen verrattuna aiemmin esitettyihin yksittäisten kysymysten vastausvaihtoehtomalliin (ks. Kuvio 4. – Nelikenttäkysymys). Teknisistä syistä vastauskentän yläpuolella on Ei kuulu työtehtäviini -painike, jonka palaute vastausaineistoon oli sekä pysty- että vaaka-akselien arvoiksi poissuodatettavat nolla-arvot. Nelikenttä mahdollisti myös väliarvojen asettamisen yhden desimaalin tarkkuudella, koska teknisistä syistä arvot tuli asettaa kymmenien tarkkuudella. Muut vastausvaihtoehdot muutettiin vertailukelpoisiksi jakamalla ne kymmenellä. Kyselyn kokonaistulosten näkökulmasta vastausten luotettavuus parani oleellisesti, koska nelikenttätehtävän vastauksilla saatiin jokaiselle vastaajalle niin kutsuttu vipuvarsi. Jokainen vastaaja tuli vastanneeksi kyselyn varsinaisiin kysymyksiin kahteen kertaan.

### 3.4 Luotettavuustekijät

Luotettavuustekijöiden huomioiminen on tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta erittäin merkittävää. Seuraavassa luvussa käyn läpi opinnäytetyön reliabiliteettiä ja validiteettiä vaikuttavia tekijöitä.

### 3.4.1 Reliabiliteetti

Reliabiliteetti on yksi tutkimuksen luotettavuutta kuvaavista tekijöistä. Reliaabeli tutkimus on toistettavissa ja absoluuttisesti reliaabeli tutkimus tuo aina samanlaisen tuloksen. (Vilka 2007, 149; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 216; Toikko & Rantanen 2009, 122) Heikkilän (2004, 20) mukaan reliabiliteetin huomioiminen tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ja mittarin rakentamisen aikana on oleellisessa asemassa. Tällöin reliabiliteettitekijöihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi kysymällä samaa asiaa erilaisin kysymyksin. Näin toimittaessa vastauksille voidaan laatia niiden välisiä eroa ja yhteneväisyyttä kuvaava korrelaatio kerroin. On tärkeää huomioida, että survey-tutkimuksessa tulokset eivät samassakaan kohderyhmässä ole aina samanlaisia, jolloin täydellisen reliaabeliin tutkimukseen ei kohtuudella voida tähdätä. Heikkilä (2004, 20) toteaa tutkimustulosten olevan sidoksissa aikaan ja kontekstiin.

Mittarin reliabiliteetti kohdentuu kerättyyn dataan, jolloin tutkimusasetelmasta saatujen tulosten tulee olla yhdenmukaisia. Esimerkiksi kyselylomakkeella voidaan tutkittavaa ilmiötä hahmottaa suorilla ja epäsuorilla kysymyksillä, jolloin vastausten yhdenmukainen suunta on osoitus mittarin reliabiliteetista. (Toikko & Rantanen 2009, 122; Tuomi 2020b.) Mittarin tulee olla myös luonteeltaan stabiili, jolloin olosuhteet, vastaajan mielialat tai muiden ulkoisten tekijöiden vaikutus saatuun tietoon on vähäinen. Stabiiliuteen vaikuttaa myös esitettyjen kysymysten ajallinen yhteys, muistaako vastaaja aiemman vastauksensa vai onko kysymysten välinen ajallinen ero liian pitkä, jotta ulkoiset tekijät ovat ehtineet muuttua liiksi. (Hiltunen 2009.)

Toinen mittarin reliabiliteetin osatekijä on konsistenssi, joka kuvaa mittarin tarkoituksenmukaista mittauskykyä. Kysymyksiä eritellessä molempien osajoukkojen tulee tuottaa dataa samasta ilmiöstä, jolloin vastaukset ovat keskenään korreloivia. Toisaalta mittari voidaan rakentaa siten, että se tuottaa dataa kahdesta erilaisesta ilmiöstä ja saatu informaatio liittyy ilmiöistä saadun datan väliseen korrelaatioon. (Hiltunen 2009.) Hyvin rakennettu mittari on stabiliteetiltaan vakaa ja luonteeltaan konsistentti, joskin ne eivät aina ole analogiassa keskenään (Hiltunen 2009). Toisaalta mittaria suunniteltaessa tulee lähtökohtana olla tutkimuskysymys, jolloin datasta muodostettu informaatio vastaa haluttuun kysymykseen. Näin ollen mittarin validiteettia ei tule unohtaa, sillä epävalidi mittari voi mitata luotettavasti tutkimuskysymyksen ulkopuolista ilmiötä. (Luotettavuus n.d.)

Opinnäytetyössä pyrkimyksenä oli saavuttaa mahdollisimman reliabeli mittari, kuitenkin huomioiden sidonnaisuuden aikaan ja paikkaan. Mahdollisimman suurella reliabiliteetilla tavoitteenani oli edistää rakennetun mittarin käyttökelpoisuutta ja tulosten keskinäistä vertailukelpoisuutta osana pitkäjänteisen tiimimallin kehittämistyön arviointia. Toisaalta reliabiliteetin lisääminen oli alun alkaen tiedostettu pilotoitavan mittarin jatkokehityshaaste, koska terveydenhuollon tiimimallien kehitys ja uusien työkalujen käyttöönotto vaativat tulevaisuudessa myös mittarin kysymysten asetteluun tarkastelua korrelaatiokertoimien kautta. Vilkan (2007, 150) mukaan tutkimuksen reliabiliteetin tekijöitä ovat tutkimuksen perusjoukko, vastausprosentti ja mittausvirhe. Suurempana luotettavuustekijänä oli mahdollisimman korkea vastausprosentti, johon vaikuttivat erityisesti tutkimusajankohta ja vastausvälineet.

### 3.4.2 Validiteetti

Validiteetti on tutkimuksen toinen tärkeä luotettavuustekijä. Se liittyy erityisesti mittarin rakentamiseen ja ilmiötä kuvaavasta teoreettisesta tiedosta operationalisoituihin käsitteisiin. Oleellista on saattaa teoreettiset käsitteet arkikieliseen muotoon siten, että tutkimukseen osallistuva henkilö ymmärtää asia siten, kuin se on tarkoitettu. Mittaria rakennettaessa on tarkoin ja systemaattisesti tarkasteltava jo rakennettua mittaristoa ja toisaalta muokattava rakenteilla olevaa. (Heikkilä, 2004, 29; Vilka 2007, 150.) Vilkan mukaan mittariston rakentamisessa tutkijan tulee tarkastella, käsitteiden operationalisoinnin lisäksi, myös valitun mitta-asteikon soveltuvuutta ja mittarissa annettujen vastausvaihtoehtojen sisältöjä kriittisesti.

Validiteetin käsite pyrkii kuvaamaan tutkimuksen pätevyyttä tarkastellen sitä erilaisilta tasoilta. Pääsääntöisesti se vastaa pohdintaan mittarilla suoritettujen mittausten tarkoituksenmukaisuudesta, vastaavatko mittaustulokset tutkimuskysymykseen (Tuomi 2020b). Yhtäältä validiteetin vaatimus läpäisee tutkimushankkeen alkaen tutkimusotteen ja metodin valinnasta päätyen tutkimustulosten tulkintoihin ja johtopäätöksiin. Toisaalta validiteetin vaatimus tulee myös tiedeyhteisöltä vallitsevien teorioiden tukemana, jolloin sen puuttuminen vastaavasti tekee tutkimuksesta merkityksettömän. Tällöin tutkimuksen mittausmenetelmien tuottama informaatio ei tue tutkimustuloksia. (Hiltunen 2009.) Validiteetti voidaan karkeasti jakaa loogiseen, sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin (Tuomi 2020b; Luotettavuus n.d; Hiltunen 2009.)



Tutkimuskysymyksen ja tiedonhaun näkökulmasta tutkimuksen validiteettivaatimus on ensiarvoisen tärkeässä. Jo tutkimuskysymystä asetettaessa tuleekin pohtia validiteetin vaatimuksia aineiston, käsitteiden, metodien ja mittareiden näkökulmasta ja toisaalta aika-ajoin tarkastella valintojaan kriittisesti siten, että tiedostamattomat subjektiiviset näkökulmat voidaan havaita ajoissa. (Hiltunen 2009; Luotettavuus n.d.) Hiltusen (2009) mukaan looginen validiteetti pyrkii hahmottamaan tutkijan suorittamaa oman työnsä kriittistä tarkastelua läpi tutkimusprosessin. Kriittisyyden oletama alkoi tiedonhausta, mutta erityisesti se korostui tutkimustulosten analyysissä, jolloin se auttoi havaitsemaan esimerkiksi mittausprosessissa näkymättömäksi jääneitä ongelmia. Sisäisellä validiteetilla pyrittiin puolestaan tarkastelemaan saatujen ja oletettujen tulosten välistä suhdetta niihin vaikuttavien tekijöiden kautta. Sisäisen validiteetin tarkasteluprosessissa pyrkimyksenä on hahmottaa tutkimustuloksiin vaikuttavien virhelähteiden vaikutusta. (Hiltunen 2009.) Tästä esimerkkinä voidaan käyttää mittaria, ovatko mittarissa annetut vinjetit ohjanneet vastaajaa johonkin tiettyyn suuntaan. (Mattila 2017.)

Ulkoisen validiteetin käsite kiinnittää huomiota erityisesti tulosten yleistettävyyteen. Kuinka tuloksia voidaan yleistää ja missä kontekstissa? Jos tutkimuksen alkuperäinen kohdejoukko on pieni ja kysymykset ovat huonosti muotoiltuja, tuottaa se tutkimustuloksiin systemaattisen virheen, joka auttamatta vaikuttaa tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin heikentävästi. Tällöin yleistettävyys ei ainoastaan ole huono, vaan myös tutkimuksen kokonaisarvo laskee. (Hiltunen 2009.) Tuomen (2020a) mukaan kehittämistoiminnassa ja hanketyöskentelyssä arviointia tulee suorittaa prosessien eri vaiheissa, jotta pysytään selvillä kehitysprosessin toiminnan mielekkyydestä. Validiteetista tulee pitää kiinni arvioitaessa kehittämistoimintaa sen prosessien eri vaiheissa. Erityisesti suurissa työyksiköissä määrällisin menetelmin voidaan helposti seurata henkilöstön mielteitä kehittämistyön kenttävaikutuksissa, koska mittari on muuttumaton ja näin ollen tulokset ovat usein keskenään vertailukelpoisia.

Tutkimuksen mittarin rakentaminen alkoi jo hyvissä ajoin, jolloin sen validiteettinäkökulmat tulivat huomioiduksi. Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tuli olla niin yksiselitteisesti muotoiltuja, ettei vastaajien tarvinnut pohtia kysymyksen perimmäistä sisältöä. Toisaalta kysymykset eivät laajuudessaan saaneet myöskään tehdä vastaamisesta epämielikästä. Mittarin rakentamisen yhteydessä pohdittiin sen tuottamia epätarkkuustekijöitä. Tällöin kokonaisluotettavuus osaltaan kasvoi, koska

todennäköiset epävarmuustekijät oli huomioitu ja ne voitiin ottaa huomioon jo mittarin rakentamisvaiheessa. Ennen tutkimuskyselyn julkaisemista testattiin mittaria määrällisen tutkimuksen opintojaksolla ja sitä kehitettiin saadun palautteen myötä.

Aineiston keräämisessä käytettiin määrällisiä menetelmiä. Mittarina toimi kyselylomake, joka mittasi henkilöstön näkemyksiä organisaatiomuutoksen välitilassa. Tuomen (2020a) mukaan arviointi on kehittämistoiminnan vaiheita ohjaava osatekijä, jonka tarkoituksena on tarkastella jo tehtyjä toimia ja tuoda tietoa tulevien kehittämistoimenpiteiden suunnittelun tueksi. Pyrkimyksenä oli luoda organisaatiolle reliabeli ja vertailukelpoinen kehittämistyön arvioinnin työkalu, jolloin kehittämisprosessien aikana saadut mittaustulokset ovat vertailukelpoisia kohdeorganisaatiossa. Lisäksi työkalun käyttö palvelee toimintamallin siirrettävyyttä, jolloin monistettaessa toimintaa voidaan arviointia toteuttaa samalla mittarilla ja verrata tuloksia toisesta terveydenhuollon organisaatiosta saatuihin tuloksiin. Reliabiliteetin edistäminen tapahtui eritoten käsitteiden huolellisen operationalisoinnin kautta, jolloin esitetyt kysymykset ryhmiteltiin loogisesti. Lähtökohtana määrällisen tutkimuksen operationalisoinnissa on top-down -menetelmä, jossa käsitteitä tarkastellaan olemassa olevien teorioiden pohjalta (Tuomi 2020b; Mattila 2017). Käsitteiden perustelu tuo kriittisen tarkastelun näkökulman datan ja informaation tarkasteluun, jolloin varsinaisen teorian ja empiiristen havaintojen yhteensovittaminen sekä vertailu on mielekkäämpää. Tällöin se tarjoaa validiuden arvioinnille hedelmällisen lähtökohdan. (Ahola 2011.) Kokonaisuudessaan mahdollisimman validiin tutkimukseen pyrittiin asettamalla tutkimuskysymykset siten, että ne olivat linjassa kehittämistyön tarpeiden kanssa.

## 4 Tutkimuksen toteuttaminen

Tämän tutkimuksen tehtävänä oli tuottaa subjektiivista tietoa kehittämistoiminnan arvioinnin ja suunnittelun tueksi. Organisaation hallinnolliset työkalut ja mittarit tuottavat määrällistä dataa päätöksenteon tueksi. Datasta kerätyn informaation tueksi tuotettu henkilöstön subjektiivisiin kokemuksiin perustuva tieto tuo henkilöstön äänen kuuluville. Mittari mittasi työtehtäväkategorioiden koettua määrää ja niiden tuottamaa kuormittavuutta. Tärkeää oli tutkia nimenomaisesti kuormittavuuskokemusta, koska suoritteisiin perustuva informaatio ei tähän aspektiin ota kantaa. Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa subjektiivista tietoa objektiivisen tiedon tueksi, joka mahdollistaa kehittämistoimenpiteiden kohdentamisen niihin työskentelykategorioiden prosesseihin, joissa voidaan suhteellisesti eniten tuottaa työhyvinvointia ja toisaalta vähentää hukkatyöaika.

Aihetta lähestyttiin määrällisin menetelmin, sillä suuressa tutkimusjoukossa se on tehokkain tapa tuottaa subjektiivista tietoa. Määrällisissä tutkimusmenetelmissä kysymyksillä on varsin suuri merkitys, koska huonosti muotoiltuna ne ohjaavat vastaajaan tutkijan subjektioiden mukaiseen suuntaan. Vastaajaa ohjaavat kysymykset voivatkin vääristää kyselytutkimuksen tuloksia (Vilkkä 2007, 64–65.) Pyrkimyksenä oli tuottaa sisällöltään neutraali kysymyspatteristo, jossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan lomakkeessa esitettyjä työsisältöjä. Arvioinnin kohteena olivat työtehtäväkategorioiden määrälliset esiintymiset ja niiden tuottamat kuormitukset.

#### 4.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku on varsin merkittävässä roolissa tutkimuksen teoreettisen taustan muotoilussa ja ilmiön hahmottamisessa. Tiedonhaun lähtökohtana oli tuottaa koostettua tietoa itseohjautuvan tiimiorganisaation toiminnasta, osallisuudesta ja työhyvinvoinnista. Nämä asiakokonaisuudet muodostavat tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen, jonka pohjalle tutkimuksen kyselylomake on rakennettu. Teoreettiset käsitteet ovat tärkeä tekijä ilmiön hahmottamisen näkökulmasta tarkasteltuna ja oleellisena tekijänä oli muodostaa teoreettisista käsitteistä arkikielisiä vastineita, jolloin kyselyyn vastaaja ja tutkimuksen tekijä puhuvat samaa kieltä. Vilkan (2007, 25) mukaan määrällisessä tutkimuksessa kielellinen yhteneväisyys on tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää. Heikosti arkikielelle muotoillut teoreettiset käsitteet voivat tällöin vääristää vastausten luomaa kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä.

Taulukko 4. Tiedonhaun tulokset

Hakusana	Finna	Janet Finna	ProQuest
Itseohjautuvuus + johtaminen	41	4	
Self-direction + leadership + healthcare	9		759
Osallisuus + johtaminen	1844	7	
Participation + leadership + healthcare			1473
Työhyvinvointi + johtaminen	84	19	
Well-being at work + leadership + healthcare			494

Tiedonhakua toteutettiin käyttämällä erilaisia tietokantoja. Pääasiallisiksi tietokannoiksi valikoituivat Finna, Janet Finna ja ProQuest (ks. Taulukko 4. – Tiedonhaun tulokset). Lähdemateriaalista rajattiin pois Pro Gradu –tutkielmat. Toki näistä teoksista oli varsin kattava pääsy alkuperäisten lähteisiin, joten huolimatta Pro Gradu –tutkielmien sisällöllisestä poisarjaamisesta käytettiin niiden lähdeluetteloita varsin paljon hyväksi. Väitöskirjojen lisäksi lähdemateriaalina toimivat hallintotieteellinen kirjallisuus ja vertaisarvioidut lehtiartikkelit. Ilmiönä terveydenhuollon itseohjautuvat toimintamallit ovat varsin tuore johtamisen paradigma, joten siihen liittyvää materiaalia on saatavilla eritasoisina julkaisuina. Tällöin lähdemateriaalin rajaaminen nousi varsin merkittäväksi tekijäksi ilmiön hahmottamisessa. Työhyvinvointia ja osallisuutta on vastaavasti tutkittu pitkään ja näistä teemoista on saatavilla varsin kattavaa ja vertaisarvioitua lähdemateriaalia sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Lisäksi tiedonhaussa tavoitteena oli käyttää mahdollisimman ajantasaisia lähdemateriaaleja, joten julkaisuvuosirajauksena käytin, tietokannasta riippuen, 5–10 vuoden julkaisuajakohtahaarukointia.

## 4.2 Eettiset näkökulmat

Tutkimusaineistona subjektiivisen tiedon mittarin pilotoinnissa käytettiin Keski-Suomen seututerveyskeskuksen avosairaanhoidon palvelualueen henkilöstölle toteutettua Webropol-verkkokyselyä. Verkkokyselyn mittari rakennettiin suoritetilastoinnin pohjalle, jotta jatkohyödyntäminen subjektiivista sekä objektiivista tietoa vertailemalla olisi mahdollisimman vaivatonta. Toki sitä ei tässä tutkimuksessa toteutettu, vaan sen toteuttaminen jää toimeksiantajaorganisaation vastuulle.

Tutkimuseettisestä näkökulmasta tarkasteltuna pyrkimyksenäni oli toteuttaa opinnäytetyö siten, ettei eettisiä ongelmia tulisi ja toisaalta eettisiin näkökulmiin kiinnitetään proaktiivisesti huomiota. Esimerkiksi tutkimushenkilöiden anonymiteettiä pyritään suojaamaan keräämällä vain tarpeellisia yksilöön liittyviä tietoja. (ks. Liite 3. – Aineiston keruuseen liittyvä saatekirje.) Taustamuuttujien osalta esimerkiksi henkilön asettaminen jonkinlaiseen ryhmään oli tarpeellista, mutta ammattiryhmää ei tarkemmin eritelty. Ammattiryhmäksi valikoituivat hoitohenkilöstö ja lääkärit. Vastauksien ja vastaajien perusteella esimerkiksi jonkin yksikön toimintaterapeutti olisi voinut olla potentiaalisesti tunnistettavissa. Varsinaisiin tutkimuslomakkeisiin vastaajat eivät syöttäneet henkilötietojaan tai nimiään vaan vastaaminen tapahtui anonymisti. Tutkimusvastaukset tuotettiin oppilaitoksen

lisenssillä Webropol-palveluun, jolloin tietosuojaan liittyvien tekijöiden voitiin olettaa olevan ajantasaisia. Vastaavasti tutkimustuloksia analysoitiin Atk-laitteistolla, joka ei missään tilanteessa ollut internet-yhteydessä.

Raportoinnin yhteydessä yksittäisiä kyselyvastauksia ei luovutettu toimeksiantajaorganisaatiolle (ks. Liite 5. – Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma). Tulokset raportoitiin koostetusti, jolloin se lisäsi tutkimuksen eettistä kestävyttä ja yksittäisten henkilöiden vastauksia ei missään tilanteessa pystytty tästä loppuraportista tunnistamaan. Tällöin vastaajan oli mahdollista tuottaa näkemyksensä turvallisesti ja ennen kaikkea rehellisesti. Vilka (2007, 96) toteaa tutkimustulosten anonymisoinnin olevan määrällisin menetelmin toteutetussa tutkimuksessa tärkeässä asemassa ja sitä ohjaa henkilötietolaki. Vastaajien tunnistetietojen keräämistä suunnitellessa hyödynnettiin Arja Kuulan teosta tutkimus etiikka (ks. Kuula 2006, 210–213). Tietosuojasta ja tietojen käsittelystä informoitiin vastaajia kyselyn aluksi. Vilkan (2007, 91) mukaan vastaajalle tulee informoida kyselyn kestosta. Kyselyn alussa vastaajille kerrottiin kyselyyn vastaamisen kestävän kymmenen minuutin ajan. Kesto todennettiin koekäyttämällä kyselyä oppilaitoksen järjestämällä tutkimuskurssilla sekä yksittäisillä koehenkilöillä. Keskimääräiseksi vastausajaksi mitattiin noin kahdeksan minuuttia.

## 5 Tulokset

Kysely lähetettiin Keski-Suomen seututerveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottojen hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille marraskuussa 2021. Hoitohenkilöstön osalta vastausprosentti oli 24,5 % ja lääkäreillä 30,0 %. Kyselyn kokonaisvastausprosentiksi muodostui 26,0 %. Kokonaisuudessaan vastauksia saatiin 19 kappaletta, joista hoitohenkilöstöltä 13 kappaletta ja lääkäreiltä 6 kappaletta. Toimintayksiköiden osalta vastaukset jakaantuivat siten, että 11 kappaletta vastauksista annettiin Keuruun terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotoilta ja 8 kappaletta Laukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotoilla. Hoitohenkilöstön osalta Keuruun terveyskeskuksesta saatiin vastauksia 7 kappaletta ja Laukaasta 6 kappaletta. Keuruun terveyskeskuksen lääkäreitä kyselyyn vastasi 4 kappaletta ja Laukaasta 2 kappaletta. Joutsan terveyskeskuksesta ei saatu vastauksia (ks. Taulukko 5. – Vastausmäärät ja -prosentit).

Taulukko 5. Vastausmäärät ja -prosentit

	Lähetetyt kyselyt (N)	Kaikki vastaajat (n – %)	Keuruun ter- veyskeskus (n – %)	Laukaan ter- veyskeskus (n – %)	Joutsan ter- veyskeskus (n – %)
<b>Kaikki vastaa- jat</b>	73	19–26,0 %	11–39,2 %	8–22,8 %	0
<b>Hoitohenki- löstö</b>	53	13–24,5 %	7–35,0 %	6–24,0 %	0
<b>Lääkärit</b>	20	6–30,0 %	4–50,0 %	2–20,0 %	0

## 5.1 Analysointi

Kyselyn vastausajan päättymisen jälkeen analysoitava aineisto tulostettiin raakadatana .xlsx-muodossa Microsoft Exceliin. Tämän jälkeen aloitettiin datan koostaminen analysoitavaan muotoon. Webropol-kyselyohjelmisto tulosti raakadatan asteikolla 1–6, joka tuli muuttaa asteikkoon 0–5. Muutos tuli tehdä, koska tutkimuksen vastausasteikko oli suunniteltu edellä mainitulle välille ja Webropol-ohjelmiston tulostamalla data-asteikolla olisi saatu virheellisiä tuloksia jatkoanalysoinnissa. Lisäksi kyselyä rakennettaessa suunniteltu Ei kuulu työtehtäviini-vastausvaihtoehdon tuomanolla-arvo vastausvaihtoehdolle Ei kuormitusta tuli suodattaa tuloksista pois.

Analysoitavassa raakadatassa ensimmäiset 20 kysymystä oli eroteltu omiin sarakkeisiinsa ja viimeinen nelikenttä kysymys tulostui omaksi kokonaisuudeksi. Molemmista osakokonaisuuksista suodattiin pois ne vastaukset, joissa työtehtäväkategorialle oli annettu sekä määrää että kuormitusta kuvaavaksi vastaukseksi arvo nolla; Ei kuulu työtehtäviini ja Ei kuormitusta. Tämä suodatus toteutettiin sen vuoksi, etteivät nämä edellä mainitut vastaukset vaikuttaisi aineistosta muodostettaviin tilastollisiin tekijöihin. Toisaalta käytetyn kyselyohjelmiston tekninen toteutus vaati, että kaikille vastaus vaihtoehdoille tuli muodostaa numeerinen arvo, joka on suurempi kuin nolla.

Aineiston suodattamisen jälkeen nelikenttäkysymykseen annetut vastaukset muutettiin asteikolta 0–50 asteikkoon 0–5, jonka jälkeen ne yhdistettiin osaksi aineiston aiempia vastauksia. Näin ollen

aineiston kokonaisvastausmäärän voitiin ajatella kaksinkertaistuvan, mikä osaltaan oli mahdollistamassa normaalijakautuneisuuden tutkimista lisäämällä annettujen vastausten kokonaismäärää. Nelikenttäkysymyksen tarjoamien vastausten yhdistäminen muuhun aineistoon oli myös ennalta suunniteltu tilastollinen toimenpide (ks. Taulukko 6. – Analysoitava aineisto).

Taulukko 6. Analysoitava aineisto

	<b>Kaikki vastaukset (<math>n_{yhd}</math>)</b>	<b>Keuruun terveys- keskus (<math>n_{ke}</math>)</b>	<b>Laukaan terveyses- kus (<math>n_{la}</math>)</b>
<b>Kaikki vastaukset</b>	38	22	16
<b>Hoitohenkilöstö</b>	26	14	12
<b>Lääkärit</b>	12	8	4

Raakadatan suodattamisen jälkeen tarkasteltiin kysymykohtaisia vastausmääriä normaalijakautumisen tutkimisen valossa. Osassa kysymyksiä otanta jäi varsin pieneksi, jolloin normaalijakautuneisuuden tarkastelu ei ollut mahdollista. Tämän vuoksi päädyttiin toteuttamaan tehtäväkategorioiden yhdistämissä. Yhdistelmien muodostamisessa olennaisena tekijänä toimi tehtäväkategorian konteksti ja mahdollinen sisällöllinen limittyneisyys, jolloin kategorioiden vastausten yhdisteleminen muuttui varsin mielekkääksi. Yhdistettäessä vastauksia määrän ja kuormituksen arvoja tarkasteltiin edelleen erillisinä joukkoina.

Ensimmäisessä vastauskombinaatiossa yhdistettiin puhelintyön ja konsultaatioiden vastaukset, vastaanottotyön, erikoistutkimusten ja näytteenoton vastaukset sekä toimistotyö ja sähköiset palvelut. Päivystystyö jätettiin sen kiireellisyyden luonteen vuoksi omaksi kategoriakseen. Toisessa yhdistelmässä lähtökohtana oli jakaa työtehtäväkategoriat hoidon tarpeen arvioinnin, HTA:n, sekä kliinisen työn rajauksella. HTA-tehtäviksi luokiteltiin puhelintyö, konsultaatiot, toimistotyö ja sähköiset palvelut. Kliiniseen työhön luettiin vastaavasti kiireetön vastaanottotyö, erikoistutkimukset, näytteenotto- ja päivystystyö. Erottelevana tekijänä pidettiin välitön asiakaskontaktia huomioiden, että sitä varsinaisessa HTA-prosessissa myös väistämättä esiintyy. Kokoukset ja koulutukset -kategoria jätettiin yhdistelmien ulkopuolelle sen asiakastyön irrallisuuden perusteella.

Työtehtäväkategorioiden yhdistelyn jälkeen sekä yksittäisille kysymyksille että kysymysyhdistelmille laskettiin mediaanit, keskiarvot, keskihajonnat sekä minimi- ja maksimi-arvot. Yksittäisiin kysymyksiin kohdennettiin tilastollisia menetelmiä, jotta voitaisiin havaita, onko yhdistelmien sisällä olevissa työtehtäväkategorioissa yhteneväisyyksiä. Edellä mainitut tekijät laskettiin koko aineistolle ja ammattiryhmäkohtaisesti. Työyksikkökohtaisesta tarkastelusta luovuttiin otannan pienuuden vuoksi. Tilastollisessa analyysissä edettiin normaalijakautuneisuuden tarkasteluun, jotta tilastollisesti merkittävien löydösten havaitseminen olisi mahdollista. Tehtäväkategorioiden ja yhdistelmien ääriarvot laskettiin, jotta mediaaniarvo pystyttäisiin suhteuttamaan vastausten vaihteluväliin.

Normaalijakautuneisuutta tutkittaessa tulee hypoteesiksi asettaa aina positiivinen lähtökohta, odotetut ja tarkasteltavat arvot ovat toisistaan riippumattomia. Mikäli odotettujen ja havaittujen arvojen välinen ero on tarpeeksi suuri, voidaan tuloksia pitää merkittävänä löydöksenä. Tällöin voidaan olettaa tuloksen olevan saman kaltainen perusjoukossakin, jolloin eroavaisuudelle on olemassa muitakin tekijöitä, kuin pelkkä sattuma. Khiin neliön testin lopputuloksena on p-arvo, joka vahvistaa tai kumoo testille asetetun hypoteesin. Testin tuloksen ollessa  $p > 0,05$  voidaan hypoteesin väittämää pitää totena ja vastaavasti  $p < 0,05$  hypoteesi kumoutuu ja havaittujen arvojen eroavaisuus on merkittävä. Merkittävyyden näkökulmasta olennaista on, kuinka lähellä 5 % rajaa vertailusta saatava p-arvo on. (Alastalo, Alaterä, Antikainen, Borg, Ellonen, Keckman-Koivuniemi, Mattila, Paaso, Pasanen & Sivonen 2004.)

Kyselyaineiston normaalijakautuneisuutta tutkittiin jakamalla tarkasteltava otos seitsemään rajapintaan ja laskemalla niille keskihajonnan avulla raja-arvo. Tämän jälkeen aineistosta selvitettiin kullekin hajontavälille kohdistuvien vastausten kappalemäärät ja prosentuaaliset osuudet, minkä jälkeen laskettiin normaalijakauman teoreettinen kappalemäärä. Lopuksi todellista ja teoreettista kappalemäärää verrattiin keskenään Khiin neliön testillä. Normaalijakautuman standardia noudattaen normaalijakautuneisuuden raja-arvoksi asetettiin 5 %. Tarkasteltava otos noudatti normaalijakaumaa, jos Khiin neliön testin lopputulos oli suurempi kuin 0,05, 5 %.

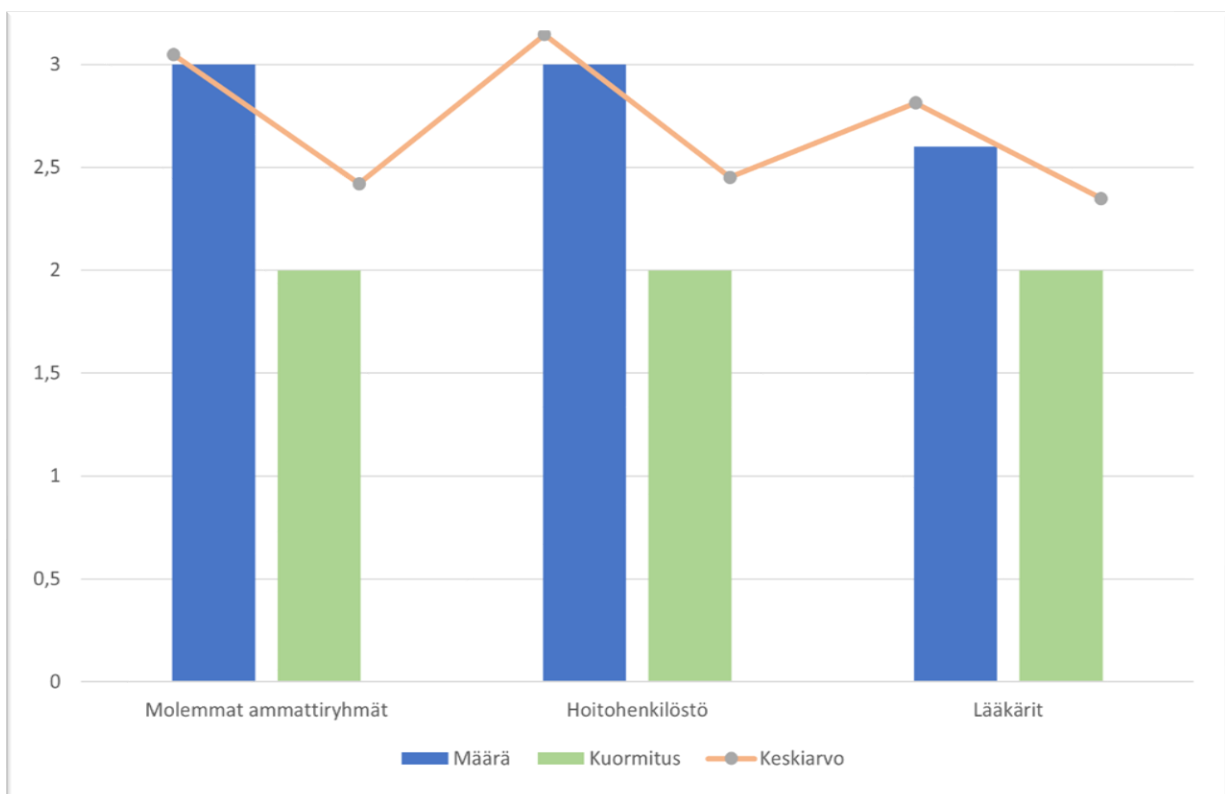


## 5.2 Löydökset

Tässä luvussa käsitellään kyselytutkimuksen aineiston tulokset. Aineistoa lähestytään makrotasolta kohti mikrotason tekijöitä tarkastellen aluksi suurempia kokonaisuuksia ja edeten kohti yksityiskohtaisempia tuloksia. Kaikilla tasoilla paneudutaan myös ammattiryhmien välisiin eroihin, jolloin horisontaalinen moniammatillisuuden elementti kytetään osaksi tulosten kokonaistarkastelua. Huomionarvoinen seikka on, että tarkasteluasteikkona käytetään modifioitua Likertin asteikkoa arvoille 0–5, jossa arvo nolla saa määreen ei lainkaan ja viisi vastaavasti erittäin paljon.

### 5.2.1 Kokonaistulokset

Tulosten kokonaistarkastelussa voidaan havaita, että moniammatilliseen tiimimalliin perustuvassa työskentelyssä työtehtävien määrä ja kuormitus koettiin kohtuulliseksi. Molempien ammattiryhmien kaikkien työtehtävien määrän subjektiivisen kokemuksen mediaani oli 3,0 ja keskiarvo 3,04 jotka asemoituivat tarkasteluasteikon keskikohtaan. Vastaavasti kuormituskokemuksen kokonaismediaani oli 2,0 ja keskiarvo 2,42.

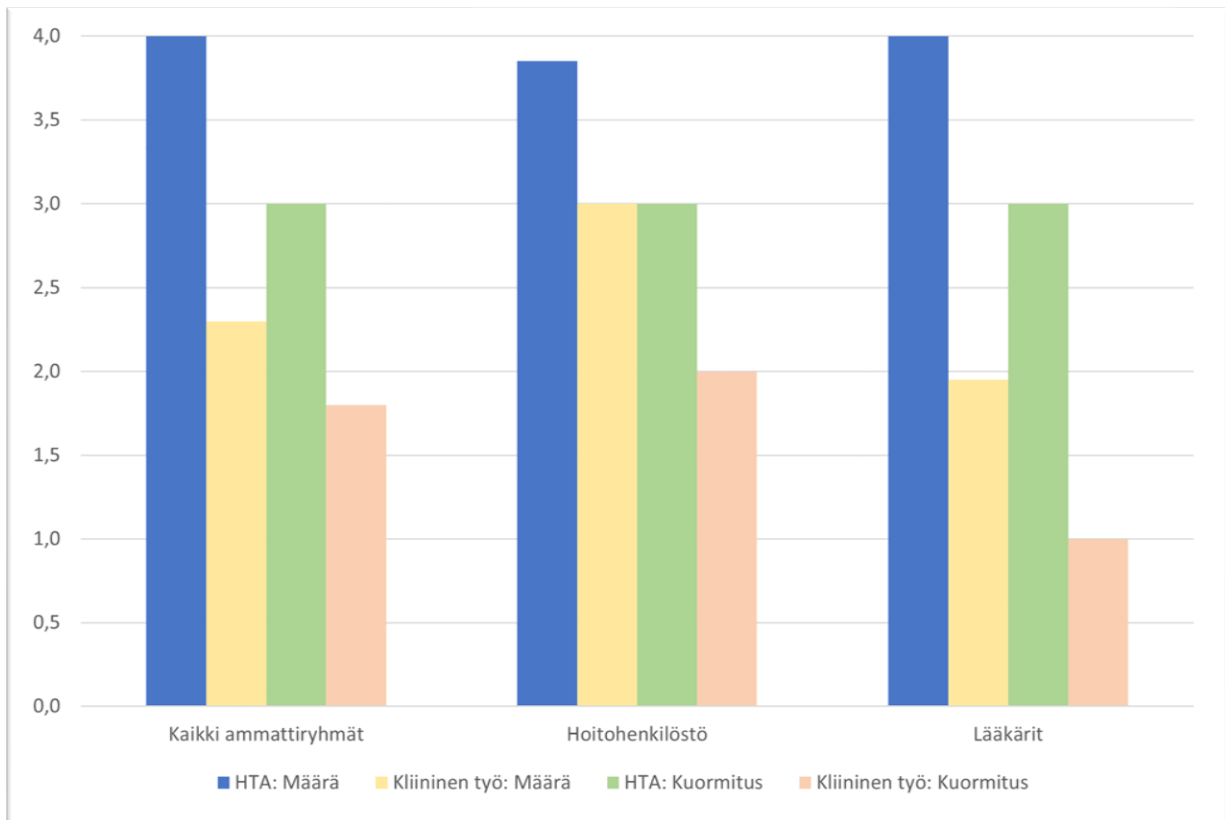


Kuvio 5. Aineiston kaikkien vastausten eritellyt mediaanit ja keskiarvot

Ammattiryhmien välisessä erottelussa hoitohenkilöstön ja lääkärin tulokset olivat linjassa koko henkilöstön yhteistulosten kanssa (ks. Kuvio 5.- Aineiston kaikkien vastausten eritellyt mediaanit ja keskiarvot). Hoitohenkilöstön näkemys kokonaistyömäärästä ja kuormituksesta olivat mediaanien suhteen analogiassa kokonaistulosten kanssa. Keskiarvojen ollessa vastaavasti hieman korkeammat molemmissa tarkasteluluokissa. Hoitohenkilöstön kokonaistyön määrää kuvaava keskiarvo oli 3,14 ja tätä vastaava kuormitus 2,45. Lääkäreiden osalta määräkokemuksen mediaanin oli 2,6 ja kuormituskokemuksen 2,0. Määrää ja kuormitusta kuvaavat keskiarvot lääkärin ryhmässä olivat vastaavasti 2,81 ja 2,34.

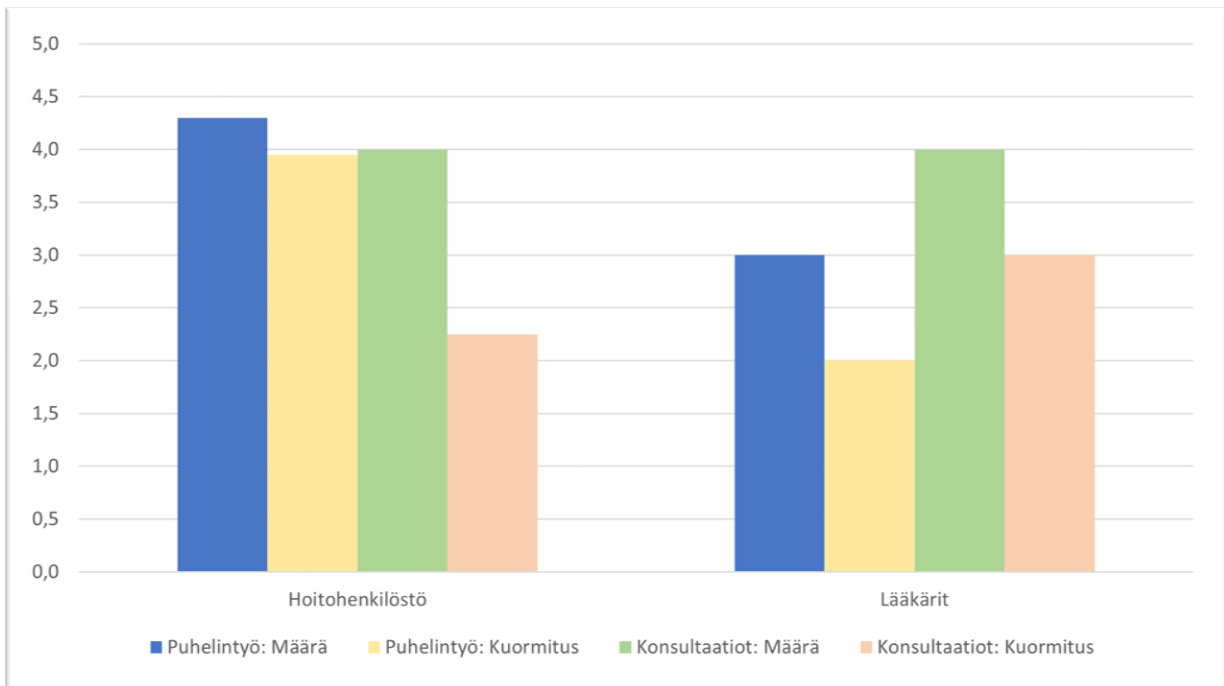
### **5.2.2 Hoidon tarpeen arviointi**

Moniammatilliseen ja itseohjautuvan tiimimallin toimintaan kuuluu olennaisena osana asiakkaan hoidon tarpeen arviointi, jonka tavoitteena on kohdentaa käytettävissä olevat kliinisen asiakastyön resurssit oikea-aikaisesti niitä tarvitseville asiakkaille. (Pihlava 2019, 1930). Pihlavan artikkelissa todetaan asiakaskontaktien määrän olevan ennallaan hoidon painopisteen muuttuessa etäkontaktipainotteiseksi. Näin ollen moniammatillisessa tiimimallissa voidaan hoidon tarpeen arviointi nähdä erityisen korostuneessa asemassa, joten siihen liittyviä näkemyksiä olikin mielekästä verrata suhteessa kliiniseen asiakastyöhön. (ks. Kuvio 6. – Vastaukset luokiteltuna hoidon tarpeen arviointiin ja kliiniseen asiakastyöhön.)



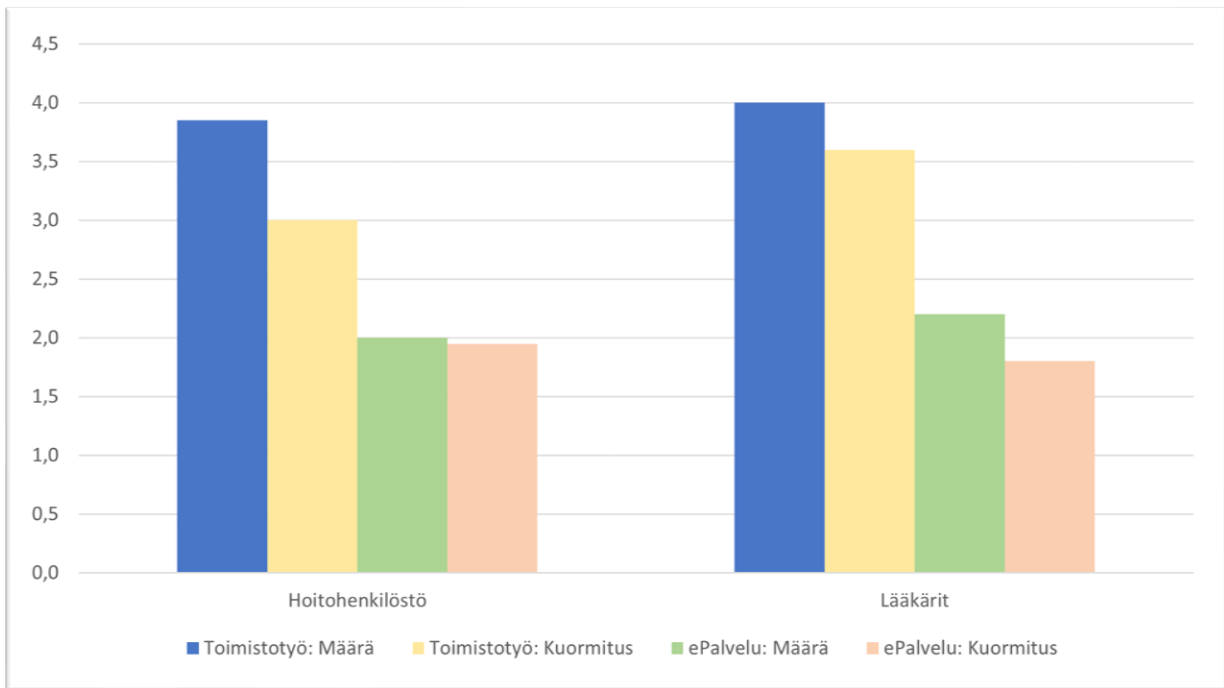
Kuvio 6. Vastaukset luokiteltuna hoidon tarpeen arviointiin ja kliiniseen asiakastyöhön

HTA-liitännäisiksi työtehtäväkategorioiksi laskettiin puhelimesta tehtävä työskentely, konsultaatiot, toimistotyöt sekä sähköisten palvelukanavien käyttö. Kyselytutkimuksen tuloksissa havaittiin hoidon tarpeen arvioinnin, jäljempänä HTA:n, koetun kokonaisuudessaan määrällisesti suurimpana työtehtäväkokonaisuutena. Kyselyvastausten mediaanit jakaantuivat ammattiryhmille yhteisesti ja lääkäreille ollen 4,0 ja hoitohenkilöstölle 3,9. Kuormitus koettiin kaikissa ammattiryhmäkohtaisissa tarkasteluasetelmissä kohtuulliseksi, mediaanin ollessa 3,0. (ks. Kuvio 7. – Puhelintyö ja konsultaatiot). Vastusaineiston keskiarvot asettuivat kauttaaltaan kahdesta neljään kymmenystä mediaania matalammille tasoille.)



Kuvio 7. Puhelintyö ja konsultaatiot

Spesifimmässä tarkastelussa havaittiin hoitohenkilöstön osalta puhelintyön varsin suureksi koettu määrä (Md 4,3) ja kuormittavuus (Md 4,0). Toisaalta HTA-prosessin sisälle luettava moniammatillisuuden elementti, konsultaatioiden työtehtäväkategoria, korreloi määrän osalta puhelintyöhön (Md 4,0), mutta tähän liittyvä kuormituskokemus oli vastaavasti merkittävästi puhelintyöskentelyä matalampi (Md 2,3). Lääkäreiden ammattiryhmässä puhelintyöhön liittyvät tulokset olivat hoitohenkilöstön kokemaan verraten matalammat. Puhelintyön määrän koettiin olevan keskitasolla (Md 3,0) ja kuormituksen alle keskitason (Md 2,0). Lääkäreiden näkemys konsultaatioista oli määräkokemuksen osalta linjassa hoitajien ammattiryhmän kanssa (Md 4,0), mutta sitä vastoin konsultaatioiden tuottaman kuormituksen havaittiin olevan hoitohenkilöstöön verratessa merkittävästi suurempi (Md 3,0), ollen kuitenkin asteikon keskitasolla. (ks. Kuvio 7. – Puhelintyö ja konsultaatiot).



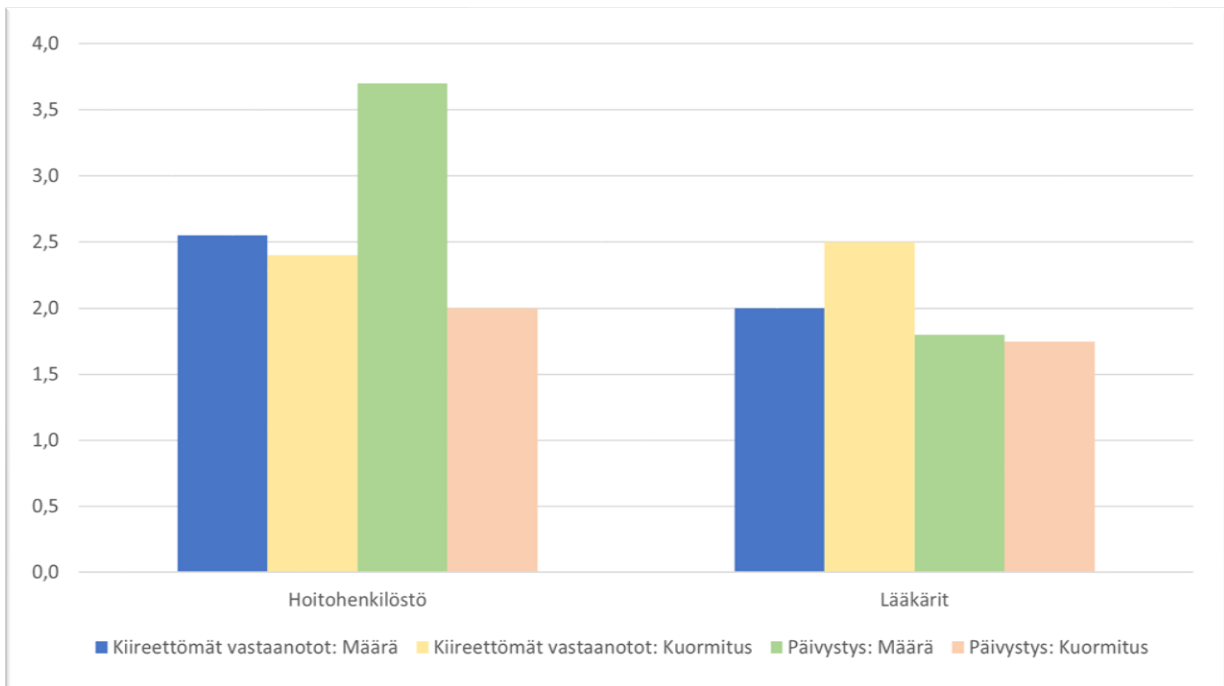
Kuvio 8. Toimistotyöt ja sähköiset palvelukanavat

Hoitajien ammattiryhmässä toimistotyötä koettiin olevan keskimääräistä enemmän (Md 3,9), mutta sen kuormittavuus nähtiin kohtuulliseksi (Md 3,0). Myös olennaisesti HTA-prosessiin liittyvä sähköisten palveluiden työtehtäväkategoria oli hoitohenkilöstön ammattiryhmässä sekä määrän (Md 2,0) että kuormituksen (Md 2,0) osalta varsin maltillinen. Lääkärien ammattiryhmässä toimistotyöt (Md 3,6) koettiin kuormittavimmiksi työtehtäviksi. Myös määränkokemuksen osalta näitä työtehtäviä oli eniten (Md 4,0). Sähköisiä palvelukanavia koskeviin kysymyksiin lääkärit vastasivat eniten tyhjillä vastauksilla, mikä osaltaan kertonee kyseisten työkalujen käyttöasteesta. (ks. Kuvio 8. – Toimistotyöt ja sähköiset palvelukanavat.)

### 5.2.3 Kliininen asiakastyö

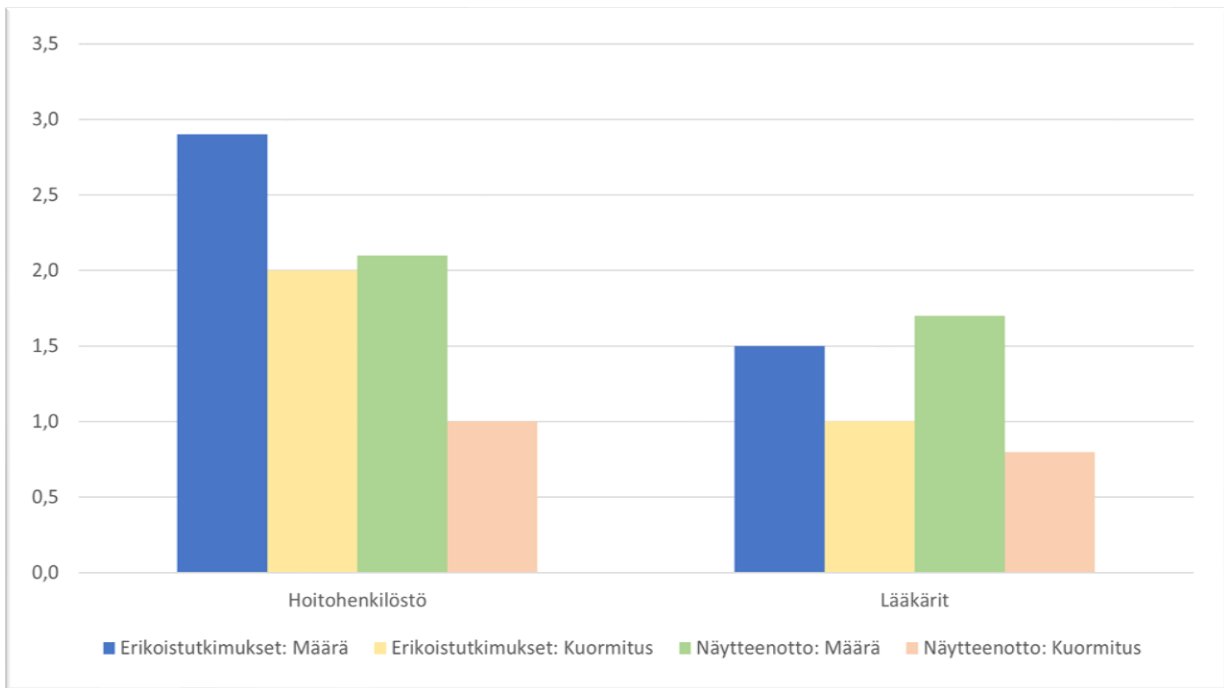
Kliinisen asiakastyön vastausryhmä muodostettiin hoidon tarpeen arvioinnin rinnalle kattamaan niitä hoidollisia tilanteita, joissa ammattilainen voi konkreettisesti tutkia terveydenhuollon asiakkaan. Toisena tekijänä tämän tarkasteluryhmän muodostamisessa toimi objektiivisen tiedon laskutustekijät. Kliinisen asiakastyön suoritteet ovat pääsääntöisesti tilastoitava jonkin tyyppiseksi vastaanottokäynneiksi. Kyselyssä esitetyistä työtehtäväkategorioista tähän ryhmään valittiin

kiireettömät vastaanottokäynnit, erikoistutkimukset, päivystystyö ja näytteenotto. Kaikissa ammattiryhmissä kliinisen työn osuus oli määrällisesti (Md 2,3) ja kuormituksellisesti (Md 1,8) varsin alhainen. (ks. Kuvio 9 – Kiireetön vastaanottotoiminta ja päivystys.)



Kuvio 9. Kiireetön vastaanottotoiminta ja päivystys

Hoitohenkilöstön osalta määrällisesti suurimpana osatekijänä (Md 3,7) näyttäytyi päivystyksellinen vastaanottotyö, johon sisältyy myös infektioasiakkaiden hoitotyö sekä tarkkailuhoitajan tehtävät. Huomionarvoisena seikkana havaittiin asteikon keskimääräistä alhaisempi kuormitus (Md 2,0). Sitä vastoin kiireettömien vastaanottojen määrä (Md 2,6) ja kuormitus (Md 2,4) olivat keskenään linjassa. Lääkäreiden ammattiryhmässä päivystystyö koettiin sekä määrän (Md 1,8) että kuormituksen (Md 1,8) osalta varsin kohtuulliseksi. Poikkeavana löydöksenä havaittiin kiireettömien vastaanottojen kuormittavuuden (Md 2,5) olevan hieman korkeampi suhteessa määrään (Md 2,0), joskin ne molempien löydösten osalta olivat varsin kohtuulliset. (ks. Kuvio 9 – Kiireetön vastaanottotoiminta ja päivystys.)



Kuvio 10. Erikoistutkimukset ja näytteenotto

Samankaltainen havainto tehtiin myös erikoistutkimusten tehtäväkategoriasta, jossa työtehtävien määräkokemus (Md 2,9) oli varsin kohtuullinen ja kuormitus (Md 2,0) selkeästi matalampi. Hoitohenkilöstön osalta näytteenottotyön määrässä (Md 2,0) suurimpana yksittäisenä tekijänä lienee ollut Covid-19 näytteiden ottaminen ja käsittely, mutta varsinaisena työtehtävänä näytteiden ottamisen ei koettu kuormittavan juuri lainkaan (Md 1,0). Lääkärien ammattiryhmässä erikoistutkimusten ja näytteenoton määrät sekä kuormitukset olivat varsin maltilliset. Huomioitavaa kuitenkin on, että erikoistutkimusten osalta lääkäreiden antamien vastausten määrä oli varsin suppea. (ks. Kuvio 10. – Erikoistutkimukset ja näytteenotto.)

#### 5.2.4 Muut löydökset

Hoidon tarpeen arvioinnin ja klinisen asiakastyön lisäksi kyselyssä kartoitettiin myös kokousten ja koulutusten määrää sekä kuormitusta osana terveydenhuollon työskentelyä, koska terveydenhuollon ammattilaisilla on lakisääteinen velvoite kouluttautua ja ylläpitää osaamistaan (L 559/1994, 15 §). Varsinaisen asiakastyön ulkopuoliset kokoukset ja koulutukset koettiin molemmissa ammattiryhmissä sekä määrällisesti (Md 1,8) että kuormituksellisesti (Md 1,0) varsin kohtuullisiksi.

## 5.3 Lopputulokset

Opinnäytetyön lopputuloksina saatiin vastaukset haluttuihin tutkimuskysymyksiin. Seuraavissa luvuissa käsitellään tutkimuskysymysten vastaukset ja tuodaan esille ne tulokset, joiden perustella tutkimuskysymykseen vastataan.

### 5.3.1 Henkilöstön näkemykset työtehtäväkategorioihin liittyvistä kuormituksista

Työtehtäväkategorioiden kuormitukset olivat aineiston molemmissa vastaajaryhmissä kokonaisuudessaan varsin kohtuullisella tasolla. Jaettaessa aineisto hoidon tarpeen arviointiin ja kliiniseen asiakastyöhön liittyviin vastauskokonaisuuksiin, havaittiin hoidon tarpeen arviointiin liittyvien työtehtävien olevan sekä määrällisesti että kuormituksellisesti enemmistössä. Kliinisen asiakastyön määrä ja kuormitus olivat sitä vastoin varsin maltilliset.

Korkeimmat kuormituslukemat olivat hoitohenkilöstön osalta havaittavissa puhelin- ja toimistotyöskentelyssä. Vastaavasti konsultaatioihin liittyvien työtehtävien ei koettu kuormittavan, vaikka niiden määrä oli yhtä korkealla, kuin puhelintyöskentelyssä. Kliinisen asiakastyön kuormittavuus oli hoitohenkilöstön näkökulmasta varsin maltillinen. Tarkasteltaessa kliinistä asiakastyötä, kuormitavuustekijöiden erittelyssä ei havaittu selkeitä eroja, jotka olisivat nostaneet tai laskeneet kuormitavuutta. Yksittäisten osa-alueiden kuormitusten mediaanit mukailivat kliinisen asiakastyön vastauskokonaisuuden mediaania.

Lääkäreiden ammattiryhmän osalta voitiin, käsitellyn aineiston HTA-vastauskokonaisuudesta, kuormittavimmiksi tekijöiksi todeta toimistotyöhön ja konsultaatioihin liittyvät työtehtävät. Vastaavasti puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin koettiin kuormittavan vähemmän. HTA-kokonaisuudessa juuri puhelintyöskentelyn tuoma vähäisempi kuorma tasasi kokonaisuuden mediaania. Kliinisen asiakastyön osalta kuormitusta kuvaava mediaani oli varsin matala, jota osataan tässä vastausyhdistelmässä laskivat erikoistutkimusten ja näytteenottotyön tehtäväkategorioiden matala kuormittuneisuustaso. Voidaan kuitenkin todeta, etteivät kiireetön vastaanottotyö ja päivystystyöskentely itsessään kuitenkaan nosta lääkäreiden näkemystä kliinisen asiakastyön kokonaiskuormituksesta merkittävästi, mikä näiden osalta se näyttäytyikin varsin kohtuullisena.



Kaikkien ammattiryhmien osalta asiakastyöskentelyn ulkopuoliset kokoukset tai koulutustilaisuudet eivät vaikuttaneet kuormittavan henkilöstöä merkittävällä tavalla.

### **5.3.2 Havainnot työtehtävien subjektiivisten määrien ja kuormitusten välisestä suhteesta**

Verrattaessa henkilöstön näkemyksiä työtehtävien määrässä ja kuormituksessa jäi aineiston perusteella varsin perusteltu vaikutelma työtehtävien määrän ja kuormituksen keskinäisestä tasapainoisesta suhteesta. Merkittävänä löydöksenä voitiin pitää puhelintyön ja konsultaatioiden välisten määrien ja kuormitusten eroja sekä ammattiryhmien sisällä että niiden keskinäisissä vertailuissa. Kliinisessä asiakastyössä kiireettömät vastaanotot olivat, ammattiryhmistä riippumatta, varsin hyvin keskenään linjassa. Poikkeuksena voidaan nostaa hoitajien näkemys päivystyksellisestä hoidosta, jonka määrä koettiin kuormitukseen nähden varsin suurena.

### **5.3.3 Ammattiryhmien väliset tulokset**

Kokonaisuutta tarkasteltaessa merkillepantavaa oli, että molempien ammattiryhmien määrään ja kuormittavuuteen liittyvät tekijät ovat keskenään varsin hyvin linjassa. Hoidon tarpeen arviointi koetaan määrällisesti suurimmaksi tekijäksi ja vastaavasti kliininen asiakastyö vähäisemmäksi. Huolimatta ammattiryhmien varsin heterogeenisestä työtehtäväkuvasta, selkeitä eroja niiden keskinäisessä vertailussa ei suuressa kuvassa juuri ollut. Tehtäväkategorioiden syvempi tarkastelu toi esille kuormitusvaiheluita tuottavat työtehtäväkategoriat. Yhtäältä osa työtehtävistä oli subjektiivisen määrän puolesta enemmistössä nostaen kuormittuneisuutta ja toisaalta osa tehtävistä vastaavasti laski työtehtävien kokonaismäärää sekä kuormittuneisuutta. Aineistosta havaittiin näiden olevan varsin erilaiset hoitajien ja lääkäreiden ammattiryhmissä, mikä osaltaan viittaa erilaisten ammattiryhmien työtehtävien heterogeenisyyteen.

## **5.4 Johtopäätökset**

Kyselyaineiston perusteella todettiin, että kyselyyn vastanneiden henkilöiden työkuorma sekä hoitohenkilöstön että lääkäreiden ammattiryhmissä oli varsin kohtuullisella tasolla. Huomioitavaa on, että vastausten hajonta kuitenkin kertoo, että jokaisen vastaajan näkemys on aina subjektiivinen ja kokemuspohjainen. Toisaalta hajonta kertoo myös siitä, että työtehtävien sisältö on varsin vaihtelevaa ja monipuolista. Tästä voitaneen päätellä, että organisaation käyttämässä tiimimallissa itseohjautuvuuden elementti on ainakin jossain määrin läsnä.

Työhyvinvoinnin näkökulmasta tarkasteltuna työtehtävien monipuolisuus edistää työssä jaksamista sekä osaltaan edistää organisaation ja toimintayksiköiden sisältä työskentelykulttuuria. Itseohjautuvuuden edistäminen on mitä suurimmassa määrin työsisältöjen inhimillistämistä. Yksilön osallisuus osana työyhteisön sosiaalisia verkostoja lisää Karjalaisen & Raivion (2013, 13) mukaan yhteenkuuluvuuden tunnetta, jolloin mahdollisuus valintoihin lisää valtaa vaikuttaa omaan työhönsä. Näin ollen työn tekeminen itsessään nähdään sosiaalisten verkostoiden luomana vahvuutena, jossa huomioidaan yksilön osaaminen. (Kauhanen 2006, 51).

Tiimipohjaisessa työskentelymallissa työtä lavennetaan ja rikastetaan, jolloin aito itseohjautuvuus työtehtävien välillä mahdollistuu. Osaltaan tämä vaatii myös yksilökohtaisten kompetenssien vahvistamista, jotta uusien osa-alueiden parissa työskenteleminen on ylipäätään mahdollista. (Kauhanen 2006, 50–51.) Tuloksia tarkasteltaessa molemmista ammattiryhmistä voitiin havaita hoidon tarpeen arviointiin liittyvien prosessien kuormittavan enemmän ja toisaalta perinteiseen terveydenhuollon toimintaan liittyvien kliinisen asiakastyön vastaavasti vähemmän.

#### **5.4.1 Hoidon tarpeen arviointi oikea-aikaisen toiminnan keskiössä**

Perinteisessä vastaanottotoiminnassa puhelinkontaktit ovat olleet lähinnä ajanvaraamista ammattilaisen vastaanotolle ilman sen syvällisempää otetta asiakkaan sen hetkiseen terveysongelmaan. Kinnusen, Kyläsen, Taskisen & Rynnäsen (2010, 8–9.) mukaan perusterveydenhuollossa asiakkaiden tarpeet ovat nykyisin kompleksisempia vaatien usein moniammatillista yhteistyötä. Sen vuoksi puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin ja varsinaisen hoidon aloittamisen voitaneen ajatella haastavan ammattilaisen kompetensseja, jolloin hoitotyön asiantuntijuus ja ammatillinen kokemus korostuvat.

Puhelinkontaktin aikana ammattilaisen käytössä on varsin hajanainen ja vaihteleva tietovaranto. Tietovarantojen vakioiksi voidaan lukea organisaation tuottamat hoitopolkuaineistot, sisäiset ohjeet ja yleisesti tunnustetut hoitotietokannat. Muuttujiksi taasen lukea asiakkaaseen liittyvä individuaali tieto, kuten aiemmat käyntitekstit ja asiakkaan sen hetkinen kertomusanamneesi. Louhimon (2019, 488) mukaan onnistuneessa konsultaatiossa kysyjä tuntee asiakkaan riittäväällä laajuudella, jolloin kysymykseen voidaan muodostaa selkeä punainen lanka. Puhelinvälitteisessä hoidontarpeen arvioinnissa edellä mainittujen lähteiden avulla ammattilaisen tulee päästä käsitykseen asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta. Lopputuloksena ammattilainen voi aloittaa hoidon itse

tai konsultoida lääkäriä hoitolinjasta. Olipa hoidon lopputulos mitä hyvänsä, tulee hoitajan jäsentää annetusta informaatiosta asiakkaan tilannetta kuvaava kokonaisuus, anamneesi. Vasta tietokokonaisuuden jäsentämisen jälkeen hoidon aloittaminen tai toisen asiantuntijan konsultaatio mahdollistuu.

Soinisen (2019, 227) mukaan onnistuneen hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua kirjallisiin ohjeisiin, jotka ovat terveydenhuollon toimintayksikön vastaavan lääkärin hyväksymiä. Lisäksi hoitotyön ammattilaisella tulisi olla saatavilla lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Strukturoidut rakenteet osana hoidon tarpeen arviointiprosesseja ovat erinomainen työkalu. Oikaraisen, Siltasen, Korhosen & Holopaisen (2018, 9) mukaan organisaatiossa tulisi laatia selkeät ja yhtenäiset toimintaohjeet sellaisten tilanteiden varalle, joissa hoitotyön ammattilaisen päätettäväksi tulee entuudestaan vieras tilanne. Tämän lisäksi Oikarainen ja kumppanit toteavat tiedonhaun osaamisen varmistamisen ja sen tukemisen olevan asiakasturvallisuuden näkökulmasta merkityksellisessä roolissa. Epäsuorasti voitaneen päätellä, että intensiivinen tiedon jäsentäminen ja vaihtelevat organisaation toimintaohjeet lienevät merkittäviä tekijöitä, jotka nostavat ja ylläpitävät kyselyaineistosta havaittua hoitohenkilöstön puhelintyön kuormituskokemusta.

Moniammatillisessa tiimitoiminnassa hoidon tarpeena arviointi johtaa toisen hoitotyön ammattilaisen tai lääkärin konsultaatioon. Aineistosta havaittiin lääkärin korkeimmat kuormitusmediaanit konsultaatioiden ja toimistotöiden tehtäväkategorioissa. Vastaavasti hoitohenkilöstön ammattiryhmässä konsultaatioiden kuormitus oli selkeästi matalampi. Kyselyn mittarissa konsultaatioiden tehtäväkategoriaa luettiin sekä konsultaatioiden tekeminen että niihin vastaaminen. Tiimimuotoisessa toimintamallissa konsultaatioiden parissa työskentelevä lääkäri toteuttaa pääasiassa hoidon tarpeen arviointiin liittyviin konsultaatioihin vastaamista (ks. Soininen 2019, 227; Pihlava 2019, 1930; Tiihonen 2015). Konsultaation ja siihen liittyvien esitietojen perusteella hoitavan lääkärin tehtävänä on tehdä päätös asiakkaan hoidosta ja esimerkiksi elektiivisen hoidon kiireellisyydestä (Tiimimallista, hoitoketjuista ja Siun Soten johtamisjärjestelmästä 2019). Lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin liittyy myös suuri vastuu, joka päätöksenteon taustatekijänä on varsin tärkeää huomioida. Myös tämä puoltaisi organisaation strukturoitujen toimintamallien käyttöön ottamista hoidon tarpeen arviointiprosessien tueksi.

### 5.4.2 Kliinisen asiakastyön näkökulma

Kliininen ja asiakasvastaanottotyö on tärkeä osa perusterveydenhuollon moniammatillista toimintaa ja hoidon tarpeen arvioinnin tehtävänä on ensisijaisesti mahdollistaa vastaanottopalveluiden nopea ja oikea-aikainen saatavuus sitä tarvitseville asiakkaille. Kyselyaineistossa kliinisen asiakastyön määrä koettiin keskimääräistä vähäisemmäksi ja kuormituskokemus oli linjassa määräkokemuksen kanssa. Pihlavan (2019, 1930) artikkelissa haastatellun terveystieteiden lääkäri Esa-Heikki Meriläisen mukaan Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän perusterveydenhuollon tiimimallissa asiakaskontaktien määrä on sinänsä pysynyt vakiona, joskin asiakkaiden terveydellisten haasteiden hoitaminen on muuttunut etäkontaktipainotteiseksi. Hyrylän terveysasemalla etäkontakteissa tapahtuvaan hoitotoimintaan siirtyminen on edellyttänyt työn rikastamista ja sen vuoksi myös yksilökohtaisten kompetenssien vahvistaminen lienee ollut ajankohtaista. Artikkelin näkemys tukee kyselyaineiston tuloksia verrattaessa hoidon tarpeen arvioinnin ja kliinisen työn määräkokeuksia.

Hoitohenkilöstön osalta linjasta poikkeavana havaintona voidaan nostaa päivystyksen työtehtäväkategoria, jossa näkemys työn määrästä oli varsin suuri, mutta sitä vastoin kuormittavuus nähtiin varsin maltillisena. Kiireellisten asiakkaiden hoitotyö erityisesti perusterveydenhuollon toimintaympäristössä näyttäytyykin varsin perinteisenä työtehtävänä ja näin olen sen rakenne vaikuttaisi olevan varsin strukturoitua ja suoraviivaista. Tähän viittaa myös tehtävää kuvaava sisäinen perehdytysohje. (ks. Akuuttihoitajan työnkuva 2015.) Myös lääkärien ammattiryhmässä päivystystyön työtehtävät koettiin määrältään ja kuormitukseltaan vähäisiksi.

Lääkäreiden ammattiryhmän osalta kiireetön vastaanottotyön tehtäväkategoriassa kuormitus on itsessään varsin kohtuullinen. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että lääkärien näkemys erityisesti kiireettömän vastaanottotoiminnan määrästä on kuormitustakin matalampi. Pihlavan (2019, 1930) artikkeliin viitaten voitaneen ajatella hoitajien mahdollisuus konsultoida lääkäriä näin ollen vähentää varattujen kiireettömien vastaanottoaikojen määrää. Korkeamman kuormituksen osalta tämä johtanee vastaanotolle otettujen asiakkaiden terveyshaasteiden kompleksisuuteen.

Erikoistutkimusten osalta ammattiryhmien välinen erittely tässä aineistokokonaisuudessa ei ole mielekäästä lääkärien matalan vastausmäärän vuoksi. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen sisä-

sen tähytystutkimusohjeen (2017, 1) perustella voidaan todeta, että erikoistutkimusten työtehtäväkategoriaan liittyvät toiminnot, kuten rasiusergometria- ja endoskopiautkimukset ovat työpari-työskentelynä toteutettavia toimenpiteitä ja luonteeltaan varsin strukturoituja. Saman kaltaiseen suoraviivaiseen, kiireettömään vastaanotto toimintaan luettaviin, toimintoihin voidaan asettaa myös laboratorionäytteiden ottaminen. Myös näytteenotto toiminnassa tehtävän kuva on varsin pitkälle operationalisoitu.

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyön teoreettinen tietoperusta muodostui varsin kattavaksi kokonaisuudeksi. Perusterveydenhuoltoon tiimimuotoinen toiminta on omaksuttu vasta viime vuosien aikana, jolloin siihen liittyvä kirjallisuus ja tutkimustieto on ajallisesti varsin tuoretta. Kirjallisuus tuki opinnäytetyössä tehdyn mittarin ja sen pohjalle muodostetun kyselyn rakentamista osaksi kehittämistyön arviointia. Itseohjautuvuuteen liittyvät lähde teokset toimivat tiimimuotoisen toiminnan muodostamisen teoreettisena lähtökohtana ja vastaavasti suoraan tiimitointaan liittyvät teokset loivat kyselyn käytäntöön liittyvän kontekstin. Yhdistettäessä näitä kahta aihealuetta tavoiteltiin perusterveydenhuollon tiimimalliin liittyvän toiminnan viitekehysten muodostamista.

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa henkilöstön näkemyksiä erilaisista työtehtäväkategorioista rakentamalla mittari mukailien objektiivisen datan tuottamista ohjaavaa Tilastointi- ja laskutusopasta. Mittari rakennettiin Webropol-alustalle, jossa vastaajia pyydettiin numeerisesti arvioimaan esiteltyjen työtehtäväluokkien määrä- ja kuormituskokemusta. Mittaria rakennettaessa pysyteltiin yksittäisten työtehtävien yläpuolella, joten esimerkiksi päivystystyön kategoriaan liitettiin infektioasiakkaiden hoitaminen sekä vastaavasti erikoistutkimuksiin kaikki ne työtehtävät, jotka vaativat tekijältään jonkinlaista erityistä osaamista.

Kyselyä rakennettaessa asiasisällöt pyrittiin eksplikoimaan siten, että ne olisivat mahdollisimman vapaita sanamuotojen tuomista ennakko-odotuksista ja arvolatauksista. Näin ollen vastaajalla ei syntyisi minkäänlaista ennakko-odotusta jonkinlaisesta halutusta vastauksesta, vaan että vastauksen antaminen perustuisi mahdollisimman puhtaasti yksilön näkemyksiin omasta työnkuvastaan. Kerätystä aineistosta saatiin jokseenkin kattava kuva henkilöstön näkemyksistä suhteessa työtehtävien määrään ja kuormittavuuteen.

## 6.1 Päätelmät

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiimimallit ovat yleistyneet viime vuosien aikana. Kehityksen kärkenä ja esikuvana on toiminut hollantilainen Buurtzorg-hoivayrityksen itseohjautuvuuden ideologia. Perusterveydenhuollon tiimitoiminnan pioneerina voidaan pitää Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymää ja kotisairaanhoidossa esimerkiksi voidaan nostaa Jyväskylä hoivapalvelut Oy:tä. Henkilöstön kokemuksia ja kuormittavuustekijöitä on mitattu lähinnä kvalitatiivisin menetelmin, pääasiassa YAMK-tasoisilla haastattelututkimuksilla. (ks. Nikkilä & Suiki 2022; Sallanne 2021; Meier 2021.) Määrällistä aineistoa koskien työntekijöiden näkemystä kuormituksesta ja erilaisten työtehtävien määrästä ei vaikuttaisi olevan.

Tämän kyselytutkimuksen merkittävimpinä löydöksinä voidaan nostaa esille hoidon tarpeen arvioinnin prosessien sisältä havaitut ammattityhmien väliset kuormituserot, jotka hoitohenkilöstöllä liittyvät asiakaskontakteihin ja lääkäreillä hoitopäätösten tekemiseen konsultaatiokysymysten vastaamisen kautta. Tärkeäksi löydökseksi voidaan myös nostaa lääkärin kiireettömän vastaanotto-työn osa-alueella havaittu määrää suurempi kuormituksen mediaani. Toisaalta kliinisen vastaanottotyön osalta operationalisoitujen ja rakenteellisesti selkeiden työtehtävien koettiin kuormittavan linjassaan määräkokeista vähemmän. Tätä johtopäätöstä tukee myös aineistosta tehty havainto päivystystyön ja kiireettömän vastaanottotyön määrä-kuormitus-suhteen välisestä erosta.

Yllä esitettyjen tulosten perusteella esitettyjen päätelmien suhteen tullee kuitenkin olla jossain määrin varauksellinen. Tutkimusaineisto perustuu perusterveydenhuollon kentällä työskentelevien subjektiiviseen näkemykseen asioiden sen hetkisestä tilasta, jolloin yksittäisen vastaajan antamiin tuloksiin eittämättä vaikuttavat yksilökohtaiset inhimilliset tekijät, kuten lyhytaikainen stressi ja mahdollinen vastausajankohdan hetkellinen kuormittuneisuus. Myös kyselyyn vastanneiden henkilöiden vastausprosentti jäi valitettavan pieneksi, mikä osaltaan heikentää aineistosta tehtävien päätelmien luotettavuutta. Toisaalta luotettavuustekijöiden suhteen lisäävänä tekijänä voidaan pitää sekä Laukaan että Keuruun suuralueiden henkilöstöjen varsin yhtenevää vastaajamäärää, joka kuitenkin ei kokonaislukumääränsä pienuuden vuoksi tarjonnut mahdollisuutta toimintayksiköiden väliseen vertailuun.

## 6.2 Tutkimusprosessin arviointi

Kyselyn pohjana toimivan mittarin rakentaminen oli varsin haasteellinen tehtävä. Mittarin pohjaa ensisijaisesti työtehtävien suoritustietojen keräämisen parametreihin, jotta yhteiskäyttö objektiivisen tiedon kanssa olisi ylipäätään mahdollista. Lähtökohtana toimi Keski-Suomen seututerveyskeskuksen Tilastointi- ja laskutusopas, jonka tehtävänä on ohjata operatiivisen toiminnan henkilöstön suoritustilastointien yhdenmukaista tuottamista. Toisaalta työtehtävät ovat osaltaan varsin pirstaleisia ja niiden välisten kontekstuaalisten erojen yhdistäminen ja keskinäinen erottelu osaksi suoritustietoja oli varsin intensiivisen harkintaprosessin takana.

Kyselyn näkökulmasta tarkasteltuna tämä kuitenkin onnistui varsin hyvin, jokaista työtehtäväkategoriaa yhdistää objektiiviseen tietoon oma suoritustietoon liittyvä erotteleva tekijä. Kyselyn rakentamisprosessin taustalla haasteena olivat lähinnä teknillisluontoisia. Kyselyalustana toiminut Webropol-ympäristön tuomat tekniset rajoitteet eivät mahdollistaneet kyselylomakkeen toteuttamista siten, kuin olisi ollut tarkoituksenmukaista. Näin ollen kyselyn rakentamisvaiheessa tuli tehdä kompromissiratkaisuja, jotka osaltaan kumuloituivat tulosten analyysivaiheessa. Tällaiseksi teknilliseksi haasteeksi voidaan todeta esimerkiksi ”Ei kuulu työtehtäviini” -vastausvaihtoehto, joka antoi tulosaineistoon vastausarvon yksi. Lisäksi teknisten haasteiden vuoksi määrällisen kysymyksen nollavaihtoehdolle tuli tarjota automaattinen kuormitusvaihtoehto ”Ei kuormitusta”.

Analyysivaiheessa varsinainen aineisto tuli muuttaa asteikolta 1–6 asteikkoon 0–5, jotta tilastollisten arvojen laskeminen oli ylipäätään mahdollista. Lisäksi aineistosta tuli käsin siivota pois ne tulokset, joissa sekä määrälle että kuormitukselle oli annettu arvot nolla. Muutos tuli tehdä, jotta tyhjää vastanneiden henkilöiden tulokset eivät vaikuttaisi kyselyaineistosta tehtävien tilastollisten analyysien lopputulokseen. Jatkossa kyselyyn lienee mielekästä käyttää jotain toista kyselyohjelmistoa, jonka valinnassa tulee huomioida erityisesti kyselytulosten raportointikyky sekä tekninen suorituskky.

## 6.3 Tulosten hyödynnettävyys

Käyttökelpoisuuden osalta subjektiivisen tiedon voidaan katso olevan kehittämistoiminnan arvioinnin näkökulmasta varsin arvokasta, koska se Mannermaan (2013, 26) mukaan on aina konteks-

tisidonnaista. Nykyaikaisella terveydenhuollon organisaatiolla on mahdollista tuottaa objektiiviseen dataan perustuvaa informaatiota varsin monipuolisesti. Tärkeäksi tekijäksi tulisi nostaa myös henkilöstön subjektiiviset näkemykset työn kuormittavuudesta, jonka mittaaminen sekä arviointi pelkkien suoritemittarien avulla on varsin epäluotettava tapa. Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö tunnistanee puhtaasti suoritepohjaiseen kuormituksen mittaamiseen liittyvän ongelmatilanteen; Työikäiseen asiakkaaseen verrattaessa muistisairaana tarkkailupaikalla olevan asiakkaan hoitaminen on varsin paljon kuormittavampaa, vaikka objektiivisena suoritteena molemmat ovat yhdenvertaisia.

Kuormittavuuden subjektiivinen informaatioaineisto tarjoaa suuntaviivat, millaisiin kohteisiin ja prosesseihin olisi hedelmällistä kohdentaa lähempää tarkastelua. Toisaalta lähempi tarkastelu vastaavasti tuo usein esille ydintoimintojen haasteet, jolloin niihin puuttuminen kulloinkin valituilla kehittämistoimenpiteillä tuottaa lisäarvoa sekä organisaation pyrkimyksille kohti emergenttiä strategiaa ja että henkilöstölle vähentäen kyseisiin toimenpiteisiin liittyviä haasteita. Tämän tutkimuksen kyselyaineiston analyysin perusteella erityistä huomiota tulisi kiinnittää hoidon tarpeen arvioinnin sekä niistä syntyvien, ammattilaisten välisten, konsultaatioiden välisiin limittyneisiin prosesseihin.

Avosairaanhoidon erilaisissa toimintaympäristöissä työtehtävien kuormittavuuden arviointi osoittautui varsin hedelmälliseksi tutkimusympäristöksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevassa maakuntaudistuksessa olisi varmasti mielekästä hyödyntää erilaisten toimintamallien kuormittavuuden mittaamista, sillä varmastikin jossain määrin ydintoimintojen ja sekä asiakkaan hoitoon liittyvien toimintojen järjestäminen tulee etenemään kohti yhdenmukaistuvia käytänteitä. Tässä opinnäytetyössä pilotoitiin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon tiimimuotoisen toimintaympäristön kuormitustekijöitä mittaavaan kyselytutkimuksen käytäntöön saattamista ja osaltaan myös sen rakentamista, milloin tulokset itsessään eivät ole monistettavissa osaksi muiden organisaatioiden kuormittavuustekijöitä. Niiden voidaan kuitenkin ajatella toimivan jokseenkin vertailukelpoisena aineistona mitattaessa muiden yksiköiden työtehtävien kuormittavuutta ja toisaalta viitekehystenä rakennettaessa vastaavan kaltaista kyselyä toiseen organisaatioon. Parhaimmillaan tulokset toimivat kehittämistoiminnan arvioinnin osana yhdistettynä objektiivisilla mittareilla hankittuun informaatioon.



## 6.4 Jatkokehityshaasteet

Opinnäytetyön jatkokehityshaasteiksi voitaneen todeta rakennetun mittarin jatkojalostamisen osalta kysymyssidäntöjen kohdentaminen osaksi toimintaympäristöä. Tällöin tuloksista voitaneen tehdä kyseistä yksikköä koskevia relevantimpia johtopäätöksiä. Mittaria itsessään voidaan viedä enemmän osaksi objektiivisen suoritiedon ja subjektiivisen kuormittavuustiedon yhdistelmää, jolloin esimerkiksi määrää koskevat kysymykset voidaan poistaa kokonaan saaden tämä tieto henkilöstöhallinnon mittareista. Tämä osaltaan mahdollistaa kysymystenasettelun tarkemman kohdentamisen samanaikaisesti lyhentäen yksittäisen vastaajan käyttämää vastausaikaa. Tiedon raportoinnin näkökulmasta kyselyaineiston tuloksille voidaan myös rakentaa esim. MS Excel –pohjainen raportointiympäristö, jolloin tuloksista saadaan pienellä vaivalla esille presentaatiokelpoinen kokonaisuus. Tämä osaltaan voisi tarjota mahdollisuuden toteuttaa henkilöstön kuormituskyselytutkimus esimerkiksi puolivuositain ja näin ollen saada käyttöön toimintaprosessien kehittämiseen liittyvä ajankohtainen arviointitieto.

Jatkotutkimushaasteiden voitaneen nykyisen hoitotyön diskurssiin liittyen todeta näyttäytyvän avosairaanhoidon ydintehtävän ympärillä olevien työprosessien tarkastelu ja niiden kehittäminen kohdeorganisaatioissa. Tärkeää on myös huomioida kehittämistyön arviointi, jotta ylipäätään voidaan jonkinlaisella luotettavuusasteella todeta kehittämistyön vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin ja olemassa oleviin työskentelyprosesseihin. Tässä tutkimuksessa pilotoitua mittaria sekä kyselyaineistoa on mahdollista hyödyntää myös vuonna 2023 toimintansa aloittavan Keski-Suomen hyvinvointialueen henkilöstön kuormituksen mittaamisessa jalostaen kyselyaineistoa ja mittaria sopivaksi organisaation toimintayksiköiden tarpeita vastaavaksi.

## Lähteet

Aalto-Kallio, M. 2014. Arvioivaa toimintakulttuuria rakentamassa. Teoksessa Arvioiva toimintakulttuuri järjestöarkeen. Opas kokonaistoiminnan arviointiin. Toim. M. Aalto-Kallio, N. Haake & E. Saarelainen. Vaasa: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Ahola, A. 2011. Käsitteiden kehittäminen kuuluu hyvinvoinnin mittaamiseen. Hyvinvointikatsaus 3. Verkkolehti. Viitattu 214.9.2021. [https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art\\_2011-09-26\\_010.html?s=0#5](https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-09-26_010.html?s=0#5).

Akuuttihoitajan työnkuva. 2015. Keuruun vastaanoton sisäinen ohje. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Viitattu 22.4.2022.

Ala-Siuru, M. 2017. Tietopalvelut ja tiedolla johtaminen. Valtuustokoulutuksen luentokalvot 14.6.2017. Viitattu 26.10.2021. [https://www.ouka.fi/documents/52058/17073870/Tiedolla+johtaminen\\_Maria.pdf/6e3eac8a-7109-44a2-8e13-ced5ea19348f](https://www.ouka.fi/documents/52058/17073870/Tiedolla+johtaminen_Maria.pdf/6e3eac8a-7109-44a2-8e13-ced5ea19348f)

Alastalo, M., Alaterä, T. Antikainen, S., Borg, S., Ellonen, N., Keckman-Koivuniemi, H., Mattila, M., Paaso, E., Pasanen, T. & Sivonen, J., 2004. Ristiintaulukointi. Verkkoartikkeli julkaisussa Menetelmäopetuksen tietovaranto, KvantiMOTV. Viitattu 16.4.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>.

Alila, A., Grön, K., Keso, I. & Volk, R. 2011. Sosiaalisen kestävyuden käsite ja mallintaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.11.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3154-1>.

Antikainen, J., Saari, E. & Viinamäki L. 2014. Miten tuotamme luotettavaa kokemustietoa? Julkaisussa Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Toim. A. Niemien, A. Tarkiainen & E. Vuoria. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Borg, P. & Korteniemi P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Työpapereita 20/23. Helsinki: Stakes. Viitattu 29.11.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193819>.

Burström, T., Jantunen, S., Jeglinsky-Kankainen, I., Piippo, J., Rosengren, Å., Ruotsalainen, S., Siervo, T. & Surakka, J. 2020. Itseohjautuvuus ikäihmisten palveluissa. Toim. J. Surakka. Helsinki: Arcada. Arcada Publications 1/2020.

Deci, E. & Ryan, R. 2006. Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? Artikkelit julkaisussa Journal of Personality 74,6, 1557–1586. Viitattu 17.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Denny, B., Hauptmann, M., Mallon, D., Poynton, S., Schwartz, J., Van Durme, Y., Violini, E. & Yan, R. 2020. The social enterprise at work: Paradox as a path forward. Deloitte Human Capital Trends. Deloitte Insights. Viitattu 5.10.2021. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/fi/Documents/human-capital/Human-capital-trends-2020.pdf>.

Ennaltaehkäisevä terveystyö N.d. Janakkalan kunnan verkkosivut. Ennaltaehkäisevän terveystyöpalvelun sisältö. Viitattu 28.10.2020. <https://www.janakkala.fi/wp-content/uploads/2016/08/lkaihminen-terveystarkastus-palvelukuvaus.pdf>.

Floyd, S., W. & Wooldridge, B. 1992. Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: A research note. *Strategic Management Journal*, 13, 153–167. Viitattu 15.11.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Goia, D. & Chittipeddi, K. 1991. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 6, 433–448. Viitattu 14.11.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Hakala, K. 2021. Valmiuslain käyttöönottoaminen korona-aikana. Suomen Eduskunta. Verkkosivu. Viitattu 3.9.2021. [https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/valmiuslain-kayttoonottaminen-koronavirustilanteessa.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/valmiuslain-kayttoonottaminen-koronavirustilanteessa.aspx).

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopiston Gradutyöryhmän muistio 18.2.2009. Viitattu 14.9.2021. [http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf).

Hintsa, R. 2011. Hyvä hallinto ja uusi julkisjohtaminen kunnallisen tietojohdamisen lähtökohtina. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, teknillinen tiedekunta. Viitattu 26.10.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-362-2>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Houni, P., Kontinen, T., Toivanen, H. & Karsten H. 2013. Työ ja johtajuus liminaaltilassa: Uusia johtamiskäytäntöjä katsastamassa. Teoksessa Työ ja johtajuus liminaaltilassa. Loppuraportti. Toim. H. Ansio & P. Hirkman. Tekesin raportteja 6/2013. Helsinki: Tekes.

Hyvä henkilöstöjohtaminen luo tuloksellisuutta ja hyvinvointia. N.d. Kuntatyönantajat ry. Verkkosivu. Viitattu 4.11.2021. <https://www.kt.fi/henkilostojohtaminen>.

Jalonen, H., Laihonen, H. & Lönnqvist, A. 2012. Tietojohdaminen osaksi kunnan strategiaosaamista. Artikkel. *Hallinnon tutkimus* 31, 2, 138–147. Viitattu 26.10.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1568074>.

Jormakka, A. 2021. Puhelinkeskustelu Seututerveyskeskuksen sovellusasiantuntija Anu Jormakan kanssa 10.12.2021.

Kannisto, T. 2007. Kant: Analyttinen-Synteettinen-erottelu. Verkoartikkeli. Viitattu 26.10.2020. <https://filosofia.fi/node/2418#Synteettinen%20a%20priori>.

- Karjalainen, J & Raivio, H. 2013. Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Toim. T. Era. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 12–35. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Viitattu 14.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-280-6>.
- Karkulehto, K. & Sipponen, J. 2010. Esimies siltaa rakentamassa – osallistavat menetelmät strategian ja toiminnan yhdistämisessä. *Työelämän tutkimus* 8, 1, 60–65. Viitattu 14.11.2021. <https://janet.finna.fi>, Finna.
- Kauhanen, J. 2006. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY.
- Kauhanen, J. 2018. Esimies tuottavuuden kehittäjänä. Helsinki: Helsingin seudun kauppakamari.
- Kesti, M. 2013. Hiljaiset signaalit esimiestyössä. Helsinki: Finva.
- Kesti, M. 2014. Henkilöstövoimavarat tuottaviksi. Helsinki: Finva.
- Keruun vastaanotto N.d. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Verkkosivu. Viitattu 14.9.2021. [https://www.seututk.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Vastaanotot/Keuruun\\_vastaanotto/Keuruun\\_vastaanotto](https://www.seututk.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Vastaanotot/Keuruun_vastaanotto/Keuruun_vastaanotto).
- Kieran, S., MacMahon, J. & MacCurtain, S. 2018. Strategic change and sensemaking practice: enabling the role of the middle manager. *Baltic Journal of Management*, 15, 4, 493–514. Viitattu 15.11.2021. <https://janet.finna.fi>, Emerald Insight.
- Kinnunen, J., Kylänen, M., Taskinen, H. & Ryyänen O.-P. 2010. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa - Lähtötilanteen raportti. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2010:2. Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Kreitzer, M.J., Monsen, K.A., Nandram, S. & de Blok, J. 2015. Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Julkaisussa Global advances in health and medicine*, 4, 1, 40–44. Viitattu 4.8.2021. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Kreps, L. 1990. Organizational communication. Theory and Practise. New York: Longman.
- Koronavirus lukuina/Coronavirus in numbers. 2020. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri Verkkosivu. Viitattu 3.9.2021. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Koronatiedotus/Koronavirus\\_lukuina\\_\\_Coronavirus\\_in\\_numb\(60094\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Koronatiedotus/Koronavirus_lukuina__Coronavirus_in_numb(60094)).
- Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2020–2021. Palkkausjärjestelmä. Viitattu 10.11.2021. <https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2020-2021/luku-2-palkkaus/palkkausjarjestelma>.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- L 169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Viitattu 1.5.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 4.8.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

L 1326/2010. Terveystieteiden tutkimuslaki. Viitattu 4.8.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Lammenranta, M. 2014. Tieto-oppi. Verkkoartikkeli. Viitattu 26.10.2021. <https://filosofia.fi/node/6899>.

Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio – potilaan parhaaksi! Artikkeliteoksessa Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 135, 5, 486–490. Toim. V. Sallinen. Viitattu 22.4.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14802>.

Luotettavuus N.d. Opinnäytetyön tukisivusto. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.9.2021. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinenmateriaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Maksusitoumusohje 2015. Sisäinen ohje ostopalvelumaksusitoumuksista. Keski-Suomen seututerveyskeskus.

Mannermaa, K. 2013. Tiedon jalostaminen osaamiseksi – vertaileva tutkimus yksityisen ja julkisen sektorin työterveyshuolto-organisaatioissa. Väitöskirja. Tampereen teknillinen yliopisto, julkaisu 1117. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 26.10.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-15-3047-0>.

Manssila, S. & Mattsson, L. 2019. Maakunta- ja soteuudistuksen loppuraportti – Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja ja johtopäätöksiä. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2019:40. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Viitattu 26.7.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-022-8>.

Mattila, M. 2017. Mitä ihmettä on kyselytutkimuksen käsitteiden operationalisointi? Luentokalvot 30-31.5.2017. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Viitattu 14.9.2021. [https://www.jyu.fi/edupsy/fi/tutkimus/ihme/metodifestivaali-2017/en/programme/metodifestivaalit2017\\_mattila.pdf/view](https://www.jyu.fi/edupsy/fi/tutkimus/ihme/metodifestivaali-2017/en/programme/metodifestivaalit2017_mattila.pdf/view).

Meier, E. 2021. Itseohjautuvat tiimit. Opinnäytetyö, YAMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Liiketalous. Viitattu 22.4.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202103153307>

Mintzberg, H. & Waters, J. A. 1985. Of strategies, deliberate and emergent. Strategic Management Journal, 6, 3, 257–272. Viitattu 11.2.2022. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Muilu, H. 2019. Hollannin hoivaihme rantautuu Suomen - "Hoitajamitoitus, aivan hullua!". Artikkeliteos. YLE Uutiset 12.4.2020. Viitattu 4.8.2021. <https://yle.fi/uutiset/3-10735441>.

Müller, L. 2021. Puhelinkeskustelu 1.4.2021.

Mäkelä, T. 2020. Eriytyvä ja erikoistuva johtaminen. Hallinnon ja johtamisen teoria ja käytäntö. Luentomateriaali. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.8.2021.

Nikander, J. & Tuominen-Thuesen, M. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012–2015). Ulkoinen arviointi – Loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16. Viitattu 14.8.2021.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3800-7>.

Nikkilä, K. & Suiki, P. 2022. Avovastaanottotoiminnan siirtyminen tiimimalliin muutosjohtamisen tuella. Hoitajien ja esihenkilöiden kokemuksia hoitotyön muutoksesta. Opinnäytetyö YAMK. LAB-ammattikorkeakoulu, asiakkuusjohtajuus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Viitattu 22.4.2022.  
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202204125008>

Nilsson, K. & Sandoff, M. 2016. How staff experience teamwork challenges in a new organizational structure. Artikkelijulkaisussa *Team Performance Management* 22, 7, 415–427. Viitattu 5.10.2021. [https://www.researchgate.net/publication/307868838\\_How\\_staff\\_experience\\_teamwork\\_challenges\\_in\\_a\\_new\\_organizational\\_structure](https://www.researchgate.net/publication/307868838_How_staff_experience_teamwork_challenges_in_a_new_organizational_structure).

Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 116, 1, 1821–1828. Toim. J. Huttunen. Helsinki: Duodecim.

Nuutinen M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 133, 13, 1283–1290. Toim. J. Rapola. Helsinki: Duodecim

Oikarainen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedon lähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hoitotyön tutkimussäätiö raportti 2/2018. Viitattu 22.4.22 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteetraportti-digi.pdf>.

Osallistavat menetelmät. N.d. Kansan Sivistystyön Liitto KSL ry, Tuki- ja virikeaineisto. Viitattu 15.11.2021. <https://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>.

Palkkausopas luottamusmiehillä ja esimiehille. 2012. Tehyn julkaisusarja 2012:1. Vantaa: Tehy ry. Viitattu 12.8.2021. [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2012/2012\\_f\\_1\\_palkkausopas\\_id\\_55.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2012/2012_f_1_palkkausopas_id_55.pdf).

Perustamissopimus perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvine sosiaalitoimen tehtävien järjestämisvastuun siirtämisestä sekä perusterveydenhuollon kunnallisen liikelaitoksen muodostamisesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. 2009. Verkkojulkaisu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 11.11.2021. <https://www.seututk.fi/download/anonymous/7BAFD86155-82FD-436B-B724-475C9E874F94%7D/60934>.

Perusterveydenhuollon pelastaminen. Lääkäriliiton linjaus 11.10.2019. Lääkäriliitto 2019. Viitattu 12.8.2021. [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/13379/perusterveydenhuollon\\_pelastaminen\\_laaja.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/13379/perusterveydenhuollon_pelastaminen_laaja.pdf)

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. N.d. TietoEvry:n artikkeli Lifecare-potilastietojärjestelmän ominaisuuksista. Viitattu 28.10.2021. <https://www.tietoevry.com/fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/terveydenhuolto/perusterveydenhuolto-ja-erikoissairaanhoido/>.

Pihlava, M. 2019. Terveysasema toimii ilman ajanvarausta. Artikkelijulkaisussa Lääkärilehti, 74, 36, 1930–1933. Viitattu 11.11.2021. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/terveysasema-toimii-ilman-ajanvarausta/>

Pihlava, M. 2020. Keusoten kehitystyö toi palkinnon. Verkkoartikkeli. Viitattu 14.4.2022. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/keusoten-kehitystyö-toi-palkinnon/>

Pikkarainen, E. 2004. Merkityksen ongelma kasvatustieteessä. Lähtökohtia pedagogisen toiminnan perusrakenteen semioottiseen analyysiin. Kasvatustieteiden tiedekunta, Kasvatustieteiden ja opettajankoulutuksen yksikkö, Oulun yliopisto. Oulu: Oulu University Press. Viitattu 17.8.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273214.pdf>.

Pikkarainen, E. 2018. Kasvatuksen filosofiset ja eettiset lähtökohdat ja päämäärät. Kasvatusfilosofian opintojakson luentomateriaali. Oulun yliopisto.

Pilny, A & Real, K. 2017. Health Care Teams as Agents for Change in Health and Risk Messaging. Julkaisussa Encyclopedia of Health and Risk Message Design and Processing. Toim. R. Parrott. Oxford: Oxford University Press. <http://janet.finna.fi>, ResearchGate.

Pohjalainen, M. 2014. Tiedon jakamista ja rakentamista edistävä ja estävä organisaatiokulttuuri. Artikkelitiivistelmä Informaatiotutkimuspäivien luennosta. Informaatiotutkimus 33, 3. Viitattu 26.10.2021. <https://journal.fi/inf/article/view/48068/13901>.

Poole, M. S. & Real K. 2003. Groups and Teams in Health Care: Communication and effectiveness. Thousand Oaks: Sage.

Pyhälä-Liljeström, P. 2018. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen strategiaseminaariesitelmä. Luentokalvot. Sisäinen materiaali. Viitattu 5.12.2021.

Raivio, R. 2021. Jatkuvuus on hoidon kulmakivi – Miten sitä vahvistetaan? Julkaisussa Lääkärilehti. Terveyskeskukset kuntoon- sarjan artikkelit koottuna yhteen. 76, 11, 20–21. <https://www.laakarilehti.fi/files/Terveyskeskukset-kuntoon-11-2021.pdf>

Sallanne, J. 2021. Tiimimalli terveysasemilla. Työntekijöiden kokemukset tiimimallista. Opinnäytetyö, YAMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hyvinvointialat, verkostojohtaminen. Viitattu 22.4.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021111720445>

Seeck, H. 2012. Johtamisopit Suomessa – taylorismista innovaatioteorioihin. Helsinki: Gaudeamus.

Soininen, L. 2019. Päivystysapu 116 117 - kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. Pääkirjoitus teoksessa Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 135, 3, 227–228. Viitattu 22.4.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14768>

Sote-uudistus voimaan – Mitä tapahtuu kesän aikana? 2021. Valtionvarainministeriön tiedote. Verkkosivu. Viitattu 27.7.2021. <https://vm.fi/-/sote-uudistus-voimaan-mita-tapahtuu-kesan-ai-kana->.

Syväjärvi, A. & Leinonen, J. 2019. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö vaatimatonta – osallisuutta ja yhteistyötä vahvistettava. Policy Brief. Promeq-hanke. Viitattu 15.11.2021. <https://www.promeq.fi/loader.aspx?id=d78baa87-61d6-4d58-9625-7bade08b9073>.

Terveydenhuollon laatuopas 2019. Toim. P. Koivuranta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 26.10.2021. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>.

Tiihonen T. 2015. Sähköiset terveyspalvelut haastavat asennemuutokseen. Verkkoartikkeli 5.1.2015. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. Viitattu 14.9.2021. <https://www.sitra.fi/uutiset/sahkoiset-terveyspalvelut-haastavat-asennemuutokseen/>.

Tiimimallista, hoitoketjuista ja Siun soten johtamisjärjestelmästä. 2019. Tiedote verkkosivuilla. Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä. Viitattu 22.4.2022. <https://www.siunsote.fi/-/tiimimallista-hoitoketjuista-ja-siun-soten-johtamisjarjestelmasta>.

Tilastointi- ja laskutusopas 2021. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Toim. S. Rajala. Sisäinen ohjeistus.

Toikka, K. N.d. Itseohjautuvaa yhteispeliä. Oivalluksia ja oppeja Järvenpään kotihoidon pilottihankkeesta. E-kirja. Viitattu 14.8.2021. <http://www.e-julkaisu.fi/jarvenpaa/itseohjautuvaa-yhteispeliä/mobile.html#pid>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Toimintasuunnitelma 2021–2024 ja talousarvio 2021. 2020. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Viitattu 31.5.2021. <https://www.seututk.fi/download/noname/%7BE816D24A-3F92-44ED-AD6B90FED4A88028%7D/75160>.

Tuomi, S. 2020a. Ennakkoarviointi ja arviointisuunnitelma. M4: Arviointi osana työelämän kehittämistä. Luentokalvot. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.6.2021.

Tuomi, S. 2020b. Arviointi osana kehittämistoimintaa. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. Podcast-nauhoite opintojaksolle Tutkiva kehittäminen. Viitattu 14.9.2021.

Toimintakertomus 2019. Keski-Suomen seututerveyskeskus - Joutsa, Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhanka, Multia, Petäjävesi ja Toivakka. Keski-Suomen seututerveyskeskus 2020. Viitattu 3.9.2021.



<https://www.seututk.fi/download/noname/%7B9C40DFF7-C436-4961-9099-BAA9A1778BE2%7D/73280>.

Työhyvinvoinnin johtaminen on osa strategista henkilöstöjohtamista. 2017. Kuntatyönantajat ry. Verkkosivu. Viitattu 4.11.2021. <https://www.kt.fi/henkilostojohtaminen/tyosuojelu/tyohyvinvointi>.

Tähystystutkimukset. 2017. Sisäinen ohje. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Viitattu 27.4.2022.

Wink, H. 2010. Dialogi ja keskusteleva johtajuus. Teoksessa Keskusteleva johtaminen. Toim. P. Juuti & E. Rovio. Helsinki: Otava, 54–66.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi. Viitattu 8.6.2021. <https://janet.finna.fi>, Trepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0099-9>

Yleislääkärikäynnin palveluseteliohje 2018. Sisäinen ohje palvelusetelistä. Keski-Suomen seututerveyskeskus.

## Liitteet

### Liite 1. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen tuotteet

Taulukko 7. Kuntalaskutustuotteet (Tilastointi- ja laskutusopas 2021, 5).

Käyntityypit		
1 Terveystenhoito	2 Sairaanhoido	3 Ammattitauti
4 Työtaturma	5 Liikennetaturma	9 Muu

Kontaktit		
1 Käynti	2 Kotikäynti	4 Puhelinkontakti
7 Vuodeosastokäynti	8 Peruuttamaton poisjäänti	9 Muu
9a Sähköinen palvelukanava	9d Konsultointi	9e Asiakkaan asian hoito

Sisältömerkintäryhmät		
8AVOPO Osaston avokävijät	8ErTut Erikoistutkimukset	8ETÄ Etävastaanotot
8HOISU Hoitosuunnitelma	8IBD IBD-potilas	8LÄMÄ Lämä-hoitaja
8MUIST Muistipotilaat	8NLAEH Maksuton ehkäisy	8PAIHTY Päihdetyö
8PUH Puhelut	8THTT Terveystenhoitajan terveystarkastus	8VIRAN Viranomaisen pyytämä tutkimus

Lääkärien kuntatuotteet	
AT0110	Päivystyskäynti la-su-pyhä; Keuruu ja Laukaa
AT0111	Lääkärin vastaanottokäynti
AT0112	Päivystyskäynti, arki-ilta; Keuruu ja Laukaa
AT0113	Kiireellinen lääkärin vastaanottokäynti
AT0114	Erikoistutkimus
AT0115	Tähystys
AT0117	Tähystys, vaativat
AT0130	Neuvolakäynti (terveydenhoitokäynti)
AT0140	Koulu-/opiskeluterveydenhuolto (terveydenhoitokäynti)
AT0141	Kouluth/sijoitettu lapsi (terveydenhoitokäynti)
AT0170	Ryhmäkäynti
AT0171	Moniammatillinen käynti, suppea
AT0172	Moniammatillinen käynti, laaja
AT0199	Ei kuntalaskuteta
AT00410	Muu terveystenhoito, Lääkärin vastaanottokäynti
AT9999	Itsemaksava ulkomaalainen/Ei kuntalaskuteta

<b>Hoitajien kuntatuotteet</b>	
AT0220	Hoitajan vastaanottokäynti
AT0221	LMEP-hoitajan vastaanottokäynti
AT0222	Kiireellinen hoitajan vastaanottokäynti
AT0224	Erikoistutkimus
AT0270	Ryhmäkäynti
AT0271	Moniammatillinen käynti, suppea
AT0272	Moniammatillinen käynti, laaja
AT0290	Kiireellinen Covid-19 näytteenotto
AT0299	Ei kuntalaskuteta
AT9999	Itsemaksava ulkomaalainen/Ei kuntalaskuteta

## Liite 2. Käyntitilastointi

Taulukko 8. Suoritetilastoinnin parametrit

Tehtäväkategoria	Sisältö	Lääkärien tilastointi	Kunta-tuote	Hoitohenkilöstön tilastointi	Kunta-tuote	Huomioita
Puhelimesta tapahtuva hoidontarpeen arviointi, ohjaus tai neuvontatyö	VoiP-järjestelmän kautta saapuvat puhelut ja soittopyynnot			4 Puhelin-kontakti 2 Sairaanhoido tai 9 Muu ja 8PUH Seutu		Ei sisällä sähköisten palvelukavien kautta syntyneitä yhteydenottoja
	Hoidolliset puhelut	4 Puhelinkontakti 2 Sairaanhoido	AT0111 AT0113	4 Puhelinkontakti 2 Sairaanhoido		
	Hoidontarpeen arviointi			9 Muu 9 Muu 8HTA Seutu		
Konsultaatit	Konsultointi ja konsultaatioihin vastaamisen.	9d Konsultatio 9 Muu T002 tai T118	AT0199	9a Sähköinen palvelukanava 2 Sairaanhoido 8ETÄHA Etävastaanotto		Hoitajien konsultaatit ovat pääsääntöisesti VoiP-puheluihin sisältyviä, niitä ei tilastoida erikseen
Kiireetön asiakasvastaanotto	Kiireetön asiakasvastaanotto, infektiovastaanotto ja kotikäynti	1 Käynti tai 2 Kotikäynti	AT0111	1 Käynti tai 2 Kotikäynti	AT0220 AT0221	

	Toimenpiteet	1 Käynti tai 2 Kotikäynti	AT0111	Toimenpiteissä avustamista ei tilastoida, muutoin kuin normaali vastaanottokäynti		
	Videovälitteinen vastaanottotoiminta.	9a Sähköinen palvelukanava 2 Sairaanhoido 8ETÄHA Etävastaanotto	AT0111 AT0113	9a Sähköinen palvelukanava 2 Sairaanhoido 8ETÄHA Etävastaanotto	AT0220	
	Moniammatilliset vastaanottokäynnit	1 Käynti 2 Sairaanhoido	AT0171 AT0172	1 Käynti 2 Sairaanhoido	AT0271 AT0272	
	Käynti vanhaikodissa ilman ei tutkimuslähetettä	9e Asiakkaan asian hoito 9 Muu	AT0199			
Päivystystyö ja päivystysvastaanotto	Päivystysvastaanotto	1 Käynti TPIDE	AT0110 AT0112 AT0113	1 Käynti	AT0222	
	Päivystysaikainen vuodeosastokäynti	7 Vuodeosastokäynti 2 Sairaanhoido TPIDE	AT0110 AT0112			
	Tarkkailuhoitajan työnkuva			Avustavia toimenpiteitä ei tilastoida		
Erikoistutkimukset, erikoisvastaanotot tai niissä avustaminen	Endoskopiat	1 Käynti 2 Sairaanhoido 8ENDOS Seututk	AT0115 AT0117	Avustavia toimenpiteitä ei tilastoida		

	Muut erikoistutkimukset, esim. rasisusergometria	1 Käynti 2 Sairaanhoido 8ErTut	AT0114			
	Spirometriatutkimukset ja papanäytteet			1 Käynti 2 Sairaanhoido 8ErTut	AT0220	
	Erikoisalahoitajien vastaanotot, kuten, sydän, tahdistin, astma, allergiasiedätys ja IBD.			1 Käynti 2 Sairaanhoido	AT0220	
	Holterointi, unipolygrafia ja verenpaineen vuorokausiseuranta				AT0224	
Toimistotyö	Lääkärien kirjoittamat lausunnot ja todistukset	9e Asiakkaan asianhoito 9 Muu TPIDE	AT0199 ja Lausunnotuote			
	Reseptien uusimiseen liittyvät tehtävät	Ei tilastoida				
	Varfariinimääritykset			9e Asiakkaan asianhoito 9 Muu 8PUH		
	Hoitajan laatima todistus tai muu kirjallinen selvitystyö			9e Asiakkaan asianhoito 9 Muu 8PUH	AT0229	
	Hoitajan kirjoittama palveluseteli			Tilastoidaan pääasiallisen kontaktisyyn mukaan.		Työtehtävänä rinnastettavissa toimistotyöksi

	Tutkimuskutsut ja ostopalvelututkimuksiin liittyvät tehtävät.	Ei tilastoida		Ei tilastoida		
	Vastuualueisiin liittyvät kirjalliset tehtävät ja hallinnollinen työ.	Ei tilastoida		Ei tilastoida		
Kokoukset ja koulutukset	Osastopalaverit, koulutukset, lääke-esittelyt paikan päällä tai etäyhteyksin	Ei tilastoida		Ei tilastoida		
Näytteenottotyö	Verinäytteenotto			Ei tilastoida		Osaksi omaa toimintaa
	Koronanäytteenotto			1 Käynti 2 Sairaanhoido 8COVID	AT0290	
	Muu näytteenottotoiminta	1 Käynti 2 Sairaanhoido	AT0111 AT0113	1 Käynti 2 Sairaanhoido	AT0220 AT0222	Käytisyy on näytteenottaminen
Sähköiset palvelut	INR-tekstiviestivastaus			9a Sähköinen palvelukanava 9Muu 8PUH	AT0229	
	Sähköinen yhteydenotto			9 Muu 9 Muu 8HTA Seututk 8OMAOL  4 Puhelinkontakti 9 Muu 8PUH Seututk 8OMAOL	AT0229	

### **Liite 3. Aineiston keruuseen liittyvä saatekirje**

#### **Tutkimus avosairaanhoidon työsisällöistä ja kuormituksesta**

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn avosairaanhoidon työsisällöistä ja niihin liittyvästä kuormituksesta. Tällä kyselyllä saamme hyvin arvokasta tietoa työn kehittämisen tueksi ja saamaani aineistoa tulen hyödyntämään Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen YAMK tutkinnon opinnäytetyössäni. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja tuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen kestää noin 10 minuuttia. Tulokset raportoidaan ryhmätasolla siten, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Kyselyyn pääset vastaamaan tästä linkistä: <https://link.webpolsurveys.com/S/A7D72DA40CF8B5C7>

Toivon, että vastaat kyselyyn heti tai viimeistään kahden viikon kuluessa.


Lisätietoja tutkimuksesta antaa  
Heikki Väyrynen  
[AA3835@student.jamk.fi](mailto:AA3835@student.jamk.fi)

Kiitos vastauksestasi.



## Liite 4. Kyselylomake

### Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

#### Tervetuloa

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn avosairaanhoidon työsisällöistä ja niihin liittyvästä kuormituksesta. Tämän kyselyn tulokset toimivat aineistona Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen YAMK tutkinnon opinnäytetyössäni. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia. Vastaamalla olet mukana tuomassa arvokasta tietoa työn kehittämisen tueksi. Pyydän vastaamaan kyselyyn kahden viikon kuluessa.

Heikki Väyrynen

#### Tietosuojalauseke


Tämä kysely on täysin anonymi. Kyselyn analyysin taustamuuttujina käytetään ammattilaisjoukkoa ja pääasiallista työskentelyalueyksikköäsi. Taustamuuttujat on muotoiltu siten, että tunnistaminen annettujen tietojen perusteella ei ole mahdollista. Muita vastaajia koskevia tietoja ei kerätä. Kyselyn vastaukset tallennetaan Webropolin palvelimelle ja ne poistuvat sieltä viimeistään 31.5.2022. Tutkimuksessa noudatetaan Webropolin ja JAMK:in tietosuojalausekkeita. Analyysivaiheen tietoja käsitellään verkkoyhteydettömällä ATK-laitteella, josta ne poistetaan edellä mainittuun päivämäärään mennessä. Kyselyn vastauksista koostettu analyysi julkaistaan opinnäytetyön raportin liitteenä.

Webropolin tietosuojalauseke: [https://webropol.fi/wp-content/uploads/2019/09/Tietojenkäsittelysopimus\\_sahkopostihvaksynta\\_6.3.2018.pdf](https://webropol.fi/wp-content/uploads/2019/09/Tietojenkäsittelysopimus_sahkopostihvaksynta_6.3.2018.pdf)

Jamkin tietosuojalauseke: <https://helpdesk.jamk.fi/fi/tietosuojaseloste-webropol/>

Seuraava

## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Taustamuuttujat

Valitse seuraavista vaihtoehdoista ammattiryhmäsi ja pääasiallinen työskentelyalueesi

#### 1. Valitse edustamasi ammattiryhmä \*

- Hoitohenkilöstö (sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja, erityistyöntekijä, terveyskeskusavustaja ym.)
- Lääkärit

#### 2. Valitse pääasiallinen työskentelyalueesi \*


- Joutsan suuralue (Joutsa, Luhanka, Toivakka)
- Keuruun suuralue (Keuruu, Multia, Petäjävesi)
- Laukaan suuralue (Laukaa, Konnevesi)

Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

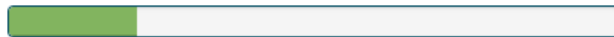
### Sisältökysymykset

Seuraavilla kysymyksillä pyritään hahmottamaan kokemustasi tämänhetkisestä työnkuvastasi. Vastaa kysymyksiin siten, kuinka olet kokenut oman työsi menneellä 4 viikon jaksolla. Työtehtävät on ryhmitelty tehtäväluokkiin, joissa jokaisen kohdalla on kerrottu, mitä tehtäviä kyseinen kategoria sisältää. Lue kysymyksen rajaus huolellisesti.


- Arvioi työtehtäväryhmän määrää: Kuinka paljon työtehtävää on mielestäsi esiintynyt edellisen neljän viikon jaksolla.
- Arvioi työtehtäväryhmän kuormitusta: Oletko kokenut kyseisen työtehtäväryhmän tuottavan kuormitusta edellisen neljän viikon aikana. Kuormitus voi olla joko fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista kuormitusta.

Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Puhelimessa tapahtuva hoidontarpeen arviointi, ohjaus- tai neuvontatyö

Tämä kategoria sisältää

- Puhelinjärjestelmän kautta saapuvat puhelut ja soittopyynnöt
- Puhelimitse tehtävän hoidontarpeen arvioinnin
- Potilaille annettujen soittoaikojen perusteella toteutettavat hoidolliset puhelut

Ei sisällä

- Sähköisten palvelukanavien kautta syntyneitä puhelinkontakteja

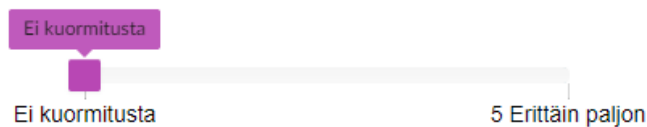
### 3. Arvioi puhelintyön *määrää* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

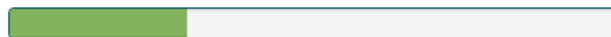
### 4. Arvioi puhelintyön tuottamaa *kuormitusta* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Konsultaatiot

Tämä kategoria sisältää

- Kollegan tai muun ammattiryhmän edustajan, kuten lääkärin, konsultoinnin
- Konsultaatioihin vastaamisen

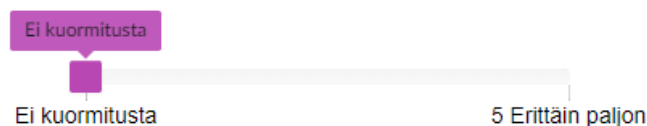
#### 5. Arvioi konsultaatioiden **määrää** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

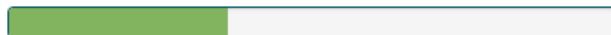
#### 6. Arvioi konsultaatioiden tuottamaa **kuormitusta** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Kiireetön potilasvastaanotto

Tämä kategoria sisältää

- Lääkärin ja hoitajan kiireettömät vastaanotot ja vanhainkotikäynnit
- Infektiolinjan kiireettömät vastaanotot
- Konsulttilääkärin vastaanotot
- Toimenpiteet ja niissä avustamisen
- Videovastaanotot
- Moniammatilliset käynnit

Ei sisällä

- Laboratorionäytteiden ottamista tai vieritestejä
- Päivystystyötä
- Erikoisalavastaanottoja tai -tutkimuksia, esim. holterointi- ja unipolygrafiatutkimuksia.

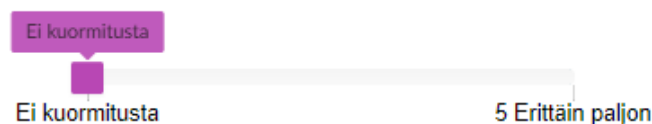
### 7. Arvioi kiireettömien vastaanottojen **määrää** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

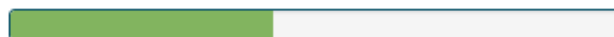
### 8. Arvioi kiireettömien vastaanottojen tuottamaa **kuormitusta** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Erikoistutkimukset ja erikoisvastaanotot

Tämä kategoria sisältää

- Endoskopioidit ja niissä avustamisen
- Rastitutkimukset ja niissä avustamisen
- Holterointiin, unipolygrafiaan ja verenpaineen vuorokausiseurantaan liittyvät käynnit
- Spirometria- ja papa-tutkimukset
- Nilkka-olkavarsipainesuhteen (ABI) mittaukset
- Erikoisalahoitajien vastaanotot, esimerkiksi sydän-, tahdistin-, astma-, allergiasiedätys- ja IBD-vastaanotot.
- Mielensterveys- ja päihdetyön erikoisvastaanotot, esim. masennushoitaja.

Ei sisällä

- Näytteenottoon liittyviä vastaanottoja.
- Päivystyksellistä vastaanottoa
- Toimistotyötä, esim. kutsujen lähettämistä.

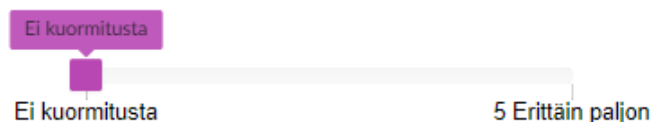
### 9. Arvioi erikoistutkimusten tai niissä avustamisen **määrää** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

### 10. Arvioi erikoistutkimusten tai niissä avustamisen tuottamaa **kuormitusta** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Päivystystyö ja päivystysvastaanotto

Tämä kategoria sisältää

- Hoitajan ja lääkärin päivystysvastaanotot
- Infektiolinjan päivystyksellisten potilaiden vastaanotot
- Päivystysaikaiset vuodeosastokäynnit
- Tarkkailuhoitajan työtehtävät

Ei sisällä

- Näytteenottotyötä
- Erikoisalavastaanottoja, esim. holterointi- ja unipolygrafi tutkimuksia
- Konsulttilääkärin vastaanottoja

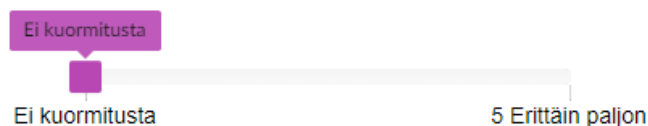
### 11. Arvioi päivystystyön *määrää* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

### 12. Arvioi päivystystyön tuottamaa *kuormitusta* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava





## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Toimistotyö

Tämä kategoria sisältää

- Hoitajan laatimien todistusten kirjoittaminen ilman vastaanottoa ja muut hoitotyöhön liittyvät kirjalliset selvitystyöt
- Lääkärien lausuntojen ja todistusten kirjoittamisen
- Reseptien uusimiseen liittyvät tehtävät
- INR-määritykset
- Hoitajan toteuttaman palvelusetelin laatimisen
- Tutkimuskutsut ja ostopalvelututkimuksiin liittyvät kirjalliset työt.
- Vastuualueisiin liittyvät kirjalliset tehtävät ja hallinnollisen työn.
- Tarviketilaukset, arkistointi ja varastotyöt
- Työskentelyn palvelupisteellä tai hoitotarvejakelellä

Ei sisällä

- Konsultointia tai konsultaatioihin vastaamista
- Vastaanottokäyntien kirjauksia.
- Kokouksia tai koulutuksia

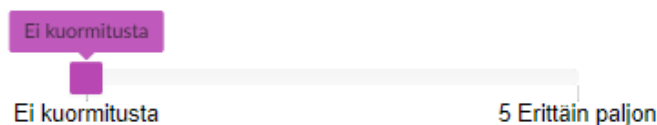
### 13. Arvioi toimistotyön *määrää* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

### 14. Arvioi toimistotyön tuottamaa *kuormitusta* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Kokoukset ja koulutukset

Tämä kategoria sisältää

- Työyhteisön kokoukset, kuten osasto- ja tiimipalaverit
- Yksilö- ja ryhmäkoulutukset
- Lääke- ja tuote-esittelyt
- Kokouksien ja tapahtumien järjestämisen sekä niihin osallistumisen

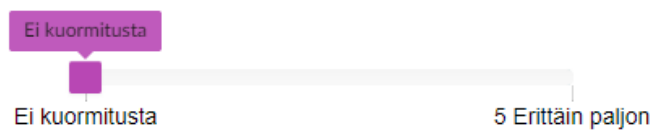
#### 15. Arvioi kokousten ja koulutusten **määrää** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

#### 16. Arvioi kokousten ja koulutusten tuottamaa **kuormitusta** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Näytteenottotyö

Tämä kategoria sisältää

- Omana toimintana järjestetyn verinäytteenoton
- Koronanäytteenoton
- Muun näytteenottotoiminnan, jossa potilaan ensisijainen saapumissy on näytteenotto. Esim. nivelnestenäytteenotto tai huumeseuula.

Ei sisällä

- Vieritestinäytteiden ottamista

### 17. Arvioi näytteenottotyön *määrää* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

- Ei sisälly työtehtäviini
  1 Vähän
  2
  3
  4
  5 Erittäin paljon

### 18. Arvioi näytteenottotyön tuottamaa *kuormitusta* asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### Sähköiset palvelut

Tämä kategoria sisältää

- INR-tekstiviestivastausten lähettämisen
- Sähköisten yhteydenottojen käsittelyn, esim. Hyvis- tai OmaOlo-palvelukanavien kautta.

Ei sisällä

- Puhelimessa tapahtuvaa työskentelyä
- Potilasohjelman lähettämistä vastaanoton yhteydessä
- Tutkimuskutsujen lähettämistä

### 19. Arvioi sähköisten palveluiden **määrää** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla

Ei sisälly työtehtäviini  1 Vähän  2  3  4  5 Erittäin paljon

### 20. Arvioi sähköisten palveluiden tuottamaa **kuormitusta** asteikolla 1-5 \*

Viimeisen 4 viikon ajanjaksolla




Edellinen

Seuraava



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### 21. Järjestä määrän ja kuormituksen suhde \*

Arvioi työkatteoriaita asettamalla ne oheiseen nelikenttään työtehtävän kuormituksen ja määrän perusteella.

Vaaka-akselilla (X) näet kuormituksen ja pystyakselilla (Y) määrän. Arvioi kutakin työkatteoriaa arvioimalla sen kuormitusta ja määrää asettamalla niille arvo nelikenttään. Määrittele lukuarvo kuormittavuudelle vaakasuunnassa (0-50), jonka jälkeen aseta pystyakselin mukainen määrää kuvaava arvo (10-50).

Tarvittaessa osoita 'Ei kuulu työtehtäviini' -painiketta. Aloittaaksesi alusta, voit tyhjentää nelikentän antamistasi vastauksista.

#### 1. Suunnitelmallinen potilasvastaanotto \*

2. Konsultaatiot \*
3. Kokoukset ja koulutukset \*
4. Sähköiset palvelut \*
5. Erikoistutkimukset ja -vastaanotot \*
6. Toimistotyö \*
7. Näytteenottotyö \*
8. Päivystystyö ja päivystysvastaanotto \*
9. Puhelimessa tapahtuva hoidontarpeen arviointi, ohjaus- tai neuvontatyö \*

[Poista kaikki vaihtoehdot nelikentästä](#)

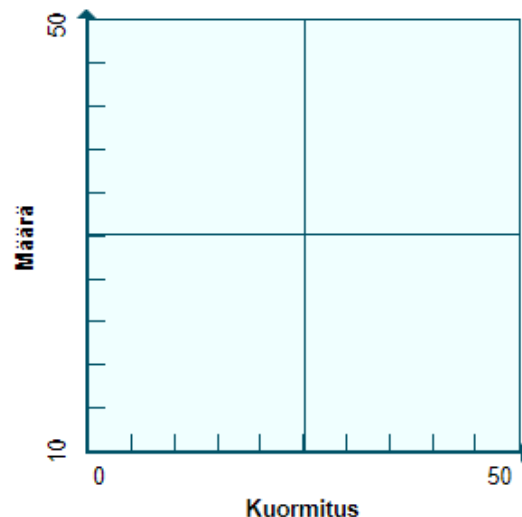
[Poista valittu vaihtoehto nelikentästä](#)

#### 1. Suunnitelmallinen potilasvastaanotto \*




Seuraava

Klikkaa vastauksesi alle tai paina



## Tutkimus avosairaanhoidon henkilöstön työsisällöistä ja kuormittavuudesta

 Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

### 22. Palautekenttä

Lopuksi pyytäisin palautetta tästä kyselystä. Jäikö jotain kysymättä? Kuinka tätä kyselyä voitaisiin kehittää eteenpäin? Kerro vapaasti ajatuksiasi tähän kyselyyn liittyen. Vastauksiasi käsitellään luottamuksellisesti.

Edellinen

Lähetä



## **Liite 5. Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma**

**Terveydenhuollon henkilöstön työn sisällön ja kuormituksen muutokset avosairaanhoidon toimintamallin vaihtuessa**

*Aineistohallintasuunnitelman kirjoittamisessa on käytetty DMPTuuli:a*

**Tekijä:** Heikki Väyrynen

**Affiliaatio:** JAMK University of Applied Sciences

**Suunnitelmapohja:** Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

### **Projektin tiivistelmä:**

Opinnäytetyön tarkoituksena on rakentaa mittari, jolla tarkastellaan lääkärien ja hoitohenkilöstön näkemyksiä perinteisessä vastaanottomallissa ja tiimimuotoisessa perusterveydenhuollon vastaanottomallissa toimimisesta. Pyrin tarkastelemaan, kuinka henkilöstön työn kuva ja työn osa-alueisiin liittyvä kuormitus muuttuu. Tutkimukseni tarkoitus on pilotoida rakentamaani mittaria ja tuoda organisaatioon työkalu, jolla voidaan seurata esimerkiksi kehittämistoimien vaikutusta koettuun kuormitukseen. Tutkimus toteutetaan monivalintakysymyslomakkeella Webropol-alustalla ja analysoidaan MS Excel –ohjelmistolla.

**Tunnus:**17101

**Aloituspäivämäärä:**15.9.2021

**Päätymispäivä:**28.2.2022

**Viimeksi muokattu:**15.9.2021

#### **6.4.1 1. Aineiston yleiskuvaus**

**Kuvaile, millaiseen aineistoon opinnäytetyösi perustuu. Millaista aineistoa kerätään, tuotetaan tai käytetään uudelleen? Missä tiedostomuodossa aineisto on?**

Webropol-alustalla kerätty kyselytutkimusaineisto. Tiedostomuotona xslx. Ei ulkopuolisia valmiita aineistoja.

**Miten aineiston yhtenäisyys ja laatu varmistetaan?**

Siirrettäessä aineisto Webropolista Excel-ympäristöön, vastaukset käydään manuaalisesti läpi verraten Webropol-vastauksia ja Exceeliin siirrettyjä aineistoja keskenään. Jokainen vastauslomake tarkastetaan erikseen. Tämän jälkeen tiedostosta tehdään varmuuskopio ulkoiselle kiintolevylle ja toinen kopio, jonka datasta tuotetaan graafeja ja analyysituloksia. Mikäli siirtovaiheessa tapahtuu jotain odottamatonta, voi se vaikuttaa analysointituloksiin heikentävästi.

#### **6.4.2 2. Eettiset periaatteet ja lainsäädäntö**

**Mitä juridisia seikkoja liittyy aineistonhallintaan (esim. tietosuojalaki ja muu aineiston käsitteelyyn liittyvä lainsäädäntö)?**

Vastaajalta kysytään muutama taustamuuttujatieto;

1 Työyksikkö

2 Ammattiryhmä, joihin on sisällytetty harvalukuiset ammattiryhmät. Esimerkiksi psykologit ovat hoitotyöntekijöitä.



Raportointivaiheessa työyksiköt anonymisoidaan. Työyksiköt koodataan esimerkiksi Yksikkö A, Yksikkö B ja Yksikkö C. Pienet yksiköt liitetään osaksi emoyksikköä, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa toimintayksikkönsä kautta.

Nimiä, syntymäaikoja tai muita yksilöiviä henkilötietoja ei kerätä lainkaan.

Tutkimukseen osallistuvia informoidaan tietosuojasta ja henkilöihin liittyvien tietojen käsittelystä. Työssä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

### **Miten hallinnoit käyttämäsi, tuottamasi ja jakamasi aineiston oikeuksia? Onko aineisto salassa pidettävää?**

Vain opinnäytetyön tekijällä on oikeus päästä käsiksi kerättyyn tietoon. Tutkimusaineistosta julkaistaan analysoitu materiaali. Opinnäytetyön kyselylomakelinkki lähetetään sähköpostitse Keski-Suomen seututerveyskeskuksen avosairaanhoidon henkilöstölle massajakeluna.

### **6.4.3 3. Dokumentointi ja metatiedot: aineiston keruun, sisällön ja käsittelyn dokumentointi**

#### **Miten dokumentoit aineistosi, jotta se on löydettävissä, saavutettavissa, yhteentoimiva ja uudelleen käytettävissä sekä itseäsi että muita varten?**

Tutkimukseen kerätty raaka-aineisto pidetään tutkijan salasanasuojatulla ATK-laitteella. Anonymisoitu ja analysoitu aineisto voidaan luovuttaa tilaajaorganisaation käyttöön, analyysitulokset julkaistaan opinnäytetyön raportissa Theseus-verkkopalvelussa. Aineisto on monivalintakysymysten vastauksista koottu vastauskokoelma. Raaka-aineisto hävitetään. Anonymisoidun aineiston tallennusmuotona on xslx.

#### **6.4.4 4. Tallentaminen ja varmuuskopiointi opinnäytetyön tekemisen aikana**

##### **Minne aineistosi tallennetaan ja miten se varmuuskopioidaan?**

Aineisto tallennetaan tutkija Atk-laitteelle. Aineisto varmuuskopioidaan viikoittain kahdelle ulkoiselle kiintolevyille, joita säilytetään lukitussa tilassa. Kiintolevyjen tiedot salataan ohjelmallisesti.

##### **Kuka valvoo pääsyä aineistoon, ja miten suojattua pääsyä aineistoon valvotaan?**

Vain opinnäytetyön tekijä pääsee käsiksi käsiteltävään aineistoon.

#### **6.4.5 5. Aineiston tallentaminen, avaaminen ja arkistointi opinnäytetyön valmistuttua**

##### **Mikä osa aineistosta voidaan asettaa avoimesti saataville tai julkaista? Missä ja milloin aineisto tai siihen liittyvät metatiedot asetetaan saataville?**

Opinnäytetyön valmistuttua raaka-aineisto hävitetään tuhoamalla elektromeekaaniset tallennusvälineet. Tietoja ei tallenneta kolmannen osapuolen pilvipalveluihin. Vain analyysitulokset julkaistaan.

##### **Mihin tutkimusaineisto arkistoidaan ja kuinka pitkäksi ajaksi?**

Kerättyä aineistoa säilytetään opinnäytetyön julkaisupäivään asti, jonka jälkeen se kokonaisuudessaan hävitetään.

#### **6.4.6 6. Aineistonhallinnan vastuut ja resurssit**

**Kuka vastaa aineistonhallinnasta eri vaiheissa? Tarvitaanko erillisiä resursseja?**

Opinnäytetyön tekijä vastaa kokonaisuudessaan aineiston keräämisestä ja hallinnoinnista. Ei tarveta erilliselle hallinnointiresurssille.