



Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla – Delfoi-tutkimus

Tausta: Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoite parantaa asiakkaiden ja potilaiden hoidon ja palvelun laatua ja saatavuutta edellyttäen myös ammattilaisten työn uudelleen tarkastelua.

Tutkimuksen tarkoitus: Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiantuntijoiden käsityksiä sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien työnjaosta tulevaisuudessa.

Tutkimusmenetelmät: Aineisto kerättiin Delfoi-menetelmällä ja aineiston hankinta toteutettiin kahdessa kierroksessa syksyllä 2016 ja keväällä 2017. Osallistujiksi valittiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita (n=16) ja Delfoin ensimmäinen kierros toteutettiin osallistujien yksilöhaastatteluina, ja toinen verkkokyselynä. Haastattelu analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä ja verkkokysely ensimmäisen kierroksen perustella laaditun deduktiivisen rungon mukaisesti. Analyysin viimeinen vaihe oli synteesi tuloksista.

Tulokset: Tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoon pakottavat ajankohtaiset tekijät, ammattilaisten uudet työnjaolliset lähtökohdat sekä uudet palvelumuodot. Tulosten perusteella työnjaon uudelleen tarkasteluun ”pakottavia, ajankohtaisia” tekijöitä ovat asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen sekä valinnanvapaus ja hoidon ja palvelun vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tavoitteet. Osallistujien mukaan ammattilaisten työnjako tulisi perustua ammattilaisten joustaviin työnkuviin, tilanne- ja osaamislähtöisen työnjakoon ja tehtäväsiirtoihin sekä robotiikan ja teknologian tuomiin mahdollisuuksiin.

Johtopäätökset: Kokonaisvaltaisten ja yhtenevien palveluiden toteutuminen vaatii ammattilaisten työnjaolta joustavuutta, yhteistyötä eri sektoreiden ja ammattiryhmien välillä sekä ammattilaisten autonomiaa oman työn ja asiakkaan palveluiden järjestämisessä. Lisää tutkimustietoa tarvitaan, jotta työnjakoa voidaan kehittää sekä asiakkaiden ja potilaiden hoidon ja palvelun saatavuutta ja laatua voidaan parantaa.

ASIASANAT: ammattilainen, asiantuntija, Delfoi-menetelmä, sosiaali- ja terveydenhuolto, työnjako

**ANNIKA TOLMALA, JOHANNES KOPONEN, MIRJA HÄMÄLÄINEN,
SATU KORHONEN, MINEA KOSKINEN, NOORA ASIKAINEN, MARI KANGASNIEMI**

YDINASIAIT

- Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on perinteisesti ollut toimiala- ja ammattilaislähtöistä.
- Tulevaisuudessa työnjaon tulisi perustua joustaviin työnkuviin, tilanne- ja osaamislähtöisen työnjakoon ja tehtäväsiirtoihin sekä robotiikan ja teknologian tuomiin mahdollisuuksiin.
- Tulokset osoittavat, että uuteen työnjakoon pakottavat asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen, valinnanvapaus sekä hoidon ja palvelun laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tavoitteet.
- Työnjaon uudistaminen edellyttää ammattilaisten sisäisen ja välisen osaamisen tunnistamista sekä jokaisen ammattilaisen osaamisen hyödyntämistä.

JOHDANTO

Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tarkoituksena on parantaa asiakkaiden ja potilaiden hoidon ja palvelun laatua ja saatavuutta (1-3). Tavoitteena on asiakaslähtöiset palvelut, joissa asiakkaiden ja potilaiden rooli ja vastuut omassa hoidossa ja palvelussa vahvistuvat (4). Tavoitteen saavuttaminen edellyttää myös ammattilaisten työn uudelleen tarkastelua (5,6). Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on perinteisesti ollut toimiala- ja ammattilaislähtöistä, mutta uudistus korostaa (4) palveluiden ja ammattilaisten kykyä vastata kansalaisten tarpeisiin (5). Toimialojen ja ammattiryhmien sisäistä ja välistä työnjakoa tulisikin kehittää siten, että palvelun tuotanto on mahdollisimman laadukasta ja tehokasta (7,8). Tämä edellyttää sitä, että löydetään keinot asiakaslähtöiseen, ammattilaisten työn kohdentamiseen sekä tunnistetaan mahdolliset tehostomuutta ja arvoa tuottamattomat toimet. Näitä ovat esimerkiksi työn päällekkäisyys ja palveluaukot (9-13).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työnjaon tutkimuksella on pitkät perinteet. Työnjaolla ei ole yksiselitteistä suuntaa vaan eri intressejä sekä ammattiryhmittäin että asemittain eli työntekijöistä esimiehiin ja asiantuntijoihin. Tässä tutkimuksessa kuvataan asiantuntijoiden ja esimiesten näkökulmista työnjaon nykytilaa ja tulevaisuuden tarpeita. Tästä syystä menetelmällinen lähestymistapa on anonyymi, asiantun-

tijahaastattelujen ja -kyselyjen avulla toteutettu Delfoi-tutkimus.

TUTKIMUKSEN TAUSTA

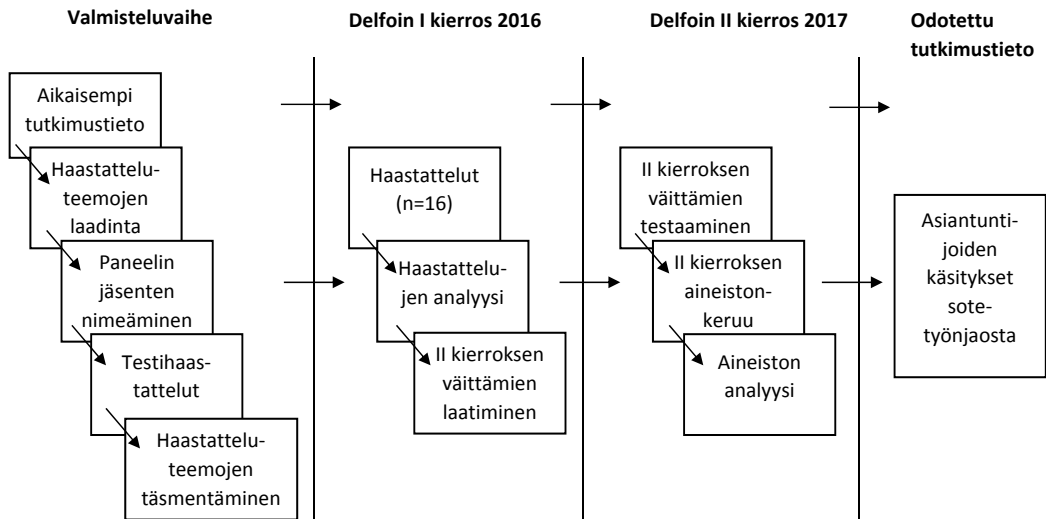
AMMATTIEN VÄLINEN TYÖNJAKO

Ammattilaisten työnjaon tarkastelun juuret ovat teollistumisessa ja klassisissa organisaatioteorioissa (14-16). Niihin perustuen työ jaetaan erikoistumisen perusteella siten, että työ voidaan osittaa tarkasti eri osa-alueisiin. Tästä muodostuu byrokraattinen organisoitumismalli, jota voidaan valvoa (17-20). Rakenteellisesti horisontaalinen työnjako kuvaa samalla tasolla olevia tehtäviä, jolloin työnjako vaikuttaa työnjaolliseen erikoistumiseen, työn suunnitteluun sekä vaadittavaan työn koordinointiin. Vertikaalinen työnjako kuvaa puolestaan, kuinka työtehtävät jakaantuvat ylhäältä alaspäin siten pienemmiksi osatehtäviksi, jolloin työnjaon hierarkia ja rakenteet eroavat toisistaan merkittävästi organisaatioiden välillä sekä organisaatioiden sisällä esimerkiksi osastotasolla. (21). Aammattiryhmien tai ammattilaisten välinen työnjako muodostuu myös sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa neuvoteltuna sosiaalisena järjestyksenä eli relationaalisenä työnjakona (22). Siihen vaikuttavat yhteistoiminnallisten työtehtävien jakautuminen, työn säätelyn joustavuus ja rajaaminen sekä ammattilaisten työn autonomisuus (23,24), ammatilliset ajattelu- ja toimintatavat (22) sekä kommunikointi (25,26).

TYÖNJAJON ERITYISPIIRTEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä risteävät eri ammattialat, työkuvat (27), toimintaprosessit, rajapinnat (25) sekä niiden väliset suhteet (28). Työnjakoon vaikuttavat rakenteellisten ja lineaaristen mallien lisäksi kompleksisuus ja epälineaariset toimintamallit (6). Asiakkaan ja potilaan hoitoon liittyvät pitkäkestoiset ja keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevat toimintaprosessit ulottuvat yli hallinnollisten tai organisaationaalisten rajojen, ja ne sisältävät keskeytyksiä ja ennalta ennustamattomia muutoksia (29).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työnjako on ollut ammattitehtävä lähtöistä (30), jota ovat luonnehtineet virallisesti määritellyt rajat ammattiryhmien ja työroolien välillä (23,30-32). Ammattilähtöinen työnjako perustuu ammattini-



Kuvio 1. Tutkimuksen eteneminen.

mikkeisiin ja koulutukseen (23,32), sekä työntekijän työmenetelmiin, toimintamalleihin ja tekniseen suoritamiseen (14). Ammattiryhmien rajat ilmentyvät valtasuhteina, ammattien välisenä hierarkiana, professioihin perustuvana vallankäyttönä ja palkkauseroina (33, 34). Ammatilisiin rajoihin vaikuttavat kansainväliset sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kohdistamista koskevat linjaukset (35-36), kansallinen lainsäädäntö, poliittiset linjaukset, ammattijärjestöt, koulutus sekä toisaalta palveluiden tuottajat ja asiakkaat (26,34,37). Organisaatiotasolla ammattilaisten työnjakoon ja työkuviin vaikuttavat organisaatiokulttuuri sekä organisaation fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät (26,33,37,38).

Ammattilähtöinen työnjako sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden eriytyneet lainsäädäntö, palveluketjut ja -verkot ovat tuottaneet päällekkäisiä palveluita (8) sekä ammattilaisten työn päällekkäisyyttä niin eri sektoreiden, toimialojen ja ammattiryhmien välillä kuin sisälläkin (39,40). Yhteistyön ongelmat, tiedon katoaminen ja palvelujärjestelmän pirstaleinen rakenne lisäävät työn päällekkäisyyttä, samojen asioiden ja toimenpiteiden turhaa toistoa. Työn päällekkäisyyttä esiintyy ammattiryhmien sisäisesti eli intra-professionaalisesti (41,42) tai ammattiryhmien välillä eli interprofessionaalisesti (37,40).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiantuntijoiden käsityksiä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työnjaon nykytilasta ja muutosta edellyttävistä tekijöistä tulevaisuudessa. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan käyttää työnjaon kehittämiseen ja uusien ratkaisumahdollisuuksien tunnistamiseen.

Tutkimuskysymyksinä olivat:

Mitkä tekijät asiantuntijoiden ja esimiesten näkökulmista edellyttävät ammattilaisten työnjaon uudelleen tarkastelua?

Millaisia käsityksiä asiantuntijoilla ja esimiehillä on tulevan työnjaon perusteista?

TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimusmenetelmäksi valittiin Delfoi-menetelmä, koska tavoitteena oli löytää asiantuntijoiden argumentit tulevaisuuden mahdollisista kehityskuluista (43). Tiedonantajiksi eli paneeliksi valittiin aihealueen asiantuntijat (43). Aineisto kerättiin iteratiivisesti eli kumulatiivisesti siten (44), että samat panelistit osallistuivat tutkimukseen kaksi kertaa (43). Aineistonkeruu toteutettiin kahdessa Delfoi-kierroksessa. Ensimmäinen kierros toteutettiin yksilöhaastattelulla, ja toinen verkkokyselyinä. (43) (Kuvio 1.)

HAASTATTELUTEEMOJEN LAATIMINEN JA PANELISTIEN VALINTA

Aineistonkeruun valmisteluvaiheessa laadittiin haastatteluteemat ja valittiin paneelin jäsenet (Kuvio 1). Haastatteluteemat perustuivat aikaisempaan kirjallisuuteen ja ne testattiin kolmella kohderyhmään sopivalla tiedonantajalla. Koska teemoihin tehtiin vain pieniä täsmennyksiä koskien kysymysten järjestystä ja ilmaisuja, testihaastattelut sisällytettiin lopulliseen aineistoon.

Asiantuntijapaneeli (n=16) valittiin harkinnanvaraisesti verkosto-otannalla (43). Tutkijat lähetivät potentiaalisille panelisteille sähköpostin, jossa heiltä tiedusteltiin halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen. Tämän jälkeen haastattelu-aika sovittiin joko puhelimitse tai sähköpostitse. Panelisteja tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta ja heiltä pyydettiin joko kirjallinen tai suullinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tutkimuksen osallistui 16 panelistia, joista 11 oli naisia ja viisi miehiä. He toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa asiantuntijatehtävissä.

DELFOI I KIERROS: HAASTATTELUT

Delfoi-menetelmän ensimmäisen kierroksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa panelistien käsityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon nykytilasta. Haastattelut toteutettiin elo – lokakuussa 2016 paneelistien valitsemana joko puhelimitse (n=11) tai kasvotusten (n=2). Lisäksi aineistoon sisällytettiin kolme esihaastattelua. Haastattelut kestivät 45 minuutista 135 minuuttiin. Kaikki haastattelut tallennettiin paneelistien luvalla.

Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teema-haastattelulla. Menetelmä soveltui aiheeseen, koska sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaosta ja sen haasteista on saatavilla ajantasaista, kansainvälistä tietoa, mutta kotimaista tietoa vähän. Teemat kohdistuivat työnjaon nykytilaan, työn päällekkäisyyteen ja tekemättömään työhön, työnjaon tulevaisuuteen ja asiakkaan roolimuu- tokseen sosiaali- ja terveystalveissa. Panelisteilla oli mahdollisuus muuttaa vastausjärjestystä tai vastata vain osaan teema-haastattelun alueista. Haastattelijat esittivät tarkentavia ja syventäviä lisäkysymyksiä. (44)

Haastattelut aukikirjoitettiin ja siitä muodostui yli 15000 sanan aineisto, joka analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aukikirjoituksen jälkeen aineisto luettiin useaan läpi kokonais- kuvan saamiseksi. (44). Tämän jälkeen aineistos-

ta poimittiin analyysiyksiköiksi ilmaiset, jotka kuvasivat tutkimuskysymysten sisältöjä. Näitä olivat sanoja, sanapareja, lauseita tai kokonaisia kappaleita. Tämän jälkeen analyysiyksiköt ryhmiteltiin niiden samanlaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella alaluokkiin ja ne yhdistettiin edelleen yläluokkiin. Aineistoa luokiteltaessa varmistettiin, että haastattelun alkuperäiset merkitykset säilyivät. Luokat nimettiin aineistolähteisesti, ja aineistosta muodostui viisi alaluokkaa ja kaksi yläluokkaa. (44) (Kuvio 2.)

DELFOI II KIERROS: VERKKOKYSELY

Delfoi-menetelmän toisen kierroksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa panelistien käsityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon tulevaisuuden kehityskuluista. Aineistonkeruu toteutettiin verkkokyselynä joulukuussa 2016 – tammikuussa 2017. Kysely lähetettiin panelisteille sähköisenä, ja vastausten varmistamiseksi tutkijat soittivat jokaiselle vastaajalle. Kyselyyn vastasi 14 panelistia.

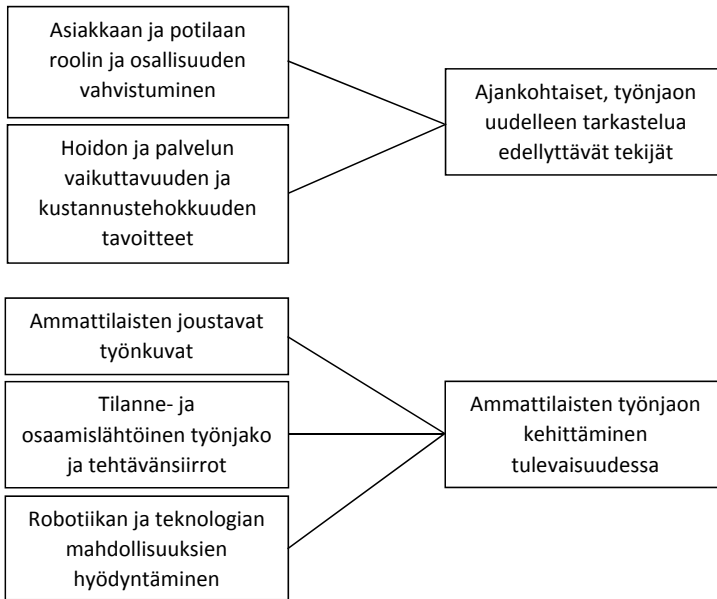
Kysely sisälsi sekä strukturoituja, 3-portaisia Likert-asteikollisia väittämiä että avoimia kysymyksiä. Kysymykset ja väittämät perustuivat ensimmäisellä kierroksella tuotettuun tietoon. Panelisteja pyydettiin ensin arvioimaan väittämien sisältöjä ja tämän jälkeen niihin liittyvää toivottavuutta ja todennäköisyyttä tulevaisuudessa. Vastaajia pyydettiin myös perustelemaan esittämänsä näkökulmat.

Verkkokysely tuotti siten sekä kuvaukset ja perustelut sisällöistä, ja aineiston muodosti 574 avointa vastausta ja 504 kannanottoa väitelauseisiin joko toivottavuuden tai todennäköisyyden näkökulmasta.

Niiden kysymysten osalta jossa selvitettiin sekä todennäköisyyttä että toivottavuutta, paneelin vastaukset kategorisoitiin analyysin helpottamiseksi matriisiin, jossa oli toivottavat ja todennäköiset vastaukset erillisillä akseleilla. 62 vastausparia nelikentän todennäköistä-toivottavaa-epätodennäköistä-ei-toivottavaa -vastauksista meni soluun todennäköistä-toivottavaa, kun yhteensä tällaisia vastauspareja muodostui 147.

SYNTEESI DELFOI-KIERROSTEN TUOTTAMASTA TIEDOSTA

Tutkimusmenetelmän viimeisenä vaiheena ensimmäisen ja toisen kierroksen tuottama tieto yhdistettiin synteesiksi, jonka avulla tutkimusky-



Kuvio 2. Asiantuntijoiden käsitykset sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työnjaon nykytilasta ja muutosta edellyttävistä tekijöistä tulevaisuudessa Delfoin ensimmäisen kierroksen perusteella.

symyksiin vastattiin. Tulokset esitetään siten, että ensin kuvataan ensimmäisen Delfoi-kierroksen tuottama sisältöluokka ja tämän jälkeen sisällöstä muodostetun toisen kierroksen väittämiin esitetyistä perusteista, todennäköisyydestä ja toivottavuudesta asian suhteen. Delfoi-menetelmän mukaisesti eriävät näkemykset ovat yhtä arvokkaita kuin enemmistön mielipiteet. Siten menetelmä auttaa hahmottamaan myös mahdollisia erimielisyyksiä, sekä paljastamaan tulevaisuuksia jotka ovat todennäköisiä mutta ei-toivottuja. Tulokset esitetään tekstinä, taulukoina ja kuviossa.

TUTKIMUSTULOKSET

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN TYÖNJAON UUELLEEN TARKASTELUUN PAKOTTAVAT TEKIJÄT

Tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työnjaon uudelleen tarkasteluun ”pakottavia, ajankohtaisia” tekijöitä ovat asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen sekä valinnanvapaus ja hoidon ja palvelun laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tavoitteet (Kuvio 2).

Asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen ja valinnanvapaus

Paneelistien mukaan asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen on keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon uudelleen tarkasteluun pakottava tekijä. Koska asiakkaiden saavat ja hankkivat yhä enemmän itse tietoa, asiantuntijat nostivat esiin kysymyksiä siitä, kuinka paljon eri ammattiryhmät voivat tai saavat pitää päätösvaltaa itsellään. Lisäksi panelistit toivat esiin, että ammattiryhmien välistä päätäntävaltaa on arvioitava uudelleen ja esimerkiksi ei-lääketeiteellisen hoidon päätöksenteon ei tulisi kuulua lääkärille.

”Asiakkaat on yhä vahvempia toimijoita ja toimivat itse tämän kehityskulun drivereina.” (II kierros, panelisti E)

”[Asiakkaiden rooli ei vahvistu,] koska institutiot pitävät pintansa. (II kierros, panelisti L)

Asiakkaalle ennakoitiin siirtyvän yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, mutta myös tehtäviä, jotka ovat aiemmin kuuluneet sote-ammattilaiselle. Haastateltavien mukaan siirtyviä tehtäviä ovat esimerkiksi ajanvaraus, palveluihin ilmoittautumista tai terveydentilan mittausta, tulosten kirjausta ja seurantaa.

Taulukko 1. Panelistien näkemykset todennäköisyydestä ja toivottavuudesta asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistamisen väittämässä Delfoin toisella kierroksella.

Todennäköistä ja toivottavaa	
Väittäjä	Panelistien kuvaus
Asiakkaan ja potilaan rooli vahvistuu.	”Muutos vie oman aikansa. Uudistuksen tulisi vahvasti tähdätä tähän. Tällä hetkellä kuitenkin edetään järjestelmä ja euro edellä niin, että muutoksen keskiössä ja säästöpainneissa olevat tahot ja sektorit osaoptimoivat omaansa, asiakas unohtuu.”
Lähitulevaisuudessa asiakkaalla ja potilaalla on yhä suurempi vastuu esimerkiksi ennaltaehkäistä terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyviä ongelmia sekä pitää huolta itsestään	”Pelkään tavattomasti sitä, että sote-uudistus tapahtuu kuten suunniteltu. Työssä käyvät terveet privaattityöterveyden asiakkaat markkinoidaan jo nyt valitsemaan sama firma sitten vastaamaan PTH-palveluista, äärimmäisen helppoa rahaa firmalle, kun näitä vastuunottoon kykeneviä juoksetetaan vastaanotoilla. Vain siten, että julkinen PTH jatkossakin tuottaa palvelut, tämä pelottava skenaario voi haipua pois.” ”Ns. tuuppaisupolitiikka ottaa varmasti vahvan jalansijan tulevaisuuden hoitoratkaisuissa. Osaltaan tämä on aiheellista, mutta samalla kontrolli ja hoidon saannin ehdollistaminen on suuri eettinen kysymys.”
Todennäköistä ja ei-toivottavaa	
Vastuu asiakkaasta siirtyy eri ammattilaiselle asiakkaan liikkeessä yli eri sote- palveluntarjoajien rajojen.	”Kaikille ammattilaisille tulisi muodostua käsitys potilaan elämän kokonaisuhyvinvoinnista ja elämän koherenssista. Ammattikuvien laajentumista tarvitaan spesiaaliosaamisen lisäksi.” ”Vaikuttaa pompottelulta: todennäköistä, mutta erittäin huono suunta” ”Asiakas JOUTUU siirtymään edestakaisin, kun ei tiedä, mistä oikean palvelun saisi. Sitten, kun vihdoin pääsee palvelun piiriin, voi olla hyväkin hoito ja tuki. Mutta kaikki eivät tähän saakka jaksa tai pysty. Asiakkaat jakautuvat hyvä- ja huono-osaisiin, joista ensimmäiset saavat hyvät palvelut ja jälkimmäiset jäävät oman onnensa nojaan.” ”Toivottavasti luodaan malleja, joissa asiakkaalla on oma vastuhenkilö koko palvelukokonaisuutta koskien eli koordinoi sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelukokonaisuuden. Vain näin palveluista saadaan synergiaa ja asiakasta aidosti palveleva kokonaisuus.” ”Omatyöntekijä, verkoston koordinoija on kuntoutumisen kannalta ratkaiseva tekijä, olipa kyse fyysisestä tai psyykkisestä. Veikkaan, että nykytilanne jatkuu vielä pitkään eikä omatyöntekijöitä tule olemaan tarpeeksi lähitulevaisuudessakaan.” ”Jos palveluketjujen hallinta ja koordinointi pettää tulevissa sote-palveluissa, merkitsee se palveluiden pirstoitumista ja kustannusten nousua – ja huonompaa palveluiden laatua asiakkaille. Vaikea nähdä miten tulevassa sote-ketjussa onnistutaa koordinoimaan ja hallitsemaan palvelut, jotka nyt näyttävät pirstoutuvan eri palvelutuottajien kontrolle.”

Muutoksen välttämättömyyttä perusteltiin myös taloudellisilla seikoilla.

”Sote-kustannusten kasvun hillitseminen on vaikeaa, jos asiakkaan/potilaan vastuuta omasta terveydestä ei onnistuta lisäämään. Mutta tämä voi vaatia uudenlaisia tapoja auttaa potilaita. Esimerkiksi ylipainon lisääntyessä täytyy löytää uusia tapoja tukea ihmisiä, jotta he onnistuvat hallitsemaan painoa.” (II kierros, panelisti D)

Asiakkaan vastuun laajentamista ei kuitenkaan nähty ainoastaan myönteisenä, vaan herätti arvo keskustelua siitä, missä määrin asiakas voi olla

vastuussa sosiaali- ja terveystarpeidensa ennaltaehkäisystä – ja ammattilaisten tehtävistä. Ammattilaisten työn muutokseen ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liitettiin myös kysymykset siitä, mitkä ovat asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet omien tietojensa hallinnoimisessa, ja onko asiakkaalla oikeus salata (itse keräämiään) tietoja ammattilaisilta. Panelistit huomauttivatkin, että asiakkaan, potilaan ja palvelun käyttäjän käsitteen ja orientaatiopohjan määrittäminen on tarpeen, jotta työnjaolla voidaan tukea asiakaslähtöisiä palveluita.

”Perusterveydenhuollossa tulee olemaan uusia toimijoita, he eivät ole tottuneet samaan ko-

konaisvaltaiseen ihmisen hyvän ajatteluun kuin nyt terveyskeskuksissa on.” (II kierros, panelisti J)

Delfoin toisen kierroksen perusteella panelistit olivat yksimielisiä siitä, että on todennäköistä ja toivottavaa, että asiakkaan rooli kasvaa, mutta todennäköistä ja ei toivottavaa, että vastuu asiakasta siirtyy eri ammattilaisille (Taulukko 1.).

Hoidon ja palvelun vaikuttavuus ja kustannustehokkuus

Panelistit toivat esiin vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden työn uudelleen jakoon pakottavana seikkana. He totesivat, että vaikuttavuuden tarkastelulla pyritään yhtenäistämään hoito- ja palvelukäytäntöjä sekä vaikuttamaan ammattilaisten työnkuviin ja -menetelmiin. Jotta tavoite onnistuisi, ammattiryhmät tarvitsevat tietoa laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden arviointiin sekä työmenetelmien muuttamiseen. Haastateltavat kokivat, että tällä hetkellä ammattilaiset tekevät paljon sellaista työtä, joka ei johda asiakkaan kohdalla lisäarvoon tai asiakkaan saaman hoidon vaikuttavuuteen.

”Sosiaalihuollon vaikuttavuuden mittausta on niin lapsenkengissä.” (II kierros, panelisti C)

”[O]n äärimmäisen vaikea rakentaa mittareita, joilla voidaan verrata terveydenhuollon ja sosiaalihuollon vaikuttavuutta.” (II kierros, panelisti D)

Panelistien mukaan työnjaon päällekkäisyys on seikka, jolla on merkitystä työnjaon vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen. Heidän mukaansa työn päällekkäisyyttä esiintyy runsaasti sote-alalla. Syiksi todettiin epäselvä työnjako, tiedonsaannin ja siirtymisen ongelmat sekä tilannekohtaiset tekijät kuten kiire. Lisäksi syyksi esitettiin se, että asiakkaiden ongelmat sekä hoidon- ja palvelutarve eivät jakaudu määriteltyjen ammatillisten rajojen mukaan. Siten hoito- ja palveluprosesseista tulee rikkonaisia ja ne jakaantuvat usealle taholle. Päällekkäisyyteen todettiin osaltaan vaikuttavan soten vahva tietosuoja, koska se estää tiedon siirtymistä ammattilaisten välillä. Toisaalta hallittu päällekkäinen työ nähtiin myös laadun ja prosessien sujuvuuden varmistamisena. Epäkohtana todettiin, että asiakkaan kokonaistilannetta ei useinkaan arvioida eikä ammattilaiset ota vastuuta asiakkaan ammatillisten rajojen ylittävistä

tarpeista. Vaikutus näkyy palveluiden päällekkäisyytenä ja esimerkiksi terveydenhuollossa ”pyörö-ovi-ilmiönä”. Prosessin pirstaloituminen vaikeuttaa kokonaisuuden hallintaa ja eri toimijoilla voi olla ristiriitaisia tavoitteita, joihin asiakas ”ei sovi” mukaan.

”Eli ensin sosiaalityössä saatetaan arvioida sen ihmisen tilanne, mutta ennen kun päätös tehdään, kunnan sosiaalityöntekijä tekee tälle ihmiselle samat kysymykset. Että tällaista. Meillä on alan sisäistä työn päällekkäisyyttä, joka pitäisi ehdottomasti saada jollain muuttettua.” (I kierros, panelisti 13)

”Ei ole todennäköistä, koska ei ole varaa [tehdä päällekkäistä työtä]. (II kierros, panelisti A)

”Yhteiset potilas- ja asiakastietojärjestelmät ja kansalliset tietokannat poistavat myös mm. päällekkäisen tiedon keräämisen tarpeen, kun kaikki tieto on toimijoiden käytössä.” (II kierros, panelisti B)

AMMATTILAISTEN TYÖNJAON PERUSTEET TULEVAISUUDESSA

Panelistien mukaan ammattilaisten työnjako tulisi perustua ammattilaisten joustaviin työnkuviin, tilanne- ja osaamislähtöisen työnjakoon ja tehtäväsiirtoihin sekä robotiikan ja teknologian tuomiin mahdollisuuksiin. (Kuvio 2.)

Ammattilaisten joustavat työnkuvat

Panelistit kuvasivat, että nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä ammattilaisten työnkuvat on jaettu kapeille alueille ammattinimikkeen-, aseman tai koulutuksen mukaisesti. Järjestelmän tavoitteiden ja hierarkian sekä ammattilaisten työnjaon rajojen nähtiin menevän asiakkaan tarpeiden edelle. Tämän kuvattiin pirstaloivan ja hidastavan asiakasprosesseja sekä estävän myös ammattilaisten todellista tiimityötä niin sosiaali- kuin terveydenhuollossa. Panelistien mukaan työnjaon kehittämistä on leimannut paikallisuus ja yksittäisissä organisaatioissa saavutetut muutokset eivät useinkaan ole levinneet kansalliselle tasolle. Toisaalta kansallisissa hankkeissa kehitettyjen työnjakoon kohdistuvien toimintamallien implementoinnissa on ollut ongelmia organisaatiossa.

Haastateltavat totesivat, että työn uudelleenjakoa ja asiakkaan tarpeesta lähtevä yhtenäiset

palvelut tulee vaatimaan selkeää työnjakoa sekä ammattilaisten työkuviin ja rajojen joustavuutta. Panelistien mukaan ammattilaisilla tulisi olla mahdollisuus itseohjautuvuuteen sekä oman osaamisen ja näkemyksen hyödyntämiseen niin työnsä järjestämisessä kuin asiakkaan palveluiden yhtenäisessä suunnittelussa. Edistäviksi tekijöiksi nähtiin eri yksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävät joustavat työnjakomallit sekä tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä. Tarvittaessa nimetyillä ammattiryhmillä tulisi olla mahdollisuus, valtaa ja palvelujärjestelmäosaamista koordinoita asiakkaan tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin palveluita. Asiakkaan tarpeen tunnistamiseen perustuvan työnjaon nähtiin vähentävän kustannuksia, väärin kohdistuneita vastaanottoja sekä vapauttavan resursseja.

Delfoin toisella kierroksella panelistit täsmensivät käsityksiään sosiaali- ja terveydenhuollon hierarkiasta. Ongelmana nähtiin julkisen sektorin johtamisen ja ammattihenkilöiden välinen hierarkia, jotka molemmat estävät toimintojen kehittämisen. Tämän kuvattiin heijastuvan myös asiakkaille tarjottaviin palveluihin.

”Varsinkin julkisella sektorilla ollut hierarkkinen johtamismalli ei enää vastaa tulevaisuuden tarpeisiin, täytyy pystyä ketterästi ohjaamaan verkostoissa ja kumppanuuksissa ja sen lisäksi olemaan tulosvastuullinen.” (II kierros, panelisti K)

”Toimintakulttuureja on vaikea muuttaa, eikä esimerkiksi lääkärinkunta ole kokemukseni mukaan valmis luopumaan omasta vallastaan.” (II kierros, panelisti G)

”Hierarkkinen, jäykkä ja ylhäältä alaspäin kaadettava palvelumalli ei enää jatkossa toimi. Työn täytyisi muuttua proaktiiviseksi ja asukaslähtöiseksi.” (II kierros, panelisti K)

Panelistit toivat esiin, että ammattialojen, työkuviin ja työtehtävien uudelleen arvioinnin tavoitteena on selkeyttää työnjakoa, ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä ja vähentää työkuviin päällekkäisyyttä. Uudelleen arvioinnissa ajankohtaiseksi nähtiin esimerkiksi lääkärin ja hoitotyöntekijöiden työtehtävien välisen suhteen uudelleen harkinta ja tarkastelu, sekä vastaavasti

sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan koulutus- pohjien ja tehtävien välinen tarkastelu. Hoitotyöntekijöiden työkuviin itsenäisten vastaanottojen, määräaika- ja ryhmäohjausten nähtiin lisääntyvän. Kolmannen sektorin toiminnan tuleminen palveluiden tuottajaksi tulee siirtämään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työtehtäviä esimerkiksi kansalaisjärjestöille, vapaaehtoisille ja kokemusasiantuntijoille.

Ammattilaisten tilanne- ja osaamislähtöinen työnjako sekä tehtäväsiirrot

Panelistit esittivät, että tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan vastata asiakkaan tarpeisiin parhaiten silloin, kun työnjako on osaamislähtöistä. Tällöin työnjakoa ohjaa ammattinimikkeen tai aseman sijasta ammattilaisen osaaminen, ja perusteena on asiakaslähtöisyyden toteutuminen. Kriittisenä kysymyksenä panelistit kuitenkin toivat esille, että osaamislähtöinen työnjako edellyttää ammattilaisten oman ja toisten osaamisen tunnistamista, ymmärtämistä ja arvostamista. Mikäli tämä ei toteudu, syntyy väistämättä tehtävien päällekkäisyyttä. Jos osaamista ei tunnusteta tai tunneta, ammattilaisten osaamis- potentiaalia ei hyödynnetä parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi lähihoitajan työnkuva ja osaamisen hyödyntäminen nähtiin toteutuvan laajemmin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Osaamisen ja resurssien vajaa käyttöä kuvattiin esiintyvän myös työtehtävissä, jotka eivät liity asiakkaan hoitoon tai ovat asiakkaalle arvoa tuottamattomia eivätkä vastaa ammatillista osaamista.

Työnjaon esteenä nähtiin, että toisten osaamisen liittyi ennakkoluuloja, jolloin ammattilaisten osaamista ei täysin hyödynnetä. Esimerkiksi sosiaalialan ammattilaisten osaaminen on muille ammattiryhmille vierasta. Lisäksi ammattien hierarkian vuoksi ammattilaiset tunnistavat ja arvostavat toistensa osaamista vain ammattinimikkeen pohjalta.

Delfoin toisella kierroksella panelistit olivat yksimielisiä siitä, että lähitulevaisuudessa on sekä todennäköistä että toivottavaa, että sote-alan koulutuksessa tehdään enemmän yhteistyötä koulutusalojen välillä – vaikka se olisi pois oman alan osaamisesta (Taulukko 2). Koulutus kytkettiin osaamisperustaisen työnjaon kannalta keskeiseksi tekijäksi. Aiempaa tiiviimpi ja

Taulukko 2. Panelistien näkemykset todennäköisyydestä ja toivottavuudesta sote-koulutusta koskevassa väittämässä Delfoin toisella kierroksella.

Todennäköistä ja toivottavaa	
Väittämä	Panelistien kuvaus
Sote-alan koulutuksessa tehdään enemmän yhteistyötä eri koulutusalojen välillä, vaikka se on pois oman alan osaamisesta	”[E]i ole pois osaamisesta.” ”Yhteistyö voi oikein toteutettuna olla erittäin hedelmällistä kaikkien kannalta.”

Taulukko 3. Panelistien näkemykset todennäköisyydestä ja toivottavuudesta sosiaalityöntekijöiden työskentelystä terveyskeskuksissa ja sairaanhoitajien ammattioikeuksien laajentamisesta Delfoin toisella kierroksella.

Todennäköistä ja toivottavaa	
Väittämä	Panelistien kuvaus
Lähitulevaisuudessa terveyskeskuksissa on tavattavissa sosiaaliohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä	”Ei lähitulevaisuudessa, mutta vähitellen.” ”Sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen on mentävä sinne, missä ihmiset asioivat ja luultavasti he asioivat sosiaali- ja terveyskeskuksissa paljon niin kuin nykyisin.” ”Heillä [sosiaalialan ammattilaisilla] on asiakaslähtöisyyteen vaadittavaa osaamista, jota nyt [terveydenhuollosta] puuttuu.”
Lähitulevaisuudessa sairaanhoitajien lääkkeen-määräämisoikeutta laajennetaan	”Tarkoituksenmukaisuuden tulee voittaa vallan hierarkiat [sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuksien lisäämiseksi]”
Ei todennäköistä eikä toivottavaa	
Lähitulevaisuudessa sairaanhoitajien lääkkeen-määräämisoikeutta laajennetaan	”Hyöty on minimaalinen, ja haitta lääkärin osaamiselle on ilmeinen: nuoret lääkärit eivät osaa arvioida tavallisia infektiosairauksia, kun sh: hoitavat ne (VTI, angina, konjunktiviitti). Tämä johtanee siihen, että lääkärin pakeille päätyvät hoitavat liikaa antibiooteilla.”

monipuolisempi yhteistyö koulutusalojen välillä mahdollistaisi ja turvaisi sen, että ammattiryhmät tuntevat toistensa osaamisen ja siten myös saisivat valmiudet toimia yhdessä.

”Näin [termit ja yhteistyön tekemisen tavat eriytyvät] voi tapahtua, jos jo koulutusten aikana ei ole tarpeeksi yhteistyötä.” (II kierros, panelisti F)

”Jos työyhteisöjä johdetaan oikein, rakentuu työyhteisön kieli aivan muun kuin koulutusten ympärille.” (II kierros, panelisti C)

Panelistit totesivat, että uusi työnjako edellyttää työtehtävien suunnitelmallisia siirtoja. Työtehtäviä kuvattiin siirrettävän yleensä korkeammin koulutetuilta matalamman koulutustason ammattilaisille. Käytännössä työtehtäviä siirretään myös alemmin koulutetulta korkeammin koulutetulle tilannekohtaisista tekijöistä, kuten työyksikön kiireestä ja resurssoinnista johtuen. Nykyinen

lainsäädäntö nähtiin mahdollistavan työtehtävien siirron ja uudenlaisen työnjaon ammattilaisten työnkuvien välillä, koska siinä ei ole luetteloitu tehtäviä työnkuvien mukaisesti. Poikkeuksena ovat lääkärin vastuulla olevat potilaan tutkimukseen, taudin määritykseen ja hoitoon liittyvät tehtävät.

Delfoin toisella kierroksella panelistit pitivät todennäköisenä, että lähitulevaisuudessa suomalaiset terveysasemat muuttuvat sairaanhoitajavetoisiksi. Tämä nähtiin ratkaisuna erityisesti pienille paikkakunnille ja harvaanasuilla alueille. Kuitenkin useamman ammattiryhmän yhteistyössä toteuttamaan toimintaa pidettiin yhden ammattiryhmän varaan rakentuvaa toimintaa parempana.

”Lääkäri-hoitaja-sosiaalityöntekijä työskentely tuottaisi parhaimman terveys- ja hyvinvointihöydydyn.” (II kierros, panelisti D)

Taulukko 4. Panelistien näkemykset todennäköisyydestä ja toivottavuudesta digitalisaation tuomia hyötyjä koskevassa väittämässä Delfoin toisella kierroksella.

Todennäköistä ja ei-toivottavaa	
Väittämä	Panelistien kuvaus
Digitalisaation tuomat hyödyt tulevat näkymään säästöinä eivät niinkään asiakkaan kanssa vietettynä aikana	”[D]igitalisaation myötä työnkuvat tulevat muuttumaan. Esim. robotiikka tuo ihan uusia tehtäväkuvia” ”Kustannushaasteet ajavat tähän suuntaan. Mutta edessä voi olla eriarvoisuus saadussa hoidossa liittyen yhtiöittämiseen.” ”Asiakkaalle annettava aika tulisi olla keskiössä. Digitalisaation tulisi tähdätä siihen, että jää enemmän aikaa asiakkaalle.” ”Perinteisen työn vähentymisen myötä tulisi resursseja siirtää lähimmäisyyden tukeen ja osallisuuden ylläpitoon, mutta raha voittaa pehmeät arvot”
Todennäköistä ja toivottavaa	
	”Eihän autonomiset palvelukäyttäjät, jotka ovat digifriikkejä edes halua olla kontaktissa. Tutkimuksemme [viittaus poistettu] osoittaa tämän selvästi. Miksi asiakkaan, joka haluaa digiä, kanssa pitäisi viettää aikaa.”

”Jos hallinnollisesti mietitään, niin [terveydenhuollon] johdossa tulisi olla lääkäri+hoitaja. Mutta hoitokontakteissa sh:t saavat mielellään olla etulinjassa ohjaamassa niitä avuntarvitsijoita, jotka eivät lääkäreitä tarvitse.”
(II kierros, panelisti A)

Delfoin toisella kierroksella panelistit olivat yksimielisiä siitä, että on sekä todennäköistä että toivottavaa, että sosiaalityöntekijät työskentelevät myös terveyskeskuksissa ja sairaanhoitajain työnkuvien laajentamista lääkkeenmäärämisoi-keuden osalta. (Taulukko 3.)

Robotiikka ja teknologia työnjaossa

Haastateltavat näkivät robotiikan ja teknologisten innovaatioiden yleistyvän vahvemmin terveydenhuollossa kuin sosiaalialalla ja vaikuttavat ammattilaisten työnkuviin ja työnjakoon sekä asiakkaan tehtäviin. Työnjaon näkökulmasta oleellista oli tunnistaa osa-alueet, mihin automatisointi ja robotisaatio soveltuvat paremmin kuin ihmistyö. Näitä olivat esimerkiksi kirjaaminen, tilastointi raportointi, ajanvaraus ja palveluohjaus. Terveys- ja sairausdiagnoosintuovan ratkaisuja sairauksien diagnosoimiseen, seurantaan ja hoitoon, ja esimerkiksi leikkaustoimenpiteissä robotisaation etuna olisivat tasalaatuisuus ja hygieniat. Lisäksi ammattilaisten toimintaa avustavat työtehtävät, kuten lääkkeenjako ja tilaus, varastojen täytön automatisoituminen, potilaan siirtoon liittyvät toiminnot nähtiin lähivuosina automatisoituvan tai siirtyvän robottien teke-

mäksi. Asiantuntijoiden mukaan kone ei kuitenkaan voi korvata läsnäoloa ja ihmiskontaktia, vaan vapautuvaa työtä voitaisiinkin kohdistaa vaatimaan asiakastyöhön ja asiakaskontaktiin. Sosiaalityössä robotisaation mahdollisuudet nähtiin kuitenkin rajallisina.

Asiakkaan ja ammattilaisten välisessä työnjaossa digitalisaation ei nähty hyödyttävän tasavertaisesti koko väestöä, mutta teknologiset ratkaisut nähtiin osaltaan mahdollisuutena tukea asiakkaan valtaistuvaa roolia sekä vaikuttamista ja sitoutumista omaan hoitoon. Työnjaon suhteen nähtiin olennaisena, että toimintojen automatisoituminen tai siirtyminen asiakkaan tehtäväksi vapauttaa ammattilaisten työaikaressurssia.

Delfoin toisella kierroksella panelistit pitivät todennäköisenä, mutta ei-toivottavana sitä, että digitalisaation hyödyt tulevat näkymään säästöinä eivätkä niinkään asiakkaan kanssa vietettynä aikana. (Taulukko 4.)

POHDINTA

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa siitä, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat ajattelevat meneillään oleva palvelurakenteen vaikutuksista sote-ammattilaisten työnjakoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan asiakkaiden roolin ja osallisuuden vahvistuminen ja valinnanvapaus sekä hoidon ja palvelun laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tavoitteet pakottavat uuteen työnjakoon. Asiantuntijoiden mukaan työnjaon tulisi perustua joustaviin

työnkuviin ja osaamiseen. Uudistettava työnjako edellyttää tehtävänsiirtoja ja robotiikan ja teknologian huomiointia. Asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että on todennäköistä ja toivottavaa, että asiakkaan roolin vahvistumisen lisäksi asiakkaalla on yhä suurempi vastuu esimerkiksi ennaltaehkäistä terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyviä ongelmia. Asiantuntijat olivat myös yksimielisiä siitä, että on todennäköistä, mutta ei-toivottavaa, että vastuu asiakkaista tulee hajautumaan entisestään useille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Asiantuntijat pitivät kuitenkin todennäköisenä ja toivottavana, että sote-alan koulutuksessa tehdään yhä enemmän yhteistyötä ja työnjaossa sosiaaliohjaajat ovat yhä vahvemmin terveyskeskuksissa ja sairaanhoitajien tehtävänkuvia laajennetaan.

Sote-uudistuksen keskiössä oleva asiakaslähtöisyys on avainasemassa sekä osoittamassa että purkamassa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteistä, ammattitehtävälähtöistä työnjakoa. Professioniin sidottu hierarkkinen rakenne on karsittu muodostanut tilanteen, jossa yksittäisten ammattilaisten intressit ovat ensisijaisia sosiaali- ja terveydenhuollon jaetun tavoitteen eli asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja palvelun suhteen (1). Asiantuntijat toivat tässä tutkimuksessa esille, että perinteinen työnjako on synnyttänyt sekä päällekkäisyyttä että palveluaukkoja (39,40), joten näiltä osin asiakaslähtöisyys ei toteudu. Tämän vuoksi olisi ensiarvoista tunnistaa työnjaon tehottomuutta ja arvoa tuottamatomat toimet ja löytää keinoja niiden poistamiseksi (9,11,13). Erityinen huomio kiinnittää sekä ammattilaisten työn sisältöihin että asiakkaiden palvelupolkuihin. Ongelmana on, että ammattilaiset eivät välttämättä tunne omien kollegojensa saati muiden ammattiryhmien tehtäviä. Lisäksi työnjakoa tarkasteleminen kokonaisuutena, asiakkaiden palvelupolkujen näkökulmasta on puutteellista.

Asiantuntijat esittivät sote-työnjaon keskeiseksi muutostekijäksi hoidon ja palvelun laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tavoitteet. Jotta työnjaossa voitaisiin saavuttaa asetetut tavoitteet, ensiarvoisen tärkeänä pidettiin niiden jalkauttamista ammattilaisten päivittäiseen toimintaan ja päätöksentekoon. Mikäli tavoitteeseen halutaan päästä, jatkossa tulisi ensiksikin lisätä vaikuttavuuden ja kustannus-

tehokkuuden oppisisältöjä sekä sote-alan perusteita täydennyskoulutukseen. Näiden avulla voitaisiin yhtenäistää hoitokäytäntöjä sekä vaikuttaa ammattilaisten työnkuviin ja käytettyihin työmenetelmiin. Toiseksi sosiaali- ja terveyspalveluissa laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa on tunnistettu puutteita järjestelmällisyydessä ja organisaatiot ovat toteuttaneet arviointia vaihtelevasti (2). Laadun tai vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia mittareita on rajallisesti erityisesti sosiaalialalla. Koska lähitulevaisuudessa palveluntuottajien määrän tulee kasvamaan ja kilpailu lisääntymään, ammattilaisten sisäisen ja välisen työnjaon ja sen tehokkuuden merkitys osoittamiseksi tulisi laatia vertailukelpoisia mittareita. Kolmanneksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien ja työnjaon kehittämistä on leimannut paikallisuus ja toteutuminen yksittäisten hankkeiden kautta, jolloin toimintamallit eivät ole levinneet laajemmille alueille (8). Toisaalta yhden ammatin tehtäväkuvien ja toimivallan muutosta ei ole aina huomioitu kokonaisvaltaisesti prosesseissa ja ammattien välisessä työnjaossa (22).

Ammattilaisten keskinäisen työnjaon lisäksi huomionarvoista on muuttuva työntekijöiden ja asiakkaiden välinen tehtävien jako (22,32). Asiakkaille tulee siirtymään sote-ammattilaiselle aiemmin kuuluneita tehtäviä kuten oman terveyden ja hyvinvoinnin seuranta ja hoito. Palvelunkäyttäjät tulevat toisaalta määrittämään aiempaa enemmän sitä, millaisia sisältöjä ja muotoja palveluilta edellytetään. Ammattilaisten ja asiakkaiden välinen työnjako on merkittävä myös siitä syystä, että sillä voidaan kenties hillitä kustannusten kasvua. Tämä vuoksi tulisi tunnistaa ja vakioida ne tehtävät, joita asiakkaille odotetaan siirrettävän ja kouluttaa myös tältä osin työntekijät tukemaan asiakkaiden osallisuutta. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa ollaan menossa kohti rajat ylittävää yhteistä työtä, kansalaisen ei tarvitse palveluihin tullessaan erottaa, kuka tai minkä alueen ammattilainen palvelun toteuttaa, joten ammatillisuudessa tulee korostumaan yhdessä tekemisen taidot. Työnjaon uudelleen tarkastelun perustana tulisi olla ammattilaisen vahva oman alan osaaminen ja tietämys sekä toisen ammattilaisen osaamisen ymmärtäminen.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Delfoi-menetelmän mukaisesti panelisteiksi valitaan pieni ryhmä, mutta valinnassa pyritään edustavuuteen (43). Lisäksi yleistettävyyden sijaan tavoitteena oli ensisijaisesti tuottaa induktiivisia näkemyksiä tulevaisuuden kehityskuluista. Anonyymillä, asiantuntijoihin keskittyvä ja iteraatiivinen Delfoi-prosessilla pyrittiin madaltamaan kynnystä tiedon tuottamiseen. (43) Ensimmäisen kierroksen haastatteluteemat laadittiin aikaisempaan tutkimustietoon perustuen ja toisen kierroksen teemat ensimmäisellä kierroksella esiin tulleisiin sisältöihin. Haastattelut toteutti kolme tutkijaa käyttäen samaa teemahaastattelurunkoa. Kaksi tutkijaa aukikirjoitti aineiston ja aineisto analysoitiin neljän tutkijan yhteistyöllä.

Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin luotamuksellisuutta ja yksityisyyden suojaamiseksi aineisto anonymioitiin ja tutkimuksen osallistujat tulivat vain tutkijoiden tietoon.

YHTEENVETO

Meneillään olevassa soteuudistuksessa palvelunkäyttäjän rooli tulee muuttumaan ja tulevaisuudessa asiakkaat ja potilaat määrittelevät yhä

enemmän toiminnan vaatimuksia, suuntaa ja asiakassuhteita. Asiakkaalle siirtyy vastuuta omasta hoidostaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle kuuluneita tehtäviä. Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on ollut ammattitehtävälähtöistä ja hierarkkista. Kokonaisvaltaisten ja yhtenevien palveluiden toteutuminen vaatii ammattilaisten työnjaolta joustavuutta, yhteistyötä eri sektoreiden ja ammattiryhmien välillä sekä ammatillisten autonomisuutta oman työn ja asiakkaan palveluiden järjestämiseen. Työnjaon on oltava laadultaan, vaikuttavuudeltaan ja kustannustehokkuudeltaan perusteltua, jotta asiakkaille voidaan taata eettisesti ja käytännöllisesti kestävä palvelu. Työnjaon uudistaminen edellyttää, että ammattilaisten sisäinen ja välinen osaaminen tunnistetaan sekä jokaisen ammattilaisen osaaminen hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteen saavuttamiseksi.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen ja Kangasniemi ovat toteuttaneet tutkimuksen suunnittelun ja käsikirjoituksen kirjoittamisen. Aineistonkeruun ja käsittelyn ovat totuttaneet Tolmala, Hämäläinen, Koskinen ja Asikainen.

Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M., Korhonen, S., Koskinen, M., Asikainen, N., Kangasniemi, M. *Perspectives of experts on the future division of labour in the health and social services – A Delphi study.* **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2019: 56: 27–41.**

Background: The ongoing health and social services reform, which aims to improve the quality and availability of care and services for customers and patients, also requires re-examination of the work of professionals.

Purpose of study: The purpose of this study is to describe the views of experts on the division of labour among professionals in the health and social care sector in the future.

Research methods: The data were collected using the Delphi method. The data collection was implemented in two rounds in the autumn of 2016 and spring 2017. Experts in the health and social care sector (n=16) were selected as participants. The first Delphi round consisted of individual interviews of the participants, and the sec-

ond was realised as an online questionnaire. The interview material was analysed using inductive content analysis, and the online questionnaire data according to a deductive structure prepared based on the first round. The final stage of the analysis consisted of a synthesis of the results.

Results: According to the results, current factors, new premises for the division of labour among professionals as well as new forms of services serve as an imperative for a new division of labour in health and social services. The findings indicate that "topical" factors "forcing" a re-examination of the division of labour include strengthening the role and involvement of customers, freedom of choice as well as the objectives of the efficacy and cost-effectiveness of treat-

ment and service. According to the participants, the division of labour of the professionals should be founded on the professionals' flexible job descriptions, a situation-based and competence-oriented division of labour and transfers of duties as well as the opportunities brought by robotics and technology.

Conclusions: The implementation of comprehensive and uniform services requires the division of labour among professionals to be flexible and involve cooperation between different sectors and professional groups as well as the autonomy

of professionals in organising their work and the customers' services. More research knowledge is needed to develop the division of labour, and improve the availability and quality of the care and services provided to customers and patients.

Keywords: Professional, expert, Dephoi-method, social- and health care, division of labor

Saapunut 04.03.2018
Hyväksytty 17.09.2018

LÄHTEET

- (1) Brommels M, Aronkytö T, Kananoja A, Lillrank P, Reijula K. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita; 2016; 37.
- (2) Kauppila T, Tuulonen A. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita; 2016; 5.
- (3) Tarasti L. Valtion aluehallinnon ja maakuntahallinnon uudistaminen lukuun ottamatta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista. Valtiovarainministeriön julkaisu; 2016; 3.
- (4) Huotari P, Havrdová Z. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care. *IJHCQA* 2016; 29 (8): 864–876. DOI: 10.1108/IJHCQA-06-2015-0070
- (5) Kork A. Portinvartija vai sisäaieheittäjä? Terveydenhuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveyskioskeista Englannista, Yhdysvalloissa ja Suomessa. *Hallinnontutkimus* 2016; 35(2), 94–116.
- (6) Kylänen M, Vuori J, Kangas H, Luoto S. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä –hankkeen loppuraportti. Grano Oy, Kuopio; 2015.
- (7) Hussain M, Malik M. Prioritizing lean management practices in public and private hospitals. *Journal of Health Organization and Management* 2016; 30(3): 457–474. DOI: 10.1108/JHOM-08-2014-0135
- (8) Männikkö M, Hanhinen S. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset. Helsinki; 2016; 5.
- (9) Cheng SH, Chen CC. Effects of continuity of care on medication duplication among the elderly. *Medical Care* 2014; 52(2): 149–156. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000042
- (10) Janiak BD, Rawson JV, Clayton SK. Unnecessary repeat radiologic examinations in the emergency department after interfacility transfer. *Journal of the American College of Radiology* 2015; 12(10): 1079–1081. DOI: 10.1016/j.jacr.2015.05.015
- (11) Ku L, Frogner BK, Steinmetz E, Pittman P. Primary care – Community health centers employ diverse staffing patterns, which can provide productivity lessons for medical practices. *Health Affairs* 2015; 34(1): 94–103. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0098
- (12) Moon HJ, Kim EK, Kwak JY, Yoon JH. Repeat ultrasound-guided fine-needle aspiration for thyroid nodules 10 mm or larger can be performed 10.7 months after initial non-diagnostic results. *American Journal of Roentgenology* 2016; (4): 823–828. DOI: 10.2214/AJR.15.15351
- (13) Johnson DP, Lind C, Parker SE, Beuschel C, VanVliet S, Nichols J, Rauch CA, Lee B, Muething SE. Toward high-value care: A quality improvement initiative to reduce unnecessary repeat complete blood counts and basic metabolic panels on a pediatric hospitalist service. *Hospital Pediatrics* 2016; 6(1): 1–8. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0099
- (14) Starbuck WH. The origins of organization theory. Kirjassa: Tsoukas G, Knudsen C. (toim.) *The Oxford Handbook of Organization Theory – Meta-theoretical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, Norfolk; 2005.
- (15) Harisalo R. Organisaatioteoriat. Tampere University Press, 2008.
- (16) Goodacre H. Technological progress and economic analysis from Petty to Smith. *The European Journal of The History of Economic Thought* 2010; 17: 1149–1168. DOI: 10.1080/09672567.2010.522240

- (17) Smith A. An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations. Teoksessa Campbell RH, Skinner AS. (Toim.). The Glasgow Edition of the Works and Correspondence of Adam Smith. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- (18) Kurz A. Technical progress, capital accumulation and income distribution in Classical economics: Adam Smith, David Ricardo and Karl Marx. *The European Journal of The History of Economic Thought* 2010; 17(5): 1183–1222. DOI: 10.1080/09672567.2010.522242
- (19) Goodacre H. Technological progress and economic analysis from Petty to Smith. *The European Journal of The History of Economic Thought* 2010; 17: 1149–1168. DOI: 10.1080/09672567.2010.522240
- (20) Aspromourgos T. 'Universal opulence': Adam Smith on technical progress and real wages. *The European Journal of The History of Economic Thought* 2010, 17 (5): 1669–1682. DOI: 10.1080/09672567.2010.522241
- (21) Johns G & Sacks A.M. Organizational behaviour: Understanding and managing life at work. Toronto: Pearson, Prentice Hall; 2005.
- (22) Strauss A. Work and division of labour. *The Sociological Quarterly* 1985; 26: 1–19.
- (23) Syed I, Daly T, Armstrong P, Lowndes R, Chadoin M, Naidoo V. How do work hierarchies and strict divisions of labour impact care worker's experiences of health and safety? Case studies of long term care in Toronto. *The Journal of Nursing Home Research* 2017; 2: 41–49.
- (24) Daly T, Struthers J, Muller B, Taylor D, Goldmann M, Doupe M, Jacobsen FF. Prescriptive or interpretive regulation at the frontlines of care work in the three worlds of Canada, Germany and Norway. *Labour/Le Travail. Journal of Canadian Labour Studies* 2016; 77: 1–35.
- (25) Widmark C, Sandahl C, Piuva K, Bergman D. What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care* 2016; 30: 50–55. DOI: 10.3109/13561820.2015.1055716
- (26) Bucher S, Chreim S, Langley A, Reay T. Contestation about collaboration: discursive boundary work among professions. *Organization Studies*; 2016: 37: 497–522. DOI: 10.1177/0170840615622067
- (27) Carmel S, Baker-McCleary D. Expert nurses and the division of labour in hospitals. *Health* 2011; 16: 282–297. DOI: 10.1177/1363459311411166
- (28) Oksanen P, Palmgrén J, Aalto J. Prossimallinnus lääkehuollon organisaatiossa – laatu ja kustannustehokkuus. *Dosis* 2011; 27: 9.
- (29) Vuokko R, Mäkelä M, Komulainen J, Meriläinen O. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2011.
- (30) Payne M. Identity politics in multi-professional teams: palliative care social work. *Journal of Social Work* 2006; 6: 137–150. DOI: 10.1177/1468017306066741
- (31) Mintzberg H. *The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1979.
- (32) Daly T, Szebehely M. Unheard voices, unmapped terrain: care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International Journal of Social Welfare*. 2012; 21:139–148. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2011.00806.x
- (33) Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago; The University of Chicago Press; 1988.
- (34) Bourgeault I, Grignon M. A Comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *The European Journal of Comparative Economics*, 2013; 10: 199–223.
- (35) WHO. (2016). Integrated care models: An overview. Haettu 4.3.2018.
- (36) International Labor Organization. Options for the Classification of Health Occupations in the Updated International Standard Classification of Occupations (ISCO-08). <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/healthocc.pdf> Haettu 4.3.2018.
- (37) Best RG. Task overlap among primary care team members: an opportunity for system redesign? *Journal of Healthcare Management* 2006; 51(5): 295–306.
- (38) Teräs M. Inter-professional working and learning: instructional actions and boundary crossing or boundary making in oral healthcare. *Journal of Education and Work* 2016; 29: 614–636.
- (39) Tucker H. Discovering integrated care in community hospitals. *Journal of Integrated Care* 2013; 21: 336–346.
- (40) Djukic M. & Kovner CT. 2010. Overlap of registered nurse and physician practice: implications for U.S. health care reform. *Policy, Politics & Nursing Practice* 11(1): 13–22. DOI: 10.1177/1527154410365564
- (41) Russell ML & McIntyre L (2009). Boundaries and overlap: community medicine or public health doctors and primary care physicians. *Canadian Family Physicians* 55: 1102–1103.
- (42) Wetterneck TB, Lapin JA, Krueger DJ, Holman GT, Beasley JW, Karsh BT. Development of a primary care physician task list to evaluate clinic visit workflow. *BMJ Quality & Safety* 2012; 21: 47–53. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000067

- (43) Kuusi O. Delfoi-tekniikka tulevaisuuden tekemisen välineenä. Teoksessa M. Vapaavuori (toim.) Miten tutkimme tulevaisuutta? Acta Futura Fennica. No. 5. Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry. Painatuskeskus. Helsinki, 1993, 132–140.
- (44) Bell, Judith 2006: Doing your Research Project. A guide for first-time researchers in education, health and social science. 4. Edition. Berkshire: Open University Press.

ANNIKA TOLMALA
Terveystieteiden kandidaatti, TtM-opiskelija
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos

JOHANNES KOPONEN
DI, teemajohtaja
Demos Helsinki

MIRJA HÄMÄLÄINEN
VTK, tutkija
Demos Helsinki

SATU KORHONEN
VTM, tutkija
Demos Helsinki

MINEA KOSKINEN
YTK, tutkija
Demos Helsinki

NOORA ASIKAINEN
VTK, tutkija
Demos Helsinki

MARI KANGASNIEMI
Dosentti, TtT, Yliopistonlehtori
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos