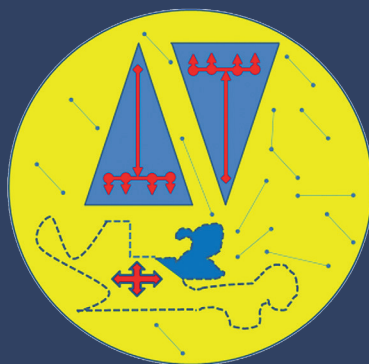


# TYÖNJAOLLA TUOTTAVUUTTA JA TYÖN MIELEKKYYTTÄ

Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit  
fysioterapeuttien ja lääkäreiden  
työn määrittäjinä



MARIKA KYLÄNEN, JARI VUORI, HELI KANGAS, SATU LUOTO



ITÄ-SUOMEN  
YLIOPISTO



Työsuojelurahasto  
Arbetarskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



# TYÖNJAOLLA TUOTTAVUUTTA JA TYÖN MIELEKKYYTTÄ

Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit  
fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä

Marika Kylänen, Jari Vuori, Heli Kangas, Satu Luoto

## TSR loppuraportti

Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä: Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä –hankkeen loppuraportti 1.5.2015

Tutkimushanketta on rahoittanut Työsuojelurahasto.

Copyright © 2015 kirjoittajat

Painopaikka: Grano Oy, Kuopio 2015

ISBN: 978-952-61-1806-2 (nid.)

ISBN: 978-952-61-1807-9 (PDF)

## LUKIJALLE

Tämä kirja on Työsuojelurahaston rahoittaman ”Terveydenhuollon ammattien työnjaon johtamisen vaikutus työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen” –tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Hankkeessa tarkasteltiin kahden lineaarisen palvelumallin (professio- ja asiakasmalli), ja näiden epälineaaristen piirteiden synnyttämän palvelumallin (perhosefektimalli) yhteyttä työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen terveydenhuollossa. Hanke toteutettiin yhteistyönä Itä-Suomen yliopiston Jari Vuoren johtaman PubPri-tutkimusryhmän tutkijoiden, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote), Lahden sosiaali- ja terveystoimen ja Kirkkonummen perusturvan kanssa.

Kirjan läpi kulkeva teema lineaarisesta työnjaosta fysioterapeuttien ja lääkärien välillä nähdään usein ideaalina, vaikka se ei kovin usein toteudu käytännössä. Epälineaaristen tekijöiden vaikutusta ei ole juurikaan tutkittu fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaossa. Erityisen vähän meillä on Suomessa tietoa siitä, millaisia haasteita ja mahdollisuuksia epälineaariset tekijät luovat fysioterapeuttien ja lääkäreiden väliselle työnjaolle. Nämä haasteet ja mahdollisuudet meidän on silti tunnistettava, jotta terveydenhuollon tuottavuus ja vaikuttavuus paransi. Tämä teos etsii ja tutkii noita haasteita ja mahdollisuuksia. Tästä mahdollisuudesta haluamme kiittää Työsuojelurahastoa.

Haluamme osoittaa erityiset kiitoksemme fysioterapeuteille ja lääkäreille, jotka mahdollistivat tutkimus- ja kehittämishankkeen toteutuksen ja tuottivat arvokasta aineistoa työnsä kehittämiseksi. Yhteistyötahoistamme Suomen Fysioterapeutit ry - Maarit Keskinen, Eksote - Merja Tepponen ja Markku Hupli, Lahden sosiaali- ja terveystoimi - Ismo Rautiainen ja Pirkko Heinonen, sekä Kirkkonummen perusturva ansaitsevat lämpimät kiitokset erinomaisesta yhteistyöstä hankkeen aikana. Hankkeemme on kytkeytynyt toteutuksensa aikana myös muihin kansallisiin ja kansainvälisiin hankkeisiin ja toimijoihin, joiden kanssa on ollut ilo tehdä yhteistyötä.

Tämän kirjan kirjoittajat ovat tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkijoita ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. Toivomme, että kirja tarjoaa virikkeitä ja yhteistyön ideoita työnjakoa pohtiville ja ilmiötä tutkiville ja siitä käytännössä vastaaville tahoille. Lisäksi toivomme, että kirja herättää keskustelua sellaisista työnjaon kysymyksistä, jotka ovat fysioterapeuttien ja lääkärien työhyvinvoinnille ja ammatillisen toimijuuden toteutumiseksi tärkeitä myös laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kuopiossa 1.5.2015

Marika Kylänen, Jari Vuori, Heli Kangas ja Satu Luoto

## TIIVISTELMÄ

Työnjakoa tehtäessä on oletettu perinteisesti, että selkeät tehtävien siirrot ammattiryhmältä toiselle tai asiakaslähtöisyyden korostaminen asiantuntijuuden sijaan parantavat työn tuottavuutta, vaikuttavuutta ja mielekkyyttä. *Lineaarisisessa* työnjaossa työ muodostuu osiensa summaksi, joka on määriteltävissä rationaalisesti työvaiheittain. Rationaaliset työnjakomallit toteutuvat silti harvoin käytännössä, koska *epälineaariset tekijät* eli ennakoimattomat, satunnaiset ja tunnistamattomat tekijät estävät järjestelmällisen etenemisen työvaiheittain. ”Satunnaiset yllätykset toisaalta myös ruokkivat työn mielekkyyttä”, koska ne luovat mahdollisuuden uusiutua.

Lineaariset työn organisointimuutokset eivät tavallisesti auta löytämään epälinearisuuden synnyttämiä innovaatioita ja parhaita käytäntöjä. Epälineaarinen työnjako ilmenee tilanteissa, joissa lineaariset työvaiheet eivät toimi tai tuottavat ennalta arvaamattomia tuloksia. Näin työ ei olekaan osiensa summa, vaan satunnaisten tekijöiden muokkaamien työvaiheiden summa. Nämä saattavat vaikuttaa merkittävästi työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen, mutta ne eivät ole johtajien tiedossa.

Tämä tutkimus- ja kehittämishanke tarkastelee kahden lineaarisen palvelumallin, ja näiden epälineaaristen piirteiden, synnyttämän palvelumallin yhteyttä työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen terveydenhuollossa. Lineaarinen työnjako viittaa tässä kahteen eri palvelumalliin: professionaaliseen ja asiakaslähtöiseen. Epälineaarinen työnjako viittaa palvelumalliin, jossa on tunnistettavissa ns. perhosefektejä eli palveluprosessiin vaikuttavia ennakoimattomia, satunnaisia ja tunnistamattomia tekijöitä.

*Professiopalvelumallissa* lineaariset työvaiheet ohjautuvat asiantuntijuuden ehdoilla. *Asiakaspalvelumallissa* lineaarisia työvaiheita ohjaa asiakas. Toisin kuin professiopalvelumallissa, ammattilaisen rooli määräytyy asiakaspalvelumallissa asiakkaan palvelutarpeen, ei työntekijän aseman ja koulutuksen pohjalta. *Perhosefektipalvelumallissa* on puolestaan kysymys työn tuottavuuteen ja mielekkyyteen vaikuttavien satunnaisuuksien tunnistamisesta palveluprosessissa. Nämä tekijät ovat saattaneet ajan saatossa luoda jopa, vielä tunnistamattoman, parhaan toimintatavan.

Tutkimuksessa vertaillaan erityisesti Eksoten (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö) ja Kirkkonummen perusturvassa käytössä olevia palvelumalleja. Lahden palvelumalli muodostui tutkijoille ymmärrystä lisääväksi kohteeksi, jota ei kuitenkaan tässä yhteydessä tarkastella erikseen. Kiinnostuksen kohteena ovat työnjaon yhteys fysioterapeuttien ja lääkärien työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen. Kysymyksen käytännöllinen hyöty on merkittävä, kun tiedämme, että näissä molemmassa ammattiryhmissä työhön sitoutumisen haasteet ovat kasvaneet vuosien myötä.

Tutkimuskysymykset ovat 1) Miten työnjako vaikuttaa työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen lineaarisissa professio- ja asiakaspalvelumalleissa? 2) Miten perhosefektipalvelumallin epälinearisuus kyseenalaistaa professio- ja asiakaspalvelumallien lineaarisuuden? 3) Voiko perhosefektipalvelumallissa työ olla mielekkäämpää ja tuottavampaa kuin professio- ja asiakaspalvelumallissa?

Tutkimus on luonteeltaan arviointitutkimus, joka perustuu neljään aineistoon: työntekijöiden ja johdon henkilöstöhaastatteluihin (N=60), eläytymistarinoihin (N=60) sekä ryhmähaastatteluun ja dialogiseminaareihin (N=2). Lahden lääkäreiden osalta haastattelut eivät toteutuneet lukuisista yrityksistä huolimatta. Ryhmähaastattelu järjestettiin Kirkkonummella ja Eksotessa vuonna 2014.

Ryhmähaastatteluun ja dialogiseminaariin kutsuttiin haastatellut työntekijät ja johtajat (Kirkkonummi N=14, Eksote N=20).

Ryhmähaastattelut ja seminaarit Kirkkonummella ja Eksotessa vahvistavat eläytymistarinoista ja haastatteluista syntynyttä kuvaa työnjaosta: asiakaslähtöisyys ja professionaalisuus ohjaa käsityksiä, mutta molemmissa haasteet liittyvät opitusta käyttäytymisestä poisoppimiseen. Työnjaossa painottuu yhdessä mietityn työnjaon tärkeys sisältäen päällekkäisten tehtävien poistamisen, hyvän tiedottamisen, suunnitelmallisuuden, hoitoarvion toimivuuden, tuki- ja liikuntaelinsairauksien päivystysaikojen järjestämisen, konsultaatiomahdollisuuden ja ajanvarauksen toimivuuden.

Molemmissa tutkimuksen kohdeorganisaatioissa työn mielekkyys lisääntyy, kun ammattiryhmien osaamista ja yhteistyötä hyödynnetään. Kysymys sen sijaan on: miksi sitä ei hyödynnetä, vaikka se olisi kustannustehokkaampaa ja hoidollisesti vaikuttavampaa? Työn mielekkyyden tutkiminen nostaa esille enemmän työn ulkopuolisia kuin sisäisiä tekijöitä esim. kannustamisen työkyvyn ylläpitoon, hyvät työtilat ja resursoinnin. Työn mielekkyyden kokemiseen heijastuvat myös työnjakoa koskevat päällekkäisyyksien ongelmat, palkkukseen liittyvät tekijät, oman työn kehittämismahdollisuudet ja aikaresurssit. Työn mielekkyyttä parantaa asiakaslähtöisyys ja se, että asiakkaat osallistuvat ja sitoutuvat aktiivisesti omaan hoitoonsa.

Tutkimustuloksena voi todeta, että työnjako vaikuttaa selvästi työn tuottavuuteen ja mielekkyyteen lineaarisissa malleissa. Tässä tutkimuksessa oli silti havaittavissa, että professiopalvelumallia noudattavassa organisaatioissa (Kirkkonummi) haluttiin olla asiakaslähtöisempiä, ja asiakaspalvelumallia tavoittelevassa organisaatioissa (Eksotessa) yritettiin edelleen päästä eroon professiolähtöisestä mallista. Terveystuon palvelujen lineaarinen organisointi ja ohjaus eivät silti onnistu helposti, jos esimerkiksi asiakkaat omilla toimillaan estävät sen (vrt. asiakkaiden halu saada sairauslomaa kuntoutumisen sijaan).

Perhosefektimalli, joka koostuu äärettömästä joukosta satunnaisuuksia arkipäivän palveluprosesseissa, asettaa kyseenalaiseksi lineaariset mallit monella tavoin. Lohdullista johtamiselle on se, että osa näistä satunnaisuuksista on hallittavissa.

Työnjaon epälineaarisuuksien tunnistamisella voi olla lukuisia vaikutuksia. Ensiksi, fysioterapeuttien osaamista voisi hyödyntää nykyistä monipuolisemmin heidän työnsä mielekkyyden, kannustavuuden ja tuottavuuden lisäämiseksi. Toiseksi, perusterveydenhuollon lääkärit arvostavat fysioterapeuttien osaamista ja kokevat hyötyvänsä heidän konsultoinnistaan – tämä tulisi saattaa laajempaan tietoisuuteen, jotta asiakkaatkin oppisivat arvostamaan fysioterapeuttien osaamista jo primääritasolla. Kolmanneksi, inhimillisten resurssien näkökulmasta työnjaon organisointi siten, että molempien ammattikuntien osaamista käytetään oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikeille asiakkaille, lisää työn tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Neljänneksi, jos johtajat vaikka taloudellisiakin kannustimia hyödyntämällä saisivat fysioterapeutit motivoitua osallisiksi hoitoprosesseihin jo akuuttivaiheesta lähtien, ohjaisi se kalliimman lääkäriytyövoiman käyttöä tarkoitukseenmukaisemmin. Lopuksi, nyt terveydenhuollossa muodissa oleva tuotannon ohjauksellisuus, tekninen työnjako standardoituina työvaiheina, voi liian pitkälle vietyinä johtaa fysioterapeuttien ja lääkärin kokeman työilön heikentymiseen - heille oman työn hallinta, luovuus, oppiminen ja yritteliäisyys näyttäisivät muodostavan ”suorittamista” tärkeämmän työn mielekkyyden ytimen.

# Sisällysluettelo

1 JOHDANTO .....	7
1.1 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon vaikuttavuudesta ja mielekkyydestä .....	7
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja rakenne .....	10
2 KOHTI TYÖNJAKOA, TYÖN MIELEKKYYTTÄ JA TUOTTAVUUTTA .....	12
2.1 Työnjako ja lähikäsitteet .....	12
2.1.1 Työnjako ja työn mielekkyys .....	12
2.1.2 Työnjako terveydenhuollossa: riskit työn mielekkyydelle .....	18
2.1.3 Työnjaon tehokkuusankkurit: tuottavuus, vaikuttavuus ja dynaamisuus.....	22
2.2 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjako .....	26
2.2.1 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon historiasta.....	26
2.2.2 Kokemuksia fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaosta.....	30
2.3 Terveyspalvelumallien lineaarinen ja epälineaarinen työnjako .....	35
2.3.1 Lineaarisuuden ja epälineaarisuuden johtaminen .....	35
2.3.2 Kolme palvelumallia: professio-, asiakas- ja perhosefektimalli .....	38
2.3.3 Kolmen palvelumallin kuvaus kolmessa kunnassa.....	41
3 FYSIOTERAPEUTTIEN JA LÄÄKÄREIDEN TYÖNJAON ARVIOINTI .....	47
3.1 Tutkimuksen tavoite, aineisto ja menetelmät.....	47
3.2 Ryhmähaastattelu ja dialogiseminaari: toteutus.....	51
4 FYSIOTERAPEUTTIEN JA LÄÄKÄRIEN TYÖNJAON ARVIOINNIN TULOKSET .....	55
4.1 Eksote tutkimuksen kohdeorganisaationa .....	56
4.2 Kirkkonummi tutkimuksen kohdeorganisaationa .....	59
4.3 Työnjaon ja työn mielekkyyden keskeiset erot eläytymistarinoissa ja haastatteluissa .....	61
4.4 Työnjako, tuottavuus ja työn mielekkyys ryhmähaastatteluissa ja dialogiseminaareissa.....	74
5 PÄÄTELMÄT .....	80
LÄHTEET.....	84
LIITTEET .....	95



# 1 JOHDANTO

## 1.1 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon vaikuttavuudesta ja mielekkyydestä

Kysymys työnjaosta on johtamisen ydinkysymyksiä: ”Mitä lisäarvoa työnjako tuo työntekijälle, organisaatiolle ja asiakkaalle?” Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käyty vuosia keskustelua hoitajien ja lääkärien välisestä työnjaon toimivuudesta ja työn mielekkyydestä. Myös fysioterapeuttien työnkuvat ovat laajentuneet ja tehtäväsiirtoja lääkäriltä fysioterapeuteille on tehty sekä perusterveydenhuollossa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005) että erikoissairaanhoidossa (Kukka 2010, Teppo 2011). Fysioterapeuttien ja lääkärien työjako on muodostunut yhä tärkeämmäksi kysymykseksi kansallisesti ja kansainvälisesti. Haasteeksi on muodostunut erityisesti palvelujen resurssien oikea kohdentuminen (Grönroos 2006). Perusterveydenhuollon palveluja käyttävät usein samat asiakkaat, jolloin palvelut eivät jakaannu välttämättä oikeudenmukaisesti. Asiakkaat ohjautuvat liian usein väärin, mikä vaikeuttaa työprosesseja. Jos palveluja käytetään toistuvasti samojen tarpeiden vuoksi, kysymys on tuottavuuden lisäksi työn mielekkyydestä.

Työnjaon tuottavuus, vaikuttavuus ja työn mielekkyys ovat sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ydinkysymyksiä tulevaisuudessa. Julkisen talouden budjettivaje edellyttää työajan käytön tehostamista ja palvelujen parempaa kohdentumista asiakkaille. Huomioitavaa on, että terveydenhuollossa työnjakoa ei ohjaa vain asiakkaan saama hyöty, vaan myös erilaiset ohjeet, normit ja säädökset. Kun säädösten ja normien annetaan määrittää työnsisältöjä, työnjaossa ammattien keskinäisillä valtasuhteilla on taipumus korostua – etenkin kun asiakkaiden tarpeet eivät ole välttämättä heti tarkasti tunnistettavissa. Haasteena on, että ammattilaiset eivät ehkä tiedä riittävästi toistensa osaamisalueista työnjaon tehostamiseksi. Vaikka terveydenhuollossa hoito- ja palveluketjut ja prosessit ulottuvat yhä enemmän yksikkö-, hallinto- ja sektorirajojen yli,

toistaiseksi kehitystä on tapahtunut eniten perusterveydenhuollossa (ks. Viitanen ym. 2007; Collin ym. 2012).

Työn jakamisen ja uudelleen organisoimisen tarkoituksena on työyhteisön toiminnan tehokkuuden ja suorituskyvyn lisääminen sekä työntekijän työssä jaksamisen tukeminen. Terveysthuollon organisaatioiden mukaan Suomessa tehtäväkuvien laajentamisella tai tehtävänsiirroilla halutaan parantaa työn joustavuutta. Muutoksilla voidaan tavoitella myös henkilöstön työmotivaation ja hyvinvoinnin lisäämistä (Vuori 2001).

Terveysthuollon ammattihenkilöillä ja ammattijärjestöillä on erilainen rooli työnjaon organisoimisessa. Terveysthuollon ammattihenkilöstön toimintaa määritellään laeilla ja asetuksilla. Terveysthuollon ammattihenkilölaki ei puutu ammattiryhmien väliseen työnjakoon. Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä (559/1994:2§) antaa tosin mahdollisuuden siirtää tehtäviä tarpeen mukaan ammattiryhmältä toiselle. Tehtäviä voidaan jakaa koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon antamien valmiuksien mukaan. Sen sijaan ammattijärjestöillä voidaan todeta olevan merkittävä rooli työnjaon määrittäjänä. Esimerkiksi Suomen Lääkäriliiton hallitus linjasi 22.8.2014 muistiossaan ”Lääkärin asema terveysthuollossa ja terveysthuollon johtaminen”, että ”Työnjakoa terveysthuollossa tulee kehittää tarkoituksenmukaiseksi niin, että kunkin ammattiryhmän tehtäväkuva ja osaaminen vastaa väestön muuttuviin tarpeisiin.” (SLH 2014, 6).

Työnjaon suhteen yksi keskeinen haaste liittyy kyseisen muistion toteamukseen: ”On kustannustehokasta ja potilaan kannalta mielekästä, jos lääkäri saa käyttää potilaskohtaisen vastaanottoajan potilaan kanssa keskusteluun, tutkimiseen, diagnoosin tekoon, hoitotoimenpiteisiin ja jatkohoidon ohjeistukseen” (emt. s. 6). Kysymys kuuluu: tuleeko näin tapahtua silloinkin, kun

lääkäri tietää, ettei hän ole soveliaain käymään keskustelua, vaikka potilas sitä haluaisikin? Kysymys on muodostunut haasteeksi, koska korkeasti koulutetut ammattilaiset joutuvat tekemään usein varsin mekaanisia tehtäviä, jopa liukuhihnamaisen teknisesti. Moniammatillista yhteistyötä ja työn jakamista sen mukaisesti on korostettu vuosia (vrt. Elwyn ym. 2001; Collin ym. 2012), mutta vastuukysymykset, organisaatioiden rakenteet ja joustavat työroolit ovat jatkuvia organisatorisia haasteita (Isoherranen 2012). Työntekijät eivät ehkä koe työtään mielekkääksi, mikäli samalla kun he tuottavat suoritteita, työ itsessään ei palkitse tai tuottavuus on liian teknistä - hoidettu potilas ei tulekaan hoidetuksi.

Työnjako on yksi keskeisimpiä johtamisen ja organisoinnin käsitteitä läpi historian. Organisaatio- ja johtamistieteissä työnjakoa on tutkittu aina 1800-luvulta lähtien (George 1972, 1-9; Harisalo 2010). Kansainvälistä tutkimusta on tehty jo 1980-luvulta lähtien (Daker-White ym. 1999) muun muassa Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa, Etelä-Afrikassa, Hollannissa, Ruotsissa ja Norjassa (Lindström 2003; Holdsworth ym. 2004, 2006a, 2006b, 2007, 2008; Leemrijse ym. 2008; Webster ym. 2008; Blackburn ym. 2009; Bostedt 2009; Kukka 2010; Nordeman 2011; Pendergast ym. 2011; Boissonnault & Ross 2012; Desmeules ym. 2012). Tehdyt työnjaot liittyivät yleisimmin tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien (TULE-sairauksien) hoitoon (Desmeules ym. 2012) perusterveydenhuollossa (Daker ym. 1999; Holdsworth ym. 2004, 2006a, 2006b; Nordeman 2011; Bath & Janzen 2012; Ludvigsson & Enthoven 2012), päivystyksessä (Jibuike ym. 2003; Ball ym. 2007; McCellan ym. 2010; Taylor ym. 2011) sekä sairaaloiden yleisillä ortopedisilla klinikoilla (Daker-White ym. 1999; Oldmeadow ym. 2007; Bath & Janzen 2012) ja selkäklinikoilla (Weatherley & Hourigan 1998; Blackburn ym. 2009; Desmeules ym. 2013). Työnjakojen muutokset on mahdollistanut yleensä terveydenhuoltoa koskevat poliittiset muutokset (Nancarrow & Borthwick 2005). Kansallisesti lääkärin ja fysioterapeutin työnjakoa on tutkittu vähemmän kuin

lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa (Niskanen ym. 2004; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005; Lakka 2008; Teppo 2011; Salin ym. 2012).

## **1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja rakenne**

Tämä tutkimus- ja kehittämishanke jatkaa tiedon kumulointia fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaosta perusterveydenhuollon, erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksien kontekstissa, tuottaen uutta tietoa työnjaosta myös työn mielekkyyden ja tuottavuuden näkökulmasta. Terveystenhoito voi olla nykyistä vaikuttavampaa ja kustannustehokkaampaa, jos se on tekijöilleen palkitsevaa.

Mielenkiintomme kohteena on se, saavutetaanko fysioterapeutin työpanoksella, jonka yksikkökustannus organisaatiolle on alhaisempi kuin lääkärin, parempi hyöty asiakkaalle ja merkityksellisempi työnsisältö fysioterapeutille, jos työnjakoa fysioterapeuttien ja lääkärien välillä muutetaan. Luonnollisesti sama voidaan kysyä lääkärin työn kohdalla: lääkärin työpanos, joka ei vastaa asiakkaan tarpeisiin, laskee hoidon vaikuttavuutta (laatua), tuottavuutta ja vähentää lääkärin työn mielekkyyttä. Millaisia dynaamisia tehostamisen tapoja on olemassa, joissa työn mielekkyys paranisi? Kartoitimme henkilöstöhaastatteluin, miten professio- ja asiakaslähtöinen työtapa vaikuttaa ammattilaisten työn tuottavuuteen ja mielekkyyteen. Tarkoituksena oli arvioida myös sitä, miten tuottavuutta voidaan johtaa siten, että työn vaikutukset lisääisivät samalla kahden eri ammattiryhmän, fysioterapeuttien ja lääkärin, työn mielekkyyttä. Tutkimukset, jotka eivät koske fysioterapeuttien ja lääkäreiden välistä työnjakoa on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

Työnjakoa tehtäessä on oletettu perinteisesti, että selkeät tehtävien siirrot ammattiryhmältä toiselle tai asiakaslähtöisyyden korostaminen asiantuntijuuden sijaan, parantavat työn tuottavuutta, vaikuttavuutta ja mielekkyyttä. Linearisessa työnjaossa työ muodostuu osiensa summaksi, joka on

määriteltävissä rationaalisesti työvaiheittain. Rationaaliset työnjakomallit toteutuvat silti harvoin käytännössä, koska epälineaariset tekijät eli ennakoimattomat, satunnaiset ja tunnistamattomat tekijät estävät järjestelmällisen etenemisen työvaiheittain. Lineaariset työn organisointimuutokset eivät auta tavallisesti löytämään epälineaarisuuden synnyttämiä innovaatioita ja parhaita käytäntöjä. Epälineaarinen työnjako ilmenee tilanteissa, joissa lineaariset työvaiheet eivät toimi tai tuottavat ennalta arvaamattomia tuloksia. Näin työ ei olekaan osiensa summa, vaan satunnaisten tekijöiden muokkaamien työvaiheiden summa. Nämä saattavat vaikuttaa merkittävästi työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen, mutta ne eivät ole johtajien tiedossa.

Tämä tutkimus- ja kehittämishanke tarkastelee kahden lineaarisen palvelumallin, ja näiden epälineaaristen piirteiden synnyttämän palvelumallin yhteyttä työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen terveydenhuollossa. Lineaarinen työnjako viittaa tässä kahteen eri palvelumalliin: professiolähtöiseen ja asiakaslähtöiseen. Epälineaarinen työnjako viittaa palvelumalliin, jossa on tunnistettavissa ns. perhosefektejä eli palveluprosessiin vaikuttavia ennakoimattomia, satunnaisia ja tunnistamattomia tekijöitä. (vrt. Vuori 2005.) Professiopalvelumallissa lineaariset työvaiheet ohjautuvat asiantuntijuuden ehdoilla. Asiakaspalvelumallissa lineaarisia työvaiheita ohjaa asiakas. Toisin kuin professiopalvelumallissa, ammattilaisen rooli määräytyy asiakaspalvelumallissa asiakkaan palvelutarpeen, ei työntekijän aseman ja koulutuksen pohjalta. Perhosefektipalvelumallissa on puolestaan kysymys työn tuottavuutta ja mielekkyyttä lisäävien satunnaisuuksien tunnistamisesta palveluprosessissa.

Tutkimuksessa vertaillaan erityisesti Eksoten (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri), ja Kirkkonummen perusturvassa käytössä olevia palvelumalleja. Kiinnostuksen kohteena on työnjaon yhteys fysioterapeuttien ja lääkärien työn mielekkyyteen, tuottavuuteen ja ammatti-identiteettiin. Kysymyksen käytännöllinen hyöty on merkittävä, kun tiedämme, että näissä molemmissa

ammattiryhmissä työhön sitoutumisen haasteet ovat kasvaneet vuosien myötä (vrt. esim. tilastot alaa vaihtavista fysioterapeuteista, lääkärien täyttämättömät toimet).

Tutkimuksen rakenne on seuraava. Luku kaksi käsittelee fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon teoriaa. Alaluvussa 2.1 kuvaamme tutkimus- ja kehittämishankkeen keskeisiä avainkäsitteitä, joita ovat työnjako, työn mielekkyys, työ, tuottavuus ja vaikuttavuus. Käsittelemme käsitteiden historiaa ja erityisesti työnjaon yhteyttä tehokkuuden kolmeen ankkuriin: tuottavuuteen, vaikuttavuuteen ja dynaamisuuteen. Alaluvussa 2.2 tarkastelemme fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon historiaa, ja otamme silmäyksen fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon käytänteisiin erityisesti Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Isossa-Britanniassa. Alaluvussa 2.3 esittelemme kaksi pääosin lineaarista työnjaon mallia: professio- ja asiakaspalvelumallin, sekä epälineaarisen palvelumallin, jota kutsumme perhosefektimalliksi. Luvussa kolme kuvaamme tutkimuksen tavoitteen, aineistot ja menetelmät. Luku neljä sisältää empiirisiä tuloksia fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon arvioinnista tutkimuksen kohdeorganisaatioissa, jonka jälkeen esitämme päätelmät.

## **2 KOHTI TYÖNJAKOA, TYÖN MIELEKKYYTTÄ JA TUOTTAVUUTTA**

### **2.1 Työnjako ja lähikäsitteet**

#### 2.1.1 Työnjako ja työn mielekkyys

*Työnjaolla* viitataan usein tehtävien, osaamisen, resurssien ja ajan kohdentamiseen asiakkaiden, työntekijöiden ja organisaation tavoitteita palvelevasti tietyssä ajassa, paikassa ja tilanteessa.

Työnjaon käsitettä käytetään usein kolmessa merkityksessä: teknisenä, sosiaalisena ja sukupuolisena. *Tekninen työnjako* kuvaa yleensä tuotantoprosessia. *Sosiaalisessa työnjaossa* on kyse siitä, miten koko yhteiskunnassa työ jakautuu ja mitä kielteisiä seurauksia työnjaolla on. *Sukupuolinen työnjako* tarkastelee työn työtehtävien jakautumista miesten ja naisten välillä. Tarkastelemme tässä teknisen ja sosiaalisen työnjaon kysymyksiä terveydenhuollon kontekstissa, vaikka terveydenhuollon ammattien naisistumisella on kiistatta yhteys työnjakoon ja työn organisointiin (ks. esim. Etzioni 1964; Vuori 2007).

Taloustieteilijä Adam Smith (1776) määritteli teknisen työnjaon siten, että mitä pidemmälle tuotantoprosessi on eriytetty, niin sitä tehokkaampi tuotantojärjestelmä on. Tuotantoprosessissa työvaiheet jaetaan työntekijöille minuutin tarkkuudella erilaisiin toimenpiteisiin, koska jokaisen työntekijän erikoistuuessa toistuviin toimenpiteisiin, heidän asiantuntemuksensa samalla kehittyä ja tehdyn työn virhemarginaali vähenee eli laatu paranee. Tästä syntyi 100 vuotta myöhemmin organisaation tehokkuuden perusta pitkäksi aikaa – vasta teollisen yhteiskunnan muutos palveluyhteiskunnaksi monimutkaisti tehokkuuden mittaamista.

Johtamistieteissä Frederick Taylorin teos *Scientific Management* (1911) muodostui käännteentekeväksi työnjaon näkökulmasta. Taylorismissa työsuoritukset perustuivat tieteelliseen tietoon (vrt. nykyinen näyttöön perustuvan toiminnan vaade). Työntekijät valittiin ja koulutettiin tieteeseen perustuvan tiedon perusteella (vrt. tehtäväsiirtoihin ja laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä koulutus) ja johto ja työntekijät työskentelivät tiiviissä yhteistyössä (vrt. lääkäri-hoitaja ja lääkäri-fysioterapeutti työnjakomallit). (Taylor 1911; ks. myös Järvensivu 2007; Seeck 2008; Watson 2012.)

Klassisessa hallinto- ja johtamisteoriassa työnjaosta tuli keskeinen teema, joka kulminoitui autoteollisuudessa Henry Fordin 1913 käyttöön ottamaan liukuhihnatuotantolinjaan. Tuolla hinnalla työtä ei sovitettu työntekijän tahdin mukaan, vaan tahdin määräsi automaattisesti hinnalla liikkuvien autonkorien edellyttämä työ. Kun ennen liukuhihnaa 1903-1905 autoja valmistettiin 1750 kpl, niin liukuhihnatuotanto tuotti parhaimmillaan yli 10 000 autoa päivässä (ks. esim. William A. Levinson: Henry Ford's Lean Vision, Productivity Press, 2002). Yksikertaisena syynä tähän on se, että Fordin (1923, 103-105) ajatus perustui ihmiskäsitykseen, jossa työntekijä nauttii ensisijaisesti yksikertaisesta rutiinityöstä kyselemättä oman työn, saati työn merkityksen perään. Nykypäivän terveydenhuollon ammattilaisten odotukset työn sisällöstä, työorientaatio ja uratoiveetkin ovat huomattavasti moninaisemmat (ks. esim. Siltala & Vuori 2007).

Sosiaalisen työnjaon edustajat, muun muassa Emile Durkheim ja Karl Marx, aikoinaan kritisoivat tätä kehitystä väittäen ihmisten vieraantuvan itsestään ja esineellistävän itsensä osaksi koneistoa (ks. esim. Israel 1974). Ammatillinen erikoistuminen, yhtä lailla kuin liian pitkälle viety tekninen työnjako, työn vaiheistus ja ajastaminen osasuoritteisiin, ovat tunnetusti omiaan lisäämään työstressiä eli ammattilaisten psykologiset tarpeet eivät tule tyydytetyiksi (ks. esim. Rawson 1959).

1900-luvun alussa, teollistumisen aikakaudella, työnjakoa ilmensivät selkeät ja yksiselitteiset toimenkuvat sekä linja-organisaatiolle ominaiset käskyvaltasuhteet. Jaksaminen ja työmotivaatio nousivat esille liukuhihnamaiseen ja rajattuun työnkuvaan liittyen jo 1910-luvulla (ks. Gilbert 1914). Käytännössä työnpsykologisen tutkimuksen vahvistuminen 1920-luvulla ns. Human Factor Schoolin myötä johti työntekijöiden työsitoutumisen ja motivaatiotutkimuksen kasvuun 1930-luvulla. Erityiseksi, joskin liioitelluksi keihäänkärjeksi muodostui ns. Human Relations koulukunta.



Suurin murros nykyisiä työnjaon ja työn mielekkyyden käsitteitä ajatellen tapahtui 1960-luvun taitteessa. Yhdysvaltoihin perustetun Tavistock-instituutin ympärille perustettiin monitieteinen ja korkealle rankattu kansainvälinen julkaisufoorumi Human Relations. Samanaikaisesti kognitiivisen ja humanistisen psykologian vahvistuminen synnytti ns. organisaatiokehittämisen koulukunnan, jossa keskeiseksi motivaation tutkimuksen kohteeksi muodostui työ itsessään ja työn sisältö mahdollisuutena itsensä toteuttamiseen. Asiantuntijatehtävien, eli ns. spesialistien, lisääntyminen organisaatioissa ja hyvinvointiyhteiskunnan vahvistuminen 1970-luvulla, synnytti entistä enemmän kysymyksiä siitä, mitkä muut tekijät kuin ulkoiset kannusteet saavat ihmiset pysymään töissä ja sitoutumaan työhönsä.

Charles Babbagen ajoista lähtien ovat työnjaon ja valvonnan merkitys organisoinnin peruskäsitteinä olleet voimissaan (ks. Mintzberg 2011, 56; Vuori 2011a, 2011b; ks. myös Järvensivu 2007). Myös lääkärin ja hoitajien työnjako on yksi klassisista tutkimuskohteista (ks. esim. Simon 1954; Stein 1967) ja työnjaosta on julkaistu kansallisia tutkimuksia, kehittämisraportteja (ks. esim. Kärkkäinen 2006; Peltonen 2009; Saxén 2009; Kinnunen ym. 2011; Merkel 2011; Ojanaho 2011; Tiilikka ym. 2011) ja kansainvälisiä tutkimuksia (ks. esim. Grumbach & Bodenheimer 2004; Lindeke & Sieckert 2005; Currie ym. 2010).

Miksi sitten työnjako ei ole enää tutkimuksen keskipisteenä, vaikka sen merkitystä ei voi kiistää? Yksi keskeinen ongelma liittyy siihen, että peruskäsitteiden, kuten koordinaatio, johtaminen, budjetointi, delegointi jne., tilalle on luotu koko joukko samaa asiaa tarkoittavia uusia käsitteitä. Esimerkiksi Luther Gulick (1937, 1-45) esitti, että jokainen tehtävä organisaatiossa tulisi olla määriteltävissä sen mukaan, mitä tarkoitusta se palvelee, mitä prosesseja on käytetty, ketä henkilöitä tai mitä asioita se koskee ja missä paikassa työ tehdään. Jos kaikki työntekijät tekevät samaa työtä, samalla tavoin, samoille ihmisille, samaan aikaan, on työ jaettava ja johdettava

yksikertaisesti (Chandler & Plano 1988, 24). On selvää, että jos ja kun johtajan tehtävänä on mahdollistaa asioiden tekeminen, kaikki eivät voi tehdä kaikkea.

Työnjaon keskeinen rinnakkaiskäsite on *työn merkitys*. Työ itsessään palvelee periaatteessa kahta asiaa elämässä: instrumentaalista ja ekspressiivistä tarkoitusta. Työ on tekijälleen joko väline johonkin tai arvo sinällään. Länsimaisessa yhteiskunnassa hyvinvoinnin lisääntyminen on vähentänyt joillakin tarvetta työhön, joka ei palkitse itsessään. Tästä huolimatta sosiologisesti voidaan edelleen puhua siitä, että koko yhteiskunnan mcdonaldisaatioissa jopa ihmisten kuolemasta on tullut epäinhimillistynyt ilmiö, jos ihminen kuolee koneisiin ilman läheisen kosketusta (ks. esim. Ritzer 1996).

Esimerkiksi Hannah Arendt kuvaa teoksessaan *The Human Condition* (1958; suom. *Vita Activa. Ihmisenä olemisen ehdot*, 2002), miten työn merkitys on muuttunut. Työ on noussut alimmasta, kaikista halveksituimmasta asemasta, kaikkein arvostetuimpaan asemaan. Tämä nousu alkoi John Locken havaittua, että työ on omaisuuden ja omistamisen lähde, ja Adam Smithin väitettyä, että työ on kaiken rikkauden lähde. Sitä vastoin Karl Marxia kiinnosti työ itsessään; erityisesti tuottamisen ja kuluttamisen tasapaino. Olennaista on myös se, että Marxin edeltäjät eivät kyenneet erottelmaan toisistaan työtä ja valmistamista. Marxille puolestaan työstä muodostui osa oman elämän tuottamista ja identiteettiä.

Arendt tarkoitti termillä *vita activa* kolmea aktiviteettiä: työtä, valmistamista ja toimintaa. Työ merkitsi hänelle elämän jatkumista itsessään - biologisia toimintoja. Hän erotteli sen valmistamisesta, jota hän ei sinänsä liittänyt elämän kiertokulkuun. Valmistaminen on hänen mukaansa ihmiselle ominaislaatuista tekemistä, joka tuottaa keinotekoisien ihmisten valmistaman maailman, josta puhutaan nykyisin työnä. Toiminnasta hän puhuu, kun hän viittaa ihmisten väliseen

kommunikointiin, ilman esineiden tai aineen välitystä. Arendtin mukaan ihmisen identiteetti määrittyy ensisijaisesti hänen toiminnassaan – olemisessa ihmisten keskuudessa ja poliittisessa toiminnassa. Hän kritisoikin sitä, että nykyään olemisen tilalle on noussut vahvasti prosessin käsite (vrt. esim. palveluprosessi), joka kytkeytyy valmistusprosessiin ja jossa maailma usein välineellistetään. Tämä puolestaan liittyy tutkimuksemme läpi kulkevaan teemaan lineaarisesta työnjaosta fysioterapeuttien ja lääkärien välillä, joka nähdään usein ideaalina, vaikka se ei kovinkaan usein toteutuisikaan käytännössä.

Tutkijat ovat jo yli 20 vuoden ajan kritisoineet sitä, että työmotivaatio on useasti työn todellisen merkityksen korvike (Vuori 1993; Sievers 1994). Työasenteiden polarisoituminen vaikeuttaakin työnjakoa organisaatioissa (ks. Siltala & Vuori 2007). Perinteisesti lääkärin ammatti houkutteli alalle nuoria älykkäitä ihmisiä; ei vain statuksen ja palkan vuoksi, vaan myös työhön itseensä sisältyvien sisäisten palkkioiden vuoksi: mahdollisuus auttaa ihmisiä, tehdä työtä itsenäisesti ja lisätä tiedollisesti ymmärrystä alasta. Nykyään alan on väitetty tarjoavan yhä enemmän vain ulkoisia palkkioita ns. *flown* sijaan. Tällöin toivo taloudellisesta hyödystä älyllisten haasteiden sijaan houkuttelee alalle välineellisesti ammattiin suhtautuvia (Gardner ym. 2001, 24). Tässä hankkeessa on mielenkiintoista nähdä, kohtaavatko etiikka ja korkea aikaansaannoskyky, ja miten sisäisiä palkkioita voitaisiin lisätä kahdessa eri ammattiryhmässä työnjaollisin ja sisällöllisin keinoin.

Työntekijän työn tuottavuus on yleensä määritelty yksikertaisesti hänen työpanoksensa ja aikaansaamansa tuotoksen suhteena eli teknisenä tehokkuutena. Eli mitä enemmän työntekijä saa aikaan suoritteita lyhyessä ajassa, ja mitä alhaisemmat ovat hänestä koituvat kustannukset työnantajalle, sitä tehokkaampaa hänen työnsä on (ks. esim. Vuori 2007). Moniammatillisissa asiantuntijaorganisaatioissa tämä tuottavuuden määrittely vaikeutuu merkittävästi. Ensiksi, se mitä

palvelu tai hoito saa aikaan asiakkaassa, ei ole aina palveluntarjoajan eli ammattilaisen tiedossa (vrt. lääkitys). Toiseksi, ammattilainen ei ole aina tietoinen riittävästi siitä, mitä asiakas todella tarvitsee. Kolmanneksi, asiantuntija voi tietää, mitä asiakas tarvitsee, mutta hänellä ei ole riittävää osaamista palvelun tarjoamiseen tai muiden resurssien puute estää vaikuttavan palvelun. Neljänneksi, asiakas ei osaa ilmaista oikeaa tarvetta, ja ajalliset resurssit tarpeen analysoimiseksi ovat riittämättömät jne. (ks. Vuori 2007). Toisin sanoen, kulutustavaratuotteiden tuottavuuden mittaaminen on aina helpompaa kuin palvelutuotteiden, oli sitten kyse mistä tahansa palvelusektorista.

Työnjako on teollisella aikakaudella helppo määrittää silloin, kun työn tulos (esimerkiksi kulutushyödyke) tai muu valvonta, varmistaa työn tulleen tehdyksi. Palveluhyödykkeiden kohdalla vaikeudet lisääntyvät, koska usein valvonta voi olla asiakastyytyväisyyden tai terveydenhuollossa hoitovirheiden mittaamisen varassa. Todellisuudessa, mitä enemmän asiakastyössä työskentelevät ammattilaiset kuuntelevat asiakasta, sitä enemmän he joutuvat väistämättä tulkitsemaan tai räätälöimään annettuja ohjeistuksia (vrt. käypähoitosuosituksen). Kansainvälisesti on todettu kansalaisen valinnanvapauden julkisten palvelujen suhteen lisäävän vaatimuksia räätälöintiin entisestään (ks. Needham 2010; Vuori & Kylänen 2014). Tämä merkitsee työnjaon ja erityisesti työnsisällön määrittämisen vaikeutumista entisestään suhteessa tuottavuuteen.

### 2.1.2 Työnjako terveydenhuollossa: riskit työn mielekkyydelle

Nykyään terveydenhoidon tehokkuuden tavoittelu teknisellä työnjaolla ilmenee esimerkiksi Toyota autoyhtiön 1980-luvulla kehittämän tuottavuusjärjestelmän, ns. Lean-mallin, sovelluksissa (ks. esim. Holweg 2007). Lean-mallin ideana on arvon tuottaminen asiakkaalle siten, että sellaiset tuottamattomat toiminnot poistetaan, kuten tarpeettomat kuljetukset, varastot, liike, odotusaika, ylituotanto, yliprosessointi ja viallinen tuote. (ks. esim. Womack - Jones 1996.)

Keskeisenä ideana on lisätä asiakas- ja potilastyöhön käytettävää aikaa siten, että saavutetaan asiakkaan ohjaamana optimaalinen tehokkuus, laatu, nopeus ja kustannukset. Näin palvelujen ja hoitojen, myös teknologisesti automatisoitujen, mahdollisimman virheettömät oikea-aikaiset prosessit parantavat toimenpiteiden laatua ja säästävät työaikaa (ks. esim. Radnor ym. 2012). Viime vuosina on Suomessa Lean-mallia sovellettu ja kehitelty mm. sydänosastoilla, leikkaussaleissa ja yhteispäivystyksissä (ks. esim. Mäkijärvi 2013). Näyttäisi siltä, että tämä tuottavuuden malli soveltuu hyvin terveydenhuoltoon siellä, missä työ on standardoitavissa ja asiakkaan hoito- ja sairaus-epidiot ovat hyvin ennustettavissa. Tällöin ne työntekijät, jotka tulkitsevat ja soveltavat sovittuja hoitoperiaatteita ja työvaiheita ”omapäisesti” aiheuttavat tiedon siirto-ongelmia, alentavat laatua ja aikaansaavat potilasturvallisuusriskejä. On aivan selvää, että julkisen sektorin jatkuvan budjettivajeen aikana terveydenhuollon tuotannonohjaus Lean-tyyppisen tehokkuuden ja kustannussäästöjen ideologian avulla vahvistuu edelleen. Se on yksi keskeinen ”työnjaollinen” tutkimusalue mm. kirurgiassa niissä toimenpiteissä, joissa komplikaatoriskit ovat alhaiset.

Tekninen työnjako ei voi silti perustua kaikessa terveydenhuollon toiminnassa virallisen organisaation työjaolliseen rakenteen tehokkuuteen (vrt. Radnor & Osborne 2013). Se ei myöskään, valitettavasti tai onneksi, ole ensisijainen työn mielekkyyden tavoite. Japanilaisessa kulttuurissa syntyneessä Lean-mallissa tämä ei olekaan ollut ehkä tarpeen, vaikka henkilöstön kunnioittamisen ja osaamisen hyödyntäminen asiakkaan hyväksi itse malliin sisältyykin. Japanilaisille työn mielekkyys ja merkitys eivät määrity länsimaalaiseen individualismiin, vaan kollektivismiin perustuen.

Lukuisat tutkimukset terveydenhuollosta osoittavat, että Lean-tyyppiset palveluprosessit ovat vaikeita toteuttaa pitkälle erikoistuneiden ammattilaisten ollessa haluttomia tai kykenemättömiä

toimimaan yli toimintayksiköiden rajojen. Erityisesti klinikot ovat nähneet tällaiset toimintaprosessit ristiriitaisiksi ammatillisten arvojensa kanssa. Lisäksi on muistettava, että julkisen palvelun kohdalla joudutaan miettimään myös vaikuttavuutta ja oikeudenmukaisuutta palvelutarjonnassa - ei ainoastaan tehokkuutta ja kustannussäästöjä (ks. Radnor & Osborne 2013). Sitä paitsi on paljon palveluja, joissa tuotanto ja kulutusprosessit eivät ole täysin erillisiä, vaan tuotanto ja palvelun käyttö on luonteeltaan toistuvaa kanssakäymiseen ja samanaikaisuuteen perustuvaa. Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa fysioterapia ja siihen liittyvä kuntoutus on nähtävissä enemmän tämän kaltaisena palvelujen tuottamisena, jossa korostuu tarve ”työssä oppimisen” avulla tapahtuvaan erikoistumiseen - ei ehkä niinkään ammatillisen koulutuksen (ks. Rawson 1956, 88).

Teollisuudesta levinneen teknisen työnjaon kehittymisen rinnalla kehittyi julkisissa organisaatioissa virkatehtävien mukainen työnjako. Max Weberin byrokratian ideaalityypin mukaisesti terveydenhuollon organisaatioissa virkatehtäviin nimittäminen perustui tutkinnoin osoitettuun ammattitaitoon ja asemaan, ei henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Virkatehtävän hoitoa byrokraattisessa organisaatiossa ohjasivat puolestaan laillisen hallinnan periaatteet; mm. säädökset ja toimiminen henkilöstön keskinäisen valtajärjestyksen mukaisesti kurin ja valvonnan alaisena (ks. Weber 1922/1964). Tämä työnjaon periaate synnytti julkisen terveydenhuollon byrokraattisen toimintakulttuurin. Siinä korostuu, potilasturvallisuuden nimissä, lakien ja säädösten keskinäiseen valtajärjestykseen ja asemaan perustuva johtaminen. Tämä kulttuuri muodostuu edelleen haasteeksi työn mielekkyydelle terveydenhuollossa (vrt. lukuisat rutiinitoimenpiteet).

Terveydenhuollon organisaatiossa byrokraattisen työnjaon ongelmat ovat olleet tiedossa jo 1950-luvulla (ks. Simon 1959). Havaittiin, että hierarkkinen ja professionaalinen valta aiheuttivat toistuvia konflikteja johdon ja työntekijöiden välille. Tällöin muodostuu riski, että pitkälle

erikoistunut terveydenhuollon ammattilainen luo omalle työlleen ja sen sisällölle itse työnjaolliset rajat. Ammatillisuuden korostaminen työnjaon perustana voi johtaa siihen, että asiakkaiden tarpeisiin vastataan vain, jos se kuuluu normein ja ohjein määritettyyn työnkuvaan. Pahimmillaan tämä byrokraattinen työote vähentää joustavuutta ja heikentää palvelujen asiakaslähtöistä sujuvuutta.

Työn mielekkyyden kannalta kehitys voi olla dramaattista kuten Gardner ym. (2001, 21) huomauttavat: kun työn sisäinen palkitsevuus on vähäistä (esim. mahdollisuus auttaa ihmisiä, työnautonomia ja mahdollisuus kehittyä katoavat), on olemassa riski, että taloudellisen hyödyn tavoittelu motivoi työntekijää enemmän kuin työn älylliset haasteet. Tätä vasten on perusteltua tutkia ja mallintaa myös sitä, mikä olisi sellainen työnjaon malli, joka ensisijaisesti tukisi työn mielekkyyttä ja sen seurauksena myös tuottavuus lisääntyisi.

On selvää, että sairaaloissa hoitoprosessien suunnittelemattomien toimenpiteiden ja hukkatyöajan poisto lisäävät työn mielekkyyttä. On kuitenkin vaikeaa sanoa, kuinka paljon nopeutuvat hoitoprosessit lisäävät työn palkitsevuutta ja missä vaiheessa työ puolestaan muuttuu sen mielekkyyttä vähentäväksi rutiiniksi. Tällaisessa toiminnassa on riskinä, että aletaan tehdä osa-optimointia. Tuottavuuden lisäämistä saattavat myös ohjata liiaksi tilaavan tahon intressit. Tällöin ei ole aikaa pohtia ja tutkia riittävästi sitä, onko asiakkaiden tarpeisiin edes mielekästä vastata tai kenen tulisi ensin vastata niihin. Tämä kehittämis- ja tutkimushanke nostaa esille kysymyksen siitä, edistääkö tekniseen ja virka-asemaan perustuva työnjako ammattilaisen työn mielekkyyttä siten, että myös työn tuottavuus ja vaikuttavuus lisääntyvät; vai tulisiko työnjakoa tarkastella täysin uudesta näkökulmasta.

### 2.1.3 Työnjaon tehokkuusankkurit: tuottavuus, vaikuttavuus ja dynaamisuus

Kuten tiedämme, *tuottavuus* määritellään perinteisesti kustannuksiksi tuotettua yksikköä kohden (ks. esim. Karlöf 2004). Toisin sanoen, jos esimerkiksi fysioterapeutin tai lääkärin ajallinen panostus yhtä asiakasta kohden on suuri, voidaan olettaa, että myös asiakkaan palvelusta saama hyöty eli laatu suhteessa hintaan/aikaan kasvaa. Johtamisen näkökulmasta asiakkaiden eli käyttäjien tulisi olla mahdollisimman tyytyväisiä, henkilöstön tulisi tarjota palvelu tuottavasti eli mahdollisimman alhaisin kustannuksin, ja heidän tulisi samaan aikaan olla mahdollisimman motivoituneita töissään.

Tuottavuuden määrittelyjä on lukuisia, ja niiden ala ja sisältö vaihtelevat suuresti - eikä näihin eroihin ole mahdollista mennä tässä (ks. esim. Vuori 2007; Andrews & Entwistle 2013). Tuottavuudella viitataan tässä ensisijaisesti työn tuottavuuteen edellä mainitun teknisen työnjaon mukaisesti: kun työntekijät toistavat tiettyä työtehtävää, oppivat he tekemään sen tehokkaammin, jolloin työhön käytetty aika ja hävikki vähenee ja työn tuottavuus kasvaa.

Fysioterapiassa työn tuottavuutta voidaan lisätä 1) organisoimalla työtä uudelleen eli jakamalla työtä järkevämmiin lääkärin ja fysioterapeutin välillä, 2) uusimalla palveluprosessi eli ohjaamalla asiakkaita ensin joko fysioterapeutille tai lääkärille tai jollekin muulle tai ei kenellekään, 3) vakioimalla palvelu eli asiakkaat esim. tuki- ja liikuntaelinten oireita sairastaviin potilaisiin asiantuntijakokemuksen lisäämiseksi, 4) organisoimalla palveluprosessi uudelleen teknisiä laitteita parantamalla (esim. kuntoutusvälineet) ja lopulta 5) suunnittelemalla uudelleen edellä mainittujen pohjalta koko asiakas- ja palveluprosessi (vrt. Karlöf 2004).



Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa lähdetään oletuksesta, että asiakkaan eli alaselkäpotilaan tyytyväisyys on käytettyä työaikaa enemmän riippuvainen siitä, onko lääkäriellä tai fysioterapeutilla riittävästi vaivan ratkaisemiseksi edellytettävää osaamista. Mikäli ammattilaisen osaaminen ei riitä vastaamaan tai kohdennu asiakkaan tarpeisiin, syntyy kaksi ongelmaa: ammattilaisen työmotivaatio laskee riittämättömyyden tunteen vuoksi, ja asiakkaan saama hyöty laskee eli tuottavuus laskee yksikkökohtaisen hinnan kasvaessa. Jos taas ammattilaisen osaamistaso on liian korkea suhteessa asiakkaan tarpeisiin, voi asiakkaan saama hyöty nousta, mutta ammattilaisen työn mielekkyys heikkenee vähitellen; ammattilainen alisuorittaa ja turhautuu työssään. Tällöin organisaatiokaan ei kohdenna osaamistaan oikein eli se tuhlaa henkistä pääomaa eli ammattilaisen asiantuntijuutta (vrt. Gardner ym. 2001).

Myöskään tehokkuuden määrittelyjen kattava läpikäynti ei ole mahdollista tässä. Olennaista on kiinnittää huomiota kolmeen eri tehokkuuden muotoon: tuotannolliseen, allokativiseen ja dynaamiseen tehokkuuteen (ks. Andrews & Entwistle 2013).

*Tuotannollisuus* tarkoittaa tässä yksinkertaisesti sitä, että fysioterapeutin tai lääkärin aikaansaama työn tuotos maksimoituu (esim. vastaanotettujen potilaiden määrä) ilman, että heidän määräänsä lisätään. Olennaista on siis seurata suoritteiden määrää, muttei niiden laatua eli esimerkiksi asiakaskontaktien sisällöllistä tarkoituksenmukaisuutta tai niiden oikea-aikaisuutta. Eli palvelu on saatettu tehdä nopeasti (esim. lääkitys), mutta se ei vastaa asiakkaan odotuksia ja tarpeita (esim. kuntoutusta). Olennaista on saada aikaan tekoja ja suoritteita parhaimmillaan siten, että kustannukset laskevat. Käytännössä tämä voi merkitä sitä, että fysioterapeutteja ja lääkäreitä ohjataan heidän potilaskohtaisen vastaanottoaikansa kestoa lyhentämällä niin, että päivittäiset asiakasmäärät lisääntyvät. Samalla myös kielletään ylityön tekeminen palkkakustannusten pitämiseksi ennallaan. Äärimmilleen vietynä työntekijää voidaan painostaa tuottavuuden

lisäämiseen sairausloma-oikeuksia ja irtisanomissuojaa heikentämällä sekä ottamalla käyttöön kuukausipalkka, joka perustuu tietyltä osin suoritteisiin. Julkisessa terveydenhuollossa, erityisesti perusterveydenhuollossa, johtajien on tunnetusti ollut vaikeaa hallita budjetteja. Yksi keino parempaan budjetin hallintaan on se, että perustetaan vain yhteen palveluun keskittyviä yksioita, jolloin johtajien on mahdollista tunnistaa ja vähentää kustannuksia tarkemmin. Palveluja voidaan myös kilpailuttaa ja ulkoistaa kustannusten alentamiseksi (ks. Andrews & Entwistle 2013).

*Allokatiivisuus* viittaa tässä siihen, että fysioterapeutin tai lääkärin työaika kohdentuu oikea-aikaisesti heidän osaamistasoan vastaavien asiakkaiden hoitamiseen. Toisin sanoen, hoidolla on vaikuttavuutta, kun asiakkaan tarve tulee tunnistettua ja hoidettua kerralla eikä jatkohoitoon ole välitöntä tarvetta. On tietysti selvää, ettei ole mitään järkeä tuottaa palveluja tehokkaasti, jos niitä ei kukaan halua, koska tämä hukkatyö heijastuu väistämättä myös tehdyn työn mielekkyyteen. Usein kohdentumisen epäonnistumisessa on kyse tiedon puutteesta. Tämä epäkohta on helpointa korjata asiakaskyselyin tai seurannalla siitä, ovatko asiakkaat saaneet tarvitsemaansa palvelua. Jos eivät, niin mitä palvelun pitäisi olla, ja miten ja milloin sitä tulisi tarjota, jotta vaikuttavuus lisääntyisi? Jos esim. asiakkaat ohjautuvat, ohjataan tai he hakeutuvat itse ensisijaisesti lääkärille ja lääkäri ohjaa heidät systemaattisesti fysioterapeutille, pyritään tunnistamaan kaikki tällaiset tapaukset ja tekemään ohjeistus, joka ohjaa asiakkaat jo lähtökohtaisesti suoraan fysioterapeutille. Jos taas asiakkaan ottaessa yhteyttä palvelutarjoajan keskitettyyn ajanvarausyksikköön (call centre), hoidontarpeenarviota tekevä hoitaja ohjaa hänet toistuvasti väärin, voidaan allokatiivista tehokkuutta lisätä kouluttamalla hoitajaa paremmaksi hoidontarpeenarvion tekijäksi. Parhaimmillaan allokatiivisesti tehokkain ratkaisu on se, jossa lääkäriä alhaisemmalla palkalla työskentelevän fysioterapeutin puhelinvastaanotolle ohjautuu ajanvarauksesta asiakas, joka saa avun puhelimitse palamatta koskaan palvelujen käyttäjäksi. Tämän kaltaiset asiakkaat vapauttavat parhaalla tavalla vastaanottoaikoja asiakaskontakteja tarvitseville.

*Dynaamisessa* tehokkuudessa tavoitellaan nykyisen käytön ja mahdollisesti tulevan käytön tasapainoa. Se ei siis ole luonteeltaan staattinen kuten edelliset, vaan pyrkii ottamaan huomioon ja alentamaan asiakaskontakteissa tulevat mahdolliset kustannukset. Esimerkiksi fysioterapeutit ja lääkärit etsivät terveyttä edistäviä itsehoidollisia menetelmiä, jottei terveydenhuollon organisaatioiden ja henkilöstön määrää tarvitse lisätä. Pitkälle vietynä tämä tarkoittaa, että kaikki kuntoutukselliset toimet, jotka lisäävät itsehoitoa ja vähentävät ammattilaisen läsnäoloa edellyttävien hoitotoimenpiteiden määrää, lisäävät mahdollisuuksia kohdentaa nykyresursseja järkevämmiin. Dynaaminen tehokkuus edellyttää fysioterapeuteilta, lääkäreiltä ja heidän johtajiltaan tarkkoja perusteluja siitä, miten eri kulurakenteet priorisoidaan – mitä sallitaan, missä määrin ja missä järjestyksessä. On selvää, että jos nykyiset resurssit eivät ole riittävät, voi dynaamisuuden tunnistamisessa epäonnistuva yksikö olla kykenemätön toimimaan tehokkaasti.

Työnjaon ja työn mielekkyyden tutkimus ja sen kehittämiskysymykset on väistämättä suhteutettava nykymaailmassa myös työn eri tahoille tuottamaan hyötyyn. Useasti työn yhteiskunnallinen merkitys ja hyöty käyttäjälle ovat olleet keskeisiä työn merkityksellisyyden lähteitä terveydenhuollon ammattiteissa (ks. Vuori 2007). Käytännössä merkityksellisyyden kokeminen ja hyödyn mittaaminen monimutkaistuu, koska aineettoman hyödyn mittaamisessa asiakkaan kokemus heikentää tai parantaa myös palvelun mitattavissa olevaa hyötyä. Näin ollen asiakkaan palvelusta saamaa arvoa eli hyötyä tai kääntäen työn tuottavuutta, on pyrittävä mittaamaan tavalla tai toisella.

## 2.2 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjako

### 2.2.1 Fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon historiasta

Terveydenhuollon ammattilaisten työnjakoa on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti jo vuosikymmeniä. Kansallisesti tutkimus on painottunut enemmän tekniseen, ei niinkään sosiaaliseen ja sukupuoliseen työnjakoon (ks. esim. Peltonen 2009). Naistutkijoiden ja sosiologien sukupuolittuneen työnjaon tutkimuksella hyvinvointipalveluissa on toki pitkät perinteet (ks. esim. Julkunen 1992).

Suomessa eniten on tutkittu lääkärien ja hoitajien välistä työnjakoa. Tutkimuksissa on havaittu, että terveydenhuollossa työnjaolla, ja siihen kiinteästi liittyvällä johtamisella, on yhteys palvelujen saatavuuteen. Työyksikön tehtävien tarkoituksenmukaisella järjestämisellä (*työn jaolla*) on selkeä yhteys työn mielekkyyteen, koska työjohdollisesti se edellyttää usein a) työn vaihtelun lisäämistä yhdistämällä vaativuudeltaan vastaavanlaisia tehtäviä laajemmaksi (*työn laajentaminen*), b) työn sisällön ja osaamisen kehittymismahdollisuuksien parantamista (*työn rikastaminen*) sekä c) tehtävää tekevän itsenäisen päätäntävällän lisäämistä ja tehtävien siirtoa (*voimaannuttaminen*) (ks. esim. French ym. 2011). Tutkimuksissa onkin havaittu, että hoitajien itsenäinen vastaanotto toiminta perusterveydenhuollossa on parantanut hoidon saatavuutta ja lisännyt hoitajien työn kiinnostavuutta (Peltonen 2009, 152-156).

Työn laajentamista ja voimaannuttamista on tehty fysioterapeuttien ja lääkärien välillä. Tehtäväsiirtoja lääkäriltä fysioterapeuteille on toteutettu perusterveydenhuollossa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005) ja erikoissairaanhoidossa (Kukka 2010; Teppo 2011). Työn laajentaminen koskee siis yhä enenevässä määrin myös fysioterapeutteja, joskin fysioterapeutin

itsenäisen päätöksentekovallan eli delegoidun vallan näkyväksi tekemisen tutkimus odottaa tekijäänsä (vrt. Hukkanen ym. 2005; Bath & Janzen 2012, 3). Kansallisesti lääkärin ja fysioterapeutin työnjakoa on tutkittu vähemmän kuin lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa (Suomen Fysioterapeutit 2007; Lakka 2008; Teppo 2011).

Tehtävien siirroissa voi olla työn mielekkyyden lisäksi etuna se, että työnantaja selviää alhaisemmilla työvoimakustannuksilla. Tämä luonnollisesti synnyttää keskustelun vastuun rajoista; miksei itsenäistä vastaanottoa pitävä fysioterapeutti olisi oikeutettu samaan korvausta, jos lääkäri saa? Työnjakoratkaisuista tulee helposti organisaatiokohtaisia, miksei jopa kuntakohtaisia kysymyksiä, koska henkilöstön osaaminen, tehtävä työ ja sen tavoite saattavat vaihdella. Kun lääkärin tehtäviä siirretään fysioterapeuteille tai röntgenhoitajille, nousevat edellä mainitut seikat väistämättä keskusteluun (Hukkanen & Vallimies–Patomäki 2005, 87-89.) Työnjako on yleensä neuvoteltu työpaikka- ja tilannekohtaisesti esimerkiksi tiimi, tehtävä, asiakas, työntekijän ammatillinen osaaminen tai resurssit huomioiden. (Suominen & Henriksson 2008.) Tehtävien siirtoa on tehty myös hammaslääkärin ja suuhygienistin/hammashuoltajan sekä sairaanhoitajien ja perus-/lähihoitajien välillä. (Hukkanen ja Vallimies –Patomäki 2005, 87-89.) Näitä tutkimuksia ei tarkastella tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa tarkemmin.

Työn rikastamisen ja tuottavuuden välistä yhteyttä on tarkasteltu erityisesti lääkärikunnan osalta (ks. Herrala 2005; Kaarna ym. 2007). Sitä vastoin työnjaon, työn rikastamisen ja kustannusten välistä yhteyttä ei ole juuri tutkittu (vrt. Saxén ym. 2008), vaikka työn sisällön rikastumisella ja työmotivaatiolla on havaittu olevan yhteys jo 1990-luvun taitteessa (ks. esim. Sihvonen 1990; vrt. Saxen 2009). Kansainvälisissä tutkimuksissa ortopedien ja fysioterapeuttien työnjakoa on tutkittu erityisesti hoidon vaikuttavuuden osalta (ks. esim. Gail ym. 2005). Kansallisesti on löydetty mielenkiintoisia tuloksia nimenomaan ortopedien ja fysioterapeuttien työnjaosta (ks. esim. Teppo

2011). Nämä tutkimukset eivät ole silti ankkuroituneet siihen, mikä on lineaarisen työnjaon yhteys inhimillisten voimavarojen ja tuottavuuteen tähtäävän johtamisen välillä. Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa kartoitettiin henkilöstöhaastatteluin ja asiakaskyselyin, miten eri professio- ja asiakaslähtöinen työtapa vaikuttavat ammattilaisten työn tuottavuuteen ja työn mielekkyyteen.

Kansainvälistä tutkimusta on tehty jo 1980-luvulta lähtien (Daker-White ym.1999; Holdsworth ym. 2004; Holdsworth ym. 2007; Holdsworth ym. 2008; Leemrijse ym. 2008). Tutkimusta fysioterapeuttien itsenäisestä vastaanottotoiminnasta ja laajennetuista tehtäväkuvista on tehty muun muassa Iso-Britanniasta, USA:sta, Kanadasta, Australiasta, Etelä-Afrikasta, Hollannista, Ruotsista ja Norjasta (Lindström 2003; Holdsworth ym. 2004; Holdsworth ym. 2006a; Holdsworth ym. 2006b; Holdsworth ym. 2007; Holdsworth ym. 2008; Webster ym. 2008; Leemrijse ym. 2008; Bostedt 2009; Kukka 2010). Eniten fysioterapeutin laajennetuista rooleista on tutkimusta akuuttipuolelta (Daker ym. 1999, 1).

Tarkkaa seurannallista tutkimusta ei ole Suomessa tehty siitä, edistääkö työnjako fysioterapeuttien ja lääkärien työn mielekkyyttä ja työhön sitoutumista tai vähentääkö työnjako palvelukustannuksia tai lääkärien työnkuormitusta. Bostedin ym. (2010) mukaan Ruotsissa yksityisellä sektorilla työskentelevät fysioterapeutit ovat kokeneet uuden työnjaon lisänneen työn mielekkyyttä ja kohottaneen ammatillista arvostusta, mutta samalla myös lisänneen vastuuta ja stressiä. Iso-Britanniassa lisäksi fysioterapeuttien yhteistyö lääkäreiden kanssa on parantunut ja lääkärit ovat kokeneet työnkuormituksensa vähentyneen (ks. myös Holdsworth ym. 2004). Toisaalta heikosti toteutettu työnjako voi aiheuttaa fysioterapeuttien työnkuormituksen ja stressin lisääntymistä (Weatherley & Hourigan 1998, 378–379).

Fysioterapeuttien ja lääkärien väliset työnjakomallit liittyvät yleisimmin tuki- ja liikuntaelinsairauksien (TULE-sairauksien) hoitoon. Työnjaon vaikuttavuudesta on kansainvälisiä tutkimuksia (Holdsworth ym. 2007; Leemrijse ym. 2008; Webster ym. 2008; Nordeman 2011; Pendergast ym. 2011; Bath & Janzen 2012) ja jonkin verran myös kansallisia kokemuksia (Lakka 2008; Kukka 2010). Tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä samaansa oikea-aikaiseen fysioterapeutin arvioon ja hoito-ohjeisiin (Oldmeadow ym. 2007, 626; Bath & Jazen 2012, 6-8) ja potilaskohtaiset hoidon tavoitteet näyttäisivät saavutetun lääkärissä käyntiä paremmin (ks. esim. Carr 2003; Holdsworth ym. 2006a; Lakka 2008; Leemrijse ym. 2008; Webster ym. 2008; Nordeman 2011; Pendergast ym. 2011) tai ainakin samantasoisesti (Bath ym. 2012).

Tuki- ja liikuntaelintutkimuksen osalta fysioterapeuttien osaamisen on todettu olevan asiantuntevampaa verrattuna lääketieteen opiskelijoihin ja eri erikoistumisalueen lääkäreihin. Poikkeuksen muodostivat ortopedit. (Childs ym. 2005, 1.) Fysioterapeutit tunnistavat oman ammatillisen osaamisensa rajat ja näyttävät lähettävän potilaan lääkärin vastaanotolle, kun ilmenee epäilyä potilaan perusterveyden tilaan liittyen, potilaan tila pahenee ilman syytä tai siinä ilmenee asiaan kuulumattomia oireita tai hoitoon reagointi on riittämätöntä (Boissonnault & Ross 2012, 446). Lisäksi näyttäisi siltä, että fysioterapeutin vastaanotolle pääsee nopeammin kuin lääkärille ja erikoistuneiden fysioterapeuttien tutkimis- ja erotusdiagnostisointitaidot sekä tarvittavan hoidon määrittäminen TULE-potilaalle vastaa lääkäreiden osaamista (Childs ym. 2005, 5; Moore ym. 2005a, 67; Oldmeadow ym. 2007, 625-626). Tästä huolimatta kustannusvaikuttavuuden tutkimusta tulisi tehdä enemmän, jotta muodostuisi kuva siitä, mitkä tekijät vaikuttavat lopputulokseen eniten, kuten Pendergast ym. (2011, 17-18) ovat tutkimuksessaan esittäneet. Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa ollaan kiinnostuneita siitä, tunnistavatko eri ammattiryhmät toistensa ammatilliset osaamisrajat, koska tieto on ratkaisevaa onnistuneen työnjaon johtamisessa.

## 2.2.2 Kokemuksia fysioterapeuttien ja lääkärin työnjaosta

Työnjako Yhdysvalloissa. Pendergastin ja kumppanien (2011) tutkimuksen mukaan suoraan fysioterapeutin vastaanotolle hakeutuvat potilaat käyttävät vähemmän fysioterapian palveluja (ks. myös Leemrijse ym. 2008, 940) ja heidän fysioterapian kokonaiskustannuksensa jäävät siten alhaisemmiksi kuin lääkärin läheteellä fysioterapeutin vastaanotolle ohjautuvilla potilailla. Näyttäisi siis siltä, että potilaiden päästessä oikea-aikaisemmin ja nopeammin fysioterapiaan, saavutetaan suotuisat vaikutukset ripeämmin vähäisemmillä käyntikerroilla ja kustannuksilla. (Pendergast ym. 2011, 17-18.)

Tämä löydös on erittäin mielenkiintoinen dynaamisen tehokkuuden näkökulmasta, koska tämän näytön hyödyntäminen voi olennaisesti mahdollistaa nykyistä itsehoidollisemman työnjaon ja kustannustehokkaamman organisoinnin pidemmällä aikavälillä. Allokatiivisen tehokkuuden tarkastelua puolustaa selvästi se, että fysioterapeutille itseohjautuvista potilaista 10 % on todettu tarvitsevan ainoastaan ensikäynnin fysioterapeutin luona (Leemrijse ym. 2008, 944). Tämä kertoo palvelun oikeasta kohdentumisesta. Tulokset eivät tue aiempaa oletusta, että potilaiden itseohjautuvuus johtaisi hallitsemattomaan palvelujen käyttöön (Leemrijse ym. 2008, 944; Pendergast ym. 2011, 17-18) tai hoidon keskeytymisiin (Pendergast ym. 2011, 17-18). Edellä mainitut löydökset antavat oikeuden kyseenalaistaa perinteisen tuotannollisen ja byrokraattisen työnjaon.

Dynaamisen tehokkuuden mallin kehittelyä puoltaa se, että sukupuoliellä näyttäisi olevan merkitystä palvelujen käyttöön. Tunnetusti naiset elävät pidempään ja ovat itsehoidollisempi kuin miehet. Naiset käyttävätkin keskimäärin fysioterapiapalveluja enemmän kuin miehet. Tutkijoiden mukaan iän myötä palvelujen käyttö näyttäisi lisääntyvän 4,5 % jokaista kymmentä vuotta kohden.



(Pendergast ym. 2011, 17-18). Leemrijisen ja kumppanien (2008) mukaan lääkärin vastaanoton kautta fysioterapiaan ohjautuvat potilaat ovat yleensä iäkkäämpiä henkilöitä, joilla on useita perussairauksia. Suoraan fysioterapeutille hakeutuvat potilaat ovat useimmiten nuoria, hyvin koulutettuja, toistuvista oireista kärsiviä, ja jo aiemmin fysioterapeutin palveluja käyttäneitä. (Leemrijse ym. 2008, 944). Heidän kohdallaan tulisi pohtia sellaisten palvelumallien käyttöönottoa, jotka vähentävät vastaanottokäyntejä.

Potilasturvallisuudesta tai hoidon jatkuvuudesta ei ole syytä huolestua, mikäli fysioterapeutit ovat asianmukaisesti koulutettuja (Daker-White ym. 1999, 643-648; Pendergast ym. 2011, 17-18). Työtä rikastavan koulutuksen tulisi sisältää lääketieteellistä tutkimista, punaisten vaaralippujen tunnistamista ja erotusdiagnoosiikkaa (Jette ym. 2006, 1628-1629). Näyttää siltä, että lääkärin portinvartijan rooli on monissa tapauksissa tarpeeton. Potilaat käyvät joka tapauksessa lääkärin luona tarvittaessa (Pendergast ym. 2011, 17-18.), joko itse hakeutuen tai fysioterapeutin lähettämänä (Holsworth 2007, 10; Boussoinnault & Ross 2012, 446). Nämä seikat puoltavat selvästi sellaisten asiakaspalvelumallien kehittämistä ja testausta, joissa TULE-oireiset asiakkaat ohjataan hakeutumaan ensin fysioterapeutin vastaanotolle.

Kanadassa on tehty havaintoja siitä, ettei asiakkaan ohjaaminen virallisesti korkeimman ammattipätevyyden omaavalle ammattilaiselle ole toimivaa. Usein tämä vain aiheuttaa viivettä hoidon saatavuudessa, mikä johtaa uuden työnjaon mallintamiseen. Tähän päätyivät myös Bathin ja Janzenin (2012) kanadalaisessa tutkimuksessaan. Tutkittaessa potilaiden tyytyväisyyttä fysioterapeuttien ja ortopedien työnjakoon havaittiin, että odotusaika ortopedin arviointiin oli kasvanut liian pitkäksi. Tutkimuksessa alaselkäoireiset potilaat ohjattiin hoidon tarpeen arviointiin (triage) fysioterapeutille ortopedin sijaan. Uuden työnjakomallin suunnitteluun osallistuivat perusterveydenhuollon fysioterapeutit ja yksityisen kuntoutuskeskuksen fysioterapeutit ja ortopedit.

Perusterveydenhuollon fysioterapeutin työparina toimi tiivistä yhteistyötä ortopedin kanssa tekevä klinikan fysioterapeutti. Uudessa työnjakomallissa klinikan fysioterapeutit toimivat ortopedien sijaan ”portinvartijoina” arvioiden diagnoosien tarkoituksenmukaisuutta, potilaan ohjautumista leikkaukseen tai konservatiivisella hoitolinjalla jatkamista. Klinikan fysioterapeuteilla oli työkokemusta 5-30 vuotta ja he olivat kouluttautuneet vaativalla harjoittelulla ortopedisiin potilaisiin. Uusi työnjako toimii seuraavasti: 1) perusterveydenhuollon ja klinikan fysioterapeutit sopivat virtuaalisen potilasneuvottelun; 2) fysioterapeutit käyvät neuvottelun yhdessä potilaan kanssa ja päättävät yhdessä diagnoosin ja jatkotoimenpiteet; 3) klinikan fysioterapeutti laatii neuvottelusta yksityiskohtaisen raportin, josta ilmenevät tutkimuslöydökset, diagnoosi, hoitosuosituksien ja mahdolliset muut jatkotoimenpidesuosituksien perusterveydenhuollolle ja muille toimijoille. Mallin käytön on todettu nopeuttavan konservatiivisesti hoidettavien potilaiden hoitoonpääsyä ja puolestaan vähentävän leikkausta tarvitsevien potilaiden odotusaikaa ortopedille. Uudella työnjaolla ortopedien työmäärää saatiin helpotettua ja suunnattua leikkauspotilaisiin. Vastavia tuloksia on saatu myös monista muista tuki- ja liikuntaelimestöä koskevista tutkimuksista (Daker-White ym. 1999; Childs ym. 2005; Moore ym. 2005; Boissonnault & Ross 2012). Edellä mainittu esimerkki kuvastaa hyvin, miten allokatiivista tehokkuutta hyödyntämällä voidaan kohdentaa myös työvoimaa paremmin.

Isossa-Britanniassa fysioterapeuttien hyödyntäminen selkäpotilaiden hoidontarpeen arvioitsijoina ortopedisillä klinikoilla on levinnyt hyvin nopeasti 1990-luvun puolivälin jälkeen. Weatherley ja Hourigan tutkivat (1998) fysioterapeuttien kokemuksia uudesta kirurgien kanssa toteutetusta työnjaosta. Tekniseen ja byrokraattiseen työnjakoon pohjautuvissa työnjakomalleissa on useita hoidon sujuvuuteen liittyviä ongelmia. Ongelmat liittyivät fysioterapeuttien työmäärään, potilaiden suostumukseen, valvontaan ja vastuuseen, potilastapauksiin ja koettuun stressiin. Fysioterapeutit vastaanottivat keskimäärin yhdeksän uutta akuuttia välilevyselektapotilasta tai kroonista

selkäpotilasta viikossa (vaihteluväli 1-30). Muiden fysioterapeutille ohjautuvien potilaiden kriteerit vaihtelivat hyvin suuresti klinikoittain. Aikaa fysioterapeutin arvioon oli varattu 20-90 minuuttia potilasta kohden. Arvioita tekeviä fysioterapeutteja oli klinikoissa 1-4. Fysioterapeutit toimivat sekä professio- että asiakaslähtöisen työnjakomallin mukaisesti.

Asiakaslähtöistä mallia noudattavien fysioterapeuttien työnjako oli selvästi erilainen. Heillä oli oikeus lähettää potilas suoraan röntgenkuvauksiin, magneetti- ja emg-tutkimuksiin ja verikokeisiin. Professionaalisessa virka-aseman mukaisessa työnjaossa fysioterapeuteilta edellytettiin läheteisiin konsultoivan klinikkalääkärin allekirjoitus. Tässä byrokraattisuuden nojaavassa työnjaossa fysioterapeuttien oli neuvoteltava kaikista potilaista kirurgin kanssa. Asiakaslähtöisemmässä mallissa he puolestaan konsultoivat kirurgia vain tarvittaessa. Asiakaslähtöisemmän työnjaon hyöty näkyi odotusaikojen lyhentymisenä ja työajan kohdentumisena oikeisiin asioihin. Nämä fysioterapeutit kokivat työn rikastumisen, tietämyksen ja osaamisen lisääntymisen hyvänä asiana. Toisaalta he kokivat työn mielekkyyden heikentymistä lisääntyneen stressin muodossa, kun jotkut lääkärille pääsemättömät potilaat ilmaisivat tyytymättömyyttään. Byrokraattisen työnjakomallin ”kaipuu” ilmeni siinä, että joitakin fysioterapeutteja huolettivat vastuukysymykset liittyen heidän lääketieteellisen tiedon vähyyteen: aiheuttaako potilaan oireiden mahdollinen puutteellinen diagnosointi oikeudellisia seuraamuksia? Stressiä aiheuttivat myös henkisesti kuormittavat krooniset kivuliaat selkäpotilaat, kirurgien vaatimukset nopeammista arvioinneista sekä yhteistyön puute. (Weatherley & Hourigan 1998, 378–379.)

On selvää, että oli kyse sitten teknis-byrokraattisesta tai asiakaslähtöisestä työnjaosta, työmäärää ei voi kohtuuttomasti kasvattaa. Asiakaslähtöisessä työnjaon mallissa saattaa, ehkä vähän yllättävästi, työstressi muodostua suuremmaksi kuin teknis-byrokraattisessa mallissa; asiakkaan tahdon kunnioittaminen, kuuleminen ja osallistaminen koetaan kuormittavammaksi kuin ”virkatehtävän

suorittaminen”. Tutkijoiden fysioterapeuttien stressin vähentämiseksi tekemä ehdotus ei siis yllätä: fysioterapeutille viikoittain ohjattavien uusien potilaitten määrä tulisi olla korkeintaan noin 25 % normaalista työstä. (Weatherley & Hourigan 1998, 379.)

Mitä tulee osaamisen merkitykseen työnjaossa, niin Daker-White ym. (1999) tutkimus antaa oikeuden kyseenalaistaa teknis-byrokraattisen työnjaon toimivuuden. Tutkimuksessa verrattiin nuorten ortopedien sekä fysioterapeuttien taitoa tutkia ortopediselle osastolle ohjautuva potilas, määrätä hänelle tarvittavat jatkotutkimukset ja hoito. Tulokset kyseenalaistavat virka-aseman mukaisen työajan: molemmat osasivat diagnostisoida asianmukaisesti ja vanhempaa ortopedia he konsultoivat yhtä paljon. Asemansa puolesta lääkärit toki määräsivät potilaille enemmän röntgenkuvauksia ja leikkauksia sekä antoivat potilaille lihaksiin pistoksia enemmän kuin fysioterapeutit. Potilastyytyväisyyskysely kuitenkin osoitti, että fysioterapeutit puolestaan neuvoivat ja tukivat potilaita enemmän kuin lääkärit. Mitä tulee kustannuksiin, niin potilaisiin kohdistuneissa suorissa kustannuksissa ei ollut eroa fysioterapeuttien ja lääkäreiden välillä, mutta lääkäreiden määräämät tutkimus- ja leikkauskulut olivat suuremmat kuin fysioterapeuttien. (Daker-White ym. 1999, 645-647.)

Ehkä kaikkein pisimmälle fysioterapeuttien itsenäinen päätöksenteko ja vastuu on viety Yhdysvaltojen armeijassa, jossa lääkäreiden ja fysioterapeuttien työnjakoa on toteutettu yli 50-vuotta. Fysioterapeuttien valtuutus edellyttää kahden viikon mittaisen lisäkoulutuksen. Tämän jälkeen heillä on oikeus määrätä mm. laboratorio-, kuvantamis- ja emg-tutkimuksia ja kirjoittaa lääkereseptejä. Fysioterapeuttien päätäntävalta on parantanut työnjaon toimivuutta: ortopedit ovat voineet keskittyä leikkauksia tarvitsevien potilaiden hoitoon. (Moore ym. 2005.)

Edellä esitetyn perusteella on oikeutettua esittää, että työnjaollisesti asiakasta ei ole aina mielekästä ohjata virallisesti korkeimman ammattilaisen vastaanotolle. Käytännössähän tämä tarkoittaisi, että kirurgian professorille ohjattaisiin potilaita, vaikkei hän olisi leikkannut potilaita vuodessa edes puoltakaan siitä mitä hänen ”alaisensa” leikkaavat. Seuraavaksi tarkastelemmekin miten professio-, asiakas- ja perhosefektimallit työnjakomalleina voisivat lisätä tuottavuutta ja työn mielekkyyttä.

## 2.3 Terveyspalvelumallien lineaarinen ja epälineaarinen työnjako

### 2.3.1 Lineaarisuuden ja epälineaarisuuden johtaminen

Tehokkuuteen yhdistyy usein staattisuus ja lineaarisuus. *Staattisuus* viittaa tässä siihen, että henkilöstön työpanoksella aikaansaama tuotos asiakkaalle on tietyssä ajassa, tilanteessa ja paikassa aina vakio. *Lineaarisuus* viittaa puolestaan yksinkertaisesti siihen, että fysioterapeutin tai lääkärin tietty ajallinen työpanos ( $x(t)$ ) tuottaa palvelutapahtumassa aina tietyn saman tuotoksen ( $y(t)$ ), jolloin kaikki työsuoritteet noudattavat kaavaa:  $x(t) - \text{palvelutapahtuma} - y(t) = f(x(t))$  niiden ajallisesta hetkestä huolimatta. Ongelmaksi muodostuu tässä se, että vain harvoin, jos koskaan, työ on determinististä eli ennalta määritettävää. Lineaarisuus tarkoittaisi sitä, että jos tutkisimme fysioterapeuttien ja lääkärin työtä minä tahansa hetkenä, niin kaikki työhön liittyvät ominaisuudet olisi ennustettavissa tämän perusteella.

Jos haluaisimme tehdä tämän, niin sama tulisi kyetä tekemään myös asiakkaan kohdalla. Ei siis riitä, että fysioterapeutti tai lääkäri toistaisi palvelutapahtumassa kaiken aina samalla tavoin, vaan myös kaikkien asiakkaiden tulisi toimia samalla tavoin. Sama diagnoosi toki samankaltaistaa ihmisiä, mutta itse palvelutapahtumassa kohtaavat yksilölliset ihmiset. Näin palvelutapahtumasta tulee stokastinen eli satunnainen. Perusterveydenhuollon niissä yksiköissä, joissa muut yksikön

ulkopuolisen järjestelmän palveluvaihtoehdot ovat vähäiset (vrt. haja-asutusseutu) stokastisuus lisääntyy hyvin todennäköisesti. On näet hyvin oletettavaa, ettei determinismiin päästä, elleivät fysioterapeutit ja lääkärit a) tunne erittäin hyvin asiakkaitaan ja b) voi keskittyä vain ja ainoastaan näiden asiakkaiden palveluun ja hoitoon. Tällöin on hyvin ymmärrettävää, miksi sairaalat kehittelevät teknisen työnjaon sovelluksia (esimeriksi Lean): potilaiden tarkka tunnistaminen on välttämätöntä työssä ja asiakkaan hoitoprosessissa onnistumiselle.

Teknisen työnjaon tuotannollinen tehokkuus perustuu puhtaimmillaan lineaarisuuteen: tietyllä työntekijällä (työpanos) aikaansaatu tietty tuotos on yksiselitteisesti määritettävissä. Jos määrittäminen ei tapahdu työntekijän (esim. yrittäjä, asiantuntija) toimesta, on johtajan tehtävä tämä. Käytännössä tämä onnistuu vain ja ainoastaan silloin, kun johtaja pystyy tunnistamaan erittäin tarkasti sekä työntekijän tiedot ja taidot että tämän kaikkien asiakkaiden tarpeet. Tuottavuutta ajatellen tämän tunnistamisen sijaan on olemassa muita keinoja tehostaa työtä – esim. työvoiman karsiminen. Jos henkilöstöä vähennetään, oletetaan usein itsestään selvästi, että saavutettu kustannussäästö olisi merkki tehokkuudesta. Säästö voi silti ilmetä liian lyhyinä vastaanottoaikoina tai asiakkaan väärälle ammattilaiselle ohjautumisena, mikä puolestaan lisää tarpeettomia käyntejä ja turhauttaa henkilöstöä. Tuottavuuden eli palvelujen asiakkaiden määrä voi silti olla korkea, mutta toiminta ei ole vaikuttavaa. Henkilöstön irtisanomisesta koituva palkkakustannussäästö on siten aina helpompi laskea kuin irtisanomisten todelliset vaikutukset itse toimintaan. Houkutus tarkastella suoritteita niiden vaikutusten sijaan kasvaa merkittävästi tilanteissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimakustannukset muodostavat suurimman kuluerän ja johdolta odotetaan jatkuvaa ”kulukuria”. Teknisen työjaon tuottavuus voi täten kääntyä itseään vastaan.

Todellisuudessa tämänkaltaisessa johtamis- ja työtavassa otetaan riski työn mielekkyyden heikentymisestä, koska omaan työn vaikuttamattomuus ja työajan hukkakäyttö turhauttaa.

Äärimuodossa fysioterapeutti tai lääkäri voi vieraantua työstään ja esineellistää myös itsensä suhteessa siihen (vrt. sosiaalisen työn jaon kritiikki). (ks. Pauwe 2004; Vuori 2007b)

Tehokkuuden mittaamisen haasteeksi muodostuikin ”eläviin olentoihin” liittyvissä järjestelmissä usein työajan epälineaarisuus. *Epälineaarisuus* tarkoittaa sitä, että työpanoksen ja tuotoksen suhde ei ole täysin tarkasti laskettavissa, koska työtä tehdessä useat ennalta arvaamattomat tekijät saattavat keskeyttää palvelutapahtuman (esim. äkillinen ammattilaisen sairauskohtaus, konsultaatio tms.). Tällaisia palvelutapahtuman stokastisia, väliin tulevia, satunnaisia tekijöitä tiivistetään terveydenhuollon ammattilaisten arkikielessä ilmaisuiksi ”säälä”, ”työn pirstaleisuus”, ”pompottelu” jne. Epälineaarisuuteen liittyy läheisesti äärimuodoissa myös työn kaoottisuus, jolloin työstä tulee arkisesti ilmaisten ”tulipalojen sammuttelua”. Tällöin työntekijältä katoaa käytännössä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja työn hallinnan heiketessä myös riski työn mielekkyyden katoamiseen kasvaa.

On hyvin ymmärrettävää, että terveydenhuollon työnjakoa käsittelevissä tutkimuksissa työnjako määritellään vaikeasti hahmotettavaksi ilmiöksi (ks. esim. Peltonen 2009). Tosiasia on se, että useimmiten järjestelmät ovat epälineaarisia, mutta niiden tarkastelu lineaarisesti auttaa ymmärtämään niiden puutteita. Esimerkiksi merkittävä fysioterapeutin ja lääkärin osaamistason vaihtelu lisää suoraan tuotoksen vaihtelevuutta, jota voidaan poistaa koulutuksella.

### 2.3.2 Kolme palvelumallia: professio-, asiakas- ja perhosefektimalli

Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa erityisenä mielenkiinnon kohteena ovat lineaarisen työnjaon vahvuudet ja heikkoudet suhteessa epälineaariseen työnjakoon. Yksinkertaisesti kyse on siitä, että asiantuntijan tieto-taito määrittää sen mitä hän tekee, mutta asiakaslähtöisesti työnjakoaan määrittävä asiantuntija käyttää sitä osaa asiantuntemuksestaan, jota asiakas eniten tarvitsee.

Tutkimuskohteina ovat kaksi lineaarista työnjaon mallia: professio- ja asiakaspalvelumallit sekä epälineaarinen perhosefektipalvelumalli. Profiopalvelumallissa lineaarisuus eli työvaiheet ohjautuvat asiantuntijuuden ehdoilla, asiakaspalvelumallissa työvaiheita ohjaa asiakas. Toisin kuin profiopalvelumallissa, ammattilaisen rooli määräytyy asiakaspalvelumallissa asiakkaan palvelutarpeen, ei koulutuksen tai virka-aseman pohjalta.

Tässä *profiopalvelumalli* viittaa teknisen tehokkuuden määrittämään työn sisältöön, jota vallitsevat organisaatorakenteet ja johtamistoiminta pitävät yllä tai sitten ei. Erityisesti ammattilaisen virallinen asema määrittää työnjakoa. *Asiakaspalvelumalli* puolestaan viittaa siihen, että asiakas haastaa tämän perinteisen työnjaon korostamalla prosessien oikea-aikaisuutta ja samalla työn tarkoituksenmukaisuutta, jota vastaavasti vallitsevat organisaatorakenteet ja johtamistoiminta pitävät yllä tai sitten ei. Nämä tavat ovat hyvin lähellä lineaarista ajattelua, jossa joko palvelujen tehokkaalla tuottamisella (henkilöstön tuotokset maksimoidaan suhteessa henkilöstön työpanoksiin) tai tehokkaammalla allokoinnilla (asiakkaiden tarpeiden ja tarjonnan parempi vastaavuus), uskotaan lisäävän tuottavuutta tai hoitojen vaikuttavuutta. *Perhosefektimalli* puolestaan viittaa dynaamisen tehokkuuden ohjaamaan työnjakoon, jossa jotkin vielä varsin tuntemattomat tekijät edistävät palveluprosessin toimivuutta ja edistävät työn mielekkyyttä siten, että palvelujen nykyinen kysyntä ja niiden oletettu kysyntä tulevaisuudessa ovat tasapainossa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että



lääkärit ja fysioterapeutit luopuvat joistakin heille virallisen organisaation määrittämistä työtehtävistä, koska he ovat havainneet niiden lisäävän palvelukysyntää tai työnkuormitusta tarpeettomasti. Kiehtova kysymys on, miten tällainen dynaaminen tehokkuus ilmenee ja on muutettavissa parhaaksi käytännöksi, jos sitä on olemassa.

Perhosefektimallissa siis tunnustetaan se tosiasia, ettei terveydenhuollon palveluprosessia ehkä kyetäkään jakamaan rationaalisesti ja virallisesti yksittäisiin työnjaollisesti selkeisiin osasuorituksiin. Eri ammattikulttuurit ja asiakkaiden tarpeiden tunnistamattomuus luovat prosesseja, jotka muuttuvat hitaasti muuttumattomiksi toimintatavoiksi. Ne eivät ehkä ole muutettavissa siksi, että ammattilaiset joutuisivat luopumaan heille itselleen tärkeistä työn mielekkyyttä ylläpitävistä piileivistäkin tekijöistä. Tällöin myös saatetaan jopa hyväksyä se, että palveluprosessit ovat satunnaisia ja työ pirstaloitunutta ”sälää” ja ”tulipalojen sammuttelua”.

Asiakaspalvelumallin työnjaon, jossa alaselkäpotilaan ensikontakti on fysioterapeutilla, on todettu parantavan palvelujen saatavuutta ja lyhentävän hoitojonoja. Myös muu terveydenhuoltohenkilöstö näyttäisi olevan tyytyväinen työnjakoon. Toiminnan vaikuttavuudesta on runsaasti kansainvälisiä ja jonkin verran myös kansallisia kokemuksia (Kukka 2010), mutta tarkkaa seuranta tutkimusta siitä, edistääkö työnjako niin fysioterapeuttien kuin lääkärienkin työn rikastamista ja tuottavuuden lisääntymistä, ei ole. Täten tutkimuksella voisi olla merkittävä hyöty henkilöstöressurssien johtamiselle myös käytännössä. Varsinkin kun tiedämme, että useat kunnat pyrkivät lisäämään fysioterapeuttien ja lääkärien yhteistyötä tuottavuuden parantamiseksi.

Työnjaon epälineaarisuuksien tunnistamisella voi olla lukuisia vaikutuksia. Ensiksi, on varsin hyvin tiedossa, että fysioterapeuttien osaamista ei voida monipuolisesti hyödyntää erikoissairaanhoidossa, jossa he tekevät hyvin tarkkoja toimenpiteitä lääkärien ohjeistamana. Toiseksi,

perusterveydenhuollon lääkärit usein hyötyvät omassa työssään fysioterapeuttien konsultoinnista. Kolmanneksi, inhimillisten resurssien näkökulmasta työnjaon organisointi siten, että molempien ammattikuntien osaamista käytetään oikeassa paikassa oikeaan aikaan, lisää työn tuottavuutta ja parantaa työhön sitoutumista. Tässä tutkimuksessa arvioidaan miten ”uusi ja vanha” lineaarinen työnjakomalli vaikuttavat perusterveydenhuollossa fysioterapeuttien ja lääkärien työn mielekkyyteen, työhön sitoutumiseen ja työn tuottavuuteen. Kysymyksen käytännöllinen hyöty on merkittävä, kun tiedämme, että näissä molemmissa ammattiryhmissä työhön sitoutumisen haasteet ovat kasvaneet vuosien myötä (vrt. esim. tilastot alaa vaihtavista fysioterapeuteista ja lääkärien täyttämättömistä toimista).

Työn mielekkyyden kannalta lineaarisuus eli ennalta arvattavuus työssä muodostuu väistämättä haasteeksi terveydenhuollossa, jossa yhä lyhyemmässä ajassa tulisi tehdä yhä enemmän. Työorientaatio on pirstaloitunutta ja odotus mahdollisuudesta kehittyä ja hyödyntää kaikkea osaamista työssä kasvaa entisestään (Vuori & Siltala 2007).

Tästä huolimatta nykyinen yhteiskunta, ja erityisesti terveydenhuollon organisaatiot, suosivat mukautumiskykyisiä ja nopeatahtisia työntekijöitä. Näin on olemassa riski että luovien työnjaollisten ratkaisujen löytäminen ja tunnistaminen on entistä vaikeampaa. Kun mahdollisuus epälineaarisuuteen, luovuuden ”sattumiin”, vähenee, työstä on taipumus tulla elannon väline. Tämä entisestään suosii auktoriteettipohjaisen professiopalvelumallin mukaisia työnjakoratkaisuja, olivatpa ne tehokkaita tai eivät. Yhteiskunnan teollisen aikakauden tuottavuusvaatimuksen mukainen ajattelu, enemmän palveluja vähemmillä resursseilla, köyhdyttää työnsisältöjä ja voi heikentää koettua työn mielekkyyttä. Ei siten ole yllätys, että fysioterapeuttien osaamiskapasiteetin hyödyntämättömyys lisää heidän irtisanoutumishalua - erityisesti byrokraattista ja professionaalista työnjakoa noudattavissa organisaatioissa.

### 2.3.3 Kolmen palvelumallin kuvaus kolmessa kunnassa

Kolmea palvelumallia tutkitaan Kirkkonummen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) ja osin Lahden perusterveydenhuollossa. Kirkkonummen kunnassa on käytössä professiopalvelumalli, Lahdessa molemmat mallit ja Eksotessa asiakaspalvelumalli. Näiden kolmen alueen vertailu auttaa tunnistamaan, minkälaisia epälinearisuuksia kaikissa malleissa on havaittavissa. Toisin sanoen, onko työnjako sittenkin perhosefektimallimaista. Tämä mahdollistaa myös tarkemman analyysin siitä, onko asiakaspalvelumalli todella professiopalvelumallia tuottavampi ja työn mielekkyyttä edistävä vaihtoehto. On näet täysin mahdollista, että tunnistamattomat epälinearisuudet työnjaossa tekevät asiakaspalvelumallista, sen oletetusta paremmuudesta huolimatta, huonomman ja tuottamattoman työnjakomallin.

Linearisessa työnjaossa työ muodostuu karkeasti osiensa summaksi, jotka ovat määriteltävissä selkeästi työvaiheittain. Luonnollisesti epälineaarinen työ ei ole osiensa summa, vaan työvaiheisiin voivat vaikuttaa arvot, toiminta- ja työkuulttuuri sekä opitut työkäytänteet ja erityisesti asiakastyössä asiakkaan tarpeet ja odotukset, mikäli ne otetaan huomioon. Mielenkiintoista on se, että jos asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisessa tapahtuu toistuvasti jokin tunnistamaton tekijä, voi se kertaantua ja aiheuttaa merkittäviä muutoksia palveluprosessiin (vrt. perhosefekti). Esimerkiksi, jos asiakas operoidaan epäpuhtaalla neulalla voi tästä aiheutua tulehdus, joka voi jäädä huomaamatta seuraavien ammattilaisten toimesta. Lopulta seuraukset voivat olla täysin ennustamattomat ja katasrofaaliset, jopa vuosia tapahtuneen jälkeen. Tästä syystä itsestänselvyyksiä tulisi kyseenalaistaa aika ajoin.

Mielenkiintoista on se, että vaikka työnjaon, tehtäväkuvan laajentamisen ja tehtäväsiirtojen käsitteiden käyttö näyttää vakiintuneelta suomalaisessa terveydenhuollossa (Haapa-aho ym. 2009,

Tehtävien ja työnjaon muutokset 2009), ne eivät kerro mitään siitä, miten työnjako todella tapahtuu esimerkiksi eri ammattiryhmien välillä. Lisäksi aiemmin toiselle ammattiryhmälle kuuluneiden tehtävien sisällyttäminen jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin voi tapahtua suullisella sopimuksella, jota ei olla edes halukkaita virallisesti tunnustamaan, siihen mahdollisesti liittyvien riskien vuoksi (Vuori 2007). Erityisen haitalliseksi työn mielekkyydelle tällainen piilevä työnjako muodostuu silloin, kun käytössä ovat tehtävä- ja toimenpidekohtaiset palkkiot. Toimenpiteet voi epävirallisesti tehdä vaikkapa hoitaja, mutta palkkion niistä saa lääkäri (vrt. DiCenso ym. 2007).

Tästä huolimatta terveydenhuollossa työnjakoa näytettäisiin mallinnettavan lineaarisesti niin, että työvaiheiden oletetaan etenevän selkeästi jäsennettävän työprosessin mukaisesti (vrt. vuokaaviot, hoitoprosessit jne.). Tiedämme kuitenkin tutkimuksista, että lineaarinen työnjako, rationaalisesti kuvatuista työvaiheista huolimatta, voi olla epälineaarista eli se voi noudattaa hyvinkin arvoihin ja tottumuksiin nojautuvaa toimintatapaa (ks. esim. Carnall 2007). Toisin sanoen asiantuntijoiden omat mieltymykset, osaaminen ja opitut työtavat ohjaavat työprosesseja tai asiakkaat muuttavat palveluprosessia.

Terveydenhuollon organisaatioissa asiantuntijoiden työnjaon kehittäminen muodostuu erityisen haastavaksi, koska heidän omaksumansa eri työ- ja ammattikulttuurit heikentävät lineaaristen työnjakouudistusten ”tehokasta ammentamista ja omaksumista” (vrt. internalisaatio-eksternalisaatio). Epälinearisuuksien identifiointi eli ammattilaisten mielekkäät, muttei aina rationaaliset, työtavat on täten tärkeää tunnistaa, jotta voimme tarkemmin dokumentoida lineaaristen mallien keskeiset tuottavuusongelmat työnjaon kehittämisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarve kasvaa ikääntymisen myötä, mutta nykyisillä toimintatavoilla työvoima ei tule riittämään, vaan työtehtävien siirtäminen ja työnjaon uudelleen

määrittely on väistämätöntä. Henkilöstöryhmien välinen työnjako terveydenhuollossa, erityisesti hoitajien ja lääkärien välisenä kysymyksenä, on ollut sosiaali- ja terveysministeriön keskeisimpiä kehittämiskohteita jo vuosia (ks. Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005; ks. myös Suominen & Henrikson 2008).

Lineaarinen työnjako voi ilmetä professio-, asiakas- tai jossain muussa rationaalisesti jäsenneyssä mallissa (kuvio 1). Epälineaarisuus puolestaan muodostuu koko joukosta ennalta arvaamattomia työ- ja palveluvaiheita. Kuviossa 1 kuvattu professiomalli perustuu ajatukseen siitä, että ajan valitseminen lääkärille ohjaa koko prosessin. Ajanvaraus lääkärille käynnistää palveluprosessin, jossa luotetaan tämän ammattiryhmän tiedon tuomaan työnjakoon (vrt. perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoido) ja lopulta uuteen ajanvaraukseen lääkärille. Asiakaspalvelumallissa puolestaan prosessin käynnistää asiakkaan terveydentilan arviointi, josta seuraa ajanvaraus fysioterapeutille ja hänen tietonsa hyödyntäminen yhdessä asiakkaan kanssa ja lopuksi terveydentilan seuranta tarvittaessa esim. puhelimitse. Vaikka nämä mallit ovat erilaisia ja hyödyntävät eri ammattiryhmiä, ne noudattavat silti tiettyä oletettua loogista ja ennalta arvattavissa olevaa työnjakoa. Mielenkiintoista on se, että ns. ”perhosefektimallissa” epälineaarisuus voi ilmetä yllättävinä työvaiheina, jotka eivät ole ennustettavissa. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat juuri perhosefektimallin konkreettiset esimerkit.

<b>PALVELUMALLIT</b>		
<i>Professio</i>	<i>Asiakas</i>	<i>Perhosefekti</i>
1) Aika X	1) Arviointi	1) Aika Y
2) Tieto	2) Aika Y	2) Asiakas
3) Uusi tieto	3) Tieto	3) Aika X
4) Erikoistieto	4) Asiakas	4) Tieto
5) Uusi aika	5) Arviointi	5) Aika Z
<b>LINEAARINEN</b>	←—————→ —————→	<b>EPÄLINEAARINEN</b>

Kuvio 1. Palvelumallit lineaarisessa ja epälineaarisessa työnjaossa

Professiopalvelumalli ilmenee siten, että 1) potilas varaa ajan lääkärille (X); 2) hän käy hankkimassa tietoa lääkärinvastaanotolta; 3) jos tämä tietoa ei auta, tulee potilas uudelleen vastaanotolle ja 4) prosessi etenee tarvittaessa erikoissairaanhoidon ja 5) potilas varaa uudelleen ajan. Asiakaspalvelumallissa prosessi käynnistyy 1) potilaan hoidontarpeen arvioinnilla, jonka jälkeen 2) varataan aika fysioterapeutille (Y), 3) fysioterapeutin vastaanotto toteutuu ja lopuksi 4) omahoito sekä 5) tarvittaessa seuranta vaikka puhelimitse. Periaatteessa ”perhosefektimalleja” syntyy lukuisia, koska missä tahansa vaiheessa jokin satunnainen tekijä voi keskeyttää prosessin. Käytännössä myös järjestys eri vaiheiden välillä voi vaihdella täysin ennustamattomalla tavalla. Mielenkiintoista olisi silti tietää, mitkä tekijät johtavat siihen, että näennäisesti lineaarinen malli paljastuu epälineaariseksi todellisuudessa. Potilas voi esim. päätyä yksityislääkärin vastaanotolle (Aika Z) joko sattuman, jonotusaikojen tai muun tunnistamattoman satunnaistekijän vuoksi.

Täten tässä tutkimuksessa arvioidaan, miten ”uusi ja vanha” lineaarinen työnjakomalli vaikuttaa perusterveydenhuollossa fysioterapeuttien ja lääkärin työn mielekkyyteen, työhön sitoutumiseen ja

työn tuottavuuteen. Työn mielekkyyden kannalta on tärkeää tiedostaa, että vaikka ”uudessa” asiakaspalvelumallissa esimerkiksi alaselkäpotilaan työnjako ja hoitoprosessi on määritetty tarkasti, ei se välttämättä tarkoita sitä, etteivätkö epälineaarisuuksiin perustuvat toimintatavat ”vanhassa” professiopalvelumallissa voisi olla yhtäläillä toimivia (vrt. malleista riippumaton fysioterapeutin ja lääkärin yhteistoiminta). Profiopalvelumallissa esimerkiksi alaselkäpotilas ohjautuu hoitoon tilanteesta riippuen perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon ohjaamana. Mallien välisten tuottavuuserojen on esitetty muodostuvan mm. kuvantamisesta, leikkaushoidoista, sairauslomista, terveydenhuollon henkilöstön ja potilaiden toimintakulttuurista ja asenteista. Profiopalvelumallissa kustannusten on todettu muodostuvan erityisesti työajan tehottomasta allokoinnista, transaktioista ja osaamisvajeista. Kustannuksia kertyy myös potilaan jatkotutkimuksista ja sairauslomista. Potilas saattaa joutua jatkotutkimuksiin useita kertoja jopa vuosien ajan saamatta apua (kuvio 1), mikä luonnollisesti laskee ammattilaisten sisäistä työmotivaatiota (ks. Vuori 1995, 2007; Saxen 2009). Tästä ja erinäisistä näytöistä huolimatta professiopalvelumallissa saattaa silti olla epälineaarisia toimintatapoja, joita olisi syytä edelleen kehittää tai omaksua muihin työnjakomalleihin.

Tämän tutkimus- ja kehittämishankkeen perusoletus on, että asiakaspalvelumallin työnjako on tehokkaampaa ja tuottavampaa vain ja ainoastaan, jos lineaarinen työnjako on osa toimintakulttuuria (epälineaarisuutta). Tällöin osaamisen tehokkaampi allokointi vähentää mm. tarpeettomien konsultaatioiden määrää, nopeuttaa hoitoprosessia, lisää potilaan omahoitovalmiuksia ja kaikkien prosessin asianosaisten tyytyväisyyttä työntekijät mukaan lukien. Mielenkiintoiseksi tutkimuksen tekeekin eri työnjakomallien lineaarisuuden epälineaarisuuden tunnistaminen. Kolmessa organisaatiossa tehtyä analyysia voidaan hyödyntää laajemminkin työnjaon toimintatutkimuksellisenä viitekehyksenä. Organisaatioiden kehittämisen ydinhaasteenahan on ollut

aina 1960-luvulta lähtien löytää keinoja tunnistaa, miten työntekijöiden ja organisaatioiden työlle asettamat tavoitteet integroituisivat mahdollisimman hyvin.

Työelämän vetovoimaisuus sekä henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat keskeisiä kysymyksiä tässäkin hankkeessa. Vetovoimainen, osaamista hyödyntävä ja vaikuttamismahdollisuuksia luova työyhteisö lisää työssä viihtymistä. Näin näyttäisi käyneen esimerkiksi Saarijärvi-Karstulan, Haminan, Espoon, Kotkan ja Vantaan perusterveydenhuolloissa, joissa fysioterapeuttien työssä viihtyminen ja työmotivaatio näyttäisivät parantuneen asiakaslähtöisen työnjakomallin myötä (Kukka 2010). Nimenomaan ”näyttäisi”, koska emme todellisuudessa tiedä vaikuttaako tähän enemmän toimintakulttuuri vai lineaarinen malli sinänsä.

Vaikka tässä tutkimuksessa tarkastellaan tutkimukseen mukaan sitoutuneissa perusterveydenhuolloissa (Lahti, Eksote ja Kirkkonummi) käytössä olevia työnjakomalleja, niin käytännössä fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaon tulokset ovat sovellettavissa kaikkialle Suomeen. Tulosten hyöty on selvä: se työnjakomalli, joka selvästi lisää fysioterapeuttien ja lääkärien työn mielekkyyttä ja sitoutumista sekä vähentää kustannuksia, tulisi ottaa käyttöön mahdollisimman laajasti. Tarkemmin ilmaisten: keskeisten epälineaarisuuksien tunnistamisen avulla tulisi konstruoida malli, jossa keskeisimmät työnjaon lineaarisen mallin toteuttamisen esteet on tunnistettu nykyistä paremmin. Näitä ovat esimerkiksi ammattien välisen yhteistyön käytännön toteuttamiseen liittyvät esteet. Epälineaarisuutta aiheuttavia esteitä voivat olla myös eri sukupolvien työlle asettamien odotusten erilaisuus, työasenteet, ammatti-identiteetti ja työtavat ylipäänsä.



### 3 FYSIOTERAPEUTTIIEN JA LÄÄKÄREIDEN TYÖNJAON ARVIOINTI

#### 3.1 Tutkimuksen tavoite, aineisto ja menetelmät

Tuottavuudella viitataan tässä tutkimuksessa pääosin tuotannolliseen tehokkuuteen eli asiantuntijan aikaansaannoksiin (esim. hoidetut potilaat) ja allokatiiviseen tehokkuuteen eli asiantuntijan asiakkaaseen aikaansaamiin vaikutuksiin (esim. parantuneet asiakkaat). Asiantuntijoiden työ voi silti olla myös dynaamisesti tehokasta. Tällöin yhdistyvät edellä mainitut tuottavuuden muodot ja tulevaisuuden asiakastarpeiden ennakointi (esim. palvelusta kieltäytymisen tuottavuus) kuten edellä kuvasimme (luku 2).

Edellä mainitut ”tuottavuuden muodot” ilmenevät professio-, asiakas- ja perhosefektipalvelumalleissa. Profiessio- ja asiakas- ja perhosefektipalvelumalleissa pääpaino on toimenpiteissä, joiden toivotaan olevan myös vaikuttavia. Asiakaspalvelumalleissa pääpaino on asiakkaassa ja sen varmistamisessa, että toimenpiteet, kuntoutus ja itsehoito ovat vaikuttavia. Perhosefektipalvelumalleissa satunnaisuudet ja ”parhaat tunnistamattomat käytännöt” ohjaavat parhaimmillaan työnjakoa siten, että työ on tuottavampaa, vaikuttavampaa ja sisällöllisesti mielekkäämpää kuin tarkasti asiantuntijuuden tai asiakkaan ehdoilla vaiheistetussa työssä. Perhosefektipalvelumalli nostaa esille myös niitä tekijöitä, joiden vipuvoimaa ei voi poistaa tehostamalla toimintaa professio- ja asiakaspalvelumalleissa (vrt. esim. itsehoidosta kieltäytyvä asiakas). Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten työnjako vaikuttaa työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen lineaarisissa professio- ja asiakaspalvelumalleissa?
- 2) Miten perhosefektipalvelumallin epälineaarisuus kyseenalaistaa professio- ja asiakaspalvelumallin lineaarisuuden?

- 3) Voiko perhosefektipalvelumallissa työ olla mielekkäämpää ja tuottavampaa kuin prosessio- ja asiakaspalvelumallissa?

Tutkimus on luonteeltaan arviointitutkimus, jossa aineistot muodostuvat ammattilaisten ja heidän johtajiensa haastatteluista sekä heille järjestetystä dialogiseminaarista ryhmähaastatteluineen. Keskeisenä menetelmällisenä ankkurina toimii ns. integroivan realististen arvioinnin idea (ks. esim. Mark ym. 2000). Siinä keskeistä ei ole niinkään se, ovatko arviointimenetelmät määrällisiä tai laadullisia, vaan se, ovatko ne arkipäivän todellisuutta vastaavia siten, että haastatellut voivat antaa arviointituloksille tarkempia merkityksiä ja sisältöjä. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tulokset jäävätkin tästä johtuen usein liian yleisiksi, jolloin niiden käytännöllinen relevanssi voi olla suhteellisen mitätön. Esimerkiksi, jos tuloksena on, että työyhteisöjen ristiriitoja, tiedonkulkua ja palkitsemisjärjestelmää on muutettava, ei se kerro mitään siitä a) mistä ristiriidoista, tiedonkulusta ja palkitsemisesta on kyse ja b) mihin tulisi saada muutosta. Tässä tutkimuksessa dialogiseminaari kiteyttää erityisesti ideaa siitä, että haastatellut itse yrittävät antaa tuloksilleen konkreettisempia käytännöllisiä merkityksiä.

Ankkuroidumme tässä siten arviointiperinteeseen, jossa työnjakoa koskevien mekanismien oletetaan ohjautuvan kontekstin perusteella. Tutkimusta ohjaavana perusoletuksen on, että ammattilaisten 'tapa tietää' (ways of knowing), mikä on merkityksellistä, ei noudata aina loogisin ja rationaalisin päättelyin syntyvää kuvaa työn mielekkyydestä, vaan sitä, mikä heidän työympäristössä on tarkoituksenmukaista (vrt. Vuori 2001; Weick ym. 2005). Useissa tilanteissa opitut väitteet johtamisestakin elävät jo omaa elämäänsä. Moni saattaa edelleen kuvitella, että esimerkiksi henkilöstön rekrytoinnissa kannattaa yhdistää validit testitulokset ja johtajan näkemykset tai että työn kuvaan liittyvät ristiriidat parantavat ryhmän suoritusta enemmän kuin henkilökohtaiset. Näin siitä huolimatta, että väitteet on osoitettu lukuisia kertoja vääriksi useissa

tutkimuksissa (ks. Pawson 2002; Rousseau –Barends 2011, 222). Näin ollen vallitsevien työnjaon perusoletusten identifiointi on olennaista päästäksemme myös käytännössä ”näyttöön perustuvaan” inhimillisten resurssien johtamiseen terveydenhuollossa.

Tutkimus oli kaksivaiheinen (T1-T2). Ensimmäisessä T1-vaiheessa tutkimushenkilöitä eli fysioterapeutteja ja lääkäreitä (liite 1) sekä heidän johtajiaan (liite 2), pyydettiin kuvaamaan haastatteluisia ja eläytymismenetelmällä (liite 3) niitä keskeisiä tekijöitä, jotka edistävät mielekästä työnjakoa ja työn mielekkyyttä Kirkkonummella, Lahdessa ja Eksotessa. Eläytymistehtävän avulla tarkasteltiin sitä, miten he organisoisivat palvelut työnjaollisesti mielekkäimmällä tavalla tulevaisuudessa (ks. Janasik ym. 2009). T1-vaiheessa ammatillaisia pyydettiin erityisesti arvioimaan terveysasemiensa alaselkäpotilaiden avovastaanottoiminnan nykytilaa, menneisyyttä ja tulevaisuutta sekä retrospektiivisesti niitä tekijöitä, jotka ovat olleet keskeisiä työn mielekkyyden kokemisessa. T1-vaiheeseen liitettiin muutamia kuukausia haastatteluiden jälkeen toteutettu sähköpostikysely, jossa tehtiin tarkentavia kysymyksiä fysioterapeuteille ja lääkäreille. Näin varmistettiin haastatteluista ja eläytymistarinoista muodostuneen tulkinnan oikeellisuus (liite 4).

T2-vaiheessa järjestettiin ryhmähaastattelumuotoinen dialogiseminaari (liite 5), jossa tutkimushenkilöitä pyydettiin syventämään työn sisällön analyysiä sekä arvioimaan haastatteluiden jälkeen työssä tapahtuneita ja mahdollisesti tiedossa olevia tulevia muutoksia. Vain Kirkkonummen ja Eksoten tutkimushenkilöt osallistuivat dialogiseminaariin. Lahdessa T2-vaihetta ei ollut mahdollista ja mielekästä toteuttaa, koska Lahden lääkäreitä ei sopimuksista ja lukuisista yrityksistä huolimatta saatu rekrytoitua haastatteluihin. Dialogiseminaarissa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, jotka ensin tuottivat yksilötasolla ja sen jälkeen yhteisesti ryhmässä vastauksia. Molemmissa ryhmissä mukana oli ensin joko lääkärien tai fysioterapeuttien johtaja ja sitten ryhmät

kokoontuivat uudestaan siten, että johtajat olivat vaihtaneet ryhmää. Tämä jälkeen käytiin dialogi ryhmien vastauksista ja tiivistettiin ne toimenpide-ehdotuksiksi (liite 6).

Taulukosta 1 käy ilmi, että Lahti oli aineistossa aliedustettu. Tästä syystä tulosten raportointi ei ole mielekäästä heidän osaltaan. Tutkimuksen analyysi perustuu kaikkiaan 122 tutkimuksen eri vaiheissa tuotettuun dokumenttiin, jotka mahdollistavat perusoletuksen analysoinnin. Menetelmällisesti arviointi soveltaa arviointivaiheistusta, jossa määritetään ensin työnjaon tarkoitus, toiseksi sen vahvuudet ja heikkoudet, ja kolmanneksi arvioidaan sitä, mitä tästä kaikesta mahdollisesti seuraa (vrt. Fetterman 2001).

Taulukko 1. Tutkimuksen kohteet, aineisto ja vaiheet

TUTKIMUSKOHDE AINEISTOT	LAHTI (n=11)				KIRKKONUMMI (n=40)				EKSOTE (n=61)				N= 112
	FT	L	FJHT	LJHT	FT	L	FJHT	LJHT	FT	L	FJHT	LJHT	
<i>Haastattelut (2013/2014)</i>	6		1	1	6	6	1	1	11	9	1	1	44
<i>Eläytymistarinat (2013/2014)</i>	3				4	4			9	2			22
<i>Ryhmähaastattelut (2014)</i>					5	2	1	1	7	5	1	1	23
<i>Toimenpide-ehdotukset (2014)</i>					5	2	1	1	7	5	1	1	23

FT= Fysioterapeutti, L= lääkäri, FJHT= Fysioterapeuttien johtaja, LJHT= Lääkärien johtaja

Arviointi perustuu kolmeen aineistoon. Ensimmäisen ja pääaineiston muodostavat henkilöstön haastattelut (ensin henkilökohtaisesti ja sen jälkeen vielä sähköpostitäsennyksin) vuosina 2013-2014. Realistisen kuvan aikaansaamiseksi fysioterapeutit haastatteli tutkija, joka on koulutukseltaan fysioterapeutti ja lääkärit puolestaan tutkijakoulutuksen saanut lääkäri. Nämä tutkijavalinnat mahdollistivat sen, että he pystyivät alan ammattilaisina luomaan identifiointia auttavan luottamuksellisen humanistisen haastattelun (vrt. emictason tulkinta etictasolle). Aineiston pääpaino

on erityisesti työn mielekkyyden arvioinnissa (vaikuttavuusmahdollisuudet, kehittämis- ja oppimismahdollisuudet, mielekkyys, kuormittavuus, henkilöstön sairauspoissaolot, palkkaus). Dialogi- ja ryhmähaastatteluseminaarin ideana oli tuottaa lisäksi yhdessä aihetta koskevia tutkimustuloksia. Tutkijat loivat skenaarioita yhdessä sidosryhmien edustajien (fysioterapeutit, lääkärit ja johdon edustajat) kanssa ja refleктоivat heidän käsityksiä tutkimustulosten pohjalta.

Tutkimuksessa oli tarkoitus myös arvioida palvelumalleja asiakaskyselyin, mutta tähän ei saatu tarvittavaa lupaa lukuisista yrityksistä huolimatta. Asiakaskyselyllä olisi ollut mahdollista tunnistaa palveluprosessin mekanismeja ja niiden solmukohtia asiakasnäkökulmasta; esim. onko asiakas saanut hyödyn palvelusta vai onko hän päätenyt hakeutumaan julkisen sijaan yksityiselle sektorille (Kuvio 1, Aika Z).

Lääkärien ja fysioterapeuttien työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden näkökulmasta haastatteluiden avulla pyrittiin tunnistamaan erityisesti eri palvelumallien epälineaarisuus-tekijöitä. Tavoitteena oli nostaa esille eri organisaatiomallien hyviä ja huonoja puolia erityisesti työntekijän näkökulmasta.

### **3.2 Ryhmähaastattelu ja dialogiseminaari: toteutus**

Tutkimuksessa mukana olevien organisaatioiden, Eksoten ja Kirkkonummen, kanssa järjestettiin dialogi- ja ryhmähaastatteluseminaari marraskuussa 2014. Näissä noin päivän kestävässä tilaisuuksissa tutkijat loivat skenaarioita yhdessä sidosryhmien edustajien (fysioterapeutit, lääkärit ja johdon edustajat) kanssa ja refleктоivat heidän käsityksiä empiirisistä tutkimustuloksista.

Tilaisuuksissa sovellettiin dialogista *Learning Cafe* eli oppimiskahvila-menetelmää. Dialogisuus merkitsee jokaisen osallistujan idean kollektiivista kehittelyä siten, ettei vuoropuhelussa

kyseenalaisteta esittäjän käsityksiä (ks. esim. Vuori 2007). Oppimiskahvila-menetelmä on prosessina yksinkertainen. Siinä keskitytään joidenkin teemojen tai kysymysten dialogiseen ratkaisuun ryhmässä siten, että jokaisen idean esittäjän käsitystä kehitetään niin pitkälle kuin mahdollista (vrt. sokrateslainen ”kullanhuuhdonta”).

Aluksi organisaation johtajat olivat paneelin jäseninä, joille tutkijat esittivät paneelin puheenjohtajan johdolla tutkimustuloksista johdettuja kehittämiskysymyksiä. Esitettyjen kysymysten vastausten kirjaamisen jälkeen kaikki jakaantuivat pienryhmiin pöytäkunnittain. Ideana oli kehitellä edelleen johdon kehittämisideoita ja vastaavasti nostaa esille henkilöstön kehittämisideoita samoihin tutkimustuloksiin. Prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtoivat pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohti aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Prosessi eteni tarkkaan ottaen seuraavasti:

### **Vaihe 1. Järjestäytyminen**

Oppimisympäristön järjestäminen *Learning Cafelle* sopivaksi. Menetelmää varten tarvitaan yhtä monta pöytää kuin on käsiteltäviä teemoja ja kysymyksiä. Pöytiin sijoitetaan tyhjiä paperiarkkeja, post-it -lappuja sekä kyniä ja tusseja. Pöydät voidaan myös päällystää isommalla paperilla, johon osallistujat voivat kirjoittaa ajatuksiaan ylös.

### **Vaihe 2. Ohjaus**

Ohjaaja kertoo, miten edetään ja mikä on tavoite menetelmässä.

### **Vaihe 3. Kehittämisideoiden nimeäminen**

Valitaan teemat ja/tai kysymykset, joihin halutaan ideoita tai näkökulmia. Ohjaaja on voinut valita käsiteltävät teemat jo etukäteen, jolloin säästetään aikaa ja voidaan keskittyä esimerkiksi

tilanteeseen sopivien tärkeiden teemojen pohdintaan. Jokaiselle teemalle nimetään oma pöytänsä tai pöydissä voi olla etukäteen nimetty teema esillä.

#### **4. Ryhmäntyminen**

Osallistujat jaetaan yhtä suuriin ryhmiin (esim. 4-6 henkeä). Jokainen ryhmä siirtyy yhteen pöytään ja muodostaa oman pöytäseurueensa.

#### **5. Roolitus**

Kullekin pöydälle valitaan puheenjohtaja/kirjuri, joka pysyy omassa pöydässään koko ajan.

#### **6. Virittäytyminen dialogiin**

Oppimiskahvilan pöydissä keskustelu käynnistetään sopivalla virikkeellä tai kysymyksellä. Papereihin ja lappuihin kirjoitetaan vapaasti ideoita ja ajatuksia. Keskustelua käydään kuuntelemalla, kertomalla omia mielipiteitä sekä kommentoimalla siten, että jokainen saa äänensä kuuluviin. Puheenjohtaja voi ohjeistaa keskustelua siten, että jokaisen tulee nostaa ainakin kerran omat näkemyksensä esiin.

#### **7. Ensimmäinen roolivaihdos**

Keskustelujen jälkeen (n. 20-30 min) vaihdetaan pöytää. Ainoastaan puheenjohtaja pysyy omassa pöydässään, muut liikkuvat ryhmänä seuraavaan pöytään, jossa keskustelu jatkuu sen jälkeen, kun puheenjohtaja uudessa pöydässä on ensin lyhyesti kertonut aiemman pöytäseurueen ajatukset.

#### **8. Toinen roolivaihdos**

Tehdään useita vaihtoja riippuen aikataulusta, ryhmien koosta ja käsiteltävien teemojen määrästä.

Teemaa voidaan käsitellä samasta näkökulmasta koko ajan tai ohjaaja on voinut miettiä esimerkiksi uusia tukikysymyksiä/syventäviä kysymyksiä tai vastaavia pöytien vaihdon jälkeen läpikäytäviksi.

## **9. Reflektio ja metalogi**

Lopuksi puheenjohtajat esittelevät lopputulokset kaikille osallistujille ja käydään vaihtoehtot poissulkeva kollektiivinen dialogi (metalogi). Tilaisuus päättyy yhteiseen päätökseen tehtävistä kehittämislinjoista muutosten aikaansaamiseksi.

Tutkimus- ja kehittämishankkeissa yksi keskeisimpiä ongelmia on usein asetettujen tavoitteiden epämääräisyys. Esimerkiksi asiakastyytyväisyyden kehittämisessä saatetaan kiinnittää liiaksi huomiota vain palvelun laatuun, jolloin itse kehittäminen ei kohdistu lainkaan johtamisjärjestelmiin. Kuten on todettu, johtajilla tulisi olla kyky samanaikaisesti tarkastella strategisia ja operatiivisia kysymyksiä (Karlöf 2004). Tässä syystä tässä hankkeessa johtoa haastateltiin ja osallistettiin, jotta löydettäisiin tasapainoisesti kyky tuottaa hyötyä asiakkaalle ja samaan aikaan lisättäisiin tuottavuutta ja henkilöstön kokemaan työn mielekkyyttä.

Dialogiseminaareja varten tutkimus- ja kehittämisaineiston analyysi toteutettiin seuraavan kuvion 2 kriteeristön mukaisesti, jota käytettiin myös tehtävänantona seminaarissa (liite 5). Haastattelujen tulkintakriteereinä toimivat siten esimerkiksi työnjaon osalta seuraavat kysymykset: Ohjaako perinteinen käsitys asiantuntijuudesta palveluprosessia ja jos kyllä, niin miten? (professio) Ohjaako asiakkaan tarpeet palveluprosessia ja jos kyllä, niin miten? (asiakas) vai ohjaako joku muu tekijä palveluprosessia ja jos kyllä, niin miten? (perhosefekti). Haastatteluista poimittiin edellä mainittuihin kriteereihin perustuvia kuvauksia, jotka luokiteltiin Atlas.fi ohjelmalla.



Kuvio 2. Työnjaon arviointikriteerit palvelumalleissa

<i>PALVELUMALLIT</i> <i>KRITEERIT</i>	<b>PROFESSIO</b>	<b>ASIAKAS</b>	<b>PERHOSEFEKTI</b>
<i>Työnjako</i>	Asiantuntijuus työnjakajana	Asiakas työnjakajana	Tekijä X ? työnja- kajana
<i>Tuottavuus</i>	Asiantuntijuus tuottavuustekijänä	Asiakas tuotta- vuustekijänä	Tekijä Y? tuotta- vuustekijänä
<i>Työn mielekkäys</i>	Asiantuntijuus työn merkityksen lähteenä	Asiakas työn merkityksen lähteenä	Tekijä Z? työn merkityksen lähteenä

#### 4 FYSIOTERAPEUTTIEN JA LÄÄKÄRIEN TYÖNJAON ARVIOINNIN TULOKSET

Terveydenhuollon ammattilaisten työn mielekkäys on perinteisesti ollut yhteydessä heidän kokemaan työn merkityksellisyteen (ks. esim Hasselhorn ym. 2003; Vuori 2007). Mutta se, miten työnjako tai työnsisällöt ovat todella köyhdyttäneet työn merkitystä ja miten eri työasenteet ovat yhteydessä tähän, vaatisi osakseen tarkempaa analyysia ”heterogeenisten työasenteiden” ja ”epätyyppillisten työsuhteiden” aikakaudella (ks. Alasoini 2006; Antila 2009). Viimeaikainen kansainvälinen tutkimusnäyttö viittaisi siihen, että hoitajien ja lääkäreiden työn mielekäs organisointi ei onnistu teollisen aikakauden teorioilla (ks. Gawanade 2002; Buddeberg-Fischer ym. 2008; Boardman 2009). Tästä syystä olemme tässä tutkimuksessa kyseenalaistaneet lineaariset työnjakomallit ja etsimme niissä ilmeneviä ”satunnaisuuksia”, joita arjessa kutsutaan usein säläksi, sähläykseksi, tulipalojen sammuttamiseksi, jne. Tässä luvussa tarkastelemme vain Kirkkonummen ja Eksoten tutkimustuloksia työjaosta eläytymistarinoiden, haastattelujen ja dialogiseminaarin sekä

ryhmähaastattelujen valossa. Lahden tulosten tarkempi analyysi olisi edellyttänyt aineistoja myös lääkäreiltä.

#### **4.1 Eksote tutkimuksen kohdeorganisaationa**

*Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) nykytilakuvaus alaselkäpotilaan ohjautumisesta fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolle.* Eksote on aloittanut toimintansa 1.1.2010. Tutkimushanke toteutettiin seitsemällä (Joutseno, Lappeenranta, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti ja Savitaipale ) terveysasemalla. Eksote tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja noin 134 000 asukkaan väestöpohjalle.

Vuonna 2003 nousi Etelä-Karjalan keskussairaalassa ensimmäisen kerran esille tarve suunnitella fysiatrian poliklinikan työnjakoa, koska fysiatrian erikoislääkäreitä ei ollut riittävästi. Tilanne jatkui samanlaisena siten, että neuvotteluja käytiin lähes vuosittain. Fysioterapeutit olivat muutokselle myönteisiä, mutta työnjaollisia muutoksia ei saatu aikaiseksi palkkakiistojen vuoksi. Syksyllä 2006 hallintoylihoitaja ja johtajaylilääkäri edellyttivät uuden työnjaon mahdollistamiseksi täydennyskoulutusta, jonka jälkeen myös palkkaus voitaisiin tarkistaa työnvaativuuden tasolle. Esimiestasolla toteutettiin 2007-2008 täydennyskoulutussuunnittelu fysioterapeuttien laajennettua tehtäväkuvaa varten ja suunnitelmat etenivät ripeästi asiantuntija-fysioterapeuttikoulutuksen toteuttamiseen. Uutta toimintamallia varten Eksote (tai siihen aikaan kyseessä oli vielä Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri) toteutti 30 opintopisteen laajuisen asiantuntijafysioterapeuttien oppisopimuskoulutuksen yhteistyössä Saimaan ammattikorkeakoulun täydennyskoulutuksen kanssa. Koulutukseen osallistuneista fysioterapeuteista 11 toimii asiantuntijafysioterapeuttina.

Koulutuksen tavoitteena oli uudistaa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja työterveyshuollossa toimivien fysioterapeuttien tehtäväkuvia sekä mahdollistaa monialainen

yhteistyö ja palveluketjujen toimivuus. Osaaminen varmistettiin organisaation sisällä toteutetun ammattiryhmien välisen (terveyskeskuslääkäri/erikoissairaanhoidon fysiatri/fysioterapeutti) mentorointiyhteistyön avulla. Työnjaon kehittämisen edellytyksenä oli asiakaslähtöinen toimintatapa, mikä tarkoitti joustavuutta työtavoissa asiakkaan tarpeiden pohjalta.

***Eksoten alaselkäpotilaiden vastaanotto toiminta.*** Asiantuntijafysioterapeuttien alaselkävastaanotot käynnistyivät 15.11.2010. Sitä ennen asiantuntijafysioterapeutit olivat suorittaneet kolme lukukautta kestävän koulutuksen. Opintojen tavoitteena oli vastata työelämän muutoksiin ja osaamistarpeisiin sekä korostaa työelämän asiantuntija- ja kehittämistehtäviä siten, että työntekijän ja työyhteisön osaamisresurssit saataisiin tehokkaasti käyttöön. Opintojen tavoitteet olivat sekä yksilöllisiä että yhteisöllisiä liittyen henkilöstön osaamisen ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen.

Eksoten strategian tavoitteena ovat toimintakykyä edistävät, vaikuttavat ja laadukkaat palvelut sekä ammattitaitoinen henkilöstö ja sujuvat prosessit. Keskeistä on, että asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista. Tavoitteena on ollut alaselkävastaanotto toiminnan kehittäminen niin, että se toteutuu samansisältöisenä toimipisteestä riippumatta eri puolilla Eksotea. Asiantuntijafysioterapeuttikoulutuksen aikana toteutettiin tutorointipäiviä, joissa harjoiteltiin yhdenmukaisia tutkimusmenetelmiä laaditun tutkimusohjeistuksen perusteella.

Asiantuntijafysioterapeuttikoulutus mahdollisti fysioterapeuttien tehtävänkuvan laajentumisen. Koulutus mahdollisti myös monialaisen yhteistyön tekemisen ja palveluketjujen toimivuuden kehittämisen. Työnjaon kehittämisen edellytyksenä oli asiakaslähtöinen toimintatapa, joka vaati fysioterapeutilta uusien toiminta- ja ajattelutapojen käyttöönottoa sekä sisäistämistä. Asiakkaiden hoitoon pääsyn, hoidon laadun ja vaikuttavuuden uskottiin paranevan luomalla yhtenevät hoitokäytännöt.

Koulutuksessa syvennettiin fysioterapeuttien ammatillista osaamista tehtäväsiirtojen edellyttämälle tasolle parantaen valmiuksia mm. nopeampaan kliiniseen päätöksentekoprosessiin (asiakas ohjautuu fysioterapeutille ilman lääkärin lähetettä). Asiantuntijafysioterapeutin opinnoissa opiskelijat syvensivät ja laajensivat tiedollista ja taidollista asiantuntijuuttaan sekä saivat valmiuksia kehittää työtään, ammattitaitoaan ja osaamistaan. Opintoihin osallistuminen tarjosi mahdollisuuden kliiniseen urakehitykseen, mikä osaltaan edisti tehtäviin sitoutumista.

Koulutuksen jälkeen käynnistettiin neuvottelut työnantajan kanssa toimenkuvan laajentamisen toteuttamisesta käytännössä ja sen vaikutuksesta palkkaukseen. Koulutuksen jälkeen asiantuntijafysioterapeuttien työkuvaus tarkennettiin ja työnvaativuuden arvioinnin pohjalta palkkaus tarkistettiin vastaamaan laajennettua tehtäväkuvaa.

Lisäksi Eksoten terveystalouden johtaja ja avoterveydenhuollon johtava ylilääkäri laativat yhdessä ohjeet asiantuntijafysioterapeuteille sairausloman myöntämisperusteista (1-5 päivää), käsikauppatulehduskipulääkkeiden suosittamisesta alaselkäpotilaille, sekä kirjeen työnantajille toiminnan käynnistymisestä loppusyksystä 2010.

Eksotessa ei ole laadittu tiukkoja tehtäväkuvauksia, vaan asiantuntijafysioterapeutti pitää alaselkävastaanottoa täydennyskoulutuksessa omaksumansa syvennetyn erikoisosaamisen ja yhteisesti sovittujen hoidon tarpeen arvion kriteerien pohjalta (liite 7).

Jokaisella terveysasemalla järjestettiin uudesta toimintamallista yhteensä kaksi perehdytystilaisuutta hoitajille ja lääkäreille. Kokouksiin osallistui terveysaseman henkilöstö, asianomainen fysioterapeutti ja terveyskeskuksen johtajalääkäri. Näissä kokouksissa esitettiin toimintamalli

liittyen vastaanottotoimintaan: käytiin läpi hoitoarviokriteerit ja pohdittiin yhdessä keskustellen asemakohtaisia käytäntöjä ja kysymyksiä liittyen käytäntöön. Fysioterapian apulaisosastonhoitaja oli mukana kaikissa tilaisuuksissa, jotta yhdenmukaisuus perehdyttämisessä tuli huomioituksi. Tämän lisäksi joillakin terveysasemilla järjestettiin hoitoarviota tekeväälle henkilöstölle koulutusta, jossa avattiin fysioterapian vastaanottokäynnin sisältöä. Tavoitteena oli, että tätä kautta tulisi hoitajille parempi kuva siitä, mitä fysioterapeutit tekevät ja tämä helpottaisi potilaan ohjausta puhelimessa. Lisäksi jokaisella asiantuntijafysioterapeutilla oli omassa työyhteisössään vastuu toiminnan ”tutuksi tekemisestä”.

*Potilaan ohjautuminen vastaanotolle.* Uudessa asiakaspalvelumallissa alaselkävaivoista kärsivä potilas soittaa hoitoarvioon saadakseen vastaanottoajan lääkärille. Hoitoarvion henkilöstö arvioi hoidon tarpeen haastatteleamalla potilasta sovitun kriteeristön avulla (liite 7). Potilas ohjataan hoidontarpeen arvion tekevän sairaanhoitajan toimesta joko lääkäriin tai asiantuntijafysioterapeutille sovitun kriteeristön mukaisesti (liite 7).

#### **4.2 Kirkkonummi tutkimuksen kohdeorganisaationa**

*Kirkkonummen perusturvan nykytilakuvaus alaselkäpotilaan ohjautumisesta fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolle.* Tutkimushanke toteutettiin Kirkkonummen perusterveydenhuollossa kolmella eri terveysasemalla Kirkkonummen keskustassa, Masalassa ja Veikkolassa sekä yhdessä erillisessä fysioterapian yksikössä Leikkimäessä. Leikkimäen piste on perustettu, koska Kirkkonummen keskustan terveysaseman tilat olivat riittämättömät. Fysioterapeutit työskentelevät pääsääntöisesti näissä erillisissä yksiköissä ja siirtyvät toisiin yksiköihin, mikäli sairauspoissaolot, lomat tai muut vastaavat järjestelyt sitä edellyttävät.

Kirkkonummella alaselkäpotilaat ohjautuvat hoidontarpeen arvion kautta lääkärille. Hoidontarpeen arvioinnin suorittavat sairaanhoitajat. Fysioterapeutille potilaat ohjautuvat pääsääntöisesti terveyskeskuksen tai erikoissairaanhoidon lääkärin läheteellä. Potilaille on mahdollisuus ottaa myös suoraan yhteyttä fysioterapiaan, mutta tätä mahdollisuutta eivät potilaat juurikaan käytä tai he eivät tiedä siitä.

Kun asiakkaalla on todettu fysioterapian tarve, ottaa hän itse yhteyttä fysioterapian ajanvaraukseen, jossa puhelimeen vastaava kuntohoitaja tai fysioterapeutti arvioi lähetteen pohjalta fysioterapiatarpeen kiireellisyyden ja antaa asiakkaalle ajan fysioterapeutin ensikäynnille. Akuuttiaika pyritään antamaan viikon sisään. Fysioterapeutit eivät ole saaneet erillistä lisäkoulutusta alaselkäpotilaiden vastaanotto toimintaan. Kiireellisyysluokitus toteutuu seuraavalla tavalla:

### **1-2 viikon sisään**

- leikkausten ja traumojen jälkitilat (ensiohjeet, seuranta, kontraktuurien ehkäisy)
- apuvälinearvio ja jatkokuntoutus sairaalasta kotiutuvalla jos kotiutus on riippuvainen fysioterapian ja /tai apuvälineiden järjestymisestä (esim. AVH-potilaat)
- muu toimintakykyä uhkaava tila (mm. voimakas kipu, huimaus) lääkäri n kautta
- vauvojen motorista kehittymistä seuraava ohjaus tai terapia
- akuutti selkäpotilas viikon sisään (ei sisällä sairausloma-arviota)

### **2 – 4 viikon sisään**

- jatkokuntoutus sairaalasta kotiutuvalla
- fysioterapeutin tekemät apuvälineselvitykset
- fysioterapeutin tekemä arvio esim. kuntoutussuunnitelman tai työkyvyn arvioinnin liitteeksi

- Kotiutumiseen liittyvät asunnonmuutostyöarvioikäynnit

#### **yli 4 viikkoa**

- kotikäynnit (esim. vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävä ohjaus/arviointi)
- krooniset oireyhtymät joissa ei akuuttia toimintakyvyn heikkenemisen uhkaa
- Koululaisten ryhtiongelmat
- neurologisten potilaiden suunnitellut terapiajaksot
- liikuntaneuvonta ja yksilöllisen harjoitusohjelman teko (tuki- ja liikuntaelinongelmat, ylipainoiset, verisuonisairaudet, diabeetikot, toimiryhmäarviot)
- luennot, alustukset yms.

Tutkimusaineiston keruuhetkellä Kirkkonummen ei ollut vielä suunnitteilla fysioterapeuttien alaselkäpotilaiden vastaanottotoimintaa eivätkä he siten ole saaneet siihen liittyvää lisäkoulutusta.

#### **4.3 Työnjaon ja työn mielekkyyden keskeiset erot eläytymistarinoissa ja haastatteluissa**

Kuten edessä kuvatusa käy ilmi, Eksotessa painottuu enemmän asiakaslähtöisyys hoidon arvioinnissa kuin Kirkkonummella. Tämä ei sinällään vielä merkitse sitä, että työnjaollisesti ratkaisu olisi sinänsä vaikuttavampi, koska asiakkuudessa on kyse myös siitä, onko asiakas aktiivinen vai passiivinen omassa terveydenhoidossaan. Jos palvelumalli on vakiintunut professionaaliseksi, ei aktiivinen asiakas voi juurikaan muuttaa itse palveluprosessia. Luonnollisesti sama pätee myös tilanteessa, jossa asiakaspalvelumallin kuntouttavaa itsehoitoa korostava tapa ei kiinnosta passiivista asiakasta, joka haluaa olla enemmän hoidettava potilas kuin itsehoidollinen

toimija. Lukuisat satunnaiset tekijät voivat aiheuttaa perhosefektin, jolloin lineaarisesta työnjaosta tulee epälineaarista.

Edellä mainittu käy ilmi jo fysioterapeuttien ja lääkärin eläytymistarinoissa. Fysioterapeutteja ja lääkäreitä pyydettiin kuvaamaan 2020-luvulle sijoittuva uusi ihanteellinen työnjakomalli alaselkäpotilaiden hoitoprosessissa. **Eksotessa** molemmat ammattikunnat korostivat fysioterapeutin itsenäisen vastaanoton laajentamista, asiakkaan kuuntelua ja/tai yhteisvastaanottoa:

*”Kaikki alaselkäkipupotilaat ohjataan asiantuntijafysioterapeutin vastaanotolle, joka hoitaa koko vastaanottotapahtuman. Jos potilas tarvitsee lääkärin, niin työskentelytilat ovat lähekkäin... vastaanotto voi tapahtua muuallakin kuin yhdessä paikassa, esim. Malluautossa, joka kiertele maakuntia lääkärin tai hoitajan kanssa ja ongelmat/asiat hoituvat saman tien.”*

*”Lääkärit ohjaavat fysioterapeuttien vastaanotolle aktiivisesti.”*

*”Varhainen puuttuminen ja oikea ajoitus on tärkeää! – Fysioterapeuteilla myös lääkkeiden määräämisoikeus.”*

*”Fysioterapeutti toimii netti-terapeuttina selkeillä neuvontasivuilla.”*

*”Hyvin koulutetut hoitajat ohjaavat fysioterapeuteille ja uusiutuivissa vaivoissa potilaat hakeutuvat fysioterapeutin vastaanotolle suoraan.”*

**Kirkkonummen** eläytymistarinoissa puolestaan korostui selvemmin asiantuntijuus ja perinteinen palveluprosessi mukaan lukien työtilat, koulutus ja vastuukysymysten määrittäminen:

*”Akuutissa selkävivussa potilas soittaa terveyskeskuksen vastaanottoon. Hoitaja seuloo meneekö fysioterapeutille vai lääkärille.”*



*”Vastuutekijät: Valvira, vastuulääkärit...”*

Haastatteluissa, joita litteroitiin kaikkiaan lähes 400 sivua, käy yksityiskohtaisesti ilmi, miten asiakkuus, asiantuntijuus ja satunnaiset tekijät ohjaavat palveluprosessia.

**Eksotessa** osa fysioterapeuteista toi selvästi esille työnjaon: *”Hoidonarviot, jos ei ole vakavan alaselkävaivan merkkejä niin potilas ohjataan asiantuntijafysioterapeutin vastaanottoon lääkärin sijasta”*. Fysioterapeuteilla on myös yhdestä kolmeen vuorokauteen sairausloman kirjoitusoikeus ja puhelinkonsultaatiolla kaksi päivää lisää, mikä osaltaan vähentää oletettavasti hakeutumista lääkärin vastaanotolle. Asiakaslähtöisemmän palvelumallin kehittämiseksi oli syntynyt vuosien saatossa hyviä perusteita: *”Sitten tyypillisin reitti oli, et hän oli kärsinyt vaivoista jo puoli vuotta tai vuoden ja vihdoinkin päässyt lääkärille. Mutta lääkäri ei ollut ensimmäisellä käynnillä laittanut sitä eteenpäin mihinkään, ja sitten joskus aikanaan vuosien selkäkipujen jälkeen täysin romuna lääkäri tekee sisäisen lähetteen tähän meille.”* Fysioterapeuteilla oli selvästi halukkuutta itsenäisempään ja laajempaan akuuttivastaanotto toimintaan. Haastatteluista käy hyvin selvästi ilmi, että fysioterapeutit saattavat tarkastella huolella röntgenkuvia ja usein lääkärit eivät tiedä tarkkaan, mitä fysioterapeutit osaavat. Selvästi myös työn mielekkyys on lisääntynyt itsenäisemmän aseman myötä: *”asiantuntijafysioterapeuttikoulutus on lisännyt työn mielekkyyttä työhön. Tuonut paljon sellaista päivitystä tähän asiaan ja ihan uudenlaisia taitoja, uudenlaista tutkimusotetta ja on erittäin merkittävää työn mielekkyydelle ja sisällölle.”*

Yksiköiden toiminnassa on useita eroja. Kun osassa Eksoten toimipaikoista pohditaan, tulisiko kerätä potilaspalautetta, niin Kirkkonummella tätä tietoa kerätään järjestelmällisesti. Eksotessa palaute ei ainakaan fysioterapeutin mukaan siis noudata virallista ja lineaarista logiikkaa: *”myösaahaan palaute non-verbaalisena, ja kyllien juorujen kautta ja sivistyneet ihmiset antaa palautteen*

*ihan suoraanki.... tällöinen puskaradiopalaute, suora palaute ja non-verbaalinen on ollut tosi positiivista, et onneksi näin".* Tässä ei liene tarpeen korostaa sitä, että ”puskaradiopalaute” sisältää, mitä todennäköisimmin myös perhosefektien julkilausumia, joiden järjestelmällinen analyysi voisi mahdollistaa realististen ja käytännössä parhaiksi koettujen käytänteiden hyödyntämisen. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelin sairaiden kiireettömien lääkäri vastaanottojen vähentäminen ei ole välttämättä huono asia, jos samanaikaisesti resurssia siirretään fysioterapian vastaanotto toimintaan. On näet olemassa riski, että ”pilleri ja puukko” -keskustelu voimistuisi vastaanotolla ainakin niiden asiakkaiden tai tässä tapauksessa oikeastaan passiivisten ”operointia haluavien” potilaiden keskuudessa. Näin he eivät opi itse huolehtimaan vaivoistaan.

Kuva siitä, että Eksotessa asiakkaan ohjautuminen toimisi kaikissa tapauksissa lineaarisen selkeästi heti oikeille tahoille, ei ole totta. Esteeksi tälle muodostuu nähtävästi se, että ohjautumiskriteerit ovat liian tiukat. Näin niitä tulkitsevat ammattilaiset ovat taipuvaisia kunnioittamaan ehkä liiaksi asiakkaan ääntä, joka useimmiten haluaa aina lääkärille. Eksoten fysioterapeutti tuokin esille täysin asiakaspalvelumallin vastaisen kuvan asiasta, jossa korostuu hoitoon ohjaavien kouluttautumistarve: *”pääsääntöisesti menee lääkärille, koska tätä hoitoarviohenkilökuntaa olen kouluttanut ja kertonut tästä, mutta meilläkin on henkilökunta vaihtunut hoitoarviossa ja...on välillä puhetta ..., ei täyty ne kriteerit, on ... liian tiukat, että tuota se kriteeristöä pitäisi varmaan vähän perata”.* Käytännössä toiminnassa on siis vaihtelua eli Kirkkonummen tavoin asiakkaat tulevat ensin lääkärille ja lääkäri ohjaa fysioterapeutille tai sitten ei. Se, lähettääkö lääkäri asiakkaan fysioterapeutille vai ei, näyttäisi riippuvan siitä tietääkö lääkäri, mitä fysioterapeutti todella tietää ja osaa. Seuraavat kuvaukset osoittavat, että asiakasprosessin alkaminen voi todellisuudessa olla hyvin vaihtelevaa: *”alaselkäpotilaat siis...osa menee lääkärin kautta ja tulee fysioterapiaan, osa tulee sieltä hoitoarvion kautta, osa tulee sairaanhoitajavastaanoton suosituksesta, osa osaa hakeutua itse”.*

*”Niiden pitäisi ohjautua sinne tän hoidon arvion kautta, mutta käytännössä karkean arvion kautta puolet tulee sieltä suoraan hoitajilta ja lähestulkoon toinen puoli on lääkäreiltä.”*

Kaikesta huolimatta Eksotessa on selvä pyrkimys kehittää työnjakoa siihen suuntaan, että asiakaspalvelumalli toimisi ja erityisesti itsehoidollisuus lisääntyisi. Fysioterapeutit kokevat myös selvästi, että asiakaspalvelumallin mukainen työnjako lisää työn mielekkyyttä: *”minusta tämä on tosi mielekästä, tämä on pelkkää plussaa, koska siinä pystyy sitä omaa ammattitaitoaan ja omaa harkintaa käyttämään sillä tavalla, kun minä haluan.”* Vielä ehkä selkeämmin tämä asiakkuuden luoma työn mielekkyys ilmenee toisen fysioterapeutin vastauksessa haastattelijan kysyessä siitä, miten alaselkävastaanotto on vaikuttanut oman työn mielekkyyteen: *”Se on tietyllä tavalla kuormittava, mutta se on myös antoisa. Minusta on aivan ihanaa, kun näkee varsinkin sen työn tuloksen ja ne ihmiset lähtee sieltä pois...on tyytyväisiä, että ne on saanut jotakin. Ja ne lähtee iloisena pois, ne tulee masentuneena siihen ja ne saa jotenkin voimaantumaan sen tutkimisen ja tilanteen jälkeen ja ne lähtee ihan erilaisena pois, niin kyllä se antaa aina itselle. Et tule...olo, et nyt minä onnistuin.”* Yhteenvetona voi todeta, kuten yksi fysioterapeutti totesi työnjaon ja työn mielekkyyden yhteydestä. *”Kyllä työnjako on sitä edistänyt, kyllä niin täytyy sanoa, että on tullut uudenlaista näkemystä näihin alaselkäkipeisiin. Sitä kun on vuodesta 1982 alaselkäpotilaita hoitanut, niin onhan tämä ihan erilainen näkökulma.”*

On selvää, että sen enempää Eksotessa kuin Kirkkonummellakaan kaikkia asiakkaita ei voi valita. Näin asiakkaista väistämättä jotkut ovat aina palvelumallin idean kannalta ”täysin väärinä”. Fysioterapeutti kuvaa näitä asiakaskontakteja seuraavasti: *”kyllä ne ovat välillä tosi raskaita. Ne on usein, et ne ei tule kriteerien mukaisesti...tuli yksi nuori tyttö kasvatuskodista...ja kun tervehdin niin se sano että 'haista vittu', et siinä kohtaa oli vähän, että 'hmmmm', miten tästä saa...*

*vuorovaikutuksen pelittämään ...tuntuu sitten, että mitäköhän tässä tuli tehtyä, että onko tämä kovin mielekästä.”*

Toisaalta myös teknisen työnjaon tuottavuuspaine ahdistaa työntekijöitä. Aineistosta käy myös ilmi, että työnjako on usein enemmän suullisten kuin kirjallisten sopimusten ohjaamaa. Erikoistumismahdollisuuksia erityisesti TULE-sairauksien hoitoon kaivataan selvästi lisää, koska asiakkaita riittää. Aikaa ajatella sitä, mitä tekee ja tekeekö oikeita asioita, ei ole riittävästi. Tällöin uusien palvelumallien käyttöönotto on erityisen hankalaa ja taipumus pitäytyä vanhoissa toimintatavoissa korostuu. Kuten fysioterapeutti asian ilmaisee: *”Pitää tietää kuitenkin aika laajasti, en puhu pelkästään alaselkävastaanotosta, vaan kaikesta...että ehtisi paneutumaan kaikkiin asioihin paremmin ja seurata sitä tutkimusta ja ottaa käyttöön niitä uusia työmenetelmiä. Sehän on se ongelma. Helposti jymähtää taas niihin vanhoihin, tuttuihin ja turvallisiin...”*

Lääkärikunnassa Eksotessa uskottiin selvästi, että fysioterapeutit pystyisivät poimimaan asiakkaista ne, jotka tarvitsevat lääkärin hoitoa. Lääkärit kannattivat laajalti tehtävänsiirtoja lääkäreiltä fysioterapeuteille: *”injektiot, trochanterbursiitin hoito... Siitä ei ole kuin 20 vuotta, kun hoitajat ei laittanut tippoja ja nykyään ne laittaa tipat... ja joissakin paikoissa ei vielääkään laiteta”.* Työparityöskentely fysioterapeuttien ja lääkärin välillä on jatkuvaa, mutta epävirallista. Tämä johtaa ”satunnaisten” pyyntöjen ja viestin tulvaan, jossa ajoittain kaikkia hoidettuja asiakkaita ei kirjata ja tehty työ ei tule näkyväksi. Ongelmaksi ei muodostu silti aina se, etteikö oltaisi asiakaslähtöisiä, koska lääkärin mukaan *”suurimmat valitukset tulee siitä, ettei ne pääse lääkärille suoraan, jos he haluaa.”* Esteeksi toiminnan sujuvuudelle muodostuu myös se, ettei työvoimaa voi allokoida tehokkaasti, koska fysioterapeuteilla ei ole sairausloma-anto oikeutta. Kuten eräs lääkäri asiaa kuvaa: *”fysioterapeutti olisi tällä laajuudella ihan tässä päivystysvastaanotolla myös? Ei siihen ole mitään estettä. Se suurin estehän on siinä, että se työnantaja tarvitsee*

*sairaslomatodistuksen. Mutta, jos he saisivat kaikkiin muihin sen oikeuden? .. varmasti. Se riippuu, miten työnantajat suostuu tällaiseen. ”*

Entä ovatko lääkärien asiakasmäärät vähentyneet asiakaslähtöisen mallin myötä? Näyttäisi etteivät ole, vaan kasvua on tullut lisää lukuisten konsultaatioiden muodossa erityisesti sen jälkeen, kun hoitajat alkoivat toteuttaa hoidontarpeen arviota. Lääkärille ei voida aina järjestää aikaa, vaikka hoitaja arvioisikin tämän tarkoituksenmukaiseksi. Tämä lisää paperikonsultaatioiden tarvetta, mikä heijastuu työnhallintaan, kuten eräs lääkäri kuvaa: *”Mä kerran laskin sitä ja se oli parhaimmillaan 100 potilasta päivässä. Se on varmaan, sanotaan 50-100, sillä välillä se on. Siis se potilasmäärähän on valtavan paljon enemmän, kun mitä se on ollut silloin, kun aikaisemmin kaikki tuli vaan pelkästään tänne vastaanotolle ja katsottiin vähän yli 20 kappaletta päivässä ja plus edellisen päivän labrat sitte. Niihin otettiin kantaa ja sitte noihin, noita reseptejä tietysti uusittiin ne lasketaan siihen mukaan, mutta nyt nämä konsultaatiot on tullut lisukkeena tässä, jotka tuota on nostanut sitä määrää kyllä. Et sitä ei ole sillä tavalla tilastoitu, et se on kyllä ihan mielenkiintoinen asia ottaa muutamana päivänä ihan katsoo, kuinka paljon niitä on. Et jokainen kannanotto, se vie tietysti oman aikansa, osassa on vähemmän ja osassa enemmän.”* Vaikka lääkärit ovat tyytyväisiä työhönsä, on heistä osa myös henkisesti kuormittuneita ja syntyy vaikutelma, että työaika ei sittenkään kohdistu oikealla tavalla oikeisiin asioihin, eikä oikeus päättää asioista toteudu toivotulla tasolla: *”Ei pysty itse vaikuttamaan enää mihinkään näihin tällaisiin tulevaisuuden suunnitelmiin. Sitä on ehkä tottunut siihen, että on pystynyt vaikuttamaan kaikkeen ja on voitu tehdä ja tällä hetkellä lähinnä tuntuu, että viedään kaikki ne entisetkin pois. Se ei voi olla vaikuttamatta työn mielekkyyteen ja...olen sen huomannut ja sanonut, että sitä tekee nyt töitä kerta on töissä ja on velvollisuudentuntoinen ja...se sellainen työnilo, se semmonen palo siitä on hävinnyt.”* Mutta samanaikaisesti he näkevät, että *”tämä on ihanteellinen organisaatio, missä rutiiniasiat hoidetaan*

*linjassa ja nämä sisällölliset hoidetaan riippumatta siitä, kuka on kenenkin alainen.” Tämä käytännössä tarkoittaa professio- ja asiakaspalvelumallin kombinaatiota.*

Kaikesta huolimatta Eksoten joidenkin lääkäreiden työn mielekkyyden haasteeksi nousee niin sanottu näkymätön työ, jota ei kirjata mihinkään; esim. reseptien uusinnat, lausunnot, lähetteet, labrakuittaukset jne. Tämä työ vie heidän arvionsa mukaan yhden työpäivän viikkotyöajasta. Varsinainen työn mielekkyys kietoutuu kuitenkin asiakasprosessien toimivuuteen. Tästä huolimatta on syytä todeta, että asiakkaat eivät ohjaudu systemaattisesti ensin fysioterapeuteille, vaan osa tulee suoraan myös lääkärin vastaanotolle ilman sairaanhoitajan tai jonkun muun ohjausta.

Asiakaspalvelumallissa on siis edelleen epälineaarisuuksia, jotka heikentävät oikeille hoitotahoille ohjautumista. Tätä kuvastaa muun muassa se, että palvelumallissa on teknisen työnjaon ja tuotannollisen ohjauksen piirteitä ainakin niillä lääkäreillä, jotka eivät voi vaikuttaa ajanvaraukseen. Näin tulee yllättäviä tapauksia ja kollegoiden sairaustapauksissa työmäärä kasvaa:

*”Et pitäisi miettiä, mikä se suurin pulma tässä nyt on, kun tätä on taas tässä puhunut, niin vaikei saisi puhua resurssipulasta tai siitä, että meitä on liian vähän, mutta miten sinä hoidat reilun 2000 väkimäärän yhden hoitajan kanssa ja sitten välillähän on nyt kun meillä puuttuu ihmisiä, niin välillä on ollut kaksi aluetta hoidettavana elikkä yli 5000 potilasta. Jos viikossa on 3 tai 5 kiireetöntä ajanvarausaika, niin sehän on mahdoton tehtävä. Mutta tämän jaksamisen minä olen niin kun ratkaissut sitten sillä, että minä en tässä muuksi muutu, että minä teen sen, mitä tällä resurssilla nyt pystyy tekemään.”*

Eksoten johtajien haastatteluissa käy ilmi, että johtajat odottavat asiakaspalvelumallin ankkuroituvan fysioterapeuttien osaamiseen ja toimivan nykyistä paremmin. Alaselkävastaanoton tuottavuutta laskettaessa juuri prosessinohjauksen toimimattomuus esti kustannussäästöt kuten fysioterapeuttien johtaja asian kuvaa: *”Sehän ei tuottanut oikein suuria kustannussäästöjä juuri sen*

*takia, kun...1/3 osa oli semmoisia, jotka kävivät sekä lääkäriellä että fysioterapeutin vastaanotolla, 1/3 osa, joka kävi kaikkien kolmen vastaanotolla ja 1/3 osa vaan sellaisia tästä porukasta, että kävi vaan siellä alaselkävastaanotolla. Et siinä sitten katsottiin, mitä oli lääkärin kustannus, hoitajan kustannus, fysioterapeutin kustannus, niin siitä sitä, kun verrattiin, niin...eihän siitä sitten varmaan olisi ollut ne säästöt kuin muutaman tonnin luokkaa.” Johtajat ovat halukkaita kehittämään edelleen fysioterapeuttien vastaanottotoimintaa; työn mielekkyys on selvästi parempaa näissä yksiköissä heidän käsityksensä mukaan.*

**Kirkkonummella** fysioterapeuttien mukaan alaselkäpotilaiden työnjako tapahtuu lääkärivetoisesti: asiakas varaa ajan lääkäriltä ja lääkäri ohjaa sitten mahdollisesti fysioterapeutille. Tyytymättömyys nykyiseen työnjakoon käy ilmi haastatteluissa useilla tavoilla: *”... selkäpotilaat...on tosi harmillista et ne, jotka käy ensin lääkärin vastaanotolla, jos on akuutti ja soittaa tänne, ja saa vasta parin viikon päähän sen ajan. Kun se oikea hyöty siitä olisi ehkä juuri silloin, kun käy siellä lääkärin vastaanotolla ja pääsisi heti saamaan ne ohjeet meiltä. Voisi heti aloittaa sen kuntoutuksen.”* Olennaista on havaita, ettei hoitoon ohjaukseen ole olemassa mitään kriteeristöä, vaan pääasiassa asiakas ohjautuu lääkärille - myös selkävaivojen ollessa kyseessä. Tämän jälkeen lääkäri ohjaa fysioterapeutille. Fysioterapeuteista osa oli silti sitä mieltä, että alaselkäpotilaan kohdallakin lääkärin pitää päättää kenelle potilas ohjataan hänen vastaanottonsa jälkeen: *”Tietysti lääkärin pitää tehdä se, et tutkii ja niin pois päin ja kenelle lähettää seuraavaksi, että tietää, mikä siinä on se ongelma.”* Tästä huolimatta he olivat halukkaita selkeämpään työnjakoon alaselkäpotilaiden kohdalla, koska kokisivat silloin työnsä mielekkäämmäksi. Erityisen turhauttavaa olisi juuri se, että asiakkaat eivät huonosta työnjaosta johtuen saa apua oikea-aikaisesti.

Kirkkonummella fysioterapeuttien näkemys työnjaon ja työn mielekkyydestä ei ollut aivan yhtenäinen. Työn sisältöihin haluttiin silti lisää itsenäisyyttä ja haluttiin myös tutkia sitä, tuottaisiko

fysioterapeutin itsenäinen vastaanotto toiminta todellisia hyötyjä. Halu itsenäisempään toimintaan oli silti selvästi vähäisempää kuin Eksotessa, mikä kertoo luonnollisesti professionaalisen toimintakulttuurin vaikutuksesta. Kuten fysioterapeutti kuvaa tehtävien siirtoa: *”Tuntuu, ettei ole välttämättä niin kamalan vaarallista, vaikka siirtyisi fysioterapeutille joku osa-alue, jos sen koulutuksen käy ja on tunne, että on varma, mitä tekee ja osaa sen...homman”*. Erityisesti työn mielekkyys näytti liittyvän perinteiseen suoriutumiseen ja hoidollisempaan kuin itsehoidollisempaan näkökulmaan:

*”Sehän on varmasti mielekästä, koska sehän on aika nopeata toimintaa sitten sekin, että se tulee tarpeeksi ajoissa, niin silloin saadaan myös nopeasti paranemista yleensä siihen ja saadaan nopeasti taas ihminen jaloilleen”*

Niin ikään mielekkääksi nähtiin se, että asiakasta voidaan auttaa ajoissa: *”Mutta näkisin, että ne oikea-aikaisesti aloitetut ohjannat ja hoidot tuovat niiden oireiden, niin kun ennaltaehkäisevän vaikutuksen siinä, että niiden tilanteiden ei tarvitse mennä niin vaikeiksi, kun tavoitetaan ajoissa ihminen.”*

Osa fysioterapeuteista empi selvästi vastuunottoa, vaikka myönsivät olevansa edullisempaa työvoimaa ja lisäävänsä siten myös tuottavuutta. Työasenteessa oli silti nähtävissä toisenlaista instrumentaalisuutta verrattuna Eksoten fysioterapeutteihin:

*”Ei työnjako minun mielestä ole huonokaan asia silleen, jos siihen saa oikeanlaiset koulutukset ja näin. En minä usko, et kukaan sitä vastuuta pelkää, jos se asianmukaisesti hoidetaan, mutta...kyllähän vastuun pitää nyt sitten näkyä vähän korvauksissakin”*. Kirkkonummella



korostettiin selvästi enemmän riittäviä resursseja ja johtajien tärkeyttä asioiden läpiviemisessä:  
*”Sieltähän se lähtee kaikki.”*

Kirkkonummella asiakkaiden ja potilaiden rooli nähtiin myös kaksiteräisenä miekkana yritettäessä vähentää akuuttihoitoja. Jotkut ovat aktiivisia omahoidon suhteen ja toiset eivät, ja tämä vaikuttaa luonnollisesti resurssien kohdentumiseen oikein: *”Näin niin kyllä minä uskon, että se voi monessa tapauksessa vähentääkin akuuttihoiton tarvetta. Tietenkin se on vähän, miten ne ihmiset nappaa ne ohjeet, että toiset nappaa ja toiset ei.”*

Kirkkonummella lääkärien mukaan työnjako tapahtui fysioterapeuttien kuvaamalla tavalla. Eli käytännössä siellä ei toteuteta potilaiden hoidontarpeen arviota, eikä hoitaja toimi ”portinvartijana”. Kuten lääkäri toteaa: *”Ne tulee ihan suoraan ovesta sisään – jos haluaa vastaanottoajan, niin periaatteessa sen saa”*. Selvän eron muodostaa se, että myös alaselkäpotilaat tulevat lääkärin vastaanotolle. Mielenkiintoista on tietysti se, ettei Eksoteen nähden eroja ole niinkään työmäärän, vaan pikemminkin hoidettavien potilaiden kohdalla. Myös ajanvarauksessa saattaa olla muita kuin terveydenhuollon ammattilaisia, joka luonnollisesti lisää painetta antaa vastaanottoaika ensisijaisesti lääkärille ja pitkittää lääkärien hoitojonoa, jopa yli neljään viikkoon.

Seuraava pitkäkö lääkärin kuvaus tuo esille, miten ”lisäaikoihin panostaminen” heikentää työn hallittavuutta ja monimutkaistaa sitä:

*”Sitten me uudelleen resursoitiin niin, että meillä on päivystyksessä enemmän lääkäreitä ja sitten meillä on, suositellaan, että meillä on pelkästään 30 minuutin vastaanottoaikoja, et osa kenellä on ollut pitkään sama väestö, niin heillä on sitten myös lyhyempiä aikoja sitten tuota väestöä varten, mutta se on ainakin hirveästi rauhoittanut vastaanottoa, kun sinulle ei tule kuin ne kenelle on aika varattu, eikä yritetä väkisin tunkea sinne vielä viittä akuuttiaikaa samaan ja sitten me saadaan joustavasti tehdä meidän työvuorot, et tietyllä tavalla, vaikka sinulla olisi pitkiä vastaanottoaikoja*

*niin ylilääkäri ei puutu siihen. Ainoa, mitä se haluaa sitten...on puhelinajat. Ne ovat hankalia, kun niihin ei ole varattu kuin viis minuuttia, mutta sitten toisaalta sanotaan myös, et sitten täytyy pistää vastaanottoaikoja kiinni, et sinä ehdi hoitaa sen työn. Et paljon on siitä kiinni, kuinka paljon laittaa itselleen räsistusta, et silleen tämä on ollut hirveen hyvä työpaikka, et voi katsoo peiliin, jos on liikaa töitä. Elikkä meillä on täysin mahdollisuus muokata sitä meidän omaa aikataulua ilman, että siitä tulee negatiivista palautetta.”*

Lainauksesta käy ilmi, että vastaanottotoiminta ankkuroituu pääasiallisesti lääkärin työajan käyttöön, mikä luonnostaan lisää tarvetta vastaanottoaikoihin. Kirkkonummella on muutoinkin nähtävissä selvästi tuotannon ohjauksellisia piirteitä toiminnassa, koska henkilöstön sairauspoissaoloja, tyytyväisyyttä ja potilastyytyväisyyttä seurataan säännöllisesti. Lisäksi mitataan jonotusaikoja ja läpimenoaikoja vastaanotolle, päivystykseen ja päivystyksessä lääkärille ja hoitajalle. Käytännössä lääkärit olisivat halukkaita myöntämään fysioterapeuteille itsenäisen vastaanoton ja oikeuden kirjoittaa sairauslomia. Tämä on sikäli ymmärrettävä, että lääkärit käytännössä ohjaavat kuitenkin lähes kaikki heille tulevat TULE-vaivaiset, joka tapauksessa fysioterapeuteille. Suoritteiden seurannalla ei saavuteta vaikuttavuutta, jos prosessiohjaus ei toimi.

Väärä hoitoon ohjautuminen lisää jonotusaikoja ja hidastaa palveluprosessia. Kirkkonummen lääkäreiden mukaan pitäisi kehittää mallia, jossa asiakas saisi heti avun. Seuraava lainaus lääkärin haastattelusta osoittaa tämän erinomaisesti: *”Mikä on johtajien rooli, jos tällaista uutta mallia lähdettäisiin kehittämään? Resursointi. Tällä hetkellä meillä on ongelmana myös se, et jos minä ohjaan potilaan fysioterapiaan, niin se saa sinne ehkä ajan kolmen viikon päähän. Minä en ole ihan varma, mutta minä tiedän, et sinne on pitkä jono suhteessa siihen, kun se on akuutti se tilanne, niin periaatteessa hyötyisimme siitä, et potilas pääsisi heti siihen fysioterapeutin näppeihin tai olisi ihan säännöllisesti ryhmiä, mihin me voidaan ohjata.”*

Kirkkonummella lääkäreillä nimenomaan hoidon vaikuttavuudella ja työn mielekkyydellä on selvä yhteys. Ongelmaksi muodostuu silti se, että fysioterapiasta kieltäytyviä kansalaisia tulisi kouluttaa ja opettaa siihen, ettei alaselkävaivoja hoideta lääkkeillä. Seuraava lainaus lääkärin haastattelusta kuvastaa hyvin, miten tärkeää terveydenhuollossa on asiakassegmentointi. Kun haastateltavalta kysyttiin, toisiko fysioterapeutin ja lääkärin uusi työnjako työhön lisätä työn mielekkyyttä, lääkäri vastaisi seuraavasti: *”No just sitä. Kun ohjaan aina sen potilaan sinne fysioterapiaan, mutta kun se ei välttämättä mene sinne, .... ja minä näen tärkeänä sen fysioterapian siinä hoidossa niin...se, että ne ohjautuisi sinne jo automaattisesti eli se ei pääse tietyllä tavalla karkaamaan siitä hoidosta, ...se potilaiden odotus siitä hoidosta on välillä hyvinkin epärealistinen, ...et halutaan joku trendijuttu, mutta sitten ei ole mitään merkitystä sen hoidon kannalta, et ne potilaat oppisi vähitellen siihen, et tämä on tällaista väestökasvatusta samalla...et ei opeteta siihen, et selkäkipu tarkoittaa kipulääkettä ja sairauslomaa, vaan että selkäkipu tarkoittaa sitä, että nyt minun täytyy lähteä hoitamaan itseäni, jottei kipu kroonistu...ja johda työkyvyttömyyteen eli...ne ihmiset heti ensimmäisestä kerrasta, kun ne tulee sen kipunsa kanssa, et siitä niitä lähettäisiin tykittämään, et nyt teet näin, teet näin, niin sillä me saataisiin, ehkä ne pidettyä jonkin aikaa pidempään työelämässä mukana.”*

Myös muut Kirkkonummen lääkärit toivat esille selvästi, että työn sisältö paranisi merkittävästi, jos kaikki TULE-sairaant ohjattaisiin fysioterapeuteille: *”Toisiko se työn mielekkyyttä työhösi? Toisi joo, että sitten tulisi vaan ne todelliset, todellisessa tarpeessa olevat.”* Myös muut lääkärit toivat esille sen, että fysioterapeutteja tarvittaisiin lisää ja heidät tulisi lisäkouluttaa muutosten täytäntöön panemiseksi. Ylipäänsä fysioterapeuttien osaamista tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Nythän Kirkkonummella lääkärit ovat tehneet vielä erikseen lähetteen fysioterapeutille. Kirkkonummelaiset lääkärit esittivät myös sellaista yhteistyöjakoa, jossa fysioterapeutti olisi aina tarvittaessa konsultoitavissa - näin hoidon sujuvuus saataisiin taattua.

Kirkkonummen johtajat eivät osanneet oikein muodostaa selkeää kuvaa siitä, miten työnjako alaselkäpotilaiden osalta tulisi toteuttaa. Fysioterapeuttien johto näki silti selvästi, että työnjaon selkiyttäminen parantaisi molempien ammattikuntien työn mielekkyyttä. Lääkärijohto oli selvästi varovaisempi ottamaan kantaa ylipäänsä koko työnjakokysymykseen, eikä ikään kuin katsonut asian kuuluvan hänelle. Hän näki silti, että fysioterapeutit voisivat saada vastuuta nykyistä enemmän: *”Siellä on paljon potilaita, joilla.. joiden ensisijainen hoitaja voisi olla fysioterapeutti.”* Molemmat johtajat näkivät suurimmaksi haasteeksi koko toiminnan toteuttamiselle liian vähäisen yhteistyön ammattiryhmien välillä.

#### **4.4 Työnjako, tuottavuus ja työn mielekkyys ryhmähaastatteluissa ja dialogiseminaareissa**

Ryhmähaastattelut ja seminaarit Kirkkonummella ja Eksotessa vahvistivat selvästi eläytymistarinoista ja haastatteluista syntynyttä kuvaa työnjaosta: asiakaslähtöisyys ja professionaalisuus ohjasivat käsityksiä, mutta molemmissa haasteet liittyvät opitusta käyttäytymisestä poisoppimiseen. Seminaarien tarkoituksena oli nimenomaan tarkistaa löydettyjen tulosten luotettavuus ja laatia yhdessä osallistujien kanssa selkeät toimenpide-ehdotukset. Seminaarissa tehtäväksi antona oli nimetä seuraavan ohjeen mukaisesti keskeisimpiä tekijöitä, joihin tulevaisuudessa olisi syytä keskittyä:

1. Mainitse vähintään yksi, enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden
  - a) mukaan lääkärin ja fysioterapeuttien työnjakoa voisi parantaa? ja
  - b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta työnjaon parantamiseksi?
2. Mainitse vähintään yksi, enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden

- a) mukaan olisitte valmis sitoutumaan nykyiseen työntajanne tulevaisuudessa? ja
- b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta sitoutuminen paranisi?

3. Mainitse vähintään yksi, enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden

- a) mukaan lääkärien ja fysioterapeuttien työn mielekkyyttä voisi parantaa? ja
- b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta työn mielekkyys paranisi?

Seminaareissa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään A ja B. Molemmat ryhmät vastasivat kysymyksiin. Tämän jälkeen ryhmiä ensiksi haasteltiin tekemistään tärkeysjärjestyksistä ja toiseksi pyydettiin esittämään mahdollisimman konkreettisia toimenpide-ehdotuksia. Huolimatta siitä, että tutkijat ”sparrasivat” tutkimushenkilöitä, jäivät vastaukset osin yleiselle tasolle. Esimerkiksi Kirkkonummella ammattiryhmien halukkuus yhteistyöpalaveriin jäi tämän kaltaisille tutkimuksille tyypilliseen tapaan hieman epäselväksi. Se, mitä he yhteistyöpalaverissa käsitelisivät, ei konkretisoitunut toimenpide-ehdotuksiksi. Seminaarit toivat silti selkeästi esille, mihin asioihin tutkimushenkilöiden mukaan kannattaisi keskittyä tulevaisuudessa.

**Eksotessa** ryhmä A:n tärkeysjärjestys asioiden työnjaon osalta oli seuraava: 1) poistetaan lukuisat tehtävien päällekkäisyydet, b) säilytetään ja vahvistetaan tiimejä ja c) sitoutetaan johtoa. Nämä kaikki kuvastavat hyvin sitä, mitä myös haastatteluissa tuli ilmi. Ensiksi asiakaspalvelumalli ei toimi vielä siten, että kaikki alaselkäpotilaat ohjautuisivat ensin fysioterapeuteille, toiseksi lääkärien vaihtuvuus ja osin myös kielitaidottomuus muodostuu haasteeksi ja kolmanneksi edellä mainittuihin viitaten asiat eivät toteudu sovitusti, mikä edellyttäisi tiukempaa johtamista. Työhön sitoutumisen osalta ryhmä A:n tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) palkkaus, 2) oman työn kehittämismahdollisuudet ja 3) aikaresurssit. Nämäkin seikat tulivat selvästi esille haastatteluissa, joskin palkkaus ei noussut niissä merkittäväksi kysymykseksi. On tosin ymmärrettävää, että fysioterapeutin

vastaanotto toiminnasta tulisi useiden mukaan maksaa erillinen korvaus, jos ja kun lääkäreillekin maksetaan. Odotukset tuottaa enemmän palveluja pienemmässä ajassa oli nähtävissä myös tässä. Hieman yllättävää oli se, että vaikka haastatellut ja ryhmähaastattelut muodostivat käytännössä lähes saman joukon, niin työn mielekkyyden tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) toimiva vuorovaikutus tiimissä, 2) koulutusta vastaavat tehtävät ja 3) pienyhteisön edut. Jälkimmäinen liittyi selvästi siihen, että pienemmissä yksiköissä asiakassuhteet ovat vakiintuneita ja työ selvästi hallittavampaa.

Ryhmä A:n ratkaisuesitykset edellä mainittuihin seikkoihin eivät olleet yllättäviä. Työnjaossa tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) tuki- ja liikuntaelinsairauksien päivystysajat, 2) konsultaatiomahdollisuus ja 3) ajanvarauksen toimivuus eli sovitut asiat viedään eteenpäin. Nämä tekijät olivat selvästi esille myös haastatteluissa. Konsultaatiomahdollisuuteen liittyi myös epälineaarisuustekijä siten, että sen tulisi olla aina mahdollista, vaikka sitä ei voi suunnitella etukäteen. Työhön sitoutumisessa tehtäväkuvan mukainen 1) oikeudenmukainen palkkaus, 2) tiimityön kehittäminen ja 3) työntekijän huomioon ottaminen. Myös nämä seikat nousivat esille erityisesti seminaarissa. Jotkut fysioterapeuteista piti epäoikeudenmukaisena tehtäväsiirtoja, mikäli vastaanoton pitämisestä ei makseta. Työn mielekkyyden lisäämiseksi haastateltavat esittävät seuraavaa järjestystä: 1) työnjaosta sopimista, ja edelleen toisena tekijä 2) tiimityön kehittämistä sekä 3) riittäviä aikaresursseja työhön.

Ryhmä B:n käsitykset eivät olleet täysin samansuuntaisia, vaikka yhtymäkohtia olikin. Työnjaossa tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) hyvä tiedottaminen, 2) konkreettinen selkeä yhdessä mietitty työnjako, 3) suunnitelmallisuus ja hoitoarvion toimivuus. Kaikki edellä mainitut tekijät olivat esillä myös haastatteluissa. Hoitoarvion toimivuutta pidettiin kriittisenä ”pullonkaulana”, koska joskus oikeat asiakkaat ohjautuivat heti oikeille ammattilaisille ja joskus taas ei. Työhön sitoutumisessa asioita löytyi enemmänkin. Tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) selkeästi sovitut, monipuoliset ja

suunnitelmalliset tehtävät, 2) johtamisen laatu ja selkeys, 3) toimiva ja mukava työyhteisö, mielekäs ja arvostettu työ/ työntekijä, 4) verkostoituminen ja että 5) palkkaus ja oikea asianmukainen työnkuva kohtaavat. Nämäkin seikat ovat kaikki palautettavissa haastatteluissa löydettyihin havaintoihin. Työn mielekkyyden tärkeysjärjestys oli puolestaan seuraava: 1) hyvä ja selkeä yhteistyö, 2) oikein mitoitettu aika oikealle potilaalle, oikeaan aikaan, oikeaan paikkaan ja 3) hyvin valmistautuneet ja valmistellut potilaat. Työn mielekkyydessä näkyi selvästi asiakaslähtöisyys ja se, että työssä ei voi onnistua, jos ei myöskään asiakkaat ole osallistuvia jne.

Ryhmä B:n toimenpide-ehdotuksissa työnjaon osalta korostuivat samat tekijät kuin A:n osalta eli 1) arviokäyntejä pitäisi potilaan voida varata suoraan ja ohjautumisen olla mahdollisimman selkeä, 2) hoidontarpeenarvioinnin tekijöiden kouluttaminen, 3) vastuulääkäri konsultointiin, jotta tietää ketä konsultoi, 4) yhteiset kehittämispäivät ja tilaisuudet sekä 5) tiimissä tulisi olla fysioterapeutti aina mukana automaattisesti. Ja jälleen työhön sitoutumisessa nousi esille yksikköjen koko: 1) yksiköt ja tiimit optimikokoisiksi ja niille kehittämisvastuu, 2) realistiset resurssit ja tavoitteet, 3) johtamisen laadun parantaminen eli pidemmän tähtäimen suunnitelmallisuus. Haastatteluissa kävi ilmi, että pienemmissä yksiköissä työn hallittavuus oli helpompaa. Työn mielekkyydessä näkyi tehtävien päällekkäisyyksien ja moninaisuuden ongelmat: 1) poistetaan arvoa tuottamatonta hukkatyötä ja 2) poistetaan työn pirstaleisuus ja 3) kehitetään omaa työtä yhdessä muiden kanssa.

**Kirkkonummella** tärkeysjärjestykset olivat toisenlaisia. Ryhmä A nosti tärkeimmäksi työnjaon osalta hoidontarpeen arvioinnin (1), koska näin potilas voitaisiin ohjata joko fysioterapeutille tai lääkärille. Röntgenlähetteen tekeminen (2) nousi toiseksi asiaksi eli pohdittiin sitä riittäisikö esim. puhelin- ja sähköpostikonsultaatio ja fysioterapeutin tekemä lähete. Yllättäen työnjaolliseksi kysymykseksi nousi 3) kipulääkitys, mikä osaltaan kertoo yhdessä haastattelujen kanssa, miten normikeskeisesti työjakoa hahmotettiin. Työhön sitoutumisessa tuli varsin poikkeavia käsityksiä

verrattuna Eksoteen. Tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) kunnan johdon ja poliittisten päättäjien ymmärrys terveydenhuollon ja kuntoutuksen merkityksestä kokonaistaloudellisesti, 2) monialainen yhteistyö, sen mahdollistaminen ja tehostaminen sekä 3) palkkaus työn vaativuuden mukaiseksi. Työn mielekkyyden lista oli seuraava: 1) yhteiset koulutukset erikoissairaanhoidon kanssa, yhteinen kieli, tavoitteet ja linjaukset sekä 2) yhteistyön helppous, mikä on linjassa myös haastattelujen tulosten kanssa. Useimmat odottivat nykyistä parempaa yhteistyötä ja yhteistyömahdollisuuksia.

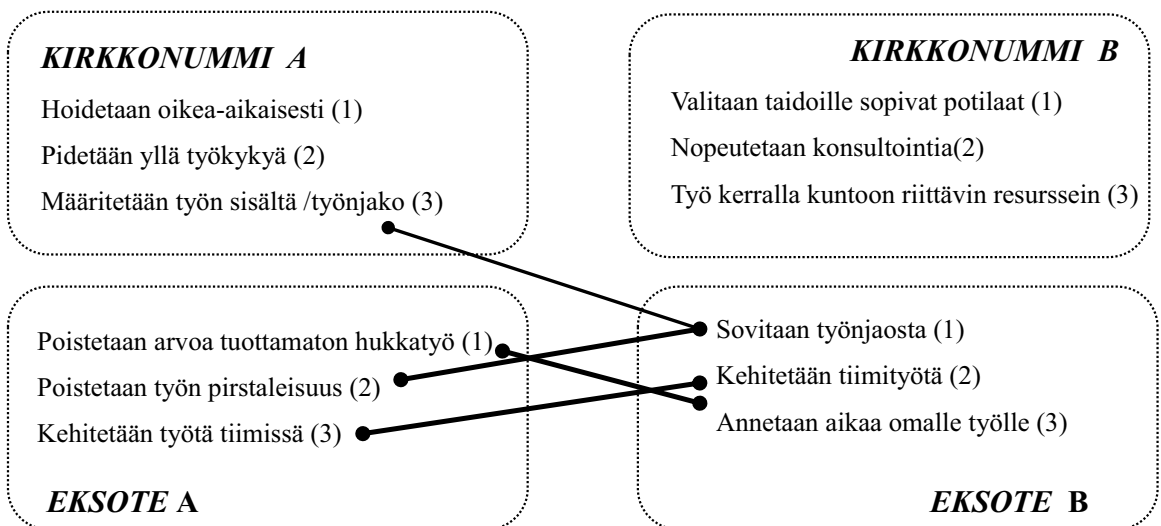
Ryhmä A:n ratkaisuesitykset edellä mainittuihin seikkoihin toistivat aikaisempia löydöksiä palveluprosessien toimivuudesta, yhteistyöstä ja palkkauksesta. Ryhmähaastattelun jälkeen työnjaossa tärkeysjärjestys muodostui seuraavaksi: 1) ”hoitopolut” tehtävä toimiviksi ja 2) yhteistyöpalavereita oltava nykyistä enemmän. Työhön sitoutumisessa korostui enemmänkin työn ulkoiset kannusteet kuin sisäiset. Tärkeysjärjestys oli seuraava: 1) on luotava keskitetyt yhteiset tilat ja yhteistyömahdollisuus, 2) palkkaa on korotettava ja 3) työhön/työaikaan on annettava mahdollisuus vaikuttaa. Työn mielekkyyden toimenpide-ehdotuksissa esitettiin ensin, että pitäisi saada omille taidoille sopivia potilaita (1), konsultointimahdollisuuksia olisi lisättävä (2) ja (3) henkilöstöresursseja tulisi olla niin paljon, että työ voidaan tehdä kerralla kuntoon.

Ryhmä B puolestaan asetti tärkeysjärjestykset työnjaolle, työhön sitoutumiselle ja työn mielekkyydelle selvästi ulkoisten kannusteiden ja asiantuntijuuden mukaan. Työnjako tulisi tehdä asiantuntijuuden eli osaamisen mukaan (1), sitten resurssien mukaan (2) ja vasta viimeiseksi asiakkaan yhteyden mukaan (3). Tämä on selvästi linjassa myös haastatteluissa tulleiden asioiden suhteen. Työhön sitoutumisessa korostui selvästi se, mistä sekä fysioterapeutit ja lääkärit olivat haastatteluissa huolissaan: 1) työn sisällön mielekkyys, 2) yhtenäiset toimintatavat ja 3) yhteistyö. Työn mielekkyydestä nousi esille enemmän työn ulkopuolisia kuin sisäisiä tekijöitä: 1) resursointi, 2) tunne työn hallinnasta ja 3) hyvät työtilat.



Ryhmä B:n ratkaisuesitykset edellä mainittuihin seikkoihin olivat työnjaollisesti asiakkaan ja asiantuntijan yhdistelmä: hoidontarpeen arviointi (1), ohjeistus/koulutus (2) ja hoitopolkujen ja ennaltaehkäisyn parantaminen (3). Työhön sitoutumisesta esitettiin, että päättäjien tulisi ymmärtää resursoida työtä (1), lisättävä koulutusta (2) sekä (3) käyttöön tulisi ottaa toimiva yhteistyö ja konsultaatiot (esim. skype). Työn mielekkyydelle tärkeiksi asioiksi nostettiin se, että oikea-aikainen hoito tulisi olla nykyistä parempaa (1), työkyvyn ylläpitoon kannustettaisiin (2) ja työnjako tulisi perustua siihen, että tietää toisen osaamisraajat (3).

Kuviossa 3 on yhteenveto Eksoten ja Kirkkonummen kehittämistoimenpiteistä erityisesti työn mielekkyyden osalta. Kuvioista käy ilmi, että Eksotessa on selvästi yhtenäisemmät käsitykset eli vahvempi toimintakulttuuri. Eksoten ryhmien käsitykset ovat yllättävän yhteneväisiä, mutta Kirkkonummen ryhmillä ei näyttäisi löytyvän yhteyttä lainkaan. Tämä selittää sen, että Kirkkonummella yhteistyöhalukkuus oli niin merkittävä molemmissa ammattiryhmissä. Viivat kuvaavat tässä siis yhteyksiä eri ryhmien asettamien tärkeysjärjestysten välillä.



Kuvio 3. Eksoten ja Kirkkonummen dialogiryhmien toimenpide-ehdotusten yhteneväisyydet

## 5 PÄÄTELMÄT

Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa tarkasteltiin työnjaon yhteyttä työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen terveydenhuollossa. Tutkimuksen kohteena oli fysioterapeuttien ja lääkärien työnjako Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä (Eksote) ja Kirkkonummella. Tutkimus toteutettiin aluksi myös Lahdessa, mutta aineistokeruun onnistuttua vain fysioterapeuttien ja johtajien osalta, ei Lahden aineistoa analysoitu tässä yhteydessä. Lahden aineistosta on tarkoitus tehdä erillisiä analyyseja tulevaisuudessa.

Tutkimuksellisesti kiinnostus kohdistui siihen, missä määrin työnjaon synnyttämä tuotos voi olla järjestelmällisesti ennustettavissa eli missä määrin se on lineaarista. Erityisenä mielenkiinnon kohteena olivat ne satunnaiset tai hieman abstraktimmin ilmaisten kaaokselliset tekijät, jotka lineaarisiksi oletetuissa professio- ja asiakaspalvelumalleissa muodostuvat palveluprosessia hidastaviksi tai jopa estäviksi tekijöiksi.

Nämä epälineaarisuutta ilmentävät tekijät voivat olla tavattoman pieniä, mutta ne voivat ”tuhota” lähes täysin lineaarisiksi suunnitellun palveluprosessin. Kaikki tutkijat tietävät, että täydelliset järjestelmät ovat aina epälineaarisia, mutta länsimaisissa yhteiskunnissa taipumus uskoa tekniseen työnjaon ylivoimaan ja tuotannolliseen tehokkuuteen, on kuin uinuva metafora: sitä ei kyseenalaisteta. Todellisuudessa lineaarisuuden, hyvin suunnitellun palveluprosessin, epäonnistumiseen ei tarvita pinta-alaltaan edes yhden suurimman atlaskehrääjän (Attacus Atlas) siiveniskua – ongelmia voi aiheutua ihan jo siitä, että tupsutoukkakehrääjän (Orgyia Antigua) lentokyvytön naaras muuttaa lentävien koiraiden suuntaa odottamattomasti. Tällaisessa perhosefektissä prosessin hallitsemattomuus syntyy, vaikka muutoksen koko ei ole verrannollinen sen määrään. Erot vain yksinkertaisesti kasvavat kuin "korkea korolle" eli asiakkaan käynnit lisääntyvät, avun tarve kasvaa, mutta ammattilaisten sokeus pysyy – kunnes joku havaitsee

kipuilevan ihmisen selässä murtuman. Tällöin pienikin muutos palveluprosessissa voi aikaansaada suuria vaikutuksia, jotka eivät ole ennustettavissa. Käytännössä palveluprosessista tulee tällöin työnjaollisesti hallitsematon. Tässä tutkimuksessa tämä ilmeni hyvin selkeästi siten, että jos asiakasta ei pystytä auttamaan varhaisessa vaiheessa, mutta vastaanottokäyntejä kertyy silti, niin syntyy vaikutelma siitä, että hän on saanut avun. Todellisuudessa jokainen käynti on saattanut olla vain kuin perhosen siivenisku – täysin palveluprosessia tuhoava käynti ja viime kädessä ammattilaisen työn mielekkyyden heikentäjä.

Edellä esitetyn perusteella tämän tutkimuksen tavoitteena olikin juuri vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten työnjako vaikuttaa työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen lineaarisessa prosessio- ja asiakaspalvelumallissa?
- 2) Miten perhosefektipalvelumallin epälineaarisuus kyseenalaistaa professio- ja asiakaspalvelumallin lineaarisuuden?
- 3) Voiko perhosefektipalvelumallissa työ olla mielekkäämpää ja tuottavampaa kuin prosessio- ja asiakaspalvelumallissa?

Työnjako vaikuttaa selvästi niin työn tuottavuuteen kuin mielekkyyteenkin lineaarisissa malleissa. Tässä tutkimuksessa oli kuitenkin havaittavissa, että professiopalvelumallia noudattavassa organisaatiossa (Kirkkonummi) haluttiin olla asiakaslähtöisempiä, ja asiakaspalvelumallia tavoittelevassa organisaatiossa (Eksotessa) yritettiin päästä vieläkin eroon professiolähtöisestä mallista. Tämä kertoo siitä, että terveydenhuollon palvelujen organisointi ja ohjaus eivät ole mahdollista lineaarisesti silloin, kun kohteena ovat elävät olennot. Se lienee mahdollista silloin – kun elävä olento ei reagoi, vaan on operoitava ”lähes kuollut” kohde. Kestävä päätelmä on, edellä mainitusta huolimatta, että molemmissa kohdeorganisaatioissa työn mielekkyys lisääntyy, kun eri

ammattiryhmien osaaminen tulee paremmin hyödynnettyä. Ydinkysymys silti on: miksi sitä ei haluta hyödyntää, vaikka se olisi kustannustehokkaampaa ja hoidollisesti vaikuttavampaa?

Perhosefektimalli, joka koostuu äärettömästä joukosta satunnaisuuksia arkipäivän palveluprosesseissa, kyseenalaistaa lineaariset mallit monella tavoin. Olipa sitten kyse professio- tai asiakaspalvelumallista, niin satunnaisuuksien lista, joka tässä tutkimuksessa tuli esille, on teknisen työnjaon nimiin vannovien harmiksi tavattoman pitkä. Mutta toki on myönnettävä, ja lohdullista johtamiselle, että osa näistä satunnaisuuksista on ”linearisoitavissa”. Epälineaarista huonoa hoitoon ohjausta voidaan korjata koulutuksella ja asiakkaiden ”sairauslomalappuhakuisuutta” vähentää fysioterapeuttien oikeudella myöntää sairausloma. Lääkärien jatkuvaan vaihtuvuuteen ja kielitaidottomuuteenkin voidaan vaikuttaa ja myös alati käyttämättömiin vastaanottoaikoihin voidaan oletettavasti, järkevästi ajatellen, ainakin vähän vaikuttaa. Niin ikään tehtyjen töiden kirjaamisten tuomat keskeytykset työssä ja fysioterapeuttien ns. ”koppiaikojen” eli varhaisen puuttumisen systematisointi ovat vielä mahdollisesti systematisoitavissa. Mutta entä asiakkaat, jotka haluavat olla vain passiivisia hoidettavia potilaita? Entä moniongelmaiset asiakkaat? Nämä molemmat tuottavat jatkossakin suuria ”epälineaarisia haasteita”.

Ehkä suurin haaste syntyy silti siitä, että ammattilaiset eivät tiedosta liiallisen ”auttamis- ja hoitomentaaliteettinsa” tuhoavia vaikutuksia ja kieltäytyvät kouluttamasta esimerkiksi alaselkäpotilaita itsehoidollisesti pärjääviksi. Tässä keskeiseksi tuottavuuden tavoittelun lajiksi muodostuu ehdottomasti dynaaminen tehokkuus. Vähentämällä lääkärin vastaanottoaikoja sekä lisäämällä fysioterapeuttien vastaanottoaikoja ja tutkimusten/lääkkeiden määräämisoikeuksia, saatamme mahdollisesti päästä professiolähtöisestä tuottavuudesta ja asiakaslähtöisestä vaikuttavuudesta kohti maailmaa, jossa ei ole potilasta eikä asiakasta, vaan ainoastaan omatoimisesti kuntoutuva kansalainen. Päätelmänä voisi todeta, että todellinen lineaarisuuden

tavoittelu edellyttäisi myös siis sen tarkastelua, kuinka paljon ammattilaiset itsessään haluavat olla työssään teknisen työnjaon ohjaamia. Mitä palveluja lopulta tarvitsemme, kuten eräät tutkimushenkilöistä kysyivät.

Oletetaan, että meillä on jossain perhosefektimalli, jossa tehty työ ei ole kenenkään tiedossa, mutta kaikki kansalaiset saavat avun ja ”kertakäynti fysioterapeutilla tai lääkärillä riittää” – ja ammattilaisten työ on mielekkäämpää kuin muissa palvelumalleissa. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt juurikaan näyttöä mistään tällaisesta – lukuun ottamatta ehkä niitä pieniä Eksoten yksiköitä, joissa ammattilaiset tunsivat niin asiakkaansa kuin toisensakin ja työtilat sijaitsivat lähellä; työntekijät pystyivät myös ennakoimaan omaan työhönsä vaikuttavia tekijöitä ”puskaradiota” kuunnellen. Loppupäätelmä on, että työn mielekkyys lisääntyy, kun eri ammattiryhmien osaaminen tulee paremmin hyödynnettyä uusien työnjakomallien myötä. Allegorisesti Wyatt Rawsonia (1956, xi) lainaten: ”Fysioterapeutit ja lääkärit ovat liian osaavia nykyisiin tehtäviinsä”.

## LÄHTEET

Alasoini T. Työnteon mielekkyyden muutos Suomessa vuosina 1992–2005. Työolobarometrin aineistoihin perustuva analyysi. Tykes-raportteja 45. Työministeriö, Helsinki 2006.

Andrews R, Entwistle T. Public Service Efficiency. Reframing the Debate. Routledge, London 2013.

Arendt H. Vita Activa. Ihmisenä olemisen ehdot. Vastapaino, Tampere 2002.

Ball S, Walton K, Hawes S. Do emergency department physiotherapy (pt) practitioners, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emerg Med J* 2007;24:185-188.

Bath B, Janzen B. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. *J Multidisciplinary Healthcare* 2012;5:1-15.

Blackburn M, Cowan S, Cary B, Nall C. Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Aust Health Rev* 2009;33:663–670.

Boardman C, Sundquist E. Toward Understanding Work Motivation. Worker Attitudes and the Perception of Effective Public Service. *ARPA* 2009;39:519-535.

Boissonnault W, Ross M. Physical therapists referring patients to physicians: a review of case reports and series. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42:446-54.

Bostedt E, Göransson C. Sjukgymnasters erfarenhet av att arbeta som första instans - en enkätstudie. Sjukgymnastik Institutionen för Hälsovetenskap, C-uppsats, Luleå tekniska universitet 2010.

Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians - career motivation, life goals and work-life balance. *SWISS Med W* 2008;138:305–312.

Chandler, R. C. & Plano, J.C. The Public Administration Dictionary. ABC-Clio, Santa Barbara 1988

Childs J, Whitman J, Sizer P, Pugia M, Flynn T, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2005;6:32.

Collin K, Paloniemi S, Herranen S. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2012.

Currie G, Koteyko N, Nerlich B. The dynamics of professions and the development of new roles in public services organizations: The case of modern matrons in the English NHS. *Public Administration* 2009;87:295-311.

Daker-White G, Carr A, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, Kammerling M. A Randomised Controlled Trial. Shifting Boundaries of Doctors and Physiotherapists in Orthopaedic Outpatient Departments. *J Epidem Community Health* 1999;53:643-650.

Desmeules F, Roy J-S, MacDermid J, Champagne F, Hinse O, Woodhouse L. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disord* 2012;13:107.

Desmeules F, Toliopoulos P, Roy J-S, Woodhouse L, Lacelle M, Leroux M, Girard S, Feldman D, Fernandes J. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disord* 2013;14:162

DiCenso A, Auffrey L, Bryant-Lukosius D, Donald F, Martin-Misener R, Matthews S, Opsteen J. Primary health care nurse practitioners in Canada. *Contemporary Nurse* 2007;26:104-115.

Durkheim A. Sosiaalisesta työnjaosta. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1990.

Elwyn, G, Greenhalgh T, MacFarlane F. Groups. A guide to small group work in healthcare, management, education and research. Radcliffe Medical Press, London 2001.

Etzioni A. Nykyajan organisaatiot. Tammi, Helsinki 1964

Fetterman DM. Foundations of Empowerment Evaluation. Sage, Thousand Oaks 2001.

French R, Rayner C, Rees G, Rumbles S. Organizational Behaviour. 2 nd ed. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester 2011.

Ford H. My Life and Work. Doubleday, New York 1923.

Gail D, Allison S, Matakkel R, Ryder M, Stang J, Godhes D, Hutton J, Henderson N, Garber M. Physical Therapy Treatment Effectiveness for Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Comparison of Supervised Clinical Exercise and Manual Therapy Procedures Versus a Home Exercise Program. Phys Ther 2005;85:1301-17.

Gardner H, Csikszentmihalyi M, Damon W. Good work. When Excellence and Ethics Meet. Basic Books, New York 2001.

Gawande A. Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science. Metropolitan Books, New York 2002.

George CS Jr. The history of Management Thought. Prentice-Hall, New Jersey 1972.

Gilbert LM. The Psychology of Management. The Functions of the Mind in Determining, Teaching and Installing Methods of Least Waste. Thoemmes Press, Bristol 1914.

Grumbach K, Bodenheimer T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? JAMA 2004;291:1246-1251.

Grönroos P. Pirstaloiko työnjako liikaa terveydenhuollon osaamista? Suomen Hammaslääkäriliitto 2006;13-14:732.

Gulick L. Notes on the Theory of Organization with Special Reference to Government in the United States. Teoksessa Glucik L, Urwick L. (toim.) Papers on the Science of Administration. Columbia University Press, New York 1937, 1-45.



Haapa-aho M, Koskinen M-K, Kuosmanen I. Työnjakomallit. Laajennetaanko tehtäväkuva vai siirretäänkö tehtäviä. 2. painos. Tehy julkaisusarja F:3, Tehy ry 2009.

Harisalo R. Organisaatioteoriat. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere 2010.

Herrala L, Koivisto K, Raninen R, Rekiaro M, Viitanen M. Seuraava potilas? Lääkärin työn analyysi Seinäjoen keskussairaalassa. Suomen Lääkärilehti 2005;16:1827-1831.

Holdsworth L, Webster V. Direct Access to Physiotherapy in Primary Care: Now and into the future? *Physiother* 2004;90:64-72.

Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. *Physiother* 2006a;92:26-33.

Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. *Physiother* 2006b;92:16-25.

Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiother* 2007;93:3-11.

Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiother* 2008;94:236-243.

Holweg M. The genealogy of Lean. *Journal of Operations Management* 2007;25:420-437.

Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysthankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2005.

Isoherranen K. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto, Helsinki 2012.

Israel J. Vieraantuminen. Tammi, Helsinki 1974.

Janasik N, Honkela T, Bruun H. Text Mining in Qualitative Research. Application of an Unsupervised Learning Method. *Organizational Research Methods* 2009;12:436-461.

Jibuike O, Paul-Taylor G, Maulvi S, Richmond P, Fairclough. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner. *Emerg Med J* 2003;20:37-39.

Jette D, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: Physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther* 2006;86:1619-1629

Julkunen R. Hyvinvointivaltio käännekohtassa. Vastapaino, Tampere 1992.

Järvensivu A. Työprosessitiedon ja organisaatiopolitiikan merkitys: tapaustutkimus siirtymisestä taylorismista monitaitoisuuteen perustuvaan työn organisointiin. Työelämän tutkimus 1. Työelämän tutkimusyhdistys ry, Saarijärvi 2007.

Kaarna T, Hupli M, Kauppinen R, Kärri T. Laatukustannuslaskenta selvittää lääkärin työn ongelmia. *Suomen Lääkärilehti* 2007;33:2883- 2887.

Karlöf B. Tehokas johtaminen. Yritystalouden kaivattu ydin. Edita, Helsinki 2004.

Kinnunen J, Ryyänen O, Taskinen H ja Kylänen M. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa. Lähtötilanteen raportti. Raportteja 2. Helsingin kaupunki, terveyskeskus, Helsinki 2010.

Kukka A. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit ry, Helsinki 2010.

Kärkkäinen O, Tuominen J, Seppälä A, Karvonen. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suom Lääkäril* 2006;24:2647-2652.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559).

Lakka M. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastytyväisyyden vertailu lääkäri vastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma 2008.

Leemrijse C, Swinkels I, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther* 2008;88:936-946.

Lindeke L, Sieckert A. Nurse-Physician Workplace Collaboration. *J Issues Nurs* 2005;10:1.

Lindström E. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 12. Helsinki 2003.

Ludvigsson M, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiother* 2012;98:131-137.

Mark M, Henry GT, Julnes G. Evaluation. An Integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Public and Nonprofit Policies and Programs. Jossey-Bass, San Francisco 2000.

Merkel T. Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työn sisältö Helsingin terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. Itä-Suomen yliopisto. Terveyshallintotiede. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma. 2011.

Mintzberg H. *Managing*. Prentice-Hall, NY 2011.

Moore J, McMillian D, Rosenthal M, Weishaat M. Risk Determination for Patients with Direct Access to Physical Therapy in Military Health Care Facilities. *J Orthop Sports Phys Ther* 2005b;35:674-678.

Nancarrow S, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Soc Health Illness* 2005:897-919. Viitattu 4.4.2014

DOI: 10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x

Needham C. Commissioning for personalization: from the fringes to the mainstream. CIPHA, London 2010.

Niskanen M, Vakkuri A, Meretoja O, Alahuhta S. Anestesia- ja -sairaanhoitajan välinen työnjako. *Suom Lääkäril* 2004;20:2153-2157.

Nordeman L. Low back pain and widespread pain in primary health care: Early access to physical therapy, treatment and prognostic factors. University of Gothenburg, Göteborg 2011.

Ojanaho Veijo. Kuopion yliopistollisen sairaalan palvelukeskuksen kehittämishanke. KYS-Palveleva. Loppuraportti. 108252 KYS Palveleva loppuraportti 25012011.pdf

Oldmeadow L, Bedi H, Burch H, Smith J, Leahy E, Goldwasser M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625-8.

Pauwe J. HRM and performance. Achieving long term viability. Oxford University Press, Oxford 2004.

Pawson R. Evidence-based policy: The Promise of “Realist Synthesis” *Evaluation* 2002;8:340-58.

Peltonen E. Lääkärien ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. Väitöskirja. 2009.

Pendergast J, Kliethermes S, Freburger J, Duffy P. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Serv Res* 2011. Viitattu 4.4.2014 DOI: 10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x

Radnor Z, Holweg M, Waring J. Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine* 2012;74:364-371.

Radnor Z, Osborne S. Lean: A Failed Theory for public services? *Public Management Review* 2013;15:265-287.

Rawson W. *The Anatomy of Work. The Implications of specialization.* Heineman, London 1959.

Ritzer G. *The McDonaldization of Society: An Investigation Into the Changing Character of Contemporary Social Life.* SAGE Publications, Inc., Thousands Oaks 1996.

Rousseau DM, Barends EGR. 'Becoming an evidence-based HR practitioner. *Human Resource Management Journal* 2011;21:221–235.

Salin S, Liimatainen T, Holmberg-Marttila D, Aalto P. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. *Suom Lääkäril* 2012;6:423-426.

Saxen U. Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveystieteissä lääkäritilanteen näkökulmasta. Turun yliopiston julkaisuja. Kliininen laitos, yleislääketiede. *Annales Universitatis Turkuensis C* 278. Turku 2009.

Saxen U, Jaatinen P, Kivelä SL. How does a shortage of physicians impact on the job satisfaction of health center staff? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008;26:248–250.

Seeck H. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Gaudeamus, Helsinki 2008.

Sievers B. *Work, Life and Death itself. Essays on Management.* De Gruyeter, Berlin 1994.

Sihvonen M. Työmotivaatio perusterveydenhuollossa. Analyysi neljästä terveystieteestä. Yliopistopaino, Helsinki 1990.

Simon AJ. Social Structure of Clinics and the Patient Improvement. *Administrative Science Quarterly* 1959;4:197-206.

SLH, Suomen Lääkäriliiton hallituksen muistio 12.8.2014. Lääkäriin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 2014.

Stein L. The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry* 1967;16:699-703.

Suominen T, Henriksson L. Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapol* 2008;73:625-639.

Taylor F. *The principles of scientific management*. First edition. Published 2008 by Forgotten Books 2011. Viitattu 26.4.2012

<http://www.forgottenbooks.org>

Taylor N, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay or patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiother* 2011;97:107-114.

Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. Kunnallinen työmarkkinalaitos, Helsinki 2009.

Teppo U. Tehtävänsiirto ortopediltä fysioterapeutille. Polvioireisten potilaiden konservatiivisesta hoidosta saadut kokemukset, palvelujen käyttö ja terveyden osatekijöiden muutokset vuoden seurannassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. 2011.

Tiilikka T, Palukka H, Tolkki H. Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit. Loppuraportti. Tampereen yliopisto. Juvenes Print –Tampereen yliopistopaino, Tampere 2009.

Turunen T. Nuorten palkansaajien työorientaatiot Suomessa. Tutkimus 18–29-vuotiaiden suomalaisten palkansaajien työkeskeisyyttä lisäävistä yksilöllisistä taustatekijöistä. *Janus* 2009;17:4–19.

Viitanen E. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 577. Tampereen yliopisto, Tampere 1997.

Watson T. *Sociology, work and organization*. 6th ed. Routledge, London and New York 2012.

Weatherley C, Hourigan P. Triage of back pain by physiotherapists in orthopaedic clinics. *J R Soc Med* 1998;91:377–379.

Weber M. *Theory of Economic and Social Organization*. (toim.) Parsons T. The Free Press, New York (ap.1922/1964).

Webster V, Holdsworth L, McFadyen A, Little H, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes – results of a national trial. *Physiother* 2008;94:141-149.

Weick KE, Sutcliffe K, Obstfeld D. Organizing and the Process of Sense-Making. *Organization Science* 2005;16:401-421.

Womack J, Jones D. *Lean thinking: Banish the Waste and Create Wealth in your Organization*. Simon & Schuster, New York 1996.

Vuori J. Motivaatio julkisessa ja yksityisessä organisaatiokulttuurissa. Vertaileva tutkimus julkisen ja yksityisen sairaalan henkilöstöstä. Vaasan yliopiston tutkimuksia. Vaasa 1993.

Vuori J. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimushenkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Fram Oy, Vaasa 1995.

Vuori J. Terveydenhuollon itsepetos ja johtajuus: Toiveajattelu ja autonomian pelko henkilöstön luovuuden esteenä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1996;33:363–374.

Vuori J. Motivation as a product of meaninglessness? A Tentative theory for health care organizations. *Hallinnon Tutkimus* 2001;20:34-54.

Vuori J. Johtamisen myytit. Lineaarisen ja ei-lineaarisen toimintakulttuurin rajapinnat. *Premissi* 2005;2:21-24.

Vuori J. *Terveys ja johtaminen*. Wsoy, Helsinki 2007.

Vuori J. Hallinto- ja organisaatioteorioiden tiedon arkeologia: tulisiko yksityisten ja julkisten organisaatioiden historia kirjoittaa uudelleen? Teoksessa Suomalainen hallinnon tutkimus. (toim.) Virtanen T, Ahonen P, Syväjärvi A, Vartiainen P, Vartola J, Vuori J. Tampere University Press, Tampere 2011a.

Vuori J. Dialoginen viestintä johtamisessa. Teoksessa Sosiaali- ja terveysjohtaminen (toim.) Rissanen S, Lammintakanen J. WSOYpro, Helsinki 2011b.



## LIITTEET

### LIITE 1: Haastattelukysymykset fysioterapeuteille ja lääkäreille

#### Terveysasemien alaselkäpotilaiden avovastaanotto toiminta

Minä vuonna valmistuit lääkäriksi/ fysioterapeutiksi?

Kuinka pitkään olet ollut töissä tässä organisaatiossa?

Missä ja minkä tyyppisissä tehtävissä työskentelit tätä ennen?

#### Nykytila

1. Miten alaselkäpotilaat ohjautuvat fysioterapeutin ja lääkärin avovastaanoille?
2. Työparityöskentelyn käyttö fysioterapeutti /lääkäri
3. Valmius/halukkuus työparityöskentelyn kehittämiseen
4. Avustavan henkilöstön käyttö alaselkäpotilaiden hoitoonohjauksessa (sh ajanvarauksessa/ hoidon tarpeen arviointi)
5. Konsultointijärjestelyt alaselkäpotilaiden osalta terveysaseman sisällä/ terveysasemien välillä/ erikoissairaanhoidon
6. Vastuunjako fysioterapeuttien ja lääkärin välillä
7. Vastaanotto toiminnan ja muiden tehtävien välinen suhde/ resurssointi
8. Miten mielekkäänä lääkäri/fysioterapeutti kokee alaselkäpotilaiden työnjaon
9. Miten työnjako näkyy: työmäärä/työviihtyvyys/työn ilo
10. Työnjaon vaikutus omaan työkuormittuneisuuteen (kokemuksellinen, todellinen esim. sairauspoissaolot)
11. Kuinka paljon työnjako edistää tai heikentää koettua työn mielekkyyttä.
12. Kirjautuuko työnjako oikealla tavalla? Välittömään potilastyöhön käytetty aika viikoittain vs. välillisiin, kuten lausunto yms. käytetty aika.
13. Johtamisen rooli työnjaon toteutumisessa (sitoutuminen, mahdollistajana jne. )
14. Työnjaon vaikutus palkkaukseen
15. Minkälaista lisäkoulutusta olet saanut työnjakoa varten?
16. Miten työn tuottavuutta ja vaikuttavuutta mitataan? (suoritteet, potilaskyselyt, sairauspoissaolot jne.)

#### Menneisyys

17. Miten alaselkäpotilaat ovat aiemmin ohjautuneet fysioterapeutin ja lääkärin avovastaanoille?
18. Mikä alaselkäpotilaiden osalta työnjaossa oli aikaisemmin hyvää ja huonoa?
19. Mitkä hyvät käytännöt ovat nähdäksesi kadonneet nykymalleissa?
20. Mistä ei olisi tullut luopua missään tapauksessa?
21. Johtamisen merkitys alaselkäpotilaiden työnjaossa
22. Koulutuksen ja osaamisen merkitys työnjaossa

## **Tulevaisuus**

23. Miten nykyistä työnjakoa tulisi vielä kehittää? (sisällöllisesti, palkkaus, johtaminen jne.)
24. Yleinen halukkuus/valmius toiminnan kehittämiseen
25. Mitä työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden osalta tulisi mitata tarkemmin?
26. Mitä pitäisi tehdä, että fysioterapeutit ja lääkärit olisivat yhtä aikaa työstään innostuneita ja saisivat aikaan vaikuttavia hoitotuloksia?
27. Työnjaon vaatiman osaamisen ylläpitäminen
28. Onko fysioterapeutilla jotain sellaista osaamista, josta hyötyisit omassa työssäsi? (lääkärit)
29. Mitä tehtäviä mielestäsi siirtää lääkäriltä fysioterapeutille koulutuksen jälkeen? (lääkärit)
30. Mitä koulutusta näiden tehtävien vastaanottaminen mielestäsi edellyttäisi? (ft)

## **LIITE 2: Haastattelukysymykset johdolle**

**ALUSTUS:** Tämä haastattelun tarkoituksena on selvittää, miten johtajien mielestä lääkärin ja fysioterapeuttien työnjakoa ja työtä tulisi uudelleen organisoida, jotta lääkärin ja fysioterapeuttien työn mielekkyys ja sitoutuminen työhön ja annetun hoidon vaikuttavuus lisääntyisi. Tutkimuksessa ovat mukana Kirkkonummi, Lappeenranta ja Lahti. Tutkimus valmistuu 2014 vuoden loppuun mennessä ja sen toteuttajina ovat Työsuojelurahasto ja Itä-Suomen yliopisto.

### **Teemat:**

#### **1. Työjako ja johtaminen**

- Mitä haasteita nykyinen lääkärin ja fysioterapeuttien työnjako synnyttää johtamiselle?
- Miten muuttaisit työnjakoa, jotta työprosessit olisivat paremmin johdettavissa ja tunnistettavissa?
- Aiheuttaako nykyinen työnjako ylityön lisääntymistä tms. johtamishaasteita? Jos kyllä, niin miten korjaisit tätä?
- Miten lääkärin/fysioterapeuttien työtä tulisi muuttaa, jotta se olisi paremmin johdettavissa koko organisaatiota ajatellen?

#### **2. Työnjako ja työn mielekkyys ja työhön sitoutuminen**

- Miten työnjakoa tulisi nähdäksesi parantaa, jotta lääkärin ja fysioterapeuttien työn mielekkyys ja työhön sitoutuminen lisääntyisi?
- On esitetty, että näiden molempien ammattiryhmien työssä oppiminen on olennainen osa palkitsevan työn luonnetta ja työn eli hoidon vaikuttavuus ei lisääny ilman uutta tietoa (vrt. tarpeettomat selkäleikkaukset). Miten johtajana turvaat tai turvaisit erityisesti työnjaollisesti työssä oppimisen mahdollisuudet?
- Mikä nähdäksesi parantaa lääkärin ja fysioterapeuttien sitoutumista työhönsä? Miten työnjako heidän välillään vaikuttaa sitoutumiseen?

#### **3. Työn jako, tuottavuus ja vaikuttavuus**

- Hoidetut potilaat (tuottavuus) ei ole luonnollisesti sama kuin parantuneet potilaat (vaikuttavuus). Miten työnjaolla voitaisiin paremmin huolehtia siitä, että potilaiden uudelleenkäynnit vastaanotoilla vähenisivät eli vaikuttavuus lisääntyisi?
- Mitä seurantamenetelmiä vaikuttavuuden lisäämiseksi tulisi kehittää?
- Onko fysioterapeutin työ mielestäni yhtä vaikuttavaa kuin lääkärin tai päinvastoin? Jos kyllä, niin kerro esimerkkejä tällaisista työnjakotilanteista, jotka lisäävät mielestäsi vaikuttavuutta?
- Oletko tyytyväinen yksikkösi hoidettujen potilaiden määrään, aikaansaatuihin vaikutuksiin ja muihin tähän liittyviin seikkoihin?

### **Lopuksi**

Mitä muuta haluaisit kertoa näihin aiheisiin liittyen nimenomaan johtamisen näkökulmasta?

### **LIITE 3: Eläytymistehtävä**

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Olemme laatineet eläytymistarinan kuvaamaan fysioterapeuttien ja lääkärin työnjakoa siitä, mikä saattaisi toteutua. Vastausaikaa kannattaa varata noin 15 minuuttia. Älä laita nimeäsi paperiin, mutta yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa ja jatka tarvittaessa paperin kääntöpuolelle. Voit myös vastata ”ranskalaisia” viivoja.

Vastaukset palautetaan tutkija Heli Kankaalle tai tutkija Satu Luodolle.

**Kuvittele, että eletään vuotta 2020. Fysioterapeuttien ja lääkärin alaselkäpotilaiden vastaanottotoiminnassa on ollut käytössä uusi erinomainen työnjakomalli. Kerro millainen se on ja miten se toimii.**

Kiitos osallistumisestasi!

## LIITE 4: Sähköpostikysely fysioterapeuteille ja lääkäreille

### HAASTATTELUJA TARKENTAVAN SÄHKÖPOSTIKYSELYN KYSYMYKSET:

- 1) Mikä on nykyisen tai tulevaisuudessa mahdollisesti suunniteltavan fysioterapeutin ja lääkärin välisen työnjaon tavoite oman työsi näkökulmasta? (voit valita useamman kuin yhden)
  - a. Lääkärien työkuorman vähentäminen työn mielekkyyden lisäämiseksi
  - b. Fysioterapeuttien ammatillisen osaamisen hyödyntäminen ja työn mielekkyys
  - c. Potilaan saamien palvelujen nopeutuminen
  - d. Jokin muu, mikä?
- 2) Miten työnjaon rajat todellisuudessa syntyvät? (voit valita useamman kuin yhden)
  - a. Kriteerien mukaan satunnaisesti
  - b. Hoidontarpeen arvioitsijan osaamisen, persoonan, aktiivisuuden mukaan
  - c. Potilaan 'huijauksen' mukaan
  - d. Lääkäri lähettää kuitenkin, ei korvaa lääkärin vastaanottoa
  - e. Toimitaan niin kuin ennenkin
  - f. Jokin muu, mikä?
- 3) On mahdollista, että työnjaon tehostamisen myötä lääkäreille ohjautuu aiempaa haasteellisempia tuki- ja liikuntaelin -potilaita. Millä tavalla näet tämän oman työsi näkökulmasta?
  - a. Työn mielekkyys lisääntyy, kun eri ammattiryhmien osaaminen tulee paremmin hyödynnettyä.
  - b. Pelottaa, että liian vähällä ajalla pitäisi hoitaa entistä vaikeampia potilaita.
    - i. Millä keinoilla tämä ongelma olisi ratkaistavissa?
- 4) Mistä lääkärien liiallinen työnkuormitus muodostuu?(lääkärit)
- 5) Millainen tai miten työmäärä ja työnjako heikentää työn mielekkyyttä ja tuottavuutta?
- 6) Kuka määrittää sovitun työnjaon mukaisen vastuunjaon? Jos et tiedä, niin kenen mielestäsi pitäisi määrittää vastuunjako?
- 7) Fysioterapeuttien vastuun kasvaessa, miten vastuu tulisi huomioida palkkauksessa? TAI Tulisiko mielestäsi fysioterapeuttien lisääntynyt vastuu huomioida heidän palkkauksessaan?(lääkärit)
- 8) Mikä olisi sellainen työnjaon ja työsi muutos, joka saisi sinut irtisanoutumaan tai innostumaan työstäsi nykyistä enemmän?

- 9) Mitä tarkoittaa toimiva työparityöskentely?
- 10) Mitä mieltä olet fysioterapeuttien ja lääkärin yhteisvastaanotoista ja milloin sellaiseen olisi tarvetta? (fysioterapeutit ja lääkärit?)
- 11) Mitkä ovat hyvän ammatillisen yhteistyön tunnusmerkit?
- 12) Miten työtäsi ja työnjakoa tulisi muuttaa, jotta se olisi sinulle mielekkäämpää ja tuottavampaa
- 13) Minkälainen työnjakomalli teille mielestäsi soveltuisi (voit valita useamman kuin yhden):
- a. Tehtäväsiirrolla kaikki tule-potilaat ensin fysioterapeutille
  - b. Fysioterapeutti päivystyksessä ensikontaktina tule-potilaille
  - c. Lääkärin ja fysioterapeutin yhteisvastaanotto
  - d. Jokin muu, mikä?

## Työnjaon kehittämisen- ja tutkimusseminaari

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden  
5.11.2014 Lappeenranta / 12.11.2014 Kirkkonummi

**Heli Kangas<sup>1</sup>, Marika Kylänen<sup>2</sup>, Satu Luoto<sup>3</sup>, Jari Vuori<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Tohtoriopiskelija, Tutkija, Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos,

<sup>2</sup>TtM, Tutkija, Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

<sup>3</sup>LT, fysiatrian erikoislääkäri, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden,

<sup>4</sup>Professori, Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

**Tutkimusryhmän päivän motto:**

Työnjako ja työprosessit tavoitteelliseksi siten, että yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen lisää työn mielekkyyttä ja vaikuttavuutta

### Ohjelma

#### Avaus ja ohjeistus

Jari Vuori, päivän puheenjohtaja

Klo 8.30- 8.45

Aamukahvit

Klo 8.45-9.00

Hanke ja työvaihe-esittely,

#### Työvaihe I: Ryhmien ideat ja löydökset

Tutkimusryhmä & osallistujat

Klo 09.00 -09.10

Yksin työskentely

Klo 09.10 -09.30

R I työskentely/yhteenveto

Klo 09.30 -09.50

R II työskentely/ yhteenveto

Klo 09.50-10.15

Kahvitauko

#### Työvaihe II: Dialogia ideoista ja löydöksistä

Tutkimusryhmä & osallistujat

Klo 10.15 -10.35

I ryhmän ydinlöydökset

Klo 10.35 -10.45

Dialogia päivän puheenjohtajan sparraamana

Klo 10.45 -11.05

I ryhmän ydinlöydökset

Klo 11.05 -11.20

Dialogia päivän puheenjohtajan sparraamana

#### Työvaihe III: Dialogi ideoiden täytäntöönpanosta

Jari Vuori, tutkimusryhmä & osallistujat

Klo 11.20 -11.50

Ideoiden toteutus?

Klo 11.50-12.00

Seminaari päätös Jari Vuori

### Tutkimus- ja kehittämishanke

- kartoittaa perusterveydenhuollon fysioterapeuttien ja lääkäreiden työnjaon konstruotumista sekä työnjaon ja toiminnan vaikutusten välistä yhteyttä, jotta voidaan tunnistaa työnjaon tarkoituksenmukaisuutta ja työn mielekkyyttä heikentävät ja edistävät tekijät
- tuottaa erilaisia vaihtoehtoja siitä, miten fysioterapeuttien ja lääkäreiden välinen työnjako tulisi organisoida, jotta se edistäisi fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn mielekkyyttä ja työhön sitoutumista
- tuottaa tietoa siitä, miten työnjako vaikuttaa akuuttien TULE -potilaiden palvelujen käyttöön
- tarkastella työnjakoa tarkastellaan akuuttien tuki- ja liikuntaelimen sairastavien (TULE) -potilaiden kontekstissa ja hoitoprosessissa
- toteutetaan kolmen kunnan perusterveydenhuollossa

### Tulokset ja hyöty

- Haastatteluista esille nousseet tekijät, jotka edistävät tai heikentävät työnjaon tarkoituksenmukaisen toteutumisen käsitellään dialogisissa ryhmähaastattelu-tilaisuuksissa marraskuussa 2014.
- Tuloksia on tarkoitus soveltaa muihin vastaaviin kuntiin ja kaupunkeihin, joissa terveydenhuollon ammattilaisten keskinäinen työnjako ja työnmielekkyyks ovat ajankohtaisia haasteita kuntapäätäjille.



ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

## Haastattelujen alustavia löydöksiä: työnjakoa, työsitoutumista ja mielekästä työtä

### Työnjako

”Kyllä siis varmaan pääsääntöisesti ensin hakeutuvat lääkärille, mutta... Suoraan sanottuna se on se resepti ja sairausloma siellä.”

”Ne soittaa hoitajille ajanvaraukseen ja tulee sekä päivystykseen että sitten tavalliselle vastaanotolle. Kaikki lääkärin kautta....”

”Mun mielestä se ois jopa askel eteenpäin, koska miksi sitten sairaanhoitajan täytyy sitä arvioida, koska hän ei oo siinä se ammatti-ihminen sillä tavalla. Fysioterapeuttihan kyllä ymmärtää siitä parhaiten.”

Tuota se kriteeristö pitäis varmaan vähän perata... se on vähän tällanen hoitohenkilöstöriippuvainen, et jotkut on aika aktiivisia lukemaan niitä paperista, vaik niin ku ovat hereillä ja sit taas toisille potilas sanoo, et halua niin ku lääkärille. Minusta se pullonkaula on nimenomaan se vastaanotto, sanotaan hoitoarvio....

### Työhön sitoutuminen

”Mä oon monesti puoli kuuteen töissä täällä ja plustunteja on aina, mitä ei sais olla. Joudun tekemään ihan pakosta, vaikka sanotaan, että älä tee, sinun ei tarte, jos minä hoidan ne tehtävät, mitkä minulle on annettu, ni se päivä on pitkä. Ku en minä halua, että mulle on viiden viikon jonot.”

” Eikä se raha muuta sitä niin kun tai siis en omalta kohdalta ei mun ammattitaitoa muuta. Mun ammattitaito on tällä palkalla tai isommalla yhtä hyvä.”

”Koska tota kuitenkin ite näkee, että ne on kyllä tärkeitä ne muutkin asiakasryhmät. Et ei vaan haluais heiltäkään sitä ottaa pois.”

”Sitä on ehkä tottunu siihen, että on pystynyt vaikuttamaan kaikkeen ja on voitu tehdä ja tällä hetkellä se on(.) lähinnä tuntuu, että viedään kaikki ne entisetkin pois. Se ei voi olla vaikuttamatta ja kyllä mä ittekin oon sen huomannu ja oon sanonuki, että sitä tekee nyt töitä kerta on töissä ja on velvollisuuden tuntonen ... niin tuota se sellanen työilo, se semmoinen palo siitä on hävinny. Tää on tukahduttanu tää.”

### Työn mielekkyys

” Miusta tää on tosi mielekästä, tää on pelkkää plussaa, koska siinä pystyy sitä omaa ammattitaitoaan ja omaa harkintaa käyttämään sillä tavalla, ku mie haluan”

” Ite keksin sellasen, et ne on 'koppiaikoja', jolloin otetaan koppi niistä ihmisistä. Tutkitaan ne ja tehdään niin ku jatkosuunnitelma. Ja nyt on ollu niitä ja siel on kaikkee.”

” Johtamisen rooli on tosi suuri. Se on just mikä niin ku(.) mikä meitä kantaa”

” Sen vielä haluan sanoa, että se on parantunut tää yhteistyö, mitä se on ollu joskus. Sillä tavalla parantunu, että meidän mielipiteitä kuunnellaan ja niitä kunnioitetaan. Se on just tärkeä.

” Sehän on kaikkein suurin ongelma työssä, että tehdään turhaa työtä. Se turha työ on nyt tossa töllöttimessä, et se tiimalasin odottelu, et se on se turha työ, joka kiusaa hirveen paljon. Kyllä se vähän nyppii joo.”



ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO



## TYÖRYHMÄTYÖSKENTELEN OHJEISTUS

### TEHTÄVÄT:

1. Mainitse vähintään yksi enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden
  - a) mukaan lääkärin ja fysioterapeuttien työnjakoa voisi parantaa? ja
  - b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta työnjaon parantamiseksi?
2. Mainitse vähintään yksi enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden
  - a) mukaan olisitte valmis sitoutumaan nykyiseen työntajanne tulevaisuudessa? ja
  - b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta sitoutuminen paranisi?
3. Mainitse vähintään yksi enintään kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä, joiden
  - a) mukaan lääkärin ja fysioterapeuttien työn mielekkyyttä voisi parantaa? ja
  - b) mitä nykyisessä työtehtävässä ja organisaatiossa tulisi muuttaa, jotta työn mielekkyys paranisi?

### TEHTÄVÄN VAIHEISTUS:

#### Vaihe 1. Yksintyöskentely

Pohdi vastauksia kysymyksiin ensin yksin n. 10 minuuttia ja kirjaa ne ylös paperille

#### Vaihe 2. Ryhmätyöskentely

Valitse ryhmästäsi yksi, joka kirjaa ryhmän käymän keskustelun kysymyksistä ylös tietokoneella yhdelle dialle

#### Vaihe 2. Ryhmätyöskentelyn täydennys

Ryhmän kirjurit tarkentavat muutokset esim. johtajien erilaiset ja samanlaiset käsitykset kysymyksiin liittyen.

#### HUOM! Intuitiiviset vastaukset!

Tauon jälkeen siirrymme tarkastelemaan ryhmien löydöksiä yhdessä.



ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

## LIITE 6: Esimerkki toimenpide-ehdotuksista

### EKSOTE RYHMÄ A: YHTEENVETO

#### 1 - 3 KESKEISTÄ TEKIJÄÄ TÄRKEYSJÄRJESTYKSESSÄ

##### Työnjako

1. Päällekkäisyyden poistaminen
2. Sama tiimi
3. Johtaminen; sitoutuminen

##### Työhön sitoutuminen

1. Palkkaus
2. Oman työn kehittämisen mahdollisuus
3. Aikaresurssit

##### Työn mielekkyys

1. Toimiva vuorovaikutus tiimin kesken
2. Koulutusta vastaavat tehtävät
3. Pienyhteisön edut!

#### RATKAISUESITYS TIIVISTETYSTI

##### Työnjako

1. Tule-vastaanottojen päivystysajat
2. Konsultaatio mahdollisuus
3. Ajanvarauksen toimivuus, sovitus  
asiat tehdään ja viedään eteenpäin

##### Työhön sitoutuminen

1. Tehtäväkuvan mukainen,  
oikeudenmukainen palkkaus
2. Tiimityön kehittäminen
3. Työntekijän kuuleminen

##### Työn mielekkyys

1. Tiimijaosta sopiminen
2. Tiimityön kehittäminen
3. Resurssit; aikaa työhön

## LIITE 7: Eksoten hoidontarpeen arviointikriteeristö



ETELÄ-KARJALAN  
SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI

### HOIDONTARPEEN ARVIOINTI –KRITEERISTÖ ASiantuntijafysioterapeutin ALASELKÄVASTAANOTOLLE

**Kaikki alle 18 vuotiaat ja yli 65 vuotiaat ohjataan lääkärin vastaanotolle.**

**Jos potilas vastaa yhteenkään kysymykseen kyllä, hänet ohjataan lääkärin vastaanotolle.**

1. Liittyykö alaselkäkipunne alkuun liikenne- tai työtapaturma?
2. Arvioikaa, mikä on alaselkäkipunne voimakkuus asteikolla 1-10? Jos kivun voimakkuus on 7/10 tai yli, niin potilas ohjataan lääkärin vastaanotolle.
3. Liittyykö alaselkäkipuun alaraajaan polven alapuolelle säteilevää kipua tai alaraajan halvausoireita? Onko teillä sukuelinalueen, pakaroiden tai reisien sisäsvun tunnottomuutta? Karkaako uloste?
4. Onko teillä kuumetta tai virtsaamisvaivoja?
5. Onko teillä pahanlaatuisia kasvaimia tai todettu osteoporoosi?

