



Vaasan yliopisto  
UNIVERSITY OF VAASA

Taija Lottonen

# **Sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät terveydenhuollon ammattilaisten roolien muutoksessa**

Ammattilaisten keskinäinen arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhde

Johtamisen yksikkö  
Julkisjohtamisen pro gradu -tutkielma  
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2021

---

**VAASAN YLIOPISTO****Johtamisen yksikkö**

<b>Tekijä:</b>	Taija Lottonen		
<b>Tutkielman nimi:</b>	Sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät terveydenhuollon ammattilaisten roolien muutoksessa: Ammattilaisten keskinäinen arvostus ja valta- ja auktoriteettisuhde		
<b>Tutkinto:</b>	Hallintotieteiden maisteri		
<b>Oppiaine:</b>	Julkinen johtaminen		
<b>Työn ohjaajat:</b>	Esa Hyyryläinen ja Anu Kaihlanen		
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2021	<b>Sivumäärä:</b>	85

---

**TIIVISTELMÄ:**

Sähköisten terveyspalveluiden ja tietojärjestelmien merkitys terveydenhuollossa kasvaa vuosittain. Sähköisyys terveydenhuollossa ei kuitenkaan viittaa vain teknologiseen muuutokseen, vaan myös työn kulttuuriseen ja sosiaaliseen puoleen, kuten terveydenhuollon ammattilaisten rooleihin, arvostukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteeseen. Sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät toimivat ohjausvälineinä vallan ja arvostuksen siirtymisessä. Perinteisesti nähdään lääkärin hallitsevan terveydenhuoltoa, mutta sähköisyyden voidaan nähdä olevan yksi osatekijä, joka voi muuttaa tätä vallanjakoa. Vallan siirtyminen muille perustuukin yksilöiden tietoon, taitoon, kokemukseen ja kykyihin.

Tämä tutkimus tarkastelee terveydenhuollon ammattilaisten välisiä roolimutoksia ja arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhdetta terveydenhuollon sähköistymisessä. Tutkimus selvittää, miten sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät muokkaavat terveydenhuollon ammattilaisten rooleja, ja miten roolimuuotos vaikuttaa terveydenhuollon rooleihin liittyvään keskinäiseen arvostukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteisiin?

Tutkimus toteutetaan teoriaohjaavana laadullisena tutkimuksena. Aineisto on kerätty teemahaastattelujen avulla. Haastatteluihin osallistui 6 lääkäriä ja 9 hoitotyötaustaista ammattilaista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, ja molemmat tutkimuskysymykset analysoitiin erikseen. Tutkimustuloksien analysoinnissa keskityttiin seuraaviin teemoihin roolien muutoksissa: Roolin muutosta ei ole tapahtunut, digiosaajan roolin korostuminen, työtehtävien lisääntyminen tai siirtyminen, järjestelmän käyttömahdollisuudet ja ympäristö ja ammattilaisten yhteistyö. Arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen analyysissä esille nousivat: Arvostukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteeseen ei ole tullut muutosta, digiosaaminen on lisännyt osaavan ammattilaisen arvostusta, vallan ja arvostuksen väheneminen, järjestelmän käyttöoikeudet ja ammattilaisten tasavertaisuus.

Tämän pro gradu -tutkielman mukaan roolien muutokset ja arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutokset tapahtuvat henkilöstön näkökulmasta terveydenhuollon arjessa huomaamattomasti eikä muutoksia nähdä niin suurina. Merkittävänä tutkimuksessa nousi esille digiosaajan keskeinen rooli ja arvostus. Digiosaajalla nähdään olevan suuri merkitys työyhteisössä. Vaikka sähköisyys voikin luoda tehtävien jaossa epätasa-arvoa, kasvattavan osaamiseroja ja hankaloittavan toimintaa, niin sähköisyyden nähdään silti tasavertaistavan eri ammattiryhmiä terveydenhuollossa.

---

**AVAINSANAT:** Sähköiset terveyspalvelut, tietojärjestelmä, digitaalinen terveydenhuolto, terveydenhuollon ammattilaisten roolit, arvostus terveydenhuollossa, auktoriteetti, valta

## Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkimuksen tausta	6
1.2	Tutkimuskohde ja tutkimuskysymykset	7
2	Terveydenhuollon ammattilaiset sähköisessä toimintaympäristössä	10
2.1	Sähköinen toimintaympäristö	10
2.2	Moniammatillisuus sähköisessä toimintaympäristössä	13
2.2.1	Sähköiset järjestelmät yhteistyön edistäjinä	15
2.2.2	Sähköiset järjestelmät yhteistyön haasteena	16
2.3	Terveydenhuollon ammattilaisten roolijako	17
2.3.1	Hoitohenkilökunta	19
2.3.2	Lääkärit	20
3	Arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhde näkökulmina terveydenhuollon ammattilaisten rooleihin	24
3.1	Käsitteistö	24
3.1.1	Arvostus	25
3.1.2	Auktoriteetti- ja valtasuhde	28
3.2	Hierarkkisuuden merkitys terveydenhuollossa	31
3.3	Lääkärien ja hoitohenkilökunnan välinen arvostus- ja valtasuhde	33
3.3.1	Lääkärien näkökulma	34
3.3.2	Hoitohenkilökunnan näkökulma	36
3.4	Arvostuksen, auktoriteetin ja vallan muutos	39
4	Menetelmät ja aineisto	42
4.1	Tutkimusaineiston keruu	42
4.2	Tutkimusaineiston analysointi	45
5	Aineiston analyysi	51
5.1	Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset roolien muutoksista	51
5.2	Lääkärien ja hoitohenkilökunnan näkemykset arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksesta	60

6	Johtopäätökset ja pohdinta	68
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta	68
6.2	Tutkimuksen rajoitteet	73
6.3	Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	73
	Lähteet	75
	Liitteet	84
	Liite 1. Haastattelurunko	84

## Kuviot

<b>Kuvio 1.</b> Potilastietojärjestelmän ja sähköisten palveluiden tuomat hyödyt.	15
<b>Kuvio 2.</b> Arvostuksen, auktoriteetin ja vallan yhteys toisiinsa.	25
<b>Kuvio 3.</b> Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.	46
<b>Kuvio 4.</b> Työtehtävien siirtyminen lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja sihteereiden kesken.	55

## Taulukot

<b>Taulukko 1.</b> Lääkärien ja hoitohenkilökunnan ala- ja yläluokat roolien muutoksista.	48
<b>Taulukko 2.</b> Lääkärien ja hoitohenkilökunnan ala- ja yläluokat arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	

# 1 Johdanto

## 1.1 Tutkimuksen tausta

Digitalisaatio on muuttanut ja tulee muuttamaan maailmaa, yhteiskuntaa ja kaikkia yhteiskunnan osa-alueita (Salminen ja muut, 2017, s. 140). Terveydenhuollon teknologiasta ja sen hyödyntämisestä on nykyään tullut väistämätöntä, ja terveydenhuollon voidaan sanoa olevan riippuvainen teknologiasta (Meskó ja muut, 2017, s. 1). Erityisesti Suomen julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät lisääntyvät jatkuvasti (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016, s. 4; Vehko ja muut, 2019, s. 187).

Terveydenhuollon digitalisaatio nähdään tärkeässä osassa, kun uudistetaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon digitalisaation odotetaan palvelevan niin yhteiskunnan ja kansalaisten tarpeita kustannustehokkaammin, laadukkaammin ja vaikuttavammin. Terveydenhuollon digitalisaatio tarjoaa kansalaisille ja yhteiskunnalle täysin uusia toimintatapoja, joiden avulla voidaan sujuvoittaa yhteiskunnan toimintaa ja löytää uusia innovatiivisia tapoja hoitaa omia terveysasioitamme ja integroida sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Vehko ja muut, 2019, s. 26, 181; European commission, 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016, s. 35). Nykyajan tietoyhteiskunnan valmius ja uudet teknologiset mahdollisuudet antavat meille paremmat mahdollisuudet saavuttaa sähköisten terveystalveluiden täydet hyödyt (Vehko ja muut, 2019, s. 26).

Sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät eivät kuitenkaan viittaa vain teknologiseen muuutokseen, vaan ne muokkaavat myös työn kulttuurista ja sosiaalista puolta, kuten terveydenhuollon ammattilaisten rooleja ja heidän suhdetta toisiinsa (Gyórfy ja muut, 2020). Digitaalinen muutos, sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät vaikuttavat terveydenhuollon ammattilaisten työtapoihin, muokaten myös työn sisältöä. Muutokset liittyvät organisaation prosesseihin, organisaatioon, uusiin palveluihin ja palveluntarjontaan. Lisäksi palvelut voivat muokata ammattilaisten välistä vuorovaikutusta, arvoketjuja ja vastuita uudelleenlaisiksi. Nämä muutokset puolestaan

vaikuttavat koko organisaation toimintaan (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016, s. 4; Markus, 1983, s. 431; Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 48; Saranto ja muut, 2020, s. 184). Vaikutukset näkyvät myös yhteiskunnassa, jossa työskentelytavat, sosiaaliset rakenteet ja päätöksentekotavat muuttuvat uudenlaisiksi (Saranto ja muut, 2020, s. 184).

Sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät toimivat vallan ohjausvälineinä, ja niillä on omalta osaltaan vaikutusta vallan siirtymiselle. On tutkittu, että terveydenhuoltoon kohdistuvat muutokset vaikuttavat samalla terveydenhuollon valtaan ja valtarakenteisiin (Palokangas, 2008, s. 72, 74–75). Sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät tuovat muutoksen vanhoihin toimintatapoihin, antaen toimintaan uusia mahdollisuuksia. Sähköisten terveyspalveluiden ja tietojärjestelmien nähdään kuitenkin heijastavan aina jotenkin kehittäjiensä näkemyksiä. Uudet toimintatavat ja sähköiset järjestelmät haastavat esimerkiksi vallan uudelleenjaon, jossa perinteisesti nähdään lääkärin kontrolloivan arkipäiväistä toimintaa. Näiden palveluiden avulla voidaan jopa saada aikaan ristiriitoja ja polarisoida yhteisöjä. On kuitenkin huomattava, että vallanvaihto ja arvostukset muuttuvat organisaatioissa vähitellen eivätkä yhdessä yössä (Jalonen ja muut, 2020, s. 20–21; Lapointe & Rivard, 2005, s. 474; Laukkarinen, 2014, s. 71).

## **1.2 Tutkimuskohde ja tutkimuskysymykset**

Tämä pro gradu -tutkielma tutkii sähköisten terveyspalveluiden ja tietojärjestelmien aikaansaamia roolimutoksia ja arvostus-, auktoriteetti- ja valtamutoksia terveydenhuollon ammattiroolien välillä. Terveydenhuollon ammattilaisilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa terveydenhuollon hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä. Hoitohenkilökuntaan kuuluu niin sairaanhoitajia, lähihoitajia kuin myös terveydenhoitajia. Terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa monissa eri työtehtävissä.

Kiinnostus tutkielman aiheeseen liittyy omaan kiinnostukseeni sähköisiä terveyspalveluja kohtaan. Sähköiset terveyspalvelut ovat vielä laajasti kehitysvaiheessa, joka tekee niistä erityisen mielenkiintoisen kohteen tutkia. Sähköiset terveyspalvelut lisääntyvät terveydenhuollossamme joka vuosi vain enemmän, ja sen takia niiden vaikutuksia esimerkiksi työhön, toimintatapoihin, organisaatioon, yhteiskuntaan, ammattilaisiin ja asiakkaisiin on tutkittava. Tässä tutkielmassa käsitteitä digitaalisuus ja sähköisyys käytetään toistensa synonyymeinä rinnakkain.

Terveydenhuollon teknologioiden jatkuva seuranta on tuonut esille monia tärkeitä näkökulmia Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatiosta. Tällä hetkellä ei ole tutkimusta siitä, miten sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät vaikuttavat terveydenhuollon ammattilaisten välisiin rooleihin, arvostuksiin, auktoriteettiin ja valtaan. Erityisesti ammattilaisten keskinäinen arvostus on toimivan organisaation peruspilari. Ilman henkilöstön keskinäistä arvostusta ja luottamusta organisaation toiminta ei voi olla sujuvaa, ja toimintaa hidastaa henkilöstön väliset ristiriidat. Tärkeää onkin nähdä, miten sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät uudelleenmuokkaavat terveydenhuollossa arvostusta, auktoriteettia ja valtaa.

Tämä pro gradu -tutkielma tehdään yhteistyönä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen DigiiN-tiimin kanssa. DigiiN (Palvelukulttuuria uudistamalla kaikki mukaan digitaaliseen yhteiskuntaan) on Suomen Strategisen tutkimuksen neuvoston ja Suomen akatemian rahoittama Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Aalto yliopiston, Helsingin yliopiston, Jyväskylän yliopiston, Laurea Ammattikorkeakoulun ja ikäinstituutin yhteistyöhanke, joka edistää sähköisten terveyspalveluiden kehitystä, ja etsii ratkaisuja siihen, ettei kukaan jäisi ulkopuolelle sähköisten terveyspalveluiden lisääntyessä.

Tutkimuskysymyksiksi ovat muotoutuneet:

1. Miten sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät muokkaavat rooleja terveydenhuollon ammattilaisten kesken?

2. Miten roolimuuotos vaikuttaa terveydenhuollon rooleihin liittyvään keskinäiseen arvostukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteisiin?

Tutkielma rakentuu kuudesta pääluvusta. Ensimmäisessä pääluvussa tarkastellaan tutkimuksen taustaa ja tutkimuskysymyksiä. Toisessa ja kolmannessa pääluvussa keskitytään tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen eli terveydenhuollon sähköistymiseen, terveydenhuollon ammattilaisten roolijakoon ja terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisiin arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhteisiin. Teoreettisen viitekehyksen jälkeen neljännessä pääluvussa käydään läpi tutkimuksen aineistonkeruuta ja tutkimusmenetelmiä, viidennessä pääluvussa esitellään tutkimuksen aineistosta esille nousseita tuloksia, ja viimeisessä eli kuudennessa pääluvussa käydään läpi tutkimuksen johtopäätöksiä, pohdintaa, rajoitteita ja jatkotutkimusideoita.

## **2 Terveydenhuollon ammattilaiset sähköisessä toimintaympäristössä**

### **2.1 Sähköinen toimintaympäristö**

Digitalisaatio muuttaa jatkuvasti koko yhteiskunnan rakenteita jokaisella yhteiskunnan osa-alueella. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluiden toteutuksessa tullaan laajasti käyttämään ja hyödyntämään digitaalisia ratkaisuja ja toimintoja (Salminen ja muut, 2017, s. 140). Sähköisillä terveyspalveluilla tarkoitetaan tieto- ja viestintäteknologian hyödyntämistä sosiaali- ja terveydenhuollon eri tuotteissa, palveluissa ja prosesseissa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 13; Saranto ja muut, 2020, s. 198). Näin sähköiset terveyspalvelut tuovat yhteen niin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatiot, ja mahdollistaa niiden välisen vuorovaikutuksen, tiedottamisen ja tiedonsiirron (Vanhustyön keskusliitto & Leikas, 2014, s. 209 ; Saranto ja muut, 2020, s. 198).

Terveydenhuollon digitalisaatioon liittyy myös vahvasti terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiomuutos ja uusi osaaminen ammattilaisten sekä asiakkaiden keskuudessa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 13). Digitalisaatio muokkaa laajamittaisesti niin työtä, vuorovaikutusta kuin ammattilaisten ja asiakkaiden tiedonvaihtoa (Salminen ja muut, 2017, s. 140). Suomen työ- ja elinkeinoministeriö (2014) määrittää, että terveysteknologialla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon käytössä olevia laitteita, tietojärjestelmiä, ohjelmistoja ja tarvikkeita, joilla avustetaan sairaanhoidon diagnostiikkaa, ennaltaehkäistään sairauksia ja monitoroidaan toimintaa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 16). Euroopan komissio (2014) on määritellyt sähköiset terveydenhuoltopalvelut (e-health) terveydenhuollon käytössä oleviin sähköisiin välineisiin ja palveluihin, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintäteknologiaa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 14-15). Esimerkiksi tällä hetkellä käytössä olevia sähköisiä terveydenhuollon palveluja ovat sähköinen neuvontapalvelu, sähköinen resepti, itsearviointipalvelut, ajanvaraukset ja

etävastaanotot, Kanta, Omaolo ja Terveyskylä. Erityisen tärkeänä on nähty mahdollisuutta tutustua omiin terveystietoihin sekä luotettavaan terveystietoon (Hyppönen & Ilmarinen, 2016).

Ensimmäiset julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot liittyivät kansalliseen Kanta -palveluun vuonna 2013. Vuoteen 2015 mennessä kaikki Suomen julkiset terveydenhuollon tarjoajat olivat liittyneet Kanta-palveluverkoston, ja nykyään laki määrää, että julkisia terveydenhuoltopalveluja tarjoavien organisaatioiden on kuuluttava Kantaan. Kanta-palveluiden käyttöönotto on ollut todella systemaattista, ja sen käytön hyödyt ovat jo nyt esillä. Suomessa Kanta-palveluiden käyttö lisääntyy jatkuvasti, vaikka kansainvälisesti tämän tyyppinen asiointiportaali on vielä harvinainen, sillä Kanta-palvelut huomioivat ammattilaisten, viranomaisten ja kansalaisten tietotarpeet (Vehko ja muut, 2019, s. 34, 184; Saranto ja muut, 2020, s. 199). Sähköinen potilaskertomus puolestaan on ollut käytössä Suomen julkisessa terveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa jo vuodesta 2007 (Saranto ja muut, 2020, s. 193).

Sähköiset terveystalot muokkaavat niin asiakkaiden ja palvelujen tarjoajien vuorovaikutusta, hoitolaitosten, sairaaloiden, potilaiden ja ammattilaisten välistä tiedonsiirtoa ja potilaiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten välistä vertaistiedottamista (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 13–15). Näiden tietoverkkojen ohella on käytössä myös monenlaisia eri sovelluksia, jotka käsittävät niin etälääketieteen palvelut, sähköiset potilastietojärjestelmät ja kannettavat potilaiden seurantalaitteet (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 14–15). Erilaiset tiedon kokoamiseen ja käsittelyyn liittyvät pilvipalvelut ja muut etäluku- ja monitorointilaitteet ovat jo tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon arkipäivää, ja nämä laitteet tulevat jatkossa vain lisääntymään (Salminen ja muut, 2017, s. 147). Näiden erilaisten laitteiden ja julkisten sähköisten palveluiden tulee kuitenkin olla yksinkertaisia, toimivia ja turvallisia käyttää jokaiselle niitä tarvitsevalle (Valtiovarainministeriö, 2019).

Teknologian avulla saadaan tieto leviämään nopeasti ja löydetään monia aivan uudenlaisia ratkaisumalleja ja innovaatioita arjessa elämiseen (Sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 92). Pystymme paikantamaan ihmisiä ja esineitä, toimimaan monissa asioissa virtuaalisesti sekä tukemaan arkea teknologian avulla (Sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 92). Sähköinen asiointi ja sähköiset terveyspalvelut mahdollistavat myös asiakkaiden ja ammattilaisten vuorovaikutuksen ajasta ja paikasta riippumatta. Näin palvelua on mahdollista saada terveysasemien aukioloajoista ja etäisyydestä riippumatta (Kestilä ja muut, 2019, s. 225). Tämä helpottaa erityisesti liikuntarajoitteisten arkea, kun palveluja ei tarvitse lähteä hakemaan tietystä paikasta, vaan asioinnin voi hoitaa suoraan kotoa (Vanhustyön keskusliitto & Leikas, 2014, s. 146). Valtiovarainministeriö onkin ilmoittanut, että sähköisen asioinnin pitäisi olla kaikista helpoin ja nopein toimintatapa hoitaa omia terveys- ja viranomaisasioitaan (Valtiovarainministeriö, 2019).

Pohjola (2016) listaa tärkeimmiksi sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation hyödyiksi palveluiden tasalaatuisuuden paranemisen, palveluiden saatavuuden, saavutettavuuden sekä kustannustehokkuuden (Salminen ja muut, 2017, s. 141). Saranto ja muut (2020, s. 198, 200) puolestaan lisäävät kansalaisten terveyden lisääntymisen, terveyspalveluiden tehokkuuden ja tuottavuuden, palveluiden vaikuttavuuden, kansalaisten elämänlaadun paranemisen, ja terveyden taloudellisen ja sosiaalisen arvon. Riskiksi Salminen ja muut (2017, s. 140, 144) kuitenkin huomauttavat, jos uudenlaiset palvelut vain lisäävät epätasa-arvoa asiakkaiden välillä. Sähköisten terveyspalveluiden kehitys ei saa olla näin liian vauhdikasta. Sähköisten palveluiden avulla ja paremmalla saatavuudella ja saavutettavuudella pyritään myös siihen, että kansalaiset pystyisivät huolehtimaan omatoimisesti omasta terveydestään ammattilaisten tukemana.

Tieto- ja viestintäteknologian yleinen kehitys on lisännyt sähköisten palveluiden käytön osaamista, mutta samalla kasvattanut osaamisvaatimuksia niin henkilöstöllä kuin kansalaisilla (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 16). Tällä hetkellä sosiaali-

ja terveydenhuollon sähköisissä palveluissa ja tietojärjestelmissä on paljon puutteita ja kehittämisen varaa (Salminen ja muut, 2017, s. 145). Ammattilaisilta vaaditaan uudenlaisia toimintatapoja, ja näiden toimintatapojen muutos, leviäminen ja kehitys vaatii koko organisaation toiminnan ja rakenteiden muutosta sekä lainsäädännön kehittämistä digitaalisia palveluja tukevaksi (Salminen ja muut, 2017, s. 142). Teknologiaa on nimittäin mahdollista käyttää väärin ja tämä onkin syynä, miksi terveydenhuollon sähköisiä palveluja on otettava käyttöön harkitusti (Stødstad ja muut, 2016, s. 204). Uusien sähköisten palveluiden käyttöönottoon tarvitaan paljon voimavaroja ja aikaa (Saranto ja muut, 2020, s. 204).

Terveydenhuolto on yleisesti nähty olevan jäljessä tietotekniikan hyödyntämisessä (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 18). Suomen terveydenhuolto on jo kuitenkin laajasti digitalisoitunut ja kansainvälisesti Suomi nähdään edelläkävijänä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköistymisessä (Kestilä ja muut, 2019, s. 18; Vehko ja muut, 2019, s. 181). Vuonna 2017 sähköisiä terveydenhuollon palveluja ja asiointia oli käyttänyt yli 240 000 ihmistä ja sähköisiä käyntejä oli noin 560 000. Käyntimäärät olivat kasvaneet vuoteen 2016 verrattuna jopa 27%, ja käyntimäärien odotetaan tulevina vuosina vain lisääntyvän (Kestilä ja muut, 2019, s. 18). Vehkon ja muiden (2019, s. 35, 187) mukaan Terveyskylä.fi verkkosivuilla on ollut noin 400 000 käyntiä joka kuukausi siitä lähtien, kun verkkosivu avattiin.

## **2.2 Moniammatillisuus sähköisessä toimintaympäristössä**

Terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä voidaan osittain sanoa kompleksiseksi. Terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät moniammatillisissa tiimeissä ja yhteistyöhön voi sisältyä monia eri alojen ammattilaisia, lääkäreitä, hoitajia, sihteerejä, fysioterapeutteja, psykologeja, farmaseutteja ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. Jokaisella tiimin jäsenellä on uniikki rooli tässä järjestelmässä, ja jokaisen työtä ja osaamista tarvitaan toimivan terveydenhuollon takeeksi. Nämä ammattilaiset käyttävät työssään lukuisia eri sähköisiä terveyspalveluja, teknologioita ja

tietojärjestelmiä, jotka tuovat työnkuvaan vielä enemmän liikkuvia palasia (Martin ja muut, 2019, s. 339–340; Bosch & Mansell, 2015, s. 176; Pirnejad ja muut, 2008, s. 736; Matziou ja muut, 2014). Asiakkaan hoito, asiakaslähtöisyys ja terveydenhuollon toiminnot kuitenkin vaativat terveydenhuollon ammattilaisilta tiivistä yhteistyötä, osallistumista päätöksentekoon, roolien selkeyttä ja vastuuta (Pirnejad ja muut, 2008, s. 736; Sandström ja muut, 2018). Hoitohenkilökunta ja lääkärit luovat terveydenhuollon kaksi suurinta ammattiryhmää (Tan ja muut, 2017). Tehokkaan ja laadukkaan yhteistyön ja potilastyön takeeksi on tärkeää jakaa osaamista, auttaa muita, jakaa informaatiota, yhdistää informaatiota ja työskennellä yhtenäisesti, vaikka oltaisiinkin eri paikoissa. Ilman tehokasta yhteistyötä terveydenhuollosta tulee sekava ja tehoton (Vos ja muut, 2020; Svensson, 2019). Selkeät tavoitteet ja säännöt, ammattilaisten välinen luottamus ja arvostus, selkeät organisaatorakenteet ja tuki auttavat ammattilaisten välisessä yhteistyössä (Vos ja muut, 2020, s. 2).

Terveydenhuollon tietojärjestelmien käyttöönotolle on olemassa monia syitä. Niiden tarkoituksena on ensisijaisesti tarjota terveydenhuollon moniammatillisille tiimeille tukea työhön ja yhteistyöhön. Niitä kuitenkin käytetään eri terveydenhuollon organisaatioissa eri tavoin, ja niiden menestys vaihtelee organisaatiosta riippuen. Terveydenhuollossa toimii monenlaisia yksiköitä ja tiimejä, joiden työtavat, työkalut ja odotukset tietojärjestelmiltä vaihtelevat. Jokaisella yksiköllä on omat tapansa käyttää tietojärjestelmiä ja terveystalv palveluja (Vos ja muut, 2020; Nguyen ja muut, 2014, s. 792; Kyytsönen ja muut, 2020 s. 254; Svensson, 2019, s. 7). Pitää kuitenkin huomioida, että vaikka eri terveydenhuollon yksiköt käyttävät tietojärjestelmiä eri tavoin ja niiden tarkoitus on tukea yhteistyötä, niin tietojärjestelmiä ei ole suunniteltu muokkaamaan työnkuvaa tai työrutiineja (Svensson, 2019, s. 10). Yhteistyön tukemisen lisäksi tietojärjestelmien ja sähköisten palveluiden käyttöönotolle nähdään syiksi koordinaation parantuminen ja päätöksenteon jakaantuminen. Näiden tietojärjestelmien ja palveluiden integrointi on kuitenkin tapahduttava tarkasti, jolloin niiden käyttömahdollisuudet ja tuki voidaan hyödyntää terveydenhuollossa (Vos ja muut, 2020; Svensson, 2019, s. 2–3).

### 2.2.1 Sähköiset järjestelmät yhteistyön edistäjinä

Vos ja muut (2020) osoittavat, että tietojärjestelmät voivat niin tukea kuin myös haitata terveydenhuollon yhteistyötä. Kuvioon 1. on jaettu potilastietojärjestelmän ja sähköisten palveluiden aikaansaamia hyötyjä ammattilaisen näkökulmasta, tiedon ja dokumentoinnin suhteen ja potilaan hoitoon liittyen. Sähköiset järjestelmät voivat auttaa ammattilaisia tukemaan yhteistyötä, jakamaan tietoa ammattilaisten välillä, selkeyttämään työtä, konsultoimaan helpommin, avustaa hoidon jatkuvuuden ja laadun seurannassa ja parantaa kommunikointia ammattilaisten välillä. Lisäksi ne voivat parantaa koordinoitua, dokumentoinnin yhtenäisyyttä, tiedon saatavuutta, tietojen oikea-aikaisuutta, dokumentoinnin laatua ja hyötyjä, potilaan seuranta ja työn organisointia. Niiden on myös havaittu tehostavan ja yhdenmukaistavan potilaan hoitoa ja päätöksentekoa, helpottavan tiedon käyttöä ja ammattilaisten sijaistamisessa, estävän lääkityksen virheitä ja estävän päällekkäisten tutkimuksien tekemistä (Pirnejad ja muut, 2008, s. 736, 743; Chao, 2016, s. 101, 108; Vos ja muut, 2020; Saranto ja muut, 2020, s. 219; Nguyen ja muut, 2014).

Ammattilainen	Tieto ja dokumentointi	Potilaan hoito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteistyön tukeminen</li> <li>• Kommunikointi</li> <li>• Konsultointi</li> <li>• Koordinointi</li> <li>• Työn selkeytyminen</li> <li>• Työn organisointi</li> <li>• Päätöksenteko</li> <li>• Sijaistaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakaminen</li> <li>• Oikea-aikaisuus</li> <li>• Saatavuus</li> <li>• Käytön helpottuminen</li> <li>• Yhtenäisyys</li> <li>• Laatu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jatkuvuus</li> <li>• Laadun seuranta</li> <li>• Potilaan seuranta</li> <li>• Yhdenmukaistaminen</li> <li>• Tehostuminen</li> <li>• Päällekkäisyys</li> <li>• Lääkintävirheet</li> </ul>

**Kuvio 1.** Potilastietojärjestelmän ja sähköisten palveluiden tuomat hyödyt.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS 3.0) kyselyssä erityisesti sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä tietojärjestelmien

kykyyn tukea tiedonkulkua ja yhteistyötä lääkärin ja hoitajien välillä oman organisaation sisällä (Kyytsönen ja muut, 2020, s. 250). Kanta-palveluiden nähdään tukevan tiedonkulkua, mutta palvelujen käyttöä tulisi silti edistää enemmän. Suomessa tietojärjestelmien nähdään tukevan pääsääntöisesti hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua oman organisaation sisällä hoitohenkilökunnan kesken kuin myös hoitohenkilökunnan ja lääkärin välisessä toiminnassa (Kyytsönen ja muut, 2020; Saranto ja muut, 2020).

### **2.2.2 Sähköiset järjestelmät yhteistyön haasteena**

Tietojärjestelmät siis tukevat pääsääntöisesti hyvin terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä, mutta niillä nähdään olevan myös negatiivisia vaikutuksia omaan työhön, tiedonkulkuun ja yhteistyöhön. Rashotte ja muut (2016) totesivat tutkimuksessaan, että tietojärjestelmät tukevat pääsääntöisesti yksittäisen ammattilaisen toimintaa, mutta eivät tiimiin toimintaa. Kyytsönen ja muut (2020) puolestaan havaitsivat, että STePS 3.0 kyseilyihin vastanneet ammattilaiset tunnistivat tietojärjestelmissä enemmän työtä hankaloittavia ominaisuuksia kuin toimivia ja auttavia ominaisuuksia. Esimerkiksi suurin osa hoitohenkilökunnasta ajatteli, että tiedot tietojärjestelmissä eivät ole kovin helposti tai loogisesti saatavilla. Tietojärjestelmien kehityssuunta nähtiin positiivisena, mutta ne eivät vielä kuitenkaan tue esimerkiksi sairaanhoitajien työtä kunnolla. Tietojärjestelmien nähtiin myös rajaavan yhteistyötä lääkärin kanssa, ja tuovan haasteita viestintään, tiedonvaihtoon ja koordinointiin (Vos ja muut, 2020; Svensson, 2019, s. 5; Pirnejad ja muut, 2008; Vehko ja muut, 2019, s. 185, 187).

Terveydenhuollon ammattilaiset kertoivat myös, että he toivoisivat tietojärjestelmien tukevan myös tiedonkulkua muiden organisaatioiden välillä, mutta kertoivat tämän olevan tällä hetkellä heikkoa. Tietojen saamiseen toisesta organisaatiosta koetaan kuluttavan paljon työaikaa (Svensson, 2019, s. 6; Saranto ja muut, 2020, s. 216, 223). Organisaation sisällä puolestaan tietojärjestelmät vähentävät tarvetta kasvokkaiselle viestinnälle, jonka nähdään säästävän ammattilaisten aikaa, mutta luovan hankaluuksia

yhteistyön ja luottamuksen luomiseen. Tietojärjestelmät luovat passiivisen ja yksisuuntaisen viestittelyn (Vos ja muut, 2020, s. 9; Tan ja muut, 2017). Tietojärjestelmän parissa käytetty aika nähtiin myös olevan pois kasvokkaisista keskusteluista muiden ammattilaisten ja potilaiden kanssa. Tämän nähtiin vaikuttavan negatiivisesti yhteistyöhön (Vos ja muut, 2020, s. 7–8; Nguyen ja muut, 2014).

Yhteistyötä hankaloittaviksi tekijöiksi mainittiin myös epäselvyydet tietojärjestelmien hyödyistä, erilaiset kirjaustyylit, tietojärjestelmien yhteensopimattomuus, erilainen näkemys tiedon tärkeydestä, suuri tiedonmäärä, tiedon saatavuus, tiedon laatu, salassapitosäädökset, olennaisen tiedon hahmottaminen ja työmäärän lisääntyminen (Vos ja muut, 2020; Nguyen ja muut, 2014, s. 792; Saranto ja muut, 2020, s. 219; Sandström ja muut, 2018; Vehko ja muut, 2019, s. 185, 187).

### **2.3 Terveydenhuollon ammattilaisten roolijako**

Tietotekniikka vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta uutta osaamista ja työtapojen omaksumista, mutta myös luottamusta omiin taitoihin ja osaamiseen. Ammattilaisten on jatkossa nähtävä digitaaliset terveydenhuoltopalvelut osana koko terveydenhuoltoa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 49). Erityisen tärkeää digitalisaation ja sähköistyvien terveystalveluiden muutoksessa on tukea ammattilaisten työtä ja arkea (Salminen ja muut, 2017, s. 149). Vuonna 2015 sairaanhoitajaliiton tekemän kyselyn mukaan suurin osa sairaanhoitajista suhtautuukin teknologiaan myönteisesti ja suurin osa haluaa myös olla mukana kehittämässä sähköisiä palveluja (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 64).

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat siirtyneet jo pikkuhiljaa paperien pyörittelystä älypuhelimiin, tabletteihin, ja muihin teknologioihin, jotka edesauttavat heitä työssään. Nykyään terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat käyttöoikeudet monenlaisiin erilaisiin järjestelmiin, joilla terveydenhuolto pidetään toimintakunnossa. Näihin kuuluvat muun muassa viestintään liittyvät valmiudet kuten äänipuhelut, videopuhelut,

toimiva sähköposti, elektroniset terveystiedot, sähköiset potilastietojärjestelmät, päätöksenteon tuki, viestintäjärjestelmät ja laboratoriotietojärjestelmät. Lisäksi tarvitaan tietokantoja, ohjeita, kirjallisuutta, klinisiä ohjelmistoja sekä diagnosoinnin apuvälineitä (Mosa ja muut, 2012).

Muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisessa toimintaympäristössä terveydenhuollon ammattilaisten tulee osata käyttää ja hyödyntää sähköisiä terveyspalveluja, tieto- ja viestintäteknologiaa osana asiakkaiden hoitoa. Heidän tulee osata käyttää erilaisia potilastietojärjestelmiä ja hoito- ja valvontalaitteita. Henkilö- ja potilastietoja käsitellessään terveydenhuollon ammattilaisen on lisäksi ymmärrettävä ja osattava toimia tietosuojan ja -turvallisuuden mukaisesti jokaisessa tilanteessa (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 21; STN Cope, 2017). Henkilökunnalla tulee olla tietotekniikan perustaidot, joiden avulla pystytään hyödyntämään esimerkiksi potilastietojärjestelmää, käyttöjärjestelmiä, tekstinkäsittelyä, tietojen oikeaoppista tallentamista, sähköpostin käyttöä ja tiedonhakua internetistä (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 49). Kujala ja Kaipio huomauttavat, että on osattava järjestää etävastaanottoja ja käyttää muitakin verkkoviestintään ja verkkovuorovaikutukseen liittyviä taitoja ja osaamista (Salminen ja muut, 2017, s. 144).

Ammattilaiset voivat myös tarvita osaamista keinoälyn ja erilaisten terveyssovellusten tuottaman tiedon tulkinta- ja soveltamistaitoja (STN Cope, 2017). Nykyiseen verrattuna, tulevaisuudessa terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olemaan käytössään enemmän reaaliaikaista ja laadukasta tietoa asiakkaista, heidän terveydestään ja hyvinvoinnista. Hoidon suunnittelu ja yksilöinti tulee näin parantumaan, kun tietoon perustuvaa hoitoa on helpompi lähteä suunnittelemaan asiakaslähtöisemmin. Sähköiset terveyspalvelut siis lisäävät osaamisvaatimuksia tulevaisuuden terveydenhuollolle ja osaaminen nähdään tärkeänä, sillä jokainen terveydenhuollon ammattilainen vastaa itsenäisesti asiakkaan tiedoista, ja lupautuu siihen, että asiakkaan tiedot ovat luottamuksellisesti turvassa, ja niitä käytetään asianmukaisesti ja laillisesti (STN cope, 2017; Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 144). Osaamisen puute yleensä johtaa laitteiden

käyttöongelmiin ja toimimattomuuteen, ja väärin käytettyinä laitteet voivat johtaa jopa vakaviin potilasturvallisuutta haittaaviin tilanteisiin (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 96).

### **2.3.1 Hoitohenkilökunta**

Hoitohenkilökunta tekee jatkuvasti töitä enemmän digitalisoituvassa toimintaympäristössä. Toimintatavat töissä muuttuvat jatkuvasti, kun käyttöön tulee uusia digitaalisia toimintoja, vanhoja työtapoja katoaa ja perinteinen työnkuva voi mahdollisesti muuttua suurestikin (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 9; Salminen ja muut, 2017, s. 144). Tietotekniikkaa hyödyntävä asiantuntijarooli vaatii sairaanhoitajalta luottamusta omiin taitoihinsa ja ammatilliseen pätevyyteen (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 49). Nykyään sairaanhoitajien odotetaan olevan strategisia suunnittelijoita, asiantuntijoita, riskienhallitsijoita ja laatuasiantuntijoita ja heidän odotetaan pystyvän ymmärtämään terveydenhuollon kompleksisuutta, klinisiä alueita ja niiden monimutkaisuutta (Sepasi ja muut, 2016 s. 10).

Hoitajien yhteiskunnallinen asema voidaan löytää monestakin eri paikasta kuten palvelemasta asiakkaista, mutta myös sosiaalisista ja poliittisilta alueilta (D'Antonio ja muut, 2010, s. 212). Hoitajien määrä terveydenhuollossa on todella suuri, joten voidaan ajatella, että hoitajilla on suuri rooli muuttaa ja vaikuttaa terveydenhuoltojärjestelmään ja päätöksentekoon, palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Todellisuudessa kansalliset ja kansainväliset tutkimukset kuitenkin kertovat, että hoitajien rooli liittyen omaan työympäristöönsä ja sen tärkeiden päätöksien tekemiseen on vähäinen (Sepasi ja muut, 2016, s. 14).

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu ja tulee edelleen jatkossa kuulumaan ihmisen kohtaaminen ja kuunteleminen (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 25). Aikaisemmin tämä kohtaaminen on tapahtunut yleisesti vastaanotolla tai puhelimitse, mutta nyt digitaalisuus ja virtuaaliset toiminnot ovat tuomassa tähän muutoksen.

Asiakkaan lisäksi täytyy miettiä myös hoitohenkilökunnan puolta asiaan, kokevatko he sähköiset terveystalvet ja niiden tuomat muutokset vaikuttaviksi ja heitä hyödyntäviksi (Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, 2016, s. 48–49). Ammatillaisen on myös nähtävä tuleva digitaalinen muutos nimittäin itseään hyödyntäväksi, sillä eihän kukaan halua tehdä muutosta turhaan tai huonompaan suuntaan (Salminen ja muut, 2017, s. 145). Vain harva (12-16%) STePS 3.0 kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista kuitenkin raportoi, että tietojärjestelmien myötä tehtävänjako olisi muuttunut ja työtehtäviä olisi siirtynyt muille henkilöille kuten terveydenhuollon ammattilaisille, potilaille tai omaisille (Saranto ja muut, 2020, s. 219).

### **2.3.2 Lääkärit**

Gyórfy ja muut (2020) kertovat, että lääkärit ovat sitä mieltä, että teknologia tulee olemaan yhä suuremmissa asemassa heidän työssään, ja sen käyttö tulee olemaan väistämätöntä. On mahdollista, että näin suuri teknologinen murros tuo mukanaan myös muita muutoksia muille terveydenhuollon alueille, ja heidän työlleen esimerkiksi työn eettisyydestä, tietojenkäsittelystä ja tietoturvasuudesta.

Lääkärin työhön kuitenkin kuuluu jatkuva oppiminen, ja siihen sisältyy uudenlainen teknologia niin virtuaalitodellisuudesta, telelääketieteeseen ja tekoälyyn. Näiden käyttöönotto vaatii lääkäriltä halua ja mahdollisuutta muuttaa omia toimintaprosessejaan, ja näin jokaisen lääkärin tulisi lähitulevaisuudessa osata hyödyntää uusia toimintoja (Gyórfy ja muut, 2020; Fimea, 2018). Lääkärin tulisi pystyä käsittelemään kompleksisia ongelmia, auttaa asiakkaita uusien palveluiden käytössä ja valinnassa, auttaa päätöksenteossa ja olla jatkuvassa vuorovaikutuksessa muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Gyórfyn mukaan lääkärit ajattelevat, että teknologia on uusi toivo, joka antaa mahdollisuuden lääkäreille keskittyä mielenkiintoisempiin ja jännittävimpiin asioihin ja tehostaa työtä, eikä kaikki aika kuluisi toistuviin ja aikaa vieviin töihin (Gyórfy ja muut, 2020; Goedert, 2014, s. 30).

Lääkäreiden mielipiteet sähköisistä terveystalvuluista kuitenkin vaihtelevat paljon (Goedert, 2014, s. 27). Yksityisellä puolella toimivat lääkärit ovat yleisesti ottaen tyytyväisempiä tietojärjestelmien helppouteen kuin lääkärit julkisella puolella (Vehko ja muut, 2019, s. 187). Suurin osa julkisella puolella työskentelevistä lääkäreistä oli sitä mieltä, että jopa rutiinitehtävät vaativat ylimääräisiä ja turhia vaiheita järjestelmissä (Vehko ja muut, 2019, s. 183).

Asiakkaiden uudenlainen lisääntyvä osallisuus, terveysteknologian lisääntyminen ja leviäminen ja digitaalinen lähestymistapa muuttavat lääkäriin roolia (Györfly ja muut, 2020). Lääkärit käyttävät paljon päivittäisessä arjessaan tietotekniikkaa ja sähköisiä terveystalvuluja (Goedert, 2014, s. 27). Tulevaisuudessa tulee olemaan vielä enemmän mahdollisuuksia kerätä tietoa asiakkaista erilaisten sensorien, mittareiden ja sovellusten avulla, joita esimerkiksi voidaan analysoida keinoälyn avulla (Akavalainen, 2018; Fimea, 2018).

Lääkäriin tulee jatkossa olla kokonaisuus, johon yhdistyy terveydenhuollon ammattilainen, IT-osaaja ja datatieteilijä. Lähitulevaisuudessa lääkärit tulevat todennäköisesti olemaan sähköisten terveystalvuluiden käytön ohjaajia ja ottamaan roolin kääntäjinä teknisen datan ja potilaan välille. Itse työnkuvaan on oletettu muutoksia, sillä digitaalisuus tuo kuvaan kokonaisvaltaisia muutoksia. Heidän odotetaan osaavan sähköisten terveystalvuluiden käyttöä ja auttavan ja opettavan potilaita näiden palveluiden käyttöönotossa. On myös osattava suodattaa ja etsiä yhä enemmän tietoa asiakkaille (Györfly ja muut, 2020; Fimea, 2018). Esimerkiksi lääkäriin etävastaanotolle hakeudutaan usein hakemaan digitaalisesti konsultaatiota, laboratoriokokeiden tuloksia voi kysyä verkon välityksellä, reseptejä voi uusida verkon välityksellä ja lääkehoitoja ja niiden vaikutuksia voidaan miettiä yhdessä lääkäriin kanssa (Akavalainen, 2018; Fimea, 2018). Eräs lääkäri kertoi jopa käyttävänsä robotiikkaa ja virtuaalitodellisuutta omassa työssään. Lääkäriin huomio kiinnittyy jatkossa siis enemmän tietokoneeseen ja teknologiaan. On osattava käyttää ja analysoida etäältä potilaiden live-aikaisia tietoja niin kännyköiden, tietokoneiden, tablettien ja bluetoothin kautta toimien sensorien

kautta. Näin lääkärit saavat kerättyä suuren tietomäärän, jonka avulla potilaista saadaan kerättyä enemmän tietoa, joiden avulla jokaiselle saadaan tehtyä tarkempi ja henkilökohtaisempi hoitosuunnitelma, jo ennen kuin potilas saapuu vastaanotolle (Győrffy ja muut, 2020).

Nykyään lääkäreillä on käytössään erilaisia alustoja ottaa yhteyttä potilaisiin, sekä saada ja seurata heidän terveystietojaan. Internet, älypuhelimet ja sähköiset terveyspalvelut ovat muuttaneet ja tehostaneet lääkärin ja potilaan suhdetta, kun potilaalla on nyt enemmän tietoa tarjolla, joka on osittain samaa kuin lääkärin käytössä oleva tieto. Lääkärin roolissa olennaista onkin tuoda esiin luotettavat lähteet, esitellä erilaisia mahdollisuuksia ja työkaluja. Lääkärin työssä tuleekin korostumaan enemmän taito suodattaa suuresta määrästä tietoa olennainen tieto ja keskittyä hankalampiin ongelmiin, kun asiakkaat voivat löytää itse vastaukset verkosta yksinkertaisiin kysymyksiin (Győrffy ja muut, 2020; Akavalainen, 2018). Lisäksi sähköiset terveyspalvelut ja terveystyökalut tekevät lääkärin ja potilaan välisen kommunikoinnin tehokkaammaksi ja intensiivisemmäksi sekä mahdollistavat lääkäri-potilassuhteeseen jatkumon, kun lääkäri voi itse olla ennakoivasti yhteydessä potilaisiin tarvittaessa (Győrffy ja muut, 2020; Akavalainen, 2018). Lääkärin onkin opittava uudenlaisia taitoja sähköisten terveyspalveluiden myötä, kuten ennakoivampi ja ennaltaehkäisevä lähestymistapa asiakkaisiin, joka edellyttää sosiaalisten taitojen kehitystä, älyä ja uusia viestintätaitoja (Győrffy ja muut, 2020).

Hoitosuhdetta ei kuitenkaan olla kokonaan suunniteltu tehtäväksi etänä tai sähköisten terveyspalveluiden avulla, vaan lääkärin työssä tulee myös pysymään potilaiden kohtaaminen kasvokkain. Etänä olevan lääkärin rooli muuttuu enemmän ohjaavaksi, neuvovaksi ja tukevaksi. Lisäksi jokaisen potilaan kohdalla lääkäri ei voi toimia samoin, vaan jokaisen potilaan kohdalla on arvioitava sähköisten terveyspalveluiden käytön mahdollisuus ja laajuus. Näin niistä saadaan suurin hyöty irti. Jos terveydenhuollon ammattilaiset kuten lääkärit käyttävät sähköisiä palveluja väärin tai ajattelematta, voidaan olla tilanteessa, jossa lääkärit etäännyvät potilaistaan, hoidon taso huononee

sekä lääkärin inhimillinen kosketus ja työn perusta katoaa (Gyórfy ja muut, 2020; Goedert, 2014, s. 28).

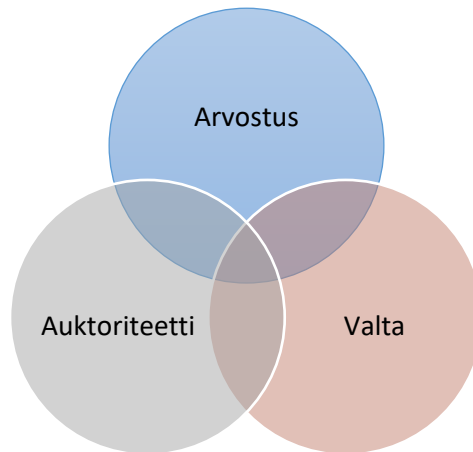
### **3 Arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhde näkökulmina terveydenhuollon ammattilaisten rooleihin**

#### **3.1 Käsitteistö**

Arvostus, auktoriteetti ja valta ovat kaikki suhteellisia, laajoja ja moniulotteisia käsitteitä, jotka riippuvat kaikki ihmisen henkilökohtaisesta näkemyksestä, tilanteesta, kulttuurista, historiasta ja työyhteisöstä. Näiden käsitteiden nähdään kuitenkin olevan yhteydessä ja vaikuttavan toisiinsa ja niitä kaikkia voidaan löytää ihmisten välisistä suhteista (Giorgini, 2017; Jalonen ja muut, 2020; Pfeffer, 1992, s. 33; Sepasi ja muut, 2016, s. 10).

Esimerkiksi muiden arvostaminen nähdään yhtenä ihmisten sosiaalisen toiminnan perusteista, ja tätä toimintaa voidaan lähteä tutkimaan vallan näkökulmasta. Arvokkaaksi tekemisessä on kyse ihmisten arvioinnista, vertailusta ja järjestykseen asettamisesta, jonka voidaan ajatella heijastavan valtasuhteita ja valtaa. Lopputulos tämän kaltaisessa järjestykseen asettamisessa harvemmin on neutraali (Jalonen ja muut, 2020, s. 18, 57). Hobbesin mukaan valta ja sen tunnustaminen yleisesti ottaen saa arvostusta ja valta pystyy myös tietyssä määrin muokkaamaan arvostusta (Giorgini, 2017, s. 110, 120). Darwall puolestaan on lisännyt, että on arvostuksen ja vallan suhteessa on myös huomioitava se, kuka arvostaa ja kuka on arvostettu. Hän myös puhuu arvostuksen ja auktoriteetin yhteydestä toisiinsa, ja siitä, kuinka arvostuksemme tunnustaminen riippuu suhteestamme auktoriteettiin (Giorgini, 2017, s. 120, 190).

Vallan ja auktoriteetin käsitteissä molemmissa nousee esille muihin ihmisiin vaikuttaminen. Kirjavaisen (1996, s. 97) ja Haugaardin (2018) mukaan vallan ja auktoriteetin käsitteet eivät tarkoita samaa asiaa, mutta ne voidaan rajapintaisesti nähdä käsittelevän samoja teemoja. Auktoriteetin nähdään olevan vahvasti valtaan liittyvä käsite, ja niitä yleisesti käsitellään yhdessä (Haugaard, 2018). Kuvio 2. kuvaa arvostuksen, auktoriteetin ja vallan yhteyttä toisiinsa, ja miten ne ovat vaikutuksissa toistensa kanssa.



**Kuvio 2.** Arvostuksen, auktoriteetin ja vallan yhteys toisiinsa.

Seuraavaksi käydään tarkemmin läpi näiden käsitteiden erilaisia tarkoituksia, sisältöjä ja vaikutuksia organisaatioihin ja ihmisten välisiin suhteisiin. Määritelmistä voidaan löytää lukuisia yhtenäisyyksiä, jotka yhdistävät näitä kolmea käsitettä.

### 3.1.1 Arvostus

Jokaisella henkilöllä näyttää olevan hieman erilainen näkemys arvostuksen yleisestä käsitteestä. Arvostus riippuu suuresti, siitä miltä tieteenalalta sitä tutkitaan, sillä jokainen tieteenala perustaa arvostuksen näkemyksen eri tavalla. Näin määritelmät voivat vaihdella suurestikin. Näin arvostuksesta ei ole määriteltynä mitään yhtä tiettyä määritelmää (Giorgini, 2017, s. 83).

Arvostaminen on kuitenkin yksi sosiaalisen elämän perustoista ja se usein mielletään positiiviseksi asiaksi (Giorgini, 2017, s. 133; Jalonen ja muut, 2020, s. 9, 57). Erityisesti digitalisaatio tarjoaa kaikille mahdollisuuden uudelleenlaisiin arvostavaan toimintaan ja eettisyyteen, mutta se voi myös mahdollistaa paljon pahaa (Jalonen ja muut, 2020, s. 428). Arvostus voi nousta tietystä henkilön piirteestä, jota yleensä arvostetaan. Näin arvostuksessa on siis kyse ihmisen subjektiivisesta käsityksestä ja arvioinnista, kun jokin

asia koetaan arvokkaaksi (Giorgini, 2017, s. 134; Jalonen ja muut, 2020, s. 22). Arvostus itsessään ei ole siis tietyssä henkilössä tai hänen asemastaan, vaan hänen tekemisessään eli siis arvostus ei synny pelkästä olemuksesta, vaan tekemisestä (Jalonen, 2020, s. 9, 18, 22). Esimerkiksi osoittamalla toiselle arvostusta ja kunnioitusta, voidaan lisätä henkilöiden työn arvostuskokemusta (Lappavirta, 2009, s. 46). Arvostaminen on kuitenkin tilannesidonnaista, ja riippuu aina kulttuurisesta ympäristöstä, normeista, historiasta ja työyhteisöstä. Kaikki nämä piirteet yhdessä määrittävät, mikä tietyssä työympäristössä määritellään arvokkaaksi ja mikä ei (Jalonen ja muut, 2020, s. 18, 22; Giorgini, 2017, s. 204).

Ihmiset lisäksi arvostavat eri asioita. Mikään ei automaattisesti ole arvokasta kaikille, vaan tietty asia tehdään arvokkaaksi tietyn henkilön mielessä. Jokaisella meistä on oma yksilöllinen ja ainutlaatuinen näkemys asioihin, ja harvemmin ihmisten maailmankuvat ja arvostukset kohtaavat täydellisesti (Jalonen ja muut, 2020, s. 10, 18; Aaltonen ja muut, 2003, s. 25, 35). Työelämässä ihmisten arvojärjestystä määrittävät henkilökohtaiset suhteet, traditiot ja niiden pysyvyys ja jatkuvuus sekä hierarkiat. Asiasta voi siis tulla arvokas, jos sille tunnustetaan jokin symbolinen asema työyhteisössä. Tässä tilanteessa toiminnan arvo ja arvostus riippuu muiden henkilöiden mielipiteistä. Arvostusta yleisesti ottaen halutaan paljon, mutta sitä ei ole tarjolla kaikille helposti, jonka takia sen eteen tarvitseekin tehdä töitä (Jalonen ja muut, 2020, s. 16, 62, 65).

Arvostuksen kokeminen riippuu meistä itsestämme, omista syistämme ja taustoistamme. Varhaisten vuosien arvopohjat antavat merkityksen ja suunnan koko elämän arvopohjalle. Ammatti, harrastukset, ja kaikki elämän yksityiskohdat näyttävät muokkaavan arvomaailmojamme vuosien varrella. Valitsemme esimerkiksi tietyn ammatin sen takia, että sen ammatin arvopohja vastaa omiemme kanssa. Ammatti saattaa tuoda meille kaipaamamme aseman ja arvostuksen, varallisuutta tai ammatti saattaa olla selkeästi kutsumus (Giorgini, 2017, s. 135; Aaltonen ja muut, 2003, s. 34). Toisen henkilön arviointi tällöin perustuu siihen, että henkilön luonne, käytös ja saavutukset istuvat hyvin huippuosaamisen tasoon. Stephen Hudson toteaa, että

henkilöllä A on siis oltava syy henkiön B arvostamiseen. Henkilö A pitää näitä syitä ainoina oikeina, jonka takia henkilö B ansaitsee henkilön A arvostuksen. Esimerkiksi oma asenne työkollegaa kohtaan voi olla positiivinen tai negatiivinen, riippuen siitä, miten hyvin tämä henkilö täyttää kriteerit liittyen esimerkiksi ansiotasoon, työetiikkaan, tuottavuuteen, yhteistyön piirteisiin tai vuorovaikutukseen. Henkilö voi esimerkiksi arvostaa hoitajaa tai lääkäriä hänen osaamisensa puolesta, mutta tällä hoitajalla tai lääkäriellä ei ole samaa velvollisuutta arvostaa takaisin samoista syistä, jos hänen arvostuksen käsitys ja syyt eroavat. Hän voi kuitenkin arvostaa tätä henkilö jostain toisesta syystä (Giorgini, 2017, s. 84, 189).

Vuorovaikutus puolestaan on yksi tärkeä elementti arvostuksen rakentumisessa. Siitä, miten puhumme toisille, ja miten esitämme asiamme, on huomattavissa oma arvostuksemme toista kohtaan, vaikka emme sitä suoraan toiselle henkilölle sanoisikaan. Ammattilaisten kesken käyty sisäpiirivuorovaikutus vahvistaa näitä vuorovaikutuksen tapoja, ja yhteisiä arvoja. Ajan kuluessa näistä yhteisistä arvoista alkaa muodostua ammattilaisten omia alakulttuureja, ja niiden pohjalta puolestaan tiettyjä stereotyyppioita eri ammattiryhmille. Digitalisaatio on muokannut vuorovaikutusta työelämässä, kun on siirrytty sähköisiin palveluihin ja tietojärjestelmiin, mutta vuorovaikutus on silti tärkeässä asemassa arvostuksen rakentumisessa (Jalonen ja muut, 2020, s. 428; Lappavirta, 2009, s. 46; Aaltonen ja muut, 2003, s. 34–35).

Samalla tavalla, kun ihmisiä voidaan arvostaa niin heitä kohtaan voi myös esiintyä epäarvostusta. Tätä asennetta voidaan osoittaa toista ihmistä kohtaan esimerkiksi paheksumalla henkilöä. Kun henkilö arvioidaan luotettavaksi, ja ansaitsee näin arvostusta, niin vastakohtana epäluotettava henkilö saa niskoilleen epäluottamusta ja epäarvostusta (Jalonen ja muut, 2020, s. 77; Aaltonen ja muut, 2003, s. 25). Työn arvostusta voidaan heikentää monella eri tavalla. Yhteistyökumppanit ja kollegat, jotka kuvaavat oman yksikön toimintaa vähäarvoisemmaksi koetaan työn arvostusta vähentäväksi ja omaa motivaatiota heikentäväksi. Motivaation heikentyminen ja koettu aliarvostus vähentää halua tehdä työtä, joka voi olla muutenkin hankalaa tai muuten ei

niin haluttua. Tällaisiin töihin voi olla vaikea löytää työntekijöitä (Lappavirta, 2009, s. 46–47).

### **3.1.2 Auktoriteetti- ja valtasuhde**

Lukes (1990) on määrittellyt, että jokaisen hyvän auktoriteettiteorian tulisi kuvata kahta henkilöä ja heidän välistä toimintaa. Muiden ihmisten olemassaolo ja jatkuvuus ovat siis elintärkeitä auktoriteetille, sillä auktoriteettia ei voida ylläpitää ilman muita ihmisiä (Haugaard, 2018; Weber ja muut, 1968, s. 264). On tärkeä ymmärtää, miksi tietty henkilö on auktoriteetti, tai miksi hän omaa auktoriteettia. Auktoriteettia tarvitaan, ja se nähdään jopa välttämättömänä kaikessa yhteistyön organisoinnissa ja johtamisessa (Haugaard, 2018; Weber ja muut, 1968, s. 215; Kirjavainen, 1996, s. 97). Pfefferin (1992, s. 35) mukaan myös valtaa on aina ihmisten välisissä suhteissa, ja ihmiset tiedostavat vallan olemassaolon. Hänen mukaansa ihmiset jopa myöntävät, että valta on välttämätöntä henkilökohtaisen menestymisen kannalta (Pfeffer, 1992, s. 33).

Voidaan sanoa, että henkilö on auktoriteetti, jos kyseinen henkilö on ekspertti jollakin tietyllä erityisalalla tai hän omaa niin hyvän osaamisen ja taidot, että hän omaa vaikutusvaltaa omalla erityisalueellaan. Tällä tavalla ajateltuna lääkäri on oman osaamisensa puolesta oman erityisalansa auktoriteetti, samoin kuin hoitajatkin oman alansa auktoriteetteja. Auktoriteetilla voidaan kuitenkin tarkoittaa myös sitä, että henkilö on asetettu auktoriteettiasemaan. Tähän asemaan voidaan nimittää tai asettaa, ja kyseinen asema tuo henkilölle oikeuden antaa ohjeita ja sääntöjä muille henkilöille (Kirjavainen, 1996, s. 98–99). Razin mukaan auktoriteetti on oikeutettua ainoastaan, jos siihen on tarpeeksi syitä. Hän toteaa, että taidot ja asiantuntijuus pelkästään eivät riitä takaamaan henkilön auktoriteettia, sillä neuvot voidaan tietyissä tilanteissa jättää huomioimatta. Auktoriteetti vaatiikin muilta myös siis sen, että kokee käskyn tai neuvon oikeana legitimisyyden kannalta (de Raeve, 2002, s. 354; Palokangas, 2008, s. 61).

May (1993, s. 224) perustelee, että lääkäriellä ja hoitajalla on välissään rationaalinen auktoriteettisuhde, sillä hoitajalla on velvollisuus suorittaa lääkärin määräykset. Hänellä on kuitenkin myös velvollisuus kyseenalaistaa ne. Max Weberin rationaalinen auktoriteetti (legal authority) juontaa juurensa yhteiskunnan ja johtajien sääntöihin ja lakeihin, jossa tottelevaisuus kuuluu auktoriteettiasemalle. Rationaalinen auktoriteetti asettaa henkilöt auktoriteettiasemaan, joka velvoittaa muita henkilöitä noudattamaan auktoriteettiasemassa olevan henkilön antamia sääntöjä ja ohjeita. Auktoriteetti korvaa itsenäisen päätöksenteon, koska auktoriteettiasemassa oleva henkilö on jo ohjannut muut henkilöt tekemään asiat tietyllä tavalla. Rationaalista toimivaltaa voidaan harjoittaa hyvin erilaisissa muodoissa ja se voi perustua esimerkiksi annettuihin sääntöihin, auktoriteettiaseman toimivalta-alueeseen, organisaation hierarkisuuteen tai organisaation toimintaa sääteleviin teknisiin sääntöihin ja normeihin. Rationaalisen auktoriteetin ulottuminen riippuu aseman toimivallasta, sen rajoista, ja siitä, että ketkä ihmiset kuuluvat tämän auktoriteetin alle (Weber ja muut, 1968, s. 216–219; May, 1993, s. 224). Joskus toisinaan on kuitenkin mahdollista, että vaikka henkilö omaisi auktoriteettiaseman organisaatiossa, niin hänen todellinen auktoriteettinsa on silti vähäinen (Kirjavainen, 1996, s. 99).

Vallan määritelmiä puolestaan on monia, ja sen määrittely riippuu esimerkiksi henkilön omasta kokemuksesta ja näkökulmasta. Yleisessä mielessä voidaan ajatella, että valta ja muiden hallinta nähdään mahdollisuutena vaikuttaa muiden henkilöiden käyttäytymiseen ja määrätä heille komentoja, joita noudatetaan (Weber, 1978, s. 942; Weber ja muut, 1968, s. 212; Palokangas, 2008, s. 60). Kuusela (2010, s. 187) kuitenkin on määrittellyt, että valta on paljon laajempi kokonaisuus, jota voidaan katsoa monesta eri näkökulmasta ja valtateoriasta riippuen. Valtaa hänen mukaansa voidaan katsoa yhteiskunnan rakenteina, asemana, tietona, valtana organisaatioissa ja johtamisessa, vuorovaikutuksessa, päätöksenteossa, tottelemisena, seuraamisena ja positiointina.

Max Weberin ja Marxin näkemysten mukaan valta on aina tietyllä henkilöllä, ryhmällä, tiimillä, osastolla, yksiköillä tai näihin rinnastettavilla kokonaisuuksilla. Kaikilla henkilöillä

ja ryhmillä voi olla mahdollisuus valtaan, mutta sitä on aina jollakin vähän enemmän kuin toisella (Gordon, 2007, s. 70–71). Foucault puolestaan hieman vastustaa Weberin näkemystä, siitä, että valta olisi aina jonkun hallussa. Foucaultin mukaan valtaa esiintyy organisaatioissa joka puolella. Omassa teoriassaan Foucault keskittyikin vallan ja tiedon väliseen suhteeseen sosiaalisessa kontekstissa. Foucaultin mukaan valtaa ei ole mahdollista käyttää ilman tietoa ja on mahdotonta, että tieto ei loisi valtaa. Tämä vallan ja tiedon välinen yhteys asettaa henkilöt aina valtasuhteiden verkostoon (Gordon, 2007, s. 85, 93). Anderson ja muut (2012) myös määrittivät yksilöllisen vallan tunteet sosiaalisen kontekstin kautta, ja he päätyivätkin siihen, että yksilöt voivat löytää niin sanotun oman tiensä ryhmässä vaikuttamalla muiden ryhmän jäsenten asenteisiin, uskomukseen ja käyttäytymiseen. Yksilöllinen vallan tunne ei ole vain kytköksissä sosiaalisen rakenteen kuten aseman tai statuksen kanssa, vaan vallan tunne liittyy myös persoonallisuuteen, kuten hallitsevuuteen.

Pfeffer (1981) puolestaan määritteli tärkeimmiksi valtaa määrittäviksi tekijöiksi muiden luottamuksen vallan käyttäjää kohtaan, kykyä selviytyä epävarmuudesta ja korvaamattomuudesta ja kykyä pystyä vaikuttaa päätöksentekoprosessiin (Markus, 1983, s. 442). Etiikan noudattamista ja tarkkailua kommunikaatiossa on myös pidetty tärkeänä osana menestyksekkäässä vallankäytössä. Tämän ajatuksen taustalla näkyy ajatus siitä, että henkilö, jolla on positiivisia moraalisia piirteitä, voidaan määritellä voimakkaaksi henkilöksi (Sepasi ja muut, 2016, s. 13–14). Todellinen voimakas henkilö Sepasin ja muiden (2016, s. 13–14) käsityksen mukaan siis on henkilö, joka on moraalinen ja pystyy kunnioittamaan kunnioituksen, turvallisuuden, ihmisarvon periaatteita ja pystyy niiden kautta vaikuttamaan muihin henkilöihin menestyksekkäästi muuttaen heidän asenteitaan ja käytöstä.

Valta nähdään myös henkilön sisäisenä tunteena (Sepasi ja muut, 2016, s. 14). Vallan tunteella on vaikutus henkilön motivaatioon ja työhenkeen, ja sen puuttuminen vaikuttaa terveyspalvelujen laatuun kokonaisvaltaisesti. Lisääntynyt motivaatio ja

työhenki parantaa palveluiden laatua ja molemminpuolista kommunikointia, kun taas olematon motivaatio laskee palveluiden laatua (Anderson ja muut, 2012).

### **3.2 Hierarkisuuden merkitys terveydenhuollossa**

On tärkeä ymmärtää, miksi tietyt henkilöt omaavat valtaa. Ilman ymmärrystä vallasta, sitä ei voida siirtää tai kehittää (Pfeffer, 1992, s. 46). Eräs tapa määritellä valtaa on hierarkkisen näkökulman kautta. Se on yksi keino jakaa valtaa muodollisesti eri henkilöille organisaatiossa, ja saada sen kautta asiat toimimaan niin kuin haluaa. Jokainen organisaatiossa työskentelevä on varmasti nähnyt ja kokenut hierarkkista päätäntävaltaa ja toimintaa. Ylemmällä valtasolla olevilla on oikeus toimia, resursoida ja määrätä, miten työt tehdään. Tämän kaltainen valta nähdään yleensä legitiiminä eli oikeutettuna, sillä sitä pidetään itsestäänselvyytenä tietyissä organisaatioissa. Valta määräytyy näin henkilön aseman mukaan (Pfeffer, 1992, s. 40). Valta, hierarkia ja auktoriteetin voima vaihtelevat myös paljon sen mukaan, minkälainen organisaatio on kyseessä (Laukkarinen, 2014, s. 159). Terveydenhuollon valtasuhteet eivät ole siis suoraan rinnastettavissa esimerkiksi teollisuuden organisaatioihin (Laukkarinen, 2014, s. 159).

Työnjaon ja työtehtävien avulla työyhteisöön voidaan luoda työyhteisösuhteita, jotka määrittävät työntekijän asemaa hierarkiassa. Mitä alempana työntekijän nähdään olevan työyhteisön hierarkiassa, niin usein hänen asemansa määritellään jo olemassa olevien ja muiden tekemien sosiaalisten rajojen mukaan. Myös puheessamme ja kielenkäytössämme on vivahteita, jotka tuovat esille hierarkkista asemaa työyhteisöissä (Eriksson-Piela, 2003, s. 181). Eräs tyypillisimpiä työpaikkakulttuurien hierarkioita jaoittelevana tekijänä nähdään koulutus ja sen pituus. Yleisesti ajatellaan, että pitemmän koulutuksen saanut ammattiryhmä siis arvosteittaisiin hierarkiassa enemmän. Toisena olennaisena tekijänä nähdään työkokemus, joka myös määrittää paikkaa yhteisön hierarkiassa (Eriksson-Piela, 2003, s. 123, 128).

Terveydenhuollossa ja sairaaloissa on nähtävänä hierarkkinen toimintaympäristö ja perinteisesti nähdään, että lääketieteelliset ammatit hallitsevat terveydenhuoltoa (Addicott & Ferlie, 2007, s. 402; Palokangas, 2008, s. 64). Lääkärien ja hoitajien välillä vallitsee selkeästi tehtävänjako ja hierarkia, joka perustuu ammattien tietoperustan eroihin. Niin kutsuttu ”the doctor-nurse game” vallitsee siis vielä nykypäivänäkin, vaikkakin pelin säännöt näyttäisivät vuosien aikana muuttuneen perinteisestä tarkoituksesta (Matziou ja muut, 2014, s. 532; Eriksson-Piela, 2003, s. 643). Vaikka vuosien aikana hoitohenkilökunta on pystynyt vahvistamaan omaa asemaansa terveydenhuollossa ja ammatit työskentelevät rinnakkain, niin nähdään silti, että lääkärikeskeinen malli on olemassa (Matziou ja muut, 2014, s. \*532; Eriksson-Piela, 2003, s. 43).

Nykyaikana nähdään kuitenkin muutamia ongelmakohtia hierarkkisen vallan käytössä. Se ei ensinnäkään sovellu enää nykymaailman organisaatioihin sellaisenaan. Elämme aikakautta, jossa henkilöt ovat koulutettuja, päätöksenteko on demokratisoitunut ja ammattilaisten osallistumista päätöksiin ja toimintaan korostetaan yhä enemmän. Näin hierarkkinen toimintatapa on saanut monet henkilöt epäilemään yksinkertaista ylhäältä alas tapahtuvaa hierarkkista toimintaa. Haasteelliseksi hierarkkisen vallan tekee se, että useiden ammattilaisen on tehtävä yhteistyötä tiimeissä ja ulkopuolisten henkilöiden kanssa saavuttaakseen työnsä tavoitteet. Kaikki henkilöt, joiden kanssa teemme yhteistyötä eivät todennäköisesti kuulu hierarkkiseen komentoketjuun, ja heitä ei voida vain käskää. Yhteistyö on kuitenkin erityisen tärkeää, sillä yhteistyöllä todennäköisesti päästään parhaimpaan lopputulokseen (Pfeffer, 1992, s. 41). Lisäksi jatkuvassa digitalisoituvassa ympäristössä ammattilaisten yhteistyö on väistämätöntä, kun potilaat eivät yksinkertaisesti enää halua olla riippuvaisia vain yhden ammattilaisen mielipiteestä, ja he voivat hankkia tietoa monesta eri paikasta. Sähköisten terveyspalveluiden käyttö edellyttää näin vahvaa terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä ja tiedonvaihtoa rikkoen perinteistä terveydenhuollon hierarkiaa (Meskó ja muut, 2017, s. 2–3, 5).

### 3.3 Lääkärien ja hoitohenkilökunnan välinen arvostus- ja valtasuhde

Monissa aiemmissa tutkimuksissa on todettu vuorovaikutuksen, kunnioituksen, luottamuksen, arvostuksen, muiden työtehtävien tiedostamisen, ja vallan vaikuttavan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden väliseen yhteistyöhön (Tang ja muut, 2013, s. 298, 301). Terveydenhuollon toimintakenttä muodostuu monista eri terveydenhuollon vaikuttajista ja tekijöistä, jotka tekevät yhteistyötä potilaan laadukkaan hoidon takaamiseksi. Joskus terveydenhuollon roolit saattavat olla päällekkäisiä, ja kysymykset omasta toiminta-alueesta, pätevydestä ja auktoriteetista saattavat synnyttää riitaa terveydenhuollon ammattilaisten välisissä suhteissa (May, 1993, s. 223).

Lääkärien ja hoitajien välinen laadukas yhteistyö ja kommunikointi luo ammattien välille arvostusta, mutta terveydenhuollossa ei aina koeta, että kaikilla olisi samanarvoinen asema tai yhtä paljon valtaa kuin muilla ammattilaisilla. Perinteisesti on ajateltu, että lääkärit hallitsevat terveydenhuollossa. Tähän on ajateltu vaikuttavan lääkärien autonomia, hallitseva rooli, tieto ja päätöksentekomahdollisuus. Poliittiset, taloudelliset, teknologiset ja sosiaaliset tekijät nähdään myös muokanneen lääkäreiden asemaa vuosien aikana (Kenny, 1992, s. 1–2; Matziou ja muut, 2014, s. 532).

Tiimityöskentelyssä täydellinen johtavan henkilön rooli ei kuitenkaan toimi, sillä jokainen ammattilainen tuo kokonaisuuteen oman osaamisensa. Vaikka tiimistä yksi henkilö toimisi enemmän johtajan roolissa, niin kaikkia tiimin rooleja tarvitaan, ja niitä tulisi myös arvostaa sen mukaisesti. Tiimityöskentelyn onkin todettu parantavan muiden terveydenhuollon ammattilaisten työn ymmärrystä ja ammattilaisten keskinäistä luottamusta ja arvostusta. Lisäksi pienemmissä yksiköissä toimivat hoitajat kertovat, että pienessä yksikössä on helpompi saada oma ääni ja mielipide kuuluviin, ja heidät otetaan paremmin mukaan päätöksentekoon (Bosch & Mansell, 2015, s. 176–177; Matziou ja muut, 2014, s. 532). Lääkärien konsultoivat käytännöt puolestaan vahvistavat lääkärien ja hoitajien välistä kumppanuutta. Lääkärien avoimuus ja kiinnostus hoitohenkilökunnan näkemyksiin ja rauhallinen ja kollegamainen asenne hoitajia kohtaan kannustavat

kumppanuudessa (Tan ja muut, 2017, s. 3984). Oman työn arvostusta nostaviksi tekijöiksi nähdään myös vanhemmilta kollegoilta saatu tuki, kunnioitus muita kohtaan, motivoituneet työntekijät, muiden auttaminen, yhdessä tekeminen, positiivinen palaute muilta ammattilaisilta, toisten töiden tuntemus ja puhetyyli. Puhetyyli paljastaa herkästi, mitä ja ketä arvostetaan, vaikka sitä ei suoraan ääneen sanottaisikaan (Lappavirta, 2009, s. 46).

Tang ja muut (2013, s. 301) ovat kuitenkin todenneet, että lääkärit ja hoitajat eivät ajattele yhteistyöstä samalla tavalla (Tang ja muut, 2013, s. 301). Ensimmäisen kerran termiä "the nurse-doctor game" on jo käytetty vuonna 1967. Termi viittaa hoitohenkilökunnan ja lääkärin välisiin kommunikointiongelmien ja tehottomuuteen. Tämän nähdään edelleen olevan haasteena osassa terveydenhuoltoa. Tanin ja muiden (2017) mukaan negatiiviset asenteet, epäluottamus ja epäkunnioitus näkyvät terveydenhuollon toimintaympäristössä vieläkin. Tehottoman lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteistyön on nähty aiheuttavan työtyytymättömyyttä työyhteisössä niin lääkärin kuin hoitajien keskuudessa. Ristiriidat ovat yleensä johtuneet toisten roolien ymmärtämättömyydestä ja toisten odotuksista, jos ammattihenkilöiden odotukset toisiltaan eivät kohtaa (Tang ja muut, 2013, s. 291; Matziou ja muut, 2014, s. 530; Tan ja muut, 2017). Asiat voidaan de Raeven (2002, s. 354) mukaan nähdä ammatin, taustakoulutuksen ja persoonan vuoksi eri tavoin.

### **3.3.1 Lääkärin näkökulma**

Palokangas (2008, s. 60, 73) on todennut, että eniten valtaa terveydenhuollossa on lääkäreillä. Lääkärin valta nähdään lääketieteellisenä valtana, kun hoitohenkilökunnan valta yhdistettiin enemmän ryhmävaltana. Lääkärin valta ja auktoriteetti yhdistettiin lääketieteelliseen koulutukseen, osaamiseen, asiantuntijuuteen, lääketieteelliseen erikoistietoon, vastuuseen, oikeuteen diagnoosien teossa ja päätöksentekoon. Tämä valta yleensä koetaan hallitsevana, dominointina, käskyttämisenä, rajoittamisena ja huomiotta jättämisenä (Palokangas, 2008, s. 63-64, 73; de Raeve, 2002, s. 356). Lääkärin

lääketieteellinen koulutus määrittää lääkärille tietynlaisen auktoriteetin, kun koulutus oikeuttaa lääkärin tekemään päätöksiä parhaimman hoidon takeeksi. Teknologian jatkuva lisääntyminen kuitenkin tuo uusia toimintoja, vaatimuksia ja vaikutuksia lääkärin työhön (May, 1993, s. 223).

Lääkärillä on koulutuksensa puolesta oikeus ja vastuu esimerkiksi määrätä potilaalle erilaisia hoitoja ja lääkkeitä. Tämän kaltainen auktoriteetti perustuu koulutukseen ja tietoon, ja lääkäri voi antaa määräyksen eteenpäin hoitajalle, joka hoitaa asian eteenpäin hoidettavaksi. Tavallisesti tässä tilanteessa lääkäri voi olettaa, että hoitaja antaa esimerkiksi määrätyn lääkkeen määrätystä ajassa ja oikeassa määrässä (de Raeve, 2002, s. 354). Tämä asetelma voi tuoda esille ajatuksen, että lääkäri nähdään terveydenhuollossa tiimin johtajana ja hoitohenkilökunta sen apukäsinä (Tang ja muut, 2013, s. 298). Perinteisen lääkäreiden hallitsevan käytöksen nähdään kuitenkin vaikuttavan negatiivisesti lääkäreiden ja hoitajien vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Lääkärit ja hoitajat kuitenkin kokevat vuorovaikutuksen ja yhteistyön eri tavoin (Matziou ja muut, 2014, s. 530). Matziou ja muut (2014, s. 532) myös toteavat, että yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen vaikuttaa lääkärin työkokemus. Lääkärit, joilla ei ole niin pitkää työkokemusta, kysyvät ja hyväksyvät herkemmin hoitajien näkemyksiä ja päätöksiä hoitoon liittyen.

Teknologian voidaan myös nähdä toimivan vallan symbolina. Teknologialla voidaan valvoa tai rajoittaa eri ammattilaisten toimintaa. Toisilla ammattilaisilla voi olla käyttöoikeuksia palveluihin ja järjestelmiin, mitä toisilla ei ole. Teknologia muodostaa sosiaalisille suhteille ja vuorovaikutukselle monimutkaisen ja muuttuvan verkoston ja ympäristön, jossa valta näyttäytyy (Palokangas, 2008, s. 62). Uhkakuvina voi olla myös oman aseman menetys ja organisaation resurssien hallinnan menetys (Markus, 1983). Lapointen ja Rivardin mukaan lääkärit kokivat vallan alenemista ja kontrollin heikentymistä uuden sähköisen tietojärjestelmän takia. Uusi järjestelmä uhkasi lääkäreiden ja hoitajien vallitsevaa tasapainoa ja lääkärit kokivat valtansa heikentyneen hoitajiin nähden (Lapointe & Rivard, 2005, s. 477, 474). Tietty sairaanhoitajat alkoivat esimerkiksi

kieltäytyä suorittamasta hoitoja ilman, että määräys oli laitettu sähköiseen tietojärjestelmään. Näin perinteinen tasapaino lääkärin ja hoitajien välillä horjui (Lapointe & Rivard, 2005, s. 479).

Lääkärin ja hoitajien välinen arvostus näkyi Lappavirran (2009) mukaan näiden ammattilaisten yhteistyössä. Kun hoitajien ja lääkärin välit ovat avoimet, niin se näkyy myös arvostuksen määrässä. Kun toinen osapuoli tunnetaan, niin on helpompi kertoa toiselle mitä asioista oikeasti ajatellaan. Lääkärin siis kokiessa, että hän tuntee hoitajan tavan toimia, kasvaa myös luottamus ja arvostus tätä tiettyä hoitajaa kohtaan. Erityisesti lääkärit kokivat Lappavirran mukaan arvostavansa hoitajien itsenäistä työnkuvaa ja hyvää ammattiosaamista. Lappavirran saamien vastauksien perusteella lääkärin arvostus hoitajia kohtaan nähdään korkeana. Hoitajat koetaan saman tiimin jäsenenä, jotka hoitavat oman alansa tehtäviä. He tuovat oman työpanoksensa tiimin toimintaan, ja työpanos koetaan tärkeänä. Hoitajien mielipidettä potilaiden hoidossa pidetään tärkeinä, ja lääkärit kokevat, että voivat kysyä hoitajilta neuvoja. Osa lääkäreistä näki hoitajat tasavertaisina ammattilaisina, jotka tekevät vain eri työtä (Lappavirta, 2009, s. 53–54).

### **3.3.2 Hoitohenkilökunnan näkökulma**

Sairaanhoitajat yleisesti ajattelevat, että suhtautuminen heidän ammattiinsa on positiivista ja heidän työtään arvostetaan yhteiskunnallisesti. Heidän työtään arvostaa niin oma lähipiiri, sukulaiset, potilaat, kuin myös potilaiden omaiset. Heidät koetaan ammattiryhmänä merkitykselliseksi ja tärkeäksi (Nyman & Perttu, 2010, s. 18). Sairaanhoitajien roolin nähdään vuosien aikana kasvaneen siitä, mitä se aikoinaan on ollut. Nykyisin sairaanhoitajan rooli nähdään terveydenhuollon kollegana eikä niinkään lääkärin apukäsinä (May, 1993, s. 223). Sairaanhoitajien mukaan heidän ammattiaan kuitenkin myös vähätellään. Tähän on nähty vaikuttavan vääränlaiset mielikuvat hoitohenkilökunnan työnkuvasta, ammatista ja palkasta. Usein myös hoitohenkilökuntaa aletaan vertaamaan lääkäreihin, joka koetaan hoitajien ammatin vähättelynä (Lappavirta,

2009, s. 20). Hoitohenkilökunta kuitenkin määrittää omaa sosiaalista asemaansa muihin hoitajiin ja lääkäreihin nähden. Ammattien välillä olevaa hierarkiaa painotetaan työn sisällön, työn ja koulutuksen mukaan. Tämän kaltainen hierarkkisuus kuitenkin näyttäytyy kaikille hieman eri tavoin (Eriksson-Piela, 2003, s. 119).

Matzioun ja muiden (2014, s. 528-530) mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta koki, että muut terveydenhuollon ammattilaiset arvostivat heidän työtään. Kuitenkin melkein puolet hoitajista uskoivat, että lääkärit eivät arvioineet heidän työtään oikeudenmukaisesti eivätkä lääkärit myöskään tehneet heidän kanssaan yhteistyötä esimerkiksi päätöksenteossa tai hyväksyneet heidän mielipiteitään. Lappavirran (2009) mukaan osa potilaista puolestaan arvosti vain lääkärin tekemää työtä hoitajan jäädessä sivuun. Tämä koettiin omaa työtä ja sen arvoa alentavaksi. Matziou ja muut (2014) ja Kenny (1992) kertoivat puolestaan hoitajan iän riippuvan yhteistyöhön ja arvostukseen lääkäreiden kanssa. Lääkärit eivät kohdelleet nuoria hoitajia tasa-arvoisina tiimin jäseninä toisin kuin pidemmän uran tehneitä hoitajia.

Oman työskentelyn arvostus riippuu hoitohenkilökunnan mukaan kuitenkin osastosta, jossa työskennellään. Toisella osastolla arvostus voi olla suurempaa kuin jollain muulla osastolla. Pienemmillä osastoilla yhteistyö ja arvostus näkyy paremmin. Samoin pienemmissä organisaatioissa, jossa on matala hierarkia, hoitohenkilökunnan arvostus ja valta näkyivät paremmin kuin suurissa organisaatioissa. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan aina koe itseään samanarvoiseksi terveydenhuollon ammattilaisten tiimissä, valta ammattien välillä ei jakaudu tasaisesti ja yhteistyö lääkäreiden kanssa ei aina suju toivotulla tavalla. Vallan epätasapainoon nähtiin syyksi koulutustaso, asema ja arvostus (Lappavirta, 2009, s. 22; Matziou ja muut, 2014, s. 530; Palokangas, 2008, s. 64; Tang ja muut, 2013, s. 229).

Valta puolestaan hoitotyössä ja hoitohenkilökunnan keskuudessa ei ole niin yksinkertaista. Valta on tärkeä elementti hoitohenkilökunnalle, mutta se nähdään tulkinnanvaraisena. Kirjallisuudessa valta hoitotyössä on monimutkainen ja laaja käsite,

ja se vaikuttaa niin työtehtäviin, niiden suorittamiseen, työtyytyväisyyteen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Valta käsitteenä hoitotyössä ei ole yhden määritelmän varassa, vaan sen käsite voi muokkautua henkilön, työtehtävien ja koulutuksen mukaan (Sepasi ja muut, 2016, s. 10). Lääkäreihin verrattuna hoitajat ovat voimakkaita ja valtaa omaavia eri paikoissa. Hoitajat ovat yhteydessä potilaiden kanssa, tarjoavat strategista ajattelua omasta ja potilaidensa hyvinvoinnista, ja he osallistuvat poliittiseen päätöksentekoon tuomalla esille omia näkemyksiään (D'Antonio ja muut, 2010, s. 212).

Hoitohenkilökunta nähdään valta-asetelmassa sekä vallan käyttäjinä ja vallan kohteina. Hoitajien valta nähdään ryhmävaltana, mutta kuitenkin alisteisena lääkärin valtaan nähden. Ryhmävalta perustui yhteistyöhön, verkostoitumiseen, tietoon, ryhmän päätöksentekovaltaan ja epävirallisiin valtasuhteisiin. Hoitajien valta voidaan liittää myös karismaattiseen ja poliittiseen valtaan, kuten verkostojen luomiseen ja neuvottelutaitoihin liittyen. Hoitohenkilökunnan välillä valta liitettiin myös oman ammatin arvostukseen ja ammatin imagon kohentamiseen (Palokangas, 2008, s. 60, 64, 73).

Valta antaa hoitajille mahdollisuuden soveltaa omia taitojaan ja tietoaan ja avaa mahdollisuuksia hallita omaa työtä ja uraa itsenäisesti, luoda selkeää asemaa työtiimissä ja päätöksenteossa (Sepasi ja muut, 2016, s. 10, 14). Sepasin ja muiden mukaan valta voi johtaa prosessien edistämiseen, ammatilliseen statuksen muokkautumiseen, etuoikeuksiin, ammatin kehityksen, työilmapiirin paranemiseen, asiakkaiden ja muiden henkilökunnan tyytyväisyyteen, komplikaatioiden vähenemiseen ja laadun parantumiseen (Sepasi ja muut, 2016, s. 11). Valtaa ei siis aina voida rinnastaa perinteiseen näkemykseen, että valta on voimaa tai väkivaltaa (Sepasi ja muut, 2016, s. 14). Monen hoitotyön ammattilaisen on kuitenkin haastavaa yhdistää hoitava ja valtaa käyttävä puoli omaan työrooliin (Laukkarinen, 2014, s. 161). Vallankäyttö voidaan nähdä epäeettisenä ja valtaa haluava hoitaja voidaan leimata ja hänen soveltuvuuttaan alalla voidaan kyseenalaistaa (Laukkarinen, 2014, s. 161).

Hoitotyön valtaa rajoittaa myös ajatus siitä, että suvaitsevaisuus, työn eettinen luonne, palvelujen tarjoaminen estävät vallan hakemista hoitotyössä (Sepasi ja muut, 2016, s. 12). Viestinnällä ja kommunikoinnilla on myös suuri vaikutus valtaan terveydenhuollossa ja hoitotyössä. Yksilölliseen ja ammatilliseen vallantunteeseen vaikuttaa eri tasoilla tapahtuva viestintä, suora yhteys organisaation vallan lähteeseen, ammatillinen kunnioitus ja arvostus, ristiriitaisten näkemysten puuttuminen ja työskentely yhdessä toisten kanssa (Sepasi ja muut, 2016, s. 13). Eräs Sepasin ja muiden haastatteluihin osallistunut hoitaja uskoikin, että hoitajan työn luonne ei tee työstä kovin voimakasta tai valtaa omaavaa organisaatioissa, vaan työn luonne ohjaa tekemään, mitä ylemmällä valtatason olivat henkilöt sanovat. Hän uskoi, että syynä voisi olla se, että hoitotyö on pitkälti palvelutyötä asiakkaille, ja palvelutyön luonne saa hoitajat tekemään tiettyjä pyydettyjä toimenpiteitä putkeen eri asiakkaille (Sepasi ja muut, 2016, s. 12).

De Raeve (2002, s. 356) puolestaan ajatteli, että hoitohenkilökunnan ajatukset ovat aina välillä ristiriidassa lääketieteellisen auktoriteetin kanssa, kun nämä kaksi ammattikuntaa ajattelevat tietyistä asioista aina hieman eri tavoin. Hoitajan odotetaan kuuntelevan ja noudattavan lääkärin antamia hoitosuunnitelmia ja määräyksiä, joten se luo epävarmuutta, jos ollaan eri mieltä lääkärin kanssa asiasta. Hoitajan koulutus eroaa paljon lääkärin koulutuksesta, mutta hoitajan koulutus antaa kuitenkin pohjaa sille, että ymmärretään ja osataan tarkistaa lääkärin antamia määräyksiä. Tällaisessa tilanteessa hoitajan ei odoteta noudattavan lääkärin auktoriteettia ja määräysvaltaa. (May, 1993; de Raeve, 2002)

### **3.4 Arvostuksen, auktoriteetin ja vallan muutos**

Palokangas (2008, s. 74–75) on tutkinut, että terveydenhuoltoon kohdistuvat muutokset näyttävät muuttavan terveydenhuollon valtaa ja valtarakenteita. Tiedyt asiat ovat melko pysyviä, mutta yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa vallitsevat valtarakenteet ja arvoperustat voivat vähitellen muokkautua uudennlaisiksi (Jalonen ja muut, 2020, s. 428; Laukkarinen, 2014, s. 71). Erityisesti arvostuksen rakentuminen ja arvomuutokset

tapahtuvat aina tietyssä ajassa, ja ne voivat kestää melko kauan. Emme voi yksinkertaisesti lahjoittaa, siirtää tai päättää antavamme arvostusta jollekin henkilölle ilman syytä (Jalonen ja muut, 2020, s. 16, 79; Aaltonen ja muut, 2003, s. 28).

Terveysthuollon monimutkaisessa maailmassa vallan ja vastuun puutteen vuoksi valta voi toisinaan siirtyä toiselle henkilölle (Palokangas, 2008, s. 74–75; Sepasi ja muut, 2016, s. 13–14). Erityisesti hierarkkiseen tehokkuuteen kuuluu se, että valtaa voidaan delegoida ja siirtää muille henkilöille, mikäli se tehostaa ja parantaa palveluja (Sepasi ja muut, 2016, s. 14). Vallan siirtyminen toiselle henkilölle voikin edesauttaa ja kehittää prosesseja, menettelyjä, toimintatapoja, käytäntöjä ja luoda lisää tyytyväisyyttä ja voi sujuvoittaa organisaation tehokkuutta. Terveysthuollon vallan delegoiminen muille henkilöille tai alemmalle hierarkkiselle tasolle perustuukin yksilöiden tietoon, taitoon, kokemukseen, kykyihin ja vallan siirtyminen voi näin parantaa koko organisaation suorituskykyä (Sepasi ja muut, 2016, s. 13–14). Uusilla sähköisillä palveluilla puolestaan muutetaan ammattilaisten toimintaa, rooleja ja vastuita uusiksi. Nämä muutokset voivat taas muokata koko organisaation toimintaa. Sähköiset terveysthuollot ja tietojärjestelmät voivat siis haastaa perinteisen vallanjaon, jossa lääkärit kontrolloivat toimintaa (Markus, 1983, s. 431; Lapointe & Rivard, 2005, s. 474).

Palokankaan (2008, s. 61–62) mukaan sosiaali- ja terveysthuollossa vallan perusteina esiintyy tieto, taito, resurssien hallinta, karisma, status, suhteet, verkostot, asema, asiantuntijuus, yhteistyö, kokemus, ammatin arvostus, vallan käyttö, mukaanotto päätöksentekoon, teknologia, säädökset, tavoitteiden yhdenmukaisuus, mahdollisuudet vallan käyttöön ja viralliset tehtävät. Teknologian osuutta terveysthuollon vallassa on tarkasteltu niin lääketieteellisenä ja ei-lääketieteellisen teknologian suhteen. Lääketieteellisen teknologian käyttö tarvitsee asiantuntijuutta, joten tämän avulla valtaa nähdään olevan mahdollista siirtää henkilöltä toiselle.

Yksilö tai ammattiryhmä voi saada enemmän valtaa organisaatiossa myös yksilön piirteiden, asiantuntijuuden ja karismaattisuuden avulla, mutta organisaation virallisessa

rakenteessa oleva asema tarjoaa yleensä kuitenkin paremman mahdollisuuden valtaan (Markus, 1983). Markuksen (1983, s. 442) mukaan tiedon sijainnilla ja asiantuntijuudella nähdään olevan vaikutusta vallan sijaintiin. Päivittämällä omaa tietämystä ja osaamista pystyy siis paremmin vaikuttamaan muihin henkilöihin. Valtaan vaikuttaa myös eri henkilöiden pääsy erilaisiin tietojärjestelmiin ja näkökulmat siitä, kuka tietojärjestelmiä kontrolloi, kenellä on päätävävalta tietojärjestelmissä, ja kenelle tietojärjestelmissä olevaa tietoa jaetaan. (Addicot & Ferlie, 2007, s. 396). Tiukka määrittely siinä, kenellä on pääsy mihinkin järjestelmään rajoittavat yhteistyötä, kun joissakin tapauksissa ainoa valtuutettu henkilö, jolla on pääsoikeudet tietoihin, on lääkäri (Vos ja muut, 2020, s. 8).

## 4 Menetelmät ja aineisto

Tässä luvussa esitellään tutkimuksessa käytettävät menetelmät ja aineisto. Tarkoituksena on kuvailla, miksi tässä tutkimuksessa on päädytty juuri kyseisiin aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiin.

### 4.1 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus perustuu ihmisten subjektiivisen kokemuksen ja näkemysten tarkasteluun. Ihmisten kokemusten tutkiminen ja kuvaaminen edellyttävät tutkittavien henkilöiden elämismaailmaan sisäänpääsyä, ja kokemusten tulkintaa samalla tavalla kuin tutkittavat henkilöt itse ne ymmärtävät. Monet tutkimuskohteet ovat luonteeltaan abstrakteja, ihmisten vuorovaikutuksessa syntyneitä ja tulkinallisia, ja näin niitä on mahdollista tutkia laadullisella tutkimuksella. Laadullinen tutkimus lisäksi antaa mahdollisuuden moniäänisyydelle, ja tärkeääkin siinä on kuunnella monia eri tahoja asian puitteissa. Ihmistutkimuksessa ei kuitenkaan ole mahdollista saavuttaa niin sanotusti lopullisia totuuksia, vaan ilmiöt ovat aina sidottu tiettyyn aikaan ja paikkaan, ja ne saattavat muuttua vuorovaikutuksen ja ajan myötä, jolloin niistä voi paljastua täysin uusia puolia ja uusia tulkintoja (Puusa ja muut, 2020, s. 147, 152, 180).

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Teemahaastatteluista käytetään myös kirjallisuudessa termiä puolistukturoitu haastattelu (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 47). Teemahaastattelussa keskitytään etukäteen valikoituihin haastatteluteemoihin, ja haastattelukysymykset on rakennettu teemoihin perustuen. Haastattelumenetelmänä teemahaastattelu on hyvin joustava ja vapaamuotoinen, eikä vaadi kysymysten läpikäyntiä tietyssä järjestyksessä tai muodossa, vaikka samat kysymykset esitetäänkin jokaiselle haastateltavalle. Tärkeintä teemahaastattelussa on, että haastateltava pystyy tuomaan esille aihepiiriin liittyvät tärkeät asiat vapaasti. Haastattelun avulla saadaan kerättyä tarkkaa aineistoa ihmisten asioille antamista merkityksistä, mielipiteistä, kokemuksista ja näkökulmista. Teemahaastattelulla voidaan siis tutkia kaikkia henkilön

kokemuksia, ajatuksia ja tunteita (Puusa ja muut, 2020, s. 291, 267–268; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 234; Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 34, 47–48). Teemahaastatteluissa etuna nähdään haastattelijan mahdollisuus toistaa kysymys uudelleen, oikaista väärinkäsityksiä, selventää kysymyksiä, esittää lisäkysymyksiä haastateltavan vastauksien perusteella, käydä keskustelua aiheesta ja pyytää perusteluja omille vastauksille (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 228, 234; Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 35).

Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Teemahaastattelut ovat mahdollisia suorittaa myös ryhmähaastatteluina, mutta tutkimuksen mielipiteitä jakavan ja herkän aiheen vuoksi tutkimus toteutettiin yksilöhaastatteluina. Mikäli tutkimus olisi toteutettu ryhmähaastatteluna, on mahdollista etteivät tietyt henkilöt uskalla tai kehtaa sanoa aiheeseen mitään muiden ihmisten läsnäolon vuoksi.

Ennen haastattelujen alkua on hyvä tarkistuttaa ja testata haastattelurungon toimivuus. Esihaastattelujen tarkoituksena on testata aihepiirien järjestystä, kysymysten muotoilua ja selvittää keskimääräinen ajallinen kesto ja toimivuus (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 72). Haastattelurunko testattiin yhdellä lähipiiriin kuuluvalla sairaanhoitajalla ennen haastattelujen alkua, ja ensimmäistä virallista haastattelua pidettiin myös testihaastatteluna. Lähipiiriin kuuluvan sairaanhoitajan vastauksia ei sisällytetty analyysiin. Molemmat antoivat mielipiteensä haastattelurunkoon liittyen, ja näiden pohjalta haastattelurunkoa pystyttiin vielä muokkaamaan.

Tutkimukseen haastateltavia lähdettiin etsimään kahdella eri tavalla. Tutkimuksen kohteena olevan organisaation sisäiseen tietoverkkoon kirjoitettiin julkinen haastattelukutsu kaikkien organisaation työntekijöiden nähtäville sekä ammattilaisille lähetettiin laajempi versio haastattelukutsusta sähköpostin välityksellä. Haastattelukutsussa ammattilaisille tiedotettiin, mitä haastattelut koskevat ja kenen toivotaan osallistuvan haastatteluihin. Haastattelukutsulla lähdettiin etsimään perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa työskenteleviä lääkäreitä, sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Oletuksena oli, että sähköisiä terveystalvija ja

tietojärjestelmiä käyttävät lähes kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, joten tätä ei erikseen mainittu haastattelukutsussa, vaikka tutkimuksessa oleellista on, että ammattilainen käyttää sähköisiä terveyspalveluja ja tietojärjestelmiä. Tutkimuksen tutkimuslupa hankittiin osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen DigiIN -hankkeen suurempaa tutkimuslupaa.

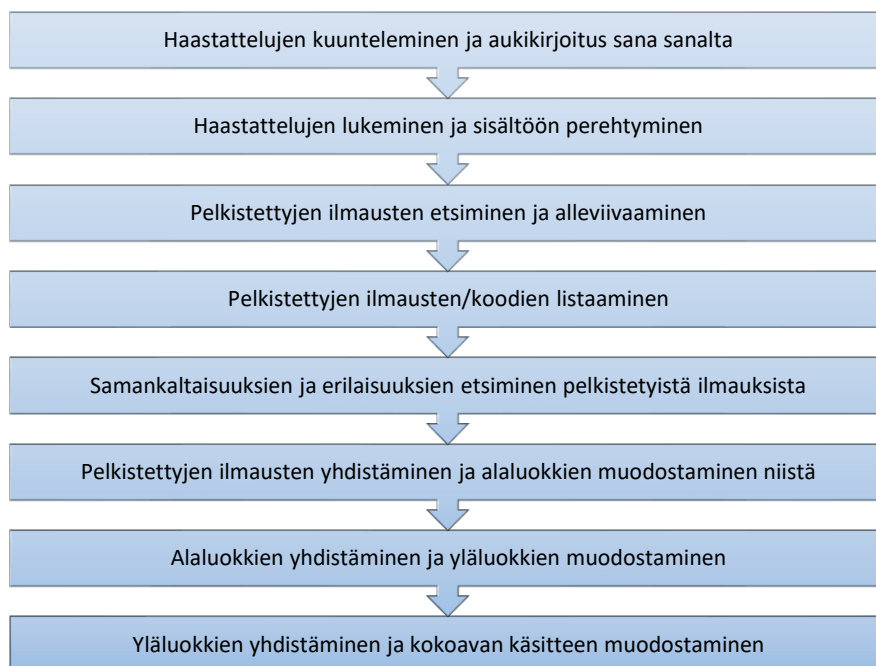
Tutkimukseen valikoituneiden ammattilaisten henkilötiedot pidetään salattuina koko tutkimuksen ajan tutkimuksen anonymiteetin vuoksi. Hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä haastateltiin yhteensä 15 henkilöä. Haastatteluihin osallistui 9 hoitotaustaisia ammattilaista, joiden ikä jakauma vaihteli 26–57 vuoden välillä, kokonaismääräinen työkokemus hoitoalalla vähän yli 2–30 vuoden välillä ja työskentelyaika nykyisessä organisaatiossa parista vuodesta pariin kymmeneen vuoteen. Hoitohenkilökuntaan kuului niin sairaanhoitaja-, lähihoitaja- ja terveydenhoitajataustaisia henkilöitä, jotka työskentelivät lukuisissa eri työtehtävissä eri puolilla perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Läkäreitä haastatteluihin osallistui 6, joiden ikäjakauma vaihteli 27–54 vuoden välillä, kokonaistyökokemus lääkärinä 1–24 välillä ja työskentelyaika nykyisessä organisaatiossa alle vuodesta pariin kymmeneen vuoteen. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitusten kesto vaihteli 32 minuttista 67 minuuttiin. Yleisimmin noin 45 minuuttia. Nauhoitusten ajalliseen määrään sisältyy kuitenkin myös tämän pro gradu -tutkielman teemojen yksi ulkopuolinen teema.

Ammattilaisilla oli sähköpostin ja puhelimen välityksellä mahdollisuus kysyä haastatteluun ja tutkimukseen liittyviä asioita. Haastattelut toteutettiin maaliskuuhun 2021 etäpalvelu Microsoft Teamsin kautta. Haastateltavat eivät saaneet haastattelukysymyksiä etukäteen luettaviksi, vaikka haastatteluissa ilmeni, että osa olisi halunnut enemmän aikaa miettiä vastauksia ja perehtyä joihinkin vaikeisiin kysymyksiin.

## 4.2 Tutkimusaineiston analysointi

Aineistoa lähdettiin analysoimaan teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla laaja aineisto saadaan järjestettyä tiiviiseen ja selkeään muotoon, jolloin sitä on helpompi tarkastella kokonaisuutena kadottamatta keskeistä tietosisältöä (Puusa ja muut, 2020, s. 329). Sisällönanalyysi on monivaiheinen, ja vaiheet usein ovat päällekkäisiä. Aineiston tulkintaa puolestaan tapahtuu koko analyysin edetessä, ja sisällönanalyysin mallia ei yleensä seurata kaavamaisesti (Puusa ja muut, 2020, s. 391).

Kuvio 3. kuvaa Tuomen ja Sarajärven (2018) määrittelemää aineistolähtöistä sisällönanalyysin etenemistä monivaiheisena prosessina. Aineiston analyysi aloitettiin perehtymällä ja lukemalla koko litteroitu aineisto läpi. Litterointi tarkoittaa haastattelunauhoitteiden aukikirjoitusta tekstiksi (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 138). Litteroitua tekstiä muodostui pro gradu -tutkielmaan liittyvistä teemoista yhteensä 87 sivua. Tähän sivumäärään ei ole kuitenkaan laskettu taustatietojen litterointeja, vaan pelkästään haastattelujen teemaosuudet. Perehtymisen jälkeen aukikirjoitetusta aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka olivat merkityksellisiä tutkimuskysymyksiin nähden. Alkuperäisilmaisut alleviivattiin, ja kaikkien alleviivauksien jälkeen aloitettiin ilmaisujen pelkistäminen. Pelkistämässä ilmaisu tiivistetään ja pilkotaan osiin, ja listataan allekain erilliseksi listaksi. Pelkistämävaiheessa on myös huomioitava, että yhdestä ilmaisusta voi muodostua myös useampi pelkistetty ilmaisu (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 330, 331). Ilmaisujen pelkistämisen jälkeen seuraa aineiston klusterointi eli pelkistysten ryhmittely. Listatut pelkistykset käydään siis tarkasti läpi, ja niistä etsitään ja yhdistetään samankaltaisuuksia/eroavaisuuksia. Näin saadaan selville ne piirteet, jotka ovat olleet yhteisiä useammalle haastateltavalle (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 336; Puusa ja muut, 2020, s. 403). Samanlaisista pelkistyksistä muodostetaan näin monia eri alaluokkia, jotka nimetään niiden sisältöä kuvaavasti. Tätä luokittelua jatketaan niin kauan, kunnes kaikki pelkistykset kuuluvat johonkin alaluokkaan. Alaluokkien muodostamisen jälkeen alaluokkia yhdistetään yhdistäviksi yläluokiksi, jotka myöskin nimetään alaluokkia yhdistävällä nimellä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 335–336; Puusa ja muut, 2020, s. 406).



**Kuvio 3.** Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi ja Sarajärvi, 2018).

Tutkielman kaksi eri tutkimuskysymystä analysoitiin omina analyyseinaan. Lisäksi molemmista analysoitiin erikseen lääkärit ja hoitohenkilökunta. Lääkärit ja hoitohenkilökunta analysoitiin omina ammattiryhminään vertailun vuoksi.

Terveydenhuollon ammattilaisten kertomista roolien muutoksista muodostui yhteensä 82 pelkistettyä ilmaisua, joista lääkäreiden kertomia muutoksia oli 35, ja hoitohenkilökunnan kertomia roolien muutoksia oli 47. Lääkäreistä muodostettiin 11 alaluokkaa, kun taas hoitohenkilökunnasta muodostettiin 10 alaluokkaa. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan alaluokat yhdistettiin yhteisiksi yläluokiksi, sillä alaluokat oli helposti yhdistettävissä yhteisiksi yläluokiksi. Analyysissä alaluokat on kuitenkin eroteltu eri väreillä, joten tiedetään kumpi ammattiryhmä on asian kertonut.

Taulukossa 1. sinisellä pohjalla olevat tekstit näyttävät hoitohenkilökunnan vastauksista muodostuneet alaluokat ja punaisella pohjalla olevat tekstit kertovat lääkäreiden alaluokat. Hoitohenkilökunnan alaluokiksi roolien muutoksista muodostui: Sähköiset järjestelmät eivät ole tuoneet varsinaista muutosta hoitajien rooleihin, nuorempien hoitajien

digirooli korostuu, kun vanhemmilla hoitajilla on käytössä heikkouksia, digiosaajan digityömäärä on suurempi kuin muiden, digiosaajan rooli ohjaajana ja neuvojana korostuu, myös muille ammattiryhmille, digistä kiinnostuneet pääsevät helpommin mukaan tekemään niihin liittyviä asioita ja näin osaamiserot kasvavat, sihteerien vastuu kasvanut ja saaneet enemmän työtehtäviä, hoitohenkilökunnalle siirtynyt työtehtäviä lääkäreiltä ja sihteereiltä, hoitajien vastualueet määräävät sähköisten palveluiden käyttöä, järjestelmän käyttöoikeudet muuttaneet hoitajien rooleja ja työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön/rooleihin.

Lääkäreillä alaluokiksi muodostuivat: Varsinaista roolin muutosta lääkäreillä ei ole tapahtunut, digiosaajan digityömäärä on suurempi kuin muiden, digiosaaminen jakaa työtehtäviä, digiosaajan rooli neuvojana korostuu, työtehtävien siirtyminen lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle, lääkäreillä sihteerien töiden lisääntyminen, sähköistymisen myötä tulee tehtyä joitakin työtehtäviä itse, jotka ei välttämättä kuulu lääkäreille, koska se on nopeampi tehdä, työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön, järjestelmän käyttöoikeudet vaikuttavat roolijakoon ja moniammatillisuuden lisäys.

Yhteisiksi yläluokiksi muodostettiin: Varsinaista roolin muutosta ammattiryhmillä ei ole tapahtunut, digiosaajan rooli työyhteisössä korostuu, sähköisyys vaikuttanut työtehtävien lisääntymiseen tai siirtymiseen ammattiryhmien kesken, järjestelmän käyttömahdollisuudet ja ympäristö vaikuttavat ammattiryhmien sisäisiin sekä ammattiryhmien välisiin rooleihin ja ammattiryhmien välinen yhteistyö helpottunut.

**Taulukko 1.** Lääkärien ja hoitohenkilökunnan ala- ja yläluokat roolien muutoksista.

Alaluokka	Yläluokka
Sähköiset järjestelmät eivät ole tuoneet varsinaista muutosta hoitajien rooleihin	Varsinaista roolin muutosta ammattiryhmillä ei ole tapahtunut
Varsinaista roolin muutosta lääkäreillä ei ole tapahtunut	
Nuorempien hoitajien digirooli korostuu, kun vanhemmilla hoitajilla on käytössä heikkouksia	Digiosaajan rooli työyhteisössä korostuu
Digiosaajan digityömäärä suurempi kuin muiden	
Digiosaajan rooli ohjaajana ja neuvojana korostuu, myös muille	
Digistä kiinnostuneet pääsevät helpommin tekemään niihin liittyviä asioita ja näin osaamiserot kasvavat	Digiosaajan rooli työyhteisössä korostuu
Digiosaajan digityömäärä suurempi kuin muiden	
Digiosaaminen jakaa työtehtäviä	
Digiosaajan rooli neuvojana korostuu	
Sihteerien vastuu kasvanut ja saaneet enemmän työtehtäviä	Sähköisyys vaikuttanut työtehtävien lisääntymiseen tai siirtymiseen ammattiryhmien kesken
Hoitohenkilökunnalle siirtynyt työtehtäviä lääkäreiltä ja sihteereiltä	
Työtehtävien siirtyminen lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle	
Lääkäreillä sihteerien töiden lisääntyminen	
Sähköistymisen myötä tulee tehtyä joitakin työtehtäviä itse jotka ei välttämättä kuulu lääkäreille, koska se on nopeampi tehdä itse	
Hoitajien vastualueet määräävät sähköisten palveluiden käyttöä	Järjestelmän käyttömahdollisuudet ja ympäristö vaikuttavat ammattiryhmien sisäisiin sekä ammattiryhmien välisiin rooleihin
Järjestelmän käyttöoikeudet muuttaneet hoitajien rooleja	
Työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön/rooleihin	
Työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön	
Järjestelmän käyttöoikeudet vaikuttavat roolijakoon	
Moniammatillisuuden lisääntyminen	Ammattiryhmien välinen yhteistyö helpottunut
hävinyt	
Hoitohenkilökunta	
Lääkärit	

Arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhteen tutkimuskysymyksestä muodostui yhteensä 59 pelkistettyä ilmaisua. Lääkärien kertomista arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista syntyi yhteensä 24 pelkistettyä ilmaisua, ja hoitohenkilökunnan kertomista arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista muodostui yhteensä 35 pelkistettyä ilmaisua. Lääkäreistä muodostettiin yhteensä 7 alaluokkaa ja hoitohenkilökunnasta 5 alaluokkaa. Tässäkin alaluokista muodostettiin yhteiset yläluokat, sillä ne käsittelivät samoja aihepiirejä.

Taulukossa 2. hoitohenkilökunnan vastauksista muodostuneet alaluokat ovat sinisellä pohjalla ja lääkäreiden alaluokat punaisella pohjalla. Hoitohenkilökunnan alaluokiksi arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista muodostui: Sähköisyys ei muokkaa ammattilaisten välistä arvostusta ja auktoriteetti- ja valtasuhdetta sen

suuremmin, digiosaavaa henkilöä arvostetaan työyhteisössä, sihteerien arvostus ja valta saattaa laskea, järjestelmien laajemmat käyttöoikeudet lisäävät lääkäreiden auktoriteettia ja heikommat käyttöoikeudet heikentävät hoitajien omaa arvostuskokemusta työstään ja ammattiryhmät ovat tasavertaistuneet.

Lääkäreiden arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksen alaluokiksi muodostui: Sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen arvostukseen, digiosaamisella saa arvostusta työyhteisössä ja digiosaaminen vaikuttaa myös itsearvostukseen, lääkäreiden vallan nähdään vähentyneen muihin ammattiryhmiin nähden, sähköisyys saattaa laskea sihteerien arvostusta ja valtaa, järjestelmän käyttöoikeudet muokkaavat valtaa ja arvostusta ammattilaisten kesken, ammattiryhmien nähdään tasavertaistuneen sähköisyyden myötä ja sähköisyys luo epätasa-arvoa tehtävien jaossa.

Yhteiseksi yläluokiksi muodostui: Sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen valtaan ja arvostukseen, sähköisten palveluiden osaaminen on lisännyt osaavan ammattilaisen arvostusta, sähköisyys vaikuttanut ammattiryhmien vallan ja arvostuksen vähenemiseen, järjestelmien käyttöoikeudet muokanneet valtasuhteita ja arvostusta ammattiryhmien välillä ja sähköisyys vaikuttanut ammattilaisten tasavertaisuuteen.

**Taulukko 2.** Lääkärien ja hoitohenkilökunnan ala- ja yläluokat arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista.

Alaluokat	Yläluokat
Sähköisyys ei muokkaa ammattilaisten välisiä arvostus ja auktoriteetti- valtasuhdetta sen suuremmin	Sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen valtaan ja arvostukseen
Sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen arvostukseen	
Digiosaavaa henkilöä arvostetaan työyhteisössä	Sähköisten palveluiden osaaminen lisännyt osaavan henkilön arvostusta
Digiosaamisella saa arvostusta työyhteisössä ja digiosaaminen vaikuttaa myös itsearvostukseen	
Lääkäreiden vallan nähdään vähentyneen muihin ammattiryhmiin nähden	Sähköisyys vaikuttanut ammattiryhmien vallan ja arvostuksen vähenemiseen
Sähköisyys saattaa laskea sihteereiden arvostusta ja valtaa	
Sihteerien arvostus ja valta saattaa laskea	
Järjestelmän käyttöoikeudet muokkaavat valtaa ja arvostusta ammattilaisten kesken	Järjestelmien käyttöoikeudet muokanneet valtasuhteita ja arvostusta ammattiryhmien välillä
Järjestelmien laajemmat käyttöoikeudet lisäävät lääkäreiden	
auktoriteettia ja heikommat käyttöoikeudet heikentävät hoitajien omaa arvostuskokemusta työstään	
Ammattiryhmät ovat tasavertaisuneet	
Ammattiryhmien nähdään tasavertaisuneen sähköisyyden myötä	Sähköisyys vaikuttanut ammattilaisten tasavertaisuuteen
Sähköisyys luo epätasa-arvoa tehtävien jaossa	
Hoitohenkilökunta alaluokat	
Lääkärit alaluokat	

## 5 Aineiston analyysi

### 5.1 Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset roolien muutoksista

*Varsinaista roolin muutosta ammattiryhmillä ei ole tapahtunut*

Lääkärien ja hoitohenkilökunnan vastauksista saatiin molemmista muodostettua alaluokat, joiden mukaan sähköiset järjestelmät eivät ole tuoneet varsinaista tai suurta muutosta hoitajien rooleihin tai lääkäreille. Haastatteluissa ammattilaisilta kysyttiin suoraan huomaavatko he, että sähköiset terveystalvet ja tietojärjestelmät olisivat muokanneet rooleja työyhteisössä suhteessa muihin ammattilaisiin, joko oman ammattiryhmän sisällä tai verratessa muihin ammattiryhmiin. Kysymys oli jokseenkin hankala, ja useat vastaajat olivat sitä mieltä aluksi, että perustehtäväkuva ei ole muuttunut. Haastattelujen myöhemmissä kysymyksissä kuitenkin ilmeni, että vaikka ammattilaiset eivät täysin koe, että heidän roolinsa olisivat jotenkin muuttuneet, niin piirteitä muutokseen kuitenkin löytyy. Muutokset siis olivat niin sanotusti tiedostamattomia ja niin pieniä, ettei niitä osata ajatella niin suurina muutoksina. Vaikka monet ajattelivat etteivät ne pääsääntöisesti muokkaa, niin vastaajat myönsivät, että joissakin kohdissa voi olla pientä muutosta.

*”No pääsääntöisesti kaikki tekee samoja tehtäviä, et meillä on merkitty työvuorolistaan, kuka milloinkin on vastuussa niistä asioista, sitten tietysti se, että kuka tykkää tehdä niitä ja kuka ei tykkää. Kuka tykkää, että on ihan mukavaa kirjoittaa vastaus vaikka, yrittää muotoilla sitä ja kaikki ei tykkää siitä. Mut ei, kaikki tekee periaatteessa samaa” (H9, hoitaja)*

*”Kyllähän niitä välillä on sillai ajoittain. Et joo, tää ei ehkä nyt kuulu mulle tai mun työnkuvaan, mutta ku se ei oo semmosta, et se on viikottaista tai kuukausittaista tai ees vuosittaista, niin en mä koe sitä ongelmana” (H11, hoitaja)*

Vastauksista kuitenkin voidaan todeta se, että yksikään vastaaja, lääkäri tai hoitaja ei ollut täysin varma siitä etteikö rooli olisi muuttunut, vaan useat vastasit ”varmaan” ja ”ehkä”. Tämä huomio korostaa sitä, että muutokset ovat niin pieniä ettei niitä osata

edes ajatella arkipäivissä tai ne muuttuvat niin huomaamattomasti. Molemmat ammattiryhmät kuitenkin huomauttivat vastauksissaan, että vaikka työn peruskuva ei ole muuttunut varsinaisesti, niin työssä tehtyjen klikkauksien määrä on vuosien aikana jatkuvassa kasvussa.

*”Varsinaista semmosta suurta roolin muutosta työssä ei mun mielestä tietokonejärjestelmän takia ehkä ole tullut.” (H6, lääkäri)*

#### *Digiosaajan rooli työyhteisössä korostuu*

Digiosaajan roolin korostuminen jakaantui aineistossa seitsemään eri alaluokkaan. Hoitohenkilökunnan vastauksista nousi esille nuorempien hoitajien digiroolin korostuminen, kun vanhemmilla hoitajilla on järjestelmien käytössä heikkouksia, digiosaajan työmäärä on suurempi kuin muiden, digiosaajan rooli ohjaajana ja neuvojana korostuu myös muille ammattiryhmille ja digistä kiinnostuneet pääsevät helpommin tekemään digiin liittyviä työtehtäviä ja näin osaamiserot kasvavat. Lääkärit ja hoitohenkilökunta olivat näistäkin asioissa samaa mieltä. Lääkärien vastauksista muodostettiin alaluokat: Digiosaajan digityömäärä on suurempi kuin muiden, digiosaaminen jakaa työtehtäviä ja digiosaajan rooli neuvojana korostuu. Digiosaajan rooli työyhteisöissä on siis suuri. Hän neuvoo, ohjaa, ottaa suuremman vastuun sähköisyyteen liittyen ja tekee enemmän tietojärjestelmiin liittyviä työtehtäviä. Aineiston perusteella voidaan melkein sanoa, että työtehtävät kasaantuvat hänelle.

Hoitajien vastauksissa korostui henkilön ikä. Vanhemmat hoitajat tukeutuvat hyvin paljon nuoriin kollegoihin palveluiden käytössä, koska nuorilla digiosaaminen on parempaa. Vanhemmilla hoitajilla sähköisten palveluiden sisäistäminen vie enemmän aikaa, ja tietyt vanhemmat hoitajat saattavat jopa jättää uuden järjestelmän opettelu kokonaan nuoremmille. Osaamisella nähtiin kuitenkin olevan myös yhteys omaan ammatti-identiteettiin ja sen kasvamiseen.

*”Toki on sitten näitä vanhempia hoitajia. Esimerkiksi se taksitilausjärjestelmä, kaikki ei oo ees viittiny opetella sitä, kun se on niin hankala. Kaikki hoitajat ei oo vielä kertaakaan käyttäny, kokevat sen niin hankalaks. Sit ne pyytää jonkun, joka sitä osaa kunnolla käyttää.” (H21, hoitaja)*

Eräs hoitaja kertoi, että tietojärjestelmien ja sähköisten palveluiden osaamisen kautta nuoremmat ja vasta alalle tulleet henkilöt saavat enemmän muutakin vastuuta työssään. Kyseinen hoitaja myös ajatteli, että digiosaajan työpanos voikin näyttäytyä paremmalta johdon silmissä.

*”Joo no, kaikkienhan periaatteessa pitää, samaa hallita ne kaikki. Ehkä sen näkee että nuoremmat ja vasta hiljattin alalle tulleet, niin hallitsee kaikki ne tietojärjestelmät paremmin, ja käyttää enempi aikaa siihen. Sitä kautta heille annetaan paljon sitä muutakin vastuuta enempi, ja heidän työpanos sitten näyttäytyy johtajien silmissä hienommalta, parempana” (H15, hoitaja)*

Lääkärit ja hoitohenkilökunta molemmat nostivat esille sen, että digiosaajan digityömäärä on suurempi kuin muiden ja digiosaajan rooli ohjaajana ja neuvojana muille henkilöille korostuu. Digiosaajan nähdään saavan tehtäväksi kaikki digiasiat, kun muut eivät välttämättä halua edes opetella uutta järjestelmää sen vuoksi, että työyhteisössä on henkilö, joka osaa ne tehdä. Näin niille, ketkä käyttävät jo valmiiksi paljon tietojärjestelmää on helppo antaa lisää tietojärjestelmään liittyviä tehtäviä. Toisten lääkäreiden heikompi osaaminen tai kiinnostus digiin nähdään myös aiheuttavan muille lisätöitä.

*”Että joo, että kun koneitten kanssa jo siellä ootte, niin kyl te hoidatte nämäkin, että... ehkä vähän tätäkin” (H10, hoitaja)*

*”Ehkä lääkäreidenkin kesken tämmöstä eroa, et jotenkin ei olla samalla viivalla. Tiedän, että jotkut lääkärit tekee juuri niin kuin pitää ja jotkut lääkärit ei tee niitä koskaan eikä osaa eikä halua” (H13, lääkäri)*

Työmäärän nähdään kasvavan digiosaajalla myös sen vuoksi, että osaaja joutuu ja pääsee olemaan neuvojana ja ohjaajana muille myös oman ammattiryhmän ulkopuolelle. Jos

työyhteisössä tiedetään, että toinen osaa enemmän, niin osaavilta tietenkin kysellään myös enemmän.

*”Et kyllä se usein käy niin, että ehkä se, että mä oon ensimmäisenä siinä niitä ottamassa haltuun ja sitten ohjeistan ja ohjaan muita tekemään sitten” (H11, hoitaja)*

*”Mutta kyllä se tietysti näin menee, että kun tiedät, et joku tietää tästä asiasta paremmin, niin sitten muut kysyvät häneltä sitten enemmän” (H6, lääkäri)*

Sähköistyminen jakaa työrooleja myös siten, että ne, jotka ovat kiinnostuneita uudesta ja uteliaita sähköisyydestä, pääsevät helpommin mukaan niihin liittyviin asioihin. Näin innostusta omaavat ammattilaiset ajautuvat tekemään enemmän digiin liittyviä tehtäviä, joka puolestaan lisää osaamisen epätasaista jakautumista.

*”Ehkä kuitenkin, siis esimerkiksi minä itse olen meillä sellainen, et musta on kivaa, kun tulee uutta. Ja nyt tää X-juttukin, niin mä vallan halusin tähän, et mua ei oo mitenkään määrätty tähän. Sain tulla.” (H9, hoitaja)*

*”Kyllä se menee sillä tavalla, että menee vähän sen mukaan, että mikä on kenenkin vähän innostuskin, mutta kyllähän se on semmonen, että aika helposti jostain syystä mä ajaudun sitten kaikkiin näihin tämmösiin näitä asioita tekemään juuri sen takia, että on osaamista” (H11, hoitaja)*

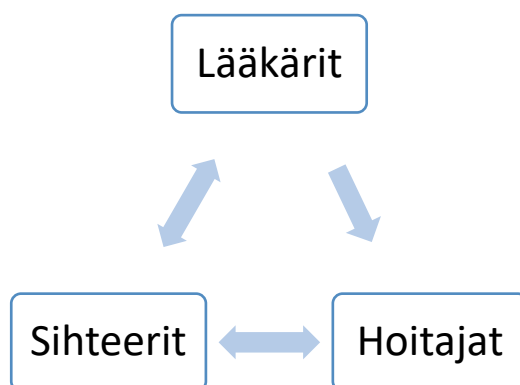
Lääkärit myös mainitsivat, että digiosaaminen jakaa työtehtäviä. Osaaminen jakaa sen, mitä kukin tekee järjestelmässä ja heikosti osaavalle ei anneta tehtäviä, jotka vaativat parempaa osaamista.

*”Mä siirsin yhen potilaalle kirjoittamani lausunnon tohon potilastietojärjestelmään, jota varmaan moni lääkäri ei osaa edes tehdä, mutta onneks mä osaan sitä käyttää” (H13, lääkäri)*

*”Ja kun taas tietää, että joku ei oikein osaa, niin sitten herkemmin autetaan. Eikä sitten jokaista tehtävää anneta hänelle, mikä koskis tai joka vaatis semmosta parempaa taitoa.” (H6, lääkäri)*

*Sähköisyys on vaikuttanut työtehtävien lisääntymiseen tai siirtymiseen ammattiryhmien kesken*

Sähköisyys on vaikuttanut työtehtävien lisääntymiseen tai siirtymiseen ammattiryhmien kesken yläluokasta muodostettiin viisi alaluokkaa. Hoitohenkilökunnan vastauksista muodostettiin kaksi alaluokkaa: Sihteerien vastuu kasvanut ja saaneet enemmän työtehtäviä ja hoitohenkilökunnalle siirtynyt työtehtäviä lääkäreiltä ja sihteereiltä. Lääkäreiden alaluokat puolestaan olivat: Työtehtävien siirtyminen lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle, lääkäreillä sihteerien töiden lisääntyminen ja sähköistymisen myötä tulee tehtyä työtehtäviä, jotka eivät välttämättä kuulu lääkäreille, mutta ne on nopeampi tehdä itse. Alaluokista ja kuviosta 4. voidaan huomata, että tietojärjestelmät ja sähköiset terveyspalvelut ovat liikutelleet työtehtäviä melkein jokaiseen suuntaan ammattiryhmien välillä. Lääkäreiden ja sihteereiden välillä työtehtäviä on siirtynyt tai työtehtävien määrä on lisääntynyt molempien suuntiin ja sama nähdään tapahtuneen myös sihteerien ja hoitajien välillä. Ainoastaan lääkärin ja hoitajien välisessä toiminnassa nähdään, että lääkäriltä on siirtynyt työtehtäviä hoitajille, mutta hoitajilta ei ole siirtynyt työtehtäviä ollenkaan lääkäreille.



**Kuvio 4.** Työtehtävien siirtyminen lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja sihteereiden kesken.

Hoitohenkilökunta kokee, että sihteerien vastuu on kasvanut ja he ovat saaneet enemmän työtehtäviä. Sihteerit nähdään arvokkaina työkavereina ja tietojärjestelmien myötä heille on siirtynyt työtehtäviä, kun he osaavat käyttää joitakin osia

tietojärjestelmästä paremmin kuin muut ammattiryhmät. Tämän mukana he ovat ottaneet lisää toiminnallista työtä omaan työhönsä liittyen. Esimerkiksi osat labrapyyntö ja lähetteet ovat siirtyneet hoitohenkilökunnalta sihteereille.

*”Meillä on onneksi tosi noheva sihteeri. Kaikki esimerkiksi labrapyyntö, meillä suunnitellut pyynnöt tekee sihteeri, päivystyspyynnöt tekee hoitajat. Samoin lähetteet, jos tarvii jonkun toisen erikoissairaanhoidon, siirtää potilas vaikka osastolle tai kuvattavaks tai jollekin, meillä sihteeri tekee ne lähetteet, meidän ei tarvii tehdä” (H21, hoitaja)*

Toisessa yksikössä voidaan puolestaan ajatella toisin. Hoitajat näkevät myös, että hoitohenkilökunnalle on siirtynyt lääkäreiden ja sihteereiden työtehtäviä. Tätä ajatusta korostaa vielä lääkäreiden oma alaluokka, jonka mukaan työtehtäviä todella on siirtynyt lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle. Hoitajat näkevät, että sähköistymisen myötä hoitajan vastuu asiakkaan ohjaajana ja neuvonnasta korostuu, ja vastuu potilaan raportoinnista on lisääntynyt, kun lääkäri enemmän tutkii ja diagnosoi potilasta. Samoin ultraäänien teko ja lääkelistojen päivitys on siirtynyt hoitajille. Hoitajat näkevät myös, että hoitajat tekevät tietokoneelle ja potilastietojärjestelmään työt, jotka osastonsihteerit ja osastonhoitajat aikoinaan tekivät. Nyt osastonsihteereistä ja -hoitajista vähennetään koko ajan.

*”Entistä enemmän se hoitajan vastuu siitä asiakkaan ohjaamisesta ja neuvonnasta korostuu, kun välillä tuntuu, että lääkäri ehkä enemmän tutkii ja tekee sen diagnoosin. Okei, ohjeistaa toki, mut mun mielestä se on aika usein hoitaja joka loppupeleissä sitten enemmän ohjaa.” (H9, hoitaja)*

*”Meillä on tässä koko ajan lisääntynyt tämä, että kun ollaan tietysti varmaan suurempi taho takana, työmarkkinaneuvottelut ja nämä, mutta koko ajan kun vähennetään osastonhoitajia ja osastonsihteerejä, niin se tuppaa olemaan niin et ne tehtävät valuu sitten hoitajille.” (H15, hoitaja)*

Lääkärien alaluokka, jonka mukaan työtehtäviä on siirtynyt lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle ei näkynyt aineiston analyysissä kovinkaan vahvasti, mutta kerran se siellä mainittiin. Tätäkään ei kuitenkaan täysin osattu yhdistää tietojärjestelmiin liittyväksi.

*”Ei nyt ehkä ihan suoraan tule mieleen ainakaan näin sähköisiin palveluihin liittyen. Ehkä muuten on tapahtunut sitä muutosta, että hoitajien työnkuvaa koko ajan kasvatetaan, ja lääkäriltä siirtyy sitä työtä hoitajille” (H3, lääkäri)*

Suurempi osa lääkäreistä kuitenkin mainitsi siitä, että lääkäreillä sihteerien työt ovat lisääntyneet. Lääkärit kokevat epämiellyttävänä sen, että heille esimerkiksi työnnetään sihteerien töitä. Myöskään tilastoinnin ja klikkailun lisääntymistä ei nähdä kovinkaan tehokkaaksi työajan käytöksi lääkäreillä tai hoitajilla. Nuorten nähdään tekevän vielä enemmän sihteerimäisiä töitä kuten tulostamista ja asentamista. Tähänkin eräs lääkäri mainitsi syyksi jo aiemmin tuloksissa mainitun sihteereistä säästämisen.

*”Tottakai me lääkärit aina välillä ollaan vihaisia siitä, että meille työnnetään sihteerien töitä. Onhan se tietysti epämiellyttävää. Koska niin kuin sanoin, yhä enemmän menee aikaa vaikka jo yhden sairauskertomustekstin tekemiseen, niin ei ole enää loputtomiin sitä aikaa ottaa mistään” (H6, lääkäri)*

Eräs lääkäri myös mainitsi, että joitakin työtehtäviä tulee tehtyä itse ja omaa työtaakkaa lisättyä, vaikka kyseinen tehtävä ei olisi edes oma työtehtävä. Syyksi hän näki sen, että voi ainakin luottaa siihen, että työtehtävä tulee tehtyä, se tulee tehtyä heti, säästetään todella paljon aikaa, kun ei tarvitse alkaa etsimään tekijää tehtävälle ja joitakin asioita on vain helpompi tehdä itse kuin antaa muille.

*”Ja sitte just, että siinä tapahtuu sit se, kun lääkäri huomaa et mä hoidan tän asian itekin nopeammin saman tien eikä mun tarvitse sitten sitä viestiä lähettää jollekin et tekisitkö, niin ehkä sitten tulee otettua niitä työtehtäviä itelle enemmän kuin tarvis.” (H13, lääkäri)*

*Järjestelmän käyttömahdollisuudet ja ympäristö vaikuttavat ammattiryhmien sisäisiin sekä ammattiryhmien välisiin rooleihin*

Järjestelmän käyttöoikeudet ja ympäristö nousivat myös esille haastatteluissa ja niistä saatiin muodostettua yhteensä viisi eri alaluokkaa. Hoitohenkilökunnan alaluokat olivat: Hoitajien vastualueet määräävät sähköisten palveluiden käyttöä, järjestelmän

käyttöoikeudet ovat muuttaneet hoitajien rooleja ja työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön ja rooleihin. Lääkärin alaluokat saatiin muodostettua samoista kuin hoitohenkilökunnankin. Lääkärin alaluokiksi muodostui: Työympäristön säännöt vaikuttavat sähköisten järjestelmien käyttöön ja järjestelmän käyttöoikeudet vaikuttavat roolijakoon.

Kaksi hoitajaa nosti esille vastualueet työympäristössä. Omien työtehtävien vastualueiden sähköistyminen vaikuttaa sähköisten palveluiden käyttöön ja omaan rooliin, ja jokaisella ammattilaisella nähdään olevan syvennys johonkin tiettyyn osaan ohjelmassa, jonka tietoa jaetaan eteenpäin tarpeen mukaan. Eräs hoitaja mainitsi, että saatetaan ajatella, että jos jotkut hallitsevat tietojärjestelmiin liittyvät työtehtävät hyvin, he eivät välttämättä hoida yhtä hyvin /laadukkaasti asiakastyötä.

*”Ja tietysti meillä on sitten jokaisella on vähän niinku oma... oma sitten vielä, niinku tavallaan, voisko sanoa syvennys vielä johonkin tiettyyn ohjelmaan ja muuta. Mut tota, on, että pystytään sitten jakamaan toisille sitten, että aina sen tarpeen mukaan. Ja tavallaan et yks on vastuussa sitten, et jos siellä on jotakin, jossakin ohjelmissa tapahtuu ja muuta, niin tiedottaa sit niitä muitakin” (H10, hoitaja)*

Sekä muutama lääkäri että eräs hoitaja olivat sitä mieltä, että järjestelmän käyttöoikeudet muokkaavat rooleja työyhteisöissä. Nämä eivät kuitenkaan nousseet kovinkaan vahvasti esiin aineistosta. Hoitaja näki, että oma tiedonsaanti on vähentynyt, koska käyttöoikeudet ovat kaventuneet ja eräs lääkäri näki, että tietojärjestelmä vähän rajoittaa ammattirooleja, kun ne eivät anna myöden mitä voisi soveltaa. Toinen lääkäri puolestaan ajatteli, että joitakin oikeuksia on siirretty muualle, joka on lisännyt kysymisen tarvetta.

*”Et toisaalta vähän rajoittaakin just, et vois vähän uudella tavalla miettiä niitä asioita, et sitä lausuntoa ei tarvitse tehdä lääkärin yksin, vaan sitä oikeesti voi kuka tahansa täydentää, jos vaan ne tietojärjestelmät antaisivat myöten” (H13, lääkäri)*

Työympäristön säännöt nousivat myös esille niin lääkäreiden kuin myös hoitajienkin keskuudessa, kun puhuttiin roolien muutoksesta. Hoitajat ja lääkärit näkivät, että organisaation sisällä käytänteet voivat vaihdella, että kenen työnkuvaan kuului mitkäkin työt järjestelmässä. Joissakin paikoissa sihteerit ja hoitajat tekivät yhdessä paljon, kun taas muualla tämä oli voinut olla todella rajattua. Vastuualueet nousivat esille tässäkin, että kuinka paljon koneella vietetään aikaa. Eräs hoitaja mainitsi, että esimerkiksi sairaanhoitajat viettävät paljon enemmän aikaa koneella kuin lähihoitajat. Eräs lääkäri puolestaan mainitsi, että lääkäreiden määräysten katsominen on muuttunut sihteerien ja hoitajien välillä sähköisten järjestelmien muuttumisen myötä. Nykyään sihteerit ja hoitajat sopivat siitä keskenään.

*”Ehkä siinä osastotyössä huomasi, että osin se jako, et mitä... mitä osaa vaikka määräyksestä, lääkärin tekemästä määräyksestä, mitkä osat osastonsihteerit toteuttaa ja mitkä taas hoitaja. Et sit taas esimerkiksi osastotyössä sihteerit teki vaikka kaikki labralähetteen ja jotkut palvelupyynnöt ja muut. Mut sit taas neuvolatyössä terveydenhoitajat tekee ne... ne niiku itse sit kaikki” (H8, hoitaja)*

*”Vaikka tämmönenki ku laitetaan lähetettä eteenpäi, niin jossain kohtaa mä teen sen kaiken siellä sähkösessä ite tai sitten jossakin kohtaa mä teen sen osan itse ja sitten joku toinen vaiks lähettää sen eteenpäin. Se vähän vaihtelee täälläkin paikasta toiseen, missä on töissä sillä hetkellä, et mikä siel on niinku järjestetty se sähköisen järjestelmän käyttö” (H2, lääkäri)*

#### *Ammattiryhmien välinen yhteistyö helpottunut*

Ammattien välisestä yhteistyöstä puhui vain pari lääkäriä. Tässä esille nousi moniammatillisuuden lisääntyminen ja konsultaatioavun helpottuminen hoitajilta ja toisilta lääkäreiltä. Myös jäykkyyden nähdään hävinneen. Moniammatillisuudesta eräs lääkäri mainitsi, että sähköisten järjestelmien myötä on tullut enemmän tiimifilisiä ja hoitajan kanssa olo, että ollaan yhdessä vastuussa potilaasta. Konsultaatioavussa esille nousi se, että tietyt lääkärit pystyvät enemmän toimimaan nykyisin konsulttina muiden lääkäreiden ja hoitajien kanssa.

*”No kyllä periaatteessa siinä mielessä, että mä olen pystynyt yhä enemmän olemaan konsulttina siinä mielessä. Minä olen konsulttina heille ja he saavat vastauksen nopeammin. Et kyllä se on vähentänyt sitä jäykkyyttä esimerkiksi tämä asia ja siinä mielessä myös minun roolia hieman” (H6, lääkäri)*

## **5.2 Lääkärien ja hoitohenkilökunnan näkemykset arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksesta**

*Sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen valtaan ja arvostukseen*

Lääkärien ja hoitohenkilökunnan vastauksista saatiin molemmista muodostettua alaluokat, joiden mukaan sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen valtaan tai arvostukseen. Tarkemmin alaluokat ovat: Sähköisyys ei muokkaa ammattilaisten välisiä arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhdetta sen suuremmin ja sähköisyys ei ole tuonut suurta muutosta ammattilaisten väliseen arvostukseen. Monet henkilöt toivat esille haastatteluissa, että auktoriteettijärjestelmään ei ole tullut suurta muutosta, kenenkään arvostus, auktoriteetti tai valta ei ole muuttunut, järjestelmät eivät korota eivätkä laske ketään mitenkään ja sähköisiä palveluita ei nähdä vallan tuojina. Sähköisillä palveluilla ei siis nähdä tämän mukaan olevan vaikutusta sen suuremmin ammattilaisten välisiin suhteisiin. Aineiston muista kohdista voidaan kuitenkin löytää kohtia, joiden mukaan arvostus ja valta ovat hieman muuttuneet. Samat henkilöt, jotka ovat vastanneet, että sähköisyys ei muokkaa arvostusta tai valtaa, ovat kuitenkin vastanneet muihin kohtiin selkeästi niin, että pienet muutokset ovat nähtävissä työyhteisöissä. Tämän kaltaiset muutokset voivat olla siis samanlaisia kuin roolien muutokset eli pieniä, huomaamattomia ja tiedostamattomia, jotka tapahtuvat pikkuhiljaa työyhteisöissä.

*”Mä jotenkin aattelen et meidän terveydenhuollon rakenteet on aika semmosia jäykkiä, mut semmosia pysyviä, että se tietty auktoriteettijärjestelmä on terveydenhuollossa suhteessa esim. Hoitajat ja lääkärit, et siihen mun mielestä*

*ei oo kyllä suurta muutosta ainakaan sähköisten järjestelmien puolesta” (H1, hoitaja)*

*”Minun mielestäni ei ole tapahtunut sellaista. Joo, mun mielestäni ehkä nää ei oo niitä ammattiryhmiä, joissa semmosta vois tapahtuu. Ehkä yhteiskunnassa laajemmalti, jos me lähettäis keskustelemaan, niin varmasti siinä tulee semmosta epätasa-arvoa lisää, mutta ei ehkä tässä kapeassa porukassa” (H6, lääkäri)*

Aineistosta oli kuitenkin huomattavissa, että pienemmissä tiimeissä, yksiköissä tai osastoilla työskentelevät henkilöt eivät kokeneet juuri mitään muutosta arvostukseen tai auktoriteetti- ja valtasuhteeseen sähköistymisen myötä. He yleisesti ajattelivat, että heillä on lähtökohtaisesti jo paljon parempi yhteishenki kuin isoissa yksiköissä ja alueilla.

#### *Sähköisten palveluiden osaaminen lisännyt osaavan ammattilaisen arvostusta*

Sähköisten palveluiden osaaminen on lisännyt osaavan ammattilaisen arvostusta saatiin muodostettua kahdesta alaluokasta. Hoitajien alaluokaksi muodostui digiosaavaa henkilöä arvostetaan työyhteisössä ja lääkäreiden alaluokaksi muodostui digiosaamisella saa arvostusta työyhteisössä ja digiosaaminen vaikuttaa myös itsearvostukseen. Nämä alaluokat olivat hyvin vahvasti esille aineistossa. Hoitajien vastauksista saatiin nostettua, että järjestelmien käytön osaaminen tuo henkilölle lisäarvoa, digiosaajaa varmaan arvostetaan hieman enemmän, vastuuhenkilö nauttii suurta luottamusta ja digiosaajia arvostetaan todella paljon osaamisen ja neuvomisen vuoksi. Eräs hoitaja toi jopa esille, että hoitajien arvostus voisi kasvaa työyhteisössä, kun heiltä löytyy digiosaamista ja he tekevät paljon digiin liittyviä työtehtäviä. Tämän hoitajan mukaan hoitajilla olisi siis suurempi alue digiasioita hallittavanaan kuin esimerkiksi lääkäreillä. Osaan vastauksista liitettiin vahvasti myös se puoli, että sille henkilölle, joka saa arvostusta osaamisen vuoksi yleensä kasaantuu kaikki digityötehtävät. Osa kuitenkin näki, että digiosaaminen on vain yksi palanen kokonaisuudesta, ja jokaisella on jokin parempi osaaminen, mitä toinen ammattilainen ei osaa niin hyvin.

*”No tottakai. Jos sinä osaat, niin tottakai arvostetaan, ainakin sen asian puitteissa. Tietojärjestelmä lisää sitä arvostusta” (H21, hoitaja)*

*”Nyt sanon et noita digiosaajia arvostetaan työpaikalla todella paljon jos sellainen on, joka osaa ja neuvoo toisia, jotka hoitaa tosta vaan jonkun -muistaa miten pitää joku labralähetä tehdä, ja tietää sitä tavallaan nippelitietoa siinä.” (H15, hoitaja)*

Lääkäreillä digiosaamisen arvostus näkyi myös hyvin vahvana. Aineistosta nousi esiin se, että tieto luo valtaa, digiosaamisella on vain positiivisia vaikutuksia arvostukseen, ammattiryhmien välillä heijastuu valta ja arvostus, kun tietyt henkilöt ovat diginatiiveja, digiosaamisen vuoksi arvostetaan työyhteisöissä, digiosaaja voi usein löytyä muualta kuin omasta ammattiryhmästä, hyvällä osaajalla on mahdollisuudet mihin vain ja eräs lääkäri nosti esille myös sen, että jos taitoa ei arvosteta tai osajalle ei anneta mahdollisuuksia sen vuoksi, niin voi olla, että kyseiset henkilöt vaihtavat työpaikkaa, jossa heitä arvostetaan enemmän. Lääkäreiden vastauksissa valta nousi selkeästi enemmän esille kuin hoitajien vastauksissa.

*”No kyl musta tää on ollu enemmän myös muiden ammattiryhmien keskuudessa, että ehkä ne digiosaajat mun kokemuksen mukaan tulee usein sitten jostain muusta ammattiryhmästä jopa, ja sitten lääkäritkin heitä arvostaneet tosi kovasti, että tiedetään et kuka se henkilö on jolta pitää kysyä” (H2, lääkäri)*

*”Varmaan sitä arvostetaan. Minä arvostan ja uskon, et kaikki muutkin arvostaa (digiosaamista). Mä uskon, kaikki on pulassa koko ajan, ni on kivaa, jos joku tietää ja sillä saa varmasti arvostusta” (H18, lääkäri)*

#### *Sähköisyys vaikuttanut ammattiryhmien vallan ja arvostuksen vähenemiseen*

Sähköisyys liitettiin kuitenkin myös vallan ja arvostuksen vähenemiseen. Sähköisyys on vaikuttanut ammattiryhmien vallan ja arvostuksen vähenemiseen jakautui aineistossa kolmeen eri alaluokkaan. Lääkärien alaluokat olivat: Lääkäreiden vallan nähdään vähentyneen muihin ammattiryhmiin nähden ja sähköisyys saattaa laskea sihteerien arvostusta ja valtaa. Hoitohenkilökunnan vastauksista puolestaan saatiin muodostettua sama alaluokka kuin lääkäreillä eli sihteerien arvostus ja valta saattaa laskea. Nämä

näkemykset eivät kuitenkaan olleet kovin vahvasti esillä aineistossa, vaan ne tulivat esille vain muutamilta ammattilaisilta. Eräs hoitaja ajatteli, että osastonsihteereiden näkyvyys ja arvostus saattaa laskea, kun sihteerit työskentelevät ”piilossa”. Niin kauan, kun kaikki toimii, niin sihteereihin ei kiinnitetä huomiota.

*”Varmaan joku tämmönen osastonsihteereiden työ, kun ne tekee. Siitä tulee oletus, että joku sen tekee, siihen ei kiinnitetä huomiota niin kauan, kun se toimii. Mut jos sinne tulee puutos, niin sitten kiinnittää huomiota, miksei tämä oo tapahtunu” (H21, hoitaja)*

Lääkäreiden haastatteluista parilta ammattilaiselta nousi esille myös lääkäreiden vallan vähentyminen muihin ammattiryhmiin verratessa. Eräs lääkäri ajatteli, että valta vähenee kaikilta, jotka eivät osallistu tietojärjestelmien käyttöön ja niihin liittyviin asioihin, koska sähköisyys on jo niin suuri osa terveydenhuollon arkea, ja sitä on pakko käyttää selviytyäkseen arkipäivissä. Siitä ei ole niin sanotusti varaa jäädä sivuun. Jos ei osallistu sähköistymiseen niin vaarana voi olla jopa oma työpaikka. Sama lääkäri ajatteli, että on hienoa, jos lääkäreiden niin sanottu turha valta lähtee pois sähköistymisen myötä. Eräs toinen lääkäri puolestaan näki lääkäreiden vallan vähenemisen liittyvän ikään ja auktoriteettiin. Kirjaukset tulevat näkyville, päätöksille vaaditaan selkeitä perusteluja ja kirjauksista vaaditaan entistä parempia, niin se voi olla kolaus monelle vanhemmalle lääkärille, kun aikaisemmin on voinut mennä ajatuksella ”näin tehdään, koska minä sanon niin”.

*”Näkisin, että lääkäreiden se semmoinen valta ja tämmönen ehkä vähenee. Ja se voi olla ehkä niinku kova paikka sitten varsinkin tuota vanhemmalle sukupolvelle lääkäreissä, keillä se semmoinen tietynlainen auktoriteetti on ollu tuota isompia ja vahva asia siinä omassa työssään.” (H3, lääkäri)*

Eräs hoitaja toi esille myös kansalaisnäkökulman vallan ja arvostuksen aiheeseen. Hän ajatteli, että kansalaisilta hoitajien arvostus voi laskea, koska hoitajat siirtyvät entistä enemmän tekemään töitä sähköisesti tietokoneiden ääreen, eivätkä enää hoida potilasta sängyn vieressä.

*Järjestelmien käyttöoikeudet ovat muokanneet valtasuhteita ja arvostusta ammattiryhmien välillä*

Vallasta ja arvostuksesta puhuttaessa esiin nousivat myös järjestelmien käyttöoikeudet ja niiden eroavaisuudet työyhteisön sisällä ja verratessa muihin ammattiryhmiin. Järjestelmien käyttöoikeudet ovat muokanneet valtasuhteita ja arvostusta ammattiryhmien välillä jakaantui kahteen alaluokkaan. Lääkärien alaluokaksi muodostui järjestelmän käyttöoikeudet muokkavaat valtaa ja arvostusta ammattilaisten kesken, ja hoitohenkilökunnan alaluokaksi muodostui järjestelmien laajemmat käyttöoikeudet lisäävät lääkärien auktoriteettia ja heikommat käyttöoikeudet heikentävät hoitajien omaa arvostuskokemusta omasta työstään. Molemmat ammattiryhmät olivat siis sitä mieltä, että käyttöoikeuksilla nähdään vaikutusta siihen, miten valtaa ja arvostusta jaetaan työyhteisöissä. Käyttöoikeudet eivät kuitenkaan nousseet esille kaikissa haastatteluissa, vaan niistä puhui kolme hoitajaa ja kaksi lääkäriä.

Eräs lääkäri kertoi, että lääkärien laajemmat käyttöoikeudet johtavat siihen, että hoitajat saattavat joutua pyytämään lääkäreitä katsomaan joitain tietoja, joihin he eivät itse pääse käsiksi. Toinen lääkäri puolestaan kertoi, että sähköistymisen myötä joitakin käyttöoikeuksia on saatettu ottaa pois lääkäreiltä, joka on voinut luoda tunteen, että oma valta vähenee.

*”Vaikka se voi olla ihan järkevä syy, minkä takia (käyttöoikeudet otettiin pois), mutta sitä ei kerrota niistä syistä kovinkaan. Ne vaan sitten jostakin syystä häviävät ja se on siinä. Et ehkä kaikessa asiassa on se, että informoidaan ja informoidaan. Se on aina se tärkein asia ja jos ei selitä ihmisille, niin aina jää omia tämmösiä ajatuksia pyörimään, et no niin, nyt otettiin minulta jotakin” (H6, lääkäri)*

Hoitajien vastauksista nousi esille myös se, että lääkäreillä on paremmat käyttöoikeudet järjestelmiin kuin hoitohenkilökunnalla. Tämä voidaan myös heijastaa aikaisempaan lääkärin kertomaan, että hoitajat voivat joutua pyytämään lääkäreitä tarkistamaan joitain tietoja, kun heillä itsellään ei ole oikeuksia tarkistaa tarvittavia tietoja. Paremmat

käyttöoikeudet näin lisäävät lääkärin auktoriteettia, valtaa ja arvostusta ja vähentää muiden, kun lääkäri joudutaan ottamaan välikädeksi toimintaan, vaikka hoitaja olisi aikaisemmin voinut asian tehdä täysin itsenäisesti. Hoitajien vastauksista voi huomata, että heidän mielestään edelleenkin hoidossa, tiedonhaussa ja muussa mennään lääkärikeskeisesti. Eräs hoitaja mainitsi sen, että jos hänellä ei ole pääsyoikeuksia muille puolille hakemaan tietoa, vaikka olisi tarve, niin tämä heijastuu siihen, ettei hänen työtään pidetä niin arvokkaana, että se saisi käyttöoikeudet. Käyttöoikeudet vaihtelevat myös oman ammattiryhmän sisällä. Eräs hoitaja kertoi, että esimerkiksi lääkkeenmääräyslupia on myönnetty vain osalle hoitajista ja näitä lääkkeenmääräyslupia on yleisesti arvostettu. Se voidaan nähdä epärealistisena niiden kannalta, joilla kyseistä lupaa ei ole. Lupien myöntämiseen kuitenkin vaikuttaa työympäristö, jossa hoitaja toimii.

*”Lääkäri näkee taas sekä terveydenhuollon, että sosiaalipuolen kirjaukset. Ja sit semmosta jopa huvittavaa, että muut ammattilaiset ei näe toistensa kirjauksia ollenkaan ja tarvitaan se lääkäri, joka voi käydä katsomassa sitten asiakkaan tiedot, mitä toinen terapeutti on kirjottanut tai psykologi on kirjottanut” (H1, hoitaja)*

*”Kun me ei päästä niille sivuille katsomaan mitä siellä käytännössä on ollut. Mitä siellä on sanottu tai tehty tai ohjattu. Niin me ollaan niiku sokeina tehdään sitä työtä siinä suhteessa. Tai joku – teksti, niitä ei päästä näkemään. Ja se on vaan jotenkin, että no ei kuulu teille, että ne on niin... Tai kyllä me –puolelle kai päästäisiin, mutta se on vähän... hankalaa... Et jotenkin...mun mielestä se liittyy siihen, että kun tekee – työtä, niin aina ei ehkä ajatella että se on niin semmosta... arvokasta ja tärkeätä kuin minun mielestä pitäisi ajatella, että se on.” (H9, hoitaja)*

#### *Sähköisyys on vaikuttanut ammattilaisten tasavertaisuuteen*

Sähköisyyden nähtiin myös vaikuttavan ammattilaisten tasavertaisuuteen. Aineistosta saatiin muodostettua tähän yläluokkaan kolme alaluokkaa. Hoitohenkilökunnan alaluokaksi muodostui ammattiryhmät ovat tasavertaistuneet ja lääkärin vastauksista muodostui sama alaluokka eli ammattiryhmien nähdään tasavertaistuneen sähköisyyden myötä. Lääkärin vastauksista nousi myös esille alaluokka sähköisyys luo

epätasa-arvoa tehtävien jaossa. Hoitajat näkivät, että sähköistyminen on tuonut hoitajia ja lääkäreitä lähemmäksi toisiaan, kun ei tarvitse mennä lääkärin oven taakse konsultoinneissa, vaan voidaan vaan yksinkertaisesti laittaa toiselle viestiä. Hoitajien sekä lääkäreiden vastauksissa oli havaittavissa sama huomio, että järjestelmän osaaminen on myös tasavertaistanut ammattiryhmiä keskenään, sillä digiosaaja voi löytyä toisesta ammattiryhmästä, kaikilla on yhteisiä ongelmia järjestelmissä ja kaikki tuntuvat olevan ”samoilla vesillä” järjestelmien kanssa. Näin kaikki auttavat toisiaan järjestelmien kanssa, jos vain osaavat.

*”Tässä on kyllä, on itekin, on kyllä, ongelmia kun on havaittu, niin oonko auttanu lääkäreitä kanssa niiden käytössä ja muuta, että ei tässä niinku... oo sinällään, että sitten varmaan ollaan jossakin digiasioissa samalla vesillä tavallaan” (H10, hoitaja)*

*”Kyllä minun mielestä (ammattiryhmät lähentyneet) vertaistuneet jotenkin ehkä.” (H13, lääkäri)*

Eräs hoitaja myös mainitsi, että sähköistymisen myötä sairaanhoitajan ja lähihoitajan ero on tasapainottunut ja lisännyt lähihoitajien arvostusta. Näiden ammattiryhmien välillä ole enää niin suurta eroa tämän hoitajan mielestä.

*”Sanoisin että ne on lisännyt lähihoitajien arvostusta, et on parantanut sitä sairaanhoitajien ja lähihoitajien eroa” (H15, hoitaja)*

Lääkäreiden vastauksista nousi kuitenkin esiin myös se, että sähköisyys luo epätasa-arvoa tehtävien jaossa. Tämä voidaan osittain liittää myös järjestelmän osaamiseen. Järjestelmän sujuva käyttö voi tuoda lisävastuuta käyttäjä järjestelmää. Eräs lääkäri nosti esille myös sen, että lääkärin vastustusta organisaatiossa kunnioitettaisiin enemmän kuin hoitajien ja näin hoitajille on helpompi pakottaa joitakin digiin liittyviä työtehtäviä.

*”Myöskin sit sen tähän vielä lisää, että lääkärit ehkä perinteisesti ollu vähän semmoinen vanhakantanen ammattikunta ja on edelleenkin, niin lääkärin vastustusta joihinkin asioihin niin ehkä enemmän kunnioitetaan sitten*

*organisaatiotasolla kuin esimerkiksi hoitajien vastustusta. Et hoitajille on helpompi pakottaa myös jotakin tilastointia tekemään, kun taas sitten lääkäreille.” (H3, lääkäri)*

Eriarvoisuudesta puhuttaessa monet ammattilaiset ottivat myös esille asiakkaiden eriarvoisuuden digiin liittyvien palveluiden käytössä. He tuntuivat olevan huolissaan, miten palvelut eriarvoistavat kansalaisia. Eräs lääkäri myös nosti esille sen, että tietojärjestelmät ja uudet sähköiset palvelut lisäävät jopa kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten valtaa suhteessa kansalaisiin, kun heillä on jatkuvasti enemmän tietoa käytössä.

## 6 Johtopäätökset ja pohdinta

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää, miten sähköiset terveystalvet ja tietojärjestelmät muokkaavat rooleja terveydenhuollon ammattilaisten kesken, ja miten roolimuuos vaikuttaa terveydenhuollon rooleihin liittyvään keskinäiseen arvotukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteisiin. Tutkimukseen osallistui perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa, johon kuuluu niin sairaanhoitajia, terveydenhoitajia kuin myös lähihoitajia. Aineiston analyysi mahdollisti näin lääkärien ja hoitohenkilökunnan vastausten vertailun ja mahdollisten yhtäläisyyksien etsimisen. Tutkimuksen alussa perehdyttiin tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen ja luotiin kokonaiskuva sähköisistä terveystalveista, ammattilaisten toiminnasta sähköisessä ympäristössä ja ammattilaisten välisistä arvostus ja auktoriteetti- ja valtasuhteista.

Lapointen ja Rivardin (2005, s. 474) ja Markuksen (1983, s. 431) mukaan uusilla sähköisillä talveilla voidaan muokata ammattilaisten toimintaa, rooleja ja vastuita uusiksi. Muutokset voivat näin muokata koko organisaation toimintaa ja haastaa perinteisen vallanjaon, jossa lääkäreiden nähdään kontrolloivan toimintaa. Tämä pro gradu -tutkielma vahvistaa tätä väitettä. Roolien, arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutokset voivat kuitenkin olla niin pieniä ja huomaamattomia, että niitä ei mahdollisesti osata edes ajatella keskellä kiireistä terveydenhuollon arkea. Toisin sanoen harva ammattilainen edes tajuaa roolin, arvostuksen tai vallan muuttuneen sähköisyyden myötä, jos heiltä suoraan kysytään asiasta. Tämä tekee myös roolien ja arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutokset hankaliksi tutkimusaiheiksi. Ongelmana ei suinkaan ole se, etteivätkö ammattilaiset haluaisi keskustella aiheesta, vaan enemmänkin se, etteivät he yksinkertaisesti ole ajatelleet asiaa sen suuremmin. Tämän vuoksi myös tutkimuksen haastattelurungon muotoilu on erityisen tärkeässä asemassa, sillä kysymykset on muotoiltava niin, että ne herättävät haastateltavissa jotain merkittäviä näkökulmia aiheeseen ilman, että asiaa lähdetään suoraan kysymään.

Kaikista suurimpana ja merkittävimpanä näkökulmana tutkimuksessa nousi digiosaajan rooli ja digiosaajan arvostus. Digiosaajalla nähdään olevan suuri merkitys työyhteisössä. Häneltä saadaan tukea, turvaa, luotetaan digiasioissa ja voidaan olla huoletta, kun tiedetään heti keneltä pyytää apua. Digiosaajia arvostetaan todella paljon työyhteisöissä ja heidän roolinsa kasvaa, kun jotkut ammattilaiset eivät vain yksinkertaisesti osaa käyttää tietojärjestelmiä ja sähköisiä terveyspalveluja. Luvusta 2.3. voidaan huomata, kuinka paljon erilaisia sähköisiä palveluja, järjestelmiä ja osaamista yksi ammattilainen voi mahdollisesti tarvita. Lopputuloksena saattaa kuitenkin olla se, kuten aineistostakin kävi ilmi, että digiosaajalle kasautuu kaikki digiin liittyvät työtehtävät. Sepasin ja muiden (2016, s. 13–14) mukaan terveydenhuollossa vallan ja hallinnan delegoiminen voikin perustua yksilöiden tietoon, taitoon ja kykyihin. Tässä tutkimuksessa voidaan todeta hallinnan delegoitumisen perustuvan juuri tietoon, taitoon ja kykyyn.

Digiosaaminen jakautuu tällä hetkellä aineiston mukaan terveydenhuollossa. Jotkut ammattilaiset eivät osaa käyttää järjestelmiä ja sähköisiä palveluja ollenkaan ja toiset ovat diginatiiveja. Tämän voidaan nähdä antavan tietynlaista valtaa heille, jotka osaavat käyttää sähköisiä palveluja ja järjestelmiä paremmin, kun he pääsevät mukaan helpommin digiin liittyviin toimintoihin. Näin heille voidaan myös antaa enemmän vastuuta osaamisen vuoksi. Yleensä järjestelmiä lähdetään vielä suunnittelemaan osaavien ja uteliaiden henkilöiden kanssa, joten heidän näkemyksensä heijastuvat tuleviin järjestelmiin ja sähköisiin palveluihin toisin kuin osaamattomien. Digiosaamisen voidaan kuitenkin sanoa olevan vain yksi palanen kokonaisosaamisesta, ja sen merkitystä muuhun osaamiseen verrattuna ei tarkasteltu tässä tutkimuksessa.

Focault keskittyi omassa teoriassaan vallan ja tiedon väliseen suhteeseen sosiaalisessa kontekstissa. Focaultin mukaan valtaa ei ole mahdollista käyttää ilman tietoa ja on mahdotonta, että tieto ei loisi valtaa. Tämä vallan ja tiedon välinen yhteys asettaa ammattilaiset aina valtasuhteiden verkostoon (Gordon, 2007, s. 85, 93). Jos lähdemme pohtimaan digiosaamista Focaultin teorian kautta, niin voidaan ajatella, että

terveydenhuollossa, kun useat ammattilaiset seuraavat digiosaajaa, kysyvät häneltä apuja ja neuvoja ja luottavat häneen hänen tietonsa, taitonsa ja kykynsä vuoksi, niin se tuo digiosaajalle tiettyä valtaa työyhteisössä digipalveluiden suhteen.

Eriyisesti nähdään, että nuoret ovat usein diginatiiveja. Tämä mahdollisesti lisää siis heidän arvostustaan ja valtaansa terveydenhuollossa, vaikka he ovat työkokemukseltaan kokemattomampia kuin vanhemmat ammattilaiset. Tämän voidaan nähdä tasavertaistavan ammattiryhmien sisäisiä verkostoja ja tuovan heitä lähemmäs toisiaan, kun eri sukupolvilla on eri osaamisalueet. Ehkä organisaatioissa pitäisi varata vielä enemmän aikaa koulutukselle, niin digiosaamisen taso voisi tasaantua nykyisestä. Toinen mahdollisuus olisi varata ja irrottaa digiosaaville ammattilaisille yksinkertaisesti enemmän aikaa pelkästään digiasioiden hoitamiseen etteivät he hoida kaikkia digiasioita, auta ja neuvo työyhteisön muita jäseniä kaiken muun työn ohella ja näin kuormitu liikaa. Tilanteen voidaan kuitenkin ajatella tasaantuvan myös tulevana vuosikymmeninä, kun työelämään siirtyy jatkuvasti enemmän diginatiiveja ammattilaisia ja heikomman osaamisen omaavat ammattilaiset eläköityvät.

Loppupeleissä haastatteluissa puheeksi nousi hoitajien ja lääkärien välinen toiminta, suhteet ja miten näiden kahden ammattiryhmän välinen toiminta toisiinsa nähden on muuttunut. Kokonaisvaikutelmana tutkimuksen mukaan on yleisesti liikuttu tasavertaisempaan suuntaan ammattilaisten kesken, vaikka rajoittaviakin tekijöitä työyhteisöistä löytyy ja tehtävien jako olisikin epätasa-arvoistunut osaamisen myötä. Sähköisyys on tavallaan auttanut murtamaan perinteistä terveydenhuollon hierarkiaa ja hoitohenkilökunnan asema on vahvistunut lääkäreihin nähden. Hierarkian murentaminen on alkanut, kun terveydenhuollossa on siirrytty enemmän työskentelemään tiimeissä, mutta sähköistymisellä on ollut oma roolinsa hierarkian murtamisessa. Vielä ei voida puhua täydellisestä hierarkian murtamisesta, sillä lääkärin ammatin takana on vahvoja tekijöitä, jotka edelleenkin määräävät auktoriteettiasemaa terveydenhuollossa, mutta sähköisyys on selvästi tuonut ammattiryhmiä lähemmäksi toisiaan.

Yhteistyön on nähty helpottuneen, tiimimäisyyden lisääntyneen, yhteisen vastuun oton kasvaneen ja digiosaaja voidaan löytää muusta ammattiryhmästä, joka lisää muiden ammattiryhmän ammattilaisten arvostusta. Lisäksi konsultaatiot ovat helpottuneet ammattilaisten kesken ja jäykkyyden nähdään hävinneen, kun enää ei tarvitse mennä koputtamaan ja ”häiritsemään” toisten ovien taakse. Lääkärien vallan nähdään laskeneen myös sähköistymisen myötä. Lapointe ja Rivard (2005, s. 477, 474) ovat todenneet saman omassa tutkimuksessaan. Heidän mukaansa myös lääkärit ovat kokeneet vallan alenemista ja kontrollin heikentymistä uusien sähköisten tietojärjestelmien myötä. Lapointen ja Rivardin mukaan uusi järjestelmä on uhannut lääkärien ja hoitajien vallitsevaa tasapainoa ja lääkärit ovat kokeneet valtansa heikentyneen hoitajiin nähden.

Sähköisyyden vaikutus rooleihin, arvostukseen ja auktoriteetti- ja valtasuhteeseen ovat kuitenkin ympäristöriippuvaisia. Ei voida tehdä yhtä kokoavaa päätelmää, että näin asiat ovat muuttuneet kaikkialla. Jokainen työympäristö on ainutlaatuinen ja näin roolien, arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutostenkin näkökulmat ovat ainutlaatuisia. Eri työympäristöissä eri ammattilaiset kokevat roolien ja arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutokset täysin eri tavoin. Toisessa paikassa työtehtäviä on saattanut siirtyä itseltä pois, kun toisessa ympäristössä itse on saattanut saada lisää työtehtäviä.

Pienemmissä tiimeissä työskentelevät hoitajat ja lääkärit osasivat hieman heikommin vastata roolien ja arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksiin, sillä he kokevat, että pienessä tiimissä tällaiset näkökulmat eivät tule juurikaan esiin. Ollaan niin sanotusti niin tiivis tiimi, jossa jokainen on oman alansa asiantuntija, ja yhteishenki on jo lähtökohtaisesti parempi kuin isoissa yksiköissä ja osastoilla. Bosch & Mansell (2015, s. 176–177) ja Matziou ja muut (2014, s. 532) ovat myös todenneet, että pienemmissä yksiköissä työskentelevät hoitajat ovat kertoneet, että pienessä yksikössä on helpompi

saada oma ääni ja mielipide kuuluviin ja hoitajat osallistetaan paremmin mukaan päätöksentekoon.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on nostettu esiin järjestelmien käyttöoikeudet. Käyttöoikeudet nousivat esiin myös tässä aineistossa. Käyttöoikeudet jarruttavat ammattiryhmien tasavertaistumista, ylläpitävät terveydenhuollossa hierarkiaa, jossa lääkäri nähdään keskeisenä ammattilaisena ja muokkaavat itsearvostusta omasta työstä. Käyttöoikeudet ovat merkittävä tekijä arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen määrittelyssä. Addicotin ja Ferlien (2007, s. 396) mukaan valtaan vaikuttaa henkilöiden pääsy eri tietojärjestelmiin ja näkökulmat siitä, kuka tietojärjestelmää kontrolloi, kenellä on järjestelmissä päätäntävalta, ja kenelle tietoa jaetaan. Nämä aihepiirit nousivat esille myös tässä tutkimuksessa. Käyttöoikeudet luovat tiukan hierarkian ammattilaisten välille ja aineiston mukaan niiden avulla voidaan saada aikaan jopa oman arvostuskokemuksen heikentymistä omasta työstä. Palokangas (2008, s. 62) on myös todennut, että toisilla ammattilaisilla voi olla käyttöoikeuksia palveluihin ja järjestelmiin, mitä toisilla ammattilaisilla ei mahdollisesti ole. Näin sähköisyys muodostaa sosiaalisille suhteille ja vuorovaikutukselle monimutkaisen ja muuttuvan verkoston ja ympäristön, jossa valta näyttäytyy. Vos ja muut (2020, s. 8) puolestaan lisäävät, että tiukka määrittely siinä, kenellä on pääsy mihinkin järjestelmään rajoittaa yhteistyötä, kun joissakin tapauksissa ainoa valtuutettu ammattilainen, jolla on pääsyoikeudet tietoihin, on lääkäri.

Käyttöoikeuksien suunnittelussa voisikin ottaa huomioon myös niiden vaikutus organisaation toimintaan ja työpaikkakulttuuriin. On täysin järkevää, että kaikilla on käyttöoikeudet vain niihin tietoihin, mitä jokainen ammattilainen tarvitsee työssään, mutta tällä hetkellä käyttöoikeudet näyttävät rajaavan toimintaa jonkin verran. Jos ammattilainen tarvitsee tietoja esimerkiksi potilaan ohjauksen vuoksi, niin ei ole muiden ammattilaisten työajan, organisaation tehokkuuden tai oman työn arvostuskokemuksen kannalta järkevää, että yksinkertaisen tiedon saamiseen vaaditaan välikäsiä.

## 6.2 Tutkimuksen rajoitteet

Tässä tutkimuksessa rajoitteina voidaan nähdä erityisesti työympäristöön liittyvät tekijät. Kyseinen tutkimus tehtiin vain yhdessä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja tarjoavassa organisaatiossa, jossa on käytössä tietty tietojärjestelmä ja sähköiset terveyspalvelut. Tutkimusta lähdettiin suorittamaan perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon puolella, ja haastateltavien työympäristön mukaan vastaukset vaihtelivat. Tutkimustuloksia ei voida lähteä yleistämään kaikkiin Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja tarjoaviin organisaatioihin, sillä tietojärjestelmät ja sähköiset terveyspalvelut vaihtelevat ympäri Suomen ja ympäristötekijöillä, kuten yksiköllä, toimialueella ja osastolla voi olla merkitystä tuloksiin. Eri puolilla Suomea, niin julkisella kuin myös yksityisellä puolella käytetään erilaisia tietojärjestelmiä, joten voi olla, että myös eri tietojärjestelmät tuovat eri vivahteet tutkimustuloksiin.

Lisäksi tässä tutkimuksessa vastauksia ei saatu kaikilta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimialueilta, joten tutkimustulokset painottuvat niille alueille, joissa haastatteluja on tehty enemmän.

## 6.3 Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää tietojärjestelmien ja sähköisten terveyspalveluiden kehityksessä. Sähköisten terveyspalveluiden ja tietojärjestelmien nähdään heijastavan aina jotenkin kehittäjiensä näkemyksiä, joten tämä tutkimus auttaa kehittäjiä hahmottamaan, miten sähköiset terveyspalvelut ja tietojärjestelmät voivat tällä hetkellä vaikuttaa organisaatioissa sisäiseen valtaan ja arvostukseen sekä rooleihin ja niiden muutokseen. Näin järjestelmien eri ominaisuuksia voidaan jatkossa kehittää vielä parempaan suuntaan, jos niiden huomataan korostavan tai heikentävän esimerkiksi joitakin ammattiryhmiä entisestään tai jos niiden huomataan siirtävän työtehtäviä liiallisesti muille ammattiryhmille tai muokkaavan roolia muuten ei-toivottuun suuntaan.

Tietojärjestelmien ja sähköisten terveyspalveluiden ajamaa vallan ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutosta sekä roolien muutosta terveydenhuollossa ei ole ennen tutkittu juuri yhtään, joten aihetta voi lähteä jatkotutkimaan monestakin eri näkökulmasta. Tutkimuksen teon aikana esiin nousi muutamia mielenkiintoisia jatkotutkimusideoita. Samaa teemaa voisi tutkia esimerkiksi sosiaalipuolella ja verrata, ovatko ne verrattavissa terveydenhuoltoon. Tässä tutkimuksessa myös haastateltavat työskentelivät lukuisissa eri työtehtävissä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, joten tutkimus voitaisiin toteuttaa myös homogeenisemmässä ympäristössä. Lisäksi tutkimus voitaisiin toteuttaa eri organisaatioissa, joissa on käytössä eri tietojärjestelmät ja sähköiset terveyspalvelut ja näin verrata, kuinka paljon tutkimustuloksista löytyy yhtenäisyyksiä. Tämän avulla tutkimusta voitaisiin yleistää hieman enemmän.

Lisäksi tässä tutkimuksessa käytetyssä aineistossa esille nousivat sihteerit. Tutkimukseen voisi ottaa lisäksi vielä sihteerien näkökulma arvostuksen ja auktoriteetti- ja valtasuhteen muutoksista ja roolien muutoksista. Lisäksi eräs haastateltava nosti esille kansalaisnäkökulman haastatteluissa. Aihetta voisi lähteä tutkimaan esimerkiksi siitä näkökulmasta, millaisena kansalaiset kokevat oman vallan ja arvostuksen muutoksen terveydenhuollossa sähköisyyden myötä. Siirtyykö valta sähköistymisen myötä enemmän terveydenhuollolle vai kokevatko kansalaiset, että heidän valtansa terveydenhuoltoa kohtaan lisääntyy sähköistymisen myötä.

## Lähteet

- Aaltonen, T., Heiskanen, E. & Innanen, P. (2003). *Arvot yksilön ja työyhteisön kehittäjänä*. Helsinki: WSOY.
- Addicott, R. & Ferlie, E. (2007). Understanding power relationships in health care networks. *Journal of Health Organization and Management*, 21(4/5), pp. 393-405. doi:10.1108/14777260710778925
- Akavalainen (2018). Digitalisaatio muuttaa työtä ja asiakaskokemuksia. Akavalainen-verkkolehti. Akava: Korkeakoulutettujen työmarkkinakeskusjärjestö. Noudettu 14.4.2021 osoitteesta [https://www.akavalainen.fi/akavalainen/ajassa/artikkelit/digitalisaatio\\_muuttaa\\_tyota\\_ja\\_asiakaskokemuksia](https://www.akavalainen.fi/akavalainen/ajassa/artikkelit/digitalisaatio_muuttaa_tyota_ja_asiakaskokemuksia)
- Anderson, C., John, O. P. & Keltner, D. (2012). The Personal Sense of Power. *Journal of Personality*, 80(2), pp. 313-344. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00734.x
- Bosch, B., & Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*, 148(4), 176–179. <https://doi.org/10.1177/1715163515588106>
- Chao, C. (2016). The impact of electronic health records on collaborative work routines: A narrative network analysis. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 94, 100-111. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.06.019>
- D'Antonio, P., Connolly, C., Wall, B. M., Whelan, J. C. & Fairman, J. (2010). Histories of nursing: The power and the possibilities. *Nursing outlook*, 58(4), pp. 207-213. doi:10.1016/j.outlook.2010.04.005

de Raeve, L. (2002). Medical authority and nursing integrity. *Journal of Medical Ethics*, 28(6), 353. <https://doi.org/10.1136/jme.28.6.353>

Eriksson-Piela, S. (2003) *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Noudettu 14.4.2010 osoitteesta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67295/951-44-5665-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

European Commission (2019). *Shaping Europe's digital future: Digital is transforming medical doctors' daily work: deans and student doctors agree on common principles to adapt medical doctors' training* Noudettu 14.4.2021 osoitteesta <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/digital-transforming-medical-doctors-daily-work-deans-and-student-doctors-agree-common>

European Commission (2021). *Shaping Europe's digital future: eHealth* Noudettu 14.4.2021 osoitteesta <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/ehealth>

Fimea (2018). *Digitalisaatio avaa ikkunan potilaan arkeen*. Sic! Lääketietoa Fimeasta, Julkaistu numerossa 3/2018 [https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/3\\_2018/laakkeet-ja-digitalisaatio-2.0/digitalisaatio-avaa-ikkunan-potilaan-arkeen](https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/3_2018/laakkeet-ja-digitalisaatio-2.0/digitalisaatio-avaa-ikkunan-potilaan-arkeen)

Giorgini. (2017). *The Roots of Respect*. Berlin / Boston: De Gruyter.

Goedert, J. (2014). LOVE, HATE HIT. *Health Data Management*, 22(10), pp. 26-28,30,32.

Györfy, Z., Radó, N. & Mesko, B. (2020). Digitally engaged physicians about the digital health transition. *PLoS ONE* 15(9): e0238658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238658>

Haugaard, M. (2018). What is authority? *Journal of Classical Sociology*, 18(2), 104–132. <https://doi.org/10.1177/1468795X17723737>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press.

Hyppönen, H. & Niska, A. (2008). *Kohti kansalaisen sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä*. Helsinki: Stakes.

Hyppönen, H., Ilmarinen, K. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Suomen sosiaalinen tila 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 2020-12-02 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN\\_ISBN\\_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN_ISBN_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jalonen, H., Helander, N., Mäkelä, L., Boedeker, M., Koivula, A., Räsänen, P. & Koiranen, I. (2020). *Arvostustalous: Kuinka arvostus rakennetaan ja rakentuu digiyhteiskunnassa*. Tampere: Vastapaino.

Kenny, D. & Adamson, B. (1992). Medicine and the health professions: Issues of dominance, autonomy and authority. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 15(3), 319-334.

Kestilä, L., Karvonen, S. & Aalto, A. (2019). *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. [Helsinki]: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Kirjavainen, H. (1996). Moraali, motivaatio ja yhteiskunta: Johdatus eräisiin motivaatioteoreettisen sosiaalietiikan keskeisiin ongelmiin. [Suomalainen teologinen kirjallisuusseura].
- Kuusela, S. (2010). Valta ja vuorovaikutus johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino. Noudettu 2021-3-3 osoitteesta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66677/978-951-44-8297-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kyytsönen, M., Hyppönen, H., Koponen, S., Kinnunen, U-M., Saranto, K., Kivekäs, E., Kaipio, J., Lääveri, T., Heponiemi, T., & Vehko, T. (2020). Tietojärjestelmät sairaanhoitajien työn tukena eri toimintaympäristöissä: kokemuksia tuotemerkeittäin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 12. 250-269. 10.23996/fjhw.95704.
- Lapointe, L. & Rivard, S., (2005). A Multilevel Model of Resistance to Information Technology Implementation. *MIS Quarterly*, 29(3), pp. 461-491. doi:10.2307/25148692
- Lappavirta, A. (2009). Työyhteisön arvot ja työn arvostus [Opinnäytetyö (ylempi AMK), Pirkanmaan ammattikorkeakoulu]. Noudettu 2021-2-22 osoitteesta [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3603/Lappavirta\\_Anneli.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3603/Lappavirta_Anneli.pdf?sequence=1)
- Laukkarinen, J. (2014). *Johtajan valta ja pelko* (1. p.). Helsinki: Kauppakamari.
- Markus, M. (1983). Power, politics, and MIS implementation. *Communications of the ACM*, 26(6), pp. 430-444. doi:10.1145/358141.358148

- Martin, G., Khajuria, A., Arora, S., King, D., Ashrafian, H. & Darzi, A. (2019). The impact of mobile technology on teamwork and communication in hospitals: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 26(4), 339. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy175>
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional Care*, 28(6), 526-533. <https://doi.org.proxy.uwasa.fi/10.3109/13561820.2014.934338>
- May, T. (1993). The nurse under physician authority. *Journal of Medical Ethics*, 19(4), 223. <https://doi.org/10.1136/jme.19.4.223>
- Meskó, B., Drobni, Z., Bényei, É., Gergely, B., & Gyórfy, Z. (2017). Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth*, 3, 38. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.08.07>
- Mosa, A. S., Yoo, I., & Sheets, L. (2012). A systematic review of healthcare applications for smartphones. *BMC medical informatics and decision making*, 12, 67. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-67>
- Nguyen, L., Bellucci, E. & Nguyen, L. T. (2014). Electronic health records implementation: An evaluation of information system impact and contingency factors. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 83(11), 779-796. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.011>
- Nyman, S. & Perttu, M. (2010). Sairaanhoidajien kokemuksia ja odotuksia työyhteisön ulkopuolelta tulevasta arvostuksesta. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Noudettu 14.4.2021 osoitteesta <https://core.ac.uk/download/pdf/38021283.pdf>

- Palokangas, A. (2008). Valta sosiaali- ja terveydenhuollossa: Käsitteen määrittely ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Noudettu 14.4.2021 osoitteesta [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9386/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090058.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9386/urn_nbn_fi_uef-20090058.pdf?sequence=-1&isAllowed=y) 2008
- Pfeffer, J. (1992) Understanding Power in Organizations. *California Management Review*; Winter 1992; 34, 2; ABI/INFORM Collection pg. 29.
- Pirnejad, H., Niazkhani, Z., van Der Sijs, H., Berg, M. & Bal, R. (2008). Impact of a computerized physician order entry system on nurse–physician collaboration in the medication process. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 77(11), 735-744. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.04.001>
- Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Rashotte, J., Varpio, L., Day, K., Kuziemsky, C., Parush, A., Elliott-Miller, P., King, J.W. & Roffey, T. (2016). Mapping communication spaces: The development and use of a tool for analyzing the impact of EHRs on interprofessional collaborative practice. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 93, 2-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.05.003>
- Raymond Daniel Gordon. (2007). *Power, Knowledge and Domination*. Samfundslitteratur
- Salminen, L., Stolt, M., Suhonen, R., Anttila, S., Tuomela, K., Heikkilä-Laakso, K., Holopainen, A., Siirala, M., Hellsten, J., Ylönen, M., Riekkinen, P., Tuominen, M., Nyqvist, L., Korja, R., Heikkinen, K., Kortekangas-Savolainen, O., Rautava, P.,

Pakarinen, M., Peltoniemi, J. & Salakoski, M. (2017). *Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia*. Turun yliopisto.

Sandström, S., Keiski-Turunen, A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. (2018). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 44. Haettu 2021-3-17 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2018061225734>

Saranto, K., Kinnunen, U-M., Koponen, S., Kyytsönen, M., Hyppönen, H., & Vehko, T. (2020). Sairaanhoidajien valmiudet tiedonhallintaan sekä kokemukset potilas- ja asiakastietojärjestelmien tuesta työtehtäviin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 12. 212-228. 10.23996/fjhw.95711.

Sepasi, R. R., Abbaszadeh, A., Borhani, F. & Rafiei, H. (2016). Nurses' Perceptions of the Concept of Power in Nursing: A Qualitative Research. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 10(12), p. LC10. doi:10.7860/JCDR/2016/22526.8971

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Saatavilla 2020-12-03 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STN COPE (2017). Digitalisaation haasteet yhteisiä eri maissa. Noudettu 2020-12-02 osoitteesta <https://www.stncope.fi/uutiset/digitalisaation-haasteet-yhteisia-eri-maissa/>

Støstad, J., Virtanen, H. & Bergholm, T. (2016). *Parempaa palvelua!: Terveystuollon, hoivan ja koulun tulevaisuus*. Helsinki: Into Kustannus Oy

- Suomen sairaanhoitajaliitto & Pirhonen, K. (2016). *Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Fioca.
- Svensson, A. (2019). Challenges in Using IT Systems for Collaboration in Healthcare Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1773. doi:10.3390/ijerph16101773
- Tan, T., Zhou, H. & Kelly, M. (2017). Nurse-physician communication – An integrated review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3974-3989. <https://doi.org/10.1111/jocn.13832>
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valtiovarainministeriö (2019). Julkishallinnon digitaaliset palvelut. Saatavissa 21.10.2019: <https://vm.fi/sahkoiset-palvelut>.
- Vanhustyön keskusliitto & Leikas, J. (2014). *Ikätekniologia* (1. p.). [Helsinki]: Vanhustyön keskusliitto. Raisio: Newprint Oy
- Vehko, T., Ruotsalainen, S. & Hyppönen, H. (2019). E-health and e-welfare of Finland: Check Point 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 14.4.2021 osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/138244?show=full>
- Vos, J. F., Boonstra, A., Kooistra, A., Seelen, M. & Offenbeek, v. (2020). The influence of electronic health record use on collaboration among medical specialties. *BMC*

*Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05542-6>

Weber, M., Roth, G. & Wittich, C. (1968). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Vol. 1. Bedminster Press.

Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*, 2. Vol. 2 ([2nd] pr.). University of California Press.

## **Liitteet**

### *Liite 1. Haastattelurunko*

#### **Terveydenhuollon ammattilaisten roolien ja tietojärjestelmämuutoksen haastattelurunko**

**Digitaalisilla/sähköisillä terveystalveluilla** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa Euroopan unionin määritelmän mukaisesti tieto- ja viestintäteknologioiden käyttöä terveydenhuollon tuotteissa, palveluissa ja prosesseissa. Terveydenhuollon ammattilaisten käyttämiä digitaalisia terveystalveluja ovat esimerkiksi sähköinen potilaskertomus, laboratorion ja kuvantamisen tietojärjestelmät, sähköinen lähete-palaute, sähköinen resepti, sähköiset tietokannat ja päätöksentuki, etäkonsultaatio ja -koulutus sekä erilaiset potilaskontakteissa käytettävät portaalit, kuten Kanta tai Omaolo.

#### **Taustatiedot**

Ikä, sukupuoli, koulutus, työ

Työkokemuksen määrä ja työskentelyaika nykyisessä organisaatiossa

Miten pitkään olet käyttänyt sähköisiä terveystalveluja ja tietojärjestelmiä työssäsi?

#### **Teema 1. Sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät**

Mitä sähköisiä terveystalveluja ja tietojärjestelmiä käytät työssäsi?

Miten paljon sähköisiä terveystalveluja ja tietojärjestelmiä käytät työssäsi?

#### **Teema 4. Sähköisten terveystalvelujen aiheuttamat muutokset terveydenhuollon**

##### **ammattillisissa rooleissa**

Miten sähköiset terveystalvelut ovat muokanneet työnkuvaasi?

Oletko huomannut, että sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät olisivat muokanneet jotenkin roolejanne työyhteisössä?

Miten käytössäsi olevat sähköiset terveystalvelut ja tietojärjestelmät ovat muuttaneet ammatillisista rooliasi ja toimintaasi suhteessa (työnkuvan muutos/ työnjaon muutos)

a) lääkäreihin

b) hoitohenkilökuntaan

c) muihin?

Koetko, että jatkuvasti lisääntyneet sähköiset terveyspalvelut ovat siirtäneet sinulle työtehtäviä, joita sinulla ei ole aikaisemmin ollut?

(Koetko nykyisin tekeväsi sellaisia töitä, mitkä joku toinen on tehnyt ennen sähköisiä palveluja?)

Tai toisin päin, onko sinulta poistunut jotain työtehtäviä jollekin muulle henkilölle/ammattiryhmälle?

Koetko, että vuorovaikutus muiden ammattilaisten kanssa (oman ammattiryhmän sisällä/ulkopuolisten kanssa) on muuttunut jotenkin?

Millaisena koet mahdolliset roolien muutokset organisaatiossanne?

### **Teema 5. Roolien muutoksen vaikutus arvostukseen, auktoriteettiin ja valtaan**

Miten kuvailisit arvostusta työyhteisössäsi?

Miten arvioisit digiosaamisen merkitystä työyhteisön sisäisissä rooleissa? Määrittääkö digiosaaminen

a) rooleja?

b) entä arvostusta?

Koetko, että sähköiset terveyspalvelut olisivat antaneet jotain etuoikeuksia tietyille henkilöille/ammattiryhmille?

Miten luulet sähköisten terveyspalveluiden ja tietojärjestelmien vaikuttavan henkilöiden/ammattiryhmien arvostukseen tai valtaan?

Lisääntyykö joidenkin ammattiryhmien arvostus sähköisten terveyspalveluiden lisääntyessä?

Jos lisääntyy, niin miksi?

Väheneekö joidenkin ammattiryhmien arvostus sähköisten terveyspalveluiden lisääntyessä?

Jos vähenee, niin miksi?

Miten koet, millaiselta nämä arvostuksen ja vallan muutokset tuntuvat omalla kohdallasi?

Muokkaavatko ne ammatti-identiteettiäsi? miten?