

RIIKKA LÄMSÄ

POTILAS- KERTOMUS

ETNOGRAFIA POTILUUDESTA SAIRAALAOSTON KÄYTÄNNÖISSÄ



RIIKKA LÄMSÄ

POTILAS- KERTOMUS

ETNOGRAFIA POTILUUDESTA SAIRAALAOSTON KÄYTÄNNÖISSÄ

Tutkimus 99 • 2013



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Riikka Lämsä & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Juuso Harvala

Taitto: Seija Puro

ISBN 978-952-245-838-4 (painettu)

ISSN 1798-0054 (painettu)

ISBN 978-952-245-839-1 (verkkajulkaisu)

ISSN 1798-0062 (verkkajulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-839-1>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Tampere 2013

Pikkuveljelle

Sisällys

1 JOHDANTO	7
Sairaala, potilas ja käytäntö	11
Tutkimusasetelma	20
Etnografia ja aineisto	23
Kirjan rakenne	26
2 SAIRAALAOSASTO TUTKIMUSKENTTÄNÄ	29
Kentälle pääsyn haaste	29
Tutkijana osastoilla	34
3 POTILAAXI TULON TILA, AIKA JA TEKNOLOGIA	47
Potilaaksi tulon materiaalisuus	48
Mikrobi potilashuonejaossa	57
Ajan moninaisuus	64
Telemetry toimijana	70
4 LÄÄKÄRINKIERTO SOSIAALISTEN SUHTEIDEN JA TIEDON VÄLITTÄJÄNÄ	79
Lääkärinkierrolla	80
Lääkärinkierron vuorovaikutus	84
Potilashuonejulkisuus	90
Suullisten ja kirjallisten tiedonkäsittelykäytäntöjen eroista	98
5 KOTIUTTAMINEN OSASTOLTA	105
Kotiuttamisen monimutkaisuus	105
Kotiuttamisperusteet	110
Neuvotteluja kotiuttamisesta	112
Neuvottelut potilaasta, vallasta ja sairaalasta	121
6 SAIRAALAOSASTON POTILUUS	126
Potiluuden ulottuvuudet	126
Potiluuskuviot	130
7 LOPUKSI	140
Keskustelua tuloksista	140
Tutkimuksen arviointia	147
Tutkimuksen anti	151

Liitteet	155
Metodologiset lähtökohdat	156
Tiedote ja suostumuslomake	163
Tutkimusaineisto	165
Aineiston analyysi	172

Kiitokset	177
Tiivistelmä	180
Abstract	182

Lähteet	184
----------------	------------

1 JOHDANTO

Kesällä 2006 vietän työaikani erikoissairaanhoidon tarjoavan sairaalan sisätautiosastolla. Olen tekemässä Osasto Akuutiksi nimittämälläni osastolla väitöskirjatutkimukseeni liittyvää aineistonkeruuta. Juhannuksen aikoihin havainnoin erityisesti potilashuoneiden tapahtumia. Eräänä päivänä astun sisään naisten potilashuoneeseen heti kahdeksan jälkeen aamulla. Huoneen kaikki potilaat, neljä iäkästä rouvaa, istuvat sängynreunoillaan aamiaistarjottimet edessään syömässä ja keskustelemassa alatooppimakkaran teosta. Kerron potilaille tutkimuksestani ja pyydän lupaa seurata huoneen tapahtumia ja tutustua potilaisiin. Ovesta heti vasemmalla, ykköspaikaksi kutsutulla paikalla, istuu 71-vuotias Liisa, joka on tullut osastolle toisesta sairaalasta sydänleikkauksen jälkeiseen jatkohoitoon. Hänen vieressään, ikkunan alla kakospaikalla, on huoneen nuorin potilas, 65-vuotias Ritva. Ritvan liikkuminen on hidasta ja vaivalloista. Hän on osastolla tutkimuksissa kohonneiden tulehdusarvojen vuoksi. Ikkunaseinällä Ritvaa vastapäätä on 77-vuotias Annikki, jolla on monien perussairauksiensa lisäksi nyt sairaalahoitoa vaativaa hengenahdistusta. Neljännellä potilaspaikalla, ovesta heti oikealla, istuu huoneen vanhin ja samalla pirtein potilas, 81-vuotias Aino, joka on osastolla huimauksen ja kaatuilun vuoksi.

Istuudun ikkunan alle potilassänkyjen väliin kannettavan tietokoneen kanssa. Näen paikaltani kaikkialle huoneeseen ja kirjaan ylös tapahtumia ja keskustelen potilaiden kanssa harvakseltaan. Istun paikallani lyhyttä taukoa lukuun ottamatta puoleen päivään asti. Puoli yhdeksän aikaan Ritva kyselee, ”onko aamulääkkeet jo tulleet”. ”Kyllä ne ovat ainakin minulle tuoneet”, Annikki vastaa. Liisa ja Ritva etsivät lääkkeitään. ”Ai, täällä kaukana ne ovatkin, olisivat jääneet ottamatta, jos et olisi alkanut kyselemään, Liisa huomaa. Muutamia minuuttia myöhemmin Liisa tarkastelee kädessään olevaa kanyyliä ja nestettä, joka on tarkoitus tiputtaa hänelle suoneen. ”Eikö tämä tippa tipu taas ollenkaan vai onko se loppu”, hän ihmettelee. Tipanlaskija alkaa piipittää ja Liisa kyselee, mitäs tämä nyt alkoi huutaa. Annikki kehottaa Liisaa soitta-

maan hoitajan paikalle, koska hoitajat eivät välttämättä kuule hälytystä. Liisa sanoo soittavansa ja pian hoitaja saapuukin paikalle todetakseen tiputuksen loppuneen. Huoneessa kuuluu jälleen piipitystä. Ritva ihmettelee ääntä ja Annikki kertoo sen olevan hoitajille. ”En ymmärrä, kuinka te erotatte nuo äänet”, Ritva hämmästelee.

Yhdeksän jälkeen sairaanhoitaja tulee huoneeseen Ritvan luo. Hän kyselee Ritvan vointia, mittaa lämmön, verenpaineen ja saturaatioarvon. Ritva kertoo vointinsa samanlaiseksi kuin aiemmin eli kurjaksi. Ritva ihmettelee saturaatiomittaria ja hoitaja kertoo mittarin ilmoittavan veren hapettumisarvon. ”95, tähän on hyvä”, hän huudahtaa. Hoitaja jatkaa mittausten parissa. Huoneessa soi hiljainen musiikki. Aino makoilee sängyllään ja seuraa hoitajan työskentelyä. Annikki näyttää nukkuvan ja Liisa istuu sängyllään ja vilkaisee kelloa. Hän kysyy hoitajalta, onko tämä nähnyt, missä lääkäri kulkee. Hoitaja kieltää nähneensä lääkäriä tänä aamuna ja ilmoittaa samalla Ritvalle tämän verenpaineen: ”138/90”. ”Tuo 90 ei kuulosta hyvältä”, Ritva miettii. ”Joo, pikasen se on koholla”, hoitaja vastaa ja poistuu huoneesta. Liisa istuu vuoteellaan ja mumisee hiljaa, että ”mua alkaa kyllästyttää taas” ja oikoo samalla vuodevaatteitaan.

Kymmenen aikaan Ritva kyselee muilta potilailta, tuleeko se lääkäri huoneeseen vai kutsutaanko potilaat muualle. Liisa vastaa, että kyllä se lääkäri tulee tänne, jokaisen potilaan luo. Käytävältä kuuluu puhetta ja Liisa arvelee, että sieltä se nyt tulee. Tulija onkin toinen sairaanhoitaja, joka tulee mittamaan Ainon verenpaineen. ”Aika korkea on tuo verenpaine, onko teillä verenpainelääke”, hoitaja kyselee Ainolta. Liisa kysyy hoitajalta, joko se lääkäri tulee. ”Joo, hän on tuolla kansliassa, tulee varmasti kohta”, hoitaja vastaa. Hoitaja mittaa Ainolta vielä lämmön. Kun kuumemittari piipittää, hoitaja nojautuu ottamaan mittarin nopeasti pois Ainon kainalosta. ”35,9” hän toteaa, kiittää ja poistuu huoneesta. Huoneeseen laskeutuu hiljaisuus ja potilaat odottavat lääkärin tuloa hiljaa makuultaan tai istualtaan. Viidentoista minuutin päästä käytävältä kuuluu ääniä, lääkärinkierto lähestyy. Vihdoin, kaksikymmentä yli kymmenen potilaiden odotus palkitaan ja lääkäri tulee huoneeseen, tervehtii ja menee ensiksi Liisan luo kysymään tämän vointia.

Aamu potilashuoneessa oli monella tavalla arkinen: täynnä pieniä tapahtumia, verkkaista keskustelua, tulemisia ja menemisiä, kodin piiristä tuttuja asioita kuten ruokailua ja peseytymistä. Aamuun ei liittynyt suurta draamaa, nopeita tilanteita tai hätätapauksia. Kaiken kaikkiaan aamu oli rauhallinen, ja tuntui hidastempoiselta ainakin jos vertaa mielikuviin, joita televisiosarjat meille sairaalasta tuottavat. Kuitenkin potilashuoneessa viettämäni tun-

nit olivat monella tapaa merkityksellisiä tutkimukseni kannalta. Olen kouluttanut leikkaus- anestesiahoitajaksi ja työskennellyt vuosia sitten sairaanhoitajana sairaalaosastoilla, leikkaussalissa ja päivystyspoliklinikalla. Potilashuoneessa istuminen avasi minulle aivan toisenlaisen näkökulman sairaalaan ja sairaalaosastoon ja mahdollisti potilaan kokemusmaailman tavoittamisen. Monet havainnoimani tapahtumat olivat merkityksellisiä myös temaattisesti. Ne osoittautuivat keskeisiksi sairaalaosaston arjessa ja olivat käytäntöjä, joihin tässä tutkimuksessa keskityn.

Potilashuoneen rouvat tuntuivat kovasti odottavan lääkärintuottoa. Välillä joku heistä vilkuili kelloa ja toinen ilmaisi tylsistymisensä. Potilaiden aika kului syöden, istuen, makoillen, vuodevaatteita oikoen ja keskustellen. Havainnot johdattivat minut tarkastelemaan sairaalaosaston aikaa (luku 3). Miten aika jäsentyy ja miten potilaiden kokemus ajasta eroaa muiden osastolla olevien, kuten lääkäreiden ja hoitajien, kokemuksesta? Analyysi osoittaa, että osastolla on kolmenlaista aikaa, joista potilaan aikaa leimaa odottaminen ja pieni toimijuus. Aikaan liittyvien huomioiden lisäksi havainnointi potilashuoneissa tuotti paljon kuvauksia osaston äänistä. Oli puhetta, käytävältä kantautuvaa hälyä ja erilaisia laitteista lähteviä piippauksia. Osa potilaista tunnisti äänet, mutta toisista ne kuulostivat käsittämättömiltä. Sairaalaosaston äänimaailman kuvaaminen ja analysointi johtivat ajatukseen, että äänen tunnistaminen ja toimiminen äänien edellyttämällä tavalla on yksi merkki sairaalaosaston potilaaksi tulosta (luku 3).

Alun ote havaintopäiväkirjasta osoittaa, että lääketieteellinen teknologia on läsnä osastolla jatkuvasti. Huoneen rouvat olivat monenlaisten lääketieteellisten interventioiden kohteena: heille jaettiin lääkkeitä, tiputettiin nesteitä suoneen ja mitattiin erilaisten laitteiden avulla lämpöä, verenpainetta ja veren hapettumista. Tässä tutkimuksessa tarkastelen yhden menetelmän, telemetri-an, avulla sitä, miten teknologiset laitteet vaikuttavat osaston arkeen (luku 3). Analyysi osoittaa, että teknologiset laitteet ovat osastolla aktiivisia toimijoita ja muokkaavat myös henkilökunnan ja potilaiden toimintaa. Aineisto-otteen lopussa kauan odotettu lääkäri vihdoinkin saapui potilashuoneeseen. Lääkärintuotto osoittautui merkitykselliseksi tapahtumakulukseksi osaston arjessa. Niinpä tarkastelen lääkärintuoton vuorovaikutusta ja lääkärintuottoa osana osaston tiedonkäsittelykäytäntöjä (luku 4). Analyysissä kuvaan kanssapotilaiden roolia lääkärintuotolla ja kiinnitän huomiota tiedon salassapitoon. Lisäksi kuvaan ja analysoin tässä tutkimuksessa perusteita, joilla potilashuoneet jaetaan (luku 3) ja potilaat kotiutetaan (luku 5).

Tutkimuksessa olen kiinnostunut potilaana olemisesta eli potiluudesta ja siitä, minkälaisena potiluus sairaalaosaston käytännöissä tuottuu. Kuvaan tutkimuksessa potilaan elämässä näkyviä ja siihen vaikuttavia sairaalaosaston käytäntöjä, mutta potilas on silti tutkimuksen keskiössä. Lähtökohtaisesti ajattelen, että potiluus tuottuu nimenomaan sairaalaosaston arkisissa käytännöissä ja tapahtumissa, minkä seurauksena analysoin erityisesti käytäntöjä eikä esimerkiksi tekstejä. Potilisuuden tuottumiseen vaikuttavat ihmisten lisäksi laitteet ja tavarat, joten olen tässä tutkimuksessa kiinnostunut myös niistä. Potilisuuden etsiminen sairaalaosaston käytännöistä on johtanut kuvaamaan potiluuksi viiden erilaisen ulottuvuuden avulla (luku 6). Ulottuvuudet kuvaavat potilaan pysyvyyttä, mittakaavaa, toimijuutta, erillisyyttä ja asemaa osastolla.

Aikaisempi yhteiskuntatieteellinen tutkimus suomalaisen sairaalaosaston käytännöistä ja potilaasta on ollut vähäistä. Sairaala on kuitenkin monesta syystä kiinnostava ja ajankohtainen tutkimuskohde. Terveystieteeseen kohdistuu valtavia muutospaineita kroonistuvien tautien, väestön ikääntymisen ja taloudellisten tehokkuusvaatimusten myötä. Terveystieteessä etsitään kiivaasti uudenlaisia toimintatapoja, joilla vastattaisiin muuttuvan yhteiskunnan vaateisiin. Yhtenä uudistuksena on esitetty potilaan roolin muuttamista. Poliitikkapuheille on leimallista potilaan valinnan vapauden, ja samalla vastuun, kasvattamisen ideologia. Uudenlainen potilas määrittyy asiantuntijaksi¹, asiakkaaksi ja terveystieteiden kuluttajaksi² sekä hoitoon ja päätöksentekoon osallistujaksi³.

Tutkimus paikantuu ajankohtaan, jolloin ideaa potilaan valinnan vapaudesta ja lisääntyvästä vastuusta omassa hoidossaan ollaan tuomassa juhla- ja poliitikkapuheista terveystieteiden palvelukäytäntöihin esimerkiksi valtakunnallisen Sosiaali- ja terveystieteiden kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) myötä. Vuosien 2008–2011 ohjelmassa tavoiteltiin muun muassa asiakkaan aseman vahvistamista, ja uusimmassa Kaste-ohjelmassa vuosille 2012–2015 yhtenä painopistealueena on rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyys⁴. Osallisuudella ja asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan kuulemistä ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Tässä tilanteessa on kiinnostavaa tarkastella, millaisena potiluus tuottuu terveystieteiden instituution ruohonjuuritason, sairaalaosaston, käytännöissä. Tutkimustuloksia voi tarkastella esimerkiksi siitä näkökulmasta, miten tämän päivän sairaalaosastopotilas vastaa poliitikkatasolla esitettyä ideologiaa tai miten osastokäytäntöjä tulisi kehittää, jotta haluttu tavoite saavutettaisiin.

Sairaala, potilas ja käytäntö

Sairaala

Tutkimuksen keskeisenä käsitteenä ja samalla empiirisenä tutkimusympäristönä on sairaala ja sairaalaosasto. Sairaala saa monenlaisia merkityksiä niin yhteiskunnassa kuin ihmisten elämässäänkin. Sairaalan tehtävänä on sairaksi määriteltyjen ihmisten hoitaminen ja parantaminen. Näin sairaala saa käytännöllisten tehtävien lisäksi moraalisen merkityksen yhteiskunnassa.⁵ Perinteisessä antropologisessa näkemyksessä sairaalaa on pidetty muusta maailmasta eristyksissä olevana saarekkeena, jossa on omanlaisensa ja muusta yhteiskunnasta poikkeava kulttuuri⁶. Toisessa näkemyksessä sairaala tulkitaan yhteiskunnan pienoismalliksi. Esimerkiksi Bangladeshissa sairaalaa tutkinut Shahaduz Zaman on esittänyt, että ympäröivän yhteiskunnan arvot, säännöt ja normit näkyvät myös sairaalassa, ja tältä osin sairaalakulttuurit vaihtelevat maittäin⁷. Molemmat näistä lähestymistavoista tavoittavat jotain siitä, mitä sairaala on. Osa sairaalan käytännöistä on pysynyt muuttumattomina vuosikymmenten ajan. Siten voi ajatella, että vakiintuneet ja piintyneet käytännöt rakentavat sairaalaan omanlaistaan, muusta yhteiskunnasta erillistä, kulttuuria. Toisaalta yhteiskunnassa vallalla olevat ajattelumallit ja toimintatavat, esimerkiksi palvelujen kilpailuttaminen, ovat muodostuneet sairaaloidenkin käytännöiksi.⁸

Sairaalan ihmisen elämässä sairaala saa monenlaisia merkityksiä. Sairaala edustaa potilaalle ja omaisille sekä murhetta että toivoa: sairaus on epämieluisa asia, mutta samalla hoidon saaminen herättää toivoa. Usein sairaalasta muodostuu elämän ja kuoleman taistelukenttä, jossa ihmisellä on mahdollisuus, tai hänen on pakko, ottaa kantaa elämänsä tarkoitukseen, ystäväyteen, kuolemaan ja muihin elämän perusasioihin.⁹ Sairaalapotilas on saanut yhteisössään sairaan roolin¹⁰. Sairaala erottaa potilaan normaaleista ihmissuhteista ja vuorovaikutuksesta. Fyysinen eristäytyneisyys normaalista elämästä antaa vapautuksen jokapäiväisistä tehtävistä ja velvollisuuksista. Samalla potilaan velvollisuutena on ottaa vastaan hoitoa ja noudattaa annettuja ohjeita. Antropologisesti sairaalan voi tulkita tilaksi, jossa ihminen kohtaa kulttuurisia siirtymäriittejä terveen ja sairaan, elävän ja kuolleen välisissä luokitteluuissa¹¹.

Somaattista sairaalaa voi lähestyä myös Erving Goffmanin kuvaamana tottaalisena instituutiona. Psykiatrisia sairaaloita, vankiloita, luostareita ja sisäoppilaitoksia yhdistää Goffmanin mukaan moni asia. Niissä ”asukit” tekevät kaikki normaaliin arkeen kuuluvat päivittäiset toiminnot samassa paikassa, samanaikaisesti muiden asukkien kanssa ja tarkasti aikataulutettuina päinvas-

toin kuin laitoksen ulkopuolisessa maailmassa. Asukkien sosiaalista vaihtoa ja kanssakäymistä ulkomaailman kanssa on rajoitettu. Henkilökunnan tehtävänä on valvoa asukkien toimintaa ja esimerkiksi rajoittaa asukin ja ylemmän henkilökunnan kommunikaatiota. Viime kädessä totaalisten instituutioiden tavoitteena on asukkiansa minuuden muuttaminen.¹²

Ajat ja hoitotavat ovat Goffmanin ajoista paljolti muuttuneet ja esimerkiksi psykiatriassa on otettu käyttöön uudenlaisia psykenlääkkeitä ja hoidon terapeuttinen ote on vahvistunut. Kuitenkin somaattisellakin sairaalalla on edelleen myös yhtymäkohtia Goffmanin kuvaaman totaalisten instituution kanssa. Sairaalassa potilaat yhä nukkuvat, syövät ja oleskelevat tietyn aikataulun mukaan, samassa tilassa ja samojen ihmisten kanssa. Nykypäivänä tämä piirre ei kuitenkaan enää poikkea niin totaalisesti ihmisten arjesta, jossa työ- ja vapaa-aika usein limittyvät keskenään, yhä useampaa työtä voi tehdä tilasta ja ajasta riippumatta ja samoja ihmisiä tavataan sekä työ- että vapaa-ajalla. Totaalisempi piirre nykyajan sairaalassa voikin potilaalle olla se, että hänet irrotetaan omasta työstään.

Totaalisissa laitoksissa asukin yhteydenpitoa ulkomaailmaan on rajoitettu, ja osittain se pitää paikkansa myös nykypäivän sairaalassa. Omaisille on useimmilla osastoilla vierailuajat. Mitä intensiivisempää hoitoa osastolla annetaan, sitä enemmän omaisten kulkua on rajoitettu: teho-osastolla on tiukat vierailuajat, mutta hoivaosastoilla omaiset on usein kutsuttu mukaan hoivatyöhön ja ajanviettoon. Viime vuosina potilaan kanssakäymistä omaisten kanssa on helpottanut lupa käyttää matkapuhelimia myös sairaalan sisältä.

Työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna sairaala on lukuisten eri ammattiryhmien työpaikka, ja sitä luonnehtii yksityiskohtainen työnjako ja hierarkkinen järjestys. Eri professiot, sukupuolet sekä hoiva ja hoito kohtaavat ja neuvottelevat sairaalassa kulttuurisesta järjestyksestä¹³. Veronmaksajille ja poliittisille päättäjille sairaala näyttäytyy taloudellisena hankkeena¹⁴ ja sairaala on enenevästi otettu markkinataloudellisen ajattelun piiriin¹⁵. Sairaala on lääketieteellisen katseen ja näkemisen paikka¹⁶. Siellä on sen alkuaajoista asti harjoitettu ja harjoitettu lääketieteellisiä taitoja ja siirretty ja levitetty lääketieteellistä tietoa. Sairaala on aina ollut myös hoivan paikka, ja se on lääketieteen ohella hoitotyön ja -tieteen toimintaympäristö. Nykypäivän sairaala on teknistynyt, ja se on yhä kehittyneemmän teknologian kehitys- ja käyttöympäristö. Sairaalalle on annettu jopa uskonnollinen rooli niin, että tiede ja teknologia toimivat totuutena ja tienä pelastukseen¹⁷.

Historiallisesti sairaalalaitoksen ja sairaanhoidon kehitystä voi kuvata evoluutiona, jossa sairaalan rooli ja institutionaaliset rajat ovat muuttuneet yhteis-

söjen ja kulttuurien mukana¹⁸. Terveysthuollon historioitsija Guenter B. Risse on kuvannut ensimmäisiä sairaaloita armon, turvan ja kuoleman paikoiksi. Leprasairaita ja ruttotautisia kontrolloitiin eristämällä heidät yhteiskunnasta omiin yhteisöihinsä. Renessanssin aikaan sairaaloiden tehtävä muuttui kuntouttavaksi, koska yhteiskunta tarvitsi tuottavia jäseniä. Lääketieteen kehittyminen siirsi sairaalan toiminnan fokuksen parantamiseen 1700-luvulta alkaen. Sairaalaista tuli lääketieteellisen ja myöhemmin myös sairaanhoidollisen opetuksen ja tutkimuksen keskus. Sairaaloissa tehdyt ruumiinavaukset mahdollistivat anatomisen tiedon ja fyysisten tutkimusmenetelmien kehittymisen edelleen. Yleisanestesian keksiminen 1850-luvulla muutti sairaalat kirurgisiksi, ja 1900-luvulle tultaessa lääketieteellisen tiedon ja teknologian kehittyminen on tehnyt sairaaloista tieteen keskuksia. Nykypäivän sairaalaa Risse kuvaa korkean teknologian tilaksi, jossa potilaille tarjotaan intensiivisintä hoitoa monimutkaisten diagnostisten ja terapeuttien menetelmien avulla.¹⁹

Suomessa on perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon jakaantuneen terveydenhuoltojärjestelmän myötä kahdenlaisia sairaaloita. Väestön perusterveydenhuolto hoidetaan kuntien tai kuntayhtymien omistamissa terveyskeskuksissa ja terveyskeskussairaaloissa, tai vaihtoehtoisesti kunnat voivat ostaa vastaavat palvelut yksityiseltä toimijalta. Terveyskeskussairaaloissa on vuodeosastoja, joissa annetaan kuntalaisille sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Erikoissairaanhoidon järjestetty sairaanhoitopiireittäin, joita Suomessa on kaksikymmentä. Sairaanhoitopiirien sairaalat ovat aluesairaaloita, keskussairaaloita tai yliopistollisia sairaaloita. Aluesairaalat tarjoavat terveyskeskussairaaloita erikoistuneempaa hoitoa, mutta tarjolla on yleensä vain keskeisimmät erikoisalut, tai sairaala on erikoistunut tiettyyn alueeseen, esimerkiksi lapsiin. Keskussairaaloissa ovat edustettuina useimmat lääketieteen alat, ja ne ovat sairaanhoitopiirin keskeisiä sairaaloita. Keskussairaalassa toimii erikoissairanhoidon ympärivuorokautinen päivystys. Yliopistolliset sairaalat, joita Suomessa on viisi, ovat kaikkein suurimpia ja erikoistuneempia sairaaloita. Niissä on edustettuina lähes kaikki lääketieteen erikoisalut, ja lääketieteelliset tiedekunnat toimivat niiden yhteydessä. Terveyskeskussairaaloiden ja sairaanhoitopiirien omistamien sairaaloiden lisäksi Suomessa on joitakin yksityissairaaloita.²⁰

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on käytössä hoidon porrastus: tavoitteena on hoitaa potilas mahdollisimman vähän erikoistuneessa hoitoyksikössä ja siten minimoida hoidosta aiheutuvat kustannukset. Sairaala hoitoa tarvitsevalle potilaalle hoidon porrastus näyttäytyy esimerkiksi niin, että potilaalle tehdään vaativa leikkaus yliopistollisessa sairaalassa, josta hä-

net siirretään toiseen erikoissairaanhoidon sairaalaan toipumaan ja edelleen mahdollisimman nopeasti halvempaan kunnalliseen hoitoyksikköön. Ennen kotiinpaluuta potilas voi vielä kuntoutua neljännellä sairaalaosastolla. Jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon on kuitenkin muuttumassa, ja uuden 1.5.2011 voimaan tulleen Terveyspalvelulain avulla pyritään varmistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö²¹. Terveyspalveluun kenttää muuttaa myös lisääntyvä palvelutuotannon yksityistäminen.

Vuonna 2010 somaattisen erikoissairaanhoidon sairaalaosastoilla ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin yhteensä noin 800 000 potilasta 1,25 miljoonalla hoitopäivällä. Yhteensä hoitopäiviä kertyi 9,6 miljoonaa. 2000-luvun puolivälistä alkaen luvuissa on nähtävissä trendi, jossa hoitopäivien ja hoitopäivien määrä on laskussa ja vastaavasti käyntien määrä nousussa. Tämä kertoo terveydenhuollon hoitokäytäntöjen muutoksesta avohoitopainotteiseksi.²²

Suomessa sairaalalla on monenlaisia yhtymäkohtia muihin sosiaali- ja terveysalan instituutioihin, kuten äitiyspoliklinikoihin, terveyskeskuksiin, neuvontapisteisiin tai lastensuojelulaitoksiin. Yhteistä kaikille näille on julkisrahoitteisuus, toiminnan säätely puitelakien, erillislakien ja asetusten kautta, viranomaisvalvonta ja niissä tehtävien päätösten oikeudellinen asema. Instituutiot eroavat toisistaan esimerkiksi siinä, minkälaisia interventioita niissä toteutetaan, mitkä ammattiryhmät niissä työskentelevät tai minkälaiselle paradigmatille toiminta perustuu. Asiakkaiden tai potilaiden asema vaihtelee vapaaehtoisuuden, asiakkuuden pituuden ja vaikutusmahdollisuuksien osalta. Suomessa edellä mainituista instituutioista on tehty myös etnografista tutkimusta: esimerkiksi Riikka Perälä on tutkinut huumeiden käyttäjien terveysneuvontapistettä, Anna Leppo päihdetyöhön erikoistunutta äitiyspoliklinikkaa, Maritta Törrönen lastenkotia ja sairaalaa ja Johanna Hurtig lastensuojelun perhetyötä²³.

Tämän tutkimuksen miljöönä on sairaalan vuodeosasto, joka on sairaalan perusyksikkö. Vuodeosastot, tai rinnakkaisena terminä sairaalaosastot, on yleensä jaettu lääketieteen erikoisalojen mukaan esimerkiksi kirurgiseen osastoon ja sisätautien, keuhkotautien ja syöpätautien osastoihin. Sairaalaosastoilla hoidetaan potilaita, jotka joutuvat jäämään sairaalaan yhdeksi tai useammaksi yöksi. Näin ollen kaikille sairaalaosastoille sairaalasta tai osaston erikoisalasta riippumatta on yhteistä se, että niissä tarvitaan tilat potilasvuoteita varten. Aiemmin potilaan tutkiminen ja hoito tapahtui lähinnä sairaalaosastolla ja vieläpä potilassängyssä, mutta lääketieteen ja teknologian

kehittymisen myötä osaston ”omavaraisuus” on tältä osin vähentynyt niin, että tutkimuksista ja hoidoista iso osa tehdään osaston ulkopuolella. Osaston fyysiset tilat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: potilashuoneisiin, erilaisiin hoidollisiin ja hallinnollisiin tiloihin sekä liikennettä ja yleistä oleskelua varten tarkoitettuihin tiloihin.²⁴

Sairaalaa on tutkittu samaan tapaan havainnoiden kuin tässäkin tutkimuksessa melko runsaasti eri tieteenalojen piirissä. Sosiologisen sairaalatutkimuksen lisääntyminen Yhdysvalloissa 1950- ja 60-luvulla liittyi kasvavaan kiinnostukseen toiminnan ja vuorovaikutuksen tutkimiseksi Chicagon koulukunnan myötä. Yhteiskuntatieteellisen sairaalaa koskevan instituutiotutkimuksen klassikko on Erving Goffmanin mielisairaalaa totaalisenä instituutiona käsittelevä teos²⁵. Muita varhaisia sairaalasiologisia tutkimuksia ovat esimerkiksi Rose Coserin somaattista sairaalaa²⁶ ja William Caudillin psykiatrista sairaalaa²⁷ käsittelevät teokset. Suomessa julkaistiin 1960-luvulla Lea Aaltosen sairaalan sosiaalisia suhteita ja elämää valottava teos, joka pohjautuu pitkälti juuri amerikkalaiseen tutkimukseen²⁸. Antropologian piirissä kiinnostus eksoottiseen toiseen johti siihen, että tutussa kulttuuripiirissä sijaitsevat sairaalat olivat antropologeille pitkään liian lähellä ja liian tuttuja. Mielenkiinto on kuitenkin kääntynyt myös itseen niin, että etnografinen sairaalatutkimus tutkijan omassa kulttuuriympäristössä on viime vuosina nousut uudenlaisen kiinnostuksen kohteeksi.²⁹

Viimeaikainen etnografinen sairaalatutkimus on temaattisesti laaja-alaista: on tutkittu vuorovaikutusta, sairaalaosaston toimijoita ja teknologioita. Esimerkiksi Timothy Diamond on edelleen ajankohtaisessa etnografiassaan tutkinut kielenkäyttöä ja narratiiveja tarkastelemalla hoivakoteja ja sitä, kuinka niistä on tullut liiketoimintaa, kuinka ”harmaa on saatu muuttumaan kullaksi”. Diamond kuvaa, kuinka henkilökunta yrittää työllään luoda hoivakodista vanhuksille levon paikkaa, mutta tiukat aikataulut pakottavat potilaiden ja tehtävien tehdasmaiseen tuotantoon, ja aikatauluttaa ja mittaa palveluja ja tuloksia. Sekä hoivakodin asukkaat, heidän omaisensa että ruohonjuuritason työntekijät vastustavat kaikki hoivakodin muuttamista lääketieteen ehdoilla toimivaksi sairaalaksi ja sen mukanaan tuomia työnkuvien ammattimaistumista, kaupankäyntiä hinnoilla ja tuotoilla sekä kustannus-hyöty-rationaliteettia. Diamondin mukaan tällainen hallinnollinen rationaliteetti ei kohtaa asukkaita emotionaalisine tarpeineen vaan määrittää heidät osaksi diagnostisia kategorioita kieltäen samalla heidän olemassaolonsa.³⁰

Samaa tematiikkaa jatkaa Sanna Järnströmin vuonna 2011 ilmestynyt väitöskirja, jossa hän tarkastelee etnografisesti geriatriksen sairaalan asiakkuutta

ja asiakaslähtöisyyttä. Tutkimus ei anna kovin hyvää kuvaa suomalaisen osastohoidossa olevan vanhuksen itsemääräämisoikeudesta, osallistumisesta ja tasavertaisesta vuorovaikutuksesta tai tiedonsaannista. Näissä kaikissa on puutteita, ja asiakaslähtöisyys jää pelkäksi ideaaliksi. Diamondin tapaan Järnström kritisoi palvelujärjestelmän tehokkuusajattelua ja joustamattomuutta, rutiniinomaisuutta, medikalisaatiopainotteisuutta sekä hierarkisuutta.³¹

Myös Anne Hartikainen on tutkinut ikääntyneitä tekemällä etnografiaa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hän keskittyy tutkimuksessaan tarkastelemaan potilaiden ja vapaaehtoisten välisiä kohtaamisia. Vapaaehtoisen hoivan kulmakiviä ovat osallisuus, tekeminen, luottamus ja läsnäolo. Kohtaamisissa vapaaehtoisen identiteetti rakentuu muistelijan, kannustajan tai aktivoijan identiteetiksi. Vanhuksen vaihtoehtoisia identiteettejä ovat kuulijan, muistelijan, muistamattoman, puolustautujan, runoilijan tai kuolevan identiteetit. Tutkimus osoittaa vapaaehtoistyön olevan merkittävä voimavara, mikäli vastuukysymyksistä, vapaaehtoisten roolista ammattilaisten rinnalla ja tapaamisista hoitohenkilökunnan kanssa on tehty selkeitä sopimuksia.³²

Per Måseiden etnografisen tutkimuksen kohteena on ollut 500-paikkainen sairaala ja erityisesti osastojen vuorovaikutukselliset ilmiöt. Hän kuvaa työssään norjalaisen sairaalaosaston toimijoiden kielenkäyttöä, kommunikointia, sosiaalistumista, osallistumista ja yhteistyötä. Tutkimus keskittyy lääkärin kliiniseen työhön, jonka Måseide jakaa todellisuutta tuottavaan ja uusintavaan työhön ja toiseksi ongelmatyöhön. Hän kuvaa kuinka toimija voi osastolla saada sekä kompetenttin jäsenen aseman (agent) tai jäädä ulkopuoliseksi toimijaksi (actor). Kompetentti jäsen on sisäistänyt tiedon, jota tarvitaan tarkoituksenmukaiseen toimintaan osastolla ja siten hän uusintaa organisaatiota. Potilaat jäävät osastolla usein ulkopuoliksi toimijoiksi: he eivät ole sosiaalistuneet osaston toimintaympäristöön, joten he tarvitsevat vahvempaa käyttäytymisen kontrollointia, jotta heidän toimintansa olisi relevanttia organisaation näkökulmasta.³³

Myös Anssi Peräkylä on tarkastellut somaattisen sairaalaosaston vuorovaikutusta analysoiden sairaalahenkilökunnan suhdetta kuolevaan potilaaseen. Kuolevan potilaan hoito ei ole yksi toimintakokonaisuus vaan se muodostuu useista toimintaa ja toimijoiden identiteettejä määrittävistä kehyksistä. Lääketieteellisessä kehyksessä kuolema merkitsee biologisia prosesseja, ja keskeisenä toimintona on potilaan ruumiin tapahtumien määrittely ja hoito. Käytännöllisessä kehyksessä kuolema tarkoittaa käytännöllisiä toimia, joihin on ryhdyttävä kuoleman tullessa. Tällaisia ovat esimerkiksi kuolleen ruumiin laittaminen ja yhteydenotto omaisiin. Maallikkokehyksessä kuolema

merkitsee järkytystä ja surua, ja keskeisenä toimintona on tunteiden ilmaisu. Myös psykologisessa kehyksessä tunteet ovat keskeisiä, mutta ne ovat identifioitavissa, hallittavissa ja ohjailtavissa.³⁴

Antropologista sairaalatutkimusta on viime vuosina tehnyt esimerkiksi Shahaduz Zaman. Hän on tarkastellut osallistuvan havainnoinnin keinoin bangladeshiläisen sairaalan elämää. Tutkimuksen lähtökohtaisena ajatukse-
na on, että sairaala on yhteiskunnan pienoismalli. Zamanin mukaan bangladeshiläisen sairaalan ja samalla ympäröivän kulttuurin ja yhteiskunnan piirteitä ovat yleistynyt köyhyys, sosiaalinen hierarkia, perheen arvo, laajalle levinnyt väkivalta, naisten näkymättömyys ja yleisen moraalin hupeneminen.³⁵

Muita sairaalaosastoilla tehtyjä etnografioita ovat esimerkiksi Attila Brunin, Nicholas Foxin, Diana Gibsonin, Joan Hoffmanin ja Benson Mulemin tekemät tutkimukset³⁶. Sairaalaosastojen lisäksi etnografioita on tehty esimerkiksi ensiapupoliklinikalta³⁷, teho-osastolta³⁸ ja leikkaussalista³⁹. Suomalaisissa etnografisissa sairaalatutkimuksissa miljöönä on ollut myös saattohoitokoti⁴⁰ tai potilaiden palveluketju laajemmin⁴¹.

Potilas

Tutkimukseni keskiössä on potilas. Yleisesti ottaen potilas määrittyy länsimaisen lääketieteen kontekstissa erityiseksi yksilöksi, joka saa lääketieteellistä hoitoa ja jolla on ainutlaatuisia kokemuksia terveydenhuollosta. Tutkimuksen empiirisissä luvuissa (luvut 3, 4 ja 5) ja etenkin aineisto-otteissa potilas-sana kuvaakin useimmiten yksittäistä henkilöä, jota olen osastolla ollessani havainnoinut. Kuitenkin potilas-termi saa tässä tutkimuksessa myös yksittäistä subjektia laajemman merkityksen. Kun ihminen sairaalaosastolle tullessaan määritellään potilaaksi, hän saa paikan potilaiden toimijaryhmässä ja samalla aseman, joka ei ole täysin yksilön vapaasti valittavissa. Yksittäinen potilas toimii ryhmälleen tyypillisellä tavalla ja näin toistaa sairaalan olemassa olevia rakenteita. Ja tässä mielessä tutkimuksen näkökulma on laajempi kuin yksittäistä potilasta tai hänen toimintaansa tarkasteleva. Potilas ei saa sisältöään yksittäiseltä potilaalta vaan potilasjoukolta.

Tutkimuksessa olen kiinnostunut potilaana olemisesta, potiluudesta, sairaalaosastolla. Potiluus-sanan suomenkieliseen yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen tuonut Sinikka Torkkola määrittelee potiluuden potilaaksi tulemisen ja potilaana olemisen kulttuurisiksi ja yhteiskunnallisiksi ehdoiksi⁴². Potiluus asettaa rajat ja raamit, joiden puitteissa ihmiset asettuvat potilaiksi. Potiluus tarjoaa ohjeistuksen, joka kertoo, miten potilaan tulee käyttäytyä ja

miten ei. Tämän tutkimuksen potiluus onkin kuvaus potilaana olemisen ilmiöstä. Se viittaa tiettyihin käyttäytymiskoodeihin, normeihin ja sääntöihin, vapauksiin ja velvollisuuksiin, joita ihmiseen hänen potilaana ollessaan kohdistuu.

Potilas-termiin sisältyy monenlaisia tekijöitä. Nämä tekijät toimivat asemoivina ja rajaavina piirteinä sille, mitä tutkimuksessa tarkastelen. Tutkimuksessa en siis etsi empiiristä vahvistusta tässä esitetyille kuvauksille, vaan ne toimivat lähtökohtina tutkimuksen potilaalle. Potilas rajautuu tässä tutkimuksessa länsimaisen lääketieteen kontekstiin ja länsimaisten sairauskäsitysten piiriin. Tämän tutkimuksen potilaalla on jokin länsimaisen lääketieteen määrittelemä sairaus (vrt. sairas) tai vamma (vrt. vammainen), kun joissakin muissa kulttuuripiireissä potilas voi määrittyä esimerkiksi useiksi subjekteiksi sisältäen henkiolentoja⁴³. Näin ollen se, mitä potilas on, vaihtelee kulttuurista toiseen. Potilas on myös ajallinen ja sijoittuu nykyhetkeen. Kun toipilas on ihminen, jonka sairaus on jo väistymässä ja jäämässä taakse, potilas-termi viestittää, että sairaus on edelleen olemassa oleva. Samalla potilas sisältää implisiittisesti myös tulevaisuuden. Odotusarvona on, että potiluus jossain vaiheessa myös päättyy.

Potilas sisältää suhteen terveydenhuoltoinstituutioon, mikä on olennaista tässä tutkimuksessa. Ihmisestä ei tule potilasta ilman, että hän on suhteessa johonkin terveydenhuollon toimipisteeseen, tässä tutkimuksessa sairaalaosastoon. Potilas-käsite sisältää myös toiminnan: käsite kertoo aina ulkopuolisesta interventiosta ihmiseen. Potilaana ihminen on erilaisen tarkkailun, mittauksen, tutkimisen, lääkitsemisen, hoidon tai tuen kohteena eli toiminta ruumiillistuu potilaassa⁴⁴. Suomen laki kuvaa potilaan nimenomaan suhteessa instituutioon ja toimintaan: potilas on ”terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö”⁴⁵.

Potilas on aina suhteessa muihin terveydenhuollon toimijoihin, kuten lääkäriin, hoitajaan, omaiseen ja niin edelleen. Tässä tutkimuksessa myös nämä kategoriat kuvaavat yksilöä suurempaa joukkoa, ja puhunkin niistä toimijaryhminä (ks. tarkemmin liite 4: Aineiston analyysi). Esimerkiksi yksittäinen hoitaja, hoitajien toimijaryhmän edustajana, toimii ryhmälleen tyypillisellä tavalla ja uusintaa näin toimijaryhmänsä asemaa ja koko sairaalan rakenteita. Potilas-käsite sisältää myös potilaan subjektiiviset kokemukset: henkilön omat käsitykset potiluudestaan, tunteen potilaana olostai halun potilaaksi tulosta.

Sairaalaosaston potilaan tutkiminen jatkaa sellaisen yhteiskuntatieteellisen potilastutkimuksen linjaa, jossa potilaan tuottumista tarkastellaan eri ympäristöissä. Tähän mennessä potilasta on tutkittu ainakin lääkemainoksissa⁴⁶,

potilasasiakirjoissa⁴⁷, lääketieteellisistä ammatti- ja aikakauslehdissä⁴⁸, hoitohenkilökunnan puheessa⁴⁹, mediassa⁵⁰, potilasjärjestöissä⁵¹ ja kulttuurisissa määrittelytavoissa⁵². Tutkimuksissa potilasta tarkastellaan erilaisista metodologisista lähtökohdista, eri menetelmillä ja niin, että tutkimuksen kohde on nimetty potilaan positioksi, potilaan asemoinniksi tai potiluuudeksi. Joka tapauksessa yhteistä näille tutkimuksille on se, että niissä ollaan tavalla tai toisella kiinnostuttu potilaan saamasta toimijuudesta sisällöllisesti. Tällä kertaa tutkimusympäristönä on terveydenhuollon instituutio, sairaala.

Käytäntö

Tutkimuksen kolmas keskeinen käsite on käytäntö. Sairaalaosaston käytännöt ovat sellaista inhimillistä ja materiaalista toimintaa, joka toistuu suhteellisen samanlaisena tietyn yhteisön parissa. Se on vakiintunutta toimintaa, jonka avulla toimijaryhmät toimivat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Käytäntö suuntautuu aina johonkin kohteeseen, ja siihen kuuluu erityisiä menetelmiä, tunteita ja niiden käsittelyä, kehon asentoja ja liikkeitä, ihmisten vuorovaikutus-, puhe-, ja ajattelutapoja sekä tiettyjä materiaalisia välineitä ja tiloja. Vaikka kohde ja välineet toistuvat, käytännöstä muodostuu toiminnan näkökulmasta kuitenkin eräänlainen ongelmanratkaisun luova prosessi, johon sisältyy sosiaalisten ja materiaalistien asioiden merkityksellistäminen. Näin ollen käytäntöjen toteuttamisessa ilmenee myös vaihtelua eli käytäntö ei aina toteudu tai etene samalla tavalla. Toteutuessaan ja toistuessaan käytännöt tuottavat ja uusintavat esimerkiksi tietynlaisia valtasuhteita.⁵³

Sairaalaosaston käytäntöjen tutkiminen on kiinnostavaa, koska käytännöissä on aina mukana ratkaisuja poliittisiin ja moraalisiin kysymyksiin, eikä kyse ei ole pelkästään nikseistä tai teknisistä suorituksista. Käytännöt muodostuvat useista eri toiminnoista, joista osa voi olla vaikeasti sanallistettavia ja hankalia hahmottaa yhteisön sisältäpäin katsottuna. Siksi yhteisön ulkopuolinen tutkija voi kyetä kuvaamaan, analysoimaan ja jäsentämään käytäntöjä uudella tavalla. Käytäntöjen tarkastelusta tekee mielekäästä se, että käytäntöjä voidaan aina myös uudistaa, muuttaa ja kehittää uusia.⁵⁴

Tässä tutkimuksessa tarkastellut käytännöt ovat arkisia. Eivät arkisia ehkä sairaalan ulkopuolisessa maailmassa, mutta toistuvia ja jokapäiväisiä nimenomaan sairaalaosaston kontekstissa. Ne ovat arkisia myös siinä mielessä, että ne esiintyvät sairaalaosastoilla yleisesti, sairaalaosaston luonteesta ja maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Arkisten käytäntöjen tarkasteleminen on merkityksellistä, koska vain tavanomaisuudet tunnistamalla ja tuntemalla on mahdollista ymmärtää poikkeavuuksia ja sitä, mihin nähden jokin ilmiö on

erilainen tai epätavanomainen⁵⁵. Tässä tutkimuksessa lähestyn sairaalaosaston käytäntöjä tasaveroisina niin, että ne eivät muodosta hierarkioita.

Aiemmin sairaalaosaston käytäntöjä on tutkittu ainakin toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen piirissä, hoitotieteessä, antropologiassa ja sosiologiassa. Temaattisesti tutkimusten kirjo on laaja: on tutkittu esimerkiksi päätöksentekoa⁵⁶, rituaaleja⁵⁷, moniammatillista yhteistyötä⁵⁸ ja kotiuttamista⁵⁹. Suomalaiset tutkimukset ovat käsitelleet terveydenhuollon palveluketjua⁶⁰, sairaalahenkilökunnan suhdetta kuolevaan potilaaseen⁶¹, vanhustenhuollon päätöksentekoa⁶², vapaaehtoistyötä⁶³, potilasvaatetusta⁶⁴ ja asiakaslähtöisyyttä⁶⁵.

Tutkimusasetelma

Tutkimuksen kohteena on potiluus sairaalaosaston kontekstissa. Olen kiinnostunut siitä, minkälaisena potiluus tuottuu sairaalaosaston mikromaailmassa eli siinä, mitä potilashuoneissa, käytävillä ja muissa tiloissa tapahtuu ja miten asioita tulkitaan puheeksi ja tekstiksi. Lähtökohtaisena oletuksena on, että potilas ei ole etukäteisesti olemassa tietynlaisena tai annettuna, eikä potilas ole muuttumaton kokonaisuus. Sen sijaan sairaalaosaston arkiset käytännöt ja toimijoiden yhteisesti tuottama toiminta niissä sisältävät potilaan implisiittisesti tai eksplisiittisesti. Näin potilaana olemista on mahdollista tarkastella sairaalaosaston käytäntöjen kautta. Ja koska sairaalaosaston käytännöt ovat moninaisia, myös potiluus tuottuu moninaisena ja tilanteista käsin. Tutkimuksen ideana on tarkastella empiirisesti sairaalaosaston käytäntöjä ja sitä kautta tavoittaa sairaalaosaston potilas. Niinpä tutkimuksessa on kyse paitsi potilaasta, myös sairaalaosaston arkisista tapahtumista, toiminnasta ja vuorovaikutuksesta. Konkreettisesti keskityn tutkimuksessa muutamaiin eri sairaalaosastoille yhteisiin arkisiin käytäntöihin, joiden kuvaamisen kautta teen näkyväksi, tunnistan ja analysoin sairaalaosaston potilaana olemista. Tutkimuksen metodologiaa kuvaan tarkemmin liitteessä 1.

Tutkimus on aineistolähtöinen, joten tarkasteltavia käytäntöjä ei ole valittu etukäteen ennen tutkimuskentälle menoa eikä potilaan empiirinen tarkastelu pyri vahvistamaan tietynlaista, aiemmassa tutkimuksessa esitettyä, kuvaa potilaasta. Tutkimuksessa tarkastelen sairaalaosaston käytäntöjä aidossa ympäristössä ja tilanteissa eli tutkimus on käytäntöjen ruohonjuuritason analyysiä. En lähtökohtaisesti arvota käytäntöjä suhteessa toisiinsa niin, että jotkut käytännöt olisivat toisia merkityksellisempiä sairaalapotilaan tuottamisessa,

vaan jokainen käytäntö tuottaa omanlaisensa potilaan. Olen valinnut tarkasteltaviksi käytännöiksi sellaisia, jotka ovat sairaalaosastolla jokapäiväisiä ja yhteisesti jaettuina sairaalaosaston luonteesta riippumatta. Teen näin, jotta tutkimuksella olisi annettavaa monenlaisille sairaalaosastoille erikoisalasta tai toiminnan keskittymisestä huolimatta. Kuvaan tässä tutkimuksessa raportoitujen käytäntöjen valikoitumista vielä tarkemmin liitteessä neljä.

Tutkimuksen lähtökohdat ja analyysitavat ammentavat sekä sosiologiasta, antropologiasta että tieteen- ja teknologiantutkimuksesta. Näin ollen tutkimus paikantuu monen tieteenalan risteyskohtaan. Tutkimusta voi kuvata terveys sosiologiseksi. Ikään kuin kattoterminä terveys sosiologia kokoaa yhteen laajan asteikon eri aihepiireistä, eri menetelmin ja lähestymistavoin tehtyä terveyteen, sairauteen ja terveydenhuollon järjestelmiin liittyvää tutkimusta. Samalla tutkimus tulee aihepiiriltään ja lähestymistavaltaan lähelle lääketieteellistä antropologiaa, vaikka teoreettiset lähtökohdat ja tulkintakehykset ovat enemmän yhteiskuntatieteellisiä kuin kulttuurisia. Ylipääntään sosiologinen ja antropologinen tutkimus ovat lähentyneet toisiaan niin, että niitä on vaikea erottaa toisistaan. Tutkimuksen lähtökohta-oletukset ei-inhimillisistä toimijoista ja materiaalisuuksien tarkastelu sitovat tutkimusta myös tieteen- ja teknologiantutkimukseen, jossa on yhdistetty antropologista ja etnografista kiinnostusta tietoon ja materiaan. Edellä nimettyjen tutkimusalojen lisäksi käyn keskustelua myös hoitotieteellisten tutkimusten kanssa, koska hoitotieteen piirissä on tehty paljon tutkimusta sairaalakontekstissa ja tarkastelemistani ilmiöistä. Viime kädessä tutkimukseni paikantuu ”lääketieteen sosiologiseksi etnografiaksi” (sociological ethnography of medicine)⁶⁶, joka kuvaa juuri sitä mitä olen tutkinut: terveydenhuollon ilmiöitä yhteiskuntatieteellisesti etnografisen aineiston avulla.

Tutkimustehtävä ja -kysymykset

Tutkimuksessa tarkastellaan potilasta sairaalaosaston kontekstissa. Tehtävänä on selvittää, minkälaisia potiluuksia sairaalaosaston käytännöt tuottavat. Lähestyn tätä tehtävää kolmen käytäntöjä tarkastelevan teeman kautta: olen kiinnostunut osaston ei-inhimillisistä toimijoista, siitä, miten toimitaan ja siitä, mitä sanotaan. Tutkimuksen tehtävä ja kolme teemaa konkretisoituvat tutkimuskysymyksiksi, jotka ovat muodostuneet aineistolähtöisen analyysin pohjalta. Tutkimuskysymyksiä ovat:

- 1) Minkälaisia ei-inhimillisiä toimijoita potilas esimerkiksi kohtaa sairaalaosastolle tullessaan ja miten ei-inhimilliset toimijat muokkaavat potilaan oloa ja sairaalaosaston toimintaa?

- 2) Minkäläiseksi lääkärikierron vuorovaikutus muodostuu ja minkälaisia eroja sairaalaosaston suullisissa ja kirjallisissa tiedonkäsittelykäytännöissä on?
- 3) Millä perusteilla potilaita kotiutetaan ja minkälaisia neuvotteluja kotiuttamistilanteissa käydään?

Käsittelen ensimmäistä tutkimuskysymystä luvussa kolme. Luvussa etualalla ovat osaston ei-inhimilliset toimijat, mutta samalla luku valottaa sitä, miten osastolla toimitaan. Luvussa neljä kuvaan lääkärikiertokäytäntöä ja siten se vastaa tutkimuskysymykseen numero kaksi. Luvussa keskityn tarkastelemaan, miten lääkärikierrolla toimitaan, mutta valotan hieman myös sitä, mitä tilanteessa sanotaan. Kolmanteen tutkimuskysymykseen vastaan viimeisessä käytäntöihin keskittyvässä tulosluvussa viisi. Luvussa tarkastelen kotiuttamiskeskusteluja ja keskityn siihen, mitä keskusteluissa sanotaan. Sairaalaosaston käytäntöihin keskittyvät tutkimuskysymykset auttavat vastaamaan tutkimuksen varsinaiseen tehtävään eli siihen, minkälaista potiluuutta tutkimuksessa tarkastellut sairaalaosaston käytännöt tuottavat. Vastaan tutkimuksen tehtävään luvussa kuusi.

Empiiriset valinnat

Tutkimuksen empiirinen toteutus on vaatinut lukuisten valintojen tekemistä. Osasto valikoitui tutkimusmiljöökseksi sairaalan sisällä, koska se edustaa sairaalan ydintoimintaa ja muodostaa aivan omanlaisensa toimintaympäristön. Se, että potilaat viipyvät osastolla pidempään kuin esimerkiksi sairaalan poliklinikoilla tai tutkimusyksiköissä kuten laboratorioissa tai röntgenissä, antoi minulle etnografina paremmat mahdollisuudet seurata potilaita ja keskustella heidän kanssaan.

Tutkimus rajautuu sairaalaosaston fyysisten seinien sisälle. Kaikkia kolmea tutkimusosastoa yhdisti lääketieteellinen erikoisala, sisätaudit. Yksi osasto tarjosi erikoistunutta hoitoa, kun kaksi muuta sijaitsivat perusterveydenhuollon sairaalassa. Toiminnallisesti näen sairaalaosaston tässä yhtenä toiminnallisena ja vuorovaikutuksellisenä kokonaisuutena. En siis jaa osaston toimintaa ja henkilökuntaa erityisesti hoidolliseen, hallinnolliseen ja lääketieteelliseen viitekehukseen vaan pyrin tavoittamaan sairaalaosaston arjen kokonaisuutena. Olen niputtanut tutkimusosastot yhteen puhumalla yleisesti sairaalaosastosta paitsi niissä tapauksissa, joissa osastokohtaiset erot olivat tavalla tai toisella merkityksellisiä tai erityisen suuria.

Sisällöllisesti tutkimus keskittyy muutamiin sairaalaosaston käytäntöihin. Niinpä en pyrikään luomaan tyhjentävää kokonaiskuvaa sairaalaosastosta ja

sen käytännöistä. Tarkastelemalla esimerkiksi sairaalaosaston aikaa ja teknologiaa, lääkärinkiertoa ja potilaan kotiuttamista nostan esiin käytäntöjä esi-merkinomaisesti ja pyrin valittujen käytäntöjen kautta havainnollistamaan potiluden tuottumista. Sairaalaosaston käytäntöjen kirjo ja laaja etnografinen aineisto olisivat mahdollistaneet myös muiden käytäntöjen ottamisen tarkastelun kohteeksi. Samaan tapaan käytännöistä olisi voinut nostaa esiin myös hoitajaa, lääkäriä, omaista tai sairaalaa. Tällä kertaa tutkittavaksi kuitenkin valikoitui potilas, koska potilaan tarkasteleminen on monella tapaa erityisen kiinnostavaa. Potilas on sairaalan toiminnan keskiössä ja samalla muuttuvin ja vaihtuvin toimijaryhmä sairaalassa. Lisäksi potilaana oleminen on useimmille tuttua tai ainakin se on meille kaikille mahdollinen rooli.

Vaikka tutkimukseen onkin valikoitunut käytäntöjä, joissa on havaittavissa ristiriitoja, ei tutkimukseni lähtökohtaisesti sisällä vahvaa kriittistä näkökulmaa. Kentälle mennessäni tunsin kyllä myötätuntoa potilaita kohtaan, mutta kenttätöön kuluessa harmaan sävyt lisääntyivät niin, että myötätunto yhtä toimijaryhmää kohtaan menetti merkityksensä. Suhdettani kenttään voisi kuvata toisin näkemiseksi niin, että lähestymistapa on perinteisiä sairaalaosaston järjestyksiä kyseenalaistava ja tässä mielessä muutokseen tähtäävä⁶⁷. Raportin kirjoitusvaiheessa olen keskittynyt ilmiöiden kuvaamiseen ja pyrkinyt täyttämään kentän kaikkien toimijoiden odotukset reilusta ja oikeudenmukaisesta kohtelusta⁶⁸.

Etnografia ja aineisto

Menetelmällisesti olen sitoutunut etnografiseen tutkimusperinteeseen. Antropologiset ja sosiaalitieteelliset juuret omaavassa etnografiassa tutkitaan ennen kaikkea sosiaalista järjestystä⁶⁹. Yksinkertaisetkin ilmiöt tulkitaan merkityksellisiksi, ja tutkijan tehtävänä on ymmärtää asioiden välisiä yhteyksiä ja sanallistaa ilmiöitä. Tavoitteena on syvällisen kokonaiskäsitteksen saaminen tutkittavasta kulttuurista tai ilmiöstä pitkäkestoisen aineistonkeruun ja läsnäolon avulla.⁷⁰ Etnografia sopii tutkimukseeni hyvin, koska olen lähtökohtaisesti kiinnostunut potilaalle välittyvästä sairaalaosaston mikromaailmasta vuorovaikutus- ja toimintaympäristönä. Etnografisen aineistonkeruun avulla on mahdollista tavoittaa ilmiöitä ja ”hiljaisia” käytäntöjä, jotka jäisivät lyhytkestoisessa aineistonkeruussa tai teksti- ja haastatteluaineistossa näkymättömiin (ks. esim. kotiuttamiskeskustelut luku 5). Lisäksi olen tutkimuksessa kiinnostunut erityisesti käytäntöjen muotoutumisesta, en niinkään tutkittavien kokemuksista tai mielipiteistä.

Keskeistä etnografiassa on aineistonkeruu kenttätöön avulla. Kenttätöylä tarkoitetaan välitöntä, intensiivistä ja pitkäaikaista oleskelua ja vuorovai-
kutusta tutkittavien ihmisten tai ilmiön parissa.⁷¹ Fyysinen tutkimuskenttäni muodostui kolmesta sairaalaosastosta, jotka sijaitsivat Etelä-Suomen sairaaloissa. En siis matkustanut kovinkaan kauaksi, vaan kenttä sijaitsee minulle kulttuurisesti tutussa ympäristössä. Tutkimukseni lukeutuukin siihen viime vuosikymmeninä antropologian piirissä yleistyneeseen ”kenttä kotona”-suuntaukseen, jossa kiinnostus on siirtynyt eksoottisesta toisesta eksoottiseen itseen. Länsimaisten sairaaloiden tutkiminen on suuntauksen myötä lisääntynyt, kun sosiologien lisäksi antropologit ovat kiinnostuneet aiemmin liian lähellä ja liian tuttuina pitämistään oman kulttuurin kohteista.⁷² Tutkiesani suomalaisena sairaanhoitaja suomalaista sairaalaosastoa olin oikeastaan kaksinkertaisesti kotona (two-fold home)⁷³.

Nimesin kolme tutkimusosastoa niiden luonteen mukaan: *Osasto Akuu-tiksi* nimeämälläni osastolla hoidettiin lyhyillä hoitajaksoilla potilaita, joilla oli todettu jokin erikoissairaanhoitotasoista hoitoa vaativa sairaus. Perusterveydenhuoltoon hallinnollisesti kuuluvalla *Osasto Infektiolla* hoidettiin erilaisia infektioista kärsiviä potilaita. *Osasto Kuntoutus* oli perusterveydenhuollon osasto, jonne potilaat tulivat kuntoutumaan ennen kotiin tai laitokseen siirtymistä. (Ks. tarkemmin luku 2.)

Konkreettisesti tutkimuskenttä muodostui kaikesta siitä, mitä osaston fyysisten seinien sisällä pystyin läsnäolon, havaintojen, katseen ja kuulon kautta tiedostamaan⁷⁴. Kentän muodostivat kolmen tutkimusosaston fyysiset tilat kuten potilashuoneet, käytävät, kansliat, potilaiden oleskelutilat, henkilökunnan kahvihuoneet ja näiden arkkitehtuuri sekä ovet ja ikkunat, vessat ja suihkutilat ja niiden sijainnit. Yhtä oleellisia kentän tunnusmerkkejä olivat osastojen lääketieteellinen teknologia (mittauslaitteet, lääkkeet), osastoilla sijaitseva tieto (potilaspaperit, lomakkeet, ohjelehtiset), potilaiden omat tavarat, hoitotarvikkeet (tiputusletkut, haavalaput, vaipat) sekä osaston arkiset tavarat (potilasvaatteet, ruokatarjottimet). Kenttä kattoi osastolla olevat ihmiset eli potilaat ja omaiset sekä eri ammattialojen edustajat kuten hoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, lääkärit, laitosapulaiset ja sosiaalityöntekijät sekä vierailijat, kuten tutkijan. Tutkimuskenttä muodostui kaikkien näiden toimijoiden vuorovaikutuksesta ja toiminnasta, mutta yhtä lailla kenttään kuuluivat osastojen äänet, hajut ja liike.

Päivät sairaalaosastoilla olivat vaihtelevia ja monimuotoisia. Etnografina seurasin sairaalaosastojen arkea havainnoimalla osaston tapahtumia ja henkilökunnan työntekoa, keskustelemalla potilaiden ja henkilökunnan kans-

sa, istumalla potilashuoneissa sekä tutustumalla osastojen kirjallisiin dokumentteihin. Keräsin aineiston, joka sisälsi tapahtumakuvauksia, haastatteluja, potilaiden kirjoittamia palautteita hoidostaan, potilaspapereita ja erilaisia hallinnollisia lomakkeita ja ohjeistuksia (ks. tarkemmin liite 3). Tutkimusosastoilla minulla oli lupa olla mukana osaston erilaisissa tapahtumissa ja pääsy kaikkiin osaston tiloihin: olin mukana lääkärinkierroilla, hoitotapahtumissa, raporteilla, kahvitauoilla, osastotunneilla ja potilaiden oleskelutilassa välillä seuraten henkilökunnan työskentelyä ja välillä oleskellen potilaiden parissa. Välillä keräsin aineistoa suunnitelmallisesti kohdistuen mielenkiintoni tiettyyn teemaan ja toisinaan ajauduin ilman ennakkosuunnitelmia tilanteesta toiseen.

Sairaalaosasto tutkimusympäristönä muokkasi kenttätöitä. Kentällä olo muodostui jatkuvista kentälle menemisistä ja sieltä lähtemisistä. Kenttätö ei siis edustanut perinteistä kyläantropologiaa, jossa tutkija menee ennalta tuntemattomaan paikkaan ja tutkii yhteisön arkea siellä eläen. Toiseksi tutkimuksen kohteena olevat potilaat eivät olleet ”kylän” vakituksia asukkaita, natiiveja, vaan pikemminkin vierailijoita, jotka olivat itselleen vieraassa ympäristössä. Sairaalaympäristö saattoi monelle tutkittavalle olla vieraampi ympäristö kuin minulle, joka olin aikaisemmin työskennellyt monenlaisilla sairaalaosastoilla. Sairaala ja sen fyysiset puitteet olivat pysyviä, mutta suuri osa ihmisistä vaihtuvia. Potilaiden vaihtuvuus vaikutti siihen, että kovinkaan monesta potilaasta ei muodostunut tutkimukselleni keskeisiä ”avaininformantteja” samalla tavoin kuin joistakin henkilökunnan jäsenistä.

Vaikka keräsinkin aineistoa kolmella eri sairaalaosastolla, tutkimus edustaa silti yksipaikkaista (single-sited) etnografiaa. Pysyttelin tutkimusosastoilla suhteellisen tiiviisti lukuun ottamatta muutamia vierailuja teho-osastolle tai röntgeniin, enkä liikkunut potilaiden mukana eri palvelupisteissä⁷⁵ tai seurannut potilaiden polkuja terveydenhuollossa potilaspapereiden kautta⁷⁶. Lisäksi osastot olivat monista eroista huolimatta (ks. tarkemmin luku 2) niin samantlaisia, että ne on helppo nähdä yhtenä kenttänä. Koska kaikki kolme tutkimuskenttää olivat sairaalaosastoja, niiden toimintatavat ja ilmiöt olivat suurelta osin jaettuina ja lisäksi kaikki osastot edustivat sisätautien erikoisalaa.

Paitsi fyysiset, tutkimuskenttä sai myös ajalliset rajat. Keväällä 2006 keräsin aineiston Osasto Akuutilta ja vuonna 2008 aineistonkeruu jatkui Osasto Infektiolla ja Osasto Kuntoutuksella. Yhteensä keräsin aineistoa kahdeksan kuukauden aikana. Seurasin osaston tapahtumia yleensä 2–4 päivänä viikossa 2–6 tuntia kerrallaan. Aineistonkeruu painottui virkatyöaikaan, mutta olin osastoilla silloin tällöin myös iltaisin tai viikonloppuisin. (Ks. tarkemmin liite

3.) Kenttätöön lopetettuani en palannut kentälle tai ollut yhteydessä ihmisiin, joihin olin tutustunut⁷⁷. Vaikka fyysisesti en enää mennytkään kentälle, olen palannut sinne yhä uudestaan aineiston kautta. Osastoilla viettämäni aika, ihmiset ja tapahtumat palautuvat elävänä mieleeni, kun otan kenttäpäiväkirjan käteeni tai avaan aineistotiedoston. Tässä mielessä aineistosta voi puhua kirjoitettuna kenttänä. Aineisto on tutkijan kautta koettu ja aineistotuotannon myötä suodattunut rakennelma fyysisestä tutkimuskentästä ja sen tapahtumista.

Kaiken kaikkiaan tutkimus on sidoksissa moniin erilaisiin ja -tasoisiin konteksteihin, eli saatu tieto on suhteessa paikkaan, aikaan ja vuorovaikutuksiin. Tutkimus on tehty länsimaisen lääketieteen piirissä ja suomalaisessa yhteiskunnassa. Se on sidoksissa suomalaiseen terveydenhuolto- ja sairaalajärjestelmään ja niihin tutkimusosastoihin, joilla se on tehty. Lisäksi tarkasteltaviksi valitut käytännöt ja osastoilla olleet ihmiset, tutkija mukaan lukien, sekä ajallinen sijoittuminen 2000-luvun alkuvuosikymmenelle muokkaavat tutkimusta.

Kirjan rakenne

Johdannosta tutkimus etenee kenttälukuun, jossa kuvaan kentälle pääsyä, tutkimusosastoja ja aineiston keruuta. Tarkka kuvaus tutkimusaineistosta ja aineiston analyysistä löytyvät kirjan lopussa olevista liitteistä (liitteet 3 ja 4). Kenttäluvun jälkeen esittelen tutkimuksen tulokset neljässä luvussa, joista kolmessa ensimmäisessä kuvaan, analysoin ja sanallistan sairaalaosaston käytäntöjä. Empiirisen kuvauksen lisäksi lähestyn käytäntöjä teoreettisesti ja keskustelemalla niistä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Luvut tarjoavat lukijalle etnografisia kurkistuksia sairaalamaailmaan ja näin avaavat sairaalaosaston arkea niillekin, joille sairaala on paikkana vieras ja tuntematon. Samalla kolme ensimmäistä tuloslukua toimivat pohjana viimeiselle tulosluvulle, jossa kuvaan tarkasteltujen käytäntöjen tuottamaa potiluuutta.

Ensimmäisen tulosluvun (luku 3) teemana ovat sairaalaosaston ei-inhimilliset toimijat. Samalla luku toimii kuvauksena potilaan sairaalaosastolle tulosta: tarkastelen suhteellisen lyhyissä alaluvuissa sellaisia käytäntöjä, jotka potilas kohtaa osastolle tullessaan. Alaluvuissa käsittelen potilaaksi tuloa tavaroiden ja osaston äänimaailman kautta sekä potilashuoneiden jakoa ja erityisesti mikrobin roolia siinä. Erittelen osaston aikaa, sen jäsentämää toimintaa

ja potilaan ajankäyttöä. Lisäksi tarkastelen osaston teknologisia laitteita yhden menetelmän, telemetrian, kautta.

Toinen tulosluku käsittelee yhtä sairaalaosaston tutuinta käytäntöä, lääkärinteraktiota. Tarkastelen käytäntöä vuorovaikutuksen näkökulmasta ja olen kiinnostunut siitä, miten lääkärinteraktiolla toimitaan. Analysoin tilannetta sosiaalisena kohtaamisena ja kuvaan keskusteluun osallistuvan potilaan ja kanssapotilaiden rooleja. Luku laajenee käsittelemään myös kirjallisten ja suullisten tiedonkäsitteilykäytäntöjen eroja ja potilaan tiedollisen yksityisyyden säilymistä.

Kolmannen tulosluvun teemana on potilaan kotiuttaminen. Tarkastelen osastolla käytyjä kotiuttamiskeskusteluja ja analysoin, mitä keskusteluissa sanotaan. Olen kiinnostunut siitä, millä perusteilla potilaita lähetetään kotiin ja mitkä kaikki asiat keskusteluissa asettuvat neuvottelun kohteeksi. Neljännessä tulosluvussa kuvaan aikaisemmissa tulosluvuissa käsiteltyjen käytäntöjen tuottamaa potiluuutta. Kuvaan sairaalaosaston potilaana oloa erilaisten ulottuvuuksien ja niistä johdettujen potiluuksuvioiden avulla. Kirjan lopettaa luku, jossa keskustelen tuloksista, arvioin tutkimuksen toteutusta ja erittelen tutkimuksen antia menetelmällisesti ja käytännön työn näkökulmasta.

Viitteet

- | | |
|---|--|
| 1 Charles & Wheelan 1999. | 18 Forsius 1997; Risse 1999, 675. |
| 2 Toiviainen 2007. | 19 Guenter B. Risse 1999, 675; ks. myös Weitz 2000, 290-297. |
| 3 Williams & Calnan 1996. | 20 Kunnat 2011; STM 2011. |
| 4 STM 2012. | 21 Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010. |
| 5 Ks. Zerubavel 1979, 18. | 22 THL 2012. |
| 6 Long ym. 2008, 72–73. | 23 Perälä 2012; Leppo 2012; Törrönen 2003; Hurtig 2003. |
| 7 Shahaduz Zaman 2005. | 24 Vauhkonen & Bäckman 1973, 48. |
| 8 Ks. myös Van der Geest 2005. | 25 Goffman 1961. |
| 9 Aaltonen 1964, 144-148; Long ym. 2008, 71–72. | 26 Coser 1962. |
| 10 Parsons 1951. | 27 Caudill 1958. |
| 11 ks. esim. Coser 1962, 3; Long ym. 2008, 72. | 28 Aaltonen 1964. |
| 12 Goffman 1961. | 29 Long ym. 2008, 71. |
| 13 ks. esim. Henriksson 2000. | 30 Diamond 1992. |
| 14 Coser 1962, 3. | 31 Järnström 2011. |
| 15 Wiili-Peltola 2005. | 32 Hartikainen 2009. |
| 16 Foucault 2005. | 33 Måseide 1987. |
| 17 Long ym. 2008. | 34 Peräkylä 1990. |

- 35 Zaman 2005.
- 36 Bruni 2005; Fox 1993; Gibson 2004; Hoffman 1974; Mulem 2008.
- 37 esim. Dodier & Camus 1998; Roth 1986.
- 38 esim. Carroll ym. 2008; Hill 2003; Rier 2000, Vermeulen 2004.
- 39 esim. Bosk 2003; Fox 1994; Hirschauer 1991; Katz 1981.
- 40 Utriainen 1999.
- 41 Kerosuo 2006; Soivio 2003; 2004.
- 42 Torkkola 2005.
- 43 ks. Harvey 2008.
- 44 ks. Hakala 2007.
- 45 Potilaslaki 1992.
- 46 Lupton 1993.
- 47 Vehkakoski 2000.
- 48 Hautamäki 2002.
- 49 Eriksson-Piela 2003.
- 50 Torkkola 2008.
- 51 Landzelius 2006.
- 52 Harvey 2008.
- 53 Koivisto 2009; Räsänen & Trux 2012, 55–56.
- 54 Ks. Räsänen & Trux 2012, 58.
- 55 ks. Garfinkel 1967.
- 56 Vermeulen 2004.
- 57 van der Geest 2005.
- 58 Sinclair ym. 2009.
- 59 Kydd 2008.
- 60 Kerosuo 2006; Soivio 2003; 2004.
- 61 Peräkylä 1990.
- 62 Ala-Nikkola 2003.
- 63 Hartikainen 2009.
- 64 Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010.
- 65 Järnström 2011.
- 66 Anspach ja Mizrachi 2006, 713.
- 67 ks. Lahelma & Gordon 2007, 23.
- 68 ks. Ala-Nikkola 2003, 26; Vaaranen 2002.
- 69 Allen 2010, 353; Delamont 2004, 219.
- 70 Geertz 1973; Honkasalo 2008a; Honkasalo & Leppo 2008.
- 71 Honkasalo 2008a.
- 72 Long ym. 2008, 71.
- 73 ks. Zaman 2005, 30.
- 74 Palmu 2007, 140.
- 75 vrt. Soivio 2003; 2004.
- 76 ks. Kerosuo 2010.
- 77 vrt. Honkasalo 2008b, 49.

2 SAIRAALAOSASTO TUTKIMUSKENTTÄNÄ

Miten pääsin sairaalaan ja minkälaista etnografinen aineiston keruu oli? Tässä luvussa kuvaan kenttätöitä kolmella tutkimusosastolla: Osasto Akuutilla, Osasto Infektiolla ja Osasto Kuntoutuksella. Ensimmäisessä alaluvussa kerron lyhyesti tutkimuslupaprosessista, jonka kävin läpi sairaalaan pääsemiseksi, ja pohdin yleisemmin ulkopuolisen tutkijan mahdollisuuksia päästä tutkimaan sairaalaa. Toisessa alaluvussa esittelen tutkimusosastot, kerron roolistani tutkijana ja kenttätöiden etenemisestä. Lukuun liittyvät myös liitteet kolme ja neljä, joista ensimmäisessä kuvaan keräämääni tutkimusaineistoa ja toisessa aineiston analyysiä. Alalukujen pitkäähköt kuvaukset kentästä ovat paitsi johdantoa varsinaisiin sairaalaosaston käytäntöjä tarkasteleviin lukiuihin, myös jo itsessään etnografista kuvausta sairaalasta, ja siten olennaisia tutkimuksen tulosten ymmärtämiseksi.

Kentälle pääsyn haaste

Etnografiaa suunnittelevana tutkijana minun piti ensimmäiseksi päästä kentälle. Otin selvää sairaaloista, osastoista ja niiden tutkimuslupakäytännöistä. Suunnittelin kenttätöitä erikoissairaanhoidon osastolla ja erikoisalalla, josta minulla itselläni sairaanhoitajana ei ollut työkokemusta. Etsin tietoisesti itselleni mahdollisimman vierasta tutkimusympäristöä, joten en halunnut tukeutua kentälle pääsyssä ammattilaisiin, joihin olin sairaaloissa työskennellessäni tutustunut. Sairaaloitten ohjeissa annettiin kuva portaalta portaalle etenevästä, tarkasti hallinnoidusta ja tasapuolisesta, joskin myös monimutkaisesta, prosessista. Minun tuli hankkia aluksi terveydenhuollon piirissä tehtävän tutkimuksen eettisyyttä valvovan eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tämän jälkeen vaadittiin johtavan lääkärin tai hoitajan hyväksymä tutkimuslupa. Näiden lisäksi tarvitsin luvan tutkimusosaston osastonhoitajalta, henkilökunnalta ja jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla potilaalta.

Tutkimusluvan saaminen ei kuitenkaan ollut näin suoraviivaista, vaan siitä muodostui pitkälinen, monipolvinen ja epäselvä prosessi, joka kaikinensa kesti yhdeksän kuukautta. Sain eettiseltä toimikunnalta luvan erikoissairaanhoidon tutkimiseen ongelmitta. Sen sijaan tutkimuslupani juuttui useassa erikoissairaanhoidon yksikössä sairaalan ylimpään hallintoon eli pisteeseen, jossa lupahakemustani valmisteltiin esiteltäväksi sairaalan johtajan hyväksyttäväksi. Valmistelijat palauttivat lupahakemukseni vedoten esimerkiksi havainnointitutkimuksen hankaluuteen ja ongelmiin organisaatiossa. Pitkittänyt tutkimuslupaprosessi erikoissairaanhoidossa sai minut hakemaan tutkimuslupaa myös perusterveydenhuollon puolelta, jossa tutkimuslupa-asiat sujuivat jouhevasti. Olen kuvannut tutkimuslupaprosessin etenemistä tarkemmin toisaalla¹. Tässä kohtaa yritän pikemminkin analysoida, mistä tutkimuslupaprosessin vaikeudessa oli kyse ja mitä se mahdollisesti kertoo suomalaisesta erikoissairaanhoidon sairaalasta tai sairaaloista yleisesti.

Vaikeudessani päästä tutkimaan erikoissairaanhoidon sairaalaa ei ole mitään ainutlaatuista. Antropologi Sjaak van der Geest on todennut, että erityisesti sairaalan ulkopuolisten tutkijoiden on vaikea saada tutkimuslupaa sairaalaan² ja monet tutkijat ovat kuvanneet sairaalaan pääsyä ongelmalliseksi tai vähintään työlääksi³. Luvan saamisen vaikeus ei välttämättä ole huono asia. Lupaprosessin tarkoituksena on taata tutkimuksen eettisyys, suojella potilasta ulkopuolisilta ja varmistaa yksityisyyden säilyminen. Esimerkiksi afrikkalaisiin ja aasialaisiin sairaaloihin pääsy on tutkijoille helpompaa, koska potilaiden yksityisyyden säilymistä ei pidetä niin tärkeänä arvona kuin länsimaissa⁴. Oman tutkimukseni kohdalla tutkimuksen eettisyys ei aiheuttanut missään vaiheessa ongelmia, vaan se katsottiin eettisesti hyväksyttäväksi kahdessa eri eettisessä toimikunnassa. Eettinen lupa oli minulle tutkijana tärkeä taustatuki. Se varmistui, ettei tutkimukseni ainakaan lähtökohtaisesti rikkonut tutkimukselle tai terveydenhuollolle asetettuja eettisiä säännöksiä eikä siten potilaiden yksityisyyden säilymiseen tai potilasturvallisuuteen liittyviä vaatimuksia.

Potilaiden suojelun lisäksi kirjallisuudessa on kuvattu muitakin syitä, miksi ulkopuolisia tutkijoita ei niin helposti päästetä sairaalaan. Sairaalaan tutkineet Ben Hannigan ja Davina Allen arvioivat, että heillä vaikeuksien synnä oli eettisen toimikunnan jäsenten puutteellinen tietämys laadullisesta tutkimuksesta⁵. Myös minä kohtasin ennakkoluuloja ja tietämättömyyttä etnografisesta, havainnointiin pohjautuvasta, tutkimusotteesta tutkimusprosessin kuluessa. Näistä solmukohdista pääsin yli kuvaamalla tutkimusprosessia, aineistonkeruuta tai tutkittavien valintaa aina uudelleen yhä tarkemmin, vaikka kaikkien kenttätyössä vastaantulevien eettisten tai tutkimuksellisten kysy-

mysten ennakointi ja selostaminen olikin hankalaa, sisältyyhän etnografiseen tutkimukseen aina improvisointia⁶. Suomessa Tutkimuseettinen neuvottelukunta on ottanut tervetulleesti kantaa etnografisen tutkimukseen terveydenhuollossa, vaikka tämän tutkimuksen näkökulmasta kannanotto tulikin liian myöhään. Neuvottelukunta on raportissa tunnustanut erilaisten lähestymistapojen erot ja toteaa, että kentälle tutkimusta tekemään lähtevä etnografi ei voi koskaan kirjoittaa yhtä tarkkaa tutkimussuunnitelmaa eli selostusta tavoitteistaan ja menetelmistään kuin kliinisen lääketutkimuksen tekijä.⁷

Sairaalan ulkopuolista tutkijaa voidaan pitää myös uhkana. Tutkimusluvista päättävät haluavat kenties suojella omia intressejään⁸, eikä sairaalassa välttämättä pidetä ulkopuolisista tarkkailijoista, jotka raportoivat toiminnasta ulkopuolisille⁹. Tutkimuslupahakemusteni hylkäämisissä saattoi osittain olla kyse tästä. Todennäköisesti sairaalaorganisaatio halusi suojella itseään tutkimukselta, mistä kertovat myös hylkäysten perusteena käytetyt organisaatiolähtöiset syyt, kuten ”organisaatiomuutos” tai ”ilmapiiriongelmat”, joilla perusteltiin tutkimusluvan hylkäämistä.

Olin tutkimusluvista päättävälle myös monella tapaa vieras: olin sairaalan ulkopuolinen, tuntematon tutkija, joka edusti vierasta tieteenalaa ja sairaalassa harvinaisempaa tutkimusperinnettä. Samalla luotin tutkimuslupaprosessissa byrokraattiseen etenemiseen. Koen, että yhtäältä ulkopuolisuuteni ja tuntemattomuuteni ja toisaalta tapani edetä pelkän byrokratian ehdoin oli suurin syy tutkimuslupaprosessini venymiseen. Jordaniassa sairaalatutkimusta tehneet Sahar Al-Makhamreh ja Gillian Lewando-Hundt kokivat tutkimuslupaan liittyvässä neuvotteluprosessissa, että epävirallisilla yhteydenotoilla oli suuri merkitys sairaalaan sisälle pääsyssä. Prosessi nosti esiin epämuodollisten suhteiden tärkeyden jordaniaalaisessa kulttuurissa.¹⁰ Uskon, että myös suomalaisessa sairaalassa epävirallisilla suhteilla on tärkeä asema, vaikka byrokraattinen yhteiskunta olemmekin. Näin jälkikäteen katsottuna saattaisinkin toimia kuten bangladeshiläistä sairaalaa tutkinut Shahaduz Zaman, joka päätti sairaalaan sisäänpääsyssä alusta asti hyödyntää henkilökohtaisia suhteitaan välttääkseen hankalan byrokratian¹¹. Lomakkeiden lähettämisen ja puhelinsoittojen lisäksi ottaisin aktiivisesti yhteyttä kaikkiin tuntemiini sairaalatyöntekijöihin, hankkiutuisin töihin joksikin aikaa mahdolliselle tutkimusosastolle ja yrittäisin kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa esitellä tutkimustani nimenomaan niille hallinnoijille, jotka tutkimusluvan etenemisestä päättävät.

Tuttuuden ja kasvokkaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä sairaalassa voi selittää R. Bucherin ja J. Stellingin jo vuonna 1969 esittelemällä kahden auktoriteetin teoriolla. Heidän mukaansa sairaalassa on byrokratiaa ja karismaan

tai traditioon perustuvaa auktoriteettia. Karismaan tai traditioon perustuvassa auktoriteetissa yksilön paikka hierarkiassa ei ole staattinen, vaan jokainen yksilö ikään kuin neuvottelee oman paikkansa yhteisössä.¹² Tätä ajatusta voi soveltaa sairaaloiden tutkimuslupakäytäntöihin niin, että prosessi on teoriassa byrokraattinen, eli sairaalaan on kehitetty tasapuolinen ja kaikille avoin järjestelmä. Käytännössä sairaalan ulkopuolisen tutkijan on pelkän byrokratian keinoin melkein mahdotonta saada tutkimuslupa sairaalaan. Tutkijan tulisikin päästä sairaalan sisällä hyviin neuvotteluasemiin tai hankittava itselleen sairaalan sisäpuolinen neuvottelija¹³, joka vie tutkimuslupaprosessia eteenpäin omalla asemallaan. Tutkimussuunnitelman alistaminen byrokraattiselle hakuprosessille ei takaa tutkimuslupaa, vaan viime kädessä tutkijan tai hänen edustajansa neuvotteluasemat määräävät lopputuloksen. Myös omalla kohdallani sairaalan sisäpuolisen puolestapuhujan löytyminen ratkaisi lopulta tutkimusluvan saamisen erikoissairaanhoidon sairaalasta.

Sairaalatutkijaksi tulemisesta voi löytää yhtymäkohtia niin potilaaksi tulon kuin henkilökunnan suhteen. Kaikki toimijat tarvitsevat lisenssin päästäkseen sairaalaan, ja sairaalan toimijaksi tulo muotoutuu prosessiksi. Henkilökunnan valtuutus perustuu alan opiskeluun sekä ammattitutkintoon ja -taitoon. Potilaiksi pääsevät tarvitsevat sairaalan henkilökunnan hyväksynnän tai suosituksen, tai tässä tapauksessa lähetteen, sairaalan ulkopuoliselta ammattilaiselta. Potilaaksi tulo ei ole yksittäinen tapahtuma vaan erilaisten tapahtumien ketju (ks. luku 3). Sairaala tai sairaalassa tutkimaan pääsevät helpoiten ne, jotka tavalla tai toisella ovat jo sisäpiiriläisiä (ammattilaisenssi), ja ne ulkopuoliset, jotka onnistuvat läpäisemään monimutkaisen lupamenettelyn. Omaisten sairaalaan pääsy näyttää poikkeuksellisen yksinkertaiselta, he tarvitsevat ainoastaan sosiaalisen suhteen jo aiemmin lisenssin saaneeseen potilaaseen. Heillä on kuitenkin vain lupa vierailta, mutta ei jäädä. Sairaala näyttäytyy toimijoiden sisäänkäynnin valossa suljetulta organisaatiolta, joka säätelee ja rajaa toimijoiden sisäänkäyntiä monin tavoin. Sääteily perustuu sekä vallitsevaan lainsäädäntöön että sairaalan itsensä luomiin käytäntöihin. Tällainen sulkeutuneisuus mahdollistaa osaltaan sen, että jotkut sairaalaosaston käytännöt ovat pysyneet muuttumattomina, vaikka ympäröivä yhteiskunta onkin muuttunut (ks. luku 4).

Virallisten tutkimuslupien saamisen jälkeen sisäänkäyntineuvottelut jatkuivat. Osana virallista tutkimuslupaprosessia olin jo käynyt osastoilla kertomassa tutkimuksestani henkilökunnalle, joka oli hyväksynyt tutkimukseni ja oman osallisuutensa tutkimukseen henkilökohtaisesti. Potilaiden osalta ajatukseni oli, että hankkisin tutkimusluvan kaikilta osastolla sillä hetkellä ole-

vilta potilailta. Tämä suunnitelma osoittautui alusta alkaen mahdottomaksi. Tutkimuslupien kerääminen, kopioiminen ja arkistointi osoittautuivat odotettua työläämmäksi, ja kaikilta potilailta luvan pyytäminen olisi vienyt kohtuuttomasti aikaani. Yhden havainnointipäivän aikana en myös mitenkään ehtinyt keskustella kaikkien osastolla olevien potilaiden kanssa tai havainnoida heitä. Käytännössä aineiston keruuni kohdistui muutamaaan potilaaseen tai potilashuoneeseen kerrallaan. Tilannetta vaikeutti lisäksi Osasto Akuutilla, ja jonkin verran myös Osasto Infektiolla, osaston nopea potilasvaihto: jos luvat olivatkin yhden päivän aineistonkeruun osalta kunnossa, seuraavan kerran osastolle mennessäni suuri osa potilaista oli jo kotiutunut. Käytännössä jouduin siis huolehtimaan tutkimusluvista ja keräämään niitä potilailta joka kerta osastolle mennessäni. Tältä osin sisäänpääsyä voikin kuvata vaiheittaiseksi ja katkonaiseksi niin, että kyse oli sisäänpääsystä erilaisiin hetkiin¹⁴. Charles L. Bosk muistuttaa kentälle menijöitä siitä, että kentälle pääsy ei ole mikään yksittäinen tapahtuma vaan prosessi, ja tässäkin mielessä tutkijan pääsy sairaalaan muistuttaa potilaaksi tuloa¹⁵.

Käytännössä toimin potilaiden tutkimuslupien osalta niin, että osastolle mennessäni kartoitin potilaslistoista ne potilaat, jotka voisivat olla mukana tutkimuksessani. Suljin tutkimukseni ulkopuolelle yleensä sinä päivänä kotiutuvat potilaat ja potilaat, jotka olivat mielestäni liian huonokuntoisia eivätkä esimerkiksi pystyneet puhumaan. Lisäksi yritin sulkea pois eristys-huoneissa hoidettavat infektiopotilaat, koska huoneissa tuli välttää turhaa liikkumista. Osasto Akuutilla valintaperusteeni toimivat hyvin, koska osastolla oli paljon potilaita ja vaihtuvuus suurta. Sen sijaan Osasto Infektiolla ja Osasto Kuntoutuksella tutkimukseen valikoitui myös infektiopotilaita, koska heidän osuutensa osaston potilasmäärästä oli niin suuri. Etenin tutkimuslupa-asiassa yleensä niin, että menin vaihtamaan mahdollisen tutkimuspotilaan kanssa muutaman sanan, minkä jälkeen kerroin tutkimuksestani ja annoin tutkimustiedotteen. Mikäli potilas halusi osallistua tutkimukseen, täytimme yhdessä suostumuslomakkeen, josta otin kopion myös potilaille itselleen. (Ks. liite 2.) Jos potilas kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen, en enää myöhemmin mennyt keskustelemaan hänen kanssaan tai havainnoinut häntä.

Hankin kirjallisen suostumuksen potilailta, joiden kanssa keskustelin pidempään henkilökohtaisesti ja joiden potilaspaperit keräsin osaksi tutkimusaineistoa. Tämän lisäksi pyysin kirjallisen suostumuksen pääsääntöisesti niiltä potilailta, joiden huoneessa tein potilashuonehavainnointia. Tutkimusaineistossa on lisäksi kuvattu potilaita, joita olen havainnoinut ollessani mukana esimerkiksi lääkärinkierrolla. Pääsääntöisesti myös nämä potilaat olivat tie-

toisia tutkijan roolistani, koska olin usein vieraillut huoneessa jo aiemmin esittelen itseni ja tutkimukseni tai esittely tapahtui käsillä olevan tapahtuman yhteydessä. Täysin varma en kuitenkaan ole siitä, ettei tutkimusaineistossa kuvata satunnaisesti myös potilaita, jotka olivat tietämättömiä tutkimuksistani tai joilla oli sitä tilansa vuoksi vaikea ymmärtää. Tässä eettisessä huolessa minua lohduttaa kolme asiaa: jokainen yksittäinen potilas edustaa tutkimuksessani potilaiden toimijaryhmää, en kuvaa potilaita tutkimusraportissa tunnistettavasti eikä tutkimusaineistoni muodosta minkäänlaista rekisteriä.

Tutkijana osastoilla

Tutkimusosastot

Ensimmäinen tutkimusosasto, Osasto Akuutti, sijaitsi suuressa, useita erikoisaloja ja osastoja käsittävässä erikoistunutta hoitoa antavassa sairaalassa. Osasto oli suuri, noin 40-paikkainen sisätautinen ja sydänpotilaiden hoitoon erikoistunut osasto. Tavallisimpia hoidettavia sairauksia olivat sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti ja akuutit rytmihäiriöt tai rintakivut. Osastolla hoidettiin myös keuhko-ongelmaisia potilaita, joilla oli hengenahdistusta tai keuhkoveritulppa. Osa potilaista oli yleissisätautisia potilaita, jolloin heillä oli esimerkiksi keuhkokuumetta, yleistilan laskua tai epäselviä infektioita. Potilaiden ikähaitari ylsi nuorista 20-vuotiaista aina 90-vuotiaisiin vanhuksiin asti. Osa potilaista oli virkeitä, omatoimisia ja liikuntakykyisiä, osa demen-toituneita vuodepotilaita ja osa kuolemaa lähestyviä. Kaiken kaikkiaan osaston potilaskirjo oli tautien, potilaiden iän ja toimintakyvyn osalta hyvin laaja.

Potilaat tulivat osastolle suoraan päivystyksestä, jatkohoitoon toisesta sairaalasta toimenpiteen jälkeen tai sovitulle osastojaksolle kroonisen tautinsa vuoksi. Osaston rooli potilaiden hoidossa oli moninainen. Joidenkin potilaiden kohdalla tehtävänä oli erilaisten tutkimusten avulla selvittää, mikä tauti oli potilaan huonovointisuuden taustalla, toisilla krooninen tauti piti saada uudelleen tasapainoon esimerkiksi lääkitystä vaihtamalla, ja joillakin kyse oli selvän taudin parantamisesta. Potilaat lähtivät osastolta jatkohoitoon tai kotiutuivat parantuneina, osastolla diagnosoidun uuden kroonisen taudin kanssa tai paremmassa voinnissa vanhan tutun sairauden kanssa. Osaston keskimääräinen hoitoaika oli vain kolme vuorokautta. Terveystieteiden järjestelmässä osasto sijoittui erikoistunutta ja siten kallista hoitoa antavaksi yksiköksi. Potilaat saivat osastolla tarvitsemansa erikoissairaanhoidon, minkä jälkeen heidät lähetettiin usein jatkohoitoon perusterveydenhuollon yksiköi-

hin. Lyhyiden hoitoaikojen tavoitteena oli pitää potilasjonot lyhyinä, taata, että mahdollisimman moni potilas sai hoitoa ja säästää maksavan tahon kustannuksia.

Osasto oli jaettu kahteen toiminnalliseen soluun, ja myös henkilökunta jaettiin solujen mukaisiin tiimeihin. Sairaanhoitaja(t) ja lähihoitaja(t) työskentelivät tiimissä yhdessä. Heidän lisäksi joka päivälle oli nimetty erillinen, lähinnä osaston kansliassa työskentelevä ”kenttävastaava”, jonka tehtävänä oli hallinnoida koko osaston potilasliikennettä, vastata uusien potilaiden vastaanottamisesta ja sijoittamisesta potilashuoneisiin. Kenttävastaava oli osaston toiminnan sujuvuuden kannalta merkittävässä asemassa, vaihtuihan osaston potilaista päivittäin 6–15 henkilöä. Molemmissa soluissa työskenteli oma osastonlääkäri, joka tapasi potilaat päivittäin lääkärinkierrolla ja vastasi potilaiden hoidosta. Heidän lisäksi ylilääkäri oli mukana lääkärinkierroilla säännöllisesti. Osaston laitoshuoltajat, joita molemmissa soluissa oli yleensä yksi, olivat erityisen työllistettyjä. Heidän tehtävinään oli valmistella ruoanjaot, siivota potilashuoneet, huolehtia osaston vaatehuollosta ja huolehtia potilassänkyjen puhdistuksesta ja petauksesta uutta potilasta varten. Lisäksi osastolla työskenteli osastonhoitaja, jonka lähinnä hallinnolliset tehtävät liittyivät esimerkiksi tiedotukseen ja työvuorojen laatimiseen. Osaston kansliassa työskentelevän osastosihteerin tehtävänä oli huolehtia potilaspaperiliikenteestä, tutkimusten tilaamisesta ja vierailijoiden neuvomisesta.

Lisäksi osastolla kävi säännöllisesti myös muita henkilökuntaan kuuluvia. Fysioterapeutti vieraili osastolla päivittäin erityistä kuntoutusta tarvitsevien potilaiden luona. Samoin sosiaalityöntekijää oli mahdollista pyytää osastolle, vaikkakin iso osa potilaiden sosiaalisten asioiden hoitamisesta, esimerkiksi jatkohoitojen järjestäminen, oli siirretty hoitajien tehtäväksi. Myös potilaskuljettaja oli tuttu näky osastolla. Hänen tehtävinään oli kuljettaa potilaita esimerkiksi röntgentutkimuksiin osaston ulkopuolelle. Eri uskontokuntien pappeja oli mahdollisuus pyytää osastolle, joskaan en tavannut heitä kertaakaan osastojakson aikana. Oman lisänsä opetussairaalassa sijaitsevan osaston henkilökuntaan toivat sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat, joita oli yleensä paikalla jatkuvasti.

Henkilökunnan työnjako oli selkeää. Kaikilla oli omat tehtäväalueensa, jotka hoitamalla osaston arki muodostui sujuvaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. Laitoshuoltajat esimerkiksi petasivat tyhjät sängyt ja lähihoitajien tehtävänä oli keskittyä potilaiden perushoittoon. Sairaanhoitajat olivat mukana lääkärinkierroilla ja vastasivat hoidollisista toimenpiteistä ja lääkkeiden jakamisesta lääkäreiden vastatessa lääketieteellisestä hoidosta. Näitä työnjaol-

lisiä rajoja myös ylitettiin osaston arjessa ja niistä neuvoteltiin jatkuvasti sekä implisiittisesti että eksplisiittisesti henkilökunnan persoonista ja keskinäisistä suhteista riippuen, kuten kenttäpäiväkirjamerkintäni 29.3.2006 osoittaa: ”Laitoshuoltaja siivoaa potilashuoneita ja sairaanhoitaja sanoo hänelle, että lääkäri olisi kaivannut yhdessä potilashuoneessa roskista. Laitoshuoltaja vastaa, että ’olisihan niitä roskiksia tuolla’, johon sairaanhoitaja vastaa ’ei pysty, ei pysty.’”

Tiloiltaan osasto oli valoisa ja avara, ikkunoita oli paljon ja pintojen värit vaaleita. Sairaalarakennus oli suhteellisen uusi ja osasto siksi nykyaikainen. Osasto muodostui yhdestä pitkästä käytävästä, jonka keskivaiheilla sijaitsevat osaston ulko-ovi. Sairaalan hissiaulaan johtavan ulko-oven läheisyyteen oli keskitetty osaston toiminnan kannalta keskeisimmät tilat eli kanslia, lääkäreiden ja osastonhoitajan työhuoneet, sydänvalvontahuone, lääkehuone, keittiö ja potilaiden oleskelutila. Näitä tiloja seurasivat käytävän molemmin puolin potilashuoneet. Potilaiden huoneet olivat pääsääntöisesti yhden tai kahden hengen huoneita, mutta osastolla oli myös suuria neljän hengen huoneita, joihin oli usein sijoitettuna viisi potilasta. Jokaisessa potilashuoneessa oli oma wc- ja suihkutila. Käytävän päissä sijaitsevat erilaiset varastot ja vuodepotilaiden suihkutilat. Osastolla oli oma parveke, jossa potilaat saattoivat oleskella.

Toinen tutkimusosasto, Osasto Infektio, oli useita osastoja käsittävän terveyskeskussairaalan sisätautinen infektio-osasto. Osasto oli pieni, siellä oli vain kaksikymmentä potilaspaikkaa. Osastolla hoidettiin terveyskeskuspäivystyksestä tulevia potilaita, joilla oli esimerkiksi erilaisia infektioita, sydämen vajaatoimintaa, rintakipuja tai yleistilan laskua. Osastolle oli sijoitettu keskitetysti erilaisia sairaalabakteereita kantavat potilaat. Keski-ikänsä potilaat olivat selkeästi iäkkäämpiä ja usein huonokuntoisempia kuin Osasto Akuutilla: muistihäiriöistä, liikuntavaikeuksista tai -kyvyttömyydestä kroonisesti kärsiviä tai alkoholin suurkuluttajia. Yhteistä potilaille oli se, että he olivat monisairaita. Usein osastohoidon tavoitteena oli hoitaa potilaan akuutti sairaus kuntoon niin, että potilas pystyisi jatkamaan kotona asumistaan kroonisten tautien kanssa. Osa potilaista oli myös tilanteessa, jossa kotona asuminen ei enää ollut mahdollista ja iso osa osaston henkilökunnan työstä olikin miettiä ja järjestää näille potilaalle jokin muu asumismuoto.

Hallinnollisesti Osasto Infektio sijoittui perusterveydenhuoltoon. Se toimi terveyskeskussairaalaossa päivystyspoliklinikan toimintaa tukevana vuodeosastona. Laskennallisesti potilaiden keskimääräinen osastolla oloaika oli 5,5 vuorokautta. Keskimääräistä hoitoaikaa laski osaston yhteydessä toimiva kaksipaikkainen toimenpideyksikkö, jonka potilaat kotiutuivat saman päivän ai-

kana. Käytännössä useat potilaat viettivät osastolla viikkoja, usein odottaen pääsyä jatkohoitopaikkaan.

Ammattiryhmät olivat samat kuin Osasto Akuutillakin: lähihoitajat, sairaanhoitajat, laitoshuoltajat ja lääkärit. Poikkeuksena Osasto Akuuttiin osastolla oli oma sosiaalityöntekijä, jonka tehtävänä oli hoitaa potilaiden kotiutamiseen ja jatkohoitoon liittyviä asioita. Tältä osin hoitajien tehtäväkuva muodostui hieman erilaiseksi, kun sosiaalityöntekijä järjesteli monimutkaisia kotiutuksia ja jatkohoitoja. Fysioterapeutin lisäksi osastolla vieraili usein toimintaterapeutti, joka oli mukana potilaiden kuntoutuksessa. Osaston omiin toimintatapoihin kuuluivat erilliset ”kuntoutuskokoukset”, joissa oli mukana sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja välillä myös hoitajia. Kenttäpäiväkirjaan olen kirjoittanut 12.2.2008 kuntoutuskokouksesta seuraavaa: ”Istumme osaston puhtaassa varastossa kaikkien apuvälineiden, hoitotarvikkeiden ja välineiden keskellä. Toimintaterapeutti käy osaston potilaita yksi kerrallaan läpi tietokoneelta. Työntekijä, joka tuntee potilaan, kertoo potilaan tulossyystä, liikkumistavasta, toimintakyvystä, kotona selviämisestä ja mahdollisista kotikäynneistä ja siitä, mitä hän on potilaan kanssa tähän mennessä tehnyt. Keskustelua käydään toimintaterapeutin tai fysioterapeutin tekemästä kuntoutussuunnitelmasta ja hoitajan tai lääkärin kirjoittamasta hoitosuunnitelmasta. Kokouksessa puhutaan jatkohoitopaikoista, lausunnoista ja läheteistä: onko tehty, ollaanko tekemässä, mikä olisi oikea jatkohoitopaikka potilaalle ja niin edelleen.”

Osasto Infektion tilat olivat yleisvaikutelmaltaan suhteellisen ahtaat ja hieman nuhjuiset. Sairaalarakennus oli vanha ja odotti remonttia. Osastolle tultiin pitkän käytävän päästä. Heti oikealla sijaitti henkilökunnan taukuhuone ja sen jälkeen potilashuoneet, varastot ja wc- ja suihkutilat molemmin puolin käytävää. Potilaiden oleskelutila ja osaston kanslia sijaittivat käytävän keskivaiheilla. Potilashuoneita oli yhdeksän, joista kaksi oli neljänhengen huoneita ja loput kahden tai yhden hengen huoneita. Kaikissa potilashuoneissa ei ollut omaa vessaa, vaan potilaat kävivät käytävällä sijaitsevilla yhteisillä wc-tiloissa. Tämä järjestely ei tuntunut täysin asianmukaiselta, hoidettiinhan osastolla sekä erilaisia sairaalabakteereita kantavia että helposti leviäviin vatsatauteihin sairastuneita potilaita. Potilashuoneiden ovella oli A4-kokoiset laput, joissa oli värikoodein ja sanallisesti ilmaistu huoneen potilaiden vaatimat suojaustoimenpiteet. ”Likaisiksi” luokiteltuihin huoneisiin eli niihin, joissa potilas kantoi tarttuvaa tautia, mentiin käsien desinfioiden jälkeen suojakäsineet kädessä. Lisäksi joihinkin huoneisiin mennessä piti käyttää maskia suun edessä ja suojaesiliinaa. Aina potilashuoneesta tullessa kädet desinfioidi-

tiin uudelleen¹⁶. Minulle hygieniamääräysten muistaminen ja niiden toteuttaminen ei tuottanut päänvaivaa, olinhan leikkaussalissa tottunut vielä paljon tiukempaan aseptiikkaan.

Osasto Kuntoutukseksi nimeämäni kolmas tutkimusosasto toimi pääsääntöisesti geriatrinen eli vanhuspotilaiden jatkokuntoutusyksikkönä. 25-paikkaisen osaston usein monisairailla potilailla oli aivohalvauksia, sydän- ja verisuonitauteja, diabetesta, erilaisia infektioita, päihdeongelmia ja niin edelleen. He tulivat osastolle yleistilan laskun vuoksi, kaatumisesta aiheutuneiden vammojen jatkokuntoutukseen tai akuutin sairauden vuoksi. Osastolla hoidettiin myös syöpäpotilaiden kipuja ja kuolevia potilaita. Osastolle oli keskitetty sairaalabakteereja kantavien potilaiden hoito. Potilaat olivat iäkkäitä ja usein huonokuntoisia. Osa liikkui rollaattorin avulla, osa pyörätuolilla ja osa oli täysin vuoteeseen hoidettavia. Potilaat tulivat osastolle jatkohoitoon muista sairaaloista tai saamaan sairaalatasoista hoitoa vanhainkodeista tai palvelutaloista. Keskimääräinen hoitoaika osastolla oli noin 20 vuorokautta. Hallinnollisesti osasto toimi terveyskeskussairaalan akuuttihoidon vuodeosastona, ja hoidon tavoitteena oli kuntouttaa potilas takaisin aiempaan asuinpaikkaansa.

Osaston henkilökuntarakenne oli melko samanlainen kuin Osasto Infektiolla. Mainittava ero henkilökunnan työskentelytavoissa oli kolmena päivänä viikossa ”paperikiertona” suoritettu lääkärintierkierto. Lääkäri ei siis tavannut potilaita joka päivä, vaan lääkäri ja hoitaja kävivät paperikierrolla potilaiden asioita läpi kanslian tietokoneelta. Sairaalan apulaisylilääkäri oli mukana lääkärintierrolla kerran viikossa.

Osaston tilat vaikuttivat etenkin Osasto Infektion tiloihin verrattuna suoraan huppeilta. Tilat olivat avarat ja valoisa, pinnat värikkäitä, mutta kuitenkin vaaleita. Sairaalarakennus oli rakennettu 1980-luvulla. Osastolle tulittiin lukitusta ovesta, jonka sai auki ylhäällä sijaitsevasta kahvasta vääntämällä. Käytäntö johtui siitä, että osastolla hoidettiin paljon muistisairaita potilaita. Ovesta avautui pitkä käytävä, jonka varrella oli potilashuoneita, keittiö ja varastoja. Oikealla oli erityisen suuri ruokailutila, joka oli otettu fysioterapeuttien käyttöön potilaiden kuntouttamiseksi. Vasemmalla sijaitti henkilökunnan kahvihuone ja osaston kansliatilat. Käytävän päässä oli lääkärin ja osastonhoitajan työtila sekä varastoja. Kanslian jälkeen vasemmalle avautui osaston toinen pitkä käytävä, jonka varrella oli taas potilashuoneita, ja toinen suuri tila, joka oli ruokailu- ja oleskelukäytössä. Osaston potilashuoneet olivat pääsääntöisesti kahden ja kolmen hengen huoneita. Miehiä ja naisia sijoitettiin osastolla samoihin huoneisiin.

Tutkijan asema ja kentälle meno

Otin tutkimusosastoilla avoimen tutkijan roolin. Esittelin itseni kaikille tutkijana, kerroin lyhyesti tutkimuksestani ja sanoin olevani kiinnostunut siitä, millaista sairaalassa on ja mitä siellä tapahtuu. Päädyin avoimeen tutkijan rooliin, vaikka toisenlaisiakin mahdollisuuksia on olemassa. Sairaalaa on jonkin verran tutkittu esimerkiksi valepotilaana¹⁷. Tällainen ei-reaktiivinen havainnointi, jossa tutkittavat ovat tietämättömiä tutkimuksesta, voi tuottaa autenttisempaa aineistoa¹⁸. Itse koin valepotiluuden kuitenkin liian epäeettiseksi tavaksi kerätä aineistoa. Potilaan näkökulma on tavoitettu täydellisesti niissä tutkimuksissa, joissa tutkija on itse ollut aidosti sairas ja potilaana¹⁹. Olisin voinut kerätä tutkimusaineistoa myös sairaanhoitajan työn ohella, piilohavainnointina²⁰. Sairaanhoitajaksi hakeutuminen tuntuikin tutkimuslupaprosessin venyessä mahdolliselta vaihtoehdolta, mutta käytännössä sairaanhoitajan ja tutkijan työn yhdistäminen tuntui liian suurelta haasteelta. Sairanhoitajan raskas työ ja aikaa vievä kenttäpäiväkirjan kirjoittaminen olisivat johtaneet tilanteeseen, jossa jompikumpi työ olisi väistämättä tullut tehdyksi huonosti. Muita vaihtoehtoisia rooleja olisivat olleet vierailijan rooli sairaalan julkisissa tiloissa tai vapaaehtoistyöntekijänä toimiminen, mikäli osastoilla sellaisia olisi ollut²¹.

Terveystieteiden tutkimuksessa ihmisen pukeutuminen on vahva merkki ryhmän jäsenyydestä ja viestii ihmisen ammattiasemasta ja statuksesta²². Niinpä myös oma pukeutumiseni oli merkittävä viesti muille osastolla olijoille. Pukeuduin kentällä omiin vaatteisiini, joiden päällä minulla oli lyhyt hoitajan takki. Rinnassani oli nimineula, joka kertoi nimeni lisäksi minun olevan tutkija. Pukeutumisellani halusin erottautua osastolla vierailijoista, koska omissa vaatteissa liikkuessani päivittäinen vaelteluni osastolla olisi varmasti herättänyt kummastusta potilaissa ja omaisissa. Valkoinen takki omien vaatteideni päällä oli merkki siitä, että olen osastolla ”organisaation taholta”. Kuitenkin halusin viestittää, etten kuulu osaston varsinaiseen henkilökuntaan ja näin välttää potilaiden minulle kohdistamat kysymykset lääkityksestä, toimenpiteistä tai hoivavaihtoehdoista. Muusta henkilökunnasta hieman poikkeava pukeutumiseni herätti silloin tällöin kysymyksiä sekä potilaissa että henkilökunnassa, mistä tarjoutui hyvä syy aloittaa keskustelu uuden henkilön kanssa.

Kun helmikuussa 2006 olin aloittamassa kenttätyötä Osasto Akuutilla, olin innostunut. Olin palaamassa tuttuun, joskin uudelleenlaisessa roolissa tutkijana sairaanhoitajan roolin sijaan. Etnografinen tutkimus antoi minulle mahdollisuuden päästä takaisin ympäristöön, josta olin jatko-opintojen myötä irrottautunut, mutta joka veti minua edelleen puoleensa. Sairaalamiljöös-

sä kiehtoi sen tapahtumarikkaus, toimintaympäristön selkeys ja sulkeutuneisuuden mukanaan tuoma salaperäisyys. Kentälle meno oli helppoa, ja tunsin oloni sairaalaympäristössä alusta alkaen kotoisaksi. Aina uudelle osastolle mennessäni tunsin orpoutta lähinnä siitä, etten tuntenut henkilökuntaa, osastokohtaisia toimintakäytäntöjä, sisätautien lääkkeitä tai osaston säilytystiloja. Olin ulkopuolinen kyseisessä organisaatiossa. Minulle tämäkin vierauden tunne oli lähinnä tuttua. Mieleen palautuivat sairaanhoitajaopinnot ja harjoittelujaksot eri osastoilla, jolloin uuteen osastoon oli tutustuttava ja ”otettava se haltuun” nopeasti.

Aiempi työkokemukseni sairaalasta nopeutti sisäänpääsyä kentälle eikä aikaa tuhlaantunut sairaalalangin, kirjoittamattomien sääntöjen tai hyväksyttävien toimintatapojen hahmottamiseen. En joutunut tuntemaan epämu-kavuutta vieraiden laitteiden keskellä tai vaivaantumaan taudeista.²³ Tilan ja sanaston tuttuus johti kuitenkin siihen, etteivät ne asettuneet vieraudellaan ihmettelyn kohteeksi. Keskeiseksi kysymykseksi etnografian onnistumiselle nousikin vieraan löytyminen tutusta. Tarpeellista etäännyttämistä oli tapahtunut jo ajallisen etäisyyden myötä²⁴, olihan sairaanhoitajana toimimisestani jo vuosia. Toiseksi vieraiden sairaaloiden ja erikoisalalan valitseminen auttoi tässä. Kuitenkin tärkeimmäksi tekijäksi etäännyttämisessä nousi tutun toimijanäkökulman vaihtaminen uuteen. Jouduin etsimään etnografille tarpeellista näiivä asennetta tai noviisina olemista jostain muualta kuin sairaanhoitajien parista. Huomasin, että myös omasta kulttuurista ja tutusta ympäristöstä on mahdollista, ellei peräti helppoa, löytää tutkimuskohteita, jotka ovat itselle vieraita.²⁵ Jo lääkäreiden ja laitoshuoltajien kanssa keskustelu ja heidän näkökulmansa huomioiminen tuotti tarpeellisen vierauden tunteen.

Kokemukseni sairaanhoitajana ei auttanut minua paljonkaan ymmärtämään muiden toimijaryhmien kokemusta sairaalassa olosta, mikä ohjasi minua lopulta keskittymään kenttätöyssäni potilaaseen. Tietystä etäännyttämisestä huolimatta kenttä pysyi minulle tuttuna. Etnografiaani voi kuvata tuttuuden ja vierauden välisessä välitilassa olemiseksi, yritykseksi nähdä tuttu uusin silmin tai tutunoloisen aineksen työstämiseksi, arkipäiväisyyksien taakse pääsemiseksi ja itsestäänselvyyksien ihmettelyksi²⁶.

Kentällä minulle muodostui nopeasti tietty tapa olla suhteessa osastolla oleviin ihmisiin. Ensimmäiselle tutkimusosastolle mennessäni olin kuvitellut itselleni jonkinlaisen tutkivan sairaanhoitajan roolin niin, että sulautuisin vakituisen hoitohenkilökunnan joukkoon. Hoitajien mukana liikkuminen tuntui kuitenkin turhauttavalta, koska en toiminnan tuttuuden vuoksi osannut ihmetellä tai kyseenalaistaa heidän työtään. Kysymykseni sairaanhoitajille oli-

vat teennäisiä, koska tiesin sairaanhoitajien tietävän hoitajuuteni ja sitä kautta vastaukset omiin kysymyksiini²⁷. Myöskään hoitajat eivät erityisesti selostaneet tekemisistään tai käyttämiään termejä kuten tehdään henkilölle, jonka ei oleteta ymmärtävän mitä tilanteessa tapahtuu. Tällä tavoin he osoittivat, että he pitivät minua sisäpuolisena siinä tiedossa ja kielessä joka heillä oli²⁸. Näiden tekijöiden vuoksi minusta tuli suhteessa henkilökunnan työhön ja toimintaan ennemminkin taustalla pysyttelevä tarkkailija kuin tilanteissa aktiivisesti kyselevä tai osallistuva tutkija.

Hoitohenkilökunnasta eli sairaanhoitajista, lähihoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista, muodostui kuitenkin se ryhmä, johon minun oli helpointa integroitua sosiaalisesti. Vietin hoitohenkilökunnan seurassa eniten aikaa ”epämuodollisemmissa” tilanteissa kuten kahvipöydässä. Kuulumisten vaihtamisesta ja jutustelusta muodostui viihtymiseni kannalta tärkeitä. Etenkin Osasto Infektiolla koin, että hoitohenkilökunta otti minut mukaan kahvipöytänsä yhtenä heistä. Osasto Infektiolla työskenteli myös hoitaja, josta tuli tutkimukselleni merkityksellinen ”avaininformantti”. Keskustelut hänen kanssaan muodostuivat avartaviksi ja tärkeiksi paitsi tutkimukseni kannalta myös laajemmin hänen humaaniutensa, kokemuksensa ja analyttisyytensä tähden. Suhteeni lääkäreihin etenkin Osasto Akuutilla oli etäisempi. En tullut lääkäreiden kanssa tutuiksi, koska he viettivät osastolla lyhyitä aikoja, enkä liikkunut heidän mukanaan osaston ulkopuolelle. Vuorovaikutus lääkäreiden kanssa ajoittui lähinnä lääkärinkierroille ja kahvihuoneisiin. Osasto Akuutilla olin paljon tekemisissä myös laitoshuoltajien kanssa, istuin kahvilla heidän kahvipöydässään ja seurasin heitä työssään. Muilla osastoilla kontaktini laitoshuoltajiin jäivät vähäisemmiksi.

Suhteeni tutkimusosastojen henkilökuntaan oli toimiva. He suhtautuivat minuun ja tutkimukseeni pääsääntöisesti positiivisesti ja kiinnostuneesti. He kohtelivat minua ystävällisesti ja avuliaasti ja päästivät minut mukaansa osaston tapahtumiin ilman erityisiä neuvotteluja. Minut nähtiin mahdollisena viestinviejänä tilanteissa, joissa joku henkilökuntaan kuuluva tuli keskustelemaan kanssani jostain epäkohdaksi kokemastaan asiasta. Minut ja tutkimukseni koettiin, ja myös eksplikoitiin, mahdollisuutena saada viestiä eteenpäin ja kuuluvaksi esimerkiksi liian pienistä henkilöresursseista, liiasta kiireestä tai potilaiden liian nopeasta kotiuttamisesta. Silloin tällöin minuun suhtauduttiin kriittisemmin. Jotkut kokivat minut ulkopuoliseksi tarkkailijaksi, jonka raportointitapaan suhtauduttiin epäilevästi. Aineistonkeruun edetessä huomasi hakeutuvani niiden henkilöiden seuraan, joiden tiesin suhtautuvan minuun ja tutkimukseeni positiivisesti, ja jättäväni rauhaan ne henkilöt, jotka kuultuaan tutkimuksestani vetäytyivät kanssakäymisestä.

Suhteessa potilaisiin olin aktiivinen ja tein tuttavuutta heidän kanssaan. Potilaat eivät yleensä tahdo häiritä kiireiseltä tuntuvaan henkilökuntaa ilman erityistä syytä, joten minun tuli ”organisaation taholta” tulevana ja henkilökunnan vaatteeseen sonnustautuneena tutkijana lähestyä potilaita omaaloitteisesti. Potilaat kertoivat minulle joskus hämmästyttävänkin avoimesti omasta elämästään. Tutkittavien voikin olla helpompi paljastaa arkaluontoisia tietoja täysin tuntemattomalle kuin tutulle²⁹. Potilaat eivät kuitenkaan olleet välttämättä yhtä ”vapaita” puhumaan sairaalan toimintaan liittyvistä asioista kuin omasta elämästään. Ainakaan he eivät keskusteluissa tuoneet esille samanlaisia, joskus kipakoitakin kommentteja hoidosta tai henkilökunnasta, mitä osastojen kirjallisista potilaspalautteista sain lukea. Potilaiden suhtautuminen minuun ja tutkimukseeni oli pääsääntöisesti positiivisen kiinnostunutta, ja useimmiten he ottivat ilolla vastaan keskustelukumppanin. Potilaiden tarve tulla kuulluksi ja tapani asettua kuuntelijaksi tuottivat monia kiinnostavia ja tutkimusmielessä onnistuneita keskusteluja. Tässä asiassa myös sairaanhoitajuudestani saattoi olla minulle hyötyä, sillä sairaanhoitajan ja etnografin työssä on monia yhtymäkohtia. Molemmissa tarvitaan haastattelutaitoja, huolellista kuuntelua, havainnointia ja tulkintaa monilla eri tasoilla yhtäaikaaisesti oman persoonan käytön kanssa³⁰.

Kaiken kaikkiaan roolini kentällä muodostui jonkinlaisessa välitilassa olemiseksi, koska sairaala ei oikeastaan edes tarjoa tutkijalle toimijaryhmää mihin samaistua. Sijoituin johonkin potilaiden ja henkilökunnan kahtiajaon välimaastoon³¹. Toisaalta roolini ei ollut muuttumaton koko kenttätöjaksos ajan, vaan asemani oli uudelleen neuvoteltavissa niin, että jossain tilanteissa olin selkeästi ulkopuolinen, mutta hetkittäin samaistuin tapahtumasta riippuen joko henkilökuntaan tai potilaisiin³².

Kenttätöön luonne

Kenttätö eteni vaiheittain. Kentälle mennessä ajatukseni oli tutkimuksessa verrata diskurssianalyysin keinoin niitä tapoja, joilla potilaasta puhutaan yhtäältä sairaalaosaston teksteissä ja toisaalta käytännön toiminnassa. Seurasin kuitenkin James P. Spradleyyn ohjeistusta kolmivaiheisesta havainnoinnista, ja aloitin havainnoinnin kuvailevalla, laaja-alaisella, havainnoinnilla, jonka avulla sain yleisen käsityksen tutkimuskohteesta³³. Kapean kysymyksenasettelun sijaan lähdin kentälle mielessäni laajempi kysymys ”mitä täällä tapahtuu?” Tutustuin osastoon tiloihin kurkistellen ja oleskellen. Vietin paljon aikaa kansliassa, potilaiden oleskelutilassa, osaston käytävällä ja henkilökunnan kahvihuoneessa. Seurasin henkilökunnan työtä ja liikuin potilashuoneissa yhdessä hoitajien ja lääkäreiden kanssa.

Pian kenttätöön alettua jouduin hylkäämään diskursiivisen lähestymistavan, koska en yksinkertaisesti kyennyt kirjoittamaan tapahtumia ja keskustelua ylös kenttämuistiinpanoihini niin sanotusti, että diskursiivinen tarkastelu olisi ollut mahdollista. Tämä sai minut etsimään havainnoinnille ja koko tutkimukselle uutta suuntaa. Muutin kysymyksenasettelua enemmän potilaslähtöiseksi ja siirsin havainnointia enemmän potilashuoneisiin, mikä tarjosi yllättävän erilaisen näkökulman sairaalaosaston arkeen. Jäsenin aineistonkeruuta myös niin, että siirryin sattumanvaraisten tapahtumien kuvailusta enemmän tiettyjen teemojen, kuten sairaalan tulon ja kotiutuksen, lääkärinkierron ja ajan, tarkasteluun.

Kentällä tutkijan läsnäolon tulisi olla huomaamaton niin, ettei tutki- ja häiritse toiminnan ja keskustelujen päivittäisiä rutiineja³⁴. Havainnointiani eri tiloissa ja tilanteissa ohjasikin ajatus ”pois tieltä pysymisestä” ja ”itsensä näkymättömäksi tekemisestä”³⁵. Välillä pois tieltä oleminen oli konkreettista niin, että kyse oli fyysisestä tilasta ja sen reunoilla pysymisestä. Välillä poissa pysyminen muodostui enemmän kuvainnolliseksi. Yritin pysyä tilanteissa huomaamattomana ja passiivisena sivustaseuraajana. Ajatukseni oli, että sivussa pysymällä vaikuttaisin mahdollisimman vähän esimerkiksi henkilökunnan ja potilaan välisiin keskusteluihin tai tapahtumiin.

Vaikka aineiston keruuni oli pääasiassa tapahtumien sivusta seuraamista, osallistuin osaston arkeen keskustelemalla potilaiden ja henkilökunnan kanssa. Välillä olin mukana osaston toiminnassa myös konkreettisesti. Hain tavaroita ja etenkin Osasto Akuutilla osallistuin lähes päivittäin myös ruoan jakoon. Koin ruoanjaon helpoksi tavaksi olla mukana osaston arjessa ja huomasin saavani myönteistä huomiota henkilökunnalta: ulkopuolisesta tutkijasta oli konkreettista hyötyä. Itselleni tämä oli mainio, legitiimi tapa, pii- pahtaa potilashuoneisiin ja tutustua ohimennen huoneen potilaisiin. Asetin kuitenkin jo kentälle mennessäni tiukat rajat osallistumiselleni. En osallistunut esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin tai potilaiden liikutteluun, koska minulla ei ollut työ sopimusta eikä siten vakuutusta, joka olisi kattanut mahdolliset potilasvahingot.

Kirjallisuudessa esitelty etnografinen osallistuva havainnointi tarkoittaa tietoista ja systemaattista osallistumista tutkittavien elämän toimintoihin, heidän kiinnostuksen kohteisiinsa ja tunteisiinsa. Tavoitteena on, että tutkija tulee yhdeksi ”heistä”, tutkittaviaan. Tämä ihanne on kuitenkin kyseenalaistettu sairaalatutkijoiden keskuudessa. On keskusteltu siitä, onko tällainen osallistuva havainnointi perimmältään edes mahdollista sairaalassa³⁶. Sairaalassa lääketieteelliset toimenpiteet, tiedonvälitys ja päätöksenteko ovat niin erikoistu-

neita, sensitiivisiä ja monimutkaisia, että tutkijan on vaikea osallistua niihin. Ja jos tutkija haluaa olla kentällä ”luonnollinen” henkilö, hänen tulisi liittyä joko henkilökuntaan, potilaisiin tai vierailijoihin. Osallistuvan havainnoinnin sijaan omaa kenttätöitäni kuvaakin ehkä parhaiten termi ”havainnoija osallistujana”. Olin organisaation ulkopuolinen tutkija, joka keräsi tutkimusaineistoa pääsääntöisesti havainnoimalla, mutta osallistui samalla osaston elämään monella tavalla³⁷.

Etnografiassa jo tutkijan läsnäoloa kentällä voidaan pitää osallistumisena, vaikka osallistumisen tapa ja intensiteetti vaihtelevatkin³⁸. Niinpä osallistumista oli paitsi pienten konkreettisten tehtävien tekeminen myös osallistuminen osaston sosiaaliseen elämään. Osallistuin olemalla paikalla, katsomalla, kuuntelemalla ja keskustelemalla enkä niinkään osallistumalla työhön, lääketieteellisiin menettelyihin tai päätöksentekoon. Olin paikalla ja katsoin kun tutkittavat olivat ja toimivat. Läsnäolonni vaikutti todennäköisesti useissa tilanteissa tapahtumien kulkuun: paikalla olijat olivat tietoisia tutkijasta ja läsnäolonni saattoi vaikuttaa keskusteluihin ja käyttäytymiseen, vaikka pysyttelinkin tapahtumien taustalla. Osallistumiseni oli myös aktiivista tutkimusaineiston tuottamista osaston tapahtumista.³⁹

Kenttätöitäni voi kuvata myös neuvotelluksi vuorovaikutteiseksi havainnoinniksi⁴⁰. Siinä tutkijan ja tutkittavien välillä käydään jatkuvaa neuvottelua siitä, milloin ja miten havainnointia ja vuorovaikutusta tapahtuu tai ei tapahdu. Havainnoinnista ja osallistumisesta tulee vastavuoroista niin, että myös tutkija tulee tutkittavien, ”toisten”, tulkinnan ja sosiaalisten sitoumusten kohteeksi. ”Toiset” yrittävät yhtäläillä ottaa selvää, mitä tutkija tekee tai jättää tekemättä, sanoo tai jättää sanomatta. Neuvotellussa vuorovaikutteisessa havainnoinnissa tutkija ei lähtökohtaisesti edes oleta tulevansa yhdeksi ”heistä”, osaksi tapahtumista rakentuvaa yhteistä kertomusta. Vuorovaikutus tarkoittaa sitä, että ihmiset ovat yhteydessä toisiinsa, mutta tapahtumista ei vallitse välttämättä yksimielisyyttä eikä kaikkien tarvitse olla sitoutuneita samaan näkökulmaan tai kertomukseen tapahtumista. Windin ajatusten mukaisesti tässä tutkimuksessa esitetyt tulokset ovatkin sairaalaosaston ulkopuolisen tutkijan kokemuksia ja tulkintoja sairaalaosaston elämästä.

Lopetin aineistonkeruun paitsi tutkimusresurssien sanelemana myös sairaalaympäristön käydessä niin tutuksi, että kyseleminen, tapahtumien kyseenalaistaminen ja toisin näkeminen muuttuivat vaikeiksi. Ihmetys ja uutuus vaihtuivat itsestäänselvyudeksi ja toisteisuudeksi, jolloin totesin aineiston riittäväksi ja kylläntyneeksi⁴¹. Kenttäpäiväkirjassani kuvaan tuntemuksiani 2.4.2008 näin: ”Mitään uutta en enää tunnu saavan irti eli kaikki toistuu samanlaisena. Voisi sanoa, että aineisto on kylläntynyt ja tutkija kyllästynyt.”

Tässä luvussa tutkija on saatettu sairaalaosastolle monimutkaisen tutkimuslupaprosessin läpi. Lukijalle on esitelty ympäristö, jonne tulevien lukujen tapahtumat sijoittuvat. Keskeistä on ollut kuvata se tapa, jolla tutkija on ollut, havainnoinut ja kerännyt aineistoa sairaalaosastolla. Tässä vaiheessa kuvauksesta on vielä puuttunut tutkimuksen keskeinen elementti: potilas. Seuraavassa luvussa seurataankin potilaan saapumista osastolle, ja sitä minkälaisia ei-inhimillisiä toimijoita hän sairaalaosastolle tullessaan kohtaa.

Viitteet

- 1 Lämsä 2008.
- 2 van der Geest 2004.
- 3 esim. Agic 2012, 68; Long ym. 2008, 71; Måseide 1987; Törrönen 1999, 26.
- 4 Van der Geest & Finkler 2004, 1999.
- 5 Hannigan & Allen 2003.
- 6 ks. Rastas 2008, 150.
- 7 Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 14.
- 8 Foster 1996, 66.
- 9 ks. van der Geest & Sarkodie 1998, 1374.
- 10 Al-Makhamreh & Lewando-Hundt 2008, 13–15.
- 11 Zaman 2005, 24.
- 12 Morgan ym. 1985, 143.
- 13 ks. myös Foster 1996, 69.
- 14 ks. Tolonen 2001, 51.
- 15 Bosk 1979, 194.
- 16 Osastonhoitaja kertoi, että usein myös henkilökunta ja heidän perheensä sairastuvat vatsatauti-epidemioiden aikana. Hän valmisti tutkijaa tulevaan koitokseen toteamalla, että todennäköisesti myös minä ja lapseni sairastumme kenttäjakson aikana. Onnistuin kuitenkin välttämään vatsataudit osaksi hyvän hygienian ansiosta, mutta vielä todennäköisemmin sen vuoksi, että välttelin tietoisesti vatsatautipotilaiden huoneita enkä osallistunut hoitotoimenpiteisiin.
- 17 ks. esim. Geest & Sarkodie 1998.
- 18 Bernard 2006, 413.
- 19 ks. esim. Rier 2000; van Dongen 2010.
- 20 ks. Grönfors 1982, 103.
- 21 ks. Tinney 2008, 207.
- 22 Allen 2004, 18.
- 23 Ks. Chambliss 1996, 33; Al-Makhamreh & Lewando-Hundt 2008.
- 24 ks. Tolonen 2001, 46.
- 25 Ks. Bernard 2006, 366–367.
- 26 Karisto 2004, 10; Tolonen 2001, 44; Delamont & Atkinson 1995.
- 27 ks. Zaman 2005, 34.
- 28 ks. Allen 2004, 20.
- 29 Allen 2004, 21.
- 30 Borbasi ym. 2005.
- 31 ks. Palmu 2007, 139.
- 32 ks. Allen 2004, 22.
- 33 James P. Spradley (1980) kehittämä kolmivaiheinen havainnoinnin malli etenee laaja-alaisesta, kuvailevasta havainnoinnista yhä fokuoituneempaan aineiston keruuseen. Kuvaileva havainnointi on laaja-alaista havainnointia, jonka tavoitteena on luoda yleiskäsitys havainnoitavasta kohteesta. Fokuoituneessa havainnoinnissa tarkastellaan tiettyjä rajattuja kohteita, tapahtumia tai vuorovaikutustilanteita, jotka tarkentuvat kuvailevan havainnoinnin herättämien kysymysten pohjalta. Valikoituneessa havainnoinnissa tutkija etsii tilanteista, toiminnasta ja puheesta yhtäläisyyksiä, erilaisuuksia ja vastakkaisuksia.

- 34 Geest & Sarkodie 1998, 1375.
35 ks. Lappalainen 2007a, 72.
36 esim. van deer Geest & Finkler 2004,
1998; Vermeulen 2004, 2072: Wind
2008.
37 ks. Bernard 2006, 347; Zaman 2005, 27.
- 38 Lappalainen 2007b, 113.
39 Ks. Delamont 2004, 218; Vermeulen
2004, 2072; Zaman 2005, 27.
40 Wind 2008.
41 ks. Kalliala 1999, 64.

3 POTILAAKSI TULON TILA, AIKA JA TEKNOLOGIA

Nykyaikainen sairaala on täynnä laitteita ja tavaroita, joihin ei törmää juuri muualla kuin sairaalaympäristössä. Nämä ei-inhimilliset toimijat ovat olennaisia sairaalalle ominaisen ympäristön, vuorovaikutuksen ja käytäntöjen muokkaamisessa. Tässä luvussa lähestyn sairaalaosaston ei-inhimillisiä toimijoita potilaaksi tulon näkökulmasta. Olen kiinnostunut siitä, millä tavalla ei-inhimillisiä toimijoita potilas sairaalaosastolle tullessaan kohtaa ja miten ei-inhimilliset toimijat muokkaavat potilaana oloa ja sairaalaosaston toimintaa. Luvussa käsittelen potilaan osastolle tuloa, potilashuoneiden jakoa, ajan jakautumista ja potilaan valvontaa teknologisen menetelmän avulla. Luvun suhteellisen lyhyet katsaukset tuovat esimerkinomaisesti näkyviin sitä ei-inhimillisten toimijoiden kirjoa, joka sairaalaosastolla on, ja sitä miten monin tavoin ei-inhimilliset toimijat muokkaavat osaston arkea. Samalla luku toimii sairaalaosastolle johdettava lukuna ja avaa lukijalle oven sairaalaosaston arkeen elämään.

Tutkimuksen lähtökohtaiset oletukset pohjaavat osaltaan ajatukseen inhimillisten ja ei-inhimillisten toimijoiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta (ks. tarkemmin liite 1). Tässä luvussa ei-inhimilliset toimijat, kuten osaston kojeet, tavarat, aika ja äänet, ovat tarkastelussa etualalla yhdessä inhimillisten toimijoiden kanssa – ja niiden keskellä. Sairaalaosaston potiluuden tarkastelussa myös ei-inhimilliset toimijat ovat merkityksellisiä, koska sairaalan toiminta nojaa pitkälti ei-inhimillisiin toimijoihin ja nykypäivänä erityisesti teknologisiin laitteisiin. Kun teknologia määrittää vahvasti paitsi sairaalan luonnetta, ja myös inhimillisten toimijoiden toimintaa siellä, ei voi olettaa, että potilukseen muotoutuisi irrallaan ei-inhimillisistä toimijoista. Ei-inhimillinen ei jää vain inhimillisen vuorovaikutuksen taustaksi tai raamiksi vaan on osaltaan vaikuttamassa siihen, millaiseksi sairaalaosaston potiluus muodostuu.

Rajan määrittäminen inhimillisen ja ei-inhimillisen toimijoiden välille ei ole kuitenkaan yksiselitteistä, vaan rajat ovat häilyviä ja liikkuvia. Toimijoiden ei-inhimillisuus on suhteellista, ja se on suhteessa inhimillisyyteen ja kie-

leen. Määrittelenkin ei-inhimilliset toimijat tässä sellaisiksi toimijoiksi, jotka ovat ei-inhimillisempiä suhteessa osastolla oleviin ihmisiin ja samalla materiaalisempia ja pysyvämpiä suhteessa kielelliseen vuorovaikutukseen. Näin olen esimerkiksi äänet näyttäytyvät tässä ei-inhimillisinä toimijoina, samoin kuin aika, vaikka ne ovat kiinteässä yhteydessä myös inhimillisiin toimijoihin.

Potilaaksi tulon materiaalisuus

Sairaalaosasto on potilaalle usein uusi ympäristö, jonka ihmiset, fyysiset tilat ja toiminta tuntuvat vierailta. Sairaalassa ihminen tulee jatkuvan katsomisen, puhumisen, koskettamisen ja kuuntelemisen kohteeksi. Hänet luodaan lääketieteen objektiksi. Potilas luopuu sairaalaan saapuessaan oikeudestaan päättää, mikä häntä vaivaa ja joutuu hyväksymään lääketieteellisen näkemyksen taudistaan ja hoidostaan.¹ Sairaalaan tuloa on kuvattu antropologisin termein liminaalitulaksi, jossa potilas riisutaan tavallisesta arjestaan². Fyysisen eron lisäksi arjesta riisuminen tapahtuu erottamalla ihminen hänen normaaleista sosiaalisista suhteistaan³. Sairaalassa potilas saa uudenlaisen roolin, joka poikkeaa hänen arkiminästään. Hänellä on lupa keskittyä itseensä ja paranemiseensa ja olla passiivinen⁴.

Sairaalaosastolle saapuminen ja potilaaksi tulo on pitkälti edellä kuvatun kaltainen yleismaailmallinen ilmiö, vaikka maa-, sairaala- ja osastokohtaisia vaihtelua esiintyykin. Myös tämän tutkimuksen aineiston perusteella potilaaksi tuloa voisi kuvata edellä kuvatun kaltaisena objektivointina, siirtymäriittinä tai potilaan roolien kautta. Tarkastelen potilaaksi tuloa tässä alaluvussa kuitenkin erilaisesta näkökulmasta: prosessina, jossa potilaaksi tullaan tiettyjen materiaalistien tavaroiden, tilallisen paikan ja äänimaailman kautta. Olen kiinnostunut siirtymistä, joiden kautta ihmisestä tulee sairaalaosaston potilas. Luvussa tarkastelen tavaroita ja omistajuuden siirtymisen tapaa, paikan merkitystä potilaaksi tulossa ja uudenlaisia ääniä, joita potilas sairaalaosastolla kuulee.

Potilaat tulivat tutkimusosastoille eri paikoista ja erilaisilla taustoilla. He tulivat osastolle sairaalan päivystyspoliklinikalta, sairaalasiirtona toisesta sairaalasta tai ennalta sovitulle osastojaksolle. Taustalla saattoi olla yhtäkkinen sairaus ja terveyskeskuksesta tai sairaalan päivystyspoliklinikalta saatu lähete osastolle. Osalle potilaista oli tehty vaativa toimenpide toisessa sairaalassa, ja potilas tuli osastolle jatkohoitoon ennen kotiin siirtymistään. Tai potilas lähetettiin osastolle palvelutalosta tai perushoidon yksiköstä voinnin huonontu-

misen vuoksi. Osa potilaista oli fyysisesti hyväkuntoisia ja liikkumaan kykeneviä ja osa vuodepotilaita. Sairaalaan joutuminen tuli usein yllätyksenä paitsi niille, jotka tulivat osastolle sovitusti esimerkiksi johonkin toimenpiteeseen. Yhteistä potilaille lienee jonkinasteinen stressi. Ahdistus, epätietoisuus ja pelko omasta terveydestä ja selviytymisestä sekä huoli asioiden järjestymisestä kotona.⁵ Huolen sekaan liittyi kuitenkin myös helpotusta. Potilas oli päässyt sairaalaan, sai hoitoa, ja huolta aiheuttavilla asioilla oli mahdollisuus ratketa.

Potilaat tulivat osastolle pääsääntöisesti terveydenhuoltohenkilökunnan saattamana. Saattajana toimi päivystyspoliklinikan hoitaja, potilaskuljettaja tai ambulanssihenkilökunta, mikäli potilas tuli osastolle toisesta sairaalasta. Sairaanhoitaja tai lähihoitaja oli osastolla vastaanottamassa potilasta. Tulotilanteessa vastuu potilaasta ja hänen hyvinvoinnistaan luovutettiin vastaanottavalle henkilökunnalle. Vastuun siirtäminen on sairaalaosaston potilaaksi tulossa oleellista, koska sairaalan moraalinen koodisto sisältää ajatuksen hoidon kattavuudesta ja jatkuvuudesta⁶. Hoitovastuuseen ei siten saa syntyä katkoksia sairaalan seinien sisällä. Tämän moraalisen velvollisuuden vuoksi potilasta ei voida lähettää esimerkiksi päivystyspoliklinikalta osastolle itsenäisesti ilman, että vastuu potilaasta samalla siirretään joko fyysisen läsnäolon tai puhelinsoiton kautta vastaanottavalle taholle. Potilasta voikin tulotilanteessa kuvata rautatieläisille tutun termin mukaisesti ”saattaen vaihdettavaksi”.

Osastopotilaan olennainen tunnusmerkki on potilassänky. Hoito on voitu aloittaa jo päivystyspoliklinikalla, mutta osastopotilaan aseman saa vasta potilassängyn myötä. Osastolle tullessaan henkilökunta ohjaa potilaan nimenomaan sängyn eikä esimerkiksi potilashuoneen tuolin luokse, ja potilaat asetuvat sängylle kunnostaan riippumatta. Sängyn oleellisuus osastopotilaaksi tulossa tulee kiinnostavasti esiin tapahtumakulussa, jossa potilas *ei saanut* itselleen sänkyä heti osastolle tullessaan: Potilas oli tullut osastolle, mutta hänelle varattu paikka ei ollut vielä vapautunut, joten potilas joutui odottamaan vapautuvaa sänkyä osaston oleskelutilassa. Potilas oli jo virallisesti kirjattu sisään potilaaksi osaston tietojärjestelmään, ja hänen oli tarkoitus syödä lounas oleskelutilassa. Osastolta kotiin lähtevä ja tilalle tuleva, oleskelutilassa odottava, potilas eivät kuitenkaan saaneet lounaitaan. Laitoshuoltaja ja sairaanhoitaja neuvottelivat tilanteesta, sairaanhoitaja soitti keittiöön ja laitoshuoltaja haki keittiöltä kaksi lisäannosta. Laitoshuoltaja vei lounaan potilaalle oleskelutilaan, mutta tämä katsoi häntä kummissaan ja sanoi, että ”voi rakas ystävä, minä olen jo syönyt, en minä kahta annosta syö”. (E54A⁷.) Tilanteessa osaston arkinen järjestys rikkoutui, kun uudelle potilaalle ei pystytty heti osoittamaan omaa sänkyä. Potilaita oli kaksi mutta sänkyjä vain yksi, ja tilanteen myötä



Kuva 1. Potilassänkyjä

myös ruoantilausrutiinit menivät sekaisin. Uusi ilman sänkyä oleva potilas oli jonkinlaisessa välitilassa, hoito jo aloitettuna, mutta ilman osastopotilaan tärkeintä statussymbolia, omaa sänkyä.

Sairaalassa sängyt ovat osaston omaisuutta niin, että jokainen sänky on yksilöitävissä tietylle osastolle⁸. Niinpä osastolle sängyllä tuotava potilas on aina se, joka vaihtaa paikkaa, ei koskaan sänky. Potilaaksi tulossa tärkeää on itse sängyn lisäksi myös sängyn *paikka*. Vasta kun sänky sijoitetaan tiettyyn paikkaan, potilas saa lopullisen identifioinnin osastolla. Potilaasta tulee ”kolmoshuoneen ikkunapaikkalainen” tai ”kuutosen nelonen”, eli potilashuoneeseen kuusi neljännelle potilaspaikalle sijoitettu potilas. Potilassängyn tilallisuus tuo yhden hengen huoneita lukuun ottamatta mukanaan sosiaalisen yhteisön, samassa potilashuoneessa oleskelevat kanssapotilaat.

Sänky on kulttuurisesti merkityksellinen. Jo 1800-luvun lopussa omaa sänkyä pidettiin välttämättömänä osana siviiliyhteiskuntaa, ja jo aiemmin nukkuma ihminen sai oman tilan erossa muista⁹. Nykyään omaa sänkyä pidetään jokaisen ihmisen perusoikeutena¹⁰. Oma nukkumapaikka onkin pienin oma tila, joka ihmisellä voi olla. Myös monet tutkimusosastojen potilaat kokivat sängyn enemmän omaksi tilaksi kuin osaston muut tilat. Kuitenkin sänky menettää sairaalassa sellaisen yksityisyyden ja intiimiyden aseman, mikä sil-

lä on muualla yhteiskunnassa. Sänky on sairaalassa julkinen tila, joka on erityisesti kehitetty mahdollistamaan ja tehostamaan potilaiden hoitoa, ei tarjoamaan yksityisyyttä tai omaa tilaa potilaalle. Sairaalassa sänky on kulttuurinen, taloudellinen, poliittinen ja symbolinen tila, jonka merkitys on niin hoidollinen, kurillinen kuin lääketieteellinenkin.¹¹

Vaikka sänky ja sen merkitys on sairaalassa yleismaailmallinen, sairaalasänkyyn liittyy myös kulttuurisia eroja. Bangladeshiläistä sairaalaa tutkinut Shahaduz Zaman kuvaa kuinka sairaalasänkyä käyttävät sekä potilaat että omaiset. Omaisilla on merkittävä rooli bangladeshiläisen sairaalan epävirallisessa organisaatiossa, ja he huolehtivat pitkälti potilaan perustarpeista koko sairaalassaoloajan. Myös omaiset viettävät osastolla yönsä nukkuen potilassängyssä yhdessä potilaan kanssa, lattialla potilaan sängyn vieressä tai jopa potilaan sängyn alla.¹² Tällainen omaisten mukana olo sairaalaosastolla tuntuu suomalaisessa yhteiskunnassa vieraalta, joskaan ei täysin ennennäkemättömältä. Moni vanhempi on varmaan viettänyt öitään lastenosastolla, missä oman sängyn sijaan tarjolla onkin patja lattialla.

Osastopotilaaksi tulon prosessissa vaatetuksella on tärkeä ja näkyvä rooli. Potilas riisuu tai häneltä riisutaan hänen omat vaatteensa ja hän saa potilasvaatetuksen. Jo Erving Goffman kuvasi 1960-luvulla totaaliseen laitokseen tuloa vaatetuksen kautta. Potilaan minuutta typistetään vaihtamalla hänen persoonaansa kuvaava vaatetuksensa laadultaan yhdenmukaiseen ja yhtäläisesti kaikille jaettuun potilasvaatetukseen¹³. Hannu Lampi kuvaa samaa ilmiötä kymmeniä vuosia myöhemmin somaattisessa sairaalassa: potilasvaatteisiin pukeutuminen vei sydäninfarktiin sairastuneilta miehiltä miehisyiden ja teki heidät eleettömiksi ja persoonattomiksi¹⁴. Omien vaatteiden lisäksi potilas luopuu usein myös muista persoonaansa kuvaavista materiaalisuuksista. Jo sairaalan potilasohjeissa ohjeistetaan arvoesineiden kuten korujen kotiintjättämiseen tai sairaalassa ne säilötään varkauksien varalta kansliaan. Goffman selittää tätä henkilökohtaisen omaisuuden viemistä sillä, että potilasta on sitä helpompi kohdella, mitä vähemmän omaa hänelle on jätetty¹⁵. Ihmisen persoonaa kuvastavien materiaalisuuksien vieminen ja jaetun, samanlaisen vaatetuksen saaminen tilalle alleviivaa sitä, että potilaana ihmisestä tulee tapaus muiden joukossa, samanlainen kuin muut. Samalla yksilöllinen keho muutetaan lääketieteen käyttöön¹⁶.

Kiinnostavaa on se, millaisia vaatteita potilaille annetaan. Päivi Topo ja Sonja Iltanen-Tähkävuori ovat tutkimuksessaan keränneet potilaiden kokemuksia potilasvaatetuksesta. Vaatteita pidettiin ulkomuodoltaan vanhentuneina, eivätkä ne tarjonneet yksityisyyttä.¹⁷ Tutkimusosastoilla potilasvaatetus



Kuva 2. Potilasvaatteita kuljetuskärryissä

oli samanlaista kuin muissakin sairaaloissa: sukupuolineutraalit napitettava pusero ja housut, jotka olivat erivärisiä koon mukaan ja neulottu ohuesta, päällä roikkuvasta trikoosta. Jos potilasvaatetusta arvioi suhteessa sairaalaan ulkopuolella käytettävään vaatetukseen, potilasvaatteet rinnastuvat lähinnä yövaatteisiin. Tätä korostaa vielä se, että potilailla on käytössään aamutakin oloinen vaatteiden päälle kietaittava takki.

Yleisesti ottaen ihminen on pukeutuneena paljaimmillaan yövaatteissa. Yövaatteet ovat yksityisiä niin, että ne päällä näyttäytytään useimmiten vain kotona ja lähimpien ihmisten kesken. Ja normaalissa arjessa yövaatteet myös *vaihdetaan* päivävaatteisiin, ellei normia nimenomaan haluta rikkoa oleskelemalla koko päivä poikkeuksellisesti pyjamassa.

Sairaalaosastolla tämä irtiottoa, passiivisuutta ja ulkomaailmalta sulkeutumista symboloiva yövaatteissa oleminen on jatkuvaa. Potilasvaatetuksen yövaatemaisuus korostaakin ihmisen paljaimmillaan oloa ja intimitietin kadottamista sairaalassa. Yövaatteet ovat vähintä mitä alastomalle ihmiselle voi antaa. Toisaalta voi myös ajatella, että yövaatteet nimenomaan kuvaavat intiimiä, mutta sairaalassa intiimiyys yleistyy niin, että se menettää merkityksensä.

Vaatteiden ohella potilas luopuu osastolle tullessaan myös käyttämästään lääketieteellisestä teknologiasta. Kotona omasta lääkityksestään huolehtineen potilaan toimijuus vähenee sairaalaosastolle tullessa niin, että lääkehoidon hallinnoi vastedes osasto. Potilaan kotilääkkeiden saannin oikeellisuudesta ja oikea-aikaisuudesta osastolla huolehtivat hoitajat.¹⁸ Lääkkeiden ohella tämä haltuunotto koskee myös terveyteen liittyviä teknologisia laitteita ja niiden käyttöä. Jokaisen aikuisen perustaitona pidetty kuumeen mittaaminen on sairaalassa henkilökunnan hallinnoimaa, kuten myös viime vuosina kotikäyttöönkin levinnyt automaattinen verenpaineen mittaaminen. Potilaaksi tulon prosessissa siis lääketieteen teknologiaan liittyvät materiaalisuudet ja toimijuus siirtyvät sairaalalle. Tavaroiden omistajuuden siirtyminen on sairaalaosastolla pääsääntöisesti yksisuuntaista, potilaalta sairaalalle suuntautuvaa.

Voisi ajatella, että saatuaan sängyn ja potilasvaatteet, potilas hallinnoi niitä ja sairaalan omasta tulisi potilaan omaa. Tämä ei kuitenkaan pidä aivan paikkaansa. Sänky voidaan tarpeen vaatiessa siirtää toiselle paikalle ja pedata lupaa kysymättä potilaan poissa ollessa. Hoitaja voi tuoda potilaalle uudet potilasvaatteet ja näin ilmaista, että vaatteet olisi syytä vaihtaa. Sängyn ja potilasvaatteiden osalta kyse on ennemminkin omistajuuden *laajenemisesta*: sairaalan oma laajenee myös potilaan käytettäväksi. Tämä laajentuminen voi suuntautua myös toisinpäin niin, että aikaisemmin pelkästään potilaalle kuuluvasta tavarasta tulee osittain myös sairaalaosastolle kuuluvaa. Alla olevassa esimerkissä potilaan henkilökohtaisen tavaran, repun, omistajuus laajenee niin, että myös osaston henkilökuntaan kuuluvalla on mahdollisuus hallinnoida sitä.

Uusi keski-ikäinen naispotilas on istunut ja odottanut vapautuvaa potilaspaikkaa osaston oleskelutilassa jo monta tuntia. Vihdoin paikka vapautuu ja sairaanhoitaja tulee opastamaan potilaan huoneeseensa. Hän pyytää saada auttaa potilasta tämän tavaroiden kantamisessa, mutta potilas sanoo selviävänsä itse. Hoitaja kuitenkin ottaa omavaltaisesti potilaan repun kannettavakseen. (E56A.)

Topo ja Iltanen-Tähkävuori kuvaavat tutkimuksessaan, kuinka potilasvaatetuksen muoto ja tapa käyttää niitä vahvistavat potilaan kokemusta alhaisesta statuksesta hoitoympäristössä¹⁹. Samalla kun vaihdettavan tavaran muoto ja käyttö on merkityksellinen tekijä, jolla osoitetaan osaston hierarkiaa ja potilaan paikkaa, väittäisin, että myös *tavalla*, jolla materiaalisuudet siirtyvät, on tässä suhteessa merkitystä. Alla olevassa, vähän poikkeuksellisessa, esimer-

kissä jo aiemmin seuraamamme naispotilas on vihdoinkin saanut sängyn ja siirtynyt hoitajan saattamana potilashuoneeseen.

Potilas haluaa vessaan ja hoitaja poistuu käytävälle hakemaan naiselle potilashousuja. Takaisin tullessaan hän avaa vessan oven näyttääkseen pöntöllä istuvalle potilaalle kahta eri housukokoa ja kysyäkseen kumman potilas haluaa. Hoitaja antaa housut potilaalle ja sanoo, että ne on helppo vaihtaa tässä vessassa. Potilas alkaa riisua kenkiään ja hoitaja sanoo, että hän voi auttaa. Potilas yrittää sanoa, että saan ne kyllä, mutta hoitaja menee kyykylleen ottamaan edelleen tarpeillaan olevan potilaan kenkiä pois. (E56A.)

Edellä kuvatussa tilanteessa hoitaja tarjosi potilaalle mahdollisuutta valita kahdesta eri housukoosta ja näin välitti kuvaa potilaan valinnanmahdollisuudesta ja aktiivisesta toimijuudesta. *Samalla* hoitaja kuitenkin rikkoi tärkeän kulttuurisen intimitetin rajan: hän avasi vessan oven koputtamatta tai lupaa kysymättä. Näin tavasta, jolla materiaalisuuksia vaihdettiin, tuli merkityksellinen. Hoitajan kulttuurisen sopivuuden rajat ylittävä toiminta viestitti potilaalle tämän alisteista asemaa sairaalaosaston hierarkiassa. Valinnan mahdollisuuden tarjoama tasavertainen toimijuus vesittyi seuraavassa hetkessä hoitajan toiminnalla. Tilanteessa tapahtui myös samanlainen omistajuuden laajentuminen kuin potilaan repunkin kohdalla. Potilaan kengistä tuli yhteistä omaisuutta niin, että hoitajalla oli mahdollisuus riisua ne potilaan jaloista tämän vastusteluista huolimatta.

Sairaalaosasto on tutkimusaineiston valossa edelleen paikka, jossa potilaan oma ja kodinpiiriin liittyvä suljetaan tehokkaasti ulos. Voi ajatella, että terveydenhuollossa on menossa samanlainen yksisuuntainen tunkeutuminen, jota Doreen Massey kuvaa kodin ja työtilan rajojen suhteen. Työ on tunkeutumaan kotiin samalla, kun työtila pysyy entisellä tavalla suljettuna²⁰. Lääketieteen teknologiaa, tavaroita ja terveydenhuollon palveluja viedään yhä enemmän kotiin²¹, mutta sairaalaosastolla potilaalle sallitut kotiin ja persoonaan liittyvät tavarat ovat yhtä vähäisiä kuin ennenkin.

Kodin ja sairaalan tavaroiden välinen raja voi kuitenkin olla muuttumassa. Kiinnostavaa on, että mobiiliteknologian kehittymisen myötä potilaiden omien matkapuhelinten ja lisääntyvästi myös kannettavien tietokoneiden hallinnointi ja käyttö on yhä useammalla osastolla potilaalle *sallittua*. Tämä omien vaatteiden ja teknologisten laitteiden erilainen kohtelu herättää tietenkin lukuisia kysymyksiä ja selitysmahdollisuuksia. Minkälaisista merkityksistä ja

eronteosta kertoo se, että sairaalassa potilaalta viedään päältä vaatteet, mutta samalla oman puhelimen säilyttäminen on hyväksyttävää? Onko vaatteiden vaihtaminen vanha toimintatapa, jonka olemassaoloa on vaikea kyseenalais-
taa samalla, kun uuden tavaran, puhelimen, suhteen voidaan aidosti miettiä, onko omistajuuden siirtäminen todella tarpeellista? Voi miettiä, onko teknologisten laitteiden hallinnointi potilaalle sallitumpaa kuin vaatetuksen, koska teknologiaa ei mielletä niin henkilökohtaiseksi kuin persoonaa kuvastavia vaatteita. Vai onko asia sittenkin niin päin, että nimenomaan nykyteknologia on henkilökohtaista ja sen vieminen potilaalta olisi liian suuri identiteetin ja sosiaalisten suhteiden menetys?

Potilaan äänimaailma

On yksi ääni, jota en halua muistella: hengityskoneen rahina ja happilaitteen suhina tai miksi sitä ääntä voisikaan sanoa. Kuuntelin niitä ääniä mieheni kuolinvuoteen äärellä. Äänet eivät suostu unohtumaan.²²

Ääntä ja kuuloa on perinteisesti pidetty toissijaisena kuvaan ja näkemiseen verrattuna. Etnografisessa tutkimuksessa katsomisella on perinteisesti ollut merkittävä asema samalla, kun äänet on usein ohitettu. Kuitenkin myös äänimaailma välittää sosiaalisia suhteita ja toimintaa.²³ Kiinnostuin sairaalaosaston äänistä aineiston analyysivaiheessa, kun huomasin, että kenttäpäiväkirjani sisältävät yllättävän paljon kuvauksia sairaalaosaston äänistä. Tässä alaluvussa tarkastelen, minkälaisen äänimaailman potilas sisätautiosastolle saapuessaan kohtaa.

Sairaalaosastolla potilasta odottaa uusi äänimaailma. Suuri osa osaston äänistä on arkisia ja tuttuja potilaiden omasta elämästä: radiosta soiva musiikki, puheensorina, ulkoa kantautuva liikenteen häly tai veden valuminen suihkussa. Näiden lisäksi potilaat kuulevat monen hengen potilashuoneissa paljon inhimillisyyteen liittyviä ääniä, jotka sairaalan ulkopuolella on suljettu kodin ja intiimin piiriin. Potilassänkyjen välillä olevat verhot eivät juuri eristä ääniä, joten potilaiden olemisesta, hoitotilanteista ja esimerkiksi vuodepotilaan pesuista lähtevät korahdukset ja kuorsaukset, älähdykset ja pörähdykset, lirinät ja lotinat ovat potilashuoneen yhteistä äänimaailmaa. Nämä äänet voidaan kokea kiusallisina, koska huoneen potilaat ovat toisilleen tuntemattomia. Sairaalassa ollaan sellaisen ruumiillisuuden äärellä, jonka julkisuus on yhteiskunnassa muutoin piilotettu ja häivytetty. Monen hengen potilashuoneessa äänimaailmaan kuuluvat myös sellaiset ihmisen fysiologiset äänet, joista potilaiden huonokuntoisuuden vuoksi voi muodostua taakka toisille potilaille.

Potilas kertoi olleensa aikaisemmalla sairaalajaksolla neljän hengen huoneessa, jossa muut potilaat olivat hyvin iäkkäitä ja huonokuntoisia sydänpotilaita. Nainen kuvasi, että oli koko ajan tarkkaillut muita potilaita ja *kuunnellut hengittivätkö he*. Huoneessa oli ollut rauhatonta päivin ja öin, ja potilasta oli ahdistanut muiden potilaiden huono kunto. Kanssapotilaat olivat vielä puhuneet huonokuuloisuuttaan suureen ääneen. Potilas kertoi kestäneensä menoa neljä päivää, kunnes oli pyytänyt huoneen vaihtoa. (H050406A.)

Sairaalaosaston äänimaailmaan kuuluvat osaston arkisen toiminnan äänet: käytävältä kantautuva ruokakärryjen kolina, henkilökunnan puheensorina käytävällä ja siivouslaitteen hurina. Potilaat oppivat tunnistamaan myös näitä ääniä niin, että tietty ääni ennakoi tiettyä toimintaa. Ruokaa osataan odottaa tietynlaisen kolinan perusteella ja lähestyvä puheensorina käytävällä merkitsee lääkärintuottoa. Potilas saattaa oppia tunnistamaan oman vastuuhoidajansa äänen käytävältä kantautuvista puheäänistä.

Useimmille potilaille monenlaisesta lääketieteellisestä teknologiasta lähtevät piippaukset, surinat ja hälytykset ovat uudenlaisia ääniä. Osastoilla on käytössä potilaskutsujärjestelmä. Kun potilas painaa sängyn vieressä olevaa kutsunappia, osaston huoneiden ovenpielissä ja käytävän katoissa sijaitsevat laitteet hälyttävät ja näyttö kertoo, mistä huoneesta ja miltä paikalta kutsu tulee. Näin potilaan avuntarve välittyy kaikkialle osaston tiloihin ja potilaasta vastuussa oleva hoitaja pystyy reagoimaan avuntarpeeseen. Hoitajat saattavat laitteiden avulla kutsua myös lisäapua huoneeseen tai puhua kaiuttimen kautta potilaalle. Päivien kuluessa potilaat yleensä oppivat tunnistamaan erilaisia hälytysääniä ja myös reagoimaan niihin asianmukaisella tavalla.

Kolmospaikalla olevan huonokuntoisen vuodepotilaan tipanlaskija alkaa hälyttää. Huoneessa ylipaikalla ilman omaa kutsunappia oleva potilas nousee sängystään ja menee painamaan ykköspotilaan soittokelloa. Hetken kuluttua hoitaja kysyy kaiuttimen kautta, mikä hätänä ja potilas kertoo, että tämä laite alkoi taas huutaa. (PH080606A.)

Vaikka tutkimusosastot täyttyvätkin useimmiten äänistä, saattaa potilashuoneissa olla myös hiljaista, mitään ei kuulu. Tutkimusosastoilla teknologisista laitteista lähtevät äänet eivät olleet yhtä lailla määräävässä asemassa kuin teho-osastolla, jonka äänimaailmaa Elizabeth McGibbon ja Elizabeth Peter kuvaavat satoine päivittäisine hälytyksineen musertavaksi ja stressaavaksi²⁴.

Kuitenkin lukuisat potilaskutsujärjestelmän ja teknologisten laitteiden aiheuttamat hälytykset tekivät potilashuoneessa olon joskus rauhattomaksi. Äänet muuttuvatkin haitalliseksi meluksi silloin, kun ne ovat ei-haluttuja. Melu on ääntä, joka sekä vetää ihmisen huomion itseensä ja samalla estää keskittymästä muuhun toimintaan. Sairaala-arkkitehtuurilla voidaan suuresti vaikuttaa osaston äänimaailmaan ja potilaiden kokemukseen siitä. Sairaalan parantava tehtävä edellyttäisi, että osastolla yritetään arkkitehtonisin keinoin pehmentää, eristää ja suojata ääniä ja värähtelyjä, jotka ovat potilaita tai henkilökuntaa häiritseviä.²⁵

Uuteen äänimaailmaan tottuminen on osa potilaaksi tulon prosessia. Uusiin ääniin tottuminen ulottuu ajallisesti pidemmälle kuin tavaroiden siirtäminen, joka tapahtuu usein heti osastolle tultaessa. Potilaasta on tullut sairaalaosaston potilas lopullisesti siinä vaiheessa, kun potilas ei enää reagoi kaikkiin osaston ääniin, osaa tulkita ääniä ja toimia tarkoituksenmukaisesti niiden perusteella.

Mikrobi potilashuonejaossa

Potilaan tullessa sairaalaosastolle hänet sijoitettiin johonkin osaston potilashuoneista. Nopeasti katsottuna potilashuoneiden jakokäytännöt näyttäytyivät perin selkeiltä ja suoraviivaisilta: potilas sijoitettiin sukupuolensa mukaan vapaana olevalle potilaspaikalle. Kaiken kaikkiaan potilassijoittelu voi tuntua melko yhdentekevältä tai mitättömältä asialta, onhan osastohoidon päähuomio potilaan sairaudessa ja hoidossa. Huonejakokäytännöt osoittautuivat kuitenkin monella tapaa kiinnostaviksi. Esimerkiksi Osasto Kuntoutuksella potilaita siirrettiin huoneesta toiseen huomattavasti muita osastoja useammin. Tässä luvussa tarkastelen millä perusteella potilaat sijoitettiin potilashuoneisiin, ja miksi sijoittelu oli merkityksellinen potilaalle. Tarkastelussa mikrobin²⁶ ja sukupuolen suhde osoittautui erityisen kiinnostavaksi ja sen myötä alaluku laajenee käsittelemään mikrobia toimijana. Tarkastelu rajautuu sairaalaosaston seinien sisäpuolelle, joten potilaiden siirrot sairaalan sisällä osastolta toiselle tai eri sairaaloiden välillä jäävät tässä käsittelemättä.

Tutkimusosastoille tarjottiin jatkuvasti uusia potilaita ensiavusta tai toisista sairaaloista enemmän kuin heitä voitiin vastaanottaa. Tämä tarjottavien potilaiden ja vapaiden potilaspaikkojen epäsuhta johti siihen, että potilaiden sijoittaminen osastolle ei ollut kovinkaan helppoa. Joskus osaston paikkatilanne oli niin hankala, että osaston henkilökunta yksinkertaisesti kieltäytyi

ottamasta potilasta osastolle. Usein uuden potilaan sijoittamiseksi tarvittiin erityisjärjestelyjä, kuten jo osastolla olevien potilaiden siirtämistä toisiin huoneisiin tai uuden potilaan sijoittamista ylimääräiseksi potilaaksi jo täynnä olevaan potilashuoneeseen ”ylipaikalle”. Tiettyyn potilashuoneeseen sijoittaminen ei yksittäisen potilaan kohdalla ollut välttämättä pysyvä ratkaisu niin, että potilas olisi saanut olla samassa huoneessa koko sairaalassaoloaikansa. Potilasta voitiin siirtää huoneesta toiseen, jotta jollekin toiselle potilaalle vapautuisi tilaa tai potilas pääsi itse ylipaikalta väljempiin tiloihin. Potilaan oma paikka sijainnin merkityksessä oli siis vaihtuva ja joidenkin potilaiden kohdalla jopa päivittäinen. Potilashuonesijoittelua osastoilla voi kuvata peliksi, jossa potilailla tehdään jatkuvia siirtoja tiettyjen sääntöjen puitteissa.

Pääsääntöisesti potilaat jaettiin potilashuoneisiin sukupuolensa perusteella, miehet ja naiset erikseen. Tätä jaottelua voi pitää kulttuurisena käytäntönä niin, että se sairaalaosastolla toistaa ja uusintaa muuallakin yhteiskunnassa, esimerkiksi uimahalleissa ja wc-tiloissa, vallitsevaa käytäntöä. Potilaiden sijoittelulla ja siirtelyllä sekä ja nais- ja mieshuoneiden kulloisellakin määrällä pyrittiin optimoimaan osaston käyttöaste ja siten tehostamaan osaston toimintaa. Myös potilaan terveydentila otettiin huonejaossa mahdollisuuksien mukaan huomioon. Hyvin huonokuntoiset, kriittisessä tilassa olevat tai toisia potilaita käyttäytymisellään häiritsevät potilaat pyrittiin sijoittamaan mahdollisimman pieniin potilashuoneisiin. Potilaita sijoitettiin huoneisiin myös henkilökunta-perusteisesti esimerkiksi tietyn lääkärin hoidettavaksi tai hoitajille, joilla oli juuri silloin vähiten potilaita vastuullaan. Lisäksi potilaita sijoitettiin potilashuoneisiin heidän kantamansa mikrobin perusteella. Kaikki edellä mainitut perusteet ovat läsnä ainakin implisiittisesti sairaalaosastolla, vaikka kaikki eivät nouse eksplisiittiseen keskusteluun jokaisen huonesiirron kohdalla. Esitetyt perustelut ovat kulttuurisia, sairaalakohtaisia, osastokohtaisia ja toimijakohtaisia niin, että ne esiintyvät päällekkäisinä ja rinnakkaisina, ja tilanteista muodostuu vaihtelevia samankin sairaalaosaston sisällä.

Tutkimusosastoilla hoidettiin potilaita, joilla oli jokin epätoivottavaksi määritelty mikrobi. Osasto Infektio ja Osasto Kuntoutus olivat erityisiä infektio-osastoja, joille oli keskitetty tarttuvia tauteja kantavien potilaiden hoito. Myös Osasto Akuutilla hoidettiin jonkin verran tartuntatautipotilaita. Osastolla olevien potilaiden mikrobit voidaan jakaa karkeasti kahtia: sairaalabakteereihin²⁷ ja jonkinlaista akuuttia, yleensä vatsatautia, aiheuttaviin viruksiin. Sairaalabakteerit ovat mikrobeja, jotka tarttuvat potilaaseen yleensä sairaalahoidon aikana. Ne aiheuttivat infektioita etenkin huonokuntoisille ja iäkkäille potilaille. Sairaalabakteerit ovat normaaleja bakteereja vastustuskykyisem-

piä tavallisille antibiooteille ja siten niiden aiheuttamat infektiot ovat vaikeasti hoidettavia. Sairaalabakteerien leviämistä yritetään sairaaloissa hillitä ja estää yhä vastustuskykyisempien kantojen syntyminen.

Tutkimusosastoilla sairaalabakteeripotilaat olivat usein bakteerin kantajia, ja välitön tulosyö osastolle oli jokin perussairaus eikä niinkään bakteerin aiheuttama akuutti infektio. Toisena potilasjoukkona infektio-osastoilla olivat potilaat, jotka olivat yleisen epidemian aikana sairastuneet, ja jotka ikänsä tai perussairautensa vuoksi menivät esimerkiksi vatsataudista sairaalahoitoa vaativaan kuntoon. Vatsatautiepidemioita aiheuttivat esimerkiksi norovirus ja rotavirus. Selkeästi vähemmän osastoilla hoidettiin esimerkiksi veriteitse tarttuvia C-hepatiitti tai HIV potilaita.

Potilaita sijoitettiin potilashuoneisiin kantamansa mikrobin perusteella ja näin pyrittiin estämään mikrobien leviämistä, sekoittumista ja tarttumista. Mikrobit olivat siis aktiivisia toimijoita ja niillä oli merkittävä rooli osaston arjessa. Mikrobin asema johti etenkin Osasto Kuntoutuksella siihen, että potilaita siirreltiin usein, jopa päivittäin, huoneesta toiseen, kun osastolla rai-vattiin tilaa tietynlaista mikrobia kantavalle potilaalle. Mikrobin perusteella tehdyt potilassiirrot huoneesta toiseen aiheuttivat etenkin iäkkäille potilaille hankaluuksia, mistä myös henkilökunta oli hyvin tietoinen.²⁸

Kansliassa käydään keskustelua osaston huonetaulun äärellä minne uudet potilaat sijoitettaisiin. Osastolla on MRSA-positiivisia, altistuneita²⁹, ESBL-positiivisia ja noroviruspotilaita. Osastonhoitaja suunnittelee huonevaihtoja. Hän osoittaa taululta tiettyä potilasta ja sanoo, että jos me tuo yks taas vaihdetaan, se hikeentyy. Lääkäri on samaa mieltä ja sanoo, että se on jo nyt ihan sekaisin [edellisestä huoneen vaihdosta]. (E159K.)

Osasto Kuntoutuksella mikrobi sai niin vahvan aseman huoneidenjakoperusteena, että se ylitti kulttuurisen sukupuolijaottelun. Osastolla mies- ja naispotilaita sijoitettiin samoihin potilashuoneisiin heidän kantamansa mikrobin perusteella. Mikrobin ja sukupuolen välinen suhde tulee esiin myös Simo Järvelän suomalaisia keuhkotuberkuloosiparantoloita koskevassa tutkimuksessa. 1900-luvun alkupuolella nais- ja miespotilaat sijoitettiin tuberkuloosiparantoloissa pääsääntöisesti *eri osastoille* tai ainakin *eri käytäville*³⁰. Myöhemmin 1990- ja 2000-luvuilla hoitotieteen tutkimuksissa on nostettu esiin huoli *sukupuolisekoitettujen osastojen* lisääntymisestä ja potilaiden yksityisyyden, intimitetin ja arvokkuuden säilymisestä³¹. Tutkimuksen mukaan yhteiset osas-

tot naisille ja miehille johtavat helposti siihen, että potilaspaikkojen vähyyden vuoksi potilaita sijoitetaan myös samoihin potilashuoneisiin ainakin tilapäisesti³², kuten Osasto Kuntoutuksella tehtiin.

1900-luvun alun tuberkuloosiparantoloissa sukupuoli *piti erottaa*, kun nykypäivän infektio-osastolla sukupuoli *voidaan sekoittaa* tilallisesti. Aiemmalla sukupuolisegregaatiolla oli kurinpidollisia ja moraalisia tavoitteita³³, kun taas nykypäivän sukupuoli-integraatio perustuu tehokkuuden maksimointiin ja infektio-osastolla nimenomaan mikrobin toimijuuteen. Yleisenä pitkän aikavälin suuntauksena näyttäisi olevan yhä sukupuolineutraalimpi sairaalaosasto, jossa sukupuoli on kulttuurisena jaotteluna menettänyt merkitystään. Sairaalaosastojen käyttöastetta ja tehokkuutta voidaan kasvattaa, kun potilaita sijoitettaessa ei tarvitse erityisesti miettiä mies- tai naispaikkaa. Mikrobiperustaisen huonejaon vahvistuminen kertoo lääketieteellisestä huolesta: esimerkiksi sairaalabakteerit nähdään niin suurena uhkana, että bakteeri on priorisoitu ohi kulttuurisen sukupuolijaottelun. Huoli on tulevaisuussuuntautunutta niin, että toiminnalla pyritään estämään uusien bakteerikantojen muodostuminen, sairaaloiden tilanteen paheneminen ja hoitomahdollisuuksien kaventuminen entisestään.

Potilashuonejaon mikrobiperustaisuus oli neuvoteltavissa tilanteittain. Mikrobiperustainen huonejaottelu saatettiin ylittää esimerkiksi potilaan toiveen perusteella. Osasto Kuntoutuksella pitkään osastolla ollut miespotilas halusi eroon iäkkästä naispotilaasta, jonka levottomuus valvotti häntä öisin. Potilas halusi vapaaehtoisesti siirtyä huoneeseen, jossa olevalla miespotilaalla oli sairaalabakteeri. Bakteeri menetti tilanteessa ykkösasemansa huonejaon perusteena ja potilaan toive toteutettiin. Toinen esimerkki on Osasto Infektiolta, jossa osaston arkkitehtuuri ja puutteelliset tilat asettivat rajoituksia sille, kuinka hyvin mikrobiperustaiset huonejaot käytännössä toimivat. Yhteisten, käytävällä sijaitsevien, wc-tilojen yhteiskäyttö vesitti mikrobien sekoittumista ja leviämistä ehkäisevän politiikan. Osastoilla käytiinkin jatkuvaa neuvottelua henkilökunnan ja myös potilaiden kanssa siitä, mikä toimija sai huonejaossa kulloinkin niin määräävän aseman, että toiminta suhteutettiin siihen. Päätöksentekoon vaikutti ainakin sairaalan yleinen politiikka, osastokohtaiset käytännöt, osaston kulloinenkin tauti- ja potilastilanne sekä tilannekohtaiset tekijät.

Huonejaon lisäksi mikrobi ohjasi osaston toimintaa ja muita toimijoita myös muilla tavoin. Sairaalabakteeripotilaiden ja yleensäkin tarttuvia tauteja sairastavien potilaiden hoito vaati osastoilla eritasoisia eristystarpeita. Osastoilla muistutettiin henkilökuntaa hyvästä käsihygieniasta kyltein ja ohjetau-



Kuva 3. Mikrobeja torjutaan hyvällä käsihygienialla

luin. Eristyspotilaan huoneen ovelle oli eristyksen tasosta riippuen varattu erilaisia suojausvälineitä: hansikkaita, suu-nenäsuojaimia ja suojaesiliinoja. Huoneiden ulkopuolella oli desinfektioaineita, joita tuli käyttää sekä huoneeseen mentäessä että sieltä poistuttaessa. Näin mikrobi lisäsi tavaroiden määrää osastolla samalla kun se ohjasi henkilökunnan liikkumista, tavaroiden käyttöä ja tapaa toimia. Mikrobi vaikutti myös sellaisten henkilökunnan jäsenten työhön, jotka eivät olleet suoranaisesti tekemisissä mikrobia kantavan potilaan kanssa. Mikrobien myötä laitoshuoltajien siivoustyö vaati aivan erityistä huolellisuutta ja lisäsi työtaakkaa, kun eristyksiä purettiin tai potilashuone muutettiin mikrobilta toiselle uusien infektiopotilaiden myötä. Tietty mikrobi pysyikin aktiivisena toimijana osastolla, vaikka mikrobia kantava potilas oli jo kotiutunut. Mikrobi oli oletusarvoisesti vallannut koko sen tilan, joka sille oli annettu ja johon se eristystoimenpitein oli pyritty rajaamaan.

Mikrobi vaikutti potilaiden toimintamahdollisuuksiin osastolla. Taudinaiheuttajasta riippuen potilas saattoi joutua eristykseen huoneeseensa, jolloin liikkuminen osaston muissa tiloissa oli kiellettyä. Joissakin tapauksissa mikrobilla oli myös sairaalan ulkopuolelle ulottuvia, ja yllättävän kauaskantoisia, seurauksia potilaiden elämässä. Osasto Infektiolla (E153I) neljän hengen huoneen potilaalta löytyi rutiininomaisessa kotiinlähtötarkastuksessa MRSA-bakteeri. Löydön seurauksena kaikki huoneessa olleet potilaat määriteltiin

MRSA-bakteerille altistuneiksi eli mahdollisesti tartunnan saaneiksi, koska he olivat oleskelleet samassa tilassa MRSA-bakteeripotilaan kanssa. Eräs altistuneista potilaista oli jo pitkään odottanut tietyn jatkohoitopaikan vapautumista osastolla. Bakterialtistuksen myötä hoitopaikka ei enää suostunut ottamaan potilasta hoidettavakseen, koska hoitopaikka halusi kategorisesti säilyä MRSA-bakteerivapaana. Potilaan jatkohoitomahdollisuudet kaventuivat bakterialtistuksen myötä oleellisesti, koska sairaalabakteeripotilaita vastaanottavia hoitoyksiköitä ja osastoja on vain vähän.

Toki bakterialtistukset voitiin myös ”purkaa”. Esimerkiksi Osasto Infektiolla MRSA-altistus voitiin tutkimusajankohtana voimassa olleiden ohjeiden mukaan purkaa kolmen viikon ja kolmen puhtaan näytteen jälkeen. Altistusten purkuja ei kuitenkaan tehty sairaalassa, jossa potilaat saivat usein antibioottihoitoa. Näin ollen esimerkkitapauksen potilasta oltiin lähettämässä jatkohoitopaikan sijaan kotiin, jotta purku onnistuisi. Tämä puolestaan oli pitkittämässä osastohoitojaksoa, koska potilas tuli ennen kotiin lähettämistä kuntouttaa kotikuntoiseksi.

Edellä kuvatun kaltainen mikrobin toimijuus ei ole mikään uusi asia. Jo 1800-luvun lopun Suomessa bakteerilla oli merkittävä rooli tautien ehkäisyssä ja hygieenisen elämäntavan omaksumisessa ja siten ajan terveysvalistuksessa, lehtikirjoittelussa, kulutuskäytännöissä ja kodinhoidossa.³⁴ Mycobacterium tuberculosis:ta kantaville potilaille perustettiin Suomeen tuberkuloosiparantoloita 1900-luvulta alkaen. Kiinnostus tautia kohtaan virisi aluksi lääkärien ja järjestöjen keskuudessa. Vasta kymmeniä vuosia myöhemmin tuberkuloosi, sen vastustaminen ja hoito politisoituivat valtakunnan tasoiseksi kysymykseksi.³⁵ Silloiset tieteelliset käsitykset mikrobeista vaikuttivat bakteerispesifien sairaaloiden rakentamiseen, parantoloiden maantieteelliseen sijoitteluun, sairaala-arkkitehtuuriin ja hoitokäytäntöihin.

Käsitykset mikrobeista ovat tuberkuloosiparantoloiden ajoista muuttuneet. Ajallinen ja laadullinen muutos kertoo siitä, että mikrobin toimijuus on neuvoteltavissa olevaa ja poliittista. Mikrobin toimijuudessa on myös pitkälti kyse luokitteluista ja niiden muuttumisesta. Geoffrey C. Bowker ja Susan Leigh Star eivät pidä luokitteluja luonnollisina, vaan jonkinlaisina sopimuksina siitä, mitä luokitteluun otetaan mukaan ja mitä jätetään ulos. Lopputulokseen vaikuttavat muun muassa etiikka, uskonto, talous ja politiikka.³⁶

Bowker ja Star jakavat luokittelut muodollisiin ja käytännöllisiin. Muodolliset luokitukset ovat rakenteellista erikoistumista, kun taas käytännöllisiä luokitteluja ihmiset käyttävät jokapäiväisessä elämässään järjestäessään asioita. Mikrobin kohdalla muodollisia luokituksia ovat biologiset ja lääketie-

teelliset luokittelut mikrobin lajista, alatyypistä ja kannasta. Luokittelut ovat muuttuneet niin, että kun mikrobeja aiemmin luokiteltiin lähinnä ihmisille suotuisiin ja haitallisiin bakteereihin³⁷, on jaottelu nykyisin paljon hienojakoisempaa. Laboratoriotekniikan kehittymisen ja yleistymisen myötä mikrobi-toimijoiden määrä on lisääntynyt huomasti, ja sellaisista asioista kuin mikrobin alamuodosta, sen sijainnista kehossa, aktiivisuudesta ja tartuntatavasta on tullut luokittelun kategorioita ja sen myötä toimintaa ohjaavia tekijöitä.

Nykypäivänä ei enää taistella yleisesti haitallisia mikrobeja vastaan, vaan toiminnan tapa on riippuvainen mikrobista ja mikrobikannasta. Vaikka mikrobin olemassaolo onkin biologinen fakta, sen saama toimijuus ei ole itsestään selvä tai ”luonnollinen”. Mikrobin toimijuus on muuttuvaa ja neuvoteltavissa olevaa, ja se sisältää aina lukuisia vaihtoehtoisia tapoja toimia.³⁸ Mikrobin toimijuudesta neuvotellaan ainakin lääketieteen, talouden, politiikan, arkkitehtuurin ja sairaalan hallinnon sekä viime kädessä osaston henkilökunnan kesken. Lääketiede ja sen erottelu- ja nimeämiskäytännöt rajaavat, miten tarkkaan tietty mikrobi on luokiteltu esimerkiksi tautiluokituksessa. Taloudelliset näkökohdat vaikuttavat siihen, kuinka rutiininomaisesti joitakin mikrobeja etsitään. Joidenkin mikrobien toteamiseksi tarvittavat laboratoriotestit ovat kalliita, jolloin mikrobin rutiininomaisesta seulonnasta on luovuttu. Sen sijaan useammin seulotaan niitä mikrobeja, joiden testit ovat halpoja.

Poliittisen neuvottelun tulosta on se, kuinka vaarallisena tiettyä mikrobia yhteiskunnassa pidetään. Onko tavoitteena estää mikrobin leviäminen ja esimerkiksi ehkäistä mikrobikantojen sekoittumista? Neuvottelua vaativat myös päätökset siitä, varataanko tietyille mikrobille omat sairaalat tai osastot, kootaanko mikrobia kantavista henkilöistä rekisteriä tai millaisia eristystoimia vaaditaan. Arkkitehtuuri tulee neuvotteluihin mukaan esimerkiksi silloin, kun mietitään, minkälaisia eristämiskäytäntöjä sairaalan arkkitehtuuri mahdollistaa ja minkälaisia sen pitäisi mahdollistaa. Sairaalaosastolla nämä edellä kuvatut eritasoiset ja eri toimijoiden väliset neuvottelut saavat ilmiänsä ja muuttuvat konkreettiseksi toiminnaksi esimerkiksi niin, että mikrobi saa jonkinlaisen roolin potilashuoneiden jakokäytännöissä. Huomioitavaa on, että vaikka mikrobin toimijuudesta neuvotellaankin, neuvotteluilla ei kuitenkaan loppujen lopuksi ole määräävää asemaa mikrobin toimijuudessa. Mikrobit elävät, leviävät ja kuolevat luonnossa usein ihmisten toimista riippumatta tai niistä huolimatta.

Mikrobin toimijuutta sairaalassa voi lähestyä antropologi Mary Douglasin kirjassaan ”Puhtaus ja vaara” kuvaamana puhtaan ja likaisen välisenä kategorisointina. Nykyiset käsityksemme liasta perustuvat tietoon sairauksia

aiheuttavista organismeista. Sen jälkeen kun tautien leviäminen bakteerien välityksellä ymmärrettiin 1800-luvulla, on likaisuutta länsimaisissa kulttuureissa ollut vaikea ymmärtää muutoin kuin terveyden vaalimisen näkökulmasta. Douglas esittää kuitenkin toisenlaisen näkemyksen: länsimaisten kulttuurien likaisuuskäsitykset eivät ole yhtään vähempää symbolisia kuin primitiivisilläkään kansoilla. Lika on aina osa järjestelmää. Siellä missä on likaa, on myös systemaattista järjestämistä ja luokittelua ja järjestyksen särkyminen. Pidämme jotain asiaa tai esinettä saastaisena tai likaisena silloin, kun se hämmentää tai asettaa ristiriitaan ylläpitämiämme luokitteluja. Kun lika on ainetta väärässä paikassa, niin siivoamisen voi nähdä positiivisena yrityksenä järjestää ympäristöä.³⁹

Douglasia soveltaen mikrobin toimijuus muodostaa sairaalaosastolla omanlaisensa luokittelujärjestelmän, jossa mikrobiin liittyvällä toiminnalla pyritään ylläpitämään osaston kulttuurista järjestystä. Tietyt mikrobit on osastolla luokiteltu ”likaisiksi”. Niiden oletettukin olemassa olo vaatii toiminnan ja käyttäytymisen rajoittamista, siivoamista ja leviämisen ehkäisemistä ja siten pyrkimystä totutun järjestyksen palauttamiseen. Jako puhtaaseen ja likaiseen on sairaalankin mittakaavassa kuitenkin paikallista: järjestystä ylläpitävät luokittelut vaihtelivat tutkimusosastoittain. Osasto Akuutilla MRSA-potilaat oli eristetty omiin huoneisiinsa, mutta Osasto Infektiolla ja Kuntoutuksella samaa bakteeria kantavat potilaat sijoitettiin monen hengen huoneeseen ja heillä oli lupa liikkua osastolla. Osastokohtaisten luokittelujärjestelmien esiintyminen kertoo yhtenäisen sairaalabakteereja koskevan luokituksen ja toimintajärjestelmän puuttumisesta. Potilaille tällaisten hyvin paikallisten ja muusta yhteiskunnasta poikkeavien järjestysten hahmottaminen ja omaksuminen voi olla hankalaa.

Ajan moninaisuus

Havainnoidessani tapahtumia osaston yhteisissä tiloissa yleinen aikaan liittyvä kokemukseni oli kiire. Havainnoinnin painopisteen siirtyessä potilashuoneisiin aikakokemukseni muuttui täysin, aika tuntui pysähtyvän. Tämän ristiriitaisen kokemuksen myötä kiinnostuin sairaalaosaston ajasta. Tässä aluvussa tarkastelen osaston ajallista järjestäytymistä, jaan osaston aikaa osiin ja selvitan, miten aika jäsentää toimintaa osastolla. Tarkastelu osoittaa, että osastolta löytyy kolmenlaista aikaa, jotka jäsentävät erilaista toimintaa ja määrittävät osaston sosiaalista järjestystä eri tavoin. Ajat eivät ole tiukasti sidottuja

tiettyihin toimijaryhmiin vaan nimenomaan toimintaan. Erilaiset mittakaavat ja suureet erottavat eri ajat toisistaan.

Osastohavainnoinnin myötä sairaalaosaston aika on helppo jakaa fysiologiseen ja organisatoriseen aikaan. Fysiologisen ajan tapahtumat ja toiminta pohjaavat ihmiskehon fysiologiaan ja biologisiin rytmieihin. Monet osaston toiminnot perustuvat fysiologiseen aikaan: antibiootteja tiputetaan potilaalle suonensisäisesti kuuden tunnin välein, jotta lääkkeen pitoisuus veressä pysyisi tasaisena, keuhkokuvaa verrataan aiemmin otettuun kuvaan tai verenpaine mitataan parin minuutin levon jälkeen. Osastoilla vuodepotilaidenkin vuorokausirytmiiä ylläpidetään herättämällä heidät aamulla ja nostamalla istumaan päiväsaikaan. Fysiologisen ajan suureita ovat esimerkiksi lääkkeen vaikutusaika, taudin etenemisvauhti, bakteerin jakautumisnopeus, virtsaamistiheys tai sydämen rytmi.

Organisatorista aikaa ohjaa toiminnan rytmittäminen niin, että osaston elämä järjestyisi tehokkaaksi, sujuvaksi ja saumattomaksi kokonaisuudeksi. Laboratorio kiertää osastolla aikaisin aamulla, jotta verikokeiden tulokset valmistuisivat aamupäivän lääkärintierolle. Aamuvuorossa on henkilökuntaa eniten, koska myös tutkimukset ja hoidot on keskitetty virka-aikaan. Osaston vierailutunti on alkuillasta, kun potilaat ovat jo syöneet päivällisen, mutta osaston iltatoimet eivät ole vielä alkaneet. Organisatorisen ajan suureita ovat esimerkiksi aamuvuoro, lomakausi, kahvitauko, osaston päivärytmi ja päivystystoiminta.

Sekä fysiologisen että organisatorisen ajan tapahtumat ovat syklisiä, asiat toistuvat tietyin väliajoin, vaikka syklit ovatkin erikokoisia. Toiminnan kannalta on oleellista mukauttaa erikokoisia syklejä yhteen, jotta arki olisi sujuvaa. Osastoilla joudutaan päivittäin tilanteisiin, jossa neuvotellaan siitä, eteneekö toiminta fysiologisen vai organisatorisen syklin mukaisesti. Tilanteittain päätettäviä asioita on esimerkiksi se, jaetaanko potilaan lääkkeitä fysiologisen syklin mukaisesti, jolloin ihanteellinen lääkkeidenjakoväli olisi esimerkiksi kolme tuntia. Vai suhteutetaanko potilaan lääkkeiden anto osaston päivärytmiin ja yleisiin lääkkeidenjako aikatauluihin, jolloin väli kasvaakin vaikkapa neljään tuntiin? Toinen neuvoteltava asia on esimerkiksi se, annetaanko potilaan nukkua aamulla oman vuorokausirytmensä mukaisesti pidempään vai herätetäänkö hänet kesken unien laboratorionäytteen vuoksi. Aina fysiologisen ja organisatorisen ajan toimintojen synkronointi ei onnistu, ja potilaan kokemusmaailmassa ne häiritsevät toisiaan. Seuraavassa aineisto-otteessa olen aamutuimaan neljän hengen naisten potilashuoneessa.

Rouvat kertovat, että hoitaja on käynyt ensi kerran kuuden aikaan. Yksi rouvista oli ollut jo valmis nousemaan ylös, mutta toinen olisi vielä halunnut nukkua, mutta ei annettu... 'Yhtään ei ole sellaista yötä, että kun mennään nukkumaan, niin aamuun asti nukuttaisiin, aina kun pääsee vähän uneen, niin taas herätetään.' (PH210606A.)

Sairaalaosaston ajasta kiinnostavan ”tempografian” kirjoittanut Eviatar Zerubavel esittää, että sairaalaosaston toiminta perustuu nimenomaan sosiotemporaaliseen järjestykseen, mikä edellä kuvaamassani jaottelussa vastaa organisatorista aikaa. Zerubavel kuvaa kuinka osaston elämä on pakotettu sykliseksi rakentamalla osaston toiminta työvuorojen, vuosilomien, viikkokokousten ja päivärytmin varaan. Henkilökunnan lomat jakaantuvat kalenterivuositain, osastolla järjestetään tiettyjä kokouksia viikoittain ja hoitajan työvuoroon sisältyvät tietyt työtehtävät. Myös nämä syklit ovat eriaikaisia niin, että tarvitaan koordinoivaa työtä, jotta toiminta synkronoituisi yhteen. Jos tässä epäonnistutaan, voi käydä esimerkiksi niin, että potilaat joutuvat syömään lounaansa aina kylmänä, koska lääkärinkierron kesto venyy. Myös potilaiden sinänsä lineaarinen sairaalaura on pakotettu sykliseen muotoon esimerkiksi niin, että potilaiden vastuuhoitajat vaihtuvat työvuorojen ja vapaapäivien mukaisessa syklissä.⁴⁰ Zerubavelista poiketen ajattelen, että osaston arki on enemmänkin fysiologisen ja organisatorisen ajan välistä neuvottelea, vuorottelua ja limittymistä kuin organisatorisen ajan dominanssia.

Fysiologinen ja organisatorinen aika eivät ole toimijariippuvaisia. Havaintojeni mukaan osaston aika ei siis jakaudu niin, että esimerkiksi fysiologinen aika olisi potilaan aikaa ja organisatorinen aika henkilökunnan aikaa ja että tietyt toimijat toimisivat aina tietyn ajan raameissa. Kuitenkin väitän, että ajat ovat eri toimijaryhmille *kokemuksellisesti* erilaisia. Zerubavelin tutkimus jättää tämän toimijaryhmittäisen kokemuksellisen eron huomioitta, koska siinä tarkastellaan osaston aikaa lähinnä henkilökunnan näkökulmasta. Toimijaryhmä ei ole merkityksetön senkään vuoksi, että eri ajat mahdollistavat eri toimijaryhmille toimijuutta eri tavoin.

Henkilökunta on etenkin organisatorisella ajalla aktiivista ja toiminnan subjekti. Sen sijaan sekä fysiologisen että organisatorisen ajan tapahtumat ovat usein potilaan tahdosta riippumattomia ja potilaan näkökulmasta passiivista toimintaa. Potilas on toiminnan kohde, ja tapahtumat ovat osaston taholta järjestettyjä ja aikataulutettuja. Potilaat suhtautuvat fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumiin yleensä positiivisesti, koska toiminta koetaan merkityksellisenä oman hoidon ja paranemisen kannalta. Samalla ne rytmitt-

tävät potilaan päivää ja tekevät siitä säännöllisen. Kuitenkin niin fysiologisen kuin organisatorisenkin ajan tapahtumat koetaan myös pakottavina: ”Kotona saa olla omat aikataulut. Täällä on tiputukset, lääkärinkierto ja ruoka-ajat milloin pitää olla tässä sängyn luona” (H050406A). Potilaat ovatkin osastolla fysiologisen ja organisatorisen ajan ehdoilla ja elävät sairaalan asettamien aikataulujen mukaisesti⁴¹. Potilaan olemisesta tulee sairaalalle olemista, joka on kaukana potilaalle arkisesta ja tutusta ajankäytöstä.

Sairaalaosaston ajan jakaminen kahtia fysiologiseen ja organisatoriseen jättää jotain nimenomaan potilaan aikakokemuksesta puuttumaan. Havainnointi potilashuoneissa osoittaa, että fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumat eivät täytä potilaan aikaa kokonaan, vaan vievät päivästä normaalisti vain pienen osan. Ne *katkaisevat tyhjän*, kuten eräs potilas asian ilmaisi. Mutta minkälaista aikaa tämä tyhjä on ja minkälaista toimintaa tyhjä itse asiassa jäsentää?

Voi hyvänen aika kun aamu on pitkällä, eikä hoitaja tule. Onhan tässä päivää, mutta kyllä minä ihmettelen, kun mitään ei ole tapahtunut (PH060308I.)

Kauanhan sillä lääkärillä menee. (PH050606A.)

Täällä sitä vaan nökötetään, sanoo nelospaikan potilas. Kääntäisi-pä joku sitä kelloa eteenpäin, kakkospaikalla oleva potilas vastaa. (PH130606A.)

Mihin aikaan se lääkäri tulee, kakkospaikan potilas kysyy. Kymmenen aikaan suurin piirtein, toinen potilas vastaa. (PH210606A.)

Potilaiden kommentit kuvaavat hyvin sitä, kuinka potilaiden kuvaama tyhjä täyttyy *odottamisesta*⁴². Odottaminen on kolmas sairaalaosaston ajoista. Nimeän sen tässä potilaan ajaksi, koska odottamisen voi osastolla saavuttaa oikeastaan vain potilaan kokemusmaailmasta käsin eikä odottamisen kokemus välity juurikaan muille toimijaryhmille. Siten potilaan aika onkin fysiologisesta ja organisatorisesta ajoista poiketen toimijaryhmäriippuvaista.

Osastoilla potilaat odottavat jatkuvasti seuraavan fysiologisen tai organisatorisen ajan eli osaston viralliseen päivöohjelmaan kuuluvan tapahtuman alkamista. Odottamista leimaa pitkävetisyys, hidastempoisuus ja tapahtumien vähyys. Potilaalle odottaminen ei kuitenkaan ole vapaata aikaa sanan var-

sinaisessa merkityksessä, koska vapaus tehdä mitä haluaa, on hyvin rajattua. Odottaminen on pakotettua ja ulkoa ohjautuvaa siinä mielessä, että fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumat katkaisevat sen potilaan tahdosta riippumatta. Myös henkilökunta osallistuu fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumien odottamiseen. Kun hoitaja toteaa potilaalle, että ”ruoka tulee ihan kohta” (E102A), vaikka se todellisuudessa on tulossa vasta kahden tunnin päästä, hän saa potilaan odottamaan seuraavaa fysiologisen tai organisatorisen ajan tapahtumaa. Odottaminen on potilaiden näkökulmasta sairaalakoemuksena kaiken läpäisevää ja universaalia. Se on harvoin miellyttävää, ja usein potilaat kokevat odottamisen ahdistavana. Potilaan ajan eli odottamisen olemassaolo johtuu fysiologisen ja organisatorisen ajan toimintojen huonosta synkronoinnista ja pakottavuudesta, jotka potilaan näkökulmasta jättävät toiminnan väliin tyhjää.

Vincent Crapanzano on analysoinut odottamisen kokemusta valkoihoisten elämässä apartheidin aikaisessa Etelä-Afrikassa. Hänen mukaansa odottaminen on orientoitumista aikaan erityisellä, tulevaisuuteen suuntautuvalla tavalla. Tulevaisuuteen suuntautuminen ei kuitenkaan ole positiivisessa mielessä avartuvaa vaan ennemminkin rajoittavalla tavalla ahdasta. Odottaessa ei keskitytä nykyiseen. Nykyisyydestä tulee luovan ja elinvoimaisen sijaan vaimennettua ja lamaantunutta. Crapanzano kuvaa odottamista passiiviseksi aktiivisuudeksi. Emme etsi odottamisen kohteita aktiivisesti ja vaikka voimme yrittää vaikuttaa odotuksen kohteen toteutumiseen tai toteutumattomuuteen, emme kuitenkaan voi lopullisesti kontrolloida sen saapumista. Odottaminen tuottaa meille voimattomuuden, avuttomuuden ja suojattomuuden tunteita ja niiden mukanaan tuomaa raivoa. Etsimme vapautusta odottamisen tuomasta epä tietoisuudesta ja kontingenssistä eri tavoin: kerromme tarinoita, rukoilemme, uskottelemme itsellemme, että olemme välinpitämättömiä odottamiselle tai valmentaudumme tulevaan. Odottaminen suuntautuu kahtaalle. Positiivisessa mielessä se kohdistuu johonkin haluttuun jota ikävöidään. Negatiivisessa muodossaan odottaminen kohdistuu asiaan, jota emme halua, ja samalla se sisältää uhan. Toivo parasta ja valmistaudu pahimpaan, kuten sanonta kuuluu.⁴³

Crapanzanon tarkkanäköinen analyysi odottamisesta ei kuitenkaan tunnu täysin kuvaavan sitä odottamista, mistä potilaat osastolla *puhuvat*. Potilaiden puheessa odottamisella on selkeä kohde: osaston päiväohjelmaan kuuluvat konkreettiset tapahtumat kuten hoitajan aamukierto, ruokailu, lääkärinkierto, lääkkeiden jako tai omaisten vierailuaika. Mistä siis oikein on kyse? Selitystä voi etsiä edelleen Crapanzanolta, joka jakaa odottamisen kahtia:

toisaalta on odottamista, joka kohdistuu jonkin, minkä tahansa, odottamiseen ja toisaalta odottamista, jolla on jokin konkreettinen kohde⁴⁴. Voi siis ajatella, että potilaiden odottamista onkin *kahdenlaista*. Myös Hannu Lammen tutkimuksessa sydäninfraktiin sairastuneet miehet kuvaavat odottamista kahtalaisesti. Miesten elämää luonnehti pitkäkestoinen ja kyllästyttävä sairastumisesta parantumiseen kohdistuva odottaminen. Odottaminen kohdistui kuitenkin myös konkreettisiin asioihin kuten avun saamiseen päivystyspoliklinikalla, liikkumislupaan tai kotiuttamispäätökseen.⁴⁵

Voi ajatella että potilaan sairaalassaoloa leimaa perustavalla tasolla Crapanzanon kuvaama epämääräinen, jonkin, minkä tahansa odottaminen. Ihmisen sairastuessa tulevaisuus muuttuu epävarmaksi. Potilas toivoo paranevista, mutta samalla on uhkana sairauden paheneminen tai väistämätön kuolema. Varmaa tietoa tulevasta ei ole. Potilaan voi kuitenkin olla vaikea kohdata sairauteen liittyvää ajatusta menettämisestä ja kuolemasta tietoisesti, jolloin odottamista leimaa epämääräinen huoli ja odottamisen kohteesta tulee piilotettu, torjuttu tai tiedostamaton. Tällainen odottaminen on Crapanzanon mukaan kamalaa. Epämääräisen odottamisen ahdistavuutta voi vähentää kohdistamalla odottaminen johonkin tiettyyn, usein abstraktiin tai symboliseen asiaan⁴⁶. Voi kuitenkin ajatella, että sairaalaosastolla sairauden mukanaan tuoma epämääräinen ja hallitsemattoman odottaminen käännetään nimenomaan *konkreettisen* odottamiseksi. Potilaat odottavat sairaalaosaston konkreettisia tapahtumia mieluummin kuin sairauden mukanaan tuomaa ja ahdistavalta tuntuvaa epävarmaa tulevaisuutta. Tämä selittäisi sitä, miksi konkreettisten tapahtumien odottaminen leimaa potilaiden puhetta sairaalaosastolla niin vahvasti.

Potilaan aika ei täyty pelkästä odottamisesta. Potilaan tyytyväisyyden kannalta onkin oleellista, kuinka hyvin potilas onnistuu järjestämään itselleen tekemistä sairaalaosaston määrittämässä rajoissa, jotta odottaminen vähenisi ja aika kuluisi nopeammin. Tämä tekeminen suuntautuu nimenomaan arkiseen, pieneen ja tuttuun toimintaan, kuten ”köpöttelyyn”, ”toosan” katseluun, lukemiseen tai oleskelutilassa istuskeluun. Tätä potilaiden omaehtoista toimintaa osastolla voi tarkastella Marja-Liisa Honkasalon kuvaaman pienen toimijuuden käsitteen avulla. Honkasalo kuvaa kirjassaan Reikä sydämessä pohjoiskarjalaisia naisia ja sitä, kuinka käytännöllinen arkinen tekeminen luonnehti naisten toimintaa kylällä. Honkasalo kutsuu tätä toimintaa pieneksi, koska se näyttäisi tähtäävän ulkoisen maailman muuttamisen sijaan ennemminkin sen ylläpitoon. Pienen toimijuuden avulla naiset luovat hallittavissa olevia saarekkeita maailmaan, joka tuntuu muutoin luisuvan ulottumattomiin.⁴⁷ Täs-

sä mielessä potilaiden omaehtoinen tapa toimia arkisesti, itselle tuttujen asioiden parissa ja oman ajankäytön säätelemiseksi osastolla täyttää Honkasalon pienen toimijuuden tunnusmerkit. Kuten Honkasalollakaan, potilaiden toiminta ei kuitenkaan ole pientä arvottavassa mielessä, vaan siksi, että suhteessa toimintaan, joka osastolla on sairaalan hallinnoimaa, potilaiden oma tekeminen on määrällisesti ja mittakaavallisesti pientä ja rajattua.

Potilaiden itsensä organisoiman toiminnan avulla potilaat luovat itselleen rutiineja⁴⁸. He järjestävät ajankäyttöään etsimällä toimintaa, jota voivat toistaa säännöllisesti, ja siten he pyrkivät rytmittämään päiväänsä tutulla tavalla. Kun päivällä istuu paljon oleskelutilassa, uni tulee illalla paremmin. Potilaiden omaehtoisella toiminnalla ja rutiinien luomisella on tärkeä rooli sekä sairauden että sairaalaympäristön kontekstissa. Niiden avulla tehtiin sairaalaosaston vieraasta ja uudesta ainakin osittain tuttua, ja otettiin haltuun sekä aikaa että tilaa. Arkisten rutiinien avulla potilas varmistaa olemassaoloaan ja itsensä hallintaa ympäristössä, joka jäsentyy pitkälti fysiologisen ja organisatorisen ajan pakottavalla toiminnalla⁴⁹. Pieni toimijuus mahdollistaa potilaalle oman toiminnan hallinnointia ja aikatauluttamista itse. Samalla potilas palaa persoonaksi, omaksi itsekseen, sen sijaan, että olisi vain osa yhtäaikaisesti ja ulkopäin ohjattua kollektiivia⁵⁰. Pieni toimijuus myös vähentää Crapanzanon kuvaamaa epämääräistä ja ahdistavaa odottamista.

Telemetry toimijana

Osasto Akuutilla potilaiden sydämen toimintaa seurattiin telemetrian avulla. Telemetry on tekninen menetelmä, jonka avulla mittaustuloksia voidaan siirtää tyypillisesti langattomasti fyysisestä tilasta toiseen. Tässä alaluvussa lähestyn telemetriaa lähtökohtaisesti toimijana, joka on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja muokkaa sitä inhimillisten toimijoiden rinnalla. Tarkastelen, miten telemetry vaikuttaa osaston arkeen, inhimillisten toimijoiden välisiin suhteisiin ja muihin koneisiin tai laitteisiin osastolla. Samalla telemetry toimii laajemmin esimerkkinä teknologiasta sairaalaosastolla. Tässä yhteydessä tarkoitan teknologialla pitkälle kehitettyjä koneita, laitteita ja aineita, joita sairaalassa käytetään sairauden parantamiseen, hyvinvoinnin lisäämiseen, ruumiin toimintojen mittaamiseen ja näkyväksi tekemiseen sekä apuvälineinä työssä. Tutkimusosastoilla tällaisia teknologisia asioita olivat esimerkiksi lääkkeet, erilaiset mittarit kuten verenpainemittari ja pulssioksimetri sekä sellaiset koneet kuin ultraäänilaitte, tipanlaskija ja sähkökäyttöiset nostolaitteet.



Kuva 4. Telemetriamenetelmän monitori Osasto Akuutilla

Telemetrian avulla perinteinen sydämen rytmin valvonta elektrokardiogrammi- eli ekg- laitteella on fyysisestä tilasta riippumatonta ja helppo toteuttaa ajallisesti jatkuvana. Potilaan kehoon liimataan useita sydämen sähköistä toimintaa mittaavia elektrodeja, kuten normaalissakin ekg-laitteessa. Sen sijaan, että elektrodit olisivat johdoilla suoraan kiinni sängyn vierellä sijaitsevassa laitteessa ja piirturissa, potilas kantaa kaulallaan pientä lähetintä. Lähetin viestittää mitattua signaalia osaston käytävän kattoon sijoitettuihin vastaanottimiin, joiden kautta mittaustieto välittyy tietokoneelle ja edelleen valvontalaitteen monitoriin. Itse valvontalaite oli Osasto Akuutilla sijoitettuna keskeiselle paikalle osastolla, kansliaa vastapäätä, omaan pieneen huoneeseensa. Osastokäytössä telemetria mahdollistaa usean potilaan samanaikaisen seurannan. Kullekin potilaalle voidaan ohjelmoida omat henkilökohtaiset raja-arvot, joiden ylittyessä tai alittuessa kone hälyttää ja piirturi tulostaa potilaan sen hetkistä sydänkäyrää paperille. Näin poikkeava rytmi saadaan helposti dokumentoitua. Laitteen muistin avulla on helppo palata myös ajassa taaksepäin ja tarkastaa potilaan rytmi esimerkiksi edelliseltä yöltä.

Telemetrian kaltaisen keksinnön olemassaolo muuttaa käsitystämme siitä, minkälaisiin osiin ihmiskeho jakaantuu. Bruno Latouriin nojaten voi ajatella, että ihmisen keho on moitteettomasti toimiessaan kokonaisuus, jonka olemassaoloa emme tule erityisemmin ajatelleeksi. Kun sairastumme, kehomme tulee näkyväksi erilaisina osina: sydämenä, verenä, valkosoluina, raajana, nivelenä, kuuloaistina ja niin edelleen. Kehosta tulee yksittäisten toimijoiden kokoonpano, kollektiivi, jonka jokin osa toimii vaillinaisesti, ja ihminen tarvitsee ehkä sairaalaosastohoidon kaltaista ulkoista interventiota. Eli samalla kun ihmisen keho lakkaa joltain osin toimimasta, kokonaisuus hajoaa ja aiemmin huomaamattomina pysytelleet toimijat tulevat näkyviksi. Kun sairaus on parannettu eli kehon toiminta on jälleen korjattu ja toimijoiden välinen yhteispeli vakautettu, keho palautuu jälleen yhdeksi kokonaisuudeksi.⁵¹

Telemetriamenetelmä, tai teknologia ylipäätään, vaikuttaa toimijoiden kokoonpanoon eli siihen, mitkä toimijat ovat tapahtumassa mukana ja millä tavoin he osallistuvat. Nykypäivän laitteet mahdollistavat esimerkiksi reistatlevan sydämen jakaantumisen vielä pienemmiksi osiksi ja uusiksi toimijoiksi. Nykypäivän teknologian avulla sydän saadaan näkyviin esimerkiksi kokona, verenvirtauksena, entsyymeinä ja tukkeumina. Telemetria lisää toimijoiden määrää entisestään ja tuo ne kehon ulkopuolelle. Mitattaessa sydämen toimintaa telemetria tuo ketjuun uusina osina ainakin lähettimen, vastaanottimet, telemetriamonitorin ja -huoneen sekä hälytysäänet ja tulostuspaperin. Ihmisen kehon sisäinen sydänlihaksen supistusliike muuntuu signaaliksi, käyräksi monitorissa, viivaksi paperilla ja niin edelleen. Samalla uudenlainen teknologia muuntaa sydämen rytmin mittakaavan ja suureen: sydämen toiminta, joka aiemmin oli mitattavissa sekunteina tai paineena onkin nyt sähköisiä signaaleja, tietokoneen ykkösiä ja nolliä sekä pikseleitä. Telemetriamenetelmä siis lisää osaltaan toimijoiden määrää ja ketjuttaa ne uudella tavalla toisiinsa.⁵²

Kun lääkäri vielä 1800-luvun alussa tutki potilaan sydämen toimintaa painamalla korvansa suoraan potilaan rinnalle ja kuuntelemalla sydämen rytmiä, on toimijoiden määrä sydämen tutkimisessa lisääntynyt vuodesta 1816 alkaen. Tuolloin ranskalainen lääkäri René T.H. Laennec keksi, että tötteröksi kääräisty paperi vahvistaa potilaan sydämen ääntä. Tästä innovaatiosta kehittyi stetoskooppi, joka oli käänteentekevä teknologia ihmisen sisäisen toiminnan tutkimisessa ja josta on tullut lääkärin ammatin symbolinen ilmentymä.⁵³ Kun stetoskooppi auttoi lääkäriä *kuulemaan* sydämen sykkeen, 1900-luvun alussa kehitetty ekg-laitte⁵⁴ mahdollisti sydämen rytmin *näkemisen*. Ekg-laitteet kehittyivät yleiseen käyttöön soveltuviksi 1950-luvulla⁵⁵. Siitä lähtien ekg-laitte on sairaalaosastoilla lisännyt toimijoita niin, että lääkärin ja potilaan

lisäksi sydämen tutkimiseksi tarvitaan sähköä, mittauselektrodit, hoitaja kiinnittämään ne, piirturi, paperia ja mustetta.

Uusien teknologisten, kuten inhimillistenkin, toimijoiden ilmaantuminen toimintaketjuun muuttaa usein aikaisempien toimijoiden paikkaa, ellei hävitä niitä kokonaan, kuten kävi paperitötterölle stetoskoopin keksimisen myötä. Samalla kun sairaalan teknologiset laitteet mahdollistavat potilaan epäsuoran tutkimisen, ne näyttävät loitontavan inhimillisiä toimijoita kauemmas toisistaan. Aiemmin hoitajan paikka ekg-mittauksen aikana oli fyysisesti potilaan vierellä asettelemassa elektrodeja ja käyttämässä itse laitetta. Telemetrian myötä hoitajan tehtävänä on tarpeen vaatiessa käydä *telemetriaahuoneessa* tarkastamassa potilaan sydämen toimintaa. Uusien teknologisten laitteiden myötä potilaan sydämen toiminnan mittaaminen, tulkinta, tietojen vaihto ja hoito voidaan toteuttaa myös niin, että inhimilliset toimijat eivät kohtaa toisiaan. Ääritapauksessa telemetriamonitorin hälyttäessä hoitaja menee telemetriaahuoneeseen tarkastamaan potilaan sydämenrytmin tietokoneen näytöltä, ilmoittaa asiasta lääkärille puhelimitse, lähettää sydämenrytmin eteenpäin sähköisenä lääkärin tulkittavaksi ja saa hoito-ohjeet puhelimitse. Vaikka useat teknologiset keksinnöt, kuten mobiiliteknologiat, luovat yhteyksiä esimerkiksi eri maanosien välille ja siten lähentävät inhimillisiä toimijoita toisiinsa, niin telemetriamenetelmän tapauksessa teknologisten toimijoiden lisääntyminen vie inhimillisiä toimijoita kauemmas toisistaan. Kasvokkainen kanssakäyminen ei välttämättä ole tarpeellista ja ruumiin toimintojen tarkkailu ja tulkitseminen onnistuvat myös ohi potilaan kuvaamien oireiden tai tuntemusten⁵⁶.

Samanlaisena inhimillisten toimijoiden etäännyksenä voidaan tulkita myös Juha Soivion esimerkkiä sepelvaltimotautia sairastavien hoidosta sairaalassa. Soivio kuvaa artikkelissaan verinäytteen ottoa ja sen kulkua: laboratorion hoitaja käy ottamassa potilaalta verinäytteen, joka kuljetetaan toiselle puolelle sairaalaa laboratorioon analysoitavaksi. Tulokset tulevat tietokoneelle lääkärin tulkittaviksi. Lääkäri voi halutessaan konsultoida toisia lääkäreitä ilman potilaan fyysistä läsnäoloa. Kokonaisuutena yksinkertainen verikoe hajautuu sairaalan eri tiloihin, joissa potilaan läsnäolo ei ole välttämätöntä. Soivio tulkitsee, että näiden elementtien avulla potilas etäännytetään subjektina lääketieteellisestä tiedosta, ja niillä luodaan perusta ajan ja toivon hallitsemiselle.⁵⁷ Kuvauksen voi yhtäläillä tulkita niin, että teknologisten toimijoiden myötä verikokeeseen liittyvät tapahtumat onnistuvat lähes kokonaan ilman inhimillisten toimijoiden kasvokkaista kanssakäymistä. Tiedot, kuten tutkimuspyyntö, tulokset, konsultaatiopyynnöt ja -vastaukset, siirtyvät inhimilliselä toimijalta toiselle teknologisten toimijoiden välityksellä. Inhimilliset toi-



Kuva 5. Stetoskoopit odottamassa käyttöä osaston kansliassa.

mijat ovat kasvokkaisessa kanssakäymisessä ehkä vain näytettä otettaessa, kun potilas ja laboratorionhoitaja tapaavat toisensa.

Telemetriamenetelmä oli Osasto akuutilla monella tapaa hyödyllinen. Ensinnäkin se oli potilaan hoidon kannalta merkityksellinen: jatkuva seuranta mahdollisti sydämen toiminnan poikkeavuuksien tehokkaan ja jatkuvan valvonnan ja dokumentoinnin. Telemetrian myötä potilaalla ei enää ollut tarvetta pysytellä aloillaan sängyssä valvonnan aikana, vaan hän saattoi langattoman yhteyden ansiosta liikkua suhteellisen vapaasti. Näin uuden teknologisen toimijan tulo osastolle laajensi inhimillisen toimijan toimintamahdollisuuksia ja lisäsi hänen autonomiansa. Toiseksi telemetria toimitti valvontatehtävää, joka aiemmin oli ollut hoitajien työtä. Näin telemetria muuttaa osastolla tarvittavan työvoiman rakennetta ja määrää. Henkilökunta voi olla eri tavalla koulutettua, koska tietokoneet hoitavat osittain myös tutkimustulosten alkutulkinnan⁵⁸. Hoitajien tehtäväksi jää teknisten laitteiden käyttäminen⁵⁹. Edelleen henkilökuntaa tarvitaan määrällisesti entistä vähemmän, kun henkilökunta vapautuu sitovasta valvontatehtävästä.

Teknologisten laitteiden myötä työtehtävät järjestäytyvät osastolla uudella tavalla esimerkiksi henkilökunnalta potilaalle itselleen. Attila Bruni kuvaa artikkelissaan sairaalavuoteiden teknologista evoluutiota. Kun potilassängyn säätäminen ja potilaan asennosta huolehtiminen oli alun perin hoitajien teh-

tävä, on sängyn sähköistämisen myötä myös *potilaalla itsellään* mahdollisuus muuttaa asentoaan yksinkertaisesti nappia painamalla.⁶⁰ Uusien teknologisten laitteiden myötä osastolla nähdään myös uusia inhimillisiä toimijoita, kuten myyntiesittelijöitä ja huoltomiehiä, jotka esittelevät ja huoltavat laitteita. Rose Coser on klassisessa sairaalatutkimuksessaan osoittanut, kuinka erilaiset tavat käyttää lääketieteellistä teknologiaa johtavat erilaisiin sosiaalisiin rakenteisiin osastolla. Kirurgisella osastolla otettiin enemmän riskejä ja siellä tapahtui useammin hätätilanteita, mikä johti hierarkkiseen kanssakäymiseen. Lääkkeelliseen hoitoon keskittyneellä sisätautiosastolla sosiaaliset suhteet olivat sen sijaan tasa-arvoisempia, ja osastolla tehtiin enemmän yhteistyötä.⁶¹

Telemetrian myötä hoitajien tekeminen ja liikkuminen osastolla ovat muuttaneet muotoaan. Hoitajien tehtävänä ennen telemetriaa oli kuljettaa ekg-laite joka kerta erikseen potilaan sängyn viereen, kiinnittää elektrodit potilaaseen, käynnistää kone, syöttää koneelle potilaan tiedot, varmistaa paperin riittävyys, repäistä paperi irti koneesta, sammuttaa laite, irrottaa elektrodit ja kuljettaa laite takaisin säilytyspaikkaansa sekä ohjata potilasta sanallisesti koko prosessin ajan. Uuden teknologisen toimijan myötä henkilökunnan tarve tehdä edellä mainittuja asioita vähenee: potilas liitetään telemetriaan keran, ja sen jälkeen valvonta on jatkuvaa. Tilapolut muuttuvat niin, että hoitajat kulkevat useammin potilashuoneen sijaan telemetriamonitorin luo.

Henkilökunnan tilapolkujen lisäksi uudet teknologiset laitteet vaikuttavat osaston fyysisiin tiloihin ja arkkitehtuuriin. Laitteille tarvitaan säilytystiloja, ja telemetrian tapauksessa koneelle on järjestetty kokonainen oma huone. Sähkökäyttöisille laitteille tarvitaan potilashuoneissa pistokkeita ja niiden toiminta pitää varmentaa myös sähkökatkojen tai muiden ongelmatilanteiden aikana. Isot kojeet, kuten liikuteltavat röntgenlaitteet, vaativat tietyn leveyisiä ovia ja liikuteltaessa tilaa ympärilleen. Yhden laitteen tulo osastolle aiheuttaa usein ketjureaktion, ja uusi laite vaatii monenlaisia uusia tarvikkeita. Esimerkiksi tipanlaskijoissa käytetään merkkikohtaisesti erilaisia letkuja, jolloin uuden laitteen hankinnan myötä myös osastolla käytössä olevat letkut pitää vaihtaa toisiin. Tästä näkökulmasta teknologia sairaalaosastolla ei olekaan mitenkään neutraali asia, vaan sisältää monenlaisia poliittisia, sosiaalisia ja taloudellisia panostuksia.

Uusien toimijoiden tulo toimintaketjuun tekee tiedon kulun aiempaa haavoittuvammaksi häiriöille. Kun stetoskoopilla potilaan sydäntä kuuntelevan lääkärin tapauksessa mahdollisena ongelmana oli kenties lääkärin huono kuulo, on telemetria-aikakaudella tiedon perille pääsyssä yhä useampia kriittisiä pisteitä. Ovatko mittauselektrodit asennettu oikeille paikoilleen, ovatko

lähettimen patterit kunnossa? Onko tietokoneessa virtaa, ja muistiko hoitaja asettaa koneeseen lääkärin määräämät raja-arvot? Miten on musteen laita, ja onko paperi oikean levyistä tulostimeen? Pidentynyt toimijoiden ketju on haavoittuvampi myös niin, että jokaisen toimijan panos on ketjussa välttämätön. Toimijoilla on ketjussa usein tietty paikka, ja toimijat pystyvät ”erimuotoisuudestaan” huolimatta ”keskustelemaan” ja siirtämään tietoa vieressä olevan toimijan kanssa. Potilaan kaulalla oleva lähetin pystyy tunnistamaan potilaan rinnalla olevien elektrodien antaman sähköisen impulssin ja muuntamaan sen signaaliksi, jonka osaston katossa olevat laitteet taas pystyvät vastaanottamaan. Ongelmia sen sijaan syntyy tilanteissa, jossa jokin ketjun osa lakkaa toimimasta. Ei-inhimilliset toimijat ovat joustamattomia niin, että ne eivät pysty vastaanottamaan ja tulkitsemaan ”vääränmuotoista” tietoa ja välittämään niitä eteenpäin. Näin lähettimen patterien ollessa lopussa mittauselektrodit eivät pystykään siirtämään tietoa yhden toimijan yli vastaanotimille, vaan tieto potilaan sydämen rytmistä jää välittymättä, vaikka sydän edelleen lyökin.

Teknologisilla toimijoilla on myös moraalinen ulottuvuus. Elizabeth McGibbon ja Elizabeth Peter kuvaavat teknologian käyttöä lasten teho-osastolla ja sitä, kuinka teknologia pahimmillaan myös lisää lasten kärsimyksiä. Nimenomaan kehon sisälle ulottuvat toimenpiteet kuten leikkaukset ja verinäytteiden otot aiheuttavat lapsille kipua ja tuskaa. Teknologialla saatetaan pitkittää elämää lyhytaikaisesti tilanteissa, joissa toivoa eloonjäämisestä ei ole. Tai lapsi saattaa joutua vuosikausiksi erilaisten kivulioiden kehonsisäisten hoitojen kohteeksi sen jälkeen, kun hänet on pelastettu elämään teknologisten innovaatioiden avulla. Teknologiaa käytetään apuna myös aivokuolleiden lasten elimien toimintakyvyn ylläpitämisessä elintenluovutusta silmällä pitäen. Teknologia sairaalassa ei siis aina ole pelkästään hyvä asia, vaan se voi olla synonyymi myös kärsimykselle.⁶²

Tutkimukseni sairaalaosastoilla arkinen toiminta teknologisten laitteiden kanssa ei ollut useinkaan yhtäläillä elämän ja kuoleman kysymys. Kuitenkin voi pohtia, minkälaisia moraalisia ulottuvuuksia telemetriaan liittyy. Osastolla telemetria tuo potilaalle turvallisuuden tunnetta, kuten eräs potilas ilmaisi asian. Potilaan ei itse tarvitse olla niin huolissaan sydämensä toiminnasta ja rytmihäiriöistä, koska telemetrian ansiosta sydämen toiminta on jatkuvassa tarkkailussa. Mutta samalla kun telemetria tuottaa potilaalle turvaa sairaalaosastolla, se voi lisätä *turvattomuuden* tunnetta kotona. Tieto laitteen olemassaolosta, mutta sen *puuttuminen* kotoa saakin olon tuntumaan entistä turvattomammalta. Teknologisten laitteiden olemassaolo saattaa johtaa myös

siihen, että sekä henkilökunta että potilas itse tulevat välinpitämättömimmiksi potilaan subjektiiviselle voinnille tai aistein havaittaville muutoksille⁶³. Moraalinen kysymys on myös se, kuinka tarpeellista yhä uusien teknologisten toimijoiden mukaanotto loppujen lopuksi on. Teknologiset laitteet helpottavat, edesauttavat ja kehittävät osaston toimintaa, mutta samalla ne mahdollistavat asioita, joiden emme välttämättä edes haluaisi mahdollistuvan. Kuolevan potilaan elämää voidaan esimerkiksi pitkittää tarpeettomasti hengityskoneella tai muulla intensiivisellä hoidolla.

Potilas on tässä luvussa saapunut sairaalaosastolle monenlaisten ei-inhimillisten toimijoiden keskelle. Luvussa on kuvattu, kuinka sairaalaosaston tavarat, äänet, aika ja teknologiset laitteet muokkaavat potilaana oloa: oman persoonan ilmentämisen ja toiminnan mahdollisuutta sekä potilaan tarkastelun näkökulmaa. Potilaana olo sairaalaosastolla ei ole kuitenkaan pelkästään ei-inhimillisten toimijoiden keskellä olemista ja vuorovaikutusta niiden kanssa, vaan oleellisia ovat myös muut inhimilliset toimijat. Seuraavassa luvussa potilas on jo kotiutunut osastolle, elää sairaalaosaston arkea ja osallistuu lääkärinkiertoon yhdessä lääkärin ja hoitajien kanssa.

Viitteet

- | | |
|--|---|
| 1 Chambliss 1996, 126. | 8 ks. myös Gibson & Sierra 2006, 166. |
| 2 Long ym. 2008. | 9 Crook 2008. |
| 3 Chambliss 1996, 127. | 10 van deer Geest 2006. |
| 4 Parsons 1951; Coser 1962, 41. | 11 Gibson & Sierra 2006; Zaman 2006, 195. |
| 5 Morgan 1986, 79. | 12 Zaman 2006. |
| 6 ks. Zerubavel 1979, 41. | 13 Goffman 1961, 17–18; ks. myös Coser 1962, 43. |
| 7 Olen koodannut aineisto-otteet seuraavasti: Ensimmäinen kirjain kuvaa aineiston laatua: E = episodi, H = haastattelu, PH = potilashuonehavainnointi, K = kirjallinen aineisto. Seuraava numero kuvaa joko episodin tai haastattelun juoksevaa numeroa, havainnoinnin päivämäärää tai kirjallisen aineiston numerointia. Viimeinen kirjain kertoo miltä osastolta aineisto on kerätty: A = Osasto Akuutti, I = Osasto Infektio ja K = Osasto kuntoutus. | 14 Lampi 2005, 126. |
| | 15 Goffman 1961, 62. |
| | 16 ks. Gibson & Sierra 2006, 168. |
| | 17 Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010. |
| | 18 ks. myös Coser 1962, 41. |
| | 19 Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010. |
| | 20 Massey 2008, 181. |
| | 21 ks. esim. Lavolette & Hanson 2007; Meingast ym. 2006; Risse 1999, 676. |
| | 22 Marjamaa 2006, 155. |

- 23 Atkinson ym. 2008, 179; Bull & Back 2003, 4.
- 24 McGibbon & Peter 2008.
- 25 Lincourt 2002, 89.
- 26 Sisällytän tässä yhteydessä mikrobi-käsitteen alle bakteerien lisäksi myös virukset, vaikka niiden ei ajatella olevan eläviä olentoja.
- 27 Sairaalabakteereita ovat esimerkiksi metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA), Extended Spectrum Beta-Lactamase eli laajakirjoinen beetalaktamaasientsyymi (ESBL) ja Van-komysiinienterokokki (VRE).
- 28 Ks. myös Gibson 2004, 2018.
- 29 MRSA-positiivinen tai -kantaja on potilas, jolla on MRSA bakteeri, mutta jolla ei ole infektion oireita tai löydöksiä. MRSA-kantaja voi saada myös kliinisen MRSA-infektion ja infektion parantuttua potilas jää usein MRSA-kantajaksi. MRSA-altistunut on potilas, joka on oleskellut MRSA-potilaan kanssa samassa potilashuoneessa tai ollut MRSA-epidemian aikana samalla osastolla.
- 30 Järvelä 2003.
- 31 esim. Burgess 1994; Page 1995; Baillie 2008; Bryant & Adams 2009.
- 32 Baillie 2008.
- 33 Järvelä 2003, 53.
- 34 Ks. esim. Jauho 2007; Lehtonen 1995a; 1995b.
- 35 Ks. Forsius 1997; Järvelä 2003; Nenola 1986.
- 36 Bowker & Star 2000.
- 37 ks. Lehtonen 1995b, 228.
- 38 Ks. Bowker ja Star 2000, myös Singleton 1998.
- 39 Douglas 2000; 1966.
- 40 Zerubavel 1979.
- 41 ks. Chuang ja Abbey 2009; Gibson & Sierra, 2006, 167.
- 42 ks. myös Wind 2008, 82.
- 43 Crapanzano 1986, 44–45.
- 44 Crapanzano 1986, 46.
- 45 Lampi 2005, 138; ks. myös Lincourt 2002.
- 46 Crapanzano 1986, 46.
- 47 Honkasalon 2008b, 207.
- 48 ks. Zaman 2005, 90.
- 49 ks. Honkasalo 2008b, 213.
- 50 ks. Zerubavel 1979, 109.
- 51 Ks. Lehtonen 2008, 118.
- 52 Ks. Latour 2006, 186.
- 53 Sterne 2003, 192.
- 54 Eskola 2010, 8.
- 55 Forsius 1997, 2059.
- 56 ks. Soivio 2003, 102; Sterne 2003, 204.
- 57 Soivio 2004.
- 58 ks. McGibbon ja Peter 2008, 1148.
- 59 ks. Soivio 2003, 104.
- 60 Bruni 2005, 359.
- 61 Coser 1962.
- 62 McGibbon & Peter 2008.
- 63 ks. Bruni 2005, 359.

4 LÄÄKÄRINKIERTO SOSIAALISTEN SUHTEIDEN JA TIEDON VÄLITTÄJÄNÄ

Lääkärinkierto on sairaalaosaston tunnetuimpia tapahtumakulkuja. Lääkärinkierrolla lääkäri yhdessä hoitajan ja muiden henkilökunnan jäsenten kanssa kiertää potilashuoneissa tapaamassa potilaita ja keskustelee potilaan hoidosta. Osastolla lääkärinkierto on hyvin arkinen ja rutiininomainen tapahtuma. Se toistuu viikonloppuja lukuun ottamatta yleensä päivittäin, samaan kellonaikaan ja etenee samalla kaavalla. Tutkijalle lääkärinkierrot osoittautuivat monella tapaa kiinnostaviksi. Lääkärinkierroksi, osastokierroksi tai potilaskierroksi kutsutulla kierrolla¹ osaston eri ammattiryhmät ja potilas tapaavat toisensa ja sisällöllisesti niissä käsitellään monenlaisia asioita.

Luvussa tarkastelen lääkärinkierron vuorovaikutusta ja lääkärinkiertoa osana osaston tiedonkäsittelykäytäntöjä. Luku etenee alun lääkärinkiertokuvauksen jälkeen tarkastelemaan tapahtumaa sosiaalisena kohtaamisena, jossa kaikilla toimijoilla on omat roolinsa. Seuraavassa alaluvussa esittelen, mistä asioista lääkärinkierrolla keskustellaan ja tarkastelen, miten potilaan yksityisyys toteutuu lääkärinkierrolla. Kysymys potilaan tiedollisen yksityisyyden säilymisestä on saanut minut kiinnostumaan myös osaston kirjallisista tiedonkäsittelykäytännöistä. Niinpä viimeisessä alaluvussa tarkastelen potilasasiakirjoja kirjallisena tiedonkäsittelykäytäntönä ja kuvaan suullisiin ja kirjallisiin tiedonkäsittelykäytäntöihin liittyviä eroja.

Potilasta koskevalla tiedolla ja sen synonyyminä käyttämälläni potilastiedolla² tarkoitan kaikkea sairaalan henkilökunnan käytössä olevaa yksittäistä potilasta koskevaa tietoa. Tieto voi olla suullisesti esitettyä tai se on kirjallisessa muodossa koottu potilasasiakirjoihin. Koska tarkastelu tutkimustehtävän mukaisesti keskittyy vain sairaalaosaston seinien sisälle, rajautuvat tästä tarkastelusta pääsääntöisesti ulos ne tiedonkäsittelykäytännöt, joissa potilastietoa käytetään sairaalaosaston ulkopuolella. Tällaisia käytäntöjä ovat esimerkiksi lääkäreiden keskinäiset tapaamiset ja kirjallisen potilastiedon jatkokäyttö esimerkiksi lääketieteellisiin tutkimuksiin.

Lääkärinkierrolla

Olen seuraamassa lääkärintoimintaa. On aamupäivä ja osaston elämä rauhoittunut aamusta: potilaat ovat saaneet aamupalansa ja aamulääkkeensä, hoitajat ovat auttaneet potilaita tarvittaessa pesuissa, vaihtaneet lakanoita, laittaneet antibiootteja tippumaan ja huolehtineet haavanhoidoista, laboratorionhoitaja on käynyt. Laitoshuoltajat ovat siistineet huoneet. Seison lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin kanssa miesten kolmen hengen potilashuoneen ulkopuolella sairaalaosaston käytävällä. Mukana on kärry, johon potilaiden potilaspaperit on järjestetty huoneittain, miehille siniset ja naisille punaiset kansiot. Hoitaja ohjeistaa lääkärille seuraavan huoneen potilaiden kansiot. Lääkäri syventyy tutkimaan potilaspapereita käytävällä olevan pöydän ääreen. Hän kyselee hoitajalta harvakseltaan asioita potilaista: onko kakkospotilaalla ollut vielä kipuja, miksi hän on saanut yöllä kipulääkettä? Hän kyselee yksipotilaan kotiololoista, sosiaalisista suhteista ja miettii potilaan jatkohoitoa. Lääkäri tekee joitakin muutoksia lääkemääräyksiin ja kertoo niistä hoitajalle, joka on siirtynyt seisomaan sivummalle fysioterapeutin viereen.

Lääkäri saa työnsä tehtyä ja on valmis siirtymään potilashuoneeseen. Hoitaja ottaa potilaskansiot kannettavakseen, ja astumme huoneeseen lääkäri etunenässä, hoitaja ja fysioterapeutti perässään ja minä jonon jatkona. Huoneessa on siistiä ja tuoksuu raikkaalle, sängyt ovat rivissä huoneen toisella seinustalla. Lääkärin tullessa huoneeseen potilaat lopettavat keskustelunsa ja huoneeseen laskeutuu hiljaisuus. Lääkäri astuu ensimmäisen, sängyn reunalla istuvan, potilaan luo. Muut potilaat näyttävät keskittyvän omiin touhuihinsa, toinen järjestelelee tavaroitaan ja toinen syventyy kirjaansa. Hoitaja ohjeistaa potilaan kansion lääkärille ja siirtyy sivummalle kuiskuttelemaan fysioterapeutin kanssa. ”Miten voitte tänään?”, lääkäri kysyy kohteliaasti noin 75-vuotiaalta miespotilaalta. Potilas vastaa vähän epävarmasti hyvin voineensa. Lääkäri kertoo potilaalle, että ”aika paljon on niitä lisäyöntejä sydämessä, nyt on lääkityksiä vaihdettu”. Lääkäri jatkaa, että potilas voisi päästä kotiin, jos sinne järjestettäisiin kotiapua ja kotisairaanhoidaja. Potilas kysyy heti, mitä se maksaa. Taustalla seisova hoitaja puuttuu keskusteluun ja arvelee, että ne tietävät siellä terveyskeskuksessa ne hinnat. Lääkäri kertoo, että terveyskeskuksen kautta voi saada maksuapuakin. Potilas ei ole tiennyt asiaa. Lääkäri puhuu uusista lääkkeistä ja sanoo kirjoittavansa niistä reseptit. Vanha järjestely on kuulemma edelleenkin voimassa, eli potilaan pitäisi käydä kontrollissa terveyskeskuksessa kuukausittain. Potilas kysyy, miten liikkumisen kanssa on, ja lääkäri vastaa, että liikua saa sen mukaan minkä pystyy. ”Mitä sitten, jos ei tule normaalilyönti?”

potilas kysyy. Lääkäri selittää, ettei se rytmi tule säännöllinen olemaankaan, mutta lääkkeiden tarkoitus on nyt parantaa tilannetta. Lopuksi lääkäri toivottaa potilaalle hyvää jatkoa kädestä pitäen. Potilas jää istumaan sängynlaidalle. Lääkärin poistuessa potilas kumartuu puoleeni ja kertoo pääsevänsä kotiin. ”Hieno asia”, vastaan. Potilas on epävarmempi asiasta, myöntää jatkaen että ”joskus pelottaa, miten selviää”.

Lääkäri siirtyy kakkospotilaan vuoteen viereen ja hoitaja ohjeistaa hänelle uuden potilaskansion. Vanhempi miespotilas makaa sängyssään ja avaa silmänsä lääkärin kysyessä hänen vointiaan. Potilas on sairaalahoidossa jalassa olevan ruusun vuoksi. Huoneen ovi käy ja osaston toimintaterapeutti huikkaa fysioterapeutille pyynnön tulla auttamaan huoneeseen kahdeksan. Fysioterapeutti nyökkää ja sanoo tulevansa kunhan pääsee. Lääkäri on jatkanut puhuttuaan potilaalle: ruusu on nyt parantumassa ja potilaan kuntoutuminen voisi jatkua siellä kotona. ”Niinkö”, potilas ihmettelee. Lääkäri selittää, että paikkoja on täällä sairaalassa vähän ja kysyy, miltä potilaasta tuntuisi mennä sinne kotiin, jos sinne saisi apuvälineitä. Lääkäri kysyy aiemmista kotiavuista ja potilas vastaa, että kotihoito on käynyt kolme kertaa päivässä. Potilas jatkaa sanomalla, että vaimo kyllä odottaakin, että minä pääsisin kotiin (mies toimii vaimonsa omaishoitajana ja vaimo on joutunut laitokseen miehen sairauden vuoksi). Lääkäri selittää, että tarkoitus olisi, että mies kuntoutuisi siellä kotona aluksi yksinään. ”Ettehan te nyt pysty hoitamaan vaimoa, kun itsekin tarvitsette apua. Mutta vaimon vuoksi ei voida sairaalassa pitää.” Potilas vastaa itsekin haluavansa kotiin. Lääkäri kyselee potilaan kotioloista: pystyykö siellä esimerkiksi käyttämään pyörätuolia. Potilas myöntää ja kertoo, että heillä on kyllä kaikenlaisia apuvälineitä kuten suihkutuoli. Lääkäri haluaa nähdä pääseekö potilas istumaan, seisomaan ja sujuuko askeleiden otto. Tässä vaiheessa fysioterapeutti aktivoituu, siirtyy sängyn ääreen ja on valmiina auttamaan. Mies nousee istumaan ja seisomaan pyörätuolia apuna käyttäen, mutta lysähtää takaisin istumaan sängylle yrittäessään varata painoa kipeälle jalalle ja selittää, että jalka ei pidä. Lääkäri keskustelee fysioterapeutin kanssa potilaan kuntouttamisesta. Lääkäri sanoo potilaalle, että ”jos ei pysy pystyssä niin ei ole mitään järkeä mennä kotiin, mutta sairaalaympäristö ei kuitenkaan paranna. Sairaala on vastuussa valtavasta alueesta ihmisistä.” Potilas myöntelee ja sovitaan, että potilas kotiutuu.

Huoneen viimeisenä potilaana on 60-vuotias nuorekas mies, joka makaa sängyssä puoli-istuvassa asennossa lukien ja purkkaa purren. Hän on joutunut osastolle sydäninfarktin vuoksi. Fysioterapeutti poistuu huoneesta, ja lääkäri ja hoitaja siirtyvät potilaan sängyn ääreen. Potilas vetää oma-aloitteisesti

verhon itsensä ja toisen potilaan väliin. Lääkäri ja potilas kertaavat tapahtumia: potilas meni päivystykseen rintakipujen vuoksi, hänet siirrettiin sairaalaan, jossa hänelle tehtiin pallolaajennus ja nyt hän on toipumassa täällä kolmannessa sairaalassa. Huoneessa soi hälytysääni. Hoitaja kävelee rauhallisesti huoneen ovelle ja tarkastaa ovenpieleen sijoitetusta laitteesta missä tarvitaan apua ja samalla kuittaa koneen hiljaiseksi. Samalla hän jää keskustelemaan ensimmäisen potilaan kanssa kotiutusjärjestelyistä. Lääkäri on jatkanut puhettaan kysymällä potilaan vointia ja onko hän ollut liikkeellä. Potilas vastaa nopeasti olleensa koko viikonlopun kotona ja kysyy, eikö se näy sieltä papereista. Lääkäri ryhtyy katselemaan potilaan kansiota ja sanoo, ettei osannut arvatakaan potilaan voineen jo olla kotona. Potilas kertoo, milloin oli lähtenyt ja tullut, ja sanoo liikkuneensa koko viikonlopun ja olo oli ollut hyvä. ”On ollut siitä asti, kun sain nitrosuihkeen ensiavussa”. Nyt potilas sanoo haluavansa päästä kotiin. Lääkäri vastaa, että etteköhän te pääsekin, ja ohjeistaa potilasta jatkosta: ”sinne sydämeen on ehtinyt tulla vaurioita, vaikka se on nyt hoidettukin. Seuraava kuukausi tulee ottaa hyvin rauhallisesti.” Potilas sanoo nopeasti ottavansa rauhallisesti ja käyvänsä pelaamassa vain sulkapalloa. Lääkäri vastaa, että ”sielläkin pitää ottaa hyvin rauhallisesti, koska ylävartalon liike on rasittavampaa kuin alavartalon, piippuun ei saa itseään vetää”. ”Me pelataan nelinpeliä ja se ole niin rasittavaa. Mä jätän sen väliin koko keväältä, jos alkaa tuntua huonolta”, potilas vastaa. Lääkäri selostaa jatkohoidosta ja kertoo kirjoittavansa b-lausunnon. Hän lopettaa sanomalla että, ”ei tiedetä miksi, mutta monella potilaalla voi mieliala laskea tällaisen jälkeen”. Potilas puhuu lääkärin päälle ja ilmoittaa, että ”ei mulle tuu, ois tullu jo, jos ois tulossa”. Lääkäri toivottaa potilaalle hyvää jatkoa ja poistuu huoneesta hoitaja kintereillään. Seuraan perässä ja kuulen, kuinka ykköspotilas kommentoi kakkospotilaalle, että ”lähdetään sitten molemmat kotiin”.

Edellä esitetty kuvaus lääkärinkierrosta on tarkkaan ottaen fiktiota. Se on rekonstruoitu autenttisisista lääkärinkierroista niin, että potilaita on todellisuudessa hoidettu eri osastoilla ja yhden potilaan sukupuolikin on vaihdettu. Muutoin tarina on todenmukainen ja hyvin keskimääräinen kuvaus siitä noin 90 potilasta kattavasta lääkärinkiertomateriaalista, jonka kentällä ollessani keräsin. Se kuvaa monella tavalla tyypillistä lääkärinkiertoa. Noin puolessa niistä 25 lääkärinkierrosta joita olin seuraamassa, oli mukana kolme henkilökunnan jäsentä: joko kaksi lääkäriä ja hoitaja tai lääkäri, hoitaja ja kolmantena henkilönä fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Yhtä usein lääkäri ja hoitaja kiersivät potilashuoneita kaksin. Kuten yllä olevassa kuvauksessakin, lähes jokaisen potilaan kohdalla keskusteltiin kotiuttamisesta tai

jatkohoidosta osaston ulkopuolella. Lääkärintierto oli yleensä kaksiosainen niin, että osaston käytävällä käytiin henkilökunnan välinen keskustelu, jonka jälkeen siirryttiin potilashuoneeseen. Kaikilla tutkimusosastoilla lääkärintierot pidettiin potilashuoneissa, joissa oli pääsääntöisesti myös muita potilaita (Osasto Kuntoutuksessa lääkärintierto pidettiin kolme kertaa viikossa ”paperikiertona” osaston kansliassa).

Kaikkialla, missä on sairaaloita, on myös lääkärintiertoja, vaikka kulttuurista ja paikallista vaihtelua esiintyykin jonkin verran³. Sitä voisi kuvata institutionalisoituneeksi käytännöksi, jonka muoto voi vaihdella osastoittain. Lääkärintierroon juuret ulottuvat pitkälle menneisyyteen. Historiallisesti lääkärintierroilla oli sairaalassa vielä oleellisempi merkitys kuin tänä päivänä. Aiemmin lääketieteen kehitys, potilaan tutkiminen ja hoito tapahtui käytännöllisesti katsoen pelkästään potilaan vuoteen ääressä⁴. Vielä nykyisinkin sen merkitys on oleellinen sairaalaosaston arjessa. Lääkärintierto tarjoaa lääkäritilalle tavan pitää yhteyttä potilaaseen ja ylläpitää potilas–lääkärisuhdetta. Yhtälailla se toimii lääkärin ja hoitajan välisen yhteydenpidon ja yhteistyön näytämönä.⁵ Lääkärintiertoa voi kuvata osaston tiedotustoriksi, jossa lääkäriellä on mahdollisuus saada ensikäden tietoa potilaalta ja potilaalla kuulla tietoa tutkimustuloksista, hoitovaihtoehtoista ja niin edelleen⁶. Lääkärintierto toimii myös koulutustilaisuutena lääkäriksi opiskeleville. Se mahdollistaa opetuksen, oppimisen ja harjoittelun ja samalla tarjoaa tilaisuuden kontrolloida erikoistuvien lääkäreiden kliinisiä taitoja. Lääkärit voivat lääkärintierroilla arvioida myös hoitajien toimintaa, ja samalla potilaan käyttäytyminen on koko henkilökunnan tarkastelun kohteena.⁷ Lääkärintierroon on eräässä tutkimuksessa todettu kestävän yhtä potilasta kohden keskimäärin 7,5 minuuttia vaihdellen kolmesta minuutista kuuteentoista⁸. Toinen tutkimus osoitti, että potilaan vuoteen äärellä viivytettiin lääkärintierroilla kolmesta kuuteen minuuttiin⁹.

Lääkärintierroon on kuvattu muodostavan kulkueen, jonka alkupäässä olevan asema on korkein ja samalla vastuu suurin. Ensimmäisenä kulkevan, yleensä lääkärin, käyttäytyminen on vapainta, ja hänelle sallitaan vitsailua tai aggressiivista käyttäytymistä. Mitä kauempana jonossa ja samalla hierarkiassa on, sitä vähemmän osallistujalla on vastuuta potilaasta ja sitä muodollisempaa ja rajoitetumpaa käyttäytyminen on.¹⁰ Potilashuoneessa lääkärintierroon on todettu muodostuvan pääsääntöisesti kahdenväliseksi niin, että kommunikaatio keskittyy potilaan ja lääkärin välille hoitajan roolin jäädessä minimaaliseksi¹¹. Hoitajien on kuitenkin tulkittu osallistuvan tilanteeseen nimenomaan sanattomin viestein, katseen avulla¹². Yhtäältä lääkärintierrokäytäntöä on pidetty lääkärin valta-asemaa pönkittäväenä strategiana¹³, vaikka toisaalta sen on

esitetty muodostuvan nimenomaan sukupuolittuneeksi valtapeliksi eikä niinkään professioon liittyväksi¹⁴. Vuorovaikutuksen tutkimusta lukuun ottamatta lääkärinteraktiivien tutkimus on ollut vähäistä. Lääkärinteraktiota tutkinut James O'Hare on ehdottanut jatkotutkimuksia esimerkiksi omaisten roolista ja muistiinpanojen laadusta lääkärinteraktiivilla sekä vaihtoehtoista potilassängyn ääressä suoritettavalle lääkärinteraktiiville¹⁵.

Lääkärinteraktiivien vuorovaikutus

Tutkimusosastoilla lääkärinteraktiivit tuntuivat seuraavan samaa käsikirjoitusta, vaikka osasto ja mukana olevat henkilöt vaihtuivatkin. Tämän toisteisuuden myötä kiinnostuin lääkärinteraktiivista vuorovaikutustapahtumana. Tässä aluvuossa tarkastelen, miten lääkärinteraktiivitoiminta potilashuoneessa etenee ja minkälaisia rooleja osallistujilla on. Tarkastelen lääkärinteraktiivitoimintaa sosiaalisena kohtaamisena sosiologi Erving Goffmanin footing-teorian valossa¹⁶. Kuvaan lääkärinteraktiivien säännönmukaisuuksia ja poikkeavia tilanteita erittelemällä osallistujien rooleja ja puhujien asemoitumista suhteessa puhetilanteeseen. Tarkastelussa en kiinnitä huomiota välitetyn tiedon sisältöön tai sanamuotoihin vaan olen kiinnostunut ennen kaikkea osallistujien välisistä suhteista, käyttäytymisestä ja tavasta, jolla asioita ilmaistaan.

Käytän lääkärinteraktiivien vuorovaikutuksen analysointiin footing-teorian sisältämää osallistumiskehikon ajatusta. Osallistumiskehikolla tarkoitetaan keskusteluun osallistujien erilaisia rooleja puhetilanteessa. Goffmanin mukaan keskusteluihin liittyy myös asennonvaihdoksia, joissa tapahtuu kielellisesti ilmaistu muutos suhteessa itseen ja kuulijoihin. Osallistumiskehikon avulla tarkastelen millaisia asemia lääkärinteraktiivien osallistujilla on ja minkälaisia muutoksia näissä asemissa keskustelun kuluessa tapahtuu. Lääkärinteraktiivitoimintaa ei ole aikaisemmin tutkittu Goffmanin teorian valossa, joten se tarjoaa uuden tavan tarkastella lääkärinteraktiivien osallistujien välisiä suhteita ja tilanteen vuorovaikutusta.

Goffman jakaa sosiaalisen kohtaamisen osallistujat ratifioituihin eli keskusteluun vahvistettuihin osallistujiin ja sivullisiin¹⁷. Lääkärinteraktiivien alkuvaiheessa kaksi työnsä puolesta sosiaaliseen kohtaamiseen vahvistettua henkilöä, lääkäri ja hoitaja, siirtyvät potilashuoneessa tietyn potilaan sängyn ääreen. Fyysisellä asemoitumisellaan huoneessa he osoittavat kyseiselle potilaalle myös hänen olevan keskusteluun vahvistettu osallistuja, tässä tapauksessa vahvistettu potilas. Muut potilaat huoneessa jäävät sivullisiksi.

Toisessa vaiheessa lääkäri eri tavoin osoittaa vahvistetulle potilaalle, ja myös hoitajalle, olevansa tilanteen ”johtaja” eli puhuja ja äänessä olija (current speaker). Tämä osoitetaan esimerkiksi puhuttelemalla hoitajaa tietyllä tavalla, välinpitämättömästi mutta samalla käskevästi:

Lääkäri alkaa lääkärinkierrolla kysellä potilaan vointia, mutta kuulee huonosti, koska huoneen tv on auki. Hän sanoo hoitajalle tylyn oloisesti: ”paatsä ton” ja osoittaa tv:tä ja kääntyy uudelleen potilaan puoleen. Hoitaja etsii kaukosäädintä hyvän aikaa, kun potilaskaan ei osoita hänelle missä se on. Lopulta hoitaja löytää säätimen ja hiljentää television. (E109A.)

Tilanteessa lääkäri ei itse sulje televisiota vaan pyytää hoitajaa tekemään sen. Viesti on mukanaolijoille selvä: lääkäri johtaa tilannetta hoitajan ollessa hänen apulaisensa. Lääkäri saattaa osoittaa paikkaansa myös pyytämällä hoitajaa avaamaan ikkunan tai hakemaan tietyn tavaran. Tapahtuma ei kuitenkaan ole toimijaryhmäriippuvainen niin, että se olisi aina lääkärin ja hoitajan välinen. Lääkärinkierroilla, joissa mukana on kaksi lääkärinä, johtajuutta osoitetaan samoilla tavoin. Lääkärinkierron vetäjä eli yleensä ammatillisessa hierarkiassa korkeammalla oleva saattaa esittää samantyyppisiä pyyntöjä alemmassa asemassa olevalle lääkärille. Saattaa myös olla niin, että joku työssä puolesta vahvistetuista osallistujista on itse aktiivisesti ottamassa apulaisen roolia ja siten osoittamassa toisen osallistujan johtajuutta.

Erikoislääkäri lopettaa potilaan tutkimuksen ja sairaalalääkäri tuo hänelle paperia käsien pyyhkimiseksi ja erikoislääkärin viittauksesta hän hakee lisää paperia pyyhkiäkseen potilaan rintakehän geelistä. (PH210606A.)

Lääkärinkierron sosiaalista järjestystä osoitetaan myös potilaskansioita hallinnoimalla niillä osastoilla, joissa paperiset potilaskansiot olivat vielä käytössä. Lääkärinkierron aikana hoitajan tai jonkun muun hierarkiassa alemassa asemassa olevan tehtävänä on kuljettaa potilaskansioita: hän saattaa kantaa potilashuoneen kaikkien potilaiden kansioita käsissään ja ojentaa lääkärille kulloisenkin potilaan paperit. Tai vaihtoehtoisesti hoitaja saattaa noutaa kansioita kärrystä lääkärille. Lääkäri on yleensä tilanteissa ainoa, joka avaa, lukee ja etenkin kirjoittaa potilaspapereihin, mikä osaltaan nostaa myös potilaspaperien arvoa. Potilaspapereissa on jotain niin arvokasta, että ainoastaan lää-

kärinkierron vetäjällä on tilanteessa lupa ja taito syventyä niihin.¹⁸ Seuraavassa esimerkissä potilaspapereiden siirto tilanteen vetäjältä apulaiselle tapahtuu kiinnostavasti epäsuorasti.

Lääkäri merkitsee papereihin, että potilas tarvitsee ravintolisää. Toinen lääkäri seisoo vieressä, hoitaja pysyttelee hiljaa taustalla. Asiat selvitettyään lääkäri *jättää* potilaspaperit potilaan *yöpöydälle* ja siirtyy seuraavan potilaan luo. Hoitaja *menee ottamaan* potilaspaperit *pöydältä* ja kuiskaa potilaalle, että ”minä tulen tuomaan teille kohta energijuomaa”. (E39A.)

Lääkärinkierron kolmannessa vaiheessa (toinen ja kolmas vaihe voivat esiintyä myös toisinpäin tai jatkuvasti vuorotellen) lääkäinkierron vahvistetuista osallistujista puhuja eli lääkäinkiertoa vetävä lääkäri osoittaa muiden osallistujien eli vastaanottajien paikat. Goffmanin mukaan sosiaalisissa tilanteissa on usein enemmän kuin kaksi virallista osallistujaa. Tällöin on mahdollista, että puhuja osoittaa huomionsa kaikille ottaen heidät mukaan tasarvoisina. Yleisempää kuitenkin on, että puhuja osoittaa huomionsa yhdelle kuuntelijalle visuaalisten vihjeiden avulla.¹⁹ Havaintojeni mukaan lääkäinkierron alkuvaiheessa lääkäri kohdistaa puheensa nimenomaan potilaalle, jolloin hänestä tulee puhuteltu vastaanottaja (addressed recipient) muiden osallistujien jäädessä ei-puhutelluiksi osallistujiksi (unaddressed recipients).

Neljännessä vaiheessa lääkäinkierto on edennyt tilanteeseen, jossa lääkäri on kysynyt puhutellulta vastaanottajalta eli potilaalta haluamansa kysymykset. Tämän jälkeen tilanne muuttuu moniäänisemmäksi niin, että myös hoitajalla tai muilla mukanaolijoilla (fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä) on mahdollisuus osallistua keskusteluun joko vastaamalla lääkärin kysymyksiin tai ottamalla puheenvuoro oma-aloitteisesti. Tässä vaiheessa myös vahvistettu potilas kysyy yleensä jotain. Tilanteessa tapahtuu useita asennon vaihtoja (change of footing) eli osallistumiskehikko on jatkuvassa muutoksen tilassa. Aiemmin vastaanottajina olleet voivat saada puhujan aseman joko edellisen puhujan nimeäminä tai pyrkimällä itse puhujan asemaan.

Lääkäinkierron lopuksi lääkäri, hoitaja ja muu mukana oleva henkilökunta jatkavat vahvistettuina osallistujina seuraavan sängyn ääreen vahvistetun potilaan siirtyessä sivullisen rooliin. Lääkäinkierrolla myös sivullisen rooli on kiinnostava. Goffman painottaa, että suuri osa puheesta tapahtuu näkö- ja kuuloetäisyydellä henkilöistä, jotka eivät ole vahvistettuja osallistujia. Hän nimeää nämä *odottamattomat osallistujat* sivullisiksi (by-standers). Hän

jakaa sivulliset vielä vahingossa kuulijoihin (overhearer) ja salakuuntelijoihin (eavesdropper). Vahingossa kuulijat saattavat tilapäisesti, ilman erityistä aikomusta tai pyrkimystä, seurata puhetta tai kuulla osia siitä.²⁰ Lääkärintertojen havainnointi osoittaa, että sivullisen roolin saaneet kanssapotilaat käyttäytyvät lääkärintertojen aikana ikään kuin eivät kuulisi ja näkisi mitään muihin potilaisiin liittyvää. He makaavat silmät suljettuna sängyllään, lukevat tai puuhastelevat jotain pientä, eivätkä seuraa lääkärinterron tapahtumia avoimesti katseellaan. Lääkärinterron aikana potilaat eivät kommunikoi keskenään eivätkä reagoi huoneen tapahtumiin.

Sisäänpääsy kanssakäymiseen osoitetaan nimenmaan katseella eikä äänellä²¹. Näin potilaita, jotka sivullisina ovat keskittyneet omiin puuhiinsa, eivätkä katseella seuraa lääkärinterron tapahtumia, voi kutsua vahingossa kuulijoiksi. Sivullisten potilaiden käyttäytymisen eli katsekontaktin välttämisen voi tulkita *aktiiviseksi* toiminnaksi, jolla sivulliset potilaat osoittavat, etteivät *halua* kuulla lääkärinterron keskustelua. Potilashuoneissa keskustelu kuitenkin kantautuu kaikkien korviin, joten sivullisia potilaita voi kutsua *pakosta kuulijoiksi*. On myös mahdollista, joskin vaikeasti todennettavissa, että kanssapotilaat erityisesti *kuuntelevat* lääkärinterrolla käytäviä keskusteluja. Tällöin sivullinen muuttuu vahingossa – tai pakosta – kuulijasta salakuuntelijaksi: hän käyttää salaa hyväkseen sitä, että keskustelut käydään pienissä potilashuoneissa eikä potilaiden sänkyjen välillä ole äänieristystä. Salakuuntelu voi tyydyttää uteliaisuutta ja tarjoaa potilaalle ehkä mahdollisuuden verrata omaa elämäntilannettaan ja terveydentilaa muiden potilaiden tilanteisiin.

Potilaiden käyttäytymistä lääkärinterron aikana voi kuvata negatiiviseksi solidaarisuudeksi. Matti Kortteinen kuvaa kaupunkielämässä vallalla olevaa negatiivista solidaarisuutta käyttäytymismalliksi, jossa pidättäytyään puuttumasta toisten yksityiselämään ja odotetaan toisten tekevän samoin. Solidaarisuutta osoitetaan elämällä kuin naapurissa asuvia ei olisikaan.²² Tällaisen ”kohteliaan välinpitämättömyyden” tavoitteena on estää ihmisiä vaivaamasta liiaksi mieltään kenenkään toisten asioilla²³. Voi siis ajatella, että lääkärinterron potilaiden välillä vallitsee samanlainen käyttäytymismalli kuin kaupunkielämässä yleensäkin. Ihmisten odotetaan olevan puuttumatta toisen yksityisasioihin jättämällä muut rauhaan ja pidättäytymällä vuorovaikutuksesta.

Goffman puhuu samasta asiasta sivullisten etikettinä: sosiaalisessa tilanteessa sivullisten tulee näyttää kiinnostumattomuutensa ja vetäytymisellä osoittaa minimoivansa pääsynsä tilanteeseen. Tavoitteena on vahvistaa mielikuvaa, että he eivät ole paikalla.²⁴ Toimintamalli nojaa vastavuoroisuuteen

eli lääkarinkierrolla kanssakäymisestä pidättäytyvä kanssapotilas voi odottaa muiden potilaiden käyttäytyvän samoin kun lääkarinkierto siirtyy hänen kohdalleen ja hänestä itsestään tulee vahvistettu osallistuja. Negatiivisen solidaarisuuden voi ajatella ilmaisevan nimenomaan sitoutumista ja osallistumista eikä sitoutumattomuutta ja halua pidättäytyä kanssakäymisestä²⁵. Kanssapotilaiden pidättävän käyttäytymisen lääkarinkierrolla voi tulkita nimenomaan *aktiivisena osallistumisena* käsillä olevaan tilanteeseen.

Lääkarinkierrolla käsitellään usein asioita ja ilmiöitä, jotka ovat intiimejä, vaikeita ja hankalia kohdata. Tässä valossa negatiivinen solidaarisuus suojaa kanssapotilaita, jotka joutuvat pakosta kuulemaan lääkarinkierron keskustelut. On sanottu, että yksityiselämään tunkeutumisessa ja vaikeiden asioiden vastaanottamisessa lääkärinä auttaa tunneperäinen neutraalius ja etäisyyden ottaminen²⁶. Negatiivinen solidaarisuus tarjoaa vastaavaa suojausta kanssapotilaille, jotka kuulevat lääkarinkierrolla monenlaisia potilaiden elämäntilanteisiin liittyviä asioita. Tutkimusaineistossa on tilanteita, joissa lääkarinkierron kulku on poikkeuksellinen niin, että sivullinen kanssapotilas rikkoo negatiivisen solidaarisuuden ja pyrkii näin vahvistetuksi osallistujaksi tilanteessa. Seuraavassa katkelmassa kaksi lääkärinä ja hoitajana ovat lääkarinkierrolla miesten neljän hengen huoneessa.

Lääkarinkierto siirtyy viimeisen potilaan kohdalle. Potilas on edellisenä yönä kaatunut, mutta ei ole onneksi murtautunut lonkaansa. Nyt lääkärit ja hoitaja keskustelevat potilaan kaatumisesta: hoitaja kertoo osastonlääkärille, että potilas on viime yönä tippunut sängystä. Sairaalanlääkäri puuttuu puheeseen ja sanoo, että hän oli ymmärtänyt, että potilas on kaatunut lähtiessään rollaattorilla liikkeelle yöllä. Tässä vaiheessa yksöspaikalla oleva potilas kohottautuu kyynärpänsä varaan puoli-istuvaan asentoon ja selostaa, että potilas on yöllä noussut sängystä, lähtenyt liikkeelle ja sen jälkeen romahtanut lattialle, ”neljä-viisi metriä se pääsi”. Lääkärit ja hoitajat kuuntelevat potilaan kertomuksen, mutta eivät kommentoi sitä mitenkään. Tämän jälkeen sivullinen potilas hiljenee ja osastonlääkäri siirtyy keskustelemaan potilaan jatkohoidosta. (E140I.)

Tilanteessa sivullinen potilas ottaa itse aktiivisesti osaa keskusteluun ja yrittää auttaa ja näin samalla siirtyä sivullisesta kanssapotilaasta vahvistetuksi osallistujaksi tilanteessa. Henkilökunta ei kuitenkaan hyväksy uutta osallistujaa mukaan tilanteeseen, vaan käyttäytymisellään osoittaa, että kanssa-

potilaan paikka on sivullisena. Henkilökunta ottaa tiedon vastaan, mutta he eivät erityisesti kiitä tiedosta tai osoita muutoin huomiota sivulliselle. Näin keskusteluun vahvistettu osallistujajoukko pysyy entisellään. Tilanteille, joissa kanssapotilas rikkoo negatiivisen solidaarisuuden, näyttää olevan yhteistä se, että kanssapotilas haluaa auttaa toista potilasta. Sivullinen kanssapotilas puuttuu keskusteluun silloin, kun hänellä on henkilökuntaa todempaa tai ajanmukaisempaa tietoa aikaisemmista tapahtumista. Kanssapotilas todennäköisesti ajattelee, että hänen puuttumisestaan keskusteluun on hyötyä potilaalle tai hänen hoidolleen. Nimeän tällaisen käyttäytymisen potilaiden väliseksi *positiiviseksi solidaarisuudeksi*.

Aiemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota lääkärin hallitsevaan asemaan ja hoitajan passiivisuuteen lääkärinkierrolla. Ilmiötä on pidetty lääkärin valta-aseman pönkittämisena tai sukupuolittuneena valtapelinä. Hoitajat kokevat lääkärinkiertotilanteessa ulkopuolisuuden tunnetta, jonka on ajateltu johtuvan lääkäreiden ja hoitajien erilaisista näkökulmista, yhteisen kommunikointitavan puutteesta ja hoitajien puutteellisesta koulutuksesta.²⁷ Goffmanilaisen analyysin valossa lääkärinkiertotilannetta voi tulkita myös toisin.

Lääkärin etiikassa on perinteisesti korostettu potilas–lääkärisuhdetta, jonka on nähty olevan onnistuneen hoidon kulmakivi. Onnistuneeseen potilas–lääkärisuhteeseen liittyy rehellisyys ja molemminpuolinen luottamus. Sairaalaosastolla lääkäri ja potilas tapaavat toisensa nimenomaan lääkärinkierrolla, joten se on tilanne, jossa potilas–lääkärisuhdetta luodaan ja ylläpidetään. Hoitajan ja muiden henkilökunnan jäsenten vetäytymistä sosiaalisen tilanteen alkuvaiheessa voi tulkita myös tästä näkökulmasta. Hoitajan vetäytyminen ei puhutelluksi osallistujaksi varmistaa lääkärille aseman tilanteen johtajana, tietäjänä ja auktoriteettina. Näin hoitajan vetäytyminen lisää potilaan luottamusta nimenomaan lääkäriin, eli hoitaja osaltaan varmistaa hyvän potilas–lääkärisuhteen syntymistä.

Kun hyvään potilas–lääkärisuhteeseen liittyy luottamus ja rehellisyys myös tietojen salassapidon näkökulmasta, voi hoitajan vetäytymiselle nähdä toisenkin tarkoituksen. Hoitajan ja muun henkilökunnan vetäytyminen korostaa lääkärinkiertotilanteen kahdenkeskisyyttä eli potilaan ja lääkärin välistä keskustelua. Hoitaja osallistuu lääkärinkiertokeskusteluun puhuteltuna osallistujana vasta sen jälkeen kun potilas ja lääkäri ovat keskustelleet keskenään. Myös kanssapotilaiden negatiivinen solidaarisuus lisää potilaan ja lääkärin välisen keskustelun kahdenkeskisyyden tunnetta. Huoneessa olijoiden asemat ja käyttäytyminen vapauttaa kulloinkin lääkärinkiertoon vahvistettua

potilasta selittämään intiimejä asioitaan. Omista asioista on helpompi puhua ääneen potilashuoneessa, jos voi ajatella, että keskustelu on kahdenkeskinen eivätkä muut paikallaolijat kuule tai välitä siitä, mitä puhutaan. Todellisuudessa pienissä potilashuoneissa olijat kuitenkin kuulevat lääkärintoimituskustelut. Voikin ajatella, että lääkärintoimituksen osallistujat ja sivulliset osallistuvat kaikki toiminnallaan *kahdenkeskisyyden illuusion* rakentamiseen.

Edellä olen kuvannut lääkärintoimitusta sosiaalisena kohtaamisena, jossa kaikilla potilashuoneessa olijoilla on tietyt asemat. Analyysi osoittaa, että lääkärintoimituksella on selkeä käsikirjoitus, joka koostuu viidestä vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa tietylle potilaalle osoitetaan hänen olevan mukana lääkärintoimituskustelussa. Toisessa vaiheessa lääkäri osoittaa johtajuuttaan, ja kolmannessa vaiheessa hän puhuttelee potilasta. Neljännessä vaiheessa keskustelu muuttuu moniääniseksi niin, että myös muulla henkilökunnalla ja potilaalla on mahdollisuus kysyä ja osallistua keskusteluun. Viidennessä vaiheessa lääkärintoimitus siirtyy seuraavan potilaan kohdalle, ja mukana ollut potilas siirtyy kanssapotilaaksi. Olen kuvannut kanssapotilaiden käyttäytymistä negatiiviseksi solidaarisuudeksi, jolloin he aktiivisesti toimien antavat itsestään kuvan keskustelun ulkopuolisina ja poissaolevina henkilöinä. Positiivisesta solidaarisuudesta on kyse silloin, kun kanssapotilas ottaa osaa lääkärintoimituskusteluun auttamalla siinä mukana olevaa potilasta. Kaiken kaikkiaan lääkärintoimituksen osallistujat ja sivulliset osallistuvat kaikki potilaan ja lääkärin välisen kahdenkeskisyyden illuusion rakentamiseen.

Potilashuonejulkisuus

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan, millaisista asioista lääkärintoimituksella keskustellaan. Kiinnostuin teemasta, koska kenttätöiden aikana hämmästyin, kuinka paljon kuulin potilaiden elämästä lääkärintoimituksia seurattessani. Usein potilaan koko elämänsä ja elämäntilanne tulivat minulle tutuksi havainnoitessani lääkärintoimituksen tapahtumia. Kenttätöiden edetessä minua kiusasi yhä enemmän se, että pienissä potilashuoneissa myös muut huoneessa olijat kuulevat kaiken, mitä kerroilla puhuttiin. Tämä kiusaantuneisuus yllätti minut, koska sairaanhoitajana toimiessani en ollut kiinnittänyt asiaan erityistä huomiota. Tunne johdatti minut tarkastelemaan potilashuonetta julkisena tilana ja pohtimaan julkisen lääkärintoimituksen oikeutusta ja sen seurauksia.

Läkärintoimitusten havainnointi osoitti, että keskusteluissa käsitellään potilaan terveydentilaa, sairauteen, sairauden ennusteeseen, hoitoihin, tutki-

mustuloksiin, lääkkeisiin ja jatkohoitoon liittyviä asioita. Lääketieteellisten aiheiden lisäksi lääkärintierrolla keskustellaan potilaan elämäntilanteesta. Elämäntilanteen selvittäminen on oleellista, koska sairauksien painopiste on siirtynyt infektiosairauksista pitkäaikaissairauksiin. Kun potilas on sairaalasta kotiutuessaan yhä useammin pitkäaikaissairaudesta elämänsä elävä eikä ”terve” tai parantunut, on kokonaisvaltainen lähestymistapa lääkärintierroilla tarpeen. Henkilökunnan on tärkeää tietää potilaan asumisolosuhteet, jotta kotona selviytymistä voidaan arvioida: asuuko potilas omassa kodissa vai jonkinlaisessa palvelutalossa, minkälainen asunto on ja miten se on varustettu, onko kotona portaita, apuvälineitä tai tilaa pyörätuolille? Joillekin potilaille aletaan näiden tietojen perusteella järjestää laitoshoitopaikkaa, palvelutaloasuntoa tai ylipäätään kattoa pään päälle.

Lääkärintierrolla keskustellaan myös potilaan sosiaalisista suhteista. Jatkohoidon kannalta on oleellista tietää esimerkiksi asuuko potilas toimintakykyisen puolison kanssa tai onko potilaalla aikuisia lapsia tai naapureita, jotka voivat tarvittaessa olla potilaan apuna peseytymisessä, ruoanlaitossa ja kodinhoidossa. Tai onko elämässä asioita, jotka hankaloittavat kotona selviytymistä, kuten vielä itseä sairaamman puolison hoitaminen tai väkivallan uhka kotona? Lääkärintierrolla otetaan esille myös potilaan taloudelliset asiat. Potilaalle voidaan tarjota sosiaalihoitajan tapaamista, jos on todennäköistä, että sairaalamaksuista selviäminen tuottaa hankaluuksia. Joillekin potilaille tarjotaan jatkohoitopaikaksi yksityistä hoitolaitosta, jos henkilökunta arvelee potilaalla olevan siihen varaa. Työssäkäyvien potilaiden kanssa keskustellaan työpäivästä ja työn luonteesta ja niiden myötä tarvittavan sairausloman pituudesta.

Henkilökunnan on ensiarvoisen tärkeää tietää myös potilaan mahdollisesta alkoholien ja huumeiden käytöstä. Nämä tiedot auttavat ennakoimaan mahdollisia vieroitusoireita ja potilaan levottomuutta. Lääkärintierrolla puhutaan siis myös potilaan ”ryyppyputkesta”, katkaisuhoidosta, huumevieroituksesta tai siitä, että nyt hoidettava sairaus on seurausta liiallisesta alkoholien käytöstä tai huumeista. Joskus potilas on niin huonokuntoinen, että lääkäri joutuu ottamaan esille elvytysasiat ja kysymään potilaan omaa kantaa kuolemaan ja elvytyksestä kieltäytymiseen, kuten seuraavassa aineisto-otteessa. Episodissa olen kahden lääkärin ja hoitajan mukana lääkärintierrolla neljän hengen potilashuoneessa.

Kolmospaikalla on vuonna 1943 syntynyt mies, joka subjektiivisesti katsoenkin näyttää hyvin huonokuntoiselta: hän on keltainen, hengittää raskaasti ja on kivuliaan oloinen. Käy ilmi, että potilaalla on monia

vaikeita perussairauksia ja nyt hänellä on todettu verenmyrkytys ja munuaisarvot ovat kovasti koholla. Lääkärit käyvät hänen tilannettaan läpi tietokoneen luona suhteellisen kauan ja keskustelevat jatkohoidosta, kunnes osastonlääkäri kysyy toiselta lääkäriltä, onko tässä tehty mitään linjavetoja. Sairaalanlääkäri sanoo, ettei ole. Osastonlääkäri kääntyy potilaan puoleen ja lyö kätensä yhteen, ikään kuin valmistautuisi johonkin asiaan. Lääkäri kumartuu sängyllään istuvan potilaan puoleen ja alkaa hapuillen puhua potilaalle: ”kun teillä on nyt keho kunto ja paljon tuota sairautta, onko koskaan ollut puhetta näistä elvytysasioista, oletteko miettineet miten suhtaudutte, jos joudutaan sellaiseen tilanteeseen”. ”Ei ole ollut tarvetta”, potilas vastaa ja hiljenee. Lääkäri jatkaa puhettaan: ”nämä voivat tulla yllättäen nämä tilanteet, toivotaan tietysti, ettei sellaista tulekaan, mutta kun on kovin sairas, niin joskus se kuolema tulee. Aika vakava on nyt tämä tilanne, niin voi käydä, että se kuolema tulee. Ja elvytys ei aina ole hyvä, ennen kuin saadaan se sydän käyntiin uudestaan niin voi mennä aikaa. On voinut tulla aivovaurio ja ihminen on silloin hyvin huonossa kunnossa, se elämänlaatu on hyvin surkea monelle. Ja miksi otan tämän asian esille, lääkärin pitää lain mukaan keskustella ja parempi se potilaan itsensä kanssa keskustella. Kun miettii sitä, että on huonossa kunnossa, niin ei haluttaisi elvyttää, jos on hirveen huono kunto. Mutta kerta ette ole miettineet asiaa, niin voidaan jutella useampaan kertaan. Semmonen tässä mieleen tulee”. ”Joo”, potilas vastaa. Lääkäri jatkaa, että ”asiaa on hyvä etukäteen miettiä, lainsäätäjät ovat tykänneet, en tiedä onko se hyvä vai paha asia”. ”Joo, mä yritän nyt päästä makuulle”, potilas sanoo. Lääkärit palaavat potilaan sängyn luota tietokoneen ääreen keskelle isoa potilashuonetta. Osastonlääkäri sanoo toiselle lääkärille, että kirjoita sinne [potilas-papereihin], että asiasta on keskusteltu, mutta potilas ei ole miettinyt asiaa, mutta on otettu esiin. Potilas paneutuu makuulle sänkyynsä hoitajan auttamana. (E139I.)

Mielestäni lääkäri hoiti vaikean keskustelun potilaan kanssa ammattitaitoisesti ja hienotunteisesti. Ulkopuolisena tutkijana kuitenkin hämmästelin sitä, että potilas joutui ottamaan kantaa äärimmäisen intiimiin, yksityiseen ja raskaaseen asiaan, omaan kuolemaansa, potilashuoneessa muiden potilaiden kuullen. Tutkijana tulkitsin tilanteen niin, että kuolevalle potilaalle ei annettu mahdollisuutta ”säilyttää kasvojaan” suhteessa muihin potilaisiin.

Lääkärinkiertojen seuraaminen osoitti, että potilaasta kerättävä tieto on lääketieteellistä ja taloudellista sekä sosiaalisia suhteita ja potilaan elämäntapoja koskevaa. Kaikilla kolmella tutkimusosastolla lääkärinkierrot toteutettiin potilashuoneissa²⁸. Potilashuoneissa pidetyt lääkärinkierrot tarjoavat potilashuoneessa oleville kanssapotilaille mahdollisuuden kuulla keskustelut, joita lääkärinkierrolla käydään. Potilashuoneet ovat niin pieniä ja sängyt lähellä toisiaan, että huoneessa puhe kantautuu kaikkialle, etenkin kun lääkäri keskustelee huonokuuloisen potilaan kanssa. Silloin kun muutkin kuin asianosaiset kuulevat keskustelun, käsitellyistä asioista tulee julkisia, yleisesti tiedossa olevia asioita. Lääkärinkierrosta voi siis puhua julkisena käytäntönä ja potilashuoneesta julkisena paikkana. Vaikka edellä kuvaamani kuolemakeskustelu saattoi olla yksittäistapaus, kertoo se kuitenkin julkisen lääkärinkierroksen olevan itsestään selvä asia, joka otetaan sairaalaosastolla annettuna käytäntönä. Sitä ei kyseenalaisteta edes tilanteissa, joissa keskusteltavat asiat ovat poikkeuksellisen intiimejä tai vaikeita.

Kuitenkin potilaan yksityisyyden säilymistä pidetään sairaaloissa ainakin periaatetasolla tärkeänä. Tietojen salassapidon pitäisi ohjata kaikkea toimintaa osastolla. Yksityisyyden²⁹ yhtenä osa-alueena on tiedollinen yksityisyys, jolla tarkoitetaan henkilön tietoturva, henkilötietojen suojaa ja mahdollisuutta hallita itseään koskevia tietoja. Tiedollisessa yksityisyydessä on oleellista potilaan oikeus päättää sairaalassa kenelle, milloin ja minkä verran potilas luovuttaa itseään koskevia tietoja ja mahdollisuus anonymiteetin säilyttämiseen.³⁰ Näiden määritelmien valossa lääkärinkierto – ja useilla osastoilla myös potilaan tulohaastattelu – potilashuoneissa rikkoo jo lähtökohtaisesti potilaan tiedollisen yksityisyyden.

Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että täydellinen tiedollinen luottamus onnistuttiin ylläpitämään ainoastaan 10 %:ssa julkisten sairaaloiden ja 35 %:ssa yksityisen sairaaloiden potilaskohtaamisissa³¹. Yksityisyyden säilyttämistä hankaloittavat sairaaloiden fyysiset tilat ja nimenomaan monen hengen potilashuoneet. Ongelmana on myös se, että henkilökunta antaa potilaille tietoja sairaaloiden yleisissä tiloissa, kuten keskellä odotustilaa, jolloin kuulosalaisuutta on mahdoton ylläpitää.³²

Suhtautuminen potilashuoneen julkisuuteen

Yleisesti ottaen henkilökunta oli hyvin tietoinen potilaan yksityisyyteen liittyvistä puutteista tutkimusosastoilla. Yksityisyys sinänsä nähtiin tärkeänä asiana, mutta sen toteuttaminen oli käytännössä hankalaa: ”Huoneissa kuulee väkisin toisen potilaan asioita eikä mitään kuulosalaisuutta ole olemassa”

(H100408K). Potilashuoneissa ei voi edes puhua hiljaa, koska monet potilaita ovat huonokuuloisia. Tältä osin potilaan dementia saatiin nähdä ”on-nena”, joka suojeli potilasta ymmärtämästä kaikkea mitä hän potilashuoneissa kuulee.

Henkilökunta myös oikeutti potilashuoneessa tehtävää lääkärintoimintaa monin tavoin. Lääkäri oikeutti tässä luvussa edellä esitetyn kuolemakeskustelun potilashuoneessa jälkepäin sillä, että lääkäreiden aikataulut olisivat menneet erityisjärjestelyistä sekaisin. Samalla keskustelu toimi opetustilanteena mukana olleelle sairaalalääkärille, joka ei ollut aiemmin kohdannut vastaavaa tilannetta. Lääkärin ajatuksena oli, että kuolevaa potilasta ei julkinen keskustelu häirinnyt, koska huoneen muut potilaat olivat hänelle tuntemattomia. Myös vastavuoroisuus teki käytännöstä oikeutetun: eräs hoitaja kommentoi, ”ettei hänkään haluaisi puhua ripulistaan tai peräpukamistaan lääkärille muiden kuullen, mutta kun muut kuulevat sinun asiiasi ja sinä muiden, niin siitä tulee vastavuoroista” (E73A). Lääkärintoimintaa potilashuoneissa on vaikea luopua, koska toisenlaiset järjestelyt hankaloittaisivat työn sujuvuutta ja sotkisivat osaston aikatauluja. Henkilökunta halusikin siirtää vastuuta yksityisyyden rikkoutumisesta potilaille: ”täytyy vaan luottaa, että potilaat pitää asiat itsellään” (H100408K).

Potilaat eivät havaintojeni mukaan kyseenalaista julkista lääkärintoimintaa potilashuoneissa. Jos potilas ei aktiivisesti pyydä tavata lääkäriä potilashuoneen ulkopuolella, näyttäytyy tämä julkisen lääkärintoiminnan hiljaisena hyväksymisenä. Periaatteessa potilas voi halutessaan pyytää keskustelua pidettäväksi jossain muualla kuin potilashuoneessa. Julkisen lääkärintoiminnan kyseenalaistaminen on kuitenkin hankalaa, koska se rikkoisi perinteisen kuuliaisen ja tottelevaisen potilaan roolin ja näyttäytyisi siten helposti osaston toiminnan ja henkilökunnan vastustamisena.

Voi olla, että omien tietojen leviäminen ja kanssapotilaiden tietojen kuuleminen ei häiritse potilaita. Kanssapotilaat voivat kuitenkin kokea lääkärintoimintakeskustelujen pakosta kuulemisen raskaana, ahdistavana tai eettisesti vääränä. Esimerkiksi edellä kuvatun kuolemakeskustelun jälkeen yksi huoneen potilaista tiedusteli välittömästi, missä hän voisi allekirjoittaa hoitotestamentin, etteivät omaiset vain joudu hoitamaan häntä huonokuntoisena mahdollisen elvytyksen jälkeen. Lisäksi eräs hoitaja pohtii asiaa näin:

Yksityisyys toisinpäinkin, että potilaat joutuvat kuulemaan toisten asioita. Joutuvat kuulemaan toisen sekavuutta, näkemään toisen ihmisten alareunoja. Se on pelon tai hämmästelyn aihe monelle, jota sitten

käsitellään huumorilla, vaikenemisella, tai sillä että halutaan pois äkkiä täältä hullujen huoneelta, jokainen reagoi persoonansa mukaisesti. (H200308I.)

Potilaiden mielipide julkisista lääkärintierroista jää tässä tutkimuksessa laajemmin käsittelemättä, koska en keskusteluissa onnistunut saamaan esiin potilaiden mielipidettä asiasta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että potilaat arvottavat yksityisyyden osa-alueista korkeimmalle mahdollisuuden saada puhua yksityisesti lääkärin kanssa (vähiten arvotettiin mahdollisuutta syödä yksin). Toisaalta potilaiden välillä on havaittu myös eroja niin, että pitkäaikaispotilaat pitävät yksityisyyden säilymistä tärkeämpänä kuin akuuttihoitossa olevat. Samoin korkeasti koulutetut, naiset ja useita kertoja sairaalassa olleet arvostavat yksityisyyttä enemmän kuin vähemmän koulutetut, miehet ja ensimmäistä kertaa sairaalassa olevat.³³

Salassapitovelvollisuus

Lääkärintierroksen julkisuus ei tuota ongelmia henkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Henkilökuntaa koskee Viranomaisen toiminnan julkisuudesta säädetyn lain mukaisesti vaitiolovelvollisuus³⁴ ja salassa pidettävien asioiden hyväksikäyttökielto³⁵. Vaitiolovelvollisuus koskee myös suullisesti saatua tai omiin havaintoihin pohjautuvaa tietoa, jota ei ole tallennettu kirjallisiin potilasasiakirjoihin³⁶. Siten henkilökunta ei saa levittää mitään lääkärintierrosta esiin tulleita tietoja eteenpäin tahoille, jotka eivät ole mukana potilaan hoidossa. Julkisuuslain sisältämä salassapitovelvollisuus koskee terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi myös muita sairaalaosastolla työskenteleviä, kuten opiskelijoita, toimistotyöntekijöitä, puhelinkeskkuksia, vahtimestareita, siivoojia ja esimerkiksi hoitoyksikössä työssä käyvää kampaajaa³⁷. Sen sijaan potilashuoneissa lääkärintierroksia kuulevat kanssapotilaat ovat lain ulottumattomissa, eli salassapitovelvollisuus ei koske heitä. Tämä asia tekee julkisista lääkärintierroista erityisen ongelmallisia potilaan tiedollisen yksityisyyden säilymisen näkökulmasta.

Potilashuonejulkisuuden seurauksia ja selityksiä

Potilaan tietojen salassapito on yksi luottamuksellisen hoitosuhteen kivijaloista, johon terveydenhuoltohenkilökuntaa ohjeistavat sekä lait että erilaiset eettiset säädökset³⁸. Suhteen syntymistä edesauttaa jos potilas tietää, että hänen terveydenhuollon ammattihenkilöille antamansa usein hyvinkin arkaluontoiset tiedot pysyvät sivullisten ulottumattomissa³⁹. Tämän tutkimuksen tulok-

set osoittavat, että potilaat joutuvat sairaalaosastolla hyväksymään heidän yksityiselämänsä liittyvien asioiden käsittelemisen muiden potilaiden kuullen. Tässä mielessä julkiset lääkärintierrot potilashuoneissa vaikeuttavat luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen syntymistä, vaikka kaikki paikallaolijat toimisivatkin kahdenkeskisyyden illuusion luomiseksi. Lääkärintierrolla potilaiden odotetaan kertovan rehellisesti oireistaan ja elämästään, jotta he oikean tiedon valossa saisivat parasta mahdollista hoitoa⁴⁰. Mikäli potilaat eivät voi luottaa tietojensa pysyvän salassa, voi olla vaarana, että osa tarpeellisista tiedoista jätetään sanomatta⁴¹. Potilaat voivat lääkärintierrolla olla kertomatta omasta mielestään hävettäviä tai arkaluonteisia asioita, koska tietävät muiden potilaiden kuulevan ne.

Julkinen lääkärintierro potilashuoneissa ei huomioi juoruilun mahdollisuutta. Potilaan asioiden julkinen käsittely mahdollistaa tietojen leviämisen helposti myös sairaalan ulkopuolelle. Etenkin pienillä paikkakunnilla ja pienissä hoitoyksiköissä, jossa ihmiset tuntevat usein toisensa, tietojen leviäminen voi aidosti vahingoittaa potilaan sosiaalisia suhteita tai asemaa yhteisössä. Tietovuodolla voi olla negatiivisia vaikutuksia potilaalle suhteessa työnantajaan, vakuutusyhtiöön tai perheenjäseniin⁴². Potilaiden tietojen käsittely julkisesti potilashuoneessa myös eriarvoistaa potilaita. Potilaat ovat elämäntilanteensa mukaan eriarvoisessa asemassa: mitä enemmän potilaalla on ongelmia muillakin elämänalueilla kuin terveydessä, sitä enemmän potilaan asioista lääkärintierrolla keskustellaan ja sitä enemmän kanssapotilaat saavat tietää hänen elämästään.

Kun potilaan henkilökohtaisten tietojen paljastuminen kuvaa Judith Erleinin mukaan kunnioituksen puutetta potilasta kohtaan⁴³, voi kysyä, minkälaisen roolin potilashuoneissa toteutettu lääkärintierro tarjoaa kanssapotilaille. Kun käytännön epäkohtiin ei sairaaloissa ole puututtu, näyttää siltä, että potilastietojen vuotamista kanssapotilaille ei pidetä merkityksellisenä asiana. Organisaation välinpitämättömyys asiaa kohtaan tuottaa samassa potilashuoneissa olevista potilaista jonkinlaisia ”epähenkilöitä”, ikään kuin he eivät olisi-kaan paikalla tai heidän olemassaolonsa olisi yhdentekevää. Voi myös ajatella, että käytäntö nimenomaan sulkee kanssapotilaat mukaan potilaan ja henkilökunnan väliseen yksityiseen piiriin, niin että kaikista potilashuoneessa olijoista tulee tietojen kuulemisen myötä asianosaisia potilaan elämässä.

Julkinen lääkärintierro potilashuoneissa johdattaa pohtimaan sairaalan tilallisuutta ja eri tilojen saamia merkityksiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaalan hissi ja potilaiden ilmoittautumis- ja odotustilat on määritelty tiloiksi, joissa potilaiden asioista keskusteleminen on kuulosalaisuuden säily-

misen kannalta ongelmallista⁴⁴. Tämän tutkimuksen mukaan kuulosalaisuus rikotaan myös potilashuoneissa. Potilashuone ei kuitenkaan ole näyttänyt ongelmallisena tilana kuulosalaisuuden näkökulmasta sairaalan käytännössä, vaikka paikalla on yhtäläillä ”ylimääräisiä korvia”. En myöskään ole löytänyt aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Selitystä voi etsiä sairaalan tilallisesta järjestyksestä, jossa hissi ja odotustilat määritellään eri luokkaan kuin potilashuone. Hissi ja odotustilat ovat tiloja, joiden paikallaolijoista ei sairaalalla ole tietoa, heitä ei ole sairaalan taholta tunnistettu. Henkilökunnan on hississä eettisesti arveluttavaa keskustella potilaasta nimettömänäkin⁴⁵ ehkä sen vuoksi, että keskustelijat *eivät tiedä* onko hississä kolmantena oleva henkilö tapaamassa omaistaan, tulossa työvuoroon vai ilmoittautumassa potilaaksi. Sen sijaan potilashuoneen henkilöt on tunnistettu sairaalan taholta, heidät on luokiteltu *potilaksi* ja heidät *tunnetaan nimeltä*. Sairaalan tilallisessa järjestyksessä hissi ja odotustilat määrittyvät julkisiksi tiloiksi, jonne kaikilla on sisäänpääsy. Sen sijaan potilashuone on sairaalan näkökulmasta yksityistä tilaa, jonne pääsy on tarkasti rajattua ja määriteltyä.

Tiedollisen yksityisyyden rikkovan lääkärintokäytännön olemassaoloa nykypäivänäkin voi selittää myös kuulon ja näkemisen välisellä arvostuserolla. Kuuloa on perinteisesti pidetty toissijaisena näköaistiin verrattuna⁴⁶. Näköaistin ensisijaisuus nousee esiin monissa historiallisissa käytännöissä. Sairaalat ovat yksilön *näkemisen* ja sitä kautta valvonnan tiloja⁴⁷. Michel Foucault puhuu kliinisestä *katseesta* kliinisen lääketieteen ja tutkimusorientoituneen sairaalan synnyn yhteydessä. Teknologisten laitteiden avulla lääkäri *katsoo* potilaan sisään yhä uudenaikaisilla tavoilla, ja potilas tulee näkemisen ja tutkimisen kohteeksi. Valvonnan kannalta ideaalin vankilan, ja ehkä myös hieman sairaalan, tehokkuus perustuu ajatukseen, että yksi valvoja, tai sairaalan tapauksessa hoitaja, pystyy *näkemään* kaikkiin selleihin tai potilassänkyihin ja sitä kautta tarkkailemaan vankien käytöstä tai potilaiden vointia.⁴⁸ Tällainen historialliset juuret omaava painotus näköaistiin voi nykypäivän sairaalaosastolla ilmetä niin, että potilaiden yksityisyyttä parannettaessa on keskitytty nimenomaan näkösuojan esimerkiksi väliverhojen lisäämisellä samalla kun kuulosalaisuus on jäänyt toissijaiseksi.

Kuitenkin myös kuulosalaisuuteen pitäisi näkösuojan ohella panostaa. Varsinkin, koska kuulo on näköä ”suojelukyvyyttömämpi” aisti ja valikoimattomasti avoin mille tahansa äänille. Kun korvia ei silmien tapaan voi sulkea, kuulo aistii yhtäläillä hyödylliset signaalit (kuten hälytykset tai käskyt) kuin haitallisetkin äänet (melusaasteen tai lääkärintokierroksen tapauksessa muiden potilaiden henkilökohtaiset tiedot)⁴⁹. Ideaalissa vankilassakin vangit olivat kat-

seeseen liittyvän valvonnan lisäksi erilaisten putkien avulla myös *kuultavissa* ja myös potilas on lääketieteen kehityksen alusta asti ja stetoskoopin keksimisen myötä ollut myös *kuuntelun* kohteena. Moni ihmiskehoon liittyvä ilmiö, kuten pulssi, verenpaine ja suoliston toiminta, on tullut mitattavaksi kuulon avulla.⁵⁰ Kuuloaisti tulisikin huomioda sairaalaosaston käytännöissä yhtäläillä näköaistin kanssa erityisesti potilaan yksityisyyttä parannettaessa.

Suullisten ja kirjallisten tiedonkäsittelykäytäntöjen eroista

Suullisen lääkärintermin lisäksi potilaan tietoja käsitellään sairaalaosastolla myös kirjallisesti. Edellinen luku osoitti, että suullinen lääkärinterminkäytäntö ei suojele potilaan tiedollista yksityisyyttä. Kiinnostavaa on tarkastella, miten potilaan tiedollinen yksityisyys säilyy kirjallisissa tiedonkäsittelykäytännöissä. Tässä luvussa vertaan suullisia ja kirjallisia tiedonkäsittelykäytäntöjä potilaan tietojen salassapidon näkökulmasta. Pohdin, mistä erot johtuvat. Aluksi kuitenkin luon lyhyen katsauksen potilasasiakirjoihin sairaalaosaston kirjallisena tiedonkäsittelykäytäntönä.

Potilasasiakirjat kirjallisena tiedonkäsittelykäytäntönä

Potilasasiakirjat, joista käytän tässä myös epävirallisempaa nimitystä potilaspaperit, ovat sairaalaorganisaation tapa käsitellä ja säilyttää potilasta koskevaa tietoa. Potilasasiakirjat sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia (diagnoosit, lääkitykset, allergiat) ja muita henkilökohtaisia tietoja, joita käytetään hoidon järjestämiseen tai toteuttamiseen. Potilaspapereihin kootaan erilaisten lääketieteellisten kokeiden, mittausten ja hoidon myötä kertyviä dokumentteja, kuten läheteitä, lausuntoja, vastauksia ja todistuksia, potilaan terveydentilasta ja hänen olemisestaan sairaalassa.⁵¹ Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaspaperien tulee sisältää potilaan pakolliset perustiedot, kuten nimen, henkilötunnuksen, kotikunnan ja yhteystiedot. Mahdollisesti merkittäviä tietoja ovat lähiomaisen tai huoltajan yhteystiedot, potilaan äidin- tai asiointikieli ja ammatti. Asetuksessa säädetään yksityiskohtaisesti potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä, niiden korjaamisesta, potilaan tiedonsaannista, tietojen luovuttamisesta ja säilyttämisestä.⁵²

Potilaspaperit on tarkoitettu lähinnä terveydenhuoltohenkilökunnan käyttöön ja ne toimivat tiedonvälittäjänä, ”viestivihkona”, eri hoitavien tahojen, ammattiryhmien ja henkilöiden välillä. Näin potilaspaperilla on keskeinen merkitys potilaan hoidossa ja sen jatkuvuuden turvaamisessa. Potilaspaperit

pereiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tehokkuutta: hoitopäätöksiä voidaan punnita aiemman tiedon valossa ja hoito nopeutuu, kun perustiedot on jo kerätty. Lisäksi kirjallinen tieto vähentää väärinkuulemisesta tai unohtamisesta johtuvia virhemahdollisuuksia. Potilasasiakirjat ovat juridisia asiakirjoja, joiden tehtävänä on varmistaa sekä henkilökunnan että potilaan oikeus-turva kiistatilanteissa⁵³.

Potilasasiakirjat kootaan joko konkreettisiin kansioihin tai nykypäivänä yhä enemmän sähköisiin potilaskansioihin. Konkreettisia potilaskansioita säilytetään sairaalan arkistossa, josta ne noudetaan osastolle. Osastolla potilaskansioita säilytetään potilaan hoitojakson ajan osaston kansliassa kärryissä. Kansiot on järjestelty huoneittain ja värikoodi kertoo useimmiten potilaan sukupuolen: naisten kansiot ovat punaisia ja miesten sinisiä tai vihreitä. Tietokonepohjaisissa eli sähköisissä potilaspaperissa potilaan tiedot löytyvät tietokoneelta nimen ja henkilöturvattuun perusteella. Näkyviin aukeaa erilaisia ”lehtiä” kuten konkreettisisinkin kansioissa: henkilötietolomake, laboratoriotulokset, potilaskertomus ja niin edelleen. Sähköisellä järjestelmällä on monia etuja vanhaan paperiversioon verrattuna. Tiedot ovat nopeasti löydettävissä, ne pysyvät helposti järjestyksessä eikä niiden säilytys vaadi fyysistä



Kuva 6. Potilaskansioita kuljetuskärryissä osaston kansliassa

tilaa. Sähköinen järjestelmä on kuitenkin tuonut mukanaan myös uudenlaisia haasteita esimerkiksi tietosuojan ja tietoturvan suhteen.

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain mukaan sekä paperisia että sähköisiä potilasasiakirjoja koskee samanlainen salassapidon vaatimus⁵⁴. Molempia saavat käsitellä sen hetkiseen hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt ja hekin vain tarvittavassa laajuudessa. Sähköiset potilasasiakirjat parantavat tässä suhteessa potilastietojen salassa pysymistä. Potilaan tiedot ovat käyttäjätunnusten, salasanojen ja lukuoikeuksien takana. Ohjelmien käytöstä jää myös jälki, joten henkilökunnan tiedonkeruun asiallisuutta voidaan seurata. Käytännössä sähköisten potilasasiakirjojen tietoturvassa on vielä parannettavaa ja järjestelmien käytön valvonnan resursointi on ollut vähäistä.

Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ei saa antaa sivullisille ilman potilaan kirjallista lupaa. Tietoja ei siis saa välittää eteenpäin edes toiselle sairaalalle tai hoitolaitokselle ilman potilaan tietoista suostumusta.⁵⁵ Tämän vuoksi potilasta pyydetään jo sairaalaan tullessaan täyttämään lomake, jolla hän voi ottaa kantaa, mille terveydenhuoltoyksikölle ja missä laajuudessa potilaspapereiden sisältämiä kyseistä sairaalahoitojaksoa koskevia tietoja saa lähettää ja mistä tietoja voidaan hankkia. Potilaan allekirjoittama paperi tietojen luovuttamisesta sisällytetään potilasasiakirjoihin. Potilaalla itsellään on lain suoma oikeus tutustua hänestä kirjoitettuihin asiakirjoihin⁵⁶. Tämä käytäntö on laajasti käytössä myös muualla maailmassa⁵⁷.

Tiedonkäsittelykäytäntöjen eroja

Aikaisempi tarkastelu osoitti, että suullisen potilastiedon salassapito ei onnistu lääkärinkierrolla suhteessa kanssapotilaisiin. Sen sijaan kirjallisen tiedon salassa pitämiseksi on sairaalaosastolla luotu monenlaisia käytäntöjä. Potilaskansioita säilytetään kansliassa muun kuin henkilökunnan ulottumattomissa, ja osastoilla on lukollisia kaappeja ja huoneita potilaspapereille ja tietokoneille. Sähköisiin potilaspapereihin pääsee käsiksi vain käyttölupien ja salasanojen kautta. Sairaaloissa on tehty taloudellisia panostuksia ja hankittu tietokoneohjelmia, joiden avulla potilastietoja voidaan salata aiempaa paremmin. Tietoliikenne on osastoilla vaatinut erilaisia tilallisia muutostöitä ja toiminnan kehittämistä. Sen sijaan taloudelliset panostukset, korjausrakentaminen tai toimintakäytäntöjen kehittämistyö suullisiin tiedonkäsittelykäytäntöihin liittyen on ollut paljon vähäisempää. Esimerkiksi yhdellekään tutkimusosastolle ei ollut remontoitu tai varattu tilaa, jossa potilaan tulohaastattelu olisi voitu järjestää ulkopuolisten kuulematta, vaan haastattelut pidettiin joko potilashuoneessa tai osaston käytävällä. Terveydenhuollossa ja laajemmin-

kin yhteiskunnassa ollaan huolissaan kirjallisesta tiedonkäsittelystä ja etenkin sähköisten potilaspaperioiden tietoturva⁵⁸. Suullinen tiedonkäsittely ei kuitenkaan ole ollut erityisen huolen kohteena tai kehittämisagendalla, vaikka terveydenhuollon ammattilaiset tiedostavatkin ongelman.

Suullista ja kirjallista potilastietoa erottaa se, millaiset mahdollisuudet potilaalla on hallinnoida omia tietojaan. Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus päättää, kenelle kirjallista tietoa saa luovuttaa⁵⁹. Potilaalla ei kuitenkaan ole vastaavaa mahdollisuutta suullisen potilastiedon osalta. Potilaalle ei tarjota aktiivisesti mahdollisuutta ottaa kantaa siihen, *haluaako* hän *käsitellä* tietojaan lääkärinkierrolla potilashuoneessa muiden potilaiden kuullen. Hänellä ei myöskään ole mahdollisuutta kirjallisen potilastiedon tapaan säädellä, *mitä tietoja* hän haluaisi käsitellä potilashuoneessa ja mitä yksityisesti henkilökunnan kanssa. Tämä ero on ongelmallinen siinäkin suhteessa, että usein suulliset lääkärinkiertokeskustelut ovat jopa laaja-alaisempia kuin se tieto, joka potilaspaperioiden kirjataan. Tietoa kerätään suullisesti ja merkityksellinen tieto poimitaan ylös potilaspaperioiden. Eli suullisia keskusteluja kuuntelemalla potilaasta voi saada enemmän hänen elämäntilanteeseensa liittyvää tietoa kuin potilaspaperioiden lukemalla.

Suullisesti ja kirjallisesti esitettyä tietoa erottaa se, keneltä tietoja ollaan salaamassa. Sähköisten potilastietojen osalta mahdollisia potilastiedon väärinkäyttäjiksi ovat tietojärjestelmiin murtautujien lisäksi eri alojen viranomaiset, joilla olisi työnsä puolesta pääsy erilaisiin potilasohjelmiin. Lääkärinkiertoon liittyvä tietojen salaamisen tarve kohdistuu huoneessa oleviin kanssapotilaisiin eli tavallisiin kansalaisiin. Voi siis ajatella, että erilainen suhtautuminen kirjallisen ja suullisen potilastiedon salassapitoon rakentaa eriarvoisuutta viranomaisten ja tavallisten kansalaisten välille. Nykyiset käytännöt alleviivaavat ajatusta, että tietovuodosta tavallisille kansalaisille ei tarvitse olla samalla tavoin huolissaan kuin tietojen leviämisestä väärin viranomaiskäsiin.

Tiedonkäsittelykäytäntöihin liittyvien erojen esiin tuomisen lisäksi voi pohtia, mistä erot johtuvat. Juridisesti Potilaslaki velvoittaa pitämään salassa potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot, eli laki ei ota kantaa välitetäänkö tietoja suullisesti vai kirjallisesti. Näin suullinen ja kirjallinen potilastieto ovat *samanarvoisia* niin, että ne ovat samalla tavalla salassa pidettäviä eikä tietoja saa levittää muille kuin asianosaisille ilman potilaan lupaa. Lääkärinkierrolla tätä lupaa ei kuitenkaan potilaalta aktiivisesti kysytäkään vaan oletetaan ehkä, että ”hiljaisuus on myöntymisen merkki”. Juridinen kehitystyö on kohdistunut etenkin kirjalliseen potilastietoon, kun sähköisen tiedonkäsittelyn kehittyminen on luonut tarpeen yhteisille pelisäännöille tietojen kirjaamisesta, käytöstä, le-

vittämisestä ja tallettamisesta. Lainsäädäntö on ollut tärkeää saattaa samalle tasolle kuin sähköisen tiedonkäsittelyn tarjoamat mahdollisuudet. Suomessa onkin vuonna 2007 tullut voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä⁶⁰. Lisäksi vuonna 2009 on astunut voimaan uusi Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, joka korvaa vuonna 2001 voimaan tulleen asetuksen⁶¹. Koska juridiikka ei ohjaa suullisten tiedonkäsittelykäytäntöjä tarkasti, käytännöt vaihtelevat sairaala- ja osastokohtaisesti. Sairaalat ja osastot ovat voineet kehittää ja uudistaa omia käytäntöjään ja niin halutessaan olla myös uudistamatta.

Yksi mahdollinen selitys on erilaisten käytäntöjen ajallinen ulottuvuus. Sähköistä tiedonkäsittelyä voisi kuvata tulevaisuuden teknologian alaksi, josta löytyy kasvavia markkinoita ohjelmointi- ja teknologia-alan yrityksille. Sen sijaan lääkärintkierto on ikivanha käytäntö, ja nykyisenkaltaisen lääkärintkierron voi nähdä historiallisena jatkumona. Käytäntö ei ole juurikaan muuttunut tai uudistunut, vaikka ympäröivä maailma on toisenlainen kuin ennen. Nykyisenkaltaisen lääkärintkierto potilashuoneissa on sairaalaorganisaation näkökulmasta varsin tehokas ja nopea tapa järjestää potilaiden tapaamiset ja hoitokeskustelut. Hieman kärjistetyksi voi esittää, että lääkärintkierto suullisena tiedonkäsittelykäytäntönä edustaa sairaalassa historiallista jäännöstä, kun taas kirjalliset tiedonkäsittelykäytännöt suuntaavat tulevaisuuteen. Kun kirjalliset tiedonkäsittelykäytännöt nojaavat vahvasti juridiikkaan ja teknologiaan, niin nykyisenkaltaisen lääkärintkierron taustalla on lähinnä toiminnan tehokkuus, taloudellisuus ja historiallisuus.

Syytä kirjallisten ja suullisten tiedonkäsittelykäytäntöjen eroon voi selittää myös laajemmalla yhteiskunnallisella muutoksella. Voi olla, että suullista tietoa ei yhteiskunnassa pidetä enää samalla tavalla tärkeänä kuin kirjallista. Jos suullinen tieto nähdään vähempiarvoisena, ei sen salaaminenkaan ole yhtä tärkeää kuin kirjallisen tiedon. Länsimaisissa yhteiskunnissa voi nähdä pitkän aikavälin kehityksen, jossa kirjallinen tieto on muuttunut ”kovaksi faktaksi”, kun taas suullinen tieto ei ole niin painavaa tai uskottavaa. Erilaiset sopimukset tehdään lähes yksinomaan kirjallisina, eikä esimerkiksi lehtitilauksen tai sähkösisopimuksen irtisanominenkaan enää onnistu suullisesti. Oppiminen tapahtuu yhä useammin erilaiseen painettuun materiaaliin tutustumalla ja tekstejä lukemalla kuin opettajaa kuuntelemalla. Nykypäivän juurutkin kulkevat usein kirjallisesti ”keltaisen lehdistön” palstoilla ja internetissä. Sairaalassa pidetään tärkeänä, että tieto potilaalle annetaan suullisen tiedon ohella myös kirjallisena, jotta tieto menee perille oikeaan aikaan ja oikeanlaisena ja jotta sen kulkua voidaan seurata. Suullista tiedonvälitystä henkilökunnan

kesken tai potilaille ei pidetä luotettavana, vaan nimenomaan kirjallinen tieto minimoi virheet ja väärinkäsitykset.

Luvussa olen kuvannut potilaan osallistumista lääkärintierolle: osaston ihmisten toimijoiden välistä vuorovaikutusta, ja lääkärintierron merkitystä suullisena tiedonkäsittelykäytäntönä. Tarkastelu osoitti, että potilaan toiminta lääkärintierolla on kysymyksiin vastaamista ja lääkärintierron edetessä tiettyyn pisteeseen myös kysymysten esittämistä lääkärielle. Lääkärintierolla potilas määrittyy taudin lisäksi sosiaalisina suhteina, elämäntapoina ja elinolosuhteina. Kanssapotilaana potilaat toimivat joko negatiivisen tai positiivisen solidaarisuuden toimintamallin mukaisesti. Kuitenkaan tämä luku ei kertonut lääkärintierroista vielä kaikkea: lääkärintierroilla keskustellaan päivittäin myös potilaan kotiuttamisesta. Seuraavaksi siirrynkin tarkastelemaan, mitä puhutaan niissä neuvotteluksi muodostuvissa keskusteluissa, joissa pohditaan potilaan kotiin tai toiseen hoitopaikkaan lähettämistä.

Viitteet

- 1 Kierron nimityksellä voidaan painottaa haluttuja asioita, esimerkiksi korostaa tai häivyttää lääkärin asemaa tilanteessa. Englannin kielessä käytettyjä termejä ovat *medical round*, *doctor's round* ja *ward round*.
- 2 Englanninkielissä teksteissä käytetään vaihtelevasti termejä *patient information* (Ryan ym. 2009), *patient-related information* (Weiner & Wettstein 1994), *personel health information* (Erlen 2008), *patient relevant information* (Weber ym. 2007).
- 3 O'Hare 2008.
- 4 Foucault 2005, 66; Vauhkonen & Bäckman 1973, 48.
- 5 Måseide 1987, 119.
- 6 Weber ym. 2007; Manias & Street 2001, 442.
- 7 Måseide 1987, 119.
- 8 Weber ym. 2007.
- 9 Creamer ym. 2010.
- 10 Aaltonen 1964, 93.
- 11 Weber ym. 2007, myös Manias & Street 2001.
- 12 Hill 2003.
- 13 Fox 1993.
- 14 Sander 2008.
- 15 O'Hare 2008, 312.
- 16 Goffman 1981.
- 17 Goffman 1981, 130.
- 18 Ks. Fox 1993, 22.
- 19 Goffman 1981, 132.
- 20 Goffman 1981, 132.
- 21 Goffman 1981, 132.
- 22 Kortteinen 1982, 247.
- 23 Sennett 1978, 264.
- 24 Goffman 1981, 132.
- 25 ks. Bauman 2002, 117–118.
- 26 ks. Aaltonen 1964.
- 27 Fox 1993; Hill 2003; Manias & Street 2001.
- 28 Osasto Kuntoutuksella lääkärintierroto järjestettiin henkilökunnan kesken muutaman kerran viikossa osaston kansliassa, jolloin potilas ei ollut tilai-

- suudessa lainkaan läsnä. Joillakin sairaalaoastoilla voi olla käytäntö, että lääkärin tapaaminen järjestetään osaston muissa tiloissa niin, että potilaat saapuvat tapaamaan lääkäriä yksitellen. Tutkimusosastoista Osasto Infektiolla oli luovuttu kokonaan fyysisistä potilaskansioista ja lääkärinkierrolla kuljetettiin mukana tietokonetta, jonne merkinnät potilaan hoidosta tai sen muutoksista kirjattiin suoraan. Tietokone tarjosi mahdollisuuden myös tarkastaa erilaisia tietoja esimerkiksi siihen asennetusta lääketietokannasta.
- 29 Yksityisyyteen liittyy läheisesti ja joskus myös korvaavina käsitteinä käytetyt sallassapidon ja luottamuksellisuuden käsitteet (Erlen 2008, 358).
- 30 Jantunen ym. 1994; Parrot ym. 1989, 134.
- 31 Humayun ym. 2008.
- 32 O'Hare 2007; Inhorn 2004; Stolker 2006, 311; Lewis-Voepel ym. 1992.
- 33 Bäck & Wikbland 1998.
- 34 Viranomaisen toiminnan julkisuudesta säädetty laki 621/1999, 22 §, 23 §.
- 35 Julkisuuslaki 1999.
- 36 Lohiniva-Kerkelä 2004, 146.
- 37 Lohiniva-Kerkelä 2004, 147: Julkisuuslaki 621/1999.
- 38 Weiner & Wettstein 1994, Ryan ym. 2009.
- 39 Lohiniva-Kerkelä 2004, 145.
- 40 Erlen 2008, 358.
- 41 Weiner & Wettstein, 1994.
- 42 Erlen 2008, 358.
- 43 Erlen 2008, 360.
- 44 Erlen 2008; Weiner & Wettstein 1994.
- 45 Erlen 2008.
- 46 Bull & Back 2003.
- 47 Foucault 2000, 197.
- 48 Ks. Foucault 2005.
- 49 Siisiäinen 2005.
- 50 Bull & Back 2003, 5; Sterne 2003.
- 51 Lohiniva-Kerkelä 2004, 135–137.
- 52 Potilasasiakirja-asetus 298/2009.
- 53 Lehtonen 2001.
- 54 Potilaslaki 785/1993, 13 §.
- 55 Potilaslaki 1993.
- 56 Julkisuuslaki 1999.
- 57 O'Hare 2008, 312.
- 58 esim. Meingast ym. 2006; Seppälä 2007.
- 59 Potilaslaki 1993.
- 60 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- 61 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.

5 KOTIUTTAMINEN OSASTOLTA

Potilaiden kotiuttamiset ovat monella tavalla kiinnostavia tapahtumakulkuja osaston arjessa. Lääkärinkiertojen yhteydessä käydyissä kotiuttamiskeskusteluissa lääkäri, hoitaja ja usein myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä miettivät potilaan lähettämistä pois sairaalasta joko kotiin tai toiseen hoitopaikkaan. Keskustelut muodostuvat neuvotteluiksi, jossa eri osapuolten välillä on potilaan kotiuttamisen ajankohdan ja paikan suhteen samansuuntaisia, toisistaan poikkeavia tai vastakkaisia käsityksiä. Keskustelujen tavoitteena on saavuttaa yhteisymmärrys potilaan kotiuttamisesta, mutta joskus neuvottelut kärjistyvät riitelyksi. Luvussa tarkastelen, millä perusteella potilaita kotiutetaan, mistä asioista kotiuttamiskeskusteluissa neuvotellaan, miksi neuvottelut ovat konfliktiherkkiä ja minkälainen asema eri toimijaryhmillä on. Analyysissä keskityn kotiuttamiskeskustelujen sisältöön, siihen mitä sanotaan. Analyysi osoittaa, että kotiuttamisperusteita on neljä: elämäntilanne- ja toimintakyky-perusteet sekä hallinnollinen ja lääketieteellinen peruste.

Olen irrottanut kotiuttamiskeskustelut omaksi käytännöksi, vaikka konkreettisesti keskustelut käydään sairaalaosastolla lääkärinkierron yhteydessä osaston käytävällä tai potilaan kanssa potilashuoneessa. Näin pystyin keskittämään analyysiä temaattisesti. Tarkasteltavat keskustelut paikallistuvat osaston sisälle, joten eri hoitotahojen väliset keskustelut ovat jääneet analyysin ulkopuolelle. Neuvottelulla tarkoitan tässä keskustelua, jossa on epäselvyyttä, monitulkintaisuutta, erimielisyyttä tai epävarmuutta toimijoiden välillä keskustelun kohteena olevasta asiasta¹.

Kotiuttamisen monimutkaisuus

Potilaan kotiuttaminen sairaalasta on monimutkainen prosessi. Seuraavassa esittelen kotiuttamisprosessia kertomalla ”Sepon” tarinan. Sepon nimi on muutettu, mutta hän on todellinen Osasto Infektiolla hoidossa ollut potilas.

Olen koostanut Sepon kotiutumistarinan Sepon potilaspapereista ja havainnointiaineistosta. Tarina ei ole mitenkään poikkeuksellinen vaan ennemminkin yleinen kertomus tutkimusosastojen potilaiden kotiutumisesta. Sairaalaosastolla tavoitellaan potilaan oikea-aikaista ja -paikkaista kotiuttamista, mutta kuten tarinasta käy ilmi, oikean ajankohdan ja paikan määrittäminen ei ole yksinkertaista, vaan näkökulmia on useita. Kotiuttaminen on moniammatillista niin, että prosessissa on mukana eri tahoja ja ammattialojen edustajia niin sairaalan sisältä kuin sen ulkopuoleltakin.

Osasto Infektiolla on hoidettavana 70-vuotias mies, ”Seppo”. Hänellä on insuliinihoitoinen II-tyyppin diabetes ja vuonna 2000 sairastetun aivoverenvuodon seurauksena kehon vasemmanpuolen halvausoireita. Seppo tupakoi ja hänelle maistuu myös alkoholi. Hän asuu pienessä yksiosässä entisessä vanhusten palvelutalossa, josta palvelut on lopetettu. Seppo on 1.3. ajanut kolarin niin, että auto on ohjautunut vastaantulevien kaistalle. Tutkimus päivystyspoliklinikalla osoitti, että Seppo ei ollut saanut kolarista mitään vammoja. Viikkoa myöhemmin Seppo on kuitenkin toimitettu sairaalaan kaksi päivää kestäneen sekavuuden ja yleistilan laskun vuoksi. Seppoa on hoidettu aluksi Osasto Infektiolla, mutta voimakkaan hengenahdistuksen myötä potilas on kuljetettu erikoissairaanhoidon sairaalaan saamaan hoitoa. Hengenahdistuskohtausten loputtua Seppo palautetaan 13.3. Osasto Infektiolle. 19.3. lääkäri on valmis kotiuttamaan potilaan, koska keuhkokuume on parantunut, tulehdusarvot laskeneet ja antibiootit lopetettu. 20.3. Sepon kanssa tehdään kotikäynti, jonka tavoitteena on kotona selviytymisen ja apuvälinetarpeen arviointi. Mukana kotikäynnillä ovat Seppo, tämän tytär, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti Osasto Infektiolta sekä kotihoidon edustaja. Kotikäynti muuttuu kuitenkin kotiin saatoksi, koska Seppo ei suostu enää palaamaan takaisin sairaalaan. Toimintaterapeutti kuvaa kotikäyntiä potilaspapereissa seuraavasti:

Kuntoutuja, jatkossa kja, on kotikäynnille lähdettyä sitä mieltä, että hän ei tarvitse kotiin apuja. Hän kertoo, että pärjää itse, käy itse kaupassa ja hoitaa lääkityksen. Kotikäynnille kuljettiin pyörätuolilla. Kotona kja käytti kävelyn tukena keppiä sekä seinäpintoja. Hän valitti kipua rintakehässä ja hengästyi herkästi. Kävellessään keittiöstä olohuoneeseen kja voipuneena oksensi limaa eteiskäytävän lattialle. Kja heti kotiututtuaan otti tupakan mutta ei saanut sitä sytytettyä koska ei löytänyt sytytintä. Kja liikkui huojuen, välillä kivun vuoksi taipuen. Asunto oli sekainen ja likainen. Astiakaapin astiat ovat likaisia. Wc-suihkutilassa wc-istuinta vastapäätä on porattu seinään tukikahva, samoin tu-

kikahva suihkutilassa. Keittiössä on sähköliesi, jossa kaksi levyä. Kjaa pyydettiin näyttämään miten toimii keittiössä ja tällöin hitaasti täytti muovisen vesikannun, jonka asetti liedon päälle. Itsenäisesti keittiössä toimiessa kja muodosti turvallisuusriskin. Kahvinkeitto keittimellä onnistui. Kja ei jaksanut seistä keittiössä, vaan istui keittiön muoviselle puutarhatuolille. Kja istuessaan ”romahti” tuoliin istumaan, jolloin tuoli keikahti. Tytär kertoi, että oli viikon päivät siivonnut asuntoa ja näin saanut sen elettävään kuntoon. Sängyn alla on runsaasti tavaraa, muun muassa tupakantumppeja, avaamattomia lansetteja, työkaluja ja roskia. Lattialla on muutama palojälki tupakasta, samoin sohvassa. Kja kertoi säilyttävänsä tarpeellisia tavaroita lattialla, josta ne oli hänen mielestään helppo noukkia. Kotikäynnin aikana konsultoitu osaston lääkäriä. Keskusteltu kotihoidon edustajan ja tyttären kanssa, jotka ovat sitä mieltä, että kja ei tässä voinnissa pärjää kotona. Kja kieltäytyi useasti tulemasta takaisin sairaalaan.

Sepon potilaspaperit kertovat, että Seppo palasi suosiolla takaisin osastolle jo seuraavana päivänä 21.3. ambulanssilla kotihoidon lähettämänä. Seppo oli juonut alkoholia, puhunut sekavia eikä ollut päässyt ylös sohvalla. Seppo on Osasto Infektiolla viikon, jonka aikana Sepon tilassa ei tapahdu muutosta. 27.3. olen mukana lääkärinkierrolla, jossa lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaaliohittaja ja fysioterapeutti keskustelevat potilaan tilanteesta käytävällä. Lääkäri haluaisi kotiuttaa Sepon, koska potilaan tila on koko viikon pysynyt ennallaan. Muut ovat kotiuttamista vastaan ja yrittävät erilaisin argumentein saada lääkärin luopumaan ajatuksesta. He kertovat lääkärille, kuinka potilas on välillä asiallinen, mutta välillä puhuu sekavia. Fysioterapeutti arvelee, että kotona olisi edessä sama tilanne kuin viimeksi. Sohva on liian matala, eikä potilas pääse siitä ylös. Koti on kauheassa siivossa ja varmasti provosoi potilasta entiseen elämään. Sosiaalityöntekijä tuo esiin, että potilasta ei voida mihinkään pakolla laittaa, ja jos hän ei itse halua kotiapua, niin paljon ei ole tehtävissä. Fysioterapeutti ottaa ponnekkaasti kantaa siihen, että osastolla potilas voikin olla myöntäväinen kotiapuun, mutta kotona on eri ääni kellossa. Lääkäri olisi edelleen kotiuttamassa Seppoa osastolta ja miettii, mikä olisi sitten vaihtoehto, johon potilaskin suostuisi. Sosiaalityöntekijä kertoo hoitopaikasta, joka on tarkoitettu kotiin kuntoutujille, mutta arvelee, että he eivät ota potilasta. Päätetään, että potilasta yritetään tarjota sosiaalityöntekijän esittelemään hoitopaikkaan ja että asiasta neuvotellaan vielä seuraavana päivänä osastosta vastaavan lääkärin kanssa.

Lääkärinkierto siirtyy käytävältä potilashuoneeseen ja lääkäri kysyy Sepon vointia. Ihan hyvä vointi on, potilas vastaa. Lääkäri kertoo potilaalle, että he ovat miettineet potilaan kuntoutussuunnitelmaa ja kotiin menoa. On mulla siellä ”emäntätarha”, potilas vastaa, kyllä pärjään. Hoitaja puuttuu pontevasti potilaan puheeseen ja kysyy, keitä ne emännät on, tähän asutte yksin. Seppo menee hieman hämilleen ja miettii hetken; se on se työnjohtajan vaimo, on kautta aikain minua auttanut, mies vastaa. Hän jatkaa, että hyvin mielellään olisi siellä kotona. Henkilökunta on poistumassa huoneesta, kun mies sanoo lääkärille, että rouva, vielä kysyisin niistä koirista. Mistä koirista, lääkäri kysyy. Niistä teidän koirista, joista silloin aiemmin keskusteltiin, mies vastaa. Emme ole keskustelleet mistään koirista, lääkäri vastaa, olette varmaan erehtyneet henkilöstä. Lääkäri poistuu käytävälle ja ihmettelee, että tuo oli ihan uutta. Lääkäri miettii vielä potilaan hoitoa. Ennen kotiuttamisyritystä oli osastonlääkärin kanssa päätetty, että pään tietokonekerroskuvausta (CT) ei oteta, mutta asiaa pitääkin miettiä lääkärin mukaan uudestaan. Kokonaiskuvan saaminen Sepon tilanteesta on vaikeaa, koska potilaalla ei ole aiemmin käynyt kotihoitoa eikä vaikeasti masentunut tytärkään ole vierailut isänsä luona. Entinen vaimo on kuitenkin ker-tonut, ettei sekavuutta ole ollut ennen kolaria. (E147I.)

Edellä kuvattu Sepon tarina on tyypillinen kotiutettavan sairaalapoti-laan tarina monessa mielessä. Kotiuttaminen voi lääketieteellisen sairauden parannuttua tapahtua suoraviivaisesti ja yksinkertaisesti kotiin tai muuhun paikkaan, josta potilas on sairaalaan tullutkin. Yhä useammin potilaiden kokonaistilanteet ovat kuitenkin sen verran monimutkaisia, että kotiuttamis-ajankohta tai -paikka ei pelkisty vain lääketieteellisesti määritellyn sairauden parantumiseen tai tilan kohenemiseen. Kotiutettava potilas on yhä todennäköisemmin iäkäs, huonokuntoinen ja monisairas, jolloin olennaisiksi asioiksi kotiuttamisessa nousevat heikentyneen kunnan myötä kotona selviytyminen, mahdollinen jatkohoitopaikka, kotiuttamisen ajankohta, tarvittava kotiapu ja niin edelleen. Kotiuttamisesta muodostuu tällöin monimutkainen ja työläs prosessi, joka sisältää useita vaiheita, monenlaisia järjestelyjä ja myös harha-askelia.

Osaltaan potilaiden kotiuttamisprosessin vaikeus liittyy sairaaloiden lyhentyneisiin hoitoaikoihin. Sairaaloiden hoitoajat ovat kaikkialla länsimais-sa lyhentyneet hoitomuotojen ja teknologian kehittymisen myötä. Lyhenevien hoitoaikojen tavoitteena on vähentää potilaskohtaisia kustannuksia ja

vapauttaa paikkoja uusille potilaille. Osastoilla on siis paine kotiuttaa potilas mahdollisimman nopeasti tehokkuuden maksimoimiseksi samalla, kun potilaat ovat entistä huonokuntoisempia. Ilmiöstä on raportoitu jo 1970-luvulla. Nykypäivään tultaessa tahti on vain kiihtynyt niin, että monet sairaalatutkijat ovat tuoneet esiin huolensa potilaiden liiankin nopeasta kotiuttamisesta ja edelleen kasvavasta kotiuttamispainesta.² Kotiuttamisesta on muodostunut tehokkuusvaatimusten ja potilasaineksen myötä kriittinen piste potilaan hoidon onnistumiselle. Onnistunut kotiuttaminen vie osastoilla usein paljon työaikaa ja resursseja henkilökunnalta ja vaatii yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan ja omaisten, jatkohoitopaikan, kotisairaanhoidon, kotipalvelun, päivätoimintayksiköiden ja terveyskeskuksen kanssa. Kommunikaatio-ongelmat näiden terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä vaikeuttavat kotiuttamisprosessia entisestään³.

Kotiuttamisprosessin epäonnistuminen johtaa usein erityisesti iäkkään potilaan palautumiseen takaisin sairaalaan, kuten myös Sepon tapauksessa kävi⁴. Tässä yhteydessä puhutaan niin sanotusta ”pyöröovisyndroomasta”⁵. Kirjallisuudessa puhutaan myös ”viivästyneestä kotiutuksesta”: potilas voitaisiin sairaalan näkökulmasta jo kotiuttaa, mutta oikeanlaista jatkohoitopaikkaa ei ole saatavilla, ja potilas torppaa sairaalapaikan käyttöönsä (bed blocking)⁶. Potilaalle viivästynyt kotiuttaminen aiheuttaa stressiä, koska siirtymävaiheessa ollessaan potilas ei useinkaan tiedä, minne häntä ollaan lähettämässä tai milloin siirto tapahtuu⁷.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotiuttaminen onnistuu todennäköisemmin, mikäli kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Kotiuttaminen sujuu parhaiten, mikäli asiaa lähestytään monesta näkökulmasta ja mukana on usean eri ammattilajien edustajia. Lisäksi tarvitaan henkilökunnan kouluttamista monimuotoisen prosessin hallintaan.⁸ Tutkimusosastoilla monet näistä keinoista ovat käytössä. Prosessi aloitetaan yleensä jo potilaan tullessa sairaalaan miettimällä heti ensimmäisillä lääkärintarkastuksilla kotiuttamisajankohtaa ja -paikkaa. Kotiuttamista pohditaan lääkärintarkastuksilla yleensä moniammatillisesti ja eri vaihtoehtoja läpikäyden. Osasto Infektiolla pidetään erityisiä kuntoutuskokouksia, joissa kartoitetaan moniammatillisesti (sairaanhoidtaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti) potilaan toimintakykyä ja pyritään löytämään potilaalle oikea jatkohoitopaikka. Osastolle on luotu formaaleja toimintamalleja kotiutumisen tukemiseksi, kuten kodin olosuhteita kartoittava kotikäynti yhdessä potilaan kanssa ja potilaan kotiinsaatto, jossa eri hoitotahot ovat mukana.

Edellä kuvatuista järjestelyistä huolimatta potilaan kotiuttaminen tuntui olevan tilanne, joka aiheutti usein eripuraa osastolla joko henkilökunnan kesken tai henkilökunnan ja potilaan välillä. Kiivaiksikin käyvät keskustelut potilaan kotiuttamiseen liittyen veivät tutkijan näkökulmasta katsottuna paljon aikaa ja energiaa osaston arjessa, ja henkilökunta koki kotiuttamisprosessit yleisesti ottaen raskaina. Kaikilla osastoilla hoitoajat olivat lyhentyneet, ja hoitohenkilökunta tunnisti lisääntyneen paineen kotiuttaa potilaat entistä nopeammin ja huonokuntoisempina. Osasto Akuutilla kotiuttamispainetta lisäsi käytössä ollut sakkojärjestelmä, jossa kunta joutui maksamaan potilaspaikasta korkeampaa hintaa, mikäli potilasta ei saatu kolmen päivän sisällä sijoitettua erikoissairaanhoidon sairaalasta kunnan omistamiin perusterveydenhuollon hoitopaikkoihin. Jatkohoitopaikkojen määrä oli kuitenkin hyvin rajallinen ja odotusajat pitkiä. Jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita lähetettiin paikkojen vapauttamisen pakosta kotiin ajatuksella, että kokeillaan vielä kerran, josko potilas sittenkin selviäisi. Kokeilut johtivat usein siihen, että potilaat palautuivat pian päivystykseen tai suoraan osastolle.

Hoitaja kertoo minulle kuinka raadolliseksi meno on muuttunut viime vuosina: Potilaat laitetaan kotiin, vaikka hoitajanakin tietää, että potilas ei selviä. Hoitaja joutuu sitten vakuuttelemaan omaisille, että on ok laittaa potilas kotiin, vaikka itsekin tietää, ettei näin ole. (E167K.)

Kotiuttamisperusteet

Palatakseni takaisin Seppoon, monet asiat tilanteessa sekä puolsivat että esitivät Sepon kotiutumista. Lääketieteellinen ongelma, keuhkokuume, oli parantunut, laboratorioarvot normalisoituneet ja hengenahdistuskohtaukset loppuneet. Lisäksi Seppo itse oli halukas kotiutumaan eikä nähnyt kotona olemisessa ongelmia. Kotiin oli hankittu apuvälineitä ja potilas pystyi liikkumaan rollaattorin avulla lyhyitä matkoja turvallisesti. Moni asia oli kuitenkin Sepon kotiutumista vastaan. Seppo kieltäytyi kotiavuista, koska oli sitä mieltä, ettei kotona ollut mitään ongelmia, vaikka hän olisi selkeästi tarvinnut apua. Sosiaaliset suhteet olivat vähäisiä eikä masentuneesta tyttärestä ollut huolehtimaan Sepon hyvinvoinnista. Kotikäynnillä Seppo oli toiminut epäjohdonmukaisesti, eikä Sepon toimintakyky ja elämäntyö tukeneet kotona selviytymistä. Puheissaan Seppo oli usein sekava ja sepitti erilaisia tarinoita.

Kotiuttamiskeskusteluissa potilaan kotiin lähettämistä tai sairaalassa pysymistä argumentoitiin monin tavoin potilaasta riippuen. Sepon tilanteessa perusteluina käytettiin esimerkiksi laboratorioarvoja, kuvantamistutkimusta, hengenahdistuskohtauksia, sekavuutta, liikkumiskykyä, potilaan tahtoa, suhdetta tyttäreen ja niin edelleen. Nimitän näitä argumentteja kotiuttamiskriteereiksi. Kriteerejä voitiin käyttää neuvotteluissa molempiin suuntiin eli saman kriteerin avulla saatettiin perustella niin kotiuttamista kuin sairaalassa pysymistäkin. Sepon tilanteessa pään kuvantamistutkimus, tai oikeastaan siitä pidättäytyminen, oli aluksi peruste kotiuttamiselle, mutta loppujen lopuksi sen tekeminen muodostuikin kriteeriksi sairaalaan jäämiselle. Analyysissä yhdistelin näitä aineiston sisältämiä lukuisia kotiuttamiskriteerejä niin, että muodostin temaattisesti samanlaisista kriteereistä neljä perustetta, joihin potilaan kotiuttaminen pohjaa.

Sepon tapauksessa lääkäri argumentoi potilaan kotiuttamista ensinnäkin lääketieteellisin kriteerein. *Lääketieteellisessä* kotiuttamisperusteessa sairaalassa pysymistä tai kotiuttamista perustellaan potilaan taudilla ja sen mitattavissa olevilla suureilla kuten laboratoriotuloksilla. Potilaan keuhkokuva on siistiytynyt, crp-vastaus normaalin rajoissa, sydän suurentunut ja supistuvuus pienentynyt tai suonensisäiset antibiootit ovat käyneet tarpeettomiksi tai laboratorioarvot kohentuneet. Peruste on tieteenalalähtöinen.

Toinen Sepon kotiuttamisneuvotteluissa käytetty peruste on *toimintakyky*, jolloin arviointiperusteeksi määrittyy potilaan kyky selviytyä arjestaan. Sep-po kykenee liikkumaan kotona rollaattorin avulla, mutta esimerkiksi siivous ja ruoanlaitto eivät onnistuneet. Toimintakykyperusteen kotiuttamiskriteerejä tutkimusaineistossa ovat esimerkiksi potilaan muistamattomuus, harhailu, kyky nousta ylös sängystä, kyky liikuttaa pyörätuolia, kyky päästä vessaan ja kyky huolehtia ruoanhankkimisesta ja -laittamisesta. Peruste on potilaslähtöinen, ja sitä arvioidaan potilaskohtaisesti suhteessa asumisolosuhteisiin, sosiaaliseen turvaverkkoon ja niin edelleen.

Kolmanneksi *elämäntilanne*-peruste on käytössä silloin, kun kotiuttamisen tai sairaalahoidon tarve arvioidaan potilaan sosiaalisen turvaverkon, elämäntavan tai käytännön asioiden ja ongelmien perusteella. Aineistosta löytyneitä tämän kategorian kriteereitä ovat esimerkiksi päihteiden käyttö, huono elämänhallinta, omaishoitajan loma, potilaan asunnon kunto, kodin siivous, keskeneräinen putkiremontti, turvattomuuden tunteet tai yksinäisyys. Kategoria on potilaslähtöinen ja huomioi potilaan henkilökohtaisen tilanteen.

Aineistosta löytyy vielä neljäskin kotiuttamisperuste, vaikka sitä ei juuri Sepon tapauksessa nostettukaan esiin. Kun sairaalassaolon tarvetta arvioi-

daan potilaan osastolla viettämän ajan pituudella, osaston paikkatilanteella, jonossa olevien potilaiden määrällä, osaston keskimääräisellä potilasaineksella tai osaston erikoisalalla, kotiuttamisperuste on *hallinnollinen*. Tämän neljännen perusteen pohjana on tehokkuus eli sairaalan tavoite hoitaa mahdollisimman paljon potilaita mahdollisimman lyhyillä hoitoajoilla. Peruste on siis organisaatiolähtöinen.

Monissa aiemmissa tutkimuksissa on jaoteltu terveydenhuoltohenkilökunnan toimintaa samantapaisesti eri perusteisiin, kehyksiin, kategorioihin tai lähestymistapoihin. Esimerkiksi työterveyslääkäreiden toimintaa on jaettu kahteen eri kehykseen: hallinnolliseen ja kliiniseen. Hallinnollisessa kehyksessä samaan kategoriaan kuuluvia ihmisiä hoidetaan kaikkia samalla tavalla sääntöjen ja standardoitujen listojen pohjalta, mikä hävittää potilaan yksilöllisyyden. Kliininen kehys puolestaan jättää tilaa potilaiden henkilökohtaisille erityisyyksille. Kliinisessä kehyksessä toimiessaan lääkäri arvioi esimerkiksi potilaan tutkimustuloksia suhteessa potilaan tilanteeseen ja potilaaseen yksilönä.⁹ Kotiuttamiseen vaikuttavia tekijöitä on jaettu esimerkiksi fysiologisiin, sosiaalisiin, toiminnallisiin ja psykologisiin tekijöihin¹⁰ tai institutionaaliseen tehokkuuteen ja rationaliteettiin nojaavaan kehykseen ja asiakkaan kehykseen, joka sisältää potilaan näkemyksen itsestään ja hänen elämäntilanteensa¹¹.

Vaikka esittämäni kotiuttamisperusteet eivät täysin vastaa aikaisemmissa tutkimuksissa esitettyjä kehyksiä tai kategorioita, niiden sisältämä perusajatus on kuitenkin sama: kukin peruste ohjaa toimintaa ikään kuin omasta todellisuudesta käsin. Useiden perusteiden käyttö samanaikaisesti toiminnassa tai keskustelussa tuo tilanteeseen helposti jännitettä. Tässä tutkimuksessa esitetyt kotiuttamisperusteet toimivat analyttisenä välineenä, joiden avulla eritellen kotiuttamiskeskusteluja. Analyysi osoittaa, että eri perusteita käytettiin samassa keskustelussa ja niiden välillä liikuttiin sujuvasti. Samalla keskusteluista syntyy neuvotteluita.

Neuvotteluja kotiuttamisesta

Kuten luvun alussa kuvattu Sepon tarina osoittaa, potilaan kotiuttamiseen liittyy paljon neuvotteluja jo sairaalaosaston sisällä, eivätkä neuvottelut ole pelkästään eri hoitotahojen tai terveydenhuoltoyksiköiden välisiä. Sepon kohdalla näkemys kotiuttamisen mahdollisuudesta, ajankohdasta ja paikasta ei ollut yhteisesti jaettu vaan niistä käytiin neuvottelua eri toimijaryhmien kes-

ken. Seuraavaksi erittelen kotiuttamiskeskustelujen sisältöjä selvittääkseni, mistä asioista tilanteissa oikein neuvotellaan. En erottele neuvottelujen retorista ja toisaalta toimintaa ohjaavaa käyttöä, vaan ajattelen lähtökohtaisesti, että neuvottelut ulottuvat myös toimintaan. Vaikka neuvottelut käydäänkin suullisesti, jokainen neuvottelu sisältää mahdollisuuden myös *toimia* tietyllä tavalla: potilas joko kotiutetaan tai ei, kotiuttamispaikka ja -ajankohta ovat valittavissa ja niin edelleen. Tarkastelen kotiuttamisperusteita aluksi toimijaryhmistä riippumattomina, mutta luvun lopussa analysoin perusteiden käyttöä toimijaryhmittäin.

Perusteiden väliset neuvottelut

Kun eri kotiuttamisperusteet ohjaavat tilanteissa samansuuntaiseen toimintaan, päätös kotiuttamisesta tai sairaalassa pysymisestä on helppo ja yksinkertainen. Jos potilaan laboratorioarvot ovat edelleen koholla ja toimintakyky oleellisesti alentunut, potilas jää sairaalaan. Tai jos osastolla tarvitaan kipeästi uusia potilaspainkoja ja kotona on potilaasta huolehtiva omainen, potilas kotiutetaan. Tällöin kotiuttamisperusteiden kesken vallitsee yksimielisyys, toiminta on hyväksyttävää kaikkien perusteiden näkökulmasta eikä erityisiä kotiuttamisperusteiden välisiä neuvotteluja tarvita. Todellisuus on kuitenkin harvoin näin yksinkertainen. Potilaiden ja osaston kokonaistilanteet johtavat useimmiten siihen, että ainakin jonkun perusteen pohjalta toiminta olisi vastakkaista muihin nähden. Näissä ristiriitaisissa tilanteissa neuvottelut muodostuvat kotiuttamisperusteiden välisiksi niin, että neuvottelun tavoitteena on määritellä eri suuntiin vetävien perusteiden välille prioriteettijärjestys ja valita peruste, jonka mukaan toiminta lopulta ohjautuu.

Lääkärinkierto on siirtynyt iäkkään rouvan sängyn ääreen. Lääkäri kysyy potilaan vointia, liikkumista, pistämisen onnistumista [potilaalla on ollut tukos jalassaan] ja puhuu kotiin lähtemisestä. Potilas vastaa, että 'en minä olisi tällä viikolla kotiin lähdessä, tyttäret siellä siivoaa'. Lääkäri vastaa tähän, että heti ensi viikon alussa, kun olette opetelleet itse pistämään ja pääsette ylös sieltä sängynpohjalta. (E27A.)

Esimerkissä lääkärin ja potilaan käyttämät kotiuttamisperusteet eivät kohtaa. Lääkäri olisi kotiuttamassa potilasta tämän toimintakyvyn perusteella kun taas potilas haluaa edelleen olla sairaalassa elämäntilanteeseensa vedoten. Eri perusteiden käyttö kotiuttamiskeskusteluissa voi johtaa hyvinkin erilaisiin

näkemyksiin siitä, milloin ja minne potilas pitäisi kotiuttaa. Joskus neuvottelut johtivat avoimeen riitaan:

Olen seuraamassa lääkärintuottoa neljän hengen huoneessa. Lääkäri siirtyy iäkkään rouvan luo, joka ei halua lähteä hänelle osoitettuun viikkohoitopaikkaan. Potilas istuu sängyllä ja lääkäri kumartuu kertomaan hänelle jatkohoitopaikasta. Potilas sanoo painokkaasti, että 'minä en lähde'. Lääkäri yrittää taivutella potilasta muuttamaan mielensä. Hän selittää, että eivät ne sieltä viikkohoitopaikasta laita potilasta kotiin, jos he katsovat, ettei potilas selviä kotona. Tällöin potilas siirretään viikonlopuksi johonkin toiseen paikkaan. Potilas kertoo, että hän on ollut siellä kaksi viikkoa ja hänet oli laitettu viikonlopuksi kotiin. Potilas sanoo painokkaasti, ettei hän pärjää siellä kotona, ei kuule eikä näe. Lääkäri jatkaa taivuttelua, johon potilas vastaa, että 'sairaani se pitää kaikki kestää'... Potilas selittää, kuinka 'maanantaina pitää lähteä, ajetaan ympäri kuntaa ja haetaan kahdeksan ihmistä, ja perjantaina sama juttu. Lisäksi hoitopaikassa lääkkeet oli laitettu miten sattuu. Minä en pysty olemaan kotona! Ruokakin pitää viikonloppuna saada', potilas jatkaa. Lääkäri vetoaa potilaaseen uudelleen: he ymmärtävät, että potilas ei pärjää kotona, mutta pysyvää hoitopaikkaa ei voi saada yhtäkkiä. Aikataulut kestävät, mikään ei tapahdu heti. Lääkäri luovuttaa ja sanoo potilaalle, että katsotaan asiaa, ja poistuessaan sängyn luota huokaa syvään ja raskaasti. Käytävällä lääkäri ja sairaanhoitaja puuskahtavat, että potilas on ärsyttävä. Lääkäriin mielestä potilas on depressiivinen, toisaalta hän sanoo ymmärtävänsä, että potilaalla on kotona turvaton olo. Lääkäri sanoo hahmottavansa potilaan asian, mutta pysyväispaikan saaminen kestää, jono on vetänyt huonosti. (E46A.)

Esimerkissä potilaan lääketieteelliset perusteet sairaalassaololle ovat poistuneet, ja lääkäri haluaa kotiuttaa potilaan ja vapauttaa potilaspaikan hallinnolliseen perusteeseen nojaten. Tilanne ajautuu avoimeen ristiriitaan. Lopputuloksena potilas saa jäädä osastolle toistaiseksi, mutta samalla vastaanhoitettavan potilaan huoli omasta selviytymisestä tulkitaan persoonaan kuuluvaksi negatiivisuudeksi.

Kotiuttamisperusteiden väliset neuvottelut paikallistuivat usein potilaan ja henkilökunnan välisiksi. Potilas perusteli haluaan olla sairaalassa vetoamalla elämäntilanteeseensa tai toimintakykyynsä. Sairaalaosasto saattoi merkitä etenkin yksinasuvalle iäkkäälle potilaalle sosiaalista paikkaa, josta löytyi pu-

hekavereita ja seuraa, kun taas kotona olo oli yksinäistä. ”Osastolla on mukavaa, kun on puhekavereita ja tällä kertaa samaan huoneeseen on sattunut oikein mukavia rouvia. Kotona sen sijaan pitää olla yksin” (E7A). Sairaalassaolo saattoi tarjota potilaalle tervetulleen hengähdystauon velvollisuuksista, jotka kotona odottivat. Vastuu vielä sairaamman puolison tai muun omaisen hoitamisesta oli raskas. Potilaat nostivat esiin toimintakykyperusteen, kun heillä oli vaikeuksia käydä kaupassa, laittaa ruokaa tai selviytyä lääkkeiden ottamisesta. Jos potilas koki toimintakykynsä huonoksi ja olonsa kovin turvattomaksi, on ymmärrettävää, että osastolla olo muuttui houkuttelevaksi, koska ruoka tuli valmiina ja henkilökunnalta sai käytännöllistä apua esimerkiksi peseytymiseen ja pukeutumiseen.

Seuraavassa esimerkissä kotiuttamisperusteiden välistä neuvottelua käydään henkilökunnan kesken. Lääkäri vetoaa tehokkuusperusteeseen, kun taas muu henkilökunta perustelee kantaansa potilaan toimintakyvyllä. Neuvottelussa ei päästä lopulliseen yksimielisyyteen siitä, minkä kotiuttamisperusteen mukaisesti tilanteessa pitäisi edetä, vaan tilanne jää auki - ja potilas osastolle.

Seisomme osaston käytävällä. Henkilökunta keskustelee vuonna 1920 syntyneestä rouvasta, joka on sairaalassa aivoinfarktin ja halvausoireiden vuoksi. Potilas odottaa paikkaa toiselle osastolle, mutta koska paikkaa ei ole vapautunut, lääkäri haluaisi lähettää potilaan kotiin. Fysioterapeutti puhuu painokkaasti, kuinka huonoa potilaan liikkuminen on. Iäkkäiden liikuntatestin mukaan potilas tarvitsee apuja jokaisessa siirtymisessä. Hoitaja kertoo kuinka potilas rollaattorin kanssa kävellessään hätäntyy, jos halvaantunut käsi tippuu ja ei hätäännykseltään kykene enää liikkumaan ja on kaatua. Sivuttain kävely ei onnistu. Kaatuminen kotona on todennäköistä. Lääkäri on edelleen kotiuttamisen kannalla. Fysioterapeutti kertoo, että potilas ei pääse omatoimisesti sängystä ylös. Hoitaja jatkaa, että on aika riskaabelia laittaa potilas kotiin ja kyselee kuka siitä ottaa vastuun. Osastonlääkäri on edelleen kotiuttamisen kannalla: pitäisi mennä yleisen linjan mukaisesti, siellä voi olla huonompiakin tapauksia kotona. (E132I.)

Aineiston perusteella näyttää siltä, että lääketieteellistä ja hallinnollista perustetta käytetään etenkin silloin, kun potilas halutaan lähettää *pois sairaalasta*. Sen sijaan toimintakyky- ja elämäntilanneperusteilla vaaditaan todennäköisemmin potilaan *sairaalassa pitämistä*.

Kotiuttamisperusteiden välisistä neuvotteluista näyttää tekevän erityisen hankalia myös se, että eri perusteissa potilaan kotiuttamista arvioidaan ikään kuin eri näkökulmista. Lääketieteellisessä ja hallinnollisessa perusteessa kotiuttamista arvioidaan useimmiten *sairaalassaolon* tarpeella. Onko osastohoitoa vaativa lääketieteellinen hoito jo annettu tai kuinka pitkään potilas on ollut sairaalassa? Toimintakyky- ja elämäntilanneperusteissa arvioinnin lähtökohdaksi taas asettuu *kotona oleminen*. Miten arkiset askareet sujuvat tutussa ympäristössä tai minkälainen tukiverkosto potilaalla on? Tilanteessa, jossa sairaalahoidon ei tarvita, mutta kotonakaan ei voi olla, ajaututaan pattitilanteeseen, koska väliportaan hoitopaikkoja ei usein ole saatavilla.

Koska kotiuttamisperusteet eivät ole yhteismitallisia, yhteisymmärrystä ei voida saavuttaa muutoin kuin luopumalla jonkun perusteen käytöstä ja luovuttamalla ensisijaisuus jollekin toiselle perusteelle. Tutkimusaineistosta löytyykin useita esimerkkejä siitä, kuinka neuvottelutilanteissa käydään kiistaa perusteiden välisistä suhteista. Perusteiden välisestä tärkeysjärjestyksestä on vaikea vetää yleisiä johtopäätöksiä. Kuitenkin lääketieteellinen peruste näytti olevan ykkösasemassa siten, että jos potilas ei ollut lääketieteellisen perusteen pohjalta valmis kotiutettavaksi, häntä ei kotiutettu. Muiden perusteiden kohdalla kotiuttamisessa oli enemmän neuvotteluvaraa ja joustoa.

Perusteiden sisäiset neuvottelut

Kotiuttamiskeskustelujen havainnointi osoittaa, että neuvottelut eivät ole yksinomaan kotiuttamisperusteiden välisiä, vaan neuvotteluja käydään myös kotiuttamisperusteiden *sisällä*. Perusteiden sisäisiä neuvotteluja on kahdenlaisia: potilaskohtaisia ja yleisesti kotiuttamista koskevia. Kuten luvun alussa esitän, perusteet muodostuvat temaattisesti samanlaisista kotiuttamiskriteereistä ja esimerkiksi toimintakykyperuste sisältää liikuntakyky-kriteerin. Niinpä kotiuttamisneuvotteluissa etsitään yhteisymmärrystä esimerkiksi siihen, onko potilaan liikuntakyky *tarpeeksi hyvä* kotona olemiseen. Neuvoteltavaksi jää, miten tarpeeksi hyvä kussakin tapauksessa määrittyy: tarkoittaako se kykyä liikkua ulkona, rollaattorin käyttöä sisällä, kepin avulla liikkumista vai seinäpintoihin tukeutumista kävellessä.

Voi ajatella, että jokainen kotiuttamiskriteeri muodostaa oman jatkumonsa. Jatkumon toinen pää edustaa sellaista tasoa tai kykyä, joka on äärimmäisen hyvä suhteessa tavoitteeseen, ja toinen pää vastaavasti äärimmäisen huonoa, epäsopevaa tai kyvytöntä. Erot jatkumolla eivät ole laadullisia vaan määrällisiä. Esimerkiksi ”kyky päästä vessaan” -kriteerissä huonoa edustaa sellainen kyky, joka on kelpaamaton, riittämätön tai soveltumaton suhteessa kotona tai

hoitolaitoksessa selviytymiseen. Hyväksi kyky päästä vessaan määrittyy niissä tapauksissa, joissa kyky on erinomainen kotona pärjäämisen näkökulmasta. Lääketieteellisesti määrittyvissä kriteereissä jatkumoiden ääripäät suhteutetaan lääketieteellisiin arvoihin. Hyvä kuvastaa tällöin taudin puuttumista ja huono määrittyy usein kuolemaksi. Jatkumoiden ääripäät eivät ole absoluuttisia, kuolemaa lukuun ottamatta, vaan ne määrittyvät aina suhteessa johonkin, kuten yksilön suoriutumistasoon tai sosiaalisiin ja biologisiin odotuksiin. Esimerkiksi eri-ikäisille potilaille hyvä ja huono määrittyvät eri tavoin. Mikä vanhuksen liikuntakyvyssä yltää hyväksi, voi nuoren kohdalla määrittyä huonoksi.¹²

Kotiuttamiskeskusteluissa *potilasta sijoitetaan* eri kotiuttamiskriteerien *jatkumoille*, kuten neuvoteltaessa Sepon sekavuudesta. Sairaanhoidtaja oli todennut Sepon ajoittain sekavaksi, mutta lääkäri ei tunnistanut tätä oiretta ja oli näin sijoittamassa Sepon voinnin sekavuuskriteerin pohjalta hyväksi. Hän kuitenkin muutti käsitystään, kun totesi itse potilaan sekavuuden. Toimijoiden välille syntyi yhteisymmärrys siitä, että sekavuutta on, ja Seppo pystyttiin sekavuuskriteerin osalta sijoittamaan yhteisesti hyväksytyyn kohtaan kuvitteellisella jatkumolla.

Jokainen jatkumo sisältää myös pisteen, jossa potilas on mahdollista kotiuttaa. Tämä kotiuttamispiste on suhteellinen. Kotiuttamispistettä määritetään sairaalan hallinnossa asettamalla osastolle erilaisia tuloksellisuus- ja tehokkuustavoitteita ja rajaamalla osastolla hoidettavaa potilasaineista. Käytännössä tätä kotiuttamispisteneuvottelua käydään jatkuvasti myös osaston arjessa niin, että kotiuttamispiste voi liikkua kriteerijatkumolla suuntaan tai toiseen tilanteittain. Sairaalaosaston kotiuttamiskeskusteluissa käytiinkin neuvottelua myös siitä, *missä pisteessä* jatkumoa *potilas voidaan yleisesti kotiuttaa*, mihin raja asettuu. Seuraavassa esimerkissä keskustelun kohteena on liikuntakykykriteeri ja sen kotiuttamispiste.

Lääkärinkierrolla keskustellaan naispotilaasta, joka on sairaalassa noro-viruksen aiheuttaman vatsataudin vuoksi. Potilaalla on muistamattomuutta, mutta hän on pärjännyt kotona miehensä kanssa. Lääkäri kysyy hoitajalta, miten potilas liikkuu, ja hoitaja kertoo, että potilas käy itsenäisesti vessassa. No, sittenhän potilas on täyttänyt [kotiuttamis] kriteerit aikoja sitten, lääkäri huudahtaa. (E162K.)

Nämä ”riittävän hyvä kotiuttamiselle” -pisteen määrittäminen eivät paikallisuksellaan vain tiettyyn potilaaseen, vaan yleistä neuvottelua tietyn kotiuttamiskriteerin kotiutumispisteestä käydään eri potilaiden kohdalla ja eri tilanteissa.

Olen kuntoutuskokouksessa. Erään naispotilaan kohdalla keskustellaan kotiutuksen ajankohtaisuudesta. Potilas ei päässyt kotona sänkyyn eikä sängystä pois, ja mietittiin, minkälainen sänky kotona mahtaa olla. Yleinen ajatus oli, ettei potilas voi kotiutua edes maksimiavulla, ellei hän pääse sängystä pois ja sänkyyn. (E136I.)

Esimerkissä käydään neuvottelua liikuntakykykriteerin kotiuttamispisteestä. Yhteisymmärrys löytyy ja kotiuttamispisteeksi asettuu se piste, jossa potilas kykenee menemään sänkyyn ja pääsemään sieltä pois itsenäisesti. Alla oleva, jo aiemmin esitetty, esimerkki kuitenkin osoittaa, että toisen potilaan kohdalla asiasta neuvotellaan taas, eikä kotiuttamispiste olekaan täysin yhteisesti jaettu tai asetu samalle kohdalle jatkumoa kuin edellisessä esimerkissä.

Henkilökunta keskustelee käytävällä rouvasta, joka on sairaalassa aivoinfarktin ja halvausoireiden vuoksi. Potilas odottaa paikkaa toiselle osastolle, mutta koska paikkaa ei ole vapautunut, lääkäri haluaisi lähettää potilaan kotiin. Fysioterapeutti kertoo, että potilas ei pääse oma-toimisesti sängystä ylös. Hoitaja jatkaa, että on aika riskaabelia laittaa potilas kotiin ja kysyy kuka siitä ottaa vastuun. Osastonlääkäri on edelleen kotiuttamisen kannalla: pitäisi mennä yleisen linjan mukaisesti, siellä voi olla huonompiakin tapauksia kotona. Sairaalamlääkäri on samaa mieltä: koska potilas ei pääse itse sängystä ylös, niin ei siellä kotona voi sattuaakaan mitään. Osastonlääkäri alkaa peräännyttää ja sanoo, että jos asiasta keskusteltaisiin jatkohoito-osaston lääkärin kanssa ja tiedusteltaisiin hänen kantaansa asiaan. Lopuksi lääkäri toteaa, että onhan sekin, jos potilas odottaa täällä paikkaa vaikka kuinka kauan, mutta uudelle osastolle päästessään tämän kuntoinen laitetaan heti kotiin. (E132I.)

Esimerkissä sairaalamlääkäri koettaa siirtää kotiuttamispistettä liikuntakykyjatkumolla niin, että myös niitä potilaita, jotka eivät pääse itse sängystä ylös voitaisiin lähettää kotiin. Seuraavassa esimerkissä lääkäri ja hoitaja käyvät linjavetoa siitä, mikä on kotiutettavalle potilaalle hyväksyttävä muistamattomuuden tai harhailun taso, kuinka paljon harhailevan potilaan voi vielä lähettää kotiin.

Sosiaalityöntekijä kysyy kansliassa lääkäriltä, mikä idea tällä oli erään potilaan kohdalla. Lääkäri selittää, että potilas voisi siirtyä toiselle osastolle ja sieltä hitaana kuntoutujana kotiin, potilashan on tullut kotia. Sosiaalityöntekijä yrittää vastustaa lääkäriä sanomalla, että potilas on löydetty harhailemasta rappukäytävästä ja on muistamattomuutta. Lääkäri sanoo naurahtaen, että eihän me olla ennenkään yhdestä harhailusta oltu moksiskaan. Ainakin kolme kertaa pitää olla löytynyt tuolta moottoritien varresta, tiedäthän sinä. (E164K.)

Neuvottelut ammattiryhmittäin

Kotiuttamisneuvotteluita voi tarkastella paitsi kotiuttamisperusteiden välisinä ja sisäisinä neuvotteluina, myös paikallistamalla kotiuttamisperusteiden käyttöä ja päätöksentekoa ammattiryhmittäin.

Eri kotiuttamisperusteiden käyttö ei ollut aineistossa tiukasti toimijaryhmäsidonnaista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että eri ammattiryhmät käyttivät kotiuttamisperusteita neuvotteluissa ristiin eivätkä pidättäytyneet vain yhdessä perusteessa. Lääkäri saattoi tietyn potilaan kohdalla nostaa keskustelussa esiin niin hallinnollisen perusteen kuin potilaan elämäntilanteenkin. Tai sairaanhoitaja saattoi yhden potilaan kohdalla vedota hallinnolliseen perusteeseen ja toisen potilaan kohdalla elämäntilanteeseen. Tämän vuoksi en sitonut kotiuttamisperusteita lähtökohtaisesti sairaalaosaston toimijaryhmiin¹³ esimerkiksi perusteita nimetessäni.

Kuitenkin perusteiden käyttöön ja ammattiryhmiin liittyi joitakin säännönmukaisuuksilta näyttäviä seikkoja. Selvin näistä on se, että virallisesti ja viime kädessä lääkäri päättää potilaan kotiuttamisesta. Kuten eräs hoitaja Osasto Kuntoutuksella totesi: ”Hoitajia ei kuunnella eikä jumppareita, vaan lääkäri on se joka päättää. Ja ylilääkäri haluaa lisää paikkoja” (E167K). Muille ammatti- tai toimijaryhmille, kuten sairaanhoitajalle, toimintaterapeutille, fysioterapeutille, sosiaalityöntekijälle ja potilaalle itselleen jäi neuvottelutilanteessa mahdollisuus yrittää eri tavoin vaikuttaa lääkärin päätökseen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esiin, että erilaisia ideologioita, tavoitteita ja mielenkiintoja sisältävissä moniammatillisissa tiimeissä valta-asemalla on merkitystä lopputuloksen kannalta¹⁴.

Kotiuttamiskeskustelujen toimijaryhmistä lähes yksinomaan lääkärit, mutta joskus myös hoitajat, käyttivät lääketieteellistä kotiuttamisperustetta. Tämä on ymmärrettävää siinä mielessä, että nimenomaan lääkäri asemoidaan osastolla lääketieteen asiantuntijaksi ja lääketieteellisen vallan käyttäjäksi. Myös hallinnollinen peruste tuntui kotiuttamiskeskusteluissa olevan

melkeinpä ainoastaan lääkäreiden käytössä. Se, että lääkärit käyttivät hallinnollista perustetta muita ammattiryhmiä enemmän, voi johtua siitä, että ammattihierarkiassa ylempänä olevilta ja sairaalan hallinnolta tulevat tehokkuusvaatimuksiin perustuvat paineet kohdistuvat nimenomaan kotiuttamisesta päättäviin lääkäreihin.

Toimintakykyperuste oli laajimmin eri toimijaryhmien käytössä, mutta etenkin potilaat, hoitajat ja fysio- ja toimintaterapeutit perustelivat kantaansa sillä. Elämäntilanneperuste oli erityisesti potilaan ja omaisten käytössä, mutta myös hoitajat ja fysio- ja toimintaterapeutit käyttivät perustetta. Elämäntilanneperusteen painottuminen potilaan käyttämäksi on luonnollista, koska potilas ja hänen omaisensa tuntevat parhaiten potilaan kokonaistilanteen kotona. Huby ym. ovat tutkimuksessaan päätyneet samansuuntaisiin tuloksiin. Heidän mukaansa lääketieteellinen henkilökunta haluaa kotiuttaa potilaan heti, kun tarve lääketieteelliselle hoidolle on ohi, ja näin saada potilaspaikan seuraavan potilaan käyttöön. Hoitajat sen sijaan ovat paremmin tietoisia potilaan päivittäisestä toimintakyvystä ja kotiuttamisen mahdollisista riskeistä.¹⁵

Neuvotteluissa kotiuttamisesta päättävä lääkäri on ristiriitaisimmassa asemassa. Lääkäreille on asetettu ylhäältäpäin vaatimuksia noudattaa hallinnollista perustetta, mutta samalla he toimivat ruohonjuuritasolla niin, että he kohtaavat myös yksittäisen potilaan elämäntilanteen ja toimintakyvyn. Nämä perusteet vetävät toimintaa usein vastakkaisiin suuntiin, jolloin kotiuttamispäätöksen tekemisestä tulee vaikeaa ja raskasta. Muiden ammattiryhmien kuin lääkäreiden on kotiuttamisneuvotteluissa helpompi perustella kotiuttamista vain yhteen perusteeseen tukeutuen, koska he eivät joudu vastaamaan ja perustelemaan kotiuttamista ylempille tahoille. Muut ammattiryhmät näyttävät tunnistavan lääkärin vaikean aseman.

Aamuisella lääkärinkierrolla olin mukana tilanteessa, jossa lääkäri oli kotiuttamassa potilasta, mutta hoitaja ja fysioterapeutti vastustivat ajatusta. Hoitaja kertoo myöhemmin, että usein kotiuttaminen tällaisessa tilanteessa johtaa siihen, että potilaat tulevat pian takaisin päivystykseen tai suoraan osastolle. Asiat ovat raskaita kaikille, myös lääkäreille, koska heihin kohdistuu paljon painetta kotiuttaa potilaita. Ja jos suunniteltu jatkohoitopaikka ei vedä, lääkärit mieluusti ottavat riskin, että kokeillaanpa vielä kerran, jos potilas selviäisi kotona. Hoitaja sanoi ymmärtävänsä lääkäreidenkin näkökulman asiaan. (E133I.)

Kotiuttamiskeskusteluissa voi käydä myös niin, että yksittäinen toimija tai toimijaryhmä alkaa käyttää aina samaa kotiuttamisperustetta. Tällöin voidaan puhua toiminnan eetostumisesta¹⁶, jolloin toimija valitsee jonkin perusteen ensisijaiseksi ja toimii systemaattisesti vain sen nojalla. Perusteen eetostuminen vaatii ulkoisen tuen löytämistä. Kotiuttamiskeskusteluissa erityisesti hallinnollinen peruste lienee sellainen, jonka on mahdollista eetostua. Lääkärit saavat tukea hallinnollisen perusteen käyttöön ylhäältäpäin, sairaalan hallinnosta, mutta tuki ulkopuolisilta tahoilta ei muita perusteita käytettäessä ole niin selvää. Hallinnollisen perusteen eetostumiseen voi johtaa myös esimerkiksi sakkomaksujen käyttöönotto, jolloin kotiuttamisessa huomioidaan potilaskeskeisten syiden sijaan taloudelliset näkemykset¹⁷. Myös päätöksentekoa vanhustenhuollossa tutkinut Merja Ala-Nikkola kuvaa päätöksenteon eetostumista. Laitoshoidon tarpeesta neuvotellessa lääketieteelliset näkemykset nousevat ensisijaisiksi, mutta psykososiaaliset tai turvattomuuteen liittyvät syyt eivät riitä perusteiksi laitoshoidolle, vaikka kotihoito suosittaisikin laitoshoidoa juuri näiden syiden pohjalta.¹⁸

Neuvottelut potilaasta, vallasta ja sairaalasta

Edellä kuvasin sairaalaosaston kotiuttamiskeskusteluja ja analysoin minkälaisiksi neuvottelut muodostuvat. Neuvotteluja voi tarkastella myös siitä näkökulmasta, mistä neuvottelut loppujen lopuksi kertovat, mitkä asiat ovat kotiuttamiskeskusteluissa perimmäisenä neuvottelun kohteena.

Ensinnäkin on selvää, että kotiuttamiskeskusteluissa neuvotellaan potilaasta. Neuvottelut koskevat yksittäistä potilasta silloin, kun neuvottelun kohteena on neljän kotiuttamisperusteen tärkeysjärjestys kussakin kotiuttamistilanteessa. Yhtälailla neuvottelut kohdistuvat potilaaseen, kun neuvottelujen tavoitteena on määrittää potilaan vointia yksittäisen kotiuttamiskriteerin jatkumolla ja arvioida onko hän kotiuttamiskuntoinen. Näissä neuvotteluissa on viime kädessä kyse yksittäisen potilaan oikeudesta potiluuteen. Nykypäivän sairaalassa henkilökunta joutuu tekemään jatkuvasti rajanvetoa sen suhteen, onko potilas juuri oikeanlainen kyseiselle osastolle ja kuinka pitkään potilaan oikeus potiluuteen säilyy. Osastolla voikin ajatella olevan ainakin implisiittinen luokitusjärjestelmä, johon potilaita koko ajan sijoitetaan sen perusteella, sopiiko hän tautinsa, toimintakykynsä, ikänsä ja sairaalassaoloajan pituuden puolesta osastolle. Sairaalan hallinnossa rajataan potilaiden mahdollista kirjoa kullekin osastolle, jolloin potilas voi olla osastolle vääränlainen joko siksi,

että hän on liian hyväkuntoinen ja itsenäinen, tai siksi, että hän tarvitsee toisenlaista hoitoa, mitä osastolla on tarjota¹⁹ tai hän viettänyt osastolla jo liian pitkän ajan.

Ala-Nikkola arvioi vanhustenhuollon päätöksentekoa tarkastelevassa tutkimuksessaan neuvotteluja vähän samaan tapaan. Kotiuttamista tai pitkäaikaishoitoa koskevassa päätöksenteossa ollaan usein erimielisiä siitä, millä tavoin yksittäisen asiakkaan kohdalla tulisi toimia. Ala-Nikkola paikantaa konfliktit kysymykseen siitä, kuka on sosiaali- ja kuka terveystalvelujen asiakas. Hän selittää konfliktit terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen väliseksi kulttuuriseksi konfliktiksi, joiden alkuperä on erilaisissa arvoissa, traditioissa ja uskomuksissa.²⁰

Toiseksi kotiuttamiskeskusteluissa neuvotellaan siitä, kenen ääntä kuunnellaan ja kenellä on tilanteessa päätösvaltaa. Monien kotiuttamisperusteiden olemassaolo moniarvoistaa kotiuttamiskeskusteluja niin, että niistä muodostuu aidosti moniäänisiä. Kun lääkäri on perinteisesti hallinnut lääketieteelliseen tietoon pohjautuvia hoitopäätöksiä ja -tilanteita, voi ajatella, että moniperustaiset kotiuttamiskeskustelut mahdollistavat moniammatillisen neuvottelutilanteen synnyn. Kotiuttamiskeskusteluissa lääketieteellinen peruste ei ole ainoa eikä välttämättä edes hallitsevassa ja ensisijaisessa asemassa, vaan muutkin perusteet, ja samalla myös muiden ammattiryhmien asiantuntemus, ovat yhtäläillä mukana neuvottelussa.

Kotiuttamiskeskusteluiden moniperustaisuus mahdollistaa myös potilaan osallistumisen neuvotteluun. Kotiuttamiskeskusteluissa potilaan toimintakyky ja elämäntilanne ovat mahdollisia perusteita päätöksenteolle, joten potilaalla on oma asiantuntija-alueensa, jonka nostaa kotiuttamiskeskusteluissa esiin. Potilaan mahdollisuudet osallistua neuvotteluun olisivat paljon heikommat, jos kotiuttaminen perustuisi vain ja ainoastaan lääketieteelliseen perusteeseen.²¹ Esimerkiksi Nicholas Fox on osoittanut, että potilasta kuunnellaan lääkärintierrolla eniten niissä tilanteissa, joissa keskustelun kohteena on potilaalle tuttu asia kuten koti. Sen sijaan ihmisen fysiologiaan liittyvissä keskusteluissa potilaan kantaa ei kysytä.²²

Vaikka kotiuttamiskeskusteluiden moniperustaisuutta ja -ammattillisuutta voi pitää tavoiteltavana, tuovat ne päätöksentekoon myös hankaluuksia. Eri perusteet suuntaavat toimintaa usein eri suuntiin, ja kuitenkin toimintavaihtoehtot ovat useimmiten rajatut. Ratkaisu yksittäisen potilaan kohdalla löytyykin usein niin, että joku kotiuttamisperuste valitaan ensisijaiseksi. Kompromissia on kotiuttamisen ja sairaalassa pitämisen välillä vaikea tehdä, joten tilanteissa saatetaan kyllä keskustella eri perusteista, mutta itse päätös tehdään

yhden perusteen pohjalta. Ja koska lääkäri viime kädessä päättää kotiuttamisesta, voi olettaa, että ensisijaiseksi perusteeksi nostetaan muita useammin lääkäreiden käyttämät lääketieteellinen ja hallinnollinen peruste. Sairaalaetnografiaa tehnyt Sylvie Fortin on päätenyt samansuuntaisiin tuloksiin. Hän kirjoittaa, että sairaaloissa suositetaan monissa asioissa moniammatillista näkemystä, mutta päätöksenteko näyttää kuitenkin useimmissa tapauksissa olevan vertikaalista, eli lääkäri päättää tilanteissa.²³ Moniammatillinen, horisontaalinen päätöksenteko, näyttää siis yhä edelleen olevan ideaali ja poikkeus vallitsevasta käytännöstä.

Lopulta voi ajatella, että potilaan ja vallan lisäksi neuvotteluissa on kyse sairaalasta. Kotiuttamiskeskusteluissa määritetään implisiittisesti myös sairaalan roolia ja tehtävää yhteiskunnassa. Mikäli potilaan kotiuttamisessa nojataan vain lääketieteelliseen perusteeseen, sairaalan tehtäväksi asettuu potilaan lääketieteellisesti määritellyn taudin hoito. Tällöin sairaala määrittyy lääketieteellisen hoidon ja asiantuntijuuden tilaksi. Jos taas potilaan kotiuttamisessa huomioidaan myös potilaan toimintakyky ja elämäntilanne, sairaalan tavoitteena on hoitaa potilasta lääketieteellistä hoitoa laajemmin ja sairaala määrittyy myös hoivan tilana. Hoivatyö huomioi niin ruumiin- kuin mielenläheisyyden ja sisältää monentasoista työtä pukemisesta syöttämiseen, hiustenhoitoon ja intiimihygieniaan ja eritteiden poistamiseen asti²⁴. HENDERSON arvioi, että nykypäivän sairaalahenkilökunta nojaa toiminnassaan lääketieteelliseen näkökulmaan ja perinteiseen hierarkiaan, missä hoidolle on annettu korkeampi asema kuin hoivalle²⁵.

Myös vanhustenhuoltoa tutkinut Merja Ala-Nikkola on ottanut asiaan kantaa: nykypäivän sairaaloille asetetut tuloksellisuustavoitteet johtavat siihen, että yhä harvemmin pelkkä hoivan tarve on riittävä peruste sairaalasaololle vaan vaaditaan tarve myös hoidolle²⁶. Yhdysvalloissa tällainen kehitys on jo pitkällä. Muutokset Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmässä 1980-luvulta alkaen ovat johtaneet tilanteeseen, jossa korvattava hoito sekä Medicare- että Medicaid- järjestelmässä perustuu ennen kaikkea lääketieteelliseen malliin tai potilaan ensisijaiseen diagnoosiin. Tällöin vanhukset, joiden tarpeet ovat usein sosiaalisia ja psykologisia, ovat vaarassa pudota kokonaan hoidon ulkopuolelle. Sairaaloitten tavoitteiden taloudellistuminen on johtanut siihen, että epäsuorat kulut kuten potilaan sijoituspaikka ja päivittäisen hoivan tarjoaminen on ulkoistettu potilaalle itselleen ja hänen perheelleen.²⁷ Tässä mielessä kotiuttamiskeskustelujen kaltaiset käytännöt eivät pelkisty ainoastaan keskusteluiksi yksittäisistä potilaista, vaan niiden merkitykset ovat paljon laajempia ja kauaskantoisempia.

Analyysi osoittaa, että kotiuttamiskeskusteluihin liittyy paljon neuvottelua. Keskusteluiden moniäänisyyttä voi pitää hyvänä asiana, joka parhaassa tapauksessa mahdollistaa kotiuttamisen moniäänisyyden ja potilaan osallistumisen. Monien perusteiden olemassaolo ja esillä pitäminen ehkäisee yhden perusteen eetostumista niin, että siitä muodostuisi ainoa kotiuttamiseen vaikuttava tekijä. Kuitenkaan kotiuttamistilanteiden neuvottelu-luonne ei ole pelkästään positiivinen asia. Neuvoteltavaa on niin paljon, että tilanteet muodostuvat monimutkaisiksi ja konfliktiherkiksi. Henkilökunta kokee kotiuttamiskeskustelut henkisesti raskaina, kuluttavina ja aikaa vievinä. Onkin syytä pohtia, voisiko kotiuttamiskeskusteluja jollain tavalla järjeistää ja neuvottelua vähentää. Useiden perusteiden olemassaolosta luopuminen ei kuitenkaan ole moniäänisyyden säilyttämisen kannalta tavoiteltavaa.

Mahdollinen keino vähentää neuvottelua voisi olla aidon moniammatillisuuden lisääminen kotiuttamistilanteissa. Mikäli kaikkien ammattiryhmien ja potilaan näkemykset otettaisiin jo lähtökohtaisesti yhtä arvokkaina huomioon, ei tilanteissa tarvitsisi neuvotella vallasta ja siitä, kenen ääni on loppujen lopuksi vahvin. Tämä ei ole varmastikaan nopein tie vähentää neuvotteluja, koska sairaalan vanhan hierarkiajärjestelmän purkaminen ei käy käden käänteessä.

Kaikkein helpoin tapa vähentää neuvottelua voisi olla kotiuttamisperusteiden sisäisten neuvottelujen vähentäminen erityisesti sen osalta, minkälainen potilas on mahdollista kotiuttaa. Mikäli nämä kotiuttamispisteet olisivat jo etukäteisesti neuvottelun kaikkien osapuolten tiedossa ja hyväksymiä, ei neuvottelua tarvitsisi käydä yksittäisten potilaiden kohdalla. Tällöin kotiuttamiskeskusteluissa ei tarvitsisi neuvotella esimerkiksi siitä, pitääkö potilaan päästä sängystä ylös, ennen kuin hänet voidaan kotiuttaa. Tällaisten neuvottelujen paikka olisi kotiuttamiskeskustelujen sijaan jossain muualla.

Yleisen kotiuttamisperusteet ja -pisteet sisältävän mallin luominen ehkäisisi kotiuttamisen tilannekohtaisuutta, jossa henkilökemiat, osapuolten arvovaltakiistat ja kovaäänisyys vaikuttavat lopputulokseen. Läpinäkyvät kotiuttamiskriteerit olisivat kaikkien tiedossa, jolloin tilanteet eivät muodostuisi konfliktiherkiksi. Lisäksi mahdollisimman monipuolinen kotiuttamiskriteeristö huomioisi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti ja siten ehkäisisi potilaiden sairaalaan palaamista. Muodollisen kotiuttamismallin olemassaolossa on myös vaaransa. On mahdollista, että tarkoin ohjeistettu malli estää potilaskohtaista neuvottelua, vähentää potilaskeskeisyyttä ja sitoo erilaisia sairaalao-osastoja liiaksi tiettyyn toimintamuottiin.²⁸ Näitä ongelmia voidaan kuitenkin välttää esimerkiksi osastokohtaisella kriteeristöllä ja tarpeeksi suurella potilaskohtaisella liikkumavaralla.

Luvussa on pohdittu potilaan kotiuttamista ja neuvottelujen päätteeksi päästy sopuun siitä, lähetetäänkö potilas kotiin tai hoitolaitokseen vai jääkö hän vielä osastolle. Luku osoitti, miten puheen kohteena olevaa potilasta lähestytään neuvotteluissa eri tavoin: välillä lääketieteellisestä tai hallinnollisesta näkökulmasta ja välillä hänen toimintakykynsä tai elämäntilanteensa kautta. Potilasta on tässä ja kahdessa aikaisemmassa luvussa tarkasteltu yhdessä ei-inhimillisten toimijoiden kanssa, lääkärinkierrolla ja kotiuttamiskeskusteluissa. Luvuissa sairaalaosaston käytännöt ovat olleet etualalla. Jotta tutkimus vastaisi asettamaani tutkimustehtävään, kuvaan seuraavaksi, minkälaisia potiluuksia aiemmissa luvuissa kuvatut käytännöt ovat tulleet tuottaneeksi.

Viitteet

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | ks. Allen 1997, 503. | 15 | Huby ym. 2007. |
| 2 | Hoffmann 1974; Gibson 2004; Zaman 2005, 100. | 16 | Dodier 1998, 69. |
| 3 | Ala-Nikkola 2003, 76; Macleod 2006. | 17 | Macleod 2006. |
| 4 | ks. Allgar ym. 2002. | 18 | Ala-Nikkola 2003, 57. |
| 5 | ks. esim. Markkanen 2004. | 19 | Moreira 2004. |
| 6 | Macleod 2006; Victor ym. 2000. | 20 | Ala-Nikkola 2003, 76. |
| 7 | Kydd 2008. | 21 | Ks. Kerosuo 2010. |
| 8 | Dainty & Elizabeth 2009; Jewell 1993; Victor ym. 2000. | 22 | Fox 1993. |
| 9 | Dodier 1998. | 23 | Fortin 2010, 114. |
| 10 | Macleod 2006, 43. | 24 | Tedre 1999; Molander 2001. |
| 11 | Agar 1985. | 25 | Henderson 2000; tässä Efraimsson 2004, 569. |
| 12 | Ks. Ewald 2003, 62–65. | 26 | Ala-Nikkola 2003, 68. |
| 13 | virt. Huby ym. 2007. | 27 | Cartier 2002. |
| 14 | esim. Fortin 2010, 114; Huby ym. 2007; Kangas 2003, 91. | 28 | Ks. Huby ym. 2007. |

6 SAIRAALAOSASTON POTILUUS

Sairaalaosaston potiluus määrittyy osaston arkisissa käytännöissä ja tuottuu niissä kussakin omanlaisenaan. Edellisissä luvuissa kuvasin ja erittelin sairaalaosastolla havainnoimiani käytäntöjä. Tässä luvussa esittelen kokoavasti, millaista potiluuksiä tässä tutkimuksessa kuvatut sairaalaosaston käytännöt tuottavat. Työn tuloksena esitän mallin, joka kuvaa potiluuksiä viiden aineistosta löytyneen ulottuvuuden kautta. Mallia voi soveltaa potilaan, tai myös jonkun muun toimijan, tarkasteluun missä tahansa terveydenhuollon toimipisteessä ja käytännössä. Luku alkaa ulottuvuuksien ja kehittämäni mallin esittelyllä. Tämän jälkeen sovellan mallia tässä tutkimuksessa tarkasteltuihin käytäntöihin ja esitän niiden tuottamaa potiluuksiä visuaalisesti potiluuksikuvioiden avulla.

Käytän luvussa nimenomaan ulottuvuus-termiä. Käsite tarjoaa potiluukselle sisällöllisiä piirteitä, kun esimerkiksi kehyksen käsitteellä kuvataan useammin kehyksen mahdollistamaa toimintaa, sen tulkintaa ja esittämistä¹. Samalla käsite kertoo ulottuvuuksien päällekkäisyydestä ja tasa-arvoisuudesta: eri ulottuvuudet ovat läsnä potiluuksessa samanaikaisesti eikä mikään ulottuvuus ole toista merkityksellisempi potiluuksien muodostumisessa. Kukin ulottuvuus kuvaa potiluuksiä omasta näkökulmastaan.

Potiluuksien ulottuvuudet

Potilaita on perinteisesti jaettu esimerkiksi iän, sukupuolen tai sairauden mukaan. Hoitoisuusluokituksissa potilaita määritetään sen perusteella, minkä tasoista hoitoa he tarvitsevat². Luokittelun pohjana ovat myös esimerkiksi toimintakyky ja muistitoiminnot. Tässä tutkimuksessa potilasta on tarkasteltu sairaalaosaston arjessa toistuvien käytäntöjen kautta. Tutkimuksen tuloksena esitän, että sairaalaosaston potiluuksien ulottuvuuksia ovat *vakaus*, *fokus*, *toimijuus*, *erillisuus* ja *asema*.

Ulottuvuudet ovat löytyneet yhdistelemällä yksittäisistä sairaalaosaston käytännöistä löytyneitä potiluuksiin kuvaavia piirteitä ja etsimällä niille jokin yhteinen ylätasoinen nimittäjä. Ulottuvuudet eivät kuitenkaan ole absoluuttisia, vaan ne muodostuvat jatkumoiksi. Jatkumoiden ääripäät ikään kuin luovat rajat sille, millaista sairaalaosaston potiluuksiin tämän tutkimuksen tulosten perusteella voi olla. Ääripäiden väliin tarjoutuu lukematon määrä mahdollisuuksia, mille kohtaa potiluuksiin voi asettaa.

Havainnollistan tässä tutkimuksessa esiin nousseita potiluuksien ulottuvuuksia ja niihin liittyviä jatkumojen kuvion (kuvio 1) avulla. Ulottuvuudet on sijoitettu kuvioon satunnaisessa järjestyksessä. Yksittäisen jatkumon ääripäät eli vasen ja oikea laita ovat muista jatkumoista riippumattomia niin, että ne eivät eri ulottuvuuksissa liity toisiinsa. Esimerkiksi perinteiseksi ja kokonaisvaltaiseksi määrittäminen eivät ole automaattisesti sidoksissa toisiinsa. Jatkumot eivät myöskään ole arvotettuja niin, että jonkun ulottuvuuden kohdalla toinen ääripää automaattisesti kuvaisi tavoiteltavaa potilaana olemisen tapaa.

Vakaus kuvaa potiluuksien pysyvyyttä. Jatkumon toisessa päässä potiluuksiin on perinteistä. Jos käytäntö itsessään on pysynyt muodoltaan suhteellisen samanlaisena, myös potiluuksiin on muuttumatonta. Toisessa ääripäässä potiluuksiin on muuttuvaa, eli käytännön jatkuvasti uusiutuessa myös potilaana olemisen tavat muuttuvat. Ulottuvuus löytyy esimerkiksi lääkärintoimintakäytännöstä, joka on vuosikymmeniä pysynyt suhteellisen samanlaisena, ja telemetriakäytännöstä, joka edustaa jatkuvasti muuttuvaa ja kehittyvää teknologiaa. Analyysissä olen yhdistellyt ja abstrahoinut tällaisia piirteitä eri käytännöistä ja nimennyt ulottuvuuden vakaudeksi.

ULOTTUVUUS	JATKUMO	
VAKAUS	perinteinen	muuttuva
FOKUS	kokonaisvaltainen	kohdennettu
TOIMIJUUS	aktiivinen	passiivinen
ERILLISYYS	yksilöllinen	joukkoon kuuluva
ASEMA	osastopotilas	kotiutettava

Kuvio 1. Sairaalaosaston potiluuksiin kuvaavat ulottuvuudet ja niiden muodostamat jatkumot

Tämän tutkimuksen vakaas-ulottuvuus eli ajatus potiluudesta perinteisenä tai muuttuvana löytyy esimerkiksi Tiina Hautamäen tutkimuksesta, jossa hän on tutkinut tuberkuloosi- ja aids-tekstejä vuosilta 1946–1996. Hautamäki toteaa, että tutkimusajankohtana teksteissä ei tapahdu suuria muutoksia eli sairauksista kirjoittamisen tavat ovat melko pysyviä. Teksteissä tuotetaan potilaan asemaa suhteellisen samalla tavalla vuosikymmenestä toiseen.³ Tämän tutkimuksen valossa voi siis esittää, että Hautamäen tarkastelemassa käytännössä, lääketieteellisissä teksteissä, potiluus on perinteistä.

Fokus kertoo potilauden mittakaavasta. Huomioiko käytäntö potilaan elämän eri osa-alueet eli onko potilas käytännössä kokonaisvaltainen vai kapeasti yhteen osa-alueeseen kohdennettu? Ulottuvuus löytyy esimerkiksi telemetriakäytännöstä, jossa potilas jaetaan yhä pienempiin ja potilasta tarkemmin kuvaaviin osiin. Lääkärinkiertokäytäntö ja kotiuttamiskäytäntö sen sijaan otavat huomioon potilaan koko elämäntilanteen, mistä muodostuu ulottuvuuden toinen ääripää.

Aikaisemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Daniel Chambliss on kritisoinut lääketiedettä potilaan objektivoinnista. Hän kuvaa kuinka potilasta tarkastellaan vain biolääketieteellisenä kokonaisuutena ja hänet erotetaan omasta elämästään ja elämäntarinastaan.⁴ Siten Chamblissin potiluus on tämän tutkimuksen valossa kohdennettua. Myös vammaisen lapsen kuvaa ammatti-ihmisten asiakirjoissa tutkinut Tanja Vehkakoski tuo esiin, kuinka lapsipotilaan yksittäiset fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet ja niiden vajavuudet otetaan tarkasteluun hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaisen tarkastelun sijaan.⁵

Toimijuus-ulottuvuus kuvaa käytännön potilaalle tarjoamaa toiminnan mahdollisuutta. Mahdollistaako käytäntö potilaan aktiivisen toiminnan vai onko potilas käytännössä passiivinen toiminnan kohde? Toimijuus löytyy tässä tutkimuksessa kuvatuista ulottuvuuksista helpoiten, koska monissa käytännöissä potilaan toiminta nousee tarkastelussa selvästi esiin. Esimerkiksi sairaalaosaston ajan tarkastelu osoittaa, että potilaan ajalla potilas toimii välillä omien ”askareiden” parissa kirjaa lukien, ristikoita ratkoen, kävellen tai televisiota katsellen. Sen sijaan potilaan mielipidettä ei juuri kuunnella siinä, mihin huoneeseen hänet osastolla sijoitetaan. Lääkärinkierrolla kanssapotilaan odotetaan olevan välinpitämätön suhteessa huoneessa käytyyn keskusteluun. Lääkärinkiertokeskustelussa kulloinkin mukana olevan potilaan odotetaan aluksi kuuntelevan lääkäriä, jonka jälkeen myös hänellä on mahdollisuus kysymyksiin.

Useimmat aikaisemmat potilasta tarkastelleet tutkimukset ovat läheisesti yhteydessä nimenomaan toimijuus-ulottuvuuteen. Tutkimukset ovat kuvanneet potilasta toimijana tai toiminnan kohteena ja siten määrittäneet potilasta subjektina ja objektina tai aktiivisena ja passiivisena. Esimerkiksi Tiina Hautamäen tutkimuksessa potilas on tuberkuloosi- ja aids-teksteissä välillä lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteena ja välillä aktiivisena toimijana tai kokijana⁶. Potilasvaatetusta tutkineet Päivi Topo ja Sonja Iltonen-Tähkävuori toteavat nykyistenkaltaisten potilasvaatteiden kaventavan ja rajoittavan potilaan toimijuutta ja aktiivisuutta⁷. Journalistisen sairaalan potilas tuottuu uutisosastoilla äänettömäksi hoidon kohteeksi ja taudin kantajaksi, mutta yleisosaston potilas on aktiivinen ja äänekäs⁸.

Ammatti-ihmisten asiakirjoissa lapsipotilas on välillä kohde ja välillä ajatteleva, tunteva, tahtova ja toimiva ihminen⁹. Myös mainosten potilasta tutkineet Deborah Lupton ja Kirsi Lumme-Sandt analysoivat potilasta aktiivinen–passiivinen- tai objekti–subjekti-asteikolla¹⁰. Sosiologi Anssi Peräkylä on kuvannut kuolevalle potilaalle annettuja erilaisia identiteettejä, joita ovat päivittäisten tehtävien kohde, lääketieteellisen tiedon ja hoitotoimenpiteiden ruumiillinen kohde, tunteva ja kokeva subjekti, tunteva ja kokeva subjekti psykologisen tiedon ja ohjailun kohteena¹¹.

Neljäntenä ulottuvuutena on *erillisyyys*. Ulottuvuus huomioi sosiaaliset suhteet eli sen, onko potilas sairaalaosaston käytännössä yksilö vai osa joukkoa. Onko käytännön kohteena yksilöllinen potilas vai tuottaako käytäntö potilasjoukon, kollektiivin? Ulottuvuuden nimeäminen on ollut vaikeaa. Etenkin joukolle on ollut hankalaa löytää kuvaavaa termiä. Joukon sijaan voisi käyttää yhteisön käsitettä, vaikka se sisältää yleensä positiivisen sävyn saavan sosiaalisen siteen siihen kuuluvien kesken. Tavoittelemassani ilmiössä tällainen ”yhteisöllisyys” ei kuitenkaan ole välttämätöntä, vaan joukko voi muodostua toisilleen tuntemattomista ja kasvottomista yksilöistä, jotka joku ulkopuolinen taho niputtaa yhteen. Siteen joukko kuvaa ilmiötä yhteisö-termiä paremmin. Erillisyyttä kuvaavia piirteitä löytyy esimerkiksi potilashuoneiden jakokäytännöstä, jossa potilas ei tuotu pelkästään sukupuolensa perusteella vaan yksilöllisempänä riippuen kantamastaan mikrobista, sen kannasta ja niin edelleen. Sen sijaan sairaalaosastolle tulo ja sairaalaosaston aika määrittävät potilaana olemista joukkona.

Lähelle ajatusta potilauden erillisyydestä tulee myös potilauden normaalius-ulottuvuus. Lääketiede tieteenä nojaa normin ajatukseen, jossa asioita ja ilmiöitä jaetaan normaaliin ja poikkeavaan. Näyttöön perustuva lääketiede ja Käypä hoito -suositukset perustuvat kuvaukseen joukosta, joka kääntyy mit-

tapuuksi, tavoiteltaviksi viitearvoiksi ja vertailuun perustuvaksi luokitteluksi.¹² Normaaliuden ja sen normaali–poikkeava-jatkumon olisi hyvin voinut lisätä yhdeksi potilisuuden ulottuvuudeksi. En kuitenkaan tehnyt niin, koska en löytänyt empiirisestä aineistosta tukea ulottuvuudelle. En ollut kenttätöissä kiinnittänyt erityistä huomiota lääketieteellisiin keskusteluihin, joissa ulottuvuus olisi todennäköisesti noussut esiin, joten aineistossa ei ole asiaan liittyvää materiaalia.

Viides ulottuvuus, *asema*, kuvaa ihmisen tilannetta osastolla: jos potilaan osastohoidon kriteerit täyttyvät, potilas asemoidaan osastopotilaaksi. Tilanteessa, jossa potilaan voi lähettää kotiin, osastopotilaan asema lakkaa. Ulottuvuus nousee esiin esimerkiksi kotiuttamiskeskusteluissa, joiden lähtökohtaisena tavoitteena on pohtia potilaan sairaalassa pysymistä tai kotiin lähettämistä. Verhotummin ulottuvuus löytyy esimerkiksi telemetriakäytännöstä, jossa laitteen tarve mahdollistaa potilaille osastohoitoa.

Ulottuvuus löytyi käytännöistä suhteellisen helposti, mutta samalla se tuntui poikkeavalta suhteessa muihin ulottuvuuksiin. Asema-ulottuvuudessa potiluus on dikotomista, kun se muissa ulottuvuuksissa saa jatkumon luonteen. On vaikea kuvitella potilasta, joka ikään kuin roikkuu osastopotilaan tai kotiutettavan potilaan välimaastossa. Kun asema tässä tutkimuksessa kuvastaa sitä, onko potilas tietynlainen tai oikealla tavalla sairas, jotta hän määrittyy osastopotilaaksi, niin myös Merja Ala-Nikkola tuo esiin, kuinka vanhustenhuollossa neuvotellaan asiakkuudesta. Työntekijöiden tulee löytää pitkäaikaishoitoon sijoitettavaksi vanhus, joka on ”sopivasti sairas”, ei liikaa, mutta ei myöskään liian vähän.¹³

Potiluuskuviot

Seuraavaksi sovellan edellä kuvaamaani mallia (kuvio 1) tässä tutkimuksessa tarkasteltuihin sairaalaosaston arkisiin käytäntöihin. Jokaisen käytännön kohdalla potilas saa pisteen eri ulottuvuusjatkumoille. Yhdistämällä pisteet viivaksi muodostuu viivakuviota, jota nimitän potiluuskuvioksi. Se havainnollistaa, minkälaista potiluuksia kuvattu käytäntö tuottaa.

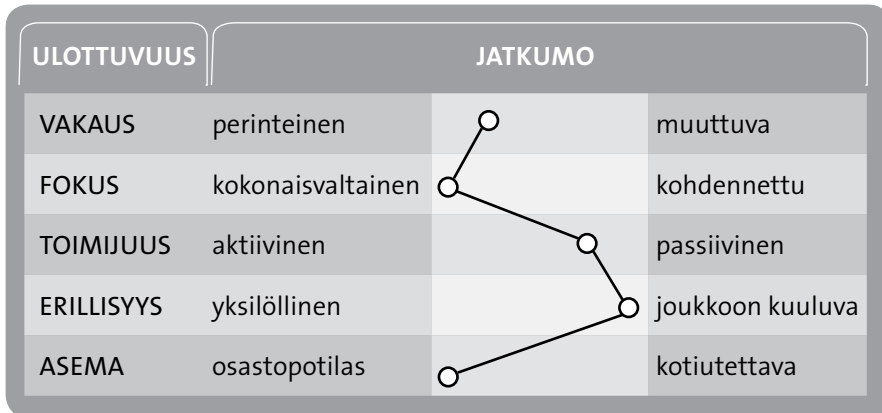
Potiluuskuviot ovat suhteellisia ja kontekstisidonnaisia ja kuvaavat käytännön tuottamaa *tyypillistä* potiluuksia. Niiden muotoutumiseen vaikuttaa paikka ja aika. Tässä tutkimuksessa olen piirtänyt potiluuskuviot sen perusteella, miltä käytännöt ovat näyttäneet tutkimusosastoilla ja -ajankohtana. Joissakin tilanteissa yksittäisen potilaan henkilökohtainen tilanne on niin

määrävä pisteen sijainnille jatkumolla, että yleistä toimijaryhmäkohtaista kuvausta on potilaasta vaikea antaa. Tällöin olen käyttänyt viivan piirtämiseksi katkoviivaa, joka kuvaa sitä, että potilaan henkilökohtainen tilanne vaikuttaa potiluskuvion ilmiasuun. Vaikka potiluskuvio muodostuu viidestä ulottuvuudesta, joistakin käytännöistä kaikkien viiden ulottuvuuden löytäminen on hankalaa. Vaikeus johtuu siitä, että käytäntö ei tunnu ottavan kantaa potiluuteen jonkun tietyn ulottuvuuden näkökulmasta. Tällaisissa tilanteissa olen jättänyt hankaluuksia tuottavan ulottuvuuden pois ja piirtänyt potiluskuvion muiden ulottuvuuksien avulla.

Potiluuden ulottuvuuksia ja potiluskuvioita voidaan käyttää hyödyksi kehittämistyössä, kun mietitään jonkin terveydenhuollon käytännön uudistamista tai uuden käyttöönottoa. Potiluuden tarkastelun voi ulottaa sairaalaosaston lisäksi myös muiden terveydenhuollon toimipisteiden käytäntöihin. Ulottuvuuksien ja potiluskuvioiden avulla voidaan sanallistaa ja havainnollistaa käytännön tuottamaa potiluuksi ja siten edesauttaa keskustelua siitä, tuottaako kyseinen käytäntö sellaista potiluuksi, jollaista ollaan yhteisesti tavoittelemassa.

Potiluus sairaalaosastolle tullessa

Tutkimuksessa olen tarkastellut potilaan sairaalaosastolle tuloa tavaroiden ja äänimaailman avulla. Ihmisestä tulee osastopotilas tiettyjen tavaroiden, kuten sängyn ja potilasvaatteiden kautta, ja potilaaksi tuloon liittyy myös tavaroiden omistajuuden muutoksia. Potilas saa itselleen sairaalavaatteet ja sängyn. Samalla hän luopuu omista vaatteistaan sekä kotilääkkeidensä ja lääketieteellisen teknologian hallinnoinnista. Nämä tavaroiden omistajuuden muutokset saattavat olla myös osittaisia niin, että potilaan tavaran omistajuus laajenee koskemaan myös sairaalaa. Merkityksellistä on tapa, jolla tavaroiden omistajuuksia siirretään: tavalla voidaan osoittaa potilaalle tämän, yleensä alisteista, paikkaa sairaalaosaston hierarkiassa. Sairaalaosaston potilaaksi tullessaan ihminen kohtaa uudenlaisen äänimaailman. Arkisten, kotoakin tuttujen, äänien lisäksi potilas kuulee osastolla muiden potilaiden fysiologisia ääniä, jotka muualla yhteiskunnassa on suljettu yksityisen piiriin. Uusia ääniä potilaalle ovat usein osaston tavaroista ja teknologisista laitteista lähtevät äänet. Siinä vaiheessa, kun tulokas on oppinut tunnistamaan, tulkitsemaan ja myös toimimaan osaston äänien edellyttämällä tavalla, hänestä on lopullisesti tullut osastopotilas.



Kuvio 2. Potiluus osastolle tullessa

Potilaan sairaalaosastolle tulo tuottaa edellä kuvatun potiluuksuvion. Monet tässä tutkimuksessa kuvatut potilaan sairaalaan tuloon liittyvät tapahtumat, kuten omista vaatteista luopuminen ja sängyn saaminen, ovat pysyneet samanlaisina jo pitkään. Muutosta on kuitenkin tapahtunut esimerkiksi siinä, voiko potilas käyttää matkapuhelintaan osastolla. Näin sairaalaan tulo käytäntö tuottaa melko perinteistä potiluuutta. Potilaan tullessa osastolle hänen henkilökohtainen elämäntilanteensa kartoitetaan haastattelemalla häntä hänen toimintakyvystään, sosiaalisista suhteistaan, terveydestään ja niin edelleen, joten tulokäytäntö tuottaa kokonaisvaltaisen potilaan.

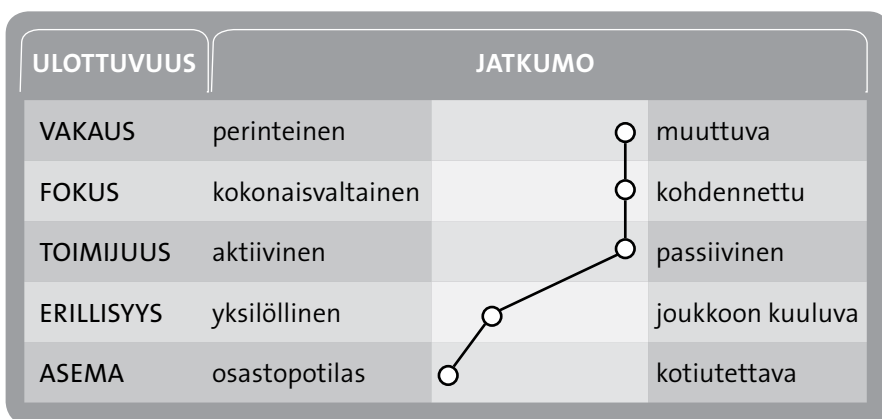
Sairaalaosastolle tullessa potilaalle tarjottu toimijuus vähenee monin tavoin. Potilas ei saa hallinnoida omia kotilääkkeitään eikä päättää täysin ajankäytöstään tai toimistaan. Siksi potilaalle tarjottu toimijuus osastolle tullessa on passiivista. Erillisyyss-jatkumolla potilas pikemminkin kuuluu joukkoon kuin on yksilöllinen. Esimerkiksi potilaan saamat potilasvaatteet, muut tavarat ja jaetut potilashuoneet vähentävät potilaan yksilöllisyyttä. Luonnollista on, että potilas saa osastopotilaan aseman, koska osastohoito on katsottu tarpeelliseksi, ja hänet on juuri päätetty ottaa sisään osastolle.

Potiluus ja potilashuoneiden mikrobiperustainen jako

Mikrobi on aktiivinen toimija tutkimusosastoilla. Näkymättömän mikrobin toimijuus on varsin näkyvää. Mikrobi muokkaa henkilökunnan työtehtäviä ja toimintatapoja osastolla samoin kuin potilaan toimintaa ja liikkumista. Mikrobi vaikuttaa siihen, mihin huoneeseen potilas osastolla sijoitetaan.

Osasto Kuntoutukseksi nimittämälläni tutkimusosastolla mikrobi ylittää sukupuolijaottelun niin, että mies- ja naispotilaita sijoitetaan samoihin huoneisiin heidän kantamansa mikrobin perusteella. Yleisesti ottaen näyttäisi siltä, että sairaalaosastoilla ollaan siirtymässä vahvempaan sukupuoli-integraatioon. Aiempien moraalisten syiden tilalle ovat nousemassa tehokkuuteen liittyvät perustelut. Analyysi osoittaa, että mikrobin toimijuus on neuvoteltavissa olevaa sekä politiikkatasolla että tilannekohtaisesti. Mikrobin toimijuus vaatii politiikkatason päätöksentekoa esimerkiksi silloin, kun mietitään varataan-ko jokin osasto jollekin tietylle mikrobille tai onko mikrobia kantavat potilaat rekisteröitävä valtakunnallisesti. Tilannekohtaisesta neuvottelusta on kyse esimerkiksi silloin, kun henkilökunta miettii potilaan sijoittamista potilashuoneeseen potilaan ja osaston sen hetkisen tilanteen perusteella.

Mikrobeja löydetään lisää ja niiden luokittelukäytännöt ovat muuttuvia. Myös huonejakokäytännöt voivat vaihdella sen mukaan, kuinka vaaralliseksi mikrobi kulloinkin arvioidaan. Tämä tuottaa potiluudesta muuttuvaa. Mikrobiperustaisessa huoneiden jaossa potilas määrittyy pitkälti kantamakseen mikrobiksi, joten potilas tuottuu kohdennettuna. Potilashuoneiden jaossa ei juuri kysytä potilaan mielipidettä eli potilaan aktiivisuus tilanteessa jää vähäiseksi. Mikrobiperustaisessa huonejakokäytännössä kahtiajako naisiin ja miehiin korvautuu monisyisemmällä jaotellulla mikrobiin, sen kantaan, tartuntatapaan, sijaintiin kehossa ja mikrobin aktiivisuuteen. Toisin sanoen käytäntö yksilöllistää potilasta enemmän kuin pelkkä sukupuolijaottelu. Tietyn mikrobin olemassaolo vaatii osastohoitoa, ja siten potilas saa osastopotilaan aseman.

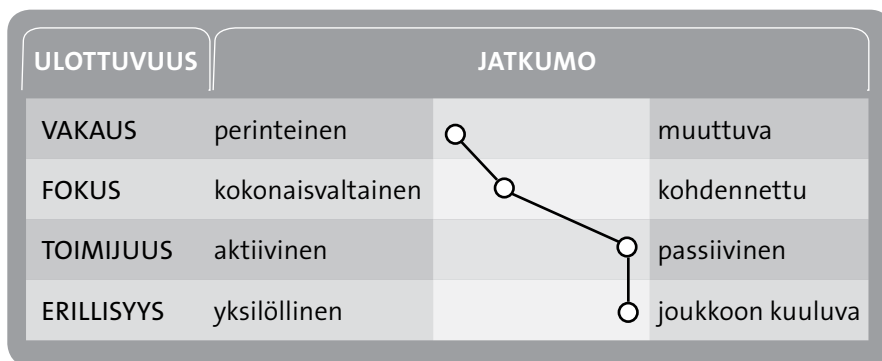


Kuvio 3. Potiluus mikrobiperustaisessa huonejakokäytännössä

Potiluus sairaalaosaston organisatorisella ajalla

Tutkimuksessa olen jakanut osaston ajan kolmeen: fysiologiseen ja organisatoriseen aikaan, jotka ovat toimintariippuvaisia, sekä potilaan aikaan, joka on toimijariippuvaista. Fysiologista ja organisatorista aikaa erottaa niiden strukturoiman toiminnan sisältö ja mittakaava. Fysiologinen aika perustuu ihmisen fysiologisiin rytmeihin, esimerkiksi unirytmiiin, virtsaamistiheyteen ja lääkkeiden puoliintumisaikoihin. Organisatorinen aika varmistaa osaston toiminnan sujuvuutta ja eri toimintojen tahdistamista. Potilaan aika on kokemuksellisesti tavoitettavissa vain potilaille. Potilaan aika sisältää sairauden mukanaan tuoman epämääräisen ja tuntemattoman odottamista, jonka ahdistavuutta potilaat saattavat vähentää odottamalla konkreettisia, osaston päivärytmiin kuuluvia, tapahtumia. Odottamisen lisäksi potilaan ajalle on ominaista pieni toimijuus. Puuhailu arkisen ja tutun parissa auttaa potilaita ottamaan haltuun sekä osaston aikaa että tilaa ja luomaan rutiineja vieraassa ympäristössä.

Koska sairaalaosastolla on kolmenlaista aikaa, kuvaan sairaalaosaston ajan tuottamaa potiluuutta tässä esimerkinomaisesti organisatorisella ajalla. Sairaalaosastolla aikaa rytmitetään esimerkiksi lääkärintoimintakatauluilla, ruokailuajoilla ja vierailuajoilla. Tällainen aikataulutus on ollut sairaalaosastoille tyypillistä jo pitkään, joten organisatorinen aika tuottaa potiluiden perinteisenä. Organisatorinen aika tuottaa enemmän kokonaisvaltaista kuin kohdennettua potiluuutta, koska se huomioi sairauden lisäksi esimerkiksi potilaan sosiaaliset suhteet. Organisatorisen ajan tarjoama toimijuus potilaalle on passiivista, koska se aikatauluttaa ja ohjaa potilaan toimintaa potilaasta itsestä riippumatta. Potilaana oleminen määrittyy joukkona olemiseksi, koska monet



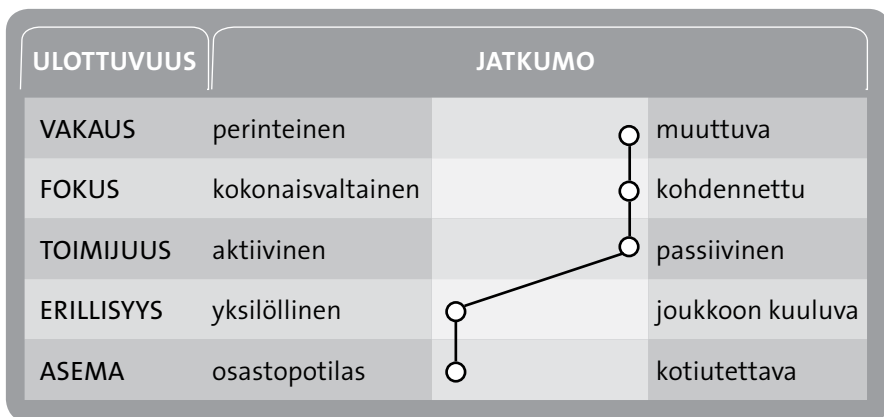
Kuvio 4. Potiluus sairaalaosaston organisatorisella ajalla

toiminnot, kuten lääkkeiden ja ruoan jako sekä hoitotoimet, suoritetaan kaikille potilaille samanaikaisesti osaston päivärytmin mukaisesti. Asema-ulottuvuus on jätetty kokonaan merkitsemättä, koska sairaalaosaston aika ei oikeastaan ota kantaa potilaan sairaalaosastolla oloon.

Telemetriakäytännön potiluus

Telemetria mahdollistaa potilaan sydämen sykkeen jatkuvan valvonnan ja langattoman tiedonsiirron. Se jakaa potilaan pienempiin ja uudennlaisiin osiin ja vie inhimillisiä toimijoita pääsääntöisesti kauemmas toisistaan. Menetelmä muuttaa osaston henkilökunnan tehtäväkuvaavaa ja liikkumista. Telemetria lisää potilaiden toimintamahdollisuuksia ja siten potilaiden itsenäisyyttä. Teknologiset laitteet ylipäänsä luovat osastoilla yhä uudennlaisia tarpeita materiaalisille tavaroille. Teknologian toimijuuteen liittyy myös moraalinen näkökulma niin, että teknologian käyttöönotolla on osastoilla moraalisia seurauksia sekä vaikutuksia myös potilaiden myöhempään elämään.

Telemetria on suhteellisen uusi mittauskäytäntö, ja yleensäkin teknologia sairaalaosastolla lisääntyy, kehittyy ja muuttuu koko ajan. Tämän vuoksi potilas on telemetriakäytännössä muuttuva. Telemetria jakaa potilasta yhä pienempiin ja useampaan osaan kuten sydämen rytmiksi, sähköimpulssiksi, signaaliksi, käyräksi ja hälytysääneksi. Siksi potilas tuottuu käytännössä kohdennettuna. Potilas on käytännössä passiivinen, koska hän ei itse osallistu sydämen rytmensä mittaamiseen: menetelmä mittaa rytmiä potilaan tekemisestä riippumatta. Telemetria mittaa tietyn yksittäisen potilaan sydämenrytmiä, joten potilas tuottuu yksilöllisenä. Kun telemetria on jonkun potilaan koh-



Kuvio 5. Potiluus telemetriakäytännössä

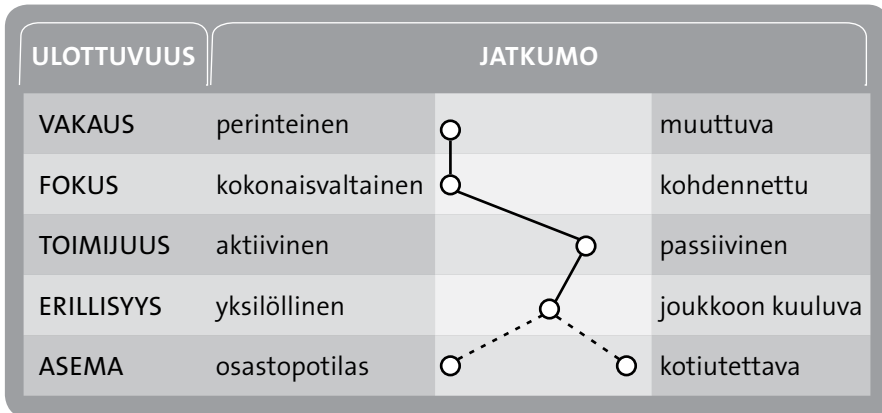
dalla otettu käyttöön, on arvioitu, että siitä on hänen hoidossaan hyötyä. Potilaan terveydentila ja sen seuraamisen tarve telemetrialla siis oikeuttaa potilaalle osastopotilaan aseman.

Lääkärinkiertoikäytännön potiluus

Tutkimuksessa olen lähestynyt lääkärintoimintaa vuorovaikutuskäytäntönä. Analyysi osoittaa, että lääkärintoiminnalla toimijoiden roolit vaihtelevat käsikirjoituksen mukaisesti. Kanssapotilaat osallistuvat lääkärintoimintaan negatiivisen, ja joskus positiivisen, solidaarisuuden kautta. Lääkärintoiminnan käsikirjoituksen tavoitteena on luoda kahdenkeskisyden illuusio potilaan ja lääkärin välille ja siten vahvistaa hoitosuhdetta. Lääkärintoiminnalla potilaan asioista keskustellaan laajasti potilashuoneissa. Huoneen kanssapotilaat kuulevat lääkärintoimintakeskustelut, mutta heitä ei sido salassapitovelvollisuus kuten henkilökuntaa. Lääkärintoiminnan vertailu kirjallisten potilasasiakirjojen käsittelyyn tuo esiin monenlaisia eroja käytäntöjen välillä. Erot liittyvät historiaan, juridiseen ohjeistukseen ja potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa tietojensa leviämiseen. Analyysi osoittaa, että kirjallisiin tiedonvälityskäytäntöihin panostetaan sairaalaosastoilla monin tavoin enemmän kuin suullisiin.

Käytäntönä lääkärintoiminta on pysynyt lähes muuttumattomana vuosikymmenet, joten lääkärintoiminta tuottaa potilaiden perinteisenä. Lääkärintoimintakeskustelut koskevat potilaan sairauden lisäksi potilaan sosiaalisia suhteita, asumisolosuhteita ja taloudellista tilannetta. Siten potilaiden osuus on kokonaisvaltaista. Lääkärintoiminnalla potilas on pääsääntöisesti keskustelun ja päätöksenteon kohde, joka makaa tai istuu sängyllään henkilökunnan seistessä ja keskustellessa ympärillä. Kuitenkin potilaalle tarjotaan mahdollisuus myös kysymyksiin. Niinpä potilaalle tarjottu toimijuus on enemmän passiivista, mutta sisältää myös aktiivista toimintaa.

Lääkärintoiminnalla käydään läpi potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta. Tässä mielessä lääkärintoiminta yksilöllistää potilasta. Samalla käytäntö julkisena, kaikkien kuultuun käytynä, keskusteluna muodostaa potilaista joukkoa. Näin lääkärintoiminnan potilaiden osuus sijoittuu erillisyyden- ja ulottuvuudessa jatkumon keskivaiheille. Lääkärintoiminnalla käydään läpi potilaan henkilökohtaista tilannetta, tutkimustuloksia ja sairauden hoitoa. Nämä kaikki ovat yksilöstä riippuvia tekijöitä, joten toimijaryhmittäistä sijaintia on vaikea määrittää asemaluottavuuden jatkumolle. Yksittäinen potilas voi saada joko osastopotilaan tai kotiutettavan potilaan aseman, joten viiva on piirretty kuvioon katkoviivana.

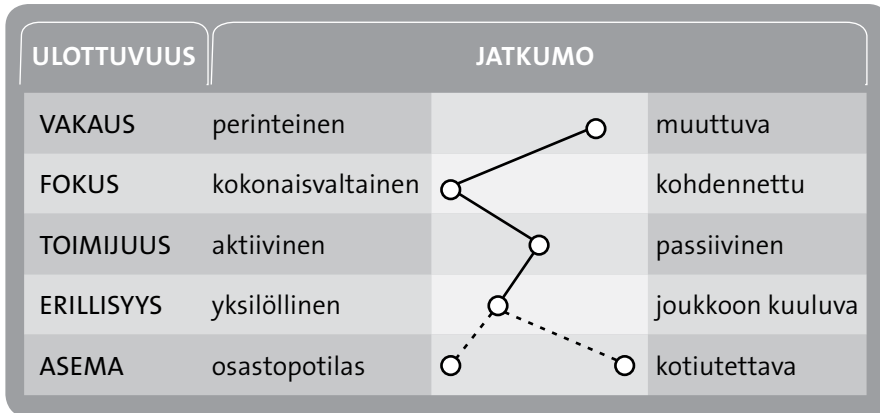


Kuvio 6. Potiluus lääkärintoimintakäytännössä

Kotiuttamiskäytännön potilas

Potilaan kotiuttaminen osoittautui monimutkaiseksi prosessiksi. Kotiuttamiskeskusteluissa käytetään neljää eri kotiuttamisperustetta, joiden ensisijaisuudesta neuvotellaan: toimintakyky- ja elämäntilanneperustetta sekä lääketieteellistä ja hallinnollista perustetta. Kotiuttamiskeskusteluissa neuvotellaan myös siitä, minkä kuntoinen kukin potilas on ja minkälaisessa kunnossa olevan potilaan voi lähettää kotiin. Neuvottelujen seurauksena kotiuttamiskeskusteluista muodostuu aidosti moniäänisiä, mutta samalla neuvottelujen moninaisuus tekee keskusteluista raskaita ja konfliktierkkiä.

Sairaalaosaston kotiuttamiskriteerit eivät ole pysyviä, vaan muuttuvat ajan mukana erilaisten suuntausten mukaisesti. Esimerkiksi viime aikoina on tavoiteltu yhä lyhyempiä hoitoaikoja. Niinpä potilas on kotiuttamiskäytännössä enemmän muuttuva kuin perinteinen. Kotiuttamiskeskusteluissa potilaan elämäntilannetta käydään läpi laajalti ja monesta näkökulmasta, joten potiluus tuottuu kokonaisvaltaisena. Potilaalle tarjoutuu kotiuttamiskeskusteluissa mahdollisuus osallistua keskusteluun etenkin oman toimintakykynsä ja elämäntilanteensa näkökulmasta. Kuitenkaan potilas ei juuri ole mukana varsinaisessa päätöksen tekemisessä vaan sen tekee lääkäri. Näin potilaalle tarjottu toimijuus sijoittuu jatkumon puoliväliin. Kotiuttamiskeskustelut käydään potilaan henkilökohtaisen tilanteen pohjalta ja siinä mielessä ne yksilöllistävät potilasta. Kuitenkin keskusteluissa käytetty hallinnollinen kotiuttamisperuste tuottaa potilaasta joukkoa. Näin kotiuttamiskäytännön potilas on siis yksilöllinen, mutta sisältää myös joukon piirteitä. Kotiuttamiskeskus-



Kuvio 7. Potiluus kotiuttamiskäytännössä

telujen tavoitteena on neuvotella ja päättää yksittäisen potilaan sairaalaosastolla pysymisestä tai hänen lähettämistään kotiin tai toiseen hoitopaikkaan. Siksi asema-ulottuvuutta on hankala määrittää toimijaryhmätasolla ja viiva on piirretty katkoviivana.

Edellä olen kuvannut potilasta kuudessa eri sairaalaosaston käytännössä. Esitetyt potiluuskuviot ovat keskenään erilaisia. Tämä havainnollistaa tutkimuksen lähtökohtana esitettyä ajatusta potilaan moninaisuudesta: eri käytännöissä potiluus tuottuu erilaisena. Samalla tämä tarkoittaa sitä, että potiluuksi ei voi kuvata vain yhtenä, esimerkiksi sairaalainstituution tai sairaalakulttuurin tuottamana potiluuksena. Potiluus ei tuotu ylhäältäpäin, vaan potiluus on ja samalla syntyy ruohonjuuritason käytännöissä, toiminnassa ja tapahtumissa. Potiluuksi voidaan siis tarkastella erittelemällä käytäntöjä ikään kuin pysäytetysti, kohta kohdalta. Tällöin siihen, mitä potiluus on, on mahdollista vaikuttaa nimenomaan käytäntöjen kautta. Arkisten käytäntöjen kehittämistyö nousee avainasemaan myös potiluuksien kehittämisessä.

Viitteet

- 1 Räsänen & Trux 2012, 31.
- 2 Lämsä 2003.
- 3 Hautamäki 2002.
- 4 Chambliss 1996, 120.
- 5 Vehkakoski 2000, 69–70.
- 6 Hautamäki 2002.
- 7 Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010.
- 8 Torckola 2008, 291.
- 9 Vehkakoski 2000, 69–70.
- 10 Lupton 1993; Lumme-Sandt 2000.
- 11 Peräkylä 1990, 23.
- 12 Ks. esim. Jauho 2003.
- 13 Ala-Nikkola 2003, 63.

7 LOPUKSI

Kirjan viimeisessä luvussa keskustelen tutkimuksen tuloksista edellisessä luvussa esitettyjen potiluuden ulottuvuuksien kautta. Tämän jälkeen arvioin tutkimuksen toteutusta. Viimeisessä alaluvussa esitän muutamia menetelmällisiä huomioita ja konkreettisia kehittämissuhteita sairaalaosaston käytäntöihin.

Keskustelua tuloksista

Potilaan vakaushetki ja sairaalan rooli yhteiskunnassa

Vakaushetki-ulkovuus kertoo potiluuden pysyvyydestä: kuinka perinteinen tai muuttuva potilas tiettyssä käytännössä on. Samalla kun ulkovuus kertoo potiluudesta, se tulee valottaneeksi myös sairaalan roolia yhteiskunnassa. Se, kuinka muuttuvia tai pysyviä sairaalaosaston käytännöt ovat, kertoo osaltaan siitä, kuinka eristäytyvä tai muuhun yhteiskuntaan yhdyttyä sairaala on. Lääketieteellisessä antropologiassa on keskusteltu siitä, onko sairaala yhteiskunnasta erillinen saareke vai pienen yhteiskunta. Tätä keskustelua on kiinnostavaa jatkaa ja pohtia, minkälaisen roolin sairaala yhteiskunnassa tässä tutkimuksessa tarkastelujen käytäntöjen kautta saa.

Tämän tutkimuksen valossa suomalaisessa sairaalaosastossa on piirteitä sekä erillisestä saarekkestä että pienen yhteiskunnasta: joiltakin osin sairaalaosaston käytännöt seuraavat muualla yhteiskunnassa tapahtuvaa kehitystä, kun taas toiset käytännöt alleviivaavat sairaalan omalakisuuksia ja erillisyyttä. Muualla yhteiskunnassa tapahtuvaa kehitystä sairaalaosastolla on seurattu - ja toimittu jopa edelläkävijänä - ainakin teknologian suhteen. Teknologiset laitteet ovat osa sairaalan arkipäivää ja sairaaloissa otetaan jatkuvasti käyttöön uudenlaisia innovaatioita.

Myös markkinataloudellistuminen ja taloudellisen tehokkuuden tavoittelu näkyvät joissakin tässä tutkimuksessa tarkastelluissa sairaalaosaston käy-

tännöissä. Esimerkiksi mikrobiperustaisessa potilashuonejaossa ylitetään perinteinen sukupuolijaottelu sijoittamalla naisia ja miehiä samoihin potilashuoneisiin. Tavoitteena on tehokkaan infektioiden hoidon lisäksi osaston käyttöasteen kasvattaminen. Potilaiden kotiuttamisessa sairaalaosaston tehokkuusajattelu näkyy kenties selvimmin. Kotiuttamiskeskusteluissa käytetään hallinnollista perustetta eli potilas voidaan kotiuttaa esimerkiksi sairaalan potilaspaikkatilanteen, hoitoajan pituuden tai jonossa olevien potilaiden määrän perusteella.

Joidenkin käytäntöjen valossa sairaalaosastoa voi luonnehtia yhteiskunnan toiminnasta ja arvoista ulkopuoliseksi ja irralliseksi organisaatioksi. Tämä eristyneisyys näyttää korostuvan nimenomaan yksityisyyteen ja yksilöllisyyteen liittyvissä asioissa. Esimerkiksi sairaalaosaston potilasvaatetus, ajankäyttö tai potilaille tarjotut toiminnan mahdollisuudet eivät tarjoa yksilöllisiä vaihtoehtoja. Selvemmin yhteiskunnallisen kehityksen ulkopuolelle jättäytyminen näkyy lääkärintoiminnalla, jolla potilaan tiedollinen yksityisyys rikotaan päivittäin. Muualla yhteiskunnassa yksityisyyden säilymisestä on tullut yksi kansalaisen perusarvoista, jota korostetaan ja johon panostetaan monin tavoin. Missään muussa yhteiskunnan instituutiossa, kuten pankissa, verotoimistossa tai koulussa, ei nykypäivänä suvaittaisi lääkärintoimintakäytännön kaltaista tietovuotoa ulkopuolisille henkilöille.

Voi olettaa, että sairaalan suhde ympäröivään yhteiskuntaan kuvaa myös muiden vastaavien laitosten tilannetta: laitoksissa on sekä ajanmukaisia käytäntöjä että käytäntöjä, jotka ovat jääneet uudistamatta. Mikä laitosten rakenteissa sitten johtaa tilanteeseen, joissa jotkut käytännöt ovat tarpeettoman pysyviä? Laitosten toimintaa kuitenkin ohjataan niiden ulkopuolelta, lakien ja asetusten avulla ja ulkopuolisten tarkastajien toimesta. Yksi syy voi olla se, että ihminen tottuu asioihin nopeasti. Laitoksen sisällä sekä henkilökunta että ”asukkaat” kadottavat helposti näkyvyyden, katsovat asioita liian läheltä eivätkä enää huomaa uudistuksen tarvetta. Toista selitystä voi etsiä laitosten roolia yhteiskunnassa. Laitokset ovat aina olleet olemassa osaksi siksi, että epätoivotut ilmiöt, kuten sairaus, poikkeavuus, pahoinvointi tai kapinallisuus, saadaan rajattua yhteiskunnassa näkymättömiin. Voi siis olla myös niin päin, että me laitosten ulkopuolella elävät emme ole olleet tarpeeksi kiinnostuneita siitä, mitä niiden sisällä tapahtuu.

Potilaan fokus ja koordinoiva työ

Fokus-ulottuvuudessa potiluus määrittyy kohdennettu–kokonaisvaltainen-jatkumolle. Tietyt sairaalaosaston käytännöt, kuten telemetriamenetelmä, tuottaa potilaan kohdennettuna, kun taas esimerkiksi lääkärintoiminnan ja kotiuttamiskeskusteluiden potilas on kokonaisvaltainen. Potilaan fokusta on kiinnostavaa peilata Michel de Certeau-analyysiin kävelemisestä. Käveleminen on tapa matkustaa niin, ettei se tarjoa kokonaiskuvaa tilasta. Kävellessä sen sijaan kohtaamme miellyttäviä - ja välillä yllättäviä – näkymiä ja tilanteita. Voimme jättää kokemukset erilleen, kauaksi toisistaan, kuten ne ovat kartassa. Tai vaihtoehtoisesti voimme myöhemmin koota ne yhteen ja rinnastaa kokemuksemme kertomalla niistä tarinoita tai näyttämällä kuvia. Avarasta näköalasta tulostettu kuva on samankokoinen kuin edessämme oleva lautasellinen ruokaa päivällisellä. Näin kertomus maiseman läpi kulkemisesta ei ole sen suurempi tai pienempi kuin kertomus aterian syömisestä. Sen sijaan toisenlaisia eroja on runsaasti.¹

Samaan tapaan voi ajatella, että sairaalaosaston käytännöissä tuottuvan potilaan koko vaihtelee. Välillä kuva potilaasta on zoomattu yksityiskohtaan, ja välillä kuva on otettu laajakulmaobjektiivilla. Olennaista on se, että jokaisessa kuvassa potilas on kuitenkin *kokonainen*, kuva täyttää koko paperin. Koska sairaalaosaston kaltaisessa monimutkaisessa toimintaympäristössä ei kuitenkaan voida nojata viime kädessä vain yhteen kuvaan, pitää eri käytännöistä otetut kuvat potilaasta tuoda yhteen. Esimerkiksi sekä telemetriakäytännön kohdennettu potilas että lääkärintoimintakäytännön kokonaisvaltainen potilas on tarpeen istuttaa potilaspapereihin niin, että hoitohenkilökunta pystyy eri tilanteessa käyttämään juuri oikeanlaista tietoa potilaasta ja tarvittaessa yhdistämään ”erikokoiset tiedot” silloin kun se on tarpeellista. Tähän erikoisten potilaiden yhteen saattamiseksi tarvitaan monenlaista toimintaa, jota Annemarie Mol nimittää koordinoivaksi työksi².

Koordinoiva työ on eri käytäntöjen tuottamien potilaiden kiinnittämistä yhteen. Eri kerrosten välillä kulkevien papereiden, rutiinien, keskusteluiden, muistiinpanojen ja ”potilasmittien” tavoitteena on koota yhteen erilaiset versiot potilaasta. Potilaasta tehdään yhtä selittämällä pois ristiriitoja eri versioiden välillä yksitellen, versioiden välisillä hierarkiaeroilla tai hyväksymällä eri muotojen olemassaolo.³ Tämä tutkimus osoittaa, että esimerkiksi kotiuttamiskeskusteluissa käytetään kaikkia näitä tapoja: joskus lääketieteellinen tai hallinnollinen peruste asetetaan hierarkiassa korkeammalle, joskus eri perusteiden tuottamia näkemyseroja yritetään keskustelussa vähentää. Välillä potilas saa tietyn perusteen pohjalta jäädä osastolle, vaikka toisen perusteen mukaan hänet voitaisiin kotiuttaa.

Välillä koordinoivassa työssä tunnutaan onnistuvan sairaalaosastolla heikosti. Esimerkiksi mikrobiperusteisessa huonejakokäytännössä potilaita sijoitetaan ja siirretään huoneesta toiseen kantamansa mikrobin perusteella. Tällöin yksi versio potilaasta dominoi eikä huonesiirroissa huomioda potilaan muita tarpeita tai määreitä kuten ikää, sukupuolta ja käyttäytymistä. Etenkin iäkkäille henkilöille tällaiseen kohdennettuun potilaskuvaan perustuva huonejakokäytäntö ja sen perusteella tapahtuva huoneesta toiseen siirtely voi tuottaa ongelmia.

Käytännön hoitotyön näkökulmasta ei ole merkitystä, jos joku käytäntö tuottaa potilaan erityisen kohdennettuna ja joku toinen kokonaisvaltaisena. Oleellista on ”erikokoisten” potilaiden välinen *tasapaino* ja se, että toiminnassa osattaisiin kulloinkin nojata ”oikeankokoiseen” potilaaseen. Esimerkiksi potilaan kotiuttamisessa vain tiettyyn kohdennettuun, esimerkiksi sydänfilmin tuottamaan, potilaskuvaan perustuva kotiuttaminen ei pitkällä tähtäimellä ole toimiva ratkaisu mikäli esimerkiksi potilaan toimintakyvyssä on vakavia puutteita.

Potilaan toisenlainen toimijuus

Tutkimus osoitti, että sairaalaosaston käytännöt mahdollistavat potilaalle toimijuutta eri tavoin. Esimerkiksi potilashuoneiden jaossa potilaalle tarjottu toiminta on passiivista, henkilökunnan päätöksiin mukautuvaa toimijuutta. Potilaat olivat kuitenkin myös monella tavalla aktiivisia. Lääkärinkiertojen kanssapotilaan välinpitämättömyyttä tai potilaan ajalla ilmenevää odottamista voi kuvata aktiiviseksi passiivisuudeksi⁴. Aktiivista toimintaa on myös potilaan pieni toimijuus, potilaan ajalla tapahtuva toiminta arkisten, itselle tutujen, asioiden parissa.

Potilaan monenlaisesta toimijuudesta seuraa myös poliittinen kysymys siitä, minkälainen toimijuus on oikeanlaista tai tavoiteltavaa ja mikä taho määrittelee tuon tavoiteltavan sisällöllisesti. Määrittelytahoja voi nimetä ainakin kolme: terveyspolitiikka, sairaalaosasto ja potilas itse. Viime aikojen politiikkapuheissa ja -ohjelmissa on korostettu potilaan aktiivisuutta, vastuullisuutta ja osallistumista. Mol puhuu tässä yhteydessä terveydenhuoltoonkin tavoitellusta ”valinnan logiikasta”, joka tekee potilaasta kuluttajan. Valinnan logiikka vapauttaa potilaat patriarkalisesta vallankäytöstä, josta lääketiedettä on syytetty. Samalla se vaatii tekemään päätöksiä – ja samalla jättää potilaat yksin päätösten kanssa. Valinta on jokaisen omalla vastuulla, oli se sitten oikea tai väärä. Mol muistuttaa, että valintojen tekeminen on kuitenkin vaikeaa eikä se onnistu kaikilta ja kaikissa tilanteissa, etenkin sairastaessa.⁵

Sairaalaosaston käytännöissä potilaalle tarjottu toimijuus ei ainakaan tämän empiirisen tutkimuksen valossa näytä lainkaan yhtä osallistuvalla ja aktiiviselta kuin politiikkapuheiden toimijuus. Jos esimerkiksi aikuisen, toimintakykyisen, ihmisen omatoimista kuumeen mittausta ei mahdollisteta tai potilaan toivetta toimia itse kenkiensä riisumiseksi ei kuunnella (ks. luku 3), potilaan toiminta tyypistyy vastaanottavaksi, häneen kohdistuvan intervention hyväksyväksi, toimijuudeksi. Tällaisen suostumisen toiminnan kohteeksi voi toki tulkita myös aktiiviseksi toimijuudeksi: potilas tietoisesti hyväksyy henkilökunnan toiminnan ja oman passiivisen roolinsa toiminnan kohteena. Vaikka potilaan toimijuus olisikin tällöin aktiivista, *toiminnan* näkökulmasta potilas on kuitenkin passiivinen, hän ei itse tee vaikka kykenisi.

Monet aikaisemmatkin tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaalle tarjottu toimijuus on enemmän tai vähemmän passiivista⁶. Potilaat myös hyvin helposti sopeutuvat sellaiseen joko implisiittisesti tai eksplisiittisesti esitettyyn toimijuuteen, jota heiltä organisaation taholta odotetaan. Esimerkiksi Måseide kuvaa sairaalaosaston ”hyviä potilaita” potilaiksi, jotka ovat tyytyväisiä kaikkeen, jotka toimivat kuten heidän odotetaan toimivan ja joilla on vain vähän vaatimuksia⁷. Myös Hartikainen määrittelee tutkimuksessaan ”hyvän potilaan” vanhukseksi, joka ei kritisoi. Lisäksi hän huomioi, että vanhukseen avuntarpeen lisääntyessä hän yhä useammin mukautuu hyvän potilaan rooliin.⁸

Tämä tutkimus tuo esiin myös toimijuutta, jossa potilas itse aktiivisesti muokkaa toimintaansa: välinpitämättömyys lääkärikierron kanssapotilaana ylläpitää yksityisyyden illuusioita ja arkiseen toimintaan suuntautunut pieni toimijuus auttaa ottamaan haltuun sairaalaosaston aikaa ja tilaa. Myös esimerkiksi potilasvaatetuksen tarjoamaa toimijuutta tarkastelevassa tutkimuksessa löydettiin tapoja, joilla potilaat kyseenalaistivat ja vastustivat heille tarjottua passiivisen, kasvottoman ja sukupuolettoman potilaan roolia: potilaat menivät itsenäisesti vaatekärrylle etsimään itselleen sopivampia vaatteita tai vitsailivat ulkomuodostaan henkilökunnalle ja omaisille⁹.

Näyttäisi siltä, että potilaan oma-aloitteinen, itsestä lähtevä, toimijuus on *laadullisesti* erilaista kuin politiikkapuheissa tai sairaalaosaston käytännöissä potilaalle tarjottu toimijuus. Se ei ole lääketieteellisten hoitojen valitsemista tai potilaaseen kohdistuvan toiminnan vastaanottamista. Potilaan omaehtoinen toimijuus eroaa myös toiminnasta, jota sairaalaosaston henkilökunta toteuttaa. Kun potilaan toimijuus on pientä toimijuutta tai passiivisuutena ilmenevää aktiivisuutta, on potilaan aktiivisuutta vaikea huomata sairaalaosastolla, joka on täynnä paljon suurempaa ja näyttävämpääkin toimintaa. Potilaan omaehtoinen toimijuus jääkin helposti ensi katsomalta huomaamatta.

Annemarie Mol ehdottaa terveydenhuollon lähtökohdaksi ”valinnan logiikan” sijaan ”hoidon logiikkaa”, jossa päätöksenteon sijaan potilailta odotetaan toisenlaista, käytäntöön ja konkreettiseen toimintaan, suuntautuvaa aktiivisuutta ja vastuunkantoa. Kuitenkaan hoidon logiikan mukaisessa toimijuudessa potilaan ei tarvitsisi toimia yksin ja mahdollisista vääristä valinnoista syyllisyyttä kantaen, vaan potilaan parhaaksi etsittäisiin yhdessä toimivia ja parhaita ratkaisuja. Hoidon logiikan mukainen toimijuus voi olla diabetespotilaan insuliinin pistämistä tai kaloreiden laskemista.¹⁰ Tällainen potilaan toimijuus on vastakohta sille monien sairaalaosaston käytäntöjen tarjoamalle, ja tässäkin tutkimuksessa havaitulle, toimijuudelle, jossa potilaan ei anneta tehdä asioita itse, vaikka hän siihen kykenisi. Molin ehdottama hoidon logiikan mukainen toimijuus on linjassa tämän tutkimuksen potilaan omaehtoiselle toimijuudelle. Potilaan aktivointiin tähtäävässä kehittämistyössä voitaisiinkin luopua ajatuksesta, että toimijuutta lisätään sanelemalla ylhäältäpäin minkälaista ja missä tilanteissa esiintyvää toiminnan pitäisi olla ja sen sijaan tarjota potilaille mahdollisuus lisätä toimintaa, jota heillä sairaalaosastolla *jo nyt* on.

Erillisuus ja kategorisoinnin monimuotoisuus

Potilaan erillisuus-ulottuvuus kuvaa, onko potilas sairaalaosaston käytännössä yksilö vai joukkoa. Potilaan määrittäminen joukoksi tarkoittaa pelkistetyimmillään sitä, että kaikki potilaat niputetaan yhdeksi joukoksi. Tälle joukolle ainoa yhteinen nimittäjä on sairaalassa oleminen sairauden tai taudin vuoksi. Joukkona määrittyvä potilas toistaa Erving Goffmanin ajatusta sairaalasta totaalisenä laitoksena, joka määrittää vahvasti potilaiden toimintaa sekä tilan ja ajan käyttöä¹¹. Potilasta joukkona voi verrata myös armeijatutkimuksessa käytettyyn kokonaisruumiin ajatukseen: potilaat puetaan samalla tavoin, he syövät, tapaavat lääkäreitä tai omaisia samaan aikaan ja jakavat saman tilan. Näin sairaala pakottaa potilaat toimimaan samaan tahtiin, ikään kuin he olisivat yksi yhteisesti liikuteltava potilas, kokonaisruumis.¹²

Organisaation näkökulmasta potilas joukkona mahdollistaa ainakin näennäisesti tehokkaimman tavan toimia, koska toiminta voidaan rakentaa standardoinnin periaatteille. Potilaan määrittäminen joukkona sisältää kuitenkin potilaan näkökulmasta epätoivottavia piirteitä. Potilaan yksilöllisyys kadotetaan ja kaikkia potilaita kohdellaan samalla tavalla huomioimatta kunkin erityistarpeet. Potilasjoukossa on positiivisia piirteitä silloin, kun joukko saa yhteisöllisiä piirteitä. Potilasyhteisö voi parhaimmillaan toimia voimavarana potilaille ja tarjota vertaistukea.

Mitä useammalla tavalla potilaat jaetaan samanaikaisesti eri kategorioihin, sitä yksilöllisempi potilaasta tulee. Jos potilaat jaetaan vain yhden kategorian, esimerkiksi sukupuolen, perusteella eri luokkiin, ei jako yksilöllistä potilasta yhtä lailla kuin jos kategorioita on vaikka kuusi: sukupuoli, ikä, tauti, liikuntakyky, bakteeri ja asuinpaikka. Samalla kysymykseksi asettuu, *miten* kategorisoinnit tehdään. Molin mukaan ryhmittely riippuu parhaassa tilanteessa asiayhteydestä. Kun valinnan logiikan mukaisesti toimivassa terveydenhuollossa potilaista muodostuu kollektiivi, jossa kaikki ovat samanarvoisia kuluttajia, niin hoidon logiikka jakaa potilaita ryhmiin merkityksellisellä tavalla niin, että luokittelu toimii tarkoituksenmukaisena työkaluna.¹³

Ihanteellisessa mallissa luokittelu ei vain kerää yhteen ihmisiä, joilla on etukäteisesti jokin ominaisuus, vaan luokittelu on tilanteeseen sopeutuva ja joustava. Potilaiden jaottelu sairaalaosastolla ei siis edellä käytäntöä, vaan on osa sitä.¹⁴ Tämä tutkimus osoitti, että esimerkiksi potilashuoneiden jakokäytännössä käytetään myös joustavia luokitteluja silloin, kun potilas tietystä mikrobista huolimatta sijoitetaan esimerkiksi omasta pyynnöstään potilashuoneeseen toisin kuin mikrobiperustainen käytäntö edellyttäisi. On tärkeää huomioida, että myös sairaalaosaston käytännössä kategorisoinnin kysymyksestä tulee *poliittinen*: millaisia luokkia halutaan ja nojaavatko luokitukset kulttuurisiin, paikallisiin vai tilanteittain vaihteleviin jaotteluihin.

Potilaan asema ja kotiuttamisen vaikeus

Asema-ulottuvuus kuvaa potilaan kahtalaisena: kotiutettavana potilaana tai osastopotilaana. Kotiuttamiskeskustelut ovat osastolla raskaita ja konfliktierkkiä. Neuvottelua vaikeuttavat sovittavien asioiden moninaisuus: keskusteluissa etsitään yhteisymmärrystä potilaan terveydentilasta eri toimijaryhmien välillä, mutta neuvottelut koskevat myös yleisemmin kotiutukseen liittyviä asioita, kuten kotiuttamisperusteiden tärkeysjärjestystä ja sitä, missä kunnossa olevan potilaan voi yleensä lähettää kotiin.

Neuvottelut tekevät sairaalaosastosta aidosti moniäänisen ja moniarvoisen. Samalla neuvottelujen runsaus antaa potilaan kotiuttamisesta melko suunnittelemattoman tai koordinoimattoman kuvan siltä osin, että potilaan kotiuttamisen kriteerit eivät ole kaikilta osin selvillä tai eri toimijaryhmien yhteisesti jakamia. Tämä voi johtaa tilanteisiin, joissa kovaäänisimmät potilaat saavat esimerkiksi tilanteen riitauttamalla jäädä osastolle. Tällöin suhteellisesti huonoimpaan asemaan jäävät ne potilaat, jotka eivät kykene samalla tavalla vaatimaan sairaalassa pysymistä tai joilla ei ole heidän asioitaan ajavia omaisia.

Tulevaisuudessa sairaalaa voidaan kehittää yhä moninaisempaan suuntaan. Kun ilmiöiden moninaisuus ei todennäköisesti tule terveydenhuollosakaan olemaan mikään väliaikainen vaan pysyvä tila¹⁵, voi ajatella, että myös sairaalaa olisi tarpeen kehittää moninaisempaan suuntaan. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa sairaaloita, joissa hoidon ja hoivan laatua tai määrää ei ole vakioitu vaan ne voisivat vaihdella joustavasti potilaan tarpeiden mukaan. Tietty sairaalaosasto ei enää tarjoaisikaan vain tietyn tasoista hoitoa (perus- tai erikoissairaanhoidon) vaan hoito ja hoiva mitoitettaisiin joustavasti potilaan tarpeiden mukaan sairaalassakin. Tällöin esimerkiksi keskustelut siitä, onko potilas oikeanlainen juuri tälle osastolle, muuttuisivat turhiksi.

Tutkimuksen arviointia

Tutkimukseen valittu metodologia vaikutti monin tavoin tutkimuksen toteuttamiseen ja lopputulokseen. Etnometodologinen lähtökohta sai lähtemään kentälle, ruohonjuuritasolle, sinne missä potilas on läsnä fyysisesti ja vuorovaikuttaa ympärillä olevien kanssa. Potilasta olisi voinut tarkastella myös esimerkiksi poliittisten asiakirjojen tai sairaalan hallinnollisten päätösten kautta, mutta valittu etnometodologinen painotus toi uudenlaista näkökulmaa aiemmin diskurssiivisesti painottuneeseen potiluustudutkimukseen.

Ei-inhimillisten toimijoiden mukaan ottaminen tutkimukseen lisäsi toimijoiden, ja siten mahdollisesti tarkasteltavien käytäntöjen, määrän moninkertaiseksi. Samalla muodostui rajaamisen ongelma ja vaikeus valita, mihin ei-inhimillisiin toimijoihin tutkimuksessa keskittyisin. Kuitenkin ei-inhimillisten toimijoiden mukaan ottaminen avasi tutkimusta ja laajensi näkemystä potilaasta. Tieteen ja teknologian tutkimuksen lähtökohtia olisi voinut ulottaa myös pidemmälle empiiriseen työhön kuvaamalla esimerkiksi käytäntöjen muodostamia toimijaverkkoja graafisesti.

Annemarie Molin ajatteluun nojautuva lähtökohta potiluuuden sijainnista käytännöissä tuotti toisenlaisen tavan katsoa potilasta sairaalaosaston käytäntöjen kautta. Valittu metodologia sitoi potilaan ja käytännöt niin tiukasti toisiinsa, että välillä oli vaikeuksia hahmottaa tutkimuskohdetta: oliko tutkimuksen keskiössä potilas vai käytännöt. Molin ajattelu ilmiöiden moninaisuudesta oli tutkimukselle etu: potilasta ei tarvinnut aineiston analyysissä tyypistää tietynlaiseksi eikä tutkimuksen lopputuloksena tarvinnut esittää vain yhtä potilasta. Ajatus ilmiöiden moninaisuudesta salli monimuotoisen kuvan syntymisen: potilaasta muodostui erilainen potiluuuskuvio eri käytännöissä.

Etnografisen aineistonkeruun tuottama aineiston moninaisuus oli tutkimukselle rikkaus, ja eri aineisto-osiot tukivat toisiaan. Havainnointi oli onnistunut aineistonkeruutapa. Se mahdollisti monien sellaisten ilmiöiden tarkastelun, jotka eivät olisi tulleet näkyviksi pelkkien haastattelujen tai kirjallisen materiaalin pohjalta. Esimerkiksi kotiutusneuvottelut olisivat jääneet näkymättömiin, koska potilaspapereista neuvotteluiksi kutsumaani vastavuoroisuutta ei löytynyt eli potilaspapereissa kuvattiin prosessin sijaan ennemminkin lopputulosta. Se, että sain liikkua ja havainnoida tapahtumia osastolla vapaasti, tarjosi minulle sellaisen näkökulman sairaalaosastoon, jota en esimerkiksi henkilökunnan mukana kulkemalla olisi tavoittanut.

Haastatteluaineisto oli melko pieni, koska haastatteluyritykseni eivät useinkaan onnistuneet toisin kuin vapaamuotoiset keskustelut potilaiden kanssa. Haastatteluissa tavoitteenani oli saada potilailta ja henkilökunnalta vahvistusta niille tulkinnoille, joita olin osaston toiminnasta tehnyt. Olin laatinut kysymykset useimmiten mielipidetyyppisiksi, ja aihealueet olivat melko abstrakteja koskien esimerkiksi osaston aikaa, sairaalan olemassaoloa ja luottamusta sairaalaan. Haastattelujen aikana minulla oli usein tunne, että kysymykseni herättivät haastateltavissa hämmennystä ja ne olivat odottamattomia. Ristiriita haastatteluille asettamieni odotusten ja toteutuneiden haastatteluyritysten välillä johti siihen, että luovuin pikku hiljaa ajatuksesta kerätä mittava haastatteluaineisto.

On sanottu, että tutkijoiden ei edes pitäisi odottaa ihmisiltä ”selittäviä malleja”. Sairaalle ihmiselle omat kokemukset ovat tärkeämpiä kuin mitkään heidän kokemuksiaan selittävät teoriat.¹⁶ Todennäköisesti yksinkertainen pyyntö kertoa osaston tapahtumista olisi tuottanut laadukkaamman, rikkaamman ja analyysin kannalta antoisamman haastatteluaineiston kuin yritys saada haastateltavia erittelemään ja tulkitsemaan tapahtumia. Esimerkiksi sairaalaetnografiaa tehnyt Mol on tekemissään haastatteluissa keskittynyt keräämään mielipiteiden sijasta haastateltavien kuvauksia tapahtumista ja tilanteista, joissa he ovat olleet mukana¹⁷. Tai haastattelut olisi voinut yksinkertaisesti jättää tekemättä, kuten vastasyntyneiden osastolla tutkimusta tehnyt Eric Vermeulen. Hän oletti saavansa vanhempien haastatteluista irti vain sen, mitä haastateltavien odotettiin sanovan eli sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Havainnoimalla hän sai kerättyä aineiston siitä, mitä tutkittavat tekivät ja sanoivat, eikä siitä, mitä he kertoisivat tekevänsä tai sanovansa.¹⁸

Osaston tapahtumiin saattoi olla myös vaikeaa ottaa etäisyyttä vielä sairaalassa ollessa. Kun huoli omasta terveydentilasta oli päällimmäisenä, huomion kiinnittäminen osaston toimintaan tai sairaalassaolon merkityksiin oli

todennäköisesti toissijaista. Tästä näkökulmasta potilashaastatteluita olisikin voinut tehdä myös sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tällöin potilaat olisivat olleet myös vapaampia arvioimaan sairaalan toimintaa myös kriittisesti.

Kirjasin osaston tapahtumia ja keskusteluja ylös vain manuaalisesti eli en käyttänyt aineistonkeruussa apuna nauhuria. Esimerkiksi lääkärinkierto- tai kotiutuskeskustelujen nauhoittaminen olisi mahdollistanut diskurssiivisen tarkastelun, mikä oli alun perin tutkimusta suunniteltaessa tavoitteenikin. Lisäksi nauhuria olisi voinut käyttää muistiinpanojen luotettavuuden varmistamiseen ainakin satunnaisesti. Käsin kirjoitettuja muistiinpanoja olisi voinut verrata nauhoitettuun keskusteluun ja siten tarkastaa, kuinka hyvin muistiinpanot kuvasivat ja toistivat tilanteessa sanottua. Pelkäsin kuitenkin nauhurin käytön vaikeuttavan pääsyäni mukaan tilanteisiin ja lisäävän jo valmiiksi työstä lupien hankintaa, koska potilailta olisi pitänyt erikseen kysyä lupaa myös keskustelujen nauhoittamiseen. Eikä salaa nauhoittaminen olisi ollut eettisesti oikea ratkaisu.

Sain kerättyä aineiston, joka oli määrällisesti riittävä ja monella tapaa laadullisesti rikas. Aineisto käsitti osastoilla hoidettuja potilaita laajalla asteikolla: se sisälsi sekä miehiä että naisia, nuoria ja iäkkäitä. Osa potilaista sairasti akuuttia, parantuvaa tautia kun taas toisilla oli krooninen sairaus, jonka pahenemisen vuoksi he olivat osastohoidossa. Jotkut potilaat viettivät osastolla päivän pari, toisten ollessa hoidossa pidemmän aikaa. Aineistonkeruu kolmella eri sairaalaosastolla oli tulosten näkökulmasta antoisaa, vaikka aina uudelle osastolle asettuminen olikin minulle tutkijana haaste. Monet havainnot muodostuivat merkityksellisiksi vasta suhteessa toisen osaston toimintaan ja käytäntöihin.

Tutkimusaineisto ei kattanut osaston kaikkia toimijaryhmiä. Esimerkiksi omaiset puuttuvat tutkimusaineistosta, ja siten myös tutkimusraportista, lähes täysin. Olin kentällä jonkin verran seuraamassa tapahtumia, joissa omaiset olivat läsnä. Omaiset olivat mukana potilaan lähtö- tai tulotilanteessa tai lääkärinkierrolla. Kerran osuin tilanteeseen, jossa omaisille kerrottiin potilaan yllättävästä kuolemasta. Toisissa tilanteissa omaiset olivat vierailulla potilaan luona. Kun potilas ja omaiset keskustelivat perheen ja suvun kuulumisista ja potilaan elämästä kotona tai kun omaisille kerrottiin huonoja uutisia, minulle tuli vahva tunne siitä, että en tutkijana kuulunut noihin tilanteisiin eikä minulla ollut oikeutusta olla mukana näissä hyvin henkilökohtaisissa tapauksissa. Ne tuntuivat yksinkertaisesti liian intiimeiltä havainnoitaviksi ulkopuolisen tutkijan toimesta¹⁹.

Näiden kokemusten seurauksena en erityisesti hakeutunut tilanteisiin, jossa omaiset olivat mukana. Vain muutaman kerran olin potilashuoneessa, kun omaiset tulivat vierailulle ja tällöin kysyin lupaa paikallaoloon. Näin olen omaisten mukanaolosta tai omaisista kertovat aineisto-otteet ovat määrällisesti vähäisiä tutkimusaineistossa. Omaisten roolia sairaalassa on toki tutkittu aiemmin²⁰. Omaisten puuttuminen tutkimuksesta voi välittää kuvaa, etteivät omaiset kuuluisi sairaalaosastolle tai heitä ei siellä ole. Todellisuus on kuitenkin toisenlainen, ja omaisilla on usein hyvinkin suuri rooli sekä potilaan tukijana että potilaan hoidosta neuvottelevana osapuolena. Jatkossa omaisiin keskittyvä tai heidät paremmin huomioiva terveydenhuoltotutkimus olisikin tarpeen.

Kerätyn aineiston laaja-alaisuus ennemminkin kuin keskittyminen kapeaan ilmiöalueeseen oli etu aineistoa analysoidessa ja etenkin silloin, kun mielenkiinto vei analyysiä uuteen suuntaan. Pystyin vielä analyysivaiheessa suunnitamaan tutkimusraporttia uusiin teemoihin ilman, että kerätty aineisto olisi asettanut sille juurikaan rajoja. Aineistosta löytyi materiaalia monien ilmiöiden tarkasteluun, ja paljon kiinnostavaa aineistoa jäi tässä tutkimuksessa myös käyttämättä. Aineiston analyysin luotettavuutta lisäsin parantamalla sen arvioitavuutta. Jaoin analyysin osa-analyyseihin ja etenin pienin askelin. Analyysiliitteessä (liite 4) kuvaan analyysin kulkua, jotta lukija voi seurata niitä luokitteluja ja päättelyketjuja, jotka johtivat tutkimuksen tuloksiin.

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa tulee huomioida, että tutkimus on tehty kolmella sairaalaosastolla ja se on vahvasti sidoksissa paitsi tutkimusosastoihin myös tutkimusajankohtaan. Tulokset eivät siis välttämättä päde kaikilla osastoilla ja kaikissa sairaaloissa. Tutkimuksessa ei myöskään luotu tyhjentävää kuvaa sairaalaosastosta tai potilaasta, koska tarkastelu ulottuu vain muutamisiin sairaalaosaston käytäntöihin. Valitsin käytännöt kuitenkin niin, että ne ovat ilmiöinä tuttuja ja arkipäiväisiä sairaalaosastoilla yleismaailmallisesti. Lukuisia käytäntöjä jäi kuitenkin vielä tarkastelematta ja jatkossa esimerkiksi hoitotyön käytäntöihin keskittyvä yhteiskuntatieteellinen sairaalatutkimus olisi tervetullutta.

Tutkimuksen anti

Metodologiset ja menetelmälliset huomiot

Yhteiskuntatieteellinen sairaalatutkimus tarjoaa mahdollisuuksia katsoa sairaalan käytäntöjä ”ulkoapäin”. Tutkimuksessa esiin nousseet osittain kriittisetkin huomiot sairaalaosaston käytännöistä osoittavat, että tällainen toisin katsomisen tapa voi tuottaa havaintoja, joita sairaalan sisäpuolinen tutkija ei tulisi huomanneeksi. Tutkimukselle oli vaikeaa saada tutkimuslupaa ja sairaalan sisäänpääsy oli hankalaa. Jo tällainen toisen tieteenalan, tuntemattoman tutkimusmenetelmän tai organisaation ulkopuolisen tutkijan ulossulkemisen pyrkimys osoittaa, että vastaavaa sairaalatutkimusta tarvitaan jatkossakin. Tästä näkökulmasta myös muiden suhteellisen ”suljettujen” laitosten, kuten lastenkotien tai vanhainkotien, käytäntöjen tutkiminen ”ulkopuolisen” silmin asettuu tärkeäksi.

Tieteen ja teknologian tutkimuksen lähtökohta ei-inhimillisten toimijoiden merkityksellisyydestä oli minulle ahaa-elämys. Jatkossa lähtökohdan yhdistäminen perinteisempään terveydenhuollon vuorovaikutusta tarkastelemaan tutkimukseen olisi kiinnostavaa. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten esimerkiksi hoitotyön filosofia ja lähtökohdat kääntyvät konkreettiseksi toiminnaksi tavaroiden keskellä ja kanssa. Tai minkälaiseen potilaan ja lääkärin vuorovaikutukseen ja vuorovaikutusta välittäviin tavaroihin ja kaavakkeisiin esimerkiksi sairausvakuutuksen edellyttämät todistukset johtavat?

Kenttätöyövaiheessa jouduin moneen kertaan suuntaamaan tutkimusta ja aineistonkeruuta uudelleen, koska alkuperäiset suunnitelmani eivät toimineet odotetulla tavalla. Luovuin diskursiivisesta tarkastelusta, siirsin havainnoinnin painopistettä potilaaseen ja lopetin potilaiden haastattelemisen ennakkoon laadittujen kysymysten pohjalta. Kaikki tämä vaati menetelmällistä joustavuutta: kykyä edetä kentän ehdoilla ja huomioida kentän tarjoamat toisenlaiset mahdollisuudet. Todennäköisesti tällainen joustava etenemistapa tuottaa innovatiivisempaa tutkimusta kuin pitäytyminen huonosti toimivissa ennakkosuunnitelmissa.

Kehittämisehdotuksia sairaalaosaston käytäntöihin

Tutkimuksen tulosten pohjalta olen laatinut muutamia kehittämisehdotuksia sairaalaosaston käytäntöihin. Esittelemäni konkreettiset toimintaehdotukset pohjautuvat havaitsemiini epäkohtiin, mutta eivät minkään yksittäisen ideologian edistämiseen.

1. Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna sairaalaosastot näyttäisivät siirtyneen yhä vahvempaan sukupuoli-integraatioon. Jo nyt joillakin sairaalaosastoilla nais- ja miespotilaita sijoitetaan samoihin potilashuoneisiin. Samalla kun sukupuolineutraalit potilashuoneet tehostavat osaston käyttöastetta, ne ylittävät muualla yhteiskunnassa vallitsevan kulttuurisen sukupuolijaottelun liittyen esimerkiksi alastomuuteen tai intiimihygieniaan. Ennen käytännön yleistymistä sairaaloissa asiasta olisi hyvä käydä avoin yksittäisiä osastoja tai sairaaloita laajempi keskustelu, ja pohtia yhteisesti, halutaanko että kulttuurinen sukupuolijaottelu ylitetään sairaalaosastoilla sijoittamalla potilaita vakituisesti tai väliaikaisesti samoihin potilashuoneisiin toiminnan tehostamisen nimissä.

2. Tutkimus tuo näkyviin potilaan tiedollisen yksityisyyden rikkoutumisen lääkärintoiminnalla. Lääkärintoiminnan kehittämiseksi olisi tärkeää jo se, että käytäntö ylipäätään otettaisiin tarkasteluun ja aktiivisen kehittämistyön kohteeksi. Tutkimusosastoilla lääkärintoimintaan ei kiinnitetty erityistä huomiota, vaikka sen ongelmallisuus suhteessa potilaiden yksityisyyden säilymiseen tiedostettiin.

Nykyisenkaltaiselle lääkärintoiminnalle tulisi kehittää vaihtoehtoisia toimintamalleja. Jo nyt joillakin sairaalaosastoilla kanssapotilaille tarjotaan kuulokkeet ja musiikkia keskustelun ajaksi tai potilaat tapaavat lääkäriä osaston tutkimushuoneessa. Lääkärin tapaaminen erillisessä huoneessa aktivoisi potilaita ja tasa-arvoistaisi lääkärintoiminnan perinteistä ”potilas makaa ja lääkäri seisoo” -asetelmaa. Tällaisia hyviksi havaittuja toimintatapoja voisi koota yhteen valtakunnallisesti. Näin osastoille muodostuisi vaihtoehtoisten käytäntöjen ”toimintapankki”, josta kukin osasto voisi poimia itselleen parhaiten sopivan lääkärintoiminnan toimintamallin.

Suullisen potilastiedon kohdalla potilaalle pitäisi tarjota samanlainen vallinnan mahdollisuus, kuin potilailla on kirjalliseen potilastietoon liittyen. Sairaalaan tullessaan potilas ottaa kirjallisella suostumuslomakkeella kantaa siihen, mille terveydenhoitotahoille hänen potilasasiakirjojaan saa luovuttaa. Samalla tavalla hänellä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa siihen, haluaako hän käsitellä tietoaan muiden potilaiden kuullen ja missä laajuudessa.

Potilaiden mielipiteitä suullisen tietosuojaan rikkoutumisesta pitäisi tutkia kattavasti. Tarvittaessa myös potilaat ja ennen kaikkea potilasjärjestöt voisivat aktivoitua vaatimaan muutoksia nykyiseen käytäntöön. Kuitenkin ensisijainen vastuu lääkärintoiminnan uudistamisesta tulisi olla sairaaloilla ja terveydenhuollon toimijoilla. Tämä edellyttäisi toimintakäytäntöjen muutosta ja talou-

dellisiä panostuksia esimerkiksi yhden hengen potilashuoneiden lisäämiseksi tai erillisten kuuloeristettyjen tilojen rakentamiseksi osastoille.

3. Potilaiden kotiuttaminen näyttäytyy tämän tutkimuksen perusteella ras-kaana ja konfliktierkkänä neuvotteluprosessina. Neuvottelua yksittäisen po-tilaan kohdalla voisi keventää luomalla yhteisesti läpinäkyvät sairaala- tai osastokohtaiset kotiutuskriteerit, joissa huomioitaisiin erilaisia kotiuttamis-perusteita (toimintakyky- ja elämäntilanne peruste, lääketieteellinen ja hal-linnollinen peruste). Linjavedot esimerkiksi siitä, minkäkuntoisen potilaan ylipäätään voi lähettää kotiin, tulisi tehdä muualla kuin yksittäistä potilasta käsittelevän kotiutusneuvottelun yhteydessä.

4. Sairaalaosaston ajan analysointi osoitti, että potilaiden aika kuluu pitkäl-ti osaston viralliseen päiväohjelmaan kuuluvien tapahtumien odottamiseen. Odottamista leimaa pitkävetisyys ja tapahtumien vähyys. Jotkut potilaat ot-tavat haltuun osaston aikaa ja tilaa omaehtoisella, arkiseen toimintaan suun-tautuvalla, tekemisellä. Tällaista omaehtoisuuteen perustuvaa ja konkreetti-seen tekemiseen suuntautuvaa toimintaa tulisi sairaalaosastoilla mahdollistaa ja tukea aiempaa enemmän, jotta potilaan oma aktiivisuus pysyisi yllä myös laitosympäristössä. Potilaan aktiivisuutta ja osallistumista on paljon vaikeam-pi lisätä sanelemalla ylhäältäpäin minkälaista ja missä tilanteissa esiintyvää toiminnan pitäisi olla.

5. Tutkimus muistuttaa käytäntöjen ja potilaiden välisestä yhteydestä: poti-luutta muutetaan käytäntöjä muuttamalla ja käytäntö kerrallaan toimintaym-päristö huomioiden. Tutkimuksessa esitän potilaiden ulottuvuuksiksi vakau-den, fokuksen, toimijuuden, erillisyyden ja aseman. Ulottuvuuksien avulla potilaiden on mahdollista tarkastella jatkossa missä tahansa käytännössä ja terveydenhuollon toimipisteessä. Ulottuvuuksien avulla voidaan käydä kes-kustelua siitä, ovatko terveydenhuollon käytännöt, ja niiden tuottama poti-luus, sellaisia kuin niiden yhteisesti halutaan olevan.

Työn aluksi seurasin Liisan, Ritvan, Annikin ja Ainon keskusteluja potilashuo-neessa. Potilaskertomus on ollut kuvaus, *grafia*, heistä ja muista potilaista, jot-ka ovat hetken eläneet elämäänsä sairaalaosastolla sairautensa, hoitohenkilö-kunnan, kanssapotilaiden, teknologisten laitteiden ja monenlaisen toiminnan keskellä.

Viitteet

- 1 de Certeau 1984; Mol & Law 2006, 16.
- 2 Mol 2002.
- 3 Ks. Mol & Law 2006, 10; Mol 2002, 84.
- 4 ks. Crapanzano 1986, 44.
- 5 Mol 2008, 82.
- 6 ks. esim. Chambliss 1996; Lupton 1993; Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010.
- 7 Måseide 1987, 154.
- 8 Hartikainen 2009.
- 9 Topo & Iltanen-Tähkävuori 2010, 1687.
- 10 Mol 2008, 82.
- 11 Goffman 1961.
- 12 Ks. Hockey 2002; Hoikkala ym. 2009, 24, 29.
- 13 Mol 2006, 62–63.
- 14 Mol 2002, 65–66.
- 15 Mol & Berg 1998, 7.
- 16 Young 1981; tässä Mol 2008, 14.
- 17 Mol 2008, 10.
- 18 Vermeulen 2004, 2073.
- 19 ks. Törrönen 1996, 30.
- 20 esim. Dudley & Carr 2004; Vermeulen 2004; Zaman 2006; Dill 1995.

LITTEET

LIITE 1. METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Metodologiset lähtökohdat

Metodologisesti tutkimus rakentuu oletuksiin sairaalaosaston toiminnan luonteesta, toimijoiden olemassaolosta ja potilaan olemuksesta. Etnometodologinen ajattelu johdattaa tarkastelemaan sairaalaosaston arkea. Tieteen ja teknologian tutkimuksen lähtökohtien mukaisesti myös ei-inhimilliset toimijat asettuvat tutkimuksen kohteeksi. Annemarie Molin ajattelu ilmiöiden moninaisuudesta vaikuttaa siihen, millaisen ajattelen potilaan olevan. Nämä metodologiset taustaoletukset vaikuttavat siihen, mitä tutkin ja miten.

Tässä tutkimuksessa ajattelen sairaalaosaston toiminnan muodostuvan sekä vakiintuneista että vaihtelevista elementeistä. Sairaalaosastolla on monia käytäntöjä, jotka ovat tunnettuja ympäri maailmaa. Esimerkiksi lääkärinkierro on käytäntö, joka toistuu yleensä saman kaavan mukaan sairaalasta riippumatta. Tällaiset institutionalisoituneet käytännöt säätelevät sairaalaosaston inhimillistä vuorovaikutusta ja asettavat toiminnalle ja käyttäytymiselle rajoja, joita sairaalaosaston toimijaryhmät noudattavat. Kuitenkaan sairaalaosaston toiminta ei nojaa pelkästään jäykkiin normeihin, vaan myös ihmisillä ja heidän käyttäytymisellään on merkitystä toiminnan luonteen muodostumisessa. Sairaalaosaston toimijat luovat sairaalaosastoa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa kuitenkin niin, että tapahtumien kulkua täydennetään sopivilla taustaoletuksilla ja -tulkinnoilla käsillä olevasta tilanteesta.

Strauss puhuu tässä yhteydessä neuvottelusta, jolle ihmiset joutuvat alttiiksi, koska sairaalaosaston viralliset säännöt ovat harvoin tarpeeksi täsmällisiä ohjaamaan päivittäistä toimintaa tai tunnitista vuorovaikutusta¹. Näin sairaalaosaston toiminta muotoutuu neuvotelluksi järjestykseksi.² Sairaalaosaston toimintaa voi kuvata myös risteytymänä, joissa on tarkoin rakentuneita elementtejä, tilanteista riippuvia ja muuttuvia elementtejä sekä sosiaalisia ja henkilöiden välisiä elementtejä³. Esimerkiksi lääkärinkierrossa on piirteitä, jotka ovat institutionalisoituneet, kuten lääkärin johtajuus. Tilanteesta riippuvaa elementtiä edustaa esimerkiksi se, kirjataanko tutkimuksia tietokoneelle vai konkreettisiin potilaskansioihin. Mukana olevien henkilöiden persoonallisuudet ja henkilökemiat edustavat sosiaalisia elementtejä.

Kiinnostuksen kohteena arkinen vuorovaikutus

Vaihtelevien elementtien korostaminen liittää tutkimuksen Harold Garfinkelin kehittämään etnometodologiseen ajatteluun, jossa korostetaan toimijoiden käyttäytymistä ja sosiaalista toimintaa todellisuuden tuottamisessa. Toimijat eivät ole passiivisia tarkkailijoita, jotka vain seuraisivat sääntöjä mekaanisesti, vaan osallistujia, joiden toiminta on vaikuttamassa käsillä olevan tapahtuman mieleen. Tällöin tutkimuksen kohteeksi ei asetu toiminnan selittäminen etukäteisen jonkin teorian kautta vaan tavoitteena onkin itse tapahtumien analysoiminen ja niiden tunnistaminen sellaisena kuin ne hetki hetkeltä avautuvat mukana oleville toimijoille. Tämä sitoo etnometodologisen tutkimuksen vahvasti kontekstiin ja mikrotasolle. Tilanteet rakennetaan tapauskohtaisesti uudelleen ja tilanteeseen osallistuvat toimijat tuottavat tilanteen toimintansa kautta.⁴ Tämä näkemys ohjaa tutkimusta tarkastelemaan sairaalaosastoa ruohonjuuritasolta: mitä sairaalaosastolla *tapahtuu*, mitä toimijat *tekevät* ja kuinka he eri tilanteissa *toimivat*.

Etnometodologiassa ollaan kiinnostuneita myös siitä, miten järjestys ja yksimielisyys eri tilanteissa syntyvät. Oletuksena on, että sujuvasti etenevässä tilanteessa toimijat näkevät sen yhdensuuntaisilla tavoilla ja toiminnan ymmärrettävyys perustuu toimijoiden väliseen luottamukseen ja yhteistyöhön tilanteen tulkinnasta. On neuvoteltu yhteinen ymmärrys tilanteesta. Tällainen jaettu näkemys on edellytyksenä sille, että toimijat kykenevät koordinoimaan toimintaansa, oli kyse sitten yhteistoiminnasta tai kiistelemisestä. Esimerkiksi sairaalaosastolla toimijoilla on oltava yhteinen käsitys siitä, että käsillä oleva tilanne on esimerkiksi lääkärintoimitus eikä vapaamuotoinen keskustelu. Etnometodologisesti orientoituneen tutkijan tehtävänä on tällöin kysyä, millainen tapahtuman järjestys on ja miten se toimii. Tässä tutkimuksessa tarkastelen esimerkiksi lääkärintoimitusta tapahtumana, joka etenee osallistujien neuvottelemien järjestyksen mukaisesti. Myös esimerkiksi Hartikainen on omassa sairaalaosaston vapaaehtoisia käsittelevässä tutkimuksessaan ollut kiinnostunut erityisesti vanhuksen ja vapaaehtoisen välisen puheen sopimuksellisista tavoista ja vuorovaikutuksen sosiokulttuurisesta kontekstistä⁵. Joh Hindmars ja Alison Pilnick ovat puolestaan tutkineet etnometodologisesti virittyneessä tutkimuksessaan henkilökunnan vuorovaikutuksen organisoitumista leikkaussalissa⁶.

Garfinkel nostaa tutkimuksen keskiöön arkiset itsestänselvyydet, joka-päiväiset toimet ja rutiininomaiset teot. Hänen mukaansa huomion kiinnittäminen arkipäiväisiin tavanomaisuuksiin on yhtä tärkeää kuin epätavallisten asioiden tutkiminen. Poikkeustapauksia on vaikea edes ymmärtää ilman, et-

tä tiedetään mistä poiketaan ja mihin nähden jokin ilmiö on erilainen.⁷ Tämä arkiseen toimintaan keskittyminen on saanut monet sairaaloita tai muita laitoksia tutkineet kiinnittymään etnometodologiseen ajatteluun. Esimerkiksi lapsia sekä sairaalassa että lastenkodissa tutkinut Törrönen on kiinnittänyt huomion nimenomaan lasten arkitoimintoihin ja pohtinut, miten lapset rakentavat arkeaan⁸. Myös tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut sairaalaosaston arkisista, päivittäin toistuvista tapahtumista enkä esimerkiksi osaston hätätilanteista.

Tässä tutkimuksessa kiinnittyminen etnometodologiseen lähtökohtaan tarkoittaa kiinnostuksen suuntaamista sairaalaosaston arkisiin käytäntöihin, toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen ja tapahtumien järjestyksen tarkkailemiseen, ja näiden tavoittamiseksi etnografisen lähestymistavan valintaan empiirisen tutkimuksen toteuttamiseksi. Edelleen etnometodologinen ajattelu on ohjannut myös analyysin tekemistä ja saanut kiinnostumaan esimerkiksi potilaan kotiuttamiseksi käytetyistä perusteista samaan tapaan kuin Peräkylä on omassa sairaalaetnografiassaan analysoinut erilaisia puhetapoja, joita kuolevan potilaan hoidossa käytetään⁹. Etnometodologista lähtökohtaa olisi voinut seurata myös pidemmälle empiirisessä tutkimuksessa pyytämällä potilaita kuvailemaan ja selittämään sairaalaosastolla kohtaamiaan tilanteita ja näin keskittyä analysoimaan potilaiden antamia selontekoja tapahtumista.

Osaston inhimilliset ja ei-inhimilliset toimijat

Etnometodologinen lähtökohta inhimillisen vuorovaikutuksen merkityksellisyydestä ei kuitenkaan kata kaikkea sitä, mistä tutkimuksessa olen kiinnostunut. Ihmisten välisen vuorovaikutuksen lisäksi esimerkiksi laitteet ovat sairaalassa kiinnostavia. Niinpä nojaudun Bruno Latourin ja Steve Woolgarin ajatukseen siitä, että toimijoita ovat inhimillisten toimijoiden ohella myös esimerkiksi kojeet, teknologiat, esineet ja tilat¹⁰. Inhimilliset ja ei-inhimilliset toimijat muodostavat yhdessä *kollektiivin*. Kollektiivissa elottomat oliot eivät ole inhimillisen taustalla tai inhimillisestä erillistä niin, että ihmiset olisivat erikseen ja heidän tavaransa erikseen, vaan ihmiset ovat jatkuvasti yhteydessä ei-inhimillisen maailman kanssa.¹¹

Sairaalaosastolla esimerkiksi omaisen tuomalla kukkakimpulla on potilaalle erityinen merkitys. Ja ihmisen kaulalla roikkuva stetoskooppi kertoo jotain hänen asemastaan osaston hierarkiassa. Näin myös sairaalaosaston laitteilla, esineillä ja aineella on sosiaalinen elämä. Ne tuottavat, välittävät, uusintavat, mahdollistavat ja rajoittavat yhdessä inhimillisten toimijoiden kanssa tapahtumia ja tilanteita ja antavat niille mielen. Samalla ne määrittävät myös

osaston henkilökunnan ja potilaiden käyttäytymistä ja toimintaa. Sairaalaosastolla esineitä ja asioita kerätään, esitellään, niistä puhutaan, niillä vahvistetaan yhteisön identiteettiä ja niiden avulla tuotetaan asemaa ja hierarkioita. Ei-inhimilliset toimijat eivät kuitenkaan kannu merkityksiä luontaisesti, vaan ne ovat riippuvaisia yhteisesti jaetuista sopimuksista ja käyttöympäristöstä.¹² Korostamalla yhteisiä sopimuksia ja kontekstia tieteen ja teknologian tutkimuksen lähtökohdat tulevat lähelle etnometodologista ajattelua, ja siten niiden rinnakkaisuus on tässä tutkimuksessa ongelmatonta.

Sen sijaan Latourilainen ja etnometodologinen ajattelu risteävät siinä, kohdistuuko tutkimuksellinen kiinnostus mikro- vai makrotasolle. Kuten aiemmin esitin, etnometodologiassa on kiinnostuttu erityisesti mikrotason vuorovaikutuksesta ja tapahtumista. Sen sijaan Latourin, Michel Callonin ja John Law'n 1980-luvulla kehittämässä toimijaverkkoteoriassa (Action Network Theory, ANT) ei oikeastaan edes eroteta mikroa ja makroa toisistaan, vaan ”erikokoiset” toimijat ovat yhdessä ja samanarvoisina muodostamassa järjestystä. Toimijaverkkoteorian mukaan esimerkiksi laitteet, rakennukset, infrastruktuuri, eettiset ohjeet ja lakisäädökset ovat kaikki samansuuruisia toimijoita ja yhteydessä toisiinsa erilaisten kytkösten, ketjuuntumisten, välitysten ja kääntymisten kautta. Latourille pienestä tulee suurta siinä vaiheessa, kun paikallinen hajaantuu verkoston kautta laajalle ja moniin paikkoihin.¹³

Toimijaverkkoajattelun kautta voisi olla kiinnostavaa tutkia esimerkiksi sitä, minkälaisia toimijoita kytkeytyy loukkaantuneen potilaan hoitoon. Ketju ei ulottuisi pelkästään sairaalaosaston sisäisiin toimijoihin, vaan mukaan tulisivat esimerkiksi KELA:n ohjeistukset sairaspäivärahan maksamisesta, portaat, joissa potilas on kaatunut, puhelin, jolla apua soitetaan, tietoliikenneverkko, joka välittää puhelun, ensihoitaja, joka nostaa potilaan paareille sekä parit valmistava tehdas ja niin edelleen. Toimijaverkon laajentuminen on loputonta. Tässä tutkimuksessa tarkastelun ulottaminen vain sairaalaosaston sisälle on kuitenkin perusteltua, koska en empiirisessä analyysissä tee varsinaista toimijaverkkoanalyysiä.

Tieteen ja teknologian tutkimuksen lähtökohdat tuovat sisällön myös tämän tutkimuksen toimijuuden käsitteelle. Paitsi, että toimijuus laajenee koskemaan myös ei-inhimillisiä toimijoita, toimijuus menettää lähtökohtaisen määritelmän rationaalisesta, intentionaalisesta ja tietoisesta toimijasta. Latourilaisen ajattelun mukaisesti toimijuus syntyy siinä vaiheessa, kun toimija alkaa luoda tilaa ympärilleen ja tekee toiset toimijat itsestään riippuvaiseksi. Yksilön sijaan toimijuus muodostuu useamman elementin yhteen tulosta, sidoksellisuudesta.¹⁴ Tässä tutkimuksessa potilaan toimijuus ei lähtökohtaisesti

ti edellyttäkään potilaalta aktiivista toimintaa, rationaalista ajattelua tai kykyä tehdä päätöksiä. Sen sijaan potilas saa toimijuutensa olemalla suhteessa ja sidoksissa muihin sairaalaosaston toimijoihin.

Monissa viimeaikaisissa sairaalaa tai muita laitosta tarkastelevissa tutkimuksissa on tarkasteltu ei-inhimillisiä elementtejä kuten tilaa ja aikaa¹⁵ tai lääketieteellistä teknologiaa¹⁶, vaikka tutkimusta sinänsä ei olisikaan tiukasti liitetty tieteen ja teknologian tutkimukseen. Kuitenkin esimerkiksi Soivio on tehnyt tutkimustaan kiinnittymällä tieteen ja teknologian tutkimuksen periaatteisiin ja tarkastellut, miten lääketieteellinen teknologia välittää ja muokkaa ihmisten välisiä suhteita, tunteita ja kokemuksia¹⁷. Myös Elina Paju on omassa päiväkotietnografiassaan ottanut latourilaisen ajattelun lähtökohdakseen ja sen kautta tarkastellut päiväkodin tiloja, lasten vaatteita ja liikettä merkityksellisinä toimijoina.¹⁸

Tässä tutkimuksessa perustelen tieteen ja teknologian tutkimukseen kiinnittymistä ja ei-inhimillisten toimijoiden mukaan ottamista Latourin viestillä siitä, että tutkimalla ei-inhimillisiä toimijoita pystymme sanomaan jotain olennaista myös ihmisistä¹⁹. Ajattelenkin, että sairaalaosastolla ei-inhimilliset toimijat ovat inhimillisten toimijoiden rinnalla muokkaamassa sitä, minkälaiseksi potiluus sairaalaosastolla muodostuu. Ei-inhimilliset toimijat nousevat etualalle etenkin luvussa kolme, jossa empiirinen tarkastelu keskittyy sairaalaosaston tavaroihin, ääniin, mikrobiin, aikaan ja teknologiseen menetelmään sekä siihen, miten ne muokkaavat inhimillistä toimintaa ja potilaana olemista.

Potilaan moninaisuus käytännöissä

Potilisuuden tutkiminen edellytti näkemystä siitä, miten potilisuuden voi tavoittaa. Tässä vaiheessa inspiroiduin Annemarie Molin ajattelusta. Mol on tehnyt käytäntöjen etnografiaa eli *praksiografiaa* ateroskleroosista eli valtimonkovettumataudista. Tutkimuksessaan Mol osoittaa, kuinka tauti on olemassa käytännön puitteissa, tekemisen ehdoilla. Tekeminen (enact) on täytäntöön panoa, joka saa asiat keskusteltaviksi, näkyviksi, päätettäviksi ja tiedettäviksi. Välillä ateroskleroosi pannaan toimeen hoitajan mittaamana pulssina käsisivarressa, välillä lääkärin tarkastelemassa röntgenkuvassa ja joskus patologin preparaattina mikroskoopin alla. Loppujen lopuksi se, miten asiat ja oliot toteutetaan käytännöissä, tuottaa maailman jossa elämme.²⁰ Samalla tavalla ajattelen, että myös sairaalaosaston potiluus sijaitsee käytännöissä ja on eri asioiden täytäntöön panoa. Potiluus löytyy puheen lisäksi toiminnasta, tapahtumista, rakennuksista, instrumenteista ja menettelytavoista.

Molilaisessa käytäntöjen etnografiassa ei siis tutkita toimijoiden tietoa, joka on heidän mielessään ja josta he puhuvat, vaan päivittäisiä tapahtumia ja toimintaa. Tässä se eroaa etnometodologisesta ajattelusta, jossa tilanteissa sijaitseva hiljainen tieto saadaan näkyviin nimenomaan kuuntelemalla osallistujien kuvailuja tilanteen merkityksestä, tilanteeseen liittyvästä aikaisemmasta tiedosta ja kokemuksista²¹. Tässä kohtaa kiinnitynkin etnometodologian sijaan Molin ajatteluun ja empiirisessä tutkimuksessa etsin potiluuksi sairaalaosaston käytäntöjen, enkä niinkään potilaiden omien kuvausten, kautta.

Tässä tutkimuksessa potilas sekä on että samanaikaisesti syntyy käytännöissä eli potilasta ei ole olemassa etukäteisesti mutta ei myöskään jälkikäteisesti. Potilas on käytännöissä läsnä eksplisiittisesti tai implisiittisesti eli potilas toimii, on toiminnan kohteena tai potilaasta puhutaan. Käytän tässä tutkimuksessa potilaan tekemisestä käytännöissä erityisesti verbiä tuottua. Tuottua tai vaihtoehtoisesti tekeytyä-verbi kuvaa mielestäni hyvin sitä, että potilas muotoutuu käytännöissä riippumatta siitä, onko potilaan tekeminen aktiivista vai passiivista, tietoista tai tiedostamatonta. Käytän tässä tutkimuksessa vaihtelun vuoksi tuottua-verbin synonyyminä myös aktiivista toimintaa kuvaavaa verbiä tuottaa ja lisäksi olla-verbiä. Muita mahdollisia verbejä olisivat Molin käyttämän verbin ”enact” suomennos potilaan toteuttamisesta tai toimeen panemisesta.

Ajatus potilaan tuottumisesta käytännöissä johtaa Molin ajattelussa ilmiöiden ontologiseen moninaisuuteen. Koska Molin tarkastelema ateroskleroosi sijaitsee erilaisissa käytännöissä, se myös tuottuu hieman erilaisena paikasta, hetkestä, erikoisalasta ja hoidosta riippuen. Tämä tekee ateroskleroosista, ja taudeista yleensäkin, ontologisesti moninaisia. Ajatus kokonaisesta taudista onkin vain normatiivinen standardi, jonka olemassa olevat käytännöt osoittavat vääräksi.²² Tässä tutkimuksessa ajattelenkin tarkastelun kohteeksi asettuvan potiluuksi tuottuvan taudin tapaan moninaisena²³. Sairaalaosaston potiluuksi tuottuu ja määrittyy sairaalaosaston arkisissa käytännöissä, vuorovaikutuksessa ja materiaaleissa aina uudelleen hieman erilaisena tilanteesta riippuen. Tämä potiluuksi tuottuvan ontologisen moninaisuuden tunnistaminen ja tunnistaminen tuottaa sen, mitä potiluuksi sairaalaosastolla on.

Kokonaisuudessaan työn metodologia koostuu etnometodologiaan, tieteen ja teknologian tutkimukseen ja Annemarie Molin ajatteluun kiinnittyvistä lähtökohdista. Teorioista olen poiminut käyttöön ne osat, jotka ovat olleet merkityksellisiä työn kannalta ja yhdessä muodostaneet yhteensopivan kokonaisuuden.

Viitteet

- 1 Strauss 1963.
- 2 Morgan ym. 1985, 150.
- 3 ks. Carroll ym. 2008, 382.
- 4 Garfinkel 1967.
- 5 Hartikainen 2009, 38.
- 6 Hindmars & Pilnick 2002.
- 7 Garfinkel 1967, 11.
- 8 Törrönen 1999.
- 9 Peräkylä 1990.
- 10 Latour & Woolgar 1986.
- 11 Lehtonen 2008, 107; Pyyhtinen & Tamminen 2007.
- 12 Ks. Atkinson ym. 2008, 119; Soivio 2003, 99.
- 13 Pyyhtinen & Tamminen 2007, 242.
- 14 Pyyhtinen & Tamminen 2007, 240; ks. myös Paju 2013.
- 15 Hartikainen 2009.
- 16 Agic 2012.
- 17 Soivio 2003.
- 18 Paju 2013; ks. myös Singleton 1998; Bruni 2005; Mair & Kierans 2012.
- 19 Latour 2002, 256.
- 20 Mol 1998; 2002; ks. myös Mol 2006; Willems 1998.
- 21 Garfinkel 1967.
- 22 Mol & Berg 1998, 6.
- 23 Mol 2002; ks. myös Soivio 2004.

LIITE 2. TIEDOTE JA SUOSTUMUSLOMAKE

Tiedote

Hyvä vastaanottaja,

Olen tekemässä väitöskirjatutkimusta potilaan asemasta sairaalassa Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitokselle. Olen kiinnostunut sairaalaosaston jokapäiväisistä tapahtumista, vuorovaikutustilanteista ja osastolla olevista ihmisistä. Toivon, että tutkimukseni auttaa kehittämään vuorovaikutusta ja potilaan osallistumista sairaalassa. Tutkimustani ohjaavat professori Risto Eräsaari ja dosentti Ullamaija Seppälä.

Kerään tutkimusaineistoa keväällä 2008 kahdella sairaalaosastolla. Tarkoitukseni on osallistua osaston jokapäiväiseen toimintaan ja keskustella osastolla olevien kanssa. Myös potilaspaperit ovat osa tutkimusaineistoa. Potilaspaperieista tarkastelen vain nykyistä hoitojaksoanne koskevia tietoja, kuten tehtyjä toimenpiteitä, vointianne tai muita kuvauksia hoidostanne. En siis ole kiinnostunut aikaisemmista hoitojaksoista, diagnooseista tai laboratorioarvoista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kieltäytyminen tutkimuksesta ei vaikuta millään tavoin saamaanne hoitoon tai kohteluun. Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisen myös sairaalassaoloaikanne myöhemmässä vaiheessa. Antamanne tiedot ovat täysin luottamuksellisia. En käytä tutkimuksessa henkilötietojanne, joten lopullisessa raportissa henkilöllisyytenne ei ole tunnistettavissa.

Tutkimusaineistoa säilytetään tutkijan hallussa lukitussa tilassa. Aineistoa voidaan jatkokäyttää tieteelliseen tutkimukseen siten, että jokainen uusi tutkimus hyväksytetään sairaalan eettisessä toimikunnassa.

Mikäli teillä ei ole mitään tutkimukseen osallistumista vastaan, pyydän teitä allekirjoittamaan liitteenä olevan kirjallisen suostumuksen.

Vastaan mielelläni tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisesti,
Riikka Lämsä
Valtiotieteen maisteri

Yhteiskuntapolitiikan laitos
PL 18
00014 Helsingin yliopisto
P: 09-191 24607

Risto Eräsaari
Sosiaalipolitiikan professori
P: 09-191 24592

Ullamaija Seppälä
Sosiaalipolitiikan dosentti
P: 040- 517 4245

Suostumuslomake

S U O S T U M U S

Minä _____ olen tutustunut tutkittavan tiedotteeseen, joka kertoo VTM Riikka Lämsän suorittamasta ”Potilaina sairaalassa” tutkimuksesta. Suostun osallistumaan tutkimukseen ja myös siihen, että tutkija saa käyttöönsä tämänkertaista hoitajaksoani koskevat potilaspaperit. Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti ja voin myös keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Minua koskevat tiedot ovat luottamuksellisia, eivätkä henkilötietoni tule esiin lopullisessa tutkimusraportissa.

Aika ja paikka

Allekirjoitus

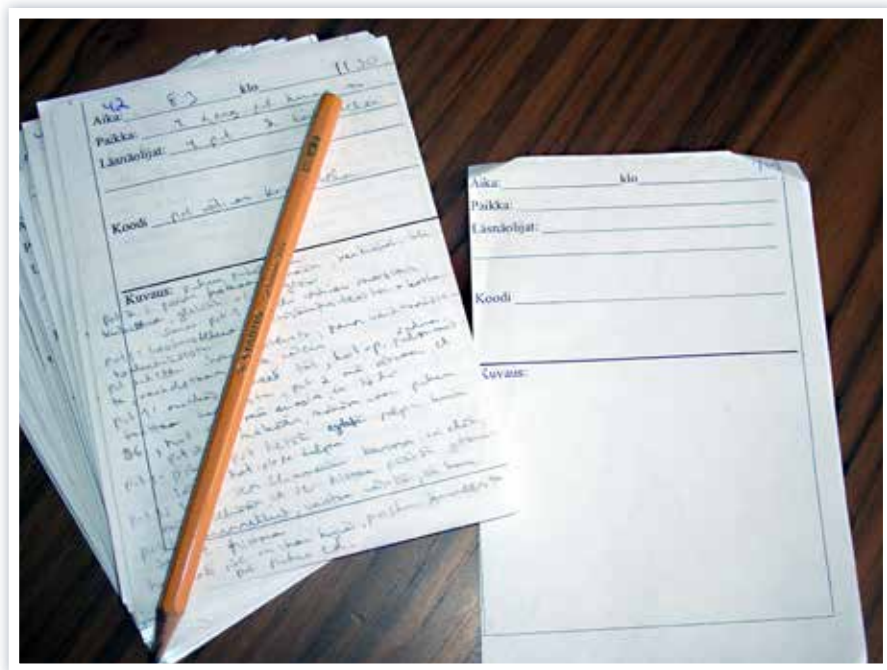
Tutkijan allekirjoitus

LIITE 3. TUTKIMUSAINEISTO

Havainnoista tekstiksi ja aineistoksi

Kirjoitin kentällä ollessani jatkuvasti muistiinpanoja osaston tapahtumista ja käymistäni keskusteluista. Olin suunnitellut helposti taskuun mahtuvan, A6-kokoisen lomakkeen, johon sain merkittyä ajan, paikan, läsnäolijat, tapahtuman koodin ja lyhyen kuvauksen tapahtumasta. Näihin juoksevin numeroin kirjattuihin lappuihin kirjoitin episodeiksi nimeämäni tapahtumakokonaisuuksia, joita kertyi yhteensä 160 (puhtaaksikirjoitettuna 99 sivua rivivälillä 1).

Episodeja kertyi Osasto Akuutilta 110, Osasto Infektiolta 41 ja Osasto Kuntoutukselta 9. Episodejani voi kuvata ajallisesti ja paikallisesti rajatuiksi yhtenäisiksi tapahtumakuluiksi, jossa on tietty osallistujakokoonpano. Yksi episodi saattoi sisältää esimerkiksi henkilökunnan välisen tai potilaan kanssa käymäni keskustelun, hoitotapahtuman, kuvauksen osaston arjen kulusta ja



Kuva 7. Muistiinpanoja kentältä

niin edelleen. Tallensin tapahtumat muistiinpanolomakkeisiin mahdollisimman kattavasti käyttämällä monenlaisia lyhenteitä ja kirjoittamalla niin nopeasti kuin kykenin. Vaikka pystyin kuvaamaan tapahtumia lomakkeisiin hyvin tarkasti, eivät esimerkiksi episodeihin kirjatut keskustelut ole kuitenkaan täysin sanatarkkoja.

Pituudeltaan episodit olivat puhtaaksikirjoitettuina muutamasta rivistä pariin sivuun. En erityisesti ollut päättänyt millaiset asiat tai ilmiöt sopivat episodeihin kuvattaviksi, vaan pyrin kirjaamaan niihin havainnoimiani tapahtumia monipuolisesti ja kattavasti. Toki episodien kerääminen oli varsinakin havainnoinnin edessä myös keskittynyttä tiettyihin ilmiöihin. Kuitenkaan ei voi sanoa, että kaikki episodit kuvaisivat tapahtumakulkuja, jotka keskeisyytensä, merkittävyytensä tai seuraustensa vuoksi nousivat esille, kuten kouluetnografiaa tehnyt Ulla-Maija Salo episodejaan kuvaa¹. Episodit olivat tapahtumia, jotka syystä tai toisesta herättivät mielenkiintoni, sopivat sen hetkiseen havainnointisuunnitelmaan tai tuntuivat toistavan jotain aiemmin havaitsemaani ilmiötä, mutta niiden käyttökelpoisuudesta analyysivaiheessa en voinut episodeja kerätessäni olla varma.

Otin muistiinpanojen kirjoittamisessa avoimen linjan ja kirjasin aineistonkeruulomakkeeseen ylös havaintojani istuessani esimerkiksi osaston kansliassa ja potilaiden oleskelutilassa tai seurattessani lääkärinkiertoa tai hoitotapahtumia sivummalta. Myös potilaiden kanssa käymieni pitkien keskustelujen aikana muistiinpanovälineet olivat esillä, ja luvan saatuani kirjasin keskustelumme lyhyesti ylös. Täydensin muistiinpanoja vielä myöhemmin jossain rauhallisessa paikassa. Muistiinpanovälineisiini kiinnitettiin osastolla huomiota, mutta koin, että ne herättivät ennemminkin uteliaisuutta kuin vaivaantuneisuutta. Tähän saattoi vaikuttaa se, että kirjaaminen ylipäätään on sairaalassa luontevaa ja läsnä jatkuvasti. Hoitajat kirjoittavat muistiinpanoja omiin lappuihinsa ja myös potilaskansiot ovat jatkuvasti käsillä.

Päivän havainnoinnin jälkeen jäin yleensä osastolle kirjoittamaan puhtaaksi muistiinpanojani. Muistiinpanojen puhtaaksikirjoitustunteja kertyi yhteensä 58, joista 48 vietin tutkimusosastoilla (nämä tunnit eivät sisälly aineistonkeruutunteihin). Kirjoitin aineistonkeruulomakkeita puhtaaksi jossain rauhallisessa paikassa, kuten varastossa, osastonhoitajan huoneessa tai kanslian kirjoitushuoneessa. Purin lyhyet episodikuvaukset pidemmiksi teksteiksi pääsääntöisesti saman, joskus seuraavan päivän aikana. Bernardin toteamus, että sen menettää, mitä ei kirjoita, piti hyvin paikkansa². Huomasin, että ajallinen etäisyys tapahtuman ja sen puhtaaksikirjoittamisen välillä korreloi muistiinpanojen laadun kanssa. Mitä nopeammin palasin episodikuva-

uksiini, sitä paremmin tavoitin tilanteen uudelleen ja pystyin kirjoittamaan tilanteesta kattavan kuvauksen. Osastolla olevien henkilöiden anonymiteetin turvaamiseksi en kirjannut episodeihin potilaiden tai henkilökunnan jäsenten nimiä. Sen sijaan merkitsin muistiin henkilön sukupuolen ja arvioidun iän.

Episodiin lisäksi potilashuonehavainnoinnista muodostui merkittävä aineisto tutkimukselleni. Havainnoinneissa kirjasin mahdollisimman kattavasti kaiken ympärilläni tapahtuvan, kun episodeissa keskityin yhteen tiettyyn tapahtumakokonaisuuteen. Ajauduin tekemään potilashuonehavainnointia vähän vahingossa. Osasto Akuutilla tein osaston kansliassa ja käytävillä havainnointia, jota kutsuin liikelaskennaksi (yhteensä 6 tuntia, 12 sivua tekstiä rivivälillä 1). Istuin kannettavan tietokoneen kanssa tiettyssä paikassa tunnin kerrallaan ja kirjasin ylös kaiken liikkeen ja tapahtumat, mitä paikaltani näin. Ajatuksena oli yrittää hahmottaa ja saada kokonaiskuva siitä, mitä osaston eri tiloissa milloinkin tapahtui. Kun tutkimus sairaanhoitajien toiminnan tuttuuden myötä suuntautuikin enemmän potilaisiin, päätin jatkaa liikelaskentaa potilashuoneissa. Potilailta luvan saatuani istuin potilashuoneessa kannettavan tietokoneen kanssa 1–3 tuntia kerrallaan ja kirjasin ylös huoneen tapahtumat ja ajankohdat. Potilashuonehavainnointi tuotti sanatarkempaa kuvausta esimerkiksi potilashuoneen keskusteluista kuin episodit, koska kannettava tietokone mahdollisti nopeamman kirjoittamisen kuin käsin kirjoittaminen. Yhteensä tein havainnointia potilashuoneissa 26 tuntia, mikä tuotti 58 sivua tekstiä (1 rivivälillä kirjoitettuna).

Potilashuonehavainnoinnin myötä minulle aukesi aivan uudenlainen näkökulma sairaalaosastoon. Enhän sairaanhoitajanakaan ollut oleskellut potilashuoneessa pitkiä aikoja kerrallaan. Sain ensi kertaa kuvan esimerkiksi siitä, mitä huoneessa tapahtui, kun mikään osaston viralliseen päivärytmiin kuuluva tapahtumakulku ei ollut kesken. Potilashuonehavainnointi tarjosi minulle mahdollisuuden päästä niin lähelle potilasta kuin se etnografiselle tutkijalle, joka ei itse ollut potilaana, oli mahdollista. Siksi potilashuonehavainnoinnista muodostui hyvin merkittävä osa aineistoa.

Kentällä tarkoitukseni oli kerätä havainnointiaineiston tueksi kattava haastatteluaineisto, pidetäänhän haastatteluja olennaisena osana etnografista aineistonkeruuta³. Kenttätöön alkuaikoina lähestyin potilaita suunnitelmallisesti tavoitteenani eräänlaiset ”tutkimuskeskustelut”, joihin olin etukäteen laatinut aihealueita ja niihin liittyviä kysymyksiä sen hetkisten tiedontarpeiden pohjalta. Yritin tavoittaa potilaiden mielipiteitä ja odotuksia esimerkiksi osaston ajankulusta, toimintamahdollisuuksista ja tiloista etsien vahvistusta tulkinnoilleni. ”Tutkimuskeskustelut” tuottivat minulle kuitenkin pettymyksen

kerta toisensa jälkeen. Nekin potilaat, jotka keskustelivat kanssani mielellään, tuntuivat kysymysteni edessä hämmentyneiltä, ohittivat ne tai ilmoittivat, ettei heillä ole mitään valittamista hoidon laadusta – ja siirtyivät aiheeseen, josta itse halusivat puhua. Epäonnistuneet haastattelut saivat minut luopumaan haastatteluyrityksistä ja siirtymään vapaamuotoisiin keskusteluihin, jotka etenivät potilaiden ehdoilla. Kysymyksiin vastaamisen sijaan potilaille oli tärkeää keskustella omasta elämästään, sairastumisestaan, sairaudestaan ja sen merkityksestä. Nämä potilaiden kanssa käymäni antoisat ja valaisevat keskustelut kestivät kymmenestä minuutista yli tuntiin. Aineistossa ne ovat episodien joukossa, eivätkä siis sisälly varsinaiseen haastatteluaineistoon.

Aineistossa on 12 varsinaista haastattelua, joista neljä on potilashaastattelua ja loput kahdeksan ovat henkilökunnalle, erityisesti lääkäreille ja osastonhoitajille, tehtyjä haastatteluja. Kahdessa potilashaastattelussa oli mukana useita potilaita niin, että yhteensä haastatteluissa oli mukana seitsemän potilasta. Olen nimennyt tämän aineisto-osan haastatteluiksi enkä sisällyttänyt niitä episodeihin, koska niille on ominaista, että haastateltavat myös vastasivat etukäteen laatimiini kysymyksiin. Kysymykset vaihtelivat haastattelusta toiseen niin, että tavoitteenani oli lähinnä etsiä vahvistusta sen hetkisille tulkinnoilleni osaston tapahtumista⁴. Haastattelut suoritettiin potilaiden osalta potilashuoneessa tai yhteisissä oleskelutiloissa kun taas henkilökuntahaastattelut tehtiin jossain henkilökunnalle tarkoitettussa häiriöttömässä tilassa kuten osastonhoitajan huoneessa. Kirjoitin haastatteluista muistiinpanoja käsin tai suoraan tietokoneelle ja purin muistiinpanot tekstiksi välittömästi haastattelujen jälkeen. Puhtaaksi kirjoitettuna haastattelut muodostavat 27-sivuisen aineiston (1 rivivälillä kirjoitettuna). Haastattelujen vähäisyyden vuoksi haastatteluaineisto ei noussut merkittävään osaan tutkimuksessa. Käsittelin haastatteluja kuitenkin analyysivaiheessa episodeille ja potilashuonehavainnoinnille rinnakkaisena aineistona niin, että kaikki kolme aineisto-osaa on esimerkiksi koodattu samalla tavoin.

Selvästi sivuosassa aineistossa ovat osastoilta keräämäni potilaspalautteet. Keräsin henkilökunnan arkistoimia potilaspalautteita Osasto Akuutilta 23 kappaletta ja Osasto Infektiolta kahdeksan kappaletta. Osasto Kuntoutukselta potilaspalautteita ei ollut saatavilla. Potilaspalautteet ovat potilaiden itsensä kirjoittamia palautteita osastohoitojaksoistaan. Viestien pituus vaihteli muutamasta rivistä puoleen sivuun. Usein palautteen kirjoittamiseen oli antanut sysäyksen joko erittäin positiivinen tai negatiivinen kokemus sairaalassaoloajalta. Potilas saattoi kiittää korkealaatuisesta ja nopeasta hoidosta ja palvelualltiista ja empaattisesta kohtelusta. Negatiivisia palautteita olivat kirjoittaneet lähinnä hen-

kilökunnan epäasiallinen käytös, riittämätön tiedonvälitys tai huonoksi koettu hoito. Potilaspalautteiden rooli tässä tutkimuksessa on ollut lähinnä muuta aineistoa tukeva, eikä niistä ole kirjoitettu itsenäisenä aineisto-osana tutkimusraportissa. Potilaspalauteanalyysi ei temaattisesti sopinut tutkimusraporttiin, mutta jatkossa tämäkin aineisto olisi kiinnostava analysoida.

Aineisto sisältää myös 19 potilaan potilaspapereita niiltä osin kuin ne koskevat sen hetkistä osastojaksoa. Potilaspapereiden kohdalla olin kiinnostunut erityisesti siitä, miten tapahtumia, joita olin havainnoinut, kuvattiin kirjallisesti. Ne toimivat myös eräänlaisena tukiaineistona potilaan kanssa käymäni keskustelun ja havainnoinnin lisänä laajentaen kuvaa potilaan kokonaistilanteesta. Potilaspaperiaineisto tarjosi hyvää tutkimusmateriaalia etenkin tietojenkäsittely- ja kotiutuskäytäntöjen analysoimiseen. Potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi poistin kopioimistani potilaspapereista potilaan nimen ja henkilötunnuksen, mutta merkitsin ylös potilaan sukupuolen ja iän, jotta pystyisin yhdistämään potilaspaperit yhteen potilaasta kirjoittamieni episodien kanssa.

Keräsin kenttätöön yhteydessä osastoilla käsillä olevaa kirjallista materiaalia yhteensä 127 sivua (35–45 sivua kultakin osastolta). Aineisto-osa käsittää osastojen ja sairaaloiden esittelylehtisiä potilaille ja työntekijöille, osastolla käytössä olevia lomakkeita esimerkiksi potilaan voinnin seuraamiseen ja tulohaastatteluun sekä potilaille jaettavia kotihoito-ohjeita tiettyyn sairauteen liittyen. Lisäksi aineistossa on sairaalan tai osaston strategioita ja toimintasuunnitelmia sekä muutamia raportteja tai luentomonisteita liittyen osastojen toimintaan kuten kotiuttamiseen tai tietojen salassapitioon. Olen käyttänyt kirjallista materiaalia muun aineiston tukena analyysissä sekä faktatiedon tarkastamiseen tätä kirjaa kirjoittaessani.

Yllä esiteltyjen aineisto-osien lisäksi kirjoitin kentällä ollessani kenttäpäiväkirjaksi kutsumaani tiedostoa (34 sivua tekstiä 1 rivivälillä). Kirjoitin kenttäpäiväkirjaan yleiskuvauksen jokaisesta osastopäivästä; aineistonkeruusuunnitelmani sille päivälle, kuvauksen osaston yleisistä tapahtumista ja siitä, mitä osastolla tein ja kenen kanssa. Kenttäpäiväkirjassa on kuvauksia liikkeistäni, kontaktinottoyrityksistäni ja toiminnastani osastoilla sekä omia tunnelmia- ni kentältä eli kuvauksia iloista ja onnistumisista mutta myös väsymyksestä ja turhautumisesta. Yleiskuvaukset ovat olleet hyvä tapa palata jälkeenpäin tiettyyn päivään, tapahtumaan tai osastoon ja tavoittaa uudelleen niitä ajatuksia ja tunnelmia, joita silloin koin. Toisen osan kenttäpäiväkirjasta muodostavat omat mietteeni tai tulkinta-aihioni osastolla havainnoimistani ilmiöistä. Tämä erillinen ”omien ajatusten tiedosto” auttoi minua keskittämään episodien sisällön tapahtumien kuvaamiseen eikä niiden tulkintaan.

Yhteenveto aineistosta

Aineisto	Tutkimusosasto			Yhteensä
	Osasto Akuutti	Osasto Infektio	Osasto Kuntoutus	
Ajankohta	21.2.–30.6.2006	22.1.–20.3.2008	11.3.–10.4.2008	
Päiviä	34	18	7	59
Tunteja	134	67	27	228
Episodeja	110	42	10	162
Havainnointi	6 h käytävässä /kansliassa, 6 h potilashuoneissa	5 h potilashuoneissa	3 h potilas- huoneissa	20
Potilaspalautteet	23	8	-	31
Haastattelut	3 hlökkunnan jäsentä, 3 potilasta	3 hkökkunnan jäsentä, 2 potilasta	2 hlökkunnan jäsentä	8 hlö- kunta / 5 potilasta
Potilasasiakirjat	15	4	-	19
Kirjallinen materiaali, sivua	a. Miratelohje ja käsitteiden määritelmät, 2 b. Sairaalan arvot, 1 c. Osaston esittelylehtinen, 1 d. Käsihygieniaohteet potilaille ja omaisille, 2 e. Mini-mental state examination -kaavake, 1 f. Lääke- ja kotihoito-ohjeita kotihoitoon -kaavake, 1 g. Sairaanhoidajan lähete-lomake, 1 h. Potilaan siirtomääräys-lomake, 1 i. Osaston potilastilanne-lista, 1 j. Potilastiedot uudesta potilaasta -kaavake, 1 k. Kontrolli -lista, 1 l. Nestelista, 1 m. Kliinisen tilan seuranta-kaavake, 1 n. Sydämen eteisvärinä ohjelehtinen, 14 o. Tiedote altistumisesta VRE-bakteerille, 1 r. Potilaspaperikaavake, 1 s. Osaston potilaslistat 21 pvvää, 63 Yhteensä 97 sivua	a. potilaskansioiden tekstit -sähköposti, 1 b. ”Korvaushoidon siirto aiheuttaa nurinaa terveyskeskuksissa”, Lääkärilehden artikkeli, 2 c. Ohjeet liikkumisesteiden erityisesti turvaliivien käytöstä terveyskeskuksissa -pysyväisohje, 5 d. Potilaan hyvä kotiuttaminen -luentomoniste, 5 e. Sairaalan esittely, 7 f. Osaston esittelyhoitajalle, 1 g. Hoitotyön filosofinen perusta sisätautien tulosyksikössä -moniste, 3 h. Osaston esittelylehtinen potilaalle, 1 i. Hyvä vastaanotto osastolle potilaan näkökulmasta -ohje, 1 j. Osaston potilasopas, 1 k. Osaston hoitotyönfilosofia, 1 l. Potilaan hyvä siirtyminen päivystyksestä M-osastolle -ohje, 1 n. Tervetuloa keikalle -opaslehtinen, 1 o. Tervetuloa meille töihin -mainoslehtinen, 1 Yhteensä 47 sivua	a. Potilasohjaus pitkäaikaissairaalaan -ohje, 6 b. Kotiutuminen sairaalasta kotihoitoon -raportti, 13 c. Sairaalan esite työntekijälle, 2 d. Sairaalan päivystystoimintojen yksikön esittely, 2 e. Osaston esittelylehtinen potilaalle, 1 h. Sairaalan organisaatio -esite, 3 i. Sairaalan toiminta esite lääkäreille, 7 j. Potilaan oikeudet, 3 k. Potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä muu aineisto, 1 Yhteensä 46 sivua	190 sivua

Viitteet

- 1 Salo 1999, 68.
- 2 Bernard 2006, 389.
- 3 ks. esim. Rautiainen 2003, 29.
- 4 ks. esim. Delamont 2004, 218.

LIITE 4. AINEISTON ANALYYSI

Analyysin eteneminen

Aloitin aineiston analyysin järjestämällä aineistoa eri tavoin. Luetteloin, arkistoin ja järjestin aineiston kansioihin, laskin tunnuslukuja ja muutin tiedostoja tarvittavaan muotoon. Tämän jälkeen luin aineistoa läpi useaan otteeseen saadakseni siitä kokonaiskuvan. Hahmotin aineistosta erilaisia keskeisiä inhimillisiä toimijaryhmiä, joita oli neljä: potilaat, hoitajat, lääkärit ja omaiset (tässä vaiheessa analyysiä ei-inhimilliset toimijat eivät vielä olleet nousseet kiinnostukseni kohteiksi). Hoitajien toimijaryhmä sisälsi eri ammattiryhmiä kuten lähi- ja sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Inhimillisten toimijaryhmien nimeäminen oli oleellista, koska ne kulkivat mukana aineistossa teemasta riippumatta.

Aineiston järjestyksen jälkeen koodasin aineistona olevat episodit, havainnoinnit ja haastattelut Atlas.ti -ohjelman avulla. Muut osa-aineistot jäivät tausta-aineistoksi niin, että otin ne tarkasteltavaksi aina tarpeen vaatiessa. Koodasin episodit, havainnoinnit ja haastattelut sisällön mukaan niin, että yksi ajatus- tai temaattinen kokonaisuus muodosti yhden analyysiyksikön. Koodattujen analyysiyksiköiden pituus vaihteli näin ollen muutamasta rivistä sivuun. Käyttämäni koodit kuvaavat aineisto-otteiden sisältöjä konkreettisesti, kuten koodit ”potilaan tavarat”, ”kuolema”, tai ”sairaalan aika”. Toiset koodit ovat tulkinnallisempia ja enemmän tutkijalähtöisiä, kuten koodi ”suhtautuminen tutkijaan”, ”siirtymä puheessa” tai ”neuvoteltu järjestys”. Ensimmäisen koodauskierroksen jälkeen tarkastin koodauksen, yhdistelin koodeja ja nimesin niitä uudelleen. Lopulta aineisto muodosti koodiston, joka sisälsi 69 alakategoriaa ja 52 yläkategoriaa. Koodit oli liitetty aineisto-otteisiin yhteensä 1 262 kertaa. Tämä aineiston ”peruskoodaus” toimi pohjana analyysille niin, että aineistosta oli helppo löytää niitä teemoja, joita kulloinkin olin tarkastelemassa. Myöhemmin huomasin kuitenkin, ettei koodaus ollut kaiken kattava tai ”lopullinen”, vaan myöhemmin uusien kiinnostavien teemojen löytyessä saattoi olla, ettei koodaus kattanut kyseistä aihetta. Tällöin etsin aihetta käsittelevät kohdat aineistosta teema kerrallaan.

Aineiston lukemisen ja sisällöllisen koodauksen myötä aineistosta tuli minulle tuttu. Tuttuus ei kuitenkaan ratkaissut, mihin teemoihin olin tutkimuksessani keskittymässä. Minulla oli iso kasa aineistoa, mutta ei juuri käsitystä mitä aineistolla tekisin. Aineisto oli niin laaja, että jatkoanalyysiä oli pak-

ko suunnata tiettyihin ilmiöihin ja jättää osa aineistosta ”käyttämättä”. Tässä analyysin suuntaamisessa minua auttoi se, että jo tutkimusosastoilla jotkut sairaalaosaston käytännöistä olivat kiinnittäneet enemmän huomiotani kuin toiset. Tällaisia teemoja olivat lääkärinkierto, potilaan kotiuttaminen ja sairaalaosaston aika, jotka olivat joiltakin osin herättäneet minussa ihmetystä, kysymyksiä tai hämmennystä. Olin esimerkiksi hämmästynyt siitä, kuinka erilaiselta tuntui viettää aikaa potilashuoneessa kuin osaston kansliassa tai käytävällä. Etnografisen analyysin yhteydessä puhutaan tutkijan tunnetilojen käytöstä aineiston analyysissä. Etnografin tehtävänä on tarkkailla ja analysoida omia ja muiden reaktioita ja tunteita.¹

Kenttäpäiväkirjaan taltioidut kysymykset, tunnetilat ja alustavat tulkinnat auttoivatkin minut alkuun sen suhteen, minkälaisiin teemoihin tutkimukseeni suuntaisin. Jatkoanalyysi oli helpointa aloittaa lääkärinkiertokäytännöstä, potilaan kotiuttamisesta ja sairaalaosaston ajasta. Myöhemmin tarkasteltavien käytäntöjen joukko laajeni koskemaan tässä tutkimusraportissa esiteltyjä käytäntöjä. Esimerkiksi sairaalaan tulon tarkastelu oli kiinnostavaa suhteessa kotiutumiseen, ja teknologian tarkastelu suhteessa metodologiseen ajatukseen ei-inhimillisistä toimijoista.

Ensimmäiselle tutkimusosastolle mennessäni tavoitteeni oli verrata suullisesti puheessa ja kirjallisesti potilasasiakirjoissa tuotettua potilasta. Jouduin luopumaan tästä ajatuksesta varsin pian kenttätyön alettua, koska ymmärsin, etten kykene tekemään muistiinpanoja diskursiivisen analyysin edellyttämällä tarkkuudella ja kirjaamaan sanatarkasti ylös toimijoiden käyttämiä termejä tai lausemuotoja². Analyysin kuluessa analyysimenetelmäksi valikoitui laadullinen sisällönanalyysi³. Analysoin aineistoa teema kerrallaan eli otin tarkemman analyysin kohteeksi aina ne aineisto-otteet, jotka kulloinkin sisältyivät kiinnostuksen kohteena olevaan ilmiöön. Näiden ”osa-analyysien” tavoitteena oli luoda selkeä sanallinen kuvaus käytännöstä, muodostaa erilaisten luokittelujen avulla ilmiötä kuvaava käsitteistö tai kategorisointi ja lopuksi verrata muodostettua ”mallia” teoriakirjallisuuteen tai aikaisempiin tutkimuksiin.

Analyysi eteni induktiivisesti eli aineistolähtöisesti niin, että muodostin koodit, käsitteet ja kategoriat aineistosta käsin enkä tietyn etukäteisen teorian pohjalta. Kuitenkin jo aineistoa koodatessani tiesin joitakin teemoja tai aihealueita, joita *en halunnut* ottaa analyysin kohteeksi. Tällaisia olivat esimerkiksi pitkään jatkuneet keskustelut eri ammattiryhmien välisistä suhteista sairaalassa tai lääketieteen tavasta objektivoida potilas.

Olen kuvannut analyysissä käytäntöjä ja ilmiöitä, joita voi kuvata yleissairaalallisiksi. Pysin löytämään teemoja, jotka olivat yhteisiä kaikille tutkimusosastoille ja jotka erottamisen sijaan yhdistivät erilaisia tutkimusosastoja. Eri tutkimusosastojen välillä oli toki eroja, osastokohtaisia toimintatapoja ja vaihtelua, mutta en kuitenkaan suunnannut analyysiä lähtökohtaisesti osastojen välisten erojen kuvaamiseen⁴. Osastokohtaiset erot olivat kuitenkin tärkeitä, koska ne saivat minut kiinnostumaan tietyistä ilmiöistä. En esimerkiksi kiinnittänyt huomiota potilashuoneiden jakamiseen ennen kuin kolmannella tutkimusosastolla huomasin, että toimintatapa poikkeaa kahden aikaisemman tutkimusosaston toimintatavasta. Kuitenkin osastokohtaisten erojen painottamisen sijaan myös niputin yhteen paljon asioita, jotta sain muodostettua kokonaisuuksia tarkasteltavina olevista ilmiöistä.

Analyysissä etsin myös poikkeustapauksia. Esimerkiksi kanssapotilaiden negatiivisen solidaarisuuden käyttäytymismalli tuntui olevan säännönmukainen toimintatapa lääkärintierolla. Etsiessäni löysin aineistosta kuitenkin poikkeustapauksia, jotka rikkoivat tämän normiksi ajatteleman toimintatavan. Poikkeustapauksilla oli kuitenkin yhteinen nimittäjä eli negatiivinen solidaarisuus rikottiin silloin, kun potilas halusi auttaa toista potilasta. Näin poikkeustapausten ja selitysmallin löytyminen niille itse asiassa vahvisti tulkintaani negatiivisen solidaarisuuden käyttäytymismallista eikä rikkonutkaan sitä.

Analyysiä voi kuvata kehäksi, jossa aineistoon palaaminen, tulkintojen kirjoittaminen, kirjallisuuteen perehtyminen ja vertailujen tekeminen vuorottelivat ja limittyivät edeten kohti tässä kirjassa esitettyä tulkintaa tutkimistani ilmiöistä. En kuitenkaan voi sanoa tulkinnan olevan lopullinen tai ainoa minkä aineisto mahdollistaa, vaan analyysi oli tutkijansa näköinen ja tutkijan kokemusmaailman läpi suodattunut.

Osa-analyysit

Kenttätöön aikana en ollut erityisen kiinnostunut osaston ei-inhimillisistä toimijoista aikaa lukuun ottamatta. Kenttätöön jälkeisen aineiston analysoinnin edetessä huomasin kuitenkin, että aineisto sisälsi suhteellisen paljon kuvauksia, joita saattoi tarkastella myös ei-inhimillisten toimijoiden näkökulmasta. Niinpä analyysi suuntautui tutkimuksen loppuvaiheessa myös sairaalaan tuloon liittyviin tavaroihin, ääniin, mikrobiin ja telemetriaan. Aineiston peruskoodausvaiheessa olin jo etsinyt aineistosta kohdat, jotka käsittelivät sairaalaosaston aikaa. Tällaisia aineisto-otteita löytyi yhteensä 54. Muiden teemojen kohdalla koodaukseni oli epäselvempää: koodauksessa olin tuottanut

koodit ”osaston fyysiset tilat (28 aineisto-otetta)”, ”potilaan tavarat (4)”, ”sairaalaan tulo (9)”, ”teknologia (11)”, ”vaatetus (7)”, ”potilaan toiminta osastolla (32)” ja ”MRSA/infektiot (14)”. Koska koodaukseni ei täysin vastannut sitä, mitä aineistosta etsin, kävin aineiston uudelleen läpi teema kerrallaan ja analysoin lopuksi tällä tavalla kootun aineiston.

Lääkärinkiertoluvussa käytin aineistona episodien, osastohavainnointien ja haastatteluiden ne aineistokohdat, jotka ovat koodausvaiheessa saaneet koodin ”lääkärinkierto”, ”negatiivinen solidaarisuus ja rikkoutuminen”, ”potilaan yksityisyys” tai ”tiedotus: tieto potilaille”. Tällaisia koodeja löytyi mainituista osa-aineistoista yhteensä 101 kappaletta. Lisäksi luvun toisen aineistosan muodostivat ne lakitekstit ja säädökset, jotka koskivat tiedon käsittelyä sairaalassa. Laadullisesti nämä kaksi aineistotyyppiä erosivat toisistaan: tutkimusaineisto oli yksittäisen tutkijan yksittäisiltä osastoilta kirjaamia vapaa-muotoisia, ohimeneviä hetkiä käsitteleviä kuvauksia, kun taas lakitekstit olivat muodollisia, ajallisesti kestäviä ja koko yhteiskunnan kattavaa materiaalia. Analyysin yhtenä tavoitteena oli saada nämä laadullisesti erilaiset aineistot keskustelemaan keskenään.

Kotiutustilanteiden analyysiin otin mukaan ne episodit, osastohavainnoinnit ja haastattelukatkelmat, jotka liittyvät potilaan kotiuttamiseen (koodit ”neuvottelu kotiinlähdestä” ja ”potilaan kotiutuminen”). Aineistossa kotiutuminen oli hyvin yleinen aihepiiri ja potilaan kotiutuminen kuuluukin yleisimpien koodien joukkoon aineistoa koodattaessa. Aiheen yleisyys selityi pitkälti sillä, että kotiutumiseen liittyvät asiat olivat jatkuvasti esillä ja läsnä osaston toimijoiden puheessa ja toiminnassa. Tilanteiden useus ja arkipäiväisyys osastolla teki niistä helposti tavoitettavia ja havainnoitavia tutkijalle, joten niistä on paljon merkintöjä myös kenttäpäiväkirjassa.

Potilaan kotiuttamiseen liittyviä aineisto-otteita löytyi aineistosta kolmenlaisia: potilas oli juuri lähdössä kotiin, potilaan kotiutumisesta keskusteltiin potilaan kanssa lääkärinkierrolla tai asiasta keskusteltiin henkilökunnan kesken. Aineisto-otteita löytyi yhteensä 71 kappaletta. Kotiutusaineistoa analysoitaessa erityisen kiinnostaviksi osoittautuivat ne aineisto-otteet, joissa oli havaittavissa toimijoiden välisiä neuvotteluja. Neuvotteluilla tarkoitin tilanteita, jotka ”ilmoitusluonteisuuden” eli jonkun toimijan yksipuolisen puheen sijaan rakentuivat vastavuoroisiksi. Neuvottelu oli useimmiten lääkärin ja potilaan tai henkilökunnan kesken käytyä vuoropuhelua ja keskustelua, tai negatiivissävytteisempää kyseenalaistamista, vastaan väittämistä, ja jopa kiistojä. Näitä kotiutumistilanteisiin liittyviä neuvotteluja oli 28 kappaletta eli 40 % kaikista potilaan kotiutumiseen liittyvistä aineisto-otteista.

Potilasluvun analyysi poikkesi muista osa-analyyseistä niin, että se oli ikään kuin analyysiä analyysistä. Analyysissä kokosin yhteen aikaisempien lukujen havainnot ja tulokset ja analysoin niitä. Potilasluvussa esittelemäni ulottuvuudet syntyivät yhdistelemällä eri käytäntöjen yhteydessä tekemiäni havaintoja. Esimerkiksi lääkärikierron negatiivinen ja positiivinen solidaarisuus, sairaalan aikaa analysoidessani havaitsemani potilaan pieni toimijuus ja odottaminen sekä potilaan käyttämät toimintakyky- ja elämäntilanneperusteet kotiuttamistilanteissa tuntuivat kaikki keskustelevan keskenään niin, että niillä oli jokin yhteinen tekijä. Analyysissä yhdistin nämä piirteet ja nimesin ne toimijuus-ulottuvuudeksi. Muut ulottuvuudet syntyivät samaan tapaan yhdistelemällä havaintoja ja etsimällä niille jokin yhteinen ylätasoinen nimittäjä.

Viitteet

- 1 Esim. Savage 1995, 337; Spradley 1980, 58.
- 2 vrt. Fox 1993.
- 3 ks. esim. Elo & Kyngäs 2008; Tuomi & Sarajärvi 2002.
- 4 ks. Tinney 2008.

KIITOKSET

Väitöskirjaa tehdessäni olen pitkin matkaa toivonut, että saisin jossain vaiheessa keskittyä tutkimuksen tekemiseen kunnolla ilman, että aika ja energia on sidottu yhtä aikaa moneen muuhun asiaan. Tämä on onnistunut vain harvoin. Olen tehnyt tätä tutkimusta syntymän ja kuoleman, palkkatyön ja lastenhoidon, rakkauden ja pettymyksen keskellä, välissä ja usein puristuksessa. Viime metreillä olen ymmärtänyt, että samalla tavalla kuin potilas on ja muokkautuu kaiken sairaalaosastolla olevan inhimillisen ja ei-inhimillisen seassa ja keskellä, myös väitöskirjat syntyvät keskellä elämää. Ja niin on itse asiassa hyvä.

Matkan varrelta minulla on monta tahoja kiitettävänä. Tutkimukseni rahoittamisesta kiitän Helsingin yliopistoa, Helsingin yliopiston tiedesäätiötä, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Ihannesairaala-hanketta, Suomalaista Konkordia-liittoa ja Emil Aaltosen säätiötä. Rahoituksen lisäksi tutkimukselle välttämättömiä ovat olleet sairaalat, osastot, henkilökunta ja potilaat, jotka ovat osallistuneet tutkimukseen. Kiitos heille siitä, että ovat ottaneet minut mukaan seuraamaan sairaalaosaston tapahtumia ja suostuneet tutkittaviksi.

Minulla on ollut ilo saada asiantuntevia henkilöitä työni tarkastajiksi ja ohjaajiksi. Suuri kiitos kuuluu vastaväittäjälleni professori Eeva Jokiselle, joka suostui tärkeään tehtävään. Esitarkastajina toimineita dosentti Päivi Topoa ja dosentti Terhi Utriaista kiitän tarkoista ja tärkeistä huomioista, jotka vielä viime vaiheessa paransivat työtäni. Olen kiitollinen ohjaajilleni professori Risto Eräsaarelle, professori Ullamaija Seppälälle ja professori Turo-Kimmo Lehtoselle. Risto Eräsaaren ansiota on, että ylipäättään ryhdyin väitöskirjan tekijäksi, ja kiitän Ristoa tärkeästä tuesta tutkimustyöni alkutaipaleella. Ullamaija Seppälä on toiminut ohjaajanani koko tutkimusprosessin ajan ja hänen panoksensa ylittää tavallisen ohjaussuhteen rajat. Kiitos Ullamaijalle paitsi työni kommentoinnista myös tsempeistä ja henkisestä tuesta, työn ulkopuolisten asioiden jakamisesta ja osuudesta lapsenhoidon järjestämisessä. Turo-Kimmo Lehtonen on ollut työni kannalta monella tavalla merkityksellinen. Hän ryhtyi ohjaajakseni silloin, kun olin jo luovuttamassa. Kiitän Turo-Kimmoa positiivisuudesta, kannustuksesta ja uskosta tähän työhön sekä aina niin asiantuntevista kommentaiteista ja johdattamisesta tieteen- ja teknologian tutkimuksen pariin.

Väitöskirjaprosessin aikana olen saanut olla mukana monessa tutkimusseminaarissa. Seminaarit ovat toimineet työn aikatauluttajina ja vertaistukena. Tärkeää on ollut, että seminaareissa on voinut turvallisessa ympäristössä esittää myös keskeneräisiä papereita ja ajatuksia, joiden ruotiminen on vienyt työtä eteenpäin vähän kerrallaan. Alkuvuosina sain olla mukana professori Jaana Hallamaan ja Ullamaija Seppälän johtamassa Valinnat terveydenhuollon käytännöissä -projektissa. Kiitos projektin johtajille ja seminaarilaisille Minna Luukkaiselle, Janne Nikkiselle ja Tiina Valkendorffille. Myöhemmin sain mahdollisuuden osallistua Helsingin yliopiston silloisen Sosiologian laitoksen jatkokoulutusseminaariin, jota johti aluksi professori Anssi Peräkylä ja myöhemmin Turo-Kimmo Lehtonen. Tätä seminaaria kiitän erityisen hyvästä yhteishengestä ja mukavahenkisistä tapaamisista. Kiitos työni kommentoinnista erityisesti Lotta Haikkolalle, Lotta Hautamäelle, Veronika Honkasalolle, Mikko Kahrille, Timo Kaukomaalle, Tiina-Maria Levamolle, Anni Ojajärvelle, Mika Simoselle ja Melisa Stevanovicille. Kolmantena merkityksellisenä viite-ryhmänä on toiminut professori Marja-Liisa Honkasalon vetämä MedAntro seminaari. On ollut hienoa päästä mukaan yhteisöön, jossa tehdään samaan aihepiiriin liittyvää tutkimusta. Marja-Liisa Honkasaloa kiitän erityisesti laajasta asiantuntemuksesta ja älyllisestä haastamisesta ja seminaarilaisia Anna Leppoa, Anni Ojajärveä, Marja Tiilikaista ja Susanne Ådahlia vertaistuesta.

Ensimmäiset vuodet tein väitöskirjaani Helsingin yliopiston silloisen Sosiaalipolitiikan laitoksen suojissa. Kiitän laitoksen johtajina toimineita dosentti Keijo Rahkosta ja professori Anne Hailaa. ”Kolmannen kerroksen” tohtorikoulutettavista syntyi tiivis työyhteisö. Kiitokset Sanna Ahoselle, Annukka Bergille, Timo Harrikarille, Sami Heikkilälle, Susanna Hoikkalalle, Katri Huu-toniemelle, Anna-Maria Isolalle, Jan Johanssonille, Maija Jäppiselle, Nina Kahmalle, Jarkko Leväselle, Jyri Liukolle, Karoliina Majamaalle, Elina Pekkariselle, Paula Saikkoselle, Sarianne Tikkaselle, Arho Toikalle ja Tiina Valkendorffille hyvästä seurasta. Ohi väitöskirjan haluan kiittää kahta laitoksella työskentelevää henkilöä, jotka ovat toimineet tärkeinä esimerkkeinä. Kiitos yliopistonlehtori Pirkko-Liisa Rauhala ja yliopisto-opettaja Eija Nurminen tuesta opettajuuteen kasvamisessa tutkijan työn rinnalla.

Minulla on ollut onni osua työpaikkoihin, joissa olen myös viihtynyt. Nykyinen työpaikkani Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Palvelujärjestelmän tutkimusyksikössä ei tee poikkeusta. Haluan kiittää yksikönpäällikkö Anna-Mari Aaltoa ja tutkimusprofessori Marko Elovainiota erityisesti kärsivällisyydestä väitöskirjani suhteen: ottaessani työn vastaan kerroin väitöskirjani olevan loppusuoralla, mutta työn loppuunsaattaminen kestitkin seuraavat kolme

vuotta. Kollegoitani Hannamaria Kuusiota, Sonja Lummetta ja Laura Pekkarista kiitän tutkimustyön ja arjen jakamisesta. Heidän ansiostaan työpaikalle on aina ollut mukava mennä. Erityisen kiitoksen ansaitsee Vesa Syrjä. Hän on ollut korvaamaton tuki ja turva silloin, kun elämä on heitellyt ja olen tarvinnut kuuntelijaa ja neuvonantajaa.

Moni taho on ollut mukana saattamassa työtäni julkaisuksi. Käsikirjoituksen viime vaiheen kommentoinnista ja oikolukemisesta kiitän Lotta Hautamäkeä, Tiina Korhosta, Anni Ojajärveä ja Vesa Syrjää. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuyksikön julkaisupäällikköä Kirstimaria Kurosta, julkaisukoordinaattori Sanna Koivumäkeä, julkaisusuunnittelija Seija Puroa ja kustannustoimittaja Riitta Viialaista kiitän yhteistyöstä ja tuesta. Kannen suunnittelusta ja toteutuksesta kiitos kuuluu Juuso Harvalalle.

Myös akateemisen yhteisön ulkopuolella olen ollut onnekas ja saanut ympärilleni hienoja ihmisiä. Kiitän vanhempiani Leena ja Taisto Lämsää tuesta näinä vuosina: aina olen voinut rinkka selässä ja pari lasta kainalossa mennä kotiin ja pyytää, että tytär tarvitsisi nyt kirjoitusrauhaa. Vihdoin on mahdollisuus myös vaihtaa osia ja minun olla tukena vuorostani. Katariina Airaksista, Kirsi Autiota, Susanna Ilost, Riikka Paloniemeä, Kaisa Palosta, Anni Seppälää ja Nonna Rantalaista kiitän vuosia kestäneestä ystävyydestä ja mahdollisuudesta tuulettaa ajatuksiani. Naapuriyhteisöä Helsingin Maunulassa kiitän kaikesta akateemisen maailman ulkopuolisesta elämästä: lukuisista juhlista, lenkkeilyseurasta, juttelutuokioista, lastenhoidosta ja monenlaisesta asiantuntemuksesta: sellaista asiaa ei olekaan, johon ei naapurustosta löytyisi ratkaisijaa.

Parhaat ystäväni Tiina Korhonen ja Outi Louhia ansaitsevat suurkiitokset: heille olen velkaa paljosta. Miten maailma onkaan parantunut heidän saunoissaan ja päivällispöytien äärellä, ja surut muuttuneet iloksi ja nauruksi. Kiitos heille siitä, että he ovat pitäneet kiinni ystävydestämme näinä vuosina, jolloin en itse ole aina venynyt pitämään yhteyttä. Lupaen, että asia korjaantuu. Lopuksi kiitän kahta ihanaa poikaani, jotka ovat nähneet vain ajan, jolloin äidin ”kirja” on keskeneräinen. Visa on ollut hengessä mukana ja ilmoittanut tekevänsä oman kirjansa sitten jalkapallosta. Ilmari on sen sijaan suuntautunut arkeen ja kertonut järjestävänsä kotona lelukirppiksen heti seuraavana päivänä kun äidin kirja on valmistunut. Mikä onni minulla onkaan heissä.

Kuusamossa helmikuussa 2013 kevään valon jo pilkahdellessa

Riikka Lämsä

TIIVISTELMÄ

Riikka Lämsä. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. 192 sivua. Helsinki Suomi 2013. ISBN 978-952-245-838-4 (painettu); ISBN 978-952-245-839-1 (verkkojulkaisu). Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos, 2013

Terveystuottoa ollaan muuttamassa asiakaslähtöiseksi, ja potilasta asiantuntijaksi, kuluttajaksi ja osallistujaksi. Tutkimuksessa tarkastelen, millaista sairaalaosaston potiluus on. Oletan, että potilasta ei ole määritelty etukäteen tai ylhäältäpäin, vaan potilas tuottuu osaston arkisissa käytännöissä. Potilas on moninainen, ja myös ei-inhimilliset toimijat, kuten laitteet, tuottavat potiluuksia. Lähestyn potiluuksia sairaalaosaston ajan, äänien, teknologian ja lääkerinkierron vuorovaikutuksen sekä potilaan kotiuttamisneuvottelujen kautta.

Keräsin tutkimusaineiston kolmelta sisätautiosastolta havainnoimalla osaston tapahtumia, keskustelemalla potilaiden ja henkilökunnan kanssa ja keräämällä kirjallista aineistoa. Analyysimenetelmänä käytin laadullista sisälönanalyysiä.

Kuvaan sairaalaosaston potiluuksia viiden ulottuvuuden avulla:

Vakaus kertoo potiluiden ajallisesta pysyvyydestä eli siitä, kuinka muuttuvia käytännöt ja samalla potilas on. Käytän telemetriaa esimerkkinä sairaalaosaston jatkuvasti kehittyvästä teknologiasta. Se muuttaa potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutusta. Lääkerinkierto taas ei ole juuri muuttunut. Se tekee monen hengen huoneissa olevista muista potilaista pakosta kuulijoita, jotka esittävät keskustelujen aikana välinpitämättömyyttä.

Fokus kuvaa potilaan mittakaavaa. Potilas määrittyy välillä kantamanaan mikrobina tai sydämen sähköisenä impulssina ja välillä potilaana, jonka koko elämäntilanne huomioidaan. Näiden ”erikokoisten” potilaiden yhteensaattamiseksi tarvitaan osastolla paljon neuvotteluja.

Potilaan omaehtoinen *toimijuus* on ”aktiivista passiivisuutta” lääkerinkierron tahattomana kuulijana tai ”pieniä toimijuutta” potilaan vapaa-aikana. Potilaan arkiseen toimintaan suuntautuva toimijuus poikkeaa sairaalaosaston käytäntöjen potilaalle tarjoamasta passiivisemmasta toimijuudesta.

Erillisyyden kuvaan potilaita yksilöinä tai kollektiivina. Lääkerinkierto monen hengen potilashuoneissa tuottaa potilasjoukon ja rikkoo samalla potilaan tiedollisen yksityisyyden.

Potilaan *asemasta* sairaala- tai kotiutettavana potilaana neuvotellaan jatkuvasti. Kotiuttamista perustellaan potilaan toimintakyvyllä, elämäntilanteella ja lääketieteellisillä tai hallinnollisilla syillä. Keskustelut ovat konfliktierkkinä, koska niissä neuvotellaan perusteiden tärkeysjärjestyksen lisäksi siitä, minkäkuuntoisen potilaan voi ylipäänsä lähettää kotiin.

Tutkimus tarjoaa uudenlaisen teoreettisen näkökulman sairaalaosaston potiluuuteen ja samalla kehittämisehdotuksia osaston käytäntöihin. Vastaisuudessa suullisten potilastietojen tietosuojaa tulee parantaa uudistamalla lääkerinkiertoa. Potilaan osallistumista voidaan parhaiten lisätä tukemalla jo nyt olemassa olevaa, arkiseen toimintaan suuntautuvaa, toimijuutta. Potilaan kotiuttamista voidaan kehittää laatimalla läpinäkyvät kriteerit kotiuttamiselle.

Asiasanat: Sairaala, potilas, käytännöt, etnografia

ABSTRACT

Riikka Lämsä. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. [Patient story. An ethnographic study of patienthood in the practices of a hospital ward] Tutkimus 99. 192 pages. Helsinki, Finland 2013. ISBN 978-952-245-838-4 (printed); ISBN 978-952-245-839-1 (online publication). Academic dissertation, University of Helsinki, Department of Social Research, 2013

Health care services are changing towards more client orientation, where the patient is identified as a lay-expert, consumer and participant. The purpose of this study is to examine what kinds of patienthood are constructed by the practices of a hospital ward. In accordance with ethnomethodology, the concept of patient is not determined beforehand or imposed from above; instead, patient is seen as an agent that arises through the daily practices of a hospital ward. The patient is multiple and, through the insight of science and technology studies, non-human agents, such as devices, can also construct patienthood. I study the concept of patienthood arising out of time, sound, and technology in a hospital ward as well as how it arises through interactions during ward rounds and through patient discharge negotiations.

The study is ethnographic, and I collected the data in three internal medicine wards by observing events, by conversing with patients and staff, and by collecting written data. Qualitative content analysis was chosen as the method of analysis.

Patienthood in a hospital ward will be described through five different kinds of dimensions. *Stability* describes the temporal stability of patienthood, i.e., the frequency of changes in practices. The telemetry method, which is an example of the constant development of technology in hospital wards, is changing the patterns of interaction between the patient and the staff. In contrast, the practice of ward rounds has remained relatively unchanged. As a result, in rooms shared by several patients, patients overhear information about other patients and adapt to the situation by behaving as if indifferent during the rounds.

Focus describes the scale of patienthood. At times, the patient is identified with the microbe he or she has caught or with electrical impulses of the heart, while at times the focus is on the patient's life situation. Integration of these "different-scaled" forms of patient requires a lot of negotiating in the ward.

The self-directed *agency* of a patient is constructed as “active passivity” when the doctor talks with other patients during ward rounds or as “minor agency” directed towards daily activities during the patient’s free time. The patient’s self-directed agency is very different from the patient’s more passive agency as part of the hospital ward practices.

Separateness describes the patient either as an individual or as a collective agent. Ward rounds in shared rooms construct a group of patients and, at the same time, violate the informational privacy of individual patients.

The *status* of the patient as an inpatient or a patient to be discharged is the subject to continuous negotiation. The grounds for discharging a patient are often to do with the patient’s functional capacity or life situation as well as with medical or administrative reasons. Discharge negotiations are fairly volatile because the purpose is also to decide in what kind of condition the patient can be discharged.

The study provides a new kind of theoretical model on patienthood in hospital wards as well as proposals for the development of practices in hospital wards. In the future, the concealment of verbal patient information should be assured by improving the practice of ward rounds. The best way to improve the activity of the patient is to promote the patient’s existing agency, i.e. the agency directed towards daily activities. Discharge negotiations can be improved by developing a set of transparent discharge criteria.

Keywords: Hospital, patient, practices, ethnography

LÄHTEET

- Aaltonen Lea. 1964. Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologiaa. WSOY. Helsinki.
- Agar M. 1985. Institutional discourse. Text: an Interdisciplinary Journal for the study of Discourse 5, 147–168.
- Agic Haris. 2012. Hope Rites. An ethnographic study of mechanical help-heart implantation treatment. Linköping Studies in Arts and Science No. 550. Linköping University. Linköping.
- Ala-Nikkola Merja. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Acta Universitatis Tamperensis 972. Tampere University Press. Tampere.
- Allen Davina. 2010. Fieldwork and Participant Observation. Teoksessa Bourgeault Ivy, Dingwall Robert, de Vries Raymond. (toim.) The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research. Sage. London. 353–372.
- Allen Davina. 2004. Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare setting. Nursing Inquiry 11(1), 14–24.
- Allen Davina. 1997. The nursing-medical boundary: a negotiated order? Sociology of Health & Illness 19(4), 498–520.
- Allgar Vicki, Procter Susan, Pearson Pauline, Lock C, Taylor G, Wilcockson Jane, Foster D & Spendiff A. 2002. Readmission – can they be predicted on admission? Health Informatics Journal 8, 138–146.
- Al-Makhamreh Sahar Suleiman & Lewando-Hundt Gillian. 2008. Researching 'at Home' as an Insider/Outsider: Gender and Culture in an Ethnographic Study of Social Work Practice in an Arab Society. Qualitative Social Work 7, 9–23.
- Anspach Renée R & Mizrahi Nissim. 2006. The field worker's fields: ethics, ethnography and medical sociology. Sociology of Health & Illness 28(6), 713–731.
- Atkinson Paul, Delamont Sara & Housley William. 2008. Contours of culture. Complex ethnography and the ethnography of complexity. Alta Mira Press. Plymouth.
- Baillie L. 2008. Mixed-sex wards and patient dignity: nurses and patients perspectives. British Journal of Nursing 17(19), 1220–1225.
- Bauman Zygmunt. 2002. Notkea moderni. Vastapaino. Tampere.
- Berg Marc & Mol Annemarie (toim.). 1998. Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies. Duke University Press. Durham.
- Bernard H Russell. 2006. Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches. Fourth edition. Altamira. Oxford.
- Borbasi Sally, Jackson Debra & Wilkes Lesley. 2005. Fieldwork in nursing research: positionality, practicalities and predicaments. Journal of Advanced Nursing 51(5), 493–501.
- Bosk Charles L. 2003. Forgive and remember. Managing medical failure. 1. painos 1973. The University of Chicago Press. Chicago.
- Bourgeault Ivy, Dingwall Robert & de Vries Raymond. (toim.) 2010. The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research. Sage. London.
- Bowker Geoffrey C & Star Susan Leigh. 2000. Sorting Things Out. Classification and Its Consequences. The MIT Press. Cambridge.
- Bruni Attila. 2005. Shadowing software and clinical records: on the ethnography of non-humans and heterogenous contexts. Organization 12(3), 357–378.
- Bryant D & Adams J. 2009. Experience of mixed-sex bays in a general hospital. Nursing Standards 24(13), 41–46.
- Bull Michael & Back Les. 2003. Introduction: Into sound. Teoksessa Bull Michael & Back Les (toim.) The auditory culture reader. Berg. New York. 1–18.
- Bull Michael & Back Les. (toim.) 2003. The auditory culture reader. Berg. New York.
- Burgess L. 1994. Mixed-sex wards—the NT survey results. Nursing Times 90(31), 35–38.
- Bäck Eva & Wikbländ Karin. 1998. Privacy in hospital. Journal of Advanced Nursing 27(5), 940–945.
- Carroll Katherine, Iedema Rick & Kerridge Ross. 2008. Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography. Qualitative Health Research 18(3), 380–390.

- Cartier Carolyn. 2002. From home to hospital and back again: Economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Social Science & Medicine* 56(11), 2289–2301.
- Caudill William. 1958. *The psychiatric hospital as a small society*. Harvard University Press. Cambridge.
- Chambliss Daniel F. 1996. *Beyond caring. Hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. University of Chicago Press. Chicago.
- Charles C & Wheelan T. 1999. What do we mean by partnership in making decision about treatment? *British Medical Journal* 319(7212), 780–782.
- Chuang Yeu-Hui & Abbey Jennifer. 2009. The culture of a Taiwanese nursing home. *Journal of Clinical Nursing* 18(11), 1640–1648.
- Conrad Peter & Kern Rochelle. (toim.) 1986. *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. St. Martin's Press. New York.
- Coser Rose Laub. 1962. *Life in the ward*. Michigan State University Press. Michigan.
- Crapanzano Vincent. 1986. *Waiting. The whites of South Africa*. Vintage. New York.
- Creamer Gowan L, Dahl Angela, Perumal Divya, Tan Grace & Koea Jonathan B. 2010. Anatomy of the ward round. The time spent in different activities. *ANZ Journal of Surgery* 80, 930–932.
- Crook Tom. 2008. Norms, forms and beds: Spatializing sleep in Victorian Britain. *Body & Society* 14(4), 15–35.
- Dainty Philip & Elizabeth Jimmy. 2009. Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. *Clinical Medicine* 9(4), 311–314.
- Delamont Sara. 2004. Ethnography and participant observation. Teoksessa Seale Clive, Giampietro Gobo, Gubricum Jaber F & Silverman David. (toim.) *Qualitative research practice*. Sage. London. 217–229.
- Diamond Timothy. 1992. *Making Gray Gold. Narratives of Nursing Home Care*. The University of Chicago Press. London.
- Dill Ann E P. 1995. The Ethics of Discharge Planning for Older Adults: An Ethnographic Analysis. *Journal of Social Sciences and Medicine* 41(9), 1289–1299.
- Dodier Nicolas. 1998. Clinical practice and procedures in occupational medicine: a study of the framing of individuals. Teoksessa Berg Marc & Mol Annemarie. (toim.) *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*. Duke University Press. Durham. 53–85.
- Dodier Nicolas & Camus Agnès. 1998. Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service. *Sociology of Health & Illness* 20(4), 413–444.
- Douglas Mary. 2000. *Puhtaus ja vaara. 1. painos 1966*. Vastapaino. Tampere.
- Dudley Sarah K & Carr Jeanine M. 2004. Vigilance: The experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing* 19(4), 267–275.
- Efrainsson Eva, Sandman P O, Hydén Lars-Christer & Rasmussen Birgit H. 2004. Discharge planning: 'fooling ourselves?' – patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing* 13(5), 562–570.
- Elo Satu & Kyngäs Helvi. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eriksson-Piela Susan. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Erlen Judith A. 2008. How Confidential Is Confidential? *Orthopaedic Nursing* 27(6), 357–360.
- Eskola Katja. 2010. 12-kanavaisen lepo-EKG:n laadukas rekisteröintiteknikka -DVD. Julkaisematon opinnäyte. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Osoitteessa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22923/Eskola_Katja.pdf?sequence=1. Luettu 28.3.2011.
- Ewald Francois. 2003. Normi yhteisen mittapuun käytäntönä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja E-sarja N:o 8. Suomalainen lakimiesyhdistys. Helsinki.
- Fainzang Sylvie, Hem Hans Einar & Risor Mette Bech. (toim.) 2010. *The taste for knowledge. Medical anthropology facing medical realities*. Aarhus University Press. Aarhus.
- Forsius Arno. 1997. Suomen lääketiedettä ja terveydenhuoltoa 1830-luvulta nykypäivään. *Suomen Lääkärilehti* 52(17), 2059.

- Fortin Sylvie. 2010. Anthropology within the space of the clinic: Identity, politics and methods. Teoksessa Fainzang Sylvie, Hem Hans Einar & Risor Mette Bech. (toim.) *The taste for knowledge. Medical anthropology facing medical realities.* Aarhus University Press. Aarhus. 111–129.
- Foster Peter. 1996. Observational research. Teoksessa Sapsford Roger & Jupp Victor (toim.) *Data collection and analysis.* Sage. London. 57–93.
- Foucault Michel. 2005. *The Birth of the Clinic. An archaeology of medical perception.* Ranskan kielen alkuperäisteos 1963. Routledge. London.
- Foucault Michel. 2000. *Tarkkailla ja rangaista.* Ranskan kielen alkuperäisteos 1975. Otava. Helsinki.
- Fox Nicholas J. 1994. Anesthetists, the Discourse on Patient Fitness, and the Organization of Surgery. *Sociology of Health and Illness* 16(1), 1–18.
- Fox Nicholas J. 1993. Discourse, organization and the surgical ward round. *Sociology of Health & Illness* 15(1), 16–42.
- Garfinkel Harold. 1967. *Studies in ethnomethodology.* Polity Press. Cambridge.
- Geertz Clifford. 1973. *The interpretation of cultures. Selected essays.* Basic Books. New York.
- Gibson Diana. 2004. The gaps in the gaze in South African hospitals. *Social Science & Medicine* 59(10), 2013–2024.
- Gibson Diana & Sierra Maria. 2006. The hospital bed as space. Observations from South Africa and the Netherlands. *Medische Antropologie* 18(1), 161–176.
- Goffman Erving. 1981. *Forms of talk.* University of Pennsylvania Press. Philadelphia.
- Goffman Erving. 1961. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* Aldine. Chicago.
- Grönfors Martti. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät.* WSOY. Helsinki.
- Hacking Ian. 2009. Mitä sosiaalinen konstruktio- nismi on? *Vastapaino.* Tampere.
- Hakala Katariina. 2007. *Paremmiin tietäjän paikka ja toisiin tietämisen tila. Opetta- juus (ja tutkijuus) pedagogisena suhtee- na.* Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 212. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hannigan Ben & Allen Davina. 2003. A tale of two studies: research governance issues arising from two ethnographic investiga- tions into the organisation of health and social care. *International Journal of Nurs- ing Studies* 40(7), 685–695.
- Hartikainen Anne. 2009. *Vapaaehtoiset vuode- osastolla. Etnografinen tutkimus vanhus- ten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta. Yh- teiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia.* Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Harvey T S. 2008. *Where There is no Patient. An Anthropological Treatment of a Bio- medical Category.* *Culture, medicine and Psychiatry* 32(4), 577–606.
- Hautamäki Tiina. 2002. *Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset.* Tampere University Press. Tampere.
- Helén Ilpo & Jauho Mikko. (toim.) 2003. *Kan- salaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus. Helsinki.
- Henriksson Lea. 2000. *Professiot ja sukupuol- ten välinen työnjako terveystyössä.* Teok- sessa Kangas Ilka, Karvonen Sakari ja Lil- lrank Annika (toim.) *Terveys sosiologian suuntauksia.* Gaudeamus. Helsinki. 85– 103.
- Hill Karen. 2003. The sound of silence –nurses’ non-verbal interaction within the ward round. *Nursing in Critical Care* 8(6), 231–239.
- Hindmarsh, Jon & Pilnick Alison. 2002. The tacit order of teamwork. Collaboration and embodied conduct in anesthesia. *Sociological Quarterly* 43(2), 139–164.
- Hirschauer Stefan. 1991. The manufacture of bodies in surgery. *Social Studies of Science* 21(2), 279–319.
- Hockey John. 2002. “Head down, bergen on, mind in neutral”: The infantry body. *Journal of Political & Military Sociology* 30(1), 148–171.
- Hoffmann Joan Eakin. 1974. “Nothing can be done”: Social dimensions of the treat- ment of stroke patients in a general hos- pitals. *Journal of Contemporary Ethnog- raphy* 50(3); 50–70.
- Honkasalo Marja-Liisa. 2008a. *Etnografia ter- veyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45(1), 4–17.
- Honkasalo Marja-Liisa. 2008b. *Reikä sydämes- sä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maise- massa.* Vastapaino. Tampere.
- Honkasalo Marja-Liisa & Leppo Anna. 2008. *Etnografia ja terveydenhuoltotutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45(1), 1–3.
- Honkasalo Marja-Liisa, Utriainen Terhi & Lep- po Anna. (toim.) 2004. *Arki satuttaa. Kär- simyksiä suomalaisessa nykypäivässä.* Vastapaino. Tampere.

- Honkasalo Marja-Liisa, Kangas Ilka & Seppälä Ullamaija. (toim.) 2003. Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiin. SKS. Helsinki.
- Huby Guro, Brook Jenny Holt, Thompson Andrew & Tierney Alison. 2007. Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care* 21(1), 55–67.
- Humayun Ayesha, Fatima Noor, Naqqash Shahid, Hussain Salwa, Rasheed Almas, Imtiaz Huma & Imam Sardar Zakariya. 2008. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. *BMC Medical Ethics* 9(2008), 14.
- Hurtig Johanna. 2003. Lasta suojelemissa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Inhorn Marcia C. 2004. Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization. *Social Science & Medicine* 59(10), 2095–2108.
- Jantunen Katariina, Puumalainen A, Suominen, T, Leino-Kilpi H. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A5. Turun yliopisto. Turku.
- Jauho Mikko. 2007. Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveydenhuollon hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Tutkijaliitto. Helsinki.
- Jauho Mikko. 2003. Normaalien genealogioiden tiede ja edistys 2003(1), 44–61.
- Jewell Sarah E. 1993. Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18(8), 1288–1296.
- Joutsivuo Timo & Mikkeli Heikki. (toim.) (1995) Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitteiden kulttuurihistoriaa. SKS. Helsinki.
- Julkisuuslaki. 1999. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Saatavilla osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Järnström Sanna. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere University Press. Tampere.
- Järvelä Simo. 2003. Suomalainen keuhkotuberkuloosiparantola kurin järjestelmänä. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopiston sosiologian laitos. Helsinki.
- Järviluoma Helmi, Koivumäki Ari, Kytö Meri & Uimonen Heikki. (toim.) 2006. Sata suomalaista äänimaisemaa. SKS. Helsinki.
- Kalliala Marjatta. 1999. Enkeliprinsessa ja itsärii liukumäessä. Leikkikulttuuri ja yhteiskunnan muutos. Gaudeamus. Helsinki.
- Kangas Ilka. 2003. Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo Marja-Liisa, Kangas Ilka ja Seppälä Ullamaija. (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. SKS. Helsinki. 73–95.
- Kangas Ilka, Karvonen Sakari & Lillrank Annika. (toim.) 2000. Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki.
- Karisto Antti. 2004. Kenttätöissä Costa del Solilla. Teoksessa Laaksonen Pekka, Knuutila Seppo & Piela Ulla. (toim.) Kenttäkäsityksiä. Kalevalaseuran vuosikirja 83. SKS. Helsinki. 301–335.
- Katz Pearl. 1981. Ritual in the Operating Room. *Ethnology* 20(4), 335–350.
- Kerosuo Hannele. 2010. Lost in translation: a patient-centered experience of unintegrated care. *International Journal of Public Sector Management* 23(4), 372–380.
- Kerosuo Hannele. 2006. Boundaries in Action, An Activity-Theoretical Study of Development, Learning and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic Illnesses. Helsinki University Press. Helsinki.
- Koivisto Juha. 2009. Käytännöt, arviointi ja ”hyvyys”. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(2), 167–173.
- Kortteinen Matti. 1982. Lähiö. Tutkimus elämäntapojen muutoksesta. Otava. Helsinki.
- Kunnat. 2011. Erikoissairaanhoidon ja terveyskeskukset. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/Sivut/default.aspx>. Luettu 5.8.2012.
- Kuusi Hanna. 2003. Tuberkuloosin torjunta ja moderni kansalainen. Teoksessa Helén Ilpo & Jauho Mikko. (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus. Helsinki. 33–57.
- Kydd Angela. 2008. The patient experience of being a delayed discharge. *Journal of Nursing Management* 16(2), 121–126.

- Laaksonen Pekka, Knuutila Seppo & Piela Ulla. (toim.) 2004. Kenttäkysymyksiä. Kalevalaseuran vuosikirja 83. SKS. Helsinki.
- Lahelma Elina & Gordon Tuula. 2007. Taustoja, lähtökohtia ja avauksia kouluetnografiaan. Teoksessa Lappalainen Sirpa, Hynninen Pirkko, Kankkunen Tarja, Lahelma Elina & Tolonen Tarja. (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Vastapaino. Tampere. 17–38.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159. Saatavilla osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- Lampi Hannu. 2005. Miehen sydäninfarktikokemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. *Diakonia-ammattikorkeakoulu A tutkimuksia* 12. DIAK. Helsinki.
- Landzelius Kyra. 2006. Introduction: Patient organization movements and new metamorphoses in patienthood. *Social Science & Medicine* 62(3), 529–537.
- Lappalainen Sirpa. 2007a. Rajamaalla. Etnografinen tarina kenttätyöstä lasten parissa. Teoksessa Lappalainen Sirpa, Hynninen Pirkko, Kankkunen Tarja, Lahelma Elina & Tolonen Tarja. (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Vastapaino. Tampere. 65–88.
- Lappalainen Sirpa. 2007b. Havainnoinnista kirjoitukseksi. Teoksessa Lappalainen Sirpa, Hynninen Pirkko, Kankkunen Tarja, Lahelma Elina & Tolonen Tarja. (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Vastapaino. Tampere. 113–134.
- Lappalainen Sirpa, Hynninen Pirkko, Kankkunen Tarja, Lahelma Elina & Tolonen Tarja. (toim.) 2007c. *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Vastapaino. Tampere.
- Latour Bruno. 2006. Emme ole koskaan olleet moderneja. Vastapaino. Tampere.
- Latour, Bruno. 2002. Morality and technology. The end of the means. *Theory, Culture and Society* 19(5–6), 247–260.
- Latour Bruno & Woolgar Steve. 1986. *Laboratory life. The construction of scientific facts*. Princeton University Press. Princeton.
- Laviolette Patrick & Hanson Julianne. 2007. Home is where the heart stopped: panopticism, chronic disease, and the domestication of assistive technology. *Home Cultures* 4(1), 25–44.
- Law John & Mol Annamarie. (toim.) 2006. *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Duke University Press. Durham.
- Lehtonen Lasse. 2001. Potilaan yksityisyyden suoja. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 230. Suomalainen lakimiesyhdistys. Helsinki.
- Lehtonen Turo-Kimmo. 2008. Aineellinen yhteisö. Tutkijaliitto. Helsinki.
- Lehtonen Turo-Kimmo. 1995a. Puhtaan elämän jäljillä. Huoli hygieniasta suomalaisissa terveydenhoitolehdissä 1889–1900. *Kuluttajatutkimuskeskus*. Helsinki.
- Lehtonen Turo-Kimmo. 1995. Bakteerit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveystaloudessa 1890-luvulla. Teoksessa Joutsivuo Timo & Mikkeli Heikki. (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitusten kulttuurihistoriaa*. SKS. Helsinki. 205–252.
- Leppo Anna. 2012. Precarious pregnancies. Alcohol, drugs and the regulation of risks. Department of Social Research. University of Helsinki. Helsinki.
- Lewis-Voepel Terri, Andrea Catherine M, Margee Stephen S. 1992. Parent perceptions of pediatric ambulatory surgery: Using family feedback for program evaluation. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 7(2), 106–114.
- Lincourt John. 2002. A place for empathy: Ethics involving architectural designs in healthcare. *HEC Forum* 14(2), 86–98.
- Lohiniva-Kerkelä Mirva. 2004. *Terveydenhuollon juridiikka*. Talentum. Jyväskylä.
- Long Debbie & Hunter Cynthia L & van der Geest Sjaak. 2008. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine* 15(2), 71–78.
- Lumme-Sandt Kirsi. 2000. *Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat*. Tampere University Press. Tampere.
- Lupton Deborah. 1997. Doctors on the medical profession. *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 480–497.
- Lupton Deborah. 1993. The construction of patienthood in medical advertising. *International Journal of Health Services* 23(4), 805–819.

- Lämsä Riikka. 2008. Sairaalan tutkimiseen on vaikea saada lupaa. *Suomen Lääkärilehti* 63(22), 2080–2082.
- Lämsä Riikka. 2003. Hoitoisuusluokitukset hoitotyön kuvaa rakentamassa. Diskursiivianalyttinen tutkimus hoitoisuusluokitusten toimijoista, puhetavoista ja rakenteesta. *Sosiaalipolitiikan julkaisematon pro gradu -työ*. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Macleod A. 2006. The nursing role in preventing delay in patient discharge. *Nursing Standard* 21(1), 43–48.
- Mair Michael & Kierans Ciara. 2012. Patients' uses of information as researchable domains of social practice. *Health Informatics Journal* 18(4), 271–283.
- Manias Elizabeth & Street Annette. 2001. Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing* 10(4), 442–450.
- Marjamaa Toini. 2006. Lapsuuteni maisema. Teoksessa Järviluoma Helmi, Koivumäki Ari, Kytö Meri, Uimonen Heikki. (toim.) *Sata suomalaista äänimaisemaa*. SKS. Helsinki. 153–155.
- Markkanen Päivi. 2004. ”Pyöröovisyndrooma”: Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoiton onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. *Julkaisematon pro gradu – tutkielma*. Turun yliopisto. Turku.
- Massey Doreen. 2008. Samanaikainen tila. Leh-tonen Mikko, Rantanen Pekka & Valkonen Jarno (toim.). *Vastapaino*. Tampere.
- McGibbon Elizabeth & Peter Elizabeth. 2008. An ethnography of everyday caring for the living, the dying, and the dead: Toward a biomedical technography. *Qualitative Inquiry* 14(7), 1134–1156.
- Meingast Marci, Roosta Tanya, Sastry Shankar. 2006. Security and privacy issues with health care information technology. *Proceedings of the 28th IEEE, EMBS Annual International Conference*. New York City, USA, Aug 30–Sept 3, 2006.
- Moats Gillian & Doble Susan. 2006. Discharge planning with older adults: Toward a negotiated model of decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73(5), 303–311.
- Mol Annemarie. 2008. *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. Routledge. London.
- Mol Annemarie. 2006. Cutting Surgeons, Walking Patients: Some Complexities Involved in Comparing. Teoksessa Law John & Mol Annemarie. (toim.) *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Duke University Press. Durham. 218–257.
- Mol Annemarie & Law John. 2006. *Complexities: An Introduction*. Teoksessa Law John & Mol Annemarie. (toim.) *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Duke University Press. Durham. 1–22.
- Mol Annemarie. 2002. *The Body Multiple. Ontology In Medical Practice*. Duke University Press. Durham.
- Mol Annemarie. 1998. Missing Links, making Links: The Performance of Some Atheroscleroses. Teoksessa Berg Marc & Mol Annemarie. (toim.) *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press. Durham. 144–165.
- Molander Gustav. 2001. Vanhuuttaan rappeutuva ruumis luonnon ja kulttuurin kohtaamispaikkana. *Gerontologia* 15(2), 125–135.
- Moreira Tiago E. 2004. Self, agency and surgical collective: detachment. *Sociology of Health & Illness* 26(1), 32–49.
- Morgan Myfanwy. 1986. Hospitals and patients. Teoksessa Patrick Donald L & Scambler Graham. (toim.) *Sociology as Applied to Medicine*. Baillière Tindall. London. 71–84.
- Morgan Myfanwy, Calnan Michael & Manning Nick. 1985. *Sociological Approaches to health and medicine*. Routledge. London.
- Mulemi Benson A. 2008. Patients' perspectives on hospitalization. Experiences from a cancer ward in Kenya. *Anthropology & Medicine* 15(2), 117–131.
- Måseide Per. 1987. *Interactional Aspects of Patient Care. The Social Organization of Medical Adequacy in a Hospital Ward*. University of Bergen. Bergen.
- Nenola Aili. 1986. *Parantolaelämää. Tuberkuloosipotilaat muistelevat*. Keuhkovammaliitto. Helsinki.
- O'Hare James A. 2008. Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine* 19(5), 309–313.
- Page Steve. 1995. Views of mixed sex wards: a survey of patients, carers and nurses. *Nursing Standard* 9(22), 35–37.
- Paju, Elina. 2013. *Lasten arjen ainekset*. Tutkijaliitto. Helsinki.

- Palmu Tarja. 2007. Kenttä, kirjottaminen, analyysi –yhteenkietoutumia. Teoksessa Lap-
palainen Sirpa, Hynninen Pirkko, Kank-
kunen Tarja, Lahelma Elina & Tolonen
Tarja. (toim.) *Etnografia metodologia-
na. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus.*
Vastapaino. Tampere. 137–150.
- Palmu Tarja. 2003. Sukupuolen rakentuminen
koulun kulttuurisissa teksteissä. *Etno-
grafia yläasteen äidinkielen oppitunneil-
la. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia*
189. Helsingin yliopistopaino. Helsinki.
- Parrot Roxanne, Burgoon Judee, Burgoon Mi-
chael, LePoire Beth A. 1989. Privacy be-
tween physicians and patients: more than
a matter of confidentiality. *Social Science*
& *medicine* 29(12), 1381–1386.
- Parsons Talcott. 1951. *The social system.* Free
Press of Glencoe. Glencoe.
- Patrick Donald L & Scambler Graham. (toim.)
1986. *Sociology as Applied to Medicine.*
Baillière Tindall. London.
- Pearson Pauline, Procter Susan, Wilcockson
Jane & Allgar Vicki. 2004. The process of
hospital discharge for medical patients:
a model. *Journal of Advanced Nursing*
46(5), 496–505.
- Peräkylä Anssi. 1990. Kuoleman monet kasvot.
Identiteettien tuottaminen kuolevan po-
tilaan hoidossa. Vastapaino. Tampere.
- Perälä Riikka. 2012. Haittojen väheneminen
huumehoidossa: etnografinen tutkimus
huumeongelman yhteiskunnallisesta hal-
linnasta 2000-luvun Suomessa. *Sosiaali-
tieteiden laitos.* Helsingin yliopisto. Hel-
sinki
- Potilasasiakirja-asetus. 2009. Sosiaali- ja ter-
veysministeriön asetus potilasasiakir-
joista 298/2009. Saatavilla osoitteessa
[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/
20090298](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298)
- Potilaslaki. 1993. Laki potilaan asemasta ja oi-
keuksista 785/1992. Saatavilla osoittees-
sa [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/
1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)
- Pyyhtinen Olli & Tamminen Sakari. 2007. In-
himillistä, aivan liian inhimillistä? Fou-
cault, Latour ja ihmistieteiden antro-
pologinen uni. *Tiede ja Edistys* 32(3),
229–251.
- Rastas Anna. 2008. Antirasistinen tutkimus-
agenda -etiikkaa vai politiikkaa. *Sosiolo-
gia* 45(2), 149–153.
- Rautiainen Pirjo. 2003. Antropologin kenttä ja
työ. *Etnologiatieteiden tutkimuksia* 41.
Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Rier David A. 2000. The missing voice of
the critically ill: a medical sociologist's
first-person account. *Sociology of Health*
& *Illness* 22(1), 68–93.
- Risse Guenter B. 1999. *Mending bodies, saving
souls. A history of hospitals.* Oxford Uni-
versity Press. Oxford.
- Roth Julius A. 1986. Some contingencies of the
moral evaluation and control of clientele:
The case of the hospital emergency ser-
vice. Teoksessa Conrad Peter & Kern Ro-
chelle. (toim.) *The sociology of health
and illness. Critical perspectives.* St. Mar-
tin's Press. New York. 322–353.
- Rudge Trudy. 1996. (Re)writing ethnogra-
phy: the unsettling questions for nurs-
ing research raised by post-structural ap-
proaches to 'the field'. *Nursing Inquiry*
3(3), 146–152.
- Ryan F S, Cedro M K, Pabari S, Davenport-Jones
L & Noar J H. 2009. Clinicians' knowledge
and practice of data protection legislation
and information management. *British
Dental Journal* 206(2), E4.
- Räsänen Keijo & Trux Marja-Liisa. 2012. Työ-
kirja. Ammattilaisen paluu. Kansanvalis-
tusseura. Helsinki.
- Salo Ulla-Maija. 1999. Ylös tiedon ja taidon
ylämäkeä. Tutkielma koulun maailmois-
ta ja järjestyksistä. *Acta Universitas Lap-
poniensis* 24. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Sander Kirsten. 2008. Power games in the hos-
pital-doing gender or doing profession?
| *Machtspiele im Krankenhaus: "doing
gender" oder "doing profession"?* *Forum
Qualitative Sozialforschung* 9(1). Osoit-
teessa [http://www.qualitative-research.
net/index.php/fqs/article/view.1.8.2012](http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view.1.8.2012).
- Seale Clive, Giampietro Gobo, Gubricum Jaber
F & Silverman David. (toim.) 2004. *Qual-
itative research practice.* Sage. London.
- Sennett Richard. 1978. *The Fall of Public Man:
On the Social Psychology on Capitalism.*
Vintage Books. London.
- Seppälä Antto. 2007. Terveystieteiden asia-
kastietojen käsittelyn lainmukaisuus
aluetietojärjestelmäympäristössä. *Julkai-
sematon Pro gradu -tutkielma. Tietojen-
käsittelytieteen laitos.* Tampereen yliopis-
to. Tampere.

- Siisiäinen Lauri. 2005. Panopticon vai panaudicon? – vallan vaientamisen ongelma. *Musiikin suunta* 27(3), 5–13.
- Sinclair Lynne, Lingard Lorelei & Mohabeer Ravindra. 2009. What's So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation* 90(7), 1196–1201.
- Singleton Vicky. 1998. Stabilizing Instabilities: The role of the laboratory in the United Kingdom Cervical Screening Programme. Teoksessa Berg Marc & Mol Annemarie (toim.) *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*. Duke University Press. Durham. 86–104.
- Soivio Juha. 2004. Kärsimys, lääketiede ja toivo. Teoksessa Honkasalo Marja-Liisa, Utraiainen Terhi & Leppo Anna. (toim.) *Arki sattuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Vastapaino. Tampere. 166–190.
- Soivio Juha. 2003. Lääketieteellinen teknologia ja sairauden kokemus. Teoksessa Honkasalo Marja-Liisa, Kangas Ilka & Seppälä Ullamaija. (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Suomen kirjallisuuden seura. Helsinki. 96–117.
- Spradley James P. 1980. *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston. New York.
- Sterne Jonathan. 2003. Medicine's acoustic culture. Mediate auscultation, the stethoscope and the 'autopsy of the living'. Teoksessa Bull Michael & Back Les. (toim.) *The auditory culture reader*. Berg. New York. 191–217.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Osoitteessa http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. Luettu 27.4.2012.
- STM. 2011. Suomen sairaalat. Osoitteessa http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat. Luettu 5.8.2012.
- Stolker Joost J, Nijman Henk L I & Zwanikken Piet-Hein. 2006. Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward. *Archives of Psychiatric Nursing* 20(6), 282–287.
- Tedre Silva. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40. Joensuun yliopisto. Joensuu.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Saatavilla osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastot. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain. Luettu 8.8.2012.
- Tinney Jean. 2008. Negotiating Boundaries and Roles. Challenges faced by the nursing home ethnographer. *Journal of Contemporary Ethnography* 37(2), 202–225.
- Toiviainen Hanna. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160. Stakes. Helsinki.
- Tolonen Tarja. 2001. Ääni, tila ja sukupuolten arkiset järjestykset. *Gaudeamus*. Helsinki.
- Topo Päivi & Iltanen-Tähkävuori Sonja. 2010. Scripting patienthood with patient clothing. *Social Science & Medicine* 70(11), 1682–1689.
- Torkkola Sinikka. 2008. *Sairas juttu. Tutkimus terveystieteiden teoriasta ja sanomalehden sairaalasta*. Tampere University Press. Tampere.
- Hoikkala Tommi, Salasuo Mikko & Ojajarvi Anni. 2009. Tunnetut sotilaat. Varusmiesten kokemus ja terveystaju. Nuorisotutkimusverkoston/Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 94. Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura. Helsinki.
- Tuomi Jouni & Sarajarvi Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Osoitteessa http://www.tenk.fi/eettinen_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf. Luettu 21.12.2011.
- Törrönen Maritta. 1999. *Lasten arki laitoksessa*. Helsinki University Press. Helsinki.
- Utraiainen Terhi. 1999. Läsna, riisuttu, puhdas. Uskontoantropologinen tutkimus naisista kuolevan vierellä. SKS. Helsinki.
- Vaaranen Heli. 2002. Kenttätöystä kriittiseen kirjoittamiseen – kommentteja etnografian postmoderniin kritiikkiin. *Nuorisotutkimus* 20(1), 17–31.
- Van deer Geest Sjaak. 2006. *Beds and culture: Introduction*. *Medische Antropologie* 18(1), 7–17.

- Van der Geest Sjaak. 2005. 'Sacraments' in the hospital: exploring the magic and religion of recovery. *Anthropology & Medicine* 12(2), 135–150.
- Van der Geest Sjaak & Finkler Kaja. 2004. Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine* 59(10), 1995–2001.
- Van der Geest Sjaak & Sarkodie Samuel. 1998. The fake patient: A research experiment in a Ghanaian hospital. *Social Science & Medicine* 47(9), 1373–1381.
- Van Dongen Els. 2010. Cancer and integrity. Dealing with fragile realities. Teoksessa Fainzang Sylvie, Hem Hans Einar & Risor Mette Bech. (toim.) *The taste for knowledge. Medical anthropology facing medical realities.* Aarhus University Press. Aarhus. 237–252.
- Vauhkonen Onni & Bäckman Guy. 1973. Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa. WSOY. Porvoo.
- Vehkakoski Tanja. 2000. Vammaisen lapsi ammatti-ihmisten asiakirjoissa. Diskurssianalyttinen tutkimus lausuntojen kielenkäytöstä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Vermeulen Eric. 2004. Dealing with doubt: Making decisions in a neonatal ward in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 59(10), 2071–2085.
- Victor Christina R, Healy Judith, Thomas Anna & Sergeant John. 2000. Older patients and delayed discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community* 8(6), 443–452.
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W A. 2007. Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling* 67(3), 343–348.
- Weiner Barbara A & Wettstein Robert M. (1994) Confidentiality of Patient-Related Information. *Archives of ophthalmology* 112(8), 1032–1036.
- Weitz Rose. 2000. The sociology of health, illness, and health care. A critical approach. Wadsworth. Belmont.
- Wiili-Peltola Erja. 2005. Sairaala muutosten ristipaineissa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. HAUS kehittämiskeskus. Helsinki.
- Williams Simon & Calnan Michael. 1996. Conclusions: Modern medicine and the lay populace in late modernity. Teoksessa Williams Simon & Calnan Michael. (toim.) *Modern medicine. Lay perspectives and experiences.* UCL Press. London. 256–264.
- Williams Simon & Calnan Michael. (toim.) 1996. *Modern medicine. Lay perspectives and experiences.* UCL Press. London.
- Willems Dick. 1998. *Inhaling Drugs and Making Worlds.* Teoksessa Berg Marc & Mol Annemarie. (toim.) *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies.* Duke University Press. Durham. 105–118.
- Wind Gitte. 2008. Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine* 15(2), 79–89.
- Zaman Shahaduz. 2004. Poverty and violence, frustration and inventiveness: Hospital ward life in Bangladesh. *Social Science & Medicine* 59(10), 2025–2036.
- Zaman Shahaduz. 2005. Broken limbs, broken lives. *Ethnography of a Hospital Ward in Bangladesh.* Het Spinhuis. Amsterdam.
- Zaman Shahaduz. 2006. Beds in a Bangladeshi hospital. *Medische Antropologie* 18 (1), 193–204.
- Zerubavel Eviatar. 1979. *Patterns of Time in Hospital Life.* University of Chicago Press. Chicago.