

Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

TEHOKKUUTTA JA RAADOLLISIA TOTUUKSIA
TERVEYDENHUOLLON TEHOKKUUSDISKURSSIT JA FAKTUAALISTAMINEN

Anna Partanen
Sosiologian pro gradu -työ
Ohjaajat Kaj Ilmonen ja Esa Konttinen
Marraskuu 2002

TIIVISTELMÄ

Tehokkuutta ja raadollisia totuuksia. Terveydenhuollon tehokkuusdiskurssit ja faktuaalistaminen.

Anna Partanen, ohjaajat: Kaj Ilmonen ja Esa Konttinen

Sosiologian pro gradu –työ, Marraskuu 2002

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto

72 sivua

Tutkielman kohteena on terveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastattelupuhe. Tehtäväksi asetetaan analysoida kvalitatiivisin menetelmin ilmaisuja, jotka käsittelevät tehokkuutta ja tuottavuutta. Tutkimusongelmat ovat seuraavat: Miten tehokkuutta faktuaalistetaan puheessa? Mitä tehokkuuspuheessa faktuaalistetaan? Teoreettinen viitekehys muodostuu diskurssianalyttisistä käsitteistä, Pierre Bourdieun kentän käsitteestä sekä professiotutkimuksen käsitteistä.

Näkökulma aineistoon on diskurssianalyttinen, painottuen niin sanotun faktan konstruoinnin analysointiin. Retorisen diskurssianalyysin kuten kaiken diskurssianalyysin lähtökohtana on todellisuuden tulkinnallisen luonteen korostaminen. Kielenkäytön ei oleteta millään yksiselitteisellä tavalla kertovan esimerkiksi puhujan ja kirjoittajan asenteista tai ulkomaailman tosiasioista, faktoista. Analyysissä ei siten pyritä tulkitsemaan asioiden olemusta sellaisenaan vaan niiden argumentointia, faktuaalistamista sekä laajemmin position muodostumista.

Keskeisimpinä tuloksina on hahmotettu neljä puhetapaa tehokkuuteen liittyen. Kaksi ensimmäistä puhetapaa, *”uhrautuvat sairaanhoitajat”* ja *”asiantuntijat liukuhihnalla”* ovat eräänlaisia ammatillisen position rakentumisen diskursseja. Kolmas, *”löysät pois, tehokkuutta tilalle”* -diskurssi on ensimmäinen varsinainen tehokkuusdiskurssi. Neljäs diskurssi, *”kenttien jännite”*, nähdään työssä tehokkuuspuheen sosiaalisen jännitteen ja keskinäisen kilpailun ilmentymänä. Olennaisin huomio tämän työn puitteissa on, että toiminnan tehostamisesta ja tehokkuudesta on tullut perustelu sille, keitä organisaatiossa tarvitaan. Tehokkuuden perusteet näyttävät neutraaleilta ja objektiivisilta, mutta ne ovat aina jossain määrin ennalta sovittuja, ja siten myös satunnaisia ja vaihtelevia. Samalla kilpailu ”oikeasta” ja ”tehokkaasta” tavasta tehdä työtä kiristyy.

Avainsanat: Terveydenhuolto, tehokkuus, professiot, diskurssianalyysi, faktuaalistaminen

SISÄLTÖ

1 ALUKSI	3
2 TAUSTAA: SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTO 1990-LUVULLA	6
2.1 1990-luvun lama	6
2.2 Valtionosuusuudistus, markkinoistaminen ja muuttuvat terveystalvelut	7
2.3 Sairaanhoidon tehostuminen ja palveluiden hinnoittelu erikoissairaanhoidossa	9
2.4 Tulosjohtaminen ja tehokkuuden mittaaminen terveydenhuollossa	9
2.5 Etiikan ja talouden ristiriita?	12
2.6 Terveydenhuollon lainsäädäntö	12
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
3.1 Diskurssianalyttinen näkökulma ja diskurssien retorisuus	14
3.2 Tutkimusongelma, aineisto ja aineiston analyysi	18
4 BOURDIEUN KENTTÄ JA PROFESSIONALISMI	21
4.1 Kenttä ja habitus	22
4.2 Profiessiot ja ammattikuntien kentät	24
4.2.1 Profession uudelleenmäärittely	26
4.2.2 Professionaalinen järjestelmä ja valtuutus	27
4.2.3 Lääkärit - johtava professio	32
4.2.4 Sairaanhoidajat puoliprofessiona	33
5 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIKÄYTÄNNÖISTÄ	36
5.1 Lainsäädäntö	36
5.2 Tiedeperusta: lääketiede ja hoitotiede	36
5.3 Eettiset koodit	39
6 AINEISTON ANALYYSI – FAKTAN KONSTRUOINTI TEHOKKUUSPUHEESSA ...	42
6.1 Faktuaalistamisen keinot tehokkuuspuheessa	42
6.1.1 Kategorisointi ja liittoutumisasteen säätely	42
6.1.2 Etäännyttäminen	43
6.2 Tehokkuusdiskurssit	44
6.2.2 Uhrautuvat hoitajat	49
6.2.3 Löysät pois, tehokkuutta tilalle	51
6.2.4 Kenttien jännite	58
7 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ TERVEYDENHUOLLON TEHOKKUUDEN MITTAAMISESTA JA HAASTATELTAVIEN POSITIOISTA	63
7.1 Tehokkuuden mittaamisesta	63
7.2 Tehokkuuspuheen positioista ja analyysin luotettavuudesta	64
7.3 Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista & pohdintaa	66
LÄHTEET:	70

1 ALUKSI

Tutkielmani kohde on erikoissairaanhoidon henkilöstön haastattelupuhe. Haastattelut tehtiin vuonna 1997, jolloin lama oli vielä tuoreessa muistissa, eikä täydellisestä toipumisesta voitu vielä puhua. Taloudellinen taantuma kiristi 1990-luvulla tunnetusti sekä kunta- että valtiontaloutta ja leikkasi sosiaali- ja terveysalojen budjettia. Tällöin alettiin etsiä keinoja toiminnan tehostamiseksi, ja avuksi otettiin uudet johtamistavat sekä perusteelliset organisaatiomuutokset. Näin myös aineistossa, johon tämä työ pohjautuu; molemmat aineistoni sairaalat ovat läpikäyneet perustavanlaatuisia organisaatiomuutoksia, ja molempia ohjataan tulosjohtamisen menetelmin. Muuttuneen toimintaympäristön tuloksena onkin mahdollista erottaa aineistossa erityisiä terveydenhuollon tehokkuusdiskursseja, jotka ohjaavat henkilöstön toimintaa ja mahdollistavat työskentelyn tilanteessa, jossa henkilökuntaa ei ole tarpeeksi, samalla kun hoitosuoritteiden määrä jatkuvasti kasvaa. Tehokkuuspuhe ikään kuin legitimoii laman päälle jäämisen ja talouden murtautumisen sosiaalisen alueelle. Toisaalta tehokkuuspuhe on osaltaan muuttamassa terveydenhuollon ammattikuntien sisäistä toimintakenttää. Tehokkuus on pakottanut monet terveydenhuollon organisaatiot miettimään omaa arvojärjestystään – onko tärkeämpää panostaa uuteen teknologiaan ja uusiin hoitomuotoihin kuin niin sanottuun perusterveydenhuoltoon ja hoivaan? Täten myös ammattien välinen kilpailu ”oikeasta” ja ”tehokkaasta” tavasta tehdä työtä kiristyy.

”Henkilöstö on organisaation tärkein resurssi” lienee useimmille lukijoille tutuksi tullut hokema viime vuosikymmenen johtamista ja organisaatioiden kehittämistä käsittelevästä kirjallisuudesta. Työntekijöiden työpanoksesta ja etenkin sen tehokkuudesta ja tuottavuudesta on tullut merkittävä tekijä ja kilpailuedun lähde, etenkin nyt, kun yhä useammalla alalla työn tuottavuutta on alettu entistä tarkemmin mitata. Tämä on todellisuutta myös terveydenhuoltoalalla, joka on tutkielmani kohde. Silti sillä on erityispiirteensä verrattuna tavara- ja palvelutuotantoon. Terveydenhuoltoalaa määrittää yhä edelleen toiminnan humaani luonne ja eri ammattiryhmien eettisen koodistot. (Ilmonen ym. 1998.) Kaikki nämä tekijät yhdessä muodostavatkin terveydenhuoltoalan organisaatioista ainutlaatuisia sosiaalisten suhteiden verkostoja, joita hierarkia ja ammattiryhmien välinen kilpailu omalta osaltaan leimaavat.

Taloudesta omaksutut käsitteet esiintyvät usein julkisessa keskustelussa ikään kuin autonomisina, sosiaalisesta ja poliittisesta elämänalueesta erillään olevina. Taloustieteellinen ajattelutapa ei kuitenkaan ole neutraali työkalu, vaan sillä on merkityksensä palvelujen kohdistamiselle ja sisällölle, muutoinkin kuin toivottuna julkisen sektorin tehokkuuden paranemisena. Taloudesta omaksuttujen käsitteiden soveltaminen yhä useammalle areenalle tuo mukanaan erityisen, tiettyjä arvoja korostavan ajattelutavan. Nikolas Rose (1999, 150-151) puhuu uusliberalistisista hallinnan muodoista, jossa monissa organisaatioissa ennen vallinnut professionaalinen ilmapiiri ja virkamieseetos on korvattu markkinalogiikalla. Organisatorinen kehys muodostuu nyt entistä vahvemmin budjettikurista, arvioinnista ja auditoinnista. Voidaankin sanoa, että ammatillisesta harkinnasta on siirrytty yhä monimutkaisempaan tulos-, palvelu- ja laatusopimusten verkkoon.

Suomikaan ei ole tämän kehityksen ulkopuolella. Anu Kantolan mukaan maamme on muutettu tehokkaaksi markkinataloudeksi rajuilla otteilla ja ankaralla kurilla. Hän sijoittaa kovien arvojen rantautumisen Suomeen 1970-luvun öljykriisin jälkeisiin laman vuosiin, jolloin kasvua alettiin hakea kilpailusta ja tehokkuudesta. Myös Kantola kuvailee uusien markkina-aatteiden pohjautuvan uusliberalistiseen vapautta ja yksilöllisyyttä korostavaan ajattelutapaan. Samalla myös yhteisöllinen kuri kiristyy, kun yhä useampia yhteiskunnan ongelmia selitetään yksilön moraalilla. Työttömyys on siten merkki siitä, että työntekijä on joko laiska tai kykenemätön pysymään mukana työelämän vaatimassa vauhdissa. Samaan tapaan voidaan ajatella tehottomuudesta; se on paitsi organisaation myös yksilön ongelma. Kantolan mukaan Suomi runnottiin sääntelystä markkinakuriin, kun valtaeliitti kääntyi yhtenä joukkona, ilman aitoa ja avointa arvokeskustelua, kansallisesta hyvinvointiajattelusta globaaliin markkina-ajatteluun. (Snellman 2002.)

Hieman yleisemmin asian ilmaisee Jürgen Habermas puhuessaan elämismaailman (Lebenswelt) kolonisaatiosta. Elämismaailmassa toiminnan koordinaatio perustuu kielellisen kommunikaation kautta saavutettavaan yhteisymmärrykseen, kun taas systeemissä sen korvaa jokin ei-kielellinen väline kuten raha tai valta. Systeemissä ja elämismaailmassa vallitsee siis kaksi erilaista rationaalisuuden muotoa, kommunikatiivinen ja systeemi-funktionaalinen. Ongelmia syntyy Habermasin mukaan silloin, kun toisen rationaalisuuden muoto tunkeutuu toisen alueelle, eli kun monetarisoiminen ja byrokratisoiminen kolonialisoi elämismaailman ja tuottaa patologioita. (Gronow 1982, 248.) Tästäkö on kyse terveydenhuollon tehokkuusvaatimuksissa? Onko raha syrjäyttänyt toiminnan muut logiikat?

Edellä mainitun kaltaisen kehityksen voidaan nähdä uhkaavan terveydenhuoltoa, minkä ilmenemismuotona tämän työn tutkimuskohde, diskurssi on muuttunut. Terveydenhuollossa ei enää puhuta pelkästään hoivatermein, vaan käytössä ovat taloudesta omaksutut käsitteet. Edes vahvan professionaalisen aseman omaavat lääkärit tai sisäänrakennetun eettisen koodiston varassa työskentelevät sairaanhoitajat (Pelttari 1997) eivät ole tämän kehityksen ulkopuolella, vaan talouden realiteetit ovat mukana heidän jokapäiväisessä työssään. Aineistossa, johon tämä tutkielma pohjautuu, esiintyy tulkintani mukaan yksi tällaisen ajattelutavan tulos - havaittavissa on jännite terveydenhuollon ammattilaisten ammattikäytäntöjen ja uuden taloutta korostavan hallintopolitiikan välillä. Taloudellisia arvoja korostava eetos muuttaa myös sitä kenttää, jolla nämä ammattilaiset ovat tottuneet toimimaan. Kilpailu ammattiryhmien välillä kiristyy.

2 TAUSTAA: SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTO 1990-LUVULLA

2.1 1990-luvun lama

Suomessa vuonna 1990 alkaneen laman katsotaan olleen syvempi kuin missään muussa OECD-maassa toisen maailmansodan jälkeen (Uusitalo 2000, 15). Taantumana yhtenä ilmenemismuotona voidaan nähdä eräänlainen taloudellista tehokkuutta ja tuottavuutta korostava puhetapa. Ensimmäiset reaktiot olivat menojen karsiminen juustohöylä- tai kakkulapiomaisesti, myöhemmin siirryttiin saneerauksiin, rationalisointeihin ja toimintojen tehostamiseen. Yhteistä kaikille näille strategioille oli niiden toteuttaminen kriisitunnelmissa ja niin sanotusti pakon sanelemana.

Suurimmat säästöt kohdistuivat useimmiten henkilöstömenoihin. Aineistoni sairaaloissa ei ryhdytty irtisanomisiin, sen sijaan turvauduttiin lomautuksiin. Myös sijaisten käyttöä laman aikana ja sen jälkeen vähennettiin, eikä kaikkia avoimia virkoja täytetty. Vuonna 1993 terveystoimen menot kääntyivätkin jo laskuun, mutta samalla enemmistössä kunnista arvioitiin, että palvelujen saatavuus ja asiakaspalvelun taso heikkenivät, sekä asiakkaan valinnanmahdollisuudet vähenivät (Lindqvist & Sihvo 1994).

Laman jälkeisissä tutkimuksissa on jäljitetty pidemmän aikavälin suuntaviivoja. Laman ajan kirjallisuudessa korostettiin verotulojen vähenemisestä aiheutunutta taloudellista taantumaa, kun taas itse ajattelutavan muutosta ei vielä juurikaan kyetty analysoimaan. Useissa kunnissa talous oli toki pahasti kriisiytynyt, samalla kun taloudellinen ja sosiaalinen ahdinko lisäsivät palvelutarvetta. Laajat kuntatutkimukset kuitenkin osoittavat, että terveyspalveluihin tehtiin leikkauksia riippumatta kunnan taloudellisesta tilasta. Hiukan kärjistettynä voitaisiin sanoa, että lama toimi hyvänä poliittisena perusteluna kunnan toimien, tässä tapauksessa terveydenhuollon uudelleensuuntaamisessa. (Julkunen 2001, 239.)

Ryynäsen ja Myllykankaan (2000, 18-26) mukaan tehokkuutta korostavassa ajattelutavassa on kyse pidemmän aikavälin seurauksista kuin pelkästä kansantalouden kausivaihtelusta. Voidaan puhua huomattavasti laajemmasta ja syvällisemmästä modernin lääketieteen ja terveyspalvelujärjestelmän kehitystilasta. Ryynänen ym. yhtyvät Julkusen arvioihin; ilman

taloudellista taantumaakin olisi törmätty epäsuhtaan lääketieteen mahdollisuuksien ja yhteiskunnan maksukyvyyn välillä. Lääketieteen kehittyminen on tuonut mukanaan paitsi taloudellisia myös eettisiä ongelmia, jotka liittyvät niin lääketieteeseen kuin terveydenhuoltopalveluiden organisoimiseen. Lääketieteeseen kohdistuvat taloudelliset paineet ja markkinamallin soveltaminen hoitoon tuovat Ryytäsen ja Myllykankaan mukaan uusia, ennen tuntemattomia ongelmia.

1980-luvun terveystalvueluja koskevissa asiakirjoissa tavoiteltiin palvelujärjestelmän kasvun pysäyttämistä vuoteen 1995 mennessä, kun taas lamatunnelmissa tavoitteeksi asetettiin vuoden 1990 taso, johon kasvu olisi pitänyt pysäyttää. Julkunen (2001, 235-236) huomauttaa, että vaikka sosiaali- ja terveystministeriön 1990-luvun keskeiset painotukset, kuten palvelurakennemuutos ja ehkäisevä politiikka sopivat erityisen hyvin lama-ajan poliittiseen retoriikkaan, ne eivät olleet sen vuosikymmenen tuotteita. Avohoidon suosiminen laitoshoidon sijaan oli asetettu tavoitteeksi jo monissa 1960- ja 1970-luvun uudistuksissa (sairausvakuutusuudistukset, kansanterveystlain ja sosiaalihuollon uudistukset) sekä rahoitusrakennetta muuttaneessa 1980-luvun uudistuksessa. Samaan tapaan nykytuotoinen ehkäisevän terveydenhuollon ideologia rakennettiin 1980-luvun nousukaudella. Yhteenvetona Julkunen kirjoittaa (mt., 237):

Palvelujen leikkaukset voivat olla nopeastikin toteutettavissa, mutta järjestelmän institutionaaliset piirteet eivät käänny hetkessä. 1980-luvun loppua kohti oli luotu ajatuksellista pohjaa sellaiselle sosiaali- ja terveystalvuelujen rationalisoinnille ja kasvun pysäytykselle, jonka lama sitten väkivaltaisesti ja kaavailtua rajumpana toimeenpani.

2.2 Valtionosuusuudistus, markkinoistaminen ja muuttuvat terveystalvuelut

Lehto ja Blomster (2000) ovat tarttuneet saman teeman toiseen puoleen - siihen, ovatko terveydenhuollon viime vuosikymmenen muutokset pelkkiä tilapäisiä notkahduksia vai pysyvämpiä käännteitä. He esittävät artikkelissaan eräitä yleisesti esitettyjä teesejä koskien suomalaista terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Lamaa edeltävien arvioiden mukaan palvelujärjestelmän jatkuvaa menojen kasvua ja tuottavuuden hidastumista ei kyettäisi hillitsemään perinteisen julkisen hallintajärjestelmän puitteissa, vaan olisi saatava aikaan enemmän kilpailua ja muita markkinoistamisen elementtejä sisältävä hallintajärjestelmä. Samassa yhteydessä arveltiin kuitenkin, että keskeisten professioiden, terveydenhuollossa

etenkin lääkärin asema on niin vahva, että on vaikea toteuttaa mitään sellaisia muutoksia, joilla uhattaisiin näiden ryhmien etuja. (Lehto & Blomster 2000.)

Lehto ja Blomster nostavat esiin myös rahoitusjärjestelmän muutosten vaikutuksia. Valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa 1993 valtionosuusrahoituksen ”korvamerkinnästä” suurimmaksi osaksi luovuttiin. Kunnat saivat enemmän päätösvaltaa sen suhteen, mihin palveluihin rahaa keskitetään. Myös palveluiden järjestämisen tapoja koskevaa normistoa muutettiin. Kunta voikin nyt järjestää palvelut itse, yhteistyönä toisen kunnan kanssa, olemalla jäsenenä kuntainliitossa tai hankkimalla palvelut ulkopuolisilta. Tämä mahdollisti paljon puhutun yksityistämisen ja palveluntuottajien kilpailuttamisen. Eräiden näkemysten mukaan kaikki nämä muutokset saattoivat palvelujärjestelmän kehityksen entistä alttiimmaksi taloudellisille ja poliittisille suhdanteille, mikä puolestaan saattaa kasvattaa eri väestöryhmien ja palvelusektorien eroja. (Kokko & Lehto 1994, 11-13; Lehto & Blomster 2000, 163.)

Yhteenvetona voidaan sanoa, että laman aikaisiksi keskeisiksi tavoitteiksi tulivat peruspalveluiden turvaaminen ja palvelutuotannon tehostaminen rakennemuutosten avulla, kun aikaisemmissa hallitusohjelmissa puhuttiin terveyspalvelujen laajentamisesta ja kehittämisestä (Julkunen 2001, 236). Yleisesti lähdettiin siitä, että terveydenhuollon henkilöstön ja menojen kasvu olisi pysäytettävä pidemmällä tähtäimellä kuin vain laman ajaksi. Palvelujen lisäykset oli pystyttävä kompensoimaan tehostamisen kautta saatavilla henkilöstön ja menojen supistuksilla, eikä minkään asiakasryhmän palvelujen laatu tai laajuus saisi heikentyä. Lehto ja Blomster toteavat, että toteutuneet muutokset ovat vain osittain suunnitellun mukaisia, ja jotkin laman aikana pysyviksi ajatellut muutokset ovat osoittautuneet vain osittain pysyviksi. Terveys- ja terveydenhuollon menot laskivat vuosina 1991-1994 12 prosenttia, erikoissairaanhoidon menojen lasku oli samaa luokkaa. Samaan aikaan toiminta tehostui ja tuottavuuden kasvun vaikutus jopa ylitti supistukset. (Lehto & Blomster 2000.)

Aineistosta käy ilmi se, kuinka haastateltavat kokevat työympäristön muuttuneen sitten 1980-luvun. Useimmissa haastatteluissa mainittiin työn tahdin kiristyminen ja henkilöstön määrän väheneminen, vaikka varsinaisilta irtisanomisilta oli vältytty. Lähinnä toimenpiteinä olivat sijaisten käytön vähentäminen ja määräaikaisten työntekijöiden määrän lisääminen – niiden osuus nousi terveydenhuollossa vuosina 1990-1997 noin 6,5 prosentista 11,5 prosenttiin (mt., 176). Samaan aikaan hoitosuoritteiden määrä kasvoi.

Terveydenhuolto on työvoimavaltainen ala, ja uusi teknologia tuo mitä todennäköisimmin uudenlaisia vaatimuksia henkilökunnan osaamiselle. Ryynäsen ja Myllykankaan (2000, 26) mukaan on epätodennäköistä, että teknologian kehittyminen voisi suuressa määrin korvata henkilökuntaa, pikemminkin se vaatii sitä lisää. Heidän mukaansa ei ole mitään merkkejä henkilöstömenojen suurimittaisesta laskusta, vaikka joillakin alueilla henkilökuntaa on toki vähennetty. Ryynänen ja Myllykangas arvioivat, että teknologian kehitykseen liittyvää muutosta on lyhyellä tähtämellä yleensä yliarvioitu. Lääketiede tullee 20-30 vuoden kuluttua muistuttamaan ehkä suurestikin nykyistä, mutta pidemmän ajan kuluttua voi lääketieteellinen kulttuuri muuttua suuresti esimerkiksi informaatio- ja geeniteknologian mullistamana. (mt.)

2.3 Sairaanhoidon tehostuminen ja palveluiden hinnoittelu erikoissairaanhoidossa

Sairaanhoidon suoritemäärät kasvoivat merkittävästi myös laman ja sen jälkihoidon vuosina. Kyse oli muutoksesta, jota voidaan kutsua akuuttisairaanhoidon tehostumiseksi. Vuosina 1989-1998 keskimääräinen hoitajakson pituus lyheni erikoissairaanhoidossa 7,6 päivästä 4,5 päivään. Hoitopäivien ja hoivan sijasta tuotettiin enemmän avohoitokäyntejä, tutkimuksia ja hoitosuoritteita. (Lehto & Blomster 2000, 169-179.) Myös toimenpiteiden kustannuksia alettiin laskea tarkemmin. Aiemmin sairaalan suoritteet jaettiin kahteen ryhmään, hoitopäiviin ja poliklinikkakäynteihin, joiden mukaisesti kuntaan lähetettiin lasku. Valtionosuusuudistuksen jälkeen käyttöön otettiin uusi yksilöity hinnoittelu, jonka mukaan suoritteille lasketaan mahdollisimman tarkka todellisiin kustannuksiin perustuva hinta. (Kokko & Lehto 1994, 65.) Avohoidon suosimista ja hoitopäivien lyhentymistä on kutsuttu sairaanhoidon tehostumiseksi, mutta vielä selvemmin se Lehdon ja Blomsterin mukaan ilmentää sairaanhoidon tuoterakenteen muutosta. Tämä rakennemuutos oli alkanut jo ennen lamaa, mutta erityisesti sitä alettiin suosia talouskriisin aikaisissa poliittisissa asiakirjoissa. (Lehto & Blomster 2000, 169-170.)

2.4 Tulosjohtaminen ja tehokkuuden mittaaminen terveydenhuollossa

Kuten edellä on käynyt ilmi, käänne terveydenhuollon politiikassa tapahtui jo ennen lamaa. 1980-luvulla alettiin laajemminkin kiinnittämään huomiota tuotoksen lisäämiseen myös palvelutuotannossa. Toisaalta myös julkisten palveluiden laadusta, jakautumisesta, vaikuttavuudesta ja kattavuudesta käytiin laajaa keskustelua. Keskustelun painopiste oli uusien mallien kehittäminen, jotka mahdollistaisivat jäykkien, uusiutumattomien ja raskaiden

rakenteiden uudelleensuuntaamisen. Tarkoitus oli muuttaa suunta valtiovallan keskitetysti määrittämistä hyvinvointipalvelujen toteuttamisorganisaatioista ennen muuta asiakaskunnan tarpeisiin vastaaviksi palveluorganisaatioiksi. Takana oli myös uudenlaisen johtamisajattelun, toiminnan tuloksien arviointiin pohjautuvan *tulosjohtamisen* esiinmarssi. (Mäkelä & Kotikangas 1994, 2.)

Mäkelän ja Nikkasan mukaan (1994, 67) tulosjohtamiseen liittyvän yksikkö- ja yksilökohtaisen tehokkuusajattelun takana voidaan katsoa olevan varsin suoraviivainen, tuloksia arvioiva logiikka. Taustalla on uskomus, että julkisella sektorilla usein kadoksissa oleva yhteys työn ja lopputuloksen välillä voidaan palauttaa, kun työyhteisön jäsenet ovat yksilövastuussa oman työnsä tuloksista ja kollektiivisessa vastuussa työyhteisönsä tuloksista. Haluttua suuntaa voidaan vielä vahvistaa työsuoritusten tai tavoitteiden saavuttamista kannustavalla palkitsemisella. Näin työn tuottavuuden ajatellaan väistämättä kohoavan. (mt.)

Tulosten mittaaminen on erottamaton osa tulosjohtamista. Ongelma terveydenhuollon osalta on työn luonne, joka asettaa omat vaatimuksensa mittareiden luonteelle ja käyttömahdollisuuksille. Niiden käyttö riippuu yleensäkin siitä, kuinka hyvin tulostittareilla pystytään seuraamaan tavoitteiden saavuttamista. Myös niiden informatiivisuus on keskeinen kysymys, sillä tulostittaus muodostaa osan organisaation informaatiojärjestelmää. Onkin kysyttävä, tuottaako mittausjärjestelmä johdolle käyttökelpoista tietoa organisaation toimintaan kuuluvien tehtävien suorittamisen osalta. Kaiken kaikkiaan mittarit ovat aina ihmisten tuottamina ihmisten välisiä sopimuksia. (Mäkelä & Nikkanen 1994, 69).

Toiminnan tuloksellisuutta voidaan arvioida monin eri tavoin. Tuloksellisuus-käsitteellä viitataan tavoitteiden saavuttamisasteeseen, jolloin sen synonyymina voidaan käyttää vaikuttavuutta, kannattavuutta tai tehokkuutta. Lopputuloksen kannalta on Mäkelän ja Nikkasan mukaan keskeistä se, ”missä määrin perusongelmaa (...) voidaan mitata toimintaprosessin fyysisten käsitteiden tai rahaprosessin rahamittojen avulla.” He kuitenkin heti lisäävät, että julkisessa palvelutuotannossa raha-arvoisten mittarien käyttö ei juurikaan tule kysymykseen, koska kustannusten vertaaminen kannattavuuden selvittämiseksi on usein ongelmallista. Tuloksellisuus joudutaankin jakamaan tätä varten jakamaan kahteen osaan, joista käytetään englanninkielisiä termejä *efficiency* ja *effectiveness*. Ensimmäinen suomennetaan usein tuottavuudeksi ja taloudellisuudeksi, jälkimmäinen taas vaikuttavuudeksi ja tehokkuudeksi. Tuottavuus ja taloudellisuus kuvaavat käytännössä toimintaprosessien

järjestämistä eli niin sanottua teknistä tehokkuutta. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä kertomaan resurssien allokatiivisesta tehokkuudesta, sillä näillä mittareilla mitattuna onnistuneesti tuotetut palvelut voivat olla laadullisesti huonoja tai asiakkaiden tarpeisiin sopimattomia. Vaikuttavuudella vastataan tähän kysymykseen, sillä se kertoo tavoitteiden saavuttamisen asteen. Sen tärkein osatekijä on laatu, muita alakäsitteitä ovat esimerkiksi palvelutaso, sisäinen ja ulkoinen palvelukyky, palvelujen määrä ja saatavuus. Vaikuttavuudessa huomio kiinnitetään myös toiminnan responsiivisuuteen eli kykyyn tuottaa palveluja asiakkaan kannalta riittävästi sekä heidän tarpeitaan ja odotuksiaan vastaavasti. Käytännössä on kuitenkin niin, että terveydenhuollossa toiminnan tuloksellisuutta arvioitaessa on jouduttu tukeutumaan erilaisten suoritemittarien tarjoamaan tietoon, mutta toiminnan laatua ja vaikuttavuutta evaluoivia mittareita ei ole laajamittaisesti pystytty hyödyntämään (mt., 68-70).

Lääkäriliitto on jo 1992 omassa julkaisussaan ottanut osaa tulostamittauksen käsitteistä käytyyn keskusteluun ja laajentanut sitä laatukysymyksiin (s.16):

Terveydenhuollon henkilökunnan koulutustaso voi vaihdella työvoiman liikkuvuuden lisääntyessä. Palvelujen tuottamiseen saattaa liittyä taloudellisen voiton maksimointi, samalla kun vakuutusjärjestelmät saattavat asettaa omia rajojaan annettulle hoidolle. Kaikki nämä seikat voivat monien muiden lisäksi vaarantaa potilaan laadukkaan hoidon. Vaikka mikään mainituista tekijöistä ei toistaiseksi vaikuta kovin voimakkaasti maamme terveydenhuoltoon, toiminnan laatuun kannattaa kiinnittää huomioita.

Laatua voidaan lääkäriiiton mukaan arvioida ainakin niin sanotulla medikaalisella auditoinnilla (medical audit), jolla tarkoitetaan terveydenhuollon sisäistä tai ulkoista tarkastusjärjestelmää. Se perustuu tavallisesti kirjallisen aineiston kuten sairauskertomusten jälkikäteiseen arviointiin, ja tarkastuksen suorittaa yksikkö itse tai se voidaan ostaa ulkopuoliselta osapuolelta. Toinen laadullinen menetelmä on vertaisarviointi (peer review), jossa saman koulutustaustan omaavat ammattilaiset selvittävät toimintakäytäntöjään esimerkiksi jossakin valitussa hoito- tai taudinmäärittämissä tilanteissa. (Lääkäriliitto 1992, 17). Eli laadullisen tulosarvioinnin pyrkimyksenä on kokonaisvaltaisen kuvan muodostaminen toiminnan arvioinnin perustaksi. Samalla toimintaa arvioitaisiin enemmänkin ammattikuntien omiin käytäntöihin perustuen, ei niinkään esimerkiksi terveystaloustieteen lähtökohdista käsin.

2.5 Etiikan ja talouden ristiriita?

Pystyykö hoitohenkilökunta hoitamaan potilaita terveydenhuollon etiikan mukaisesti ja toimimaan samanaikaisesti taloudellisesti ja tehokkaasti, resursseja optimaalisesti käyttäen? Kysymys tuli ajankohtaiseksi juuri 1990-luvulla. Eräiden terveystaloustieteilijöiden mukaan olisi epäeettistä olla ottamatta huomioon taloudellisia realiteetteja, ovathan resurssit tunnetusti rajallisia ja niiden käyttäminen yhteen potilaaseen voisi tuottaa tilanteen, jossa muut hoitoa tarvitsevat jäävät hoidotta. Silti sekä kliinisessä työssä eli potilaiden kanssa vuorovaikutuksessa oleva henkilöstö että hallinnollista työtä tekevät työntekijät saattavat kohdata rooliristiriitoja sovittaessa yhteen potilaan, terveydenhuollon organisaation ja mahdollisesti koko yhteiskunnan tarpeita. Esimerkiksi lääkärin etiikka velvoittaa lääkärin tekemään kaikkensa lääketieteellis-kliinisessä mielessä, huomioimatta kustannuksia tai muita ”asiaankuulumattomia” seikkoja. (Rintala 2000, 20-26.)

Lääketieteen ja teknologian nopea kehitys ovat kuitenkin johtaneet tilanteeseen, jossa on yhä vaikeampaa tarjota kaikille potilaille kaikki ne tutkimukset ja hoitokeinot, joista olisi heille hyötyä. Esimerkiksi elinsiirrot, diagnostiset kuvantamislaitteet, geeniteknologialla valmistetut lääkeaineet sekä erilaiset endoskooppiset menetelmät ja laserkirurgia ovat yleistyessään lisänneet terveydenhuollon kustannuksia. Näiden laitteiden käyttökin on itsessään kallista ja vaatii erityisesti koulutettua henkilökuntaa. Teknologinen kehitys on toki myös auttanut hillitsemään kustannuksia mahdollistamalla sairauksien ja tautien paremman hallinnan ja lyhemät hoitoajat. Ehkä juuri kustannusten ja hyödyn vertailemisen hankaluuden vuoksi ovat terveydenhuollon rahoittajat eli kunnat ja valtio tähän asti olleet enemmän tai vähemmän valmiita maksamaan uusien hoitomenetelmien ja teknologian kustannukset. (mt., 27.)

2.6 Terveydenhuollon lainsäädäntö

Terveydenhuolto on järjestetty Suomessa tiettyjen periaatteiden mukaisesti, joista lainsäädännölliset velvollisuudet ovat perustavanlaatuisimpia. Suomen hallitusmuodon mukaan ihmiset ovat lain edessä yhdenvertaisia. Ketään ei saa asettaa ilman hyväksyttävää syytä eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tämä koskee myös terveydenhuoltoa, mikä ilmenee muun muassa potilaita koskevana syrjintäkieltona. Niin sanotun subjektiivisen oikeuden mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen

elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimentuloon ja huolenpitoon. Terveystenhoito on yksi osa tätä subjektiivisten oikeuksien turvaamista. Julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistettävä väestön terveyttä, muilta osin kansalaisten oikeudesta terveystalveluihin on säädetty palveluiden järjestämisvelvollisuutta koskevissa asetuksissa. (Saraviita 1996, 34; Sosiaali- ja terveystministeriö 1997, 2.)

Suomessa terveystenhoillon rahoitus- ja järjestämisvastuu on lainsäädännössä jaettu valtion, kuntien ja käyttäjien kesken. Kunnat rahoittivat palvelut vuonna 1995 kunnallisveroilla 33 prosenttia, valtionosuuksilla 29 prosenttia, Kelan rahoituksella 14 prosenttia ja yksityisellä rahoituksella (työnantajamaksut, avustuskassat, yksityiset vakuutukset ja kotitaloudet) 25 prosenttia. Kunnan saama valtionosuus määräytyy kunnan asukasluvun, asukkaiden ikärakenteen, sairastavuuden, työttömyyden ja kunnan syrjäisyyden perustella – kaikki nämä tekijät vaikuttavat palvelujen järjestämisen kustannuksiin. Kunnan velvollisuudesta järjestää asukkailleen terveystenhoito säädetään terveystenhoitolaissa, kansanterveyslaissa, tartuntatautilaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa. Nämä lait eivät kuitenkaan määrää yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa, vaan kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti omana toimintanaan tai ostaa palvelut. (Sosiaali- ja terveystministeriö 1997, 13.) Kuntien päätösvalan ja vastuun lisääntyessä korostuu kunnallisten luottamushenkilöiden ja muiden päätösten tekijöiden vastuu palveluiden tasosta ja laadusta.

Kansallisen lainsäädännön lisäksi julkista terveystenhoitoa sitovat kansainväliset sopimukset, kuten WHO:n ja Unicefin antamat julistukset, YK:n yleissopimus taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä oikeuksista sekä Euroopan ihmisoikeussopimus. (Saraviita 1996, 26-27.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Diskurssianalyttinen näkökulma ja diskurssien retorisuus

Tämän työn näkökulma aineistoon on diskurssianalyttinen. Lähtökohtana on oletus todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta eli kyseessä on sosiaalisen konstruktionismin näkökulma. Ajatus on tuttu Bergerin ja Luckmannin teoksesta *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen* (1994): kieli rakentuu (konstruoituu) sosiaalisessa todellisuudessa ja sitä rakennetaan (konstruoidaan) sosiaalisessa todellisuudessa. Havaitsemamme maailma ei koskaan ole ”puhdas”, vaan se on aina merkityksellistetty jostakin näkökulmasta. Merkityksellistäminen on asioiden ja ilmiöiden nimeämistä, joka tapahtuu historiallisina prosesseina ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Käynnissä on jatkuvasti kaksi vastakkaista tendenssiä, yhtäältä merkitysten vakiinnuttamisen prosessi, joka on arkipäivän toiminnan sujuvuuden perusta, toisaalta merkitysten hämärtyminen ja muuntumisen prosessi. Tutkimuksen teossa tämä merkitsee sitä että, havaintomme, koskivatpa ne sitten asioita tai esineitä, tuntemuksia, tunteita tai instituutioita, tulevat tutkimuksen kohteeksi aina jollakin tavalla nimettynä. Tutkija voi lähestyä tutkimaansa kohdetta vain niiden symbolien ja merkitysten kautta, jotka ovat kulttuurisesti mahdollisia. (Jokinen 1999, 39-40.)

Edellä mainittu konstruktiivisuuden idea liittyy kiinteästi kielen näkemiseen sosiaalisesti jaettuina merkityssysteemeinä¹ – merkitykset muodostuvat suhteessa ja erotuksena toisiinsa. Samalla oletetaan, että merkityssysteemit ovat ei-heijastavia, jolloin kieltä ja kielen käyttöä ei oleteta todellisuuden kuvaksi. Kieli ei siis heijasta yksiselitteisellä tavalla sen paremmin ulkoista todellisuutta kuin sisäistä, psyykkistä todellisuuttakaan. Pyrkimys ei kuitenkaan ole sitoutuminen ajattelutapaan, jossa kielen käyttö erotetaan ”oikeasta” todellisuudesta, pikemminkin ne oletetaan yhteenkietoutuneiksi. ”Todellisuus ei muodostu pelkistä merkityksistä, mutta emme voi tarkastella asioita tai esineitä ilman niiden merkityksellistämistä, emme voi siirtyä versiottomaan todellisuuteen” (Jokinen ym. 1993, 21.)

¹ Merkityssysteemin idean alkuperä on Jokisen ym. (1993, 19) mukaan Ferdinand de Saussuren ajattelussa, mutta de Saussuren ajattelusta poiketen diskurssianalysissä painotetaan kielen rakenteen sijasta sen käyttöä ja merkityssuhteiden joustavuutta.

Lähtökohtana diskurssianalyysissä on siis se, että samaakin ilmiötä on mahdollista tehdä ymmärrettäväksi monin eri tavoin ja eri perusteluin. Kiinnostus kohdistuu sen pohtimiseen, miten asioita tehdään ymmärrettäväksi kielen käytöllä. Olennaista on se, millaiset kuvaukset ja selitykset ovat erilaisissa tilanteissa ymmärrettäviä sekä se, millaisia asiantiloja selityksillä kulloinkin rakennetaan. Suonisen (1999, 19) diskurssianalyysin määritelmä toimii myös tämän työn lähtökohtana: Diskurssianalyysi on kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä.

Wetherell ja Potter ovat pohtineet kielen konstruktiivista luonnetta kolmesta näkökulmasta. Yksinkertaisimmillaan kielellä ajatellaan olevan viittauksellinen suhde objekteihin. Minkä tahansa viittauksellisen termin tai kuvaavan fraasin voidaan katsoa konstruoivan kyseessä olevan objektin siten, että huomio kiinnittyy viitattuun objektiin, ei käytettyihin sanoihin. Ilmiöitä käsitellään diskursiivisina versioina suoran kokemuksellisuuden sijaan. Jälkistrukturalistit kuten Barthes ja Foucault ovat puolestaan lähestyneet kielen konstruktiivista luonnetta kielen realismia luovan ominaisuuden näkökulmasta. Realismi nähdään historiallisesti kehittyneenä tuttuutena, jota diskurssit rakentavat ja uusintavat. Kolmas, retorinen näkökulma, ei ole edellä kuvattujen kanssa ristiriidassa, mutta se korostaa kielen konstruktiivisuuden faktualisoivaa voimaa. Kieli on organisoitunut erityisellä tavalla, joka tekee tietystä todellisuuden versiosta kiinteän, faktuaalisen ja vakaan. Tästä näkökulmasta käsin kielellä on enemmän kuin viittauksellinen luonne todellisuuteen, ja se ylittää ajatuksen tuttuudella tuotetuista itsestäänselvyyksistä ymmärtämisen ja selittämisen perustana. (Wetherell & Potter 1992, 94-95.)

Laajemmassa mittakaavassa voidaan olettaa, että diskurssien avulla luodaan ja ylläpidetään tiettyä sosiaalista järjestystä. Sosiaalinen järjestys on Matikaisen (1999, 225) mukaan yleisluontoinen käsite, joka viittaa sosiaalisten suhteiden organisoitumiseen. Tässä työssä oletus on, että tämä organisoituminen tapahtuu kielellisesti, ja se on erilaisten merkityssysteemien luoma ja ylläpitämä.

Retorisessa diskurssianalyysissä huomio kohdistetaan erityisesti merkitysten tuottamiseen siitä näkökulmasta, kuinka jotkut todellisuuden versiot pyritään saamaan vakuuttaviksi ja kiinteiksi, sekä kuinka kuulijat, lukijat tai keskustelukumppanit saadaan sitoutumaan niihin (Jokinen 1999, 126). Analyysin keskiössä on argumentointi, jota tarkastellaan ennen kaikkea

tekemisenä, sosiaalisena toimintana. Retorisessa diskurssianalyysissä ei siis tutkita vain puheen sisäisiä rakenteita, merkitysisältöjä tai retorisia keinoja, vaan olennaista on tarkastella, mitä argumenteilla tehdään tilanteissa, joissa ne tuotetaan. Edelliseen nojaten Billig kritisoi (Potterin 1996, 106 mukaan) sosiaalipsykologista asenteen käsitettä – asenteet ovat hänen mukaansa tietynlaisen aseman ottamista julkisessa keskustelussa ja aina suhteessa vastapositionsa. Argumentaatioissa pyritään oman position puolustamiseen ja oikeuttamiseen, toisaalta vastaposition heikentämiseen ja kritisointiin. Yksinkertaisimmillaan nähtynä voidaan ajatella, että jokainen esitetty selonteko kohtaa aina (aktuaalisesti tai potentiaalisesti) joukon kilpailevia selontekoja. (mt.)

Argumentointi ja position ottaminen syntyvät osana laajempaa kontekstia, jota voidaan kutsua argumentaatiokontekstiksi tai retoriseksi kontekstiksi. Summa (1989, 94) kehottaakin tarkastelemaan argumentteja vuorovaikutuksen osina, jolloin niiden merkitys rakentuu siinä kontekstissa, jossa ne on esitetty. Kun argumentteja tarkastellaan, on kysyttävä, mihin keskusteluun ne kuuluvat ja mitä niillä kyseisessä kontekstissa tehdään. Retorinen argumentaatio on Summan mukaan osa kulttuurista kielioppia ja sen sanelemaa, osittain harkinnanvaraista, osittain tietoista ja osittain tiedostamatonta (mt., 99). Billig (Potterin 1996, 106 mukaan) haluaisi laajentaa retorisen toiminnan käsitettä kattamaan muutakin kuin ilmeistä argumentoivaa ja suoranaisen taivuttelevaa kommunikaatiota. Pikemminkin se olisi nähtävä kommunikaation eräänä piirteenä, jolla yhteisymmärrystä rakennetaan ja siitä neuvotellaan.

Vakuuttavaa retoriikkaa tarkastellaan tässä työssä faktan konstruointina (Jokinen 1999; Potter 1996). Se voidaan nähdä eräänlaisena vakuuttavan retoriikan äärimuotona, kiistattomana totuuden tuottamisena. Faktan konstruointi kiinnittää huomion tilanteeseen, jossa sosiaalisen todellisuuden konstruktiivinen luonne hämärtyy ja vaihtoehtoiset todellisuuden jäsennystavat häviävät kuvasta. Potter korostaa niiden resurssien merkitystä, joilla tosiasioita tilanteisesti rakennetaan. Ne voivat vaihdella tilanteen mukaan omaa kantaa puolustelevista muiden puhetta kyseenalaistaviin keinoihin. Modaalisoinnin hierarkia kuvaa yksinkertaistetusti faktuaalistamisprosessia seuraavalla tavalla (Potter 1996, 112):

KUVIO 1 Modalisoinnin hierarkia

[...]
X
X on tosiasia
Tiedän, että X
Väitän, että X
Uskon, että X
Oletan, että X
Luulen, että X
Arvelen, että X
X on mahdollinen

Totuuden tuottaminen on vahvasti sidoksissa kategorisointiin. Selonteko formuloi kyseessä olevan esineen tai asian (tai henkilön, AP) tietyllä tavalla, ja olettaa sillä olevan tiettyjä piirteitä kuten hyvä/paha, suuri/pieni, väkivaltainen/väkivallaton – usein kuitenkin edellä esitettyjä luokkia hienovaraisemmin. Kategorisointi voi esittää toiminnan myös rutiininomaisena tai päinvastoin poikkeuksellisena. (Potter 1996, 111-112.)

Diskurssien eräs piirre on niiden retorisuus. Retoriikan tutkimus on yleistynyt viime vuosina myös sosiaalipsykologian parissa, yhtenä esimerkkinä niin sanotun Loughborough'n koulukunnan tutkimukset. Billig ym. olettavat, että diskurssien retorisuus johtuu sosiaalisen todellisuuden dilemmaattisesta luonteesta. Dilemmaattisuudella tarkoitetaan sitä, että sosiaaliset ilmiöt kuten arvot, uskomukset ja asenteet ovat ristiriitaisia, mikä johtaa argumentointiin eli niiden puolustamiseen ja kritisoimiseen. Billigin ym. mukaan dilemmaattisuus on argumentaatiokontekstin ja diskurssien luonnollinen piirre, eikä se siis välttämättä aiheuta ihmisille ahdistusta, kuten perinteinen psykologia ja esimerkiksi kognitiivisen dissonanssin teoria olettaa. Ristiriitaisuudet ratkaistaan jokapäiväisessä vuorovaikutustilanteissa usein rutiininomaisesti, eivätkä ne aiheuta uhkaa sosiaalisen järjestyksen olemassaololle. (Billig ym. 1988, Matikaisen 1999, 227 mukaan.)

3.2 Tutkimusongelma, aineisto ja aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen tehtävä on analysoida kvalitatiivisin menetelmin terveydenhuollossa, tässä tapauksessa erikoissairaanhoidossa toimivien työntekijöiden ilmaisuja, jotka käsittelevät tehokkuutta ja tuottavuutta. Tutkimusongelmani on: *Miten tehokkuutta faktuaalistetaan puheessa? Mitä tehokkuuspuheessa faktuaalistetaan?* Keskityn tässä työssä tarkastelemaan lääkärin ja hoitohenkilökunnan (kolme lääkäriä, neljä sairaanhoitajaa, yksi fysioterapeutti) selontekoja.

Tutkielmani aineisto koostuu keväällä 1997 tehdyistä teemahaastatteluista kahdessa suuressa sairaalaorganisaatiossa. Haastattelut on suoritettu Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitoksen toimesta. Haastateltavat edustavat sekä henkilöstöä että sairaalan johtoa, ja moni heistä toimii erilaisissa luottamustehtävissä. Siksi oletan, että he ovat perillä tehokkuusvaatimuksista ja ehkä omaksuneetkin tehokkuuspuheen. Haastatteluiden pääpaino on kevään 1997 tutkimusprojektin mukaisesti ammattiyhdistysliikkeen yhteys tuottavuuteen ja kilpailukykyyn, mutta kokonaisuudessa aineisto on monipuolinen ja mahdollistaa muunkinlaisen kysymyksenasettelun.

Ongelma aineiston analyysissä oli haastatteluissa esiintyvien teemojen lukumäärä. Kyseessä oli siis valmis aineisto, jota en ollut itse koonnut, ja joka on osa suurempaa kokonaisuutta². Haastateltavat kertovat laajasti esimerkiksi ammattiyhdistystoiminnasta, jonka rajasin kokonaan oman työni ulkopuolelle. Aloitin aineiston analyysin erottelemalla tekstistä kaikki ne kohdat, jossa tehokkuudesta jollakin tavalla puhuttiin. Joskus otteet sivusivat kyseistä teemaa vain epäsuorasti, mutta analyysin systemaattisuuden ja kattavuuden vuoksi halusin säilyttää aineiston mahdollisimman rikkaana. Seuraavaksi aloin etsiä otteista faktuaalistavia puhetapoja, ja erillisiä kohtia löytyikin kaiken kaikkiaan 102 kappaletta. Sen jälkeen aloitin varsinaisen analyysin eli diskurssien paikantamisen.

Tutkimusotteeni on siis diskurssianalyttinen, painottuen niin sanottuun faktan konstruoinnin retoriikan tutkimiseen. Jokinen ym. (1993) luonnehtivat diskurssianalyysin pikemminkin väljäksi teoreettiseksi viitekehyykseksi kuin selkäräjäiseksi tutkimusmenetelmäksi. Kielen käyttö on diskurssianalyysissä käytäntö, joka ei ainoastaan kuvaa maailmaa, vaan se

² Koko aineisto koostuu kuudessa suuressa organisaatiossa tehdyistä haastatteluista. Mukana oli kaksi pankkia, kaksi sairaalaa ja kaksi metalliyrittystä.

merkityksellistää ja jäsentää, rakentaa ja uusintaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme. Kieltä käytettäessä toisin sanoen konstruoidaan eli merkityksellistetään ne kohteet, josta puhutaan tai kirjoitetaan. Retorisen diskurssianalyysin kuten kaiken diskurssianalyysin lähtökohtana on todellisuuden tulkinnallisen luonteen korostaminen. Kielenkäytön ei oleteta millään yksiselitteisellä tavalla kertovan esimerkiksi puhujan ja kirjoittajan asenteista tai ulkomaailman tosiasioista, faktoista. Analyysissä ei siten pyritä tulkitsemaan asian olemusta sellaisenaan vaan sen argumentointia. (Jokinen ym. 1993, 18; Jokinen 1999, 127.)

Varsinaisen diskurssianalyttisen tarkastelun olen kohdistanut sellaisiin kohtiin, joissa puhe on luonteeltaan toteavaa ja ei-problematisoivaa. Poimin faktuaalistavat tekstikohdat muutaman lukukerran jälkeen, sillä oletan, että kun kyseessä on faktuaalistavan kielenkäytön analyysi, on puheen kuulostettava suhteellisen varmalta ja itsestään selvältä.

Aineistoni analyysi tukeutuu pääosin Kirsi Juhilan (1993) *artikkeliin Miten tarinasta tulee tosi? Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa* sekä Jonathan Potterin (1996) teokseen *Representing reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*. Juhila on kääntänyt arki ajattelussa usein esiintyvän essentialistisen tietokäsityksen (faktuaaliset asiantilat ja tapahtumat -> tieto ja kieli) sisältävän asetelman toisin päin siten, että hän tarkastelee tiedon totuudellisuuden määräytymisen prosessia sosiaalisena käytäntönä. Lähtökohdaksi ei siis oteta asiantilojen ja tapahtumien essentialista oletusta vaan se, kuinka kyseiset ilmiöt argumentoidaan essentialistisiksi. Tämän pohjalta Juhila määrittelee faktuaalistamisstrategiat³ sellaisiksi vakuuttelun muodoiksi, joita käyttämällä jonkun tiedon totuusarvosta tulee niin suuri, että kyseinen versio vaikuttaa itsestään selvältä. Sanotulla ja totuudella ei täten oleteta olevan eroa, jolloin asiat saadaan näyttämään kiistattomilta tosiasioilta. (Juhila 1993, 152.) Potter puolestaan analysoi yksityiskohtaisesti niin sanotun faktan konstruoinnin tekniikoita, joiden pohjalta Juhilakin on omaa tutkimustaan rakentanut.

Käytössäni olevassa aineistossa esiintyvien taloudellisten käsitteiden kuten tehokkuus ja tuottavuus suhteellisen ongelmaton käyttö ja niiden vähäinen kyseenalaistaminen herätti kiinnostukseni. Tarkoitukseni on tarkastella niitä puhetapoja, joilla tehokkuutta tai tuottavuutta ylläpidetään, pitäen samalla mielessä, että kyse ei ole vain puheesta vaan myös toimintatavoista. Analyysin kannalta näenkin olennaisena, että puheen lisäksi tarkastelen

³ Juhilalta lainaamani idea faktuaalistamisstrategioista on perustaltaan yhteneväinen Potterin (1996) faktan konstruoinnin kanssa - myös Juhila itse lukee itsensä samaan koulukuntaan (1993, 153).

myös haastattelujen kulttuurista kontekstia ja haastateltavien subjektipositiota eli itsensä rakentamisen kulttuurisia rajoja (Jokinen ym. 1993, 39). Kiinnostavaa on, että tehokkuuteen näytetään suhtautuvan hiukan eri tavalla, kun kyseessä on esimiesasemassa oleva lääkäri, lääkäri, joka hoitaa myös luottamustehtäviä, esimiestehtävissä toimiva sairaanhoitaja tai luottamusmiesasemassa oleva sairaanhoitaja. Toisaalta sama henkilö voi eri kontekstissa puhua samasta käsitteestä hiukan eri tavalla. Oletan, että tällöin paitsi faktuaalistetaan eri kohteita, myös käytetään eri faktuaalistamisen strategioita.

Teoreettinen viitekehyseni koostuu paitsi edellä mainituista diskurssianalyttisistä käsitteistä, myös Bourdieun kentän ja habituksen teemoista sekä eräistä ammattiin liittyvistä teoretisoinneista, kuten professioista ja professionalisoitumisesta. Oletukseni onkin tässä työssä, että haastateltavan positio määrittää ne tavat, joilla asiantiloja argumentoidaan.

4 BOURDIEUN KENTTÄ JA PROFESSIONALISMI

Käsite, jolla pyrin sitomaan empirian ja teorian toisiinsa, on subjektipositio. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa tarkastelun kohteeksi ei oteta yksilöä, vaan sosiaaliset käytännöt. Tarkoituksena on silloin kiinnittää huomio yksilöiden kielen käyttöön eri tilanteissa sekä niihin merkityssysteemeihin, joita he toiminnassaan tuottavat. Voidaankin sanoa, että minän olemuksen erittelemisen sijaan kiinnostus kohdistuu minän rakentamisen/rakentumisen prosesseihin. Pyrkimyksenä on päästä eroon staattisuudesta, joka joskus leimaa persoonallisuuden, roolien tai tyyppien käsitteitä. (Jokinen ym. 1993, 37.)

Subjektiposition käsite kiinnittää huomion siihen seikkaan, että itsensä rakentamisella on omat kulttuuriset rajansa; kaikki positiot eivät ole mahdollisia. Positiot eivät kuitenkaan ole valmiina olemassa olevia paikkoja, joihin yksilöt asettuvat, vaan ne tuotetaan sosiaalisissa käytännöissä. Yksilön identiteetti ymmärretään merkityssysteemin osaksi, jolloin tietyssä systeemissä ihmiselle rakentuu tiettyjä identiteettejä. Merkityssysteemit ovat puolestaan kielenkäytössä uusiutuvia ja rakentuvia kielisysteemejä – joissakin yhteyksissä niitä kutsutaan diskursseiksi, joskus taas tulkintarepertuaareiksi. Subjektiposition käsite korostaa merkityssysteemien valtaa määrittää ihmisille tietyt paikat. (Jokinen & Juhila 1999, 67-68.)

Toisaalta pyrkimykseni on ottaa huomioon se seikka, että haastattelupuhe on muodostunut kulttuurisessa kontekstissaan. Esimerkki tällaisesta kontekstualisoivasta diskurssianalyysistä on Margaret Wetherellin ja Jonathan Potterin tutkimus (1992), jossa he pureutuvat uusiseelantilaiseen rotu- ja rasismidiskurssiin. He näkevät rasismipuheen olevan sidoksissa maan poliittiseen ja taloudelliseen historiaan, joten he analysoivat puhetta tästä näkökulmasta. Jokisen ja Juhilan mukaan (1999, 62) voidaan samalla tavalla ottaa huomioon organisaation julkilausutut, historialliset muotoutuneet tehtävät, sillä ne luovat tapahtumalle ja sen analyysille tietyt kehykset. Kulttuurinen konteksti suhteutuu siis konkreettisen tilanteen ulkopuolelle, jolloin tulkinnassa pyritään huomioimaan ja tunnistamaan yleisesti jaettuja kulttuurisia oletuksia, tapoja ja yhteiskunnallista ilmapiiriä. Silti Jokinen ja Juhila korostavat, että kehysten sisäisiä tapahtumia on analysoitava ennen kaikkea aineistosta itsestään, jolloin on vältettävä tekemästä päätelmiä ulkopuolisista jäsennyksistä käsin (mt.).

Haastattelutilanteessa on olennaista ottaa huomioon myös vuorovaikutuskonteksti, etenkin kun pohditaan kysymysten ja vastausten välistä suhdetta. Haastateltava voi esimerkiksi ymmärtää jonkun haastattelijan kommentin syytöksenä, johon on puolustauduttava. On mahdollista, että haastattelutilanteessa tasapainoillaan kilpailutilanteen ja yhteisymmärryksen välillä. (Juhila 1996, 156.) Tämän työn aineiston analyysiä vaikeutti se, että aineisto oli valmiiksi ja paikoin melko epätarkasti litteroitu. Joissakin tilanteissa oli vaikeaa päätellä, oliko kyseessä esimerkiksi ironinen kommentti vai jotakin muuta.

Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa paino on useimmiten tilanteisuudessa ja lausekontekstin tulkinnassa. Haastateltavan sanoja ja lauseita tarkastellaan osina kokonaisuutta, jonka ne rakentavat. Yksittäisiä sanoja tai lauseita analysoimalla ei kuitenkaan Juhilan (mt., 155) mukaan päästä käsiksi faktan konstruoinnin ytimeen, koska samoilla ilmaisuilla voi olla eri merkitys eri konteksteissa. Vasta niiden laajemman käyttötavan ja paikan analysoiminen kertoo ilmausten merkityksen faktan konstruomisessa. Tällainen laajemman kontekstin analysoiminen on myös tämän työn lähtökohta, ja sillä perustellaan tietynlainen makrotason tarkastelunäkökulma. Siitä käsin muodostuu myös työn teoreettinen käsitteistö.

Oletukseni edellä olevaan nojaten on, että terveydenhuollon kentällä vallitsee jokseenkin yleisesti jaettuja merkityssysteemejä. Toisaalta otaksun, että ammattiryhmien sisällä muodostuu omia merkityssysteemejä. Niihin sosiaalistuminen on osa ammattiin kouluttautumista, ja ne sekä rakentuvat että heijastuvat kielenkäytössä - ne siis muokkaavat toimijoiden positioita. Kontekstualisoin aineistoni tehokkuuspuhetta siitä toimintaympäristöstä käsin, jossa puhe on tuotettu: se paikantuu vuoden 1997 terveydenhuollon professioiden kentälle.

4.1 Kenttä ja habitus

Pierre Bourdieun mukaan (Bourdieu & Wacquant 1995, 122-128) yhteiskunta muodostuu erilaisista kentistä tai sosiaalisista tiloista, joiden hallinnasta ja voimavaroista kilpaillaan, kamppaillaan ja pelataan. Pelaaminen on Bourdien usein käyttämä metafora, jonka mukaisesti kentiltä löytyvät myös pelisäännöt. Ammattikuntien toiminta-alueita voidaan pitää tällaisena kenttänä - virallisista nimityksistä ja luokitteluiden teosta käydään jatkuvaa kilpaa. Eri kentillä toimijat tavoittelevat sitä pääomaa, joka kyseisellä kentällä on arvokkainta tai hyödyllisintä. Sairaalamailmassa se voisi olla esimerkiksi koulutuksen aikaansaama etu muihin samalla

kentällä oleviin verrattuna, minkä johdosta on mahdollista saada arvostetumpia työtehtäviä, ylennyksiä tai luottamustehtäviä.

Toimijat pyrkivät samalla erottautumaan muista kentällä olijoista tai sinne pyrkivistä. Esimerkiksi ammattikieli ja ulkoiset merkit, kuten pukeutuminen ovat ammattien välisessä luokitustaistelussa tällaisia erottelevia tekijöitä. Pääsy kentälle vaatii useimmiten jotain sillä vaaditun pääoman hallitsemista. Hoitoalalla tämä tarkoittaa sitä, että ammattien kentälle voi päästä vasta silloin, kun tietty tutkinto on suoritettu ja ammatinharjoittaja on virallisesti hyväksytty muiden joukkoon. Tutkinnot myös määräävät työnjaollisen järjestyksen sairaalan sisällä, tietyt tehtävät kuuluvat lähihoitajille, toiset taas sairaanhoitajille tai lääkäreille. Toisaalta asema kentällä vaikuttaa myös siihen, kenellä on lupa puhua ja kenellä on auktoriteetti. Kieli muodostaakin eräänlaisen markkina-alueen, jossa myydään ja vaihdetaan merkityksiä. Samalla se palvelee käytännöllisiä päämääriä. Eri ammattikunnat pyrkivät rakentamaan todellisuutta, joka takaa niille ammatillisen monopoliaseman sekä aseman, jossa on mahdollista määritellä asioiden ”oikea” laita.

Toimijoiden pyrkimykset erottautua toisista eivät kuitenkaan ole täysin vapaita tai tietoisia vaan habituksen aikaansaamia. Habitus on sisäistynyt tai ruumiillistunut tapa tuottaa maun avulla luokitteluja ja arviointeja sekä kannanottoja ja suhtautumistapoja. Se omaksutaan kasvatuksen ja koulutuksen avulla, tietyn elämäntavan kautta, tietynlaisissa suhteissa. Habitus on toimintaa tuottava, jatkuvasti muuttuva rakenne. Eri asemiin liittyvät erot eli hyödykkeet, käytännöt ja käytöstavat toimivat yhteiskunnassa tunnusmerkkeinä, kuten symbolisia järjestelmiä kielen foneemijoukon tapaan muodostavat erot. (Bourdieu 1998, 18-19; Bourdieu & Wacquant 1995, 165.)

Habituksen ja kentän suhde toimii kahdella tavalla. Se on ensinnäkin vaikutussuhde: kenttä määrää habituksen rakennetta niin, että se vastaa sitä, mikä kentällä on välttämätöntä. Toisaalta se on tiedollinen suhde: habitus edesauttaa näkemään kentän merkityksellisenä maailmana. Yhteiskunnallinen todellisuus on siis olemassa yhtä aikaa asioina ja mielissä, kentillä ja habituksina, toimijoiden ulko- ja sisäpuolella. Habitus on yhteiskunnan aineellistama ja kotonaan sillä kentällä, jolla se asustaa. Se tunnistaa välittömästi ne merkitykset ja intressit, jotka kenttään kätkeytyvät. Bourdieun mukaan habituksen käsitettä tarvitaan, jotta voidaan selittää se tosiseikka, että yhteiskunnalliset toimijat ovat järkeviä olematta rationaalisia. He osaavat ”lukea” sitä tulevaisuutta, joka sopii heille, joka on heitä

varten tehty. Toimijat suuntautuvat tulevaan sellaisten käytännöllisten odotusten kautta, jotka saavat heidät tekemään ja sanomaan sen, mitä ”täytyy” tehdä ja sanoa. On toki myös tapauksia, joissa habituksen ja kentän välillä on ristiriita. Bourdieu selittää ristiriidan habituksen muuttumisen hitaudella ja antaa esimerkin tilanteesta, jossa maaseudun pikkutilalliset ovat pakotetut jättämään juurensa ja joutuvat kapitalistisen järjestyksen alaisiksi. (Bourdieu & Wacquant 1995, 159-161.)

Ihmiset siis toisin sanoen toimivat sosiaalisessa maailmassa ja sen eri kentillä vahvistaen niitä eri ominaisuuksia eli sitä pääomaa, joka kyseisellä kentällä on kaikkein arvokkainta. Tarkoituksena on pääoman kasaaminen ja sen maksimointi, mutta toisin kuin vaikkapa yritysmaailmassa, ihmiset eivät tiedosta tai myönnä tavoittelevansa voittoa, sillä se on sisäistetty asenteina ja suhtautumistapoina eli dispositioina. Tätä dispositioiden järjestelmää Bourdieu kutsuu siis habitukseksi. (Bourdieu 1985, 11.)

4.2 Profiisit ja ammattikuntien kentät

Lääkärit ovat yksi vanhimmista ja yhä edelleen vahvimmista ammattikunnista Suomessa. Sairaanhoidajat sen sijaan eivät profiiliin kohottamisesta huolimatta ole kyenneet saavuttamaan samanlaista tai samanvahvuista statusta. Mistä professionaalinen asema sitten syntyy ja mikä merkitys sillä ammatin kannalta on? Näihin ja muihin professioita koskeviin kysymyksiin on pyritty vastaamaan professiotutkimuksen piirissä.

Professiotutkimuksessa on Konttisen (1989) mukaan esiintynyt pääosin kahdenlaisia näkemyksiä professioiden synnystä, merkityksestä ja asemasta yhteiskunnassa. Ensimmäinen pohjautuu Durkheimin funktionalistiseen teoriaperinteeseen. Siinä profession itsemääräämisoikeuden katsotaan perustuvan spesialisoituneen tiedon hallintaan ja siihen, että on yhteiskunnan kannalta järkevää antaa professioiden itse määrätä oman toimintansa standardit. Julkinen valta on tämän näkemyksen mukaan luovuttanut erälle ammattikunnille oikeuden kontrolloida itseään, koska niiden toiminta on yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaista. Profiisit ovat tässä näkökulmassa ”harmonian takuumiehiä” (Konttinen 1989). Niiden arvot ovat erilaisia kuin liike-elämän intressit, mutta ne poikkeavat myös tyypillisistä kollektiivista arvoista ollen eräänlainen ”kolmas tie” (mt., 26).

Funktionalistisen professiokäsitteen perusolettamus siis on, että professiot ovat yhteiskunnan kiinteyttä ja moraalista järjestystä luovia voimia, jotka toimivat liike-elämän itseintressin vastavoimina. Tällaista funktionalista perinnettä edustavaa ajattelua on kritisoitu sillä, että se pikemminkin olettaa yhteiskunnallisen järjestyksen kuin selittää sitä. (Konttinen 1989, Koskinen & Mykkänen 1998, 2-3.)

Toinen, niin kutsuttu monopolistinen tai uusweberiläinen näkökulma⁴ olettaa, että professiot ovat omaa etuaan ajavia monopoleja, jotka pyrkivät oman asemansa parantamiseen sulkemalla tietyt arvostetut oman ammattikuntansa jäsenten yksinoikeudeksi (Konttinen 1989, 75-116). Weberin seuraajille ihmisten luokka-asema on seurausta sosiaalisesta sulkemisesta (Koskinen & Mykkänen 1998, 4). Professionaalinen sulkeminen on yksi sosiaalisen sulkemisen muodoista, ja sen keinoina voivat olla esimerkiksi ammatin tieteellistäminen, järjestövoiman käyttö valtiovallan painostamiseksi, koulutukseen pääsevien rajoittaminen sekä erilaiset ammatilliset lisenssit. Tämän työn professio-tarkastelu pohjautuu juuri tähän näkökulmaan, nojautuen lähinnä Eliot Freidsonin ja Andrew Abbottin ajatuksiin, unohtamatta sen toimintaympäristön tai kentän analysointia, jossa nämä ryhmät toimivat. Jokainen ammattikunta on joutunut sopeutumaan toimimaan juuri siinä kentässä, jossa ovat sekä käyttämään apunaan niitä pääomia, jotka ovat ammattikuntien välisessä kilpailussa omalle ryhmälleen hankkineet.

Randall Collinsin mukaan professiot eivät ole kaikkialla samanlaisia, ja niitä lähestytään eri näkökulmista. Hän erottaakin toisistaan kaksi lähestymistapaa: angloamerikkalaiset ja mannermaiset professiomallit. Angloamerikkalainen malli kuvaa sikäläistä todellisuutta korostaen itsensä työllistävien ammatinharjoittajien vapautta kontrolloida omia työskentelyolosuhteitaan. Mannermaisia professiomalleja leimaa puolestaan valtion vahva ohjaava rooli sekä akateemisten tutkintojen merkitys. Collins näkee niissä silti yhteisiäkin piirteitä; molemmat mallit ovat usein idealisoituja ja ideologisesti värittyneitä. Toisaalta professiot ovat molemmissa malleissa ammatteja, jotka ovat organisoineet itsensä horisontaalisesti eräänlaisiksi yhteisöiksi, jonka jäsenet jakavat samanlaisen elämäntavan, eettiset koodit, itsestään tietoisien identiteetin sekä rajat ulkopuolisiin nähden. Collins

⁴ Konttisen (1989) mukaan monissa 1970-luvun ja sen jälkeisessä professiota koskevassa tutkimuksessa on käytetty kontrollin (työn tai asiakkaan kontrollin), tutkinnon tai diplomin sekä itseintressin käsitteitä samaan tapaan kuin Weber on niitä käsitellyt.

näkeekin professiot weberiläisittäin tietynlaisina eliittisinä statusryhminä. (Collins 1990, 15-16.)

4.2.1 Profession uudelleenmäärittely

Eliot Freidsonin mukaan professionaalinen toiminta ei ole pelkkää tietoa tai tieteellisen toiminnan puhdasta soveltamista vaan tiedon käytäntöä, joka on sosiaalisesti organisoitunutta ja toimii ammatinharjoittajan valtakirjana hänen ammattitoiminnalleen (Konttinen 1989, 88):

Kysymys ei ole mekanistista taidoista, jotka koneen hammasrattaan lailla sovittaisivat itsensä Durkheimin orgaaniseen solidaarisuuteen. (...) Ammatinharjoittaja kehittää työnsä ympärille ideologian, joka korostaa hänen työnsä teknistä ylivoimaisuutta ja hänen kykyään työnsä toteuttajana.

Perustan profession ideologialle luovat koulutus ja ammatillinen käytäntö. Se sisältää ajatuksen, että kyseinen käytäntö on ainoa oikea tapa toteuttaa yleistä intressiä. Koulutus tuottaa ne virallisesti määritellyt muodolliset kvalifikaatiot, joiden kautta tullaan päteväksi ja tunnustetuksi profession harjoittajaksi. On yhä harvinaisempaa saavuttaa pätevyys ilman koulutukseen sidottua sosialisaatiota. Muodollisesti koulutus ilmenee virallisissa asiakirjoissa, opetussuunnitelmissa ja loppututkinnoissa, mutta kyse on muustakin. Professionaalisuus ei kohdistu vain asiantuntemuksen, tietojen, taitojen ja muodollisten kvalifikaatioiden tuottamiseen. Osa professioideologiaa ovat moraaliset kvalifikaatiot, ammattietiikka, ammattikieli, keskinäinen solidaarisuus ja kollegiaalisuus. Yhdessä niistä muodostuu kokonaisuus, josta kielii myös ammattiyhteisyys. (Rinne & Jauhiainen 1988, 23-24.)

Edeltäjiään hieman radikaalimpaa näkemystä edustava Eliot Freidson vaati profession uutta määrittelyä⁵: määrittelemällä professio rakenteellisesti, tietynä asemana työnjaossa, on mahdollista tarkastella eroa sen välillä, mitä ammatillinen ryhmä jäseniltään vaatii ja mitä sen edustajat todellisuudessa ovat, ja toisaalta mitä muut uskovat tuosta ryhmästä. Profession työnjaollisen aseman tunnusomaisin piirre on Freidsonin mukaan laaja legitimoitu, organisoitunut autonomia. Se viittaa tässä tapauksessa ennen muuta työn sisällön kontrolliin. Autonomiasta voidaan johtaa monet muut professioiden institutionaaliset tunnusmerkit.

⁵ Konttinen näkee Freidsonin ja muiden saman aikakauden edustajien pyrkimykset radikaalina irrottautumisena taksonomisen koulukunnan professio-optimismista ja määrittelytavasta, siis eräänlaisena paradigman muutoksena (Konttinen 1989, 112).

Ammattiryhmä saavuttaa itseään ohjaavan aseman silloin, kun se pystyy hankkimaan legaalisen tai poliittisen etuoikeusaseman, joka suojaa muiden ryhmien kilpailulta. Korkean itseohjautuvuuden saavuttaminen edellyttää myös tiedon tuotannon ja erityisesti sen soveltamisen kontrollia. Täydellisimmin tämä toteutuu profession itsensä johtaman koulutuksen muodossa. Myös eettisen koodiston tehtävä on perustella autonomista asemaa, sillä se tuo esiin ne ammatinharjoittajan ominaisuudet, jotka tekevät autonomian mahdolliseksi. (Konttinen 1989, 90-92.)

Organisoitunut autonomia on kuitenkin autonomiaa vain suhteellisessa mielessä, sillä profession valta riippuu oleellisesti valtiovallasta ja profession tukijoista. Ne takaavat legaalisesti autonomisen aseman ja etuoikeudet. Freidson korostaa Konttisen mukaan (mt., 93), että professiot ovat saavuttaneet asemansa ja korkean statusasemansa - sitä ei ole heille ilman kilpailua, ammattikuntien välisen taistelun säänneltyä muotoa annettu. Professio-status onkin ilmaus siitä, että jonkin ryhmän pyrkimykset ovat toteutuneet.

4.2.2 Professionaalinen järjestelmä ja valtuutus

Andrew Abbottin lähtökohdat ovat pitkälti samat kuin jälkiweberiläisillä, mutta pääpaino on hieman toisaalla, juuri edellä mainitussa professioiden välisessä kilpailussa. Hänen mukaansa professiot pyrkivät hankkimaan valtuutuksen (jurisdiction) olemassa olevalle ja halutulle työlle. Profioiden ja työn suhde on monimutkaisempi kuin ulkoapäin saattaisi näyttää, kirjoittaa Abbott (1988, 35): työtehtävät, itse professiot ja niiden väliset suhteet muuttuvat jatkuvasti. Työtehtävät perustuvat sekä objektiivisiin tekijöihin⁶ että subjektiivisiin ilmiöihin. Ensin mainittuihin voidaan lukea teknologiset saavutukset, organisatoriset tekijät (esim. hyvinvointivaltio ja koulutuksen laajeneminen) sekä luonnollisten objektien ja faktojen olemassaolo itsessään. Myös hitaasti muuttuvat kulttuuriset rakenteet, kuten yksityisomistuksen ja länsimaisen lain muotoutuminen, ovat osa työn objektiivista perustaa. (mt., 38-40.)

Subjektiiviseksi perustaksi voidaan katsoa muiden professioiden toiminta ja etenkin se huomio, että työn sisällön määrittäminen on yleensä sosiaalisen ongelman määrittelyä. Täten

⁶ Abbot kirjoittaa: "Despite the normal connotations of the word, objective qualities are not a reality that awaits discovery beneath the cultural images; they are an inertia that reconstruction must overcome" (1988, 36-37).

se professio, jolla valtuutus sillä hetkellä on, pystyy esittämään ongelman omalle ryhmälleen mieleisellä tavalla. Tämä ongelman määrittäminen ja oikeuttaminen tapahtuu kolmella tavalla: hankkimalla valtuutus kohteena olevan työn luokittelemiseen, siitä tehtävien päätelmien valtuutus sekä valtuutus itse työn tekemiseen. (mt., 40.) Pyrkimyksenä on siis työn määrittelyn ja tekemisen kokonaisvaltainen kontrolli.

Professionaalisen valtuutuksen hankkiminen tapahtuu Abbottin mukaan kolmella areenalla: julkisuudessa, julkishallinnossa etujärjestötoiminnan avulla sekä työpaikalla. Julkisuudessa tapahtuva toiminta on ennen kaikkea legitiimin kontrollin vaatimista, ja sillä pyritään paitsi oman työn autonomiaan, myös edellä mainittuun työn määrittelyn valtuutukseen. Professio voi täten itse määritellä omaa kuvaansa julkisessa keskustelussa ja luoda omasta professiostaan eräänlaisen homogeenisen ideaalityypin. Lisäksi valtuutuksen hankkiminen on väline ulkopuolisten poissulkemiseen. (mt., 60.) Julkishallinnossa tapahtuva valtuuttaminen on rajatumpaa ja hitaasti muuttuvaa. Se sisältää esimerkiksi lakiin kirjattuja etuoikeuksia ja velvollisuuksia sekä työehtojen määrittelyä. Myös profession käyttämiä nimikkeiden käyttöä voidaan rajoittaa julkishallinnollisen valtuutuksen avulla. (mt., 62.)

Kolmas areena, jolla valtuutus varmistetaan, sijaitsee siis siellä missä itse työtä tehdään eli työpaikoilla. Vaikka professiolla olisikin valtuutus tiettyyn työhön kansalaisten silmissä ja lakiin kirjattuna, työpaikkatasolla sen valta voi olla rajatumpi. Työpaikoilla ei yleensä ole epäselvyyttä työn tekemisestä ja rakentumisesta, jokaisella työpaikalla on oma arkipäivän jatkuvuutensa, tapa jolla työtä on juuri siinä organisaatiossa totuttu tekemään ja jakamaan. Julkisella areenalla annettu kuva homogeenisesta ryhmästä pirstaloituu Abbottin mukaan työpaikkatasolla. Profession välinen työnjako (interprofessional division of labour) korvautuu organisaation sisäisellä (intraorganisational division of labour) työnjaolla. (Abbott 1988, 65.)

Monilla työpaikoilla, kuten haastatteluideni kohteena olevissa sairaaloissa on toki olemassa säännöt siitä, kuka kontrolloi ja valvoo työtä, ja kenellä on laillinen oikeutus tehdä mitään tehtäviä. Jo potilasturvallisuus ja vastuukysymykset vaativat sen. Abbottin mukaan on kuitenkin tilanteita, jolloin valtuutus voidaan kiertää, esimerkiksi kun professionaalisen statuksen omaava henkilö ei jostain syystä kykene suorittamaan tehtäviään tai professionaalista työtä on liikaa. Näin tapahtuu etenkin työpaikoilla, joissa työtahti on kova. Monilla työpaikoilla voidaan katsoa tapahtuvan eräänlaista tiedon siirtymistä, jota voidaan

Abbottin sanoin kutsua työpaikkamukautumiseksi (workplace assimilation). Teoreettisen tietopohjan sijaan heillä on käytännön kokemusta ongelman määrittämisestä, sen hoitamisesta ja toimenpiteistä, joita se vaatii. Valtuutus työpaikalla pitää siis hankkia joka päivä uudestaan. (mt.) Viitteitä tästä löytyi myös aineistosta.

Tämän tyyppinen valtuutus, edes julkinen, ei ole aina pysyvää. Julkisen terveydenhuollon kriisiytyessä on alettu pohtia uusia keinoja alan ongelmavyöhdin ratkaisemiseksi. Eräät niistä koskevat lääkäreiden määrää, toiset taas pikemminkin tehtävien jakoa. Esimerkiksi aiemmin sairaanhoidon opettajana työskennelleen opetusministeri Raskin ehdotuksen mukaan 200 sairaanhoitajaa voitaisiin kouluttaa lääkäreiksi neljässä vuodessa, tavallisesti lääkärikoulutus kestää kuusi vuotta. Valtaosa kysymyksen käsittelyyn osallistuneista kansanedustajista suhtautui ajatukseen kielteisesti, samoin sekä hoitajien ammattijärjestö Tehy että Lääkäriliitto. Pääministeri Lipponen oli kuitenkin ehdotuksen kannalla, ainakin ehdotusta voitaisiin hänen mielestään tutkia tarkemmin. "Näen tässä säätyläisasennetta, paremman väen asennetta tavallisia työläisiä kohtaan", Lipponen sanoi. Lipponen muistutti, että hänen äitinsä, joka oli ammatiltaan terveydenhoitaja, hoiti käytännössä lääkärin tehtäviä sodan aikana. "Aivan hyvät perustelut hänellä olisi ollut jatkaa lääkärikoulutukseen", hän arvioi. (Mölsä, 2002.)

Tutkijat Samuli Saarni ja Lauri Vuorenkoski ovat esittäneet, että lääkäripula ja lääkäreiden tyytymättömyys työhönsä johtuu pitkälti koko julkista terveydenhuoltojärjestelmää vaivaavasta kriisistä. Lääkäri haluaisi auttaa potilasta niin hyvin kuin mahdollista, mutta käytettävissä olevat keinot ovat rajalliset. Saarnin ja Vuorenkosken mukaan rahalla ei ratkaista terveydenhoidon ongelmia, sillä lääketieteen kehitys tuo jatkuvasti uusia hoitoja, joille riittää aina kysyntää. (Tuppurainen, 2002.)

Myös suurten ikäluokkien ikääntyminen tuo uusia haasteita, ikääntyvät asukkaat kaipaavat entistä enemmän hoitoa vaivoihinsa. Terveydenhoitoa onkin Saarnin ja Vuorenkosken mielestä säännösteltävä. 1990-luvulla puhuttiin priorisoinnista, nyt hoitoon pääsyä säännöstellään jonoilla ja maksuilla, mutta potilaat eivät vieläkään aina tiedä, millä perusteella hoitoa saa. Saarni kaipaa yhdenmukaisia ja selkeitä pelisääntöjä, jotka olisivat kaikkien tiedossa. Hän ei osaa kuitenkaan sanoa, kuka säännöt laatisi, mutta yksi vaihtoehto voisi hänen mukaansa olla potilaiden edustajien ja lääkäreiden yhdessä laatimat säännökset. Säännöstelyongelmia on viime aikoina ratkaistu tuomioistuimissa. Eräässä tapauksessa korkein hallinto-oikeus maksatti kunnalla sepelvaltimotaudin hoidon yksityisessä sairaalassa,

koska potilas ei oikeuden mielestä saanut kunnallista hoitoa riittävän ripeästi. Saarni kuitenkin toivoo, että hoidon kiireellisyyden arvioisivat asiantuntijat eivätkä juristit. (mt.)

Freidson on kuvannut professionaalisia järjestelmiä ja erityisesti terveydenhuollon kenttää työvoiman markkinoiden käsitteen avulla. Ne voidaan järjestää vapaiden markkinoiden, byrokratian ja professionaalisen periaatteen mukaisesti. Ensin mainittu on markkina- ja asiakasorientoitunut järjestelmä, jossa asiakkaat ja työnantaja valitsevat työntekijät ja maksavat heidän palkkansa. Työntekijöiden toimintaa ohjaavat rahalliset palkkiot ja he pyrkivät toiminnallaan tuottamaan voittoa. Työntekijät toimivat yksilöinä toisiaan vastaan ilman yhteistä päämäärää tai pyrkimystä kollektiiviseen organisoitumiseen. Byrokraattiset työmarkkinat taas pyrkivät luotettavaan ja ennustettavaan tuotteiden tai palvelujen tuottamiseen, kustannusten jäädessä toissijaiseen asemaan. Tuotteiden ja palvelujen laatu on määritelty tiettyjen formaalien sääntöjen ja standardien avulla – samat periaatteet ohjaavat myös työntekijöiden suorituskyvyn arviointia. Asiakkaan rooli poikkeaa markkinaorientoituneesta työmarkkinoiden mallista: asiakkaan on valittava niiden tuotteiden ja palveluiden välillä, jotka byrokraattiset työmarkkinat ovat päättäneet tuottaa. Työntekijät kilpailevat keskenään hankkimalla vaaditun pätevyyden, jolloin saavutetaan usein myös elinikäinen työura organisaatiossa. (Freidson 1994, 187-189.)

Kolmas työmarkkinoiden muoto on professionaaliset markkinat, joiden voidaan katsoa rajoittavan työnantajan ja asiakkaiden toimintaa. Professioniin kuuluvien jäsenten asema on työmarkkinoilla suojattu, eikä vakavaa kilpailua jäsenten välillä esiinny, pikemminkin pyritään yhteisöllisyyteen ja kollegiaalisuuteen. Koska asema on suhteellisen turvattu eikä tulotasosta tarvitse kilpailla, kohdistuu ensisijainen sitoutuminen työn tekemiseen mahdollisimman hyvin sekä hyväksynnän ja arvostuksen hankkimiseen muilta profession kuuluvilta. (mt.)

Terveydenhuollon systeemiä voi Freidsonin mukaan kuvata sekoitukseksi byrokraattista ja professionaalista mallia. Hän kiinnittää huomion siihen usein esille tuotuun seikkaan, että terveydenhuollon asiakas ei ole tavallinen kuluttaja. Ollakseen rationaalinen kuluttaja, terveydenhuollon asiakkaan tulisi olla riittävästi informoitu. Näin ei kuitenkaan tapahdu, sillä lääketiede perustuu monimutkaiseen ja salassa pidettyyn tietoon. Usein jo asiakkaan fyysinen tai psyykinen tila saattaa tehdä hänestä kykenemättömän tarvittavaan vertailuun. (mt., 190.) Suomalaisessa järjestelmässä myös tapa, jolla terveydenhuolto on eri kansalaisryhmille

järjestetty (yksityinen ja julkinen terveydenhuolto, hoidon porrastus terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välillä) rajoittaa valinnan vapautta. Toisaalta myös ammatillisten tutkintojen tärkeys vaikeuttaa alalle pääsyä ja on osaltaan paitsi turvaamassa hoidon laatua, myös rajoittamassa asiakkaiden valinnanvapautta.

Kun siis ensisijainen vapaita markkinoita luonnehtiva elementti eli hyvin informoitu, rationaalinen asiakas, joka on vapaa tekemään valintoja puuttuu kokonaan, on lienee liioiteltua olettaa, että terveydenhuolto toimisi muiden vapaille markkinoilla toimivien organisaatioiden tavoin.

Toisaalta myös täysin byrokraattisiin tai täysin professionaalisiin periaatteisiin nojautuva terveydenhuolto saattaisi Freidsonin mukaan johtaa ei-haluttuihin tuloksiin. Jos työtehtävien ja niiden tuloksien käsitteitä aletaan standardoida mittaamisen ja kontrolloinnin vuoksi, ollaan samalla vaarassa standardoida ihmiskäsitys ja ihmisten ongelmat. Ihmiset nähdään silloin formaalisesti määriteltyjen kategorioiden valossa, jolloin heistä tulee objekteja. Heitä hoidetaan reliaabeleilla metodeilla ja ennalta oletetuilla kustannuksilla ilman inhimillistä ja joustavaa harkintaa. Täydellisesti professionaaliseen kontrolliin perustuva malli saattaisi puolestaan johtaa asiakkaiden epäluottamukseen, jos tärkein toimintaa ohjaava tekijä olisi kollegiaalisuus ja ammatillinen kunnianhimo. (Freidson 1994, 193-194.)

Freidson puolustaa edelliseen nojaten professionaalivetoista mallia, kun terveydenhuoltoa ollaan kehittämässä. Silti hän korostaa, ettei terveydenhuollon järjestelmää voida jättää lääkäreiden käsiin – sekä markkina- että byrokratiamalla voidaan käyttää hyväksi kuluja karsittaessa ja järjestelmän suorituskykyä kontrolloitaessa, mutta vain siltä osin, kun ne eivät tuhoa tai oleellisesti heikennä professionaalisen mallin positiivisia puolia. (mt.)

Professiotutkimus on saanut osakseen kritiikkiä etenkin naistutkimuksen suunnalta. Esimerkiksi Lea Henriksson (1998), joka on perehtynyt professiotutkimuksen terveys sosiologiaan sovellutuksiin, suhtautuu kriittisesti perinteisen professiotutkimuksen lähtökohtiin. Henriksson pyrkii purkamaan ulossulkevia ammatillistumispyrkimyksiä ja niiden kuvauksia sekä jähmeitä toimijajuhanteita. Henriksson kysyy Paula Abbottia ja Claire Wallacea lainaten, miksi eräisiin professioihin kuten lääkärin ammattiin suhtaudutaan kuin normiin, jota vasten muita ammattikuntia verrataan ja suhteutetaan (Henriksson 1998, 17). Toinen kritiikin kohde on professiotutkimuksen kohde. Terveydenhuollon professiotutkimus

on Henrikssonin mukaan kohdistunut lähinnä joko ammatillisen hierarkian miehiseen yläpäähän eli lääkäreihin tai byrokratian puoliammatillaisiin eli sairaanhoitajiin, vaikka muitakin ammattikuntia terveydenhuollon piiristä löytyy (emt., 24).

Henrikssonin ajatukset sopivat kritiikiksi myös tämän tutkielman lähtökohtiin, pohjautuuhan työni pitkälti professiotutkimuksen antiin. Analysoin lisäksi pelkästään sairaanhoitajien (mukana on myös yksi fysioterapeutti) ja lääkärien puhetta. Vaikka tämän työn perustana olevaan aineistoon kuului alun perin myös muihin ammattikuntiin kuuluvien, muun muassa kanslistin ja teknisiä palveluita tuottavien henkilöiden haastatteluja, jätin ne tietoisesti analyysin ulkopuolelle. Tämä johtuu lähtökohdastani, jota Bourdieun kenttäajattelu on ohjannut. Oletukseni on, että koska lääkärit ja hoitohenkilökunta työskentelevät tiiviisti yhdessä muodostaen eräänlaisia hoitotiimejä, on myös luontevaa ajatella, että kyseisten ammattikuntien välillä vallitsee jonkinlainen jännite ja ehkä kilpailunkin ilmapiiri. Tätä kilpailua tehokkuusvaatimukset puolestaan entisestään aktuaalistavat. Mitä lähempänä toistensa ”reviirejä” ammattikunnat ovat, sitä todennäköisempää on kilpailu valtuutuksesta.

4.2.3 Lääkärit - johtava professio

Eliot Freidson on siis määritellyt profession rakenteellisesti, jolloin se nähdään tietynä asemana työnjaossa. Tunnusomaisin profession piirre on Freidsonin mukaan ammatinharjoittajan nauttima laaja autonomia eli mahdollisuus olla riippumaton, vapaa ja itseohjautuva. Tämä viittaa ennen muuta työn sisällön kontrolliin. Esimerkiksi lääkärin ammatin taloudellinen ja poliittinen autonomia vaihtelee eri maissa, mutta maasta riippumatta yhteistä on sen teknologinen tai tieteellinen autonomia. Vaikka tämä professio ei voi määrittää kaikkia työtään rajaavia ehtoja kuten terveydenhuoltopolitiikkaa ja hallintoa, se kontrolloi muista riippumattomasti työnsä sisältöä ja tulokkaiden teknistä koulutusta. (Konttinen 1989, 91.)

Lääkärin ammatin autonomiaa voidaan katsoa pönkittävän sen dominanssiasema työnjaossa. Esimerkiksi sairaanhoitajien professionaalisen statuksen vaatimuksista huolimatta on heidän asemansa lääkärinammattiin nähden hyvin erilainen. Lääkäri on johtava professio, jolle sairaanhoitaja on alisteinen. Ero heijastaa tyypillisen ammattihierarkian olemassaoloa. Professiot eivät Freidsonin mukaan (emt, 93) kuitenkaan ole olemassa ilman valtiovaltaa ja

professionien arvovaltaisia tukijoita, jotka laillisesti takaavat autonomisen aseman etuoikeuksineen.

Nykyisen lääkärin ammatin professionaaliset piirteet ovat hyvin vanhaa perua. Ammattikuntaetiikka, kollegiaalinen kontrolli ja laillistamiskäytäntö saivat alkunsa jo antiikin Kreikan ajalla. Akateeminen koulutus paikantuu keskiajan yliopistolaitokseen, ammatin tieteellistyminen 1800-luvulle ja spesialisoituminen tämän vuosisadan alkupuolelle. Rinne ja Jauhiainen kuitenkin huomauttavat, ettei tätä pitkää historiaa voida palauttaa yhdeksi, universaaliksi jatkumoksi, vaan lääkäreiden yhteiskunnallinen arvostus, virallinen asema, koulutus ja tietopohja ovat vaihdelleet ajasta ja paikasta riippuen. (Rinne & Jauhiainen 1988, 68-69.)

4.2.4 Sairaanhoidajat puoliprofessiona

Sairaanhoidajien asemaa terveydenhuollon työnajossa on usein kuvattu eräänlaisena puoliprofessiona. He eivät ole lukuisista yrityksistä huolimatta saavuttaneet samanlaista autonomista statusta kuin lääkärit. Witz (1992, Porterin 1998, 71-76 mukaan) näkee sairaanhoidajien sosiaalisen sulkemisen strategian epäonnistumisen sukupuolikysymyksenä ja koko professiotutkimuksen kentän sukupuolisokeana. Witz ei silti hylkää uusweberiläistä tutkimusta ja sen käsitteitä, vaan tekee sukupuolen näkyväksi tutkimuksessaan sairaanhoidajien yrityksestä aikaansaada rekisteröityjen hoitajien yhdistys 1880-luvulla Iso-Britanniassa. Vaikka liike kohtasi kovaa vastustusta ei pelkästään ammattiryhmän ulkopuolella, vaan myös sairaanhoidajien omassa piirissä, laki rekisteröitymisestä tuli voimaan 1919. Tämän rekisteröitymisvaatimuksen takana oli tavoite saada aikaan erityinen oma yhdistys, joka kontrolloisi ammattikuntaan pääsyä sekä koulutuksen pituutta ja sisältöä. (mt.)

Witz näkeekin tämän yrityksen sosiaalisen sulkemisen strategiana, jolla sairaanhoidosta haluttiin tehdä erillinen professio, joka ei olisi avoinna kaikille vaan etuoikeutetulle joukolle koulutettuja ja sivistyneitä naisia. Toisin sanoen Witz väittää, että sairaanhoidajien pyrkimys oli sävyllään luokkaperustainen sosiaalinen sulkeminen, jolla pyrittiin sulkemaan ulkopuolelle työväenluokkaan kuuluva osa ammattikunnasta. Pyrkimys onnistuikin osaksi, laki hoitajien asemasta saatiin aikaan, mutta sen vaikutus oman ammattikuntansa sisäisiin asioihin kuten koulutukseen jäi vajanaiseksi. Epäonnistumisen syinä Witz näkee sairaaloiden johdon pelon

liian voimakkaan ammattikunnan vaikutuksesta muun muassa palkkaukseen ja työaikakysymyksiin. Myös lääkärin keskuudessa esiintyi vastustusta, esimerkiksi yleislääkärit olivat huolissaan joidenkin rutiininomaisten toimenpiteiden siirtymisestä päteville sairaanhoitajille. (Porter 1998, 71-73.)

Suomessa sairaanhoitaja-ammattin synty paikantuu viime vuosisadan jälkipuolelle. Sekä siivoojan ja piian ammateista että perinteisestä armeliaisuus- ja hoivatyöstä alkoi erottautua koulutettu, moderni sairaalalaitokseen kiinnittynyt ammattikunta. Sairaanhoitajakoulutuksen alkaminen sijoittuu samaan ajankohtaan kuin sairaalalaitoksen ensimmäinen nopea laajeneminen eli 1800-luvun kahdelle viimeiselle vuosikymmenelle. Sairaanhoitajakunnan ammatillistuminen on ollut sidoksissa paitsi lääketieteen nopeaan edistymiseen ja hoitomenetelmien parantumiseen, myös uskonnollisen ja filantrooppisen aatteen leviämiseen. (Rinne & Jauhiainen 1988, 125.)

Aluksi ammattikunnan jäsenet kiersivät maaseudulla harvalukuisten lääkärin apuna, mistä alkoi sairaanhoitajien ammattikunnan kehitys lääkäriprofession valvomaksi ja valtion kontrolloimaksi ammatiksi. Rinne ja Jauhiainen arvelevat, että tämän valvonnan ja kontrollin perimmäinen tarkoitus oli turvata lääkärin toimintareviiri. Kysymys sukupuolesta tuli esiin, kun keskusteltiin siitä, kummat olisivat soveliaampia kiertävän sairaanhoitajan ammattiin. Kun päädyttiin nykyiselle työnjaolle tyypilliseen tapaan eli naisiin, vältettiin jonkinlaisen miehisen alilääkärikunnan muodostuminen, kirjoittavat Rinne ja Jauhiainen. Naiset olivat myös halvempaa työvoimaa. Lisäksi katsottiin myyttisesti, että sairaanhoito soveltui heille ”luonnostaan”. (mt., 132-133.)

Muutaman viime vuosikymmenen aikana sairaanhoidon piirissä on omaksuttu uusi tapa tehdä eroa ylä- ja alapuolella sijaitseviin ammatteihin. Sairanhoidon koulutusta on uudistettu ja hoitotyötä on pyritty tieteellistämään hoitotiedettä kehittämällä. Hoidosta tieteenalana alettiin puhua alan oppikirjoissa 1970-luvun loppupuolella, jolloin alettiin keskustella oman, lääketieteestä erillisen paradigman muodostamisesta hoidon tutkimuksen ja teorianmuodostuksen perustaksi. (Eriksson 1985, 29.)

Erilaisista ammatillistumishistorioistaan ja hoitoideologioistaan huolimatta nämä kaksi ammattikuntaa, lääkärit ja sairaanhoitajat, ovat tunnetusti kulkeneet viimeisen sadan vuoden aikana melko yhdenmukaisen sosiaalivaltioistumiskehityksen – terveydenhoito yhteis-

kunnallistui saaden vähitellen modernit ideologiset ja konkreettiset muotonsa. Samalla kun lääkäreistä ja sairaanhoitajista on muodostunut valtiollisen terveystalouden keskeisimpiä toteuttajia, valtio on ottanut molempien ammattikuntien koulutuksen ja työn lähes monopolisesti suojelukseensa. (Rinne & Jauhiainen 1988, 68-69.)

5 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIKÄYTÄNNÖISTÄ

Terveydenhuollon ammattikäytännöt perustuvat kolmeen tekijään: valtion asettamaan lainsäädäntöön, tieteelliseen perustaan ja eettisiin koodeihin. Toisaalta työntekijän toimintaa määrittävät tietysti monet yksilölliset tekijät kuten kokemus, ikä ja sukupuoli.

5.1 Lainsäädäntö

”Sairaanhoitaja on hyvän yleissivistyksen saanut henkilö, joka on suorittanut hoitotyön harjoittamiseksi edellytettävän laaja-alaisen opistoasteen koulutuksen tai ammattikorkeakoulututkinnon ja jolle rekisteröintioikeudet omaava viranomainen on myöntänyt ammatinharjoittamisoikeuden.” (Suomen sairaanhoitajaliitto 1993, 4, Pelttarin 1997, 47 mukaan.) Työskentely sairaanhoitajan ammatissa edellyttää siis erillistä ammatinharjoittamisoikeutta, josta säädetään laissa (559/94) ja asetuksessa (564/94) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Samoissa lainkohdissa säädetään myös lääkärin ammatissa toimivista henkilöistä.

5.2 Tiedeperusta: lääketiede ja hoitotiede

Alasen (1995) mukaan yleiskäsite ”lääketiede” on sekä teoreettisesti että käytännössä liian ylimalkainen tapa sijoittaa yhden otsikon alle mitä moninaisimpia terveyteen ja sairauteen liittyviä ilmiöitä. Lääketiede hoitotoimintana ei välttämättä vastaa lääketiedettä tutkimuksen näkökulmasta. Silti voidaan sanoa, että kliininen lääketieteellinen toiminta on ainakin diagnoosin tekemisen osalta perustavoitteiltaan samanlaista kuin tieteellinen tutkimus. Alasen (1995, 36) lainaa Michael Polanyita: ”diagnoosi on hypoteesi, hoito on testi”. Alasen mukaan lääketiede pohjautuu yhä tänäkin päivänä luonnontieteen ideaaliin eli positivistiseen tieteeseen, jossa kokeellinen tutkimustapa ylittää puhtaasti teoreettisen ajattelun (mt., 38).

Hoitotiede kritisoi niin sanottua koululääketiedettä juuri tästä liiallisesta luonnontieteellisyydestä ja inhimillisten piirteiden laiminlyönnistä. Silti hoitotieteessä ei Alasen mukaan ole ymmärretty niin sanottujen ihmistieteiden edustajien kritiikkiä, joka suuntautuu luonnontieteelliseen tiedekäsitykseen – hoitotiede on ontologisilta lähtökohdiltaan samalla viivalla kuin lääketiede, sillä ne molemmat jäsenyvät hoidon ja nimenomaan sairauden kautta. Hoitaminen ei edellytä, että sairauden aiheuttaja poistettaisiin. Kun lähtökohdaksi

otetaan jo olemassa oleva sairaus, kuvastuu biologinen ”oikea” tauti primäärinä lähtökohtana, ja sosiaaliset ja psyykkiset aspektit kuten tuska ja haitta taas seurauksina tästä biologisesta tilasta. (Alanen 1995.)

Hoitotyön tieteellisen perustan muodostaa hoitotiede. Hoitotieteellisen ajattelun kehittämisen katsotaan alkaneen jo vuonna 1860, jolloin Florence Nightingale aloitti sairaanhoitajakoulutuksen Englannissa. Hän korosti tieteellisen tiedon ja kriittisen ajattelun merkitystä hoitotyössä, ja näki hoitotyön lääketieteen rinnalla omana erillisenä ammattina, joka vaatii myös omaa itsenäistä koulutusta. (Peltari 1997, 52.)

Terminä hoitotiede on suhteellisen nuori, noin kaksikymmentä vuotta vanha, mutta aatteellisena perinteenä se on huomattavasti vanhempi. Sairaanhoidon opetuksen ja tutkimuksen aloittaminen korkea-asteella on ollut virallisesti esillä Suomessa ensimmäistä kertaa jo seitsemänkymmentä vuotta sitten. Tätä perinnettä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Ensinnäkin se voidaan ymmärtää monipuolisena tutkimuksena sairaan- ja terveydenhoidon piirissä erotettuna kliinisestä lääketieteestä. Toisesta ja laajemmasta näkökulmasta hoitotieteen perinteellä voidaan viitata kaikkeen siihen kehittämistyöhön, jota sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovat sairaanhoidon ja sen koulutuksen kehittämiseksi vuosikymmenien kuluessa. (Tuomi 1997, 35-36.)

Eriksson kuvaa (Tuomen 1997, 39-40 mukaan) hoitoajattelun kehittymistä Pohjoismaissa erilaisina aikakausina. Esiteoreettisella kaudella (1880–1920-luku) ajattelu oli hoitokeskeistä, mutta varsin epäsystemaattista. Lääketieteellisen hoitoajattelun kaudella (1920-1960-luku) hoitajan ajattelu kehittyi lääketieteellisten mallien mukaisesti, kun taas monitieteellisen aikakauden aikana (1960-1970-luku) alettiin painottaa käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellistä ajattelua lääketieteen rinnalla. Tämä johti Erikssonin mukaan siihen, että käsitys ihmisestä laajeni, mutta samalla se hajotti hoitonäkemyksiä. Nykyisessä ajattelussa, jota Eriksson kutsuu hoitotieteelliseksi, on painopiste uudelleen palautettu hoitokeskeiseksi.

Hoitokeskeisen ajattelun keskeisiä elementtejä ovat käsitys ihmisestä, terveydestä, sairastumisesta ja siitä prosessista, jonka kautta ihmistä autetaan ylläpitämään tai saavuttamaan terveytensä. Myös eettiset säännöt kuuluvat tähän ajatteluun. Erikssonin mukaan olennaista on, että hoitotyön ihanne tai sen ydin, caritas eli ihmisrakkaus on säilynyt huolimatta painopisteen muutoksista. Tuomen mukaan on kuitenkin johdonmukaista väittää,

että vasta 1990-luvun taite olisi varsinaisen tieteellisen aikakauden alku, sillä silloin tieteellinen tieto ja teorianmuodostus syrjäyttivät caritas-ajattelun. (mt., 40.)

Hoitotieteen kehittyminen liittyy Sinkkosen mukaan laajempaan yhteiskunnalliseen ja terveydenhuollon muutokseen. Terveydenhuollon tutkimuksessa laiminlyötiin joitakin alueita, ja joidenkin mallien ja menetelmien vaikuttavuutta ja tehokkuutta ei ollut selvitetty. Voidaan ehkä sanoa, että hoitokäytäntöjen arvioinnista puuttui kriittinen evaluointi. Paineita lisäsi terveydenhuollon kriisi, työtehtävien määrällinen muutos sekä väestön sairausrakenteen ja terveydenhuollon asiakasrakenteen muutos. (Tuomi 1997, 42.)

Kalkkaan (1985) mukaan kaikilla terveydenhuollossa toimivilla ammattiryhmillä on sama pyrkimys: ihmisen hyvän edistäminen. Tätä hyvää tarkastellaan vain eri näkökulmista ja eriytyminen on tapahtunut historiallisen kehityksen myötä. Hoitotieteen tehtävänä on tutkia ja selittää toimintaa, jonka tavoitteena on optimaalinen terveys, lääketiede puolestaan tutkii ja selittää toimintaa, jonka keskeisenä tavoitteena on sairauksien ehkäisy. Lääkärin työn ensisijainen päämäärä on elämän kunnioittaminen, ja elämä ymmärretään silloin biologis-fysiologisenä toimintana eli normaaleina elintoimintoina ja käyttäytymisenä. Hoitotyössä lähtökohtana on puolestaan ihmisen ja ihmisen yksilöllisyyden kunnioittaminen. (Kalkas 1985, 69-71.)

Hoitotiedettä ja lääketiedettä voidaan lähestyä myös niiden ihmiskuvan kautta. Lääketieteen voidaan katsoa perustuvan normaaliuden määritelmiin, kun taas hoitotieteen ihanne on jossakin humanistisen ja naturalistisen ihmiskäsityksen rajamailla. Tuomi (1997) on tutkinut väitöskirjassaan hoitotieteen kehittämiseen vaikuttaneiden pohjoismaisten ajattelijoiden työtä ja on tullut siihen tulokseen, että painotukset todellakin vaihtelevat. Lähtökohtana on kuitenkin humanistinen ihmiskäsitys, joskin myös naturalistisella, luonnontieteistä vaikutteita saaneella ajattelulla on oma osansa hoitotieteessä.

5.3 Eettiset koodit

Yhteiskunnan sisällä tapahtuva työnjako johtaa siihen, että syntyy erityisnormeja, jotka koskevat vain tiettyjä tilanteita ja ryhmiä, esimerkiksi määrättyä ammattikuntaa. Tällöin voidaan puhua ammattinormeista, joita terveydenhuollon alalla on erityisen paljon. Eettiset säännöt ovat niistä eräitä. Ryynäsen ja Myllykankaan mukaan (2000, 10-11) terveydenhuollossa on esiintynyt eettisiä säännöstöjä antiikin ajoista lähtien. Niistä tunnetuin on Hippokrateen vala, jossa määritellään lääkärin suhde elämän säilyttämiseen. Se on nykyistenkin lääkärinvalojen sanamuotojen perusta. Keskiajalla länsimaiden merkittävin normittaja oli katolinen kirkko, ja lääkintäetiikka kumpusikin tuolloin kirkollisesta moraalifilosofiasta. Samalla kuitenkin vaalittiin myös Hippokrateen valaa ja sen perinteitä. Kukin ammattikunta pyrki vahvasti normittamaan jäsentensä käyttäytymistä ja etiikka koskikin tuolloin lähinnä kollegiaalisuutta ja palveluiden hinnoittelua. (mt.)

Toisen maailmansodan jälkeisessä Nürnbergin oikeudenkäynnissä natsilääkäreitä syytettiin epäinhimillisistä teoista. Tämä muodostuikin käänteeksi lääkintäetiikan muodostumiselle, sillä tuomion yhteydessä julkaistiin ohjeisto, jossa määriteltiin eettiset periaatteet lääketieteelliselle toiminnalle. Tämän jälkeen on järjestetty useita kokouksia, jossa terveydenhuollon etiikkaa on muotoiltu. (mt., 12.) Suomessakin lääkärin etiikalla on pitkät perinteet, sillä ensimmäinen alan ohjeisto julkaistiin vuonna 1847 nimellä Om läkarens yrke och pligter. Edelleen painotettiin kuitenkin pikemminkin lääkärin välistä kollegiaalisuutta kuin eettisiä näkökohtia.

Eräiden näkemysten mukaan on hieman harhaanjohtavaa puhua eettisistä erityisjärjestelmistä kuten lääkintäetiikasta, koska etiikka on sama, vaikka sitä sovellettaisiin eri aloille ja erilaisiin ongelmiin. Etiikan pitäisi olla joka tapauksessa johdonmukainen ja kokonaisvaltainen valintoja ohjaava järjestelmä, joka perustuu toisaalta sekä arvoihin että luontoa, yhteiskuntaa ja ihmistä koskevaan tietoon. Lindqvistin mukaan (1982, 12) voidaan kuitenkin olettaa, että asemaan, ammattitietoon ja erityistehtäviin liittyvät tekijät tekevät lääketieteen ja terveydenhuollon alalla työskentelevien henkilöiden eettisen vastuun erityisen haastavaksi. Tiedollinen pätevyys, teknologia, asema ja vastuu, yhteiskunnallisten voimavarojen käyttö, potilaan etu ja yleinen etu sekä potilaan ja lääkärin oikeudellinen asema ovat kaikki mukana vaikuttamassa terveydenhuollon alalla toimivien henkilöiden vastuuseen.

Lääkäriin ammattietiikassa on kyse ennen kaikkea lääkäriinä toimimisen yleisistä periaatteista. Usein ne on ilmaistu yleisluontoisissa ohjeissa, mutta ne ovat myös tapoja ja perinteitä, joita ammattikunta itse vaalii. Ne säätelevät hoitohenkilökunnan keskinäisiä suhteita, suhteita julkisuuteen ja pyrkivät estämään oman aseman väärinkäytön. Ammattietiikka vetoaa useimmiten ammattiaan harjoittavan henkilön eettisiin ominaisuuksiin ja niiden kehittämiseen.

Lääkintäetiikka-teoksen kirjoittajat antavat lääkintäetiikalle seuraavan määritelmän: lääkintäetiikka on hoitavan yhteisön harkittua ja kriittistä itsesääteilyä potilaan inhimillisten oikeuksien suojelemiseksi ottaen huomioon yhteiskunnan yleiset ja perustellut edut. Lääkintäetiikka ei siis ole vain yksityisen henkilön mielipiteistä riippuva asia, vaan subjektina on koko hoitoyhteisö. Silti jokaisella yksilöllä on itsenäinen eettinen vastuu. Etiikan tarkoituksena on auttaa hoitoyhteisöä ja sen jäseniä terveeseen itsekriittisyyteen, joka antaa riittävän välimatkan omiin motiiveihin ja intresseihin. Määritelmä korostaa myös yleistä etua. Vaikka konkreettisessa tilanteessa yksilön oikeudet ovat etualalla, ne on suhteutettava muiden ihmisten oikeuksiin ja yhteiskunnan yleiseen hyvinvointiin. (Lindqvist 1982, 15-16.)

Sairaanhoitajien eettinen säännöstö liittyy Tuomen (1997, 129) mukaan hoitotyön tai hoidon etiikkaan. Hoitotyön ammattietiikka käsittää ne periaatteet ja arvot, jotka määrittelevät, rajoittavat ja antavat suuntaa hoitotyön ammatilliselle toiminnalle. Siihen voidaan siis katsoa kuuluvan muun muassa hoitotyöntekijöiden tietoiset pyrkimykset ihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseksi, hyvän hoidon määrittelemiseksi, eettisten ongelmien tiedostaminen ja jatkuva arviointi. Hoitotyön etiikassa on ensisijaisesti kyse hoitotyön arvosidonnaisuuden havaitsemisesta sekä pyrkimyksestä hoitotyön tietoperustan kehittämiseen. Arvosidonnaisuudella tarkoitetaan sitä, että hoitotyö perustuu aina jonkinlaiseen näkemykseen siitä, mikä on ihmiselle hyvää ja tarpeellista siinä tilanteessa, kun hän turvautuu terveydenhoitoon. Samalla korostetaan potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Hoitotyön tavoitteena katsotaan yleisesti olevan ihmisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja lisääminen. Tämä päämäärä voidaan mieltää pikemminkin eettiseksi kuin tieteelliseksi, jolloin tiede ja tekniset taidot ovat palvelemassa tätä päämäärää. Osa hoitotyötä on moraalisten valintojen tekeminen, ja tätä taitoa hoitotiede pyrkii tukemaan. (mt.)

Hoitotyön etiikka tukeutuu eräänlaiseen sisäänrakennettuun uskoon hoitotyön korkeasta moraalisesta. Tämä usko perustuu lähinnä hoitotyön periaatteisiin, joita oletetaan noudatettavan.

Tuomi kritisoi tätä lähtökohtaa lähinnä siitä syystä, että hoitotyön arvomaailmaa pidetään pitkälti ongelmattomana tai valmiiksi määriteltyinä eettisinä ohjeina ja periaatteina, jolloin eettiset ongelmat tulevat ikään kuin ulkopuolelta. Ongelmana on Tuomen mukaan se, että hoitotyön ihmistä koskevat arvot on siirretty suoraan hoitotieteeseen, jolloin tieteellinen keskustelu eettisistä lähtökohdista on jäänyt taka-alalle. (Tuomi 1997, 133.)

Lindqvist (1982, 7) korostaa, että rajanveto etiikan ja lainsäädännön tai etiikan ja hallinnollisten määräysten välillä on tärkeä. Oikeusnormit määrittelevät useimmiten julkisesti kontrolloidun minimin, jonka puitteissa toiminnan pysyteltävä, jotta yhteiskunnan toimivuus voitaisiin taata. Lindqvistin mielestä on kuitenkin perusteltua ajatella, että oikeusnormienkin takana ovat tietyt eettiset periaatteet. Näin voidaan olettaa, että yhteiskunnallinen normisto muodostaa hyvin laajan kehän, jonka sisälle ihmisen kaikki lailliset valinnat mahtuvat. Eettisyyden kehä on edellistä suppeampi, koska se sulkee pois monia lain sallimia, mutta eettisesti vastuuttomia ratkaisuja. Joissakin tapauksissa laillisuuden ja eettisyyden kehät saattavat leikata toisiaan, jolloin etiikka joutuu ristiriitaan lainsäädännön kanssa. (mt.) Hallinnolliset määräykset, kuten tehokkuuden korostaminen hoitopäätöksiä tehtäessä ovat yhtäläillä ristiriidassa terveydenhuollon ammattikäytäntöjen ja eettisten normien kanssa. Etenkin lääkärit ovat arvostelleet kriittisesti hallinnollisten määräysten aseman vahvistumista julkisen terveydenhuollon perustana. Näin myös tämän työn aineistossa.

6 AINEISTON ANALYYSI – FAKTAN KONSTRUOINTI TEHOKKUUSPUHEESSA

Alkuun on tärkeä huomata, että sitä tapaa, jolla tehokkuudesta puhutaan, määrittää ainakin kolme eri tekijää tai tasoa. Ensinnäkin voidaan erottaa tehokkuuden määrittelyn taso eli se, miten kukin henkilö kussakin tilanteessa tehokkuuden määrittelee. Tehokkuus voi merkitä esimerkiksi säästöjä, jonoja tai priorisointia. Toiseksi voidaan nähdä tehokkuuden osuus jokapäiväisessä työssä, eli miten tehokkuusvaatimukset vaikuttavat omaan työhön ja omaan asemaan, esimerkiksi muuttaako se hoitokäytäntöjä tai vaikeuttaako se viran saamista. Kolmantena voidaan erottaa koko organisaation taso eli se, millä tavalla tehokkuudesta organisaation tasolla puhutaan ja miten sitä edistetään tai kannustetaan. Ehkä juuri näiden tekijöiden yhdistämisen ongelmallisuus, eräänlainen kognitiivisen dissonanssin puute, tuottaa puheeseen tarpeen faktuaalista joitakin tehokkuuteen liittyviä tekijöitä.

6.1 Faktuaalistamisen keinot tehokkuuspuheessa

Lähestyn aineistoa kahdesta näkökulmasta: alustavan analyysin perusteella havaitsin, että faktuaalisuutta konstruoidaan aineistossa lähinnä kategorisoinnin ja etäännyttämisen keinoin. Pyrinkin nyt tarkastelemaan aineistoa lähemmin näistä näkökulmista käsin sekä eritellä niitä hieman yksityiskohtaisemmin. Samalla pyrin hahmottamaan aineistosta mahdollisia faktuaalistamisstrategioita (vrt. Juhila 1993).

6.1.1 Kategorisointi ja liittoutumisasteen säätely

Kategorisointi on eräänlaista neuvottelua, joka syntyy inhimillisen toiminnan seurauksena. Todellisuus ei kategorisoi itse itseään, vaan ihmiset toimijoina jakavat todellisuutta erilaisiin osiin, todellisuuden versioihin ja selontekoihin, joita he yrittävät ”myydä” toisilleen. Retoriset keinot ovat osa tätä eri versioiden kaupittelua, eivätkä ne siten ole ”tyhjiä kuoria” vaan kielenkäytön perustavanlaatuinen ominaisuus. (Jokinen 1999, 130.) Olennaista on analysoida myös sitä, mikä on puhujan *liittoutumisen aste* esittämäänsä väitteeseen tai kuvaukseen. Se, että puhuja ei esitä väitettä omissa nimissään vaan toimii ainoastaan argumentin välittäjänä,

on tapa tuottaa neutraaliutta. Samalla vältetään joutumasta edesvastuuseen tai selityselvölliseksi esitetystä väitteestä. (Potter 116, 142-149.)

Tämän työn kohteena olevassa aineistossa kategorisointia tapahtuu niin mikro-, meso- kuin makrotasolla. Makrotasolla kategoriat ovat suhteellisen selviä, sillä ne perustuvat useimmiten institutionaaliseen järjestykseen ja ”valtakirjavaluutukseen” kuten lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin ammasteista puhuttaessa. Myös jako hoitotieteen ja lääketieteen välillä voidaan nähdä tällaisena makrotason kategorisoinnin tuloksena, joka perustuu kahden tieteenalan historialliseen kehitykseen ja paikkaan. Mikro- ja mesotason kategoriat ovat puolestaan paikallisia ja neuvoteltavissa olevia, esimerkiksi mittaamista kategorisoidaan puheessa tekemällä jako tehokkuuden ja laatuaspektien välillä. Ne ovat siten luonteeltaan suhteellisen häilyviä. Pääpaino tässä työssä on niiden tekijöiden analysoinnissa, joilla omaa (ammattillista) positiota rakennetaan ja uusinnetaan.

6.1.2 Etäännyttäminen

Toisena näkökulmana faktan konstruointiin voidaan nähdä retorinen *etäännyttäminen* (vrt. Potter 1996, 150-175). Sillä viitataan niihin strategioihin, joilla puhujan omat intressit ja luotettavuus saadaan näyttämään toissijaisilta. Se tuottaa kuvauksen, joka on ikään kuin olemassa puhujasta riippumatta, se siis pyrkii häivyttämään puheesta sen konstruktiivisen luonteen. Etäännyttävä vaikutelma rakennetaan puheessa useilla tavoilla. Tämän työn kannalta tärkeimmät keinot ovat tunnustuksellinen puhe, argumentin esittäminen ”tosiasiana”, metaforien ja ironisoinnin käyttö, määrällistäminen sekä narratiivien ja yksityiskohtien käyttö. Potter korostaa (mt., 150) etteivät kyseiset strategiat⁷ ole tietoisia - ihmiset eivät tietoisesti pyri peittämään toimintansa jälkiä. Etäännyttäminen on osa retorista toimintaa, joka puolestaan on sosiaalisen todellisuuden konstruointia.

Etäännyttävän tosiasiakuvauksen rakentaminen voidaan nähdä siis omien intressien etäännyttämisenä varsinaisesta väitteestä. Puhuja rakentaa itsestään kuvaa objektiivisena tarkkailijana, joka havaitsee sen, minkä kuka tahansa samassa tilanteessa oleva olisi voinut havaita (Juhila 1993, 160). Kuulijalle jää vaikutelma siitä, että puhuja itse ei halua ajaa kyseessä olevaa asiaa, vaan hän on pakon edessä joutunut tunnustamaan asian oikean laidan. Vastuu päätelmistä siirtyy silloin kuulijalle.

⁷ Potter (1996) käyttää termiä Externalizing device.

Seuraavissa alaluvuissa olen analysoinut terveydenhuollon tehokkuuspuhetta näiden kahden näkökulman, kategorisoinnin ja etäännyttämisen kautta. Olen kursivoinut tekstinäytteissä ne tehosteet, joiden perusteella olen alun perin lukenut tekstikohdat faktuaalisiksi ja valinnut ne analyysin kohteeksi. Ne sisältävät ehdottomuutta ilmaisevia sanoja ja sanapareja sekä ääri-ilmaisuja ja muita faktuaaliseen kuvaukseen suoraan liittyviä ilmaisuja. Toisaalta jotkut ensilukemalta ehdollisilta vaikuttavat kohdat olen tarkemman luennan jälkeen huomannut faktuaalistaviksi ja ottanut mukaan analyysiin. Usein vasta lausekonteksti paljastaa puheen retorisen luonteen.

6.2 Tehokkuusdiskurssit

Tehokkuuteen liittyvistä ilmiöistä, kuten hoitajaksojen lyhentymisestä, niukoista resursseista ja priorisoinnista, on tullut terveydenhuollon kentällä uudenlainen keino oman position oikeuttamiseen tai abbottlaisittain valtuutuksen (*jurisdiction*) hankkimiseen (vrt. luku 4.2.2). Kilpailu todellisuuden ”oikeasta” versiosta aktuaalistui lamatunnelmissa, mutta se ilmenee myös laman jälkeisessä puheessa. Tästä kertoo osaltaan keskustelu hoitajien kouluttamisesta lääkäreiksi ja työn uudentlaisesta jakamisesta hoitajien ja lääkärien kesken. Oletukseni kuitenkin on, että kilpailua ei käydä pelkästään muodollisella tasolla, kuten poliittisessa keskustelussa ja hallinnon päätöksenteossa, vaan myös jokapäiväisessä toiminnassa kuten työpaikoilla.

Olen tulkinnut kaksi ensimmäistä diskurssia (5.2.1 ja 5.2.2) eräänlaisiksi position rakentamisen diskursseiksi. Vasta kolmas diskurssi on varsinainen tehokkuusdiskurssi, jonka kantavana ajatuksena on eräänlainen kriittisyyden korostaminen. Sanalla ”kriittisyys” on tässä tapauksessa kaksoismerkitys – puheessa tuodaan esiin paitsi se, kuinka tiukoilla terveydenhuollossa todella ollaan (eräänlainen kriisidiskurssi), myös se, kuinka yksipuoliseksi tehokkuuden mittaaminen koetaan (kriittinen diskurssi). Neljäs diskurssi kuvaa mitä oikeastaan tapahtuu, kun tehokkuusvaatimukset kiristävät ammattien välistä kilpailua terveydenhuollon kentällä.

6.2.1 Asiantuntijat liukuhihnalla

Ensimmäisen aineistossa esiintyvän diskurssin olen siis hahmottanut eräänlaiseksi position rakentamisen diskurssiksi. Siinä lääkärit faktuaalistavat omaa asemaansa terveydenhuollon

asiantuntijoina ja ideaalityyppisenä vapaana professiona (vrt. luku 4.2.3). Diskurssi kohdistuu tulkintani mukaan ammatillisen työnjaon ja siihen liittyvän hierarkian oikeuttamiseen. Osa tätä oikeuttamista on oman lääketieteellisen tietämyksen asettaminen muun kuten kokemuksen kautta hankitun tiedon yläpuolelle. Positiota rakennetaan tekemällä ero ”meihin” ja ”muihin”.

OTE 1.

H: Suhtautuuko sairaalan johto eri henkilöstöryhmiin samalla tavalla?

V: Kyllä minun mielestäni. Kyllä se minun mielestäni suhtautuu, mutta *tietenkin* lääkärit on *aina* erikoisasemassa.

H: Miksi?

V: No mä luulen että sen *jokainen* kuitenkin ymmärtää että siinä on *viime kädessä*, että jos on jalka poikki ja halutaan että se kunnolla juoksee vielä joskus, tietenkin se on lääkärin ammattitaidosta kiinni, ja tuota kyllä siinä *tietenkin* jossakin ylilääkärin vaaleissa, se on niin kuin tärkeämpi kuin joku pesulan johtajan valinta. Että siinä mielessä lääkäri on *aina* enemmän suurennuslasin alla ja mutta tuota, sekä hyvässä että pahassa.

OTE 2.

(...) lääkäri on vähän itsepäinen, se tekee jotakin osittain joskus jopa omin luvuin, ja sitten huomataan että tähän olikin hyvä tempu.

OTE 3.

Mä näen että se *ainut* tapa että sä teet hyvin, hyvällä tasolla ja tehokkaasti työtäs on se, että kun nyt puhutaan asiantuntijahenkilöistä kuitenkin on se, että hän pystyy, hänellä on suuri valta itse suunnitella ja kehittää sitä toimintaa. Että sen *pitää* olla hyvin joustava.

Ensimmäinen ja aineistossa yleisimmin esiintyvä retorinen faktuaalistamisen keino on kategorisointi. Kaikissa yllä olevissa otteissa (1., 2. ja 3.) puhuu lääkäri, ja kategorisoinnilla faktuaalistetaan tässä tapauksessa juuri omaa ammatillista positiota. Gordon Allportin klassisista ennakkoluuloja käsittelevistä tutkimuksista lähtien kategorisoinnin on ajateltu olevan luontainen tapa rakentaa stereotyyppioita muista. Michael Billig kuitenkin esittää, että kategorisointi on yksi kielen ominaispiirteistä, joka muokkaa arkipäivän ajattelua. Kategorisointia ei hänen mukaan ole koskaan olemassa ilman yksilöllistämistä: esimerkiksi ”mustalaiset ovat yleensä rettelöitsijöitä, mutta ne naapurissa asuvat mustalaiset ovat kyllä aivan kunnollisia”. Ihmiset eivät siis ole tämän näkemyksen mukaan tuomittuja havaitsemaan stereotyyppisesti ja kategorisesti. (Salonen 2001, 310-311.)

Kategorisointi voidaan nähdä paitsi ”muiden” kategorisoimisena, myös osana oman position rakentamista, sillä rakennetaan ”meitä” - esimerkiksi ilmaisu ”lääkärit ovat itsepäisiä” otteessa 2. voidaan nähdä sellaisena. Kategorioiden rakentaminen koskee kaikkea

argumentaatiota, sillä niitä luodaan koko ajan puhuessamme asioista, tapahtumista tai ihmisistä. Kategorioiden rakentumista voidaan lähestyä useasta näkökulmasta (Jokinen 1999, 129-130), voidaan esimerkiksi tarkastella sitä, kuinka tiettyjä kategorioita synnytetään sekä toisaalta niiden sosiaalisesti tuotettua alkuperää. Toiseksi voidaan keskittyä niiden sisältöihin ja rajoihin, jolloin kategorioiden häilyvyys ja sopimuksenvaraisuus tulee näkyväksi. Kolmas ulottuvuus on kategorioiden tilanteinen käyttö. Kun asioita kategorisoidaan, palvelevat erilaiset kategoriat erilaisia funktioita, kuten oikeuttamista tai kritisoimista. Niiden täsmentäminen ja jakaminen erilaisiin osakategorioihin voi myös palvella erilaisia funktioita.

Edellä olevissa otteissa herätetään henkiin kategoria itsenäisistä ja joskus jopa ”vähän itsepäisistä” asiantuntijalääkäreistä, joilla on eräänlainen avainhenkilön asema organisaatiossa: ”jos on jalka poikki” ja ”halutaan että se [potilas AP] juoksee vielä joskus” tarvitaan lääkäriä, ei niinkään pesulan johtajaa. Itsenäisyys ja joustavuus ovat ”ainut tapa”, jolla tehokkaaseen ja laadukkaaseen hoitoon lääkärin työssä päästään. Kategorisointia vahvistaa yleisesti tiedettyyn ”faktaan” vetoaminen - ”jokainen kuitenkin ymmärtää” kyseisen asiantilan (Ote 1).

Puhujaan liittyviin kategorioilla voidaan oikeuttaa tietynlainen tieto ja tietynlainen tietämys. Arvostetusta kategoriasta käsin tuotettu puhe saa helpommin vakuuttavan puheen statuksen kuin vähemmän arvostetusta käsin tuotettu puhe, usein puheen sisällöstä riippumatta. Retorisesti mielenkiintoista on, mikä kategoria milloinkin herätetään henkiin, ja miten sitä kussakin tilanteessa käytetään. Tässä tapauksessa korostetaan asiantuntijuutta ja itsenäisyyttä: ”kun nyt puhutaan asiantuntijahenkilöistä kuitenkin (...), että hän pystyy, hänellä on suuri valta itse suunnitella ja kehittää sitä toimintaa“. Puhujakategoriasta voi päätellä jotain myös yleisösuhteesta – se, kuinka argumentin esittäjä kategorisoi itseään, kertoo jotain siitä yleisöstä, jota hän pyrkii puhuttelemaan (Jokinen 1999, 141-143; 135). Tässä tapauksessa voidaan tehdä johtopäätös, että lääkäri puhuu lähes veroiselleen, akateemiselle tutkijalle.

Koko organisaation tasolla puhe faktuaalistaa ihannetta, jota Freidson on kuvannut professionaalisten markkinoiden käsitteellä (vrt. luku 4.2.2). Oman alansa asiantuntijat, professionaalit, tekevät työtä omien kriteeriensä mukaan, pyrkimyksensä eräänlainen kollegiaalinen yhteisöllisyys. Lääketieteen koulutusinstituutiot sosiaalistavat nuoret lääkärit arvostamaan samantyyppistä organisoitumismallia, jota itsenäinen ammattiasema hallitsee.

Asiantuntijaorganisaation ja itseohjautuvuuden vastakohta olisi taas markkinaorientoinut (Freidson 1994) tai joiltain osin jopa tayloristinen malli, jota seuraava ote hyvin kuvaa.

OTE 4.

H: Oks tässä henkilöstön sitoutumisessa eroja? Eri henkilöstöryhmien välillä?

V: Sä tarkoitat ammattiryhmien? Joo mä luulen että jos se on heikoin, niin se on heikointa lääkärien kohdalla.

H: Minkä tähden lääkärien kohdalla?

V: Mä luulen että se johtuu siitä että joissakin organisaatioissa, niinku täs meidän sairaalassa ja ympäri Suomenkin, niin lääkärit eivät esimerkiksi saa järjestää omaa työaikaansa. Esimerkiksi ne on sidottu johonkin hyvin tiukkaan aikatauluun (...) sitte esimerkiksi huippukoulutetut ihmiset, niin niille lyödään lista eteen ja seurauksena on, että ne tuntee olevansa niin kuin liukuhihnalla. Sen sijaan, että itse määräisivät aikataulunsa ja valitsisivat potilaansa niin kuin privaattipuolella. Ne on ihan eri ihmisiä, kun ne menee sairaalasta privaattipuolelle, ja tää johtaa sit siihen, että he eivät ole sitoutuneet niihin potilaisiin.

Otteesta voidaan lukea toinen kategorisointi: puhutaan julkisen terveydenhuollon ”liukuhihnatyöstä”, joka ei korkeasti koulutetuille lääkäreille sovi ja toisaalta ”privaattipuolella” tapahtuvasta itsenäisestä työstä. Julkisen sektorin työ johtaa ongelmiin sitoutumisessa, koska omaa työtä ei voi samalla tavalla suunnitella kuin yksityisellä vastaanotolla, eikä sama potilas tule todennäköisesti vastaan toista kertaa. Lääkäriin koulutuksessa korostetaan vahvaa ammatillista itsenäisyyttä ja kykyä itsenäiseen ongelmanratkaisuun, ja nämä ammatilliset periaatteet tuntuvat sotivan julkisen sektorin tehokkuusvaatimuksia vastaan. Tehokkuus mitataan useimmiten suoritettujen toimenpiteiden lukumäärän mukaan, jolloin työ jollakin tapaa rutinoituu ja hoidon laadun arvioiminen jää vähemmälle huomiolle. Jako julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on erityisen kipeä ja jopa vaarallinen ilmiö nyt, kun julkisen sektorin terveydenhuolto näyttää olevan sekä rahoitus- että legitimaatiokriisissä.

OTE 5.

Mä en usko sellaseen tuottavuusohjailuun. Mutta siihen mä uskon, että sitä työtä tekevät ihmiset haluavat kehittää oman työnsä tekemistä, jolloin siihen tulee tää tehokkuus itsestään. Eihän me, tää työkykyarvioprosessikin, niin eihän me sitä varten tehty, että tuottavuus paranis, vaan me haluttiin tehdä mejän työ järkevämmin ja paremmin. Sit kun se oli tehty, niin me huomattiin, että hetkinen, tästähän tulikii tämmöstä ja tämmöstä hyötyä. Ett ne kustannukset tulee siitä, että joku sanoo jotain typerää, että säästä vaikka tuhat markkaa, ja sen seurauksena päätetään, että fuskataan näin ja tai pannaan tämmönen huonompi ruuvi sinne lonkkaan, ja sitten se potilas menee kotiin ja sitten hän ei pärjääkään kotona.

Otteessa lääkäri puhuu tuottavuusohjailusta ja faktuaalista omaa negatiivista suhtautumistaan yksityiskohdalla, ”tää työkykyarvioprosessikii”, jonka tarkoituksena oli lähinnä lääkärin työn kehittäminen, ei niinkään tuottavuuden kohottaminen. Toinen faktuaalisen kuvauksen rakentamisen keino otteessa on narratiivi koskien säästötoimenpiteiden ”typeryyttä”.

Narratiiveilla tarkoitetaan tässä työssä yksityiskohtauksia kuvauksia, jotka muodostavat jonkin tapahtumaketjun, ja saavat siten aikaan totuudenmukaisen vaikutelman asioiden kulusta (kts. esim. Jokinen 1999, 144; Potter 1996, 162). Narratiivisen kerronnan keinot ovat tuttuja kaunokirjallisuudesta, mutta tarinoita käytetään myös arkipäivän tilanteissa. Narratiivinen kuvaus toimii siten, että se ikään kuin siirtää vastuun kuulijalle. Kuulija tekee kuvauksesta omat johtopäätöksensä, täydentää puuttuvan palan sen tulkintakehyksen varassa, jonka puhuja kertomansa ”tarinan” puitteissa tarjoaa. (mt.)

Otteessa puhuja kertoo säästöjen vaikutuksesta käyttäen hyväkseen kertomusta siitä, mitä säästäminen väärässä paikassa saa aikaan, kun ”fuskataan” jossakin asiassa. Puhuja ei suoraan syytä sairaalan hallintoa, vaan käyttää persoonamuotoa ”joku”, mutta kuulijalle ei jää epäselväksi puhujan kanta. Näin puhuja välttyy joutumasta selontekovelvolliseksi argumentistaan, että tehokkuusvaatimukset johtavat joskus ”fuskaamiseen”. Narratiivit rakentavatkin tällaisessa tapauksessa kuvaa puhujasta, joka pitäytyy tosiasioissa, eikä syyllisty toisen osapuolen mustamaalaamiseen. (Jokinen 1999, 144-145.)

Ote 5. faktuaalista näkemystä, jonka mukaan yhteiskunnallisia säästöjä ei saada aikaan juustohöylä-leikkauksilla vaan vasta perustavanlaatuisella rakenteiden korjaamisella. Tuottavuus on ikään kuin sivutuote, johon päästään, kun työtä kehitetään ammattiryhmien omista lähtökohdista käsin. Samalla ote faktuaalista jälleen kuvaa asiantuntijoista tai avainhenkilöistä, jotka ovat ainoita henkilöitä, jotka kykenevät arvioimaan, miten tuottavuutta terveydenhuollossa voidaan lisätä.

Asiantuntijat liukuhihnalla –diskurssi ilmentää sitä professioiden kriisiä, jota professiotutkimus on mielestäni onnistuneesti kuvannut. Lääkärit ammattikuntana samaistuvat yhä oman professionsa julkiseen kuvaan, jota asiantuntijuus, itsenäisyys ja kollegiaalisuus leimaa, mutta yhteiskunnan muutokset ovat ikään kuin ajaneet professioiden ohi, professioiden ”kulttuurinen lumous” (Konttinen 1998, 41) on kaikonnut. Julkisen sektorin tehokkuusvaatimukset ovat osa tätä kehitystä, joka on murentamassa lääkärien vahvaa amatillista positiota. Tämä näkyy siinä, miten lääkärien työtä yhä enenevässä määrin arvioidaan: tehokkuus perustuu suoritettujen toimenpiteiden lukumäärään, ei niinkään potilastyytyväisyyteen tai poikkeuksellisen taitavaan hoitotyöhön.

6.2.2 Uhrautuvat hoitajat

Hoitohenkilökunta rakentaa puolestaan omaa ammatillista positiotaan eräänlaisen uhrautumisen diskurssin kautta, jota aineiston keräämisen ajankohta, lama-ajan läheisyys ehkä joiltakin osin kärjistää. Uhrautumista havainnollistetaan omilla kokemuksilla jatkuvasta ammatillisesta venymisestä ja stressistä sekä epäinhimillisestä kiireestä. Hoitotyö on aina ollut valtaosaltaan naisten käsissä ja se on sitä myös laman jälkeen. Tällä on varmasti vaikutuksensa ammatti-identiteettiin. Vaikka sodanjälkeinen ajattelu- ja puhetapa, ”kutsumukseen” ja naisten ”luontaisiin kykyihin” vetoaminen on jo vuosikymmeniä sitten korvautunut tavallisen palkkatyöläisen statuksella (Henriksson 1998), korostuvat sairaanhoitajien kvalifikaatiovaatimuksissa yhä sellaiset määreet kuten empaattisuus ja huolenpito (Pelttari 1997, 234).

OTE 6.

H: Sillon kun sä tulit tänne, niin muistat sä minkälainen paikka tää sairaala oli silloin kun tulit tänne alun alkaen?

V: Hyvin paljon erilainen kun nyt. Meidän työyksikössä oli vähemmän työntekijöitä kun on tänä päivänä, mutta työtahti silti tänä päivänä on kovempi kun silloin, kun mä oon tullu 15 vuotta sitten, johtuen siitä että silloin me saatiin *aina* sijaisia kun oli poissaoloja tai lomia. Nyt me *ei* saada *koskaan*. Että aina kun on joku pois ja käytännössä mejän yksikkö on noin 20 henkilöä niin siel on käytännössä *aina* joku pois, lomalla, sairaana, lasten takia. *Aina* on jonkun muun töitä tehtävänä, ett joudutaan kauheen paljon priorisoimaan.

Käsitystä koventuneesta työtahdista faktuaalistetaan esimerkillä omasta työyksiköstä ja sen tilanteesta. Ilmaisulla ”silloin me saatiin aina sijaisia” rakennetaan kuvaa ennen valinneesta käytännöstä, jossa terveydenhuollossa oltiin 1980-luvulla. Silloin palveluja vielä rakennettiin ja niitä laajennettiin vuosi vuodelta. Kontrastiparina edellä mainitulle tuo puhuja puheeseen nykyisen tilanteen: ”nyt ei saada koskaan” sijaisia, ”aina on joku pois” ja ”aina on jonkun muun töitä tehtävänä”. Kyseessä olevat ääri-ilmaisut (*aina*, *ei koskaan*) luovat vastaan-sanomattoman kuvan toiminnasta, joka on toistuva ja siten vakavasti otettava (Jokinen 1999, 151). Puhuja ei kuitenkaan avoimesti valita omaa osaansa, vaan kuittaa hankaluudet ilmauksella ”ett joudutaan kauheen paljon priorisoimaan”.

OTE 7.

(...) Mullon sellanen käsitys ett ihmiset kuitenkin hyväksy tämmöset suurimittaset leikkaukset, vaikka niistä pidettiin kovaa porua, mutta toisaalta niin minusta ne on ollu hyväksikin. Ett kyllähän täältä on otettu ne löysät pois.

H: Oliko sellasta?

V: Oli. Kyllä sitä oli. Ett sen, aluksi minäkin olin sitä niin vastaan ja varmaan *kaikki* oli, mutta nyt kun on muutama vuosi menny ja ollaan huomattu ett tästä selvitään hengissä ja vielä elämä jatkuu, niin

minusta se on ihan hyvä. Mutt vieläkin on semmosia, joitakin semmosia alueita missä ohjokset on liian kireellä, että voitais jo löysätä. Esimes tää sijaisten otto ja muu tällanen. (...) Ihmisillä tuli pelko työpaikoista. Ensimmäiseksi hävis tietysti sijaiset, *kaikki* sijaiset.

Otteessa näyttäytyy eräs etäännyttävän puheen muoto, tunnustuksellinen strategia. Se nousee aineistosta esiin useaan otteeseen puheena, jossa hieman arkaluontoisilta kuulostavia asioita tuodaan oma-aloitteisesti ilmi. Puhuja myöntää otteessa, että ”löysää”, siis ylimääräisiä resursseja oli todellakin olemassa ennen terveydenhuollon leikkauksia. Oletan, että kyseessä on retorinen keino, jolla haastateltava luo itsestään kuvaa rehellisenä ja luotettavana toimijana (esim. Jokinen 1999, 134). Kyse on myös kokemuksellisuudesta. Omaan kokemukseen perustuva argumentointi saa voimansa siitä, että sitä on vaikea kumota, sillä puhujan kokemukseen ei toisella osapuolella ole pääsyä. Toisaalta kuulijan on helpompaa samaistua puhujan kokemukseen, kun puhe on luonteeltaan tunnustuksellista; tunnustuksellista puhetta ei ole useinkaan tarpeen kyseenalaistaa. Puhuja siis myöntää, että terveydenhuollossa oli kasvukauden jäljiltä karsittavaa, ”löysää”. Ilmaisua ”varmaan kaikki oli” on osoitus puhujakategoriasta ja liittoutumisasteesta (Jokinen 1999, 135) - puhuja ei ollut ainoa, joka alkuun oli säästöjä vastaan, kukin omista lähtökohdistaan käsin. Siinä missä lääkärit olivat huolissaan lähinnä ehkä ansiokorotuksesta ja ammatillisista kehittymismahdollisuuksista, koettiin hoitohenkilökunnan keskuudessa pelkoa oman työpaikan säilymisestä. Sijaisuussuhteissa olleiden työntekijöiden työsopimuksia ei uusittu ja virkoja jätettiin säästösyistä täyttämättä. ”Varmaan kaikki oli” voisi siis tässä tapauksessa viitata koko henkilöstöön, jolloin ote rakentaa kuvaa laajasta alkuvaiheen konsensuksesta säästöjä vastaan.

Otteen tunnustuksellinen strategia tukee uhrautuvaa diskurssia, sillä se luo kuvaa rehellisestä ja avoimesta puhujasta. Puhuja rakentaa puheessaan narratiivin: aluksi olin säästöjä vastaan, sitten ymmärsin, että oli todellakin varaa kiristää jonkin verran. Nyt ollaan kuitenkin jo liian pitkällä, enää ei voida säästää. Narratiivilla puhuja rakentaa totuudenmukaista kuvaa tapahtumista ja niiden kulusta, tässä tapauksessa se näyttää faktuaalistavan lausahdusta ”kyllähän täältä on otettu ne löysät pois”.

OTE 8.

H: Mites kun työpäivä päättyy ja sä lähet kotia päin, niin minkälainen on päällimmäinen tunnelma tai tunne töistä lähtiessä?

V: Joskus vuosia sitte, mä alotan nyt sieltä, niin mä olen hyvin tyytyväinen siitä että mä olen päässy semmosesta tunteesta että mä en oo hallinnu sitä työpäivää. Se oli just semmoset ne karmet pari vuotta, jollon töitä tehtiin niin että tartuttiin siihen työhön mikä oli edessä. Että *aina* tuli uus tilanne ja taas uus tilanne, ja sit oli tunne että voi kauheeta, mä en tätäkään ehtiny tehdä. Eli väkee oli liian

vähän ja työtä liian paljon. Nyt on semmoinen tunne että ei mul oo mitenkään huono omatunto siitä että mä en oo tehny jotain tai multa on jääny jotain tekemättä. Mä voin hyvillä mielin sanoo työkaverille että jatka tästä, tää on mulla tekemättä.

Otteen alussa puhuja kuvaa uhrautuvaa asennetta työhön: ”töitä tehtiin nii ett tartuttiin siihen työhön mikä edessä oli”, ”aina tuli uus tilanne ja taas uus tilanne”. Puheesta saa kuvan tilanteesta, jossa ei *ehditty* miettiä silloisen tilanteen kestävämyyttä, kaikki tekivät töitä sen minkä ehtivät. Kyse oli eräänlaisesta organisaation puolesta uhrautumisena. Puhuja ei tee eroja ammattiryhmien välillä, vaan käyttää puheessaan passiivimuotoa ”töitä tehtiin niin että tartuttiin siihen työhön mikä oli edessä”. Puhuja kuvaa lama-aikaa ”karmeana parina vuotena”, mutta kertoo tilanteen rauhoittuneen, jolloin työtä voi jättää seuraavaan vuoroon. Toisaalta se, ettei töitä haluta jättää seuraavaan vuoroon tulevalle työkaverin harteille, rakentaa kuvaa solidaarisuudesta ja yhteisvastuullisuudesta. Samalla kenenkään ei kuitenkaan tarvitse uhrautua, töitä voi jättää muille jos tarve vaatii. Ehkä uhrautuva diskurssi alkaa pikkuhiljaa murtua, ja tilalle tulee puhetapa, joka korostaa hoitajien vastuullista asemaa moniammatillisen työtiimin jäsenenä.

6.2.3 Löysät pois, tehokkuutta tilalle

Aineistossa esiintyy vahva vastakkainasettelu perinteisen tehokkuuden ja toisaalta laadun mittaamisen välillä etenkin lääkärin puheessa. Tehokkuuden ja tuottavuuden käsite on tullut useaa eri tietä työelämästä käytyyn keskusteluun. Se ei ole mikään uusi idea, vaan tehokkuuden tavoite on liittynyt kaikkiin työn kehittämisoppeihin aina vuosisadan alun tieteellisen liikkeenjohdon liikeaikatutkimuksista lähtien. Selvä painotuksen muutos tapahtui kuitenkin 1980-luvun aikana, ja erityisesti 1990-luvulla kehittämistoiminnan voidaan katsoa liittyneen nimenomaan tuottavuuden ja tehokkuuden käsitteisiin – on siirrytty niin sanottujen korkeatuottoisten organisaatioiden aikaan. (Lehto 1996, 73-74.)

OTE 9.

(...) siellä se on myös meidän sairaalan heikkous, että näillä mittareilla mitattuna se on tehokas mutta onko se myös laadullisesti, kun se tekee tehokkuudessaan oikeita töitä. Niin kuin aikanaan Lawrence Peters sanoi, että silloin kun organisaatio ei tiedä päämääränsäkään, niin silloin se vaan lisää niitä resursseja. Se näyttää tehokkaalta, mutta kuitenkin se.. (naurahtaa)

Otteessa haastateltava käyttää kategorisointia, tehokkuus – hoidon laadullinen arviointi ja sen lisäksi muitakin retorisia keinoja faktuaalisen kuvauksen aikaansaamiseksi. Puhuja ironisoi mittaamisen rationaalisuuden ja sen validiuden: ”näillä mittareilla mitattuna se on tehokas mutta..”. Ironisointi on eräs hyökkäävän retoriikan muoto, jolla toisen osapuolen argumentti

voidaan kyseenalaistaa (Potter 1996, 112). Tässä tapauksessa ironisoinnin kohteena on siis tehokkuuden mittaaminen. Haastateltavan mukaan tehokkuutta voidaan mitata vain suoritteita ja hoitopäiviä laskemalla. Se ei kuitenkaan onnistu arvioimaan sitä, mihin lääkärin kunnianhimo oman professionsa jäsenenä varsinaisesti kohdistuu eli laadukkaaseen hoitoon.

Toisena retorisenä keinona otteessa voidaan nähdä suoran lainauksen käyttö, ”niin kun aikanaan Lawrence Peter sanoi.”. Sitaatti kertoo, millä puolella ollaan ja toisaalta sen, että argumentin esittäjä ei ole väitteineen yksin, vaan joku muukin näkee asian samalla tavalla (Potter 1996, 158-192). Tässä tapauksessa sitaatin käyttö viestii asiantuntemuksesta ja lukeneisuudesta, sitaatin sisältö taas vahvistaa haastateltavan omaa kriittistä positiota tehokkuuden mittaamiskäytäntöä kohtaan. Sitaatin käyttö tuo ilmi puhujan liittoutumisen asteen suhteessa esitettyyn väitteeseen. Se, että asiaa ei esitetä omissa nimissä vaan toimitaan eräänlaisena argumentin välittäjänä, on tapa tuottaa neutraaliutta ja välttää jopa mahdollinen vastuuseen joutuminen (mt., 142-145).

Seuraavissa kahdessa otteessa käytössä on jälleen tunnustuksellisen puheen strategia.

OTE 10.

(...) ja toinen yhtä tärkeä kysymys on ett miten näissä olosuhteissa turvataan meidän henkilökunnan jaksavuus. Se on *äärimmäisen tärkeä* kysymys, ihan, että mulla on tuore tutkimus, mä olen viime keskiviikkona osastonhoitajilta keränny lomakkeella tietoja tän hetken tilanteesta, ja kyllä heidän toisistaan tietämättä, siinä ei ollu ku tunti aikaa vastata mun lomakkeeseen ja lähettää se saman tien takaisin, heillä ei ollu mahollisuutta mitenkään kommunikoida keskenään. Niin hyvin, *kaikista* sairaaloista tuli samantapasta tietoa, ett me ollaan tiukoilla täällä eikä enää pystytä vastaamaan siitä ykkössairaalaan tasosta, mikä tavoitteena on.

OTE 11.

Kyllä mä luulen ett se (esimiesten väsyminen) on osittain tää, ett työvoimasta on pula, ja hirveitä paineita saada nyt tavallaan, mulla on ainaki sellanen olo ett potilaat nopeasti ulos sairaalasta. Ett se on hyvä kun potilas saadaan nopeasti ulos sairaalasta.

Puheesta saa kuvan rapistuvista terveyspalveluista, jotka eivät enää vastaa sitä tasoa, joka hyvinvointivaltion tavoitteena on ollut. Se ikään kuin herättää kuulijan kauhistelemaan, että tähänkö on tultu, voiko julkiseen terveydenhuoltoon enää luottaa, ja nostattaa samalla myötätuntoa terveydenhuollon alalla työskenteleviä kohtaan. Tunnustuksellinen strategia on retorisesti tehokas, sillä se vie huomion pois puheen faktuaalisuudesta, vaikka puhe sitä omalla tavallaan rakentaa. Ote sisältää myös muita retorisia keinoja, kuten jonkin kysymyksen (henkilöstön jaksavuus) korottaminen ”äärimmäisen tärkeäksi” (ote 10.). Myös tehtyyn

tutkimukseen viittaaminen ja sen validiuden puolesta argumentoiminen, ”heillä ei ollu mahdollisuutta kommunikoida keskenään” luo kuvaa tutkitusta faktasta eli liian niukoilla resursseilla varustetusta sairaanhoitopiiristä ja huonosti voivasta henkilöstöstä. Oteessa 11. fysioterapeutti kertoo omista näkemyksistään esimiesten taloudellisista paineista kotiuttaa potilaat mahdollisimman nopeasti. Puhuja ottaa käyttöön tunnustuksellisen puheen ilmaisulla ”mulla on ainaki sellanen olo”. Molemmat otteet (10. ja 11.) faktuaalistavat terveydenhuollon kriisitilaa ja henkilöstön paineita.

OTE 12.

Mä luulen että, ett vieläkin voidaan pikkusen jotenkii päällekkäisyyksiä saada pois tai käyttää atk-yhteyksiä tai priorisoida asioita tai jollakin tavalla edelleenkin, mutt että tuota, aika lähellä ollaan. Mitään semmosta löysää, tyhjää ei enää ole. Se on turha hakea juustohöylällä tai millään muulla kammalla täältä. Kyllä nyt ollaan täs miehityksessä ja näis tiloissa ihan kovilla (...)

Ote on edelleen tunnustuksellinen: on mahdollista, että vielä voidaan jotakin tehdä tehokkuuden parantamiseksi. Se antaa kuulijalle kuvan tilanteesta, jossa kaikkea ollaan valmiita yrittämään, vaikka ”tyhjää”, siis tehottomuutta, ei oikeastaan enää olekaan - ”juustohöylä” taas kuuluu olennaisesti 1990-luvun lama-ajan säästöretoriikkaan. Ote on luonteeltaan puolustelevala, sillä se torjuu jo ennakolta kritiikin tuhlailevasta julkisesta terveydenhuollosta.

Seuraavassa oteessa haastattelija luo kysymyksellään faktuaalisen kuvauksen terveydenhuollon nykyisestä tilanteesta. Haastateltava hyväksyy kuvauksen ja vahvistaa sitä esimerkillä. Kyseessä on haastattelutilanteelle tyypillinen vuorovaikutuksellinen ilmiö; tilanne, jossa rakennetaan yhteisymmärrystä kyseessä olevasta ilmiöstä. Luonteeltaan ote on vahvasti toteava.

OTE 13.

H: Mites täs henkilöstössä, jotka tekee, lääkärit, hoitajat, muu tämmönen avustava henkilöstö, niin miten tää tilanne on näkyny heijän työssään? Tarkotan juuri tätä, että työ on lisääntyny, potilasmäärät kasvaneet, toisaalta määrärahat vähentyneet. Mitä se tarkoittaa hoitajan tai lääkärin tai tämmösen ktvläisen ihmisen?

V: Se tarkoittaa sitä, ett enemmän, työpanosta on nostettu just tässä näin, että enemmän tehdään vähemmällä väellä. Elikkä sä oot paljon tiukemmalla kyllä kun mitä aikasemmin. On pitäny ite kehittää keinoja millä tavalla esimes potilaan saat niin hyvin neuvottua, ett hän selviää kotona, hän on vähän aikaa täällä, ett millä tavalla sä saat ton potilaan hoidettua. Ja *totta kai* se on, joutunu ite puuttumaan niihin, tai siis *koko ajan* suunnitella sitä omaa työtään myöskin.

Haastateltava (sairaanhoitaja) rakentaa kuvauksen tilanteesta, jossa työntekijöiltä vaaditaan jatkuvasti enemmän, ja jossa entinen työn tekemisen taso tai tapa ei riitä, vaan omaa osaamista on kehitettävä jatkuvasti. Puhetta vahvistetaan ehdottomuutta ilmaisevalla sanaparilla ”totta kai” ja ääri-ilmaisulla ”koko ajan”. Samanlaisen jatkuvaa oppimista korostavan puhettavan on löytänyt myös Pelttari (1997) tutkiessaan sairaanhoitajien työn muutosta ja nykyisiä sekä tulevia kvalifikaatiovaatimuksia. Myös lääkärin ammatissa vaaditaan jatkuvaa tiedon päivittämistä ja uusien valmiuksien omaksumista. Kyse ei siis ole pelkästä lama-ajan kiireretoriikasta, vaan jatkuva ajan tasalla pysyminen omaan erikoisalaan liittyvissä kysymyksissä on yksi kyseessä olevien ammattien ominaispiirteestä. Yhdessä laman jälkeisen kiireen lisääntymisen kanssa se on kuitenkin asettanut terveydenhuollon ammattilaiset hyvin ahtaalle: ”sä oot paljon tiukemmalla kyllä kun mitä aikasemmin”.

Niin kutsuttu uinuva metafora ”työpanoksen nostaminen” nostaa kuvauksen yleisyystasoa ja luo samalla kuvaa tehokkaasta työorganisaatiosta. Metaforien käytöllä tarkoitetaan tässä sitä, että jokin asia on kuvattu käsitteillä, jotka eivät vastaa sen kirjaimellista määritelmää. Metaforalla rakennetaan etäännyttävää kuvausta, sillä se tekee uusia asioita ymmärrettäväksi liittämällä niihin merkityksiä jostakin aiemmin tutuksi tulleeksi asiasta – metaforat mobilisoivat kielellisiä resursseja aktivoitakseen tiettyjä merkityspotentiaaleja. Samalla metaforat paljastavat entuudestaan tutuista ilmiöistä uusia piirteitä. Niiden retorinen voima piilee siinä, että ne onnistuessaan luovat tehokkaasti halutun kaltaisia konnotaatioita ilman ilmiselvää argumentaatiota. (Jokinen 1999, 148-150.)

Otteessa 13. ilmaisu ”työpanoksen nostaminen” saa voimansa tutusta panos-tuotos – metaforasta. Se synnyttää mielikuvan mekaanisesta taloudellisesta faktasta, panoksesta, jonka nostaminen automaattisesta luo tehokkuutta. Potter (1996, 180) huomauttaa, että metaforien käyttö on usein tiedostamatonta mutta tehokasta. Tämän työn kohteena olevassa aineistossa esiintyvät ilmaukset ”ottaa löysät pois”, ”puristaa tehokkaaksi” ja ”ajaa kovilla kuormituksilla” ovat osa terveydenhuollon tehokkuusdiskurssia, jolla olemassa olevaa talousajattelua faktuaalistetaan. Samantyyppisiä mekanismi-metaforia on löytänyt Kenneth Harald tutkimuksessaan (1997), jossa hän on analysoinut sekä 1990-luvun että 1930-luvun valtiontaloutta koskevaa poliittista puhetta. Oman aikamme talous- ja yhteiskuntapoliittista keskustelua käydään hyvin abstraktilla tasolla ja se on vahvasti metaforisesti latautunutta.

OTE 14.

(...) hultvattomuuksiin resurssien suhteen *ei* ole *koskaan* edes päästy. Senkin jälkeen kun on sanotaanko, tällaista hyvinvoinnin huippuaikaa eletty, niin on järkevasti lähdetty arvioimaan toimintoja ja tehty supistuksia ja mietitty miten pienimmillä määrillä on selvitty. Meillähan olosuhteet on sellanen tekijä, jossa ei ihan huipputehokkuuteen päästä, koska meillä on tätä hajasijoitusta niin paljon. Meillä on vanhoja kiinteistöjä paljon, joissa ei myöskään huipputehokkuuteen päästä vaikka pyrittäisiinkin. Ei ole optimaalisia ratkaisuja rakenteellisesti.

Ote sisältää vahvaa talousretoriikkaa, puhujana on erikoissairaalan ylilääkäri. Kuvaus luo faktan talouskurista, jossa mihinkään ylimääräiseen ei ole rahaa käytetty, vaan suhdanteista riippumatta on pyritty vakaaseen taloudenpitoon. Olosuhteet ovat tässä otteessa se fakta, jolla toiminnan jonkinasteista vajaakäyntiä tai tehottomuutta selitetään. Samalla se sisältää tunnustuksellisen elementin, sillä puhuja myöntää, että äärimmäiseen tehokkuuteen ei tulla pääsemään, mutta vastuun siitä hän siirtää epäoptimaalisille olosuhteille. Mielenkiintoista on huomata, että johtavista lääkäreistä, jotka toki aiemminkin ovat olleet tietoisia budjettiraameista, on tulosjohtamisen aikakaudella pyritty tekemään paitsi lääketieteen, myös johtamisen ja terveystaloustieteen ammattilaisia. Voidaankin kysyä, ollaanko menossa kohti Freidsonin kuvaamaa tilannetta (vrt. luku 4.2.2), jossa terveydenhuollon järjestelmä siirtyy yhä selvemmin professionaalivetoiseksi. Vaikka kehitys jossain määrin tältä näyttäisi, jää silti epäselväksi, kenen säännöillä professionaalit sitten terveydenhuollon kentällä pelaisivat - omillaan vai taloustieteen.

Seuraavassa otteessa faktuaalistetaan ”raadollista totuutta”, johon on terveydenhuollon muuttuneen tilanteen johdosta tultu. Avohoidon suosiminen, henkilöstömenojen ja muiden kustannuksien reipas karsiminen ovat osa uutta politiikkaa, johon laman shokkihoidon jälkeen on jo lähes sopeuduttu.

OTE 15.

(...) No, mä olen tekemässä nyt tämmöstä tutkimusprojektia lonkkamurtumista, jossa kymmenen vuotta aikasemmin ne oli keskimäärin puolitoista kuukautta keskussairaалassa, nyt ne on keskimäärin kaks päivää, tai kolme päivää, niin onhan tässä suuri muutos. *Joka kerta* kun potilas tulee sisään sairaalaan niin se pitää lääkärin tutkia ja diagnosoida ja sit se leikataan ja sit se pannaan pois. Ja nyt kun tää muuttuu puolestatoista kuukaudesta kolmeksi päiväksi, niin sä voit kuvitella, että per sänky *pitää* olla enemmän lääkäreitä, vähemmän perushoitajia. Kyllä *pitää* olla enemmän myös niitä leikkaussalihoitajia. Mut tää on mun mielestä ihan se *raadollinen totuus*, ja tähän suuntaan ollaan menossa.

Otteessa on kyseessä sekä totuutta tuottava strategia (”joka kerta kun potilas tulee sisään”, ”per sänky pitää olla enemmän lääkäreitä”, ”raadollinen totuus”) että kvantifioiva strategia (”tää muuttu puolestatoista kuukaudesta kolmeksi päiväksi”). Tosiasiapuheessa ”faktat” usein

puhuvat eli asiat saadaan näyttämään puhujasta ja tulkinnoista riippumattomilta tosiasioilta (Potter 1996, 150-158). Siinä toimijoiden rooli ja vastuu asioiden kulusta ikään kuin syrjäytyy – asiat tapahtuvat kuin itsestään ilman toimijoita ja heidän vaikutustaan. Toimija vain toteaa tapahtuneen ja hyväksyy tosiasiat. Tosiasiastrategia voi ilmetä esimerkiksi vaihtoehtottomuutena (Juhila 1993, 163-167), jossa kuulijoita vakuutetaan siitä, että asiat on mahdollista ja järkevää hoitaa ja ratkaista vain yhdellä tavalla. Tietyistä tapahtumista seuraa itsestään selvästi määrättyjä asioita.

Haastateltava kertoo tekemästään tutkimuksesta koskien lonkkamurtumia, joiden hoito kymmenen vuotta aikaisemmin kesti keskimäärin puolitoista kuukautta, nyt hoito annetaan kahdessa, kolmessa päivässä. Kaikki käytetyt faktuaalisen kuvauksen rakentamisen keinot pyrkivät samaan: haastateltavan puhe rakentaa vaihtoehtottoman kuvan todellisuudesta, jolla on vain yksi suunta. Hoitoaikojen lyhentyessä hoivan tarve vähenee, joten lääkäreitä ja leikkaussalihenkilökuntaa tarvitaan yhä enemmän ja perushoitajia taas vastaavasti jatkuvasti vähemmän. Puhujakategorian mukaan ottaminen puheeseen eli se, että puhuja, lääkäri, on henkilökohtaisesti ollut mukana tapahtumassa, ”mä olen tekemässä nyt tämmöstä tutkimusprojektia”, luo selonteolle uskottavuutta.

Määrällistäminen on tässä tapauksessa tehokas keino faktuaalista toiminnan tehostumista, ja se onkin huomattavasti tehokkaampi tapa kuin esimerkiksi todeta yksinkertaisesti, että ”hoitoajat ovat lyhentyneet”. Hoitoaikojen lyhentymiset johtuvat avohoidon suosimisesta, eikä niinkään aina varsinaisesta hoidon kehittymisestä tai muista edistysaskelista. Tätä muutosta on kutsuttu sairaanhoidon tehostumiseksi, mutta Lehdon ja Blomsterin (2000, 169-170) mukaan se ilmentää pikemminkin sairaanhoidon tuoterakenteen muutosta. Tämä rakennemuutos oli alkanut jo ennen lamaa, mutta erityisesti sitä alettiin suosia lamatunnelmissa. Useiden tutkijoiden mukaan (esim. emt.; ks. myös Julkunen 2000) edellä mainittu rationalisointi on osa uusliberalistista politiikkaa, ei mikään itsestään selvä tai luonnollinen suunta. Rationalisoinnilla on myös seurauksensa. Kun hoitoajat lyhenevät, vähenee myös hoitohenkilökunnan tarve.

OTE 16.

(...) tää on Suomen kallein diagnoosi, aivoverenkiertohäiriö. Se on yli neljä miljardia markkaa vuosi, sen sairauden hinta. Siinä pienetkin edistysaskeleet tarkoittaa satojen miljoonien säästöjä. Puhumattakaan sit näistä inhimillistä seikoista. Ei me pelkästään säästä, säästötavoitteissa liikuta vaan hyvän hoidon ja inhimillisen kohtelun tavoitteissa.

Aineistossa esiintyvä määrällistäminen kohdistuu odotetusti lähinnä terveydenhuollon kustannuksiin. On retorisesti mielenkiintoista, että haastateltava kvantifioi otteen alussa sairauden ja antaa sille hinnan. Yleensä puheessa on totuttu tekemään ”eettinen” ero terveyden ja rahan välille, ja terveydelle varotaan antamasta hintaa. Lamavuosina alettiin kuitenkin puhua priorisoinnista, ja jotta toimenpiteiden arvioinnille saataisiin pohjaa, alettiin sairauksille laskea hinta niiden vaatimien toimenpiteiden ja keskimääräisten hoitoaikojen mukaan (vrt. Rintala 2000). Otteessa puhuja kuitenkin lieventää kvantifiointiaan viittaamalla ”hyvään hoitoon ja inhimilliseen kohteluun”. Aiemmassa puheessaan haastateltava, ylilääkäri, kertoo hoidon porrastuksesta ja oman organisaationsa tavoitteista. Aivoverenkiertohäiriöt ovat yksi suurista ja tärkeistä sairausryhmistä, jonka hoitoa on pyritty tehostamaan keskittämällä hoito muutamiin erikoissairaaloihin. Kvantifioinnin funktio tässä tapauksessa liittyynee terveydenhuollon priorisoinnin pakkoon – kaikille ei voida antaa kaikkea sitä hoitoa, mikä teknisesti olisi mahdollista. Kvantifioinnilla perustellaan tätä ”tosiasiaa”. Joidenkin sairauksien hoidon kustannukset ovat kerta kaikkiaan liian suuret, jotta niitä kannattaisi jokaisessa erikoissairaalassa hoitaa, vaan on pyrittävä työnjakoon erikoissairaaloiden kesken.

OTE 17.

H: Kerroit että kunnat suorittavat tuottavuuden arviointia, että niillä on omia mittareita ja tunnuslukuja. Miten työtä ja työn tuloksellisuutta arvioidaan sairaalan sisällä?

V: Arvioi nimenomaan näiden tehokkuusmittareiden, sehän on ollu sellanen vanha tapa, joka on helpoin tapa ja sitä tehdään *koko ajan*. Sitä *tietenkin* seurataan kuukausittain, varsinkin tänä päivänä, kun tulos riippuu siitä kuinka monta hoitajaksoa on hoidettu ja niin pois päin, mutta sehän mittaa vain yhden osan. Niitä tehokkuusmittareita, jotka olis laadullisia, niin sellaisia ei juurikaan paljon käytetä, eikä käytetä Keski-Suomen keskussairaalassakaan. (...) tietääköhän Antero Palmun porukka mikä heidän leikkaustensa eloonjäämistodennäköisyys on. Sellaisenhan pitäisi itse asiassa *jokaisen* sairaalan tietää. Me ei tiedetä sitä ja epäilen vaan, että Antero Palmukaan ei tiedä. Vaikka Keski-Suomen keskussairaala on erityisen hyvä sairaala.

Otteessa ylilääkäri kertoo tehokkuuden mittaamisesta⁸ ja käyttää yksityiskohtana toista sairaalaa ja sen mittaamistapoja. Puhuja faktuaalista mittaamisen puutteellisuutta, etenkin lausahdus ”sellaisenhan pitäisi jokaisen sairaalan tietää” konstruoi mittaamisen konventiot puutteellisiksi. Tehokkuutta mitataan terveydenhuollossa yleensä juuri otteessa kuvatulla tavalla, hoitajaksoja laskemalla. On myös kehitetty keinoja arvioida hoidon laadullista puolta, esimerkiksi vertaisauditoinnin avulla (vrt. myös vertaisarviointi luku 2.4). Siinä esimerkiksi kolme sairaalaa toimii yhteistyössä siten, että kaksi sairaalaa arvioi erikoisaloittain kolmannen toimintaa. Vertaisauditoinnissa tarkastellaan henkilökuntamitoitusta, erilaisia laitteita ja niiden toimivuutta, tilat, välineet, toimintatapoja, jonoja, leikkausten määriä, tuloksia ja niin

edelleen. Tarkastelun perusteella tehdään esitys ja muistio parannusehdotuksista. Oletan, että kyse on paitsi lääkäreiden samastumisesta pikemminkin laatu- kuin tulosajatteluun myös eräänlaisesta ammatillisen kontrollin ja kollegiaalisuuden muodosta.

6.2.4 Kenttien jännite

Kaikilla terveydenhuollossa toimivilla ammattiryhmillä lienee sama päämäärä, ihmisen hyvän edistäminen. Silti voidaan sanoa, että ihmisen hyvää tarkastellaan hieman eri näkökulmista, kun kyseessä ovat toisaalta lääkäri, toisaalta sairaanhoitaja. Tämä näkökulmien eriytyminen on tapahtunut ammattiin kouluttautumisvaiheessa ja se kulminoituu hoito- ja lääketieteen eroissa. Erot ovat ongelmissa, joita pyritään ratkaisemaan sekä tavoissa, joilla ongelmat ratkaistaan. Lääketieteellä ja sen edustamalla asiantuntijuudella lienee oma vankkumaton asemansa terveydenhuollon tehokkuusvaatimustenkin aikakaudella, ja toisaalta eettisiä näkökohtia potilaiden hoidossa on vaikea hallinnollisilla määräyksillä ohittaa. Myös sairaanhoidon koulutusta on uudistettu ja hoitotyötä on pyritty tieteellistämään hoitotiedettä kehittämällä jo vuosikymmeniä, Suomessa tosin varsinaisesti vasta 1980-luvulta lähtien (vrt. luku 5.2). Silti hoiva näyttää jäävän alakynteen, kun vastassa ovat tehokkuusvaatimukset. Kilpailu terveydenhuollon ammattikuntien sisäisestä ja välisestä työtehtävien valtuutuksesta sekä todellisuuden ”oikeasta” laidasta on siten kiristynyt ainakin tämän työn kohteena olevan aineiston valossa.

OTE 18.

Siinä on sellanen ideologinen lääkäreitten kanssa. Lääkärit *ei* oo nähneet tätä hoitotiedettä tieteenalana oikeastaan *ollenkaan*. Ja sieltä on tullut tämmönen ristiriita. Semmosta törmäyskursssia *tulee väkisinkin* tän hoitotieteen ja lääketieteen puolen edustajien näkemysten kanssa. Vaikka ei niitä sillain voi erottaa toisistaan, kun toinen täydentää toista. Lääkärikunta *ei* oo nähny sitä sillain. Nää vanhat *ei* oo nähny sitä sillain. Nuorethan on *ihan toinen juttu*, mutta nää vanhat parrat on asia erikseen.

Sairaanhoitaja nimeää tilanteen ”ideologiseksi ristiriidaksi”. Hoitotieteen näkökulma potilaan asemaan on hieman erilainen kuin lääketieteen. Hoitotieteen ideaalina on potilaan yksilöllisyyden korostaminen, kun taas lääkäreitä on kritisoitu niin sanotusta mekaanisesta tai naturalistisesta ihmiskuvasta (Alanen 1995). ”Lääkärit” viittaa otteessa ensin koko lääkärikuntaan ja heidän nihkeään suhtautumiseensa hoitotietedettä kohtaan, mutta otteen loppupuolella haastateltava tarkentaa kategorisointinsa koskemaan ”vanhoja partoja”. Tunnettua on, että vielä viime vuosikymmeninä lääkäreiden, etenkin ylilääkäreiden ja

⁸ Terveydenhuollossa on omaksuttu tapa puhua pikemminkin tehokkuuden mittaamisesta kuin tuottavuudesta.

hoitohenkilökunnan välillä vallitsi vahva hierarkia. Aineistossa useat hoitajat muistelivat aikoja, jolloin kahvit juotiin eri huoneissa, eikä sinuttelu tullut kysymykseenkään. Sittemmin muodollisuus on vähentynyt, ja työtä on alettu organisoida moniammatillisten tiimien tapaan. Hoitopäivien ja hoivan sijasta tuotetaan siis entistä enemmän avohoitokäyntejä, tutkimuksia ja hoitosuoritteita. Samalla paine henkilökunnan rakenteen muutokseen eli hoitohenkilökunnan vähentämiseen ja lääkärikunnan määrän kasvattamiseen on kasvanut. Seuraava ote faktuaalista eräänlaista hoitohenkilö- ja lääkärikunnan välistä kuilua, joka terveydenhuollon muutosten johdosta on ainakin diskurssin tasolla kasvanut.

OTE 19.

H: Millaisia ovat viimeiset ristiriidat eri ammattiryhmien, osastojen tai hierarkkisten tasojen välillä? Muistuuks sellaisia mieleen?

V: Ei varsinaisia ristiriitoja, mutta että siinä on just tästä hoitajien make upista ja niin edelleen ja että ne haluaa tehdä itsensä tärkeäksi, on se, että mitä tahansa tapahtuu, niin kyllä siellä pitää olla yhden ylihoitajankin, taikka sellaisia kommentteja tulee. Ei siitä yleensä mitään haittakaan ole, mutta siinä on sellanen, että ei se sen homman kannalta ole niin kauhean tärkeä asia, siinä on sellanen näennäistärkeys, joka joskus vähän naurattaa, mutta tuota se *tietenkin* kuuluu tällaseen.

Otteessa haastateltava, (mies)lääkäri, puhuu hoitajien ”make upista” ja näkee hoitohenkilökunnan halun olla mukana monissa sairaalaorganisaatiota koskevissa kysymyksissä ja päätöksenteossa ”näennäistärkeäksi”. ”Make upin” voisi olettaa viittaavan feminiiniseen turhamaisuuteen, ”joka joskus vähän naurattaa”. Tässä yhteydessä on ehkä tarpeen palauttaa mieleen se seikka, että valtaosa hoitohenkilökunnasta on edelleen naisia. Lääkäriin ammatti taas on niin sanottu tasa-ammatti, noin 48 prosenttia lääkäreistä on naisia. Retorisesti katsottuna haastateltavan puhe ja käytetyt retoriset keinot ovat luonteeltaan hyökkääviä, ja ne ovat pikemminkin murentamassa vastapuolen uskottavuutta kuin rakentamassa omaa faktuaalista kantaa.

Otteessa rakennetaan omaa positiota terveydenhuollon kentällä suhteessa toiseen ammattikuntaan, ”mitä tahansa tapahtuu niin kyllä siellä pitää olla yhden ylihoitajankin”. Tulkitsen lausahduksen siten, että kyseessä on bourdieulaisittain kilpailu, jossa eri ammattiryhmät pyrkivät rakentamaan todellisuutta, joka takaa niille ammatillisen monopoliaseman. Monopoliasemassa olevan ryhmän on puolestaan mahdollista määrittellä asioiden ”oikea” laita. Oikea laita tässä tapauksessa voisi olla vaikkapa sen määrittely, mitkä työt ovat tärkeitä ja mihin suuntaan työtä olisi kehitettävä, eli jatketaanko organisaatiossa entisellä mallilla vai otetaanko mallia vaikkapa yksityisestä sektorista.

OTE 20.

H: Onks mitään tällasta, että kun kerroit että sairaalaan kuuluu tietty byrokraattisuus, puhutaan sairaaloista että lääkärien ja hoitajien välillä on tiettyä kisailua?

V: Kyllä se näkyy jokapäiväisessä sairaalatyössä ihan selvästi. Mutta se ei ole sinänsä vaarallista, mutta tietyllä tapaa tällanen, että tässä sairaalassa on arvosteltu sitä, että meillä on monia ylihoitajia, sielläkin on taas osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia. Siinäkin hommassa vähemmällä pärjättäis. Mutta siinä on just tää tällanen, joka niin kuin tavallaan tulee vähän kalliiks, mutta esimerkiksi joku Mehiläinen pärjää paljon vähemmällä.

Otteessa verrataan omaa organisaatiota yksityisen puolen sairaalaan ja rakennetaan kuvaa byrokraattisesta, tehottomasta julkisesta sektorista ja tehokkaasta yksityissektorista; Mehiläinen on helsinkiläinen yksityissairaala. Kohta ”tässä sairaalassa on arvosteltu” rakentaa kuvaa konsensuksesta; siitä että puhuja ei ole mielipiteineen yksin. Samalla puheessa etäännytetään itsestä mielipide, joka argumentin takana on: hoitajien määrää voitaisiin hyvin vähentää ja byrokratiaa lieventää ilman sen suurempia seuraamuksia. Eli kun yksityisen sektorin organisaatio selviää ilman apulaisosastonhoitajia, selvittää julkisellakin sektorilla varmasti vähemmällä työvoimalla ja keveämmällä organisaatorakenteella.

Seuraavissa otteissa sairaanhoitajat kertovat suhteestaan muuttuvaan työhön ja työn kehittämiseen.

OTE 21.

H: Minkä tyyppisiä eroja siinä [eri ammattiryhmien sitoutumisessa, AP] sitten on?

V: No, onhan tietysti, mä oon joskus töissä sanonu, että sillon kun me ruvettiin puuhaamaan tätä, ett meidän *täytyy* nyt saada jotain järkee tähän hoitotyöhön, että tän *pitää* olla suunnitelmallisempaa ja jär, siis semmosta, sillä tavalla suunniteltua, ett se meidän työaika ja työresurssit jakautus niin, ett se ois *jokaisen* potilaan hyväksi. Enemmän potilaan hyväksi kun jonkun muun. (...)

OTE 22.

(...) ainakin oma ajatteluni on vuosien mittaan kehittynyt siihen suuntaan, että usein joutuu joistakin henkilökohtaisista ajatuksista, toimintatavoista, malleista luopumaan sen takia että kokonaisuus sujuu paremmin. Ja se on sen kehittämisen lähtökohta. *Koko ajan* pidetään se potilas ja hänen hoitamisensa muistissa, niin ne ei oo välttämättä aina yksittäisen työntekijän etujen kanssa sopuoinnussa.

Otteissa esiintyy jälleen eräs uhrautuvan diskurssin muoto (vrt. luku 5.2.2), jota en lääkärien puheesta löytänyt. Hoitajat korostavat potilaan keskeistä asemaa työn kehittämisen perustana, ei niinkään tehokkuuden palvelemista, omaa asemaa tai ammatillista kunnianhimoa, kuten asia usein ilmaistiin lääkäreiden vastaavassa puheessa (vrt. asiantuntijat liukuhihnalla - diskurssi). Ote faktuaalista hoitajapositiota, jossa ollaan valmiita venymään ja muuttamaan tapaa, jolla työ tehdään, jotta hoito sujuisi potilaan kannalta kitkatta. Haastateltava kertoo otteessa 21., miten hoitotyötä ”ruvettiin” suunnitelmallistaa ja järkeistää. Puhuja korostaa, että

pyrkimys on ohjata resursseja pikemminkin potilaan hyväksi kuin esimerkiksi oman ammattikunnan eduksi tai edes tehokkuuden aikaansaamiseksi. Sama uhrautuva diskurssi toistuu jälkimmäisessä otteessa. Vaikka retorisen diskurssianalyysin pyrkimyksenä ei ole arvioida sitä, mihin faktuaalisella kuvauksella tosiasiaa pyritään, on houkuttelevaa tehdä selonteosta joitakin johtopäätöksiä. Voitaisiin ajatella, että hoitotyön oma-aloitteinen kehittäminen on eräs professionaalisen kilvoittelun muoto, jolla sairaanhoitajat pyrkivät tekemään eroa ala- ja yläpuolen ammattiryhmiin. Kenties kokeneet hoitajat haluavat horjuttaa professioiden välistä työnjakoa ja korvata sen organisaation sisäisellä työnjaolla (vrt. Abbott 1988). Tällöin kuilu lääkärin ja ammattitaitoisten hoitajien välillä kapenisi ja ehkä myös hoitohenkilökunnan tarve ei olisi samalla tavalla vaakalaudalla kuin se nyt näyttää olevan. ”Suunnitelmallisuus” otteessa 21. saattaisi siten heijastaa näkemystä siitä, että hoitoa tieteellistämällä päästäisiin pois semiprofessionaaliseen asemasta lähemmäs professionaalista työnkuvaa.

Mikä osuus on sitten eettisillä tekijöillä tehokkuuden aikakaudella? Eettisillä tekijöillä omaa positiota faktuaalistettiin vain lääkärin puheessa. Seuraavassa otteessa lääkäri kuvaa rajallisten resurssien ja eettisten velvoitteiden suhdetta toisiinsa.

OTE 23.

Siitä on aika paljon keskusteltu, mutta mun mielestä meidän talossa ollaan kuitenkin, myös organisaatiotasolla pantu ne eettiset syyt *ykköseksi*. Ett mä tarkotan sitä että jos Helsingissä keskustellaan siitä, että saako syöpäpotilaalle antaa kallista syöpälääkettä, uutta, kun se on niin kallista, jos sä oot lehdistä luku, niin ei semmosesta täällä keskustella. Tai jos puhutaan, että budjetissa on näin ja näin paljon rahaa potilaiden hoitamiseen, jos sulla sitten se budjetin kohta loppuu kesken vuotta, ja sun pitää kuitenkin potilaat leikata (...) niin ollaan koettu, että siinä on paineita, mutta sit kun se käytännön tilanne tulee, sun pitää tehdä potilaskohtainen päätös, niin se päätös on kyllä tehty voimassa olevan hoitokäytännön ja eettisten periaatteiden mukaan, eikä sen mukaan mitä budjetissa on ollut.

OTE 24.

Ei yksikään lääkäri saanu siitä mitään, ett ei organisaatio ole rangaissut häntä siitä, että hän on lääkärinä tehnyt päätöksen.

Puheessa rakennetaan kategoria ”eettisistä syistä”, jotka on ”pantu ykköseksi” ja ”potilas-kohtaisesta päätöksestä”, jotka ohittavat budjettiseurannan ja sallivat määrärahojen ylitykset. Vaikuttaa siltä, että eettiset periaatteet ovat vahvasti sisäistetty terveydenhuollon työntekijöiden positiossa. Tämä näkyy aineistossa eräänlainen automaattisena eettisenä positiona, joka oikeuttaa tehokkuusvaatimusten huomiotta jättämisen. Eettistä positiota ei oikeastaan ole edes tarpeen faktuaalista. Olennaista on, että vaikka ainakin lääkärin ja

johtavien hoitajien keskuudessa ollaan tietoisia vallitsevista budjettiraameista, eettiset syyt oikeuttavat budjetin ylittämisen, esimerkiksi kalliiksi tiedettyjen syöpälääkkeiden määräämisen. Miksi sitten vain lääkärit puhuvat eettisistä syistä? Ehkä eräs syy on se, että lääkärin koulutuksessa eettisyyttä korostetaan vahvemmin ja siitä puhutaan eksplisiittisemmin, kun taas hoitotiede tukeutuu eräänlaiseen sisäänrakennettuun uskoon hoitotyötä ohjaavasta moraalista (vrt. luku 5.3).

Retorisesti kiinnostavaa on myös se, mistä aineistossa *ei* puhuta. Oletukseni aivan alussa oli, että sukupuoli nousisi jotenkin aineistossa esiin, ja että sukupuoleen liittyvillä tekijöillä rakennettaisiin jotakin tietyyntyyppistä positiota. Aineistossa ei kuitenkaan ollut yhtään suoraa viittausta sukupuoleen, ja epäsuorat viittauksetkin olivat hyvin harvinaisia. Vain puheen ”hoitajien make-upista” (ote 19.) voisi olettaa kuuluvan selvästi sukupuolittuneeseen puheeseen. Silti oletan esimerkiksi Kinnusen ja Korvajärven (1996) mukaisesti, että terveydenhuollon suhteet ja käytännöt ovat vahvasti sukupuolittuneet. Sukupuolistavat ammattikäytännöt perustuvat oletuksiin naisten ja miesten välisistä eroista. Miehet ja miesten työt, ammattitaito ja maskuliiniset arvot asetetaan naisten hoivatyön ja feminiinisuuden edelle. Esimerkiksi kirurgin ammatti on vuodesta toiseen ollut arvostetuimpien ammattien listan kärjessä, mutta sairaanhoitajan ammatti ei yllä läheskään yhtä korkealle. Sandra Hardingin (1986) mukaan sukupuoli muotoutuu yhteiskunnallisissa rakenteissa, kulttuurisissa merkityksissä ja toimijaidentiteetissä. Työelämä on yksi sukupuolta muokkaavista elämänalueista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ TERVEYDENHUOLLON TEHOKKUUDEN MITTAAMISESTA JA HAASTATELTAVIEN POSITIOISTA

7.1 Tehokkuuden mittaamisesta

Tehokkuuden lisäämisellä pyritään terveydenhuollossa siihen, että käytettävissä olevilla voimavaroilla tuotetaan suurin mahdollinen määrä hyvinvointia. Koska hyvinvoinnin määrän mittaaminen on vaikeaa tai jopa mahdotonta, terveydenhuollossa joudutaan tarkastelemaan saavutetun hyvinvoinnin sijasta tuotannollista tehokkuutta. Tuotannollisella tehokkuudella, josta usein käytetään tuottavuuden nimitystä, tarkoitetaan puolestaan sitä, että tarvittavat hyödykkeet eli hoito tuotetaan mahdollisimman edullisesti, siis mahdollisimman vähin voimavaroin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Miksi tuottavuuden mittaaminen julkisissa palveluissa ja erityisesti terveydenhuollossa on sitten niin hankalaa? Eräs syy on, että tuotoksilla ei ole suoranaista markkinahintaa tai muuta arvostuskeinoa, joten niiden yhteismitallinen arviointi on hyvin vaikeaa. Tuottavuutta voidaan silti tarkastella epäsuorasti tehokkuutta mittaamalla, vertailemalla toimintaa kaikkein parhaimmin toimivaan yksikköön. Jotta tällainen vertailu olisi terveydenhuollossa ylipäättänsä mahdollista, organisaatioiden tuottamat usein hyvin erilaiset palvelut on saatettava jollakin keinolla yhteismitallisiksi. Erityisesti erikoissairaanhoidossa pyritään vakioimaan hoidetut potilaat hoidon vaikeusasteen mukaan.

Suomalaisessa terveystaloustieteessä esiintyy usein käsite DRG (Diagnosis Related Groups). Tämä alun perin amerikkalainen luokitusjärjestelmä pyrkii ryhmittelemään erikoissairaanhoidon laitosten hoitajaksot resurssikäytön perusteella erilaisiin ryhmiin. Ryhmitysperusteena käytetään potilaan diagnooseja, toimenpiteitä, potilaan ikää, sukupuolta ja kotiutumistapaa. DRG-ryhmittelyä on käytetty Yhdysvalloissa muun muassa korvausperusteena eri vakuutusjärjestelmissä, mutta se mahdollistaa myös potilasrakenteeltaan erilaisten (case-mix) terveydenhuollon laitosten vertailun. Suomi on yhdessä muiden pohjoismaiden kanssa kehittänyt pohjoismaisen standardin, NordDRG, joka käyttää hyväkseen niin sanottua ICD-10

tautiluokitusta ja pohjoismaista toimenpideluokitusta. Suomessa DRG on otettu kuntalaskutuksen ja tuotteistuksen välineeksi ainakin Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiireissä. Pyrkimyksenä on laajentaa järjestelmä koko Suomeen, jotta kaikkialle saadaan sama tuotteistus. Tämä puolestaan mahdollistaisi kuntien peräänkuuluttamat sairaanhoitopiirien sisäiset ja väliset vertailut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Aineistossani tehokkuuden mittaamiseen suhtaudutaan eri lähtökohdista käsin hyvinkin eri tavoin, joskaan äärimmäisen positiivisesti tehokkuusvaatimukseen suhtautuvia puhetapoja ei aineistossa esiintynyt. Sairaanhoitajat eivät uhrautumispositiostaan kovin suopeasti tehokkuuden mittaamisen tapoihin suhtaudu, mutta lääkäreistä poiketen he korostavat kokemuksellisuutta. Uhrautuvissa selonteoissa tehokkuus nähdään useimmiten juuri omiin kokemuksiin perustuen joko välttämättömänä pahana tai ainakin jossakin määrin hyväksyttävänä keinona lisätä hyvinvoinnin määrää. Kriittisimmiksi osoittautuivat lääkäreiden selonteot. Niissä he kyseenalaistavat perinteiset tuotannollisen tehokkuuden mittaamisen tavat ja samaistuvat pikemminkin laatu- kuin tulosajatteluun. Laadun mittaaminen muotoutuu omien pinnallisten arvioideni mukaan enemmän lääkäreiden omista lähtökohdista käsin kuin ylhäältä tai kuntatasolta tulleena hallinnollisena määräyksenä. Terveystuollon laadun mittaamisen voisi ajatella olevan eräänlainen benchmarking-prosessi, kuten tämän ajan muodikas laatujohtamisen termi kuuluu. Omia käytäntöjä verrataan muihin saman alan menestyjiin, ja toimintaa kehitetään tämän pohjalta. Samalla kontrolli pysyy enemmän tai vähemmän omilla käsissä, onhan lääkärinkunta tunnetusti kollegiaalista väkeä.

7.2 Tehokkuuspuheen positioista ja analyysin luotettavuudesta

Varsinaisesti haastateltavien positiot rakentuvat aineistossa asiantuntijuus- ja uhrautumisdiskursseissa, mutta myös sillä, *miten* tehokkuudesta puhutaan, on merkityksensä position rakentumiseen. Se vaikuttaa osaltaan siihen, että haastateltavat ovat jossain määrin alkaneet pohtia omaa paikkaansa ja tarpeellisuuttaan organisaatiossa. Näkökulma on nähdäkseni ammattiryhmittäin eriytynyt. Siinä missä lääkärinkunta puolustaa omaa itsenäistä asemaansa hallinnosta ja resursseista irrallisena ryhmänä, pyrkivät hoitajat säilyttämään olemassa olevat työpaikkansa ja työtehtävänsä. Vaikka lääkäreiden vahva professionaalinen asema ei varsinaisesti ole uhattuna, tehokkuusvaatimukset asettavat lääkäreiden perinteisen autonomisen position kyseenalaiseksi. Sairaanhoitajien positiota määrittää paitsi vahva kokemukselli-

suuden ja eräänlaisen talkoohengen korostaminen (”kyllä tästäkin selvittää”), myös tietynasteinen pelon ilmapiiri. Kun tuloksellisuuden ja itsearvioinnin vaatimukset leimaavat organisaation ilmapiiriä, ei henkilöstöllä ole varaa hengähtää - omasta revieristä on pidettävä huolta. Myös omaa osaamista on jatkuvasti ylläpidettävä, muuten ollaan vaarassa pudota kehityksen kelkasta.

Aineiston valossa olen tehnyt päätelmiä, jotka vaikuttavat jokseenkin itsestään selviltä – lääkärit samaistuvat asiantuntijuuspositioon, ja hoitajien kielenkäyttöä määrittää tietty (feminiininen) uhrautuminen, kyseenalaistamisen puute ja epäitsekkyys. Voiko asia todella olla näin yksioikoinen?

Omaa tutkijapositioniani refleктоituani on selvää, että tietyt ennakkokäsitykset ovat ohjanneet alusta saakka valintojani koskien sekä teorianmuodostusta että aineiston analyysiä. Onkin lienee mahdotonta tai ainakin hyvin vaikeaa paeta tutkimusaiheeseen liittyvää esiyymmärrystään tai olla uusintamatta olemassa olevia käsitteitä ja kategorioita. Silti on pyrittävä mahdollisimman pian ulos näistä ennakkokäsityksistä, ja aineistolle on annettava mahdollisuus korjata alustavia oletuksia.

Tämän työn luotettavuutta, kuten laadullisen tutkimuksen yleensä, voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Kyseessä ei ole mekaaninen reliabiliteetti-validiteetti –arviointi, vaan tutkimusta pitäisi tarkastella kokonaisuutena. Risto Heiskalan mukaan (1990, 242) tutkimusta tulisikin arvioida tutkimusasetelmasta käsin, sillä tulkinta on aineiston tutkimusaineiston merkityksellistämistä tutkimusasetelman ohjaamana. Tulkintojen pätevyyttä voidaan puolestaan arvioida sen koeteltavuuden kautta. Sisäinen koeteltavuus merkitsee aineistoanalyysin uskottavuuteen liittyviä perusteluvaatimuksia. Tutkimuksessa tulee riittävän selkeästi kertoa ne periaatteet, joihin nojaten aineistoa tutkimusasetelman varassa tulkitaan ja joita noudattaen päästään juuri niihin tuloksiin, jotka tutkimuksessa esitetään. Toinen sisäisen koeteltavuuden perusteluvaatimus on riittävän aineistomäärän esittäminen tulkinnan tukemiseksi ja niiden havainnollistaminen. Molemmissa kohdissa ratkaisee Heiskalan mukaan kokonaisuus. Myös vaihtoehtoiset tulkinnat olisi otettava huomioon, eikä tulkinnan kanssa mahdollisia ristiriitaisia tapauksia saa jättää huomiotta. (mt.) Näitä ohjenuoria olen työssäni pyrkinyt systemaattisesti noudattamaan.

Tutkijan on siis kyettävä eksplisiittisesti selvittämään ja perustelevaan tehdyt valinnat, jotta lukija voi seurata tutkijan ajatuskulkua ja tehtyjen tulkintojen osuvuutta. Toisaalta tutkimusraportin voidaan ajatella muodostavan tekstuaalisen kokonaisuuden, joka ei pelkästään heijasta todellisuutta, vaan on myös osaltaan rakentamassa sitä luomalla merkityksiä. Tällöin korostetaan sosiaalisen todellisuuden sosiaalista rakentumista ja tekstin omalakisista ulottuvuuksista. Sen ei katsota viittaavan tekstin ulkopuoliseen todellisuuteen, vaan teksti itsessään on se konteksti, jossa sanat saavat merkityksensä. (Eskola & Suoranta 1998, 220-222.) Tämän työn kannalta on kuitenkin olennaista ottaa huomioon kontekstuaalisuus, sillä ilman tiettyjä tulkintaraameja mahdollisia tulkintoja olisi ääretön joukko. Konteksti asettaa diskursiiviset ehdot tulkintojen tuottamiselle ja tuotettujen tulkintojen relevanssille (Heiskala 1990, 242). On silti selvää, että omat tulkintani ovat henkilökohtaisten kokemusteni ja omien kiinnostusten kohteiden mukaan valottuneita, joten mitä luultavimmin joku toinen tutkija arvioisi aineistoa toisin, omista lähtökohdistaan käsin.

7.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista & pohdintaa

Olen pro gradu -työssäni pyrkinyt hahmottamaan terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvien henkilöiden puhetapoja tehokkuuteen liittyen. Kaksi ensimmäistä diskurssia olen hahmottanut position rakentumisen diskursseiksi, kolmannen varsinaiseksi tehokkuusdiskurssiksi ja neljännen eräänlaiseksi tehokkuuspuheen sosiaalisen jännitteen ja kilpailun diskurssiksi. Seuraavassa kuvassa pyrin hahmottamaan analyysin tuloksia vahvasti yksinkertaistaen.

TAULUKKO 1 Tulosten yhteenvetoa

Ammattiryhmä	Positio	Tehokkuusdiskurssin muoto	Diskurssit
Sairaanhoitaja	Uhrautuvuus	Solidaarinen	”Uhrautuvat sairaanhoitajat”
Lääkäri	Asiantuntijuus	Kriittinen	”Asiantuntijat liukuhihnalla”

Ensimmäisessä taulukossa pyrin havainnollistamaan ammattiryhmän, position ja tehokkuuspuheen muodon yhteyttä. Yhteydet eivät ole kausaalisia, vaan ne on tuotettu lähinnä tulosten havainnollistamista varten. Tehokkuuspuheella voidaan ensinnäkin ajatella olevan joko solidaarinen tai kriittinen ulottuvuutensa. Solidaarisessa tehokkuuspuheessa korostetaan

yhteisöllisyyttä ja yhteistyötä. Tehokkuutta tai sen mittaamista ei solidaarisessa tehokkuusdiskurssissa kyseenalaisteta, vaan se nähdään välttämättömänä pahana tai se hyväksytään. Kriittisessä tehokkuusdiskurssissa tehokkuuden mittaamisen tavat kyseenalaistetaan ja korostetaan terveydenhuollon kriittistä tilaa. On huomattava, että positio tehokkuusvaatimusten suhteen voidaan nähdä joko uhrautuvana tai asiantuntijuuteen nojaavana. Kyse ei kuitenkaan ole joko-tai – asenteista, vaan pikemminkin ne näyttäytyvät aineistossa eräänlaisina jatkumoina, joiden ulottuvuudet vaihtelevat heikosta hyvin vahvaan.

TAULUKKO 2 Faktuaalistaminen

Diskurssi	Faktuaalistamisen keinot	Faktuaalistamisen kohde
1. Asiantuntijat liukuhihnalla	Kategorisointi, narratiivit	“Me”, systeemikriittisyys
2. Uhrautuvat hoitajat	Ääri-ilmaisut, tunnustuksellisuus, narratiivit	Venyminen, solidaarisuus, kokemuksellisuus
3. Löysät pois, tehokkuutta tilalle	Kategorisointi, suorat sitaatit, tunnustuksellisuus, ääri-ilmaisut, totuutta tuottavat ilmaisut, metaforat puhujakategoriat, kvantifiointi	Terveydenhuollon kriisi, kriittisyys / solidaarisuus
4. Kenttien jännite	Kategorisointi, puhujakategoriat, ääri-ilmaisut	Työnjako, ”oikea” tehokkuus

Toisessa taulukossa pyrin havainnollistamaan aineistossa esiintyneitä faktuaalistamisen keinoja. Kaikissa diskursseissa eniten käytetty faktuaalistamisen keino on kategorisointi. Mielenkiintoista on, että tunnustuksellista strategiaa käyttivät lähinnä sairaanhoitajat, kun taas totuutta tuottavia ilmaisuja ja metaforia viljelivät pelkästään lääkärit. Muutoin faktuaalistamisen keinot jakautuivat tasaisesti molempien ammattiryhmien kesken. Varsinaisia yhtenäisiä faktuaalistamisstrategioita en aineistossa kyennyt hahmottamaan (vrt. Juhila 1993.) Juhila nimesi omassa analyysissään seuraavat viisi: itse todettuun vetoava strategia, vaihtoehdottomuusstrategia, kvantifioiva strategia, sosiaaliin normeihin tukeutuva strategia ja asiantuntijuusstrategia. Omassa työssäni havaitsin, että esimerkiksi asiantuntijuutta rakennettiin eri faktuaalistamisen keinoilla, muun muassa kategorisoimalla, kvantifioinnilla ja totuutta tuottavilla ilmaisuilla, joskus taas pelkällä puhujakategorian käytöllä, sehän useimmiten riittää luomaan asiantuntevan vaikutelman. Toisaalta vaikkapa

vaihtoehdoton kuvaus saatettiin rakentaa samoja retorisia keinoja hyväksi käyttäen kuin edellä mainittua asiantuntijuutta rakennettiin. Siksi en kokenut mielekkääksi tai edes mahdolliseksi rakentaa käytettyjen keinojen kirjosta mitään toisistaan erottuvia yhtenäisiä strategioita. Mielestäni mielekkäämpi tapa päästä eteenpäin oli analysoida aineistoa ensin sen kautta, miten ja mitä niissä faktuaalistettiin ja sen jälkeen hahmottaa yhtenäisiä puhetapoja. Näin pääsin etenemään kysymyksestä ”miten” kysymyksiin ”mitä” ja ”miksi”.

Olenlaisin huomioni tämän työn puitteissa on, että toiminnan tehostamisesta ja tehokkuudesta on tullut perustelu sille, keitä organisaatiossa tarvitaan ja keitä ei. Tehokkuuden perusteet näyttävät neutraaleilta ja objektiivisilta, mutta niiden perusteet ovat aina jossain määrin ennalta sovittuja, ja siten myös satunnaisia ja vaihtelevia. Terveystenhoito ei ole ainoa julkisen sektorin alue, jota tehokkuusvaatimukset ovat muuttaneet, sama kehitys koskee myös esimerkiksi suomalaista yliopistolaitosta. Heleniuksen ym. artikkelikokoelmassa (1996) otsikossa puhutaan provosoivasti jopa yliopiston mcdonaldisoitumisesta. Alun perin George Ritzerin termi viittaa Heleniuksen ym. mukaan modernin yhteiskunnan suunnittelu-ideologiaan, jonka keskeisiä tunnusmerkkejä ovat pyrkimys tehokkuuteen, määrälliseen laskettavuuteen, ennustettavuuteen ja toiminnan sosiaaliteknologiseen kontrolliin (Helenius ym. 1996, 10).

Kosken (1996, 200) sanoin tehokkuus ja tehostaminen ovat eräänlainen postmoderni peli, jossa säännöt luodaan pelaajien kesken aina tarpeen mukaan uudestaan. Näille säännöille ei kuitenkaan esitetä mitään erityisiä perusteluja. On vain niin, että tuloksellisuuden vaatiminen on välttämätöntä, että mittaaminen on rationaalista, ja että yksilöiden ja yksiköiden kilpailuttaminen parantaa laatua ja niin edelleen. Toisaalta uskottavia vastadiskursseja ei juurikaan ole tarjolla. Tuloksellisuudesta on tullut yleinen yhteiskunnallinen rationaliteetin muoto, edistyksen ja jatkuvan kasvun politiikan ominaisuus. (Koski 1996.)

Yksi vastadiskurssi saattaa tulevaisuudessa olla laatuajattelun vahvistuminen terveydenhuollon toimintaa määrittävänä metadiskurssina. Viitteitä tästä on jo olemassa, kuten Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Kuntaliiton yhdessä laatima valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuositus osoittaa. (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/muui.pdf>, 1.11.2002.) Aito asiakaslähtöisyys, hoitoketjujen tiivistäminen ja johtamiskoulutuksen lisääminen saattaisivat korjata monia ongelmia, joita tulosjohtamisen keinoin ei kyetä ratkaisemaan.

Bourdieu'n kenttääjattelu on yleisluontoisuudestaan huolimatta tarjonnut mielenkiintoisen taustan terveydenhuollon ammattikuntien puheen analysointiin. Bourdieu'n mukaan kentällä on joko seurattava vallitsevia sääntöjä (niin sanottu doksa) tai luotava uusia, vallankumouksellisia sääntöjä. Ainakin sairaanhoitajien strategia näyttää melko selvältä: he pyrkivät pelaamaan olemassa olevilla säännöillä ja varovat rikkomasta niitä. Myös sairaanhoitajien dispositiot näyttäytyvät samassa valossa; puhetta leimaa pikemminkin solidaarisuuden korostaminen kuin oman edun tavoittelu. Bourdieu tarkastelee vallitsevaa sosiaalista järjestystä seurauksena tiedollisten rakenteiden ja objektiivisten rakenteiden yhteensopivuudesta. Yhteisöllinen historia ja yksilöllinen historia kirjaavat ruumiiseen objektiivisiin rakenteisiin sopivat tiedolliset rakenteet. Tämä välitön ja sanaton sopivuus selittää Bourdieu'n ajattelussa sen doksisen alistumisen, joka kiinnittää toimijat tiedostamattomilla siteillä vallitsevaan yhteiskunnalliseen järjestykseen. (Bourdieu 1998, 108-110.) Lääkärit puolestaan ovat terveydenhuollon kentällä se ryhmä, joka omaa eniten symbolista pääomaa. Heillä on täten myös oletettavasti eniten liikkumatilaa sekä kielellistä valtaa tehokkuusvaatimukseen nähden.

Pekka Sulkusen mukaan yhteiskunnallisille ilmiöille ja ihmisten kokemuksille muodostuvia merkityksiä ei voida pitää etukäteen tiedettyinä ja aina samoina. Ne tuotetaan tilanteisesti ja niitä tulkitaan tilanteisesti. (Sulkunen 1997, 16.) Juuri tästä on kysymys, kun tässä työssä puhutaan todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta. Silti on olemassa merkityksiä, jotka ovat suhteellisen vakaita ja yksiselitteisiä. Etukäteen tiedetään ainakin jotain niistä ehdoista, joilla lääkäri hoitaa potilaita. Hän kuuluu sosiaaliseen ryhmään, jota voidaan kuvata professionalismin käsittein. Samalla hän on sosiaalistunut tiettyyn ihmiskuvaan, jolle lääketiede perustuu sekä tiettyyn eettiseen näkökulmaan, jolla lääkärin oikeudet ja velvollisuudet tehdään näkyviksi. Samat merkityksen tuottamisen ehdot koskevat sairaanhoitajia. Silti nämä ehdot eivät ole muuttumattomia. Siksi onkin ehkä parempi sanoa, että tämän työn pyrkimyksenä on ollut pikemminkin tämän muutoksen ymmärrettäväksi tekemisestä kuin todellisuuden merkityksistä sinänsä.

LÄHTEET:

Abbott, Andrew (1988) *The System of professions. An Essey on the Division of Expert Labor.* The University of Chicago Press, Chicago.

Alanen, Pentti (1995) Lääketieteen luonne. Teoksessa Louhiala, P. (toim.) *Lääketiede ja filosofia.* Yliopistopaino, Helsinki, s. 34-65.

Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1994) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedon sosiologinen tutkielma.* Gaudeamus, Helsinki.

Bourdieu, Pierre (1985) *Sosiologian kysymyksiä.* Vastapaino, Tampere.

Bourdieu, Pierre & Wascquat, Loïc J.D. (1995) *Refleksiiviseen sosiologiaan: Tutkimus, käytäntö ja yhteiskunta.* Joensuu University Press, Joensuu.

Bourdieu, Pierre (1998) *Järjen käytännöllisyys: Toiminnan teorian lähtökohtia.* Vastapaino, Tampere.

Collins, Randall (1990) *Changing conceptions in the Sociology of the professions.* Teoksessa Torstendahl & Burrage (toim.) *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy.* Sage Publications, Lontoo, s. 11-23.

Eriksson, Katie (1985) *Hoito-oppi. Sairaanhoidajien koulutussäätiö,* Helsinki.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Vastapaino, Tampere.

Foucault, Michel (1980) *Tarkkailla ja rangaista.* Otava, Helsinki.

Freidson, Eliot (1994) *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy.* The University of Chicago Press, Chicago.

Gronow, Jukka (1982) Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria. *Sociologia*, 19(4), s. 248-258.

Harald, Kenneth (1997) *Pakottava talouspuhe.* Teoksessa Sulkunen & Törrönen (toim.): *Semioottisen sosiologian näkökulmia.* Gaudeamus, Tampere, s. 263-279.

Harding, Sandra (1986) *The Science Question in Feminism.* Cornell University Press, Ithaca New York.

Heiskala, Risto (1990) *Tulkinnan koeteltavuus ja aikakauslehtien analyysi.* Teoksessa Mäkelä (toim.): *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta.* Gaudeamus, Helsinki, s. 242-263.

Helenius, Börje, Hämäläinen, Esa & Tuunainen, Juha (1996) Johdanto. Teoksessa Helenius, Hämäläinen & Tuunanen (toim.) Kohti McDonald's yliopistoa? Näkökulmia suomalaiseen korkeakoulu- ja tiedepolitiikkaan. Tammi, Helsinki, s. 7-10.

Henriksson, Lea (1998) Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Stakes, tutkimuksia 88. Gummerrus, Jyväskylä.

Ilmonen, Kaj, Jokivuori, Pertti, Liikanen, Hanna, Kevätsalo, Kimmo & Juuti, Pauli (2000) Luottamuksesta kiinni: ammattiyhdistysliike ja työorganisaation suorituskyky.

Jokinen, Arja (1999) Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Juhila & Suoninen: Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Jyväskylä, s. 126-159.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Jokinen, Juhila & Suoninen: Diskurssi-analyysin aakkoset. Vastapaino, Jyväskylä, s. 17-47.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1999) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, Juhila & Suoninen: Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Jyväskylä, s. 54-97.

Juhila, Kirsi (1993) Miten tarinasta tulee tosi? Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa Jokinen, Juhila & Suoninen: Diskurssi-analyysin aakkoset. Vastapaino, Jyväskylä, s. 151-188.

Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Kalkas, Hertta (1985) Hoitotyön eettiset perusteet. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.

Kinnunen, Merja & Korvajärvi, Päivi (toim.) (1996) Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino, Jyväskylä.

Kokko, Simo & Lehto, Juhani (1994) Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Stakes, raportteja 96, Jyväskylä.

Konttinen, Esa (1989) Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 45, Jyväskylä.

Konttinen, Esa (1993) Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio. Suomalaisten professioiden kehityskuvia. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55, Jyväskylä.

Konttinen, Esa (1998) Professioiden aikakausi? Teoksessa Mykkänen & Koskinen (toim.) Asiantuntemuksen politiikka. Professiot ja julkisvalta Suomessa. Yliopistopaino, Helsinki, s. 29-47.

Koski, Leena (1996) Tulosjohtaminen ja toiminnan arviointi yliopistoa pelastamassa. Teoksessa Helenius, Hämäläinen & Tuunanen (toim.) Kohti McDonald's yliopistoa? Näkökulmia suomalaiseen korkeakoulu- ja tiedepolitiikkaan. Tammi, Helsinki, s. 177-206.

- Koskinen Ilpo & Mykkänen, Juri** (1998) Johdanto. Teoksessa Mykkänen & Koskinen (toim.) Asiantuntemuksen politiikka. Professiot ja julkisvalta Suomessa. Yliopistopaino, Helsinki, s. 1-29.
- Lehto, Anna-Maija** (1996) Tuottavuus- ja joustavuuspuheiden sukupuoli. Teoksessa Kinnunen ja Korvajärvi (toim.): Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino, Jyväskylä, s. 71-87.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter** (2000) Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Teoksessa Uusitalo, Parpo & Hakkarainen: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250, Jyväskylä, s. 161-184.
- Lindqvist, Markku & Sihvo, Tuire** (1994) Muutossuunnat kunnissa. Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon menoista, säästöistä, rationalisoinnista, priorisoinnista ja karsinnasta lamavuosina 1992 ja 1993. Stakes, Helsinki.
- Lindqvist, Martti** (1982) Lääkintäetiikan luonne ja tehtävät. Teoksessa Achté, Autio, Isotalo, Kosonen, Lindqvist, Tammisto & Vartiovaara (toim.). Lääkintäetiikka. Suomen lääkäriliitto, Vaasa, s. 3-39.
- Matikainen, Janne** (1999) Diskursiivisen organisaatiotutkimuksen lähtökohtia. Hallinnon tutkimus 3, s. 221-231.
- Mäkelä, Tapio & Kotikangas, Juha** (1994) Sairaalan strategia. Teoksessa Mäkelä, Tapio (toim.) Uudistuva sairaala. Tampereen yliopisto, hallintotiede sarja A3. Tampereen yliopisto, Tampere, s. 1-28.
- Mäkelä, Tapio & Nikkanen, Risto** (1994) Mittarit ja toiminnan evaluointi. Teoksessa Mäkelä, Tapio (toim.) Uudistuva sairaala. Tampereen yliopisto, hallintotiede sarja A3. Tampereen yliopisto, Tampere, s. 62-83.
- Pelttari, Paula** (1997) Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes, tutkimuksia 80, Gummerrus, Jyväskylä.
- Porter, Sam** (1998) Social Theory and Nursing Practice. Macmillan, Lontoo.
- Potter, Jonathan** (1996) Representing reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction. Sage, Lontoo.
- Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto** (1988) Koulutus, professionalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muodostuminen Suomessa. Turun yliopisto, Turku.
- Rintala, Eija** (2000) Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden kliniseen ja hallinnolliseen priorisointiin vaikuttavat arvot. Kuntaliitto/Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Rose, Nikolas** (1999) Powers of Freedom. Reframing the Political Thought. University Press, Cambridge.

Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku (2000) Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaistuvassa maailmassa. Wsoy, Juva.

Salonen, Marko (2001) Michael Billig. Ajattelun retoriikka ja ideologisuus. Teoksessa Hänninen, Partanen & Ylijoki: Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Vastapaino, Jyväskylä. s. 299-322.

Saraviita, Ilkka (1996) Perusoikeusuudistus. Pandecta, Rovaniemi.

Snellman, Saska (2002) Suomi oppi kovan kurin. Helsingin Sanomat 10.2.2002. Sunnuntai, D4.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1997) Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 6/97. Meripaino, Helsinki.

Sulkunen, Pekka (1997) Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat. Teoksessa Sulkunen & Törrönen: Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Gaudeamus, Helsinki.

Summa, Hilikka (1989) Hyvinvointipolitiikka ja suunnitteluretoriikka. Tapaus asuntopolitiikka. Yhdyskuntasuunnittelun täydennyskoulutuskeskus, Espoo.

Suoninen, Eero (1999) Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, Juhila & Suoninen: Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Jyväskylä, s. 17-36.

Tuomi, Jouni (1997) Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Studies in Sport, Physical Education and Health 51. Jyväskylä yliopisto, Jyväskylä

Uusitalo, Hannu (2000) Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystalvet 1990-luvulla. Teoksessa Uusitalo, Parpo & Hakkarainen: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250, Jyväskylä, s. 15-27.

Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1992) Mapping the Language of Racism. Discourse and the legitimation of exploitation. Harvester Wheatsheaf, New York.

ELEKTRONISET LÄHTEET:

Mölsä, Jouni (2002) Lipponen: Hoitajien koulutus lääkäreiksi selvitettävä. [Http://www.helsinginsanomat.fi/arkisto/juttu.asp?id=20020614KO5](http://www.helsinginsanomat.fi/arkisto/juttu.asp?id=20020614KO5). Viitattu 14.6.2002.

Rytkönen, Asko (2002) Keski-Suomi pärjää hoitoketjuvertailussa. Stakes vertaili erikoisalojen tehokkuutta DRG-pohjaisilla mittareilla - luvut kertovat hoitokäytäntöjen eroista ja hoitoketjujen toimivuudesta. [Http://www.ksshp.fi/ajankohtaista/lehtiartikkeleita/terveiset/hoitoketju.html](http://www.ksshp.fi/ajankohtaista/lehtiartikkeleita/terveiset/hoitoketju.html). Viitattu 9.11.2002.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto & Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, työryhmä (2000) Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. [Http://www.stakes.fi/verkojulk/pdf/muii.pdf](http://www.stakes.fi/verkojulk/pdf/muii.pdf). Viitattu 1.11.2002.

Tuppurainen, Elsa (2002) Lääkärit eivät halua enää terveyskeskuksiin. [Http://www.helsinginsanomat.fi/arkisto/juttu.asp?id=20020216KA9](http://www.helsinginsanomat.fi/arkisto/juttu.asp?id=20020216KA9). Viitattu 16.2.2002.