



Sirpa Mertala

Yhdessä tietämisen episodeja

- Terveydenhuollon kompleksiset työympäristöt

Akateeminen väitöskirja, joka Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston luentosalissa 3 toukokuun 6. päivänä 2011 klo 12

Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Copyright: Sirpa Mertala

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242 , fax + 358 16 362 932
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/lup

Painettu
ISBN 978-952-484-430-7
ISSN 0788-7604

pdf
ISBN 978-952-484-442-0
ISSN 1796-6310
www.ulapland.fi/unipub/actanet

Tiivistelmä

Mertala, Sirpa

Yhdessä tietämisen episodeja. Terveysthuollon kompleksiset työympäristöt.

Rovaniemi: Lapin yliopisto 2011, 284 s., Acta Universitatis Lapponiensis 201

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-430-7

Tutkimus kohdistuu terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyöhön. Kysyn, miten henkilöstön yhteinen tietäminen mahdollistuu kompleksisissa työympäristöissä aikana, jolloin julkisen terveydenhuollon rakenteita ja toimintakäytäntöjä muutetaan voimakkaasti. Työympäristöjä muokkaavat erilaiset taloudelliset ja poliittiset intressit. Toiselta suunnalta haastetta tuo hyvän hoidon järjestäminen potilaille.

Aineiston analyysi perustuu monivaiheiseen useiden rinnakkaisten laadullisten aineistojen luokitteluun ja tapahtuu kompleksisuusteoreettisessa viitekehyksessä. Ensimmäinen aineisto käsittelee 22 kunnassa tehdyt sairaaloiden ja terveyskeskusten henkilöstön teemahaastattelut (N=23) vuodelta 2004. Toisena aineistona on valtakunnallinen kyselyaineisto vuodelta 2006 (N=239). Kolmantena aineistona on vuosina 2005–2010 käydyt keskustelut potilaiden kanssa (N=21), syvähaastattelut (N=3) ja kolmen potilaan potilaskertomukset.

Työntekijät hoitavat potilaita resurssiristiriitojen keskellä ja tulkinnallisen informaation varassa. Monenlaiset potilaat, heidän erilaiset hoidon ja tuen tarpeensa haastavat eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten yhteistyöorientaatiota. Potilaiden yksilölliset tilanteet ja inhimillisen elämän odottamattomat reaktiot parhaaseenkin hoitoon ovat kompleksisuuden ydintä. Henkilöstöltä edellytetään monien yksityiskohtien hallintaa, kykyä määritellä erilaisia kokonaisuuksia ja tehdä nopeita potilasta koskevia ratkaisuja.

Kahden organisaation erilaiset järjestykset aiheuttavat katkoksia potilaiden hoitoon. Tilanteiden ja niissä liikkuvan informaation tulkinnallisuus puolestaan tuottaa lisää kompleksisia seurauksia ja ennustamattomia tilanteita potilaiden hoidossa. Parhaan mahdollisen, tieteelliseen näyttöön ja ammattietiikkaan perustuvan hoidon tehokas ja taloudellinen järjestäminen tuottaa ongelman maksajasta. Käytännössä henkilöstö asetetaan vastuuseen toimimattomista rakenteista. Tämä on ristiriidassa dialogisen yhdessä tietämisen periaatteiden kanssa. Dialoginen yhdessä tietäminen onnistuu parhaiten kollegiaalisessa toiminnassa, jossa toisen työtä arvostetaan. Dialogin edellytyksinä ovat avoimuus, luottamus, rohkeus ja halu tehdä työtä yhdessä. Luottamus kohdistetaan kollegoihin yli oman ammattiryhmän ja organisaatioiden rajojen ja epäluottamus kompleksisuuden tuottamiin epävarmuuksiin. Avoimuus tarkoittaa reviirirajoista luopumista.

Terveysthuollon organisaatioiden ja niiden henkilöstön yhteistä työtä mahdollistavat rakenteet tarkoittavat ajallisten, erilaisia resursseja koskevien ja toiminnallisten järjestysten yhteensopiavuutta. Näissä on ongelmia. Terveysthuollon ja sairaaloiden henkilökunta neuvottelee ratkaisuja erilaisissa työn episodeissa. Terveysthuollon kokonaisuuden ja organisaatioiden arjen työtä mahdollistavien rakenteiden neuvottelemiseen työntekijöillä ei kuitenkaan ole mahdollisuutta. Nämä päätökset tehdään muualla.

Avainsanat: terveydenhuollon henkilöstö, terveyskeskus, sairaala, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, yhteistyöorientaatio, yhdessä tietäminen, dialogi, kompleksisuus, kompleksiset järjestelmät

Abstract

Mertala, Sirpa.

Episodes of knowing together. Complex working environments of health care.

Rovaniemi: University of Lapland 2011, 284 pp., Acta Universitatis Lapponiensis 201

Dissertation: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-430-7

This study is about cooperation between personnel in public health centres and hospitals in Finland. The question is how it is possible to know together within complex working environments while the structures and standard operating models of health care are heavily changing all the time. The working environments are revised by different economic and political interests. On the other side are the challenges of providing good care for patients.

The research data consist of theme interviews of personnel in health centres and hospitals (N=23), a national questionnaire to health centres and hospitals (N=239), and stories of patients (N=21). Furthermore, there are deep interviews of three patients and the medical reports of three patients. The analysis, which has been divided into many parts, is based on categorizing qualitative data and realized within the complexity theoretical frame of reference.

Caring for the patient is complicated because of different paradoxical uncertainties that intrude everyday work. The personnel are caring for the patients under circumstances where disagreements of resources prevail and that rest on varying interpretive information. Many kinds of patients with various needs of care and support are challenging the professionals' cooperative orientation. Patients' individual cases and unexpected reactions that are a part of human life are the essence of complexity. Working within complex environments requires the ability to control multiple details, the capacity to define different kinds of unities and the capacity to make fast decisions in patient situations.

Different orders in the two organizations lead to discontinuities in patients care. Multiple situations and the interpretative information that flows between them result in more complexity and situations that are hard to predict. The target of the best possible, evidence based and ethical care that is economic and efficient raises the question about the payer. The responsibilities of the non-working structures have been shifted to the personnel of public health organizations. That is against the principles of dialogue. Dialogical knowing together succeeds better in an open, confidential, courageous, and willing-to-work-together environment. Trust is placed in colleagues, over one's own professional group and over the limits of organizational structures. Instead, mistrust is directed towards the uncertainties, which follow from the complex nature of health care. An open environment means giving up territorial hierarchies and power relations.

Structures that enable the health care organizations' and their personnel's work together mean the compatibility of e.g. temporal orders, orders concerning different kinds of resources and functional orders. There are problems with these enabling structures. The personnel of health centres and hospitals negotiate solutions to everyday situations in various episodes. However, they have no power to negotiate the structures concerning the national unity of health care and the enabling structures of the totality. These decisions are made elsewhere.

Keywords: the personnel of health care, health centre, hospital, primary care, secondary care, orientation towards cooperation, knowing together, dialogue, complexity, complex systems

Sisällys

Esipuhe	9
PROLOGI.....	12
1 TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN KONTINGENTTI OLEMUS	13
1.1 Huojuvat rakenteet ja monet toimintakäytännöt	13
Kompleksiset järjestelmät ja työympäristöt	17
1.2 Tutkimuksen järjestyminen.....	20
2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
2.1 Tutkimusasetelma.....	22
2.2 Tutkimusaineisto.....	25
Laadullinen kyselyaineisto	25
Avoimia kysymyksiä kysyvän lomakkeen synty	28
Kyselyyn vastaamattomuuden perusteluita	29
Potilaiden kertomukset ja teemahaastattelut	32
Aineiston analyysiperiaatteet	33
2.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	42
3 KOMPLEKSINEN TERVEYDENHUOLTO HENKILÖSTÖN TYÖYMPÄRISTÖNÄ.....	44
3.1 Kompleksisuusajattelun periaatteet.....	44
Systeemit, järjestelmät ja kompleksisuus	47
Mallit ja kompleksisten systeemien limittäisyys.....	54
Systeemit toistensa ympäristöinä	59
3.2 Näkyvästi ja näkymättömästi kehkeytyvät yhteydet.....	63
Itseorganisoituva terveydenhuolto	63
Dynaamisesti kehkeytyvä, mutta yksinkertainen?	69
3.3 Kommunikaatiota ja kommunikaatiosuhteita.....	74
Relevantin informaation valinta kommunikaatiosuhteissa.....	84
Kommunikoidaan konsultoiden.....	86
4 HETEROGEEENISET TIETOPERUSTAT	92
4.1 Asiantuntijoiden ammatilliset tietoperustat – koulutus ja tehtävät	93
Florence Nightingalen monitieteinen perintö hoitotyössä.....	97
Voimaannuttavaa, laaja-alaista palvelujärjestelmä- ja asiakastuntemusta kuntoutustyössä	100
Profession muutoshaasteita lääkäreillä	102
Monipuolisen yhteistyön ja yhdessä tietämisen tarve laajalla yhteistyökentällä.....	107

4.2 Tieteelliseen näyttöön perustuva konteksti	118
Eksplisiittis-implisiittinen tietoperusta	120
Relevantin informaation valinnan kysymys	122
Relevantin informaation epävarmuus ja toimijoiden entropia-kyky: epävarmuuden hälventämisen vaikea tehtävä	131
5 TIETÄMISEN ORGANISATORISET KONTEKSTIT	137
5.1 Sairaalat ja terveyskeskukset henkilöstön toimintaympäristöinä	138
Määräyksiä, ohjeita, suosituksia ja intressejä	142
Tavoitteiden emergenssi	145
Hallinnon ja potilastyön dilemma	146
Arvauskeskukset ja kumppanuusasema hierarkioissa	149
5.2 Mahdollisimman rationaalista, kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä, byrokratiaa välttävää ja avointa	156
Organisaatioiden järjestysten kehkeytyminen	160
Rutiinit	164
Viiveet neuvottelukonteksteina – ajallisten järjestysten epälineaarisuus ..	169
Resurssit hallitsevat kokonaisuutta	172
Resurssit ja etäisyys potilaasta	174
Refleksiivisiä valintoja resurssien rajoissa	179
6 IHMEELLISIÄ TILANTEITA POTILAAN HOIDOSSA	184
6.1 Potilaita ”vauvasta vaariin”: terveydenhuollon monenlaiset potilaat	185
6.2 Oikeaan tai väärään ”putkeen” joutunut potilas: vastuiden ongelmia	187
Oikeat putket: hoito- ja palveluketjumallit	191
6.3 ”...Olemme täällä potilaita varten. Yksin ja ainoastaan”: selkeä yhteinen tavoite	201
6.4 Työ on potilaslähtöistä, mutta taikurin koulutus puuttuu	205
6.5 Potilaat, jotka jäävät ”kiertämään” järjestelmään: asiakkaiden omat kertomukset	209
Hoitosuhde jatkuu, ongelmat säilyvät ja muuttuvat	210
Hoitoja, mutta sairaus pahenee ja pahenee	213
Itsekseen selviämisen voimat ehtyvät	214
Virallista ja epävirallista – sairautta ja sosiaalista	216
7 TERVEYDENHUOLLON KOMPLEKSISET TYÖYMPÄRISTÖT	221
7.1 Yhdessä tietämisen todellisuus ja dialogisen orientaation ideaali	221
”Reilua ja avointa yhteistyötä. Kyllä meille kaikille töitä riittää.”: dialoginen orientaatio ja järjestelmän episodit	222
”Niin metsä vastaa kuin sinne huudetaan”: palaute kompleksisessä järjestelmässä	232

”Kun mikään ei riitä”: mihin terveydenhuollon henkilöstön tulee ammattinsa rajoissa vastata?	235
Yhteistyöasiantuntijuutta ihmetellen	237
7.2 Miten järjestelmät, organisaatiot ja henkilöstön yhteinen ”mallintuvat” eli miten työ sujuu?	238
”Päällekkäisyyttä ei saa olla, muttei aukkojakaan”: yhteisen tietämisen rakennemalli	238
”Jos halua saada on pakko antaa”: kompromisseja ”ei oo budjetilla”	239
Yhteistyötä on	240
7.3 Neuvotellaan katkoksellisissa episodeissa dialogisesti ja monologisesti	242
8 TIETÄMISEN JÄNNITTEITÄ JA JAETTUA TIETOA YHTEISTYÖN RAJAPINNOILLA	246
Miten terveydenhuollon kompleksisuus ilmenee?	246
Mitä ”yhteinen tietäminen” on? Miten yhteiseen orientoidutaan?	249
Mitä ehtoja ja edellytyksiä kahta eri organisaatiota edustavan henkilöstön väliselle dialogille on kompleksisissa konteksteissa?	251
EPILOGI	254
Lähteet	255
Liitteet	268
Kuvio- ja taulukkoluetelo	
Kuva 1. Tutkimusasetelma	24
Kuva 2. Ensimmäisen vaiheen analyysi	37
Kuva 3. Toisen vaiheen analyysi- ja luokitteluperusteet	40
Kuva 4. Analyysi- ja tulkintaprosessi	41
Kuva 5. Avoimen systeemin perusmalli	60
Kuva 6. Terveydenhuollon kommunikaatiosuhteita	78
Taulukko 1. Vastaajamäärät, vastausprosentit ja vastausten määrät kyselyssä	27

Esipuhe

Terveydenhuollon organisaatioiden ja niissä työskentelevien ihmisten välisten suhteiden tutkiminen sekä tutkimisen prosessi ovat opettaneet minulle paljon yhteistyöstä, itsestäni ja elämästä. Tutkimukseni toteuttaminen on ollut sisällöllisesti ja menetelmällisesti kokonaisuus, jonka hallinta oli kadota suureen määrään yksityiskohtaista informaatiota terveydenhuollon monilta substanssialueilta ja suureen määrään mahdollisia ja kiinnostavia kokonaisuuksia. Harkitsin artikkeliväitöskirjaa, jolloin artikkelien muodostama väistämätön pirstaleisuus terveydenhuollon kokonaisuutta ajatellen olisi ollut omalla tavallaan osoitus kompleksisuudesta. Tein kuitenkin päätöksen, ettei artikkeliväitöskirja olisi ollut tässä tapauksessa osoitus kyvyistäni tehdä tavoitteitani edistäviä valintoja, vaan olisi ollut kompleksisuuden haasteelta pakenemista. Artikkelien kautta huomio olisi kadonnut kokonaisuudesta osiin. Valinnallani yrittää rakentaa kuvaa laajasta kokonaisuudesta yksityiskohtineen, sain myös itse kokemuksen siitä, miksi kokonaisuuksien hahmottaminen ja niiden hallinta on vaikeaa.

Tutkimisen ja kirjoittamisen prosessi on ollut haastava, mutta erittäin mielenkiintoinen polku tähän kirjaan. Polun voisi kuvata saumattomana lineaarisena ketjuna, mutta kuvaus ei vastaisi tutkimisen todellisuutta. Myöskään lopputulos ei ole aukoton malli. Kuitenkin, tätä kirjoittaessani, olen tyytyväinen siihen, että en antanut periksi vaan sukelsin kompleksisuuteen, siedin sen inhottavuutta ja yritystä saada minut lannistumaan tuomalla eteeni jatkuvasti uusia ja uusia ristiriitoja. Ymmärrän nyt, että tietämiseen tarvitsen entistä enemmän yhdessä tietämistä niiden ihmisten kanssa, joita kohtaan.

Suurin oppini onkin havainto, että olen yrittänyt liian usein tietää yksin. Tutkimustyöni aikana olen kohdannut ihmisiä, joiden tuelle en ole ymmärtänyt antaa riittävän suurta arvoa. Kun mietin asioita taaksepäin, todellakin huomaan, että tämä tutkimukseni ei olisi valmistunut koskaan ilman niitä viisaita ja ihania ihmisiä, jotka ovat kärsivällisesti kohdanneet oudon sarkastisen huumorini, välillä kuohahtelevan temperamenttini ja toisinaan monologisen asenteeni. Suosittelen väitöskirjaprosessia kaikille, jotka luulevat kykenevänsä selviämään kaikesta yksin. Nyt on kiitosten vuoro.

Työni ohjaajia, professori Merja Kinnusta ja professori Suvi Ronkais- ta kiitän monesta asiasta: tuesta, rohkaisemisesta ja kannustamisesta.

Lämmin kiitos molemmille asiantuntevasta, ”oikeassa paikassa, oikeaan aikaan” antamastanne ohjauksesta. Merjalle suuri kiitos sosiologisesta tuesta ja siitä, että jaksoit sanoa: ”Kyllä sinä osaat”. Erytiskiitokset molemmille niistä episodeista, joita en heti ymmärtänyt ja jotka tuottivat murhetta ja vaivaa aivosoluilleni. Olen kiitollinen Suvin esittämistä ajoittaisista epäilyistä tekstini väitteitä ja rönsyilevää kirjoittamistapaani kohtaan sekä menetelmäohjauksesta. Samoin kiitokset molemmille aina terävistä, mutta keskustelevista, perustelevaan ja ajattelemaan pakottavista kommenteista, jotka auttoivat eteenpäin. Molempia kiitän luottamuksesta, ja etenkin... luottamuksesta.

Professori Asko Suikkasta kiitän opintojeni alkuvaiheiden tuesta. Arvostan todella paljon myös Vesa Puurosen ja Juhani Sundellin panosta tekstini kommentoimisessa ja kompleksisen sälän vähentämisessä työni loppuvaiheessa. Professori Sirpa Wredeä ja professori (emerita) Liisa Rantalaihoa kiitän työni esitarkastamisesta.

Tutkijakäytävätutkijoiden aikaa muistelen lämmöllä. Käytävää ei ole ikävä, mutta teitä on. Olette olleet ainutlaatuisia opiskelu- ja tutkijakollegoita sekä ystäviä. Yhdessä tietämisen opiskelu kanssanne säilyy tukipilarina elämässäni aina. Kiitos tuesta ja kahvihetkestä, riidoista ja ratkaisuista sekä ihmisyydestä niinä hetkinä, jolloin rämmin syvällä. Erityisesti haluan mainita Sirpan, Arton, Heikin, Mariannen, Tiinan, Annen, Sarin, Jannen ja Kirsin sekä toisilta käytäviltä Leenan, Saaran ja Astan. Kiitän kaikkia ystäviäni myös kuplivien ilon hetkien jakamisesta!

Tätä kirjaa ei olisi syntynyt ilman teitä, terveydenhuollon asiantuntijoita, ammattilaisia ja asiakkaita, jotka vuodesta toiseen jaksoitte vastaila kysymyksiini ja suostua haastateltavakseni kiireidenne, potilastyön ja potilaana olemisen keskellä. Kiitos! Olen onnekas ihminen, kun olen saanut kulttavakseni niin monien ihmisten tarinoita, ja niin moni on halunnut osallistua tähän projektiin.

Tukenani ovat olleet myös Lapin yhteiskuntatieteiden tiedekunnan ja menneiden aikojen menetelmätieteiden laitoksen henkilöstö, virastomestarit ja Lapin yliopiston ihana kirjastoväki. Ritva Lahtista kiitän taittoavusta ja ohjeista, Veera Julkusta englanninkielisen abstraktin kielentarkistuksesta ja Jarko Hännistä kansien suunnittelusta.

Suomen kulttuurirahaston myöntämän vuoden apurahan ansiosta sain tutkimukseni loppusuoralle. Keräsin tutkimusaineistoni Tekesin rahoittamassa menetelmähankkeessa. Kiitokset myös Zef Solution Oy:n ja professori Esko Alasaarelan tarjoamasta mahdollisuudesta mielenkiintoiseen tut-

kimusmatkaan sähköisten kyselymenetelmien parissa. Kiitos Lapin yliopistolle viimeistelyapurahasta.

Hymyn ja onnellisuuden aihetta ovat antaneet lapseni, kaikkein rakkaimpani, upeat nuoret, Laura ja Valtteri. Rouva Vilijonkka sanoo: pöydällä on muruja. Ne eivät kuitenkaan ole tärkeitä. Tärkeitä ovat toiset murut: rakkaat ihmiset. Nuoret, Valtteri, Laura, Tommi ja Anniina, aikuisten maailma on toisinaan tyhjänpäiväisyyksien kooste. Nauttikaa siitä, että olette juuri te ja nyt. Juhani, arvostelen sun illallisen: kahdeksan tähteä (asteikolla yhdestä viiteen).

Dialogi. Vaikka olen usein epäillyt sen mahdollistumista arjessa, kaikki te, jotka olette elämäni koskettaneet, olette olleet kanssani toteuttamassa dialogia. Aina tulos ei ole ollut se, mitä olemme toivoneet. En ole osannut, en kuunnellut, enkä ymmärtänyt oikeaan aikaan, oikeassa paikassa, mutta olen kokenut elämää kanssanne, olen oppinut kompastellen ja nousseen, olen itkenyt ja nauranut, olen ahdistunut ja iloinnut. Tämä kirja on tässä. Mutta meidän onneksemme, kompleksiset systeemit ovat olemassa, ja elämä jatkuu mielenkiintoisena. Se jatkuu mielenkiintoisina mahdolltomuuksina, mielenkiintoisina kohtaamisina erilaisissa episodeissa ja mielenkiintoisina mahdollisuuksien polkuina.

Junassa 24.3.2011

Sirpa Mertala

PROLOGI

”Sairaalan ensiavussa on rauhallinen tunnelma, jopa laiska, kun saavun sinne lastani sylissä kantaen. Odotin kai ruuhkaa, kiirettä, amerikkalaisten sarjojen tyyliin hätäistä juoksentelua. Odotustilassa istuu kaksi ihmistä, mutta henkilökuntaa ei näy. Suuntaan kulkuni käytävällä kohti lähimpää ”lasikoppia”, josta oletan henkilökuntaa löytyvän. Yritän hengittää rauhallisesti ja tasoittaa sydämeni lyöntejä. Apu on lähellä.

Kyllä. Selitettyäni tilanteen rauhalliselle ammattilaiselle, toiminta alkaa välittömästi.

Saman päivän aikana odottelemme huoneessa asioiden etenemistä. Äidillä ja lapsella on hätä epätietoisuuden vuoksi. Onko tämä vakavaa vai jotain ohimenevää? Mistä on kysymys? Pelottaa. Henkilökunta informoi sitä mukaa, kun tuloksia saadaan ja vastailee kysymyksiimme. Odottaessa aika tuntuu kuitenkin kuluvan hitaasti. Lapsella on kovia kipuja ja välillä voimakasta pahoinvointia. Kädestä pitäminen ja yhdessä odottaminen helpottavat hieman – meitä molempia.

Potilaat vaativat henkilökunnalta eri tavoin. Samassa huoneessa verhon takana iäkäs rouva valittaa kovaäänisesti kipuaan sekä sitä, ettei kukaan hoida häntä. Hän huutaa henkilökuntaa paikalle. Henkilökunta käy rauhoittamassa ja antamassa lääkettä. Myöhemmin rouvalle on selitettävä, että lääkettä on jo annettu tarpeellinen määrä. Lisälääkkeestä olisi vain haittaa. Valitus jatkuu. Lääkäri käy huoneessa useaan otteeseen. Häntä ehditään myös huoneen ovelta kysellä. Henkilökuntaa enimmäkseen, mutta yksi vanhempi herrakin ovesta kurkistaa. Oven läpi kuuluu, kuinka mies opastetaan oikeaan paikkaan. Kuuluu myös, kuinka uusia avuntarvitsijoita tulee ja lähtee. Osa saa nopean avun, osa siirretään osastoille saamaan hoitoa tai jatkotutkimuksiin. Laiskan rauhallinen tunnelma on merkillinen naamio, jonka takana tapahtuu. Rauhallisuuden takaa paljastuu potilaiden kertomuksia, oireita, kipuja, pelkoa, epävarmuutta ja hätäitä. Siellä tapahtuu henkilökunnan nopeaa, mutta rauhallista kiiruhtamista.

Mekin saimme avun. Turvallisuutta siitä, että ammattilaiset ottavat selvää, mistä on kysymys. Tulokset osoittivat, että vaiva oli vakava, mutta ainoa hoito oli odottaa. Luonto parantaa. Kivun lievitykseen saimme purkin lääkettä ja tiedon, joka vähensi epävarmuuden aiheuttamaa hätäitä.”

(Potilasaineisto, 2006)

1 TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN KONTINGENTTI OLEMUS

1.1 Huojuvat rakenteet ja monet toimintakäytännöt

[Projektin nimi] projekti, joka oli työministeriön tukema Työelämän kehittämisprojekti. Sen avulla toimittiin monialaisessa yhteistyössä potilaan diagnostiikkapalvelujen toimintaprosessien kehittämiseksi kokonaishoidon tarpeen mukaan toteutuvina hyödyntäen henkilöstön osaamisen ja työssä jaksamisen kehittymistä, informaatioteknologian hyödyntämistä oikean tutkimustuloksen ollessa käytettävissä lääkäri-potilaskohtaamisessa, logististen palveluprosessien kehittämisessä esim. terveyskeskuslaboratorion näytteiden lähettämisessä sairaalan laboratorioon ja kuvantamispalvelujen digitalisoinnissa oppivan organisaation keinoin ja taloudellisuus huomioon ottaen ammattikorkeakoulun ohjauksessa ja toteutuksessa vastuullisena toimien. (ESHter/4)[Kuvaus onnistuneimmasta yhteistyötapahtumasta]

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutostrendit vaikuttavat henkilöstön työarkeen. Edellinen aineistolainaus on erikoissairaanhoidon terapeutin kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta. Se antaa esimerkin siitä, millaista tietämistä palvelujärjestelmän muutos edellyttää terveydenhuollon henkilöstöltä. Henkilöstö osallistuu toimintakäytäntöjen jatkuvaan kehittämiseen ”monialaisessa yhteistyössä”. Monialaisessa yhteistyössä on mukana monia toimijoita (organisaatioita ja ihmisiä), toimijoiden monia tehtäviä, ammatillisia osaamisalueita sekä lukuisia toisilleen limittäisiä toimintaprosesseja. Tämän työarjen taustana on terveydenhuollon palvelurakenteiden voimakas uudistaminen.

Julkisen terveydenhuollon uudelleenorganisointi on ollut 2000-luvulla ehkä tärkein teema valtakunnallisessa hyvinvointipolitiikassa. Alue- ja paikallistasoilla terveydenhuollon ongelmat ovat nousseet esiin kuntien talouskysymyksinä ja terveydenhuollon työn uudelleen organisointina. Kuntien näkökulmasta terveydenhuollon kustannusten nousu¹ on saanut toimijat vaikuttamisen eri tahoilla pohtimaan hallinnollisia ratkaisuja taloudellisen tasapainon saavuttamiseksi ja tasavertaisten palveluiden saavutettavuuden takaamiseksi niukoilla resursseilla. Kehitys alkoi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksesta, jolloin kuntien vastuu terveydenhuollon järjes-

¹Verkkotilastot 2010.

tämisestä ja menoista kasvoi. Kansallisen terveyshankkeen² tehtävänä oli yhteisillä suosituksilla saada aikaan uudelleenorganisointia, jota on tapahtunut huomattavasti 2000-luvulla.

Uudelleenorganisoinnin ideaa pyrittiin aluksi perustelemaan kuntien mahdollisuuksilla kehittää palveluita vastaamaan paikalliseen tarpeeseen. Nyt alueilla, seuduilla ja kunnissa pohditaan jatkuvasti ja toisiinsa nähden eriaikaisesti uusia organisatorisia järjestelyjä terveydenhuollon rahoituksen, palveluiden tuottamisen ja asiakkaiden tarpeiden muodostamien ristiriitojen vähentämiseksi³. Myös valtiollisen tason politiikassa laaditaan uusia ehdotuksia, suosituksia ja sääntöjä. Kunnat eivät kykene turvaamaan terveystalouden saatavuutta tasapuolisesti kuntalaisten tarpeisiin. Näyttää siltä, että asiat tapahtuvat ilman kenenkään kontrollia tai yhtenäistä ohjausta. Konkreettisia yhteisiä tavoitteita halutusta lopputuloksesta ei näytä olevan, vaan muutostoiminta on pirstaloitunut erilaisiin ja eriaikaisiin toimituksiin, joiden toimivuudesta kiistellään. Enää harva jaksaa painokkaasti puhua paikalliseen tarpeeseen vastaamisesta paikallisin palveluin. Alueellisesti kiistat terveydenhuollon palveluiden organisoimisen tavoista ovat silti edelleen helposti kärjekkäitä konflikteja.

Terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta julkisen terveydenhuollon pitkään jatkunut ja yhä nopeutuva muutosprosessi on hengästyttävä. Terveydenhuollon käytännön työssä opetellaan uudenlaisia ajattelutapoja palveluiden järjestämiseksi. Terveydenhuollon ammattikielen ja toiminnan, lääkitsemisen ja hoitamisen rinnalle on tullut uusia käsitteitä, puheta-
poja ja toimintoja. Palvelujärjestelmän muokkauksen seurauksena terveydenhuollon arjen toimivuus edellyttää uusia joustavia toimintakäytäntöjä. Niiden yhtenäinen rakentaminen on kuitenkin hankalaa. Priorisoinnit ovat jo pitkään olleet toimintakäytäntöjä ohjaavia pakkoja, jotka syntyvät tarpeiden ja kustannusten kasvun ja resurssien riittämättömyyden välisestä ristiriidasta. Uutta on ollut markkina-ajattelun ja markkinoiden kielen tun-

² Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 uudistuneet verkkosivut hankaloittavat vanhojen dokumenttien löytämistä. Hakusanalla ”Kansallinen terveyshanke” STM:n sivuilta löytyvät vuosien 2002–2007 dokumentit. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lähi-
vuosien kehittämistavoitteet ja toimenpiteet määritellään hallitusohjelmassa, sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa ja Kaste-ohjelmassa. Kaste-ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008–2011. Useita dokumentteja Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuoltoa ohjaavista hankkeista: Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaali- ja terveyspalvelut.

³ Ks. kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä esim. Stenvall, Vakkala, Syväjärvi, Leinonen, Juntunen, Oulasvirta ja Tiilikainen (2009).

keutuminen julkiseen terveydenhuoltoon.⁴ Markkina-ajatteluun kuuluu asiakkaan, rahoituksen ja tuottajan välisten suhteiden määrittäminen toisin kuin on perinteisessä kunnallisessa sosiaali- ja terveystaloudessa (esim. Ohtonen 2002; Ahonen 2003). Tulkittavaksi ja käytännön tasolla ymmärrettäväksi on tullut uusia käsitteitä, toimintamalleja ja tehtäviä. Tällaisia ovat esimerkiksi kilpailuttaminen, kustannustietoisuus, laadun standardointi sekä tilaaja–tuottaja-mallit⁵. Näiden uusien toimintamallien osalta rutiineja ei edelleenkään ole. Ei ole myöskään tietoa siitä, miten nämä moinisuuntaiset uudistukset konkreettisesti toteutetaan ja mitä ne tarkoittavat organisaatioissa. Toisesta suunnasta vastassa ovat asiakkaiden lisääntyvät, uudenlaiset ja yksilölliset tarpeet.

Yksityisten palveluiden tuomista julkisen rinnalle tai korvaajaksi perustellaan osin potilaiden valinnanvapauden lisääntymisellä. Kaikkien terveydenhuollon asiakkaiden osalta tärkeintä lienee, että potilaan saama hoito tapahtuu ammatillisesti ja asiantuntijaohjauksessa. Terveydenhuollon henkilöstön yhteinen vastuu palveluiden toimivuudesta korostuu. Potilaiden hoito- ja palveluketjujen katkoksettomuuden näkökulma linkittää terveydenhuollon ammattilaiset ja asiantuntijat yhteisen työn ja tietämisen äärelle. Olennaista lähestymistavassani on henkilöstön näkeminen palvelujärjestelmän muutosprosessin ja potilas/asiakastyön välissä aktiivisena toimijana kontingenteissa tilanteissa.

Palvelujärjestelmän uudistamiseen liittyvien tehokkuus- ja tuottavuusvaatimusten täytäntöön panoa varten on luotu toimintamalleja, joilla pyritään hallitsemaan inhimillistä työtä ja valjastamaan sekä eksplisiittinen asiantuntijatieto että hiljainen tieto hyödyksi. Terveydenhuollon ohjauksessa ja päätöksenteossa hyötyä argumentoidaan potilaan hoidon mahdollisimman hyvän organisoinnin retoriikalla. Päätökset suuren linjan muutoksista tehdään kaukana arkisesta potilastyöstä ja täysin irrallaan yksilöpoti-

⁴ Markkina-ajattelu ja markkinoiden kieli on tullut osaksi julkista toimintaa NPM-ideologian (New Public Management) leviämisen kautta. Kyse on uusien johtamistapojen tulosta julkishallintoon. Tämän myötä uudet toiminta- ja ajattelutavat kuten, ulkoistaminen, yksityistäminen, markkinoistaminen, pienemmillä panoksilla suurempi tulos ovat tulleet osaksi toimintaa. Julkisen ja yksityisen palveluiden tuottamisen etujen yhdistäminen tapahtuu näennäismarkkinoilla (kvasimarkkinat). Kaikki terveystaloudemarkkinoilla olijat eivät tähtää voiton tavoitteluun. Toimintamallit sekoittuvat toisiinsa ja tuovat mukanaan julkiselle sektorille perinteisesti kuulumatonta käytäntöjä, esim. tilaaja–tuottaja-mallit, palvelusetelit, potilaan asiakkuus. (Ks. esim. Julkunen 2007; Julkunen 2008, 183–190.)

⁵ Ks. julkisten sosiaali- ja terveystaloudellisten ulkoistamisen ja yksityistämisen tilanteesta Laiho & Lith (2011).

laan tilanteista. Potilastyö on kuitenkin terveydenhuollon henkilöstön konkreettista työtä.

Terveydenhuollon monitasoisen järjestelmän hallitsemiseen tarvitaan malleja ja toiminnan laadun ylläpitämistä ja uudistamistakin. Potilasnäkökulmastakin tarvitaan tehokkuutta. Tehokkuus näyttäytyy kuitenkin toisenlaisena yksilöpotilaalle kuin poliittisesta, taloudellisesta tai organisaatioiden hallinnon näkökulmasta.

Tavoitteeni on kuvata ja pohtia, miltä mallien ja yleisten kehittämistrendien takana näyttää. Avaan tutkimuksessani arjen kompleksisuutta tuodakseni näkyvämmäksi henkilöstön asemaa ja toimintamahdollisuuksia muutoksessa. Rakenteelliset muutokset eivät ole enää perinteisiä kohtuullisen hitaita muutoksia, vaan niistä on tullut nopeutensa ja vaativuutensa vuoksi inhimillisesti aikaisempaa koskettavampia. Muutokset vaativat henkilöstöltä sopeutumisen sijasta oman tehtävän yli menevää muutoksen ymmärtämistä. Näin ollen on kiinnitettävä huomiota tietämisen mahdollisuuksiin ja rajoihin inhimillisenä toimintana.

Olen seurannut terveydenhuollon kehitystä ja keskustelua sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluopettajana, palvelujärjestelmän selvitysnaisena ja lopulta tutkijana. Olen haastatellut lukuisia ihmisiä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämän seurauksena minua alkoi entistä enemmän kiinnostaa kysymys, miten henkilöstö, jonka työolot ja -ympäristö ovat jatkuvien muutosten alaisina, selviää perustyöstään potilaan hoitamisesta. Erityisesti kiinnostukseni kohteeksi nousi kahden julkisen terveydenhuollon organisaation, sairaaloiden ja terveystieteiden, henkilöstön yhteistyö yhteisen potilaan hoitamisessa. Yhteistyöllä tarkoitan konkreettisia ja käytännöllisiä yhteistyön tilanteita, kuten kollegoiden ja eri ammattilaisten välisiä konsultaatioita, keskusteluja, kohtaamisia asiakkaiden kanssa, neuvotteluita, koulutustilaisuuksia, seminaareja ja niin edelleen. Konkreettinen yhteistyö voi tapahtua puhelimitse, sähköpostitse, kirjeitse, videovälitteisesti, kasvokkain ja potilasta koskevien asiapapereiden välityksellä. Kyseessä voi olla lyhyt ainutkertainen hetki tai esimerkiksi potilaan hoitoon ja/tai kuntoutukseen liittyvä pitkä prosessi.

Terveystieteiden keskeiset ja sairaalat ovat olennaisia potilaiden hoidolle. Organisaatiot kytkeytyvät yhteen monin tavoin arjen käytännöissä, lainsäädännöllisesti, julkisina järjestelminä ja niin edelleen. Tarkastelen tätä yhteenliittymistä palvelu- ja hoitoketjuajattelun kautta. Palvelu- ja hoitoketjujen rakentamistyössä yhdeksi tärkeimmistä kompastuskohdista on todet-

tu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset raja-aidat (esim. Palveluketjun kriittisiä kohtia 2006 ja Silvennoinen-Nuora 2010).

Tutkin sairaaloiden ja terveyskeskusten välistä yhteistyötä aikana, jolloin terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistaminen rikkoo rutiineja. Väitteeni on, että terveydenhuollon kompleksisuus vaikeuttaa yhteistyötä huolimatta siitä, että yhteisiä toiminta-alueita pyritään standardisoimaan esimerkiksi Käypä hoito -suosituksien, palvelu- ja hoitoketjujen kehittämisellä sekä muulla yhteisten käytäntöjen ja prosessien kehittämisellä ja mallintamisella. Näissä toiminnan hallinnan välineissä on se ongelma, että ne eivät riittävästi tunnista osa-alueiden yhtäaikaaisuutta, vaan olettavat toiminnalle lineaarisen järjestyksen. Yhtäaikaisuus on kuitenkin läsnä ja sen tunnistamista edellytetään niiltä terveydenhuollon ammattilaisilta ja asiantuntijoilta, joiden olisi kyettävä potilaan hoidossa nopeasti huomaamaan oikeat johtolangat, että juuri tämä asiakas saisi oikean hoidon.⁶ Lisäksi ammattilaisen ja asiantuntijan tulisi ymmärtää järjestelmän ja organisaation ja myös asiakkaan näkökulmasta, miten palvelu annetaan oikeilla, hyväksytyillä kustannuksilla, vaikka eri tahojen intressit poikkeavat toisistaan. Tällaisissa tilanteissa tulevat vastaan inhimillisen toiminnan rajat. Tutkimukseni tavoitteena on kuvata näitä rajoja, mutta mahdollisuuksiaan avaten.

Kompleksiset järjestelmät ja työympäristöt

”Tutkimuksella on vain vähän suoraa vaikutusta terveydenhuoltoon, organisatorisilla muutoksilla on vain pieni vaikutus palveluiden tuotantoon, rationaaliset priorisointikehykset jäävät saavuttamatta ja ekonomistit kehittävät jatkuvasti teknisiä ratkaisuja, joilla ei ole mitään vaikutusta ruohonjuuritasolla.” Näin kirjoittaa David Kernick (2002, 94) esitellessään kompleksisen terveydenhuollon organisoitumista. Saman ajatuksen allekirjoitta-

⁶ ”Oikea hoito, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan, oikein kustannuksin” on muodostunut terveydenhuollon henkilöstön puheissa toistuvaksi hokemaksi. Sen alkulähde on Kansallisen terveyshankkeen yleisissä tavoitteissa, joissa ammatillisesti hyvän hoidon edellytykset, hoidon saatavuus, potilaan hoitoon pääsyn oikea ajankohta, hoidon järjestämisvastuut (hoitamisen paikka), kustannustehokkuus ja kustannusten jakautuminen eri toimijoiden kesken ovat olleet kehittämisen kohteina. (Esim. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002 ja Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti 2004.) Palvelujärjestelmärakenteiden muutosten ja arjen työn yhteinen ydin tiivistyy tässä hokemassa.

vat hyvin monet nykyisiä organisaatioita ja niiden suhteita eri tavoin selvittäneet tutkijat.

Terveydenhuollon kontingenttius⁷ muodostuu episodeissa. Pysin tuomaan näkyväksi episodien asemaa ja merkitystä kokonaisuuden järjestyksessä. Episodien pohtimisen myötä olen kohdannut sen kokonaisuudesta tietämisen mahdottomuuden, mikä terveydenhuollon henkilöstön työssä näyttää vallitsevan. Lähestyn tätä mielenkiintoista mahdottomuutta kahdelta suunnalta. Ensiksikin tarkastelen työympäristöjä kompleksisuusajattelun pohjalta. Hahmotan kokonaisuuksia, niiden ympäristöjä, niissä liikkuvia työprosesseja ja ihmisten välisiä suhteita. Toiseksi aineistoni tulkinta kytkee terveydenhuollon kahden organisaation, terveystieteiden ja sairaaloiden, henkilöstön arjen episodit niiden välisen yhteistyön kokonaisuuteen. Pohjimmiltaan on kyse siitä, että työtä ohjaamaan tarkoitettujen standardoinnit, mallien rakentaminen ja rakenteiden uudistaminen luovat ehkä selkeyttä kokonaiskuvaan, mutta arjen työssä vaikuttavat omat lainalaisuutensa malleista riippumatta. Tutkimukseni tarkoituksena on hahmottaa tätä laajojen kokonaisuuksien ja tarkkojen yksityiskohtien näkemisen ja ymmärtämisen vaatimusta.

Terveydenhuollon henkilöstö työskentelee monimutkaisessa järjestelmässä, jossa ammatilliseen osaamiseen käytännön asiakastyössä tarvittavan, tieteeseen perustuvan tiedon ja mahdollisten näkökulmien määrä on valtava. (Ks. Shortell 1983; Alanen, Hyyppä, Järvillehto & Sintonen. 2003; Maula 2004; Boyle & Pratt 2004; Kernick (toim.) 2004; Steinberg 2005; Sweeney 2006.) Sairaaloiden ja terveystieteiden henkilöstön työnjako perustuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtäväjakoon sekä erilaisiin ammatteihin ja asiantuntijuuksiin. Ammatillinen tieto perustuu tiedeperustaiseen koulutukseen ja kokemuksen kautta syventyvään tietämykseen. Tieteelliseen näyttöön perustuvat ohjeistukset ovat tulleet tärkeiksi yhteisen tietoperustan rakentamisessa, mutta se ei ole yksiselitteinen ja yhteneväinen perusta (ks. esim. Timmermans & Berg 2003). Lisäksi laaja lainsäädäntö ja kunkin organisaation toisistaan poikkeavat sisäiset normit ja säännöt hämärtävät yhteistyön yhteistä ymmärtämistä.

⁷ Kontingenttius tarkoittaa, että ilmiöllä ja siihen liittyvillä tapahtumilla on useita vaihtoehtoisia toteutumissuuntia. Tietoinen valitsijakaan ei voi etukäteen tarkasti tietää, mikä vaihtoehto toteutuu. Pienikin asia voi suunnata toimintaa radikaalisti ennalta aiotusta poikkeavasti. (Kontingentti ilmiö ks. esim. Leydesdorff 2003, 50–51, 77 ja Luhmann 2004, 62–63, 77.) Kontingenssi asettuu kuitenkin mahdollisuuksien rajojen sisälle eli ei ole täysin satumanvarainen (esim. Smith ja Jenks 2005, 158.)

Tarja Saaren-Seppälän (2006) mukaan on olemassa kollektiivinen tietovaranto, johon terveydenhuollon asiantuntijat voivat nojata yhteistyötä tehdessään. Kollektiivista tietovarantoa on esimerkiksi terveydenhuollon asiantuntijuuksien ja ammattilaisuuden pitkän historian kautta syntynyt kokemukseen ja tutkimukseen perustuva osaaminen. Kollektiivisen tietovarannon käyttö mahdollistaa periaatteessa yliorganisatorisen toiminnan eli yhteistyön siten, että potilaan hoitoketjun saumat organisaatioiden välillä poistuvat. Yhteistyöstä ja yhteisestä tiedosta ei kuitenkaan välttämättä vallitse jaettua ymmärrystä, kuten esimerkiksi Riitta-Liisa Kokon (2003) kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskeva tutkimus tuo esiin.

2000-luvun muutosprosessi on tuonut mukanaan tarpeen tietää ja ymmärtää entistä laajemmin. Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa ymmärrystä siitä, miten terveydenhuollon ammattilaiset rakentavat jaettua ja dialogissa toimivaa yhteistyöorientaatiota organisaatioiden välille. Kysymys on sekä tietämisen konteksteista että tietämisen tavoista ja orientaatiosta yhteiseen.

Käytän tutkimukseni analyttisenä viitekehyksenä systeemi- ja kompleksisuusteoreettisia käsitteitä (esim. Stacey, Griffin & Shaw 2000; Leydesdorff 2003; Luhmann 1989; 2004; Stähle 2004; Urry 2005a; 2005b). Etsin aineistosta mahdollisuuksia ja esteitä luoda yhtenäistä käsitystä toiminnasta kahden organisaation ja niiden henkilöstön välillä. Lisäksi analyysiäni ohjaavat Anselm Straussin (1993; 2001; 2008) ”neuvotellun järjestyksen” teorian ideat. Näen näiden ideoiden yhdistämisessä mahdollisuuden valaista inhimillisen arjen ja kompleksisten systeemien yhteensovittamisen haasteita. Sellaisten systeemien kuten esimerkiksi potilaiden, konsultaation, julkisen terveydenhuollon ja organisaatioiden tutkimisessa on hyödynnetty kompleksisuusajattelua (esim. Sweeney & Griffiths 2002; Kernick (toim.) 2004; Steinberg 2005; Sweeney 2006). Pysin tutkimuksessani osoittamaan, miten kompleksiset systeemit limittyvät toisiinsa ja tuottavat erityisen työympäristön henkilöstölle.

Irtaannun perinteisistä tavoista tarkastella asiantuntijuutta. Asiantuntijuutta on tarkasteltu ensiksikin valtasuhteina ja reviirien määrittäjänä, toiseksi yksilöllisenä ominaisuutena ja kolmanneksi yhteisöllisenä tai hajautettuna asiantuntijuutena (esim. Launis 1994, 6–7, 37; Eriksson-Piela 2003). Asiantuntijuutta on tutkittu myös pätevyytenä ja kvalifikaatioiden hallintana, asiantuntijaroolin tiedostamisena sekä oman tiedeperustan vahvuutena (Laakkonen 2004). Oma pyrkimykseni on löytää seikkoja, jotka yhdistävät eri alojen asiantuntijoiden käsityksiä ja saattavat heitä yhteen. Etsin myös vastausta siihen, mikä tätä yhdistymistä estää. Tavoittelen jon-

kin sellaisen löytämistä, jota henkilöstö ei tietoisesti ajattele tai ääneen puhu eli alkuja uusien yhteisen tietämisen rutiineille, joita ei ole vielä syntynyt. Näin ollen perinteisen ja uuden kohtaamista ei ole myöskään rutiineina tunnistettavissa.

Kuvaan tutkimuksessani terveydenhuollon henkilöstön erilaisiin tietoperustoihin pohjautuvaa työympäristöjen kompleksisuutta ja kysyn, miten tällaisessa kompleksisuudessa on mahdollista tietää yhdessä, millainen yhteistyön perusta tämä tietämisen maisema on.

[Yhteistyöasiantuntijuus on] Sitä, että ymmärtää, mitä joku asia käytännössä tarkoittaa. Pitää nähdä asiat laajoina kokonaisuuksina ja tarkkoina yksityiskohtina sekä niiden yhdistämisinä. (ESHter/154)

1.2 Tutkimuksen järjestyminen

Tutkimukseni konteksti muodostuu suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä kehitysprosessineen, organisaatioineen, toimintakäytäntöineen ja potilaineen. Järjestelmän organisaatiot olen rajannut sairaaloihin, jotka huolehtivat erikoissairaanhoidosta ja terveyskeskuksiin, jotka puolestaan tuottavat perusterveydenhuollon palvelut. Monitasoisuus, moniulotteisuus ja monitoimijuus muodostavat olennaisen kontekstin aineistoni yhteisen tietämisen tulkintaan. Analyysini perustuu yhteisen työn ja tietämisen problematiikkaan. Terveydenhuollon henkilöstön työympäristöjen näkökulmasta uudet toimintatavat, palvelurakenteiden muutospyrkimykset ja toisaalta asiakasrakenteisiin liittyvät muutokset ovat luoneet yhteistyön vaatimuksen konkreettiseksi ja rikkoneet vanhoja rutiineja. Yhteistyön vaatimus on yhtäältä konkreettinen ja vahva, mutta toisaalta yhteistyön tavoitteet arjessa ovat epäselvät. Terveydenhuollon henkilöstö työskentelee monelta suunnalta tulevien paineiden alaisena.

Esittelen tutkimusasetelman, aineiston sekä analyysiperusteet luvussa kaksi. Luvussa kolme rakennan kuvaa terveydenhuollon järjestelmästä systeemi- ja kompleksisuusteoreettisessa kehyksessä. Käytän työssäni systeemi- ja kompleksisuusteorioiden käsitteitä ja ideoita. Sovellan terveydenhuollon tutkimusten näkemyksiä kompleksisen systeemin ydinpiirteistä (esim. Stacey ym. 2000; Sweeney & Griffiths 2002; Leydesdorff 2003; Kernick [toim.] 2004; Luhmann 1989; 2004; Steinberg 2005; Sweeney 2006; Stähle 2004).

Henkilöstö edustaa tutkimuksessani organisaatiota ja ammattia tai asiantuntijuutta. Luvussa neljä kuvaan lyhyesti ammatillisia tietoperustoja. Luvussa viisi siirryn analyysissä järjestelmästä organisaatioympäristöön, joita kutsun tietämisen organisatorisiksi konteksteiksi. Näissä organisatorisissa ilmastoissa henkilöstö järjestää kompleksisuutta ja neuvottelee yhdessä ja erikseen (esim. Strauss 2001; 2008).

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutokset sekä asiakkaiden monet ongelmat ovat tuoneet mukanaan monenlaisia yhteistyön edellytyksiä. Moniammatilliset ja monen organisaation väliset kokoontumiset ovat vain osa tarvittavaa yhteistyötä. Yhteistyön ydin on asiantuntijoiden ja ammattilaisten suhtautumistavoissa yhteistyötä kohtaan sekä asiakasta koskevan tiedon ymmärtämisen tavassa ja käyttämisessä. Millä tavalla potilas on mukana henkilöstön työssä, tulee analyysiin luvussa kuusi.

Luvussa seitsemän asetan dialogisen orientaation ideaalin peilauskohdaksi siihen, mitä henkilöstöltä vaadittaisiin, jotta potilaan hoito- ja palveluketju olisi täydellisen saumaton. Pohdin yhteistyötä ja yhdessä tietämistä ja dialogin toteutumista sekä kokoan yhteen aineistoni tulkintaa.

Empiirinen aineistoni on syntynyt tilassa, jossa vastaajat ovat pysähtyneet kyselyyn vastatessaan miettimään hetkeksi yhteistyötä ja yhteistä potilasta terveystieteiden ja sairaaloiden välillä. Nämä hetket, episodit, asetan keskustelemaan toistensa kanssa analyysissäni. Etsin vastausta kysymykseen, kuinka tietää yhdessä kompleksisissa työympäristöissä. Luvussa kahdeksan esitän tulkintani ja johtopäätökseni terveydenhuollon kompleksisesta luonteesta.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

2.1 Tutkimusasetelma

Terveydenhuollon yhteistyökentän moniulotteisuus antaa hyvän syyn suhtautua tutkimaani ilmiöön nöyrästi. Kohtaan tutkijana saman paradoksin, kuin minkä väitän terveydenhuollon henkilöstön kohtaavan omassa työssään. Kohtaan tiedon ja tietämisen, osien ja kokonaisuuden kompleksisen maailman, josta arjen toiminnassa tarvittaisiin tarkka kokonaisnäkemys, mutta tämä on käytännössä mahdotonta. Teen rajauksia, joista syntyy eräänlainen poikkileikkaus kokonaisuuteen. Väistämättä tämä tuottaa pinnallisuutta, vaikka tavoitteena on syvällisyys. Keskittyminen rajatumpaan, yhteen episodiin, esimerkiksi yhteen organisaatioon tai yhden organisaation johonkin prosessiin, ei kuitenkaan mahdollistaisi tavoitteeni saavuttamista.

Analyysini kohteena ovat organisaatioiden välisen yhteistyön ja erilaisten ammattilaisten yhdessä toimimisen haasteet. Eri ammattiryhmien suhdetta toisiinsa vallan, professionaalisuuden, koulutuksen ja työnjaon muodostamien erojen kautta on tutkittu paljon. On diskursiivisia kielenkäytön tapoja, joilla erotteluja pidetään yllä (esim. Eriksson-Piela 2003), on sosiologisesti jäsennettyjä erilaisia ammatillisten identiteettien rakentamisen tapoja, koulutukseen ja tehtävien jakoon perustuvia luokkasemia, jotka hierarkisoivat ryhmiä erillisiksi (Kinnunen 2001). Sosiaali- ja terveysalojen työ on pitkälti naisten tekemää työtä⁸. Näin ollen monet hierarkisoitumisen ydinkysymykset ovat löytyneet sukupuolten välisen työnjaon alueelta (esim. Julkunen 1992, 40–53 ja 67–76; Anttonen, Henriksson & Nätkin 1994; Henriksson 1998). Lähinnä hoito- ja lääketieteellisissä tutkimuksissa on myös pyritty luomaan eri toimintojen välistä työnjakoa selkeyttäviä malleja. Käytännön toiminnan kehittämistä ja mallintamista on tutkittu Suomessakin runsaasti (esim. Turtiainen 1999; Ensio 2001; Hiidenhovi 2001; Kujala 2003; Hyvönen 2004; Peltonen 2009). Omassa tutkimuksessani olen valinnut lintuperspektiivin, josta pyrin näkemään terveydenhuollon systeemisen kokonaisuuden siihen kuuluvine organisaatioineen. Katson aineistoni kautta henkilöstön arkista työtä myös läheltä.

⁸ Ks. esim. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2008.

Tutkimuskysymykset ja tutkimukselle asetetut tehtävät ovat:

I Miten terveydenhuollon kompleksisuus ilmenee?

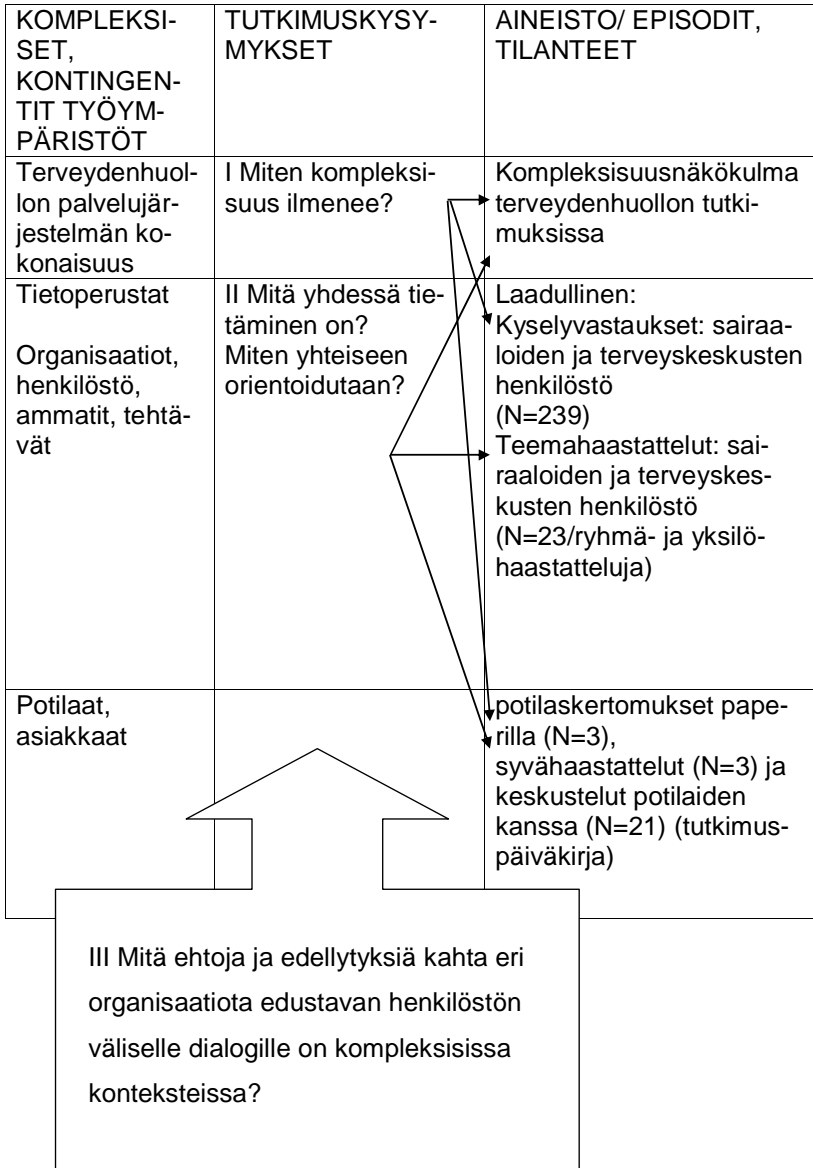
Kuvaan ja analysoin terveydenhuollon järjestelmän kokonaisuutta kompleksisena ilmiönä. Lisäksi analysoin henkilöstön organisatorisia ja arjen potilastyön muodostamia työympäristöjä. Kompleksisuuden analyysin kohteena ovat seuraavat tasot: Terveydenhuollon kokonaisjärjestelmä systeemympäristönä ja sairaalat ja terveyskeskukset organisaatioina ja erilaisten spesialiteettien ja asiantuntijuuksien kontekstina. Lisäksi yhtenä tasona on potilaan läsnäolo henkilöstön työssä.

II Mitä ”yhteinen tietäminen” on? Miten yhteiseen orientoidutaan?

”Yhteinen tietäminen” kohdistuu tutkimuksessani perusterveydenhuoltoa edustavien terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon edustavien sairaaloiden väliseen, yhteisen asiakkaan kautta syntyvään yhteisen tiedon alueeseen. Miten kompleksisessa ympäristössä ja erilaisiin asiantuntijuuksiin perustuvassa työssä luodaan tulkintoja itselle ja toisille relevantista tiedosta? Millaisen tietämisen perustan eksplisiittinen ja implisiittinen tietäminen muodostavat terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteisen potilaan hoidolle?

III Mitä ehtoja ja edellytyksiä kahta eri organisaatiota edustavan henkilöstön väliselle dialogille on kompleksisissa konteksteissa?

Ensimmäisen ja toisen kohdan kysymyksiin vastaan aiemman tutkimuksen ja luvussa 2.2 tarkemmin esittelemieni aineistojen perusteella. Tästä kokonaisuudesta rakennan teoreettiset johtopäätökseni työn läpi kulkevaan kysymykseen dialogisen yhteisen tietämisen ehdoista ja edellytyksistä. Vastaan kysymykseen, miten rakenteet (kuten terveydenhuollon organisatorinen työnjako ja palvelujärjestelmä) ja arjen toimintakäytännöt sekä toimijoiden orientaatiot kytkeytyvät toisiinsa. (Kuva 1.)



Kuva 1. Tutkimusasetelma

2.2 Tutkimusaineisto

Kompleksisuuden teoreettisessa analyysissä hyödynnän kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Empiirisinä aineistoina käytän kesällä 2006 keräämäni laadullista valtakunnallista kyselyaineistoa (N=239) sekä 22 kunnassa tekemiäni sairaaloiden ja terveyskeskusten henkilöstön teema-haastatteluja (N=23) vuodelta 2004. Kolmas empiirinen aineisto muodostuu keskusteluista monien potilaiden kanssa, syvähaastatteluista ja kolmen potilaan potilaskertomuksista. Vuosien 2005 ja 2010 välille sijoittuvien keskustelujen (N=21) ja syvähaastattelujen (N=3) sisällöt olen kirjannut tutkimuspäiväkirjaani. Kyselylle vaihtoehtoisia aineistonkeruutapoja olisivat olleet haastattelut ja/tai etnografia. Kahteen organisaatioon sisäänpääsy ja etnografisen tutkimuksen toteuttaminen useammassa kuin yhdessä sairaalassa ja terveyskeskuksessa ei olisi ollut mahdollista yhden tutkijan ajallisilla ja taloudellisilla resursseilla. Sama ongelma olisi ollut puhtaasti laadullisten yksilöhaastattelujen suhteen. Useiden organisaatioiden henkilöstöryhmien vastauksia sisältävän poikkileikkausaineiston saaminen olisi ollut vaikeaa.

Laadullinen kyselyaineisto

Laadullinen valtakunnallinen kyselyaineisto syntyi tutkimusprojektissa, jossa työskentelin 2005–2007. Projektin tavoitteena oli tutkia sähköistä, visuaalisesti perinteisestä lomakkeesta eroavaa kyselytapaa. Tämän tutkimuksen aineiston tuottaneeseen lomakkeeseen sisältyy projektin tavoitteen mukaisesti menetelmällisiä testejä. Ensimmäinen oli kaksikulotteisen kysymyksen käyttö ja tulkinta ja toinen kysymys, miten laadullista aineistoa on mahdollista hankkia lomakkeella, jota perinteisesti pidetään määrällisen aineiston hankinnan välineenä.⁹

⁹ Projektin tuloksia on esitelty kattavasti julkaistuissa raporteissa (Kumpuniemi, Selkälä & Petäjäjärvi 2006; Ronkainen & Karjalainen 2008) sekä artikkeleissa (Mertala 2009 a ja b; Selkälä 2008a, 2008b; Selkälä, Ronkainen & Alasaarela 2010). ZEF-työkalua on hyödynnetty useissa tieteellisissä tutkimuksissa (mm. Ronkainen 2008; Merilä 2008; Immonen 2006). ZEF on sovellusohjelma, jolla on mahdollista laatia ja raportoida erilaisia sähköisiä, internet-pohjaisia kyselyjä. Se tarjoaa aineiston hankintaan nopean työkalun, joka lyhentää kyselyiden postittamiseen ja datan käsin syöttöön käytettävää aikaa. Lisäksi työläs litterointivaihe jää pois, koska vastaajien kirjoittamat vastaukset tulostuvat suoraan ZEF-raporttiin analysoitavaksi. Sähköinen lomake mahdollistaa myös muun muassa aineiston kvantitatiiv-

Lähetin kyselyn viiden yliopistollisen sairaalan alueelle kesäkuussa 2006. Kysely lähti 10 sairaanhoitopiiriin sairaalalääkäreille, terveyskeskuslääkäreille sekä terapia- ja hoitohenkilöstölle. Vastauksia tuli 8 sairaanhoitopiiristä. Sairaaloiden ja terveyskeskusten välinen yhteistyö linkittyy toisiinsa organisaatioiden välillä liikkuvan yhteisen asiakkaan kautta. Valittujen vastaajaryhmien työssä asiakkaan liikkuminen sairaalan ja terveyskeskusten välillä on konkreettisinta. Kyseessä oli pääosin avokysymyksiä sisältänyt kysely, jossa kyselylomakkeet lähetettiin sähköpostitse.

Kertynyt aineisto on enimmäkseen tekstiaineistoa. Kysely lähti yli 600 henkilölle, mutta sähköpostiosoitteiden virheellisyyden vuoksi kysely saavutti 546 henkilöä. Vastauksia tuli 239 vastaajalta (43,8 %). Lähetin muistutuskyselyn kaksi kertaa. Vastausprosenttiin vaikuttaneita seikkoja pohdin tässä luvussa myöhemmin.

Kyselyyn vastasi 44 terveyskeskuslääkäriä (yleislääkäreitä oli 39, työterveyshuolto 2, sisätaudit 2, psykiatria 1). Myös sairaalalääkäreissä oli yleislääkäreitä (3/ 34). Sairaaloiden muut lääkärit edustivat reumatologiaa (3), fysioterapiaa (6), muuta kuntoutusta (1), neurologiaa (7), psykiatria (2), kirurgiaa (9) ja hallintotehtäviä (3). Kyselyn terveyskeskuslääkärien työkokemus oli keskimäärin 19,8 vuotta. Sairaalalääkärien työkokemus oli keskimäärin 12,9 vuotta. Lääkäreiltä tuli vastauksia kaikkiin avokysymyksiin perusterveydenhuollosta yhteensä 362 ja erikoissairaanhoidosta 253. Vastaukset on koodattu tekstinäytteissä numeroilla, joita edeltää vastaajaryhmän lyhenne. Erikoissairaanhoidon lääkärit on merkitty ESHlääk/vastauksen numero, perusterveydenhuollon lääkäri PTHlääk/nro ja vastaavasti terapeutit ja hoitohenkilöstö samalla logiikalla (PTHter, ESHter, PTHhoit, ESHhoit). (Ks. taulukko 1).

Sairaalan terapia- ja ohjaushenkilöstöstä vastasi 48 henkilöä. Terveyskeskuksista tuli 64 vastausta. Terapia- ja ohjaushenkilöstön vastaukset olivat aineistossa runsaimmat. Tämä johtunee terapiatyön luonteesta. Se on pääosin kuntoutustyötä terveydenhuollon organisaatiossa. Henkilöstön tehtäväkuvaan kuuluu selkeimmin asiakkaiden/potilaiden hoitoketjun kokonaisuuden tarkastelu. Työtehtävät ja kuntoutusjärjestelmän monitoimijainen rakenne asettavat tälle vastaajaryhmälle erityiset, aktiivisen dialogisuuden vaatimukset. Terveyskeskusten vastaajista suurin osa oli fysioterapeutteja (40). Muut vastaajat olivat puheterapeutteja, toimintaterapeutteja

visten tunnuslukujen nopean raportoinnin sekä aineiston avokysymysten ryhmittelyn vastaajaryhmien mukaisesti. Tämä helpottaa avovastausten käsittelyä.

ja kuntohoitajia. Sairaaloiden vastaajat olivat fysioterapeutteja 12, kuntoutuksenohjaajia 12, toimintaterapeutteja 5, puheterapeutteja 2, hallinnollisissa tehtävissä ilman tehtävätarkennusta 14 ja muissa tehtävissä 3. Fysioterapeuttien osuus selittyy sillä, että heitä työskentelee kuntoutustehtävissä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa eniten suhteessa muihin kuntoutuksen ammattinimikkeisiin (Kuntien sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2008.) Työkokemus oli terveyskeskusten vastaajilla keskimäärin 15,8 vuotta ja sairaaloissa 13,8 vuotta. Terapia- ja ohjaushenkilöstön vastauksia kaikkiin avokysymyksiin oli perusterveydenhuollosta 456 kappaletta ja erikoissairaanhoidosta 400.

Muun hoitohenkilöstön vastauksia tuli sairaaloista 19. Heidän työkokemuksensa oli keskimäärin 17,3 vuotta. Terveyskeskuksista vastauksia tuli 30. Vastaajien työkokemus oli terveyskeskuksissa keskimäärin 14,2 vuotta. Vastaajat olivat pääasiallisesti sairaanhoitajakoulutuksen saaneita terveyskeskusten ja sairaaloiden eri tehtäväalueilla, enimmäkseen esimiestehtävissä toimivia henkilöitä (osastonhoitajia, johtavia hoitajia, ylihoitajia). Hoitohenkilökunnan vastauksia kaikkiin avokysymyksiin oli 185 kappaletta perusterveydenhuollosta ja 127 erikoissairaanhoidosta.

Taulukko 1. Vastaajamäärät, vastausprosentit ja vastausten määrät kyselyssä

	Lääkärit	Terapiahenkilöstö	Hoitohenkilöstö	vastattu /lähetetty
Terveyskeskukset N= Vastaukset avokysymyksiin kpl	44 362	64 456	30 185	138/360
Sairaalat N= Vastaukset avokysymyksiin kpl	34 253	48 400	19 127	101/186
Yhteensä N=	78/245	112/200	49/101	239/546 43,8 %
Vastausprosentti	32,6 %	46,9 %	20,5 %	(100)

Henkilökohtaiset/ammattilliset yksilövastaajien näkemykset on ZEF-sovelluksen raportoinnissa mahdollista ryhmitellä taustamuuttuja- tai arvioijaryhmäkohtaisesti (ks. Ronkainen & Karjalainen 2008). Jaottelu, jota tutkimuksessani käytän, noudattaa organisaatiojakoa, terveyskeskukset ja sairaalat sekä organisaatiokohtaista ammattiryhmäjakoa, lääkärit, terapia- ja ohjaushenkilöstö sekä hoitohenkilöstö. Aineisto on laadullinen näyte, jota ei voi tilastollisessa mielessä yleistää. Näyte on kuitenkin valtakunnallinen ja laadullisena aineistona varsin suuri, joten yleistettävyyttä ilmiöön voi jollain tasolla sanoa olevan. Vuoden 2006 kyselyvastaukset ja vuoden 2004 teemahaastattelut on kohdistettu samoissa tehtävissä toimiville henkilöille eri sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Aineistot täydentävät toisiinsa.

Avoimia kysymyksiä kysyvän lomakkeen synty

Kyselylomakkeen lopullinen muoto syntyi kokeilujen tuloksena. Hain yhteistyön tutkimisen rajausta ja testasin erilaisia kysymysmuotoiluja, joihin kolme kuntoutustyötä tekevää henkilöä antoi testivastaukset keväällä 2006. Kokeiluprosessin tuloksena syntyi työhypoteesi arjen yksityiskohtien runsauden merkityksellisyydestä yhteistyön toteuttamisessa. Tätä ei kuitenkaan voinut kysyä strukturoidulla lomakkeella, siksi päädyin ratkaisuun, jossa palautin yksityiskohdat yleisemmiksi, usealle vastaajaryhmälle yhteisiksi teemoiksi, yleisluonteisiksi kysymyksiksi yhteistyöstä. Ohjasin vastaajia kyselykutsussa (liite 1) ja kyselyssä (liite 2) ajattelemaan terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteistä asiakasta, erityisesti vaikeasti sairasta, joka tarvitsee molempien organisaatioiden palveluita.

ZEF-kysely on perinteisestä strukturoidusta ja puolistrukturoidusta lomakkeesta visuaalisesti poikkeava lomake, jossa käytin erilaisia kysymystyyppejä, mutta eniten avokysymyksiä (liite 2). Kyselyn lopullinen toteutustapa muistuttaa laadullista teemahaastattelua. ZEF-kyselylle ominaiset kysymysryhmittelyt toimivat pääteemoina¹⁰. Niiden alle sijoituivat

¹⁰ ZEF-lomakkeen kysymystyypit ovat: avoimet kysymykset, monivalintakysymykset, vaihtoehtokysymykset, janakysymykset ja kaksiolotteinen kysymys. (Ks. Ronkainen, Karjalainen, Mertala 2008, 33–41). ZEFin käyttämät käsitteet poikkeavat jossain määrin perinteisistä. Esimerkiksi saatekirje on kyselykutsu, avokysymys on vapaapalaute ja niin edelleen. (Ks. Telkki & Alasaarela 2002; Kumpuniemi, Petäjäjärvi & Selkälä 2006; Ronkainen & Karjalainen 2008).

teemaan liittyvät alakysymykset. Esimerkiksi pääteema ”Arjessa tapahtuu” sisälsi viisi avointa alakysymystä. Kysymysryhmien otsikoinneilla, kysymysten ohjeilla ja kysymysten sanamuodoilla annoin vastaajille tutkimuskiinnostukseni mukaiset varsin väljät rajat. Kyselyn muoto noudattelee aiempien haastattelujeni (liitteet 3 ja 4) ideaa, mutta laajemmalla vastaajajoukolla. Avointen kysymysten teemat antoivat vastaajalle vapauden kertoa haluamansa sisällöt kysytyistä teemoista. Pyrin ratkaisullani siihen, että vastaajat loisivat kuvaukset yhteistyöstä itse ja ilman tutkijan yksityiskohtaisia ohjeita.

Nimesin kyselyni Anna palaa! -kyselyksi. Tällä ratkaisulla oli tarkoitus tarjota vastaajille mahdollisuus avoimeen puheenvuoroon yhteistyöstä sairaaloiden ja terveystieteiden välillä. Parhaiten tämä toteutui lomakkeen alussa siten, että pyysin vastaajaa kertomaan epäonnistuneimmista ja onnistuneimmista terveystieteiden ja sairaaloiden yhteistyötilanteista. Näiden jälkeen pyysin vastaajia arvioimaan omaa yhteistyöosaamistaan ja kertomaan odotuksistaan yhteistyökumppaneita kohtaan. Lopuksi vastaajan tehtävänä oli määritellä yhteistyöasiantuntijuutta. Vastaajat vastasivat kirjallisesti, joten vastaukset olivat tavanomaista teemahaastattelua lyhyempiä.

Lomakkeen teemojen valintaan ovat vaikuttaneet muun muassa hoito- ja palveluketjuehittämissä raportoidut tulokset. (Esim. Ketola ym. 2006, 7.) Näissä on todettu tietyt yhteistyön esteet, jotka olen asettanut vastaajien pohdittavaksi. Esimerkiksi perusterveydenhuollon kokonaisvastuu kuntalaisen, potilaan hoidossa korostuu (esim. Lausvaara, Soidinmäki & Tuuri 2004; Nummenmaa 2007). Näin ollen yhdeksi tärkeäksi teemaksi kyselyssäni tuli kysymys vastuun jaosta.

Kyselyyn vastaamattomuuden perusteluita

Vastausprosentti (43,8) oli odotuksiini nähden korkea. Kysely oli tavanomaisesta poikkeava ja vaati valmiiden vastausten ruksaamisen sijasta vastausten kirjoittamista avokysymyksiin. Toisaalta puhtaasti kvantitatiivinen lähestymistapa olisi edellyttänyt valtavan pitkää strukturoitua erilaiset ammattiryhmien tilanteet huomioivaa lomaketta, joka puolestaan olisi verratnut vastaajien määrää. Lääkäreiden kyselyihin vastaamiskäyttäytymistä tutkineet Jonathan B. VanGeest, Timothy P. Johnson ja Verna Welch (2007) etsivät keinoja lääkärien alhaisten vastausprosenttien korottami-

seen. Hyväksi keinoksi on todettu yhtäältä taloudelliset houkuttimet ja toisaalta erilaiset lomakkeen suunnittelun strategiat (mt.). Muotoilemalla kyselyn hyvin lyhyeksi, mutta tutkimuskysymyksen kattavaksi tavoittelin yleensä heikosti vastaavien vastaajaryhmien motivoimista. Lisäksi pyrin rohkaisemaan vastaajia vapaan sanan idealla.

Avokysymyksiin vastaamiseksi tarvitaan aitoa kiinnostusta aihetta kohtaan. Don A. Dillmanin (2007, 487) mukaan paperilomakkeissa vastaustilan lisääminen on selkeästi lisännyt vastausten pituutta ja sisältöjen moninaisuutta. Sähköisissä lomakkeissa etu on vieläkin suurempi, sillä esimerkiksi rajoittamaton merkkien määrä vastauslaatikossa ei pidennä lomaketta vastaajan näkökulmasta. Paperilomakkeilla ongelmana on ollut, että pidennetty vastaustila lisää lomakkeiden sivumäärää, mikä vähentää vastaamista. Dillmanin (mt.) näkemyksen mukaan sähköiset lomakkeet ovat parantaneet avokysymyksiin vastaamista.

Muutamit varsinaiseen kyselyyn vastaamatta jättäneet lähettivät sähköpostia, joista sain arvokasta tietoa vastaamattomuuden syistä. Tutkimuslupakäytäntöjen ja organisaatorakenteiden monenlaisuus ja epäselvyys vaikeutti tutkimuksesta tiedottamista. Tiedotteen osoittaminen oikeisiin osoitteisiin oli vaikeaa. Yhtenäistä käytäntöä ei ollut. *”En voi vastata. Et ole hakenut tutkimuslupaa terveystieteiden osastolta.”* Kaksi henkilöä ilmoitti, että lupaa ei ollut haettu ja että tiedote ei ole riittävä tapa. Saamieni sähköpostien avulla sain myös korjattua tilanteita, joissa tiedote oli mennyt väärään osoitteeseen: *”Sain tehtäväkseni tiedustella, oletko lähettänyt tiedotteen xxx sairaanhoitopiiriin, ja jos olet kenelle, henkilöstöllemme tehtävästä tutkimuksestasi? Jos olet tiedotteen lähettänyt, se ei ilmeisesti ole päätynyt oikealle henkilölle, kun kyselyitä nyt asiasta tulee meille tänne hallintoon. Jos taas et ole lähettänyt tiedotetta, pyydän toimittamaan sen minulle, niin välitän sen oikeille henkilöille. Ystävällisin terveisin ...”*

Kiire ja töiden priorisoinnin pakko on ollut monella syy jättää vastaamatta (14). Lisäksi kiirettä kommentoitiin myös vastatuissa lomakkeissa. Nämä kommentit ovat kuitenkin osoitus siitä, että tutkimani asiaa pidetään tärkeänä. *”Kiitos viestistäsi. Minua odottaa 268 e-mailia kongressimatkan jälkeen. Voisimmeko jättää asian.”*, *”Valitettavasti nyt työpaine ja -kiire estävät minua vastaamasta.”* *”Vastaisin mielelläni, mutta työtilanne on lääkäripulan takia ollut sellainen, että kaikkien ylimääräiseen joutuu sanomaan ein, näin nytkin. Menestystä tutkimuksellesi, aihehan on tärkeä.”* *”Hei, valitettavasti ajanpuutteen vuoksi minulla ei ole mahdollisuuksia osallistua kyselyynne. Vastaavan tyyppisiä kyselyitä tulee kymme-*

nittäin kuukaudessa lääketeollisuudelta, tutkijoilta, gallupeilta ym.” Kii-reen kategoriaan, mutta myös kysymysten luonteeseen liittyy seuraava pe- rustelu: *”Kysymykset ja näkökohdat ovat niin laajoja, ettei minulla ole ai- kaa työaikana vastata, kun tämän rutiinin pyörittäminen vie kaiken työajan ja vähän enemmänkin. Yhteistyö on kyllä erittäin tärkeää tk:n ja sairaalan välillä.”* VanGeest, Johnson ja Welch (2007) ovat todenneet ajanpuutteen tärkeimmäksi lääkäreiden vastaamattomuuden syyksi. Vaikka kysely koetaan tärkeäksi, käytettävissä oleva aika on priorisoitava varsinaisiin työtehtä- viin.

Toisaalta kyselyyn ei vastata, jos sitä ei koeta sisällöllisesti mielek- kääksi (VanGeest, Johnson & Welch 2007, 304) tai vastaaja ei koe kuulu- vansa vastaajaryhmään (2). *”Olen fysiologian ja isotooppilääketieteen lääkäri, eräänlainen laboratoriospesialisti, joten yhteistyö terveyskeskus- ten kanssa on minimaalista potilasasioissa. Arviolta 99 % pyynnöistä tulee erikoissairaanhoidon puolelta.”* On myös viestejä, jossa vastaaja ilmoittaa olevansa lomalla, sijainen vastaa tai vastaaja ilmoittaa jäävänsä eläkkeelle. Kysely oli vastattavana kesä–elokuussa eli loma-aikaan.

Suurimmaksi kadon syyksi nousivat ”tekniset ongelmat”. Lasken tä- hän kategoriaan myös sähköpostiosoitteen vanhentumisen tai muuttumisen esimerkiksi työpaikan vaihdoksen vuoksi, vaikka kyseessä onkin osittain teknisen järjestelmän ja muiden muutosten ajallisten toteutusten erilaisista ajallisista toteutumisista (26). *”Nyt on lomakiireet iskeneet päälle ja tämä sähköpostikin lakkaa toimimasta huomenna, joten ymmärtänet ongelman myös tentattavan kannalta. Kaikki viestit häviävät ja olen nyt epätoivoises- ti selvittämässä ne tärkeimmät talteen pistettävät asiat! Hyvää kesän jat- koa ja toivon, että tutkimukseenne kuitenkin onnistuu!”* Palomuuriongel- masta ilmoitti yksi henkilö: *”Sairaalamme palomuuriasetukset estävät vastaamasta kyselyyn, kuten oli asianlaita myös edellisten viestiesi kans- sa.”* Kyselyni oli siirtynyt roskapostilaatikkoon.

Edellä esitetyt vastaamattomuuden syyt ovat uskottavia myös niiden osalta, jotka eivät tehneet ilmoitusta vastaamatta jättämisestään. Internetsi- vustojen sähköpostiosoitteiden päivitys ei ole ajan tasalla. Henkilöstön ajantasaisia sähköpostilistoja ei ole ja jos onkin, niitä ei jaeta organisaation ulkopuolisille. Palomuuriongelmat ovat myös sellaisia, että vastaaja on voinut jäädä tavoittamatta kokonaan, mikäli kyselyni on siirtynyt suoraan roskapostikategoriaan. Kommenteista on luettavissa kuitenkin se, että tut- kittavaa asiaa pidetään tärkeänä. Ainoastaan yksi vastaaja lähetti sähkö- postin, jossa totesi etteivät nämä asiat kyselemällä parane. *”Turha on siis*

vastata.” Kokonaisuutena yhteistyön kysymykset koetaan tärkeiksi. Vastaamattomuuden syyt löytyvät pääosin muualta kuin tutkittavasta teemasta. Nämä viestit ja vastaanottamani puhelut auttoivat minua ymmärtämään työympäristöjen kompleksisuudesta lisää.

Potilaiden kertomukset ja teemahaastattelut

Aineistonani olevat potilaskertomukset (N=3) ovat syntyneet sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla potilaasta eri aikoina kirjattuina merkintöinä. Niistä muodostuu ajan saatossa henkilöstön kertoma, monien sivujen mittainen yksilöllinen tarina potilaasta. Anonymisoituja potilaskertomuksia on kaksi ja niihin on hankittu lupa sairaanhoitopiiriltä ja potilailta itseltään. Yksi potilaskertomus on syvähaastattelemani henkilön kertomus. Hän halusi itse mukaan tutkimukseeni kuultuaan tutkimukseni teemasta.

Potilaiden syvähaastattelut (N=3) ja keskustelut (N=21) olen kirjannut päiväkirjamuistiinpanoiksi, joiden kautta olen pohtinut potilaiden kulkua terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä. Keskustelut ovat kertyneet tutkimusmatkani varrella hyvin erilaisissa tilanteissa. Tutkimukseni teema on kiinnostanut ihmisiä ja olenkin päässyt keskustelemaan terveydenhuollosta lukuisten potilaiden kanssa. Ihmiset ovat halunneet kertoa minulle tilanteistaan. Keskustelut ovat tapahtuneet sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja eri tilanteissa matkoillani ympäri Suomen. Syvähaastattelut ovat olleet seurausta näistä keskusteluista.

Päiväkirjamerkinnöistä esimerkkinä haastattelu 12.9.2005: ”*Asiakashaastattelu: kuntoutuspolun muodostuminen alkanut tammikuussa, ammatillisen kuntoutuksen ja uudelleen koulutuksen selvitys. Sitä ennen parin vuoden historia terveyskeskuksen ja sairaalan asiakkaana. Elämäntilanne muuttunut liian raskaaksi. Päivystyskäynti erikoissairaanhoidossa. Sairasloma (A-todistus) ja lääkettä. Terveyskeskuksessa kahdella eri lääkäriillä. Sairasloma ja lääkitys. Kunnallisessa mielenterveystoimistossa erikoissairaanhoitajan terapiassa, aluksi viikoittain, nyt harvemmin. Terveyskeskuksen psykiatri antaa sairaslomaa ja uusii reseptin. B-todistus elokuussa. Totaalinen väsyminen. Kuntoutusselvitys ja yhteistyöryhmän kokous elokuussa.*” Painopiste tässä tutkimuksessa on kuitenkin henkilöstön näkökulmassa ja heidän kauttaan hankitussa aineistossa. Kuvaan potilasaineistojen avulla potilaan kautta muotoutuvia haasteellisia työympäristöjä.

Teemahaastatteluisa keväällä 2004 haastateltavina oli 22 kunnan terveyskeskusten lääkäreitä, fysioterapeutteja ja muita kuntoutustyöhön osallistuvia henkilöitä sekä kolmen sairaalan vastaavaa henkilökuntaa. Yhteensä litteroimiani ryhmä- ja yksilöhaastatteluja oli 23. Haastattelut koskivat yhtä terveydenhuollon palvelujärjestelmän laajaa osa-aluetta, lääkinnällistä kuntoutusta sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteistyötä yhteisten asiakkaiden kasvavien tarpeiden ja niihin vastaamisen haasteista. (Liitteet 3 ja 4.; ks. myös Kumpuniemi 2004.)

Aineiston analyysiperiaatteet

Kokonaisuudessaan analyysiperiaatteeksi muodostui teoreettisesti ohjautunut kriittinen aineiston analyysi. Tähän liittyy aineiston tulkinnallisten rajojen koettelu (ks. Ronkainen 2004). Tutkimuksessani tämä tarkoittaa alustavien, esimerkiksi lomakkeen suunnitteluvaiheessa syntyneiden ideoiden (kuten yksityiskohtaisen tiedon merkitys) pohtimista aineiston, sen syntykontekstin ja valitun teoreettisen terveydenhuollon kompleksisuustutkimuksen valossa. Kyse on prosessista, jossa aineiston mahdollisuudet vastata tutkimuskysymyksiin tulevat testatuksi aineistoa jäsentämällä, hajottamalla ja uudelleen jäsentämällä.

Osa aineiston avovastauksista voi olla muisteluita kaukaakin historiasta. Analyysissä tämänkin huomiointi on tärkeää, koska nykyhetken informaation tulkinnallista perustaa rakennetaan myös aiempia kokemuksia hyödyntäen (Strauss 1993). Aineistoni analyysi on ollut monivaiheinen. Koska ”eräänlainen metodinen avoimuus kuuluu laadullisen tutkimuksen keskeisiin periaatteisiin” (Räsänen 2005, 94), olen halunnut ottaa selvää, mihin aineistoni taipuu haastavien tutkimuskysymysten edessä. Olen koodannut raaka-aineistoa ”puhtaan aineistolähtöisesti”, yrittäen lukea aineistoa ilman teoreettista kehystä Grounded Theoryn periaattein (Strauss 1991, 55–74; Silverman 2007, 95–97.) Olen luokitellut samanlaisuuksia ja erilaisuuksia organisaatioittain ja vastaajaryhmittäin, teemoitellut ja tyyppitellyt (esim. Eskola & Suoranta 1998, 175–186; Räsänen 2005, 95). Lopulta olen pyrkinyt ratkaisemaan tutkimuskysymyksissäni asettamani arvoituksen aineistoni avulla (ks. Alasuutari 1994), mutta valitsemassani kompleksisuus-teoreettisessa kehyydessä. Kuvaan tätä prosessia seuraavaksi.

Analyysini punaiseksi langaksi nousi sinnikkäästi arjen työn yksityiskohtien monenlaisuus huolimatta siitä, että yritin vangita sitä erilaisiin

luokkiin. Analyysini käytäntökeskeisyys paljastuu tässä. Irtaannuttaakseni itseni vastauksissa näkyvistä, sinänsä arjessa tärkeistä, käytännöllisistä ongelmista (ks. Silverman 2007, 396) pyrin ymmärtämään aineistoani kokonaisuutena ja etsimään tutkimuskysymyksiini vastauksia käytännön näkyviä ongelmia syvemältä. Pyrin irtaannuttamaan ajatteluni kauemmas ”hyvistä käytännöistä” ja katsomaan tämän retoriikan taakse.

Abbas Tashakkorin ja Charles Teddlin (1998, 119)¹¹ huomautus siitä, että aineistosta löydettävien kategorioiden supistuminen analyysissä voi olla osittain ihmisen käsityskyvyn rajallisuuden seurausta, on tutkimukseni kannalta mielenkiintoinen. Joudun pohtimaan, miten kirjoittaa yksinkertaisesti kompleksisesta? Miten jäsenän moniulotteisen ja -tasoisen ymmärrettäväksi silti säilyttäen ilmiön luonteen? Aineistoni ei anna mahdollisuutta kompleksisen kokonaisuuden esiin tuomiseen sellaisena kokonaisuutena kuin se arjessa esiintyy. Tarkoitin täällä koko terveydenhuollon toimintaympäristöä, systeemiä, organisaatiota, potilaiden liikkumista hoito- ja palveluketjuissa, potilaita yksilöinä, lakeja, sääntöjä, määräyksiä, ammatillisuutta ja asiantuntijuutta edellytyksineen ja toteutumineen. Aineistoni on rajattu ja yksinkertaistaa jo sellaisenaan. Tämä on siis hyvä asia. Mutta Tashakkorin ja Teddlin ehdotus, että kategoriat jäävät vähäisiksi ymmärryksemme rajallisuuden vuoksi, jää kiusaamaan mieltäni. Tieteen tekemisen säännöt pakottavat abstrahoimaan, yksinkertaistamaan ja tyyppillistämään jopa sellaisten ilmiöiden tutkimisessa, joissa nimenomaan yksinkertaistaminen peittää ilmiön ytimen.

Kehykeksi valitsemani kompleksisuusteoreettiset abstraktit käsitteet toimivat analyyttisinä rakennuspalikoina, joiden avulla pyrin ymmärtämään terveydenhuollon työn suhteita. Abstraktit käsitteet antoivat riittävän vapauden jäsentää moniulotteista yhteistyökenttää teoreettisesti ja pohtia, miten rakenteet (kuten terveydenhuollon organisatorinen työnjako ja palvelujärjestelmä) ja arjen toimintakäytännöt sekä toimijoiden orientaatiot kytkeytyvät toisiinsa.

¹¹ ”Typically, when analyzing data sets with 200 or fewer units of information with regard to one particular open-ended question, around six to eight categories emerge. The initial number of categories emerging from such database may be 10 to 15, but through combining similar groups of responses and developing more inclusive definitions, the number can be reduced to 6 to 8. This analytical phenomenon *may be due partially to the limit in the capacity that we as a species have for understanding the complexities of any topic.*” (Kursiivi S. M.).

Olen käyttänyt kyselyssä kaksikulotteisia kysymyksiä yleisen tason tilannearvion saamiseksi. Pyrin testaamaan, onko vastaajilla toisistaan poikkeavia näkemyksiä yhteistyöstä yleisissä ongelmakohtissa. Kaksikulotteinen kysymys tarkoittaa kysymystyyppiä, jossa vastaajaa pyydetään arvioimaan kysytyjä asioita yhtä aikaa kahdella ulottuvuudella. Kohdat, joiden tärkeyttä (1. ulottuvuus) ja toteutumista (2. ulottuvuus) lomakkeella arvioitiin olivat: Potilaan/asiakkaan tunteminen (1), potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen (2), sairaalan ja terveyskeskuksen selkeä vastuunjako erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta (3), terveyskeskusten henkilöstön osaamisen kunnioittaminen (4), sairaaloiden henkilöstön osaamisen kunnioittaminen (5), arvostuksen saaminen omasta työstä (6), arvostuksen antaminen yhteistyökumppaneille (7) ja yhteiset toimintatavat terveyskeskuksen ja sairaalan välillä (8). Vastaukset näihin kysymyksiin analysoin tutkimuksen alkuvaiheessa. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus perustella kaksikulotteiseen kysymykseen annetut vastaukset sanallisesti. Tämä osio ei sisällöllisesti tuottanut mitään erityistä yllätystä. Tärkeimmiksi ja heikoimmiksi toteutuviksi nousivat kaikissa vastaajaryhmissä yhteiset toimintatavat (8), vastuunjako (3) ja terveyskeskusten osaamisen kunnioittaminen (4). (Liite 5.)

Kaksikulotteisen kysymyksen analyysi perustuu graafiseen kuvion tulintaan ja sovelluksen laskemiin keskiarvoihin sekä keskihajontakuviointiin. Kiinnostavaa olisi ollut alueittainen analyysi. Alueittain vastauksissa näytti olevan huomattavia eroja, mutta aineiston pienuuden vuoksi näitä ei ole mahdollista tässä tutkimuksessa tarkemmin luotettavasti analysoida. Alueellisella jaolla tarkasteltuna kaksikulotteisia tulostauluja on yhteensä 48 kuudessa ammatillisessa vastaajaryhmässä (sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkärit, terapia- ja ohjaus- sekä hoitohenkilöstö)¹². ZEF-sovellus antaa raportit kaikista vastaajaryhmistä, jotka ylittävät kolme vastaajaa. Tämä turvaa myös vastaajien anonymiteettiä. Vastaajien vähäisyys heikentää kuitenkin ryhmien ja taustamuuttujien määrällisen vertailun mahdollisuutta. Jari Metsämuuronen (2006, 619 ja 632) toteaa, että kvantitatiiviseen analyysiin riittää vanhan nyrkkisäännön mukaan minimissään viisi havaintoa kustakin muuttujasta ja viittaa 200–300 otoskokoon. Tässä mielessä tutkimukseni N=239 ja vastausten määrät avokysymyksiin (eri vastaaja-

¹² Kaksikulotteisista kysymyksistä saa ZEF-sovelluksesta tulokset taustamuuttujittain. Esimerkiksi, kun taustamuuttujiksi määritellään maantieteellinen alue ja kaikki vastaajaryhmät (6 pääryhmää), tulostuu kahdeksalta (8) sairaanhoitopiirin alueelta yhteensä 48 tulostaulua, joissa näkyvät näiden vastaajien vastausten keskiarvot.

ryhmissä yhteensä 1783 vastausta, min=127 max=456) olisi riittävä myös määrälliseen analyysiin, mutta keskityn laadulliseen tarkasteluun, joka mahdollistaa paremmin kriittisen pohdinnan. Vastaukset eivät katoa muuttujiksi, vaan ne on mahdollista palauttaa tutkijan luettaviksi aina tarvittaessa raaka-aineistona.

Ensi vaiheen avoimen koodauksen (Strauss 1991, 55–74) ja kaksiulotteisten taulujen tulkinnan tuloksena (kuva 2) syntyi aikaisempia tutkimuksia myötäilevä tulos siitä, että yhteistyötä pidetään tärkeänä, mutta tieto ei kulje riittäväällä tavalla, työnjako sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä on tärkeää, mutta vastuut kokonaisuudesta epäselviä. Ensimmäisen vaiheen tuloksena totean, että onnistuneen ja epäonnistuneen yhteistyön kuvaukset eivät eronneet organisaatioiden ja henkilöstöryhmien välillä toisistaan. Toiseksi, yhteistyön epäonnistumiselle annetut selitykset kuten, tieto ei kulje, resurssit ovat riittämättömät tai vastuut ovat epäselvät, ovat ilmeisiä ja yleisesti hyväksytyjä yhteistyön esteitä. Selitykset eivät kuitenkaan kerro, mitä nämä asiat kullekin osalliselle tarkoittavat.

Kaksiulotteisten taulujen tulokset: Kysytyn asian (8kpl) tärkeys ja toteutumisen	Kaksiulotteisten vastausten peruste-lujen ja avokysymysten ensivaiheen koodausperiaatteet	Kahdeksan (8) kaksiulotteisesti kysytyn ja avovastauksina perustellun teeman tulkinta ja syntyneet lisäkysymykset
Keskiarvot: ryhmille tyypilliset vastaukset ja niiden keskihajonta ZEF-sovelluksen las-kemana	1 Ovatko kirjoitetut vastaukset yhtenevät kaksiulotteisten taulujen yksimielisyyttä osoittavan informaation kanssa?	Yhteisymmärrys. Onko tämä toteuma vai toive? Mitä jaetulla informaatiolla tarkoitetaan? Miten informaatiota jaetaan?
Ryhmien arvojen keskinäinen vertailu (Liite 5)	2 Kuinka teemojen tärkeyttä ja toteutumista perustellaan? Millaisia määritelmiä vastaajat antavat kysytyille teemoille?	Erot järjestelmässä: Mitä nämä tarkoittavat yhteistyössä ja dialogissa? Pyritäänkö työnjaollisia eroja tasaamaan?
Yllättävien seikkojen analysointi	3 Mitä pinnan alla ja rutiineihin piiloutuneena on?	Epäilen harmonista yleiskuvaa, koska terveydenhuollosta monella suunnalla annettu kuva on konfliktivärittynyt.

Kuva 2. Ensimmäisen vaiheen analyysi (ks. liitteet 5 ja 6).

Vastaajat olivat samaa mieltä yhteistyön tärkeydestä ja tietyistä yleisistä ongelmista. Ensimmäisen vaiheen analyysin tuloksena syntyi lisäkysymyksiä. Niiden avulla jatkoin sen pohtimista, miksi tiedettyjen ongelmien paikkaaminen ei ole käytännössä onnistunut yrityksistä huolimatta. Terveystieteiden huollosta saamani kuvan, ennakkokäsitykseni, konfliktivärittynyt ei näkynyt kaksiulotteisten taulujen tuloksissa. Vastaajaryhmien välillä ei näkynyt juuri eroja asioiden tärkeyden ja toteutumisen suhteen. Alueellinen tarkastelu antoi viitteitä, että niitä olisi, mutta tämä kysely ei tarjonnut mahdollisuutta näiden luotettavaan tarkasteluun.

Tässä vaiheessa löysin Niklas Luhmannin (2004) systeemit. Kiinnostuin makrosysteemien, kuten talouden, politiikan ja oikeuden pääsystä terveydenhuollon asiantuntijoiden tekemisiin ja arkeen. Uusi jäsenysshahmo-

telma syntyi ”systeemihypoteesistani”. Luokittelin etukäteen tietyt analyttiset aloituskehukset, joiden avulla katsoin aineistoani uudelleen. (Kuva 3.) Tässä analyysissä kysymysryhmittäiset teemat hajosivat ja käsittelin aineistoa yhteistyötä koskevana kokonaisuutena. Mietin, miten näihin liittyvissä vastauksissa yhteistyö ja yhteinen ymmärrys jäsenyivät yhteisiksi tai hajoavat erillisiksi.

Etsin aineistostani kommentteja, jotka viittasivat ”talouden”, ”politiikan” ja ”oikeuden” tunkeutumiseen. Myös tieteellisen tietämisen teema tuli mukaan analyysiin. Taloudellisia seikkoja aineistossa edustivat erilaiset resurssihin liittyvät kommentit. Eri toimijoiden erilaiset intressit, ovat ”poliittisen” koodauksen ideasta lähteneitä koodausperusteita. Nämä näkyvät aineistossa esimerkiksi organisaatioiden ja ammattien ja tehtävien intressieroina, jotka vaikuttavat työn tekemiseen rajoittavasti ja mahdollistavasti. Oikeudellisen systeemin idean avulla etsin aineistosta oikean ja väärän ilmaisuja. Lainsäädännölliset ja muut valtakunnallisen ohjauksen normit ja ohjeistukset, potilastyön eettiset kysymykset ja ammatillinen etiikka, ihmisten välinen vuorovaikutus ylipäättään ovat asioita, joissa henkilöstö joutuu ottamaan kantaa kysymykseen, mikä on oikein ja mikä väärin. Tiedesysteemin idean kautta analysoin vastauksista eksplisiittisen ja implisiittisen tietoperustan olemusta. (Kuva 3.)

Luhmannin teoretisointia on kritisoitu liian abstraktiksi, lähinnä siitä syystä, että teoriasta näyttää puuttuvan inhimillinen tekijä (esim. Strauss 2008, 257–258). Teoria on kuitenkin kiinnostava, ja siihen viitataan usein. John Smithin ja Chris Jenksin (2006, 8) sanoin, ”Luhmann on rakentanut monia teoreettisesti tuotteliaita siltoja systeemien, kompleksisuuden ja sosiaalisen teorioiden välille...”. Minulle tämän sillan kulkeminen antoi uudet silmät katsoa aineistoani. Tässä vaiheessa otin uudelleen analysoitavaksi myös vuoden 2004 haastatteluaineiston.

Seuraavassa analyysiesimerkissä (ks. myös liite 7) on näyte ”politiikan” ja ”oikeussysteemin” ja myös ”talouden” ilmenemisestä aineistossa. Terapeutti kokee sairaalan ehdotuksen sairausryhmäkohtaisista yhdyshenkilöistä vaatimuksena. Hän perustelee kokemustaan sillä, että resurssit terveyskeskuksessa, jossa hän työskentelee, ovat riittämättömät ehdotuksen toteuttamiseksi. Yhdyshenkilöt tarvitsivat lisäkoulutusta, jota ei ole saatavissa riittävästi. Erikoissairaanhoidolla on tärkeä rooli lisäkoulutuksen järjestämisessä. Tämän kommentin takana on muutakin kuin koulutuksen vähäisyys. Oikein–väärin haaste nousee tuntona vaatimusten epäoikeudenmukaisuudesta. Ajanpuute vaivaa työssä. Potilaan kannalta tarkasteltuna

vastaajalla nousee epäily, onko näin toteutettu yhteistyö asiakkaalle hyödyllistä. Erilaisten intressien välinen kilpailu vaikuttaa potilastyöhön. Sairaaloilla on terveyskeskuksiin nähden monissa asioissa määräysvalta. Näytteestä ei ole mahdollista tulkita sitä, huolehtiiko sairaala koulutusvelvollisuudestaan vai ei tai sitä, missä määrin huolehtii. Organisaatioiden välisen yhteistyön edistämisen kannalta sinänsä järkevältä vaikuttava ehdotus ei tule toimimaan, koska terveyskeskusten olosuhteet ovat sitä vastaan. Työntekijän mahdollisuudet ovat rajalliset ja näyttävät kutistuvan tässä esimerkissä huonon omantunnon potemiseen siitä, että sairausryhmäkohtaiset yhdyshenkilöt tulee nimetä terveyskeskuksissa, vaikka tehtävän laadulliselle ja terveyskeskusten ja potilaiden näkökulmasta mielekkäälle toteuttamiselle ei ole edellytyksiä.

Tässä näytteessä ovat vastakkain erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, sairaalan ja kunnallisen terveyskeskuksen organisatoriset intressit ja toiminnan mahdollisuudet sekä henkilöstön välinen mahdollisuuksien epäsuhta. (Politiikka, talous, oikeus, tiede).

Keskussairaala vaatii nimeämään eri sairausryhmille terveyskeskukseen yhdyshenkilöitä. Vapaaehtoisia ei tahdo löytyä ja joku pitää nimetä. Harvoin järjestetään koulutuksia ja tulee huono omatunto. Kuitenkin käytännön työssä ei asioille oikein ehdi tehdä mitään eikä tiedä onko tarpeellista-kaan. Jää tuntuma, hyötyykö asiakas tästä yhtään mitään (PTHter/10).

Tiedesysteemi näkyy terveydenhuollon työssä muun muassa erilaisina tieteeseen pohjautuvina ammatillisina tietoperustoina ja tieteelliseen näyttöön perustuvina käytäntöinä. Kollektiivinen tietäminen toteutuu kollegiaalisessa työssä vaihtamalla kokemuksellista ja koulutuksellista tietoa potilaiden hoidossa. Kollektiivinen tietäminen tarkoittaa myös oletusta yhteisistä tietoperustoista.

SYSTEEMISET ALKUIDEAT	SYNTYNYT JÄSENNYS tai analyysiä ohjanneet kysymykset	AINEISTOESIMERKKI JA TUTKIJAN KOMMENTIT (ks. liite 7)
TALOUS	RESURSSIT:	
”omistaa- ei omista”	Kenellä on? Mitä on? Mitä tarvitaan?	
POLITIIKKA	ERI TOIMIJAT	
ideologiset koo- dit, intressit, rajoit- tava/rajoituksia purdava	1) ESH-PTH 2) SHP/SAIRAALA/TK 3) KUNTA 4) HALLINTO-MUU TYÖ 5) POTILAAT 6) MUU? Yksityinen sektori	
OIKEUS	MORAALISET PAINEET	
oikein-väärin	1) suhde erilaisiin normeihin, ohjeisiin jne. 2) potilastyön etiikka 3) ihmisten välinen kommunikaatio	
TIEDE	ERILAISET TIETOPERUSTAT	
looginen/ei- looginen, perusteltu/ei- perusteltu?	1) tieteelliseen näyttöön perustuva (EB=evidence based) 2) koulutus, kokemus, oppiminen 3) kollektiivinen tietäminen	

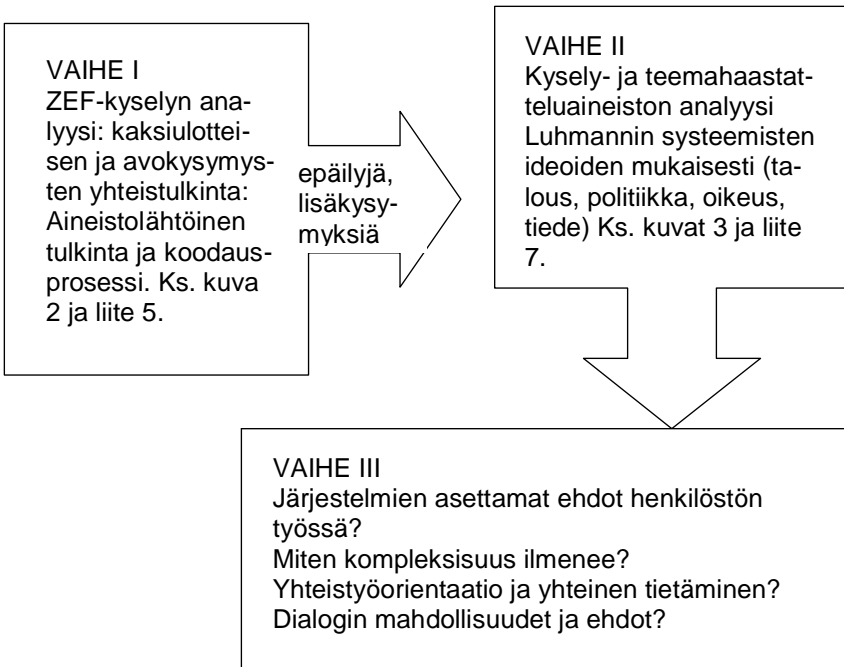
Kuva 3. Toisen vaiheen analyysi- ja luokitteluperusteet (ks. myös liite 7).

Olen analysoinut aineistosta lisäksi erikseen potilasta ja asiakasta koskevat kommentit. Pyrin ymmärtämään, millä tavalla potilaan muodostama työympäristö näkyy vastauksissa. Tätä analyysiä olen täydentänyt potilaskertomusten ja haastattelujen analyysin kautta. Luokittelut ovat noudattaneet samaa ideaa kuin olen esittänyt kuvassa 3.

Aineistoni kautta pääsen tutkimaan kahden organisaation henkilöstön ”hiljaista orientaatiota yhteiseen”. Ajattelen, että vastaukset sisältävät tietoa, josta ei puhuta konkreettisisissa yhteistyötilanteissa, mutta jonka ilmaisemiselle kysely ja haastattelut tarjoavat tilaisuuden. Vastaajien vastaukset

asettavat luentani kautta sellaiseen dialogiseen asetelmaan, joka ei käytännössä ole mahdollinen, vaan monet asiat jäävät toimijoiden mieleen ilmaisemattomaksi.

Lopuksi luokittelin kyselyyn vastanneiden vastaukset, teemahaastattelujen jäsennykset sekä potilasaineistosta syntyneet ideat järjestelmän asettamien ehtojen, yhteistyöorientaation ja dialogin edellytysten sekä mahdollisuuksien teemoilla. Analyysiprosessi päättyi aineiston tulkintaan kompleksisuusajattelun kautta. (Kuva 4.)



Kuva 4. Analyysi- ja tulkintaprosessi

Teoreettisesti analyysissä on kyse tiedon, tietämisen ja näiden hallinnan ehdoista. Dialogisen orientaation edellytykset syntyvät yksilöiden ja erilaisten ryhmien välisessä toiminnassa ja kommunikaatiossa (mm. Strauss 1993; Luhmann 1986, 1989, 2004; Sweeney & Griffiths 2002; Leydesdorff 2003, 2006; Kernick [toim.] 2004; Steinberg 2005; Parviainen 2006; Sweeney 2006). Asetan dialogisen orientaation ideaalin peilauskohdaksi

analyttisen kysymyksen siitä, mitä henkilöstöltä vaaditaan, jotta potilaan hoito- ja palveluketju olisi täydellisen saumaton.

2.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Julkinen terveydenhuolto on voimakkaasti esillä julkisuudessa. Media luo kuvaa siitä, mitä terveydenhuollossa tapahtuu. Ääntä saavat poliittiset kannanotot, resurssikysymykset ja monet kärjistyneet ongelmat. On tärkeää, että terveydenhuollon henkilöstön näkökulma tuodaan mukaan tähän keskusteluun, sillä he viime kädessä toteuttavat järjestelmän muutokset ja joutuvat vastuuseen muualla tehdyistä ratkaisuista. Terveydenhuollon henkilöstön päätehtävä on hoitaa terveydenhuollon asiakkaita. Tämä tehtävä on eettisten kysymysten ympäröimä.

Terveydenhuollon jatkuva käsittely julkisuudessa on hankaloittanut tutkimustyötä siten, että tutkimuksellisia valintoja tehdessäni ja aineistoa analysoidessani on ollut vaikea estää usein negatiivisen julkisuuden vaikutusta ajatteluuni. Koska tarkoitukseni on nähdä dialogisen yhteistyön mahdollisuuksia, minun oli pyrittävä ravistamaan negatiivisuus ajatuksistani ja yritettävä nähdä toisin. Myönteistä tässä terveydenhuollon saamassa julkisuudessa tutkijan näkökulmasta on ollut se, että käytännön muutosten seuraaminen on ollut helppoa reaaliajassa. Jatkuvat vihjeet siitä, mitä on tapahtumassa, ovat auttaneet ajantasaisen tiedon lähteille. Tämä on ollut tärkeää, koska toiveeni on tuottaa ideoita myös käytäntöön pohdittavaksi.

Terveydenhuollon organisaatioihin liittyy erityisiä eettisiä kysymyksiä muun muassa siitä syystä, että kysymys on yksilöitä koskevaa hyvin henkilökohtaista ja lainsäädännöllä suojattua tietoa käsittelevistä organisaatioista. Lääketieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet vaativat lisäksi erityistä huolellisuutta. Aineiston keräämiseen ei kuitenkaan liity erityisiä eettisiä kysymyksiä silloin, kun ei ole kyse terveydenhuollon potilastiedoista tai lääketieteellisestä tutkimuksesta (Kuula 2006, 144).

Arja Kuulan (mt., 178) mukaan sähköisesti hankittava tutkimusaineisto ei periaatteessa poikkea tutkimuseettisesti tai tietosuojan kannalta postikyselystä, teemahaastattelusta tai aineiston hankkimisesta kirjoituspyynnöllä. Luottamuksellisen viestinnän lainsäädäntö koskee myös sähköpostia.

Tutkimuslupiin ja tiedottamiseen liittyvät kysymykset ratkaistiin kyselyn laatimisen ja lähettämisen aikana keväällä 2006. Kyselyaineiston osal-

ta päädyin tiedotteiden lähettämiseen (liite 8) ja potilaskertomusten osalta hankin luvan sairaanhoitopiiriltä. Sähköisen kyselyn saapuessa vastaaja voi yksinkertaisesti käyttää vapaaehtoisen vastaamisen oikeuttaan tai jättää vastaamatta niin halutessaan. Tiedotteessa ja kyselykutsussa kerroin osoitetietolähteeni (organisaatioiden internetesittelysivut eli julkinen informaatio), mistä tutkimuksessani on kysymys ja omat yhteystietoni, josta voi halutessaan kysyä lisää. Tiedottamiseni noudattaa Kuulan (mt., 102–104) esittämää näkemystä tutkittavien informoinnista. Pyysin vuoden 2004 haastattelujen tutkimuskäyttöön haastateltavilta kirjallisen luvan.

Koska en kerää tutkimuksessani arkaluonteisia tietoja, enkä yhdistä henkilöiden tietoja annettuihin vastauksiin, kyselyyn vastaajien kirjallinen informointi ja vapaaehtoisuuden painottaminen riittävät (ks. Kuula 2006, 119). Terveystieteiden organisaatioiden toiminnan luonteen vuoksi kirjallinen tiedottaminen on kuitenkin välttämätöntä. Tämä informointitehtävä oli varsin työläs. Suomessa oli kyselyn toteutushetkellä 20 sairaanhoitopiiriä, joista valitsin tutkimukseeni puolet (10). Lisäksi tuolloin oli 641 terveyskeskusta, jos mukaan lasketaan myös pienet terveysasemat. Osa terveyskeskuksista oli itsenäisten kuntien hallinnoimia. Osa kunnista oli yhdistänyt toimintansa kansanterveystyön kuntayhtymiksi. Kuntayhtymiä oli 65. Sairaanhoitopiireihin kuuluvia sairaaloita eri yksiköineen oli yli 100. Päädyin tiedottamisessa siihen, että lähetin tiedotteet sairaanhoitopiireille ja kansanterveystyön kuntayhtymille. Kuntien osalta tiedotteena toimi kyselykutsu, jossa oli samat tiedot kuin tiedotteessa.

Potilasaineistoni sain monivaiheisesti. Kirjaamissani tapauksissa keskusteluihin osallistuneet ovat olleet tietoisia tutkimuksestani ja keskustelun/haastattelun mahdollisesta käytöstä tutkimusaineistona. Potilaskertomukset sain käyttöni valmiiksi anonymisoituina. En missään vaiheessa saanut tietää näiden potilaiden henkilöllisyyttä ja sairaala oli saanut potilailta luvan tietojen luovuttamiseen anonymisti tutkimuskäyttöön.

3 KOMPLEKSINEN TERVEYDENHUOLTO HENKILÖSTÖN TYÖYMPÄRISTÖNÄ

3.1 Kompleksisuusajattelun periaatteet

Terveydenhuollon kompleksisuus on tutkimukseni teoreettinen lähtökohta. Kompleksisuus on myös tapa kuvata ja ymmärtää organisaatioiden ja niiden henkilöstön tilannetta (ks. esim. Keskinen, Aaltonen & Mitleton-Kelly 2003; Stähle 2004). Hahmotan kompleksisuusajattelun kautta toimijoiden ja toimintojen monitasoisten suhteiden sekä rakenteellisen hallinnan jännitteitä.

David Kernick (2002, 95–102) on esittänyt neljä mallia Ison-Britannian julkisen terveydenhuollon muutokseen (NHS: National Health Service). NHS jakaantuu karkeasti jaotellen perusterveydenhuoltoon (Primary care) ja erikoissairaanhoidon (Secondary care). Mallit kuvaavat sitä, miten rakenteellista hallintaa ja terveydenhuollon kliinistä työtä on eri aikoina jäsennetty. Ensimmäinen malli perustuu kliinisen toiminnan vapautteen, joka kääntyi 1980-luvulla hierarkkiseksi liikkeenjohdolliseksi ”konnoksi”. Tässä toisessa mallissa painotettiin tavoitteiden, toimeenpanon ja laskennallisuuden strategista kehystä. Organisaatio on tämän mallin mukaan ulkoapäin ohjattavissa ja suunniteltavissa. Muodollinen, byrokrattinen ohjaus ja kontrolli olivat keskeisiä toimintaperiaatteita. 1980-luvun lopulle tultaessa terveydenhuoltoon luodut näennäismarkkinat aiheuttivat hämmennystä terveydenhuollon asiantuntijoissa ja ammattilaisissa, julkisessa keskustelussa sekä aiheuttivat huomattavan johtamiskonfliktin (Kernick 2002, 97). Kernickin mukaan kilpailullisuuden lisääminen tuotti enemmän sääntöjä ja kontrollia kliinisille asiantuntijoille kuin sitä edeltävässä järjestelmässä oli ollut. Lisäksi tulosten mitattavuus oli kyseenalaista (ks. myös esim. Nummenmaa 2007). Poliitikka alkoi selkeämmin tunkeutua terveydenhuollon sisälle, potilaiden hoitoon. Tilaaja–tuottaja-mallit tulivat Suomessa varsinaisesti kokeiluiksi ja käytännöiksi vasta 2000-luvulla, mutta brittiläisessä terveydenhuollossa (NHS) niitä on otettu käyttöön jo 1980-luvulla.

Kolmannessa mallissa jäykät hierarkkiset rakenteet eivät enää soineet kansalaisten tarpeiden tyydyttämiseen. Malli puolustaa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistoimintaa, jossa hyödynnettäisiin markkinoiden dynamiikkaa, mutta joka toimisi julkisen edun nimissä. Ajatuksena on ollut, että tilaaja–tuottaja-malli säilytettäisiin, mutta yhteistyön tiivistämiseen

kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Ristiriitoja on syntynyt muun muassa paikallisten toimijoiden autonomian ja keskitetyn koordinoinnin tasapainottamisessa, (julkisten) resurssien tehokkaan käytön ja kilpailuperiaatteen välille, yksityisen sektorin toimintatapojen ja julkisten palveluiden eettisten periaatteiden välille, tulosten toimeenpanon ja vaikutusten mittaamisen välille. (Kernick 2002, 98–99.)

Edellä mainittua keskustelua on Suomessa käyty 1990-luvun alusta alkaen. 2010-luvulle tultaessa keskustelu vain kiihtyy ja keskustelun painopisteenä ovat erityisesti ristiriitojen toteaminen. Terveystieteiden uudelleen järjestäminen, kuntien, sairaanhoitopiirien, valtion ja yksityisten palvelujärjestäjien roolien ja vastuiden konfliktit, yksityisten palveluiden mallien asettuminen julkisen sisälle, ovat otsikoita, joissa kullakin toimijalla näyttää olevan oma puolustettava intressialueensa. TV-uutisissa 1.9.2009 yliopiston, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton edustajat kommentoivat Paras-hankkeen seurauksia ja Sosiaali- ja terveysbarometria 2009. Nyt puhutaan ”yllättäen” siitä, että hallinnollisilla uudistuksilla ei saadakaan aikaan hyviä palveluja kuntalaisille. Parasuudistuksen (ks. Kunta- ja palvelurakennemuutos 2008; Stenvall ym. 2010, 167–173) aikaan saamasta kuntien yhdistymisistä on ollut seurauksena palveluiden yhtenäistämistä ja tasa-arvoa kuntalaisten välillä, kun yhdistyneissä kunnissa on heikennetty paremmin kuntalaisistaan huolehtivien kuntien antamat edut heikommin kuntalaisistaan huolehtivien kuntien standardien mukaisiksi. Samalla terveyspalveluita on lakkautettu ja siirretty kauemmas, minkä perusteluna on käytetty sosiaali- ja terveyshankkeiden väestöpohjavaatimuksia. Tässä yhteydessä myös palveluiden saamisen kriteereitä on kiristetty tasavertaisuuden nimissä.

Neljännessä Kernickin esittämässä mallissa terveydenhuolto nähdään kompleksisena järjestelmänä. Tällöin ennustamisen ja rakenteellisen hallinnan kysymykset siirtyvät sivuun ja painopisteeksi muodostuu toimijoiden välisten suhteiden ymmärtäminen. (Kernick 2002, 100.)

Kompleksisuus ei kuitenkaan tarkoita rakenteellisen hallinnan tai toimijoiden välisten suhteiden asettamista toisistaan erillisiksi, vaan osoittaa molempien yhtäaikaista tärkeyttä ja riippuvuutta. Tämä ajatus myötäilee Smithin ja Jenksin (2006, 9) ajatusta dynaamisen ja staattisen vastakkainasettelun naurettavuudesta. Ne edellyttävät toisiaan. Kompleksisuus on järjestelmän ja sen ympäristön ominaisuus (esim. Luhmann 2004). Terveystieteiden henkilöstölle kompleksisuus on olosuhde, joka asettaa työlehdot.

Derek Steinberg (2005, 29) toteaa, että mikäli järjestelmän kuvaaminen olisi vaivatonta, se ei olisi kompleksinen. Strauss (1993, 12) puolestaan kysyy, kuinka esittää väistämättä kompleksisesta ilmiöstä tulkintoja, jotka eivät vääristä tai yksinkertaista liikaa kompleksisen ydintä, kompleksisuutta. Ilmiöiden monitasaisuuden säilyttäminen hyvin rajattuina tutkimustehtävinä on helposti haasteellinen. Tieteellisten käsitteiden ja teorioiden tehtävänä on määritellä, kuvata, selkiyttää ja jäsentää ilmiöitä. Ilmiöiden monitasaisuudesta seuraa, että on hankala, ellei mahdoton kattavasti luoda käsitteet, joilla ilmiöitä pyritään määrittelemään. Esimerkiksi Jürgen Habermas (2004) analysoidessaan julkisuuden rakennemuutosta määrittelee julkisuuden käsitettä ja osoittaa sen monitasaisuuden. Hän kuvaa teoksensa läpi, miten julkisuuden ymmärtäminen on historiallisesti muuttunut. Ilmiökenttänä on valtion, kansalaisyhteiskunnan, markkinoiden ja niissä toimivien suhteet sekä liikkuminen julkisen ja yksityisen historiallisessa prosessissa. Näissä suhteissa julkisen ja yksityisen rajat sekä julkisuuden käsite ovat muokkautuneet siksi, mitä ne nykyisessä ymmärryksessä ovat. Ilmiöillä ja niitä kuvaamaan pyrkivillä käsitteillä on historiansa, mutta niitä yritetään ymmärtää nykyhetkessä.

Hannu Kangassalon (1991, 75–93) mukaan käsite on tiedosta koostuva struktuuri, jota määritelmällä kuvataan. Määritelmä voidaan myös ymmärtää ohjeena käsitteen rakenteen konstruomiselle. Tutkija voi näin kehittää erityyppisiä, kunkin käsitteen määritelmiä. (Mt.; ks. myös Ronkainen 2004.)

Mitä syvemmin ilmiöön perehdytään, sitä haastavammaksi ilmiötä kuvaavien käsitteiden määrittely muuttuu. Käsitteellistäminen on abstrahointia. Tutkittavasta ilmiöstä jätetään pois yksityiskohtia ja todetaan tiivistyntyttä yleistä, määriteltävän asian ydintä kuvaavaa. Yhteiskunnallisissa ilmiöissä ydintä on vaikea löytää. Ytimen löytäminen piilee tutkijan tekeissä valinnoissa (ks. esim. Ronkainen 2004), näkökulmassa ja tutkimuksellisissa rajauksissa, jotka pakottavat sulkeistamaan pois asioita, yksityiskohtia, näkökulmia ja tasoja. Kuitenkin, koska yksityiskohtien pois jättäminen kalvaa tutkijaa, hän kirjoittaa: ”on vaikea määritellä.”

Kompleksisuuden käsitteellistämällä pyritään ilmiön luonteen tavoittamiseen ja kuvaamiseen sekä sen jäsentämiseen sellaisiksi viipaleiksi, että ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä lisääntyy. N. Jordan (1991, 17) ihmettelee, ”kuinka voimme puhua älykkäästi ja mielenkiintoisesti jostain, mitä emme voi määritellä; jostain, mitä emme voi ajatella selkeästi?” Jordanin ihmettelyn aiheena ovat nimenomaan kompleksiset systeemit, joiden määrittä-

mistä ei usein edes yritetä, koska ne ovat epämääräisiä, ristiriitaisia ja voivat vaikuttaa epämääräisyytensä vuoksi merkityksettömiltä. Merkitystä on vaikea nähdä. Se katoaa arjen hyöriinän taustalle. Jää huomaamatta, että väistämättä osallistumme kompleksisen systeemin toimintaan jatkuvasti. Smith ja Jenks (2006, 4) pitävät kompleksisuuden analysointia tärkeänä, koska yksinkertaistaminen tuottaa heidän mukaansa järjestyksen sijasta tarkoittamattoman ja ennustamattoman kaaoksen (myös Luhmann 2004, 47). Kompleksinen empiirinen ilmiö hajautuu laajalle. Kaikki sille tehdyt tutkimukselliset rajaukset tekevät väkivaltaa ilmiötodellisuudelle. Luhmannin (2004, 55) mukaan ”järjestelmä on olemassa vain niin kauan kuin merkityksellisen informaation muokkaus jatkuu.” Keskityn tässä tutkimuksessa kompleksisuuden analysoimiseen terveydenhuollon organisatiosimerkkien ja aineistoni kautta. Ilmiön haasteellisuus pakottaa myös yrittämään jäsentämistä ja määrittämistä ja merkitykselliseksi tekemistä.

Systemit, järjestelmät ja kompleksisuus

Kompleksisuusajattelun historia on fysiikassa, matematiikassa ja biologissa (luonnontieteissä)¹³. Kompleksisuusteoriat ovat kehittyneet systeemi-teoriasta. Systeemitteorian ideana on ollut hyödyntää matemaattisia malleja systeemien syy–seuraussuhteiden kuvaamisessa. Kompleksisuusteoreettisen ajattelun hyödyntäminen on laajentunut yhteiskuntatieteisiin (esim. Luhmann 1986, 1989; 2004; Stacey ym. 2000; Sweeney 2002, xi–xvi, 19–32; Burton 2002, 1–17; Leydesdorff 2003; Stähle 2004; Kernick [toim.] 2004; Steinberg 2005, 29–30; Sweeney 2006, 61–81; Smith & Jenks 2006). John Urry (2005, 1–14) on nimennyt tämän laajentumisen kompleksisuuskäänteeksi.

Pirjo Stähle (2004; ks. myös esim. Kernick 2004) erottelee systeemitteorioiden kehityksessä kolme paradigmaa. Paradigmoissa systeemit luokittelevat suljetuiksi, avoimiksi tai kompleksisiksi. Toisessa äärilaidassa ovat siis suljetut systeemit, joissa ajatellaan systeemin sisäisen rationaalisen suunnittelun ja kontrollin pitävän systeemin tasapainossa ja suojassa ulkoisilta uhilta (esim. Stähle 2004, Sweeney ja Cassidy 2002). Systeemi-ajattelun uudesta kompleksisesta suunnasta ovat esimerkkinä Chris Argy-

¹³ Ks. lisää Smith ja Jenks 2006. Teoksessa käydään varsin yksityiskohtaisesti läpi kompleksisuusajattelun taustafilosofioita sekä luonnontieteellisiä alkulähteitä.

rigsen ja Donald Schönin (1978) ja Peter Sengen (ym. 2006) organisaation sosiaalista oppimista koskevat tutkimukset. Näissä oppimista ei ymmärretä vain ulkooahjattuna mekaanisena sopeutumisenä, vaan oppimisena, joka muuttaa koko organisaatiokokonaisuutta uutta luovalla tavalla (ks. myös esim. Stähle 2004; Davies ja Nutley 2004, 59–68).

Ensimmäistä systeemiparadigmaa edustaa kybernetiikka, jonka pioneeri on matemaatikko Norbert Wiener. (Stähle 2004; Powell 2004, 48). Kyberneettinen systeemi on suljettu siksi, että se ei kommunikoi ympäristönsä kanssa vaihtamalla energiaa, ainetta tai informaatiota. Systeemin toiminta on aina ennalta määrättyä tai ennakoitavissa. Tämä systeemiparadigma viittaa mekaanisiin, konemaisiin järjestelmiin, jotka toimivat universaalien lakien, säännönmukaisuuksien ja pysyvyyden periaatteilla. Organisaatiota on tutkittu pitkään ikään kuin koneina, kyberneettisen paradigman mukaisesti (esim. Morgan 1986, 19–38). Tällöin korostuvat kontrolli ja hallinta byrokraattisessa hierarkiassa. Organisaatio ajatellaan tällöin teknisenä systeeminä. Kyberneettinen lähestymistapa painottaa systeemien suunnittelun ja kontrollin mahdollisuutta sellaisessakin systeemissä, jossa inhimilliset tekijät ovat mukana. Esimerkiksi tekoälyn, oppimisen ja organisaation oppimisen tutkimisessa on hyödynnetty kybernetiikkaa. (Morgan 1986, 84–95; Geyer & van der Zouwen 1986; Leydesdorff 2003.)

Sosiokyberneettisten systeemien lähestymistapa (Geyer & van der Zouwen 1986) näkee systeemit avoimina. Se perustuu yleiseen systeemiteoriaan, jonka biologi Ludwig von Bertalanffy kehitti. Felix Geyer ja Johannes van der Zouwen näkevät sosiaalisen ja kybernetiikan yhteyden siinä, että molemmissa ydinkysymyksenä on systeemien hallittavuuden problematiikka. Sosiokyberneettisten paradoksien ydin syntyy siitä, että vaikka sosiaalisilla systeemeillä on pyrkimys ohjata itseään, on kuitenkin usein välttämätöntä suunnitella ja ohjata niitä ulkopuolelta. (Geyer & van der Zouwen 1986, 1–8).

Yleinen systeemiteoria edustaa Stählen (2004) mukaan toista systeemijattelun paradigmaa, jossa systeemit ajatellaan avoimina, ympäristönsä kanssa kommunikoivina ja jatkuvasti kehittyvinä. Ympäristövuorovaikutuksen lisäksi tärkeää on se, että systeemillä on mahdollisuus eri vaiheissa valita kehityspolkinsa tasapainoon pyrkiessään. (Myös Luhmann 2004, 38–39.)

Avoimet systeemit, kuten terveydenhuolto, pyrkivät kohti tasapainoa, sillä epätasapaino tuhoaa systeemin. Systeemin sisäinen palauteprosessi sääntelee tasapainon ylläpitämistä. (Harrison 1990; Stähle 2004; Kernick

2004.) Valtakunnan tasolla palautteena toimivat väestön terveydentilan ja sairastavuuden indikaattorit, kuntatalouden sietokyky, terveydenhuollon kustannuskehitys ja muut yleisen tason indikaattorit, joita käytetään järjestelmän kontrolliin ja ohjaukseen. Järjestelmän osasysteemit alueellisina ja paikallisina organisatorisina toimijoina ja toimintoina reagoivat sekä valtakunnalliseen ohjaukseen että alueen ja paikkakuntien väestön terveydentilan ja talouden merkkeihin. Mitä lähemmäs henkilöstön toimintaa mennään, sitä lähempänä on se systeemi, jota varten koko terveydenhuollon järjestelmä on syntynyt: inhimillinen systeemi, joka on yhtä aikaa sosiaalinen, fyysinen (biologinen) ja psyykkinen.

Kolmas, dynaamisten kompleksisten systeemien paradigma sisältää myös avointen systeemien idean, mutta erona on erityinen, refleksiivinen itseorganisoitumisen kyky. Tässä paradigmassa systeemit ovat äärimmäisen kompleksisia (Stähle 2004). Kompleksisuus on siis systeemin ominaisuus. Kompleksisilla systeemeillä on valmius itseorganisoitua ja uudistua ennakoimattomissa olosuhteissa. Yleisen systeemiteorian ajatus oli, että systeemi pyrkii tasapainoon jatkuvasta liikkeestä olosta huolimatta. Kompleksisuusajattelussa systeemin normaalitila on tasapainoton tai jopa kaoottinen (myös esim. Sweeney & Cassidy 2002, 130) tai kompleksinen systeemi toimii kaaoksen rajapinnalla (Stacey 2001 diagrammi ks. Kernick 2002, 107 ja Sweeney 2006, 78, 84; Urry 2005, 1).

Sosiaalisissa systeemeissä itseorganisoituva uudistumiskyky tarkoittaa, että samanaikaiset ristiriitaisuudet ja jännitteet (esim. erilaiset intressit ja arvot) aktivoivat systeemin sisäistä vuorovaikutusta ja valintojen tekemistä. Tasapainotila tarkoittaisi systeemin pysähtymistä, uusiutumiskyvyn häviämistä ja systeemin olemisen lakkaamista. Itseorganisoituva systeemi tarkoittaa toiminnallista systeemiä, jossa systeemi pakottaa sen toimijat valitsemaan systeemin rajaamista vaihtoehdoista. Jokainen toimija on oman asemansa rajoissa vapaa valitsemaan, mutta asema on sijoittunut systeemin rajojen sisälle (Leydesdorff 2003, 163). Kuitenkin toimijoiden valinnat tekevät tästä rakenteellisesta ja toiminnallisesta riippuvuudesta molemminpuolisia siten, että myös systeemi (esim. verkosto) muokkautuu tehtyjen valintojen kautta. Tähän tarvitaan kuitenkin paikallisten valintojen ajallista jatkumoa. (Leydesdorff 2003.) Valintojen ei kuitenkaan tarvitse olla yhteneväisiä toistensa kanssa.

Terveydenhuollon järjestelmää suunnitellaan, kontrolloidaan ja pyritään ohjaamaan ulkoapäin. Järjestelmän kokonaisuus ohjautuu poliittisesti, jolloin erilaiset poliittiset ja taloudelliset intressit vaikuttavat järjestelmän

kehityssuuntaan. Kansanterveydelliseen näkökulmaan kytkeytyvät erilaiset arvotaistelut, kansantaloudellisen (tasapainoinen talouskehitys ja kansalaisten yleiseen hyvinvointiin tähtäävä talous) ja markkinatalouden (kansalaisuuteen tai kansallisuuteen kytkeytymätön voiton tavoittelu) välinen köyden veto sekä valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset intressit. Terveysthuolto on poliittisesti kiinnostava, koska sillä on suuria kustannusvaikutuksia yhteiskunnalle. Lisäksi on tärkeää huolehtia yhteiskunnan jatkuvuudesta syntyvyyden ja kuolleisuuden sääntelyllä ja huolehtimalla työvoiman terveydestä. Kuntien, kaupunkien ja sairaanhoitopiirien neuvottelulta on alueilla ja paikallisesti huomattava. Kontrollivalta lainsäädännön ja ohjeistamisen muodossa on kuitenkin valtakunnan tasolla. Yhä enemmän näihin neuvotteluihin ja järjestelmän kehityssuuntiin vaikuttavat myös yritykset omine kansallisine ja kansainvälisine intresseineen (ks. Laiho & Lith 2011).

Kompleksisuuden teoreettisia lähestymistapoja on monia (Stacey ym. 2000; Smith & Jenks 2006). Ne eroavat toisistaan suhtautumisessaan yksilöiden, ryhmien, organisaatioiden ja yhteiskunnan välisten suhteiden ennustettavuuteen ja siihen, mistä suunnasta ennustettavuutta voidaan tarkastella. Osallistuva perspektiivi kompleksisuuteen väittää, että inhimilliset toimijat ovat kompleksisten verkostojen aktiivisia ja osallistuvia jäseniä. Tällaisessa kompleksisuudessa on mukana luovaa potentiaalia, jossa todellisuus konstruoidaan yhdessä. Mallintaminen ja toiminnan suunnan kontrollointi ulkoapäin siten, että ennustettavuus olisi täydellistä, on mahdotonta. Toinen näkökulma on päinvastainen. Siinä nähdään, että kompleksiset systeemit toimivat ympäristöjen ohjaamana ja niiden kehityssuunnan ennustaminen on mahdollista. (Smith & Jenks 2006, ix–x; 1–2.)

Rakennan omaa näkemystäni näiden välille. Mallintamista ja suunnittelua tehdään jatkuvasti, toimintaa kontrolloidaan ja pyritään hallitsemaan. Noudatan näkemyksessäni lähinnä Loet Leydesdorffin (2003) esittämää teoriaa kompleksisuuden rakentumisesta. Siinä ajatuksena on systeemin ja sen ympäristöjen molemminpuolinen riippuvuus. Leydesdorffin (2003) sosiologinen kommunikaation teoria valaisee sosiaalisten systeemien kompleksisuutta. Hän rakentaa teoriaansa muun muassa Luhmannin pohjalta. Luhmann on laajentanut Humberto Maturanan ja Francisco J. Varelan luonnontieteellisen ”koulukunnan” itseorganisoituvien eli autopoieettisten systeemien teoriaa yhteiskunnallisen kommunikaation analyysiin (esim. Luhmann 1986; 1989; 2004; ks. myös Stähle 2004, 241; Urry 2005, 7; Smith & Jenks 2006, 52; Leydesdorff 2003; 2006). Leydesdorff hyödyntää

teoreettisia malleja inhimillisen toimijan ja sosiaalisten verkostojen välisen riippuvuuden analysoimiseen. Verkostoissa refleksiivisyys, valinnan pakko ja vapaus sekä erilaisten mahdollisuuksien variaatiot muodostavat suhteiden kompleksisuuden ytimen. Yhteiskunnallinen kommunikaatio osoittaa kompleksisen logiikan oveluuden. Inhimillinen järjestelmä tuottaa merkityksiä (esim. Luhmann 2004, 54). Kompleksisuus kuitenkin eriyttää nämä merkitykset eritasoisessa kommunikaatiossa (mt., 47–48). Merkitykset eivät siirry sellaisenaan järjestelmien ja niiden ympäristöjen välillä. Ne eivät siirry sellaisenaan edes inhimillisten toimijoiden välillä.

Kompleksisuuden käsitteen ja lähestymistavan käyttö sosiaalisten ilmiöiden analyysissä on Kernickin (2004, 30–33) mukaan metaforista. Käsitteen käyttö on yhteiskuntatieteissä metaforista siksi, että kompleksisten suhteiden historialliset (ajalliset), nykyiset (paikalliset, tilalliset) ja tulevaisuuteen suuntautuvat (esim. toiminnan tavoitteet) elementit kietoutuvat toisiinsa tavalla, joita on tyhjentävästi mahdoton kokonaisuutena ja yhtäaikaaisesti tarkastella. Sosiaaliset ilmiöt laajentuvat niin monidimensionaalisiksi suhdeverkostoiksi, ettei niiden hallinta tai tyhjentävä määrittely ole mahdollista. Sosiaalisten ilmiöiden kompleksisuus elää mystisemmin (tai konstruoituu sosiaalisesti ks. Hacking 2009) kuin teknisten tai biologisten systeemien kompleksisuus. Teknisinä systeeminä esimerkiksi internet kohtaa sosiaalisen äärettömän kompleksisesti. Pelkästään teknisenä rakennelmana sitä ei enää voi kokonaisuutena hallita kukaan yksittäinen henkilö tai ryhmä. Kompleksisuus on käsite, joka kuvaa sitä, miksi yhteiskunnalliset ja sosiaaliset ilmiöt taipuvat huonosti määrittelyyn ja hallinnan alaisiksi. Sen avulla pyritään kuvaamaan, selittämään ja kuitenkin hallitsemaan kompleksisia ilmiöitä tuomalla näkyväksi erilaisten systeemien toimijoiden, toimintaprosessien, suhteiden ja systeemiympäristöjen yhteyksiä ja rajapintoja. Kompleksisuus tarkoittaa monista toisiinsa vaikuttavista osista koostuvaa järjestelmää (jollakin tavalla määriteltävää kokonaisuutta), jonka osien vaikutusta toisiinsa ja kokonaisuuteen on vaikea mallintaa.

Sweeney (2002) toteaa, että kompleksisuuden käsitteen terminologia voi aluksi tuntua biologian, fysiikan ja matematiikan ulkopuolisilla tieteen aloilla oudoilta. Systeemin elementtien, ympäristön ja palautteen sekä muiden mekanistisilta vaikuttavien käsitteiden soveltuvuutta sosiaaliseen on aluksi vaikea hahmottaa. Kompleksisen sosiaalisen systeemin osat voivat myös olla kompleksisia.

Organisaatioiden toiminnan kompleksisuutta kuvataan erilaisten metaforien kautta. Organisaatioiden luonnetta on kuvattu mekanistisena ja ko-

nemaisena, suljettuna byrokraattisena hallintamallina. Lisäksi organisaatiota on verrattu organismiin, joka pyrkii sopeuttamaan toimintaansa ympäristöönsä. Organisaation pyrkimys informaation prosessointiin, oppimiseen tai älykkyyteen saa Gareth Morganin (1986) käyttämään metaforaa, jossa organisaatiolla on aivot. Organisaatiokulttuurit tuovat tarkasteluun arvot, normit, rituaalit ja uskomukset, jolloin jaetuilla ja jakamattomilla merkityksillä luodaan organisaation elämää. Organisaatiossa on myös poliittinen puolensa, jolloin erilaiset intressit määrittävät organisaation toiminnan suuntia. Lisäksi erilaiset, ajassa muuttuvat hallinto- ja johtamismallien tyylit muokkaavat organisaatioita. (Morgan 1986; Scott, Mannion, Davies & Marshall. 2003.) Kaikki edellä mainitut tavat lähestyä organisaatioiden olemusta pätevät. Tämä tarkoittaa, että organisaatio näyttäytyy varsin kompleksisena, monenlaisia näkökulmia mahdollistavana, monenlaisia yhtäaikaista suhteita ja prosesseja sisältävänä järjestelmänä.

Ilmiön määrittely yleisesti merkitsee sitä, että on häivyttävä suunnaton määrä arjen tasolla valaisevaa yksityiskohtaista informaatiota, sillä tämä informaatio näyttäytyy yleisemmässä kontekstissa vähemmän merkityksellisenä ja tekee sanomasta pirstaleisen. Eri tilanteissa ja prosesseissa tapahtumishetkellä läsnä oleva ja välttämätön detaljitieto tietoa, joka on kyseessä olevan kokonaissysteemin kannalta tärkeää. Sitä on kuitenkin mahdoton kuvata sen ”liikkumisen” ja eri tasojen päällekkäisyyden vuoksi sellaisenaan, sellaisella tarkkuudella kuin se arjessa esiintyy. Tutkijalle tämä empirisen maailman kompleksinen luonne ja olennaisen etsiminen on haastavaa. Stähle (2004, 236) kuvaa asiaa seuraavasti: ”Kun aineistoa on tarpeeksi ja siitä on kommunikoitu riittävän kauan, tullaan bifurkaatiopisteeseen, jossa nähdään erilaisia mahdollisuuksia tai erilaisia kehityspolkuja.” Bifurkaatiopisteessä on saavutettu informaation suhteen ns. saturaatio, jolloin tulee tehdä ratkaisu sen suhteen, mitä informaatiota hyödynnetään. Stähle (mt.) jatkaa: ”Valinnan tekeminen edellyttää, että suurin osa tuotetusta materiaalista hylätään.”

Tutkijalla on mahdollisuus pysähtyä aineistonsa äärelle analysoimaan ja etsimään. Terveysthuollon henkilöstön suhde työn arjessa käsiteltävään ja kommunikoitavaan aineistoon on toisenlainen. Henkilöstön näkökulmasta informaatiovirta kulkee arkipäivän läpi, eikä välttämättä pysähdy analysoitavaksi aineistoksi. Kompleksisen järjestelmän kehämäisyys seuraa henkilökuntaa. Toimintaa tapahtuu koko ajan ja toiminnan seurauksista kertovaa informaatiota odotetaan. Aikanaan, kun seuraukset tulevat esiin, ne aiheuttavat uutta toimintaa. (Ks. Luhmann 2004, 112.) Odottaessa ta-

pahtuu kuitenkin jatkuvasti toimintaa eikä toiminnan seurauksia arjessa välttämättä voi havaita.

Kompleksisuuden ymmärtäminen on tärkeää dialogisen yhteistyön parantamiseksi. Kompleksisilla systeemeillä on historiansa ja ne ovat sensitiivisiä alkuperäisille olosuhteille. Sensitiivisyys tarkoittaa, että on tärkeää ymmärtää niitä olosuhteita, joissa systeemin toiminta on alkanut (Vuori 2005, 12; Sweeney 2006, 71). Yhteiskuntatieteissä puhutaan tutummin kontekstiherkkydestä. Smith ja Jenks (2006, 87) selittävät ”alkuperäisen” (original) vain valittuna aloituspisteenä. Järjestelmien alkupistettä on vaikea osoittaa, ellei tee samalla historiatutkimusta. Tällainen on harvoin mahdollista. Terveystieteiden tutkimuksessa valitsen jonkunlaiseksi alkupisteesi 1990-luvun alun ja muutokset. Tämä on kuitenkin vain osa historiaa.

Käytän systeemin ja järjestelmän käsitteitä rinnakkain samassa merkityksessä. Molempiin sisältyy mielikuva järjestyneestä toiminnasta. Erilaisissa lähestymistavoissa systeemeihin ja järjestelmiin on kyse sen tutkimisesta, miten toiminta järjestyy. Miten niissä toimivat ihmiset, agentit, elementit ja niin edelleen ovat osallisia järjestyksen rakentamisessa. Lisäksi kysytään, miten nämä ”osat” toimivat yhdessä systeemin sisällä ja suhteessa ulkopuolisiin ympäristöihin (esim. Vornanen 1995). Erilaisten systeemien järjestymistä on mallinnettu eri tieteenaloilla. Kuitenkin kokonaisuuksien hallitsemattomuuden ongelma näyttää selvältä johtopäätökseltä. Lopputulokseksi jää toiminnan selkiyttäminen malleiksi. Esimerkiksi Riita Vornanen (1995, 96–170) esittelee lukuisia organisaatioiden välisen yhteistyön ja suhteiden tutkimisen malleja. Yhdessä otetaan huomioon resurssit, toisessa muutos, kolmannessa tarkastellaan vuorovaikutusta ja psykologista orientaatiota ja niin edelleen. Mallintaminen ei kuitenkaan toimi kovin hyvin, koska se käytännössä yksinkertaistaa arkaa liikaa ja eristää ilmiöitä, jotka kytkeytyvät arjessa toisiinsa.

Esimerkiksi terveydenhuoltoon kehitetty toimintamalli, jollainen on vaikkapa laatu-järjestelmä, perustuu yleistyksille toiminnan halutusta sujumisesta. Yksityiskohtia ja eri osa-alueita on otettu huomioon mallin suunnittelussa. Kun mallia sovelletaan käytäntöön, toimijoita pyydetään arvioimaan hyvinkin yksityiskohtaisesti toimintaansa. Malli ei kuitenkaan perustu vakio- tai muotoiseen toistoon eikä se toimi käytännössä vakio- tai muotoisena toistona, vaan saa erilaisia muotoja inhimillisessä toiminnassa. Malli ymmärretään, tulkitaan ja sitä sovelletaan eri tilanteissa vastustamisten ja hyväksymisten kautta eri tavoin.

Selkeyteen pyrkivien mallien rakentamisen kautta ymmärryksemme on lisääntynyt, mutta kuva kokonaisuudesta ja olennaisista piirteistä on hämärtynyt. Yhteisen toiminnan peruseste syntyy tästä. Ilmiöitä on jäsennettävä tai mallinnettava, jotta ne ja niihin liittyvät haasteet tulisivat näkyviksi, keskusteltaviksi ja jotta niihin voitaisiin rutiinien ulkopuolisesti tarttua. Näkyväksi tekeminen tuo samalla esille kompleksisuuden, ilmiöiden laajuuden ja systeemien eri kerrostumien toisiinsa kytkeytymisen. Kokonaisuuksien paljastaminen tuo esiin yksilön kriittisen ja refleктоivan toiminnan ja asioiden aikaisempaa laajemman ymmärtämisen tarpeen sekä yhteisen toiminnan välttämättömyyden.

Kompleksisuus ja matemaattisperustainen kaaosteoria muistuttavat toisiaan. Ydinero on se, että kaaosmaisten systeemien toiminnan vakio-muotoista toistoa voidaan mallintaa toisin kuin kompleksisten sosiaalisten systeemien. Jälkimmäisessä esimerkiksi ympäristöön sopeutuminen ja monien systeemien vaikuttaminen toisiinsa, systeemin itseorganisoituvuus kehittyminen ja vuorovaikutussääntöjen muuttuminen tekevät ennustettavuuden ongelmalliseksi. (Esim. Sweeney 2006, 79–80.)

Kompleksisuusteoriat ulottuvat monien tieteiden alueille. Kuitenkin tietyt avainkäsitteet, joiden avulla yhteiskunnallisten sosiaalisten systeemien kompleksisuutta analysoidaan, ovat käytössä yleisesti. Ne liittyvät sen pohtimiseen, miten kaaoksen ja järjestyksen raja muodostuu ja miten toiminnan mahdollisuudet asettuvat näiden rajojen välillä ja mikä tätä muodostumista liikuttaa. (Ks. esim. Leydesdorff 2003; Smith & Jenks 2006; Burnes 2008 ja MacLean & MacIntosh 2008.) Avainkäsitteet ovat: systeemien toisiinsa kytkeytyminen, emergenssi (kehkeytyminen), bifurkaatio ja valintojen tekeminen, itseorganisoituminen, entropia, entropia-kyky, palaute(prosessit) ja epälineaarisuus. Valitut käsitteet ovat peräisin terveydenhuollon ja organisaatioiden kompleksisuustutkimuksista (esim. Sweeney 2002, Kernick (toim.) 2004; Steinberg 2005, Sweeney 2006). Käsitteiden näitä seuraavissa jaksoissa. Luhmann (esim. 2004) käyttää osittain eri käsitteitä kuvaamaan samoja ilmiöitä.

Mallit ja kompleksisten systeemien limittäisyys

Kernick (2002, 100) kuvaa systeemiä näin: ”Systeemi koostuu toisiinsa kytköksissä olevista elementeistä, joilla on määritelty tarkoitus. Systeemi itse kuitenkin edustaa kokonaisuutta eikä sen olennaisten osien ominai-

suuksia.” Sweeney (2002) systeemiesimerkit ovat potilas, konsultaatio, julkinen terveydenhuolto ja sen organisaatiot. Nämä systeemiesimerkit ovat toisiinsa nähden hyvin erilaisia, mutta toisiinsa kytköksissä olevia ja toisistaan monin tavoin riippuvaisia. Systemit ovat myös eri tavoin kompleksisia (Luhmann 2004, 49). Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että niiden kyky kommunikoida ympäristönsä kanssa on erilainen (mt.).

Ihminen yksilönäkin sisältää useita systeemejä. Potilaan kautta nämä systemit tulevat terveydenhuollon osaksi. Sosiaalisena systeeminä tarkasteltuna ihmisen biologiset (fysiologiset, neurologiset jne.) systemit jäävät taustalle. Näitä systeemejä ei kuitenkaan voi jättää huomion ulkopuolelle hoidettaessa potilasta. Tieteen järjestelmä kytkeytyy juuri potilaan hoitamisessa henkilöstön työhön.

Systemit voivat toimia toistensa ympäristöinä, mutta ympäristöjen konkreettinen rajaaminen on vaikeaa. (Burton 2002; ks. myös esim. Leydesdorff 2003.) Kullakin systeemillä on erilaisia systeemejä ympäristöinä, ne toimivat toistensa lomassa. Systemit ovat hierarkkisesti rakentuneita, mutta muutokset voivat tulla mistä suunnasta tahansa. (Esim. Kernick 2002; Burton 2002; Leydesdorff 2003, 165–168.) Terveydenhuollon valtavassa järjestelmässä kehityspolut eivät välttämättä suuntaudu paikallisesti siten kuin hierarkian ylempi taso (esimerkiksi valtakunnallinen kontrolli ja ohjaussysteemi) haluaa, vaan syntyy erilaisia kehityspolkuja, jotka kokonaisjärjestelmässä kohtaavat toinen toisensa ympäristöinä, johon on tavalla tai toisella reagoitava. Sama kompleksinen logiikka vallitsee esimerkiksi yhden organisaation sisällä.

Sean Boylen ja Julian Prattin (2004, 159–170) kuvaavat systeemiä työskentelyn mallina, jossa tarkastellaan yhtä aikaa organisaation rakenteiden ja toimijoiden välistä vuorovaikutusta terveydenhuollon prosesseissa. Tässä esimerkissä monitasoiset, päällekkäiset ja ristiriitaisetkin työn prosessit ovat yhteisen työskentelyn kautta muodostuneet paremmin yhteiseksi kokonaisnäkemykseksi ja monet näkymättömät kytkökset on saatu näkyviksi ja ovat tulleet yhteisesti ymmärretyiksi. Asioiden yhteinen prosessointi on auttanut toimijoita kytkemään oma työnsä kokonaisjärjestelmään ja huomaamaan sekä käsittelemään potilaiden yksilöllisyyden ja kommunikaatioyhteyksien tuottamaa kompleksisuutta paremmin. Tämä simulaatiomalli sairaalan ensiapuyksikön toiminnoista rakennettiin henkilökunnan workshop-työskentelyssä syntyneistä yhteisistä havainnoista. Hallinnolliset ja toiminnalliset rakenteet, joissa työntekijät työskentelivät, eivät enää näyttäytyneet toisistaan erillisinä systeeminä ja toistensa ympäristöinä.

Sen sijaan ensiaputoimintojen osalta näytti siltä, että ne kuuluvat samaan kompleksiseen systeemiin, joka säätelee omaa toimintaansa yhdessä. Tämän ymmärtämiseksi tarvittiin kuitenkin arjen työstä lähtevää mallintamista, jotta näkymättömäksi jäävät kohdat eivät enää peittyneet rutiininomaisen työn alle ja prosessimalli ymmärrettiin käytännöllisenä toimintana.

Ensiapuyksikön kommunikaatioympäristönä ovat sairaalan muut yksiköt, kuten laboratorio, röntgen, poliklinikat ja näiden henkilökunta, toimintasäännöt ja aikataulut. Ensiapuun tuleva potilas voi tuoda lisää yksikön tai sairaalan ulkopuolisia vaikutteita. Tällöin esimerkiksi onnettomuuden tapahtumapaikka tai terveyskeskus, jonka kautta potilas on sairaalaan saapunut, ovat myös kommunikaatioympäristöjä potilaan hoidossa. Potilaan jatkohoidon järjestämiseksi sairaalan ulkopuolinen ympäristö on otettava huomioon. Yhden potilaan ensiavun tarve voi muodostua monitasoiseksi prosessiksi. Ensiavun henkilöstön on kyettävä nopeasti toimimaan yksilön kanssa ja yhtäaikaaisesti vastaanottamaan monia potilaita. Tästä syystä myös ymmärrys järjestelmästä ja sitä koskevat tiedot esimerkiksi potilasvirroista ja muiden yksiköiden toiminnoista auttavat vähentämään epälineaarisen vuorovaikutuksen tuottamaa emergenssiä (Boyle & Pratt 2004, 159–170.) Emergenssi on ilmiö, joka tuottaa systeemiin uusia ominaisuuksia kompleksisessa vuorovaikutuksessa (esim. Holt 2002, 42–43; Vuori 2005). Käytännön työprosessien mallintamisen ideana on estää toimijoiden riittävän yhteisen ymmärryksen saavuttamisella uusien sovellusten hallitsematon lisääntyminen ja näin saada toiminta organisoitumaan yhteisesti haluttuun tavoitteeseen.

Idea vaikuttaa hyvältä. Kuitenkin saamme jatkuvasti esimerkkejä siitä, että mallit eivät toimi niiden jäsenyisyydestä, käytännönläheisyydestä tai toimijat huomioon ottavasta rakentumisesta huolimatta. (Esim. Ryynänen ym. 2006.) Mallintamisen ideana on, että se asettaa rajat, jossa kompleksinen systeemi liikkuu ja näin tekee systeemin toimintaa ymmärrettävämmiksi (esim. Holt 2002). Mallit ovat kokonaisuuden hahmottamisen välineitä ja prosessien yleisen kulun kuvaajia. Ne ovat abstraktioita suhteessa arjen tilanteisiin, olipa kyseessä organisatorinen palvelumalli tai käytännön työn toimintamalli. Mallien käyttäjien tulee hahmottaa variaatiot ja yksityiskohdat oman tehtävänsä vaatimalla tavalla. Pelkistämisen, yleistämisen ja keskiarvottamisen vaarana on, että variaatioiden mahdollisuudet jäävät huomiotta. Kysymys on siis mallien rakentamisen ja hyödyntämisen sekä arjen toimintojen välisestä kompleksisuusongelmasta.

Mallien tarkoitus on tuoda toiminnallista hyötyä henkilöstön yhteistyöhön. Tällainen esimerkki ovat organisaatioiden ja kuntien yhteiset apuvälinepalvelut, joissa organisaatioiden väliset apuvälinepalveluprosessit on mallinnettu yhteiseksi palvelu- ja toimintamalliksi. Toiminnallinen hyöty voi olla kuitenkin ristiriitainen taloudellisten tavoitteiden kanssa. Huolimatta siitä, että palvelumalli on luotu myös kustannusten säästämiseksi.

Jos löydetään todellinen win-win tilanne. Maakunnan yhteinen apuvälinepalvelu on hyvä esimerkki. Tosin sekin maksaa liikaa. (ESHlääk/39) [Kuvaus onnistuneimmasta yhteistyötapahtumasta]

Systemien toisistaan riippuvuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että mallien rakentamisessa ei koskaan päästä optimaaliseen kaikkia osapuolia tyydyttävään ja ennustettavaan toimintaan käytännössä. Terveystuonon henkilöistö ei voi olla ottamatta huomioon potilaan taholta tulevia monisuuntaisia paineita. Esimerkiksi potilaan oma maksukyky ja voimavarat (sosiaalinen ja psyykinen) voivat vaikuttaa siihen, millaisia hoitoratkaisuja on mahdollista tehdä. Maksukyky on lisäksi yhteiskuntajärjestelmän rakenteisiin kytkeytyvä esimerkiksi työmahdollisuuksien, työkyvyn ja toimeentulon sekä terveydenhuollon palveluiden, hoidon, lääkkeiden ja matkakustannusten muodostama yhtälö.

Myös potilaan / perheen taloudellinen tilanne vaikuttaa hoitoratkaisuihin (mm. lääkkeiden hinta, julkinen vai yksityinen fysioterapia yms.). (PTHlääk/196) [Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Systemien koskettaessa toisiaan ”hernepenkit” menevät sekaisin monissa suhteiden risteymäkohdissa. *Lainsäädäntö ja yksityissektori sekoittaa hernepenkkejä tässäkin. (PTHlääk/206)* Tämä terveyskeskuslääkäri kiteyttää monien näkemyksiä, kysyttäessä, miten selkeä vastuu sairaalan ja terveyskeskuksen erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta toteutuu. Verkostomaisen työskentelyn laajennuttua organisaatioiden arkipäiväksi (esim. Seikkula & Arnkil 2005; Arnkil, Eriksson & Arnkil 2000), yhteistyöhön osallistumisen välttämättömyys ja erilaisen informaation tulva järjestelmien, organisaatioiden ja henkilöiden välillä pakottaa olemaan epämääräisessä ja ristiriitaisessa ympäristössä.

Erilaisilla systeemeillä on erilaiset rajat, joiden sisällä ne toimivat. Esimerkiksi biologinen systeemi ei muutu mihin tahansa suuntaan. Komp-

leksinen systeemi voi jäädä samalle keskimääräiselle alueelle tai tilaan jossa se vaihtelee ja muuttuu jaksoittain ajassa liikkuen. (Holt 2002, 45–47.) Ihmisen rajat biologisena systeeminä kulkevat hedelmöitymisestä kuolemaan. Terveydenhuollon henkilöstön toiminnan raja potilaan hoidossa voi olla esimerkiksi potilaan kuolema, vaikka kaikki keinot tämän estämiseksi olisi käytetty. Paradoksaalisesti systeemissä kokonaisuutena voi tapahtua sekä systeemiä tuhoavaa että sitä parantavaa muutosta huolimatta systeemin osien pyrkimyksistä ja tavoitteista. Toiminta- ja palvelumallit pyrkivät organisatorisen järjestelmän hallintaan. Ne ottavat tietysti myös kantaa siihen, miten potilasta hoidetaan. Potilas ei kuitenkaan taivu näihin mallinuksisiin. Paradoksi on valmis, mutta muutakaan keinoa ei näytä olevan. Luhmann (2004, 57) toteaa, ettei ole olemassa ”totaalioperaatiota”.

Kompleksisen systeemin mahdollisuus tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä kasvaa silloin, kun se ajautuu kauemmas tasapainotilastaan. Tällöin valinnan vaihtoehdot tulevat näkyvimmiksi. Tämä tapahtuu silloin, kun systeemi kohtaa ristiriitoja ja jännitteitä. Terveydenhuollossa tämä tarkoittaa esimerkiksi resursseihin liittyviä ristiriitoja. Tasapainotilassa systeemin ei tarvitse kiinnittää huomiota toimintaansa samalla tavoin kuin kriisitilanteissa, jolloin valinta tulee pakolliseksi, mutta vaihtoehtoja on. Bifurkaatio on vyöhyke determinismin ja vapaan valinnan välillä (Stähle 2004, 233–234) tai periodisen ja kaoottisen välillä (Holt 2002, 41, 48). Bifurkaatiopisteessä systeemi hylkää runsaasti informaatiota (tekee valinnan, uuden ratkaisun). Tällöin entropian (ei-arvotetun informaation) määrä laskee ja syntyy uusi järjestys.

Henkilöstö osallistuu valintojen tekemiseen. Yhteisiksi tarkoitetuilla malleilla ja ohjeilla pyritään suuntaamaan valintoja samansuuntaisiksi organisaation sisällä. Terveydenhuollon kokonaisuudessa on kuitenkin meneillään lukuisa määrä päällekkäisiä systeemiä kehityskulkuja. Eriytyminen, työnjako, on suorituskyvyn tae, mutta myös vaikeuttaa osajärjestelmien välistä kommunikaatiota (ks. Luhmann 2004, 71–74.) Makrotason suunnat vaihtelevat julkisen terveydenhuollon katoamisesta ja markkinaehtoiseen terveydenhuoltoon siirtymisestä sekä vaihtoehtoista näiden välillä. Mallien rakentamisessa ja niiden käytäntöön soveltamisessa toimijat elävät uuden ja vanhan kohtaamisen episodeissa, joissa on yhtäältä pakko valita ja toimia. Toisaalta on vapaus pienillä arjen ratkaisuilla etsiä uutta perusteltua järjestystä niille valinnoille, jotka on pakko tehdä. Uusia arvotuksia on tehty julkisen terveydenhuollon ja uuden hahmottamisen välillä, mutta uutta järjestystä ei ole vielä syntynyt. Valinnan vaihtoehdot tulevat organi-

saation ympäristöstä, joka muodostuu muista yhteiskunnan osajärjestelmistä, kuten taloudellinen, poliittinen, oikeudellinen ja tieteellinen järjestelmä (Luhmann 2004.)

Terveydenhuollon kokonaisuus on hierarkkisten, itsenäisten ja erilaisen, mutta toisistaan riippuvaisten systeemien kompleksiksi.

Systemit toistensa ympäristöinä

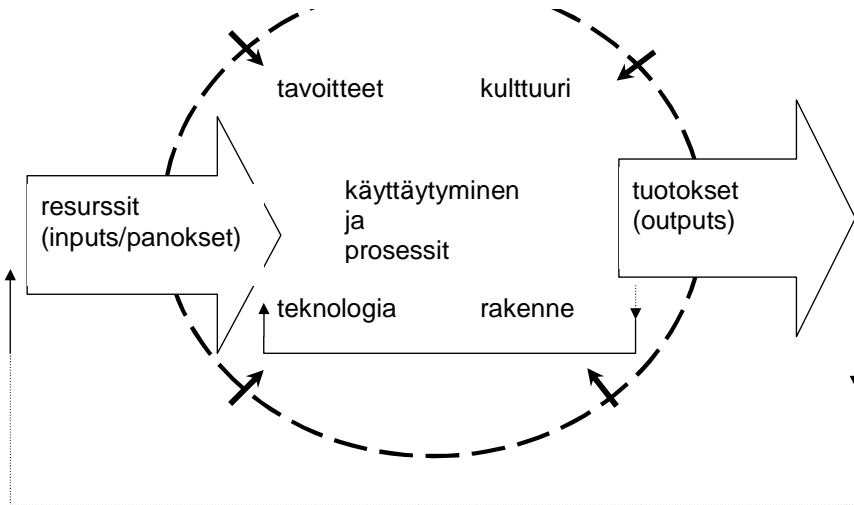
Michael I. Harrisonin (1990, 23–27) mukaan avointen systeemien ideaa voidaan hyödyntää abstraktina mallina¹⁴, joka soveltuu minkä tahansa organisaation tai sen osaston toiminnan tutkimiseen (kuva 4.) Tehtäväympäristöön kuuluvat kaikki ulkoiset organisaatiot ja olosuhteet, joilla on suora suhde organisaation päätoimintoihin ja sen teknologioihin. Teknologioilla Harrison tarkoittaa menetelmiä ja prosesseja, joiden avulla resursseja muokataan tuotoksiksi. Ne voivat olla mentaalisia tai fyysisiä (kuten lääketieteen, psykologian ja terapioiden hyödyntäminen terveydenhuollossa) tai mekaanisia (kuten tietotekniikka). Ympäristöön kuuluvat esimerkiksi asiakkaat, resurssit ja organisaation teknologiaa koskeva tieto. Yleiseen ympäristöön kuuluvat lisäksi instituutiot ja olosuhteet, joilla on pitkäntähtäimen vaikutuksia organisaatioon. Näitä ovat esimerkiksi talous, lainsäädäntö, tieteellinen ja tekninen tieto, työntekijöiden sosiaalinen ympäristö (kuten perhe), väestö, poliittinen systemi ja kansallinen kulttuuri. Ymmärrän Luhmannin (esim. 2004) talous-, tiede-, oikeus- ja poliittisten järjestelmien kommunikaation mikrotason, arjen, kanssa tätä kautta.

Terveydenhuollon systemit eivät käyttäydy täsmällisen ennustettavasti. Kuitenkaan ne eivät käyttäydy myöskään täysin sattumanvaraisesti. Makrotason tavoitteet ovat varsin yleisiä ja osin abstrakteja eivätkä avaudu arjen toimijoille konkreettisina. (Kernick 2004, 1.) Kommunikointi makrosysteemien yleisten ja abstraktien tavoitteiden ja mikrotason toiminnan välillä ei ole suoraa vaan epälineaarista (Luhmann 2004). Esimerkiksi yle-

¹⁴ Mallien abstraktiuteen sisältyvä paradoksi: käytännön työssä tarvitaan selkeitä malleja, jotka ohjaavat työtä. Työ on kuitenkin moniin yksityiskohtiin perustuvaa ja mallien soveltaminen yksilöiden tilanteissa on vaikeaa. Mallit voivat jäädä käyttäjille osin abstrakteiksi. Mallien abstraktius, eri käyttöyhteyksissään, antaa kuitenkin toimijoille luovaa tilaa, koska ne eivät muodosta pakottavaa normia. Luhmannin (2004) mukaan (koodien) abstraktius mahdollistaa avoimuuden. Teoreettisen mallin abstraktius (kuten avointen systeemien idea) sisältää avoimuuden ja sovellettavuuden mahdollisuuden.

senä tavoitteina esitetyt tieteelliseen näyttöön perustuva hoito, hoitoon pääsyn oikea-aikaisuus ja kustannustehokkuus (ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010) konkretisoituvat arjen työssä hyvin monenlaisesti. Kompleksisuusajattelussa ei uskota lineaariseen syy ja seuraus jatkumoon.

Ympäristö



Kuva 5. Avoimen systeemin perusmalli (Harrison 1990, 24).

Tavoitteet Harrison (mt., 24) määrittelee organisaation strategioiksi, suunnitelmiksi ja niin edelleen. Ne esiintyvät toiminnassa sekä eksplisiittisinä että implisiittisinä ja syntyvät konfliktien ja neuvottelujen tuloksena. Rakenneilla tarkoitetaan ihmisten, ryhmien ja laajempien yksiköiden suhteita ja rooleja (työn kuvat, vastuut, valtasuhteet) sekä toimintamalleja ja avainprosessien toimintamekanismeja (kokousaikataulut, päätöksentekoprosessit jne.). Terveydenhuollossa näitä avainprosesseja kuvaavat esimerkiksi hoito- ja palveluketjukurvat, käypä hoito -mallit, hoidon kiireellisyys-

den kriteerit ja niin edelleen. Lisäksi rakenteilla voidaan tarkoittaa inhimillisten resurssien (human resources) kuten urakehityksen, palkitsemisen ja arviointien malleja.

Käyttäytyminen ja prosessit puolestaan käsittävät yhteistyöhön, konflikteihin, kommunikaatioon, kontrolliin ja palkitsemiseen liittyvän käyttäytymisen, yleensä ihmisen käyttäytymiseen liittyvät prosessit ja ilmiöt. Kulttuuri kuvaa jaettuja normeja, uskomuksia, arvoja, symboleja ja rituaaleja, jotka osoittavat kuinka organisaatiossa työskennellään. Avainprosessit ja mallit osoittavat, miten organisaatiot normittavat toimijoiden reflektiivisyyttä (ks. Leydesdorff 2003, 7). Epävarmuudet ja ristiriitaisuudet ovat läsnä työntekijöiden arjessa normeista huolimatta. Normeilla ei ole kykyä ohjata kommunikaatiota systeemeissä harmoniseksi, mutta ne osoittavat systeemin rajoja ja sitä, mitä on mahdollista valita. Jotta systeemi (esimerkiksi organisaatio) pysyy toiminnassa, toimijoiden on kyettävä kommunikoimaan epävarmuuksien kanssa ja kyettävä valitsemaan epävarmoissa oloissa (ks. Leydesdorff, 2003).

Ympäristöstä tulevia epävarmuuksia pyritään hallitsemaan oman perustehtävän mukaisesti. Järjestelmä erottaa itsensä ympäristöstä. Tämä tarkoittaa, että omaa toimintaa ja ympäristöstä tulevia asioita havainnoidaan suhteessa omaan toimintaan ja pyritään arvottamaan informaatiota oman toiminnan säilymiseksi. Jos talous toimii ”koodeilla” omistaa ja ei-omista, oikeus ”koodeilla” oikein–väärin (ks. Luhmann 2004), terveydenhuollon koodi voisi olla hoitaa tai ei-hoida¹⁵, jolloin ei-hoitaminen tarkoittaisi niiden kriteerien luomista, joilla potilaiden tarpeisiin vastataan (ks. Jalava 2006, 181.) Luhmannia (mt.) mukaillen, omaan tehtävään orientoitumisella terveydenhuollon organisaatiot muodostavat omat organisatoriset ohjelmansa esimerkiksi taloudellisten ja poliittisten intressien paineissa. Kompleksisuus ei kuitenkaan häviä, vaan organisaatio auttaa itseään selviämään kompleksisuudessa.

Epävarmuudet esiintyvät seuraavassa näytteessä systeemien normien ja ohjeiden tulkinnallisuutena ”*tk:n vuodeosastolle, hoitajan lähetteessä ja lääkärin kertomuksessa on erilaiset ohjeet kuntoutuksen varaushuvista*”, systeemien ja toimijoiden välisten asemien hierarkkisuuksena (terapeutti, hoitaja, lääkäri) ja potilaan hoitamisen erilaisena ajallisena sijoittumisena toimijoiden reflektion ja valintojen hetkiin. Organisaation (terveyskeskuk-

¹⁵ Hoivasysteemin koodit auttaa/ei-auta, jolloin ei-auttaa viittaa siihen, ettei ole hoivan tarvetta (ks. Jalava 2006, 181).

sen tai sairaalan) ympäristö määrittyy toisin kuin työntekijän työssään kohtaamat ympäristöt, vaikka näillä on kytkös toisiinsa. Ympäristöistä tulevat ”panokset” ja ”tuotokset” konkretisoituvat monenlaisiksi yksityiskohdiksi.

Lonkkapotilas tulee tk:n vuodeosastolle, hoitajan läheteessä ja lääkärin kertomuksessa on erilaiset ohjeet kuntoutuksen varausluvista. Asiaa selvitellessä et saa ketään sellaista kiinni, joka ottaisi vastuun asiasta. Mene monta päivää mummelilla hukkaan sängyssä kun ei uskalleta liikkeelle lähteä. Kalliin leikkauksen jatkohoito on tosi tärkeää, ettei leikkauksen tulokset mene hukkaan. (PTHter/33) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Harrisonin (mt.) mukaan ulkopuoliset olosuhteet vaikuttavat resurssien virtaamiseen organisaatioon ja suoraan organisaation toimintamahdollisuuksiin. Julkisessa terveydenhuollossa kysynnän ja tarjonnan lait toimivat hieman toisin kuin Harrisonin mallissa. Kysynnän kasvu ei automaattisesti lisää tuotoksia ja tuo lisäresursseja. Palaute kysynnän kasvusta voidaan kuitenkin tulkita poliittisessa ja taloudellisessa ympäristössä vinkiksi, jonka mukaan ihmiset ovat valmiita maksamaan terveydestään. Tämä on jo tarkoittanut rakenteiden järjestymisessä sitä, että terveyspalveluita tarvitsevat yhä enemmän itse maksavat palveluista suoraan ja vakuutusten kautta. Tämä taas vaikuttaa resursseihin, mitä julkinen terveydenhuolto saa käytettäväkseen.

Harrisonin (1990) kuva organisaatiosta ja sen ympäristöistä on selkeä esitys, mutta selkeyden takaa on luettava huomautukset kontingenteista riippuvuuksista rivien välistä. Kaikki systeemin elementit ja niiden osat ovat riippuvuussuhteessa toisiinsa ja vaikuttavat toisiinsa. Organisaation kulttuuri ja rakenne vaikuttavat jäsenten käyttäytymiseen. Yhtä lailla jäsenten käyttäytyminen vaikuttaa kulttuuriin ja rakenteen eri osiin. ”Organisaatioiden vastaukset ulkoisiin ja sisäisiin muutoksiin riippuu jäsenten muutosten tulkinnoista ja heidän päätöksistään, kuinka näiden suhteen toimitaan. Tieto näistä muutoksista tulee sekä virallisten että epävirallisten kanavien kautta.” (Mt., 26.) Jäsenten tekemät tulkinnot ja toiminnat tulkinnojen perusteella eivät aina ole yhteneväiset huolimatta periaatteessa taustalla olevasta yhteisestä organisaatiokulttuurista tai organisaation perustehävän ymmärtämisestä.

3.2 Näkyvästi ja näkymättömästi kehkeytyvät yhteydet

Mikrotason toimijat kommunikoivat mahdollisten merkityssignaalien keskellä jatkuvasti. Tehdyt valinnat voivat näyttää vakiintuneilta, mutta ne voivat myöhemmin muuttua. Systeemin sisällä tapahtuu jatkuvasti vielä arvottomattoman informaation (entropian) tuottamien epävarmuuksien, tiedon murujen ja erilaisten merkitysten välistä vaihtoa ihmisten välillä. Arvottaminen antaa informaatiolle merkityksen. Inhimillisten toimijoiden kyvykyys ja innovatiivisuus on edellytys sille, ettei kommunikaatio jää vain rutiinien toistamiseksi. Mahdollinen variaatio voidaan tulkita merkityksellisenä informaationa ainoastaan silloin, kun toimijalla on eksplisiittinen tai implisiittinen odotus informaatiosta (Leydesdorff 2003, 82). Refleksiivisillä ja interaktiivisilla toimijoilla on suuri merkitys sosiaalisen verkoston (systeemin) kehittämisessä. (Leydesdorff 2003, 43–44, 75) Kommunikaatio sosiaalisessa verkostossa ei ole vain yksilöiden ja ryhmien välistä vuorovaikutusta, vaan siinä on yliyksilöllinen merkitysten kehkeytymisen (emergenssi) ominaisuus. Tätä kehkeytymistä kuvaan seuraavassa.

Itseorganisoituva terveydenhuolto

Itseorganisoitumisen ilmiö (autopoiesis) koskee kaikkia eläviä systeemejä. Itseorganisoituminen tarkoittaa, että systeemi luo vuorovaikutusverkostonsaan omaa rakennettaan (esim. Luhmann 2004, 41–42). Sosiaalisten systeemien itseorganisoituminen perustuu tapahtumiin kun taas organismien, kuten solujen, itseorganisoituminen perustuu kohtuullisen vakiomuotoisiin prosesseihin. (Hernes & Bakken 2003; Bakken & Hernes 2008.) Tapahtumiin perustuvuus tarkoittaa hetkellisyyttä (Luhmann 2004, 54 ja 64). Esimerkiksi asiakkaan tilannetta pohtivan moniammatillisen työryhmän jäsenet hajautuvat kukin omille teilleen kokouksen päätyttyä. Tore Bakkenin ja Tor Hernesin (mt:t.) mukaan tapahtumien välillä on merkitysten luoma yhteys. Edelleen kaikkien sosiaalisten systeemien (kuten organisaatioiden) merkitykselle perustuvat rakenteet ja prosessit erottautuvat toisista systeemeistä systeemin rajojen ja ympäristön määrittämisen kautta. Kommunikaatio, joka tapahtuu esimerkiksi organisaation sisäisessä dynamiikassa suhteessa ympäristöön, luo samalla perustaa, jossa dynamiikka toimii. (mt:t.; Luhmann 1986; 2004). Mallintamisen yksi tehtävä on mahdollistaa yhteiset tulkinnat systeemin rajojen sisällä.

Mallinnetut normit ja arvot eivät kuitenkaan ole tapahtumien yhdistäjinä. Yhdistäjänä on niiden uudistaminen tai uudelleen rakentaminen dynaamisessa systeemien sisäisessä, mutta ympäristöön reagoivassa prosessissa. (Hernes & Bakken 2003; Bakken & Hernes 2008). Esimerkiksi moniammatillisen työryhmän työskentelyä määräävät normit ja arvot tulevat terveydenhuollon organisaatioista ja ammatillisista tietoperustoista sekä henkilökohtaisista kokemusmaailmoista. Merkitykset voivat syntyä vain jäsenten välisessä kommunikaatiossa ja merkitysten siirtymissä tapahtumasta toiseen (ks. Luhmann 2004, 54–56). Normit ja arvot ovat tulkinnallisia, inhimillisen toimijan kantamia ja merkityksellistämisiä.

Organisaatiot ovat Bakkenin ja Hernesin (2003) mukaan operatiivisesti suljettuja. Rakenteita tuotetaan organisaatioiden sisäisissä, toiminnallisissa, tehtävän ja toimenkuvan määrittämässä rajoissa. Tavoitteena olevaa vakautta kontrolloidaan itseorganisoitumisen avulla, mutta samalla ympäristöstä tulevat vaikutteet ja riippuvuus ympäristöistä asettavat systeemin alttiiksi muutokselle, johon sen on reagoitava. Tämä verkostomainen rakentuminen tapahtuu systeemin omassa toiminnan tilassa. Kuitenkin toiminnan tilat ovat yhtä aikaa suljettuja ja avoimia ulkopuolelta (ympäristöstä) tuleville viesteille (materiaalille, energialle tai informaatiolle).¹⁶

Itseorganisoituvan systeemin perusedellytys on, että sillä on valmius sietää epätasapainoa ja reagoida siihen. Tällöin systeemi säilyy eikä hajoa. Systeemi kykenee organisoitumaan uudelleen epätasapainon, epäjärjestyksen tai kaaoksen tilasta. (Stähle 2004.) Kilpailu ja yhteistyö tapahtuvat ristiriitojen ja jännitteiden aktivoimina. Aktiivinen systeemi tarvitsee jännitteitä, epävarmuutta ja hämmennystä. Se tarvitsee vaihtoehtoisia tiloja. Elisa Vuoren (2005, 12) mukaan kompleksinen systeemi sisältää valtavan määrän mahdollisia tiloja. Mahdolliset tilat ovat energiaa tai informaatiota, jota systeemi tuottaa, mutta ei voi kokonaan hyödyntää (entropiaa, ei-arvotettua ylijäämäinformaatiota) (Stähle 2004, 231). Itseorganisoituminen tapahtuu systeemin elementtien välisen kilpailun ja yhteistyön keskinäisissä riippuvuussuhteissa. (Kernick 2004, 29.) Uudelleenorganisoituminen

¹⁶ Yhtäaikaisuus selittyy Luhmannin (2004, 86, 110, 127) mukaan sillä, että oman tasapainon säilyttämiseksi järjestelmä rakentaa itseään oman perustehtävänsä mukaisesti (eli viittaa itseensä ja omaan koodiinsa). Tämä edustaa sulkeutuneisuutta. Kaikki ratkaisut tehdään omaan tehtävään peilaten. Kun se ottaa valinnan vaihtoehtoja ympäristöstä, se on avoin, mutta myös suljettu, koska sen oman ”koodi” säilyy. Tämä määrittely ei täysin vastaa alkuperäistä suljettujen systeemien ideaa. Tällöinhän systeemi ei kommunikoi lainkaan ympäristönsä kanssa.

tapahtuu erilaisissa päällekkäisissä prosesseissa, joissa tehdään arvovalintoja ja tulevaisuutta suuntaavia ratkaisuja kilpailun ja yhteistyön paradoksaalisessa hengessä.

Stählen (mt.) mukaan sosiaalisissa systeemeissä tasapainottomuus tarkoittaa esimerkiksi samanaikaisia vastakkaisia intressejä ja arvoja. Terveysthuollon järjestelmässä vastakkain ovat muun muassa puhtaasti taloudellisten intressien (esim. voiton tavoittelu, terveystarpeiden kasvattaminen markkinoimalla) sekä kaikille potilaille julkisin varoin tarjottavan tasapuolisen ja hyvän hoidon arvomaailmat. Hyvinvointivaltiollisen julkisen terveydenhuollon kohdattua ulkoisia paineita, markkinoiden toimintamallit, uudenlaiset taloudelliset paineet ja rakenteellisen uudistamisen poliittiset paineet ravisuttavat vanhoja rakenteita. Terveysthuolto ei ympäristön paineista ja uhkista huolimatta lakkaa kuitenkaan olemasta vaan organisoituu uudelleen, muuttuu.

Leydesdorff (2003, 41) selittää kommunikaatioteoreettisen entropian kahden vastakkaisen näkemyksen avulla. Evoluutioteoriassa valinta ja variaatio tapahtuvat itsenäisesti, ”luonnon valinnan mukaisesti”¹⁷. Matemaattispainotteisessa kommunikaatioteoriassa puolestaan entropia tarkoittaa ”kolikon kaksipuolisuutta”. Toisella puolelle jäävät tapaukset, jotka jäävät valitsematta. Ne ovat ylijäämäinformaatiota. Valintoja ohjaavat järjestelmän rakenteet. Valinnat eivät voi olla mitä tahansa, mutta valintoja ei voi myöskään täysin ennustaa. Ilman entropiaa systeemistä tulee suljettu, mekaaninen systeemi, joka toimii, mikäli ympäristö ei aseta paineita reagoimiseen. Mikäli ympäristöön on reagoitava ja entropia-kykyä ei ole, reagointi on mekaanista, ulkoahjautuvaa, eikä systeemin omasta näkökulmasta itseorganisoituvaa.

Stählen (2004) mukaan sosiaalisten systeemien entropia-kyvykkyys tarkoittaa sitä, että sillä on kyky hankkia ja käsitellä tietoa, kommunikoida, käsitellä vastakkaisia intressejä ja ristiriitaista tietoa, tehdä päätöksiä, valita paras, fokusoida ja priorisoida sekä hylätä tarvittaessa vanhat mallit. Systeemi kuihtuu ja sulkeutuu, mikäli se ei kykene olemaan avoin uusille mahdollisuuksille eikä kykene tekemään valintoja. Ympäristöstä tulevat viestit, kuten esimerkiksi terveydenhuollon uudet rakennemalliehdotukset tai resurssien jakamisen ohjeet, sisältävät odotettua ja tuttua informaatiota,

¹⁷ Leydesdorff (2003) käyttää evoluution käsitettä teoreettisena ideana itsestään tapahtuvan ja kognitiivisten ja sosiaalisten prosessien kautta tapahtuvan valinnan eroa selittäessään. Hän tekee eron luonnon organismien ja sosiaalisten systeemien kehityksessä, eikä kannata sosiaalidarwinistista näkemystä.

jolla on systeemissä (organisaatioissa) merkitystä. Merkitys on kuitenkin vielä epävarmaa. Epävarmuus merkitsee ”tiedon muruja”, joihin systeemi ei ole vielä ottanut omaa kantaa. (Ks. Leydesdorff 2003, 42.) Mikäli ei arvoitettu tai merkityksellistämätön informaatio arvoitetaan vanhojen rakenteiden ja rutiinien mukaisesti (ei uutta arvovalintaa), entropian syntyminen estetään ja itseorganisoidumisen kautta tapahtuva uudistuminen estyy.

Valintojen seurausten ennustamista vaikeuttaa odottamattomuuden, kontingenttiuden lisäksi se, että systeemin osien välinen vuorovaikutus ei ole lineaarista. Tämä tarkoittaa, että minkä tahansa toiminnan tulos riippuu epälineaarisesti kommunikaation ajallisesta sijoittumisesta sekä suuntaa muuttavan tapahtuman, eleen tai muun vastaavan ”panoksen” suuruudesta. Pienet panokset saattavat aiheuttaa suuria vaikutuksia ja päinvastoin.¹⁸ (esim. Holt 2002, 35–44; Kernick 2004, 23–37; Sweeney 2006, 61–81.)

Epälinearisessa vuorovaikutuksessa kommunikointi perustuu palautteeseen. Tällöinkään kommunikaatio ei ole vain määrättyä informointia. Iteraatio eli palauteprosessi kuljettaa kommunikaation vaikutukset koko systeemin läpi. Systeemin tapahtumat leviävät mikrotasolta makrotasolle ja päinvastoin sekä moninkertaistuvat. (Stähle 2004, 233.) Yksinkertainen esimerkki palauteprosessista terveydenhuollossa on sähköinen lähetepalautejärjestelmä teknisenä toteutuksena. Ideana on, että tekniikka mahdollistaa henkilöstön välisen informaation vaihdon ja kommunikoinnin tietokoneruudulla. Palautteen antaminen yhteiselle foorumille muodostaa tällöin dialogisen, uutta informaatiota tai tietoa tuottavan ketjun, jonka tuotoksena on katkokseton yhteistyö potilaan hoidossa. Tekninen malli on periaatteessa lineaarinen, mutta palauteprosessin onnistuminen vaihtelee eri systä sosiaalisessa systeemissä. Inhimillisten toimijoiden ”entropiakyvyykyys” (ks. Stähle 2004) vaihtelee ja dialogiin syntyy katkoksia. Vaikutukset systeemin toiminnasta, olipa se katkoksellista tai ei, siirtyy kuitenkin systeemeissä eteenpäin erilaisina seuraamuksina.

Epälineaarinen vuorovaikutus voi syntyä esimerkiksi implisiittisen, hiljaisen ja näkymättömän informaation tai olettamuksiin perustuvan toiminnan aiheuttamasta ristiriidasta tai siitä, että esimerkiksi sairaalan eri osastojen tai asiantuntijoiden välillä on hierarkkisesti rakentuneita kuiluja, joita ei osata ylittää, koska kuilujen ominaisuuksista tai luonteesta ei ole

¹⁸ Perhosefekt: Pienikin olosuhteiden vaihtelu tai tapahtuma voi aiheuttaa odottamattomia, suuria vaikutuksia. (esim. Kernick 2004, 27; Smith ja Jenks 2006, 4–5). Kaaosteorian ydinidea on Lorenzilta, joka näkee kaaoksessa itsestään järjestymisen kyvyn. Järjestyksen ja epäjärjestyksen välillä vallitsee kontrolloimaton suhde. (Stähle & Grönroos 1999, 68.)

jaettua ymmärrystä. Kuitenkin organisaatioiden ja asiantuntijoiden välillä tapahtuu jatkuvasti ”merkityksellisen informaation muokkausta” (Luhmann 2004, 55), joten niillä on mahdollisuus yhteiseen ymmärrykseen.

Terveystenhuollon henkilöstön välisessä toiminnassa systeemin kokonaisuuteen vaikuttavien palauteprosessien konkreettisia esimerkkejä on löydettävissä paljon lähete-palauttejärjestelmästä, konsultaatioista, kasvokkaisesta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa tai henkilöstön välillä. Ne ilmenevät myös kirjallisina asiakaspalautteina tai potilasvalituksina, hoitojen, lääkityksen, terapioiden ja niin edelleen potilaassa aikaansaamina hoitovasteina tai niiden puutteena. Nämä palauteprosessit kulkevat tutkimukseni aineiston läpi. Palautteet kuljettavat eri tilanteissa kommunikaatiota eteenpäin, mutta vastaukset eivät välttämättä tule takaisin samaan paikkaan. Seuraavassa aineistonäytteessä asiakas on ollut hoidettavana sairaalassa ja hakeutunut oman kuntansa terveyskeskukseen sairaalasta saatujen ohjeiden mukaiseen kuntoutukseen. Fysioterapeutti ei kuitenkaan voi aloittaa kuntoutusta pelkästään potilaan kertomuksen perusteella, vaan tarvitaan sairaalan hoitopalaute. Tämä konkreettinen asiapaperi toimii systeemin kommunikaatiota kuljettavana palautteena ja vaikuttaa moniin tapahtumiin. Hoitopalaute (sen saapuminen, saapumatta jääminen ja sisältö) vaikuttaa esimerkiksi potilaan hoidon/kuntoutuksen järjestämisen prosessiin organisaatioissa, potilaan kuntoutumiseen ja paranemiseen sekä työntekijöiden työhön.

Pyysin epikriisiä keskussairaalasta, ja sitä ei arkistosta tullut. En päässyt aloittamaan asiakkaan kuntoutusta, koska tarvittava epikriisi puuttui. Arkistossa oli sekaannus. Epikriisit eivät aina automaattisesti siirry perusterveydenhuoltoon ja aina ei ole potilaalle kotiinkaan saapunut epikriisiä, vaikka on luvattu. (PTHter/29)[Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Kaikkea verkostossa vallitsevaa epävarmuutta ei ole mahdollista täydellisesti havaita (Leydesdorff 2003; Arnkill ym. 2000; Seikkula & Arnkill 2009). Paikallisten toimijoiden ei ole mahdollista asettua ulkopuoliseksi tarkkailijoiksi ja hallita kontingenttia kommunikaation kulkeutumista ja merkitysten siirtymistä (Leydesdorff 2003, 50; Luhmann 2004, 64–66). Verkoston toiminnalla on osin virtuaalinen luonne. Kuitenkin paikallisesta viestien merkityksellistämisestä ja siirtämisestä huolehtivat ihmiset (Leydesdorff 2003, 74). Toimijat toteuttavat omia ohjelmiaan omien käsitys-

tensä mukaisesti. Heillä on käytössään vain osa informaatiosta. Informaatiota tuotetaan sekä yksilön että verkoston tasolla ja näiden välillä on rakenteellinen yhteys, jonka avulla merkityksiä päivitetään. (Mt., 50.) ”Merkitys on siis toisin sanoen ilmaistuna aktuaalista todellisuutta sisältävä esitys maailman kompleksisuudesta jonakin hetkenä.” (Luhmann 2004, 54.)

Esimerkiksi huolimatta siitä, että työntekijällä tai jollakin sairaalan osastolla on käsitys siitä, että potilaat tulevat hoidetuiksi hyvin, epävarmuuksien merkityksellistämisen tarvetta syntyy jatkuvasti uusien potilaiden ja heidän yksilöllisten tilanteidensa myötä. Näissä tilanteissa on yhä uudelleen pohdittava esimerkiksi resurssien riittävyttä tai hoitosuosituksen soveltamista. Tämä ei kuitenkaan ole koskaan sisällöllisesti täysin uutta.

Leydesdorffin (2003, 53) mukaan palaute voidaan lähettää tietyllä merkityssisällöllä, mutta siihen voidaan suhtautua merkitysodotuksella, joka ei välttämättä ole lähettäjän tarkoittama. Toimijoiden refleksiivisuuden aste tai kyky vaikuttaa siihen, kuinka tietoisesti valintaa merkitysten välillä on mahdollista tehdä. Tietoinen valitsija voi esimerkiksi jättää osallistumatta toimintaan ristiriitaisuuksien edessä. Monikerroksisessa sosiaalisessa systeemissä paikallisen vuorovaikutuksen merkitykset voivat muuttua huolimatta siitä, mitä osallistujat ovat tarkoittaneet. (Mt.) Luhmann (1986; 1989; 2004) painottaa tämän yliyksilöllisen kommunikaation tärkeyttä (ks. myös Leydesdorff 2003, 55).

Edellä olevassa näytteessä fysioterapeutti pitää epikriisiä välttämättömänä potilaan kuntoutuksen aloittamiselle. Hänen odotuksensa on, että se sisältää ohjeet jatkotoimille terveyskeskuksissa. Näihin lähete-palauteprosesseihin liittyvät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kommentit aineistossa osoittavat, että osapuolet merkityksellistävät samaa lähete-palauteprosessia eri tavoin. Esimerkiksi hoitopalautetta ei koeta tarpeellisena antaa, koska oma osuus on hoidettu tai asia on unohtunut uusien viedessä huomion. Kommunikaation toinen osapuoli odottaa palautetta, jolla on hänen työlleen merkitystä.

Kompleksiset prosessit tapahtuvat paikallisessa vuorovaikutuksessa. Yksilöiden, ryhmien, organisaatioiden toiminta, päätökset ja valinnat vaikuttavat systeemin muihin osiin. Inhimillisissä systeemeissä suhteellinen dynamiikka tarkoittaa sitä, että ihmisten väliset, sosiaaliset, tekniset, taloudelliset ja jopa globaalit ulottuvuudet voivat vaikuttaa toisiinsa. Muutokset suhteellisessa dynamiikassa voivat muuttaa vuorovaikutuksen suuntaa. Suunnanmuutos tapahtuu rajoittuneen paikallisen informaation varassa ja systeemin omien rajojen sisällä. Yhteydet yksilöiden välillä eivät ole yhte-

näisiä. Yhteyksiä on sekä systeemin sisällä että systeemien välillä. Systeemin ja sen ympäristön välillä ei ole tiukkoja rajoja. Itseorganisoituminen ja avoimuus tuottavat kuitenkin ennustamattomuutta organisaatioon, jonka suhteellisen pysyvät piirteet ovat kytköksissä kompleksiin avoimiin ja herkkiin prosesseihin. Itseorganisoituminen tarkoittaa yhtenäisten käyttäytymismallien luomista systeemin sisällä. (Sweeney 2006, 86.)

Ollakseen itseorganisoituvia ja pärjätäkseen ympäristöstä tulevien, taloudellisten, poliittisten ja moraalisten paineiden puristuksessa terveyskeskusten ja sairaaloiden on kyettävä ”refleksiiviseen kommunikaatioon” (ks. Leydesdorff 2003, 7) ulkopuolelta tulevien ja sisäisessä dynaamiikassa esiintyvien epävarmuuksien kanssa. Epävarmuuksia on vanhojen organisatoristen toiminnallisten käytäntöjen suhteen, potilaiden tarpeiden ja hoitamisen tieteellisen perustan suhteen, resurssien käytön ja riittävyys suhteen ja niin edelleen.

Dynaamisesti kehkeytyvä, mutta yksinkertainen?

Sweeneyn (2006, 71) mukaan yhtenäinen toiminta mahdollistuu avoimessa kontekstissa tai mahdollistavassa kommunikaatorakenteessa. Yksi toimintaa mahdollistava konteksti muodostuu yksinkertaisten ydinarvojen tai periaatteiden ympärille ja näiden joustavuudelle. Kommunikaatiolla on oltava sellaiset olosuhteet, joissa paikallinen vuorovaikutus on mahdollista. Paikallinen vuorovaikutus voi olla esimerkiksi potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta (Sweeney 2006) tai konsultaatiotilanteisiin liittyvää vuorovaikutusta (Steinberg 2005). Vuorovaikutus voi aina tuottaa ennustamattomia käyttäytymistä ja uusia ominaisuuksia systeemiin. Potilaan ja lääkärin vuorovaikutustilanteessa tapahtuva äkillinen käänne voi johtaa toiminnan kontekstin huomattavaan muuttumiseen. Käänne voi olla jotain, mitä toinen osapuoli sanoo. Sitä, mitä seurauksia sanotulla on tilanteen, esimerkiksi potilaan hoidon etenemiseen, ei voi ennustaa, sillä kaikkea ei ole mahdollista tilanteessa analysoida tietoisesti tai analyysiä ei lainkaan tehdä.

Kernickin (toim. 2004) mukaan systeemin elementtien toisistaan riippuva vuorovaikutus tarkoittaa, että muutos (pieni tai suuri) jossain elementissä voi muuttaa kaikkien muiden elementtien kontekstia. Yksilön fyysisessä systeemissä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi solumuutosta, joka aiheuttaa vakavan sairastumisen. Lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuk-

nessä muutos voi tarkoittaa potilaan yllättävää kertomusta, joka muuttaa lääkärin tulkintaa sairauden syistä tai oikeasta hoidosta. Ryhmäkeskustelussa toisistaan riippuva vuorovaikutus voi tarkoittaa jonkun ryhmän jäsenen käytöksen muutosta (esim. potilas alkaa itkeä tai kollega huutaa). Koko terveydenhuollon järjestelmässä muutos voi tarkoittaa toimintatapojen ohjeen muuttumista tai käskyä toimia toisin. Uuden, aiemmasta poikkeavan lääketieteellisen, teknisen tai muun innovaation tai keksinnön, lääkkeen tai tutkimuksen julkaiseminen saattaa muuttaa ammattilaisen työn perusteita. Paikallinen vuorovaikutus liikkuu dynaamisesti kehkeytyen (emergentisti) toimijoiden kohtaamisissa erilaisissa tilanteissa ja niissä tehtyjen ”yksinkertaisten sääntöjen” tulkinnoissa.

Yksilöiden välinen paikallinen vuorovaikutus on osa terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyötä. Paikallisuus ilmenee yksilöiden välisyytenä, pieninä kohtaamisina, esimerkiksi terveyskeskuksen ja sairaalan fysioterapeutin keskusteluna. Paikallisuus pitää ymmärtää myös perinteisemmin eli paikallisina oloina, joissa yksilöt ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Paikallisissa oloissa merkittäväksi vuorovaikutuksen kontekstiksi voi muodostua esimerkiksi, se millaisia hoitovälineitä on käytettävissä tai kuinka paljon henkilökuntaa on työssä. Paikallisuus muodostaa osan vuorovaikutuksen kontekstia. Muita vuorovaikutuksen ympäristöjä ovat muun muassa henkilöiden persoonat, ammatit ja osaaminen, asiantuntijuus ja organisaatiot. Ammattien, asiantuntijuuden ja organisaatioiden kautta systeemin rajat ja olemus muuttuvat. Kompleksisessa järjestelmässä systeemin itsensä ja ympäristön rajoja on vaikea, ellei mahdoton osoittaa tarkasti. Osin toimija määrittää ja päättää rajat itse.

Inhimillisten systeemien yksinkertaiset säännöt liittyvät toiminnan yleisen suunnan määrittämiseen, systeemin rajojen asettamiseen ja yhteisten toiminnan resurssien tuottamiseen. Yksinkertaiset säännöt viittaavat yhteisiin ydinarvoihin, yhteisesti jaettuihin yleisiin periaatteisiin, jotka eivät välttämättä ole tietoisia, mutta jotka suuntaavat toimintaa (esim. Leydesdorff 2003, 7). Kuoleman, sairauden ja kivun hyväksyminen osaksi elämää on esimerkki yksinkertaisista säännöistä, jotka terveydenhuollon organisaatioiden jäsenet jakavat. Ihmisen ja lääketieteen mahdollisuudet nähdään rajallisina. (Kernick 2002, 102 Plsekin 2000 mukaan.) Yksinkertaiset säännöt inhimillistävät toiminnan ja toimijoiden rajoja. Nämä säännöt eivät kuitenkaan määrittele tulkintojen mahdollisia tasoja tai tulkintojen rajoja. Ne eivät ratkaise yksiselitteisesti esimerkiksi sitä, missä määrin kipu kuuluu elämään ja missä määrin sitä tulee voida lievittää? Kuoleman

hyväksyminen ei ratkaise sitä, millainen kuolema on luonnollinen kuolema tai milloin ihmistä ei enää hoideta. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa elämän inhimillisyyden hyväksyvä yksinkertainen sääntö saa rinnalleen toisen, työn tavoitteeseen liittyvän säännön: ammattilaisen tehtävä on auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Terveyskeskuksissa esimerkiksi voidaan asettaa yhteiseksi tavoitteeksi henkilökunnan osaamisen parantaminen. Tämä ei ole yhtenä hetkenä tapahtuva episodi, vaan jatkuu organisaation toiminnassa henkilöstön tarpeisiin sovitettuna erisisältöisenä ja eri tavoin, eri aikoina toteutettuina esimerkiksi koulutuksellisinä toimenpiteinä. Näin terveyskeskuksen osaamis-pääoma lisääntyy. Organisaation strategisessa toiminnassa tuetaan tätä tavoitetta. Tämän tavoitteen, yksinkertaisen säännön tai ydinarvon, tarkoituksena on riittävän osaavan henkilöstön takaaminen, jotta toiminta voi jatkua. Muita vastaavia tavoitteita voi olla esimerkiksi taloudelliset tavoitteet, kuten hoitojonojen vähentäminen (myös hoidon laatukysymys).

Yksilötoimijoiden vuorovaikutus toistensa ja ympäristönsä kanssa suuntaavat systeemin kehittymistä (mm. Burton 2002, 15; Leydesdorff 2003). Paikallisen vuorovaikutuksen noudattamat yksinkertaiset säännöt voivat johtaa emergenttiin käytökseen laajemmassa kontekstissa. Yleisten yksinkertaisten sääntöjen lisäksi toimijoiden omat sisäiset säännöt ja mentaaliset mallit ohjaavat sitä, miten he vastaavat ympäristön vaatimuksiin ja miten tulkitsevat yhteisiä sääntöjä. Työntekijöillä on erilaisia mahdollisuuksia suunnata toimintaa valinnoillaan, jotka eivät välttämättä ole tietoisia. Esimerkiksi henkilö, jolla on valtaa voi helpommin ”uhmata” järjestelmän ohjeita ja yhteisiä sääntöjä tai periaatteita. Toinen henkilö voi huolehtia annetuista vastuistaan hiljaisesti, vaikka on eri mieltä säännöistä tai ei hyväksy niitä.

Kompleksisuus syntyy rikkaassa epälinearisessa toimijoiden mentaalisten mallien tai psykologisten systeemien vuorovaikutuksessa, joka tapahtuu paikallisen informaation varassa ja leviää organisatoriseksi ajan myötä. (Kernick 2002, 100–101; Leydesdorff 2003; Smith & Jenks 2006, 13.)

Jaetun tiedon syntymisen edellytys on, että rikas toimijoiden välinen vuorovaikutus ja käyttäytymismallit kulkevat systeemin läpi. (Burton 2002, 4–18; Kernick 2002, 100–102; Sweeney & Cassidy 2002, 130–133.) Elleivät olosuhteet ole riittävän avoimet ja mahdollista vuorovaikutusta, palautteen kulkemista tai palautteen antamista (iteraatio) ja valintojen tekemistä (entropiakyky) toiminta keskeytyy, siihen tulee saumoja tai se py-

sähtyy. Työtä jäsentävät erilaiset organisatoriset järjestykset (Strauss 2008, 59–60), esimerkkinä tehtävien jako, työn viipaloiminen osiin, jolloin se voidaan nähdä ”toimintakäsikirjatyönä”, ”työhyvinvointityönä”, ”johtamisena” ja niin edelleen. Näiden avulla työstä sinänsä tulee hallittavaa ja kompleksisen ylittävää. Yhdessä tietämisessä nämä järjestykset ja niihin perustuvat rutiinit peittävät dynaamisuuden ja emergenttiyden tuottamia haasteita.

Hoitotyön ja hallinnollisen koulutuksen tuella ymmärrän, että monialainen yhteistyö on avain potilaan tarpeen mukaisen kokonaisuhoiton laadukkaalle, taloudelliselle ja tehokkaalle toteutukselle. Käytännön työssä oman yhteistyöosaamisen rajat tulevat esille arkirutiinien viedessä suuren osan työajastani. Olen projektien puitteissa onnistunut toteuttamaan tärkeitä ajankohtaisia toimintaprosessimuutoksia, kuten esimerkiksi toimintakäsikirjatyötä, työhyvinvointityötä, tiimiytymistä ja johtamista. Vielä kuitenkin yksin tietokoneella työstytyissä kehittämissuhteissa olen monialaisten yhteisten keskustelujen kohdalla oppija. (ESHter/80) [Oman yhteistyöosaamisen arvio]

Leydesdorffin (2003, 2006) mukaan sosiaalisissa systeemeissä yhä olenaisempaa on informaation vaihto toistensa kanssa verkottuneiden toimijoiden välillä. Hän perustaa ideansa Luhmannin lähtökohtiin, jossa inhimilliset toimijat toimivat itseorganisoituvien kommunikaatiosysteemien ympäristönä. Pohjimmiltaan kyse on siitä, mikä asetetaan ydintoimijaksi, joka on ikään kuin systeemien moottori. Luhmannille (esim. 1989; 2004) moottorina ei ole yksilö vaan yhteiskunnallisissa systeemeissä tapahtuva kommunikaatio. Luhmannin (2004, 241) tarkoittama systeeminen kommunikaatio on enemmän kuin informaatiota siirtävää viestintää. Ydintoimijan asettaminen kompleksisissa systeemeissä on vaikeaa, koska yliyksilöllisyyden ja yliorganisatorisen henki leijuu konkreettisen tavoittelun ja määrittelyn uhkana. Yliorganisatorista ja yliyksilöllistä on vaikea ymmärtää.

Leydesdorffin (2003) mukaan yksilö on tärkeä osa systeemien toimintaa. Ihmisen biologinen ja psyykkinen toimintajärjestelmä määrittää, kuinka voimme syödä, nähdä, kuulla ja kuinka voimme kommunikoida toistemme ja itsemme kanssa. Esimerkiksi solut organisoituvat kommunikaatioverkostossa, mikä itseorganisoii toimintaansa biologista kokonaisuusjärjestelmää varten kussakin toimintatapahtumassa. Systeemi on terve niin kauan kuin se kommunikoi biologisen ja psyykkisen ympäristönsä kanssa. Sosiaalis-

sa systeemeissä ympäristöjen ja niissä tehtävien valintojen kompleksisuus on omaa luokkaansa. Toisiinsa kytköksissä olevien systeemien erilaiset ajalliset kehityskulut (historiat) ja niissä syntyneiden merkitysten, diskursioiden variaatiot aiheuttavat sen, että sosiaalisten kommunikaatiosysteemien rajat ovat epävarmoja tai liikkuvia tietyissä rajoissa. (Leydesdorff 2003, 2–6.) Sosiaalisten systeemien koodit (Luhmann 1989 ja 2004) sekoittuvat toisiinsa inhimillisten toimijoiden tehdessä valintoja erilaisissa sosiaalisissa systeemeissä. Systeemien tavoitteet, joihin ”oikeat” valinnat tulisi perustaa, ovat epäselvät. Ne ovat epäselvät siitakin huolimatta, että systeemin sisällä tehdään valintoja systeemin tehtävän ja periaatteessa yhteisten sääntöjen ja arvojen ohjaamana (ks. Leydesdorff 2003, 11–12).

Arjen työtä tekevät eivät ole aina tietoisia kompleksisuudesta, joka työympäristöjen erilaisissa suhteissa ja päällekkäisten systeemien välisessä kommunikaatiossa vallitsee. Työ ja sen arkinen järjestäminen voivat päinvastoin yhden työntekijän kokemuksessa vaikuttaa hallittavalta ja kohtuullisen selkeältä, työajan, ohjeiden, rutiinien ja ammattilaisuuden jäsentämältä tehtävältä.

On myös tehtäviä, joissa painopiste on enemmän ihmisen biologiassa, fysiologiassa (yms.) kuin potilaassa psyykkisenä ja sosiaalisena olentona. Kytkös systeemin muihin osiin ja ympäristöihin on olemassa, mutta ei työtehtävän näkökulmasta kovin näkyvä. Kommunikaation painopiste on potilasta koskevan näytteen tai testin oikeassa käsittelyssä ja informaation siirtämisessä organisaatiossa eteenpäin. Henkilöstön välisen yhteistyön prosessit tapahtuvat tällöin organisaation sisällä ja organisaatioiden välisyys häipyy taustalla olevaksi ympäristöksi, johon ei arjen työssä ole tarvetta reagoida. Tästä huolimatta yhteys systeemin muihin osiin ja ympäristöihin on olemassa. Laboratoriotutkimusten tulokset ovat palaute potilasta käsitteleville muille työntekijöille ja niillä on vaikutusta potilaan tilanteeseen.

*Olen fysiologian ja isotooppilääketieteen lääkäri, eräänlainen laboratorio-
spesialisti, joten yhteistyö terveystieteiden kanssa on minimaalista potilasasioissa. Meiltä tilataan tutkimuksia ja arviolta 99 % pyynnöistä tulee erikoissairaanhoidon puolelta. (ESHlääk/253)[Vastaus sähköpostille]*

3.3 Kommunikaatiota ja kommunikaatiosuhteita

Ajanjaksona, jolloin terveydenhuollon järjestäminen pääsääntöisesti julkisena palveluna oli yhteiskunnassa yhteisesti hyväksytty arvo, järjestelmän ylläpitämisen normit olivat kohtuullisen yhtenäiset. Terveydenhuollon organisaatioissa toimivien ei tarvinnut aktiivisesti osallistua keskusteluun resurssien jaosta. Makrojärjestelmän ohjaamat resurssit olivat normi, jota rutiininomaisesti ja byrokraattisin toimintakäytännöin noudatettiin. Tilanne on muuttunut toiseksi aina 1990-luvulta lähtien. Esimerkiksi sairaanhoitopiireissä ja kunnissa vastustetaan ja hyväksytään nykyisin eri tavoin valtakunnan taholta tulevia poliittisia ja taloudellisia vaatimuksia. Täysin itsenäinen toiminta on mahdotonta, mutta organisaatioissa tehdään valintoja niistä vaihtoehdoista, jotka näyttävät niille itselleen järkevimmiltä. Tulkin-toja ja valintoja siitä, mikä on omalle organisaatiolle parhaaksi, tehdään organisaatioiden eri tasoilla. Työssä tehtävät jokapäiväiset valinnat esimerkiksi potilaan hoidosta eivät perustu yhtenäiselle ohjeistukselle vaan monille, toisiinsa nähden ristiriitaisille mahdollisuuksille. Leydesdorffin (2003, 8) mukaan systeemit voivat ajan saatossa muuttua radikaalistikin pienten valintojen seurauksena, mutta eivät täysin sattumanvaraiseen suuntaan. Toimijat reflektoivat itselleen relevantteja vaihtoehtoja.

Kommunikaation merkitys korostuu. Eri systeemien ja niiden suhteiden toisiinsa kytkeytymisten pakottava voima tekee valinnoista aktiivisia ja systeemien itseorganisoitumista edistäviä. Ristiriita ja epävarmuus, kilpailu, vastakkainasettelut ja yhteistyöorientoitunut tai työn määräämä toiminta pitävät systeemit liikkeellä. Normit, ohjeet ja säännöt eivät yhdistä, vaan aktiivinen toiminta.

Leydesdorffin (2003) mukaan kommunikaation tarvitsema reflektiivisyys tapahtuu inhimillisten toimijoiden päässä ja on luonteeltaan paikallista, mutta sosiaalinen systeemi palauteprosesseineen kuljettaa valintoja ja niiden merkityksiä eteenpäin yhteiselle areenalle. Yksilön rooli on tärkeä, sillä sosiaalisella ei ole fyysistä muistia, joka kantaisi merkityksiä. Yksilöiden refleksiivisyyden määrä vaihtelee ja valinnat eivät ole välttämättä aina tietoista. (Mt., 7, 43–44.) Yksilö tekee havainnot ja ratkaisut, mutta tämä ei tarkoita, että hän tekisi ne sosiaalisesta ympäristöstä irrallaan.

Kommunikaation ymmärtämiseksi on tarkasteltava, mitä kommunikoidaan, miten kommunikoidaan ja miksi tietyt valinnat voivat tuottaa vaikutusta. (Leydesdorff 2003; ks. myös Hakkarainen & Paavola 2006, 214, 237–239.) Terveydenhuollossa informaatio on monenlaista, mutta paino-

piste on potilasta koskevassa informaatioissa joko välittömästi (esim. laboratoriotulokset) tai välillisesti (esimerkiksi miten hoidonporrastus¹⁹ rakentuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai miten kunnallisia terveyskeskuksia laskutetaan sen potilailleen ostamista palveluista). Merkitykset, joita eri toiminnallisissa osissa (hallinto, poliklinikat, osastot, terveyskeskukset ja niin edelleen) syntyy ja esitetään, kulkeutuvat osien toisistaan riippuvien, mutta toimijoiden muistin ja reflektiokyvyn varassa toimivien palauteprosessien kautta eteenpäin.

Inhimillisten systeemien itseorganisoitumisen edellytykset ovat jaetut periaatteet, palaute, dialogi, muisti ja keskinäinen riippuvuus. Jaetut periaatteet tarkoittavat, että systeemi järjestyy ydinarvojen ympärille, vaikka systeemin päämäärät eivät olisi tietoisia. Paikallisella tasolla systeemin osien välinen yhteys perustuu epälineaarisiin palauteprosesseihin. Dialogi puolestaan tarkoittaa sensitiivisyyttä muille näkökulmille sekä halua muuttaa mentaalisia mallejamme ja paradigmoja. Ilman muistia systeemi ei olisi muuta kuin ympäristön peili, mekaanista toistoa. Muistaminen on myös valikoivaa unohtamista. Valikoiva unohtaminen tarkoittaa relevantin informaation valintaa ja osainformaation jättämistä toiminnan ulkopuolelle. Sosiaalisilla kommunikaatiosysteemeillä ei ole aktiivista toiminnallista muistiominaisuutta, mikä yksilöillä puolestaan on. Yksilöiden kommunikaatiossa sosiaalisella kommunikaatiolla on myös fyysinen tapahtumapaikka. Kollektiivinen ja sosiaalinen muisti, organisaation tai ryhmien muisti siirtyy ajallisissa prosesseissa yksilöiden kommunikaatiossa. (Leydesdorff 2003, 7; ks. myös Harrison 1990, 50–59.)

Sosiaalinen, kollektiivinen ja organisaation muisti ovat keskenään lähikäsitteitä. Yhteinen ymmärrys syntyy ja säilyy erilaisten toistuvien asioiden kautta, joita yksilöt prosessoivat. Näitä ovat esimerkiksi yhteiset tietojärjestelmät, dokumentit, yhteisössä jaetut uskomukset, toiminnalliset rutiinit. (Esim. Mäkinen 2003.)²⁰

Esimerkiksi kun potilas tekee potilasvahinkoilmoituksen, ilmoitus käsitellään hallinnollisten toimintakäytäntöjen mukaisesti. Potilas joko saa korvauksen tai ilmoitus todetaan aiheettomaksi. Yksittäisistä potilasvahin-

¹⁹ Määräykset hoidonporrastuksesta sisältyvät Kansanterveyslakiin ja Erikoissairaanhoidolakiin. Lainsäädännön edellyttämä pääsääntö on, että erikoissairaanhoidon hakeudutaan terveyskeskuksen tai muun avohoidon yksikön lääkärin läheteellä. Tästä poikkeuksena ovat päivystysluonteista hoitoa tarvitsevat potilaat.

²⁰ Lähikäsitteitä on organisaatiotutkimuksessa muitakin, esimerkiksi yksilöllinen ja yhteisöllinen organisaatiokäyttäytyminen (ks. esim. Syväjärvi 2005).

goista syntyy tilastoa esimerkiksi toiminnan laadusta. Todetuilla potilasvahingoilla on määrällistä merkitystä organisaation toimintaan kokonaisuutena. Jos niitä on huomattava määrä, organisaation luotettavuus terveydenhuollon palveluiden tuottajana voi kriisiytyä. Yksittäiselle työntekijälle jo yksikin sattunut virhe saattaa olla merkityksellinen ja esimerkiksi kollegoiden luottamus hänen työhönsä voi muuttua riippuen vahingon vakavuudesta. Potilasvahinkoja käsittelevä henkilö oppii jälkikäteen saadusta potilasinformaatiosta ja tämä oppi siirtyy eteenpäin hallinnollisessa prosessissa. Organisaation ohjeistuksilla pyritään ohjaamaan yksilöiden työtä, ehkäisemään virheitä ja luomaan vakautta toimintaan. Kaikkea syntynyttä kokemusta ei voi aina jakaa.

Leydesdorffin (2003, 23–24) mukaan sosiaalisten systeemien dynamiikka toimii siten, että se jakaa uudelleen mahdollisuuksia paikallista valintaa varten. Refleksiivisissä valintatilanteissa kuitenkin jaettavat mahdollisuudet voidaan tulkita eri tavoin kuin ”lähettäjä” on ne tarkoittanut. Systemi on vapaa toteuttamaan omaa dynamiikkaansa siinä määrin kuin toinen systemi (tai ympäristö) ei häiritse sitä (mt., 83). Jokainen yksilö käyttää omaa psykologista systeemiään paikallisena prosessorina ja psykologiset systemit häiritsevät toinen toistaan sosiaalisen verkoston tasolla (mt., 80). Organisaatiot tuottavat toiminnan rajoja organisaatioiden prosessien mukaisesti ja henkilökunta toimii näiden rajojen sisällä.

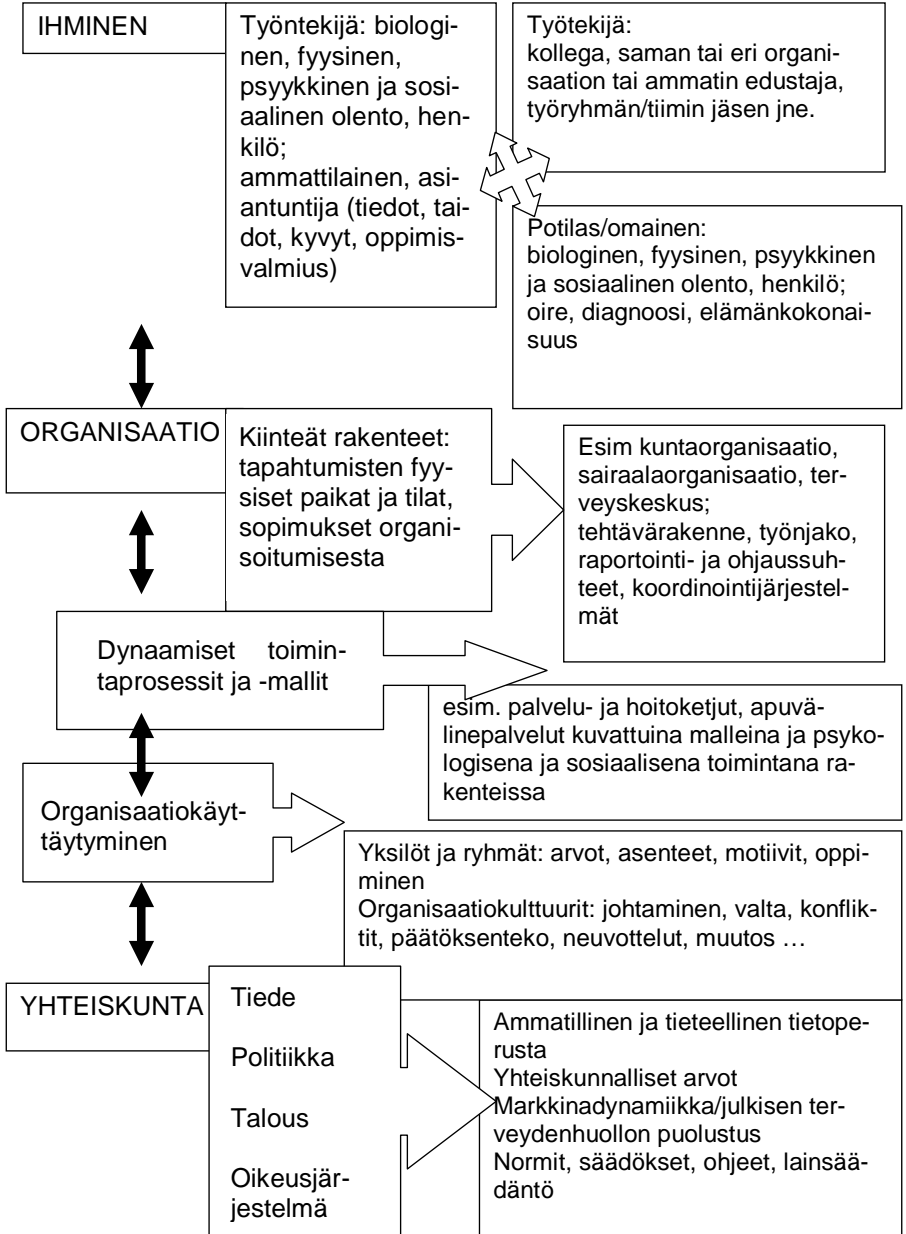
Potilas tekee asioista omat johtopäätöksensä oman elämänsä ja sairautensa näkökulmasta. Potilas voi tulkita henkilöstön antaman hoitosuosituksen toteutettavana määräyksenä hoidon järjestämiseksi. Organisaatioilla ja niiden henkilöstöllä voi kuitenkin olla asiasta erilainen näkemys. Suositus tarkoittaa parasta mahdollista hoitoa potilaan tilanteessa esimerkiksi erikoislääkärin näkökulmasta. Suosituksen toteuttamiselle sellaisenaan ei kuitenkaan ole mahdollisuuksia terveyskeskuksessa, jonka tehtävä se organisaation välisen työnjaon mukaisesti on. Organisaatioiden hierarkkinen työnjako, rakenteelliset, toiminnalliset ja taloudelliset mahdollisuudet voivat estää potilaan hoidon erikoislääkärin suosituksen mukaisesti, kuten alla oleva näyte kertoo.

Potilas on lähetetty konsultaatioon keskussairaalaan ja saa vastauksena suosituksen avokuntoutukseen, joka pitäisi hankkia ostopalveluna. Tk ei pysty toteuttamaan suositusta määrärahojen niukkuuden vuoksi. Potilaalle suositus = lääkärin määräys. Ts. yhteistyö takkuaa, kun suositteleva ja to-

teuttaja ovat eri organisaatioista. (ESHter/11)[Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Kompleksisuus on yhtäältä mikrokompleksisuutta ja toisaalta meso- sekä makrokompleksisuutta. Mikrotasoa edustaa potilas biologisena (sis. mm. solubiologia, genetiikka, anatomia, fysiologia, neurologia), psyykkisenä ja sosiaalisena olentona. Mesotason muodostavat ihmisten välinen vuorovaikutus, kuten potilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutus, erilaisten ryhmien välinen vuorovaikutus organisaatioiden sisällä sekä organisaatio ihmisten muodostamana sosiaalisena systeeminä. Makrotasolla ovat yhteiskunnalliset järjestelmät, kuten poliittinen, taloudellinen ja oikeudellinen (esim. Luhmann 1989; 2004). Ihmiset, organisaatiot ja yhteiskunta muodostavat keskenään epälineaaraisesti kommunikoivan suhdeverkoston. (Kuva 6.)

Tämä [yhteiset toimintatavat] on erittäin keskeistä kuntayhteistyössä. Kuitenkin terveydenhuollon kenttä on niin laaja, että asian hallitseminen voi olla käytännössä mahdotonta nykyrakenteessa. (ESHlääk/240)



Kuva 6. Terveysthuollon kommunikaatiosuhteita.

Terveydenhuollon organisaatioiden laajana ympäristönä on terveys- ja hyvinvointipolitiikka, talouspolitiikka ja lainsäädäntö. Nämä järjestelmät ohjaavat julkisten organisaatioiden tavoitteita ja toimintamahdollisuuksia. Organisaatioiden henkilöstön työympäristöjä pyritään hallinnoimaan lisäksi organisaatioiden omilla ohjesäännöillä, jotka voivat olla ristiriitaisia suhteessa siihen käytäntöön, missä henkilöstö ryhminä ja yksilöinä tekee ratkaisuja potilaan yksilöllisestä hoidosta. Ympäristö on tällöin tilanneympäristö. Tilanteessa ovat kuitenkin läsnä myös muut ympäristöt: terveydenhuollon yleinen tavoite ”oikea hoito, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa, (oikeaan hintaan)” konkretisoituu potilaan hoitotilanteessa sen pohtimisena ja ratkaisemisena, kuuluuko henkilö hoidettavaksi perusterveydenhuoltoon vai erikoissairaanhoidon, kauanko aikaa hoito vaatii, mitä palveluita tarvitaan, missä ja kuka hoitaa ja kenellä on kustannusvastuu. Hyvän hoidon edellyttämät toimenpiteet, informaatio ja näkökulmat muuttuvat ”tasolta” toiselle siirryttäessä. Esimerkiksi potilaan kanssa työtä tehtäessä hallinnolliset sopimukset voivat näyttää vain papereilta, joilla ei ole konkreettista merkitystä potilastyössä.

Asioita kyllä sovitaan paperitasolla, mutta käytäntöön eivät aina pääse johtuen moniportaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, lisäksi poliittinen johto tuo omat puumerkinsä. Toimijatahoja usein liian monta. (ESH-lääk/236)[Yhteiset toimintatavat terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä]

Työntekijät kuulevat asiakkaiden monet äänet. Niissä esimerkiksi julkista työtä ja hyvää hoitoa voidaan arvottaa arvaamattomasti esimerkiksi oletuksena, että yksityisen sektorin hoidon täytyy olla parempaa, koska se maksaa enemmän.

Terveyskeskuksen osaamista ei kunnioiteta kuntoutuksen suhteen, koska maksat vähemmän, ei voi olla yhtä hyvää kuin yksityisellä puolella. (PTHter/314)

Potilaiden monenlaiset tilanteet vaativat kuitenkin käytännössäkin ”tasojen” yhteistoimintaa. Systeminen kommunikaatio on terveydenhuollossa toiminnan edellytys ja este. Moniorganisatorisessa ja -toimijaisessa asiakkaan hoidon järjestämisessä selkeiden vastuiden rakentaminen tapahtuu eri tasoilla omalla logiikallaan, vaikka tavoite on yhteinen. Toimintojen ajallinen epälineaarisuus on yksi seikka, joka estää selkeän kuvan toiminnan

piirtymistä. Selkeitä ohjeistuksia on, mutta ne hukkuvat toisinaan monenlaisen tapahtumien vyöryyn.

Vastuu terveyskeskuksen ja sairaalan välillä on oltava selkeä varsinkin kun kyseessä on vaikeasti sairas potilas, on hän sitten lapsi tai aikuinen. Yksi epäinhimillisyyden pahimmista muodoista on tällaisen henkilön pompottelu paikasta toiseen, hoitokäytäntöjen vaihtuminen, ennen kuin edellinen hoito on edes voinut tuottaa tuloksia. On oltava selkeä ohjeistus kuka hoitaa, milloin hoitaa ja missä hoidetaan, ja tiedon tulee kulkea potilaan edellä, huomioiden tietysti tietosuojaan. (ESHter/250)

Usein yhden henkilön on otettava kantaa yhdessä tilanteessa monen kerrostuman tai systeemin ympäristön määrittäisiin tai ehtoihin. Kerrostumilla tarkoitetaan esimerkiksi organisaation hallinnollisia ohjeita ja sääntöjä, käytännön tehtävän ehtoja ja edellytyksiä sekä potilaita. Organisaation omat säännöt ohjaavat ratkaisemaan, mihin potilas kuuluu ”missäkin kunnossa”. Potilaan kunto ja organisaatioiden taloudellisuuden pyrkimykset kuitenkin voivat tuottaa ristiriitaisia tulkintoja, joiden edessä henkilökunta joutuu valinnan eteen. Sääntöjä voidaan hyödyntää joko oman organisaation tai potilaan parhaaksi, vaikka molempien ehtojen tulisi periaatteessa täytyä. Ratkaisuja tehdään organisaatioiden ohjeita tulkiten.

Yhteistyö määttää siinä mihin potilas kuuluu ”tässä kunnossa”. Kun potilas on hoidettu erikoissairaalassa mutta ei pärjää kotona pitäisi potilas päästä, nykyisen systeemin mukaan, nopeasti ”halvemmalle” paikalle kuntoutumaan. Tuntuu että molemmat tahot hieman sysää vastuuta toiselle sääntöjen puitteissa eikä aina ajattele potilaan parasta. Tietenkin jokainen tuntee stressiä ja painetta valtavista potilasmääristä jotka tulevat kaikista aukoista sisään mutta ei mene ulos. Akuutti tilanne kuuluu erikoissairaalaan ja sen jälkeen avopuoli pitäisi ottaa vastuun. Tässä se ikuinen ongelma kun resurssit liian pienet (henkilökunta, vuodepaikat) (ESHter/236) [Kuvaus epäonnistuneesta...]

Terveystieteiden asiakkaat voivat henkilöstölle olla samanaikaisesti yksilöitä, keskiarvoja, tilastollisia yleistyksiä tai ideaalityyppejä (sairausryhmät, diagnoosit, mallihoito-ohjeet). Standardit, mallit ja tilastot antavat viitteitä mahdollisesta yhteisestä tietoperustasta ja tähän pohjautuvasta yhteisestä ymmärryksestä ja toiminnasta. Niiden avulla suunnitellaan väestölle soveltuvaa hoitojärjestelmää ja ne myös mahdollistavat hoidon suunnit-

telun suuremmille ryhmille. (Ks. esim. Tennison 2002.) Väestöpohjaiset tiedot jaetaan henkilöitä koskeviin (esim. sukupuoli, ikä, geneettinen perimä, ammatti, sosiaalinen asema ja riskitekijät), paikkaa koskeviin (tietyllä maantieteellisellä tai kulttuurisella alueella esiintyvät sairaudet, väestön tiheys, rakenteelliset seikat, kuten toimialarakenteet, työllisyys jne., jotka voivat vaikuttaa sairastavuuteen), sekä aikaa kuvaaviin (mm. esiintymistiheys jollakin ajanjaksolla) muuttujiin. (Tennison 2002, 76–84.) Näiden perusteella myös tehdään makrotason johtopäätöksiä siitä, millaisia rakenteita julkisessa terveydenhuollossa tarvitaan. Barry Tennisonin (mt., 79) esimerkki koskee infektiosairauksia, joista hän toteaa, että todellisuudessa jotkut sairaudet noudattavat syklistä mallia esiintyen tiettyinä aikoina tietyissä paikoissa ja ovat näin ollen helpompia ennakoita. Kuitenkin on sairauksia, joiden esiintyminen ei näytä olevan säännönmukaista ja sairauksia, joiden ilmaantumiseen ei ole mitään selkeästi osoitettavaa syytä. Nämä syyt voivat syntyä ”luonnollisen systeemin” dynamisesta toiminnasta eivätkä esimerkiksi jonkin havaittavan riskitekijän seurauksena. Näin ollen niihin on myös vaikea löytää täysin ennustettavaa terveydenhuollon interventiota. (Mt.) Esimerkkinä tästä toimikoon syksyllä 2009 kansalaispaniikkia ja ammattilaisten ristiriitaista tiedottamista aiheuttanut sikainfluenssaepidemia ja tästä lähes vuotta myöhemmin vuonna 2010 sikainfluenssarokotteisiin kytketyt ongelmat.

Terveydenhuollossa palvelu- ja hoitoketjut muodostuvat helposti monien organisaatioiden vyyhdeksi, jossa asiakas kulkee terveyskeskuksen, sairaalan, yksityisten kuntoutuslaitosten, Kelan ja niin edelleen välillä. Yhteiset ja erityiset vastuut on vaikea määritellä. Omat ja toisten vastualueet voivat olla häilyviä ja ristiriitaisia.

Kustannusvastuusta kiisteleminen. Kuka maksaa ja millä perustella kuntoutusta tai apuvälineitä. Työntekijä ohjattu terveyskeskuksesta ottamaan yhteyttä [erikoissairaanhoidon osaston nimi] maksusitoumusta varten, vaikka kuntoutuksen arviointi ja kokonaisvastuu hoidosta perusterveydenhuollossa. (ESHter/19) [Kuvaus epäonnistuneesta...]

Seuraava terveyskeskuslääkärin haastattelunäyte kuvaa, kuinka eri tasot ja systeemit voivat olla läsnä arjen ratkaisuja tehtäessä (ks. myös Mertala 2009b). Lääkinnällisen kuntoutuksen kriteereitä pohtiessaan lääkäri joutuu ottamaan huomioon ja tietämään esimerkiksi jalan virheasennon osalta kuntoutuslainsäädännön ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön

laajemminkin. Hänen tulee tuntea vakuutusjärjestelmä, kuntoutukseen ja konsultointiin tarvittava asiantuntijaverkosto, asiakkaan kokonaistilanne ja oman organisaation resurssit sekä kyettävä sovitteluun ne yhteen. Lääkäriin on tunnettava järjestelmä perin pohjin sekä vedettävä taloudellista, hoidollista (lääketieteellistä ja kuntoutuksellista) sekä yksilön elämäntilanteeseen liittyvän sosiaalisen rajaa. Viralliset kriteerit on tunnettava, mutta osa ratkaisusta perustuu myös arvovalintoihin.

Tässä nyt tulee nämä rajanvedot. Että kunta on ...tai me ollaan itse tykönämme pistetty tietynlainen raja siihen, mistä kohtaa alkaa lääkinnällisen kuntoutuksen tontti ja ne joiden (sairausaste) ei yllä siihen rajaan, ne saa sen normaalin kelan kustannus... tai korvauserusteen mukaisesti samaten nämä jalkine... ortoosijärjestelyt, jotka jää alle sen rajanvedon, että me ite arvioidaan se ensiksi ja me käytetään myöskin asiantuntijapalveluita sen rajan määrittämiseen vaikeimmista tapauksissa. Jos sieltä tulee selvä patologinen kommentti niin silloin me hyväksytään se. (Paikkakunnalla) on tämä (yrityksen nimi) fysikaalinen hoitolaitos, jossa nyt on tämmönen analyysilaitteisto, jolla ne jalan virheasennot ja kuormitus ihan matemaattisesti määritetty tai se laite mittaa sen. Sitten siinä kommentoidaan, että onko selkeä poikkeavuus normaalista myöskin asennoista, joista tässäkin yhdessä tapauksessa meillä oli jo itelläkin semmonen haisu, että aavistuksen verran se näyttäis olevan, mutta se oli niin vähän, että siihen ei sen perusteella osattu antaa, vaan pantiin hänet arvioon ja sen arvion jälkeen vasta sitten kuitattiin se, että okei, kyllä tää nyt menee sitten kuitenkin tällä tavalla.

Että siinä usein sekaantuu nämä lääketieteellisten ja sosiaalisten kriteerien asiat ja potilas siinäkin tapauksessa rupea valittamaan sitä, että hänellä ei ole vakituista työtä vaan semmonen sesonkiluonteinen työ ja mies on kaukana jossain ja sillai.. sanoin, että nämä nyt on tietysti ikäviä asioita, mutta ei nämä ole niitä ratkasukriteereitä, joilla tämmösiä asioita ratkastaan. Että tottakai ne silloin sitten, jotka putoo lääkinnällisen kuntoutuksen kokonaisvastuusta pois noin kunnan näkökulmasta, niin eihän ne putoa kokonaan sosiaaliturvan ulkopuolelle. Onhan niillä sitten se normaali kansaneläkelaitoksen kautta saatava, joka tosin on aika vähäinen, se korvaustaksa on aika pieni kuitenkin. (PTHlääk/ 2004)

Lääkäri pohtii rajanvetoja potilaan yksilöllisen tilanteen ratkaisemiseksi. Hän neuvottelee tarvittaessa oman organisaationsa (tässä terveyskeskus) kuntoutus- ja hoitohenkilöstön kanssa (potilastapauksesta riippuen fysiote-

rapeutti, puhe- ja toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, toinen lääkäri ja niin edelleen). Lisäksi voidaan tarvita konsultaatiota sairaalan erikoislääkäreiltä, kuntoutushenkilöstöltä, muiden organisaatioiden asiantuntijoilta. Yksilöiden ja erilaisten ryhmien välistä neuvottelua tapahtuu lääkärin omassa puheessa ja käytännössä potilaan tarpeiden ja tilanteen mukaisesti konkreettisina tapaamisina ja yhteydenottoina. Terveydenhuollon kokonaissysteemin normien tarkoitus on rajata sitä, kenellä on vastuu tietyistä toimenpiteistä ja kenellä on rahoitusvastuu. Tulkinta ja toteutus jäävät työntekijöille. Henkilöstön vastauksista voi lukea, että nämä normit eivät ole selkeitä vaan tulkinnanvaraisia.

Ei oikein ole yhteisiä linjauksia, vielä opetellaan, ihan apuvälinemaksujen ja terapioiden maksajien asioissa. (PTHter/417) [Yhteiset toimintatavat...]

Toisaalta asia voidaan nähdä niinkin, että normit voivat ehkä olla selkeitä, mutta potilaiden tilanteet eivät sitä ole. Yksilöllisten tilanteiden ja systeemien säädösten välillä on kuilu. Terveydenhuollon henkilöstö näyttää taiteilevan yksilölle riittävän hyvän hoidon ja systeemien erilaisten normitusten välillä. Henkilöstö tarvitsee ”monipuolisen mietinnän” kykyjä.

Koulutusta olen siihen [yhteistyöhön] saanut, toivottavasti osaan aika monipuolisesti miettiä mitä tarpeita ihmisellä on ja toisaalta mitä mahdollisuuksia kunnassamme on tarjota erilaisia palveluja yhteistyön/verkostoitumisen tuloksena (PTHlääk/74) [Oma yhteistyösääminen]

Kommunikaatiosuhteet risteilevät monisuuntaisesti. Raimo Niemistö (2000, 42) toteaa: ”Inhimillisessä vuorovaikutuksessa syntyy usein väärinkäsityksiä siksi, että osapuolet tarkastelevat asioita eri systeemeistä lähtien ja antavat samoille ilmiöille eri merkityksiä.” Näkökulmien valinnat liikkuvat ainakin kuudella tasolla: yksilön sisäinen psykodynaaminen taso, vuorovaikutustaso kahden ihmisen välisenä suhteena, ryhmätaso, ryhmien välinen taso, organisaation taso sekä yhteiskunnan taso. Samalla tavoin yksilö käy läpi omaa kokemustaan suhteessa omaan toimintaansa, yhteistyökumppaneihin ja muuhun ympäristöön.

Työni on päivittäistä yhteistyötä useiden eri tahojen kanssa. Koska olen pitkään toiminut keskussairaalassa, tunnen palvelujärjestelmän hyvin ja

myös paljon työntekijöitä jo useiden vuosien ajalta. Tämä helpottaa yhteistyötä, mutta joskus tietysti myös tuo kielteisiä ennakoasenteita ”eihän siellä kunnassa ole enenkään nämä asiat hoituneet”. Nykyään jo pystyn hyväksymään, että en itsekään aina ole parhaimmillani, mutta silti asiat on hoidettava. Toisaalta pitkä yhteistyökokemus auttaa hoitamaan tarvittaessa asioita myös ”kyökin kautta”. Koska minua ärsyttää kokouksissa se, että ollaan vain fyysisesti paikalla, mutta henkisesti muualla, pyrin osaltani valmistautumaan ja tekemään taustatyön valmiiksi, jotta voin esittää perustellusti oman ehdotukseni. (ESHter/108)[Oma yhteistyöosaaminen]

Relevantin informaation valinta kommunikaatiosuhteissa

Sosiaalisissa systeemeissä, kuten organisaatiossa ja työyhteisöissä, relevantin informaation valintatehtävä on tullut yhä haastavammaksi. Ympäristöstä tulevan informaatiovirran luotettavuudesta ei ole takeita. Poliittinen ja taloudellinen ympäristö eivät tarjoa organisaatioille ja niiden toimijoille selkeitä vaihtoehtoja. Valinnat tapahtuvat kompleksisten systeemien arjen valitsijoille hämäräksi jäävän logiikan mukaan. Systemiset kommunikaatiorakenteet eivät mahdollista yhtenäistä toimintaa kokonaisuutta ajatellen. Kompleksisille systeemeille on luonteenomaista, että ne kehittyvät omaan historiaansa nojaten ja sopeuttaen toimintaansa ympäristössään tapahtuviin muutoksiin. (Griffithsin 2002, 153; Vuori 2005, 12; Sweeney 2006, 78; Leydesdorff 2006). Leydesdorffin (2006) näkemys on että, sosiaalisia systeemejä kontrolloi yhä laajemmin markkinadynamiikan ja poliittisen hallinnan koordinoima tiedon tuottaminen. Sosiaalinen systeemiympäristö voi tarkoittaa esimerkiksi terveydenhuollon perustana olevan arvomaailman ja valintojen vähittäistä muuttumista voittoa tavoittelevia markkinoita tukevampaan suuntaan, mutta silti yhtä aikaa arvot ja valinnat voivat nojata universaalien hyvinvointipalveluiden tuottamisen toiveeseen.

Systeemin ”tehtävä” on rajata ympäristönsä ja reagoida ympäristön taholta tulevaan informaatioon, sopeutua siihen tai valikoida sieltä tulevaa informaatiota tavoitteena oman toiminnan ytimen säilyminen (alkuperään suuntautuminen) (ks. esim. Sweeney 2002; Ståhle 2004; Kernick 2004; Vuori 2005). Olennaista on systeemeille itselleen relevantin informaation valinta. Organisaatioiden työnjako, tehtävien jako organisaatioiden sisällä, ammatillisuus ja asiantuntijuus ohjaavat ja rajaavat näiden valintojen tekemistä.

Yksilön on tehtävä rajausta monissa kohdissa, kuten alla oleva näyte kuvaa. Erikoissairaanhoidon terapeutti etsii relevantin tietämisen perustoja työhön kohdistuvista paineista ja vaatimuksista, omasta osaamisestaan ja uskalluksestaan valita erilaisista vaihtoehdoista. Vaihtoehdot syntyvät vaatimusten, oman ammatillisuuden ja resurssien sisällä.

Toki osaamisen kunnioittaminen on tärkeää, siinä on vaan se toinen puoli, jotta vaatimukset ovat niin moninaiset ja paineet kovat että se itsekritiikki olisi tärkein. Mitä osaan, mitä en, mitä uskallan yrittää. Mitä pystytään hoitamaan, mitkä ovat resurssit. (ESHter/284)

Kommunikaatiosuhteiden näkökulmasta työntekijöiden toiveet selkeydestä ja rönsyjen karsimisesta ovat oikeutettuja, mutta rönsyjen karsinnan koordinaattoreita saisi olla melkoinen määrä, jotta tavoite tulisi täytetyksi.

Kuntalaisten, potilaan etu on tärkein. Uudistukset tulisi nähdä kokonaisuuden kannalta, että potilas saisi laadukkaan hoidon, olisi hoitoonsa tyytyväinen, toiminta olisi taloudellista. Jokaista hoitoprosessia olisi syytä katsoa tarkkaan ja karsia turhat rönsyt pois. (ESHhoit/40) [Kuvaus onnistuneesta...]

Luhmann (2004, 193) toteaa, ettei kokonaisuuden ja osien väliseen paradoksaalisuuteen löydy ratkaisua tasojen eriyttämisestä tai tyyppihierarkiasta. Mutkatonta rationaalisuutta Luhmannin mukaan ei ole. Taloussystemi on välttämätön. Ilman resursseja toiminta ei ole mahdollista. Terveydenhuollossa resurssikysymykset ovat taloussystemin tunkeutumista terveydenhuollon järjestelmän sisälle. Resurssien omistamista koskeva tietäminen on henkilöstölle relevanttia, mutta valintojen mahdollisuus, tässä tapauksessa terveydenhuollon resurssien jakaminen potilaille, estyy organisaatioiden välisiin raja-aitoihin ja siihen, että terveydenhuollon organisaatiot ja niiden henkilöstö eivät voi päättää resurssien omistamisesta siinä määrin, että niillä olisi valta tehdä päätös ”riittävästä omistamisesta”. Joku muu (näkyvätön) määrittelee kokonaisuutta. Resurssit (raha) tulevat terveydenhuollon organisaatioita suuremman ja abstraktiksi ympäristöksi jäävän systeemin kautta. Luhmannin ajattelussa tämä tarkoittaa, että taloussystemi on kytköksissä muihin järjestelmiin, kuten terveydenhuoltoon, mutta taloussystemi ”hallitsee” omaa koodiaan, joka liikkuu omistamisen

ja ei-omistamisen välillä (mt., 94–107). Luhmannin (mt., 94) mukaan talous on mukana suoraan tai epäsuorasti aina, kun on kyse rahasta.

Kernickin (2002, 94–95) jaottelun mukaan poliittiset dilemmat terveydenhuollossa liittyvät seuraaviin kysymyksiin. Ensimmäiseksi tasapaino sairauksien ehkäisyn ja niiden hoidon välillä vaatii vastauksen kysymykseen, milloin toimenpiteet ja palvelut ovat oikea-aikaisia tai miten resurssien jako näiden välillä tulisi tapahtua. Toisena kohtana on hoidon vastuun kysymys. Kysymys on siitä, mikä on institutionaalisen (julkiset ja yksityiset organisaatiot ja niiden rahoitus) ja yhteisöllisen (esim. lähiyhteisöt kuten perhe) hoitovastuun välinen suhde. Suomalaisessa kontekstissa tämä kysymys koskettaa erityisesti kuntien, valtion ja markkinoiden välistä vastuun jakoa. Missä määrin palveluita tuotetaan julkisissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa, yksityisissä yrityksissä ja näiden toimintamalleja sekoitavissa ”julkisissa” organisaatioissa? Kernick (mt.) jatkaa potilaan oman ja professionaalisen hoidon välisen tasapainon kysymyksellä. Mikä on potilaiden vastuu omasta terveydestään? Lisäksi palveluiden sisällöt (mitä tuotetaan?) sekä palveluun oikeutettujen (ketä hoidetaan?) eli palveluiden tassa-arvoisen saatavuuden kysymykset rasittavat terveydenhuollon kokonaisuutta. Nämä kysymykset sekoittavat erilaisissa tilanteissa relevanttia informaatiota valitsevan henkilöstön arjen työtä kompleksisuuden logiikan mukaisesti.

Kommunikoidaan konsultoiden

Konsultaatio toimii yhdessä tietämisen esimerkkinä, jonka avulla kuvaan yhtä terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyön toimintatapaa. Konsultaatioepisodit toimivat esimerkkeinä siitä, että yliorganisatorinen yhteistyö voi olla sekä rutiinien toteuttamista että niiden purkamista riippuen siitä, miten episodiin osallistuvat orientoituvat yhteisen potilaan hoitoon yhteisessä järjestelmässä. Lainsäädännöllä määrätty terveydenhuollon organisaatioiden tehtävä on hoitaa potilas yhdessä, tietyissä rakenteissa. Hyvän konsultaatiotilanteen dialoginen idea purkautuu, jos vastaaja jää arvioimaan kysyjän puolesta konsultaation tarvetta tai esittää osaavampaa kuin onkaan eli ei tunnusta kokemattomuuttaan.

Olennaisiksi kysymyksiksi konsultaatiokäytännöissä nousevat: kuka on vastuussa mistäkin? Kenellä on tarpeellinen informaatio? Kuka on siinä asemassa, että voi auttaa? Mitä halutaan, mitä tarvitaan ja mikä on mah-

dollista? Vaikka Steinberg (mt., 169) osoittaakin, että nämä yksinkertaiset kysymykset johtavat ”kompleksisuuden labyrinttiin, mikä ei kunnioita institutionalisoituja rajoja”, aineiston perusteella henkilöstön välisessä yhteistyössä konsultaatiolla on kuitenkin tärkeä käytännöllinen ja kompleksisuutta vähentävä merkitys.

Kyselyvastauksissa konsultaatio esiintyy sekä potilaan kuuntelemisena asiantuntijana ja tärkeimpänä informanttina sairaudestaan että ammattilaisten välisenä ja organisatorisena työväliseenä, potilasta koskevan relevantin informaation valinnan ja päätöksenteon apuna. Kyse on konsultoitavan ja konsultioijan välistä suhdetta koskevista episodeista olipa kysymys potilaan ja henkilökunnan välisestä tai henkilökunnan keskinäisestä organisaation sisäisestä tai organisaatiot ylittävstä konsultoinnista. Konsultaatio voi olla asiakaskeskeistä, esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitaja pyytää apua potilaan tapauksessa tai terveyskeskuksen lääkäri ei ole varma tuleeko potilas lähettää erikoissairaanhoidon vai ei. Tällöin keskustellaan vaihtoehdoista potilaan kannalta. Organisaatio- tai työkeskeistä konsultaatio on Steinbergin mukaan silloin (2005, 24–25) kun henkilöstö työskentelee keskenään lääketieteellisten ongelmien parissa, organisaatio tai sen yksikkö on kriisissä esimerkiksi toimimattomien työkäytäntöjen, resurssien puutteen tms. vuoksi. Konsultaation perusidea on dialoginen.

Kukaan ei ole asiantuntija kaikissa asioissa. Jos ei itsellä ole tietoa jostain asiasta, tulee osata ohjata asiantuntijan luokse. Ja asiantuntijoiden tulisi jakaa tietoa kaikkien käyttöön asiakkaiden parhaaksi. Konsultointimahdollisuus on tosi tarpeellinen. (PTHter/186) [Mitä asiantuntijuus yhteistyössä tarkoittaa].

Konsultoinnin perusidea on, että konsultioija (asiantuntija, neuvonantaja) auttaa konsultoitavaa työskentelemään tehokkaammin konsultoitavan työn ja taitojen näkökulmasta. Asiantuntija ei asetu konsultoitavan yläpuolelle, vaan kyseessä on paremminkin vertaisten välinen tapahtuma. Painopiste on työssä, ei henkilöissä. Tavoitteena on auttaa konsultoitavaa kehittämään ja ottamaan käyttöön omia esimerkiksi koulutuksessa saatuja taitoja. Konsultioijan tulee olla aidosti kiinnostunut konsultoitavan toimintaympäristöstä ja siitä, mitkä ovat toiminnan todelliset mahdollisuusrajat. Toisen henkilön kunnioittaminen on tässä mielessä ennemminkin avointa neuvottelua esimerkiksi siitä, mitä apua tarvitaan kuin kohteliaisuutta. (Steinberg 2005, 2–5.)

Konsultaatio työkäytännönä on yksi esimerkki yhteisen tietämisen neuvotteluista. Konsultaatiot eri tilanteissa tukevat työnjakoa hyvällä tavalla, silloin kun konsultointi koetaan asiakkaan hoidon onnistumisena, oman työn tukemisena, mutta samalla arvostuksena ja turhien potilaan siirtämisten välttämisenä. Onnistuneeksi koetussa konsultaatiossa ei ole yhteistyötä hankaloittavaa viivettä: työntekijä kokee saavansa kollegalta tarvittavan tiedon riittävän nopeasti. Potilaan hoitoa voidaan myös jatkaa ilman turhia viiveitä potilaan näkökulmasta. Tilanteessa tarvittava tieto siirtyy oikeaan aikaan, oikeaan paikkaan, oikealle henkilölle, oikealta henkilöltä. Henkilöstön työ sujuu ja potilas saa tarvitsemansa hoidon.

Konsultaatiotilanteen onnistuminen tuottaa tunteen, jossa ilman oman asiantuntija-auktoriteetin menettämistä saa hyviä ohjeita, joilla voi potilasta auttaa (Steinberg 2005). Toimivalla konsultaatiolla näyttää olevan myös taloudellista merkitystä. Potilasta ei tarvitse lähettää erikoissairaanhoidon varmuuden vuoksi, vaan hänet voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Tämä säästää myös potilasta turhilta kulkemisilta ja mahdollisilta päällekkäisiltä tutkimuksilta, joita tiedon kulun katkokset voivat aiheuttaa.

Tavallisin on konsultaatiotilanteessa puhelimitse saadut hyvät hoito-ohjeet, jolloin olen voinut hoitaa potilaan perusterveydenhuollossa. Esimerkkinä tuorein tapaus: prostata ca sairastava potilas, joka saanut aiemmin lääkähoidot, mutta yllättäen PSA arvo hyvin korkea. Konsultoin [Paikkakunta] sairaalan urologia, jolta sain hyvät hoito-ohjeet, jotka voitiin toteuttaa perusterveydenhuollossa. Myös neurologilta olen saanut hyviä ohjeita. (PTHlääk/33)[Kuvaus onnistuneesta...]

Viivettä sen sijaan syntyy, jos tiedon tarpeessa oleva henkilö ei saa tietoa. Se voi tapahtua seuraavista syistä. Ensiksikin kysyjä ei tiedä, kehen ottaa yhteyttä, tai henkilön toimintatapoihin kuuluu mieluummin pyrkiä pärjäämään yksin. Esteeksi voi muodostua yhtäältä henkilön toimintatavat ja yhteistyöosaaminen tai haluttomuus yhteistyöhön. Toisaalta esteet voivat olla organisatorisia, kuten yhteydenpitojärjestelmien puutteet, aikataulujen yhteensopimattomuus ja niin edelleen.

Olen aina ollut liian laiska/arkea olemaan yhteydessä erikoissairaanhoidon. Yleensä sieltä puhelimitsekin neuvon saa, kun ensin onnistuu sopivan kollegan luurin päähän saamaan. Kommentti: tässäkin asiassa sähköiset yhteydet auttanevat asiaa jatkossa. Toisaalta kollegan oikea tapaaminen ja

*puhelinkontakti ovat mielestäni parempia tuloksen kannalta. (PTHlääk/91)
[Oma yhteistyöosaaminen]*

[Odotukset yhteistyökumppaneilta] yhteydenottoja, kukaan ei yksin hallitse kaikkea. (PTHlääk/104) Rehellisyyttä eli sanoo rohkeasti, jos ei osaa tai tiedä. Linjakuutta, eikä samaan asiaan eri näkökulmaa eri päivinä. (PTHlääk/119)

Lisäksi oikeaa informaatiota ei ole välttämättä saatavissa oikea-aikaisesti, koska on pulaa osajista tai asiasta tietävien henkilöiden tavoittaminen koetaan liian aikaa vieväksi. Kokemus siitä, että konsultaatiopyyntöihin suhtaudutaan negatiivisesti aiheuttaa myös kitkaa yhteistyöhön. Hierarkioiden ja oman asiantuntijuuden monologinen korostaminen ja toisen osapuolen arviointikyvyn aliarvostaminen voi tarkoittaa, että konsultointia ei haluta käyttää työvälineenä.

Konsultaatioiden toteutumisessa näyttää olevan organisaatioiden normeja ja rutiineja purkavia hetkiä. Konsultaatiotilanteissa on satunnaisuutta, jossa organisaatioiden rakenteellisia toimintakäytäntöjä ja rutiininomaista työnjakoa puretaan yksilöiden reflektiokyvyn, käyttäytymisen ja niin edelleen myötä (vrt. Strauss 2008, 249). Tässä kohti pysähdyn hienosäätämään tulkintaani. Seuraavassa näytteessä terveyskeskuksen lääkäri esittää toiveena yhteistyökumppaneille, että konsultaatioon on aina vastattava ilman konsultaation tarpeellisuuden arviointia. Aineistossa on runsaasti esimerkkejä, joissa vastaaja on kokenut epäoikeudenmukaista tai epäasiallista suhtautumista konsultaatiopyyntöihin.

Terveyskeskuslääkärin esimerkissä erikoisalan edustajan näkemystä kysytään, jotta asiakas kokisi saavansa asiantuntevaa palvelua ja tämän seurauksena sitoutuisi hoitoonsa paremmin. Yhtäältä noudatetaan organisaation rutiineja ja rakenteellista työnjakoa, toisaalta tehdään tapauskohtaista harkintaa sen suhteen mitä kysytään, keneltä kysytään ja missä tilanteissa. Asiantuntijatiedon tarve ei ole välttämättä olennainen vaan potilaan käsitys asiantuntijan sijainnista.

Konsultaatioon aina vastattava ilman ajatuksia, onko tarpeellista. Usein konsultoiija tietää itsekkin kovin hyvin, että konsultaatio ei ole tarpeellista, mutta hoitomyyntyvyyden/ hoitotulosten vuoksi potilaan on asia kuultava ERIKOISALAN edustajalta. (PTHlääk/114) [Odotukset yhteistyökumppaneilta]

Erikoissairaanhoidossa työskentelevä erikoisalan edustaja voi olla yhtäläillä kokematon verrattuna terveystieteiden lääkäriin ja päinvastoin. Tilanteen vaatima oikea tieto ehkä toisinaan edellyttäisi havahtumista dialogisempaan konsultaatioon, kuten näytteessä, jossa kokenut perusterveydenhuollon lääkäri kokee toistuvasti ongelmalliseksi päivistyslääkärin kokemattomuuden. Oikea tieto ei välttämättä jakaudu organisaatioittain siten, että tietty tieto olisi vain toisaalla. Erikoissairaanhoidon organisaatiossa työskentely antaa kuitenkin jo sellaisenaan aseman tietää paremmin.

Lähinnä jotkin päivistysajan konsultaatiot keskussairaalaan. Tällöin monesti ongelmana, että hoitoratkaisut tehdään huonommalla asiantuntemuksella nuoren, päivistävän lääkärin toimesta. (PTHlääk/12) [Kuvaus epäonnistuneesta...]

Konsultointi estää viivettä ja on parhaimmillaan hyvien käytäntöjen ja kokemusten jakamista, tiiviin keskusteluyhteyden ylläpitämistä, välitavoitteista keskustelemista, asiallista tiedonkulkua oikea-aikaisesti sekä r[RE]hellistä avoimuutta ja välitöntä yhteistyöhakuista palautetta; ehdotuksia ajankohtaisen ristiriidan ratkaisemiseksi potilaan parhaaksi ja välitöntä yhteistyöhakuista palautetta (PTHlääk/116). [Mitä odotat muilta]. Mikäli sairaalat ja terveystieteet määrittelevät toinen toisensa ympäristöiksi eivätkä samaan järjestelmään tiiviisti kuuluviksi, nämä organisaatiot ”itseorganisoi-
soituvat” toisilleen erillisinä ja ympäristöstä tulevat viestit voidaan nähdä helpommin uhkana kuin yhteiseen säilymiseen tähtäävänä kokonaisuutena.

Kompleksisuus on abstrakti, toimintaympäristöjen laajuuteen uppoutuva ja siksi hankalasti tartuttava, arjessa ”näkömätön olosuhde”. Seuraavassa näytteessä yhteistyöalue laajenee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ulkopuolelle, mikä on hyvin tavallista. Näytteessä tulee hyvin esille monitoimisuuden ja erilaisten prosessien, toimintatapojen ja tulokintojen välinen problematiikka. Epäonnistuneesta konsultaatiosta on monia muita ongelmallisia seurauksia työntekijän työn edistymiselle ja potilaalle. Yliorganisatorinen kommunikaatio ei toimi dialogisesti, vaan eri organisaatioiden tulkinnat potilaan hyvän hoidon säännöistä estävät dialogin.

Seuraavanlaisia yhteistyöongelmia sattuu joskus Kelan virkailijoiden kanssa, valitettavan usein kyse on tietystä toimipaikasta ja siellä vallitsevasta toimintakäytännöstä. Useimmiten kuitenkin kyse on henkilöstä: asiakkaani ovat lapsiperheet ja usein on kyse hyvin moniongelmaisesti sairaasta lap-

sesta tai perheessä on samaa sairautta sairastavat sisarukset. Vanhempien vastuulla on hoito, huolenpito ja asioiden hoitaminen eri tahojen kanssa. Työni on auttaa perheitä selviytymään arjessa, olla yhteyksissä eri toimijatahoihin etuus- ym. asioissa vanhempien suostumuksella ja luvalla totta kai. Kelaan on lähetty hakemuksia ja erilaisia lausuntoja etuuksien hakemiseksi, jotain on kuitenkin saattanut puuttua lausunnosta tai hakemukselta. Soittaessani Kelan virkailijalle, hän yksinkertaisesti ilmoittaa, ettei keskustele lapsen asioista kanssani, vaan ilmoittaa, että vanhempien on mentävä paikallistoimistoon virkailijan luokse hoitamaan asiaa, josta hän ei suostu sanomaan minulle mitään. Ei auta selittelyt perheen tilanteesta, uupumisesta tai sairaalassaolosta lapsen vierellä. Ei niin mikään saa tällaista virkailijaa heräämään ja ajattelemaan ”meille on annettu tällaiset ohjeet, salassapito velvoittaa jne.” Pahinta on myös hiljaisuus, jos tarpeellista tietoa ei ole Kelassa, asia jätetään odottamaan, ei tehdä ratkaisua tai tehdään kielteinen päätös joskus myöhemmin, kun lisäselvitystä ei ole osattu lähettää. Asiat mutkistuvat ja pitkittyvät eivätkä vanhemmat jaksaa ajatella missä mennään. - No toinen huono käytäntö mihin silloin tällöin törmää on virkailija/työntekijä jossakin laitoksessa, joka lupaa hoitaa asiaa tarkoittamatta sitä. Laittavat asian ns. mappi Ö:n. Silloin kismittää, kun odotetaan päätöstä esim. asunnonmuutostyöpäätökseen tms. Pienen potilaan asian hoitaminen viivästyy. (ESH7ter/22)[Kuvaus epäonnistuneesta...]

Organisaatiot ja niiden henkilöstö sekä potilaat ovat tärkeitä yhteisen tietämisen episodien aina läsnä olevia ”osia”. Henkilöstön ammatillinen, organisatorinen (työn- ja tehtävänjaollinen) tietoperusta on olennainen yhteisen tietämisen perusta. Millainen tämä tietoperusta on yhdessä ja erikseen? Tätä analysoin seuraavassa luvussa.

4 HETEROGEEINiset TIETOPERUSTAT

Steinberg (2005, 6) kuvaa ”Kultaisen lääketieteen” aikakautta seuraavasti:

”Doctors had wisdom and authority. Indeed, the less they could do, the more wisdom and authority was attributed to them. Nurses and perhaps a secretary did their bidding, unless the doctor was junior and the nurses very senior, when the question of who was in charge was reversed. There was something of the archetypal family in the practice or in the hospital – the wise old buffer, sometimes gruff but always kind, supported but kept in check with discretion by matron; and the youngsters, the junior doctors and nurses, working hard but having fun, cheeky and frivolous in their default settings, but capable of earnestness, indeed melodramatic seriousness, at the appropriate times. Other professions were hardly visible, though somewhere behind the scenes there were helpful magicians in the laboratory, the pharmacy and the x-ray department. Administrators, from the governors to the porters, were anxious to be of help, and, lest we forget, there were patients too, whose chief attributes were gratitude and respect and, often, being interesting cases. And that was it, really: you had a pain, the doctor weighed it up and prescribed something for it, and you got better, worse or died.”

Ammatilliset, työnjaolliset, ikään, kokemukseen ja sukupuoleen perustuvat hierarkkiset asetelmat järjestävät edelleen terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa. Professionaalisten rajojen ylläpitäminen ja institutionaalisen vallan käyttö on todettu ”olemassa olevaksi tosiasiaksi” niin lääkärin kuin hoitohenkilökunnankin toimintaa koskevissa tutkimuksissa (esim. Anttonen, Henriksson & Nätkin 1994; Launis 1994; Henriksson 1998; Strauss 2001; Nurmela 2002, 189–191; Eriksson-Piela 2003, 20–37; Saaren-Seppälä 2004, 140–143). Susan Eriksson-Pielan (2003, 8) mukaan ammattiryhmiä erottaa ja sairaalaa toimintaympäristönä hierarkisoi koulutuspuhjan lisäksi työtehtävien luonne ja erilaiset ammattikuväsäännökset. Korkein status on lääkäreillä, ylihoitajilla ja sairaanhoitajilla tässä järjestyksessä. Homogeenisuus ryhmien sisällä on kuitenkin professioiden, ammattien ja asiantuntijuuksien identiteettien rakentamisesta, instituutionaalisen statuksen ja aseman osoittamisesta ja ylläpitämisestä syntynyt kuva, jota ylläpidetään työkäytännöissä ja asenteissa.

Seuraavassa näytteessä erikoissairaanhoidon terapeutti antaa esimerkin ammatillisen ja työnjaollisen homogeenisuuden oletukseen perustuvien rajojen ylläpitämisestä. Oletuksessa ryhmitellään lääkärit henkilöiksi, jotka työssään ajattelevat yksioikoisen lääketieteellisesti. Kuntoutuksen henkilökunta puolestaan katsoo oletuksen mukaan asioita laaja-alaisesti.

Lääkäriin näkemykset kuntoutukseen ovat niin vahvat, että hänen on vaikea nähdä tai ymmärtää asioita vanhempien kannalta. Suhtautuminen terapiaan on hyvin yksioikoista, niistä ei ole mitään hyötyä ellei sitä toteuta vanhemmat lapsen arjessa. Valmiuksien kehittämistä terapiassa ei arvosteta ollenkaan, kun ei siitä kerran ole lääketieteen kannalta näyttöä. Mihin perustuu, että lääkäri määrää terapian, onko kuntoutus laisinkaan lääketiedettä? (ESHter/16) [Kuvaus epäonnistuneesta tapahtumasta]

Heterogeeniset tietoperustat muodostuvat erilaisten ryhmien välisistä hierarkkisista eroista. Niitä ylläpidetään työssä vahvistamalla ammatillista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä työnjakoa sekä erottelemalla henkilöstöä tehtävien mukaan. Tämä vahvistaminen on kompleksisuusajattelun mukaisesti sekä organisaatioiden että henkilöstön tekemiä valintoja siitä, miten tiedetään. Valintojen bifurkaatiopisteet sijaitsevat yhdestä suunnasta organisaatioiden (lakien ohjeistaman) yhteiskunnallisen tehtävän ja tehtävää suorittavan henkilökunnan ammatillisuuden normiteuissa rajoissa. Toisesta suunnasta organisaatioilla ja henkilöstöllä on vapauksia tulkita näitä normeja ja tehdä työarjessa valintoja esimerkiksi siitä, miten potilaaseen suhtaudutaan.

Heterogeenisuus vallitsee siis myös mainittujen hierarkkisten luokitusten sisällä, kun inhimilliset toimijat tekevät valintoja henkilökohtaisten kokemustensa, osaamisensa, tietojensa, taitojensa ja ihmiskäsityksensä pohjalta. Esitän tässä luvussa kompleksisuusajatteluun ja aineistooni perustuvan näkymän, joka erilaisista ammatillisuuksista ja asiantuntijuuksista muodostuu kahden organisaation välillä.

4.1 Asiantuntijoiden ammatilliset tietoperustat – koulutus ja tehtävät

Terveystieteiden asiantuntijuus ja ammatillinen työ perustuvat eri alojen koulutuksen ja työssä hankittavan kokemuksen kautta saavutettavaan tieto-

taitoon. Julkinen terveydenhuollon työ jakautuu erikoistuneeseen erikois-sairaanhoitoon ja perusterveydenhuoltoon, jonka tehtäväalue kattaa laajan skaalan ihmisen kokonaisesta elämästä. Tämä työnjako on ollut voimassa ainakin vuoden 1972 kansanterveyslain säätämisen ajoista ja hieman eri käsitteillä jo aiemmin. Huolimatta siitä, että erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä ollaan uudistamassa²¹, erikois-sairaanhoidon ja perusterveydenhoidon sisällöllinen jako säilyy.

Terveydenhuollon ammattilaisten itsenäiset toiminta-alueet ovat eriytyneet erilaisen koulutuksellisen taustan perusteella (esim. Launis 1994; Nurmela 2002; Eriksson-Piela 2003). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559 ks. Valtion säädöstietopankki 2010) säätelee monien muiden lakien ja säädösten ohella sitä, millainen koulutus- ja pätevyys terveydenhuollon tehtävissä työskentelevillä tulee olla. Laissa säädetään ohjauksesta, valvonnasta, vastuista ja velvollisuuksista yleisellä tasolla. Laissa säädetään myös eettisistä kysymyksistä, virheellisen toiminnan ja rikosten seuraamuksista. Terveydenhuollon henkilöstön koulutusohjat ovat kuitenkin hyvin monenlaisia. Eri koulutusasteiden tarjoamien perusopintojen lisäksi erilaisia jatko- ja täydennyskoulutuksia on tarjolla kaikille ammattiryhmille. Tässä luvussa esittelen ammatillisen tietoperustan vain lyhyesti. Laajuutensa vuoksi tämä olisi oma tutkimusalueensa.

Lääkäreitä koulutetaan Suomessa viidessä yliopistossa. Vähintään kuusi vuotta kestävä peruskoulutuksen jälkeen voi erikoistua. Erikoistuminen vaatii myös vuosien opiskelua. Peruskoulutus valmistaa lääketieteen lisensiaatiksi. Käytännön työn opetus ja harjoittelu tapahtuu opetussairaloissa. Jokaisen lääkärin koulutukseen kuuluu myös pakollinen vähintään yhdeksän kuukauden työharjoittelu terveyskeskuksissa. Työharjoittelun pituudesta, tarpeellisuudesta ja toteutustavasta käydään jatkuvaa keskustelua.²² (Ks. Suomen lääkäriliitto 2010.)

Hoitohenkilökunnan koulutuksen rakenteet ja sisällöt ovat vuosikymmenien saatossa muuttuneet hyvin paljon. Hoitohenkilökuntaa toimii sai-

²¹ Terveydenhuoltolaki 2008 ja 2010. Terveydenhuoltolain edistymistä voi seurata internetissä esimerkiksi osoitteessa: http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/terveydenhuolto_laki [5.4.2010]

²² Esim. 13/2010 Satakunnan kansa: Lääkärien terveyskeskusharjoittelua suunnitellaan muutettavaksi siten, että opiskelijat eivät enää saisi valita kunnallisen ja yksityisen välittämän terveyskeskusharjoittelun välillä. Kunnallisissa terveyskeskuksissa tehtävää harjoittelua suunnitellaan pakolliseksi.

raaloissa ja terveystieteissä erilaisilla koulutus pohjilla ja hyvin monenlaisilla nimikkeillä. 1990-luvulla esimerkiksi sairaanhoitajien koulutus siirtyi ammattikorkeakouluihin. Sairaanhoitajia koulutetaan nykyisin ammattikorkeakouluissa ja perushoitajat saavat sosiaali- ja terveysalan toisen asteen ammatillisen perustutkinnon tai lähihoitajan tutkinnon. (Eriksson-Piela 2003, 12). Lähihoitajan koulutusnimike sisältää monia aikaisempia sosiaali- ja terveystieteiden nimikkeitä. Terveystieteidenhuollossa näitä ovat esimerkiksi avo-, perus- ja lähihoitajat, mielenterveyshoitajat, lääkintävahtimestarit, sairaankuljettajat ja kuntahoitajat. Lähihoitajiksi koulutautuneet ovat korvanneet sosiaali- ja terveyspalveluissa monia ryhmiä, joilla ei aiemmin ollut alan koulutusta. (Ks. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2008.) Esimiestehtävissä toimivalla hoitohenkilöstöllä (kuten ylihoitajilla) on usein korkeakoulututkinto tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Myös terapiahenkilöstö toimii monenlaisissa tehtävissä, monenlaisin ammattinimikkein ja koulutus pohjilla. Koulutusta järjestävät tahot ovat muuttuneet huomattavasti. Ammattikorkeakouluissa koulutetaan muun muassa fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja. Puheterapeutteja valmistuu yliopistoista (ks. Suomen audiologian yhdistys ry. 2009). Yhtenäisin tehtäväalue terapia- ja ohjaushenkilöstölle muodostuu asiakkaiden kuntoutuksessa. Kuntoutus on 2000-luvulla laajentunut yliopistolliseksi oppiaineeksi, mutta kuntoutuksen hyvin laaja-alaisissa tehtävissä toimii terveydenhuollon eri koulutuksen saanutta henkilöstöä erilaisten terapeuttien lisäksi.

Lisäksi mukaan on tullut uutta – esimerkiksi uusia ammattikuntia, kuten kuntoutusohjaajat. Uudet toimijat eivät saa heti asemaa joustavana toiminnan edistäjänä.

Epäonnistunein yhteistyötilanne oli kun yritimme yhdessä pohtia, miten kuntoutusohjaajan työpanos tulisi käyttää järkevästi. Erikoissairaanhoidon on viime vuosina tullut nk. uusi ammattikunta eli kuntoutusohjaajat, joiden toimenkuva on mielestäni hiukan epäselvä. Yhteistyö perusterveydenhuollon terapiahenkilökunnan ja erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajan kanssa on ollut heikkoa. Yhteistyöpalaverissa ei tuntunut löytyvän punaista lankaa, mutta eteenpäin toivottavasti mennään. (PTHter/28)

Hallinnollisissa ja esimiestehtävissä toimivilla on hyvin erilaisia koulutuksia. Hallinnolliset rakenteet ja tehtävät muuttuvat jatkuvasti (ks. esim.

Kuntatiedon keskus 2010). Tyypillistä kuitenkin on, että terveydenhuollon organisaatioiden eri tehtäväalueilla toimivilla on kunkin tehtäväalueen mukainen koulutus. Esimerkiksi sairaanhoidollisissa tehtävissä toimivilla on jokin hoitoalan koulutus, mahdollisesti täydennettynä hallinnollisella lisä-, täydennys- tai korkeakoulututkinnolla.

Koulutus- ja ammattirakenteita sekä tehtävänimikkeitä muokataan organisaatioissa jatkuvasti. Silti, kullakin ammattikunnalla on omat koulutukselliset taustansa. Niillä on myös paljon yhteisiä asiakkaaseen liittyviä haasteita. Asiakkaaseen fokusoitunut yhteinen toimintakenttä sisältää erilaisia ja ristiriitaisiakin teorioita, käsitteitä ja kokemuksia. Ryhmien sisällä kaikki arvot ja päämäärät eivät ole yhteisesti hyväksytyjä.

Totta kai asiakas on tunnettava, se vain tarkoittaa eri ammattilaisille eri asiaa. Joku tuntee asiakkaan sairauden, muttei asiakasta, eivätkä kaikki ole edes innokkaita tietämäänään asiakkaasta mitään. (ESHter/190).

Eroja on muitakin. Yleislääkärit tekevät monenlaisia töitä, esimerkiksi hallinnollisia tehtäviä ja potilastyötä. Erikoisalojen sisällä erikoistuneiden lääkäreiden tehtävät vaihtelevat. Esimerkiksi patologit voivat keskittyä tutkimukseen ja koulutukseen olematta lainkaan tai hyvin vähän tekemisissä potilaan kanssa, tai he voivat olla hallinnollisissa tehtävissä. Patologioiden tehtävissä psykologinen tai sosiaalinen tieto harvoin painottuu. Toisin on esimerkiksi psykiatrien tai lastenlääkäreiden työssä. Psykiatrin työssä biologinen, psykologinen ja sosiaalinen voivat yhdessä muodostaa terapiaan liittyvän tietoisien työvälineiden potilaan hoidossa. Nämä esimerkit kertovat, että homogeenisilta näyttävien ammattiryhmien sisällä on sektoreita (mm. arvot, tehtävät, ammatilliset menetelmät, suhde asiakkaaseen, eettiset kysymykset), joissa tehtävät määrittävät toisistaan poikkeavia asiakkaan ymmärtämisen näkökulmia sekä luovat erilaisia suhteita asiakkaisiin, ympäröivään organisaatioon ja yhteiskuntaan. (Strauss 2001, 9–23.)

Englannissa toimiva lääketieteellinen koulutuslaitos (ks. Peninsula Medical School 2009) on ennustanut, että 2000-luvulla tehokkaan lääketieteen osaajan ominaisuudet ovat melko monipuolisia. Henkilöstöltä vaaditaan hyviä kommunikointitaitoja, jotka sisältävät kuuntelemisen taidot, empatiakyvyn ja sen osoittamisen taidon, joustavuuden, reflektiivisyyden sekä ei-tuomitsevuuden. Tiimityöskentelytaidot, päätöksentekokyky stressaavissa tilanteissa, stressinsietokyky, ongelmanratkaisutaidot, omien rajojen, vahvuuksien ja heikkouksien tunteminen, kliinisten ongelmien lähes-

tyminen holistisesti siten, että persoonalliset sosiaaliset ja biomedikaaliset seikat tulevat huomioon otetuiksi, kasvattavat osaajan ominaisuuksien listaa. Tämän lisäksi henkilöstön tulee olla elinikäiseen oppimiseen orientoitunut. (Steinberg 2005, 170.) Steinbergin (mt., 171) mukaan lista on hyvä ja tarpeellinen kenelle tahansa terveydenhuollossa työskentelevälle. Kuitenkin käytännössä tämä yhden henkilön moniosaajamalli lienee mahdoton.

Ennen kuin asetan aineistoni henkilöstöryhmät kohtaamaan toisensa monipuolisella yhteistyökentällä, tarkastelen vielä lyhyesti kutakin ryhmää erikseen seuraavassa järjestyksessä: hoitotyö, kuntoutustyö ja lääkärien työ.

Florence Nightingalen monitieteinen perintö hoitotyössä

Hoitotyö on pitkälti naistyötä. Hoitotyön ammatillisuutta onkin tutkittu paljon sukupuolen näkökulmasta, muun muassa työnjaollisina ja naistoimijuuden erityisinä kysymyksinä (esim. Anttonen, Henriksson & Nätkin 1994; Henriksson 1998; Eriksson-Piela 2003; Henriksson & Wrede 2004). Hoitotyön ammatillisuuden toteutumista, poliklinikan yhteisiä toimintakäytäntöjä sekä hoitajien asiantuntijuutta on tutkinut muiden muassa Arja Laakkonen (2004), joka toteaa, että hoitaja oli hänen tutkimallaan erikoissairaanhoidon poliklinikalla ”toimenpideteknikko ja rutiiniasiantuntija”. Organisaation ja muiden ammattiryhmien odotukset ohjasivat hoitajien arkea enemmän kuin hoitotyön monipuolinen tietoperusta. Lääketieteellinen näkökulma ja diagnoosit ohjasivat työtä vahvasti. Hoitajan rooli oli suhteessa lääkäriin alisteinen ja avustava. Itsenäinen ammatillisuus ei toteutunut eikä hoitajien osaamista hyödynnetty täysipainoisesti. Moniammatillinen yhteistyö toteutui vain heikosti. (Laakkonen 2004).

Tutkimusten perusteella sairaanhoitajat ja perushoitajat tekevät avustavia, potilaan vointia seuraavia tehtäviä, joissa tarvitaan kädentaitoja. Myös teknologiset valmiudet sekä tiedon välittäminen kuuluvat ammattikuvausten perusteella hoitajien osaamisalueisiin. Heidän tehtäviään ei kuvata laaja-alaista asiantuntijuutta vaativina. (Ks. Eriksson-Piela 2003, 12.) Hoitohenkilökunta toimii usein lääkärien alaisena tai lääkäreitä avustavina työntekijöinä riippumatta siitä, missä tehtävissä työskentelevät (esim. esimiestehävissä) (Nurmela 2002, 189).

Avustava asema voi tarkoittaa ei-kollegiaalista alisteista asemaa, jolloin oman tehtävän näkökulman esille tuomiseen ei ole riittävää auktoriteettia. Tällainen kokemus on seuraavan näytteen terveyskeskuksen hoitajalla.

Olin johtavan hoitajan sijaisena, kun terveyskeskuksessamme oli ”ostolääkäri”, jonka toiminta ei ollut hoitohenkilökuntamme mielestä oikein (selkeitä virheitä työssä, yhteistyökyvyttömyyttä jne.). Ilmoitin asiasta johtoryhmälle, joka otti yhteyttä ko. lääkäreitä välittävään firmaan, ja asiasta järjestettiin palaveri firman ja tk:n välille. Palaverissa asia kääntyi täysin toisinpäin. Tunsin itse olevani syytetty jostain. Lopputulos oli, että hoitamamme olivat ennakkoluuloisia ja ylittivät valtuutensa sekaantumalla lääkärin asioihin eikä ko. lääkärin toiminnassa ollut mitään moitittavaa. En saanut tilanteessa tukea keneltäkään. (PTHhoit/11)[Kuvaus epäonnistuneesta...]

Tiina Nurmelan (2002, 156) mukaan hoitotyössä potilaaseen on suhtauduttava hyvin laaja-alaisesti. Tähän kuuluu ennen kaikkea humaani suhtautuminen, jolloin ihmisen yksilöllisen olemisen tapa tulee huomioiduksi: tiedot, ajatukset, tunteet, arvostukset ja valinnat. Hoitotyön koulutuksen välittämä ihmiskäsitys on laaja. Tämän käsityksen mukaan ihminen on mentaalinen ja ruumiillinen kokonaisuus. Nurmela tuo hoidon tietoperustaan edellisten lisäksi vielä kulttuurisen ja filosofisen elementin. Hoitajapotilassuhde muodostuu hoitamisesta, huolenpidosta ja auttamisesta. Hoitajan keskeisenä tehtävänä on tunnistaa potilaan tarpeet, jotka ovat hoidon painopisteenä. Nurmelan näkemyksen mukaan hoitotyöhön liittyvät väestö- ja yksilönäkökulmat sulje toisiaan pois. (Nurmela 2002, 151.)

Sirkka Laurin (1999, 37–43) mukaan hoitotyön tietoperustan alkulähteet ovat vuodessa 1860, jolloin Florence Nightingale aloitti sairaanhoitajakoulutuksen Englannissa. Jo Nightingale painotti tiedon ja kriittisen ajattelun merkitystä sekä sairaanhoidon näkemistä omana itsenäisenä ammatina lääketieteen rinnalla (myös Eriksson ym. 2007). Potilaiden tarpeiden ja kokonaistilanteen huomioon ottaminen oli hoitamisen perusta. Nightingalen näkemysten mukaan potilaan omien voimavarojen hyväksikäyttö oli tärkeää hoidossa. Lääketiede ja sen monet erikoisalajat ovat Laurin mukaan vaikuttaneet voimakkaasti hoitotyön tietoperustan kehitykseen 1990-luvulla. Suomessa aloitettiin hoitajien erikoistumiskoulutus 1950-luvulla. Keskeisessä asemassa koulutuksessa olivat tekninen tieto, tehokkuus ja

lääketieteellinen tieto sairauksien syistä, oireista, potilaille tehtävistä tutkimuksista ja hoidoista. Vähitellen käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellinen tieto ovat suunnanneet hoitotieteen kehitystä ja näin ollen hoitohenkilöstön koulutuksen kautta saamaa tietoperustaa. Asiakkaan/potilaan käyttäytymisen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellisestä näkökulmista tuottaa perinteistä lääketiedettä laajemman perspektiivin potilaan tilanteen arvioinnille. Perheen, työn ja elinympäristön vaikutuksia potilaan tilanteeseen arvioidaan tarvittaessa laajemmin. Humanistinen tietoperusta johdatti kehitystä suuntaan, jossa potilaan omat tavoitteet, resurssit ja näiden merkitys hoitoprosessissa nousivat merkityksellisiksi. Hoitotieteen itsenäinen tietoperusta on syntynyt tälle pohjalle. (Lauri 1999.)

Myös Aulikki Nissisen (1999, 54–56) mukaan hoitotieteen tietoperusta perustuu moniin eri tieteenaloihin. Näin ollen myös hoitotieteen menetelmäkehityksellä on monitieteinen perusta. Hyvää hoitoa on mahdollista tarkastella monista eri näkökulmista. Hyvän hoidon määrittely vaihtelee sen mukaan mitä tieteenalaa arvioija edustaa (Hentinen & Backman 1999, 61). Kukaan tieteenala näyttää kuitenkin painottavan potilaan hoidossa ja suhtautumisessa potilaaseen samankaltaisia asioita.

Hoitotieteessä on 1990-luvulta lähtien kehitetty konkreettisia käytäntöä ohjaavia teorioita ja hoitamisen malleja. Hoitotieteellistä tutkimusta, joka on hoitamisen mallien perustana, on esimerkiksi potilaan sitoutumisesta hoitoon, hoidon laadun arviointiperusteista, hoidollisesta päätöksenteosta sekä kärsimyksen ja surun merkityksestä ihmisen elämässä ja terveydessä. (Lauri 1999, 41.) 2000-luvulla Suomessa on valmistunut lukuisia hoitotieteen väitöskirjoja nimenomaan hoidon mallien kehittämistä. Terveydenhuollon maailma on kiinnostanut myös monia muita tieteenaloja.

Terveystieteillä tarkoitetaan yliopistollista lähestymistapaa hoitotieteissä, terveyshallintotieteessä ja terveystaloustieteessä. Näiden alle kuuluu sellaisia osa-alueita kuin ergonomia, fysioterapia, gerontologia, kansanterveystiede, kliininen laboratoriotiede, ravitsemustiede, terveystieteiden ja toimintaterapia. Vuoden 1999 tilanne oli tämä. (Ks. Kinnunen, Meriläinen, Vehviläinen-Julkunen & Nyberg 1999.) Yliopistollinen koulutus on kehittynyt tämän jälkeen 10 vuoden ajan.

Tämän tutkimuksen kannalta on olennaisinta hoitohenkilöstön tietoperustojen tieteellistyminen. Tieteellistyminen ja hoitotyötä tekevien koulutustason nousu on kaventanut eri ammattiryhmien välisiä hierarkkisia kui-

luja. Käytännössä tarvittava ja hyödynnettävä tietoperusta ei silti missään ammattiryhmässä palaudu teorian ja käytäntöjen väliseen dikotomiaan. Tietoperustojen muotoutuminen on eräs esimerkki terveydenhuollon henkilöstön kompleksisuuden logiikalla toimivista tietämisen prosesseista.

Voimaannuttavaa, laaja-alaista palvelujärjestelmä- ja asiakastuntemusta kuntoutustyössä

Kuntoutus ei onnistu modernin kuntoutuskäsityksen mukaisesti voimaannuttavana ja ympäristön huomioon ottamisena ellei tunne asiakasta, hänen lähiverkostoaan ja toimintaympäristöään. Kuntoutumisessa asiakkaan oma toiminta on keskeistä vain akuutissa vaiheessa tai erittäin vaikeavammaisen kohdalla voi ongelmakeskeinen toimintamalli olla vallitseva. Tällöin muut toimijat tekevät puolesta tai avustavat kuntoutujaa.

(PTHter/271)[Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Steinbergin (2005) mukaan lääkärien, hoitajien, terapeuttien ja muidenkin terveydenhuollossa työskentelevien tietoperustaan kuuluu dialogisen työskentelyn oppimisen tavoite. Toisten ammatilliseen (koulutukselliseen) tietoperustaan tällaisten taitojen opiskelu kuuluu kuitenkin automaattisemmin kuin toisten. Terapia- ja ohjaustyössä painopiste on enemmän potilaan tarinan kuuntelemisella kuin lääketieteellisillä faktoilla. Kuunteleminen ei silti estä sitä, että terapeutti voi käsitellä potilaan tilannetta pelkästään edustamansa terapian käsitteillä ymmärtämättä potilaan kertomusta potilaan näkökulmasta. (Mt., 13–16; 36–61.)

Vappu Karjalaisen ja Ilpo Vilkkumaan (2004) mukaan kuntoutuksessa korostetaan nimenomaan yksilön toiminnallisuuden tukemista ja sosiaalisten tekijöiden merkityksellisyyttä. Kuntoutus on yleiskäsite, joka sateenvarjona kokoaa ammattilaisten orientaatiot yksilön tueksi. Vaikka kuntoutettaisiin vain polvea, olkapäätä tai niskaa, kuntoutuksessa pyritään huomaamaan kaikkialle ulottuvan sosiaalisen merkitys (mt., 3). Tämä edellyttää usein kuntoutustiimin moniammatillista työskentelyä. (Ks. myös Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001.) Yhteistyöorganisaatioiden määrä on tavallisesti suuri ja ulottuu terveyskeskusten ja sairaaloiden lisäksi erilaisiin vakuutuslaitoksiin ja markkinaperusteisesti toimiviin yrityksiin (Kallanranta ym. 2001).

Kuntoutuksen piiriin kuuluviissa tehtävissä yksintyöskentelyä ei pidetä ihanteena. Tilanteiden arviointeihin tarvittaisiin useampia näkökulmia, jotta virhearviointeja ei tarvitsisi paikkailla jälkikäteen, vaan asiakkaan asiat saataisiin kerralla kuntoon tai paremmaksi. Yksintyöskentelyyn kuitenkin voidaan ajautua kunnan resurssien jaon, paikallisten priorisointien, sääntöjen ja sopimusten vuoksi. Moniammatillisuus pyritään toteuttamaan toisiinsa yhden ihmisen moniosaajuutena. Välimatkat ja erityisosaajien puute voi olla myös este yhteistyölle (esimerkiksi puheterapiapalvelut). (Kumpuniemi 2004.)

Kuntoutuksen alue on laaja-alainen, eikä rajoitu erilaisiin terapiaoihin (ks. Kuntoutuksen verkkopalvelu 2010). Olen kuitenkin tehnyt tämän rajauksen kyselyn vastaajien valinnassa ja vastaajien ryhmittelyssä. Todellisuudessa kuka tahansa vastaajista voi olla osaltaan mukana esimerkiksi kuntoutuksen moniammatillisissa tiimeissä oman ammattinsa edustajana (ks. esim. Kokko 2003). Kuntoutuspalveluiden sisällä alue jakautuu useaan erityisalueeseen, kuten lääkinnälliseen kuntoutukseen, ammatilliseen kuntoutukseen, toiminta- ja työkykyä arvioivaan kuntoutukseen (tyky), päihdekuntoutukseen ja mielenterveyskuntoutukseen. Kuntoutuksen toiminta kohdistetaan myös erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin, kuten eri-ikäisten erityistarpeisiin.

Monesti tuntuu, että sairaaloissa ei kunnioiteta osaamistamme. Osaaminen on kuitenkin monipuolista: vauvasta vaariin ja käsittää kaiken mahdollisen ”lääkärinkirjan kannesta kanteen”. (PTHter/317)

Laaja-alaisuus merkitsee kompleksisen tietämisen kenttää, jossa voi olla tilanteita, joissa ideaaliset ammatilliset tavoitteet tulevat haastetuiksi. Ei riitä, että tietää ideaalisen tavan tuottaa katkeamaton hoito- ja palveluketju. Olosuhteet eivät aina tue tämän tiedon hyödyntämistä.

Kuntoutuksessa tärkeintä on asiakaskeskeisyys, kaikki pitäisi lähteä potilaan tarpeista käsin. Kuitenkin joudumme ajoittain tekemään erinäisiä päätöksiä, toimenpiteitä lähes paperitasolla. Potilaan kokonaissuunnitelmat esim. kuntoutussuunnitelmat ovat vielä usein tekemättä monessa tapauksessa ja aina ei itsellä ole mahdollista paneutua kiireen keskellä niin paljon kuin pitäisi. (ESHter/196).

Kuntoutuspalvelusta tehtäessä arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja elämäntilannetta laajemmin. Selvityksen sisällöt vaihtelevat sen mukaan, onko selvityksen syynä ammatillisen kuntoutustarpeen selvittäminen, toiminta- ja työkykyä arvioiva kuntoutus, päihdekuntoutustarpeen tai mielenterveyskuntoutustarpeen selvittäminen. Asiakkaan tilannetta arvioivat useat ammattilaiset. Kuntoutuksen ammattilaiset tekevät näistä koosteen sekä arvioivat tilannetta omalta osaltaan ja niiden mahdollisuuksien näkökulmasta, mitä heillä on asiakkaalle tarjota ammatillisesti ja organisaatioiden palvelutarjonnan sisällä. Asiakkaan oma kertomus kirjataan myös selvitykseen. Ammattilaisten työtä ohjataan kohderyhmästä riippumatta asiakasta voimaannuttavaan toimintaan. Ammattilaisten työhön vaikuttavat sekä asiakas itse että monet järjestelmän asettamat ehdot. (Esim. Kari & Puukka 2001; Mattila 2008.)

Terapia- ja ohjaushenkilöstön vastauksissa tietämisen luonne näyttyy vahvasti ymmärtämisenä. Tekninen asioiden ja informaation siirtäminen ei riitä, vaan on ymmärrettävä. Tämä on laaja-alaisen tietokentän hallinnalle välttämätöntä. On osattava kytkeä erilaisia tietoja siten, että ne soveltuvat potilaan yksilöllisiin tilanteisiin. Toisinaan on myös osattava tehdä se potilaan puolesta. *Se, mitä potilas itse haluaa ja millaiset mahdollisuudet on toteuttaa paranemiseen liittyviä asioita on aivan hämärän peitossa. (ESHter/211)[Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen]* Potilas ei aina itse kykene antamaan tarvittavaa tietoa oman kuntoutumisensa edistämiseksi.

Profession muutoshaasteita lääkäreillä

Lääkäreille opettavien ajattelutapojen historia kytkeytyy lääketieteen pitkään biomedikaaliseen historiaan ja siihen, että lääketieteellisen tiedon käyttöoikeus ja asiantuntijuus oli vain lääkäreillä (Sweeney 2006). Lääkärin koulutuksellinen ammattitaito perustuu ensi kädessä tieteelliseen tietoon, keskeisinä biolääketieteellinen ja kliininen tutkimustieto (Pasternack, Pelkonen, Eskola & Haahtela 2007). Ammattitaidon toisen puolen muodostavat lääkärintaito monipuolisena inhimillisen elämän ymmärtämisenä (mt.; Mustajoki, Saha & Sane 2003.)

Hyväksi lääkäriksi voidaan opettaa ja opiskella, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, ettei opetus muutu toimiviksi käytännöiksi ongelmitta. Yhtäältä ristiriitoja syntyy inhimillisessä kanssakäymisessä ja toisaalta työssä tarvittavan tiedon ja tietämisen moniulotteisuuden vuoksi sekä li-

säksi työympäristöjen, kuten organisaation ja yhteiskunnan toiminnan vuoksi. Lääkäriin työtä on tutkittu todella paljon: esimerkiksi vuorovaikutusta potilaan ja lääkärin vastaanotoilla (esim. Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001; Engeström 1999), päätöksentekoa lääkärin työssä (esim. Shortell 1983), lääkärin työn ohjauksen tarvetta (Toivola 2006), perusterveydenhuollon lääkärin yhteistyöasiantuntijuutta (Launis 1994), työssä tarvittavan tiedon erilaisia mahdollisia ymmärtämisen tapoja ja tietämisen ongelmallisuutta (esim. Strauss 1993; 2001; 2008; Kernick 2002; Holt 2002; Kernick [toim.] 2004; Steinberg 2005; Hupli, Kaarna, Kauppinen & Kärrä 2006) sekä yleislääkäriin työn ja tieteellisen näytön suhdetta (Nummenmaa 2007).

Mainitut tutkimukset korostavat työn luonnetta professionaalisten hierarkioiden, aseman ja vallan sijasta. Pertti Mustajoki, Heikki Saha ja Timo Sane (2003, 5) toteavat, että huolimatta lääketieteen teknisistä apuvälineistä tehtävien tutkimusten ja laboratoriokokeiden kehittämisestä ja lisääntymisestä lääkärin tärkeä perinteinen tehtävä on säilynyt. Lääketieteen lukuisilla erityisalueilla (esimerkiksi genetiikka, kardiologia, fysiatria, kirurgia) on omat näkökulmansa ihmiseen (ks. esim. Sweeney & Griffiths 2002), mutta taudin oikeille jäljille päästään vain tunnustelemalla, kuuntelemalla ja katselemalla potilasta. Potilaan tutkimiseen kuuluvat esitietojen kerääminen eli anamneesi sekä vastaanotolla tapahtuva potilaan tutkiminen, joiden avulla lääkäri selvittää potilaan tilan. Esitietoja saadaan kysymällä oireista potilaalta itseltään tai hänen saattajaltaan. Esitettyjen kysymysten laajuus riippuu potilaan tilanteesta. Lisäksi voidaan käyttää melko yksinkertaisia välineitä, kuten kielilastaa, taskulamppua, verenpainemittaria ja stetoskooppia. Tutkimisen jälkeen lääkärillä voi olla jo valmis diagnoosi tai hänellä on epäily diagnoosista. Lääkäri voi lähettää potilaan jatkotutkimuksiin esimerkiksi laboratorioon tai röntgenkuvaukseen varmistukseen epäilynsä tai hankkiakseen lisäinformaatiota tilanteesta, jossa alustavaa diagnoosia ei ole mahdollista tehdä vastaanotolla. Lääkäri voi kohdata potilaan hyvin erilaisissa tilanteissa: ajanvarausvastaanotolla, jonne on sovitettu aika etukäteen, päivystysvastaanotolla, joka voi olla esimerkiksi jokin akuuttia hoitoa vaativa tilanne ensiapupoliklinikalla tai terveyskeskuksessa, onnettomuuspaikalla tai vuoteen äärellä vuodeosastolla. Kohtaaminen voi olla ainutkertainen tai siitä voi tulla pitkäaikainen hoitosuhde.

Vuorovaikutus potilaan kanssa on tärkeä osa lääkärin työtä. Potilaan kanssa tehtävä yhteistyö ja luottamuksen syntyminen vuorovaikutustilanteessa on merkittävää hoidon onnistumisen kannalta. Molemmat osapuolet

viestivät puheen lisäksi myös olemuksellaan, mutta lääkäriellä tulisi olla erityinen ammatillinen kyky ja halu tulkita potilaan vihjeitä ja olemuksen antamia viestejä ja auttaa potilasta kertomaan vaikeatkin asiat. Lääkäriin osaamisvaatimukset potilaan tutkimistilanteessa ovat monipuoliset. (Mustajoki ym. 2003.) Mustajoen ym. (mt.) kuvaus lääkärin suhteesta potilaaseen vastaa oirelähtöistä ajattelutapaa (Nummenmaa 2007, 35–37). Tässä ajattelutavassa diagnostiikka perustuu potilaan kertomukseen, jota täydennetään potilaan tutkimisella ja tarvittaessa laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. Toinen ajattelutapa on tautikohtainen. Tällöin lähtökohtana ovat valmiiksi luokitellut taudit, joiden perusteella lääkäri tekee diagnoosin. Potilaan oma kertomus jää tässä näkökulmassa sivuun. (Mt.)

Lääkärien koulutuksen painopisteenä ovat kuitenkin kliiniset lääketieteelliset sisällöt ja luokitukset. Lääketieteellisen osaamisen ja potilaan kohtaamisen sekä hoidon yhdistämistä opiskellaan käytännön työssä. Esimerkiksi hoitosuunnitelman laatiminen potilaalle liittyy olennaisesti lääkärin perinteisiin tehtäviin ja osaamiseen. Paavo Rissasen (2001, 502) mukaan kaikilla kliinisen lääketieteen erikoisaloilla on omat sairauskertomuslomakkeet, joissa annetaan ohjeet ajallisesti järkevässä järjestyksessä. Hoitosuunnitelmien laatimisella on pitkä historia. Hoitosuunnitelmaan sisällytettävä tieto on lääketieteellisesti merkitsevää tietoa. Rissasen mukaan harvoin ehditään miettimään tai edes tarvitsee ajatella, ”missä ympäristössä tai elämäntilanteessa tai kuinka turvallisessa ilmapiirissä paraneminen tapahtuu”. Tarvittaessa lääkärin on kuitenkin kyettävä hoitoratkaisua miettiessään ymmärtämään potilaan sosiaalisia oloja varsin laajasti. Tällä tarkoitetaan pohdintaa, miten sairaus vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja miten sosiaaliset olot ja elämäntavat vaikuttavat potilaan sairauteen. Sosiaalisiin oloihin ja elämäntapoihin lukeutuvat esimerkiksi perhe, asuminen, työ, harrastukset, alkoholinkäyttö, tupakointi ja sukupuolielämä. (Mustajoki ym. 2003.) Perusterveydenhuollossa työskentelevä lääkäri kohtaa nämä seikat useammin kuin erikoissairaanhoidon lääkäri (ks. esim. Nummenmaa 2007, 36).

Sweeney (2006, 15–26) jakaa yleislääkärien työn vaatimat taidot tekniseen, kontekstuaaliseen ja todisteisiin pohjautuviin taitoihin. Teknisillä taidoilla tarkoitetaan ”biomedikaalisen” diagnosoinnin ja tiedon hallinnan taitoja. Kontekstuaaliset taidot viittaavat lääkärin kykyyn ymmärtää paitsi potilaan elämäntilanteesta myös kykyyn yhdistää nämä tiedot biolääketieteelliseen informaatioon. Narratiivisen, potilaan kertoman, ja tieteellisen tiedon yhdistäminen ovat Sweeneyn mukaan erityisesti yleislääkäriin

kompetenssialuetta. Potilaan oma rooli paranemisessa ja terveyden säilymisessä on tullut yhä tärkeämmäksi. (Sweeney 2006, 15–26.)

Yleislääkärin työtä luonnehtii erityinen epävarmuus. Terveyskeskuksen henkilökunnan ja yleislääkärin tehtävänä on usein kohdata potilas ensimmäisenä. Potilaiden monisairastavuus ja lääketieteellisen tiedon vajavuus ja kyvyttömyys vastata potilaiden oireiden historiallisuuteen asettavat erityisesti yleislääkärin haasteellisen tehtävän eteen. (Nummenmaa 2007, 34–40, 153–162.)

Yleislääkärin tulisi ottaa huomioon kaikki, mitä potilas pitää uhkaavana ja ongelmallisena tai minkä potilas esittää vastaanotolla (Sweeney 2006, 37–44; Nummenmaa 2007). Tämä vaatii Sweeneyn (mt., 37) mukaan älyllisiä, professionaalisia ja henkilökohtaisia taitoja. Seuraavassa perusterveydenhuollon lääkäri laajentaa osaamisen tarpeen potilaasta vielä terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon. Sosiaalisen huomioonottaminen edellyttää myös järjestelmän tuntemusta terveystieteiden tutkimuksesta.

Uskon olevani laaja-alainen ja vuosien aikana tutustunut laajasti sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon toimintakenttään. Usein tulee myös erilaisia kehittämissideita. Ehkä joskus tulee liian suorasuuntaisesti asiat esitettyä ja odottaa niiden etenevän nopeammin. Asiathan vaativat oman aikansa kypsyä. Lisäksi jatkuvan koulutuksen kautta pyrin pysymään ajan hermolla. (PTHlääk/76) [Oman osaamisen arviointi]

Osa yleislääkärin kompetenssista on lääkärikeskeistä, jolloin parantava ja kuntouttava hoito, terveyden edistäminen ja ehkäisevät toimet ovat keskeisiä professionaaliselta kannalta. Henkilökohtaisilla taidoilla tarkoitetaan potilaskeskeisyyttä. Moraaliset ja henkilökohtaiset kysymykset tulevat parantamisen, hoidon ja terveyden edistämisen näkökulmiksi lääketieteellisten seikkojen rinnalle. Potilaan ja hoitohenkilökunnan suhde yksilötasolla on merkittävä osa perusterveydenhuollossa tehtävää työtä. Työn painopiste on eri tilanteissa *kulloisenkin* potilaan hoitaminen.

Erikoislääkärin tehtävänä on keskittyä edustamansa erikoisalalan substanssiin kulloisenkin potilaan hoitotilanteessa ja välittää tämä tieto sairauskertomuksen kautta eteenpäin. Seuraava näyte potilasaineistostani kuvaa kahden erikoislääkärin, kirurgin ja fysiatriin, erilaisia tapoja kirjata samaa potilasta koskeva informaatio potilaskertomukseen.

Esimerkiksi kirurgi voi kirjoittaa kuvausta tehdystä toimenpiteestä seuraavasti:

Vasempaan ranteeseen lievä s-mallinen viilto palmaris longus-jänteen ulnaaripuolelle kämmenpoimua myötäillen. Edetään palmaris longuksen ulnaaripuolelta terävästi flexor retinaculumin pintaan. Hemostaassi. Pinseiteillä flexor retinaculumista kiinni, tämän jälkeen puukolla viilto, tämän jälkeen työnnetään urasondi distaalisesti. Tätä vasten veitsellä halkaistaan terävästi flexor retinaculum ja carpaaliligamentti. Toistetaan sama toimenpide proksimaalisesti. Tämän jälkeen sormella tunnustellen proksimaalisesti distaalisesti estettä nervus medianuksen kululle ei havaita. Todetaan nervus medianuksen ympärillä jkv synoviaa, tätä kevyesti poistellaan hermoa varoen. nervus medianuksen ulkonäkö normaali, ei sanottavasti tiimalasimuotoa havaittavissa. Tämän jälkeen hemostaassi varmistus. Ihon sulkuun 4-0 Dermalon patjaompleet. Päälle haavasidos ja käsikirurginen sidos.

DG: *Syndroma canalis carpi l. sin. G56.0*

Jatkosuunnitelma: *Ompeleiden poisto 10 vrk kuluttua, kipulääkitys tarvittaessa. Erillisiä kontroleja ei sovita. (CNP/Kirurgi)*

Kirurgin kertomuksessa ei ole tilaa potilaan sosiaaliselle tai elämäkerralliselle narratiiville (ks. esim. Sweeney 2006). Varsin ymmärrettävää on, että kirurgin on keskityttävä toimenpiteen onnistumiseen ja potilaan fyysiseen hyvinvointiin leikkaustilanteissa. Fysiatri puolestaan tarkastelee saman potilaan tilannetta laajemmasta näkökulmasta. Nyt potilaan elämäntilanne ja fysiatriin erikoistumisalue näyttävät kytkeytyvän toisiinsa.

Perusliikunta puuttuu täysin, mies muualla töissä ja yksin hoitaa lapsia ja liikuntamuotonakin on pääsääntöisesti lastenvaunujen työntäminen jolloin niska entisestään kipeytyy.

Status: Asiallinen virkeä tva. Ylipainoinen. Ylätorakaalinen kyfoosi korostunut ja pää linjastaan eteen painunut. Kaularangan liikkuvuus kauttaaltaan hyvä, jopa lievästi hypermobiliittyyppinen, fasettikompressio antaa oiretta, tarktiolla helpottaa, juurikompressiotesteissä ei yläraajasäteilyä saada provosoitua. Syvien lihasten hallinta kaularangassa erittäin huono, pinnalliset kiristävät etenkin scalenukset, trapeziukset ja pectroliuksen molemmiin puolin. TOS-testeissä ei puutumisoiretta, lievää pulssikatoa äärimmilleen pectrolista venyttäessä. Yläraajoissa refleksit normaalit, tunnot perifeerisesti normaalit samoin voimat. Hermokudoksen jännistystesteissä ei positiivisuutta. Rintaranka palpoiden jäykkä oireeton muuten mutta noin TH2/3 väli jäykkä lievästi kipeä, kevyesti manipuloitaessa ei lähde liikkeelle. Kylkiluuliikkuvuus jäykkä.

Kyseessä enemmän hallintaheikkouteen perustuva oirekuva, pitkä kroonistunut tilanne nuorella ihmisellä, joten kuvataan vielä kaularangan magneetti, mikäli siinä ei poikkeavaa ainoaksi hoitovaihtoehdoksi jää jatkossa fysioterapeuttisen harjoittelun jatkaminen sekä perusliikunnan lisääminen johon jo nyt kehoitettu. Kontrolli ak:lle magneetin jälkeen ja tuossa yhteydessä mietitään jatkofysioterapia.

DG: Cervicobrachiale diffusum M53.1. (CNp/fysiatri)

Kirjattu tarina jatkuu eri ammattilaisten oman työnsä näkökulmista kirjaimina kuvauksina potilaan kulloisestakin tilanteesta. Yhteinen tietäminen syntyy pitkälti näiden kertomusten kautta. Informaatio on tarkoitettu potilasta seuraavaksi hoitavan tahon luettavaksi ja tulkittavaksi. Yhä tärkeämmäksi tulleen yhteistyön vuoksi, lääkärien ammatilliseksi haasteeksi on tullut potilaan elämäntilanteen laaja-alaisempi ymmärtäminen, mutta myös tiivis yhteys muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Lääketieteellisten, jo sinänsä laajaa tietämystä edellyttävien tietoperustojen rinnalle, on tullut yhä sinnikkäämmiin vaatimus ihmisten kompleksisten elämäntarinoiden kuuntelemisesta ja kytkemisestä yksilöiden parantamiseen.

Kompleksinen ei tarkoita, että kaikki olisi erilaista, ennustamatonta ja hallitsematonta. Työnjako, organisatoriset järjestykset (ks. Strauss 2008, 59–60), ammatillinen osaaminen, rutiinit ja yhdessä rakennetut työprosessit auttavat hallitsemaan kompleksisuutta. Viipalointi on välttämätöntä ja ne saavat arjen näyttämään yksinkertaisemmalta. Sosiaalinen kompleksisuus kuitenkin särkee tätä viipalointia.

Monipuolisen yhteistyön ja yhdessä tietämisen tarve laajalla yhteistyökentällä

Miten erilaisten tietoperustojen pohjalta työskentelevät ryhmät kohtaavat toisensa kompleksisen terveydenhuollon arjessa? Yksi vastaus löytyy kyse-ly- ja haastatteluaineistosta siitä, että yhteistyön tarve ja yhteistyötaidot nähdään välttämättöminä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Yhteinen tavoite on potilaiden hyväksi toimiminen. Yhteisen tavoitteen saavuttamisen keinoista ja yhteisen tietämisen syvyydestä sen sijaan ollaan eri mieltä.

Mielestäni yhteistyötaidot ovat ammatissani täysin välttämättömät. Ilman niitä en voisi tehdä työtä potilaiden ja asiakkaiden hyväksi. Toimintakenttä

on niin laaja, että monipuolinen yhteistyö on elinehto. Pitkä työkokemus on vahvistanut yhteistyötaitoa. (PTHter/98)[Oma yhteistyöosaaminen]

Organisaatioiden henkilöstön yhteistyötä on tutkittu hyvin paljon erilaisista näkökulmista. Esimerkiksi professionaalien välisenä yhteistyönä (esim. Launis 1994; Hudson 2007), moniammatillisena yhteistyönä (esim. Kokko 2003; Hyvönen 2004), erilaisten tiimien toimintana (esim. Peltonen 2009), potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksena (esim. Engeström 1995; Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001), yhteistyöosaamisena (mm. Paukkunen 2003) ja organisaatioiden välisenä yhteistyönä (Vornanen 1995; Saaren-Seppälä 2004). Erilaisten tietoperustojen kohtaamisen ongelmiin on pyritty vastaamaan esimerkiksi kollektiivisen asiantuntijuuden luonteen pohtimisella.

Kollektiivisella asiantuntijuudella tarkoitetaan sellaista yksilöiden osaamisen yhdessä muodostamaa asiantuntijuutta, joka perustuu avoimuudelle, vastavuoroisuudelle ja luottamukselle. Kollektiivisen asiantuntijuuden periaatteisiin kuuluu sen myöntäminen, että kukaan ei voi yksin tietää kaikkea. Tietoa muodostetaan, jaetaan, käsitellään ja yhdistetään toisten kanssa. Näin kollektiivinen asiantuntijuus on enemmän kuin yksittäisten osaajien osaamisen summa. (Parviainen & Koivunen 2004; ks. myös Parviainen 2006.) Tämä edellyttää asiantuntijoilta yhdessä ja erikseen paljon. Kollektiivinen asiantuntijuus (ks. mt.) etsii aivan toisenlaista yhteistyöhön orientoitumista kuin eriytyneeseen ammatillisuuteen ja työnjakoon tai moniammatillisuuteen tai tiimityöskentelyyn perustuva yhteistyö. Kollektiivinen asiantuntijuus on enemmän. Mikäli kollektiivisen asiantuntijuuden edellytykset ovat olemassa, se rakentuu yhdessä työskentelyn jatkuvissa prosesseissa. Se ei ole pysähtynyt tila.

Straussin (2008, 43) mukaan suurin osa vuorovaikutuksesta perustuu kuitenkin rutiineille. Terveystieteiden henkilöstön koulutuksen ja kokemuksen kautta syntyneet tietoperustat sekä lainsäädännön ja organisaatioiden määrittämät työnjaot muodostavat henkilöstön rutiinien perustan. Niihin perustuvat ammatteihin liitettävät odotukset (ks. mt., 43), joita henkilöstöön kohdistetaan ulkopuolelta, ja joita he kohdistavat toisiinsa. Kiinnostavaa on, etteivät vastaajaryhmät eronneet toisistaan tutkimusaineistossa. Kaikki ryhmät odottivat toisiltaan samanlaisia asioita. Olisi voinut odottaa, että henkilöryhmien odotukset poikkeaisivat toisistaan työnjaollisen eriytymisen vuoksi.

Yhteistyön perustat piilevät toiminnan tavoitteissa ja toimintaan liittyvissä odotuksissa (kuten potilaan hyväksi toimiminen, selkeyden odotukset

toiminnalta, vastuiden määrittelyn tarpeet ja luottamus). Keskinäisessä vuorovaikutuksessa kuitenkin tavoitteista ja odotuksista muodostuu perspektiivien moninaisuus, joka tuottaa ristiriitoja ja odottamattomia seurauksia toimintaan kokonaisuutena (ks. Strauss 2008, 252–253; Leydesdorff 2003). Esimerkiksi, kun kaikki vastaajaryhmät toivovat, että vastuut olisi määritelty selkeiksi, tämä ei tarkoita, että kaikki olisivat yksimielisiä siitä, millä tavalla määritellyt vastuut ovat selkeitä. Monet tekijät, kuten työntekijän tekemä tulkinta ja toimenpidevalinta hoitotilanteessa, rakentavat potilaan koko hoitoketjua.

Terveysthuollon monidimensionaalisuus tarkoittaa muutakin kuin useiden organisaatioiden verkostojä, erilaisia palvelumuotoja ja toimijoita. Monidimensionaalisuus laajenee näiden vuorovaikutuksessa lukemattomaksi määräksi erilaisia teoreettisia taustoja ja tietoperustoja. Eettisten, poliittisten, taloudellisten ja hallinnollisten teemojen virta lävistää järjestelmää ja sen organisaatioita ja kaikki tämä tuottaa toisiinsa kytköksissä olevia prosesseja ja käytäntöjä. (Steinberg 2005, 30.)

Asiakkaiden monet ongelmat edellyttävät asiantuntijoiden erilaisten tietoperustojen yhdistämistä siten, että kukin tuo asiakkaan tilanteeseen oman osaamisensa. Tarkoitus on neuvotella yhteinen, kunkin asiakkaan tilanteeseen soveltuva ratkaisu. (Nykänen 2000, 2–12; myös Strauss 1993). Aineistossa yhteisen tietämisen onnistumiset ja epäonnistumiset kietoutuvat nimenomaan asiakkaiden monimutkaisiksi osoittautuneiden tilanteiden ratkaisuun. Onnistuminen tarkoittaa potilaan kannalta, että yhteisen tietämisen tarve havaitaan mahdollisimman ajoissa. Havaitsemisen tekee aina ensin yksilö, lääkäri, sairaanhoitaja tai kuka tahansa, joka on potilaan kanssa tekemisissä. Hän ratkaisee muiden mukaan ottamisen esimerkiksi tekemällä aloitteen moniammatillisesta työskentelystä tai kirjaamalla asian muille näkyväksi. Yhdessä tietäminen on prosessi, jonka joku aloittaa, mutta se on myös työn vaatimus, jota varten on oltava tuntosarvet herkinä.

Perhelääkäriksi kouluttautunut lääkäri terveysasemallamme tapasi moniongelmaisen asiakkaan vastaanotollaan, kokosi seuraavalle käynnille vastaanotolleen moniammatillisen tiimin ja samalla keskustelulla kaikki asiat saatiin selvitettyä, asiakasta ei luukutettu, kuntoutus- yms. suunnitelmat saatiin tehtyä yhdessä ja asiakkaan läsnä ollessa täysivaltaisena päättäjänä. Mikäli oli tarpeen ennen moniammatillista kokoontumista erityistyöntekijät, kuten terapeutit ja sos. työntekijä tapasivat asiakkaan tarvittaessa ko-

tikäynnillä ja tekivät omat tarpeelliset tutkimuksensa. (PTHter/63) [Kuvaus onnistuneesta ...]

Kyselyni terapia- ja ohjaushenkilöstön ryhmässä vastanneiden kommentit erikoissairaanhoidon osaamisesta saivat minut pohtimaan tietoperustojen syvyyttä ja kysymään, huomataanko syvyyden suunnat riittävällä tavalla, ja missä määrin tällainen potilaan tilanteeseen syvällisesti perehtyvä tietäminen on tarpeellista ja mahdollista.

Edellä fysiatriin ja kirurgin kirjoittamista potilaskertomuksen osista voidaan nähdä, että tietäminen porautuu potilaan hoidon episodeissa yhteen toiminnan osa-alueeseen varsin syvälle. Kuitenkin odotuksena toisaalla näyttää olevan, että erikoissairaanhoidon hallitsisi erikoisosaamisensa lisäksi saman laajan kentän kuin perusterveydenhuollossa.

Uskon, että sairaaloissa osataan oman erityisalan asiat hyvin mutta laaja-alaisuus tahtoo puuttua. Esimerkiksi se, mitä potilaalle todella tapahtuu kun hän lähtee kotiin (jatkoahoito, kotipalvelu, kontrollit, apuvälineet, ateriapalvelut, kyydit...). (PTHter/343)

Erikoissairaanhoidon osaamista voidaan perusterveydenhuollossa pitää potilaan kannalta suppeana.

Heidän osaamistaan tulee myös kunnioittaa, mutta he tietävät yleensä potilaasta vain murto-osan oman kunnan hoitohenkilöstöön verrattuna. (PTHter/341)

Laaja-alainen potilaan elämäkokonaisuuden sekä hoito- ja palveluketjun näkeminen syventää erikoistuneen asiantuntijan tietoperustavaadetta toiseen suuntaan: esimerkiksi ihmisen fysiikasta tai aivojen neurologisesta toiminnasta ihmisen elämäkokonaisuuteen ja palvelujärjestelmäkokonaisuuteen. Erikoissairaanhoidossa laaja-alaisuus nähdään perusterveydenhuollon tehtävänä. Yhteisen tekemisen ja tietämisen esteenä voi osaltaan olla molempien osapuolten virheelliset odotukset toisen toimintaa ja tehtävälueiden edellytyksiä kohtaan. Kokonaisuuksista puhuttaessa olisi tarpeen yhteisesti määritellä, mitä kokonaisuudella tarkoitetaan ja mikä kunkin tehtävä tai rooli tilanteessa on. Käytännössä tällaisia keskusteluja ei kuitenkaan käydä. Laaja-alaisuutta ja erikoistumisen erilaista syvyyttä vaa-

tivien tehtävien merkitys ei ole hahmottunut kaikille toimijoille samalla tavalla. Tämä tuottaa erilaisia tulkintoja potilasta koskevissa episodeissa.

[Kokonaistilanteen hahmottaminen] usein tarpeellinen, hoitopäätöksen, (esim. ei leikata, vaikka aihetta olisikin) perustelemiseksi. Ei kuitenkaan aina: ns. asiantuntijuus voi sallia päätöksiä mekaanisilla perusteillakin (nivelrikko=laakerivika, korjataan). (ESHlääk/119)

[Kokonaistilanteen hahmottaminen] Ratkaisevaa, tosin mekaanisia tempuja (= leikkauksia) voi päättää esim. rtg kuvankin pohjalla. (ESHlääk/135)

Erikoislääkäri voi esimerkiksi tehdä niin sanotun rutiinileikkauksen ja todeta, ettei tästä syystä tarvita jatkotoimia, kuten erityisiä kontrollikäyntejä, erikoissairaanhoidossa. Tietoa ei tällöin välitetä perusterveydenhuoltoon, koska katsotaan, että työ on tehty valmiiksi (ks. myös Ryyänen ym. 2006). Palautteen antamisen merkityksestä on alueellisesti, paikallisesti ja yksilöllisesti hyvin erilaisia näkemyksiä.

Yleensä se lähtee liikkeelle siitä, että täällä joko neuvolatarkastuksessa tai päiväkodissa tai koulussa huomataan, että tällä lapsella asiat ei ole kunnossa niin silloinhan siitä tullaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Ja sitten lääkäri epäilee, että tässä on tällainen joku sairaus, jonka tarkempaan diagnoosiin ei osaaminen riitä, niin sitten sitä laitetaan erikoissairaanhoitoon. Ja lääkäri tutkii siellä ja sitten ja tekee suosituksen. Että jos se erikoislääkäri katsoo, että tämä lapsi tarvitsee tällaista hoitoa, niin miksi hänen sitten pitäisi minulta kysyä. Mutta sitten tämä hoidon porrastus on tehty sillä tavalla, että silloin kun meidän oma lääkäri pystyy arvioimaan tilanteen sillä tavalla, että tämä lapsi ei tarvitse suurempia tutkimuksia, kun mitä me täällä pystytään tekemään ja se terapian tarve voidaan arvioida niin me voidaan toteuttaa sitä, että meidän ei tarvitse kysyä lastenlääkäriltä, että mitä pitää tehdä. (PTHlääk/2004)

Haastattelija. Onko teillä halua pysyä selvillä asiakkaan tilanteesta joka tapauksessa?

No silloin kun se tilanne on katsottu, että tämä vaatii erikoisosaamista, niin siitä on sitten aivan turha meille palauttaa. Että sitten semmoiset, mitkä pystytään täällä hoitamaan, niin me hoidetaan alusta asti. (PTHlääk/2004)

Laajuus edellyttää potilaan tilanteen laaja-alaista huomioon ottamista, tietoa toisten organisaatioiden ja niiden henkilöstön tehtävistä sekä tarjolla olevien palveluiden tarjonnasta. Tietyllä tavalla tämä tarkoittaa erikoissairaanhoidon esitettyä toivetta, että siellä osallistuttaisiin toisten työntekijöiden tehtävän ratkaisemiseen, annettaisiin esimerkiksi valmis ratkaisu jatkohoidon järjestämisestä. Potilaita lähetetään erikoisasiantuntijoiden tutkittaviksi juuri siksi, että saadaan heidän kantansa potilaan hoidon järjestämisestä. Toisaalla voidaan todeta, että suositellun jatkohoidon järjestäminen ei ole resurssisyydestä mahdollista. Eri organisaatioissa toimivat voivat myös olla yhtä mieltä siitä, että terveyskeskuksilla ei ole mahdollisuuksia toteuttaa potilaan kannalta parasta mahdollista hoitoa. Organisaatioiden väliset raja-aidat voivat estää, yhteisestä ymmärryksestä huolimatta, hoidon toteutumisen potilaan kannalta hyvin.

Työntekijät voivat kokea työnjaon ja työhön eri tavalla kytkeytyvien ympäristöjen viestien toisistaan poikkeavat painotukset tai vaatimukset yhteistyön puutteena, vastuun jaon epämääräisyytenä, sudenkuoppina tai kuten seuraavan näytteen lääkäri esittää ”tiedon panttaamisena” ja merkinä yhteistyökumppanin kiinnostuksen puutteesta yhteiseen asiaan. Kompleksinen asioiden järjestäminen estää näkemästä kokonaisuuksia selkeästi.

Kiireessä vastattu, joitakin ajatuksia. Tiedon panttaaminen on mielestäni suurin ongelma edelleen. Sairaalassa potilaasta vain mitä lähetteessä lukee, eikä olla kiinnostuneitakaan muusta mitä tk:ssa jo mahdollisesti on tutkittu. joskus se on hyvinkin paljon. Samoin tk:ssa esim kotisairaanhoidossa on yleensä perusteellinen tieto potilaan sosiaalisesta tilanteesta. Sairaalaan saa epikriisin jos hyvin sattuu, pkl-käynneistä ei monestikaan saa tietoa. Jos potilas on esim. kir osastolla ja hänen sairauksistaan konsultoidaan vaikka sisätautilääkärinä tai anestesiologia, ei näistä konsultaatiovastauksista saa pääsääntöisesti mitään tietoa ilman eri pyyntöä. Usein ei ole edes tietoa että tällaisia tutkimuksia (esim. preoperatiivisesti sydänecho tms) on tehty. Lab.kokeiden vastauksia ei näy tk:ssa, joten samoja kokeita otetaan päällekkäin puolin ja toisin. Tämä tiedon kulun huonous on yhteistyötä eniten huonontava asia, vaikkakin se on viime vuosina sähköisen lähete-palautusjärjestelmän myötä jkv parantunut. (PTHlääk/352)

Seuraavassa näytteessä informaatiota henkilöstölle välittäviä ympäristöjä edustavat monien haasteellisten asiakasryhmien erilaiset tarpeet, monet organisaatiot ja niiden erilaiset toimintaperiaatteet. Vastuunjaon kysymyk-

sissä taiteillaan yksilölle annettavan hoidon, organisaation mahdollisuuksi- en, henkilöstön toimintaresurssien (organisaatioiden sisällä ja niiden välil- lä) sekä terveydenhuollon järjestelmän toimivuuden jännitteissä. Eri tehtä- vissä ja tilanteissa kysymys vastuista näyttäytyy eri laajuisina.

Yhteistyön puute tulee esille ikäihmisten ja vaikeavammaisten potilaiden ja erityisesti heidän kuntoutuksensa kohdalla. Lääketieteellisesti vastuuajako ja yhteistyö toimivat vielä jotenkin, mutta kuntoutuksen osalta on paljon kehittämistä ja vastuuasioista sopimista esh:n ja pth:n kesken. Kuntoutus suunnitellaan esh:ssa pääasiallisesti ilman, että suunnittelussa on mukana asiakkaan kotikunnan edustaja. Tässä tulee jo ensimmäinen sudenkuoppa, asiakkaan taustoista eikä kunnan toimijoita erilaisista kuntoutusmahdolli- suuksista ole riittävästi tietoa. Käytännössä suunnitelman toimeenpanossa tulee esteitä, mm. resurssien puutteen ja pitkien välimatkojen vuoksi. Lisäk- si asiakkaalla saattaa olla asiakkuuksia myös sosiaalitoimen puolella, jot- ka osaltaan vaikuttavat kokonaisuuden toteutumiseen. Yhteisen suunnitte- lun puuttuessa tulee helposti päällekkäisyyttä ja toisaalta asiakkaan kan- nalta oleellisiin asioihin ei välttämättä puututa. (ESHter/241).

Tutkimuksessa, jossa arvioitiin Bayesin verkkomallin avulla sairaalaan lä- hettämisen ja epikriisien palautumisen prosessia todetaan, että mallin avul- la on mahdollista osoittaa ongelmakohtia. Tutkijat toteavat kuitenkin, että mallin tarkkuus ei riitä ennustamaan prosessin lopputulosta. Huonot loppu- tulokset liittyvät satunnaisiin tapahtumiin, joita ei voi ennustaa. (Ryynänen ym. 2006.) Aineistossani moititaan läheteiden puutteellisuutta ja sitä, ettei hoitopalautteita (epikriisejä) tule. Ryynäsen (mt.) mukaan epikriisi jää tu- lematta useimmin tapauksissa, joissa lääkäri on kokenut ja diagnoosi selvä. Tutkijoiden tulkinta on, että erikoissairaanhoidossa ehkä koetaan, ettei viestintätarvetta ole, jos potilas on hoidettu erikoissairaanhoidossa loppuun saakka. Hoitopalautteet puolestaan saapuvat epäselvissä tapauksissa hyvin. Tarpeellisuuden tulkinnat vaihtelevat.

Erikoissairaanhoidon lähetetyn potilaan lähetekin jäänyt lukematta. Tieto- ja sitten kysellään puhelimitse perusterveydenhuollosta. Potilasta ollaan palauttamassa seuraavana päivänä, vaikka lähettämisen synnä olleeseen asiaan ei ollenkaan puututtu. Kommentti: kesäpäivystys on monasti kiireis- tä ja läheteet voivat olla puutteellisia, mutta ne kannattaisi kuitenkin kat- soa. Toivotaan asiaan parannusta sähköisen lähete-palauttejärjestelmän käyttöönotton myötä loppuvuodesta. (PTHlääk/28)

Aiemmin kuvaamani fysiatrian erikoislääkärin kirjoittama sairauskertomus jatkuu. Potilas tulee sovittuun kontrolliin kahden kuukauden kuluttua edellisestä käynnistä. Jään miettimään potilasaineistoni pohjalta, milloin voidaan olla varmoja, että ”potilas on hoidettu loppuun asti.” Potilasaineistoni potilaskertomusten potilaille on yhteistä se, että he tulevat yhä uudelleen terveydenhuoltoon huolimatta siitä, mikä on henkilöstön näkemys asiasta. Potilaat eivät koe parantuneensa. Kertomus jatkuu vuosia tämän jälkeen. Oireet kroonistuvat, tutkimuksissa ei löydy mitään erityistä, johon olisi mahdollista sairaalan ja terveystieteiden yhteisin keinoin puuttua. Kokonainen kertomus antaa kuvan hoitojen ketjusta, jossa ammattilaiset ovat tehneet paljon omien ammatillisten mahdollisuuksiensa ja järjestelmässä tarjolla olevien palveluiden rajoissa. Lastenhoito-ongelmiin tai liikuntaohjeiden oikeaoppisen noudattamisen kontrollointiin asiakas voisi tarvita apua. Näihinkin asioihin on annettu ohjausta. Onko liian suuri vaatimus, että terveydenhuollon henkilökunnan tulisi kyetä tukemaan ihmisiä elämänhallinnan kysymyksissä laaja-alaisesti ja syvällisesti? Toinen asia on ongelmien tunnistaminen ja eteenpäin neuvominen.

Potilas on asiantuntija oman tarinansa suhteen, mutta terveydenhuollon henkilöstöltä odotetaan organisaation tehtävän mukaista ammatillisuutta ja asiantuntijuutta. Toisinaan, varsin usein, vaaditaan myös tätä laajempaa asiantuntijuutta. Potilaskertomuksista ja potilaiden haastatteluista saa kuvan, että vaikeissa tilanteissa henkilökunnalta odotetaan hyvin henkilökohtaista osanottamista. Seuraavassa lyhyt ketju, jossa fysiatri ja fysioterapeutti yrittävät löytää ratkaisuja potilaan elämäntilanteeseen. Potilaalle tehdään erilaisia tutkimuksia potilaan esittämien oireiden perusteella. Kertomuksessa perustellaan asiakkaan näkökulmasta sitä, miksi annettuja hoito-ohjeita ei ole noudatettu. *Liikkumaan ei ole juuri lastenhoito-ongelmien vuoksi päässyt.* Silti tähän suurimmaksi todettuun ongelmaan pyritään etsimään potilaalle ratkaisua.

Oirekuva nyt kutakuinkin entisellään. Ainoastaan lisäksi tullut päänsärkyä ja huimausta, jotka tuntuvat liittyvän lihasjännityksiin niskassa. Liikkumaan ei ole juuri lastenhoito-ongelmien vuoksi päässyt. Selkävatsalihasliikkeitä tehnyt, niska-hartian harjoitteet eivät ole onnistuneet kipeytymisen vuoksi. Katsottu kaularangan magneetti ja tässä C5/6 välissä degeneratiiviset muutokset ja samassa tasossa keskiviivan oikealla puolella prolapsilöydös joka kooltaan pienehkö eikä selkeää hermokomplikaatiota aiheuta. ... huimauksen vuoksi katsottu Romberg joka vakaa, samoin DDK

ja sormi-nenäpääkoe, verenpaine 120/80, carotiksista auskultoiden ei poikkeavaa --

Suurimpana ongelmana on nyt harjoittelun täydellinen puuttuminen, perusliikunnan täydellinen puuttuminen, tiukasti sidottu kotiin lastenhoito-ongelmien vuoksi, kertomansa mukaan ainoana hoitovaihtoehtona olisi äiti, joka asuu [kaukana], joten käytännössä lähes mahdoton toteuttaa näiltä osin.

Päänsärky- ja huimausongelman vuoksi päädytään vielä katsomaan pään CT josta soittoaika ak:lle, vaikea päästä itse käymään kontrollikäynnillä, nytkin 2 lasta mukana. Kertaalleen aika vielä fysioterapeutille harjoitusohjelman jatkoseurantaa varten. Jatkossa laitoskuntoutusjakso varmasti tilannetta auttaisi mutta ainakaan tässä vaiheessa ei tähän kovin hyvää mahdollisuutta ole koska lasten hoito-ongelmat sitten taas vastassa, tämäkin mahdollisuus pidettävää mielessä mikäli tilanteessa muuten ei eteenpäin päästä.

DG: Cervicobrachiale diffusum M53.1.

Jakelu: Terveyskeskus/lääkäriin nimi. (CNP/fysiatrri)

Vajaan kuukauden kuluttua:

Soittoaika pään CT-vastauksesta, jossa ei poikkeavaa. Lisäksi katsottu nyt laajemmin verikokeita joissa ei myöskään poikkeavaa. ...kertoo, että liikumaan ei edelleenkään ole päässyt ulos vaan sisällä ½ tunnin kävelyharjoitteita tehnyt. Nyt myös lisäksi alaselässä oireita esiintynyt. Näiden suhteen suositellaan ottamaan yhteyttä tarvittaessa tk:n kuntoneuvolaan, josta perusselkäharjoitteet voitaneen ohjata ilman lääkärissä käyntiäkin..

Selän suhteen fysiatriapuolella ei nyt tutkimuksia käynnistetä, tarpeen mukaan ottaa yhteyttä tk:n ja tarvittaessa uudella lähetteellä. (CNP/fysiatrri)

Fysioterapeutti kirjoittaa vajaan kahden viikon kuluttua edellisestä:

Potilas on xx-vuotias, nyt äitiyslomalla oleva, [koulutus]. Yksinhuoltaja, kotona 3,5v ja 4 kk ikäiset lapset. Kotona yrittänyt päivittäin ”kävellä” n 30 min ajan sisätiloissa. Kertoo tämän avulla pudottaneensa painoa 3 kg kolmen viikon aikana. Päänsärky edelleen jatkuvaa, IV-V sormet puutuvat öisin. Yöuni pienten lasten ja kipujen takia katkonaista. Potilas onkin väsyneen oloinen.

Ks. tarkempi status [pvm] tehdystä fysiatrin tekstistä. Nyt niskahartiaseudun lihaksissa kireyttä niskarusetissa (+), tra perziuksen yläosissa oikeavoittoisesti (+). Scaleniukset ja pectoralikset kiristävät 1.a. (+). Th-rangan

keskikohta jäykkä, rhomboideukset 1.a. jännittyneet ja palpaatioarat. Niskan syvien lihasten pitotestissä aika flexiossa vain 10s ja extensiossa 20s.

Potilaan kanssa kerrattiin nyt niskan syvien lihasten isometriset lihasvoimaharjoitukset lihasvoimisen ja kaularangan stabiliteetin parantamiseksi. Lihasyhteykset kireille lihaksille. Th-rangan liikkuvuutta lisäämään mobilisointiharjoituksia. Jatkossa potilas on halukas hakeutumaan Kela:n laitostuntoutusjaksolle. Pyydetään tähän fysiatrialta lausunto. Terveyskeskuksesta varattiin potilaalle aika kuntoneuvolaan yleisten lihaskuntoharjoitusohjeiden saamiseksi vatsa/selkä ja raajojen lihaksille. Kontrollikäynti tänne niskaharjoitusten edistymiseksi n. 1 kk:n kuluttua. (CNp/fysioterapeutti)

Fysiatri kirjoittaa pyydetyn B-lausunnon seuraavana päivänä. Fysioterapeutti kirjoittaa noin kolmen viikon kuluttua:

Potilas kertoo saaneensa harjoitteista apua päänsärkyyn. Kuukauden aikana sairastanut 2xflunssan, jonka takia viimeaikoina harjoittelu vähäisempää, terveyskeskuksesta hakenut lihaskuntoharjoitteet kokonaisvaltaiseen lihaskuntoharjoitteluun. Ongelmana nyt viikko sitten alkanut vas. kämmenten alueen voimakas kipu, joka säteilee peukalon tyveen ja 3-4 sormiin, kipulääkkeet eivät vie särkyä pois. Terveyskeskuksessa asian tiimoilta käyty jossa tehty perusverikokeet + rtg, näissä ei selitystä löytynyt. Turvotusta ja kipua myös muissa nivelissä. Neuraalikudoksen testeissä positiivisuutta n. ulnaariksessa sekä voimakkaammin n. mediaanuksessa. Tunto on hieman alentunut vas. kämmenessä sekä 3-4 sormissa missä välissä myös adductiovoima on alhaisempi ja sormissa pistelyä. Keskustelin asiasta fysiattrin kanssa ja sovittiin, että varataan potilaalle enmg- ja fysiattrin vastaanottoaika, jotka saatiinkin jo ensi viikolle. Potilaalla epätietoisuutta laitostuntoutuksesta josta aikaisemmin jo tehty B-lausunto, kehoitin keskustelemaan asiasta fysiattrin kanssa. Ohjasin potilasta tekemään nyt raukahlisia neuraalikudoksen mobilisaatioharjoituksia distaalisella liikkeellä. Tutkimusten jälkeen tarvittavat jatkokuntoutus esim. terveyskeskukseen seuranta-luontoisesti. (CNp/fysioterapeutti)

Tästä muutaman päivän kuluttua potilas saapuu fysiattrin vastaanotolle oikeukuvan pahennuttua ja uusien oireiden ilmaantumisen vuoksi.

Tilanne on voinut ärtyä nyt soutilaitteen hankkimisen myötä. Selkeästi kuitenkin kuntoutumista haittaa joten tehdään lähete kirurgialle operatiivista

hoitoa varten. Laitoskuntoutukseen ei nyt ole kuitenkaan pystynyt lastenhoito-ongelmien vuoksi lähtemään, yrittää järjestellä asiaa ja ehkä myöhemmin tänä vuonna vielä yrittää laitoskuntoutukseen hakea, lausunto kotona on, kelalla sanottu, että vuoden nykyinen lausunto kelpaa jonka jälkeen hakee tk:sta uuden lausunnon mikäli myöhemmin tämä ajankohtaiseksi tulee. Jatkokuntoutuksena joka tapauksessa avofysioterapeuttinen seuranta terveyskeskuksessa jatkuu ja kokee hyötävänsä niska-hartiaseudun oireiden osalta tästä. Fysiatrianpuolelle ei sovita jatkokontrollia. (CNp/fysiatr)

Potilaiden hoitamisen ymmärtäminen yhteisenä, ei vain oman tehtävän suorittamisena, tulee aineistossa selkeästi dialogisemmaksi silloin, kun toisen organisaation tehtävistä on selkeämpi kuva. Dialogisuus ei aina ole vain ilmassa leijuva ja kompleksisuuteen hajoava idea. Työssä pyritään ammatillisesti ymmärtämään, mistä potilaan tilanteessa on kyse. Tehdään testejä, tutkimuksia ja kuunnellaan potilasta uudelleen. Kysytään neuvoa kollegoilta, ohjataan potilas saamaan sitä hoitoa, mikä on tulkinnan mukaan parhaaksi katsottu. Kompleksisessa järjestelmässä laaja-alainen ymmärtäminen edistää yhdessä tietämistä, mutta inhimilliset ja organisatoriset rajat tulevat usein vastaan.

Itsekin terveyskeskuksessa työskennelleenä opin ymmärtämään terveyskeskuksien työn tekemistä. Heillä on laaja työnkenttä ja erityistyöntekijöiden ja lääkäreiden työn kuvassa "kuntoutustyö" on vain pieni osa heidän työtään. Esim. fysioterapeutit hoitavat vauvasta vaariin, kuten myös sosiaalityöntekijät ja muut terapeutit sekä erityistyöntekijät. Jokin lääkäri on yleensä nimetty ns. kuntoutuksesta vastaavaksi, riippuu henkilöstä miten hän tämän osan työstään pystyy, joutaa hoitamaan, usein luottavat terapeutteihin. (ESHter/273)

Henkilöstön työssä on paljon tietoon liittyviä epävarmuuksia. He tarvitsevat kykyä ja rohkeutta tulkita informaatiota ja valita siitä merkityksellinen osa kulloisessakin tilanteessa. Merkitysten luomisen rajat ja jaettu ymmärrys syntyy monien ammatillisten diskurssien läpi (Kernick toim. 2004, 351–352.). Ammatilliset diskurssit puolestaan muodostuvat edellä kuvattujen ammatillisiin tietoperustoihin nojaten. Tieto on organisaatiossa sekä erilaisen informaation virtaa että siitä muodostuvia konkreettisia ymmärryksiä. Konkreettinen on kuitenkin yksityiskohtaista tai koulutuksessa jäsenettyä ammattitietoa, jonka merkitys syntyy vasta terveydenhuollon jär-

jestelmässä työskentelyn myötä. Tietovirtojen kanavat ovat yhtä tärkeitä kuin tieto itse. Näin ympäröivä järjestelmä (esimerkiksi organisaatio) on tärkeä merkitysten luomisen mahdollistaja tai estäjä.

Koulutukselliset ja ammatilliset tietoperustat ovat esimerkki terveydenhuollon tieteellisistä tietoperustoista. Tieteelliseen näyttöön perustuveden periaate puolestaan on tapa mallintaa ja standardisoida terveydenhuollon työtä. Yhtenä tavoitteena ovat yhtenäiset ohjeistukset siitä, miten potilasta eri tilanteissa hoidetaan ja lääkitään. Auttaako tämä hallitsemaan kompleksista työarkea? Tätä analysoin seuraavassa.

4.2 Tieteelliseen näyttöön perustuva konteksti

Ajankohtainen esimerkki heterogeenisten tietoperustojen ratkaisemisen pyrkimyksistä on niin sanottu tieteelliseen näyttöön perustuva lääketiede (EBM) ja hoitaminen sekä näihin pohjautuvat hoitosuositukset. Tavoitteena on mallintaa yhtenäistä hyvän hoidon tietoperustaa terveydenhuollon henkilöstön käyttöön yhdistämällä tieteellinen tutkimusnäyttö, käytännön kokemukset sekä talouden ja tehokkuuden vaatimukset samoihin ohjeistuksiin²³. Yhtäältä on kyse tieteelliseen näyttöön perustuvan käytännön apuvälineen tarjoamisesta terveydenhuollon henkilökunnalle. Toisesta näkökulmasta on kyse hallinnan ja vallankäytön tavoitteesta. Suositusten on oltava poliittisesti soveltuvia. Poliittinen tarkoittaa tässä yhteydessä valtakunnan politiikan lisäksi myös ammatillisia intressejä, joka tieteellisen näytön osalta on liittynyt lähinnä lääketieteeseen ja lääkärien ammattikuntaan. (Esim. Timmermans & Berg 2003; Nummenmaa 2007; Sweeney 2006.) 1980-luvulta lähtien lääkäriprofession asemaan on kohdistunut erityisiä paineita terveydenhuollon kasvavien kustannusten, potilaiden ”emansipoitumisen” ja medikaalisten käytäntöjen variaatioiden vuoksi. Tieteelliseen näyttöön perustuvien standardien kehittämisen avulla on pyritty osoittamaan hoidon kannalta tehokkaimmat diagnostiset ja terapeutti-

²³ Tieteelliseen näyttöön perustuva lääketiede on keskusteluna ja kehittämisen kohteena ajankohtainen, mutta standardisoinnin perusta on 1900-luvun alussa. Alun perin terveydenhuollon standardisointi on liittynyt kompleksisuuden lisääntymiseen. On tullut tarve luoda yhteiset vaatimukset työlle tilanteessa, jossa potilaita ei enää hoidettu kotona, vaan erityisissä organisaatioissa, kuten sairaaloissa. Lääkärikunta on mieluummin alkanut itse kehittää standardeja työlleen kuin antanut viranomaisten tehdä niitä. Lisäksi on ollut kyse sairaaloiden taloudellisen vastuun hallinnasta. (Ks. Timmermans & Berg 2003, 9-10.)

set toimet. Lisäksi on pyritty tuottamaan todisteita näiden toimien taloudellisuudesta. Standardointia hyödynnetään myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten statuksen nostoon. (Timmermans & Berg 2003, 16–19.)

Timmermansin ja Bergin (mt., 22) näkemyksen mukaan standardit ovat luonnostaan poliittisia, koska niiden rakenne ja soveltaminen muokkaavat käytäntöjä. Ne muuttavat toimijoiden asemia ja muuttavat potilaiden odotuksia terveydenhuoltoa kohtaan. Standardeilla on monta puolta.

Suomalaisen tieteelliseen näyttöön perustuvat hoitosuositukset²⁴ ovat saaneet alkunsa lääkärien aloitteesta. Juho Nummenmaa (mt.) näkee tämän potilasmyönteisemmäksi lähtökohdaksi kuin puhtaan poliittinen lähtökohhta. Kuitenkin erikoislääkärien ja yleislääkärien välinen hierarkia ja se, että toisten toimintaympäristöjä ei oteta huomioon, on aiheuttanut kritiikkiä. Poliittisella ohjauksella puolestaan voi olla monenlaisia tavoitteita. Yksi tärkeä tavoite on ohjata suositusten kautta taloudellisiin ja tehokkaisiin hoitoratkaisuihin. Tämä on mahdollista valikoimalla hoitosuositusten sisältöjä ja painottamalla tutkimuksia, joiden näyttöön vedotaan. Hoitopäätösten tekijöitä voidaan ohjata priorisoimaan ja asettamaan tietynlaisia hoitopäätöksen kriteerejä. Vaikutukset ulottuvat laajemminkin hoitotyön laadunhallintaan. (Nummenmaa 2007; Saarni 2010.)

Kyseessä on ihmisten toiminnan ohjaamisen välillinen mekanismi, jota kutsutaan biovallaksi (ks. Jauho 2010, 160). Ohjaava valta jättää ihmiselle valinnan, toteuttamisen tai vastarinnan mahdollisuuden. Lääkärit ja muu henkilökunta (omien tehtäviensä ja asemiensa rajoissa) säilyttävät tilanteiden mukaisen päätöksenteon mahdollisuuden. Tieteellisellä näytöllä perustellut hoitosuositukset menevät kuitenkin yksilön päätöksenteon edelle. Tässä mielessä ne ovat pakottavia. (Ks. Nummenmaa 2007.) Mikko Jauhon (2010, 165) mukaan ohjaava vallankäyttö ei kuitenkaan pysty hallitsemaan prosesseja. Kompleksisen terveydenhuollon käytännöissä tieteelliseen näyttöön perustuva ohjaus antaa mahdollisen rakenteen yhteiseksi tietämisen malliksi. Se jäsentää valtavaa ammatillisten yksityiskohtien määrää yhteiselle foorumille. Kuitenkin käytäntö ja erilaiset kokemukset pakottavat tulkintoihin.

²⁴ Käypähoito-ohjeet ovat Duodecimin (suomalainen lääkäriseura) ja erikoislääkärijärjestöjen yhteistyössä kehittämiä tutkimukselliseen näyttöön perustuvia ohjeita erilaisten sairauksien hoitoon. (Ks. Käypähoito 2010.) Nummenmaan (2007, 22) mukaan vuoden 2003 mennessä Käypähoitosuosituksia oli tehty 48. 28.2.2008 niitä oli jo 82 ja helmikuussa 2010 noin 97. Suosituksia päivitetään jatkuvasti.

Tulkintojen tekeminen on samalla arvovalintojen tekemistä. Entropiaa eli ei-arvotettua informaatiota arvotetaan eri toimijatasoilla eri tavoin. Saarnin (2010, 27–34) mukaan terveydenhuollon tietoperustoihin liittyvien rajanvetojen ratkaisu ei ole mahdollista ilman merkittäviä arvovalintoja. Saarni (mt.) osoittaa, että terveydenhuollon kliinisessä eli potilastyössä tehtävässä, tieteellisessä ja poliittisessa päätöksenteossa tehtävillä arvovallinnoilla on kullakin omat oikeutetut perustelunsa niiden omasta näkökulmasta katsottuna.

Eksplisiittis-implisiittinen tietoperusta

Tieteelliseen näyttöön perustuva lääketiede (Evidence based medicine, EBM) ja hoitosuositukset ovat esimerkki eksplisiittiseksi tarkoitettun tiedon eksplisiittis-implisiittisyydestä. Tiedon konkretisointipyrkimykset, jäsentäminen ja luokittelu eivät kuitenkaan poista tulkinnan ja valintojen tarvetta käytännön työssä. Saarni (2010, 28–29) jakaakin EBM:n tiedolliseen ja käytännölliseen puoleen. Tiedollinen puoli kuvaa parhaita lääketieteellisen tiedonhankinnan menetelmiä ja korostaa tieteellistä tietoperustaa. Käytännöllinen puoli puolestaan kuvaa parhaita potilaan hoitamisen tapoja.

Sweeneyn (2006, 27–44) mukaan tieteelliseen näyttöön pohjautuva lääketieteen (EBM) metodi suosii kvantitatiivisia, kokeellisia ja tilastollisia menetelmiä (ks. myös Nummenmaa 2007, 13–14; Saarni 2010, 27).²⁵ Sweeney (mt., 28) toteaa, että huolimatta tieteelliseen näyttöön perustuvan lääketieteen kiistattomista eduista jo sen kehittämisen alkuvaiheissa ilmeni käytännön ongelmia. Sääntöjen, ohjeiden ja toimintamenetelmien valtava määrä sekä potilaan ongelman käsitteellistäminen oli aikaa vievää. Asianmukaisiin ja riittäviin tieteellisiin tietokantoihin pääsy ei ollut ilman kunnollisia tietokoneohjelmia ja internetyhteyksiä mahdollista. Ongelma näyt-

²⁵ Evidenssi perustuu täysin satunnaistettuihin kontrolloituihin kokeisiin, joita verrataan vähemmän kontrolloituihin, kohorttitutkimuksiin ja asiantuntijoiden tekemiin vertailuihin. Tutkimuskohorttia eli tiettyjä ominaisuuksia omaavaa (esim. tietty sairaus tai riskitekijä, kuten ikä, sukupuoli, periytyvyys jne.) yksilöistä koostuvaa ryhmää verrataan yhteen tai useampaan kohorttiin. Ryhmiin kohdistetaan erilaiset hoitointerventiot ns. sokkomenetelmällä, jolloin tutkija tai tutkittavat eivät tiedä, miten on hoidettu. Kiinnostuksen kohteena on tällöin se, miten interventiot vaikuttavat paranemiseen. Tutkimukset perustuvat myös väestötason tilastoihin ja tutkimuksiin, sairastuvuusriskisuhteisiin, suhteelliseen riskien vähentämiseen ja näihin perustuvaan laskentaan hoidon tarpeesta. (Ks. Sweeney 2006, 27–44 ja Nummenmaa 2007, 13–14.)

tää nykyisin olevan ainakin osin hieman toisenlainen. Henkilöstöllä ei ole aikaa perehtyä lukuisiin ja jatkuvasti uusiutuviin suosituksiin tarpeeksi syvällisesti. (Nummenmaa 2007, 168).

Sweeney (2006) osoittaa muitakin ongelmia. Selvän kliinisen kysymyksen määrittäminen on hankalaa tai toisinaan mahdotonta. Potilaat saattavat esittää useamman kuin yhden ongelman, kertoa erilaisia asioita eri henkilöille, ja osalle potilaista ei ole mahdollista antaa selkeää diagnoosia. Näissä tilanteissa tieteellisistä, keskiarvoihin perustuvista tutkimustuloksista, ei ole paljon hyötyä. Jos potilaan antaman kontekstuaalisen informaation ja tehtyjen testien (esim. suljetaan pois somaattisia sairauksia) mukaisesti tehdään diagnoosi, että potilas on ahdistunut, tähän diagnoosiin löytyy tieteellistä evidenssiä ja hoitovaihtoehtoja. Evidenssi ja hoito edellyttävät syvempää potilaan tilanteen analyysiä, sillä ahdistus ”mallintuu” yksityiskohtaiseksi tulkinnallista syventymistä vaativaksi oireistoksi. Mikäli potilaan diagnoosi tehdään esimerkiksi pelkästään laboratoriotestien pohjalta, fyysiseen oireistoon perustuen, evidenssi ja hoitovaihtoehdot voivat näyttää toisilta. Ydinongelman, syyn ja seurauksen, vyyhtiä on vaikea selvittää. Sweeneyn (2006) mukaan diagnoosin tekeminen yleislääkärin työssä ei rajoitu biomedikaaliseen ja tieteelliseen näyttöön. Potilaan tarina on tärkeä, mutta myös haastava diagnoosin perusta. (Myös Timmermans & Berg 2003, 128–152.)

Lääkäri voi jättää asian syvällisemmän käsittelyn toimimalla ohjeiden antaman mallin mukaisesti esimerkiksi määräämällä potilaalle suositeltua lääkettä. Tällöin hän tulkitsee ohjetta tautipainotteisesti (ks. Nummenmaa 2007, 35 ja Engeström 1999, 89–99). Tautipainotteisuus tarkoittaa luottamusta yleistettyihin, mallin mukaisiin oireisiin, löydöksiin, hoitoon ja ennusteisiin (Nummenmaa 2007, 35). Tällöin tieteelliseen näyttöön suhtaudutaan normatiivisena ei-tulkinnallisena evidenssinä (ks. Saarni 2010, 27). Lääkäri ohittaa potilaan kertomuksen elämäntilanteeseen laajentuvan osan, joka voi olla esimerkiksi työttömyyteen, parisuhteeseen, perheen lasten tai nuorten tilanteen purkamista lääkärille. Toisena vaihtoehtona hän voi pohtia ja yrittää ymmärtää laajentuneen kertomuksen vakavuutta potilaan kannalta ja ohjata potilasta saamaan apua toiselta asiantuntijalta ellei katso itse kykenevänsä auttamaan. Nummenmaan (mt.) mukaan oikeen pohjalta lähtevä tulkinta painottaa potilaan omaa kertomusta, jota täydennetään tutkimisella ja kokeilla. Kuitenkin, Sweeney (2006) muistuttaa, että lääkärin velvollisuutena on myös suojella potilasta epärealistisilta tulkinnoilta sairaudestaan. Ammattilaisen tehtävä on auttaa potilasta ymmärtä-

mään sairautensa lääkitsemiseen, hoitoon ja muuhun tieteelliseen evidenssiin perustuva osuus potilaan tilanteeseen soveltuvasti. Potilasta ymmärtävä tulkinta laajentaa tulkittavan informaation alaa.

Potilaiden monenlaisuus on myös otettava huomioon. Tutkimuksessani kohteena ovat olleet erityisesti vaikeasti sairaat ja moniongelmaiset potilaat. Tämä näkökulma korostaa Saarnin (2010, 33) esiin tuomaa tieteellisen näytön kyvyttömyyttä ohjeistaa vaativissa yksilöllisissä potilastilanteissa. Tutkimusta tuotetaan eniten selkeästi määriteltävistä ja taloudellisesti merkittävistä tutkimuksista. Saarnin mukaan (mt.) riskinä on, että jo valmiiksi huono-osaiset ryhmät tulevat syrjityiksi. Esimerkiksi harvinaiset sairaudet, monisairaat ja kaupallisesti epäkiinnostavat potilasryhmät ja hoidot jäävät vähemmälle huomiolle.

Relevantin informaation valinnan kysymys

Tieteellisten tutkimusten tulosten soveltaminen ja potilaan tarinan huomiointi ottaminenkaan ei välttämättä auta potilasta paranemaan. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa myös se, miten potilas suhtautuu annettuihin ohjeisiin (Nummenmaa 2007, 14) esimerkiksi elämäntapojen muuttamisesta ja miten hän itse sitoutuu paranemiseensa. Potilasta hoitava henkilökunta tarvitsee relevanttia kontekstuaalista tietoa asiakkaasta. Tätä kontekstuaalista tietoa tarvitaan paitsi potilaan tilanteen oikein tulkittamiseen, myös potilaan sitouttamiseen hoitoonsa. Jos potilaalla ei ole motivaatiota, häntä on turha houkutellessa muuttamaan ruokailutottumuksiaan terveellisemmiksi tai aloittamaan kuntoilua. (Ks. Sweeney 2006.) Seuraavassa terveyskeskuksen hoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti pohtivat ammattilaisen ja potilaan välistä suhdetta (haastattelu 2004).

Hoitaja: Kyllä kunnon ylläpitämisessä ihmisellä itsellä on aika iso merkitys, ettei sitä että jumppari hieroo, ei sillä jatkuvuuden kannalta ole suurta merkitystä.

Lääkäri: Se oli mulla myös ajatuksena, että enemmän se on ehkä tällainen korvien väliasia, että on opittu ajattelemaan joka tasolla vähän eri tavalla, että se kuuluu tähän elämään, että ei nosteta johonkin kuntoutusprojektiin.

Fysioterapeutti: Yksi hyvä esimerkki on nyt meillä pyörinyt tällainen sydäntietoryhmä, jossa on fysioterapeutti ja sairaanhoitaja vetämässä ja se

on sellainen, että siinä hyvin paljon painottuu siihen ihmisen omaan tekemiseen ja selviytymiseen, että siinä tavallaan pyritään antamaan se tieto ja taito, että millä tavalla sen vakavankin sydänsairauden jälkeen pystyy toimimaan yksin. Tämä on sellainen kymmenen kerran kokoontumisten sarja ja siinä on osa asiantuntijaluentoja videoteitse ja ainakin, mitä nyt on kuunneltu tähän ryhmään osallistuneita ja vetäjiä, niin kovasti ovat innostuneita.

Lääkäri voi määrätä lääkkeitä ja ohjata potilaan fysioterapiaan. ”Jumppari voi hieroa” ja lääke lääkittä. Vaivat ehkä häviävät kuitenkin vain hetkellisesti, jos kyse onkin esimerkiksi elämäntavoista, jotka eivät edistä terveenä pysymistä. Tällaisissa tilanteissa hoitohenkilökunnan tulisi pystyä motivoimaan asiakas huolehtimaan omasta terveydestään paremmin. Kun potilaan hoitamisen kannalta relevanttia tietoa rakennetaan yhdessä, samalla perustellaan potilaalle moninäkökulmaisesti valittua hoitoa ja yhdessä vaikutetaan ”korvienväliasioihin”. Edellisessä esimerkissä rakentamiseen osallistuu ammattilaisten lisäksi potilas itse, mutta ryhmätoiminnassa on mukana myös vertaistuki.

Alan Hasseyn mukaan lineaariset ja selkeät tieteelliset mallit ovat hyödyllisiä, mutta toimiakseen kuten asiantuntija, henkilökunta ei tee päätöksiä vain niiden pohjalta. Mallit eivät kuvaa sitä ”sairausprofiilia ja niitä odotuksia, joita potilas esittää lääkärilleen.”²⁶ (Hassey 2002, 63) Prosessit, joita tieteelliseen näyttöön perustuvilla ohjeilla pyritään hallitsemaan säilyttävät malleista riippumatta kompleksisen luonteensa. Hasseyn näkemys on, että esimerkiksi väestöpohjainen tutkimustieto ei voi koskaan ennustaa kuinka potilas reagoi ”medikaaliseen interventioon” (mt., 69). Medikaalinen interventio voidaan ymmärtää joko lääkkeenä tai hoitona sairauteen tai lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksena. Lääkkeen ja hoidon vaikutuksia potilaan elimistöön ei ole täysin mahdollista ennustaa. Potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutus muodostuu herkistä tilanteista, jolla voi olla huomattavia vaikutuksia esimerkiksi siihen, miten potilas sitoutuu hoitoonsa. Potilaan negatiivinen palaute voi olla esimerkiksi kieltäytyminen annetusta hoidosta.

²⁶ ”So it seems that while linear models can improve our clinical performance they do not reflect the way that expert clinicians make decisions, nor do they necessarily fit easily with the illness profiles and expectations that patients present to their doctors.” (Hassey 2002, 63.)

Sweeneyn (2006, 32–33) mukaan ongelmana ryhmien keskimääräisten hoitotulosten hyödyntämisessä on, että vaikka kliininen diagnoosi olisi selvä, lääkäri ei tiedä pätevätkö kohorttitutkimusryhmien tulokset juuri tähän potilaaseen hänen yksilöllisessä kontekstissaan. Keskimääräinen todennäköisyys laajassa ryhmässä voi muistuttaa potilaan tilannetta, mutta hoitotuloksia ei välttämättä voida taata. Kyse ei ole siis siitä, että tieteellisiä tuloksia tarvitsisi epäillä keskimääräisellä väestö-, riski-, sairastavuus- tai vaikkapa hoidon vaikuttavuustasolla tai että vertailut olisi tehty väärin tai vinosti (ks. myös Saarni 2010, 27). Kyse on siitä, että yksilöillä (myös tutkimusryhmissä), joilla on sama diagnoosi voi olla melko erilaiset sairauden käyttäytymismallit, kuten erilaiset oireet tai erilaiset kokemukset sairauden vakavuudesta ja hoidon vaikuttavuudesta. Henkilöstö ei voi arjen työssään ajatella, että 12 % tästä sairausryhmästä jää vaille kunnollista hoitoa tai, että ”yleensä” hoitotoimenpiteet johtavat potilaan paranemiseen.

Tutkijan korostama tilastollinen merkitsevyys ei ole ehkä kliinisesti merkittävää lääkärille eikä henkilökohtaisesti merkittävää potilaalle ja hänen paranemiselleen (Sweeney 2006, 35). Sweeneyn (2006) viesti on, että kontekstuaalinen tieto, potilaan henkilökohtainen tarina sekä potilaan ja lääkärin vuorovaikutussuhde muodostavat relevantin tietoperustan potilaan hoidolle tieteelliseen näyttöön integroituna. Kaava ei kuitenkaan ole selkeä, sillä kyse on kaikilta osiltaan muuttuva prosessi. ”Evidenssien” lukeminen saattaa esimerkiksi suunnata lääkärin huomiota tiettyyn suuntaan, jolloin jotain olennaista jää huomaamatta. Näin tohtori Sweeneylle kävi 85-vuotiaan rouvan kanssa. Lääkäri huomasi rouvan kannalta liian myöhään, että rouvan suurin ongelma oli yksinäisyys ja elämänhalun puute.²⁷

²⁷ Sweeney (2006, 3–7) tapasi vastaanotollaan 85-vuotiaan leskirouvan, joka oli tuttu jo noin 15-vuoden ajalta. Näin ollen lääkärinä hänellä oli sekä lääketieteellistä että potilaan elämäntilanteeseen liittyvää tietoa pitkältä ajalta. Rouvan aviomies oli kuollut viisi vuotta aiemmin. Rouvalla oli melko etäiset yhteydet kahteen aikuiseen poikaansa. Pojista oli tullut pikkurikollisia, jotka olivat vastaanoton aikaan vankilassa. Rouvalla oli todettu muun muassa diabetes, kohonnut verenpaine ja nivelrikko. Ajan mittaan oli pyritty muun muassa alentamaan rouvan verenpainetta ja parantamaan diabeteksen kontrollia elintapaohjeistuksin ja lääkityksellä. Sweeney kuvaa, kuinka hän itsevarmana esitteli asiakkaalle lääketieteellistä evidenssiä ja toimenpiteitä, joihin tuli ryhtyä. Esittelyn päätyttyä rouva oli hetken hiljaa ja sanoi sitten: ”Jaakko on kuollut ja pojatkin ovat poissa.” Sweeney myönsi ymmärtäneensä näiden sanojen tärkeyden vasta vuosia myöhemmin ja vastaanottotilanteessa ohittaneensa potilaan sanat. Lääkärikeskeinen tilanne olisi voinut kääntyä potilaskeskeiseksi tai biomedikaalinen biografiseksi tai kliininen, tieteelliseen näyttöön perustuva lääketieteellinen painopiste siirtyä narratiiviseen todistusaineistoon. Rouvan suru, epätoivo ja ehkä syyllisyys olivat uusia seikkoja, jotka olisi pitänyt ottaa huomioon vuorovaikutustilanteessa. Sweeneyn

Sweeney (mt.) toteaa, ettei vuorovaikutustilanteen tulosta olisi voinut etukäteen ennustaa, vaikka selvät lääketieteelliset todisteet rouvan diagnoosista olivat pitkältä ajalta olemassa. Lääkäri ja tuskin rouvakaan olisi voinut etukäteen tietää, että diabeteksen hoitoa koskevalla vastaanotolla päällimmäisenä murheena tulee mieleen miehen kuolema ja poikien onneton kohtalo. Vastaanotto sai terapeutin käänteen potilaan kannalta merkittävällä tavalla, mutta lääkäri ei ymmärtänyt sitä tilanteen aikana. Painopiste lääkäriellä oli positivistisessa tieteellisessä lähestymistavassa ja potilaan kertomus jäi kuulematta. Lääkäri esiintyi tilanteessa lääketieteellisenä asiantuntijana. Vaihtoehto olisi ollut antaa tilaa myös informoidulle ”palvelijalle” (mt., 118), jonka tehtävänä ei ole korostaa asiantuntemustaan tilanteessa vaan antaa potilaalle sellaiset ohjeet, että tämän olo paranee. Sweeney (mt., 43) kertoo, että rouvalla ei ollut enää elämänhalua. Siksi rouva ei ollut välittänyt noudattaa asiantuntijan ”evidence-based” neuvoja. Sweeney (mt., 6) mukaan tieteeseen perustuvaa lääketieteellistä tietoperustaa pidetään rationaalisenä ja objektiivisena, mikä tarkoittaa myös sitä, että tieteellinen evidenssi on mahdollista hankkia empiirisesti mittaamalla. Hän vertaa tätä näkökulmaa suljettujen systeemien näkökulmaan, jolloin oletetaan, että ulkopuolinen tutkija voi systeemin ulkopuolisena manipuloida avainmuuttujia mitatakseen täsmällisesti haluamaansa kohdetta. Lääketieteessä tieteen saavutukset ovat monin paikoin kiistattomat. Kuitenkin on järkevää pohtia sitä, mikä on mitattavissa ja mikä ei. ”Lääkärit eivät harjoita lääketiedettä väestön kanssa, he kohtaavat yksilöt kasvokkain.” (Sweeney 2006, 29).²⁸

Eksplisiittiseksi, selkeäksi tarkoitetut mallit tuovat näkyväksi valinta-vaihtoehtoja erilaisissa potilastilanteissa, mutta erilaisissa tulkinnoissa yhtenäisyys hajoaa. Tulkinnat siitä, mikä on vaikuttavaa hoitoa, vaihtelevat. Seuraavassa perusterveydenhuollon lääkäri pohtii vaikuttavuuden mittaamisen ja tähän ongelmaan liittyvää valintojen vaikeutta. Lääkäri näyttää pitävän yhtäältä tieteelliseen näyttöön perustuvia ohjeita jonkinlaisena ”faktana”, jotka perustelevat hoitopäätöksiä. Hän toisaalta ymmärtää, että potilaiden tilanteet eivät ole diagnosoitunakaan aina helppoja. Lääkäriin mukaan lääketieteelliset vaikuttavuuden mittarit eivät perustele kuntoutuksessa tehtäviä ”temppeja”. Niiden vaikuttavuus on joissakin tilanteissa

kuvaama episodi osoittaa, että vuorovaikutussuhde muuttaa (ajan myötä) sekä lääkäriä että vaikuttaa potilaaseen ja hänen saamaansa hoitoon (mt., 81).

²⁸ Sweeney (2006, 29): ”Doctors don’t practice medicine in populations – they consult face to face with individuals.”

lääkärin kokemuksen mukaan kyseenalaista. Tämä on relevanttiuden rajojen pohdintaa, jonka eteen henkilöstö joutuu käytännössä jatkuvasti.

No joo... On yritetty hoitaa [esim. autismi- aspergertyyppisten...] joo on kyllä, mutta kyllä siinä, kun vähän on... ajoittain osaa olla nihilistikin, niin joskus vähän miettii, että saas nähdä, onko tämä vaikuttavaa. En ole ihan vakuuttunut siitä, että... vaikea tietysti on mitata, että milloin se on kannattavaa. Ei ole tietysti selvää puntaria tai mittanauhaa, jolla sitä voisi mitata, mutta se, että pyritään tässä terveydenhuollossa ja lääketieteessä, puhutaan näyttöön perustuvasta hoidosta, ja että pitäisi olla faktaa takana kun jotain tehdään. Pitäisi olla selvä peruste sille, että tiedetään, että sillä on joku vaikutus, ja hieman ajoittain epäilen, että kaikilla niillä tempuilla, mitä kuntoutuksenkin nimissä tehdään, ei välttämättä sellaista näyttöä ole ja siten joutuu sitten miettimään, mutta se... no, onko se hyvä vai huono... tietenkin se ahdistaa omaa mieltä. (PTHlääk/2004).

Potilaiden hoito-ohjeet, eksplisiittisinä tietopaketteinakaan, eivät siirry sellaisinaan yksilöasiantuntijoiden tietomalleiksi ja toimintaan.

Tämä [yhteiset toimintatavat] ei oikeastaan tule esille puheterapiasektorilla, työmme eroavat niin toisistaan. Sairaalassa teemme vain arvioita, terveyskeskuksessa keskitytään kuntoutukseen. Joissakin tapauksissa tämä työnjako ei ole selkeä, ja hämmennystä aiheuttaa, jos saadut tutkimustulokset ovat erisuuntaisia. (ESHter/385)

Merkitykset syntyvät erilaisten ammattilaisten ja asiantuntijoiden (sosiaalisia elementtejä) inhimillisessä toiminnassa ja heidän tekemissään arvovallinnoissa. Inhimillinen sosiaalinen toiminta on aktiivista silloinkin, kun se näyttää passiiviselta. Tekemättömyys ja ilmaisemattomuuskin tuottavat merkityksiä. Taidot, ymmärrykset, tulkinnat, orientaatiot ja asenteet syntyvät merkitysten luomisen prosesseissa. Tekniikat ja toimintatavat, mallit ja standardit, erilaiset organisaatiot, väestö, kuntalaiset, potilaat, asiakkaat sekä politiikka, talous ja tiede muodostavat merkityksen tuottamiselle konteksteja, ympäristöjä ja elementtejä.

Toimijoiden on mahdotonta tietää, mitä tapahtuu systeemin kokonaisuudessa juuri tietyllä hetkellä tai tietyn episodin aikana (Smith & Jenks 2006, 13). Toimijoiden tulisi sen sijaan tietää muiden episodille olennaisien elementtien rooli systeemissä. Kun potilas tulee vastaanotolle, tällä esimerkiksi 15 minuutin kestoisella episodilla on vaikutuksia kasvokkaisen

tilanteen ulkopuolella. Yhden episodin ”elementit” ovat vuorovaikutuksessa toisten hoitoketjun, palveluketjun ja organisaation episodien kanssa sekä menneessä että tulevassa. Tekniikat ja toimintatavat välittävät informaatiota, taidot käyttää näitä tekniikoita sekä saatavilla olevan tiedon ymmärtäminen linkittävät elementtejä yhteen kompleksisessa prosessissa. Systeemin ydintä ylläpitävä kliininen tieto kertyy potilasta koskeviin tietojärjestelmiin, työntekijöiden tulkitsemana ja kirjaamana.

Tieto on tapahtumisen perusyksikkö systeemissä, eikä silloin ole kyse tosiasioiden viittaavasta datasta, vaan tiedosta, joka koskettaa ihmisiä henkilökohtaisesti. Vain jos informaatio aiheuttaa reaktioita (muuttaa systeemin tilaa) siitä tulee ”prosessin osatekijä”. ”Merkitykset ovat systeemin rakenteellisia peruselementtejä” (Stähle 2004, 246). Ristiriitaiset kokemukset ja näkemykset tuottavat aktiivisuutta. Tämä puolestaan saa aikaan toimintaa. Itseensä viittaavat systeemit rakentavat sosiaalista struktuuriaan merkitysten prosessoinnin kautta. Informaatiota jaetaan ”kokemuksen diskursissa” eli informaatio liittyy puhujan kokemukseen ja herättää kokemuksen kuulijassa. Informaatio, joka ei muuta systeemin tilaa on merkityksetöntä (Stähle 2004, 247). Merkityksellistämätön informaatio ei muutu tiedoksi (Hakkarainen, Palonen, Paavola & Lehtinen 2004, 73).

Kohtaaminen potilaan kanssa on hyvin henkilökohtainen tilanne. Vuorovaikutustilanne, kasvokkainen kohtaaminen ja arjen havainnot asiakkaan kanssa toimiessa ovat erityisiä informaation hankkimisen tilanteita verrattuna paperien tai tiedostojen kautta välittyvään informaatioon. Molemmilla tavoilla hankitaan perustietoa potilaasta, mutta tarvittaessa myös syvällisempää taustatietoa. Tietoa tarvitaan, mutta henkilöstö kokee toisinaan, että informaatiota tulee esimerkiksi potilaan puheen kautta liikaakin. Kaikkea informaatiota asiakkaasta ei pidetä relevanttina. Jos asiakkaalla kuitenkin on tarve puhua, ei tätä voi, eikä kannata estää.

Yhdenkin potilaan hoitoon kytkeytyy usein monia toimijoita. Toimijoiden lukuisuudesta saattaa seurata, että ydin, eli potilas häviää toimijoiden muodostamien suhteiden ja organisaatioiden välisten rajanvetojen taakse. Potilaan hoitamisen painopiste siirtyy vastuiden pohtimiseen ja työnjakokysymyksiin.

Eri organisaatioiden väkeä potilaan kotiuttamisessa liikaa, mikään ei toiminut, päällekkäistä työtä, tekemättömiä osa-alueita. Tahot mm. Keskussairaala, terveyskeskus, Perusturvan vammaispalvelu, asiakkaan palvelutalon

henkilökunta, yksityinen fysioterapeutti. Vastuut ja velvoitteet sekaisin, työnjako tekemättä. (ESHter/13)

Järjestelmän läpi kulkee paljon erilaisia potilaita. Henkilöstö ei silti voi ajatella hoitoa tarvitsevan ihmisen kohdalla väestöpohjalta ja keskimääräisin tunnusluvuin, vaan potilasta koskeva tieto on yksityiskohtaista potilaan tilanteeseen ja hänen ammatilliseen hoitoonsa liittyvää tietoa. Potilaskertomuksen tulee olla tarkka, tiivis mutta informatiivinen. Epikriisiin eli hoidon loppuarvion tulee olla ”analyttinen synteesi potilaan sairaudesta, suoritetuista tutkimuksista ja hoidosta.” (ks. Mustajoki ym. 2003, 342–343.) Kuitenkin siitä, mitkä yksityiskohdat ovat tarpeellisia milloinkin, on työntekijöiden välillä erimielisyyttä.

Haastattelija: Haluatko sanoa vielä jotain sairaalayhteistyöstä?

PTHlääk/2004...Joskus tuntuu, että se pyörii siellä omana... sellaisena... kyllä siellä nyt ihmiset, jotka siellä käyvät, sieltähän tulee hirveän pitkiä pumaskoita, mutta joskus on vähän sellainen tunne, ettei ne oikein johda mihinkään...

Haastattelija: vähän jäi nyt epäselväksi, mikä siellä on...?

Lääkäri: ...että mikä siellä oikein mättää?

Haastattelija: Niin.

Lääkäri: Se, että sinne ihminen menee ja sillä on jotakin ongelmaa ja sille on tehty kenties jo useampia juttuja, no siellä tutkitaan ja tulee sitten palaute ja ei siellä sitten mitään kuitenkaan jää käteen. Voi olla niin, että sitä tulosta ei nyt välttämättä sitten voikaan olla, mutta semmoinen tunnelma on vähän ollut aikaisemmin. Tää ei nyt ole pelkästään mun vaan kollegoitteiden kanssa on ollut puhetta siitä, että sitä se on ollu vähän muuallakin. Mutta että siis vaikeita asioitahan ne on. Täytyyhän se myöntää. Eihän se ollenkaan ole sellainen, että maha kipee, leikataan umppari.

Haastattelija: ja se on siinä.

Lääkäri: Niin, että tietenkin sekin täytyy muistaa. Mutta jotenkin jää joskus sellainen tunne, että jaa siellä tehtiin paljon kaikennäköstä, touhuttiin, mutta ei siitä jääny käteen sitten yhtään kuitenkaan. Kyllä näitä esimerkkejä löytyy aika paljon. Voihan se olla tosissaan, ettei niihin olekaan mitään ratkaisua. (PTHlääk/2004)

Tietoa potilaasta tarvitaan tietysti hoidon tarpeen määrittämiseksi ja hoitopäätösten tekemiseksi. Riittävä tieto vähentää hoitoon liittyviä virheitä. Potilaan ja hänen elinympäristönsä ja sosiaalisen taustan sekä hoitopalve-

luiden tuottamisen ympäristön tunteminen oman substanssin osaamisen lisäksi (kliininen diagnostiikka) säästää aikaa potilaan kohtaamisessa. Hoitomahdollisuuksien kartoittamisessa potilaan tilanteen mahdollisimman hyvästä tuntemisesta on myös hyötyä. Ei ole olemassa standardivastausta, mikä soveltuisi kaikille potilaille. Tieto potilaasta liikkuu pirstaleisesti ja tiedon saantiin liittyy paljon epävarmuustekijöitä.

Pitäisi sopia, kuka vastaa ja miten työnjako toteutetaan, jotta potilasta ei tarvitsisi ”pompotella”. Sairaalaan tulee huonosti epikriisejä. Useimmiten joudumme ne tilaamaan jälkikäteen, vaikka olemmekin tehneet konsultaation ja ruksanneet läheteeseen, että haluamme vastauksen. (PTHlääk/208)

Inhimilliset erehdykset informaation välittämisessä ovat mahdollisia. Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat helpottaneet informaation kulun ongelmia, mutta näihinkin järjestelmiin informaation kirjaavat ihmiset. Informaation siirtymiseksi tarvitaan myös henkilökohtaisia kontakteja ja informaation täsmentämisen reittejä. Ongelmallisin tilanne on silloin, kun potilas itse kieltää tietojensa siirtämisen toiseen hoitavaan organisaatioon. Tällöin henkilökunta ei voi tehdä paljoakaan yhdessä tietämisen edistämiseksi.

Asiakkaasta saatava perustieto tärkeää saada varsinkin kun yksin tekee päätöksiä ja hankintoja. Esim. tiedon jakaminen muiden kanssa olisi hyödyllistä, sellainen tieto, jota ei ole/oikein voi kirjata. (PTHter/213)

Terapeutti pitää asiakasta koskevana relevanttina tietona myös sellaista epävirallista tietoa, joka ei ole suoraan ammatillista. Tämä on tietoa, jota ei voi virallisesti välittää. Henkilöstö ymmärtää tämän aineistossa sellaiseksi potilaan tilannetta auttavaksi tiedoksi, josta olisi syytä ammattilaisten kesken keskustella. Osittain tämä on myös ”puskaradiotietoa”, kuten eräs vastaaja kuvaa.

Tämä (potilaan tunteminen) on tärkeää ja toteutuu usein maaseudulla hyvin. Aina joku tuntee ja tietää tilanteet. Kun kauan ollut samassa työpaikassa on siitä etua, joskin myös joskus haittaa! (PTHter/226).

Virallinen potilastieto kirjataan papereihin (asiakastiedostoihin) ja epävirallinen on satunnaisemmin saatavissa ja on hyvin tulkinnallista. Epävirall-

lisen informaation kohdalla on erityisesti pohdittava, mikä on relevanttia ja miten tällaista informaatiota voidaan käyttää asiakkaan hyödyksi. Paikkakunnan olosuhteiden tunteminen ja asiakassuhteen kesto edistävät laaja-alaista potilaan kokonaistilanteen hahmottamista, vaikka *Hyvin paljon on asioita, joita potilas ei halua kertoa. Vuosien varrella tutuksi tullee kertoo avoimemmin. Tuttu fysioterapeutti myös huomaa, jos muutosta on tapahtunut.* (PTHter/237).

Epävirallisena informaationa voidaan pitää asiakkaan kotioloihin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä potilaalle itselleen ehkä arkaluonteisia asioita.

Asiakkaan kokonaistilanne vaikuttaa siihen, miten asioita lähdetään viemään eteenpäin. Esim. jos henkiset voimavarat on loppu, ei sosiaalinen tai fyysinenkään puoli ole silloin kovin vahvoilla. (PTHter/245).

Potilaan tuntemisen tarve tulkitaan eri tavoin. Yhteisen potilaan hoidossa epävirallisena pidetty informaatio ei välity organisaatioiden välillä ellei potilas itse tai vaikkapa omainen välitä informaatiota. Näissäkin tilanteissa informaatio välittyy vain, jos se tulkitaan hoidon kannalta relevantiksi ja merkityksellistetään tiedoksi potilaan hoidossa. Seuraavassa esimerkissä perusterveydenhuollon lääkäri moittii erikoissairaanhoidon potilaan elämäntilanteeseen liittyvän informaation huomiotta jättämisestä.

[P]perusterveydenhuollon arvokas mahdollisuus, jota ei ESH:ssa tajuta. Esim. ”Älä nipota vasta leskeksijääneelle ylipainosta diabeteskontrollissa.” Parempi puhua surusta (PTHlääkäri/183.) [Potilaan tunteminen]

Potilaan tuntemisen ja kokonaistilanteen hahmottamisen lähtökohtana on virallinen informaatio, jolloin painotetaan perustehtävää ja tilanteessa ratkaistavana olevaa ongelmaa. Potilaan kokonaisen elämän tarkastelu tulee toissijaisena.

Perustehtävämme on potilaan/asiakkaan hoitaminen. Tämä alkaa mielestäni hänen tuntemisellaan, toki liittyen kyseiseen ratkaistavaan ongelmaan/tilanteeseen. Mikä on oleellista jatkon kannalta? (PTHter/217).

Relevantin informaation valinta kompleksisessa arjessa edellyttää saatavilla olevan informaation tulkintaa ja puuttuvan informaation hankintaa. Tä-

mä tapahtuu kuitenkin olennaisesti epälineaarisissa ja dynaamisissa suhteissa, joissa potilasta koskeva informaatio ei pysähdy, vaan kehkeytyy tulkinnoissa. Informaatio on jatkuvasti epävarmaa. Epävarmuudessa selviäminen edellyttää, että henkilöstö tekee ratkaisuja sen suhteen, mikä on potilaan hoidon kannalta merkityksellistä. Merkityksellistäminen ja informaation arvottaminen on kompleksiset systeemien edellyttämää entropia-kykyä.

Relevantin informaation epävarmuus ja toimijoiden entropia-kyky: epävarmuuden hälventämisen vaikea tehtävä

Kliinisen, näyttöön perustuvan ja tilastollisen tietämyksen rinnalla tarvitaan intuitiivisia ja tulkinnallisia kykyjä (esim. Nurminen 2000; Nurmela 2002, 165–167; Nummenmaa 2007; Saarni 2010). Hiljainen tieto ja intuitio mahdollistavat hoitotyössä käsityksen olennaisesta. Intuitio auttaa hiljaisen tiedon käyttöön ottamisessa (Nurminen 2000). Hiljaisessa tiedossa yhdistyy tieteellinen tieto, käytännöllinen tieto ja kokemustieto. Hiljainen tieto on merkittävä tietämisen perusta (Pajunen 2008). Michael Polanyiin (1973) mukaan suuri osa tiedosta pohjautuu hiljaiseen tietoon. Toiminnan moottorina on yksilöiden tietäminen ja ennen kaikkea yhteisen tietämisen osaaminen, mikä ei ole lähtökohtaisesti organisaation vaan yksilöiden osaamista, joka toteutuu sosiaalisissa prosesseissa (systeemeissä). Jos hiljaista tietoa halutaan mitata, se pitäisi pystyä pilkkomaan mitattaviksi paloiksi. Hiljaisen tiedon perusolemukseen kuuluu, että kun se käsitteellistetään, se karkaa käsistä. Mitattavaksi jää eksplikoitua informaatiota, mutta hiljaisen tiedon ydin katoaa. Sen olemus piilee yksilöiden tunteiden, kokemusten ja yksilölle itselleenkin osin salaisessa maailmassa ja toisaalta yksilöiden muodostamassa kollektiivisessä tietämisessä (ks. esim. Koivunen 1997, Nonaka & Takeuchi 1995, Polanyi 1973). Mitattavaksi jää pinta-ilmioita.

Ikujiro Nonakan ja Hirotaka Takeuchin (1995) malli esittää eksplisiittisen ja hiljaisen tiedon toisiinsa kytkeytyvän prosessin. Kuvailevan (knowing that) tiedon luonne on ekplisiittinen. Terveystieteiden kuvailevasta tiedosta voisi olla esimerkkinä Käypä hoito -suositukset tai hoitoketjukuvaukset. Proseduaalinen tieto (knowing how) taas viittaa tietoon, joka on juurtunut taidoiksi ja muistuttaa hiljaista tietoa siitä syystä, että sitä on vaikea kuvata sanallisesti. Eksplisiittisen ja hiljaisen tiedon jakoa on kritisoitu

liian yksinkertaiseksi ja dikotomiseksi, jotta sitä voisi käyttää selittämään kompleksista asiantuntijuutta (Hakkarainen ym. 2004, 20–25). Käytännössä nämä tietoluokat tai paremminkin tietämisen tavat ovat kiinteästi yhteyksissä toisiinsa. Kompleksisten ilmiöiden ymmärtämiseen tarvitaan lisäksi selittävää tietoa (knowing why, Salmon 1989). Selittävän (knowing why) tiedon avulla voi paremmin ennustaa komplekseja tapahtumia. Se edellyttää piiloisten mekanismien ymmärtämistä, ilmiön havainnointia ja tilanteita ylittävien yhdenmukaisuuksien luomista. (Hakkarainen ym. 2004, 21.)

Yhdessä tietämisessä on kyse siitä, että ollaan kiinnostuneita ja pyritään ymmärtämään erilaisia näkökulmia käsiteltävään asiaan. Eksplisiittisenä tarjottu tieto voi osoittautua toisen potilasta hoitavan organisaation tai ammattilaisen näkökulmasta virheelliseksi, kuten erikoissairaanhoidon terapeutti seuraavassa esimerkissä kertoo.

Liekö kyse kunnioittamisen puutteesta vai yhteistyön puutteesta, mutta kuulostaa siltä, että eri tahoilla ei olla riittävän tietoisia toinen toistensa osaamisesta. Sekä esh:n että perusterveydenhuollon kanssa yhteistyötä tehneenä kuulen tuon tuostakin ”syytöksiksi” tulkittavia asioita. TK:ssa ei tehdä sitä eikä tätä, mutta tosiasiallisesti läheskään aina ei olla edes tiedusteltu, olisiko tk:ssa mahdollista tehdä. Esimerkkinä eräs asiakasasia, josta esh:n toimijoilta olin saanut tiedon, ettei kunnissa ole sos.työntekijöitä. Asiakkaan tilanteen selvittäminen ei onnistuisi heidän kauttaan. Selvitin asiaa ao. kunnan kohdalla. Kysymys ei ollut siitä, etteikö asian hoitaminen onnistuisi kunnassa, kysymys oli siitä, että heillä ei ollut tietoa, mitä pitäisi selvittää. Liian paljon toimitaan luulojen ja oletusten varassa. (ESHter/268)

Yhteistyöasiantuntijuus edellyttää, että informaatiota tulkitaan ammatillisessa kontekstissa ja tilanneherkästi. Oma tulkinta on jaettava muiden kanssa ja annettava tulkinta muiden käyttöön. Yhteistyöasiantuntijuus syntyy kuitenkin vain, kun jokainen kykenee, haluaa ja on riittävän rohkea näin tekemään.

Jokainen tuo oman erityisosaamisensa muun ryhmän tietoon ja käyttöön. Lähestytään samaa asiaa usealta eri näkökulmalta ja yhdessä etsitään ja löydetään kultainen keskitie. Yhtä ainoaa oikeaa tapaa asioiden hoitamiseen kun ei ole olemassa. (PTHter/172)

Asiantuntijoiden ja maallikoiden tekemät tulkinnat tutkimustuloksista eivät aina ole samanlaiset. Toisaalta sen huomaaminen, että tieto on aina kontingenttia voi tehdä työorientaatiosta skeptisen. Päätöksiä voi olla vaikea tehdä, sillä varmuutta ei ole koskaan. Kokeneen ja kokemattoman lääkärin tulkinnat sekä tieteellisestä tiedosta että potilaiden kertomuksista voivat myös poiketa toisistaan. Kokeneella lääkäriellä on enemmän ”tapauksia”, joiden perusteella havaintojen tekeminen voi olla terävämpää ja nopeampaa. (Sweeney 2006, 43.)

Toisen tehtävän ja osaamisen kunnioittaminen yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi on myös tärkeää. Erimielisyyksiä ei yhteistyöasiantuntijuudessa tyrmätä tai aseteta toisilleen vastakkainkilpailun elementeiksi vaan ristiriitaisuuksia ja erilaisia vaihtoehtoja punnitaan vaihtoehtoina kulloistakin laajaa kokonaisuutta ajatellen.

*Toisen kunnioittamista sen alan osajana, mitä hän edustaa. Kyseenalais-
tamisen hyväksymistä eli aina voi kysyä, olla rakentavasti eri mieltä. Pys-
tyä asiantuntijanakin puntaroimaan eri vaihtoehtojen hyviä ja huonoja
puolia, päätyä yhdessä johonkin ratkaisuun. (ESHter/176)*

*Jokainen tuo osaamisensa yhteiseen pottiin, jonka tuloksena asiakkaat saa-
vat parhaan mahdollisen ”hoidon”/tuen arkeensa. Lopputulos voi olla en-
nalta-arvaamaton, mutta silti hyvä. (ESHter/162)*

Terveystieteiden työympäristöt muodostavat sekä organisaatioiden ja asiantuntijoiden kollektiivisen että niissä työskentelevien yksilöiden hiljaisen tiedon moniulotteisen ja -tasaisen koostuman, joka, kuten John Pajunen (2008) kirjoittaa, on tausta johon nojataan. Hannele Koivunen (1997, 100) kirjoittaa: ”Ihminen luo oman maailmansa omilla merkityksillään ja koodaa niitä koko elämänsä ajan yhä uudelleen ja uudelleen juuri oman perusorientaationsa ja itselleen kertyneen kokemusaineiston varassa.” Eksplisiittisestä ”osaamisesta ei seuraa kykyä kertoa tai tietää, kuinka jokin asia tehdään.” (Ks. Niiniluoto 1992, 53.) Esimerkiksi yhteisiksi oletetut käsitteet voivat paljastua eri näkökulmista eri tavoin ymmärretyiksi. Yhteinen ymmärtäminen voi estyä, jos osapuolten näkemykset perustuvat oletuksiin toisen näkökulmasta tai oletuksiin samasta ymmärryksestä, jos käsitykset ovat tosiasiasissa erilaiset. Seuraava lainaus osoittaa, mikä merkitys käsitteiden avaamiskeskustelulla on yhteistyön onnistumiselle.

Moniammatilliset yhteiset kehittämistehtävät esim. verkossa tehdyt yhteiset tehtävät kuntoutuskäsitteen määrittämiseksi l. miten kukin eri ammattiryhmä ymmärtää yhteisen käsitteen ja miten se ilmenee kenenkin toiminnassa. Tämä keskustelu on edistänyt hoitajien kanssa tehtävää yhteistyötä. Toinen esimerkki tulee lasten kuntoutuspalvelujen ja päivähoiton yhteistyöstä. Terapeuttien henkilöstölle järjestämä käytännönläheinen koulutus on lisännyt osallistujien kanssa merkittävästi yhteistyötä molemmin puolin. Samasta asiasta on ollut helpompi keskustella. Päivähoito on osannut järjestää lapsen arkea kuntouttavammaksi jne. (PTHter/74)

Terveydenhuollon työ on ihmisten kanssa tehtävää työtä, kollegoiden kanssa neuvottelua ja potilaiden tilanteisiin ratkaisujen etsimistä. Työtä tehdään elämän ja kuoleman janalla, ”vauvasta vaariin”. Kompleksisen kommunikaation tuottamia ongelmia voi osoittaa monelta suunnalta. Se, että terveydenhuollon henkilöstön kommunikaatio-osapuolena on ihminen ja ihmiselämä ja työn tärkeänä osana sairauksien hoito, tekee arjen episodeista myös osin hyvin dramaattisia. Esimerkiksi Sweeney (2002, 31) esittää kysymyksen: ”Miksi potilas, jolle on tehty tutkittuun tietoon pohjautuva diagnoosi ja joka on saanut tutkittuun tietoon pohjautuvan hoidon, kuolee tutkittuun tietoon perustuvaan sairauteensa?”²⁹ Sweeney kysyy, miksi jotkut olosuhteet aiheuttavat sen, että joku henkilö on juuri se yksi kahdestasadasta, johon lääkkeen huonot sivuvaikutukset kohdistuvat. Kompleksisuuden ei-lineaarisuus ja se, että arvoitetun ja arvottoman informaation risteyskohtia (bifurkaatiopisteitä) on vaikea huomata ja (lähes) mahdoton ennustaa tekee terveydenhuollon tehtävästä erityisen haastavan.

Pt tulee jatkohoitoon terveystakeskuksen sairaalaan pleuranestepunktion jälkeen, poistettu 1,5 l ja sen jälkeen kertymisen suuruutta ei oltu arvioitu. Tulee terveystakeskuksen perjantaina oikea keuhko kokoonpuristuneena, täällä ei mahdollisuutta tehdä viikonloppuna pleurapunktiota; vain lääkärikierto lauuantaina ja sunnuntaina. Pt kuolee sunnuntaina terminaalivaiheen keuhkosityöpään. Olisi voinut olla siirtämättä kuolevaa potilasta toiseen hoitopaikkaan. (PTHlääk/20)

²⁹ suom. S. M. Alkuper. teksti: ”Why did this particular person, who had an evidence-based diagnosis and was receiving evidence-based treatment, go on to die of her evidence-based disease?” (Sweeney 2002, 31).

Ihmiselle voi elämänsä aikana sattua ja tapahtua kaikenlaista terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen johtavaa. On erilaisia oireita, oireyhdistelmiä ja diagnoosimahdollisuuksia. Erilaisissa tilanteissa muut ihmiset ovat läsnä eri tavoin. Työtilanteissa on keskityttävä yhteen potilaaseen ja tehtävä mahdollisesti yksin nopeita ratkaisuja. Potilaan hyvinvointi on etusijalla, mutta seurauksena voi myöhemmin olla näkemyserojen selvittämisen tarve. Ratkaisun hetkellä on toisinaan jätettävä mahdolliset muut toimijat taustalle ja luotettava omaan ammatillisuuteen. Seuraavassa lääkäri on tehnyt ammatillisesta näkökulmasta perustellun ratkaisun, johon hän joutuu myöhemmin vastaamaan, koska omaiset olivat ratkaisusta erimieltä jälkeinpäin.

Potilas oli paranoidisessa psykoosissa ja omaiset olivat siinä mukana, akuutissa tilanteessa jouduin tahdosta riippumattomaan hoitoon suositteamaan ja sen jälkeen sain vastattavakseni valituksen. (ESHlääk/3)

Henkilöstö kohtaa päivittäin monenlaisia asiakkaita. Työpäivästä muodostuu erilaisten yksilöllisten potilasta koskevien episodien kooste, joka ei tule valmiiksi. Jatkumo liikkuu erilaisten toimijaorganisaatioiden sääntöjen ja erilaisten ammattilaisten välisenä, kunkin toimijan työpäivien rakentumisena toisiaan hipaisevien episodien kautta.

Esimerkiksi hoitotakuun voimaantultua ovat yhteiset suuntaviivat entistä tärkeämpiä. Esimerkiksi omalla alalla, fysioterapiassa, voi ortopedisten potilaiden kontrolleja tulla 5–7 eri sairaalasta ja joka ortopedillä on vähän omat ”jutut”. Kehitystä on tapahtunut. On kuitenkin aina muistettava kunkin yksikön ajalliset resurssit ja henkilöstöresurssit. (PTHter/430)

Pirkko Nykänen (2000, 2–12) toteaa, ettei mitään tulkintoja saisi tehdä asettamatta niitä oikeaan kontekstiin. Miksi arjen tulkinnat olisivat tutkimuksellisesta poikkeavat tässä kohden? Kontekstointi edellyttää henkilöstöltä uudenlaisia kykyjä, jotka eivät vielä välttämättä ole kovin kehittyneet (ks. Nurmela 2002). Erityisesti yhteistyön prosesseissa tulee kyetä ajattelemaan analysoiden ja kriittisesti omaa tehtäväaluettaan laajemmin (eli tuottamaan ja käyttämään yhteistä jaettua tietoa).

”Informaatio systeemisessä kontekstissa tarkoittaa aina sellaista tietoa (fact, information, knowledge), joka vaikuttaa systeemiin jotenkin.” (Ståhle 2004, 245) Ståhlen (mt.) mukaan tieto määritellään sen vaikutuksen kautta, ei sen muodon tai muiden ominaisuuksien kautta. ”Informaatio on koke-

mus, ei esitys.” Kuitenkin ”esityksen”, kuten esimerkiksi lähetteen, sisältämän informaation riittävyys, oikea-aikaisuus ja muodon selkeys (esim. lauseita vai irrallisia sanoja) vaikuttaa siihen, miten sen pohjalta on mahdollista kommunikoida, ja mitä on mahdollista ymmärtää. Lähetteessä oleva informaatio potilaasta saa potilaan hoitoon kytkeytyvän merkityksen potilasta hoitavan henkilön ajatuksissa ja toiminnassa. Hän tulkitsee informaatiota oman tietoperustansa pohjalta, informaatio muuttuu ideaksi ja kokemukseksi saadun informaation oikeellisuudesta ja relevanttiudesta. Näitä ideoita ja kokemuksia on kuitenkin hyvin monenlaisia. Asioiden yhteinen koordinointi ja avaaminen auttavat kokemusten jakamisessa ja erilaisten näkemysten ymmärtämisessä. Esteitä tällaisen toteutumiselle on kuitenkin riittämiin.

Millaisen kontekstin organisaatiot muodostavat yhdessä tietämiselle ja relevantin informaation valinnalle? Ne ympäröivät henkilöstön työtä järjestäen ja erottaen. Ne suodattavat henkilöstölle yhteiskunnallisten järjestelmien, talouden, politiikan ja oikeuden tavoitteita, ja ovat siksi tärkeitä yhdessä tietämisen ympäristöjä. Organisaatioissa taloudellinen, poliittinen ja oikeudellinen järjestelmä konkretisoituvat resurssien hallintaan, resurssien rajoituksiin ja mahdollisuuksiin, erilaisten intressien ja erilaisten tavoitteiden ilmaisuihin sekä lakien ja muiden normien ohjaukseen. Oikeudelliset koodit ovat myös eettisiä. Eettiset kysymykset ovat läsnä selkeimmin potilastyössä.

5 TIETÄMISEN ORGANISATORISET KONTEKSTIT

Terveyskeskukset ja sairaalat muodostavat henkilöstön työn lähiympäristön. Lähiympäristönä organisaatiot tarjoavat työvälineitä, jotka ohjaavat työntekijöiden ajattelua ja yhteistoimintaa (Saaren-Seppälä 2004, 4). Kompleksisten systeemien näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että organisaatiot suodattavat makroympäristön asettamia taloudellisia, poliittisia ja oikeudellisia vaatimuksia omien hallinnollisten järjestelmiensä välityksellä henkilöstön työhön. Millaisia nämä työvälineet ovat henkilöstön yhteisen tietämisen näkökulmasta? Mitä mahdollistuu, mitä estyy? Organisaatioiden mahdollistama yhdessä tietämisen ihanne voisi olla vaikkapa seuraavan kuvauksen mukainen.

”Ihanteelliselta tuntuu laitos, missä kaikki ryhmät ja ryhmien jäsenet voivat vapaasti keskustella toistensa kanssa, missä ryhmät ovat välittömässä ja rakentavassa vuorovaikutuksessa keskenään, missä kaikilla on sanansija ja missä kaikki uskaltavat asettua alttiiksi sille, että saattavat joskus tehdä typeryyden. Missä kaikki tuntevat olevansa hyväksytyjä ja arvostettuja ja uskaltavat korjata sattumoisin tekemänsä vikapistot.” (Feldman 1971, 44)

Wulff Feldmanin teos *Laitos hoitoyhteisönä* kuvaa 1960-lukulaista laitostyöbyrokratiaa. Mielenkiintoista tuossa vanhassa teoksessa on se, että ilmiö ja ongelmat, joita Feldman esittelee, ovat edelleen ajankohtaisia. Millaisissa rakenteissa minkäkin tyyppinen toiminta sujuu parhaiten? Kysymys odottaa edelleen ratkaisua.

Millaiset rakenteet mahdollistavat dialogista yhteistyötä on olennainen kysymys, mutta pelkkien rakenteiden ja mallien varassa ei kuitenkaan saada hyvää tulosta. Hyvien tulosten saavuttaminen edellyttää organisaatioilta ja henkilöstöltä potilastilanteissa ammatillisten ja työnjaollisten rajojen ylittämistä. Rajojen ylittäminen tarkoittaa kykyä ratkaista yhteistyön tarve ja toteutusmuoto, johon voidaan sitoutua yhtä aikaa potilaiden ja talouden kannalta. Hyvät tulokset saavat inhimillisen elämän ja yksilön näkökulmista ja toisaalta väestön, kansanterveyden ja yhteiskunnan tehokkuuden ja taloudellisen järjestelmän näkökulmista erilaisia määrittäyksiä. Mitä lähemmäs potilasta mennään, sitä koskettavampia kuvauksia kustannussäästöt ja toimintojen supistamiset synnyttävät. Mitä lähemmäs potilaan kanssa tehtävää työtä mennään, sitä konkreettisempia merkityksiä riittämättömät resurssit saavat.

5.1 Sairaalat ja terveyskeskukset henkilöstön toimintaympäristöinä

Suomalaisen terveydenhuollon organisaatioympäristön voi ennen 1990-lukua ajatella muodostuneen kohtuullisen hitaasti muuttuvasta terveydenhuollon järjestelmästä ja kohtuullisen selkeistä universalistisen hyvinvoinnin tuottamisen tavoitteista ja hyvinvointipoliittisista linjauksista. Muutosta tapahtui, mutta muutos tuki ja kehitti olemassa olevan julkisen terveydenhuollon organisoitumista. Hierarkkiset ja byrokraattiset organisaatiota rakenteet, jotka olivat kehittyneet historian saatossa, eivät varsinaisesti olleet muutoksen uhan alaisia. Tehokasta toimintaa oli mahdollista kehittää hierarkkisessa organisaatiossa ja tehokas toiminta näytti jopa edellyttävän hierarkioita. (Esim. Kernick 2002, 95; Juuti 2006.)

Tilanne alkoi muuttua 1990-luvulla. Tähän oli monia terveydenhuollon ulkopuolisia syitä. Terveydenhuollolle asetetut suunnat (systemiset ympäristöt: talous, politiikka, EU, tiede ja tieto, kulttuurin ja ideologian muutokset...) ovat vaikuttaneet siihen, että tällä hetkellä pääosin jälkibyrokraattisilta vaikuttavat organisaatiot ovat sellaisen uuden edessä, mikä huojuuttaa niiden perusrakenteita. Yksityinen palvelutuotanto tunkeutuu vauhdikkaasti julkisiin (jälki)byrokraatioihin ja tuo mukanaan uudenlaisten rakenteiden tarpeen sekä uudenlaisen kulttuurin aineksia. (Esim. Kira 2003; Julkunen 2001; 2007; 2008; Laiho & Lith 2011.) Organisaatioilta vaaditaan dynaamisuutta, jotta ne voisivat vastata aktiivisten ympäristöjen tuottamaan lisääntyvään kompleksisuuteen (esim. Kernick 2004; Sweeney 2006; Sweeney & Griffiths 2002; Steinberg 2005, Nylander, Stähle & Nenonen 2003; Juuti 2006).

Terveyskeskukset ja sairaalat ovat toimineet saman järjestelmän alaisena hyvin pitkään. Yhteistyö näiden organisaatioiden välillä oli 1990-luvun alkuun saakka rutiineihin luottavaa ja työnjaon erillisyyteen perustuvaa. Nyt tilanne on toinen. Esimerkiksi terveyskeskusten päivystyksiä on siirretty sairaaloihin. 2000-luvulla terveyskeskukset yksityistävät lääkäripalveluitaan ja kunnat voivat ostaa kokonaisen terveyskeskuksen palvelut yksityisiltä yrityksiltä (ks. esim. Laiho & Lith 2011). Erilaiset organisaatiomallit limittyvät julkisen ja yksityisen samalla sekoittuessa keskenään. Yksityisiä lääkäripalveluyrityksiä toimii julkisten terveyskeskusten sisällä muun muassa silloin, kun terveyskeskuksen osastoista tai tiimeistä osa on yksityistetty ja osa toimii perinteisellä julkisella ”mallilla” tai osa toiminoista hankitaan ns. ostopalveluina oman organisaation ulkopuolelta. Näi-

den organisaatioiden toimintarakenteet ja säännöt ovat erilaiset, vaikka molempien onkin noudatettava samoja ammattieettisiä ja hyvän hoidon järjestämisen periaatteita, joiden toteutumista valvotaan.

Selvää kuitenkin on, että julkisen terveydenhuollon järkälemäisen vahvoilta näyttäneet, laeilla säädellyt ydinrakenteet ovat muokkautumassa uuteen muotoon. Eivät vain yksittäiset organisaatiot vaan koko julkisen sektorin organisoituminen etsii uutta muotoa, sillä kyse on erilaisten julkisten ja yksityisten palvelutarjoajien yhteenliittymistä. Ympäristö muuttuu, mutta organisaatioilla ei ole yhteistä linjaa siitä, mihin suuntaan pitää tai halutaan mennä. Erityisen vaikeaa on ollut sen määrittäminen, mikä on riittävän hyvää palvelua ja mitä tarkoittaa asuinpaikasta ja maksukyvyistä riippumattomien tasa-arvoisten palveluiden tarjoaminen sekä miten taataan asiakkaiden mahdollisuus tehdä valintoja oman elämänsä suhteen. Yksinkertaistettuna tavoitteena erilaisilla rakenteellisilla ratkaisuilla on mahdollistaa hyvä hoito potilaalle organisaation ja yhteiskunnan näkökulmasta taloudellisesti, tehokkaasti ja tuottavasti. Arjen kompleksisuus ei kuitenkaan tue näitä tavoitteita. Rakenteet ja toimintakäytännöt muokkautuvat, mutta itseorganisoituvat toisilleen limittävät järjestelmät valitsevat epäselvistä signaaleista kukin omalla tavallaan. Valitut ja sovitut toimintakäytännöt eivät itsestään selvästi tuota tarkoitettua tulosta, kuten perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti kuvaa.

Epäonnistunein yhteistyötapahtuma on ollut yksityisen palveluntuottajan kanssa. Edustaja on luvannut hoitaa välineen toimivaksi asiakkaalle, eikä näin ole tapahtunut. Tätä ei voinut jälkikäteen enää muuttaa ja loppujen lopuksi asiakkaalle jouduttiin hankkimaan uusi apuväline. Kuviteltu apuvälineen uudelleen kierrätys ja kunnalle tuleva säästö koituikin näin sitten ”tappioksi”. (PTHter/27)

Terveydenhuollon organisaatiot eivät enää organisoidu kaikkialla samalla tavoin, vaan niissä on alueellisesti suuriakin eroja. Julkisten organisaatioiden on ollut pakko sopeutua ja toimia ulkoisten vaatimusten edessä. Pakko ja riippuvuusuhde syntyvät taloudellisista syistä, mutta myös julkisen tehtävän velvoittamana. Vastuu kansalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä painaa organisaatioita lainsäädäntönä. Valinnanvaihtoehdot, joita kompleksisissa organisaatioissa on, ovat niitä, mitä terveydenhuollon kokonaisjärjestelmässä, erilaisten poliittisten ja taloudellisten intressien ja arvojen sekä talouden maisemassa tarjotaan.

Organisatoriset ja työnjaolliset rajat antavat luvan sulkea silmät toisen organisaation asioilta. Sama ongelma on mahdollinen yhden organisaation sisällä. Hierarkioiden eri tasoilla ”organisaatioasiat”, joilla monitasoisuutta pyritään kokonaisuutena hallinnoimaan ja ”käytännön menettelytavat”, jotka ovat potilastyötä tekevän henkilöstön työvälineitä, muodostavat organisaatioissa omat polkunsä. Yhteistyössä on vaikea ottaa vastuuta muusta kuin omasta tehtävästä. Kokonaisuuksien ymmärtämisen ja niistä vastuun ottamisen vaatimus on olemassa, mutta organisatoriset rakenteet eivät auta tässä asiassa. Rakenteet (hierarkiat, toiminta- ja avainprosessimallit) eivät auta tulkitsemaan tilanteita yhteisellä tavalla, sillä niitä tulkitaan toiminnan eri tasoilla eri näkökulmista. Toisen samaa hyöty merkitsee helposti menetystä toiselle. Oman näkökulman puolustaminen voi heikentää kokonaisuhyötyä toisen näkökulmasta tarkasteltuna. Kokonaisuus tarkoittaa eri toimijoille erilaisia asioita. Minkä kokonaisuuden puolesta neuvotellaan? Neuvotellaanko terveyskeskusten ja sairaaloiden yhdessä muodostamasta palveluketjukokonaisuudesta? Neuvotellaanko terveyskeskusten ja sairaaloiden muodostamien erillisten organisaatioiden muodostamisesta kokonaisuuksista? Neuvotellaanko organisaation hallinnon ja potilastyön kokonaisuuksista erikseen vai yhdessä? Rusinat, joita noukitaan, eivät aina ole edes yhteisestä pullasta.

Teen työkseni yhteistyötä keskussairaalasta päin kuntien kanssa hallinnon tasolla. En pysty tähän löytämään yhtä ja ainoaa tapahtumaa, joka olisi erityisen epäonnistunut, mutta mielestäni asiaan liittyy muutama yleispiirre: Ensinnäkin yhteistyö nähdään tarpeelliseksi yleensä vain silloin, kun se alentaa kustannuksia. Joskus myös silloin, kun jokin tehtävä voidaan siirtää pois. Vaikka se alentaisi kustannuksia, mutta vähentäisi omaa vaikutusvaltaa, mielenkiinto asiaan loppuu. Asiat nähdään liikaa organisaatioasioina, ei käytännön menettelytavoista sopimisena. Vastuu yhteistyöstä ei kuulu kenellekään, vaan se muodostuu käytännön asioiden luomisesta tarpeista, jos muodostuu. Rusinoita halutaan noukkia, kokonaisuuden hoitaminen ei peruskunnan tasolla kiinnosta. (ESHlääk/17)

Organisaatioteoriat ovat jäsentäneet eri tavoin sitä, millaisissa rakenteissa organisaation päämäärien tavoittaminen tapahtuu mahdollisimman tehokkaasti, miten organisaatioissa olevat ihmiset toimivat ja tekevät työtä keskenään, miten tieto kulkee organisaation rakenteissa ja työntekijöiden vä-

lillä sekä miten yhteistyö eri osa-alueilla toimii. (Morgan 1986; Scott ym. 2003; Juuti 2006.)

Julkisen terveydenhuollon organisaatioita on pidetty byrokraattisina (esim. Kira 2003). Byrokraattisen organisaation ominaispiirteitä ovat hierarkkinen urakehitys ja organisatorinen järjestys, tiukat säännöt, tiukasti normitettu kokoaikatyö sekä työn tekemisen ja työntekijöiden tiukka kontrollointi. Johtajien asemaan liittyvä auktoriteetti ja työntekijöiden väliset suhteet ovat huomattavan hierarkkiset. (Weber 1978, 956–958.) Näitä piirteitä on edelleen jäljellä.

Haen muutosta työpaikan selvään epäkohtaan, mutta se jämähtää a) konservatiivisiin esi- tai hallintomiehiin b) raskaaseen sairaalabyrokraattiaan. (ESHlääk/20)

Organisaatioiden ydinrakenteiden muokkautuessa julkisen ja markkinaperusteisen toimivien terveystalvvelutuottajien kommunikaatiossa myös julkisen terveydenhuollon henkilöstön työympäristöt muokkautuvat. Tämä purkaa henkilöstölle tuttua organisatorista perustaa ja luo uudenlaisia, mutta vielä hämääriä valinnanvaihtoehtoja.

Organisaatiota kuvataan yhden organisaation sisällä seuraavasti. Organisaatiolla on asetetut päämäärät, organisoidut vuorovaikutussuhteet, määritellyt rajat sekä hierarkkisesti järjestynyt rakenne (esim. Kernick 2002, 103). Organisaatio voidaan kuvata kaaviona, jossa organisaation horisontaaliset (tehtävienjako), vertikaaliset (hierarkiat, päätöksenteon ja toimivallan jako) sekä erilaiset informaation ja työprosessien koordinoitijärjestelmien suhteet esitetään yksinkertaistaen. Kaavio ei kuvaa kuitenkaan organisaation käytännön todellisuutta, jossa on kyse yksilöiden ja ryhmien erillisestä ja yhdistyvistä kommunikaatiosta ja suhteista sekä erilaisten organisaatioilmiöiden (kuten ryhmdynamiikka, organisaatiokulttuurit) dynaamisesta elämisestä. (Vanhala, Laukkanen & Koskinen 2002, 187–190.) Organisaation rakennetta voidaan tarkastella sosiaalisesta tai fyysisestä näkökulmasta, jolloin olennaisiksi voidaan nostaa organisaation kulttuuri, teknologia, johtamisjärjestelmä tai hierarkia- ja valtarakenteet.

Organisaation hierarkkinen järjestys ja siinä toistetut toiminnot sekä niiden väliset suhteet määrittävät organisaatiossa työskentelevien ihmisten rooleja (Juuti 2006, 207–208).

Yleisesti sairaalahenkilöstön osaamista arvostetaan ns. suuren yleisön tasolla. Eri klinikoiden kesken voi olla luottamuksen puutetta esim. osaamisten suhteen. Osaamisen kunnioittaminen kiinni enempi yksilötason osaamisesta. Vahva hierarkia, joka osin rakentuu professioiden pohjalle ja erikoislääkäri on ensisijainen osaja professionsa pohjalta. (ESHlääk/185)

Pauli Juutin (mt.) mukaan organisaation rakenne on muodollinen suunnitelma tehokkaan työnjaon aikaansaamiseksi. Rakenne on näin myös yhteistyön ja yhdessä tietämisen perusympäristö. Kuitenkin terveydenhuollon poliittisten, taloudellisten, tieteellisten ja organisatoristen ympäristöjen muutokset ovat tuottaneet epävarmuutta siitä, mikä terveydenhuollon perusrakenne on. Voidaan esimerkiksi kysyä, lähtekö perusrakenne hahmottumaan julkisen vai yksityisen, välimallin tai kokonaan uuden mallin mukaan? Organisaatio on sosiaalinen järjestelmä. Juutin (mt., 208) mukaan sosiaalisessa järjestelmässä rakenne on abstraktien mielikuvien varassa oleva ei-konkreettinen ilmiö. Tilanteessa, jossa erilaisten organisaatioiden toimintamallit limittyvät toistensa kanssa, rakenteen ei-konkreettisuus korostuu.

Olipa organisaatorakenne mikä tahansa, niissä toimivat ihmiset tekevät rakenteet eläväksi. Näin ollen olennaista on kiinnittää huomiota tähän inhimilliseen aspektiin. Terveyskeskukset ja sairaalat organisaatioina ja sosiaalisina järjestelminä ihmettelevät rakenteidensa tulevaisuutta ja tavoitteita. Toiveena on sellainen yhteistyötä mahdollistava organisaatio, jossa vastuut ovat selkeitä. Selkeyden määrittely, jälleen kerran, hajoaa arjen moninaisuuteen. Organisaatioissa on kuitenkin myös paljon konkreettista. Muutosten tilassa tämä konkreettinen (tieto työnjaosta, toimintakäytännöistä ja prosesseista) liikkuu uuden ja vanhan välillä ja mielikuvat organisaation rakenteesta sekä tavoitteista tulevat epävarmemmiksi.

Määräyksiä, ohjeita, suosituksia ja intressejä

Jokainen tekee parhaansa. Terveyskeskuksille on säilytetty hirveän laaja tehtäväkenttä. Tietyn kapean osa-alueen osaaminen ei kenties ole yhtä syvällistä kuin erikoissairaanhoidossa juuri sillä osa-alueella. Osaamista tarvitaan laajalla alueella. Yhteiset pelisäännöt ja hoitoketjut helpottavat molempien työtä. Tehtäväkentän rajausta apuvälinepalvelussa antaa mah-

dollisuuden hallita asia. (ESHlääk/167)[Terveyskeskuksen osaamisen kunnioittaminen]

Terveydenhuollon järjestelmä yhdessä sosiaalipalveluiden kanssa on poliittisesti erittäin merkittävä asia, tarkasteltiinpa sitä kokonaistalouden, kansanterveyden tai ihmisten arkielämän näkökulmista. Markkinoiden ja hyvinvointivaltiollisen huolenpidon etiikan, arvojen ja tosiasia-perustelujen ristiaallokot (Andersson, Hautamäki, Jallinoja, Niimiluoto & Uusitalo 1993) ovat ravistelleet suomalaista terveydenhuoltoa. Ristiriitaisia tavoitteita on pyritty suuntaamaan, yhtenäistämään ja hallitsemaan terveydenhuollon organisaatioille suunnatuilla yleisluonteisilla ohjeistuksilla sekä lainsäädännön uudistamisella.

Erikoissairaanhoitolaki ja kansanterveyslaki määrittävät sairaanhoitopiirien, joita on 20³⁰, erityisvastuualueiden (ERVA³¹) ja niiden sairaaloiden sekä kunnallisten terveyskeskusten³² vastuualueet ja tehtäväjaon. Terveydenhuolto on erittäin säädeltyä: lainsäädäntöä on mainittujen lakien lisäksi paljon³³. Vuoden 1972 kansanterveyslaki määrittelee kuntien terveyskeskusten vastuualueeseen kuuluvan kansanterveystyön yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaksi terveyden- ja sairaanhoidoksi. Sen tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen (1§/1972). Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (Erikoissairaanhoitolaki 1§/1989). Lainsäädäntö määrää julkisen sairaanhoidon vastuiden ja hallinnon pääperiaatteet. Yksityisestä, markkina-periaattein toimivasta terveyden- ja sairaanhoidosta on säädetty erikseen. Poliittisessa ohjauksessa markkinoiden ja julkisen terveydenhuollon periaatteet ovat kuitenkin 2000-luvulla sekoittuneet huomattavalla tavalla. Edellä mainittuja lakeja on muokattu 1990- ja 2000-luvuilla vastaamaan annettuja ohjeistuksia toimintojen uudelleen järjestämiseksi. Arvoristiriidat

³⁰ Sairaanhoitopiirien luettelo ks. Erikoissairaanhoitolaki 1989. (7§).

³¹ ESHL 9§/1989 Erityisvastuualueella tarkoitetaan erityistason sairaanhoidon järjestämiseksi määrättyjä alueita, joihin kuhunkin kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärinkoulutusta antava yliopisto. Osa erikoissairaanhoidosta voidaan määrätä erityistasoiseksi sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella.

³² Hallinnollisesti erillisten terveyskeskusten määrä vuonna 2006 alussa oli 249.

³³ ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010 ja Valtion säädöstietopankki 2010

markkinoiden ja hyvinvointivaltiollisen toiminnan välillä vaikeuttavat terveydenhuollon järjestämiseen liittyvien tavoitteiden määrittelyä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon lain 10b§:n mukaan ”s[S]airaanhoidopiirin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä ja muita toimintayksiköitä.” (652/2000.) Toimijoilla on hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mikä on tarve ja mikä on riittävä määrä sairaaloita tai niiden toimintoja, joilla tähän tarpeeseen voidaan hyväksyttävällä tavalla vastata. Tätä keskustelua käydään jatkuvasti valtakunnan eri alueilla ja kuntarakenteisiin kytkeytyen.³⁴ Erilaiset intressit ja yhteisesti avaamattomat tavoitteet liikkuvat valtakunnan politiikasta, kuntapolitiikkaan ja sieltä organisaatioiden kautta terveydenhuollon henkilöstön työympäristöiksi ja työarkeen.

Edellä mainittu muutosprosessi muokkaa olennaisella tavalla terveydenhuollon henkilöstön yhteistyön kenttää. Lainsäädännöllä ja ohjeistuksilla pyritään luomaan pohjaa yhtenäiselle toiminnalle, mutta tiedonhallinta tässä kontekstissa vaatii yksilöiltä paljon. Muutokset vaikuttavat yksilöiden ja ryhmien toimintaedellytyksiin konkreettisesti. Ne johtavat työn muuttumiseen. Lainsäädännön ja rakenteellisen järjestämisen suositusten lisäksi erilaiset hoitosuositukset, laatusuositukset ja Käypähoito suositukset (Duodecim 2010; Käypähoito 2010) tuottavat jatkuvasti uusia tietämisen haasteita. Muutoksen teemaan voi lisätä myös terveydenhuoltoa 1990-luvun alusta leimanneen kokeiluluonteisuuden, joka on myös kirjattu Kansanterveyslakiin (ks. Valtion säädöstietopankki 2010). Kokeiluluonteisuus tarkoittaa myös toiminnan pirstaloitumista ja epävarmuutta rakenteista. Esimerkkinä kokeiluna liikkeelle lähteneestä kehittämistyöstä on palveluja hoitoketjujen rakentaminen diagnoosikohtaisiksi malleiksi Saumattomat hoitoketjut -hankkeessa.

Terveydenhuollon organisaatioille luonteenomainen jännite syntyy tiukan sääntelyn ja jatkuvan, monisuuntaisen, uutta luovan prosessimaisuuden välille. Hallintayrityksistä huolimatta toiminta pirstaloituu yhä vaikeammin hallittavaksi.

³⁴ Erityisen tärkeä sairaaloiden ja terveyskeskusten yhteistyöhön liittyvä lakiehdotus on terveydenhuoltolaki, jonka etenemistä voi seurata Sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivuilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Tavoitteiden emergenssi

Organisaatiot ovat välineitä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Ne ovat edelleenkin olennaisesti kontrollirakenteita (Salaman 1981, 107) olipa niiden organisaatiokulttuuri mikä tahansa (ks. terveydenhuollon organisaatiokulttuureista esim. Scott ym. 2003). Sennett (2002) pohtii sitä, kuinka uudet työympäristöt, ajan uudenlainen jäsenyminen, työetiikan muuttuminen ja riskien yksilöllistyminen ahdistavat yksilöitä. Leipuri ei enää näe leipäänsä kuin tietokoneen ruudulta. (Mt.) Potilasta tutkitaan laittein, tekniikoin ja tietokoneen ruudulta. Informaation pirstaloitumisen tuskastuttava kehä ei ole katkennut uusien tietoteknisten sovellusten, kuten sähköisten potilaskertomusten myötä. Jatkuvasti täydentyvät ja muuttuvat toimintaohjeet monimutkaisen tiedon hallinnan välineinä, eivät lopulta kykenekään vastaamaan yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Ne lisäävät kompleksisuutta ja hallinnan tarvetta (esim. Stähle 2004; Pyöriä 2006). Tavoite pakenee.

Terveydenhuollon organisaatioiden tehtävä hoitaa yhteistä potilasta jää näennäiseksi silloin, kun kompleksisten systeemien kohtaamisten epävarmuuksia ei saada rakennettua yhteisiksi ratkaisuuksi. Intressejä on poliittisilla toimijoilla, alueellisilla ja paikallisilla toimijoilla (kunnat, kuntalaiset, veronmaksajat, potilaat), organisaatioilla (esim. sairaalat/erikoissairaanhoito, terveyskeskukset/perusterveydenhuolto ja yksityiset yrittäjät) ja yksilöillä (palvelua tarvitseva kipeä ihminen ja hänen läheisensä sekä työntekijät organisaatioissa). Etujen ristiriita on usein ilmeinen. Tässä ristitulessa organisaatioiden henkilöstö kuitenkin pyrkii rakentamaan hyvää hoitoa potilaille.

Kompleksisuusajattelun näkökulmasta toimijat määrittävät toimintaa aluettaan (systeemin rajoja) paikallisilla määreillä (Engeström 1999, 273; Kernick 2002, 103; Smith & Jenks 2006, 13) tai paikallisilla järjestyksillä (Strauss 1993, 59), jotka liittyvät toimintatilaan. Ajallisesti nämä tilat vaihtelevat ja muodostavat toimijan työn kehityskaaren (Strauss 1993; Kernick 2002). Esimerkiksi lääkäri toimii ammatillisena työpaikallaan potilaan terveyden puolesta. Hänen tietoperustansa on toinen kotona, jolloin fokus muuttuu esimerkiksi perheen turvallisuudesta huolehtimiseen. Nykyiset organisaatiot ovat jatkuvasti reagoivia ja muutoksille alttiita prosesseja. Keskeinen rooli potilastyössä on ihmisten välisellä vuorovaikutuksella paikallisella tasolla. Siinä muodostuvat organisaation merkitykset tai tieto valtasuhteiden ristiriitaisten rajojen sisällä. (Kernick 2002, 103.) Yksittäi-

sillä ihmisillä ja ryhmillä on omat käsityksensä tapahtumien yleisistä ja erityisistä suunnista ja he tekevät tilanteissa ratkaisujaan näiden käsitystensä perusteella. Käsitykset voivat muuttua, mutta ne eivät muutu helposti ja nopeasti täysin päinvastaisiksi.

Yleiset ja abstraktit tavoitteet muuttuvat arjen työssä yksityiskohtaisiksi tavoitteiksi, joiden hallintaan tarvitaan suunnaton tietomäärä ja ymmärrys laajasta toimintaympäristöstä. Silti ne ovat tulkittuja tavoitteita. Tärkein tulkintatehtävä on nimenomaan terveydenhuollon potilastyötä tekevillä ja hallinnolla, joka ohjaa tätä työtä terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Näiden välinen yhteisymmärrys yhteisistä kokonaisuuksista on relevantin tietämisen lähtökohta.

Hallinnon ja potilastyön dilemma

Hallinto on systeemi, joka vastaa organisaation tuottamien palveluiden laadusta ja hoidon tasosta. Kliininen tehokkuus, tarkastaminen, informaation hyödyntäminen, riskien hallinta, henkilökohtainen ja professionaalinen kehittyminen, inhimilliset resurssit ja potilaiden kokemuksen huomiointi ovat tekijöitä, jotka kuuluvat kliinisen hallinnon tehtäväkenttään. Tässä tehtäväkentässä yhdistyvät potilastyön kokemuksista oppiminen (tilastot, palautteet) ja väestön kokonaistilanteen parantaminen. Strateginen toiminta kohdistuu henkilökuntaan sekä potilaisiin väestönä ja yksilöinä. (Ks. Kernick 2002, 128 ja 137.) Vastuualueen väestön ja yksittäisten potilaiden hoitotilanteiden hahmottaminen ovat erilaisia kokonaisuuksia.

Toimintasuunnitelmien laadinnassa on tärkeitä hahmottaa vastuualueen väestöön kuuluvien potilaiden kokonaistilanne. Koska minä en kohtaa yksittäisiä potilaita, niin hoitotilanteen hahmottaminen ei ole jokapäiväistä työssäni. (ESHter/212). [Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Hallinnon ymmärtäminen itseorganisoidun kompleksisen systeemin osana, tarkoittaa näkökulmaa, joka kiinnittää huomion erilaisiin organisaation suhteisiin. (Sweeney & Cassidy 2002, 123–147.) Sairaalat ja kunnalliset terveyskeskukset toimivat usein eri hallinnon alaisina. Tässä tutkimuksessa ei ole mahdollista tarkastella tämän ratkaisun seurauksia syvemmin, mutta haastatteluiden ja kyselyyn annettujen vastausten perusteella on nähtävissä

organisaatioiden työnjaon erillisyyden tuottamat ongelmat potilastyön kannalta ja hallinnoimisen jonkin asteinen erillisuus potilastyöstä.

Organisatorisen hallinnon muuttaminen yksilöiden hoitoon soveltuviksi käytännöiksi ei ole helppoa. Toiminnan tasolta toiselle siirtyminen voidaan nähdä osin mahdottomana (esim. Nummenmaa 2007, 169). Esimerkiksi asiakkuus voidaan määritellä organisaation toiminnan eri tasoilla eri tavoin, jolloin kokonaisuuden ydin, yksilöpotilaiden tarpeisiin vastaaminen, jää sivuun. Tämän ajattelemisen jätetään organisaation toisille tasoille. Siten on mahdollista puolustaa vaikkapa organisaation taloudellisia intressejä havaitsematta, että intressiristiriidat voivat katkaista yksilön tien mahdollisimman hyvään hoitoon.

Ammattilaiselta ja asiantuntijalta toiselle kulkeva potilaiden hoitopolku on pirstaleinen silloin, kun tasolta toiselle siirtymiselle on pelkästään hallinnolliset, järjestelmän organisoimiseen liittyvät perustelut. Esimerkiksi lääkärin ajan on riitettävä mahdollisimman monelle, vaikka se toisaalta voi tarkoittaa riittämätöntä aikaa yksilöille. Potilaslähtöiset perustelutkin voivat olla yksilön ja kokonaisuuden kannalta ristiriitaisia. Potilaslähtöisesti rationalisoitu ja hoidon vaikuttavuuden mittarilla tehokas hoito voi työntekijän mielestä vaatia turhan delegoinnin välttämistä, syvempää keskittymistä ja enemmän ajan käyttöä yhden asiakkaan hoitoon. Organisaatio ja järjestelmä eivät kuitenkaan tätä salli, vaan henkilöstön on noudatettava organisaation toimintamalleja selvitäkseen työstään.

Oma tavoite on järjestää töitä mahdollisimman rationaalisesti, byrokratiaa välttäväksi... omat potilasjonot myös ruuhkassa, aikaviiveitä tulee, "taikurin koulutus" puuttuu!!!... joskus joutuu siirtämään töitä (=delegoida!) muihin instansseihin, vaikka potilaslähtöistä ajattelutapaa koittaisi vaalia-kin! (ESHlääk/60) [Arvio omasta yhteistyöosaamisesta]

Kernick (2002, 109, 111) esittää kompleksisuuden hallinnan välineeksi yksityiskohtien vähentämistä, faktatiedon ja intuition, suunnittelun ja toiminnan sekä turvallisuuden ja riskien tasapainottamista. Tiedon kontrolloinnin sijasta erot, moninaisuus, yhdistelmät ja informaatiiovirta pitäisi hyväksyä toiminnan luonteeksi. Yksityiskohtien vähentämistä tehdään mallintamalla prosesseja. Ehdotukset hallinnan välineiksi ovat ristiriitaiset, vaikkakin kompleksisuuden kontekstissa ymmärrettävät. Kompleksisen hallinta edellyttää, että paradokseja ei peitetä, vaan niitä hyödynnetään. Kompleksinen näkökulma organisaatioihin ei tuota konkreettisia ratkaisuja, mutta auttaa

ymmärtämään tiedon ja inhimillisen tietämisen rajoja. Terveystieteiden henkilöstön aineistossa esittämä toive vastuiden ja yhteisten toimintakäytäntöjen selkiyttämiseksi pyritään ratkaisemaan avoimuudella, yhteisellä sitoutumisella ja yhteisten tavoitteiden kriittisellä, mutta yhteishengessä tapahtuvalla pohjimisella. Nämä dialogiset toimintatavat toteutuvat kuitenkin vain osittain.

Organisaation arvot ja oletukset (kuten vertaiskäyttäytyminen ja kollegialisuus) sisältyvät organisaation kulttuuriin. Ne heijastavat organisaation sisäisiä yksinkertaisia sääntöjä, mitkä puolestaan suuntaavat ihmisten välistä vuorovaikutusta. Kompleksisen alueella ihmisten välinen yhteisymmärrys ja varmuus toiminnan tuloksista jäävät kaaoksen ja täysin hallitun välimaastoon. (Kernick 2002, 104–107.) Kompleksisten sosiaalisten systeemien hallinnan periaatteet eivät ole kaaosmaisia, mutta ne ovat selkeän kontrollin ulottumattomissa (Kernickin mt., 109).

Selkeyden vaatimus tai toive saa toimijat suuntaamaan valintojaan kohti järjestelmän säilymistä. Toimijat pyrkivät oman työnsä ja organisaation näkökulmista etsimään ratkaisuja, joilla tasapaino saavutetaan konfliktitilanteissa tai tilanteissa, jossa organisaation olemassaolo on uhattuna. Pirstaleiset ja poukkoilevat toimintakäytäntöjen kokeilut epäonnistuvat toisaalla, mutta toisaalla sama kokeilu voi johtaa onnistuneeseen uuteen käytäntöön. Aikaa vievien prosessien keskeneräisyys ja tulosten näkymisen hitaus ”väsyttävät ja kyllästyttävät” toisinaan. Onnistuneiden yhteistyöprosessien moottorina on kuitenkin mukana olevien toimijoiden suuntautuminen yhteiseen tekemiseen. Prosessit ja niiden tavoitteet kehkeytyvät toiminnassa. Dialoginen orientaatio edistää toiminnan yhteisen suunnan löytymistä, vaikka asioista oltaisiin eri mieltä. Päinvastaiset orientaatiot eivät pysäytä toimintaa, mutta suuntaavat sitä pois yhteisestä. Näiden orientaatioiden hallinta on vaikeaa. Ne ovat inhimillisten toimijoiden yhdessä toimimisen eriasteista viisautta ja kykyä.

Luotiin sairaanhoitopiirin alueelle yhteinen alueellinen apuvälinekeskus. Me oltiin alussa pilottina kokeilemassa uutta tietokoneohjelmaa yhdessä keskussairaalan kanssa. Ohjelmaan tehtiin tarpeen mukaisia muutoksia ja nyt se on aika hyvä. Myöhemmin pilotointi jatkui siten, että muutama terveyskeskus oli mukana ja kokeiltiin uutta systeemiä käytännössä, hiottiin toimintatapoja. Homma aloitettiin muistaakseni vuonna 2003. Tämän vuoden [2006] alusta meillä on sitten ollut ”alueellinen apuvälinekeskus”, johon kuuluvat lähes kaikki sairaanhoitopiirin kunnat. Paljon oli neuvottelu-

ja ja koulutuksia, usein vierailtiin keskussairaalassa, puhelimet ja sähköposti kävivät kuumina. Suunnittelussa ja nyt käytännön toimissa yhteistyössä on mukana keskussairaalaasta apuvälinekeskuksen lisäksi taloustoimisto ja kuljetuskeskus. Nyt asiat hoituvat paremmin ja helpommin kuin ennen, olemme tosi tyytyväisiä. Kaikki tehtiin oman työn ohella, joskus väsytti ja kyllästytti, mutta koko ajan tiesi olevansa hyvällä asialla. Tiesi, että tästä työstä on hyötyä tulevaisuudessa sekä työntekijöille, asiakkaille että omalle kunnalle ja koko yhteiskunnalle. (PTHter/50) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta.]

Arvauskeskukset ja kumppanuusasema hierarkioissa

Yhdessä tietämisen yhdeksi esteeksi muodostuu sairaalan ja terveyskeskusten välillä se, että niillä on erilaiset organisatoriset mahdollisuudet hoitaa potilasta (Mertala 2009a). Hierarkkinen työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tehtävien mukaisesta tarpeesta huolimatta on tuottanut monenlaista erillisyyttä. Tämä jatkaa sairaaloiden ja terveyskeskusten esiintymistä toinen toistensa ympäristöinä, eikä samaan järjestykseen kuuluvina. Kyse on myös muusta kuin työnjaollisista ja organisatorisista (esim. kustannusten jakautuminen organisaatioiden välillä) kysymyksistä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstön osaamista arvioidaan hierarkkisesti, parempi-huonompi – asteikolla. Tästä näkökulmasta terveyskeskusten ja sairaaloiden rakenteellinen toisiaan lähentyminen voisi vähentää organisaatioiden välistä byrokratiaa ja kilpailua. Perusterveydenhuollon lääkäri antaa tästä esimerkin.

Onnistumisia ovat ne tilanteet, jolloin oma tai toinen organisaatio luopuu laajentumispyrkimyksistään sen vuoksi, että nähdään, että hoito on järkevä toteuttaa toisessa organisaatiossa. (PTHlääk/37)

Arvostuksen saaminen on työntekijälle henkilökohtainen työn iloa tuottava lisä, mutta yleisellä, organisaatioihin ja niiden henkilöstöön kohdistuvalla arvostuksella on merkitystä myös potilaan hoidon sujumiselle. Terveyskeskusten nimittäminen ”arvauskeskuksiksi” kertoo terveyskeskuksissa tehtävän työn arvostamisen tasosta.

Terveyskeskus on edelleen puhekielessä ”arvauskeskus”. Se kertoo tämän hetkisen asenteen tk:n henkilöstöä kohtaan. Arvostus on tärkeä osa työssä jaksamista, ja kun arvostus puuttuu, se rassaa työntekijää suuresti. Arvostuksen puute näkyy myös palkkauksessa. (PTHter/305)

Terveyskeskuksissa ”arvauskeskus”-nimitys koetaan epäoikeudenmukaisena työn aliarvioimisena. Osaamista aliarvioiva suhtautuminen tulee esille osin potilaiden ja heidän omaistensa kautta. Potilaiden käyttäytymisessä arvostamattomuus tarkoittaa ”ylihyppäämistä”, toisin sanoen potilaat vaativat erikoissairaanhoidon pääsyä vastoin terveyskeskuksesta saatua tilannearviota. Terveyskeskuksen henkilöstö joutuu hyvän työn ja potilaan palvelemisen ristituleen. Lähetä erikoissairaanhoidon vastoin ammatillista tietämystä tarkoittaa potilaan myötäilyä. Potilaan myötäilylle voi jossain tapauksessa löytyä perustelut siitä, että potilas sitoutuu hoitoonsa paremmin saatuaan erikoistuneen asiantuntijan lausunnon samaan asiaan. Toisaalta turha lähetä tarkoittaa turhia kustannuksia järjestelmälle ja on vastoin järjestelmän taloudellisia vaatimuksia.

Terveyskeskusta pidetään usein vain arvauskeskukseksi, jonka yli halutaan hypätä. Tai terveyskeskuksen tilannearvioihin ei luoteta. Kuitenkin iso osa potilaista hoidetaan juuri perusterveydenhuollossa. (PTHter/306).

Asiakkaat pitävät meitä toisenluokan asiantuntijoina ja kunnioittavat erikoissairaanhoidon henkilökuntaa. Kylällä puhutaan arvauskeskuksesta, minkä koen hyvin loukkaavana varsinkin tk-lääkärien kohdalla. Kun asiakkaat eivät meitä kunnioita, eivät he myöskään suostu toimimaan saamiensa ohjeiden mukaan. Erikoissairaanhoidon puolelta kunnioitus terveyskeskuksen väkeä kohtaan on lisääntynyt. (PTHter/311).

Arvostamattomuus näkyy myös julkisessa keskustelussa, yleisessä mielipiteessä, mutta sitä löytyy myös erikoissairaanhoidosta.

Ainakin täällä keskussairaالاتasolla tk:n henkilökunnan osaamista aliarvioidaan. Ei ymmärretä, että heidän työkenttä on laaja, vauvasta vaariin ja kaikki diagnoosit pitäisi hallita. (ESHter/278)

Kuntien terveyskeskukset joutuvat asetetuksi vastakkain myös yksityisten palveluiden sekä erikoissairaanhoidosta saatavan hoidon kanssa. Perusterveydenhuollon työkenttää pidetään laajana ja haastavana molempien orga-

nisaatioiden vastauksissa. Arvostamattomuutta näkyy jossain määrin molemmiin puolin. Molemmissa organisaatioissa kuitenkin tiedetään, että toisten työtä arvioidaan kohtuuttomien perusteiden.

Kun ei tunneta toinen toistensa työ- ja toimintatapoja myös kunnioittaminen on niin ja näin. (ESHter/292)

Tasapainon löytäminen on hankalaa. Erikoissairaanhoidon tarpeesta ja perusterveydenhuollon kyvystä tehdä arvioita on näkemyksiä suuntaan ja toiseen.

Terveyskeskus päivystyksessä livetään vastuusta ja lähetetään potilas kuulemaan jo tiedossa oleva ilmeinen vastaus esh päivystäjältä. (ESHlääk/181)

Kokeneen asiantuntijan kannanotot mahdollista saada useimmiten. Paljon on myös kokemattomia sijaisia, joiden osaaminen vaihtelee. (ESHlääk/182)

Perusterveydenhuollossa voidaan nähdä asia siten, että erikoissairaanhoido siirtää potilaita liian helposti perusterveydenhuollon vastuulle. Erikoissairaanhoidossa tunnetaan jossain määrin ”huonoa fiilistä” näistä syytöksistä, jotka välittyvät palautteena eri reittejä. Työnjaon sanotaan olevan selkeä, mutta vastauksissa tuodaan kuitenkin esille ”samaa hengenvetoon” työnjaon epäselvyyksiä.

Tehtävien erilaisuus ja hierarkkinen eriarvoisuus aiheuttaa toisinaan katkeria lausuntoja. Kysymys on toisaalta henkilökohtaisista orientaatioista toisten työtä kohtaan, mutta samalla näkemykset heijastavat organisaatioiden sääntöjen ja hallinnollisten suhteiden erottamaa, samaan hyvän hoidon tavoitteeseen pyrkivää henkilöstöä. Perusterveydenhuollon henkilöstö voi erikoissairaanhoidon henkilöstölle näyttäytyä laaja-alaista tehtävää pienillä resursseilla suorittavana ahkerana väkenä tai erikoissairaanhoidon turhaan ylöspäin katsovana aloitteenteossa passiivisena, mutta aktiivisena valittajana.

Helppoahan niiden on siellä esh:ssa suunnitella ja kaataa tehtäviä meille kuntiin”, on kommentti, joka minulle heijastaa sitä, ettei tunneta eikä välttämättä arvosteta eri tahojen osaamista. Toisaalta kunnioittamisen puute näkyy myös siinä, että odotetaan yhteistyön aloitetta erikoissairaanhoidos-

ta – yhteistyöaloitteen tekijänä voi yhtä hyvin olla myös perusterveydenhuolto. (ESHter/292)

Lehdissä kirjoitellaan arvauskeskuksista ja tekstariपालstalla tulee roppakaupalla negatiivista palautetta terveyskeskuksen toiminnasta. Kiittäviä palautteita meille tulee, mutta niitäpä ei juuri lehdessä näy ja negatiivisuus siis asiakkaiden kannalta on vallitseva mielipide. (PTHter/321)

Myös perusterveydenhuollolta edellytetään erikoisosaamista. Heidän tulee osata havaita tilanteet, joissa erikoissairaanhoito on tarpeen. Erikoissairaanhoidosta toivotaan parempaa informaatiota siitä, mitä potilaalle tapahtuu sairaalassa. Tämä tarkoittaa perusterveydenhuollon laaja-alaisen tehtävän huomioon ottamista ja esimerkiksi hoitopalautteen lähettämistä, vaikka se näyttäisi erikoissairaanhoidon näkökulmasta tarpeettomalta. Molempien organisaatioiden henkilöstöltä edellytetään yhtä aikaa perus- ja erikoisnäkemystä potilaan tarpeista. Syytöksiä tällaisen orientaation puutteesta lentee puolin ja toisin.

Vastauksissa tunnustetaan perusterveydenhuollon laaja-alainen tehtävä, mutta sitä ei mielletä ”erikoistumiseksi” laaja-alaisuuteen. Laaja-alaisuus kuitenkin saa aikaan myös tehtävien ”kammimista” terveyskeskukseen ”kyllä me itse” -orientaatiolla. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä näyttää hetkittäin vallitsevan kilpailuasema siitä, kumpi on parempi, osaavampi ja tarpeellisempi.

Erikoissairaanhoidon on erittäin vaikea/aikaa sitovaa hoitaa kokonaisuutta vaan se joutuu keskittymään oman alansa asiaan ja perusterveydenhuollossa täytyy hoitaa kokonaisuutta (ESHlääk/164)

Joskus on myös kyseessä selkeä puute tästä ominaisuudesta [sairaaloiden osaamisen kunnioittamisesta] terveyskeskuksessa, halutaan itse hoitaa asioita, jotka kuuluvat selkeästi ESH:oon, koska epäillään etteivät asiantuntijat siellä välitä potilaasta yhtä paljon kuin lähihoidossa. (PTHlääk/274)

Pahimmillaan työskentely ”arvauskeskuksessa” asettaa henkilöstön osamattomiksi, huonommiksi, hierarkian alemmalla tasolla oleviksi, erikoissairaanhoidon ehdoilla toimiviksi käskyläisiksi. Parhaimmillaan koettu arvostus motivoi yhteistyöhön tasaveroisena kumppanina.

Tuota vanhaa myyttiä erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta ja ”arvauskeskuksesta” pitäisi alkaa jo romuttaa, tieto-taito-taso on sama (molemmista on runsaasti kokemusta). (PTHlääk/245).

Osapuolten toistensa työn ja osaamisen arvostus luo myönteistä orientaatiota yhteiselle toiminnalle.

Onneksi useimmiten yhteistyö sujuu kapasiteettiongelmistä huolimatta ja ”arvauskeskus” lääkärinkin tutkimusta noteerataan. (PTHlääk/59).

Erikoissairaanhoidon valta näkyy perusterveydenhuollon vastauksissa valtana päättää erimielisyystilanteissa siitä, otetaanko asiakas erikoissairaanhoidoon. Tällöin rajanvetoa käydään eri ammattilaisten näkemysten ja tietoperustojen pohjalta. Perusterveydenhuolto tai asiakas ei välttämättä saa perustelua ratkaisuihin. Valta-asemasta ei ole kyse silloin, kun erikoissairaanhoidossa ei ole esimerkiksi tilaa potilaalle heti, vaan jonotuksen kautta. Tällaisten rajanvetojen tekeminen on terveydenhuollon arkipäivää. Perusterveydenhuollon näkökulmasta vallan käytöltä näyttäivät myös sellaiset tilanteet, joissa terveyskeskuksen tekemä arvio potilaasta jätetään kokonaan huomioon ottamatta. Samoin ajatellaan tilanteissa, joissa henkilökunta on kokenut erikoissairaanhoidosta tulevat viestit ”moitteina ilman perusteluja” tai ”määräyksinä” ja ”käskyinä”. Yhteisistä nuoteista soittaminen estyy myös tilanteissa, joissa vastaajat kokevat että sovittuja toimintakäytäntöjä on yksipuolisesti muutettu tai organisaation aiemmin ilmoittamat toimintakäytännöt muuttuvat, mutta muutoksista ei informoida yhteistyökumppaneita.

Erikoissairaanhoidosta esitetyt toiveet esimerkiksi koulutuksiin osallistumisista ja vastuu- ja yhdyshenkilöiden nimeämisistä voidaan terveyskeskuksissa kokea kohtuuttomina määräyksinä silloin, kun työpaineet ovat kovat ja resurssit puutteelliset. Toisaalta esimerkiksi erikoissairaanhoidon järjestämää koulutusta ja ohjausta arvostetaan. Vaikka ohjeet ja toiveet haluttaisiin täyttää, niin ei aina ole mahdollista eri syistä tehdä.

Keskussairaala vaatii nimeämään eri sairausryhmille terveyskeskukseen yhdyshenkilöitä. Vapaaehtoisia ei tahdo löytyä ja joku pitää nimetä. Harvoin järjestetään koulutuksia ja tulee huono omatunto. Kuitenkin käytännön työssä ei asioille oikein ehdi tehdä mitään eikä tiedä onko tarpeellista-kaan. Jää tuntuma, hyötykö asiakas tästä yhtään mitään. (PTHter/10)

Perusterveydenhuollon henkilöstö ei kuitenkaan aina katso erikoissairaanhoidon ylöspäin. Tämä voi erikoissairaanhoidon näkökulmasta näyttää arvostamattomuudelta ja yhteistyöhaluttomuudelta. Jälleen on kyse sekä henkilökohtaisista yhteistyöasenteista että organisatorisista eroista. Kun ”pitkälle erikoistuneen työryhmän suositukset lähes ’nauretaan’ terveyskeskustaholla”, mitä tämän nauramisen taustalla on? Ovatko suositukset sellaisia, että terveyskeskusten on mahdollista suositukset toteuttaa? Ovatko suositelijat ottaneet huomioon terveyskeskusten todelliset resurssit? Onko suositukset neuvoteltu yhdessä terveyskeskusten ja asiakkaan kanssa? Mikä terveyskeskuksissa naurattaa? Koetaanko siellä, että heidän osaamistaan ei ole arvostettu? Onko nauru turhautumista mahdottoman edessä? Onko nauru erikoisosajien työn sabotointia?

Oikeastaan harmillisimpia tapahtumia on, kun moniammatillisen lasten neurologiseen työhön pitkälle erikoistuneen työryhmän suositukset lähes ”nauretaan” terveyskeskustaholla. Eli keskustelematta asioista lapsen hoitovastuutahon kanssa tehdään täysin eriävä päätös. Tätä tapahtuu tosi harvoin, mutta tilanteeseen olen joutunut. Ja harmittaa perheen puolesta – mihin uskoa ja luottaa. (ESHter/28)

Erikoissairaanhoidon vastauksissa kerrotaan potilasesimerkkien kautta perusterveydenhuollon tilanteiden huomioon ottamisesta, keskusteluista ja työn ilon kokemisesta silloin, kun yhteistyö onnistuu henkilöiden välillä ja asiakkaan parhaaksi. Työn ilo syntyy työssä onnistumisesta. Aineistossa kuitenkin perusterveydenhuollon vastausten sävy on usein puolustelevalta ja ”alamainen”, ehkä osittain syyttäväkin. Erikoissairaanhoidossa koetaan tämä toisinaan esiintyvä puolustelevalta suhtautuminen yhteistyötä estävänä, mutta ilmiölle etsitään syytä terveyskeskusten henkilöstön työtaakasta ja resurssien vähäisyydestä. Terveyskeskusten henkilöstön ”alisteinen” asema terveydenhuollon järjestelmässä painaa ja huonontaa yhteistyöorientaatiota.

Meillä yhdistettiin röntgenpalvelut keskussairaalan kanssa. Niissä neuvotteluissa oli se henki, että perusterveydenhuollossa ollaan ikään kuin alemmalla tasolla ja he päättävät millaista toimintaa terveyskeskuksissa jatkossa tulee olemaan. Siinä koki koko henkilöstömme itsensä ”toisen luokan työntekijöiksi”, vaikka kaikki ovat konkareita ja huippuosajia. Aiemmin oli

vastaava yhdistyminen suoritettu laboratorioden osalta mutta vastaavaa kokemusta ei silloin syntynyt.” (PTHhoit/4).

Resurssien vähäisyys koetaan yleisenä terveyskeskustyön arvostamattomuutena. Perusterveydenhuollon vastaajat kokevat, että mikäli palkkaus, henkilöstö-, aika ja välineresurssit olisivat paremmat, tämä osoittaisi, että työtä pidetään tärkeänä.

Suurempana ongelmana kuin kunnioituksen puutteen koen henkilöstöresurssien vähyyden, joka johtaa henkilökohtaiseen riittämättömyyden tuntuun ja tunteeseen, ettei voi tehdä työtä hyvin. Työn laatu on kiinni esim. käytettävissä olevasta aikaresurssista. Jostakin syystä yhteiskunnassamme myös aiheetta mollataan terveyskeskusta (arvauskeskus). Verrataan yleislääkäreitä erikoislääkäreihin. (PTHter/309).

Tiedon ja tietämisen prosesseissa risteilevät yleinen ja erityinen, laaja ja kapea-alainen, hallinnon ja potilaan kanssa tehtävän työn toisistaan etäällä olevat informaation aallot. Ne voivat näyttää arjessa toisistaan etäällä olevina sektoreina, mutta ne kohtaavat henkilöstön näkemyksissä, kokemuksissa ja ratkaisuisissa aiheuttaen hämmennystä, ristiriitoja ja virheitäkin. Informaatiota arvotetaan hyväksi ja huonoksi ja tämä jako perustuu henkilöstön vastausten ristiriitakohdissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hierarkkiseen työnjakoon. Vaikka toisen osaamista kunnioitettaisiinkin, tämä parempi-huonompi, erikois- ja perusosaamisen jako säilyy. Molempien organisaatioiden vastaajat taistelevat kommentissaan tätä vastaan dialogisella orientaatiolla, puhuen arvostuksestaan toisten osaamista kohtaan, mutta erikoissairaanhoidon organisatorinen ja hallinnollinen ylemmyys säilyy.

[Yhteistyö] Toteutuu melko hyvin toki vastuuta tai työtehtäviä jaetaan koko ajan erikoissair.hoidosta tk:lle, eikä resurssit lisääntyvät ollenkaan samassa tahdissa. (PTHter/316)

5.2 Mahdollisimman rationaalista, kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä, byrokratiaa välttävää ja avointa

Straussin (ks. esim. 1993; 1997 ja 2001) ajatukset rakenteiden ja toiminnan sekä toimijoiden välisistä yhteyksistä ja kompleksisuuden jäsentämisestä³⁵ ovat terveydenhuollon työympäristöjen kompleksisuuden kannalta oleellisia. Straussin kirjoitukset sairaalamaailmasta 1950-luvulta lähtien soveltuvat 2000-luvulle. Inhimillisen vuorovaikutuksen ja makrorakenteiden systemminen kompleksisuus ja keskinäinen riippuvuus ovat vain tulleet aikaisempaa haasteellisemmaksi toiminta- ja tutkimusympäristöksi.

Strauss on tehnyt tutkimuksiaan samankaltaisessa ympäristössä, jossa oma tutkimusaineistoni on syntynyt. Amerikkalainen terveydenhuollon järjestelmä ja sen historia poikkeaa suomalaisesta, mutta terveydenhuollon ammatillisuutta, tietoa ja muutosta koskevat kysymykset ovat ylikansallisia. Hoidon järjestämisen vastuista (palveluista ja niiden rahoituksesta) kiistellään pääsääntöisesti julkisen ja yksityisen sektorin sekä kansalaisten ja potilaiden oman vastuun välillä. Organisatorinen ja ammatillinen työnjako ja valtakysymykset hierarkioineen ovat kaikkialla jäsentäneet terveydenhuollon toimintaa. Strauss on rakentanut teoriansa nimenomaan kompleksiseen, moniulotteiseen ja usein ristiriitaiseen sekä jatkuvassa muutoksen tilassa olevaan kontekstiin, jossa toisaalta on myös pysyvyyttä. Hän on keskittänyt tutkimuksensa pragmaattisesti mikrotason toimintaan. Olennainen kysymys hänelle on myös se, miten makrorakenteet ovat yhteydessä inhimilliseen vuorovaikutukseen (esim. Strauss, Fagerhaug, Sucek & Wiener 1997, 210–290).

Neuvotellulla sosiaalisella järjestyksellä on useita dimensioita, joista tärkein on ajallisuus, tilanteiden väliaikaisuus. Nämä väliaikaiset tilanteet ovat ohikiitäviä hetkiä, episodeja, joista terveydenhuollon henkilöstön työpäivä koostuu. Neuvottelut tapahtuvat jatkuvasti vaihtuvissa arjen tilanteissa.

Jokainen kartoittaa omalta osaltaan potilaan tilanteen ja kirjaa nykytilanteen, ongelmat ja suunnitelmat/suosituksukset ylös. Hoitava lääkäri tekee yhteenvedon ja kaikki tarvittava tieto potilaan hoidosta siirretään jatkohoito-

³⁵ Straussin toiminnan teorian (theory of action) perustana ovat Deweyn ja Meadin pragmatismien ideat sekä Chicagon sosiologien interaktionistiset ajatukset (Strauss 1993, 1–44), joista hän on tuottanut omien empiiristen tutkimustensa pohjalta omaa neuvotellun sosiaalisen järjestyksen teoriaa (Strauss 1993; 2001).

paikkaan. Jokainen asiantuntija on yksi lenkki moniammatillisessa yhteistyössä. (ESHter/160)[Yhteistyöasiantuntijuus]

Ongelmat syntyvät siirtymissä episodeista toiseen. Edellisessä episodissa tehdyt valinnat ja informaation merkitykset eivät välttämättä siirry seuraavaan episodiin tarkoitetulla tavalla.

Organisaatio on henkilökunnalle olemassa säännöissä, sopimuksissa, työjärjestelyissä ja niiden ymmärtämisessä. Episodien toimijat tulkitsevat kaikkea tapahtunutta oman ymmärryksensä ja tilanteissa tulkitun kontekstin kautta. Mikä tahansa muutos tai havainto haastaa sosiaalista järjestystä ja tekee uudelleen neuvottelun välttämättömäksi. Neuvottelun tavat voivat olla avoimia tai suljettuja, säännöllisiä tai poikkeuksellisia, standardisoituja tai uusia, yleisiä tai erityisiä, eksplisiittisiä tai ilman keskustelua syntyneitä. Olennaista on se, että neuvotteluprosessi mahdollistaa arjen työn tekemisen ja jatkuvuuden. Tekeminen ja jatkuvuus eivät aina tarkoita kaikkien osallisten kannalta onnistunutta ratkaisua. Se tarkoittaa kompleksisten systeemien kykyä organisoitua ja rakentaa toiminnan suuntaa silloinkin, kun kohtaavat epävarmuutta.

Esimerkiksi, jos osapuolet ovat erimieltä, asian neuvotteluun ottaminen tekee erimielisyydestä näkyvän. Näkyvyys pakottaa ottamaan kantaa ja tämä voi johtaa joko epämuodolliseen tai muodolliseen sääntöjen muutokseen. Muodollinen sääntöjen muutos tarkoittaa esimerkiksi sellaista tilannetta, jossa erimielisyys tuottaa lopulta organisaation hallinnon tasolla kirjatun sääntömuutoksen, joka koskee kaikkia organisaation jäseniä. Epämuodollinen sääntömuutos jää toimintaa ohjaavaksi käytännöksi ilman hallinnollista hyväksymistä tai kirjaamista. (Strauss 2001, 198–202; 2008, 248–262.) Näkyväksi tuleminen on palaute, joka voi olla pieni tai suuri, samanmielisyyden osoitus tai ristiriita. Episodien välinen katkos voi tarkoittaa katkosta potilaan hoidossa tai katkosta organisaatioiden välisessä yhteistoiminnassa, mutta se ei tarkoita katkosta systeemin toiminnassa.

Lukuisten yksityiskohtien ja monitasoisuuden aiheuttaman pirstaloitumisen ja epävarmuuden rinnalla, kompleksisille systeemeille on luonteenomaista järjestykseen pyrkiminen. Järjestys tarkoittaa Straussin (1993, 2001; Strauss ym. 1997) mukaan tilanteissa, tapahtumaepisodeissa neuvoteltua järjestystä. Organisatoristen järjestysten jäsenyykset osoittavat, millä tavalla organisaatioiden sisällä kompleksisuus itseorganisoituu toimivaksi kokonaisuudeksi. Nämä hallinnan välineet, kuten esimerkiksi ajalliset järjestykset, eivät ole toimijoille joka hetki tietoisia järjestyksiä, mutta rutii-

neihin sisältyvinä ne mallintavat arkea. Organisatorisilla rutiineilla on aina yhteys kompleksisiin seurauksiin ja erilaisiin järjestysten yhdistelmiin (Strauss 2008, 198).

Organisaation ajalliset toimintakäytännöt ja rakenteet ovat tärkeimpiä toimintaa ohjeistavia järjestyksiä. Aikoihin liittyviä yhteisiä toimintakäytäntöjä muokataan jatkuvasti. Niillä pyritään hallitsemaan pirstaleisuutta myös organisaatioiden välisessä yhteistoiminnassa. Yksityiskohdat muuttuvat näissä tapauksissa tärkeiksi suunnittelun välineiksi. *Ajallinen järjestys* liittyy aikataulutuksiin, etenemiseen, yleisyyteen, keston ja toimintojen ajoitukseen (Strauss 2008, 59). Erilaisten aikojen yhteensopivuus on merkittävä yhteistyötä mahdollistava rakenne. Seuraavassa esimerkissä ajallinen järjestys on potilaan sairauden diagnosoinnin järjestys alkututkimuksesta jatkotutkimukseen ja organisaatioiden välinen tutkimusten järjestyksen kulku ensin perusterveydenhuoltoon ja sitten erikoissairaanhoidon. Lisäksi kyse on siitä, kauanko potilas odottaa hoitoon pääsyä. Tämä on samalla myös organisaation ja sen henkilöstön työn ajallista järjestymistä.

Meillä on vain diagnostisia osioita alkututkimiseen, erikoissairaanhoidossa on jatkotutkimuksen keinot ja yleensä koko hoitoarsenaali. Jälkihoito onnistuu jo 2–3 vrk kuluttua terveyskeskuksessa. (PTHlääk/150) [Yhteistyöasiantuntijuus]

Straussin käsite (2008, 59) työn järjestys viittaa siihen, millaisena työ ajatellaan, miten järjestetään, ylläpidetään ja uudelleen järjestetään. Työn järjestys kertoo jotain ydinarvoista ja yksinkertaisista yhteisistä säännöistä. Seuraavassa esimerkissä erikoissairaanhoidon lääkäri pohtii työn järjestymistä perusterveydenhuollon avohoidon ja erikoissairaanhoidon työnjakona. Lääkäri edellyttää näiden organisaatioiden ja tehtävien mahdollisuuksien pohtimista ja oman ammatillisen osaamisen yli menevää järjestelmän toiminnan tuntemista.

Tuntemus, mitä voidaan ja tulee tehdä avohoidon lääkärin toimesta ja mitä mahdollisuuksia on erikoissairaanhoidossa. Eri sairauksien tuntemista, järjestelmän toiminnan tuntemusta. (ESHlääk/97) [Yhteistyöasiantuntijuus]

Teknologinen järjestys puolestaan liittyy toimintaan, jossa tarvitaan mekaanisia koneita tai laitteita tai muuta ”kovaa” teknologiaa. Sähköisiltä po-

tilastietojärjestelmiltä toivotaan aineistossa tiedon kulun parantamista ja päällekkäisten toimintojen ehkäisyä tulevaisuudessa.

Nykytekniikan hyödyntäminen. RTG- ja kuvakonsultaatioitten reaaliaikaisuus tuonut uuden syvyyden konsultaatioihin. (PTHlääk/43)[Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Tklääkärin yhteydenotto videokonsultaationa huonosti liikkuvalla potilaalle, jolle saman tien sovitaan lisätutkimukset ja leikkaustoimenpiteen ajoitus ja jälkihoito lähtevän lääkärin toimesta. (ESHlääk/34)[Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Kuitenkin teknologinen järjestys voi luonnehtia yhtä lailla, minkä tahansa toiminnan toimintamalleja (Strauss 2008). Esimerkiksi sydänkohtauksen saaneen potilaan riittävän nopea hoito edellyttää sovitut toimintajärjestykset, tilat, tutkimuslaitteet ja osaavan henkilökunnan kaikissa hoitoketjun vaiheissa. Henkilökunnalla tulee myös olla tieto toimintamallista ja siitä, missä potilaan oikea hoitopaikka milloinkin on ja missä tehtävissä toimivat henkilöt ovat oikeita yhteyshenkilöitä konsultaatiotilanteissa.

Sydänkohtauksen saanut potilas tk:ssa. Konsultoitu sisätautien päivystäjää, ohjeet hyvät, aloitetaan hoito tk:ssa ja siirto stabiilissa vaiheessa päivystyksenä jo valmiiksi varattuun toimenpide/tutkimustilaan. Toimenpide/pallolaajennus tehty; pt säästyi sydänlihaskauriolta. (PTHlääk/51) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Informaatiojärjestys koskee toimijoiden välisen informaation kulkua (information flow between interactants). Se sisältää informaatiotyypit, informaation määrän, lähettäjän ja vastaanottajan sekä tiedon siitä, miten informaatio siirretään. *Sentimentaalinen eli tunnejärjestys* viittaa sellaisiin asioihin kuin mielialat, motivaatiot, organisaatioilmasto ja ihmisten väliset suhteet. *Moraalinen järjestys* viittaa normeihin ja sääntöihin sekä sopimuksiin, jotka ylläpitävät eettisiä arvoja. Laajemmat rakenteelliset olosuhteet sekä välittömässä vuorovaikutuksessa tapahtuvat asiat voivat häiritä näitä järjestyksiä. (Strauss 2008, 59–60.)

Järjestykset syntyvät tilanteissa, joissa ihmiset tekevät tulkintoja ja valintoja. Ne eivät ole absoluuttisia paikallaan pysyviä järjestyksiä, joista toimijoilla olisi sama tulkinta. Vaikeasti sairaan moniongelmaisen potilaan

apuvälinetarve on kiireellinen erikoissairaanhoidon terapeutin arvion mukaan. Päätös juuttuu kuitenkin päätösprosessin eri vaiheisiin. Terapeutin työn järjestyksen, ajallisen ja moraalisen järjestyksen neuvottelun lähtökohtana ovat vaikeasti sairaan potilaan tarpeet. Tässä esimerkissä neuvotteluepiso katkeaa järjestysten kohtaamattomuuteen. Moninkertaisesti sovitut hoitosopimukset eivät takaa sitä, että tilannetta tulkittaisiin samalla tavalla. Tulkittavana ovat vanhat ja uudet käytännöt, mutta neuvotteluosapuolet ottavat kantaa myös muun muassa potilaan tarpeeseen ja tarpeen täyttämisen kiireellisyyteen. Näillä tulkinnoilla rakennetaan erityisesti moraalista järjestystä.

[Epäonnistunut tapahtuma] Nosturin tms. apuvälineiden hankinta vaikeasti sairaalle moniongelmaiselle potilaalle, jonka apuvälinepäätöksillä on kiire. Päätös juuttuu monen päättäjän pöydälle. Päätöstä ei tehdä, ei uskalleta tehdä vaikka kliininen tarve on ilmeinen ja asiat sovittu moninkertaisesti erilaisin hoitosopimuksin. Vallankäyttö, tietämättömyys asiantuntemattomuus ja siihen liittyvä riskien hallinta ja päätösten teon vaikeus haittaavat arkielämää. Kun ihmiset eivät ymmärrä omaa työtään osana kokonaisuutta puututaan lillukan varsiin ja yritetään olla asiantuntijoita asioissa, joissa tarvitaan lähinnä sujuvuutta ja yhteistyötä. Väitän että suurin syy terveydenhuollon ongelmiin on asiantuntevien nykytilanteen tunnistavien terveydenhuollon osaajien puuttuminen. Ihmiset elävät menneessä ajassa. Avo toiminta vaatii uusi käytäntöjä ja ripeyttä päätöksentekoon. Ja ennen kaikkea osaamista (ESHter/5)

Organisaatioiden järjestysten kehkeytyminen

Straussin (1993) mukaan mitkä tahansa näistä järjestyksistä voivat kulkea systeemin läpi tilallis-ajallisessa dynamiikassa monien mahdollisten reittien välityksellä. Esimerkiksi Ralph Stacey ym. (2000) pitävät kuitenkin tätä näkemystä organisaatioihin sovellettuna ongelmallisena. Organisaatioiden kompleksinen vuorovaikutus tapahtuu vallan muotojen ja merkitysten emergenssin kautta. (Ks. myös MacLean & MacIntosh 2008.) Kaikki mahdollisuudet eivät ole avoimia. (Stacey ym. 2000.)

Tutkimuksessani tarkoitan toimijoiden yhteistyöorientaatiolla sekä tiedostamatonta että tiedostettua vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen osapuolina ovat ensiksikin konkreettiset henkilöt konkreettisissa yhteistyötilan-

teissa. Tilanteessa, jossa henkilökunnan edustaja keskustelelee potilaan kanssa ja tekee ratkaisuja jatkotoimenpiteistä, hän ei ehkä mieli tietoisesti ratkaisujensa seurauksia potilaan hoitoon osallistuvien työn kannalta. Kuitenkin vuorovaikutuksessa ja siitä seuraavassa toiminnassa ovat osapuolina kaikki, joiden kautta potilaan hoitoketju kulkee. Yhteistyöorientaatiossa on kyse siitä, miten potilaan hoito- ja palveluketjuun toimijoinen ja prosesseineen suhtaudutaan.

Toiminta on Straussin (1993, 24) mukaan upotettuna vuorovaikutukseen: toiminta kantaa menneen, tulevan ja kuvitellun tulevaisuuden merkityksiä. Lisäksi toiminta luo uusia merkityksiä. Kyseessä on monimutkainen persoonien, organisaatioiden ja sosiaalisten sääntöjen arvottamien päämäärien muodostama prosessi. Toiminta ja vuorovaikutus eivät aina ole välttämättä rationaalisia, eivätkä toimijat pidä toistensa rationaalista toimintaa aina rationaalisenä (mt., 30). Esimerkiksi potilaan vaatimus saada hoitoa sairauteensa, vaikka paranemisennuste on tieteellisen näytön perusteella huono, on potilaan näkökulmasta rationaalista. Hoitavan henkilökunnan tai terveydenhuollon taloudellisuuden näkökulmasta näin ei ole. (ks. Saarni 2010.)

Toiminnassa on myös emotionaaliset puolensa (Strauss 1993, 31). Kompleksisuuden yhtenä kuvaajana ovat useat päällekkäiset prosessit, joihin toimijat osallistuvat. Straussin (mt., 32) mukaan toimijat tulkitsevat toimintojen vaihtelevia kestoja myös eri tavoin. Lisäksi nämä tulkinnat saattavat muuttua toiminnan kuluessa.

Henkilökunnan on välttämätöntä jaksottaa asioita, erilaisten asiakkaiden hoitoratkaisuja, erilaisia hoitoketjuja, hoidon erilaisia prosesseja, ohjeita ja niin edelleen yhteisesti määriteltyjen päämäärien ja niihin sovittujen keinojen järjestyksiksi. Toiminnan ja vuorovaikutuksen eri prosesseissa järjestykset ja mallit alkavat kuitenkin elää osin omaa elämäänsä.

Toiminnan kesto, nopeus ja tarkoitus voivat muuttua toiminnan aikana, mikä puolestaan voi muuttaa vuorovaikutuksen rakennetta ja prosessia. Kompleksisissa ilmiöissä yksityiskohtien (informaatiota, tietoa, toimintoja jne.) suuren määrän hallinnan pyrkimykset mallintamisten ja standardointien avulla hajoavat inhimillisessä vuorovaikutuksessa. Kuitenkin osa luokittelusta ja jäsenyksistä säilyy ja osa muokkautuu uusiksi rutiineiksi. Rutiinit voivat olla yksilön rutiineja tai kollektiivisempia. Osa toimintaan kuuluvista yksityiskohdista katoaa toimijoiden tehdessä jatkuvaa arviointia siitä, mitä tapahtuu. Toimijoiden erilaiset taustat ovat myös usein komp-

leksisia, limittäisiä ja ristiriitaisia eivätkä kaikilta osin näkyviä toisille toimijoille. (Strauss 1993, 41.)

Toimijoilla itsellään on tapahtumien vaiheista omat käsityksensä. Kun toimijat katsovat, että toiminta ja sen vaiheet ovat toivottuja, he pyrkivät jatkamaan toimintaa samaan suuntaan. Näin huolimatta siitä, että se olisi tuskallista tai hankalaa. Toimijoilla on visio toiminnan odotetusta suunnasta ja siitä, miten toimintaa muotoillaan, jotta suunta säilyisi. (Strauss 1993, 53.) Keino-päämäärä skeema voi olla riittävä ohjaamaan toimintaa silloin, kun suunta on selkeä. Silti toiminta voi yhtä hyvin muuttua. Tämä johtuu siitä, että ulkoiset satunnaisuudet hankaloittavat toimintaa, mutta myös siitä, että sisäiset satunnaisuudet vaikuttavat vuorovaikutukseen. (Strauss 1993.) Jaettiinpa toiminnan suunnat toimijoiden välillä tai ei, tällä on seurauksia toiminnalle ja vuorovaikutukselle. Yksittäisiä toimintaepisodeja koskevat keinot ja päämäärät uppoavat kokonaisuuden prosessimaisuuteen ja tilanteisuuteen. Kokonaisuutta on siksi vaikea hallita.

Seuraava näyte on esimerkki episodista, jossa sairaalan osastonhoitaja pohtii lastenastmojen hoitoa yliorganisatorisesti. Vastaaajan mukaan resursipulan vuoksi vastuu jää kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidolle, jolloin hoidonporrastus on vain nimellinen. Hoidonporrastuksen aloittaminen on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtävänjaon mukainen sopimus siitä, miten potilaiden hoitovastuu jaetaan terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä. (Valtion säädöstietopankki 2010). ”Hyvillä lapsiastmatikoilla” viitataan tapauksiin, joissa ei ole tai on vain vähän varsinaista erikoissairaanhoidon tarvetta.

Olen lastentautien poliklinikalla. Avopuolella ei ole resursseja hoitaa esim. lastenastmoja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ns. hyvät lapsiastmaatikat roikkuvat erikoissairaanhoidossa, koska kunnissa ei ole varaa palkata/nimetä lastenastmasta vastaavaa hoitajaa. Tälle ko. henkilölle kuuluisi esim. lasten spirometriatutkimukset. Meillä on käytännössä n. 1 vuoden kestävät jonot astmahoitajalle. Olemme aloittaneet hoidonporrastuksen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että meidän astmahoitaja opettaa/etsii kunnasta sairaanhoitajia ns. vastuu hoitajiksi!!! (ESHhoit/7) [Kuvaus epäonnistuneimmasta yhteistyötapahtumasta]

Edeltävässä esimerkissä taloudelliseksi tarkoitettu työnjako ei toteudu. Asiakkaiden tilanne paranee, kun vastuuhoidtaja löytyy ja jatkohoito järjestyy asianmukaisessa paikassa. Sellaiset ratkaisut, joissa erikoissairaanhoid-

don asiantuntijaresurssija hyödynnetään tehtäviin, jotka kuuluisivat toisen organisaation osaavan henkilökunnan toiminta-alueelle, eivät ole taloudellisesti järkeviä. Henkilöstö joutuu tekemään kokonaisjärkevyyden arviointia yhtä aikaa potilaiden hoidon kanssa.

Terveyskeskukset ovat niin kuormitettuja, että potilaat eivät pääse jatkohoitoon heti erikoissairaanhoidon tarpeen loputtua. Tästä seuraa se, että erikoissairaanhoidon kuormitusta on vaikea ennakoida. Preoperatiiviset kokeet ja arviot tehdään terveyskeskuksessa kiitettävästi. Fysioterapiapalvelut toimivat hyvin terveyskeskuksissa. Yleisesti ottaen yhteistyö sujuu hyvin. Resurssipula aiheuttaa eniten päänvaivaa. (ESHhoit/4)[Kuvaus epäonnistuneimmasta yhteistyötapahtumasta]

Kun erikoissairaanhoidossa tiedetään, että terveyskeskuksessa voidaan ottaa potilas vastaan ja antaa asianmukaista hoitoa, voidaan turvallisesti tehdä päätös potilaan nopeasta jatkohoitoon siirtämisestä.

Potilaalle on asennettu polviproteesi. Hän pääsee jo kolmantena postoperatiivisena päivänä paikkakuntansa terveyskeskukseen jatkohoitoon, koska siellä on riittävä asiantuntemus hoitaa kyseistä potilasta. Hoitoajat erikoissairaanhoidossa lyhenevät ja voimme tehdä enemmän leikkauksia, jonotusajat lyhenevät. (ESHhoit/16). [Kuvaus onnistuneimmasta ...]

Tällöin resurssit voidaan käyttää hyödyllisemmin jonossa odottavien potilaiden hoitoon. Kokonaisuutta ajatellen työnjaon edellytyksistä huolehtimisesta on etua kaikille osapuolille: taloudelliset resurssit käytetään tehokkaasti niihin tehtäviin kuin on tarkoitettu, organisaation osaamista hyödynnetään täysipainoisesti, työntekijöiden työmotivaation säilyy ja saumattomassa palveluketjussa annetaan hyvää hoitoa.

Erilaisten toiminta- ja tapahtumaepisodit ja toimijoiden tavoitteet eivät avaudu toimijoille sellaisena yhteisenä kokonaisuutena, että olisi mahdollista vastata, kenen haluamaan suuntaan tai mihin päämäärään vuorovaikutusta ohjataan. Tietoinen suunnittelu tapahtuu eri tasoilla eri tavoin. Haluttu suunta ymmärretään ja tulkitaan myös eri tavoin. (Strauss 1993, 55.) Toimijoiden on mahdollista tulla tietoisiksi toiminnan strategisesta luonteesta ja ajattelusta niiden takana ja vastata niihin esimerkiksi vastustamalla, tukemalla tai jättämällä huomiotta. Kuitenkaan yksikään yksittäinen toimija ei voi ohjata tai hallita mitään prosessia täysin oman halunsa mu-

kaisesti. Kaikki pyrkivät muokkaamaan toiminnan suuntaa tai sen osaa oman toimintansa rajoitusten sisällä. Joillakin toimijoilla on kuitenkin enemmän valtaa kuin toisilla vaikuttaa siihen mitä tapahtuu. (Strauss 1993, 56–57.)

Rutiinit

Rutiinit ovat toiminnan standardisoituneita malleja, jotka mahdollistavat päämääräsuuntautuneen toiminnan. Rutiininomainen toiminta ei kuitenkaan ole pelkästään standardisoitua. (Strauss 2008, 191–200.) Terveystuon rutiinit ovat olleet liikkeessä jo jonkin aikaa. Rutiineja rikkovat paineet tulevat sekä makro- että mikroympäristöistä. Esimerkiksi tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimukset sekä teknologian kehittyminen tuottavat muutostarpeita organisaatioihin. Oman edun tavoittelu ja valtaa omaavat toimijat voivat ohjata organisatorisia sääntöjä, mutta toisaalla niitä voidaan myös rikkoa. Uusia tapoja toimia ja työskennellä syntyy julkittuotujen sopimusten ja uusiksi rutiineiksi tarkoitettujen sääntöjen selän takana. (Strauss 2001, 198.)

Organisaatioiden ja muiden kollektiivien toimintaa järjestävät rutiinit perustuvat eksplisiittisiin ja implisiittisiin sopimuksiin toimijoiden välillä. Nämä sopimukset voivat perustua neuvotteluihin, suostutteluihin, pakottamiseen, manipulaatioon ja niin edelleen. (Strauss 2001, 198.) Osa toimijoista voi jäädä näiden järjestelyjen ulkopuolelle. Ristiriitainen suhtautuminen sopimuksiin ja niihin liittyviin rutiineihin näkyvät organisaatioiden sisäisissä ja niiden välisissä konflikteissa. Osa toimijoista voi sitoutua uudella tavalla sovittuun toimintaan, osa voi irtisanoutua siitä, muuttaa sitä ”omin päin” tai palata entiseen sovitusta huolimatta. Tulkinnat ja niihin perustuvat valinnat eivät tällöin perustu yhteiseen tietovarantoon vaan heiluvat vanhojen rutiinien ja uuden vielä kehkeytymättömän välillä.

Sovimme, että sairaanhoitopiiri hoitaa Call Center-toiminnan kilpailutuksen ja sopimukset palvelun tuottajan kanssa ja kunnat tekevät hoitotakuu/ puhelinohjaus asioissa sopimukset sairaanhoitopiirin kanssa. Kaikki sairaanhoitopiirin kunnat olivat mukana. [Kaupungin nimi] kaupunki muutti yksipuolisesti tahollaan sopimusta liittäen siihen tehtäviä omasta organisaatiostaan (ajanvaraus, lab.vastausten välittäminen ym.) joita ei ollut sovittu. Niinpä siellä rahat eivät riittäneet. Nyt [Kaupunki] on muuttanut so-

pimustaan call center -asioissa ja muutama kunta irtisanonut kokonaan sopimuksen ja me muut kuuliaisit maksamme alkuperäisen kaltaisen toiminnan. (PTHlääk/27) [Kuvaus epäonnistuneimmasta...]

Rutiinit ovat tärkeitä, mutta olemassa olevat rutiinit eivät rakenna yliorganisatorista luottamusta, vastuuta tai potilaan hoidon jatkuvuutta (esim. Saaren-Seppälä 2004, 152–156). Vanhoihin rutiineihin perustuva kollektiivinen tietovaranto ei sellaisenaan toimi nykyisessä tilanteessa. Rationaalisuus ei merkitse rutiininomaista organisaation byrokraattisten sääntöjen noudattamista, vaan myös valintojen tekemistä toisin. Valintojen tekeminen mahdollistuu vanhan toimintarakenteen ja uusien ympäristön tuottamien ”tarjousten” rajoissa.

Puun ja kuoren välissä oppii luovimaan: sairaalan päivystys pkl:lla on osittain sairaalan ulkopuolella sairaalan näkökulmasta katsottuna ja sairaalan sisällä avohoidosta katsottuna (ESHlääk/50) [Arvio omasta yhteistyöosaamisesta]

Aineiston perusteella näyttää siltä, että nykyiset organisaatiot mahdollistavat sekä organisaatioiden että henkilöiden tekemät yksilölliset ratkaisut. Yhteisen osalta ei ole riittävän selkeitä sääntöjä, vaikka yhteistyön tarve onkin yleisesti todettu. Lainsäädännöllä määritelty terveyskeskusten ja sairaaloiden työnjako eriyttää organisaatioissa toimivien henkilöiden työkentän ja myös töiden tavoitteet ja sisällöt. Kuitenkin vastuista sopimisen tulisi tapahtua siten, että potilaalle kaikki näyttää sujuvalta.

Potilaan asiallinen, ripeä hoitaminen on pääasia potilaan kannalta. Menettelytapojen ja työnjaon sopiminen on organisaation välinen asia, joka on sovittava erikseen. Potilasta ei voi pompotella. (PTHter/280). [Selkeä vastuu..]

Selkeä vastuu ei välttämättä merkitse asiakkaan siirtämistä seuraavalle hoitavalle taholle tiukan erikoistuneen työnjaon mukaisesti, vaan oman tehtävän laaja-alaisempaa tarkastelua ja vastuun määrittelemistä potilaan näkökulmasta. Tämä tarkoittaa potilaan tilanteen mukaista harkintaa eikä organisaation muodollisen tehtävärakenteen noudattamista.

[Selkeä vastuu] Oleellista, liian helposti ajautuu erikoisyksikköön, jossa tutkimuskierre turhaan jatkuu, eikä potilaan kokonaisuus siitä hyödy. (ESHlääk/152)

Rakenteita ylläpitävän hallinnon näkökulma voi abstrahoitua kauemmas käytännön hoitotyön rationaliteeteista.

Vastaukset tulivat hallinnon näkökulmasta, koska en toimi käytännön hoitotyössä. Tästä johtuen vastaukset osittain abstrakteja.” (PTHoit/182)

Toive selkeistä säännöistä, ohjeista, sopimuksista ja niin edelleen on aineistossa vahva. Tiukka hierarkkinen työnjako tarkoittaa töiden tehokasta viipalointia osa-alueisiin ja edustanee selkeyttä. Tämä ei kuitenkaan riitä. Selkeyden toiveella tarkoitetaan yhdessä tehtyjä rakennelmia, joissa voidaan kokea, että ammatilliset ja organisatoriset hierarkiat ylittyvät. Selkeydellä haetaan yhteistä ymmärrystä asioiden järjestämisestä. Hierarkkiseen sairaaloiden ja terveyskeskusten työnjakoon nojaaminen näyttää osittain estävän tämän kokemuksen syntymistä.

Keskussairaalasta tulee useimmiten vain ohjeet näin tehdään, ei kysytä tehtiisiinkö. (PTHter/427)

Yhteistyö ja työnjako järkevästi lääkäreitten ja hoitohenkilökunnan kesken kariutuu vanhoihin hierarkioihin, tehdään ns. tiimityötä, kunnes tulee todellinen tarve moniammatillisuuden tunnustamiselle. (ESHhoit/3)

Byrokraattinen työnjako ja rationaalisuus ei katoa yhtäkkiä vaan systeemi rakentuu jatkumossa, jossa uusi rakentuu järjestelmän historialliselle perustalle.

Meillä on alueella osittain yhteiset toimintatavat ja niitä on yhdessä yritetty kehittää. Osa toimintatavoista juontaa kuitenkin vielä juurensa organisaatiokohtaisista vanhoista toimintatavoista, eikä niitä voi hetkessä muuttaa. (ESHlääk/234)

Uudessakin tilanteessa on aina myös rutiineja. Straussin (mt., 195) mukaan hämmennymme helposti, jos emme kykene nopeasti määrittelemään tilannetta totuttuun perustuen. Hämmennyksen hetki on kuitenkin valinnan

hetki. Tilanne voidaan määritellä erilaiseksi, uudeksi tai epätavalliseksi. Tällöin valitussa toiminnassa hyödynnetään vanhoja rutiineja, suuntaudutaan alkuperäiseen toimintatapaan. Valittu toiminta voi kuitenkin sisältää myös jotain uutta.

Byrokraattisen järjestelmän tavoitteena on selkeys. Selkeyttä tavoittelevat työntekijät haluavat toimia sääntöjä noudattaen. He pyrkivät ymmärtämään miten organisaatio ohjeistaa työtä ja soveltamaan organisatorista kontekstia potilastyöhön ja omaan ammatillisuuteensa. Ritva Engeström (1999, 274) toteaa, että potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa tulkitaan byrokraattisia ehtoja ja hallinnollisia sääntöjä jatkuvasti. Nämä tulkinnat koskevat vastaanottoaikojen ajankäyttöä, hoitosuhteen jatkuvuutta ja potilaan henkilökohtaisten ongelmien sekä organisaation edustajien, lääkärin, tulkintoja potilaan tarpeista. Nämä tulkinnalliset kehykset laajenevat potilasta hoitavien eri organisaatiota edustavien ja eri tehtäviä hoitavan henkilökunnan toiminnassa. Kukin hoitaa oman tehtävänsä. Kuitenkin henkilöstön näkökulmaerot osoittavat, että organisaatioiden säätelemä työnjako tuottaa katkoksia yhteistoimintaan. Ongelmaksi jää lisäksi se, että näkökulmien ristiriitoja ei välttämättä arjessa tuoda näkyviksi. Omista tehtävistä kiinni pitäminen, oman tehtävänmukaisen kannan puolustaminen, ”pykälien” mukaiset perustelut ovat oikeutettuja. Byrokratia, organisaation säännöt ja rakenteet edellyttävät tällaista asennetta omaan työhön. Tämä kuitenkin tarkoittaa myös sitä, että ollaan ”*napit vastakkain*”, vaikka kokonaisuutena organisaation asettama tavoite on kaikille, jopa organisaatiot ylittävästi sama.

Yhteisiä toimintatapoja on vuosien varrella jouduttu moneen kertaan sopimaan. Kun henkilöstö vaihtuu, unohtuvat sopimukset ja taas neuvotellaan. Itseäni ärsyttää se, että joskus ylilääkäri palauttaa tk:sta tulleita lähetteitä, jotka eivät muodoltaan vastaa sopimuksia, vaikka ilmiselvästi asiakas tarvitsee keskussairaalan tutkimuksia. (ESHter/386)

On monia asioita, joissa kummallakin taholla on omat toimintatapansa ja jotkut poikkeavat suurestikin toisistaan. Nyt sairaanhoitopiirimme on pyrkinyt ohjeistamaan eri alojen toimintalinjoja ja niistä on pidetty koulutuksia. mm. yhteiset haavanhoito-ohjeet ovat olleet erittäin hyvä asia. (PTHhoit/176)

Rutiininomainen ja itsekritiikitön ”omasta tontista” kiinnipitäminen tuottaa myös organisaatioiden sisälle kilpailuasetelmia, jossa kilpailua käydään byrokraattisiin sääntöihin vetoamalla, kukin oman tehtävänsä näkökulmasta. Aina ei välttämättä ole kyse kilpailusta tai vallasta. Dialogin osaamisessa, halukkuudessa dialogiseen toimintaan ja mahdollisuuksissa toimia dialogisesti on yksilöllisiä eroja.

Käytännön yhteistyö toimii pienyksikköni ja erikoissairaanhoidotasolla (xxx aluesairaala) kohdalla hyvin. Enemmänkin ongelmat ovat johdon yhteistyössä eli johto ei aina tiedä, mitä olemme tekemässä ja ajatukset suunnitelmista eivät aina perustu tietoon ja asioitten johdonmukaiseen käsittelyyn. Johtamisessa ja viestinnässä on havaittavissa korvikejohtamisen elementtejä. (PTHter/1)

Rutiinit voivat näyttäytyä Straussin (1993, 42) mukaan harhaanjohtavasti ei-problemaattisina. Rutiinit ovat asioita, jotka sujuvat ilman, että niitä tarvitsee pohtia. Tuleva toiminta muuttuu, kun vuorovaikutukseen ja toimintaan tulee problematisoivia, rutiineja purkavia elementtejä. Problemaattisuus syntyy siitä, että ajatellaan ja keskustellaan, tuodaan asioita esille toimijoiden erilaisista perspektiiveistä. Tämä vaikuttaa yksilöihin ja yhteisöihin, jotka ovat toiminnassa mukana. Näissä Straussin ajatuksissa on selvä yhteys aiemmin kuvaamaani kompleksisten systeemien toimintaan. Rutiinit vastaavat systeemin alkuperää, jota kohti toiminta pyrkii valintatilanteissa suuntautumaan, huolimatta ympäristön haasteista. Rutiinit ovat turvallinen perusta, johon halutaan nojata, jos se vain on mahdollista. Straussin (mt.) mukaan rakenteet – sekä suurempien systeemien, organisaatioiden että kollektiivisen vuorovaikutuksen rakenteet (esim. organisaatioiden kulttuurit) – eivät muutu kovin nopeasti. Ne edustavat taustalla olevaa ”sujuvaa” rutiinia, joka ei vaikuta päivittäisessä vuorovaikutuksessa tehtäviin ratkaisuihin nopeasti radikaalilla tavalla.

Byrokraattiset säännöt muokkautuvat kuitenkin ”hiljaisesti” erilaisiksi organisaatioiden rakenteiden muuttuessa. Uuden ujuttautuminen kompleksisissa järjestelmissä ei ole konkreettista ja selvää, vaan siinä on paljon ilmassa leijuvia mahdollisuuksia ja ristiriitaisia vaihtoehtoja, joihin toimijat tarttuvat arjen työtilanteissa toisistaan hieman poikkeavin tavoin. Kilpailuasemissa tällaista katkosta yhteistyössä ei huomata. Toiminnassa kehkeytyvien rutiineja rikkovien uusien sääntöjen näkyväksi ja neuvoteltavak-

si tuleminen edellyttää niistä keskustelua yhteisen päämäärän hengessä, avoimesti ja sitoutuen.

Tulikin jo sanottua, että yhteistyökumppanin pitää olla sitoutunut yhteiseen päämäärään, yhteiseen hyvään, halukas jakamaan hyviä käytäntöjä ja kokemuksia. Sovitusti viedään asioita eteenpäin, säilytetään tiivis keskusteluyhteys, palaveerataan välitavoitteisiin pääsystä, huolehditaan aikataulut. Ollaan avoimia vastusten edessä, kirjataan virheet, joista voi ottaa opiksi. Kun tullaan tutuiksi, löytyy myös yhdessä tekemisen palkitseva ilo, mieli ja huumori. (PTHlääk/121)

Työ on muuttunut epävarmaksi monella tasolla. Organisaatiot, työtehtävät, niihin kohdistuvien vaatimusten liikkuminen ja ympäristöjen epävarmuus edellyttävät työntekijöiden ja esimiesten välisiä neuvotteluja rakenteiden (esim. toimintakäytäntöjen) uudelleen muokkaamiseksi (Kira 2003). Epävarmuus esiintyy useilla ”rajapinnoilla”: neuvotteluja on käytävä toimivalhasta, vastuista ja luottamuksesta, tehtävistä, näkemyseroista ja eturistiriidoista sekä erilaisten ryhmittymien ja niiden edustajien ”kuulumisesta” ja asettumisesta uuteen tilanteeseen identiteettirajapinnalla (Kira 2003, 19). Muutoksen henkeen kuuluvat tietointensiivisyyden, dynaamisuuden ja dialogisuuden vaatimukset (esim. Hakkarainen ym. 2004; Pyöriä, Melin & Blom 2005). Kompleksiset työympäristöt huolehtivat siitä, että dynaamisuutta riittää. Työntekijöiden harteille jää toimiminen yhdessä tietointensiivisessä, dynaamisessa ja valintoja edellyttävässä työssä ja yrittää rakentaa uusia rutiineja.

Viiveet neuvottelukonteksteina – ajallisten järjestysten epälineaarisuus

Kompleksisessa systeemissä kommunikaatioprosessit ovat dynaamisia. Ne pysähtyvät vain näennäisesti hetkiin, joissa toimija tekee valinnan. Tämä tarkoittaa sitä, että merkityksiä luovassa toiminnassa tilanteeseen tullaan ajallisesti jostain ja siinä tapahtuvalla merkityksen luomisella suunnataan johonkin tulevaan. (Ks. Leydesdorff 2003, 51–53.) Systeemin subjektiivinen aika tarkoittaa, että systeemillä on omien valintojen kautta luotu oma historia. Yllätykselliset bifurkaatiopisteet, valinnan paikat, suuntaavat systeemin historiaa. Entropiaprosessissa informaation vaihtaminen vie aikaa,

samoin palauteprosessi. Aika on myös tärkeä epälineaarisuuden elementti. (Stähle 2004, 234.) Organisaatioiden ajat, henkilökunnan ja potilaiden ajallinen liikkuminen sekä heidän sairauksiensa eteneminen tapahtuu omilla aikatauluillaan. Potilaan elämäntapahtumat, organisaatioiden palveluajat, hoitoon pääsyn odotusajat, leikkausjonojen aiheuttamat viiveet ja sairauksien kroonistuminen ovat esimerkkejä päällekkäisistä systeemisistä aikaelementeistä. Niiden yhteys toisiinsa on mahdollista ymmärtää, mutta vaikutusta ei ole mahdollista tarkalleen ennustaa.

Yhtäältä aika jäsentää, linearisoi, toimintaa, toisaalta se tuottaa epälineaarisuutta. Potilas tulee lääkärin vastaanotolle, jonka jälkeen hän lähtee tilanteessa syntyneen käsityksen kanssa hoitonsa seuraavaan vaiheeseen. Lääkäri kirjaa oman käsityksensä potilaskertomukseen. Se, mikä tässä jää merkitykselliseksi informaatioksi ei tule kommunikoiduksi yhteisesti. Informaatiot ja merkitykset jatkavat eteenpäin omia teitään. Potilas kertoo seuraavassa tapaamisessa, joka voi olla ajallisesti esimerkiksi kuukauden kuluttua oman ymmärryksensä, omasta perspektiivistään. Hän kertoo, mitä hänestä tuntuu ja kuinka hän ymmärsi tai muistaa lääkärin ohjeet. Tässä hetkessä on erityisesti läsnä ihminen systeeminä, jolloin esimerkiksi Straussin (2008, 107–126) tarkoittama ruumiillisuus (ruumis esim. biologisena, elävänä, kuolemaan päätyvänä, tuntevana, kokemuksia keräävänä ja välittävänä sekä ruumiin ja mielen yhteytenä) tulee mukaan kommunikaatiosysteemin osaksi. Lääkärin lyhyt merkintä potilaskertomuksessa voi olla yhteneväinen potilaan kertomuksen kanssa tai näyttää erilaiselta. Potilaan kanssa uudessa tilanteessa oleva henkilö tekee ammatillisen osaamisensa perusteella omat johtopäätöksensä ja tarvittaessa konsultoi kollegaa, joka voi olla sama kuin ensimmäisessä tilanteessa tai joku muu. Kyse ei kuitenkaan ole siitä, että kirjatut tiedot olisivat vääriä.

Erilaiset ajalliset kulut muokkaavat tilanteiden toisiinsa kytkeytymistä.

Oman potilaan lähettämisen rinnalla perustiedot keskussairaalaan ja keskussairaala tutkimusten/hoidojen jälkeen nopea palaute selkein jatkosuunnitelmin, jolla mm. päällekkäistä toimintaa vähennetään. (PTHlääk/56)

Hyvä, paneutunut lähete potilaasta auttaa pikaisesti diagnoosiin jo 1. vastaanotokerralla. (ESHlääk/26)

Viive on yhteistyön ja potilaan hoito- ja palveluketjun saumakohta, joka on seurausta yhteensopimattomuudesta tai järjestelmän osien välisten suh-

teiden toimimattomuudesta. Viive on järjestelmään kuuluva ajallinen ominaisuus, jota käytännössä säädellään esimerkiksi määrittämällä hoitoon pääsyn kriteerejä, hoitoon pääsyn odotusaikoja, kiireellisyysluokkia ja niin edelleen. Viivettä on informaation liikkumisessa organisaation sisällä, organisaatioiden välillä, erilaisten toiminnallisten prosessien välillä, potilasta koskevan tiedon sekä monien toimijoiden (henkilöt ja organisaatiot) keskenään erilaisten toimintatapojen ja sääntöjen kohtaamisissa.

Potilaspalautteiden saapuminen keskussairaalaista terveyskeskukseen kestää ajoittain aivan liian kauan. Sen pitäisi saapua samana tai viimeistään seuraavana päivänä kun potilas on siirtynyt tk:hin hoitoon mutta joskus palaute saapuu vasta viidenkin tai jopa viikon päästä. Tällöin potilas on joutunut kotiutuakin. (PTHter/20)

Viiveet sairaalatutkimuksiin pääsyssä. Lähetteen tekovaiheessa ei päivystystapaus mutta odottelu-aika venyy kiireellisyysluokkaa pidemmäksi. Tilanne pahenee joskus olennaisesti. (PTHlääk/29)

Viive tarkoittaa muutakin kuin vain odotusaikoja. Hoitoon pääsyn viivästyminen voi pahentaa potilaan tilaa. Viiveellä on tällöin negatiivisia seurauksia asiakkaalle sekä taloudelliselle tehokkuudelle. Hoitoketjussa voi tapahtua hoidon kannalta ongelmallista viivettä monissa ketjun kohdissa. Näiden kohtien ”bifurkaatiopisteiden” havaitseminen arjen työssä edellyttäisi hyvin laajaa hoitoketjun kokonaisuuden tajua. Toisaalta havaitsemisesta ei ole apua silloin, kun organisaation rakenteet eivät mahdollista asian korjaamista. Odottelu organisaatiossa tai jonossa viipyminen eivät ole missään tapauksessa hyvä asia asiakkaan kannalta.

Viiveitä syntyy aktiivisen toiminnan lomassa. Jokin viivästyttää, aiheuttaa viivettä. Viive voi olla myös passiivista, jolloin viivästy miselle tai estymiselle ei voi osoittaa tekijää. Viive on ”fakta”. Se on jotain, mikä on tapahtunut tai jotain, mikä on jäänyt tapahtumatta. Viive näkyy konkreettisenä asiana prosesseissa, asiakkaan tilanteissa, odotusaikoina, potilasvahinkotapauksina ja järjestelmän toimimattomuuden kertyminä. Jos viivettä ei ole toiminta tapahtuu tai sujuu heti, ilman odotusaikaa.

Potilaalla akuutti sydän infarkti, tk lääkärin tekemä kammiovärinän elvytys johti sepelvaltimoitoimenpiteeseen 5 h sisällä oireiden alusta. (ESHlääk/28)

Viive voi viitata kompleksisten rakenteiden ominaisuuteen, mutta myös tehottomuuteen, henkilökunnan tai asiakkaan turhautumiseen tai jommankumman tapaan toimia (esim. ei viitsitä tai haluta). Pahimmillaan viiveen seuraus voi olla hoidon muun prosessin tai koko järjestelmän epäonnistuminen. Systemisesti viive edustaa ylijäämää, toiminnan tulosta, jota ei haluta. Sitä ei voi arvottaa toimintaan kuuluvaksi tai hyväksi tavoitteeksi. Työntekijät, organisaatiot ja järjestelmä pyrkivät toimimaan viiveen välttämiseksi. Käytännössä on kuitenkin lukuisia ongelmia, jotka estävät tavoitteen toteutumista. Seuraavassa näytteessä perusterveydenhuollon hoitaja kuvaa tilannetta, jossa potilaan hoidon kannalta syntyy viivettä sekä organisaatioiden erilaisten toimintakäytäntöjen ja resurssien että henkilöiden tekemien ratkaisujen vuoksi. Sairaalasta lähetetään raskasta hoitoa ja akuuttia seurantaa vaativa potilas terveyskeskukseen aikana, jolloin siellä ei ole riittävästi henkilökuntaa.

Keskussairaala lähettää perjantaina klo 16 raskashoitaisen osittain akuuttia seurantaa tarvitsevan potilaan terveyskeskukseen. (PTH hoit/7) [Kuvaus epäonnistuneimmasta...]

Erilaisia kompleksissa työympäristöissä olevia kirjoittamattomia ja kirjoitettuja sääntöjä ja valinnan vaihtoehtoja tulkitaan käytännön episodeissa. Straussin (esim. 2008) esittämä tilanteissa neuvoteltujen järjestysten prosessi selittää, miten erimielisyyksistä, katkoksista (esim. tiedon kulku) ja ristiriidoista huolimatta toiminta voi jatkua. Kompleksisten ja toisiinsa verrattuna erilaisten sekä eritasoisten systeemien ”yhteiselo” selittyy samalla logiikalla. Kun törmäämme johonkin uuteen tai yllättävään ristiriitaan teemme nopean tietoisien tai tiedostamattoman arvioinnin tilanteesta ja toimimme. Tulkitsemme tilanteen ja siihen osallisten osuuden ja samoin tekevät muut. Neuvottelu tapahtuu sanallisesti tai sanattomasti ja tulos on lyhyt tai pidempiaikainen. Neuvotteluja käydään yhtäaikaaisesti paljon. Järjestelmät itseorganisoituvat limittäisissä ja toisistaan riippuvaisissa prosesseissa.

Resurssit hallitsevat kokonaisuutta

Kokonaisresurssit määrittävät, millaisia toimintakäytäntöjä on mahdollista toteuttaa terveydenhuollon organisaatioissa. Resurssit ovat olennainen terveyskeskusten ja sairaaloiden välisen yhteistyön nimittäjä.

Haastattelujen ja kyselyvastausten perusteella resurssit ovat materiaalisia, mutta myös erilaisiin pääomiin nojaavia toimintatapoja ja -käytäntöjä. Materiaaliset resurssit ovat rahaa, työ- ja hoitovälineitä, fyysisiä tiloja, henkilöstömääriä, potilasryhmäkohtaisia määrärahoja, joihin vastaajat viittaavat toiminnan edellytyksinä. Taloudellisten resurssien jako noudattelee erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto työnjakoa. Toimintoja sisällytetään henkilöstön tehtäväksi, mutta kaikkia tehtäväksi annettuja toimintoja ei kuitenkaan resursoida.

Projektit, joita ilmestyy vähän väliä. Ja oletetaan, että meiltä löytyy resursseja kaiken kiireen keskellä. Varmasti aivan hyviä asioita, mutta meidän täytyy tehdä niihin liittyvät tehtävät oman työn ohella ja keskussairaalassa on palkattu henkilö tai useampia tehtävään. (PTHter/19).

Toiminnan resurssit tulevat eri kanavia pitkin, jolloin rahoitukseen ja resursseihin liittyvät prosessit kulkevat epälinearisessa suhteessa perustyöhön nähden ja häiritsevät perustyön, kuten potilaan hoidollisten prosessien kulkua.

Resurssit ovat materiaalisten resurssien lisäksi koulutuksellista pääomaa, osaamispääomaa, sosiaalista pääomaa ja niin edelleen (esim. Kernick 2002).³⁶ Dialogisen toiminnan onnistumisella on perusta, johon kuuluvat organisaation fyysinen ja inhimillinen sekä sosiaalinen pääoma. Kernickin (2002, 111) mukaan fyysinen pääoma koostuu materiaalisista resursseista, kuten terveydenhuollon tutkimuslaitteistot, tilat, tietojärjestelmät ja taloudelliset mahdollisuudet ammattitaitoisen henkilöstön palkkaamiseen. Inhimillinen pääoma puolestaan tarkoittaa henkilöstön koulutusta, ja heidän käyttämäänsä informaatiota ja tietoa. Sosiaalinen pääoma heijastaa sosiaalisten ja professionaalisten verkostojen välistä vuorovaikutusta. Oppivien organisaatioiden kontekstissa inhimillinen ja sosiaalinen pääoma ohjaavat toimijoita ymmärtämään, mikä toimii ja mikä ei ja jakamaan tämän ymmärryksen yhteisesti. (Kernick mt.)

Terveydenhuollossa toimivan henkilökunnan ammatillinen ja asiantuntijuuden tietoperusta on koulutuksellisesti vahva. Kuitenkin tätä vahvuutta, koulutuksellista resurssia, ei välttämättä saada riittävällä tavalla terveydenhuollon kokonaisuuden käyttöön, tieteiden ja koulukuntien välisen näkemuserojen ja hierarkioiden vuoksi. Nämä ovat kuitenkin vain

³⁶ En käsittele tässä tutkimuksessa eri pääomalajeja syvemmin.

eräitä esteitä ei-materiaalisten resurssien yhteiselle hyödyntämiselle ja täysipainoiselle yhdessä tietämiselle.

Potilaan hoidon järjestämisessä on tiedettävä, mitä mahdollisuuksia on käytettävissä, mitä mahdollisuuksia on valittavissa. Aineistosta nousee erilaisia tilanteita, joissa resurssit ovat eritavoin neuvottelun kohteena. Näissä tilanteissa julkisen sektorin byrokraattiseen hallintaan ja järjestykseen kuuluvat rutiinit rikkoutuvat jatkuvasti. Henkilöstö joutuu ottamaan kantaa ja tekemään ratkaisuja politiikan, talouden ja asiakkaan ristiriitaistenkin intressien paineessa. ”*Ekonomian*” toivottaisiin olevan erillinen potilaan tutkimuksesta ja hoidosta. Erottelu joudutaan kuitenkin tekemään hoitotilanteessa. Tutkimus ja hoito suunnitellaan yhtäältä potilasta ajatellen ja toisaalta ekonomiaa ajatellen. Ekonomia ei välttämättä näyttäyty potilaan tutkimusta, hoitoa ja hoidon jatkuvuutta palvelevana resurssina. Tavoitteena on kuitenkin näiden yhdistäminen siten että työ sujuu. Tähän tarvitaan – esimerkiksi lääkärin – omia osaamisresursseja.

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen on tärkeää. Samoin pitää pystyä suunnittelemaan tutkimus ja hoito sekä potilasta että ekonomiaa ajatellen. (PTHlääk/154)

Resurssit ja etäisyys potilaasta

Esimerkki yksi: resursseilla viitataan pääsääntöisesti käytettävissä olevaan rahaan, josta kunta ja terveydenhuollon organisaatiot neuvottelevat. Palvelujärjestelmän muokkaamisen kautta kunnan taloudellinen tilanne kytkeytyy tiiviisti terveyskeskustoimintaan. Tällä tasolla etäisyys potilaasta on kuitenkin melko suuri. Kunnan näkökulmasta resursseja tarkastellaan kunnan palvelukokonaisuuden näkökulmasta, jolloin terveydenhuolto on vain osa kokonaisuutta. Resursseja tarkastellaan kuntalaisille tarjottavan palvelukokonaisuuden sisältöjen ja tilastoasiakkaan, väestön tarpeiden kokonaisuuden näkökulmasta. Mitä kauempana yksilön huolesta päätöksiä tehdään, sitä vähemmän puhutaan potilaasta tai edes potilasryhmistä eli ihmisestä, jota varten palvelut ovat.

Toimin hallinnollisessa tehtävässä. Vaikeinta on se, että tavoitteet eivät ole samat. Varsinaiseen hoitoon liittyvät asiat onnistuvat hyvin, mutta tervey-

denhuollon nimissä tehdään paljon aluepolitiikkaa ja henkilöstöryhmien edunvalvontaa ja ne ovat ongelmallisia tilanteita. (PTHlääk/ 7)

Näissä neuvotteluissa resursseja kohdistetaan alueille, kuntiin, organisaatioihin ja organisaatioiden tulosyksiköihin, ei yksilöpotilaan hoitoon. Yksilöpotilaiden kanssa tehtävässä työssä resurssineuvottelut puolestaan käydään potilaan tarpeiden ja käytettävissä olevien konkreettisten, eittilastoresurssien, työntekijöiden osaamisen, olemassa olevien laitteiden, tilojen, yhteistyösopimusten ja maksukyvyn maailmassa.

Neuvottelut mielenterveystoimistojen ”kunnallistamisesta” vuosia sitten. Lähtökohdat olivat lukossa molemmin puolin ja kunnat päättäjinä sitten tekivät hoito-organisaation mielipiteen vastaisen päätöksen. (PTHlääk/16) [Kuvaus epäonnistuneimmasta...]

Resurssien jakaminen, jakamisen arvoalinnat ja kokonaisuutena vähäisten resurssien jakamisen periaatteet ovat ristiriidassa niiden arvojen ja eettisten periaatteiden kanssa, jotka ovat potilaan lähellä tehtävässä työssä ammattieettisesti tavoitteena. Hoito-organisaatioissa on neuvoteltava potilastilanteissa ”ympäristöstä” annetuilla, mutta todellisilla ja kohtuullisen joustamattomilla resursseilla. Organisaation ja terveydenhuollon säädöksiä ei hyödynnetä pelkästään potilaan hyväksi, vaan talous määrittää hoitoa.

Puheterapian osalta ongelmallisinta on se, että keskussairaalassa tutkittu potilas ei usein saa terveyskeskuksessa lainkaan puheterapiapalveluja liian vähäisten resurssien vuoksi. Alueemme useissa terveyskeskuksissa ei ole lainkaan palveluja kouluikäisille ja aikuisille vaikeasti puhevammaisille henkilöille. Hoitovastuu siirtyy papereissa perusterveydenhuoltoon, mutta siellä kukaan ei huolehdi asioista tältä osin. (ESHter/260)[Selkeä vastuu...]

Henkilöstö joutuu tasapainoilemaan resurssien ja asiakkaiden tarpeiden välillä. Tällöin vastuun siirrosta toiselle organisaatiolle tulee yhteistyön negatiivinen kitka. Lisäksi vastuun siirto mahdollistaa potilaan pallottelun organisaatiosta toiseen. Vastuun siirtämistä käytetään ”resurssineuvottelun” välineenä. Sairaalan ja terveyskeskusten terapeutit kuvaavat jännitettä seuraavasti:

Yhteistyö mättää siinä mihin potilas kuuluu ”tässä kunnossa”. Kun potilas on hoidettu erikoissairaanhoidossa, mutta ei pärjää kotona pitäisi potilaan päästä, nykyisen systeemin mukaan, nopeasti ”halvemmalle” paikalle kuntoutumaan. Tuntuu, että molemmat tahot (sairaala ja terveyskeskus) hie-man sysäävät vastuuta toiselle sääntöjen puitteissa eikä aina ajattele potilaan parasta. Tietenkin jokainen tuntee stressiä ja painetta valtavista potilasmääristä jotka tulevat kaikista aukoista sisään mutta ei mene ulos. Akuutti tilanne kuuluu erikoissairaalaan ja sen jälkeen avopuoli pitäisi ottaa vastuu. Tästä se ikuinen ongelma kun resurssit on liian pienet (henkilökunta, vuodepaikat.) (ESHter/236).

Kyllähän tällöisen tyhjätaskukunnan kohdalla on vaikea ottaa jostakin toisesta hallintokunnasta rahaa, että panostetaan tähän. Kun kaikilla sektoreilla on vedetty palvelujen määrärahat alas, niin tosi vaikeaa se on. Minusta täällä on kuitenkin sillä lailla tehty asian eteen, että on muutettu toimintatapoja ja yritetty löytää niitä mahdollisuuksia erilaisten hankkeiden kautta, joilla voitaisiin antaa palveluita syrjäkylillekin, mutta se on aina kiinni... se on silloin määrärahaista se toiminta ja se on hirvittävän raskasta niille asiakkaille ja kunnan vakituksille työntekijöille jatkuvasti olla heireillä siinä, että milloin se hanke loppuu ja mitä tarpeita sieltä siirtyy ja jää, että jotenkin olisi varmaan helpottavaa jos olisi niin kuin ennen vanhaan näitä korvamerkittyjä rajoja, että ne tulisi tiettyyn asiaan käytettäväksi (PTHter/2004)

Esimerkki kaksi edustaa tilannetta, jossa resursseja kohdistetaan organisaatioiden tulosityksiköihin, jotka puolestaan käyvät resursseista kilpailua organisaation sisällä.

Oman tk:n polin toiminnan kehittämiskokous. Kaikkia järkeviä ehdotuksia vastustettiin (esim. että lääkärit eivät käytäisi aikaansa konekirjoitukseen, vaan sanelisivat etenki, kun lääk. työvoimasta on pulaa. Muu henk.kunta kuin lääkärit vastustivat, koska he pelkäsivät, että se olisi jostain muusta budjetista pois!) (PTHlääk/4)

Tässä tullaan jo lähemmäs potilaita, mutta rahan tarvetta perustellaan tiiloilla, laitteilla, potilasvolyymillä, hoitopäivillä ja niin edelleen. Näissä neuvotteluissa pyritään ratkaisemaan organisaatioiden sisäisesti, miten toiminnat tulee järjestää tehokkaasti ja resursseja oikein hyödyntävästi. Perusteluja kilpailutilanteissa etsitään myös tehtävien arvottamisen kautta.

Kir. vuodeosastolla pientoimenpide, johon ei välineitä, koska ko. toimenpide tehty aiemmin yleensä ensiapuplk. lääkärin kanssa. Potilas EA plk, siellä ei avustajia, vaan oman osaston hoitaja vaadittu paikalle, hän taas ei löydä välineitä vieraassa paikassa. Vedotaan vain periaatteeseen että ko. toimenpiteitä ei pitäisi ensiavussa tehdä, kun ei ole ensiavusta nimenomaan kyse. EA:n avustajan kuitenkin oltava paikalla näyttämässä mistä välineet löytyy. Potilasta siirrellään paikasta toiseen ko. hulinan keskellä. (ESH-lääk/11)

Esimerkissä kolme on kyse moniammattillisen, yhdessä tehtävän työn resursseista. Moniammattillisessa työssä lääkärit, hoitajat terapeutit ja muut ammattilaiset organisaation sisällä ja niiden välillä yhdessä pyrkivät selvittämään potilaan vaivaa, tekemään oikeaa diagnoosia ja määrittämään oikeat hoitotoimenpiteet. Pyrkimyksenä on oman tehtävän ja organisaation rajoissa antaa potilaalle paras mahdollinen hoito käytettävissä olevilla resursseilla, mutta yhdessä neuvotellen. Toisinaan asiakas voi joutua keskelele resurssineuvottelua, jossa neuvottelijoilla on puutteelliset kyvyt (osamisesurssit) sopia asioista yhdessä. Myös potilas voi keskeyttää aloitetun prosessin. Tässä tilanteessa informaation kulkeminen kaikille osapuolille olisi tarpeellista.

Ns. perhepalaverissa on sovittu asiakkaan kotona pärjäämisen edellytykset ja kaikki on kirjattu. Sen jälkeen asiakas on sanonut sopimuksen irti ja joku muista toimijoista on lähtenyt asiakkaan ”mukaan sooloilemaan” niin ettei työryhmän muut jäsenet tiedä mitään. (PTHlääk/11)

Kun ihmiset kohtaavat toisensa yhteistyöpalaverissa, heidän tehtävänsä olisi tarkastella käsiteltävää asiaa työtehtävänsä edellyttämällä ajattelutavalla. Yhteisessä tilanteessa puhutaan resursseista ja niiden tasapuolisesta jakamisesta ilman, että välttämättä huomataan, että asioista puhutaan eritasoisesti. Myös keskustelijan mielessä voi olla oman organisaation tavoitteet eivätkä potilaan parhaaseen hoitoon pyrkivät yhteiset resurssit yhdistävät yhteiset päämäärät. Seuraavassa terveyskeskuslääkäri kuvaa onnistumista yhteisten päämäärien yhdistämisessä. Yhdistäminen tapahtuu asiakkaan tilanteen kautta.

”Asiakaspalaveri, jossa suunnitellaan jatkopalaveri. Sopimukset saadaan hyvin tehtyä ja asiakas itse keskipisteenä hallitsee palvelua. Jos ongelmia

syntyy, saadaan tilannetta yhteistyössä muutettua asiakasta palvelevammaksi” (PTHlääk/42)

Moniammatilliset tiimit ovat työtä ja ajankäyttöä helpottava resurssi siksi, että kaikkien ei tarvitse tietää kaikkea. Potilaan *kokonaistilanne hahmottuu hyvin, koska työskennellään tiimeissä* (ESHter/229). Toisaalta kuitenkin usean toimijan mukana olo vaatii ajallisia resursseja.

Terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä on solmukohtia, joihin tulisi löytyä ratkaisuja asiakkaiden kuntoutuksen sujumisen ja toimivuuden tähden. Moniammatillisuus on näissä kohdin vain muotisana. (PTHter/295)

Moniammatillisten työryhmien, tiimien ja yhteistyön yhtenä tavoitteena on se, että voitaisiin paremmin hallita monitasoisia kokonaisuuksia (ks. esim. Syväjärvi 2005, 147–148). Monitasoisten kokonaisuuksien paremman hallinnan toteuttaminen kuitenkin vaatii niiden resurssien lisäämistä, joiden puutetta kyseiset toimintatavat on luotu helpottamaan. Vaikka työryhmien toimintaa pidetään välttämättömänä ja hyvänä, niihin valmistautumiseen, kokoontumiseen, niiden tiimoilta tapahtuvaan konsultointiin ja keskusteluun tarvitaan aikaa ja paneutumista.

Moniammatillisen työskentelyn tavoitteena on nimenomaan jakaa eri organisaatioita ja tehtäviä edustavien asiantuntijoiden ja ammattilaisten osaamista ja tietoa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisuus ja kontaktit muihin asiantuntijoihin tuovat onnistuessaan tilaisuuden jakaa relevantti erityistieto yhteisesti tiedettäväksi. Näissä kontakteissa organisaatoriset rajat kohtaavat ja tulevat testatuiksi.

Kokonaistilanteen hahmottaminen onnistuu mielestäni parhaiten hyvin johdetussa moniammatillisessa työryhmässä, joita joissain paikoin on ja joissain toteutuu vain joko moniammatillisuus ja toisissa vain hyvä johtaminen ja sitten on se kamalin vaihtoehto ettei ole kumpaakaan. Asiakkaan polku esh ja pth välillä ei aina hahmotu kun organisaatorajat on niin vaikeita ylittää. (ESHter/214).

Moniammatillinen toimintaperiaate on terapia- ja ohjaushenkilöstön työssä eri muodoissaan tärkein yhdessä tietämisen ja yhteisten neuvottelujen edellytys.

Esimerkki neljä kuvaa sitä, mikä potilaan näkökulmasta voisi olla tärkein henkilöstön resurssi. Potilas voi suhtautua terveydenhuollon palveluihin epäillenkin, mutta sieltä apua hakiessaan hän haluaa uskoa, että suurin resurssi on häntä auttava asiantunteva henkilökunta, joka toimii ”käsi kädessä” hänen hoitonsa edistämiseksi. Resurssi on ammatillista osaamista, kykyä kohdata hänet yksilönä ja auttaa polulle, jossa vaiva paranee. Potilaan mahdollisuudet neuvotella taloudellisista resursseista ovat henkilökuntaakin heikkommat, ellei hän halua siirtyä yksityisten palveluiden piiriin. Valinnat tapahtuvatkin potilaan tilanteen, organisaation omien mahdollisuuksien ja organisaatioiden välillä sovittujen käytäntöjen asettamissa rajoissa. Kompleksisesta hälystä (entropia) valitaan ”pakottavissa” ristiriitatilanteissa tilanteen mukaisesti parhaalta näyttävä vaihtoehto, joka voi olla organisaation sääntöjen mahdollistama (esimerkiksi potilaan ohjaaminen yksityisten palveluiden piiriin), mutta yhteisten ydinarvojen vastainen. Ydinarvona voi olla esimerkiksi se, että hoidetaan oman organisaation sisällä mahdollisimman paljon potilaita, ”omalla palvelutuotannolla”.

Refleksiivisiä valintoja resurssien rajoissa

Resursseista tietäminen ylittää ammatillisen, potilaan hoitoon liittyvän konkreettisemmän fokuksen. Taloudelliset resurssit eivät nykyisin enää ole taustalla vaikuttava, yhteistyötä mahdollistava systeemin osa. Taloudelliset resurssit ovat nousseet tärkeiksi arjessa. Palveluiden kysyntä ylittää taloudelliset mahdollisuudet tarjota julkisia palveluita. Resursseja on niukennettu poliittisin päätöksin.

Taloudellisista resursseista päättäminen organisaatioissa on hallinnollinen asia. Resurssien konkreettinen jakaminen on kuitenkin siirtynyt yhä enemmän potilastyötä tekevän henkilöstön harteille ilman, että organisaatio selkeästi tukisi jakamisen tehtävää. Resurssien uusi asema arjen neuvotteluissa tuottaa yhteisen tietämisen konflikteja. Tätä on vaikea nähdä arjen työssä valintojen mahdollisuuksien lisääntymisenä, kun jaettavana ovat niukentuvat resurssit. Yksilöillä on vastuuta, mutta ei resursseja. Tästä syntyy myös osaamisen, arvostuksen, luottamuksen ja työhön sitoutumisen konflikteja. Osaaminen, arvostus, luottamus ja sitoutuminen puolestaan ovat kollektiivisen asiantuntijuuden (esim. Parviainen 2006) tai dialogisen yhdessä tietämisen resursseja.

Neuvottelut yhteisestä ja olennaisesta tiedosta ovat eri tasoilla erilaisia. Terveystieteiden yleiset linjaukset, ohjeet, suositukset, lainsäädäntö ja niin edelleen eivät sisällä konkreettisia yksityiskohtaisia tietoja siitä, miten konkreettisisissa ja vaihtelevissa asiakastilanteissa tulee toimia. Hallinnossa liikutaan väestöpohjatietojen ja organisaation yleisten periaatteiden tasolla. Alla sairaalaterapeutti antaa esimerkin siitä, mitä päätösvastuu resurssien jakamisesta tarkoittaa terveyskeskusten ja sairaaloiden erilaisten resurssien olosuhteissa. Aukikirjoitetut palveluketjut ovat esimerkki vastuunjakojen ja yhteisten toimintakäytäntöjen konkretisoinnin pyrkimyksistä. Yleiset toimintaperiaatteet yhtäältä antavat väljyyttä päättää arjen vaihtelevissa tilanteissa (valinnan mahdollisuudet). Toisaalta on mahdotonta päättää potilaan tarvitsemasta toimintaterapiasta, puheterapiasta ja niin edelleen, jos näitä palveluita ei ole saatavissa tai näiden palveluiden ostamiseen ei ole annettu valtuuksia, ohjeita tai rahaa.

Sekä asiakkaan että viranomaistahojen kesken soisi enemmän keskustelua ja päätöksiä yhteisistä toimintatavoista. Tämä tarkoittaa konkreettisista toimintatavoista sopimista yksittäisen terveyskeskuksen ja sairaalan välillä: ei yleisiä periaatteita. Kunnassa, jossa ei ole yhtään erityistyöntekijää, esimerkiksi fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, psykologia. Toimintatapa terveyskeskuksen ja sairaalan kesken tulee olla erilainen, mitä se on monipuoliset resurssit omaavan tk:n ja sairaalan kesken. (ESHter/367).

Osittain ollaan myös turhautuneita jatkuviin neuvotteluihin: *palveluketjuja rakennetaan, käypähoitoja suunnitellaan, projekteja riittää. (PTHter/445). Se, mitä ”konkreettinen” on, ei ole kuitenkaan helppo määrittellä, tai tietää, mitä yhteiset toimintatavat voisivat mahdollisesti olla: Kunhan joskus edes keskusteltais, mitähän ne [yhteiset toimintakäytännöt] mahtaisivat olla. (PTHter/437)*

Perusterveydenhuollon tehtävänä on integroida potilaan hoito ketjun alusta sen loppuun. Terveyskeskuksissa tunnetaan usein paikalliset olot ja täten myös asiakkaan olot laaja-alaisemmin kuin sairaaloissa. Jotta perusterveydenhuolto voisi huolehtia tehtävästään hyvin, myös erikoissairaanhoidossa tulisi olla tieto siitä, mitkä ovat terveyskeskuksen paikalliset resurssit yksilöpotilaiden hoidossa. Tällöin tieto resurssista ei voi olla pelkästään hallinnollisella tasolla hyödynnettävää tietoa tai yleistä informaatiota kunnan taloudellisesta kokonaisuudesta ja panostuksesta terveydenhuoltoon. Ratkaisevampaa on käsitys siitä, millaiset konkreettiset ja realistiset

tiset mahdollisuudet terveyskeskuksella on toteuttaa esimerkiksi potilaan jatkohoitoa.

*Yhteistyö on välttämätöntä. Keskussairaala toimii pääasiassa konsultti-
tiopaikkana. Siellä voidaan tehdä paljon tutkimuksia ja hoitoja, joita ei pe-
rusterveidenhuollossa ole mahdollista tehdä. Erikoislääkärrien konsultointi
on usein tarpeen ajanmukaisen ja laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Yh-
teistyö, konsultaatiot sähköisesti tai puhelimella parantavat myös hoidon
tasoa ja kouluttavat terveyskeskuslääkäreitä. Samoin hoitotiedotteet ja epi-
kriisit. Yhteistyö edistää asiakkaan hoitoa ja on hoidon edellytys. KS:ssa ei
aina tunneta asiakkaan taustoja ja siellä voidaan aloittaa hoitoja, joita ei
ole käytännössä mahdollista toteuttaa. (PTHlääk/10)*

*Huonoimmaksi olen kokenut sen, ettei esh etukäteen informoi esim. suunni-
teltuja hinnankorotuksia. Siellä tehdään valmiiksi päätös esim. sakkomak-
sukäytännön muuttamisesta eikä kysyä, miten me aiotaan muuttaa toimin-
taa, ettei sakkoja kertyisi. Tällöin meidän oman toiminnan kehittämistä
oppoavat sakkona esh:oon. yleensäkin toimintojen kehittäminen ei etene
aina yhteistyössä. (PTHlääk/13)*

Kysymys on siitä, mahdollistaako työympäristö hyvän työn tekemisen, ovatko työvälitteet asianmukaiset, onko henkilökuntaa riittävästi, onko henkilökunnalla tarvittava osaaminen ja niin edelleen. Henkilöstön määrän riittävyys vaikuttaa palveluiden määrään ja laatuun, työmotivaatioon ja työssäviihtyvyyteen. Yhtenä suurena ongelmana terveyskeskusten ja sairaaloiden välisessä yhteistyössä on henkilöstöpula, joka koskettaa joitakin osa-alueita enemmän kuin toisia.

Organisaatioiden koko ja resurssit vaikuttavat siihen, miten erilaisissa tilanteissa tietämisen haasteet kasautuvat. Esimerkiksi pienissä terveyskeskuksissa yhtenäistäminen, yhteisten toimintamallien rakentaminen, vaikkapa ryhmämuotoisten palveluiden kehittämisessä, voi tarkoittaa sitä, että yhdelle henkilölle kasautuu vastuita perustyön lisäksi.

Terveyskeskusten resurssit ovat monesti riittämättömät tähän [yhteisten toimintatapojen järjestämiseen]. Esim. eri sairausryhmien omahoitajat (reumahoitajat, diabeteshoitajat, murtumahoitajat ym.). Pienessä terveyskeskuksessa samoille ihmisille kertyy liian monta vastuualuetta + vielä oman työn hoitaminen siinä samalla. (PTHter/423)

Esimerkkinä toimintaa yhtenäistävistä työvälineistä on potilaalle laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma näyttää välineeltä, joka auttaa ohjaamaan ulkopuolelta annettuja resursseja tasaisesti potilaille, kun potilaan tarvitsemat hoidot ja palvelut yksilöidään. Näin ollen hoito- ja palvelusuunnitelma on yhteistyön resurssi. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät kuitenkaan ole ”olemassa oleva” resurssi, vaan ne pitää tehdä. Todelliseksi resurssiksi tullaan suunnitelmilla on oltava kytkös muihin yhteistyön osa-alueisiin. Hoito- ja palvelusuunnitelmien yksilökohmainen laatiminen ja niiden toteutus vaatii muun muassa riittäviä henkilöresursseja. Seuraavassa aineistonäytteessä vastaaja korostaa, että ilman yhteistä välinettä potilaat ovat epätasa-arvoisessa asemassa.

Ihanne on yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Muuten resurssit jakaantuvat epätasaisesti eri potilaiden välillä. (PTHlääk/212)

Tieto paikallisista mahdollisuuksista tarkoittaa esimerkiksi tietoa siitä, minkälaiset mahdollisuudet terveyskeskuksessa on tehdä oikea diagnoosi, hoitaa ja huolehtia jatkohoidosta. Konkreettisesti tällöin kyse on terveyskeskuksen henkilöstötilanteesta, määrästä, koulutuksesta, kokemuksesta, käytössä olevasta laitteistosta, tiloista ja niin edelleen. Lisäksi potilas itse, potilaan elinympäristö, elämäntilanne ja välimatkat vaikuttavat siihen, miten hoito- ja kuntoutusohjeita voidaan noudattaa paikallisissa oloissa.

Tärkeä asia, että sovitaan yhteiset hoitolinjat. Tiedetään millaisessa tilanteessa potilas hoidetaan missäkin paikassa ja minkälaiset resurssit eri hoitopaikoilla on, jotta välttytään turhilta potilassiirroilta ja ei hoideta turhaan potilasta kalliissa erikoissairaanhoidossa, jos esim. terveyskeskuksen henkilökunnalla on resursseja ja ammattitaitoa hoitaa potilasta omassa terveyskeskuksessa. (PTHhoit/109).

Ammattilaiset joutuvat toisinaan tekemään eettisesti arveluttavia ratkaisuja vastoin ammatillisia ja inhimillisiä periaatteita. Tieto parhaasta mahdollisesta hoidosta ja tämän hoidon toteuttamisen todelliset resurssit aiheuttavat ristiriitoja, joiden kanssa terveydenhuollon henkilökunta käy moraalista painia. Yhteistyöorganisaation resursseista tietäminen voi auttaa tekemään parempia ratkaisuja. Se voi myös tuottaa lisää moraalisia paineita, kun henkilöstö itse ei voi lisätä näitä resursseja. Yliorganisatoriset neuvottelut siitä, miten toimitaan kulloisessakin tilanteessa voivat tuottaa kompromis-

seja, jotka vähentävät ammatillisia ristiriitoja, mutta tuottavat silti potilaalle hyvän hoidon.

Resursseja tarkastellaan kuitenkin pitkälle oman organisaation näkökulmasta ja toinen organisaatio on vastapuoli, ei kumppani ja saman terveydenhuollon järjestelmän edustaja. Silloinkin, kun kumppanuus näkyy kollegiaalisuutena, vastakkainasettelu säilyy organisaatioiden välisen työ- ja tehtäväjaon vuoksi. Toisaalta resurssikysymykset aiheuttavat myös organisaatioiden sisäisiä konflikteja.

Seuraavaksi tarkastelen, miltä kompleksisuus näyttää potilaiden näkökulmasta, kun organisatoristen episodien järjestykset eivät kohta toisiaan.

6 IHMEELLISIÄ TILANTEITA POTILAAN HOIDOSSA

Kompleksisuuden tuottamat paradoksit syntyvät selkeyden tavoitteiden ja niihin pyrkivien toimenpiteiden ennustamattomien seurausten välissä. Organisaatiot pyrkivät hallitsemaan tehtäväalueitaan ja järjestämään sisäiset prosessit toimiviksi toisiinsa nähden. Organisaatioiden välille on rakennettu työnjaon mukaisia linkkejä yliorganisatorisen toiminnan mahdollistamiseksi. Yksi linkki on palvelu- ja hoitoketjumallien rakentaminen. Sairaaloiden ja terveyskeskusten työnjako ja toiminnan mallit sekä korkeasti koulutettu ammattitaitoinen henkilöstö eivät kuitenkaan riitä estämään kaikkia tarkoittamattomia seurauksia. Potilaiden hoidossa syntyy ihmeellisiä tilanteita.

Ristiriitoja syntyy siitä, että terveydenhuollossa hoidetaan monenlaisia potilaita, joiden yksilöllisiin tilanteisiin ei ole mahdollista löytää ratkaisuja ammatillisten ja organisatoristen toimintojen rajoissa. Ihmiset eivät taivu luokittelujen mukaisiksi. Lisäksi organisaatioiden ja ammattilaisten vastuiden selkeä rajaaminen tai niiden ymmärtäminen on kompleksisessa järjestelmässä hankalaa. Sama koskee selkeitä yhteisiä tavoitteita. Kyselyyn vastanneen henkilöstön yhteisenä tavoitteena ja ydinarvona on *”olla potilasta varten”*. Tämän toteutuminen on kuitenkin potilaiden ja organisaation asettamien haasteiden välissä vaikeaa. *”Taikurin koulutus puuttuu.”* Potilaat saattavat toisinaan jäädä *”kiertämään järjestelmään.”*, mikä ei ole kenenkään tavoitteena.

Asiakas on olennaisin osa järjestelmää, järjestelmän olemassa olon ehto. Avaan seuraavassa kompleksisuutta asiakkaan suunnasta analysoimalla asiakkaiden tilanteita ja hoitoketjuja aineistoni kautta. Mitä järjestelmässä tapahtuu silloin, kun potilas putoaa jonnekin *”väliin”* eli ei saa hoitoa, jota on tarkoitettu ja jota ammattilaiset on ohjattu antamaan? Mitä tapahtuu silloin, kun *”kukaan ei tee päätöksiä ja kellään ei ole mielipiteitä”*?

Potilas saattaa huonossa tilanteessa pudota ”väliin”. Kukaan ei tee päätöksiä ja kellään ei ole mielipiteitä. (PTHlääk/213) [Selkeä vastuu sairaaloiden ja terveyskeskusten erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta]

Aineistoni³⁷ sisältää potilaskertomuksia ajanjaksoilta, jolloin asiat kirjattiin vielä useimmiten paperille. Toisaalta aineisto koostuu lukuisista keskusteluista erilaisissa tilanteissa olevien potilaiden kanssa sekä haastatteluista, jotka olen kirjoittanut muistiinpanoiksi. Potilaiden yksilölliset kertomukset ovat hyvin erilaisia ja eripituisia sairaus- ja hoitohistorioita. Yhdessä kertomuksessa historia voi olla hyvinkin lyhyt, mutta ongelmat ovat kasautuneet asiakkaalle hallitsemattomaksi vyyhdeksi. Toisissa kertomuksissa asiakkuus järjestelmässä on voinut kestää vuosia, jopa vuosikymmeniä monista eri syistä. Anonyymisyyden varmistamiseksi käytän potilasaineistosta koodeja seuraavasti: CNp ja CMp tarkoittavat henkilöitä, joiden potilaskertomukset ovat paperilla. Henkilö, jonka kertomus on sekä haastatteluna että luettavissa potilaskertomuksena olen merkinnyt koodilla CMhp. Henkilöt, joiden kertomusta olen seurannut keskustelujen ja haastattelujen kautta olen merkinnyt koodeilla CNh tai CMh. Silloin, kun kertomus on ammattilaisten kirjaama, tunnuksen lopussa on merkintä tästä.

6.1 Potilaita ”vauvasta vaariin”: terveydenhuollon monenlaiset potilaat

Terveydenhuollon henkilöstö kohtaa työssään elämän koko kirjon. Terapiaja ohjausryhmän vastauksissa tyypillinen asiakkaita kuvaava ilmaus oli ”vauvasta vaariin”, mutta kaikkien muidenkin kyselyyn vastanneiden ryhmien vastauksissa potilaat olivat kaiken ikäisiä.

Potilaiden vaivat ja sairauksien vakavuusasteet vaihtelevat. Potilaiden sairauksia ja mahdollisia diagnooseja ryhmitellään ja tilastoidaan terveydenhuollon työn moninaisuuden jäsentämiseksi. Potilaat löytyvät muun muassa Kansaneläkelaitoksen, Tilastokeskuksen ja Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen eri tilastoista. Lääketieteelliset diagnoosit löytyvät ICD-10 luokituksista, toimenpideluokituksista ja niiden näyttöön perustuvista diagnosoinnin ja hoidon ohjeistuksista esimerkiksi suomalaisista Käypähoito-suosituksista (esim. Terveysportti 2010, osa tiedosta on salasanalla suojattua).

Kansantaudit löytyvät tilastointien perusteella seuraavilta alueilta: diabetes, erilaiset psykoosit, sydämen vajaatoiminta, nivelreuma, astma, ve-

³⁷ Potilaskertomukset paperilla (N=3), tutkimuspäiväkirjaan kirjatut syvähaastattelut (N=3) ja keskustelut potilaiden kanssa (N=21).

renpainetauti ja sepelvaltimotauti (Kansaneläkelaitos 2009). Kaikki nämä ryhmät mainitaan kysely- ja haastatteluaineistossa ja myös haastattelemiani potilaat kertovat niistä. Lisäksi on monia muita.

Terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilöstö esittää potilaat palveluketjussa, jolloin organisaatioiden ja ammattilaisten työnjako tulee myös kuvatuksi. Potilaan kulkua tarkastellaan oman tehtävän mukaisesti, mutta työnjaollisina ja palveluketjukupauksina oman tehtävän kokonaisuus laajenee yliorganisatoriseksi. Kaikki vastaajaryhmät kertovat potilaiden monenlaisuudesta. Potilasta koskevista maininnoista esiintyvät erilaiset tulkinnalliset episodit, joita olen kuvannut myös aiemmin. Potilaan tilannetta voidaan tulkita esimerkiksi diagnoosiperusteisesti, organisaation taloudellisten resurssien pohjalta, potilaan oman hoitoon ja sairauteensa asennoitumisen perusteella tai kaikki nämä yhdistäen.

Palveluketjukuvausta ja työnjakoa edustavat esimerkiksi perusterveydenhuollon hoitajien vastauksissa maininnat terveyskeskuksen jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta siirrettävistä potilaista. Erikoissairaanhoidon hoitajien vastauksissa suunta on puolestaan terveyskeskuksen jatkohoitoon hoidonparrastuksen mukaan siirrettävät ja ”kuntaan” kotiutettavat potilaat. Vastuiden jakoa kuvataan perusterveydenhuollon laajana vastuuna paikallisesta ”väestöstä” eli kuntalaisista. Potilaat ovat kaiken ikäisiä, moniongelmaisista, pitkäaikaisista, nelirajahalvauspotilaita, polviproteesi- ja astmapotilaita, muistihäiriöisiä, kuntoutusta tarvitsevia, raskashoitoisia ja osittain akuuttia seurantaa tarvitsevia, kuolevia ja/tai saattohoitovaiheessa olevia potilaita. Lisäksi omaiset ovat merkittävässä roolissa sekä tukemassa potilasta että vaatimassa palveluita. Hoitajat pohtivat vastauksissaan omaa tehtävää laajemmin resurssipulan vuoksi hoitamatta jääviä potilaita ja taloudellisesti vaikeuksissa olevat potilaita.

Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon lääkärit kuvaavat potilaita diagnoosiryhmäkohtaisesti tai erikoistumisalueen toimenpidettä kuvaten, kuten ”kirurginen potilas”. Diagnoosiryhmät olivat hyvin monenlaisia, esimerkiksi erilaisia syöpätauteja, silmätauteja, mielenterveysongelmia, psykiatrisia diagnooseja, tuki- ja liikuntaelinten diagnooseja, sydän- ja aivodiagnooseja. Potilaiden monenlaisuus näkyy myös lääkärin kuvauksissa. Kiinnostavimpia olivat kuitenkin potilaan käyttäytymistä kuvaavat ”mielistelevä potilas”, asiakas ”meni solmuun”, ”oikeuksiaan vaativa” ”yhä uudelleen tutkimuksiin hakeutuva”, ”saamaansa hoitoa väheksyvä” ja niin edelleen. Nämä kuvaukset vaihtavat organisatorisen ja puhtaan ammatillisen näkymän lähemmäs potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutus-

ta, jossa osapuolten tulkinnat tilanteesta voivat poiketa toisistaan. Potilaan kulkua ja asemaa hoitoketjussa kuvaavia esimerkkejä olivat muun muassa potilas, josta terveyskeskuksessa tehtyä hoidon tarpeen arviota ei ollut huomioitu erikoissairaanhoidossa tai potilas, jonka jatkoahoito ei toteudu terveyskeskuksessa ja tutkimuskierteessä oleva potilas.

Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon terapeuttien vastuissa korostuvat monenlaiset, monisairaavat ja eri tavoin vammautuneet asiakkaat. Työn luonne edellyttää moniammatillista työskentelytapaa, moniammatillista tietoa ja tiedon jakamista. Lisäksi korostuu laaja-alaisen tiedon tarve asiakkaasta henkilönä sekä hänen taustoistaan. Asiakkaan kanssa työskentely vaikuttaa tästä syystä tiiviimmältä kuin muissa vastaajaryhmissä. Parhaan mahdollisen hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden suunnittelemiseksi tarvitaan tietoa palvelujärjestelmästä omaa organisaatiota laajemmin. Asiakkaan itse antama tieto on tärkein tiedon lähde, mutta asiakas tai omaiset eivät aina kykene tai halua antaa tietoja.

Ammattilaiset arvioivat yksittäisen potilaan tilanteeseen soveltuvan hoidon. Työntekijä tarvitsee kykyä yhdistää relevantin tiedon erillisiä paloja. Rutiininomainen, ”helpon” potilaan tarkastaminen on osa arkea. Rutiininomaisuutta on aina kuitenkin myös epäiltävä. Kun potilaan tilanne on monimutkainen, tarvitaan eri tietoperustojen yhdistämistä, kriittistä arviointia, ohjeiden ja sähköisen tiedon hyödyntämistä sekä potilaskeskeisen työskentelyn osaamista (Sweeney & Cassidy 2002, 135–136).

Potilaiden monenlaiset kertomukset, jotka sisältävät erilaisia suhtautumistapoja omaan sairauteen ja siitä paranemiseen ja monenlaisia kohtauksia terveydenhuollon organisaatioissa, muuttuvat ammattilaisten kirjaimaksi informaatioksi potilaista. Inhimillisen elämän kertomukset muuttuvat potilaskertomuksiksi. Ne ovat valikoituneita episodeja ihmisen elämästä. Ne sisältävät koosteita potilaan kertomuksesta ammattilaisille ja ammattilaisten työepisodeista potilaan kanssa.

6.2 Oikeaan tai väärään ”putkeen” joutunut potilas: vastuiden ongelmia

Mitä tapahtuu, kun vaikeasti sairas potilas ”uloskirjoitetaan sairaalasta kotiin” ilman, että jatkohoitopaikan henkilöstöllä on tästä tietoa? Mitä tapahtuu, kun potilas joutuu väärään ”putkeen”, vaikka toiminnan oikea malli on todistetusti olemassa? Yksinkertainen selitys on, että joku ei ole tehtä-

viensä tasalla ja on tehnyt virheen. Tämä on mahdollista ja todennäköistä, mutta miten näin pääsee tapahtumaan? Huolimattomuutta? Välinpitämättömyyttä? Osaamattomuutta? Ymmärtämättömyyttä? Kiirettä? Työaika ei riitä? Inhimillisessä toiminnassa nämä selitykset ovat aina mahdollisia, mutta terveydenhuollon järjestelmän kokonaisuutta ajatellen nuo selitykset ovat liian helppoja ja osin vääriä.

Esim. syöpäpotilaat ulos kirjoitetaan sairaalasta kotiin ilman, että mitään kontrollista on sovittu terveyskeskukseen. Samoin esim. vaikeaa sydänsairautta potevat. (PTHlääk/224)[Selkeä vastuu sairaaloiden ja terveyskeskusten erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta]

Episodimaisuus toteutuu arjessa erilaisina potilaina erilaisine tilanteineen. Työntekijä kohtaa työpäivänsä aikana monta potilasta, mutta myös potilas voi kohdata hoitonsa tai hoitopäivänsä aikana monta ammattilaista monessa organisaatiossa. Näistä kohtaamisista rakentuu henkilöstön työpäivä ja työn järjestykset (Strauss 2008, 59–60). Kohtaamisissa rakentuu myös erilaisten potilaiden hoitamisen polut. (Mertala 2009b.) Episodimaisten kohtaamisten rajoilla tapahtuvat kompleksisuuden piilottamat katkokset, jotka saavat konkreettisia ilmauksia: ”potilaat juoksevat --- vuoronperään sekä keskussairaalan että terveyskeskuksen vastaanotolla ilman että hoitohenkilöstöllä on välttämättä tästä tietoa---.” ”Yhteiset tietoverkot ja potilastiedostot” saattavat puuttua. Edes teknisten järjestysten (tekniikka ja toimintojen erilaiset proseduurit) yhteensovittaminen ja kuntoon saattaminen ei tuota potilaan hoidon kannalta aukotonta järjestelmää.

Samat potilaat juoksevat nykyään vuoronperään sekä keskussairaalan että terveyskeskuksen vastaanotolla ilman että hoitohenkilöstöllä on välttämättä tästä tietoa: yhteiset tietoverkot ja potilastiedostot puuttuvat. (PTHlääk/219) [Selkeä vastuu sairaalan ja terveyskeskuksen erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta]

Organisaatioiden erilaiset tehtävät eivät kohtaa sujuvasti toisiaan, vaan ne mahdollistavat työntekijöiden erilaisia tulkintoja. Tulkintoja tehdään organisaatioiden määrittämistä vastuualueista, käytettävissä olevista resurssseista, potilaan tarpeista ja oikeuksista resursseihin sekä toimintakäytännöistä yksilöllisissä potilastilanteissa. Oma tehtävä ja toiminta-alue voidaan rajata tiukasti siten, että ei nähdä neuvottelun mahdollisuutta oman tehtävän tai

organisaatioiden rajojen yli. Seuraavassa näytteessä tällainen tulkinta haittaa yhteiselle potilaalle annettavaa palvelua. Asiakas tarvitsee ortoosia³⁸ väärässä paikassa väärään aikaan organisaatioiden järjestysten näkökulmasta. Organisaatioiden työnjako määrittää sitä, kenelle vastuu asiakkaasta kulloinkin kuuluu. Vastuu tarkoittaa samalla myös oikeutta käyttää organisaation resursseja, hoitovälineitä ja henkilökuntaa. Organisaatioiden järjestykset (ks. Strauss 2008) eivät aina kohtaa potilaan hoidon vaatimaa järjestystä.

Raja [x kaupungin] pth ja erikoissairaanhoidon välillä luo ihmeellisiä tilanteita potilaan hoidossa. Esim. kun potilas tulee sairaalani [Sairaalan nimi X] terveyskeskuspäivystykseen [x kaupunkiin] viikonloppuna eikä saa (koska meidän talossa sitä ei löydy [sairaanhoidopiirin] erikoistumisperiatteiden mukaan) tarvittavaa ortoosia niin oman organisaation yksikkö ja toinen talo, [y paikkakunnalla] ei lainaa koska potilas ei ole [X Sairaalan, y paikkakunta] asiakas vaan [x] kaupungin asiakas...eikä ortoosia löydy [x] kaupungin terveysasemilla. (ESHter/2) [Epäonnistuneen yhteistyötilanteen kuvaus]

Henkilöstö joutuu jatkuvasti sellaisten tilanteiden eteen, jossa potilaan hoidon edellytykset ja organisaatioiden säännöt ja rajat ovat ristiriidassa keskenään. Toisinaan potilas siirretään organisaatiosta toiseen ilman neuvottelua. Toisinaan henkilöstö tekee ratkaisuja potilaslähtöisesti välittämättä ristiriidasta. Tämä tarkoittaa, että työntekijä neuvottelee potilaalle mahdollisuuden päästä sinne, missä resurssit ovat. Henkilöstön tehtäviin kuuluu kuitenkin myös noudattaa oman työorganisaationsa normeja ja järjestystä, olipa siitä henkilökohtaisesti mitä mieltä tahansa. Henkilöstö on myös asemassa, jossa potilaat odottavat ja vaativat lupauksia. Millään ammattiryhmällä ei ole yksin määräysvaltaa tässä asetelmassa, vaikka yksittäisissä tapauksissa toisenlaisenkin tulkinnan voi tehdä. Yksilöpotilaiden tarpeiden ja organisatoristen toiminnan sääntöjen ja -mallien välillä on ristiriitoja, joista henkilöstö joutuu neuvottelemaan omien tulkintojensa varassa.

Sovitut vastuut hajoavat eriaikaisuuksiin ja erilaisiin toimintakäytäntöihin ja erilaisiin tulkintoihin sovitusta. Yksilöpotilaiden tilanteissa kaivataan yhteistä yksityiskohdista sopimista ja näissä sopimuksissa pysymistä.

³⁸ Ortoosilla tarkoitetaan erilaisia kehoa tukevia tai asentoa korjaavia apuvälineitä. Esimerkiksi niska- tai rannetuki, ortopediset jalkineet. (Ks. Terveyskirjasto 2010.)

Kuitenkin toisilleen limittäisten ajallisten järjestysten eriaikaisuus aiheuttaa henkilöstön työssä ja potilaiden hoidossa ongelmallisia tilanteita sopimuksista huolimatta. Käytäntöjä kehitetään potilaiden hoidon parantamiseksi, mutta tämä saattaa aiheuttaa jo aloitetun hoidon sopimukseen ongelmia, kuten seuraavat esimerkit kertovat.

Vastuu terveyskeskuksen ja sairaalan välillä on oltava selkeä varsinkin kun on kyseessä vaikeasti sairas potilas, on hän sitten lapsi tai aikuinen. Yksi epäinhimillisyyden pahimmista muodoista on tällaisen henkilön pompottelu paikasta toiseen, hoitokäytäntöjen vaihtuminen, ennen kuin edellinen hoito on edes voinut tuottaa tuloksia. On oltava selkeä ohjeistus kuka hoitaa, milloin hoitaa ja missä hoidetaan ja tiedon tulee kulkea potilaan edellä, huomioiden tietysti tietosuojan. (ESHter/250). [Selkeä vastuu sairaalan ja terveyskeskuksen...]

Asiakasta pompotellaan toisinaan, kun kukaan ei oikein tiedä kenelle vastuu asian hoitamisesta kuuluu. (PTHter/277) [Selkeä vastuu sairaalan ja terveyskeskuksen...]

Ei ole selkeää vastuuta. On vastuu siitä missä hoidetaan jos potilaalla on sitä tai tätä, mutta ei ole sopimusta potilaskohtaisesti miten tämän potilaan kohdalla menetellään tässä tapauksessa ja näillä ominaisuuksilla. (ESHter/237) [Selkeä vastuu sairaalan ja terveyskeskuksen...]

Kompleksisessa järjestelmässä on vaikea sopia vastuita yksityiskohtaisiksi. Aina jää tulkinnan varaa. Tulkintojen mahdollisuus antaa yhtäältä henkilöstölle potilaiden yksilöllisen hyvän hoidon vaatimaa joustoa. Ristiriitaisen tulkintojen välissä potilas tulee kuitenkin toisinaan ”pompotelluksi”. Myös potilas itse voi kulkea ammattilaiselta toiselle ja organisaatiosta toiseen, kun ei koe saavansa apua yhdestä paikasta. Potilailla on odotuksia terveydenhuollon organisaatioita ja niiden ammattilaisia kohtaan. Potilaatkin tulkitsevat kokemaansa, näkemäänsä ja kuulemaansa. Ristiriitaiset tulkinnat ammattilaisten välillä aiheuttavat kohtuuttomia ja vääriä odotuksia potilaissa. Ristiriitaiset tulkinnat voivat luvata potilaalle hoitoa, jota ei ole mahdollista toteuttaa.

Erikoisosaamista löytyy, joskus kun ollaan järjestämässä kokonaisuuksia: jatkohoitojen, kotiutuksen, tukitoimien jne. suhteen on hyvä kuunnella myös tk:n kannanottoja ennen kuin lupaa asiakkaalle liikoja. Asiakas voi pettyä

turhiin lupauksiin. (PTHhoit/145).[Sairaalan henkilöstön osaamisen kunnioittaminen]

Oikeat putket: hoito- ja palveluketjumallit

Hoito- ja palveluketjukuvaukset selkiyttävät kuvaa siitä, miten potilaan tulisi järjestelmässä kulkea. Hoitoketjut ovat hyväksytyjen kliinisten käytäntöjen alueellisia toimintaohjeita. (Ketola ym. 2006). Niiden tehtävänä on vähentää tulkinnallisuutta. Hoitoketjulla tarkoitetaan tietylle sairaudelle ja diagnoosille esimerkiksi II-tyyppin diabetekselle (ks. Seiskari & Töyrylä 2000, 52; Saaren-Seppälä 2004, 78–79) laadittua ideaalimallia sairauden hoidon kulusta. Esimerkiksi Markku Hupli ym. (2006) ovat tutkimuksessaan rakentaneet keuhkosityöpötilaan hoitoketjumallin. Hoitoketjumallit sisältävät hoitavat organisaatiot (kuten terveyskeskus, sairaalan eri osastot ja poliklinikat), joissa on määritelty kuka kussakin organisaatiossa vastaa hoidosta. Hoitoketjun kuvaama toiminta ei voi olla tieteellisen näytön vastaista. Työnjako ja hoitoketjusta vastuullisten tahojen nimeäminen on tärkeää. Hoitoketjun perustehtävä on auttaa ammattilaista hahmottamaan, mistä potilas on tulossa ja mihin hänen seuraavaksi tulee mennä. (Voipio-Pulkki 2005; Ketola ym. 2006; Silvennoinen-Nuora 2010, 91–92.)

Hoitoketjuja laaditaan potilasryhmille, joiden hoito on keskeistä terveydenhuoltoyksikön toiminnassa. Keskeisyys määrittyy siten, että valittu ryhmä edustaa suurta osaa hoidettavista potilaista. Tässä potilas on tilastopotilas, ryhmä, joka vaatii organisaation ja henkilökunnan resursseja tilastollisesti enemmän kuin muut. Kuitenkin hoitoketjukuvauksissa pyritään saamaan näkyviin kohdat, joissa potilaan yksilöllinen tilanne tulisi ottaa huomioon. Kuvaus alkaa potilaasta ja päättyy potilaaseen, eli potilas läheiseen on kuvauksen keskiössä. Ketju alkaa ensikontaktista (esimerkiksi perusterveydenhuollon yksikkö) ja päättyy siihen yksikköön, johon potilaan hoito siirtyy (esimerkiksi erikoissairaanhoidon kautta kotikunnan jatkohoidon vastuuyksikköön ja kotona selviytymisen varmistamiseen). (Mt.)

Mallin toteuttaminen käytännössä edellyttää, että työntekijät ymmärtävät laajoja kokonaisuuksia. Tämä tarkoittaa, että on ymmärrettävä omat organisatoriset työn- ja tehtävienjaon velvollisuudet ja on ymmärrettävä, miten omassa tehtävässä voi auttaa potilasta kulkemaan hoitoketjussa. Lisäksi on uskallettava kritisoida epäkohtia ja pyrkiä löytämään epäkohtiin ratkaisut keskustelemalla sellaisissa kohdissa, joissa malli ei toimi.

Työntekijät ymmärtävät velvollisuutensa työnjaossa, ymmärtävät asiakkaan näkökulmasta ns. hoitoketjun kokonaisuudessaan, uskaltavat sanoa mieliteensä aidosti heti keskusteluissa, osaavat konkreettisesti esittää miten he voivat edistää asiakkaan etenemistä terveydenhuollon sektoreilla. (PTHter/185) [Mitä asiantuntijuus yhteistyössä tarkoittaa?]

”Saumattomalla palveluketjulla” tarkoitetaan toimintamallia siitä, miten koko prosessi asiakkaan sairastumisesta parantumiseen tai kuntoutumiseen olisi paitsi sujuva asiakkaalle myös selkeä järjestelmän muille toimijoille. Palveluketjujen saumoja syntyy eri organisaatioiden, ammattien, asiantuntijuuden, koulutuksen, tehtävien, toimintoja ohjaavien lakien ja tietojärjestelmien rajapinnoilla. Kysymys ”saumattomuudessa” organisaatioiden näkökulmasta on siitä, että asiakkaalle palveluita tuottavien organisaatioiden henkilöstön tulisi hahmottaa kokonaisuus, jossa asiakas liikkuu ja ymmärtää oma roolinsa ja valintojensa vaikutukset asiakkaan tilanteeseen (Lausvaara, Soidinmäki & Tuuri 2004; Seppänen 2003; Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000). Huolimatta hyvistä ja selkeistä malleista, kompleksisessa arjessa saumakohdat jäävät työntekijöiltä joskus näkymättömiin. Aina ei ole kyse myöskään siitä, että henkilöstö tekee ristiriitaisia tulkintoja. On asioita, joihin potilastyötä tekevä henkilöstö ei voi vaikuttaa, esimerkiksi tietojärjestelmien puutteet ja organisaatioiden resurssit. Henkilöstöllä on silti merkittävä rooli vastuiden saumakohdissa.

Työnjaon ja vastuiden selkiyttämiseen tarvitaan kunkin tilanteen ja prosessin kannalta olennaisen tiedon määrittelyä. Tähän kuuluu potilasta ja hänen hoitoaan koskevan tiedon sisältöjen, järjestelmässä liikkumisen, tiedon tulkinnan ja käytön tapojen sekä toimijoiden yhteisen tiedon tarpeen määrittely. Palveluketjussa ei ainoastaan asiakas liiku eri organisaatioiden järjestämien palveluiden välillä, vaan myös palvelutapahtuman aikana syntyneen asiakasta koskevan informaation tulisi kulkea oikeaan paikkaan oikea-aikaisesti. Kokonaisprosessin tulisi tuottaa palveluita oikein kustannuksin.

Yksilöasiakkaan palveluketju muodostuu asiakkaan liikkumisesta hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa osallistuvien organisaatioiden välillä, näiden organisaatioiden tarjoamista palveluista sekä toimenpiteisiin ja päätöksentekoon osallistuvista asiantuntijoista. Palveluketju muodostuu useamman organisaation eli palveluntarjoajan palvelutapahtumista. Palveluketjujen kuvaukset voivat sisältää yhtäältä ideaalimalleja esimerkiksi tietyn diagnoosin hoitoprosessista palvelujärjestelmässä ja toisaalta kuvauk-

sen yksilöasiakkaan yksilöllisen palveluprosessin etenemisestä. (esim. Ketola ym. 2006; Silvennoinen-Nuora 2010)

Potilaan hoidon ja eri organisaatioihin sijoittuvien palveluiden sujutus edellyttää osapuolten sitoutumista yksilöpotilaan kanssa sovittuihin hoitovastuisiin konkreettisina tehtävinä sekä ammattilaisten kykyä moninäkökulmaisuuteen. Seuraavassa esimerkissä pienen monisairaalan hoito onnistui monen toimijan kompromissien kautta. Erimielisyyksistä keskusteltiin erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen, lapsen vanhempien, sosiaalitoimen ja Kansaneläkelaitoksen kanssa. Tämä edellytti organisaatioiden sääntöjen tulkintaa taloudellisista vastuista (kuka hoidon maksaa) sekä henkilöstö- ja ajallisista resursseista (kenen vastuulla henkilökohtaisen hoidon järjestäminen on ja miten hoito ajallisesti järjestetään).

Kaikkein parhaiten onnistunut yhteistyö liittyy hyvin monisairaalan lapsen kotiutukseen sairaalasta. Lapsella oli tarkeostoma [henkitorveen tehty reikä], hengityskone jatkuvassa käytössä yöaikaan, liman imemisentarve keskim. 100x/pv, takana lonkkaleikkaukset, liikkumismuotoa ei oikeastaan ollut vielä ehtinyt kehittyä (potilas 1½v.), ruokinta gastrostoomanapin [”syöttönappi” vatsanpeitteissä] kautta, kommunikointi vaikeaa. Tarvittiin hyvää yhteistyötä osaston henkilökunnan, vanhempien, sosiaalitoimen, terveyskeskuksen ja Kelan kanssa, jotta pienen potilaan kotona selviytyminen saatiin toimivaksi. Yhteistyö toimi vaikka asiat eivät olleet helppoja. Potilas tarvitsi ympärivuorokautista valvontaa, joten oli saatava henkilökohtaisia hoitajia joilla tuli olla terveydenhuollon koulutus, eikä yksi riittänyt vaan tarvittiin 3 avustajaa jotta arki sujui. Mutta neuvotellen, pohtien ja yhteistyötä tehden asiat hoituivat, ei helpolla mutta ponnistellen. Tuosta ajasta on nyt aika tarkkaan 3 vuotta ja edelleen asiat muuttuvat ja tarvitaan yhteistyötä eri tahojen välillä. Mukaan on ajan mittaan tullut lisää toimijoita ja mietittävää riittää ja suunnittelua ja pohtimista yhdessä. Aina on löytynyt jonkinlainen kompromissi jota on lähdetty toteuttamaan ja tarpeen mukaan muokkaamaan. Emme ole aina samaa mieltä kaikki osapuolet, mutta oman näkökannan esille tuominen kautta linjan on mahdollistanut keskustelun ja asioiden hoitumisen tyydyttävälläkin tavalla. (ESH-ter/58)

Onnistuneimpien yhteistyötilanteiden kuvaukset aineistossa liittyvät yhteistyön pitkäaikaisuuteen. Pitkäjänteinen yhteistyö alkaa sujua toimijoiden välillä ajan myötä. Palvelurakenteiden jatkuva muutos ei edistä pitkäjänteistä yhteistyötä. Liisa-Mari Voipio-Pulkin (2005, 2007) mukaan hoi-

toiketjukuluttuuri toimii parhaiten, kun henkilöstö on suhteellisen pysyvää ja hoitoketjutyö perustuu pitkäaikaiseen kumppanuuteen.

Toisaalta hoitoketjujen ajatellaan helpottavan toimintaa henkilöstön vaihtuessa, kun toimintaohjeet on mallinnettu kaikille yhteisiksi ja läpinäkyviksi (ks. Ketola ym. 2006, 8). Nykyisessä tilanteessa yhteistyö on pirstaleista eikä varmuutta pitkäaikaisesta kumppanuudesta ole.

Yksittäisillä toimijoilla on tärkeä rooli hoitoketjumallin käytännön toteuttamisessa. Yksittäiseltä työntekijältä edellytetään hyvin laajaa tietämystä ja kokonaisnäkemystä potilaan hoidosta, jotta hän voisi soveltaa tietämystään erilaisissa tilanteissa. Mallit yksinkertaistavat arkea. Niiden soveltamisessa on ymmärrettävä taustalla olevat arkeen kytkeytyvät yhteydet. Esimerkiksi potilaat kokevat palvelun episodeissa tapahtuvana henkilöstön tekona tai monivaiheisena vuorovaikutteisena toimintana. Potilaan hoidon yksilöllisyys, potilaan asema hoitotilanteissa ja hänen kokemansa itsehallinnan tunne sekä hoitoympäristön mukavuus ovat seikkoja, joihin henkilöstö toiminnallaan vaikuttaa. (Hiidenhovi 2001.)

Hoitoketjutyön tavoitteena on taata, että myös potilaalla on tieto siitä kuka tutkii ja hoitaa, milloin ja missä (Voipio-Pulkki 2005, 2007). Henkilöstön tehtävänä on ohjata potilas oikeaan paikkaan. On kuitenkin erilaisia näkemyksiä siitä, mihin potilas milloinkin kuuluu.

Erikoissairaanhoidosta ohjelmoidaan jatkotoimenpiteen terveyskeskukseen, mutta sieltä ei pystytä antamaan vastaanottoaikaa, jatko ei toteudu. (ESH-lääk/7) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Oikean paikan määrittelyyn vaikuttavat monet asiat: mille organisaatiolle tehtävä työnjaon mukaan kuuluu ja missä hoito on mahdollista (asiantuntemus, välineet, tilat, hoitojonot). Asiakkaan hoitaminen edellyttää tietoa omista tehtävä- ja päätös vastuistaan, mutta myös palveluketjun muiden toimijoiden vastuista. Taloudellisten resurssien rajallisuuden korostuessa, muistutetaan helpommin myös potilaan omasta roolista. Osittain näyttää siltä, että ohjaustehtävä jää potilaan omalle vastuulle, eli potilaan on itseohjauttava ja etsittävä hoitoa järjestelmästä aktiivisesti. Seuraavassa terveyskeskuksen terapeutti kertoo tilanteista, joissa vastuiden epäselvyyksiä on apuvälineiden hankinnassa ja siinä, mihin olkaleikkattujen potilaiden jatkohoito kuuluu.

Varsinkin apuvälineiden osalta joskus saattaa olla epäselvyyttä hankintavastuusta. Mutta pääosin itse fysioterapian toteutus on esim. [Sairaalan nimi] lääkärin läheteellä ohjattu perusterveyden huoltoon esim. olkaleikkauspotilaat. Joskus on asiakkaallakin epäselvyyttä [Sairaala] kontrollikäynneistä. Toisille on annettu kontrolliaika, toisille ei. Eikä asiakas osaa sanoa, pitikö hänen itse tilata aika kirurgille vai ei? (PTHter/302) [Selkeä vastuu sairaaloiden ja terveyskeskuksen erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta]

Näiden ammattilaisten välisten hämärien vastuiden välissä asiakas ihmettelee, miksi hän ei saa kontrolliaikaa, vaikka kaveri, naapuri, tuttu on saanut. Potilaiden kertomukset ovat täynnä näitä ihmettelyjä. Tarinat kulkevat ja saavat luottamuksen järjestelmään horjumaan. Ihmiset vertailevat kokemuksiaan terveydenhuollosta.

Potilas kantaa hoitoketjussaan mukanaan ”ammattilaistietoa”. Informaatiokatkoksissa potilaalta kysytään ketjun tapahtumista. Tämä on eri vaatimus potilaalle, kuin että potilaan tulee sitoutua hoitoonsa.

Olisi tärkeää sekä asiakkaan, että terapeutin kannalta tietää kenelle hoitovastuu kuuluu, mutta todellisuudessa sitä ei tiedä kukaan. Asiakas väittää usein, että häntä ei huoliteta enää [Sairaalan nimi] hoitoon ja terveyskeskus ei ota. (PTHter/303) [Selkeä vastuu...]

Hoitoketjuissa tapahtuu katkoksia. Pahimmillaan yhteistyön katkokset johtavat siihen, ettei potilaan hoito edisty lainkaan. Jos olennaiseksi toiminnassa tulevat hierarkkiset asemat, kokeneisuuden ja kokemattomuuden vastakkain asettaminen hoitotilanteissa tai henkilöstön henkilökohtaiset asiat ja ominaisuudet, painopiste siirtyy potilaasta muualle.

Kuntoutuspalaveri fysiatrian plk:n kanssa. Mitään ei saatu sovittua ja potilas alkoi loukkaantuneena itkemään tilanteessa. (PTHlääk/9) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Saumaton hoitoketju voi olla vaikkapa seuraavanlainen: pienen potilaan iän mukaiset tarpeet tulevat täytetyiksi toimijoiden sujuvalla yhteistoiminnalla.

Pienen pojan apuvälinetarpeen ja kodinmuutostyötarpeen arviointi jätti hyvän mielen. Ensinnäkin poika ja koko perhe olivat avoimin mielin muka-

na suunnittelussa. Apuvälineiden sovitustilanteessa kaikki asiakkaalle suunnitellut apuvälineet olivat kerta heitolla ilman muutostöitä sopivia ja asiakas innoissaan esimerkiksi hienosta uudesta polkupyörästä, joka vihdoinkin mahdollisti kavereiden kanssa samaan tahtiin pyöräilyä. Se, että omalla ammattitaidolla ja yhteistyöllä perheen kanssa saa pienen pojan kasvoille sellaisen hymyn kuin tässä tapauksessa, on paras kiitos tehdystä työstä. (ESHter/74) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Katkoksellinen ketju voi johtaa potilaan pitkittyneisiin vaikeuksiin ja ongelmien laajenemiseen esimerkiksi fyysistä oireista psyykkisen tuen tarpeeseen tai päinvastoin. Puuttuvat tai puutteelliset, väärään aikaan saapuneet tai saapumattomat tiedot tai se, että potilas itse kieltää tiedon välittämisen voivat estää tai hidastaa potilaan hyväksi tehtäviä päätöksiä. Työntekijät voivat nähdä saman tilanteen eri tavoin. Yhdelle relevantti ja riittävä tieto voi olla toiselle riittämätöntä. Informaatiosta osa jää välittymättä. Onko eteenpäin välittynyt informaatio juuri olennaista, ei ole varmaa. Lisäksi ei ole varmaa, onko informaatio kenties jäänyt lausumatta ääneen tai kirjaamatta potilaskertomukseen. Potilaan hoidossa päämääränä on saada potilaan tila paremmaksi tai kokonaan parannettua. Keinovalikoima löytyy ammattilaisten tieto-taidon kentältä. Paljon odottamatonta voi tapahtua. Hoitoketju voi katketa kokonaan tai alkaa uudelleen, kun potilas siirtyy paikasta toiseen.

Kun potilaita siirtyy organisaatiosta toiseen, ammattilaisten dialoginen yhteistyöhön orientoituminen, yhteiset toimintalinjat ja näiden yhteinen ymmärtäminen sekä kollegiaalinen tuki ovat tärkeitä. Ammattilaisten tehtävä on huolehtia, että he toimivat yhdessä ammatillisesti. Potilaiden hoitotilanteissa tapahtuvissa vastuuneuvotteluissa he kuitenkin joutuvat ottamaan vastuuta myös sellaisesta, mikä ei kuulu perustehtävän hoitoon, kuten ammattilaisten riittävästä määrästä, asianmukaisista työvälineistä ja koulutukseen riittävästä ajasta.

Terveyskeskuksessa työskentelevä hoitaja kuvaa syöpäpotilaan hoitoon liittyviä episodeja. Ensimmäisessä episodissa terveyskeskus saa sairaalan kuvauksen syöpäpotilaan kotiutumisesta. Kuvauksen mukaan potilas on melko hyvävointinen ja hoidossa ei ole mitään erityistä. Näyttää siltä, että vaimo pärjää miehensä hoidossa.

Perjantaiamuna tuli yliopistosairaalaasta soitto, että syöpäpotilas kotiutuu samana päivänä saattohoitoon kotiin. Vaimo hoitaa miestänsä. Hoidossa ei

erityistä. Potilas melko hyvävointinen. Kipulääke suun kautta. Ei jatkokontrolleja lähettävään sairaalaan.(PTHhoit/8) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Toisessa episodissa hoitaja menee tarkastamaan tilannetta muutaman tunnin kuluttua. Potilaan kotona paljastuu todellisuus, joka ei lainkaan vastaa sairaalan kuvausta. Miten ”ei-erityistä” olisi pitänyt tulkita terveyskeskuksessa? Oliko sairaalassa tarkoitettu ”ei-erityistä” potilaan tila huomioon ottaen, joka ammatillisesti tarkoittaa tiettyjä asioita? Potilas oli saattohoitoon kotiutettu, joten hyvävointisuus ei tarkoittanut paranemista. Vai oliko sairaalassa tarkoitettu, kuten terveyskeskuksessa asia ymmärrettiin, että potilas ja vaimo pärjäävät kotona? Perusterveydenhuollon henkilöstölle, potilaalle ja hänen omaiselleen jatkohoidossa oli erityistä.

Hoitaja meni perjantai-iltapäivällä klo neljän jälkeen, kun asiakas oli kotiutunut. Asiakkaalla oli tiputus, josta emme tienneet mitään. Asiakkaalla oli voimakasta pahoinvointia, runsaasti kipuja. Mies juuri ja juuri pääsi kahden taluttamana wc:hen. (PTHhoit/8)

Kolmannessa episodissa tulee vastaan organisaatioiden todellisuus. Organisaatioiden käytännöt, terveydenhuollon järjestelmän muokkaamisen seuraukset (kuten päivystysten siirtäminen pois terveyskeskuksista, aukioloaikojen lyhentämiset) tulevat vastaan tässä tilanteessa. Viikonloppuisin ja arki-iltoina on vaikea hoitaa ennakoimattomia tilanteita. Etukäteen saadun tiedon perusteella ei voitu varautua tilanteeseen, jonka hoitaja kohtasi mentyään potilaan kotiin.

Terveyskeskuslääkärit olivat lähteneet ja lähettävässä sairaalassakaan ei ollut enää potilasta tuntevia henkilöitä paikalla. Pyysivät kääntymään päivystäjien puoleen. (PTHhoit/8)

Apu löytyy, mutta sairaalan ja terveyskeskuksen välinen yhdessä tietäminen on katkennut.

Vaimo soitti tutulle yksityislääkärille, joka tuli käymään ja saimme avun viikonlopun ajaksi. (PTHhoit/8)

Miten sitten tulisi toimia toisin? Tähänkin annetaan vastauksissa ideoita. Seuraavassa on kuvaus onnistuneesta yhteistyöstä vastaavassa tilanteessa. Potilasta hoitavat osapuolet ovat sopineet kaikista potilaan hoidon yksityiskohdista yhteisessä palaverissa. Myös ongelmatilanteet pyrittiin ennakkoimaan.

Huonokuntoinen syöpäpotilas kotiutui keskussairaalaista. Ennen kotiutusta pidimme yhteisen hoitosuunnitelmapalaverin, jossa myös potilas ja omaiset paikalla. Sovimme kaikista hoitoon liittyvistä asioista ja kehen ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia. Sovittiin myös, miten toimitaan, jos potilas ei pärjää kotona. Erikseen sovittiin myös ilta- ja yöajan yhteydenottotilanteet, koska meillä ei hoitoa tuona aikana. Saimme selkeät kirjalliset ohjeet. Ongelmatilanteissa saimme hyvin puhelimitse neuvoja ja ohjeita. Potilas pääsi nopeasti suoraan osastolle, kun kotona oleminen ei onnistunut. (PTHhoit/22).

Informoinnin tulee olla tarkkaa ja tulevat tarpeet ennakoivaa. Lisäksi potilasta ja omaista on informoitava tilanteista, joissa järjestelmän palvelut eivät toimi täydellä teholla, kuten ilta- ja yöaikaan. Kuvatussa yksilön hoitoa koskevissa episodeissa kahden organisaation henkilökunnan on käsiteltävä potilaan hoitoa hyvin yksityiskohtaisesti ja yli oman tehtäväalueen. On otettava huomioon kotiolut, toisen organisaation henkilöstöresurssit, aukioloajat ja muut mahdollisuudet antaa hoitoa tarvittaessa. Poikkeukset näissä asioissa saattavat olla kohtalokkaita potilaalle.

Onnistuneinta yhteistyö on silloin, kun potilaasta on saanut tarvitsemansa tiedot etukäteen ja potilaan mukana on tullut tarpeeksi kattava hoitajan lähetä. (PTHhoit/15).

Kun potilaille ”rakennetaan” hoitoketjuja, niissä pyritään määrittelemään organisaatioiden vastuut. Eri organisaatioiden ja henkilöstön välillä liikkuvien asiakkaiden hoitopolkujen eteneminen on epälineaarinen prosessi. Erilaiset pienet ja suuret valintatilanteet ja valinnat potilaan hoidossa saattavat muuttaa tarkoitettun ketjun. Kukaan yksin ei myöskään voi olla selvillä hoidon eri vaiheista.

Vastuiden määrittäminen siten, että ne olisivat selkeät kaikissa yksilöllisissä tilanteissa, on mahdotonta. Miten jaetaan toisiinsa limittyvät vastuut siten, että niistä syntyy kaikille yhteinen ymmärrys? Tätä ymmärrystä tarvitaan silloin, kun tehdään potilasta koskevia hoitopäätöksiä ja hoide-

taan potilasta. Miten esimerkiksi vastuut laajoista kokonaisuuksista kuten vastuu organisaation tai sen yksikön toiminnasta, vastuu yksikön potilasvirroista, vastuu apuvälineistä, vastuu yksittäisen potilaan hoidosta, vastuu taloudellisesta ja tehokkaasta toiminnasta tulevat yhteisesti ymmärretyiksi? Kyse on yksityiskohtien ja kokonaisuuksista tietämisen ongelmasta.

No yhteistyöt tk:n ja asiakkaan kaikkien sidosryhmien (omaiset, päiväkoti, koulut jne.) kanssa on asioiden onnistumisen edellytys. Yhteistyö tapahtuu puhelimitse, sähköpostitse ja erillisen yhteisen suljetun tietojärjestelmän kautta, mm. Epäonnistumista koen silloin kun esim. lähete on tullut kuntoutuslaitoksesta ja aloitan työt ja kesken kaiken huomataan että tk on jo aloittanut saman asian hoidon. (ESHter/24)[Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Kun on ”yhdessä sovittu ja kirjattu, ei kukaan lupaa liikaa eikä suunnittele ”kuuta taivaalta!” Potilaan ”väärään putkeen” joutumisen riskejä on kuitenkin jatkuvasti. Kompleksisuus vaikeuttaa hyvästä tahdosta ja ammattitaidosta huolimatta yksilöasiakkaan saumattoman hoidon yksityiskohtien kontrollointia.

Parhaimmillaan, kun lapsen (asiakkaan) vanhemmat ovat olleet kumppaneina tekemässä oman lapsensa kuntoutussuunnitelmaa. Paikalla avopuolen terapeutti, hoitovastuuta kantavan sairaalan työntekijöitä. Yhdessä sovitaan, kuka tekee ja mitä, missä ajassa. Otettu vanhempien voimavarat huomioon ja TK:n resurssimahdollisuudet. Kun yhdessä on sovittu ja kirjattu, ei kukaan lupaa liikaa eikä suunnittele ”kuuta taivaalta!” Tieto on kaikkien lasta hoitavien tiedossa ja yhdessä sitouduttu. Hyvässä tilanteessa on myös mietitty arjen konkreettiset tavoitteet ja milloin ne arvioidaan uudelleen. (ESHter/66)[Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Moniammatillisten työprosessien kehittäminen on tärkeää yhteistyön näkökulmasta. Tämän toteuttaminen on kuitenkin ongelmallista kompleksisten työympäristöjen piirteiden vuoksi. Yhteistyöorganisaatioiden rakenteiden ja toimintojen tunteminen auttaa tarvittaessa ottamaan ne huomioon mahdollisuuksina. Kun työntekijällä on esimerkiksi nopeasti saatavilla tieto, missä organisaatiossa, missä organisaation yksikössä/osastolla ja millä tehtävänimikkeellä oleva henkilö voi auttaa asiakkaan asiassa, antaa asian tuntijan mielipiteen tai kertoa mahdollisuuksista juuri kyseisessä tilanteessa, ei tarvitse käyttää aikaa ”turhiin puheluihin” ja oikean henkilön metsä-

tämiseen. Paikallisten olojen ja niiden todellisten mahdollisuuksien tunteminen auttaa myös perustehtävään keskittymisessä. Tällöin yhteistyön mahdollistavat rakenteet ovat käytössä myös, kun toimitaan yksin.

Eräs pienen kunnan terveyskeskuksen fysioterapeutti sanoi, että ellei meillä olisi tätä yhteistyömahdollisuutta erikoissairaanhoidon kanssa, ei heillä olisi mahdollisuutta hankkia asiakkaalle kaikkia hänen tarvitsemiaan apuvälineitä (sähkösätky, nostolaite, yksilöllinen pyörätuoli). Asiakas pystyi nyt palaamaan kotiin asumaan, muuten olisi etsitty jotain hoitopaikkaa. (ESHter/60) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Laaja-alainen ymmärrys dialogisen yhteistyöorientaation tarpeellisuudesta potilaiden hoitoketjujen toimivuudelle edellyttää ymmärrystä myös siitä, että ammattilaisten ristiriitaiset käsitykset parhaasta hoidosta hämmentävät potilasta. Ristiriitaisen käsitysten ja ohjeiden vuoksi potilas ei tiedä kehen luottaa. Tämä voi aiheuttaa potilaan sitoutumattomuutta hoitoonsa.

Lähetimme hemiplegiapotilaan osastokuntoutukseen kolmeksi viikoksi tavoitteena kokonaistilanteen arviointi ja sitä kautta omaisen rauhoittaminen. Omaisella on epärealistisia odotuksia kuntoutumisesta. Potilas kotiutui terveyskeskuksen vuodeosastolle ja potilas papereissa luki, että jakson tavoitteisiin ei päästy, eikä potilas enää hyödy kuntoutusjaksoista. Omaiselle oli kuitenkin viestitetty selkeästi optimistisempää tulevaisuuden visioita. Soitimme keskussairaalaan ja puhelimessa kerrattiin epikriisi aivan kuten kirjallisena olimme saaneet. Potilaan poika sekä vaimo vakuuttivat saaneensa eri tietoa suullisesti. Omaisten epätoivo syveni ja samoin epäluottamus hoitavaan tahoon. (PTHter/31) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Yliorganisatorista tehtävien jaon yli katsovaa orientaatiota tarvitaan sen huomaamiseksi, jääkö asiakas vastuiden jaon ongelma-alueilla syrjään. Potilaalle ainoa oikea ”putki” on sellainen, jossa hän saa hyvää hoitoa alusta loppuun. Vääränlaisessa ”putkessa” potilaan hoidossa voi tapahtua monenlaisia ihmeellisiä tilanteita. Häntä voidaan siirtää hoidon kannalta turhaan organisaatiosta ja ammattilaiselta toiselle (pompottelua). Potilas voi joutua vialliseen putkeen, jossa ei ole riittävää määrää osaajia tai aikaa tai tarvittavia välineitä. Putki voi olla viallinen sen alkupäästä, keskeltä tai lopusta. Mikäli hoitoa ei voida aloittaa riittävän ajoissa tai hoito keskeytyy, poti-

laan tilanne voi pahentua. Mikäli potilaan jatkohoidosta ei huolehdi asianmukaisesti, saatu hoito voi olla turhaa.

Leena Silvennoinen-Nuora (2010) on tutkinut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitoketjujen vaikuttavuuden arvioinnin mekanisme. Kriittiset tekijät liittyvät henkilöstön työhön, erilaisiin prosesseihin ja asiakkaan sitoutumiseen ja osallistamiseen. Tämäkin tutkimus todentaa vastuutahojen selkiyttämisen, moniammatillisen yhteistyön ja kaikkinaisen yhtenäistämisen tarpeen. Mutta hoito- ja palveluketjumallit eivät nekään ratkaise kompleksisuuden tuomia haasteita potilastyössä.

6.3 ”...Olemme täällä potilaita varten. Yksin ja ainoastaan”: selkeä yhteinen tavoite

Asiakas on terveydenhuollossa työn keskipiste. Asiakas on tärkein organisaatioiden olemassaolon ehto. Henkilöstön perustehtävä on hoitaa potilasta. He työskentelevät potilaiden hyväksi, heitä varten. Potilaita varten oleminen on kuitenkin haasteellinen tehtävä.

Työntekijöiden kontakti potilaisiin vaihtelee hyvin paljon. Työskentely voi tapahtua esimerkiksi laboratoriossa, jossa ollaan tekemisissä vaikkapa asiakkaan verinäytteiden kanssa. Tällöin on tärkeää huolehtia näytteen oikeasta käsittelystä ja tulosten virheettömästä viestimisestä eteenpäin. Potilaan hoidon tarve voi liittyä pieneen helposti hoidettavaan vavaan tai tarve voi olla vakava. Potilas voi olla sairaalan tai terveyskeskuksen osastolla hoidossa lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Mitä vakavammasta ja pidempiaikaisesta tarpeesta on kyse, sitä syvemmin potilaan koko elämäntilanne ja elinolosuhteet kuuluvat työntekijän tehtäväkenttään. Etäisyys potilaaseen on olennainen tekijä, kun vertaillaan erilaisia tehtäviä hoitavia terveydenhuollon ammattilaisia.

Potilailta saatu palaute on merkittävää työntekijöille. Vastausten perusteella se onkin lähes ainoa työstä saatu suora palaute. Myönteisellä palautteella on tietysti myönteiset vaikutukset ”potilasta varten olemiseen”.

Positiivista palautetta saa vain lähinnä potilailta. En muista tässä terveyskeskuksessa saaneeni koskaan kehuja 4 vuoden aikana, jotka olen täällä toiminut (paitsi potilailta sitäkin enemmän). Työajat ovat olleet joustavat, eli saa olla joka päivä paljon pitempään töissä, kuin mitä päivä oli suunniteltu. Siitäkään ei ole tullut kiitoksia...) En ole työpaikallani viime vuosina

kokenut saavani arvostusta omasta työstäni(etenkään perusturvajohtajalta). Kun aloitin työt täällä, koin saavani arvostusta. Olen vakavasti harkinnut irtisanoutumista. (PTHlääk/282) [Arvostuksen saaminen omasta työstä]

Työntekijät saattavat venyttää työpäiväänsä, jotta mahdollisimman moni tarvitseva ehtisi saada avun. Joustamisen ja hyvän palautteen toisella puolella ovat vaatimukset, vaativaa hoitoa ja aikaa tarvitsevat asiakkaat, vaativat ja hankalat asiakkaat ja asiakkaat, joiden tarpeisiin ei ole mahdollista vastata. Tällöinkin asiakas on työn keskipiste.

Tärkeintä on arvioida oman tietämisen rajat ja arvostaa itse sitä, minkä todella osaa. Muiden kiitos tietysti lämmittää, mutta nykyisellä virkapaikalla päivä ilman kitkerää asiakaspalautetta on aina voitto. (PTHlääk/280) [Arvostuksen saaminen omasta työstä]

Vastuita voidaan siirtää myös organisaatioiden ”kaatopaikoille”, kuten sairaalan erikoislääkäri kuvaa päivystysyksikön työtä. Hän tulkitsee, että terveyskeskuksessa ei oteta vastuuta omista vaikeista potilaista. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon henkilöstön vastauksissa käydään kiistaa siitä, että potilasta varten olemisen tilanteita valikoidaan toisinaan epämääräisin perustein. Kun itse ei tiedetä, sysätään vastuu toiselle, lupaa kysymättä tai neuvottelematta asiasta.

Pääsääntöisesti arvostus on ok. Ajoittain päivystysyksikkö kaatopaikka, jonne erikoislääkärit käskää omien hankalien potilaidensa hakeutua. Tk:sta ohjataan hankalasti hoidettavat potilaat. (ESHlääk/198) [Arvostuksen saaminen omasta työstä]

Olosuhteissa, joissa henkilökunta on liian suurten paineiden alaisena, eikä ole riittävästi toimintavälineitä ja mahdollistavia rakenteita, asenteet potilaita ja työtovereita kohtaan saattavat muuttua negatiivisiksi.

Ehkä ei kunnioita, koska ei ole sellaista kokemusta että pitäisi kunnioittaa. Kokemukset ovat pääasiallisesti todella huonoja. Lääkäri ei tule kotiin vaikka on sopinut, työntekijät ovat osa mukavia ja osaavia osa vaan käväisee, antaa vääriä lääkkeitä, ei osaa arvioida avun tarvetta.. Potilas on ikään kuin välttämätön paha. Potilaan oma mieli? Mitä se on? Puheessa kuultaa väsymys, työmäärä, raskaus... Hyvin harvoin kukaan kehuu, että

onpa mukavaa työtä, en vaihtais pois. (ESHter/264) [Terveyskeskuksen henkilöstön osaamisen kunnioittaminen]

Potilasta varten oleminen tarkoittaa terveydenhuollon työssä paljon. Se tarkoittaa ammatillista erilaisten ihmisten ja elämäntilanteiden kohtaamista ja kykyä reagoida yksilöllisiin tarpeisiin. Se tarkoittaa potilaan tuntemista ammatin vaatimalla tavalla ja niin, että potilaan kokonainen hoitoketju rakentuu ammattilaisten erilaisesta potilaan tuntemisesta.

Ihminen on kokonaisuus, jonka terveydentilaan liittyy se ympäristö ja ne henkilöt, joissa hän päivänsä viettää ja keiden kanssa hän on tekemisissä, viitekehys sekä myös hänen oma persoonallisuutensa (psyk, fyys, sos). Terveydenhuollossa hyvin harvoin huomioidaan mitään muuta kuin fyysinen ja psyykinen ja jossain määrin sosiaalista taustaa ja siinäkin lähinnä asumismuotoa ja perhesuhteita. Kaikki muu jää huomioimatta. (ESHter/187) [Potilaan/asiakkaan tunteminen]

Yhteistyö [Sairaalan nimi] kuntoutusohjaajan kanssa, kun tehtiin alaraaja-amputoidun luokse kotikäynti asunnonmuutostöiden ja apuvälinetarpeen kartoittamiseksi. Asiakas oli n. 60-vuotias nainen, joka oli jäänyt kotitielään auton alle, ja menettänyt toisen alaraajansa reidestä saakka. Asui yksin n. 12 km:ä keskustasta pienessä omakotitalossa. Kuntoutusohjaaja oli tehnyt jo etukäteiselvityksiä ja ollut yhteydessä asiakkaaseen tilanteen kartoittamiseksi. Näin koko tilanne sujui joustavasti ja asiat lähtivät toteutumaan nopealla aikataululla, mikä tietysti oli yksinasuvan asiakkaan kotona selviytymisen edellytys. (PTHter/79) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Asiakkaan tullessa vastaanotolle, terapiaan tai ohjaukseen hänellä on nykyhetken johtanut menneisyys ja toiveet tulevasta. Potilasta koskevan kokonaisuuden hahmottamiseen liittyy myös tämän jatkumon hahmottaminen ja huomioon ottaminen.

Jokaisella on historia, nykyhetki ja tulevaisuus ja ympäristö, jossa toimimme, emme elä tyhjiössä. Välttämätöntä on nähdä kokonaisuutena ja kokonaisuuden osana, jotta itse ottaa kuntoutuksen roolin eikä vain ole käsi, jota treenataan. (ESHter/217) [Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Potilaan tunteminen edellyttää ammatillista tietoa potilaan terveydentilasta. Terapia- ja ohjaustyössä se ei rajaudu pelkästään oireiden tarkasteluun, vaan on paljon laajempi. Kuten vastaaja tämän asian ilmaisee: *On tärkeää tietää asiat, jotka vaikuttavat potilaan hyvinvointiin.* (ESHter/185). Hyvinvointi on laaja kokonaisuus, joka terapia- ja ohjaushenkilöstön tehtävissä laajentuu potilaan henkilökohtaiseen elinympäristöön ja läheisiin ihmisiin. Tieto sosiaalisesta taustasta on enemmän kuin faktatietoa asumismuodosta ja perhesuhteista. Terapia- ja ohjaushenkilöstön tulee ymmärtää potilaan oma halu ja tavoitteet sekä nivoa erilaiset informaatiopalat hänen hyvinvointiaan tukeväksi tietämiseksi. Lisäksi olisi kyettävä rakentamaan tästä tietämisestä yhteistä toimintaa, joka tuottaa koko palveluketjussa potilaan tilanteen paranemisen.

Sairaaloissa potilaan tunteminen ja kokonaistilanteen hahmottamisen syvyys on erikoistuneesta tehtävästä riippuvainen (esim. kirurgi, reumalääkäri, kuntoutuslääkäri, fysioterapeutti, erikoisterapeutti). Tuntemista esittävät vastaanotolla käytettävissä oleva lyhyt aika, kiire, liian monet toimijat ja kokonaisuudet, joiden rajoja on vaikea hahmottaa.

Oleellisen tärkeää erityisesti pitkäaikaissairaiden kohdalla. Ongelmana on vähäiset resurssit, mikä saa aikaan turhia käyntejä esim. päivystyksessä. Kun potilaan asioiden selvittelyyn ei varata riittävästi aikaa resurssipula rajoittamassa – ehditään hoitamaan vain kiireellisintä potilasjoukkoa eli ”sammutetaan tulipaloja”. (ESHlääk/136) [Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Potilasta varten oleminen epäonnistuu toisinaan. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun työntekijä ei voi toimia, koska ei ole saatavilla tarvittavaa erikoisosaamista tai ei ole tarvittavia työvälineitä eikä rahaa niiden hankkimiseen. Potilas voi myös omalla käyttäytymisellään estää hoidon toteuttamisen. Tämä voi tarkoittaa hoito-ohjeiden noudattamatta jättämistä tai sitä, että potilas ei luota hoitavan henkilökunnan osaamiseen.

Potilaan siirto terveyskeskukseen jatkohoitoon on joskus ongelmallista varsinkin omaisten taholta. Eivät luota siihen, että voidaan ja osataan hoitaa. Toisaalta meillä aloitettu hoito/kuntoutus loppuu, koska tk:ssa ei esim. neurologista asiantuntemusta. (ESHhoit/6) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötilanteesta]

Hoitoketjut jakavat vastuuta ja yhtenäistävät toimintatapoja. Lähetteiden osalta toisinaan ”pallo palaa lähtöpisteeseen” puutteellisena, eli perusterveydenhuollossa tehtävät tutkimukset tai lausunnot uupuvat. (ESHhoit/122) [Yhteiset toimintatavat terveyskeskuksen ja sairaalan välillä]

Muistaisimme, miksi olemme työssä eli asiakas tai potilas on se meidän johtoajatus, ja hänen parhaaksi toimimme työssämme. Kun emme jotain asiaa osaa tai tiedä, myönnämme sen reilusti ja otamme asioista selvää, joka on jälleen asiakkaan/potilaan parhaaksi, se luo myös potilaan turvallisuutta ja tunnetta että hänen asioitaan hoidetaan ja että tuli kuulluksi. (ESHhoit/41) [Mitä odotat muilta yhteistyön sujumiseksi?]

6.4 Työ on potilaslähtöistä, mutta taikurin koulutus puuttuu

Kolmen potilaan potilaskertomukset antavat kuvaa siitä, kuinka eri asiantuntijoiden substanssiin perustuvat lausunnot kirjautuvat sairauskertomukseksi ja miten näistä syntyy kokonaiskuva. Tietyt asiat kerrataan eri asiantuntijoiden lausunnoissa ja neuvottelun jatkumisen osoituksena. Paperille kirjataan ensin yhdellä sairaalan poliklinikalla tapahtunut ja sen jälkeen toisella poliklinikalla toistetaan ensin sama ikään kuin kertauksena ja lisätään kyseisen käynnin kertomus. Samasta henkilöstä voidaan kuitenkin antaa ristiriitaista kuvaa. Potilas voi olla sekä ”psyykeltään asiallinen, hyvin kooperaiva, anamneesia antaa loogisti, ei agravointia. Kylläkin alavireinen” (CMp/kuntoutuslääkäri) ja tästä vuoden kuluttua potilas on ”joustamaton, urautunut ja uudelleen orientoitumiseen täysin kyvytön” (CMp/psykologi). Ammattikieli on tarpeellinen asiantuntijoiden välinen viestintäkeino. Analysoimistani potilaskertomuksista saa kuitenkin kuvan episodien katkoksista potilaiden siirtyessä paikasta toiseen. Esimerkiksi se, mitä potilaalle on tapahtunut vuoden aikana, jää epäselväksi.

Potilas saattaa hoitohistoriansa aikana käydä monien eri ammattilaisen luona. Hänen sairaskertomuksestaan voi löytyä esimerkiksi kirurgin, fysiatriin, fysioterapeutin, ensiapupoliklinikan, neurologin, psykologin ja psykiatriin sekä kuntoutuslääkäriin merkinnät. Terveystieteiden henkilöstöllä, olipa kyseessä lääkäri, hoitaja tai terapeutti, ja potilaalla on vastaanotolla tai hoitotilanteissa mielessään käsitteellinen malli ”potilaan sisäisistä systeemeistä” (Steinberg 2005, 3). Tämä voi lääkärillä koskea esimerkiksi hermojärjestelmää, verenkiertoa tai ruoansulatusjärjestelmää, toisilla eri-

koisaloilla neuropsykologista toimintaa tai aivojen biokemiaa. Kuitenkin myös sellaiset seikat kuin, millainen työntekijä on persoonana, mikä on potilassuhteen luonne (esimerkiksi pitkäaikainen tai lyhytaikainen), työntekijän ja organisaation status (todellinen tai kuviteltu, esimerkiksi terveyskeskusten ja sairaaloiden ja niiden työntekijöiden arvostus) sekä potilaan tarina oireistaan ja taustoistaan vaikuttavat tehtäviin ratkaisuihin. Steinbergin (mt.) mukaan juuri tämä kompleksisuus ja sen ajattelemisen vaikeus saa henkilöstön pakenemaan ammatillisten spesialiteettien taakse.

*Terveyskeskustyössä [potilaan tunteminen] jää varsin vaatimattomaksi. Esimerkiksi asiakirjoissa ei ole merkintää potilaan ammatista / työllisyydestä määriteltäessä sairauslomia. Päihdeongelma / perhekriisi / työkiiri / työttömyys jää selvittämättä jopa tilanteissa, joissa ilmeisin syy toistuviin käynteihin/hoidon tehottomuuteen se on. (PTHlääk/179)
[Potilaan/asiakkaan kokonaistunteen hahmottaminen]*

Potilaan kanssa työskentely edellyttää muutakin kuin diagnosointia lääketieteellisen näytön perusteella. Hassey hyödyntää kompleksisuusajattelua osoittaakseen kuinka lääketieteellisten faktojen rinnalla edellytetään narratiivista ja intuitioon perustuvaa todistusaineistoa potilaan tilasta. Perinteisen, lineaarisloogisen tieteellisen metodin yhdistäminen intuitiiviseen, tulkinnalliseen ja kontekstuaaliseen orientaatioon auttaa tuottamaan parempaa hoitoa potilaille, mutta ei ole ongelmatonta. Intuitiolla ja tulkinnalla yksilöiden tilanteiden mahdollisista variaatioista ei voi rakentaa mallia. Työntekijä voi näiltä osin vain rakentaa ajan myötä lisääntyvää asiantuntemusta. (Hassey 2002, 59–73.) Nämä näkökulmat laajentavat terveydenhuollon systeemiin kuuluvan kliinisen informaation kentän vaikeammin hallittavaksi.

Hoito- ja palveluketjut ja muu hoidon mallintaminen muodostavat terveydenhuollon ”institutionaalisen potilaskertomuksen”. Tämän kertomus tuottaa normatiiviset määritykset siitä, millainen asiakkuus ja potilas organisaatioissa liikkuu, millaisena potilas voidaan tulkita ja millaisina episodeina ammattilaisten hoito potilaan elämäkokonaisuudessa esiintyy. (Ks. esim. Ruusuvuori, Haakana ja Raevaara 2001.) Ammattilaisten kertomukset potilaista syntyvät organisaatioiden ohjeistuksista, jotka puolestaan ovat systeemisiä vastauksia siihen, miten yhteiskunnallisen tilastopotilaan tarpeisiin voidaan vastata (väestö). Toisaalta ammattilaisten kertomukset syntyvät ammattien tiedollisista taustoista ja heidän ihmiskäsityk-

sistään ja ovat riippuvaisia osaamisesta sekä työympäristöistä. Molemmat kertomukset ohjaavat potilaan hoidon polkua.

Potilaiden omat kertomukset ohjaavat myös prosesseissa liikkumista. Potilaiden tarpeet ja tavat kertoa tilanteestaan ja sairaudestaan sekä asenteet hoitavaa tahoa ja hoitoa kohtaan vaikuttavat kertomusten etenemiseen.

Potilailla valitettavan usein tapana väheksyä saamaansa hoitoa ja pyrkivät mielistelemään esh päivystävää lääkäriä kuvitellen saavan siten parempaa hoitoa. Kokematon ja epävarma lääkäri saattaa joutua potilaiden ohjaamaksi vastoin lääketieteellistä harkintaa. (ESHLääk/165)[Terveyskeskuksen lääkärin osaamisen kunnioittaminen]

Informaation siirtymiseen hoitoketjussa vaikuttavat hyvin monet seikat. Esimerkiksi Ryynänen ym. (2006) ovat rakentaneet muuttujia lähete-palauteprosessin käsitysverkosta. Käsitysverkosto osoittaa yhden organisaatioita lävistävän prosessin kompleksisuuden. Potilaan sukupuoli, ikä, lähetteen erikoisala (esim. operatiivinen, konservatiivinen–jako), lähetteen kiireellisyys (päivystys, ajanvaraus), lähettävän lääkärin ikä, lähettävän lääkärin erikoisala, lähetediagnoosin luonne, erikoissairaanhoidon pääsyy viive, lähettämisen logiikka (hoitoon, diagnoosi tiedossa tai diagnostiikkaa varten), vastaanottavan lääkärin koulutus ja hänen arvionsa kiireellisyysluokituksen oikeellisuudesta, arvio lähetteen tarpeellisuudesta, arvio potilaan saamasta erikoissairaanhoidon hyödystä ja niin edelleen muodostavat osa-alueet, joissa kussakin voi syntyä tulkinnallisia eroja.

Pekka Nokso-Koiviston (2001) tutkimus Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitoksen kouluttamien asiantuntijalääkärien ja potilasta hoitavien lääkäreiden lääkärilausunnoista työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa kuvaa hyvin niitä vaikeuksia, mitä asiantuntijoiden ja ammattilaisten tuottama kertomus voi tarkoittaa potilaille. Potilas ei ole enää paikalla kertomassa, kun työkyvynarviointia tehdään asiapapereiden perusteella. Nokso-Koivisto toteaa (mt., 13), että ”Saattaa käydä niin, että asiakirjoja kyllä kohdellaan tasapuolisesti, mutta ei potilaita, koska lausunnoissaan hoitavat lääkärit ovat pukeneet potilaan todellisuuden eri tavoin sanoiksi.” Nokso-Koiviston (mt., 15–17) mukaan vakuutuslääkärille ei riitä lausunnon tulkintaan perinteiset teoreettiset ja kliiniset lääketieteen tai työlääketehteen ehdot. Tulkintaan tarvitaan lisäksi hoitavien lääkäreiden maailman havainnoinnin tavan, lähtöoletusten ja loogisten päätelmien ymmärtäminen. Hoitava lääkäri taas puolestaan toimii hoitavan roolinsa lisäksi, yh-

teiskunnan asettamana lääketieteellisenä asiantuntijana. Hän luo kuvan potilaan toimintakyvystä potilaan kertomuksen lisäksi myös omien havaintojensa pohjalta hoitosuhteen aikana, erilaisista asiantuntijalausunnoista, kuten erikoislääkärrien konsultaativastauksista, psykologin tutkimustuloksista, toimintaterapeuttien lausunnoista ja niin edelleen.

”Se, ettei parempaakaan vaihtoehtoa ole käytettävissä, tekee hahmon ja haamun oikeutetuksi edustamaan potilaan todellisuutta. ... B-lausunto on hoitavan lääkärin suora, mutta erehtyväinen käsitys tutkittavasta. Toisaalta vakuutuslääkärin käsitys, haamu, on epäsuora ja on myös erehtyväinen. Koska haamu syntyy tulkinnaksi hahmosta, kirjoitetussa hahmossa erheelliset tulkinnat välittyvät epäsuorasti lausunnosta haamuun. Toisaalta taas on ajateltavissa niin, että vakuutuslääkärillä on mielessään tarkempi tulkinta siitä, mitä lainlaatiija on tarkoittanut työkyvyttömyydellä, ts. hänen haamunsa vastaisi täsmällisemmin lainlaatiijan tarkoittamaa haamua kuin hoitavan lääkärin.” (Nokso-Koivisto 2001, 29)

Yksilön tilanne saa erilaisia tulkintoja systeemien pyörteissä. Toisinaan tulkintakehyksenä on potilas itse elämäkokonaisuudessaan. Hoitoketjun kehys voi kuitenkin siirtyä palvelun tuottajan tai rahoittajan taloudellisten tai lakiin perustuvien kehysten sisälle. Henkilöstöltä puuttuu ”*tai-kurin koulutus*” yksilöiden tarpeiden ja organisaation rakenteellisten ongelmien yhteensovittamisessa ja siinä mielessä, että kaikkia sairauksia ei voida parantaa. Tämä ristiriita tulee ilmi seuraavassa terveystieteellisen huolesta. Potilaslähtöinen työ ei aina tarkoita sitä, että voitaisiin vastata kaikkiin tarpeisiin. Henkilökunnan tehtävänä on arvioida ja suhteuttaa tarpeita siten, että palveluita voidaan antaa mahdollisimman monelle tarvitsijalle.

Sitten taas arvioissahan me... pyritään tekemään päätöksiä, että me saatais mahdollisimman hyvin koordinoitua oikein, että vältettäis semmoista automaatiota, koska osalla on varmaan enemmän semmoista... niinkun viihtymistä se. Sitten taas osalla totta kai on ihan selkeä tarve ja saadaan semmoinen pidempi tehostettu jakso. (PTHlääk/2004)

Suuri yleisö pitää itsestään selvänä, että kaikki sairaudet pystytään hoitamaan, jos vain halutaan tai osataan. Sitä osaamista sitten epäillään... Itse en niinkään epäile osaamista, mutta aitoa välittämistä ja maalaisjärkeä toisinaan kaipaavan (ehkä sitä olisi, jos olisi aikaa...) (PTHter/337) [Sairaalan henkilöstön osaamisen kunnioittaminen]

Asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden arviointi, potilaan tunteminen ja kokonaistilanteiden hahmottaminen asettaa henkilökunnan valintojen eteen. He joutuvat arvioimaan potilaasta saatavaa informaatiota. He hyödyntävät näiden arvioiden tekemisessä ammatillista tietotaitoaan, ymmärrystään organisaation ohjeista sekä yhdessä tietämisen reittejä.

6.5 Potilaat, jotka jäävät ”kiertämään” järjestelmään: asiakkaiden omat kertomukset

Potilaan arkitilannetta, sosiaalisia verkostoja yms. ei juurikaan tunneta. Ne vaikuttavat kuitenkin vahvasti siihen, millaisiin hoidollisiin tai kuntoutuksellisiin asioihin potilas voi sitoutua. Toiminta lähtee vahvasti organisaatioiden näkökulmasta eikä potilaan ääni juurikaan kuulu. Tämän seurauksena potilas saattaa jäädä kiertämään erikoissairaanhoidossa, eikä kokonaisvastuuta ole kenelläkään. (ESHter/191) [Potilaan/asiakkaan tunteminen]

Olen tutkimukseni aikana kuunnellut monia terveydenhuollon asiakkaiden henkilökohtaisia kertomuksia siitä, kuinka heitä ei kuunneltu, kuinka heille jäi kokemus, etteivät saaneet parasta mahdollista hoitoa. Olen kuunnellut lukuisia kokemuksia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö ei ole tehtäviensä tasalla. Nämä kertomukset välittyvät myös työntekijöille. Henkilöstö kertoo siitä, miten ”potilas saattaa jäädä kiertämään” järjestelmään. Tässä luvussa katson, miltä tämä kiertäminen saattaa potilaiden näkökulmasta näyttää.

Koska kertojilla oli tiedossaan tutkimukseni yleinen teema, olin oivalinen palautteen antamisen kohde. Monien ihmisten kertomat kokemukset ovat väistämättä luoneet mieleeni kuvaa terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuvista vaatimuksista asiakkaiden taholta. Olen kirjannut nämä keskustelut tutkimuspäiväkirjaani muistiinpanoiksi. Potilaskertomukset ovat henkilöstön eri tilanteissa kirjaamia tietoja näistä potilaista. Potilaskertomusten lisäksi olen seurannut kolmen henkilön tarinaa syvällisempien keskustelujen kautta noin kolmen vuoden ajan. Heistä yhden tarina on ollut käytössäni myös ammattilaisten kirjaamana potilaskertomuksena. Potilaiden tilanteita on toki arjessa moninkertainen kirjo. Näiden kertomusten kautta tuon kuitenkin näkyväksi sitä eroa, mikä ammattilaisten rakenta-

massa ja potilaiden itse kertomissa kuvissa sairaudesta ja hoidon tarpeesta on. Samalla täsmennän kuvaa terveydenhuollon henkilöstön työn kompleksisuudesta potilasnäkökulman avulla.

Hoitosuhde jatkuu, ongelmat säilyvät ja muuttuvat

Ensimmäiset merkinnät nuoren naisen potilaskertomuksessa ovat ajalta, jolloin hän oli vuoden ikäinen. Potilaskertomuksesta on luettavissa sairaalaan tulon kulloisetkin syyt. Tulosityitä on monia, mutta jälkikäteen, tarinaa kokonaisuutena tarkastellessa siellä alkavat yhä enemmän näkyä asiakkaan sosiaaliset ongelmat. Nämä eivät näy sairaalaan tulon syinä alkuvaiheissa. Pitkittyneestä sairaushistoriasta ja kuntoutuksen tarpeen selvittelyyn johtaneesta yli 30 vuotta pitkästä kertomuksesta herää jälkikäteen kysymyksiä: Missä vaiheessa olisi ollut oikea hetki puuttua nuoren naisen elämäntilanteeseen, etteivät ongelmat olisi pitkittyneet? Miten tämä olisi ollut mahdollista? Mikä oli ongelma kokonaisuudessa? Vaikka tieto eri poliklinikoilla vierailuista olisikin siirtynyt seuraaville potilasta hoitaville henkilöille, kuinka kertomus olisi rakennettu kokonaiseksi ja ajoissa huomattu sosiaalinen aspekti käyntien taustalla? Kuinka eri poliklinikoilla käynneistä tehdyistä pirstaleisista merkinnöistä on mahdollista kulloisessakin lyhyessä kohtaamisessa analyttisesti lukea tarpeellinen? Mikä tieto nuoren naisen tapauksessa olisi ollut relevanttia potilaan hoitoon vaikuttavaa tietoa?

Perussairautena naisella on astma ja vakavia iho-oireita. Myöhemmin onnettomuuksia, kaatumisia, auto-onnettomuus. Ei traumaattisia luumuutoksia. Raskaudenkeskeytys nuorena. Ikä karttuu. Kolme vuotta myöhemmin potilas tulee raiskatuksi. Neljä vuotta myöhemmin hänellä on keskenmeno. Ensimmäinen lapsi. Toinen lapsi. Asiakas tulee masennuksen vuoksi. Asiakas on kaatunut ja loukannut polvensa. Asiakkaan tilanne on pitkittynyt siten, että hän ei enää jaksa, vaan tarvitsee tukea. Kirjattu informaatio sisältää irrallisia episodeja. Asiat näyttävät kuitenkin pitkittyessään liittyvän toisiinsa. Vuosien vieressä niistä muodostuu kokonainen kertomus elämästä. Hoitava henkilökunta on kulloinkin kohdannut asiakkaan ja kuullut hänen kertomuksensa. Se on voinut olla lyhytsanainen tilannekuvaus tai hän on myös voinut kertoa vuolaasti omaa näkökulmaansa tai puhua ihan jostain muusta kuin varsinaisista ongelmistaan. Joka tapauksessa jäljelle on jäänyt pirstaleisia merkintöjä lukuisilla sairaalan osas-

toilla ja poliklinikoilla käynneistä: muun muassa ihotaudit, kirurgia, gynekologia, fysiatria, päivystys, ravinto-ohjaus, psykologi.

Kertomuksen sosiaalinen anamneesi (esitiedot) on osin kirjattu lomakkeelle, sille osoitettuun paikkaan. Osa merkinnöistä on muiden merkintöjen lomassa. Nuoruudessa *komplianssi [hoitomyöntyvyys] ilmeisen huono. Yritetään vielä ainakin kerran saamaan kontrolliin. (CNp/astmalääkäri)*. Potilas ei ole myöhemminkään aktiivisesti sitoutunut hoitoonsa, vaan jää tulematta sovittuihin kontrollikäynteihin. Myös vanhemmat ovat jättäneet lapselle/nuorelle sovittuja hoitoja kesken. Kuitenkin henkilö hakeutuu jatkuvasti muutoin hakemaan apua eri tilanteissa. *Nyrjäyttänyt viime yönä klo 2 ja 4 aikaan oikean nilkkansa korkokenkä jalassa, siitä lähtien leposärkyä nilkassa eikä jalka kestä kunnolla varata. Potilas ei muista mitenkään on nilkkansa nitkauttanut. (CNp/ensiapuplk)*

Potilaan oma kertomus kirjautuu potilaskertomukseen eri ammattilaisten teksteinä. Niistä saa vaikutelman, että ne on kirjoitettu, kuten asiakas on ne kulloisessakin tilanteessa kertonut. Elämän kokonaisuus hahmottuu episodeina, joiden väliin jää ulkopuoliselle lukijalle selittämättömiä aukkoja. Nämä aukot tulevat täytetyiksi vain silloin, kun potilas tulee henkilökunnalle tutuksi. Tutuus auttaa ymmärtämään potilasta paremmin. Tunteminen ei kuitenkaan välttämättä tarjoa auttamisen työkaluja.

Ihottuman paheneminen johtuu potilaan mukaan stressistä. Aikoo erota. On käyttänyt ihottuman vuoksi Pimafucort cremeä. Potilas oli suunnitellut aurinkomatkaa miehensä kanssa mutta matka ei todennäköisesti toteudu. (CNp/ihotautien erikoislääkäri)

Yksi puoli kertomuksesta antaa kuvan passiivisesta, syrjäytymisvaarassa olevasta henkilöstä, jolla on sekä lääketieteellisesti todennettavissa olevia sairauksia että omaan elämänhallintaan liittyviä ongelmia. Työura on rikkonainen, vähäinen koulutus sekä ongelmia löytää ammatti, josta sairauden kanssa selviäisi.

Asiakas kertoo kärsivänsä välilevyn pullistuman takia jatkuvasta päänsärystä ja vaikean atooppisen ihon vuoksi kärsii päivittäin ihon kirvelystä, kutiamisesta eri puolilla kehoa. Tämän vuoksi hän joutuu rasvaamaan kehoaan useita kertoja päivässä. Asiakas myös erittäin allerginen kalalle, jonka vuoksi esim. kaupassa käydessä kalahyllyt on kierrettävä, eikä pysty käyttämään esim. broileria, koska kanoille syötetty kalarehukin aiheuttaa

*allergiaa. Hyvin allerginen myös eläimille, mikä osaltaan vaikeuttaa esim. eläinperheissä kylässä käymistä ja samassa tilassa lemmikin omistajan kanssa oleminen on vaikeaa. Myös allerginen sienten itiöille ja talvella pakkasilla iho kuivuu erityisen kovasti ja hengenahdistusta on tuolloin paljon. Myös painomuste ja pöly ovat vaikeasti allergisoivia. Vaikea atooppinen iho vaikeuttaa myös sosiaalista kanssakäymistä, ihon ollessa pahimmillaan haluaa karttaa yleisillä paikoilla kulkemista.
(CNp/kuntoutussuunnittelija)*

Toinen puoli kertomuksesta antaa kuvan nuoresta henkilöstä, joka sairauksistaan huolimatta pyrkii suunnittelemaan tulevaisuuttaan, ammatillisia valintojaan ja elämänsä järjestämistä.

Asiakas haluaisi kovasti töihin, koska taloudellinen tilannekin on erittäin tiukka. Asiakas ei kuitenkaan ole keksinyt, mitä pystyisi allergioidensa vuoksi tekemään, eikä ammatinvalinnanohjauksessa ole päästy asiaansa eteenpäin. Asiakas kokee ettei hänellä ole resursseja kovin laajalaiseen koulutukseen, koska peruskoulu jäi heikoille tiedoille pitkien sairausjaksojen takia. Asiakas toivoisi löytävänsä jonkinlaista työtä, jota pystyisi tekemään, eikä asiakas vielä haluaisi ajatella työkyvyttömyyseläkettä vaihtoehtona. (CNp/kuntoutussuunnittelija)

Sosiaalista tukea on tarjottu matkan varrella: motivointia säännölliseen hoitoon, sosiaalihoitajan tukea, B-lausuntoa, C-lausuntoa, kuntoutuskursseja, sopeutumisvalmennuskursseja ja kontrolliaikoja eri poliklinikoille. Näiden potilaskertomusten kautta voidaan havaita, että henkilökunta tarvitsisi ennustamisen taitoa, jotta potilas ei joutuisi tällaiseen kierteeseen.

Tarkoitukseni on kiinnittää huomiota siihen, että terveydenhuollossa työntekijöiltä vaadittaisiin erityisiä tuntosarvia, jotta he voisivat tunnistaa ja ennustaa hetkiä, jolloin potilaalla on muita ongelmia kuin ne, joiden vuoksi hän on tullut terveydenhuollon piiriin. Aina ei ole selvää, mikä on sairaus, mikä on soveltuvin hoito tai terapia eikä ole myöskään selvää, mikä on eettisesti oikein missäkin tilanteessa (Steinberg 2005, 173).

Steinbergin (2005, 169) mukaan terveydenhuollon monitasoisessa systeemissä kompleksisuudessa (esim. potilaiden fysiologia ja eri toimijoiden väliset vuorovaikutussuhteet) voi aluksi näyttää siltä, että lähtökohtana potilaan hoidossa on vaikkapa diabetes. Taustalta voi kuitenkin paljastua sosiaalisia ongelmia, jotka vaikuttavat olennaisesti potilaan terveyteen tai sairauden hoitoon. Seurauksena voi olla erimielisyyksiä ja väärinymmär-

ryksiä henkilökunnan välillä ja mahdollisesti potilaan huono hoito. Asiat on mahdollista ratkaista yksinkertaisina sulkeistamalla suuri osa systeemi-
sestä monitasoisuudesta pois. Steinberg perää kuitenkin rohkeutta myöntää ja nähdä kompleksisuus, vaikka tiedon tarve ulottuisikin alueille, joita ei ole helppo ymmärtää ja joihin kenties tarvitaan toisten apua. Kollegoiden ja asiakkaiden (potilaiden) näkeminen myös asiantuntijoina kuuluu tähän Steinbergin esittämään dialogiseen orientaatioon.

Se, milloin sosiaaliset seikat ovat asioita, joihin terveydenhuollon henkilöstön tulee ongelmina kiinnittää huomiota, ei ole itsestään selvää. Toisinaan on kyse tavalliseen elämään kuuluvasta asiasta, mutta toisinaan asiasta, joka kuuluu terveydenhuollon henkilöstön vastuulle. Potilas voi kieltää ongelmiaan tai kertoa runsaasti sellaista, jota ei aina voi eikä tarvitse kytkeä hoitoon, mutta toisinaan tarvitsee.

Hoitoja, mutta sairaus pahenee ja pahenee

*Hän tuntee olevansa kivi organisaation rattaissa. Kipu on kova ja hankaloittaa elämää, työssäkäyntiä ja liikkumista. Elämä maistuu välillä ikävältä kivun kanssa taistelemiselta, mutta kaikesta on suoriuduttava. Työ ja perhe vaativat oman huomionsa, vaikka ei millään aina jaksaisi. Eikä tästä voi puhua. Ei voi valittaa. Silti hän tuntee olevansa kivi kaikkien rattaissa – toisinaan. Kivun lievittämiseen on olemassa keinoja potilaan kokemuksen mukaan. Hoidon saaminen on kuitenkin hankalaa. Potilas on hoitosuhteessa sairaalaan, mutta kuitenkin akuuttiin kipuun ja kivun lisääntymiseen ei ole saatavissa pikaista apua, vaan on kuljettava kipujensa kanssa työterveyshuollon, sairaalan ensiavun ja monien turhien puheluiden ja käyntien muodostamaa hoitoketjua aina uudelleen ja uudelleen. Lopulta kipuunsa ja sen tuottamaan voimattomuuteen tuskastuneena potilas ehdottaa sairaalassa odottaessaan, että hän tilaa ajan yksityiselle lääkärin vastaanotolle. Vastaus sairaalan hoitajalta: Teepä se. Sairaalas-
sa odotusta ja odotusta... reumalääkäreillä ei ollut aikaa ottaa kantaa potilaan tilanteeseen. Samat lääkärit pitävät kuitenkin yksityisvastaanottoa. Todellisuus oli potilaan kannalta karu. Lääkärrien yksityisvastaanototkin olivat satunnaisia, eikä aikaa saanut. Sairaalan sisällä erikoislääkärit siirtävät vastuuta toisilleen potilaan kuullen: reumalääkärin mielestä kipua helpottavan kortisoonipiikin voi antaa muutkin lääkärit ja muut taas ovat sitä mieltä, että asia kuuluu reumalääkärille. (CNh1/Ote tutkimuspäiväkirjasta)*

Edellä potilas koki itsensä ulkopuoliseksi omassa asiassaan sairaalahoidossa ollessaan. Hän koki, ettei kivun hoitamatta jättämistä perusteltu asianmukaisesti. Potilaan mukaan ”kortisonipiikki” oli auttanut aikaisemmin kohtuullisen hyvin. Perusteluna halutun hoidon antamatta jättämiselle näyttäytyi potilaan näkökulmasta lääkärien kiire. Kiire näytti tässä tapauksessa syntyvän siltä, että työaika tässä organisaatiossa loppui ja toinen työaika toisessa organisaatiossa oli alkamassa. Potilaan piti seurata tätä organisaatioiden välistä siirtymistä, jos halusi saada avun akuuttiin tarpeeseen. Hän myös koki, ettei hänelle perusteltu asioita, joita jätettiin tekemättä tai joita tehtiin. Potilaan tilanne paheni myöhemmin. Potilas joutui leikkauksiin, mutta ongelmat eivät hävinneet. Potilaan kokemuksen mukaan henkilöstö ohittaa ”olankohautuksella” vakavat oireet. Potilaan liikkuminen on jatkuvasti hankalaa, mutta terveydenhuollossa tätä pidetään normaalina ihmisen elämään kuuluvana kehityksenä. Vielä pitkään työikäistä ihmistä tämä ”normaalius” ei tydytä.

Terveydenhuollon palveluissa ei pystytä vastaamaan potilaiden kertomuksiin ja elämäntarinoihin ja niissä esiintyviin ongelmiin sellaisenaan. Ihmiset ovat aina, heikoimmillaankin, vastuussa itse itsestään. Potilas odottaa, että hänet otetaan huomioon kokonaisena ihmisenä ja hän voi kokea tulewansa kuulluksi, ymmärretyksi ja saavansa avun. Odotukset henkilökuntaa kohtaan ovat suuret, kun kipu täyttää ruumiin, kun selittämätön paha olo kasvaa sisuksissa, kun on epävarma siitä, mistä kipu johtuu.

Hyvän hoidon kertomukset, odotukset ja tavoitteet voivat näyttää erilaisilta potilaan, omaisten, terveydenhuollon henkilöstön ja organisaation näkökulmista. Kuitenkin henkilöstön on otettava vastaan nämä potilaiden taholta tulevat inhimilliset vaatimukset.

Itsekseen selviämisen voimat ehtyvät

Keski-ikäinen mies joutuu hakeutumaan terveyskeskukseen vakavan väsymyksen vuoksi. Terveyskeskuksesta annetaan sairauslomaa. Tilanne pahenee. Miehen maailma mustuu, tulee itsemurha-ajatuksia, epätoivoista ahdistusta, ja samalla pelkoa, ettei selviä velvollisuuksistaan. Kyseessä on vakava masennustila. Sairauslomasta tulee kuukausien mittainen. Lopulta mies pääsee kuntoutus- selvittelyyn, josta annetaan lausunto. Kuntoutussuunnitelmassa on myös henkilön oma lyhyt kertomus tulevaisuuden haaveista. Haastattelen miestä useaan

otteeseen. Lausunnon, kuntoutussuunnitelman ja miehen kertomuksen välillä on ristiriitoja.

Papereissa miehen minulle kertoma historia ohitetaan sivulausein. Miehelle annetaan vakava itsetuntoon alentavasti vaikuttava diagnoosi. Hän kokee saavansa tukea jaksamiselleen, väsymyksen poistamiselle, tulevaisuuden haaveiden tukemiselle vain ajoittain. Suunnitelmassa ei lue kannustavaa kommenttia siitä, että on aivan inhimillistä väsyä, kun on tehnyt työtä vuorotta, omaloitteisesti, ilman tukeutumista yhteiskunnan tukiverkostoihin. Kertomusten yhdistelmä näyttää siltä, että yhtäällä tehdään yhdenlainen suunnitelma, toisaalla annetaan sairauslomaa ja kolmannessa paikassa ei vastata mihinkään avunpyyntöihin. Tämä on miehen kokemus aina kun keskustelemme: Kukaan ei auta.

Kuntoutusselvittely ei johtanut mihinkään konkreettiseen, sillä sen toteuttaminen estyi yhden organisaation, Kelan, kielteiseen päätökseen. Mies on jatkanut omaa tuttua rataansa tehden töitä jaksamisensa ääri rajoilla, kunnes ei enää taas jaksanut. Uusia diagnooseja eri tahoilta. Vaikeaa. Lääkkeistä aiheutuu lisää väsymystä ja elämän hallinta tuntuu vaikeutuvan entisestään. Miehen oma kertomus jatkuu papereiden ulkopuolella: sairausloma, mielenterveystoimistosta ei vastata tai vastataan vasta sitten, kun akuutti tarve on ohitettu ”onnen kantamoisena” tai ”jotenkin”, kukaan ei auta, vaikka ahdistunut lähettää avunhuutoja ammattilaisille. Asiakas on vaikea, impulsiivinen ja aggressiivinenkin. Asiakas ei tule paikalle hänelle varattuna aikana. Henkilö itse kertoo, että aika oli annettu kahden viikon päähän akuutista tarpeesta. Itsemurhaajatusten, perheongelmien ja normaalin arjen hetkittäinen onni sävyttävät arkea välillä mustaksi, välillä siedettäväksi. Paperilla tämä kertomus näyttää paperinmakuiselta ”pumaskalta”. (CMhp/Ote tutkimuspäiväkirjasta)

Potilasaineisto osoittaa kuinka hankalaa biografisen ja biomedikaalisen informaation välillä kulkeminen (Sweeney 2006, 3–12) potilaan hyväksi on. Sellaisissa elämäntilanteissa, joissa ihminen on joutunut monien vaivojen kierteeseen, on potilaan itsensäkin vaikea tietää, mikä on asia, johon hän tarvitsee akuuteinta tukea tai hoitoa. Kun hoitohistoria on pitkä, elämän mittainen ja hoitoon hakeutumisen syyt ovat olleet erilaisia, kertomusta voi tulkita jälkikäteen ja ehkä nähdä siellä merkkejä mahdollisista toisin valintojen hetkistä. Terveysthuollon henkilöstöltä odotetaan kuitenkin, että he kykenevät tekemään oikeita ratkaisuja niinä hetkinä, jolloin he potilaan kohtaavat tai osallistuessaan kollegiaaliseen konsultaatioon tai moniammatilliseen yhteistyöhön.

Hassey (2002, 66–68) kuvaa työskentelyään 48-vuotiaan naisen kanssa, jolla on alkoholiongelma. Naisella on kaksi murrosikäistä lasta ja hän työskentelee paikallisessa supermarketissa. Hän on ollut poissa työstä liiallisen alkoholin käytön vuoksi. Kotona on ongelmia parisuhteessa ja nuorten kanssa. Nainen tupakoi todella paljon, verenpaine on korkea ja keuhkoissa on ollut ongelmia. Hassey'n kertomuksen nykytila on hetki, jossa hänen potilaansa on juuri päässyt sairaalasta yritettyään itsemurhaa. Lääkärinä hän kertoo yrittäneensä useita vuosia turhaan saada naista motivoitua parantamaan terveyttään lääketieteellisin perusteluin. Kuunnellessaan itsemurhaa yrittäneen naisen kertomusta sairaalasta paluun jälkeen, hän yhtäkkiä ymmärtää, miten nainen näkee itsensä. Perheen, ystävien ja työnantajan ystävällisyys ja tuki tapahtuneen jälkeen aiheutti merkittävän muutoksen naisen käyttäytymisessä. Hassey ymmärtää, että vaikka hän on voinut havainnoida potilaan lukemattomia ongelmia ja todeta alkoholinkäytön seurauksia, potilaan tilanne ei parane ellei hänen kertomustaan kuulla hänen tarkoittamallaan tavalla. Potilaan kertomuksen esille saaminen ei ole kuitenkaan yksinkertaista (Engeström 1999). Hassey (mt.) havaitsi oman potilaansa ytimen vasta pitkän hoitosuhteen jälkeen ja ikään kuin sattumalta. Myös Engeströmin tulokset ovat samanlaiset potilaan ja lääkärien välisestä vuorovaikutuksesta (1999, 309–323).

Potilaiden hoidossa olosuhteet eivät muodostu selkeärajaisista diagnooseista ja sairauksista, vaan episodeista, jotka ovat monitasoisesti ja osin ennustamattomasti kytköksissä toisiinsa. Joissakin tapauksissa sairauden diagnosointi on helppoa (esim. keuhkokuume), mutta diagnosointia ei saa pitää itsestään selvänä asiana. Sosiaaliset seikat, pelon ja ahdistuksen kokemukset tulee myös ottaa huomioon. Se on vaikeaa silloinkin kun potilasta hoitaa yksi henkilö, kuten Hassey'n (2002) esimerkki kuvaa. Yhä vaikeammaksi se tulee kompleksisten systeemien toisistaan erillisten episodien ja niiden toimijoiden välisten suhteiden synnyttäessä uusia tilanteita ja tulintoja.

Virallista ja epävirallista – sairautta ja sosiaalista

Terveydenhuollon henkilöstön vastauksissa jännitteet potilaan tuntemisen ja hänen kokonaistilanteensa hahmottamisen osalta kytkeytyvät rajanveitoin ”virallisen” ja ”epävirallisen” potilastiedon välillä. Lisäksi vaikuttaa se, että potilaan tunteminen voidaan liittää monenlaisiin kokonaisuuksiin.

Yhtäältä on yksilön elämäkokonaisuus ja toisaalta ratkaistavaan tilanteeseen tai ongelmaan selkeästi rajattu ”sairauden” kokonaisuus. Kokonaisuus voi myös ulottua käytettävissä olevista palveluista tietämiseen tai tietoon oman vastuualueen väestön kokonaistilanteesta. Näiden lisäksi potilaan tuntemisen konteksti voi tulla aiemmista yksilötapauksista koetun ja opitun tai tavanomaisen hoitopolun mukaisesti. Jännitteitä syntyy myös ammatillisina rajoina eri työntekijä- ja tehtäväryhmien välillä.

Perinteinen (vanha) lääketieteellinen tapa ”tietää” poikkeaa kompleksisuusajattelusta (Sweeney & Cassidy 2002). Tekninen tiedeperusta on edelleen lääkärin pätevyyden peruskivi (esim. lääketieteelliset faktat, EBM) (Sweeney 2006, 3–12). Työryhmä toteaa: *Kuntoutuja suhtautuu tutkimukseen myönteisesti, ja kertoo asioistaan puheliaasti ja välillä rönsyillen. Kuntoutuja antaa vaikutelman sosiaalisesta miehestä. Hän kertoo seikkaperäisesti ...uupumisoireistaan ja masentuneesta mielialastaan.* (CMhp) Eri ammattilaisten teksteissä toistetaan psykiatrin diagnoosia. Psykiatrin lausunnossa status: *Joka suhteessa orientoitunut, adekvaatisti käyttäytyvä ja hyvin kooperaiva henkilö. ... Ei mitään psykoottiseen viittaavaa. Persoonallisuus on hyvin tyyppillinen rajatilaorganisaatio, jossa monia erilaisia ilmiöitä. ... Psykykkistä kapasiteettia on riittämiin.* (CMhp) Painopiste toistoissa on nimenomaan diagnoosissa, ei siinä, että henkilö on ”joka suhteessa orientoitunut, hyvin ko-operaiva” tai että ”psykykkistä kapasiteettia on riittämiin.”

Jos hoitohistoria on lyhyt, kirjoitettua historiaa ei ole kertynyt kovin paljon. Tilanne voi kuitenkin olla hoitoon hakeutumisen hetkellä jo vaikeutunut. Eri ammattilaiset tulkitsevat potilaan kertomusta eri painotuksilla. Psykiatrin konsultaatiovastauksessa voi lukea: *”Psykykkistä kapasiteettia on riittämiin.”* (CMhp), mutta toisaalla vastauksesta luetaan vain diagnoosi, josta saadaan tukea sille, että potilas todetaan sairaaksi. Potilas kuitenkin kokee tarvitsevansa tukea terveeksi tulemiseen tai sairautensa kanssa selviämiseen, hyväksyntää omille suunnitelmilleen ja konkreettista apua järjestelmässä toimimiseen. Papereissa kuvattu henkilön todellisuus vastaa vain osin sitä kertomusta, minkä potilas itse kertoo elämästään. Potilaspapereista voi lukea, että potilasta ei voida parantaa. Seuraava tehtävä on helpottaa potilaan oloa, auttaa häntä selviämään sairautensa kanssa. Viimeisimmässä haastattelussa potilas kertoi, että avuksi on tarjottu vain lääkitystä ja jatkuvia sairaslomia. Psykykinen kapasiteetti ja motivaatio yrittää ovat vähentyneet.

Sweeney (2006) tarkoittaa analyttisellä diagnoosilla sitä, että tiedeperustaiseen ja narratiivisen evidenssiin perustuvan vuoropuhelun tulisi to-

teutua henkilöstön tekemissä potilasta koskevista ratkaisuissa. Näin ei ole tapahtunut niissä paperilta luettavissa tai keskustelujen pohjalta syntyneissä potilaskertomuksissa, joihin olen tutustunut. Potilaiden tilanne on muuttunut moniongelmaiseksi somaattisten, psyykkisten ja sosiaalisten asioiden vyyhdeksi, jota pyritään kuntoutuksen keinoin selvittämään tai jota potilaan kertomuksen mukaan ei pyritä selvittämään millään keinoilla. Aineiston monissa kertomuksissa nykytilaan ovat johtaneet yksilölliset reitit. Ihmiset, jotka ovat minulle tarinoitaan kertoneet, ovat tyytymättömiä, koska he kokevat, ettei heidän tilanteensa ole parantunut. Kipu pahenee, ahdistus ei poistu, elämä potkii päähän.

Kyselyaineistossani terveydenhuollon henkilöstö kertoo potilaan hoitoonsa sitoutumisen tärkeydestä. Potilas siis itse on tärkeä tekijä oman hoitonsa onnistumisessa. Informaation välittyminen on kuitenkin kiinni kaikkien toimijoiden henkilökohtaisesta orientaatiosta yhteistyötä kohtaan ja kompleksisten työympäristöjen logiikasta. Potilaan oma kertomus on tärkein tietolähde (ks. myös Mustajoki ym. 2003), mutta toisaalta siihen tulee suhtautua hieman epäillen. *Tärkeää on tietää myös muiden tekemistä ratkaisuista, aina ei voi uskoa mitä asiakas sanoo.* (PTHter/244). Ammattilaisten toisilleen välittämä tieto on pirstaleista ja riippuvaista sattumista. *Potilaasta sairaskertomuksessa hyvin pirstaleista tietoa, kokonaiskuvan hahmottaminen on vaikeaa.* (PTHter/248). Sitoutuminen tukeen voi olla vaikeaa, koska potilas ei ymmärrä eikä osaa tulkita systeemien kokonaisuutta itselleen merkittäväksi ja koska henkilökunta ei osaa tehdä sitä potilaan puolesta, vaan hoitaa häntä ainoastaan oman tehtävänsä rajoissa.

Näillä kertomuksilla ja kysymyksilläni pyrin luomaan kuvaa asiakkaan merkityksestä kompleksissa systeemeissä. Yhteisen tietämisen rajat ovat näiden kertomusten kautta selvät. Potilaan odotuksiin ei voida elämänkertomusten tasolla vastata, mutta potilasta tulee kuitenkin kuunnella ja tulkita heidän hoidon ja tuen tarpeitaan ottaen potilaan omat kertomukset huomioon. Ihmisten asenteet terveyteen eivät ole välttämättä loogisia tai rationaalisia (Sweeney 2006, 35). Kokemus sairaudesta tai oireista on henkilökohtainen. Kysymys on siitä, millaisena potilas kokee terveyttään koskevan uhan, kuinka vahvasti hän sitoutuu paranemiseensa, mitkä ovat hänen odotuksensa terveydenhuollon henkilöstöltä ja hoitomuodoilta ja miten hän kokee oman panoksensa vaikuttavan paranemiseen. Näitä henkilökohtaisia ja sosiaalisia seikkoja on vaikea mitata tai kontrolloida hoitosuosituksiksi. Ne on kuunneltava sellaisenaan.

Seuraavassa psykiatrin lausunnossa näkyy pyrkimys potilaan oman tarinan kuuntelemiseen. Siinä vedotaan potilaan elämästä nouseviin perusteluihin. On inhimillistä masentua, kun toimintakyky romahtaa. Psykiatri haluaa antaa vinkin muille potilasta hoitaville jatkotoimenpiteiden keskittämisestä ensisijaisesti muualle kuin psyykkisten ongelmien selvittämiseen. Toisaalla psykiatri voi todeta: *Olisi reilua selvittää ortopedinen invaliditeetti henkilöllä, jolla ei esiinny aggravaatiota³⁹ eikä simulaatiota, pikemminkin työle ahne keikkatyöläinen, jolla toimintakyky romahtanut muusta kuin psy syystä...* (Cmp/psykiatri). Tässä tapauksessa pitkässä sairauskertomuksessa näkyy hetkellisesti yritys nähdä vallitsevan tilanteen lähtökohta. *Keskusteluisa asiallinen, rauhallinen ja jämerä, orientoitunut ja luonnollisella tavalla huolissaan työkyvyn menettämisestä sekä sova-päätösten kielteisyydestä koska itse tietää, ettei xxx-työhön kykene eikä parannustakaan näytä selkä-jalka-oireisiin olevan tulossa.* (Cmp/psykiatri) (Oireita tutkittu, hoidettu vuosia muun muassa leikkauksin.) Psykiatrin lausunnossa on luettavissa elämänmakuisen elämän ymmärrys *elämäntavat siistit, ruokavalio terveellinen, harrastukset luonnossa, ei isoja sos. verkon aukkoja.* (Cmp/psykiatri) Tässä kertomuksessa on toisenlainen lähestymistapa kuin aiemmassa, jossa painotettiin psyykkistä diagnoosia kuuntelematta potilaan historiaa.

Psykologi kirjoittaa samasta henkilöstä: *Persoonallisuudeltaan potilas on joustamaton, urautunut ja uudelleen orientoitumiseen täysin kyvytön. Realistisena tavoitteena mielestäni voikin pitää potilaan sopeutumista siihen arkipäivään, mikä nyt on alkanut sujua.* (Cmp/psykologi)

Inhimillinen aspekti, elämä ja potilaan tuntemukset, ovat aidoimmin läsnä kun potilas on kivuliaana vuoteessaan, syöpäpotilaana, juuri leikkauksesta tullessa, sydänkohtauksesta toipuvana, vastaanotolla vielä selvittämättömiä oireita potevana epä tietoisena asiakkaana. Asiakkaan hätä, ahdistus, masennus, epävakaumus ja aggressiivisuus voi syntyä pitkällisen prosessin kautta, jossa epä onni on kohdannut epäoikeudenmukaisella tavalla. Kuinka terveydenhuollon henkilöstö voi auttaa kaikissa näissä tilanteissa niin, että kertomuksista tulisi ehjä ja onnellinen tai että hoitoketjusta muodostuisi kaikista näkökulmista riittävän toimiva?

Missä on potilasta koskeva relevantti tieto? Miten se välittyy seuraavalle hoitavalle taholle? Välittyykö potilaan ahdistus omasta sairaudestaan kuvana hankalasta ja vaativasta potilaasta? Vai välittyykö kuva inhimilli-

³⁹ Aggravaatio: sairauden tai häiriön pahemmaksi tuleminen; sairauden oireiden tarkoituksellinen liioittelu; simulaatio: taudin oireiden teeskentely, sairaaksi tekeytyminen, sairauden teeskentely hyötymistarkoituksessa (ks. Terveyskeskus 2010).

sestä herkkyydestä ja hädästä, johon ehkä auttaisi inhimillinen ele, katse, hymy, lohdutus ja ymmärryksen osoittaminen? Kuinka paljon, missä tilanteessa ja kuinka syvällisesti potilasta pitää kuunnella ja miten hänelle tulee todetuista lääketieteellisistä asioista kertoa? Miten palvelujärjestelmän rakentamistyö vastaa näihin kysymyksiin?

Yhteisiä neuvotteluja ei aina käydä organisaatioiden välillä, vaan potilas neuvottelee asiastaan organisaatioissa erikseen. Tällöin yliorganisatorinen kytkös eli hoitoketjun konkreettinen linkki jää puuttumaan asiakkaan näkökulmasta. Organisaatioiden välinen kytkös jää työnjaon ja rakenteellisten toimintamallien halkaisemiksi, erillisiä palveluita tarjoaviksi toimintoiksi. Monitoimijaisessa, monisääntöisessä ympäristössä potilaan hoitoketjuun jää helposti näkymättömiä kohtia, tapahtumia ja tilanteita.

Potilaan siirtymiset palveluissa, samanaikaiset muut organisatoriset tapahtumat ja muutokset henkilökunnan työssä muodostavat haasteellisen kokonaisuuden. Henkilöstön työpäivässä kulkee monia potilaita. Potilaiden sairauksiin ja hoitoon liittyvä informaatio kulkee monien ihmisten kautta. Henkilöstön on kyettävä prosessoimaan potilaiden yksilöllisiä ja vaikeita tilanteita ja tietoa, mitä niihin liittyy. Heidän on ymmärrettävä ja tiedettävä potilaan hoitoketjusta vähintään seuraava askel ja tiedettävä, ketä potilaan hoidossa on mukana ja mikä on oma rooli tässä ketjussa. Aina tätä ei voida täysin tietää. Silti pitäisi olla ajallisesti oikea käsitys siitä, mitä palvelua, kenelle ja miksi tarjotaan.

Asiakkaan kannalta epäonnistunein tilanne oli sellainen, jossa ko. asiakas oli ollut aluesairaalan hoidossa sääriluun murtuman vuoksi. Sieltä asiakas ohjattiin jatkofysioterapiaan terveyskeskukseen. Ongelmaksi alkoi kuitenkin kehittyä jatkuva rasitus- ja leposärky ja pikkuhiljaa RSD oireyhtymä⁴⁰. Asiakas sai sairaalaan ortopedin konsultaatioon fysioterapia arvion, josta terapian eteneminen ja vaste tai sen puute tuli esiin. Asiaan ei kuitenkaan otettu kantaa vaan haluttiin jatkaa samaa linjaa. Ehdotimme magneettia ja kipupoliklinikan konsultaatiota, mutta sairaalassa haluttiin odottaa. Vasta kun RSD oli päässyt kehittymään hankalaksi terveyskeskus fysioterapeutin arvio tilanteesta otettiin todesta ja asiakas pääsi hoitoon. Mielestäni asiakas joutui turhaan odottamaan ja kärsimään. Lisäksi sairauden kulku olisi ollut ehkäistävässä. Minä taas alan ammattilaisena koin tulleeti tallotuksi ja ylenkatsotuksi. (PTHter/4)

⁴⁰ Ks. esim. Terveysklinikka 2010. RSD on kivulias oireyhtymä. Nykyisin CRPS (Complex Regional Pain Syndrome).

7 TERVEYDENHUOLLON KOMPLEKSISET TYÖYMPÄRISTÖT

7.1 Yhdessä tietämisen todellisuus ja dialogisen orientaation ideaali

Yhdessä tietäminen sisältyy terveystieteiden ja sairaaloiden tehtävään hoitaa yhteistä potilasta. Henkilöstön työarjessa yhdessä tietämisen perusta on oman työtehtävän hoitaminen ammatin ja organisaatioiden työnjaon rajaamana. Organisaatioiden työnjako on tarkoitettu selkiyttämään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtäviä. Niiden välisen hoidon porrastuksen tavoitteena on kertoa työn tekijöille, mitä reittejä yhteisen potilaan hoidon tulee kulkea ja miten yhteistyö sujuu mutkattomasti. Edellisessä luvussa käsittelemäni hoito- ja palveluketjut ovat esimerkkejä siitä, miten työnjakoa pyritään konkretisoimaan henkilöstön vastuiksi.

Yhdessä tietäminen ei pyrkimyksistä huolimatta aina toteudu mallien mukaisesti. Kompleksisten järjestelmien epälineaarinen logiikka konkretisoituu toiminnoissa ja toimijoiden suhteissa päällekkäisinä tehtävien suorittamisina, informaatiokatkoksina ja vastuiden hämärytenä. Tämä kuormittaa sekä henkilöstöä että potilaita, joita varten henkilöstön yhdessä tietämisen tehtävä on. ”*Oman leiviskän*” hoitamiseen pakeneminen voi olla työntekijälle suoja kompleksisuutta vastaan. Omaan tehtävään keskittyminen täyttää yhdessä tietämisen minimivaatimuksen. Se ei kuitenkaan täytä yhdessä tietämisen ideaalia, vaan on päinvastoin osoitus selkiyttämisen paradoksaalisuudesta. Oma tehtävä ja vastuut siinä voidaan hoitaa hyvin, mutta ihanteellinen toimintatapa edellyttää organisaatioilta ja henkilöstöltä enemmän. Se on dialogisempi.

Oman tk:n kanssa yhteistyö mutkatonta; yhteinen tietokanta, paljon ”helpoja” konsultaatio- ja vastausmahdollisuuksia epävirallisiakin foorumeja myöten ym ym... asioita voidaan helposti delegoida joustavasti suuntaan ja toiseen... paljon päällekkäisyyttä, informaatiokulun ongelmaa esim. paikallisen keskussairaalan kanssa, työnjako- ja tehtäväkentät osin hämääriä, ongelma osittain kaikkien resurssipulasta johtuvia... kukin koittaa hoitaa vain ”omaa leiviskäänsä” ja mm. läheteiden siirrot, ohjaukset muualle kuormittavat potilaita ja aiheuttavat ongelmia! (ESHlääk/15) [Kuvaus epäoivastuneesta yhteistyötahtumasta]

Dialogisuus on edellytys inhimillisten systeemien itseorganisoitumiselle. Se on herkkyyttä muille näkökulmille. (Leydesdorff 2003.) Herkkyys auttaa havaitsemaan aktiivisen dialogin paikat. Liian tiukka omaan tehtävään sulkeutuminen estää päällekkäisyyksien, informaatiokulun ja erilaisten tulkintojen havaitsemisen.

”Reilua ja avointa yhteistyötä. Kyllä meille kaikille töitä riittää.”: dialoginen orientaatio ja järjestelmän episodit

Dialogista yhteistyötä tarvitaan monissa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ongelmakohdissa (ks. Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2010, 185–207). Dialogisuudesta onkin etsitty työvälinettä ammattilaisten ja organisaatioiden välisen yhteistyön käytäntöjen kehittämiseen (esim. Arnkil ym. 2000; Seikkula & Arnkil 2005). Dialogi tarjoaa mahdollisuuden, mutta sen toteuttaminen ei ole ongelmaton. Dialogin onnistuminen riippuu asenteista, ajattelutavoista, kohtaamisista ja halusta kuunnella (ks. Seikkula & Arnkil 2005, 164). Tarvitaan yksilön kykyä ja halua dialogiin, mutta kukaan ei voi olla vastuussa dialogista yksin (mt.; Leydesdorff 2003). Dialogi tapahtuu tai jää tapahtumatta erilaisissa arjen episodeissa. Kompleksisessa järjestelmässä seuraukset kulkeutuvat ihmisten muistin ja yhteisten arvojen tulkintojen varassa toisistaan riippuvista episodeista toiseen.

Arjessa dialogi ymmärretään kasvokkaisena vuorovaikutustilanteena tai keskusteluna, jossa tilanne määrittää dialogin tavoitteet ja toimintatavat (Isaacs 2001; Aarnio 1999, 31–45). Dialogi sisältää sekä tietoiseen päämäärään pyrkivän, loogiseen argumentointiin pohjaavan keskustelun että subjektiivisia mielipiteitä (Aarnio 1999, 33–45). William Isaacsin (2001) mukaan dialogi ei kuitenkaan ole pelkkää puhetta tai keskustelua, vaan dialogi täytyy erottaa tavallisista keskustelun muodoista. Hän kirjoittaa, että se, mitä usein kutsutaan dialogiksi, on harvoin tai ei koskaan dialogia. Dialogilla ja dialogimaisuudella tarkoitetaan syvällisempää orientaatiota tilanteeseen. Tällaista orientaatiota edellytetään kollektiiviselta asiantuntijuudelta (esim. Parviainen 2006; Hakkarainen ym. 2004).

Suppeimmassa toteutumisympäristössä, kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa onnistunut dialogi sujuu dynaamisena prosessina. Prosessin kullussa dialogiin osallistujien sosio-historiallinen konteksti, joka myös on hyvin dynaaminen, luo perustan dialogille (Marková 1990, 3–4). Kulttuu-

rit, esimerkiksi terveydenhuollon organisaatiokulttuurit ja ihmisten väliset valtasuhteet vaikuttavat dialogin onnistumiseen.

Aarnion (1990, 32–33) mukaan keskustelijoiden yhteiset kokemukset auttavat ymmärtämään toisten osallistujien perspektiivejä pienilläkin viiheillä. Yhteiset kokemukset luovat yhteisen perustan. Dialogista orientaatia toista organisaatiota kohtaan näyttää edistävän se, että on kokemusta molemmissa organisaatioissa työskentelystä.

Terveydenhuollon dialogeissa on aina monta osapuolta. Tämän ymmärtäminen kaikissa potilasta koskevissa tilanteissa olisi olennaista yhdessä tietämisen hierarkioita ylittävälle onnistumiselle. Dialogin osapuolet ovat erilaisen koulutuksen saaneita eri organisaatioissa työskenteleviä ammattilaisia sekä monenlaisia potilaita. Esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, puheterapeutti, fysioterapeutti, potilas ja hänen omaisensa tulevat potilaan hoitoa koskevaan keskusteluun kukin omista suunnistaan. Yhteiseen tilaisuuteen siirtyy eri tieteisiin perustuvia tietoperustoja ammattilaisten kantamina. Lisäksi kukin tilanteeseen osallistuva tuo mukanaan oman ammatillisen kokemuksensa, osaamisensa ja elämäkokemuksensa. Tavoitteena on keskustella potilaan asiasta. Kyseessä voi olla lääketieteellisesti diagnosoitu sairaus tai epävarma diagnoosi. Kyseessä voi olla asiakasta koskeva ongelmavyöhyke, josta asiantuntijat eivät ole yksimielisiä. Potilaan näkemys tarpeistaan voi olla eri kuin ammattilaisten tai osa ammattilaisista asettuu kannattamaan potilaan näkemystä ja osa tarkastelee organisaation mahdollisuuksia vastata tarpeisiin. Tilaisuuden tavoite on kuitenkin päästä yhteisymmärrykseen potilaan asian hoitamiseksi.

Alla olevassa näytteessä monenvälinen dialogisuus ei toteudu potilaan näkökulmasta, vaikka se näyttääkin toteutuvan ammattilaisten välillä. Lääkärit molemmissa organisaatioissa työntävät potilasta pois ammatillisin perustein, vikaa ei löydy, tutkimukset on tehty. Tässä esimerkissä tulee mukaan myös organisaatioympäristö, joka asettaa rajat dialogille. Potilas ja hänen omaisensa toivovat lisää tutkimuksia ja paikan erikoissairaanhoidosta. Tätä ei voida tarjota, koska paikkaa ei ole.

Huimauksesta kärsivä vanhus, joka ei tk:n vuodeosaston lääkärin mukaan tarvi tk:n vuodeos hoitoa, neurologin, sisätautilääkärin tai korvalääkärin mukaan ei tarvi myöskään erikoissairaanhoidoa. Pään kuvantavat tutkimukset tehty, omaiset ja potilas haluavat lisää tutkimuksia, eikä missään nimessä enää suostu tk:n vuode osasto hoitoon. Paikkaa ei ollut... (ESH-lääk/6) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Seuraavassa näytteessä yhteinen dialoginen ymmärrys tilanteesta tuottaa sellaisen ratkaisun, johon kukin osapuoli voi olla ammatillisesta näkökulmasta potilaan tilannetta tarkastellen tyytyväinen. Kompromissi syntyy, kun oletus erimielisyydestä avataan yhteisesti.

Yhteistyöneuvottelu, jossa ensin luullaan, että ollaan eri mieltä ja kun jonkin aikaa puhutaan, huomataan, että oikeastaan tarkoitetaan samaa. Käytettyjen termien sisältö täsmentyy keskustelussa ja yhteistyön avain löytyy. (ESHlääk/30)

Esimerkissä organisaatioiden resurssit taipuvat suunnitelmaan. Tilaisuus päättyy. Henkilöt kulkevat seuraavaan tehtävään, seuraavaan episodiin, jossa käsitellään jotain muuta asiaa. Potilas odottaa lineaarista jatkumoa juuri puhutulle. Katkosten mahdollisuuksia esiintyy kuitenkin jo yhdessä tällaisessa episodissa. Mitä on tapahtunut ennen tilannetta? Millaisella orientaatiolla osapuolet saapuvat yhteiseen keskusteluun? Miten siihen on valmistauduttu? Millaista tulosta keskustelulta odotetaan? Miten tilanteessa toimitaan ja miten dialogi osataan? Miten tilanteessa sovittu muistetaan? Ovatko osapuolet ymmärtäneet sovitut asiat ja sovittuun liittyvät vastuut samalla tavalla? Mikä on episodin merkitys eri osapuolille? Miten ratkaisuun kytkeytyvät yksityiskohdat, hoito-ohjeet, kontrollikäynnit, potilaan ja omaisen tuen tarve tulevat huomioiduiksi? Jokaisen kysymyksen kohdalla dialogi saattaa särkyä ja hajota kompleksisen systeemin epävarmuuksiksi.

Terveystieteiden työskentelevillä on mahdollisuus dialogiin ja heidän tehtävänsä on rakentaa dialogia potilasta koskevasta informaatiosta. Asiakkaasta kerätty ja kirjattu informaatio voi näyttää professioiden ja ammattien eriytyneisyyden, erikoistuneen tiedon ja hierarkkisen vallan näkökulmasta autoritatiiviselta. Tätä James Wertsch (1991, 78–79) ei pidä lainkaan dialogia mahdollistavana. Autoritatiivinen informaatio ei ole keskusteltavissa, koska se ei staattisuutensa ja normatiivisuutensa vuoksi voi olla kontaktissa muiden kanssa. Siitä puuttuu dialogin edellyttämä avoimuus. Se on monologista. Informaatio, jota terveydenhuollon organisaatioissa käsitellään, on vain pieneltä osin luonteeltaan staattista ja normatiivista. Käsiteltävä informaatio on pääosin sellaista, jota tulkitaan ja jota ei voi tulkita yksiselitteisesti tulkitsijasta riippumatta. Edes asiantuntijoiden paperille kirjaama informaatio ei rakennu miksikään ilman sosiaalista vuo-

rovaikutusta, asiantuntijoiden ajattelussa, asenteissa ja toiminnassa. Esimerkiksi laboratoriotulokset on kytkettävä potilaan oireisiin.

Episodit, joissa dialogista orientaatiota edellytetään, ovat joko yksintyöskentelyä tai konkreettisia kohtaamisia muiden potilasta hoitavien kanssa. Asiakasta koskevan informaation dialogiseen ymmärtämiseen ja käyttöön ei riitä tuleminen kasvokkaiseen vuorovaikutustilanteeseen ja dialogimainen keskustelu tilanteessa. Dialogisuus pitää olla jo osa asiantuntijuutta ennen kohtaamista ja säilyä sen jälkeen. Muutoin yhteistyötilanteet asiantuntijoiden välillä ovat pelkkää paikalla olemista tai jäävät hetkellisiksi neuvotteluiksi. Tällöin esimerkiksi asiakkaan kannalta tärkeät palvelun katkoskohdat organisaatioiden välillä jäävät ymmärtämättä ja avaamatta yhteisesti ratkaistaviksi. Katkokset jäävät voimaan.

Yksintyöskentely kuuluu terveydenhuollossa työn luonteeseen, mutta se toteutuu monella tavalla. Se voi olla henkilökohtaisesti tyypillinen työskentelytapa, ”yksinäinen susi” -tyylisesti. *Olen ehkä enemmän yksinäinen susi ja tottunut tekemään omia ratkaisuja. (PTHter/100)* Se voi olla myös pakoa liian laajojen verkostojen ja vaatimusten tuottamasta ”hälystä”. Lisäksi yksintyöskentely voi olla resurssien puutteen aiheuttama pakko. Asiakaslähtöinen työ ei onnistu yhteistyöperiaatteella, jos työntekijä on pakotettu toimimaan yksin, koska yhteistyölle tarvittaisiin enemmän aikaa. Verkostot, joiden kanssa tulee tietää yhdessä, ovat laajat.

Resurssipulan vuoksi, ainoa toimintaterapeutti koko sairaalassa käytännössä, plus avoterveydenhuollon työalue ym., ym., ei jää aikaa yhteistyöhön. Verkosto niin suuri, joihin olla yhteydessä. Osaamista kaiketi vuosien myötä tullut, mutta tuntuu, että potilaan puolesta saa puhua aina vaan enemmän ja enemmän eli tunnen itseni jankkaajaksi joskus, kun yritän pitää yllä asiakaslähtöisyyttä tällaisina aikoina, kun vain raha ratkaisee ja potilaita sijoitellaan miten sattuu. Eli tuoda inhimillistä kantaa, potilaan omaa tahtoa esiin. (ESHter/86)

Kompleksisessa järjestelmässä palauteprosessit kuljettavat kommunikaation vaikutukset systeemin läpi (Stähle 2004, 233) ihmisistä riippumatta (Luhmann 2004, 53–54). Ihmisillä on tärkeä osansa siinä, mitä valintoja he tekevät erilaisissa ratkaisuja vaativissa episodeissa. Ihmiset luovat systeemin kuljettamia merkityksiä. Toimijat kantavat muistissaan tapahtumia ja se, miten muisti valikoi vaikuttaa seuraaviin toiminnan episodeihin (ks. Leydesdorff 2003, 7). Valikoiva unohtaminen voi tarkoittaa esimerkiksi

sitä, että annetaan periksi organisaation mahdottomille rakenteille, kuten riittämättömälle käytettävissä olevalla ajalla (kiire). Tällöin priorisoidaan oman toiminnan ulkopuolelle informaatiota ja toiminnan mahdollisuuksia. Mitä muuta voi yksin työskentelemään pakotettu työntekijä tehdä? Hän voi valita toisin. Hän voi keskittyä yhteen potilaaseen, jolloin jonot kasvavat. Toiminnan tulokset välittyvät joka tapauksessa palautteina systeemikokonaisuuteen, muihin potilasta hoitaviin työntekijöihin, organisaatioon ja terveydenhuollon kokonaisuuteen.

Dialogin onnistuminen on yhtäältä riippuvainen henkilöistä, toisaalta siitä, millaiset rakenteelliset mahdollisuudet kompleksiset työympäristöt tarjoavat. Kompleksiset työympäristöt eivät mahdollista tasapuolista dialogia. Dialogisuus toteutuu toisinaan vain organisaation ja työntekijän rajoja venyttämällä. Dialogin toteutuminen voi edellyttää oman tehtävän ylittäviä joustoja tai asioiden hyväksymistä toisin kuin oli ennalta ajateltu tai toisin kuin organisaation ohjeet ja normit edellyttävät. Seuraavassa erikoislääkäri kiittää perusterveydenhuollon terveydenhoitajaa joustavuudesta.

Terveydenhoitaja työmatkallaan suostui useita viikkoja käymään perheen kotona lasta piikittämässä vaikean epilepsian hoidossa. (ESHlääk/38) [Kuvaus onnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Seuraavassa esimerkissä erikoislääkäri kommentoi sitä, miten organisaation vaatimukset pakottavat monologiin. Organisaatioiden tulos- ja tehokkuustavoitteet pakottavat työntekijät suorittamaan työtään. Tällöin dialogiselle yhteistyölle ei jää riittävästi aikaa.

Odottaisin yhteistyön ajatuksen sisäistämistä. Että puhelinsoitto kollegalle ei ole aikasyöppö vaan päinvastoin. Asennetta yhteistyöhön on vaikea tavoittaa siksikin, että jokainen yksikkö pakotetaan tekemään suoritteita, joten on myös hallinnoll. vastuussa olevien asennetta kyseltävä. (ESHlääk/87) [Mitä odostat muilta yhteistyön sujumiseksi?]

Monologi on Bahtinin (1986, 117) mukaan puhetta yksin, ei kenellekään osoitettua eikä siihen edellytetä vastausta (Aarnio 1999, 32). Jos yksilö ”tietää” reflektioimatta tietoaan laajemmin toimintaympäristössä, hänen tietämisensä voi olla muihin suhtautumistavan tai aseman antaman vallan vuoksi normatiivista ja staattista siten, ettei tieto tule aidosti jaetuksi. Se

voi tulla kommunikaation epäonnistumisen vuoksi hylätyksi tai huomioon otetuksi vain muodon vuoksi. Toisistaan riippuvaisten, mutta työnjaollisesti liian erillisiksi jäävien systeemin osien välillä vallitsee monologinen kytkös.

Monologinen vaikutelma orientaatiosta yhteiseen syntyy vastauksista, joissa perustelematta korostetaan omaa erinomaisuutta tai hyvyyttä tai osaamista. *Ammattitaitoa piisaa. (PTHter/99.)* Vastaukset, joissa pohditaan omaa tehtävää, roolia ja osaamista suhteessa yhteistyökumppaneihin ja reflektoidaan, tilanteita esimerkkinä käyttäen, antavat dialogisemman kuvan vastaajan orientaatiosta. Dialoginen yhdessä tietäminen edellyttää aktiivista toimintaa, yhteyden ottamista, neuvojen kysymistä, asioiden selvittämistä ja muiden toimijoiden huomioon ottamista.

Mielestäni jo näinkin pitkä (16v.) työkokemus perusterveydenhuoltoalalla on opettanut huomioimaan erilaisia sairauksia ja fyysisen toimintakyvyn huomioimista. Silti tulee eteen erityiskysymyksiä ja tällöin olen ottanut yhteyttä [Sairaalan nimi] fysioterapeutteihin tai toimintaterapeutteihin, joilta olen saanut hyvin neuvoja. Monesti myös apuvälineasiat tuottavat päänsäiväa, ja silloin on apuvälineyksiköstä saanut apua ja hyviä neuvoja. Eli otan selville asiat, mikäli itse ei niistä ole tarvittavaa tietoa. Tietysti yhteistyötä lisäävät myös yhteiset koulutustilaisuudet, kuten sydämfysioterapeuttien ja aivohalvausyhdyshenkilöiden tapaamiset. Tällöin pyritään luomaan yhteisiä toimintamalleja ja selvitetään ongelmakohtiin ratkaisuja. (PTHter/122) [Oman yhteistyöosaamisen arviointi]

Dialogisen toimintatavan oppimisen ja toteuttamisen katsotaan olevan haastavaa. Tärkeintä on hallita oma substanssi- ja tehtäväalue sekä olla valmis jakamaan osaamistaan yhteisissä asioissa. Arnkil ym. (2000, 152–153) toteavat, että dialogissa lähtökohdaksi ei kannatakaan asettaa yhteisen ongelman löytämistä, sillä jokaisella on aina omansa. Dialoginen yhdessä tietäminen ei siis tarkoita, että tulee hoitaa toisen tehtävät ja ammatillinen problematiikka. Potilaan yhteisen hoitamisen edistämiseksi pitäisi oppia suhteuttamaan oma toiminta potilaan kannalta sujuvaksi kokonaisuudeksi. ”Reviiriajattelusta luopuminen” nousee koko aineistossa merkittäväksi ”ulosoppimisen” tavoitteeksi.

Kokemus auttaa tässä asiassa, neuvottelutaitoja tulisi opettaa kaikille terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Itse olen yrittänyt hakeutua sellaisille

kursseille. Itsekin huomaan ajoittain reviiirajattelun vaikeuttavan omaa suhtautumistani asioihin. (PTHter/106) [Oman yhteistyöosaamisen arviointi]

Dialoginen orientaatio on ”kaikkietäväisyydestä” luopumista, nöyryyttä epävarmuuksia kohtaan ja orientaatiota siihen, että kaikilla ammattiryhmillä on oma tärkeä paikkansa järjestelmässä.

Vuosien varrella on varmaankin tullut itseluottamusta ja nöyryyttä oppia pois yhä enemmän kaikki tietävästä ja osaavasta asenteesta muita ammattiryhmiä kohtaan ja lähteä tarkastelemaan asioita aina hoidettavan kannalta (PTHter/121) [Oman yhteistyöosaamisen arviointi]

Ristiriidat kuuluvat dialogin luonteeseen. Ristiriitojen hyväksyminen tekee dialogiin pyrkimisestä, dialogisesta orientaatiosta keinon selvittää kompleksissa järjestelmissä. Epävarmuudet hyväksytään osaksi työtä ja asetetaan tavoitteeksi luoda yhteiset merkitykset yhteisesti valitulle relevantille tiedolle. Dialogimaisessa toiminnassa ja orientaatiossa on kyse ristiriitojen ratkaisemisen tavasta ja tavasta orientoitua yhteistyökumppaneihin eri tilanteissa sekä yhteisen tilanteen ja tiedon rakentamisesta.

Asiantuntijuus on sitä, että annan oman tietämykseni asiasta muiden käyttöön, enkä jemmaa sitä, että keksiköön itse tohon ratkaisun... (ESHter/182) [Mitä asiantuntijuus yhteistyössä tarkoittaa?]

Terveystieteiden normaaliarjessa ohjausta dialogisuuteen ei ole. Ihmiset ovat ”omillaan” kompleksissa rakenteissa ja prosesseissa. Näin dialogin oppiminen ei tule välttämättä tietoiseksi tavoitteeksi. ”Reiluus ja avoimuus”, jota henkilöstö toisiltaan toivoo, vaihtuu toisinaan yhteistyöstä vetäytymiseksi, syyttelyksi ja kilpailuksi, joka estää yhteistyökumppanuuden.

Useimmat vakavammat keskustelut sosiaalisesta tilanteesta riippumatta ovat luonteeltaan defensiivisiä, puolustavia (Isaacs 2001, 33). Ihmiset pelkäävät etteivät tule hyväksytyksi tai että he menettävät kasvonsa. Kaikki tämä estää dialogia – merkitysten vapaata virtaa. Ihmisillä on keskusteluihin tullessaan mitä erilaisimpia oletuksia ja tulkintoja, ja he asettuvat puolustamaan näitä omia kantojaan. Dialogissa on kyse kyvystä kyseenalaistaa myös omat ajatukset ja suhtautumistavat. (Isaacs 2001.)

Tämä ei kuitenkaan tarkoita omista kannoista luopumista, vaan syvällistä tajua tilanteesta, valmiutta havaita tilanteeseen liittyviä kokonaisuuksia ja muita mahdollisia näkökulmia keskusteltavaan asiaan. Dialogiin tarvitaan rohkeutta, sanovat terveystieteiden ja sairaaloiden työntekijät vastauksissaan.

Vastaajien mukaan yhteistyö vaatii kärsivällisyyttä, mutta on onnistuessaan hyvin palkitsevaa. Moitteita ja kritiikkiäkin tulisi jaksaa ja osata ottaa vastaan. Arjen episodeissa eivät kohtaa vain ammattilaiset, asiantuntijat ja potilaat potilaan asian ympärillä. Episodeissa kohtaavat myös ihmisten erilaiset toimintatavat ja tunteet. Dialogin onnistuminen edellyttää myös omien tunteiden hallintaa.

Mielestäni olen aktiivinen ja yhteistyöhaluinen, mutten ärhäkkä tilanteissa, joissa huomaan että yhteistyöhalua ei löydy. Etenkin jos huomaan, että potilas on ”kärsijä”. Periaatteessa minulla on kaikki tarvittavat keinot käytössäni. Vaatii paljon töitä enkä jaksakaan aina olla niin kärsivällinen. Mutta varmasti pitäisi katsoa myös peiliin ja malttaa mielensä vaikeidenkin ihmisten kanssa. (ESHter/79)

Seuraavassa perusterveydenhuollon terapiahenkilöstöön kuuluvat pohtivat yhteistyöosaamistaan.

Olen siinä ”parantunut”, mutta en tahdo osata ottaa ”moitteita” ja negatiivisia asioita työn kannalta vaan ajattelen niitä liian usein henkilökohtaisesti. (PTHter/92)

Kehittynyt vuosien mittaan. Toivottavasti ei muutu liian jäykäksi, eikä liian suulaaksi ja kaikkietäväksi. Mielenkiintoa kehittämiseen ja uuden kokeiluun on ollut aina. (PTHter/102)

Dialoginen asiantuntijuus on sosiaalinen väline relevantin tiedon lähteille pääsemiseksi silloin, kun tarvitaan monimutkaisuuden ymmärtämistä. Vuorovaikutus tapahtuu tekniikan avulla, papereiden välityksellä, työ- tai muissa palaverissa ja eri tavoin toteutetuissa konsultaatioissa. Konsultoituva keskustelutyyli on Steinbergin (2005, 13) mukaan dialogia tasarvoisten henkilöiden välillä. Asioita ei pidetä itsestään selvinä ja varmoina, vaan osapuolilla on tilaisuus kysyä ja keskustella vaihtoehdoista. Ammattilaisen etukäteisorientaatiolla ja dialogisella orientaatiolla suhteessa

muuhun järjestelmään on tärkeä merkitys, vaikka työstettävät ratkaisut näyttävät Hakkaraisen ym. (2004) mukaan syntyvän sosiaalisissa yhteisöissä mieluummin kuin kuuluvat asiantuntijoiden kantamiin ominaisuuksiin. Viisastumista tapahtuu, kun olemme yhteistyön aktiivisia osapuolia. Aktiivisuuteen tarvitaan myös dialogista ajattelua yksintyöskentelytilanteissa.

Dialogin toteutuminen edellyttäisi kaikilta osallistujilta kollektiivista ymmärrystä tilanteesta toimimisen ehdoista ja aktiivista toimintaa tämän ymmärryksen mukaisesti. Dialoginen toiminta edellyttää ihmisiltä uudenlaisia yhteistyön tekemisen tapoja, uudenlaista ajattelutapaa ja orientaatiota. Se edellyttää kompromisseihin pyrkivää orientaatiota, jossa kilpailuhenkisyys, hierarkioiden korostaminen ja muut inhimilliseen toimintaan kuuluvat monologiset toimintatavat pystytään muuttamaan yhteistä tietämistä edistäviksi valinnan mahdollisuuksiksi. Päinvastainen tarkoittaa pysähtymistä muualla määrättyihin arvovalintoihin ja päätöksiin.

Seuraava on esimerkki episodista, jossa ei näytä syntyneen potilaan kokonaistilanteeseen perustuvaa hoitokokonaisuutta. Potilaan vammaan vaikutukset potilaan ja hänen perheensä elämään sivuutettiin. Potilaan puolison ääntä ei kuultu. Työntekijä pohtii tätä dialogisesti vastauksessaan. Kysymykseksi jää, miten kukin ammattilainen toimi tilanteessa. Yrittikö kukaan herättää muiden huomiota potilaan puolison näkökulmaan? Yrittikö kukaan avata dialogia? Saivatko lääketieteellinen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulma liian suuren vallan keskustelussa?

Esh:ssa painottuu sairauksien lääketieteellinen hoito, ei asiakkaan kokonaistilanne. Esimerkkinä tästä havainnoimani kuntoutusneuvottelu, jossa oli läsnä asiakas, hänen puolisonsa ja moniammatillinen tiimi. Ihmettelin sitä, miksi puoliso oli kutsuttu, kun hänelle ei kuitenkaan annettu mitään tilaa. Keskustelu pyöri asiakkaan aivovamman ympärillä, mutta asiakkaan kokonaistilanteesta puolison ja lasten näkökulmasta ei keskusteltu. Puoliso yritti kerran tuoda keskusteluun asiakkaan persoonallisuudessa tapahtuneet muutokset ja vaikutukset perhe-elämään, mutta ne sivuutettiin. Kokonaistilanne olisi mielestäni edellyttänyt laajempaa tarkastelua kuin vain lääketieteellisen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulman. Jäin miettimään, mitä onkaan arki, jos perheenpää ei jaksa kahden alle kouluikäisen lapsen kanssa ja kolmannen syntymään oli tuolloin aikaa vajaa kuukausi. (ESHter/215) [Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen]

Yhteistyöosaamisen olennaisista tekijöistä ollaan aineiston molemmissa organisaatioissa yhtä mieltä. Olennaista on se, että osaaminen syvenee työkokemuksen lisääntymisen myötä. Täydellisyyttä ei ole mahdollista saavuttaa vaan jatkuvan oppimisen periaatteen on oltava läsnä. Dialogisessa yhteistyöasiantuntijuudessa ei tule koskaan liian päteväksi.

Tiukka tehtäväjaosta, reviiereistä ja rutiineista kiinni pitäminen on lähempänä monologista kuin dialogista orientaatiota. Monologistakin orientaatiota tarvitaan, ammattilaisen on kyettävä ottamaan vastuuta omasta tehtäväkentästään itsenäisesti. Dialogiin tarvitaan monipuolisia vuorovaikutustaitoja, neuvottelutaitoja ja aktiivista suuntautumista sekä osallistumista yhteistyön monille alueille potilaan hoito- ja palveluketjun toteuttamiseksi. Tarvitaan kuuntelemista, ymmärrystä, palautteen antamista ja vastaanottamista tasavertaisina kumppaneina yhteisen tavoitteen hyväksi. Lisäksi tarvitaan oman orientaation arvioinnin kykyä.

Yhteistyöosaamiseni vahvuudet: - pitkäaikainen kokemus ja toiminta erilaisissa kunnan yhteistyöfoorumeissa, jolloin yhteistyökumppaneissa on paljon tuttuja - pyrin tarkastelemaan asioita asioina enkä anna yhteistyökumppanin arvon ja aseman vaikuttaa omaan toimintaani - paneudun asioihin eli pyrin selvittämään asian juurta jaksuen. Kaikki vahvuudet voivat kääntyä myös heikkouksiksi eli on jatkuvasti arvioitava, mitä tämä tarkoittaa yhteistyökumppanin näkökulmasta. Esim. asemastaan ja tittelistään tärkeän henkilön kohdalla ei välttämättä päästä edes asiaan, jos ei tiettyä ”jalustalle nostamista tapahdu edes jossain määrin”. Harvemmin eteen tuleva asia, mutta silloin tällöin olen aistivina sen yhteistyöpalavereissa. Asioiden perinpohjainen selvittäminen tuo esille asioita, joita ei aina haluttaisi. Esimerkiksi asiakas saattaa menettää etuisuuksiaan johtuen viranomaistahojen yhteistyön toimimattomuudesta ja erilaisista viiveistä asioiden käsittelyssä. Jotkut kokevat epäkohdan esille nostamisen positiivisena, jotkut kielteisenä. Uskoisin omaavani suhteellisen hyvän kuuntelemisen taidon, mutta kärsivällisyyden harjaannuttamisessa en taida tulla valmiiksi koskaan. Kärsivällisyyttä olen kehittänyt, kiitos nykyisen työpaikkani, jonka toimintakulttuuri mutta myös toimijoiden persoonallisuus temperamentteineen on hieman erilainen kuin omani. ”Ehditäänköhän me mukaan” on ollut opiskelijaltani vuosia sitten kuulemani lause, joka pysähdytti: ei ole mitään hyötyä edetä vauhdilla, jos yhteistyökumppanit eivät pysy matkassa. Odottaminen opettaa, mutta silti uskon, että liian kauan ei saa yhteistyösäkään odottaa. On tuotava rohkeasti esille erilaisia näkemyksiä ja altistettava itsensä kriittisen arvioinnin kohteeksi. Tästä itsensä likoon laittami-

sesta on monasti ollut hyötyä. Oman osaamattomuuden julkituominen on kummasti kaatanut rajoja ja edistänyt yhteistyötä. Yhteiskuntapoliittista osaamista toivoisin itselleni lisää. Asiat linkittyvät toinen toisiinsa ja asioita tulisi kyetä katsomaan kriittisesti monesta eri näkökulmasta. Minun tai toisen näkemys on yhteistyöasioissa liian suppea – tärkeä kylläkin. (ESHter/83) [Oman yhteistyöosaamisen arviointi]

Dialogin osaaminen helpottaa yhteistyötä, koska silloin ei tarvitse taistella asiantuntijuudesta. Dialogisuuden peruseriaatteina on tasa-arvoisuus, kunkin tehtävän tärkeyden tunnustaminen ja neuvottelu, kuten seuraava perusterveydenhuollon hoitaja perustelee.

Asiantuntijuus tarkoittaa mielestäni kykyä perustella oman asiantuntijuusalueen ehdotukset, näkemykset sekä taitoa tuoda esille asian eri puolet tai erilaiset vaihtoehdot. Lisäksi se on kykyä ottaa huomioon toisten ehdotukset ja näkemykset. Se on siis eräänlaista kokonaisuuden hallintaa, mutta ei kaikkitietävyyttä. (PTHhoit/80) [Mitä yhteistyöasiantuntijuus tarkoittaa?]

”Niin metsä vastaa kuin sinne huudetaan”: palaute kompleksisessa järjestelmässä

Arvostuksen antaminen yhteistyökumppaneille on tärkeää, jos mielihyönteilyn sujuvan. Tähän sopii sanonta ”niin metsä vastaa kun sinne huudetaan”. Pitäisi osata ajatella asioita myös yhteistyökumppanin kannalta, jos asiat ei aina mene niinkuin minä haluaisin. (PTHter/395)

Palauteprosessit kuljettavat kommunikaatiota järjestelmässä (Leydesdorff 2003, 53–55). Palautteet, joita tulkitaan ja joihin liitetään erilaisia merkityksiä (mt.) sisältävät käytännössä konkreettista informaatiota, mutta myös jotakin sellaista sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvää, mitä on vaikeampi tuoda avoimesti keskusteltavaksi.

Konkreettisesta palautteesta esimerkkinä ovat potilasta koskeva informaatio lähete-palauteprosessissa tai potilaspalautteet. Käyttäytymistä erilaisissa ihmisten välisissä tilanteissa ja suhteissa on vaikeampi käsitellä. Käyttäytyminen on ammatillisuuden hallintaa työtilanteissa, rohkeutta ja halua jakaa oma perusteltu näkökulma toisten kanssa. Toisen kunnioitta-

misen ja työn arvostamisen viestit kuljettavat omalla tavallaan myös potilaan hoitoon liittyviä prosesseja.

Toimijoiden erilaiset tulkinnat organisaatioiden ohjeista tulevat erilaisen palautteiden muodossa mukaan järjestelmässä kehkeytyvään kommunikaatioon. Vastaukset ja tulkitut merkitykset eivät välttämättä tule samaan paikkaan. Seuraavassa terveyskeskuksen lääkäri ihmettelee asiaa. Hän on lähettänyt potilaan omasta mielestään ohjeiden mukaan sisäiseen päivystykseen. Sisäinen päivystäjä antaa palautetta, ”*haukkuu pystyyn*”, mutta ei anna kollegalle tilaisuutta vastata palautteeseen. Organisaatioiden väliset palautteet toisilleen ristiriitaisista ohjeistuksista eivät ole myöskään menneet sellaisia reittejä, että niistä olisi voitu luoda yhteisiä merkityksiä.

Sisäinen päivystäjä haukkuu minut pystyyn eikä anna suun vuoroa kun olen hänen mielestään lähettänyt väärään paikkaan delirium = juoppohulluus potilaan, joka ohjeiden mukaan kuuluu lähettää sis päivystykseen. jatkuva ongelma: kir. polilla /päiv. polilla käyvät potilaat tulevat tk:hon jatkohoittoon eikä heidän epikriiseja tai kuvia lähetetä automaattisesti tk:hon vaan ne on erikseen pyydettävä ja niistä vielä maksettava 10 e (PTHlääk/30) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Ammatillisuus unohtuu toisinaan ja dialogi särkyä ehkä pitkäksi aikaa huonon kokemuksen vuoksi. Tuttuihin henkilöihin on helpompi ottaa yhteyttä (ks. myös Saaren-Seppälä 2006) ja toisaalta vältetään henkilöitä, joiden kanssa yhteistyö on koettu hankalaksi. On tilanteita, joissa informaatiota tarjotaan, mutta sitä ei oteta vastaan. Yllättävän paljon vastaajat kommentoivat epäasiallista käyttäytymistä.

Soitin terveyskeskuksen kuntoutusyksikköön antaakseni vastaanottavalle terapeutille tiedot jatkoon siirtyvästä potilaasta. Kesti ensinnäkin ikuisuuden saada henkilö puhelimeen. Sitten hän kuunteli asiani sanomatta sanaakaan. Lopuksi hän ilmoitti, että älä nyt sitten enää seuraavalla kerralla vaivaa minua tällaisen asian vuoksi. Meillä osaa sihteerikin kirjoittaa. Milloinkaan en antaisi potilaasta jatkotietoja sihteerille, vaan suoraan terapeutille. Kyseessä oli kaiken lisäksi erittäin hankala tapaus. (ESHhoit/10).

Yksilölliset tavat toimia ja yksilöllinen orientaatio yhteiseen ovat omanlaisensa mauste erilaisissa neuvotteluissa potilaiden tilanteista. Yhteydenotamisen arkuus voi olla myös seurausta esimerkiksi huonoista kokemuksis-

ta (ks. Kernick 2004, 27), joissa keskustelu on koettu alentavaksi tai keskustelukumppani *katsoi viisaammaksi lyödä luurin korvaan (ESHter/27)*. Käyttäytymisessä on kyse ammatillisuudesta ja siitä, miten toisten työtä kunnioitetaan.

Asiakas tuli erikoissairaanhoidon läheteellä fysioterapiaan tk:hon. Tarkoituksena jatkaa uudella jaksolla kuntoutustutkimusyksikössä. Fysioterapian loppupuolella otin yhteyttä lähettävään tahoon kertoakseni moniongelmaisen asiakkaan fysioterapian etenemisestä ja tilanteesta. Lähettävän tahon työntekijä ei suostunut keskustelemaan Asiakkaasta kanssani mutta pitkän ihmettelyn jälkeen ”suostui” kuuntelemaan minua. Ei kommentoinut mitenkään. Hoidimme kuitenkin samaa asiakasta ja tavoitteemme piti olla sama. Näin ainakin minä luulin! Eli asiakkaan tilanteen selvittäminen (työhön paluu, eläkeratkaisut?...). Yhteistyötä ei siis haluttu. Olin ”tempuntekijä”. Tämä ei aktivoinut yhteistyöhön jatkossa. (PTHter/16) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötapahtumasta]

Henkilöstö korostaa sitä, että on uskallettava puhua asioista avoimesti. Avoimuus ja suoraan sanomisen toive ei kuitenkaan tarkoita sitä, että huonoja käytöstapoja pitäisi sietää tai että niitä siedettäisiin. Vastauksista on luettavissa närkästymistä asioiden esittämisen tapoihin, palautteiden perustelemattomuuteen, poisjäämisiin tai valmistautumattomana palavereihin saapumisiin. Dialogin edellytyksenä on, että kuunnellaan toisen osapuolen näkemyksiä ja pyritään ymmärtämään asioita moninäkökulmaisesti ja arvostetaan toisten työtä. Jotta voi kuunnella, molempien osapuolten on ilmaistava mielipiteitään, osallistuttava ja otettava kantaa. Suoraan puhumisesta seuraa kuitenkin usein ongelmia.

Kompleksisuusajattelussa palautteet eivät ole negatiivisia ja positiivisia samassa merkityksessä kuin arkikielessä. Olivatpa palautteet laadultaan kumpaa tahansa, ne välittävät kommunikaatiota ja merkityksiä eteenpäin järjestelmässä. (Esim. Leydesdorff 2003; Kernick (toim.) 2004.) Palautteiden positiivisuus ja negatiivisuus on läsnä ihmisten välisissä episodeissa kokemuksina.

”Kun mikään ei riitä”: mihin terveydenhuollon henkilöstön tulee ammattinsa rajoissa vastata?

Hakkaraisen, Palosen, Paavolan ja Lehtisen (2004, 73) mukaan tieto on kulttuurinen artefakti. Tämä tarkoittaa, että ollakseen tietoa eikä pelkkää informaatiota, tiedon tulee olla aktiivista sosiaalisissa ja kognitiivisissa prosesseissa. Tieto ei siis pysähdy, vaan uusiutuu ollakseen tietoa. Tämä määritelmä kytkee informaation, tiedon ja tietämisen tavat yhteen, ja liittää ne osaksi terveydenhuollon järjestelmää muodostaen oman systeemin sen sisälle. Sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä kulkee hyvin paljon erilaisista informaatiota. Informaatio on läsnä monilla tavoilla velvoitteina ja lakeihin perustuvina sopimuksina vaikkapa potilastiedon siirtämisestä tai läheteiden, hoitopalautteiden tai muiden potilaspapereiden tai tiedostojen informaationa potilaasta. Aiemmissa luvuissa olen kuvannut ja analysoinut terveydenhuollon episodimaista työtä. Henkilökunnalle ei esimerkiksi riitä, että informaatiota on olemassa. Informaatio edellyttää aina toimenpiteitä, jotta se kulkisi potilaan hoidon kannalta tietona tai tietämistä mahdollistavana prosessina eteenpäin. Pitää osata ja haluta tulkita, sietää ristiriitaisia tulkintoja ja niiden tekijöitä, ihmetellä ja toimia. Pitää nimetä ja valita relevantti tieto. Dialogisen orientaation yhteinen kollektiivinen toteutuminen kohtaa paljon esteitä. Ei riitä, että yksilö tekee parhaansa omassa tehtävässään. Kaikkien tulisi kyetä dialogiin tilanteissa ja tilanteet ylittäen.

Olen mielestäni hyvä kuuntelija ja pyrin aina rakentavaan keskusteluun. Yhteistyö ei kyllä aina suju, vaikka kuinka yrittää, koska eri alojen asiantuntijat puhuvat usein ohi toistensa. Varsinkin erikoissairaanhoidossa on puutteellinen käsitys siitä, mitä perusterveydenhuollossa tapahtuu. (PTH hoit/41). [Oma yhteistyöosaaminen]

Ilkka Niiniluoto (1992, 48) toteaa, että ”tieto voi nykyään merkitä mitä tahansa.” Silti ”k[K]lassinen filosofien käsitys tiedosta ”hyvin perusteltuna totena uskomuksena” on hyvin vahva.” Merkityspainojen antaminen asiantiloille on pragmaattinen, kielen käyttäjiin ja käyttötilanteisiin liittyvä seikka. Toinen tapa sanoa sama asia on se, että loogisen ja subjektiivisen tulkinnan välille ei voi vetää jyrkkää rajaa, ts. puhtaasti loogista todennäköisyyden ja informaation käsitettä ei ole olemassa, vaan lauseiden todennäköisyydet aina ovat jonkun henkilön tai henkilöryhmän rationaalisia

”uskomuksen asteita”. (Niiniluoto 1992, 41.) Terveystieteiden ammattilliset, tieteellisesti perustellut ja oikeutetut tietoperustat ovat yhtäältä tieteellisen näytön logiikkaan perustuvia ja toisaalta subjektiivisesti tulkittuja tai sovellettuja (ks. esim. Kernick 2002, 101). Ongelma onkin siinä, että tätä ei riittävästi tunnusteta. Yksiselitteisinä faktoina pyritään perustelemaan sellaista, mikä on tulkinnallista. Esimerkiksi pyritään vetämään tiukkoja rajoja ammattiryhmien tietoperustojen välille ja perustelemaan oma näkökulma ainoana oikeana. Tästä syntyy dialogia rajoittava asetelma. Toisen työhön luottaminen, arvostaminen ja usko siitä, että hyvää työtä tehdään, olisi parempi reitti dialogisuuden toteutumiseen kuin kaiken epäily.

Terveystieteidenhuollossa on tehtävä jatkuvasti hoitopäätöksiä osittaisen ja epätäydellisen informaation pohjalta. Myöhemmin nämä osin oletuksiin perustuvat johtopäätökset voidaan peruuttaa uuden täydellisemmän informaation valossa (Autio 1991, 159).

Tekijän tiedolla Platon viittaa siihen, että esimerkiksi lääkäriellä on tietoa terveydestä, sillä hän osaa parantaa sairaita (Niiniluoto 1992, 51). Huolimatta siitä, että kollektiivisen asiantuntijuuden ominaisuuksiksi määritellään yhteiseen syväajatteluun liittyviä seikkoja, terveystieteiden ammattilaiset korostavat aineistossa substanssiosaamisen merkitystä tärkeimpänä asiantuntijuusominaisuutena. Oma tehtävä on hallittava hyvin. Muutoin ei ole mahdollista osata yhteisesti. Omaan tehtävään kytkeytyvä tietäminen on sitä, mitä yhteisessä konkreettisesti jaetaan. Yksilön ylittävä kollektiivinen viisaus syntyy siitä, mitä ja miten kaikki jäsenet osaavat yhdessä. Kuten Hakkarainen ym. (2004, 9) toteavat, yhteisen tiedon rakentaminen on luonteeltaan suhteellista. Suhteellisuus syntyy siitä, että ”sopiva ympäristö”, joka mahdollistaa yhteisen, määrittäyty osallistuville yksilöille eri tavoin. Ryhmien prosesseilla on omat lainalaisuutensa ja suhteensa ”ympäristöihin”. Lisäksi jäsenten toiminnan episodimaisuus hajauttaa yhteisen viisauden hetkelliseksi.

Tietäminen voi olla reflektointia, jolloin näkemys käsillä olevaan asiaan on laaja-alaista tai tietäminen voi olla reflektointia, jolloin näkemys perustuu ”annettuna otettuun” totuuteen asian tilasta. Tulkinnat asiasta voivat olla loogisesti perusteltuja, mutta perustelujen todistaminen yksiselitteisellä evidenssillä voi olla potilaan hoidon vaikuttavuuden kannalta tarkasteltuna mahdotonta. Tulkintoihin sekoittuvat subjektiiviset tulkinnat ja ymmärrykset systeemien eri osista. Tekijällä ei aina ole tietoa, vaan informaatiota, jonka olennaisuus tiedetään vasta tehtyjen valintojen seurauksena tultua todetuksi.

Yhteistyöasiantuntijuutta ihmetellen

Luottamus ja tasavertaisuus ovat Ståhlen (2004, 244–245) mukaan keskeisiä ns. kaksoisriippuvuuden edellytyksiä systeemeissä (ks. myös Jalava 2006). Itseensä viittaavien systeemien ydin on yksilöiden välisissä vastavuoroisten suhteiden verkostoissa. Ilman näitä toisistaan riippuvia sisäisiä suhteita systeemiä ei olisi olemassa. Merkityksen prosessointi tapahtuu luottamuksen testaamisen jälkeen kaksoisriippuvuussuhteessa. Luottamus ja tasavertaisuus toteutuvat arjessa yhtä episodimaisesti siellä täällä, silloin tällöin kuin muutkin yhteistyöasiantuntijuutta edistävät asiat.

Avoimuutta ja rohkeutta tuoda näkemyksensä/ oma osaamisensa esiin. Samoin myös taitoa kuunnella muita. Tiedon, osaamisen ja kokemuksen jakaminen on ratkaisevaa ja vie yhteistyötä eteenpäin. (ESHlääk/76) [Mitä odotat muilta yhteistyön sujumiseksi?]

Smithin ja Jenksin (2006) mukaan kompleksissa systeemeissä kukin systeemin elementti (toimija, yksilö, ryhmä ja niin edelleen) on tietämätön kokonaisuudesta tai jättää huomiotta systeemien toiminnan kokonaisuutena. Elementtien mahdollisuudet kantaa tietoa tai informaatiota kokonaisuudesta ovat rajalliset. Elementti vastaa vain informaatioon, joka on saatavissa paikallisesti. (Smith ja Jenks 2006, 13.) Substanssiasiantuntijuus on potilaalta saatavan tiedon rinnalla paikallista informaatiota. Näkökulmia on kuitenkin paljon, eivätkä niiden erot tule aina riittävällä tavalla näkyviksi tai käsiteltyä. Tämä vaikeuttaa dialogin edistymistä ja haittaa luottamuksen ja kunnioittamisen ilmapiiriä.

Kun ei tunneta toinen toistensa työ- ja toimintatapoja myös kunnioittaminen on niin ja näin. ”Helppoahan niiden on siellä esh:ssa suunnitella ja kaataa tehtäviä meille kuntiin”, on kommentti, joka minulle heijastaa sitä, ettei tunneta eikä välttämättä arvosteta eri tahojen osaamista. Toisaalta kunnioittamisen puute näkyy myös siinä, että odotetaan yhteistyön aloitetta esh:sta - yhteistyöaloitteen käynnistäjänä voisi olla myös pth. (ESH-ter/292)[Sairaalan henkilöstön osaamisen kunnioittaminen]

Vastaajien mukaan yhteisiä toimintatapoja rakennetaan aktiivisesti. ”Jatkuvasti on menossa jotain”. On hoito- ja palveluketjutyöskentelyä, apuvälinevastuujärjestelyjä, terapiavastuista sopimista, potilasryhmäohjeiden

laadintaa eri sairausryhmien osalta, hoitovastuiden ja yhteyshenkilöiden sopimista. Terveyskeskukset saattavat olla yhteistyössä eri sairaaloiden kanssa, joissa on erilaisia käytäntöjä. Resurssipulan ja terveydenhuollon uudelleen järjestymisen vuoksi käytännöt muuttuvat jatkuvasti. Vuonna 2005⁴¹ voimaan tullut hoitotakuu toi mukanaan monenlaista ”puuhaa.”

Lisäksi on erilaisia, uusia ja päätettäviä projekteja, työnjaon päivityksiä ja muutoksia. Muutoksia tulee myös siitä, että työntekijöitä vaihtuu. Koulutusta järjestetään, intranet on käytössä, opetellaan. Resurssit eivät riitä kaikkeen. Asiakkaita harmittavat eri käytännöt. Terveydenhuollossa riittää elementtejä, joista yhteistyöasiantuntijuuden tulisi rakentua.

Yhteisesti sovitut toimintatavat ja niiden noudattaminen sopimusten mukaan on erittäin tärkeää. Erikoisaloja ja sovittavia asioita vaan on niin paljon, että kaikesta sopiminen on mahdotonta. Myös työntekijöiden vaihtuvuus vaikeuttaa toteuttamista. (PTHter/424)

7.2 Miten järjestelmät, organisaatiot ja henkilöstön yhteinen ”mallintuvat” eli miten työ sujuu?

”Päällekkäisyyttä ei saa olla, muttei aukkojakaan”: yhteisen tietämisen rakennemalli

Selkeä vastuunjako helpottaa asiakasta, koska hän silloin tietää mihin hänen tulee olla yhteydessä. Vastuunjako helpottaa myös sekä sairaalan että terveyskeskuksen henkilökuntaa, ja poistaa päällekkäistä työtä. Selkeä vastuu ohjaa myös henkilökunnan kouluttautumista ja resurssien suunnittelua. (ESHlääk/151)

Aineistossa puhe selkeästä vastuunjaosta sisältää toiveen yleisestä harmoniasta, jonka vaikutukset ulottuisivat kaikkialle työympäristöihin. Selkeät vastuut poistavat päällekkäistä toimintaa, mutta säilyttävät aukottomuuden. Kukin työntekijä tietää tehtävänsä ja roolinsa kaikissa tilanteissa ja osaa

⁴¹ Hoitotakuu määrittää terveyskeskusten ja sairaaloiden kiireettömälle hoidolle ja tutkimukselle määräraajat, joiden tavoitteena on tasoittaa palveluiden saatavuutta eri alueiden väestölle. (ks. Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2004; Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 2004; Valvira 2010. Hoitotakuun valvonta ja toteutuminen; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

toimia niiden mukaisesti. Harmonisessa ideaalimallissa monet toimijat ja erilaiset näkemykset sekä normit olisivat hyvän työn ”mahdollistavia rakenteita”. Toisiinsa limittyvät, kokonaisuudet liikkuisivat lineaarisen sujuvasti tilanteista toiseen. Tilanteissa vaikuttavat yhteistyökyvyt ilmenisivät terävinä, mutta kokonaisuutta hahmottavina dialogisina havaintoina olennaisista kokonaisuuksista ja yksityiskohdista hoidettavana olevan potilaan tai samanaikaisesti hoidettavien potilaiden asioissa. Havaintokyky muuttuisi samalla tilanteissa tehtyjen havaintojen ja niiden ristiriitaisuuksien edessä selkeäksi vastuulliseksi yhteistoiminnaksi ja luottamukseksi. Kompleksinen systeemi ei kuitenkaan toimi näin. Dialogikyvykkyys on entropiakyvykkyyttä (Stähle 2004) eli kykyä toimia epävarmuutta huokuvissa työympäristöissä.

”Jos halua saada on pakko antaa”: kompromisseja ”ei oo budjetilla”

Jokin aika sitten kartoitettiin ja suunniteltiin sair.hoit.piirin yhteistä apuvälinepalvelun toimintamallia. Kunta/terveysyhtymä sai itse päättää lähteekö toimintaan mukaan. Pari tahoja, jotka eivät lähteneet mukaan perustelivat poisjääntiään asiallisesti, mutta siitä huolimatta he olisivat halunneet käyttöönsä yhteiset toimintaperiaatteet, rekisteriohjelman ja hankinnat... ilmaiseksi ilman minkäänlaista sitoutumista. Vaatimukset esitettiin tosissaan eikä heiltä löytynyt ymmärrystä sille, että jäivät paitsi jostakin mihin eivät halua sitoutua. Eli jos halua saada on pakko antaa... (ESHter/7)

Terveystenhuollon henkilöstö työskentelee kompromisseja edellyttävissä olosuhteissa: katkeamattomat, saumattomat hoito- ja palveluketjut edellyttäisivät dialogisen orientaation läsnäoloa joka hetki jokaisen toimijan ajattelussa, valinnoissa ja tekemisissä. Työtä luonnehtii kuitenkin sellainen yksityiskohtaisen, näkyvän ja näkymättömän, konkreettisen ja abstraktin informaation määrä ja limittäiset prosessit, että olennaiseen tarttuminen ei aina ole mahdollista. Olennainen on tulkinnallinen, näkökulmasta ja esimerkiksi organisaatiokonteksteista riippuvainen asia. Ihmiset voivat silti vakaasti perustella näkökulmaansa ainoana oikeana ja mahdollisena.

Paljon on kiinni henkilökohtaisista orientaatioista ja kyvyistä katsoa hoito- ja palveluketjujen eri tasoja. Tämä on kuitenkin vain yksi prosessitaso systeemisessä ympäristössä. Itseorganisoituvissa järjestelmissä dialogi

edellyttää yhteistä järjestelmän ulkopuolelta tulevien ristiriitojen ja konfliktien käsittelytaitoa. ”Samassa veneessä soutaminen” tarkoittaa yhteisen rajaamisen taitoa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuuluminen samaan kokonaisuuteen voisi olla yksi esimerkki tästä.

Käytännön kompromissit toteutuvat ajallisten ja tiedollisten kehityskulkujen (Strauss 2008) yhteisellä rakentamisella. Potilastyötä tekevä henkilöstö rakentaa näitä kompromisseja konkreettisissa potilasta koskevissa ratkaisuisa, sellaisissa kuten ”jatkohoitosuunnitelma”, ”kannanotto potilaan asiaan”.

Hoitovastuu siirretään terveyskeskukseen siten, että erikoissairaanhoidon epikriisissä on selvä jatkohoitosuunnitelma ja kannanotto potilaan asiaan tai terveyskeskuslääkärin konsultaatioon vastattiin sähköisesti jo saman päivän aikana. (PTHlääk/49)

Asiakasta koskeviin päätöksiin ja kompromisseihin tarvitaan kuitenkin myös muita toimijoita, organisaation hallintoa, ”palvelutuottajia” ja ”kuntia”. Tarvitaan niitä, joilla on todellista päätösvaltaa mahdollistavien rakenteiden luomisessa.

Kuntoutusohjaajana teen paljon yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Toimin vaikeasti vammaisten asiakkaiden kanssa joten palvelut tulevat kunnille kalliiksi. Asiakkaat tarvitsevat myös palveluja useamman palveluntuottajan alueelta. Ikuinen rahapula on ikävä, jokaisella oma ”ei oo” budjetti. Pahimmillaan vaikeavammaisen asiakas säästetään kaikilta luukuilta pois. Epäonnistunein tilanne on sellainen jossa saattaa olla lähemmäksi kymmenkunta eri toimijaa ”juttelemassa tyttöjen juttuja” kun kellään ei ole päätösvaltaa tai palaveriin tullaan valmistelematta, eli asiat ei etene mihinkään päin. Kysynpähän vaan että paljonko moinen istunto maksaa? (ESHter/30)

Yhteistyötä on...

Olen motivoitunut toimimaan tiimeissä ja osana asiantuntijaverkostoa. Odotan sitoutumista, luotettavuutta ja sovittujen sopimusten pitämistä yhteistyökumppaneilta kuten itseltänikin. Ryhmissä toimimisesta minulla on enemmän positiivista kuin negatiivista kokemusta. Varsinkin muutoksen läpiviemisessä tarvitaan yhteistyötaitoja. Työelämä on mielestäni jatkuvaa

muutosta, jossa toivottavasti voi ponnistaa eteenpäin hyvistä yhteistyökemuksista lähtien. (PTHlääk/90)

Aineistossa kerrottu yhteistyö on monenlaista. Yhtäältä yhteistyö on hierarkkista. Toisaalta yhteistyö on dialogiseen toimintaan pyrkivää. Hierarkkisuus perustuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rakenteelliseen tehtäväjakoon. Lisäksi hierarkkisuus perustuu henkilöstön eri tehtävien ja koulutuksen antamaan statukseen ja valta-asemiin sekä kokemuksen ja kokemuksen puutteen väliseen hierarkkiseen asetelmaan. Toisella osapuolella on enemmän valtaa määrittää toimintaa kuin toisella. Toinen osapuoli näyttää paremmalta, toinen huonommalta. Dialogiin pyrkivä yhteistyö on tehtävä- ja asiasuuntautunutta toimintaa ja asenteita, kollegiaalista kumppanuutta tai siihen pyrkimistä. Kokonaisuuksia tarkkaileva, valinnan mahdollisuuksia pohtiva dialoginen pyrkimys ylittää hierarkkisia asetelmia. Hierarkiat säilyvät, ja jotkut niistä ovat tarpeellisia. Toimijat yhdessä pitävät hierarkioita reunaehtoina, jotka toisaalta antavat kokonaisuuksille rajat eli estävät ja pakottavat, mutta luovat myös valintoja mahdollistavia olosuhteita. Pyrittäessä dialogiin toive voi esimerkiksi olla, että kokeneisuus ja kokemattomuus yhdistyisivät hyväksi työksi.

Kolmanneksi yhteistyö on rutiininomaista tuttuun nojaavaa ja toisaalta ”jonkun uuden”, vielä epävarman ihmettelyä. Rutiininomaisuus nojaa ammatillisuuteen, tuttuihin toimintakäytäntöihin ja rakenteisiin (kuten hierarkiat), joihin peilaten valintoja uuden suuntaan tehdään.

Työnjako ja näiden mukaiset rutiinit ovat sujuvan toiminnan edellytyksiä (Strauss 2008). Työnjako perustelee erilaiset näkökulmat, mutta toisaalta myös estää yhteistoimintaa ja luo saumoja organisaatioiden välille. Potilaan kannalta tämä voi tarkoittaa hoitopolun katkeamista tai epäonnistumista. Tiukkaan työnjakoon perustuvassa orientaatioissa ei ole olennaista pohtia, mitä tehdystä päätöksestä seuraa potilaalle sen jälkeen, kun hän lähtee tästä yksiköstä/organisaatiosta seuraavaan hoidon vaiheeseen. Henkilöstö pitää organisaatioiden välisiä rajoja osin keinotekoisina. Juridisille rajoille, kuten tietosuojan, potilasturvallisuuden liittyville rajoille löytyy ymmärrystä, mutta toisaalta nähdään, että keinotekoisien rajojen poistaminen poistaisi myös juridisia rajoja. Kommentit ovat ristiriitaisia. Yhtäältä toivotaan lisää ja selkeitä sääntöjä ohjaamaan yhteistyötä. Toisaalta organisaatioiden välillä koetaan olevan keinotekoisia sääntöjä ja rajoja, jotka estävät tehokasta ja hyvää potilaan hoitoa. Yhteisen arvoperustan, tavoit-

teiden, yhteisen tietämisen ja osaamisen kehittyminen vaikeutuu, kun organisaatiot ovat liian erilliset.

Hyvänä yhteistyönä pidetään sitä, että yhteistyön tärkeys myönnetään, selvitetään parhaiten toimivat osat ja nostetaan keskusteluun konkreettisia tilanteita, joissa yhteistyö ontuu. Tehtävä- ja asiasuuntautuneessa kollegiaalisessa kumppanuudessa tehtävät täydentävät toisiaan välttämättöminä kokonaisuuden osa-alueina. Hierarkiaa korostavissa parempi-huonompi-asenteissa painopiste ei ole hoitotehtävissä yhteisenä tavoitteena vaan enemmän valta-asemissa ja henkilökohtaisissa tunteissa. Tällaiset asenteet voivat olla reaktio työnjaon toimimattomuuteen, yhteistyön epäkohtiin, hoito- ja palveluketjujen hierarkkisiin ja osin näkymättömiin saumoihin, jotka yksilöasiantuntijat kokevat inhimillisesti mahdottomiksi poistaa.

Kyselyaineistossa yhteistyö määrittyy pieniksi käytännöiksi, toiminta- ja suhtautumistavoiksi arjessa, henkilöiden välisyydeksi sekä alue- ja paikallistason yhteistyöksi. Nämä erilaiset ja monissa episodeissa tapahtuvat ja edelleen terveydenhuollon prosesseissa kehkeytyvät (emergentit) yhteistyön toteumat linkittyvät muutokseen, ajan kulumiseen, yhteiseen historiaan, lineaariseen ja ei-lineaariseen sekä kontekstuaalisesti tulkittavaan kompleksisuuteen.

Kyse on monenlaisen informaation siirtymisen ja vastaanottamisen tavoista, eri tavoin toteutetuista konsultaatioista, koulutustilaisuuksista, seminaareista, kokouksista ja palavereista. Informaatiota potilaasta kulkee eri reittejä palveluketjussa, mutta henkilöstön orientaatio kokonaisuuteen on merkittävä dialogista ja monologista kommunikaatiota eteenpäin vievä voima. Kompleksisessa kokonaisuudessa kulkeva informaatio tulee tulkituksi ja eteenpäin prosessoiduksi tilanteissa, jolloin informaatio pysähtyy henkilön kohdalle. Kompleksisten prosessien lukuisat yksityiskohdat kohtaavat ”pienissä” käytännöissä arjen tilanteissa. Tämä tarkoittaa rutiinimaista toimintaa ammattilaisten välillä, mutta myös jatkuvaa rutiinien särkymistä ja tällaisissa tilanteissa syntyvää erityistä neuvottelun tarvetta (Strauss 2008).

7.3 Neuvotellaan katkoksellisissa episodeissa dialogisesti ja monologisesti

Keskussairaalan ja terveyskeskuksen lastenneurologisten työryhmien yhteistyöpalaveri, jossa sairaalan lääkärit väittävät, että perusterveydenhuol-

to lähettää lapset liian herkästi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkärin taas kokevat, että sairaala vie suurimman osan kunnan terveydenhuoltobudjetista ja saavat siksi hoitaa ne lapset joihin heillä ei ole "varaa" erikoissairaanhoidon aiheuttaman rahatilanteen vuoksi. Noin 50 henkilön työryhmä meni siis muuttaman lääkärin väittelytilaisuudeksi. (ESHter/12) [Kuvaus epäonnistuneesta yhteistyötilanteesta]

Kollektiivisen tietämisen, kollektiivisen asiantuntijuuden tai yliorganisatorisen dialogin edellytyksenä on rajat ylittävän orientaation toteutuminen ja reflektioiva kommunikaatio. Tällaista tapahtuu jatkuvasti. Yhtäläillä jatkuvasti tapahtuu päinvastaista.

Sekä dialoginen että monologinen orientaatio ovat välttämättömiä. Monologia tarvitaan kompleksisen hälyn rauhoittamiseen. Jatkuvassa kompleksisessa hälyssä ja kollektiivisen asiantuntijuuden vaateessa yksilöltä puuttuu sellainen työrauha, jossa hän voisi keskittyä työssään tarvitsemansa substanssiosaamisen kompleksiseen tietoperustaan. Tämä yksilöllinen syväasiantuntijuus on dialogisen yhdessä tietämisen tärkeä voimavara. Oman tehtävän ymmärtäminen ja työn ammatillinen osaaminen on perusta tiedon asiantuntijamaiseen käsittelyyn. Pitää olla yhteisesti jaettavaa. Yksilöasiantuntijoiden tehtävänä on pyrkiä linkittämään episodien välisiä katkoksia kantamalla dialogista orientaatiota mukanaan. Organisaatioiden tehtävänä on tuottaa mahdollistava ympäristö yhdessä kaikkien työntekijöiden kanssa.

Dialoginen orientaatio tarkoittaa toisen tilanteen, aseman ja tehtävän kunnioittamista ja kuuntelemista. Avoimuus kompleksisuudelle ja sen hyväksyminen on tie dialogin mahdollistumiseen. Silmien sulkeminen ongelmilta tai toisten syyttämisen ei vie asioita eteenpäin. Dialogi ei toteudu, jos omaa työtä tehdään suljettujen systeemien idealla tai *"hoidan vain oman tonttini"* orientaatiolla. Täydellisesti toteutuneena dialoginen orientaatio ja toiminta vaativat viisautta ja rohkeutta. Kuitenkin dialoginen orientoituminen auttaa näkemään, että kaikkien ei tarvitse tietää kaikkea.

Dialogisen orientaation vaatimus henkilöstöltä voi olla liikaa oloissa, joissa ammatillisen tiedon valtava määrä, erilaiset tietorakenteet ja arjen detaljit kohtaavat ja joissa pitää tehdä nopeita päätöksiä potilaan hoidosta. Työssä kohdataan potilas, jota koskevat asiat eivät hahmotu laajassa kontekstissa ja palvelu- ja hoitoketjuajattelumallin mukaisesti kokonaisuudeksi tai selkeäksi tiedon paketiksi, joka on mahdollista tietää ja jakaa yhtei-

sesti. Paljon pitää varata hiljaiseen, ilmassa leijuvaan, episodien väliin jäävään ja viiveiden lävistämään oletettuun yhteiseen.

Arjessa tapahtuu yksilöiden monologisesta yhteistyöorientaatiosta johtuvia konflikteja, mielen pahoittamisia ja asiakkaan hoitoketjujen katkeamisia tavalla jos toisellakin. Aineiston vastaajista löytyi ”aloitteentekijöitä”, ”aktiivisia yhteistyön ylläpitäjiä” sekä ”tarvittaessa yhteistyötä tekeviä”. Yhteistyövastaisuudeksi voisi ehkä tulkita sellaiset vastaukset, joissa yhteistyö koettiin turhauttavaksi ja monista järjestelmän ristiriidoista johtuen hankalaksi toteuttaa. ”Jääräpäiden” kuten eräskin hoitaja kuvasi, yhteentörmäyksissä esiintyy puutteellisia vuorovaikutustaitoja, välinpitämättömyyttä ja ajattelemattomuutta.

Jos näitä vastauksia tarkastellaan järjestelmän hierarkkisuuden valossa, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisen asiakkaan hoitoketjuissa tapahtuvat katkokset eivät poistu kuin osittain henkilöstön joka hetki läsnä olevalla, kollektiivisella ja yksilöllisellä viisaudella. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa olevat perusterveydenhuollon vastuulle kuuluvat potilaat aiheuttavat paineita sairaaloiden henkilökunnalle. Jos heillä on tieto, että terveyskeskuksessa on tarvittavat resurssit, he voivat toimia oikein. Kun heillä on tieto, että terveyskeskus ei kykene huolehtimaan tehtävästään, heillä ei enää ole oikein toimimisen mahdollisuutta. Potilas pysyy erikoissairaanhoidossa, potilasjonot kasvavat ja kustannukset nousevat. Jos he lähettävät potilaan terveyskeskukseen, jonne potilas asiantuntija-arvion ja virallisen työnjaon perusteella kuuluisi, he tietävät, että potilas ”jää heitteille” resurssien puutteen vuoksi. Paineet siirtyvät terveyskeskuksen henkilöstön harteille. Yksittäisillä työntekijöillä ei ole muuta mahdollisuutta kuin yrittää hyvin erilaisissa potilastilanteissa tehdä kulloinkin parhaimmilla tuntuvat ratkaisut. Organisatorista taloudellisuuden vaatimusta uhmataaan ottamalla erikoissairaanhoidon vastuulle potilaita, jotka kuuluisivat perusterveydenhuoltoon. Tämä on palvelujärjestelmän resursoinnin ongelma, ei siellä toimivan henkilökunnan. Lopulta kustannukset yhteisen potilaan hoidosta menevät kuitenkin samoihin osoitteisiin.

Mikä neuvottelun mahdollisuus näiden organisaatioiden henkilöstöllä on? Mitä potilaan hoidon kannalta auttaa tieto terveyskeskuksen resursseista silloin, kun niitä ei ole tai ne ovat heikot? Tässä välitilassa on terveydenhuollon henkilöstöllä suuri vastuu potilaista ja järjestelmän toimivuudesta, mutta rajatut valinnan mahdollisuudet.

Poliittisten päätösten seuraukset ja taloudelliset pakot tunkeutuvat potilastyöhön. Talouden ja politiikan ”koodit” sekoittuvat yksilöasiakkaan

kanssa tehtävään työhön. Julkinen terveydenhuolto on ollut ”aina” tarkkaan säädelyä. Palvelurakenteiden muutokset ovat kuitenkin tuottaneet uusia säädöksiä. Eettiset koodit oikein–väärin, laitonta–laillista eivät ole uutta terveydenhuollossa ja niitä tarvitaan. Henkilöstöllä on ristiriitaiset moraaliset paineet, kun yhtäältä tulisi noudattaa organisaatioiden normeja, mutta samalla huolehtia asiakkaiden oikeuksista ja hyvästä potilaiden hoidosta. Ristiriidat, jotka syntyvät markkinalähtöisten toimintamallien, taloudellisuus- ja tehokkuusvaatimusten ja yksilöasiakkaiden kanssa tehtävän työn välillä, korostuvat.

Smith ja Jenks (2006, 9) toteavat, että staattisen ja dynaamisen välinen vastakkainasettelu kompleksisen teoretisoinnissa on naurettava, koska ne edellyttävät toisiaan. Nämä ovat analyttisiä jäsennyksiä, joiden avulla kompleksisille työympäristöille olennaista dynaamista, mutta hetkiin neuvoteltavaksi pysähtyvää kompleksisuutta voidaan ymmärtää. Siinä on staattista, rutiininomaista ja tutunomaista, johon henkilöstön on läsnä olevissa tilanteissa helppo tarttua. Kuitenkin tarttumapinta liikkuu, kun työntekijät siirtyvät tilanteesta toiseen. Arjen episodeihin on alkanut työntyä uusia vaikutteita, joita organisaatioiden hallinto yrittää kontrolloida ja normittaa. Tämä ei kuitenkaan aidosti enää onnistu byrokratiamalla siten, että organisaation normit ja ohjeet siirretään henkilöstön toteutettavaksi. Työntekijät joutuvat eri tilanteissa yhä aktiivisemmin ottamaan kantaa yksilöinä esimerkiksi siihen, millaiseen hoitopolkuun potilas ohjataan valitsevassa resurssitilanteessa.

Dialogia vaativissa tilanteissa kompleksisuus hyökkää näkymättömänä ristiriitoja aiheuttavana ja esimerkiksi potilaan hoitoa vaarantavana episodiin, elleivät toimijat ole varuillaan. Vääränlainen monologisuus tuottaa toisia hiljentävää vallankäyttöä tai huonoa käytöstä, joka voi johtaa siihen, että potilas jää hoitamatta hyvin. Dialogisuus puolestaan tarkoittaa, että monien läsnä olevien perspektiivien välillä kulkee ymmärtävään tulkintaan pyrkivä, yhteisen fokuksen taju. Yhteinen fokushan oli potilaan paras mahdollinen hoito.

8 TIETÄMISEN JÄNNITTEITÄ JA JAETTUA TIETOA YHTEIS- TYÖN RAJAPINNOILLA

Tämä tutkimus on analyysi siitä, miksi yhdessä tietäminen on vaikeaa. Vastaus sisältyy kompleksisten järjestelmien toiminnan luonteeseen ja ihmisten tapaan toimia erilaisissa suhteissa. Kysyn tutkimukseni alussa, miten kompleksisissa terveydenhuollon työympäristöissä on mahdollista tietää yhdessä. Olen vastannut tutkimuskysymyksiini kuvaamalla kompleksisuuden rakentumista ja ulottumista työntekijöiden arjen episodeihin. Toisaalta osoitan, miten arjen episodeissa tehdyt valinnat myös tuottavat kompleksisuutta. Ratkaisuna kompleksisten organisaatioiden tilanteeseen esitän yhdessä tietämisen orientaatiota, jonka toteutuminen edellyttää organisaatioilta mahdollistavia rakenteita, mutta myös henkilöstöltä ja potilailta jotain.

Miten terveydenhuollon kompleksisuus ilmenee?

Kompleksisuus on olosuhde, joka tekee yhdessä tietämisen episodimaiseksi. Se peittää näkyvistä toisiinsa kytkeytyviä osa-alueita vaatien toimijoilta aktiivista otetta moniin kompleksisuuden tuottamiin ristiriitoihin ja jännitteisiin. Kompleksisuutta hallitaan pyrkimällä selkeyteen. Valintojen vaihtoehdot ovat kuitenkin monenlaisia ja tulkinnallisia ja niiden seurauksia on mahdoton selkeästi ennustaa. Seuraukset ovat näkyvissä vasta jonkin ajan kuluttua, jolloin alkuperäinen tilanne on saavuttamattomissa (ks. Luhmann 2004, 163). Siksi selkeys voi olla harhauttavaa.

Relevanttien valintojen tekeminen edellyttää kykyä määritellä kokonaisuuksia erilaisissa tilanteissa. Tämäkään ei riitä, sillä kompleksisuus konkretisoituu henkilöstön työssä moniin yksityiskohtaista tarkastelua ja valintoja vaativiin episodeihin, joissa hallittavat kokonaisuudet vaihtuvat. Luettelo ongelmista on pitkä. Käytäntöä selkiyttämään pyrkiviä toimintamalleja rakennetaan, mutta ne eivät anna riittäviä ohjeita käytännön ongelmien ratkaisemiseksi. Ne eivät toimi, sillä käytäntö ei ole yksi vaan monta. Lakisääteisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia puuttuu, yhteydenpito ei luonnistu, on liikaa toimijoita, yksityissektori sekoittaa, on lainsäädännöllisiä esteitä työnjaon ylittämiseen, tiedon kulun ongelmia, työnjako on liian erillinen, resurssit jakaantuvat epätasaisesti, vastuu häviää jonnekin välitilaan, samoin joskus potilaskin. Potilaan hoitaminen palvelu- ja hoito-

ketjuissa edellyttää aktiivisuutta ja jatkuvaa rajankäyntiä, sillä kaikki koskettaa ”kaikkia”: potilasta, omaisia, hoitohenkilöstöä, terveydenhuollon ja yhteiskunnan kokonaistilannetta, väestön terveyttä ja järjestelmien toimivuutta.

Julkisilla sairaaloilla ja terveystaloksilla henkilöstöineen on tärkeä rooli terveydenhuollon kokonaisuuden rakentumisessa. Terveydenhuollon organisaatiot työntekijöineen ovat aktiivisia toimijoita kompleksisten systeemien verkostossa. Terveydenhuolto muodostaa vaihtuvia konteksteja sisältävän työympäristön henkilöstölle. Tämä tarkoittaa erilaisiin suuntiin osoittavia ja toisiinsa nähden ristiriitaisia taloudellisia ehtoja, poliittisia intressejä, tieteellisiä todisteita hyvästä hoidosta ja niitä tukevista rakenteista ja toimintakäytännöistä. Toisesta suunnasta kompleksista työympäristöä ja ymmärtämisen tarvetta tuottavat potilaat.

Luhmannilaisittain ilmaistuna kompleksisuus on rakenteistunut sosiaalisiin järjestelmiin (esim. Luhmann 2004, 47). Organisaatiot muokkaavat omaa tehtäväänsä, potilaan hoitamista, valitsemalla toiminnan kannalta ristiriitaisista vaihtoehdoista oman organisaation säilymisen kannalta parhaimmilla vaikuttavat. Epävarmuutta tuottavia asioita arvotetaan organisaation tarkoituksiin. Kyky havaita kompleksisuus ja hyödyntää sitä on edellytys toiminnalle järjestelmien toisiinsa kytkeytymisen vuoksi. Toiminta myös lisää kompleksisuutta, uusia toiminnan vaihtoehtoja ja niiden ymmärtämisen tarvetta. Järjestelmä on yhtä aikaa suljettu ja avoin. Sulkeutuminen tulee siitä, että ratkaisut tehdään oman toiminnan takaamiseksi. Oman toiminnan ”koodia” (potilaan hoitamista) kuitenkin ”ohjelmoidaan” ympäristöstä (muista osajärjestelmistä) tulevia valinnan vaihtoehtoja muokkaamalla. Paradoksaalisesti jälleen, jos haluaa säilyä, on kyettävä tekemään itselleen oikeita valintoja kompleksisessa ympäristössä. Samalla on kuitenkin kyettävä säilyttämään itselle ominainen tehtävä.

Terveydenhuollon organisaatiot tekevät valintoja kahden erilaisen yleisen päämäärän välillä. Yksi päämäärä on julkisen terveydenhuollon kaikille kansalaisille ulottuvan terveydenhuollon periaatteen säilyttäminen. Tätä tavoitellaan organisaatioissa vähintään nimellisesti kansalaisten hyvään pyrkivän poliittisen retoriikan ohjaamana. Myös ammattieettiset periaatteet vaativat antamaan parasta mahdollista hoitoa tarvitseville. Toinen päämäärä, joka on ristiriitainen edellisen kanssa, on tehokkuuden ja taloudellisuuden päämäärä, silloin kun pyritään pelkästään taloudelliseen tehokkuuteen. Toinen tehokkuuden näkökulma on potilaan kannalta tehokas ja vaikuttava hoito. Resurssien rajallisuus aiheuttaa kuitenkin tähänkin

jännitteen. Kuinka organisaatioiden ja henkilöstön resurssit riittävät mahdollisimman monen potilaan hyvään hoitoon? Parhaan mahdollisen, tieteelliseen näyttöön ja ammattietiikkaan pohjautuvan hoidon tehokas ja taloudellinen järjestäminen tuottaa ongelman maksajasta. Tästä seuraa jännitteitä rakenteiden ja toiminnan, rahan ja ihmisen, erilaisten intressien ja moneen suuntaan vetävien moraalisten velvoitteiden yhtensovittamisessa.

Terveydenhuollon organisaatioiden toiminta kehkeytyy toistensa kanssa kilpailevien intressien tuomien epävarmuuksien ilmapiirissä. Toiminta pyrkii ulos vanhojen byrokraattisten rutiinien vankeudesta. Kompleksiset järjestelmät käsittelevät ulkopuolelta tulevat viestit omiin tarkoituksiinsa peilaten. Ne rakentavat uutta vanhalle perustalle. Epävarmuuksien käsitteilykyky ja valintojen tekemisen kyky pitää järjestelmän toiminnassa. Kuitenkin jos pelkästään sopeudutaan ympäristöstä tuleviin ehdotuksiin, organisaatio ei ole enää alkuperäinen, vaan jotain muuta.

Henkilöstö katsoo organisaation mahdollisuuksia potilaan kannalta ja ammatillisesti, mutta samalla henkilöstö joutuu ihmettelemään, onko meillä varaa tähän, kuuluuko tämä tehtäviimme tai organisaation tehtävien ja taloudellisen vastuun alueelle. Samalla, kun henkilökunta kohtaa hoitoa tarvitsevan ihmisen, joudutaan ratkaisemaan yksilön tarpeiden yli, mikä on mahdollista. Näissä pohdinnoissa eritasoiset järjestelmät kohtaavat hetkelisesti. Niissä kohtaavat taloudellisten vaatimusten, poliittisten vaihtoehtojen ja valintojen sekä oikeudellisen ohjauksen reunaehdot. Toisiinsa kytkeytyvät järjestelmät tuottavat käytäntöön monia paradoksaalisia tilanteita ja aiheuttavat terveydenhuollossakin jatkuvasti kiistoja. ”Entropia-kyky” eli kyky valita erilaisista epävarmoista toimintavaihtoehdoista antaa elintilaa muuttuvassa yhteiskunnassa. Toiminta ei pysähdy paikalleen jämähtäneeseen kehämäiseen itseensä suuntautuvaan toimintaan. Terveydenhuollon organisaatioissa on ollut pakko ottaa tosissaan uudenlaiset toiminnan vaihtoehdot, poliittisen sääntelyn ja taloudellisten syiden vuoksi.

Organisaatioiden tekemät arvovalinnat tulevat vastaan henkilöstön arjessa. Organisaatiot eivät kykene suojaamaan työntekijöitä kompleksisuuden epävarmuuksilta. Työntekijä voi tehdä ratkaisun hoitaa potilasta organisaation toimintakäytäntöjä uhmaten ja esimerkiksi pidentää potilaan hoitojaksoa erikoissairaanhoidossa. Työntekijä tekee samalla ratkaisun vastoin organisaation taloudellisuusvaateita. Hän voisi lähettää potilaan perusterveydenhuollon vastuulle jatkohoitoa saamaan, koska toimintaohjeet näin määräävät. Näin hän noudattaisi organisatorisia ohjeita. Tehokkaan hoidon ohjeistus mahdollisesti jäisi toteutumatta, mikäli vastaanottavan

kunnan terveyskeskus ei kykenisi huolehtimaan velvoitteestaan resurssien puutteen vuoksi. Seurauksena on toisen tehokkuus ja toisen tehottomuus. Entä mitä potilaalle tapahtuu? Kompleksisuuden lainalaisuudet voivat pahimmillaan syöstä potilaan ulos järjestelmästä, jonka tehtävänä oli hoitaa potilasta. Potilaan näkemys hoidon tarpeesta voi olla erilainen kuin organisaation ja sen henkilöstön.

Kompleksisuutta pyritään tekemään ymmärrettäväksi kehittämällä toimintakäytäntöjä ja mallintamalla prosesseja. Tämä on pyrkimystä rakentaa yhteistä perustaa yhteistyölle. Toiminnan mallinnukset kuitenkin kehkeytyvät toisinaan toimijoiden tekemissä tulkinnoissa ja valinnoissa joksikin, mitä ei tarkoitettu. Potilaiden hoitoketjut katkeavat. Kompleksisuus on dynaaminen epälineaarinen prosessi, joka muodostuu ihmisten välisissä suhteissa uusiksi suhteiksi ja tilanteiksi. Miksi potilastyötä tekevän henkilöstön pitää ottaa kantaa asioihin, joihin heillä ei ole päätösvaltaa?

Mitä ”yhteinen tietäminen” on? Miten yhteiseen orientoidutaan?

Yhteinen tietäminen on esimerkki kompleksisen terveydenhuollon järjestelmän eri osien välisistä kompleksisista suhteista. Sairaaloiden ja terveyskeskusten tehtävä yhteisen potilaan hoidosta sisältää yhteisen tietämisen veloitteen. Yhteisen tietämisen edellytyksenä on, että henkilöstöllä on mahdollisuus keskittyä omaan tehtäväänsä. Oman ammatin ja tehtävän hallinta on tietoperusta, jota jaetaan yhteisen potilaan hoidossa. Aktiivisen toimijuuden minimivaatimus toteutuu omassa tehtävässä ja sen rajoissa, omassa organisaatiossa ja sen rajoissa. Pirstaleinen, monitoimijainen järjestelmä edellyttää kuitenkin dialogisempaa yhdessä tietämistä. Kompleksiset olosuhteet edellyttävät epävarmuuksien hyväksymistä ja rohkeutta dialogiseen toimijuuteen. Dialogisesti aktiivinen toimijuus toteutuu kuitenkin vain hetkittäin.

Mahdollisuuksien ja mahdottomuuksien ehtojen toistensa häirintä jatkuu. Pitää luottaa, mutta pitää myös osata ja uskaltaa tarvittaessa epäillä ja vastaanottaa epäily. Dialogin ehdot, jotka aineistosta nousevat ovat luottamus, avoimuus, rohkeus ja motivaatio. Epäily kohdistetaan ihmisiin. Tämä näkyy erilaisina suhtautumistapoina työyhteisöön, siellä toimiviin ihmisiin ja potilaisiin. Monologinen orientaatio näkyy huonona käyttäytymisenä, joka estää dialogista orientaatiota työpaikan suhteissa. Tällainen orientaatio lietsoo epäluottamusta ja pelkoa. Epäily tulisi kohdistaa komp-

leksisuuden tarjoamiin vaihtoehtoihin, kuten oman toiminnan perusteluihin, rutiininomaisten ratkaisujen itsestäänselvyyksiin ja organisaatioiden yhteen sopimattomiin sääntöihin. Luottamus puolestaan kohdistetaan dialogisessa orientaatioissa kollegan tietämykseen ja avoimeen keskusteluun vaihtoehtoista. Kysymys on siitä, miten epävarmuuksiin suhtaudutaan.

Dialogin perusehtoihin kuuluu, että kuunnellaan ja yritetään ymmärtää tilanteita muiden näkökulmasta. Dialogin onnistuminen edellyttää avoimuutta ja rohkeutta. Tällöin ei suljeta silmiä ongelmilta, olivatpa ne suuria tai pieniä. Henkilöstö kokee parhaiten onnistumista työssään silloin, kun heitä on kuultu ja ymmärretty heidän näkökulmastaan ja yhdessä on voitu neuvotella tilanteisiin soveltuva ratkaisu. Ratkaisu ei ole aina paras mahdollinen ”mitä rahalla saa”, koska juuri sitä puuttuu. Yhdessä dialogisesti neuvoteltu ratkaisu on kuitenkin kompromissi, joka perustuu kunnioittamiseen eikä hierarkioiden tai oman aseman korostamiseen. Tässä on haastetta kaikille toimijoille (ihmisille) kaikilla tasoilla. Ristiriitaiset kokemukset organisaation sisällä ja niiden välillä voivat tuottaa tilanteita, joissa ei neuvotella. Epävarmuuden hyväksyminen osaksi toiminnan luonnetta auttaa ymmärtämään, että kilpailu yhteisessä asiassa ei edistä yhteistä tietämistä ja yhteiseen tavoitteeseen pääsemistä. ”Samassa veneessä soutajat” voivat toisinaan todeta, että ”asiat ovat hoidossa”. Tähän pysähtymisestä kuitenkin seuraa, että epäonnistumisen viestit eivät pääse mukaan neuvotteluun. Avoin dialoginen orientoituminen tarkoittaa toimijoiden tekemää valintaa hierarkiat ylittävistä toiminnasta. Päinvastainen valinta eristää toimijoita toisistaan ja aiheuttaa katkoksia potilaiden hoidossa.

Dialoginen yhteinen tietäminen edellyttää oman ammatin ja organisaation ylittävää mutta oman tehtävän hallitsevaa, tietoista toimintaa ja ymmärrystä. Henkilöstö ymmärtää tämän vaatimuksen kohdistuvan itseensä. Yhteinen tietäminen ei kuitenkaan monilta osin muodostu aktiiviseksi ja yhteisiin tulkintoihin kykeneväksi toiminnaksi. Terveystieteiden henkilöstö rakentaa käsitystään yhteistyöasiantuntijuudesta organisaation ja potilaiden välillä ristiriitaisten paineiden alaisina. Rakentamisen välineet ovat osin henkilökohtaista orientaatiota ja osaamista, mutta toiminnan rajat asettuvat potilaiden ja organisaatioiden suunnasta tulevien työn edellytysten välille. Potilaalle asiantuntijatiedon tarve ei ole välttämättä olennaista vaan pikemminkin kuva asiantuntijan sijainnista. Terveyskeskusten ja sairaaloiden erilliset tehtävät eivät ole potilaalle selkeitä. Miten olisivat, kun ne eivät ole niissä työskentelevillekään? Potilaiden henkilöstölle antama arvostus kuitenkin jakautuu myös työnjaon perusteella.

Mitä ehtoja ja edellytyksiä kahta eri organisaatiota edustavan henkilöstön väliselle dialogille on kompleksisissa konteksteissa?

Yleiset yhteistyön ja yhteisen tietämisen ehdot jäsenyivät neljän otsikon alle: informaatio, resurssit, viiveet sekä palvelujärjestelmän muutosten käytännön vaikutusten ja yksilöasiakkaan hoidon väliset paradoksit. Esteet ovat kompleksisen järjestelmän epävarmuuksia, joihin henkilöstö voi vaikuttaa vain osittain niissä episodeissa, joihin osallistuu. Henkilöstön yhdessä tietäminen konkretisoituu informaation kautta. Kyse on käsityksestä, että liian usein informaatio ei ole siellä, missä sen pitäisi olla. Samoin on resurssien laita. Resurssit eivät aina ole siellä, missä niitä tarvitaan. Nämä kaksi toiminnalle tärkeää asiaa ovat liian usein toisessa organisaatiossa, tuloksyksikössä tai jossain poissa. Pitää tulla toimeen sillä informaatiolla, mitä on ja niillä resursseilla, joita on ja tehdä paras mahdollinen näistä lähtökohdista, vaikka se ei riittäisi potilaan hoitamiseksi.

Informaatioon liittyvien monien ongelmien ja resurssien sijainnin ongelmien lisäksi, järjestelmien ajalliset järjestykset kulkevat toisiinsa nähden eriaikaisesti. Ajallinen viive lävistää kaiken tapahtumisen. Viive lävistää hierarkioihin tai dialogisuuteen nojaavan yhteistyön. Hierarkiat lokeeroivat työtä. Hallinnolliset ratkaisut kulkevat eriaikaisesti potilastyön kanssa. Potilaille aiheutuu odottamista erilaisten siirtymien välillä. Terveyskeskuksilla ja sairaaloilla on omat ajalliset järjestelynsä. Viive häivyttää rutiinomaisen työnjaon välitiloja näkymättömäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilöstö ei omaan tehtävään keskittyessään välttämättä näe, ettei potilas saa riittävää ohjausta siirtyessään organisaatiosta toiseen tai henkilöltä toiselle. Henkilöstön välisellä dialogilla voidaan ylittää näitä viiveitä vain, jos ne tulevat näkyviksi. Näkymättömiin jää episodeista toiseen siirtyvien yksilöllisten prosessien (tiedon, potilaan, työntekijän, hoidon kulun jne.) kokonaisuudet. Ne siirtyvät ”paloina” erilaisia väyliä pitkin erilaisten aikojen kuluessa uusiin episodeihin limittäin toistensa kanssa, mutta hajautuen eri tilanteisiin. Näihin puuttuminen edellyttäisi työntekijöiltä jokaisen prosessin seuraamista oman tehtävän ylittävästi. Tämä taas puolestaan tuo uusia viiveitä. Viive osoittaa ajan merkityksellisyyden henkilöstön työssä tilanteisiin tunkeutuvana vaatimuksena, dialogin haastajana ja tarpeellisena resurssina. Potilaan tarvitseman hoidon ratkaisut voivat vaatia ajallista syventymistä, johon henkilöstöllä ei ole mahdollisuuksia.

Neljänneksi yhteistyötä kehystävät terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksen käytännön vaikutusten ja yksilöasiakkaan hoidon välille

syntyvät *paradoksit*, jotka nimenomaan henkilöstö joutuu kohtaamaan erilaisissa tilanteissa (ks. myös Mertala 2009b). Nämä paradoksit syntyvät arjen työssä selkeyden tavoitteen ja työn monien yksityiskohtien tietämisen tarpeen rajapinnoille.

Jännitteitä riittää. Terveysthuollosta julkisuuden kautta syntyvä kuva ja kuntien yhdistymisten vaikutukset vaikuttavat työn henkeen, arvostukseen ja luottamukseen, jotka työntekijät kohtaavat asiakkaiden taholta tulevassa palautteessa. Palaute voi olla sekä myönteistä, ymmärtävää ja kannustavaa että kielteistä, julkisuuskuvaa noudattelevaa. Toimijoita ja asioita koetaan olevan liikaa osattavaksi ja tiedettäväksi.

Taloudellinen ja poliittinen kontrolli tuottavat järjestelmän resursseihin, toiminnan laatuun ja vastuuvollisuuksiin liittyviä jännitteitä. Jännitettä lisäävät palveluketjuihin kuuluvien erikokoisten ja eri tehtäviä suorittavien organisaatioiden runsaus. Vastuunjaon kysymyksissä pohditaan kuka maksaa, kenen tehtävänä on arvioida potilaan tilannetta missäkin hoitoketjun vaiheessa, kenelle kuuluu kokonaisvastuu potilaasta, entä jatkohoidosta ja kontroleista. Työtä tehdään vastuunjaon selkiyttämiseksi, mutta ”käytäntö ei pysy aina perässä”. Paperille sovitut vastuut eivät tarkoita samaa kuin käytännössä toteutunut vastuunjako. Erilaisissa episodeissa voi tapahtua yksittäisten työntekijöiden ratkaisuisia tai kommentteista johtuvia yllätyskäänteitä, jotka katkaisevat sovitun hoidon. Henkilöstöltä edellytetään yhtä aikaa kykyä vuorovaikutukseen monimutkaisten tiedollisten yksityiskohtien ja yksilöllisten tilanteiden edessä sekä tietoisuutta kompleksisesta kokonaisuudesta.

Osittain on kyse henkilöiden orientaatiosta yhteiseen, paikallisella tasolla. Arjen käytännöissä on mahdollista neuvotella paljon. On mahdollista neuvotella yhteisistä hoitolinjoista käytettävissä olevilla resursseilla. Resurssit, päätöksentekojärjestelmä ja sen monimutkaisuus tuottavat henkilöstön työhön ristiriitoja, joita heidän ei ole mahdollista neuvotella pois. Neuvottelun mahdottomuus syntyy siitä, että resurssit tulevat ulkoapäin annettuina. Resursseista neuvotellaan muualla kuin henkilöstön työssä.

Neuvottelun mahdollisuutta ei ole myöskään silloin kun oman työn ulkopuolelta, kuten omaisten taholta tai kunnista pakotetaan toimintakäytäntöihin, jotka eivät vastaa ammatillista ja organisatorista työnjakoa tai ammattieettisiä periaatteita. Henkilöstö asetetaan potilaan ja organisaation väliin ottamaan vastuu muiden tekemistä ratkaisuisia.

Yksilöt voivat tehdä, heidän on tehtävä ja he tekevät jatkuvasti valintoja työssään. Kuitenkaan he eivät ole vapaita valitsemaan miten tahansa.

Ympäristö, jossa he työskentelevät määrittää valintojen rajat. Ympäristö on kuitenkin monenlainen, monella tasolla vaikuttava. Tilanteissa, joissa valinnat tehdään, on vaikea, ellei mahdoton ymmärtää kokonaisuuden kaikkia ulottuvuuksia ja näin tietoisesti suunnata toimintaa järjestelmän kokonaisuutta ajatellen tiettyyn, haluttuun suuntaan. Toiminnan eri tasoilla on erilaisia päätöksenteon valtuuksia.

Omat päivittäiset tehtävät ovat henkilöstölle kohtuullisen selvät. Epäselvyyttä on siitä, mistä konkreettisesta tulee olla vastuussa yhteistyön välitiloissa tai saumakohdissa. Yhteistyö on välttämätöntä, koska ”yhteistyö edistää asiakkaan hoitoa ja on hoidon edellytys”. Tämä puhe on samalla tavalla itsestäänselvyyksien rutiininomaista toistamista kuin väitteet siitä, että ”tieto ei kulje” tai ”resursseja ei ole riittävästi”. Nämä arkiset sisällötömiltä vaikuttavat selitykset saivat merkityksen syvemmissä analyysissä. Analyysi paljasti yhteistyön välttämättömyyden, mutta myös monitasoisen haasteellisuuden. Mahdollistavien rakenteiden rakentaminen ei ole yksin henkilöstön tehtävä. Heillä ei ole valtuuksia sellaisiin päätöksiin, jotka ratkaisevat, miten organisatorisia ohjelmia muotoillaan hoitamisen järjestämiseksi. Painopiste rakenteiden kehittämisessä voi liikkua potilaiden hoidon ja oikeuksien, yhteiskunnan ja organisaatioiden talouden sekä poliittisten arvojen välillä. Päätöksenteon eri tasojen ratkaistavana on, kaappavatko talous ja politiikka hoitamisen (koodin).

Aikana, jolloin terveydenhuollon organisoitumista mietitään aktiivisesti eri tahoilla, on tärkeä pysähtyä pohtimaan terveydenhuollon organisaatioiden ydintehtävää. Tämän tehtävän toteuttamisen mahdollistavien rakenteiden rakentamisesta on kysymys. Kiinnostavia jatkotutkimuksen kysymyksiä riittää terveydenhuollossa. Estävätkö organisaatioiden ja hierarkioiden rajat yhdessä tietämistä silloin, kun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ovat organisatorisesti lähempänä toisiaan? Tai mahdollistaako yksityinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelurakenne yhdessä tietämisen paremmin kuin julkinen? Tämä edellyttää myös kompleksisuuden hallinnan välineitä. Tietysti pitäisi myös kysyä, onko yhdessä tietäminen tavoite, johon halutaan pyrkiä terveydenhuollossa.

EPILOGI

Olimme nuoren kanssa sairaalassa kuulemassa erikoislääkärin lausuntoa olkapäävammasta. Ortopedi kertoi perusteellisesti, mitä havainnot oli tehnyt röntgenkuvien ja muiden tutkimusten perusteella. Lääkäri kuvaili vamman vakuutusta ja kertoi, mitä vaihtoehtoja vamman parantamiseksi olisi tarjolla, ja mitä mahdollisia seurauksia näistä olisi potilaalle jatkossa. Kiitimme lääkäriä ja huoneessa olevaa sairaanhoitajaa, mutta ystävällinen lääkäri jatkoi vielä. Hän halusi vielä havainnollistaa asian kuvan avulla. Lopuksi meille annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä.

Ei niitä ollut. Vielä... Soittakaa, jos kysymyksiä tulee myöhemmin mieleen. Kiitos. Meillä on nyt tietoa. Mietimme vaihtoehtoja.

Myöhemmin ihmettelimme... Mitä ne olivatkaan? Erikoissanastot ja havaintokuva ja nuoren olkapää ja jos leikataan niin sitten ... missä leikataan... paljonko aikaa kuluu, mihin kontrollit ja tarvitaanko? Paraneeko kokonaan vai jääkö vaivaa? Yksityiskohdat jäivät jonnekin välille.

(Potilasaineisto, 2007)

Lähteet

- Aarnio, Helena 1999. Dialogia etsimässä. Opettajaopiskelijoiden dialogin kehittymisen tieto- ja viestintäteknistä ympäristöä varten. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Ahonen, Jaana 2003. Ydinkunta-palvelukunta – malli palveluiden seudullisena tuotantotapana. Mallin sovellutus Oulun seudulla. Acta nro 154. Suomen kuntaliitto. Finlands Kommunförbund. Helsinki.
- Alanen, Pentti, Hyyppä, Markku T., Järvilehto, Timo & Sintonen, Matti 2003. Lääketiede ja tieteenteoria. Kirja-Aurora. Turku.
- Alasuutari, Pertti 1994. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.
- Andersson, Jan Otto, Hautamäki, Antti, Jallinoja, Riitta, Niiniluoto, Ilkka & Uusitalo, Hannu 1993. Hyvinvointivaltio ristiaallokossa: arvot ja tosiasiat. WSOY. Helsinki.
- Anttonen, Anneli, Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva 1994. Naisten hyvinvointivaltio. Vastapaino. Tampere.
- Argyris, Chris & Schön Donald A. 1978. Organizational learning. Addison-Wesley. London.
- Arnkil, Tom, Eriksson, Esa & Arnkil, Erik 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes. Raportteja. Helsinki.
- Autio Kari 1991. Epämonotonisen päättelyn formalisointi tekoälytutkimuksessa. Teoksessa Marjomaa, Esko & Vadén Tere (toim.) Ihmisen tiedonkäsittely, symbolien manipulointi ja konnektiomismi. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta XXII. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu. Tampere. 159–173.
- Bakken, Tore & Hernes, Tor 2008. Autopoiesis. In Thorpe, Richard & Holt, Robin. (eds.) The SAGE dictionary of qualitative management research. Sage Publications. London. 33–35.
- Boyle, Sean & Pratt, Julian 2004. Agent-based working: a device for systemic dialogue. In Kernick, David (ed.) Complexity and healthcare organization a view from the street. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 159–170.
- Burnes, Bernard 2008. Complexity theories. In Thorpe, Richard & Holt, Robin. (eds.) The SAGE dictionary of qualitative management research. Sage Publications. London. 47–49.
- Burton, Chris 2002. Introduction to complexity. In Sweeney Kieran & Griffiths Frances (eds.) Complexity and healthcare an introduction. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 1–18.
- Davies, Huw & Nutley, Sandra 2004. Organizations as learning systems. In Kernick, David (ed.) Complexity and healthcare organization a view from the street. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 59–68.
- Dillman, Don A. 2007. Mail and internet Surveys. The tailored design method. Second Edition. 2007 Update with new internet, visual, and mixed-mode guide. John Wiley & Sons, Inc.

- Duodecim 2010. Suomalainen lääkäriseura. <http://www.duodecim.fi>. [Luettu 3.8.2010.]
- Engeström, Ritva 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista. University Press. Helsinki.
- Ensio, Anneli 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Erikoissairaanhoidolaki 1989. www.finlex.fi. [Luettu 15.8.2009.]
- Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Leino-Kilpi, Helena, Lindström, Unni Å., Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Salanterä, Sanna, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åsted-Kurki, Päivi 2007. Hoitotiede. WSOY. Oppimateriaali.
- Eriksson-Piela, Susan 2003. Tunnetta, tietoa ja hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Acta Universitatis Tamperensis. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Eronen, Anne, Londén, Pia, Perälähti, Anne, Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta 2010. Sosiaalibarometri 2010. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Feldman, Wulff 1971. Laitos hoitoyhteisönä. Alkuteos Institutionslivets psykologi og pædagogik. 1969. Suomentanut Toini Havu. Lastensuojelun keskusliitto. Julkaisu no 48. Keskuskirjapaino. Helsinki.
- Geyer, Felix & van der Zouwen, Johannes (eds.) 1986. Sociocybernetic paradoxes. Observation, control and evolution of self-steering systems. Sage. London.
- Griffiths, Frances 2002. Complexity and primary healthcare research. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) Complexity and healthcare an introduction. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 149–166.
- Habermas, Jürgen 2004. Julkisuuden rakennemuutos: tutkimus yhdestä kansalaisyhteiskunnan kategoriasta. Alkuteos Strukturwandel der Öffentlichkeit: Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. 1981. Suomentanut Veikko Pietilä. Vastapaino. Tampere.
- Hacking, Ian 2009. Mitä sosiaalinen konstruktionismi on? Alkuteos The social construction of what? 1999. Suomentanut Inkeri Koskinen. Vastapaino. Tampere.
- Hakkarainen, Kai & Paavola, Sami 2006. Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia – kognitiotieteen näkökulma. Teoksessa Parviainen, Jaana (toim.). Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere. 214–272.
- Hakkarainen, Kai, Palonen, Tuire, Paavola, Sami & Lehtinen, Erno. 2004. Communities of networked expertise. Professional and educational perspectives. Earli. Elsevier. Oxford.
- Harrison, Michael I. 1990. Diagnosing organizations. Methods, models, and processes. Original 1987. Sage Publications.

- Hassey, Alan 2002. Complexity and the clinical encounter. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) Complexity and healthcare an introduction. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 59–74.
- Henriksson, Lea 1998. Naisten terveystyo ja ammatillistumisen politiikka. Stakes. Tutkimuksia 88. Helsinki.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa 2004. Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus. Helsinki.
- Hentinen, Maija & Backman, Kaisa 1999. Hyvä hoito – mitä se on? Teoksessa Kinunen, Juha, Meriläinen, Pirkko, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Nyberg, Tiina (toim.) Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilta tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlaakirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 74. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Hernes, Tor & Bakken, Tore (eds.) 2003. Autopoietic organization theory: Drawing on Niklas Luhmann's social system. Copenhagen Business School Press. Copenhagen.
- Hiidenhovi, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 125. Sähköinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi> [Luettu 8.6.2005.]
- Holt, Tim 2002. Clinical knowledge, chaos and complexity. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) Complexity and healthcare an introduction. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 35–57.
- Hudson, Bob 2007. Pessimism and optimism in inter-professional working: The Sedgefield Integrated Team. Journal of Interprofessional Care. 21:1, 3–15. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820600991850>. [Luettu 8.12.2007.]
- Hupli, Markku, Kaarna, Tanja, Kauppinen, Ritva & Kärri, Timo 2006. Sairaalan ohjausmallit: potilas kannattavaksi. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Lappeenranta.
- Hyvönen, Senja 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 373. Sähköinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi>. [Luettu 2.6.2005.]
- Immonen, Niina 2006. Yhteisötalous Suomessa. Sisäpiirin slangia vai uutta yhteistyön taloutta. Tampereen seudun Osuustoiminnan Kehittämisyhdistys ry. Väitöskirja. Tampereen yliopiston kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampere.
- Isaacs, William 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Uraauurtava lähestyminen liike-elämän viestintään. Kauppakaari. Helsinki.
- Jalava, Janne 2006. Trust as a decision. The problems and functions of trust in Luhmannian systems theory. University of Helsinki. Faculty of Social Sciences. Dep. of Social Policy. Research Reports 1/2006. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sospo/vk/jalava/trustasa.pdf> [Luettu 11.9.2010.]
- Jauho, Mikko 2010. Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Teoksessa Ashorn, Ulla, Henriksson, Lea, Lehto, Juhani & Nieminen, Paula (toim.) Yhteiskunta ja terveys.

- Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus. Helsinki.
- Jordan, N. 1991. Some thinking about 'system'. In Emery, F. E. (ed.) *Systems of thinking*. Volume two. Penguin Books. Harmondsworth. 15–39.
- Julkunen, Raija 1992. Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Vastapaino. Tampere.
- Julkunen, Raija 2001. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Julkunen, Raija 2007. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Helsinki.
- Julkunen, Raija 2008. Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista. Vastapaino. Tampere.
- Juuti, Pauli 2006. Organisaatiokäyttäytyminen. Otava. Helsinki.
- Kallanranta, Tapani, Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2001. Kuntoutus. Duodecim. Helsinki.
- Kangassalo, Hannu 1991. Käsitteellisen mallintamisen perusteita. Teoksessa Marjomaa, Esko ja Vadén Tere (toim.) *Ihmisen tiedonkäsittely, symbolien manipulointi ja konnektiomismi. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta XXII*. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu. Tampere. 75–93.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi – työryhmän muistio 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantarayhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2004 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kansaneläkelaitos 2009. <http://www.kela.fi> Tilastot/Terveyspuntari [luettu 19.10.2009.]
- Kari, Anneli & Puukka, Pauli 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia.
- Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus. Saarijärvi.
- Kernick, David 2002. Complexity and healthcare organisation. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) *Complexity and healthcare an introduction*. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxon. 93–121.
- Kernick, David (ed.) 2004. *Complexity and healthcare organization a view from the street*. Radcliffe Medical Press. Oxford.
- Kernick, David 2004. An introduction to complexity theory. In Kernick, David (ed.) *Complexity and healthcare organization a view from the street*. Radcliffe Medical Press. Oxford. 23–37.
- Keskinen, Auli, Aaltonen, Mika & Mitleton-Kelly, Eve 2003. Organizational complexity. Turku School of Economics and Business Administration. Turun kauppakorkeakoulu. Tulevaisuuden tutkimuskeskus. 6/2003. Turku.
- Ketola, Eeva, Mäntyranta, Taina, Mäkinen, Risto, Voipio-Pulkki, Liisa-Maria, Kaila, Minna & Tulonen-Tapiro, Johanna 2006. *Opas hoitoketjujen laadintaan ja toi-*

- meenpanoon. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. <http://www.kaypahoito.fi>. [Luettu 28.2.2008.]
- Kinnunen, Juha, Meriläinen, Pirkko, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Nyberg, Tiina (toim.) 1999. Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilta tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhla-kirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 74. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kinnunen, Merja 2001. Luokiteltu sukupuoli. Vastapaino. Tampere.
- Kira, Mari 2003. Byrokratian jälkeen – kohti uudistavaa työtä ja kestäväää työelämä-kehitystä. Työpoliittinen tutkimus nro 254. Työministeriö. Helsinki.
- Koivunen, Hannele 1997. Hiljainen tieto. Otavan kirjapaino. Keuruu.
- Kokko, Riitta-Liisa 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Tutkimuksia. 72/2003. Kuntoutussäätiö.
- Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessiin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 234. Sähköinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi> [Luettu 8.6.2005.]
- Kumpuniemi, Sirpa 2004. Lapin kuntoutuksen tulevaisuus? Lääkinnällinen kuntoutus Lapin läänissä. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu nro 65. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Kumpuniemi, Sirpa, Petäjäjärvi, Petri & Selkälä, Arto 2006. Mitä kysyttäessä oletetaan ja miten vastatessa vastataan? CASE ZEF-tutkimusprojektin ensimmäisen vaiheen tuloksia. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen raportteja, esseitä ja työpapereita nro 4. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Kunta- ja palvelurakenneuudistus 2008. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453 [Luettu 15.4.2010.]
- Kuntatiedon keskus 2010. www.kunnat.net [Luettu 17.8.2010.]
- Kuntien sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2008. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 23/2009. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr23_09.pdf [Luettu 21.3.2010.]
- Kuntoutuksen verkkopalvelu 2010. <http://www.kunnet.fi> [Luettu 4.8.2010.]
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Käypähoito 2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu> [Luettu 3.8.2010.]
- Laakkonen, Arja 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 329. Sähköinen väitöskirja. <http://acta.uta.fi> [Luettu 8.6.2005.]
- Laiho, Ulla-Maija & Lith, Pekka 2011. Hyvä 2009–2011. Toiminta ja tulokset. Sosiaali- ja terveystalouden markkinat. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 8/2011. Edita Publishing Oy/Ab/Ltd.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> [Luettu 1.6.2010.]

- Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 2004.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856> [Luettu 1.6.2010.]
- Launis, Kirsti 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsityksiä ja arkikäytäntöjä. Stakes. Tutkimuksia 50. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- Lauri, Sirkka 1999. Hoitotieteen monitieteinen perusta. Florence Nightingalesta vuoteen 2000. Teoksessa Kinnunen, Juha, Meriläinen, Pirkko, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Nyberg, Tiina (toim.) Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilta tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlakirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 74. Kuopion yliopisto. Kuopio. 37–43.
- Lausvaara, Anni, Soidinmäki, Pia & Tuuri, Tiia 2004. Saumattomat palveluketjut PIRKE-hankkeessa. 6/2004. PIRKW. Pirkanmaan saumattomien hyvinvointipalvelujen kehittämishanke. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Leydesdorff, Loet 2003. Sociological theory of communication. The self-organisation of the knowledge-based society. Universal Publishers/uPUBLISH.COM.
- Leydesdorff, Loet 2006. The knowledge-based economy: Modeled, measured, simulated. Universal Publishers. Baton Rouge.
- Luhmann, Niklas 1986. The autopoiesis of social systems. In Geyer, Felix and van der Zouwen, Johannes (eds.). Sociocybernetic paradoxes. Observation, Control and Evolution of Self-steering Systems. Sage. London. 172–192.
- Luhmann, Niklas 1989. Ecological Communication. Alkuteos Ökologische Kommunikation 1988. Transl. by John Bednarz, Jr. The University of Chicago Press. Polity Press. Cambridge.
- Luhmann, Niklas 2004. Ekologinen kommunikaatio. Alkuteos Ökologische Kommunikation 1988. Suomentaneet Sam, Krause ja Seppo, Raiski. Gaudeamus. Helsinki.
- MacLean, Donald & MacIntosh, Robert 2008. Complexity theory. In Thorpe, Richard & Holt, Robin. (eds.) The SAGE dictionary of qualitative management research. Sage Publications. London.
- Marková, Ivana & Klaus, Foppa (eds.) 1990. The dynamics of dialogue. Harvester Wheatsheaf. London.
- Mattila, Heleena 2008. Voimaantumisen ydin, Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Kuopion yliopiston Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 151. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Maula, Marjatta 2004. Elävä organisaatio ja liiketoimintaekosysteemi: Kompleksisten systeemien kaksi tulkintaa. Teoksessa Sotarauta, Markku & Kosonen, Kati-Jasmin. (toim.) Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö. Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan. Tampere University Press. Tampere. 256–269.
- Merilä, Asko 2008. Muutoskyky ja laatu-perustaisen kunnan tuloksellisuus. Acta Universitatis Lapponiensis. 149. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Mertala, Sirpa 2009a. How to know together? Physicians' co-orientation between hospitals and health centres. Journal of Interprofessional Care, Volume 23 Issue 2, 185. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820802634795>

- Mertala, Sirpa 2009b. Terveystieteiden kompleksiset työympäristöt. Teoksessa Kinnunen, Merja ja Autto, Janne (toim.) *Tänään töissä. Sosiologisia näkökulmia työhön*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi. 122–149.
- Metsämuuronen, Jari 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. International Methelp Ky. Gummerus. Jyväskylä.
- Morgan, Gareth 1986. *Images of organization*. SAGE Publications. California.
- Mustajoki, Pertti, Saha, Heikki & Sane, Timo (toim.) 2003. *Potilaan tutkiminen*. Duodecim. Helsinki.
- Mäkinen, Sari 2003. Organisaation muisti – käsiteanalyysi. University of Tampere. Department of Information Studies. Research Notes. RN. 2003. 2. http://www.info.uta.fi/julkaisut/pdf/RN2_2003.pdf [Luettu 17.9.2010.]
- Niemistö, Raimo 2000. Ryhmän luovuus ja kehityshehdot. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Helsinki.
- Niiniluoto, Ilkka 1992. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Alkuperäinen 1988. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus.
- Nissinen, Aulikki 1999. Hoitotyö tutkimusalana. Teoksessa Kinnunen, Juha, Meriläinen, Pirkko, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Nyberg, Tiina (toim.) *Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus*. Suunnistuspoluilta tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhla-kirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 74. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Nokso-Koivisto, Pekka 2001. Potilas ja kaksi hahmoa työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Semioottinen tulkinta lääkärintilaisuuksista. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 59. Helsinki.
- Nonaka, Ikujiro & Takeuchi, Hirotaka 1995. *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press. New York.
- Nouko-Juvonen, Susanna, Ruotsalainen, Pekka & Kiiikkala, Irma (toim.) 2000. *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammi. Helsinki.
- Nummenmaa, Juho. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. *Acta Universitatis Tamperensis* 1204. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Nurmela, Tiina 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. *Acta Universitatis Tamperensis* 860. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Nurminen, Raija 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopio.
- Nykänen, Pirkko 2000. Decision support systems from a health informatics perspective. University of Tampere. Tampere.
- Nylander, Olli, Ståhle Pirjo & Nenonen, Mikko 2003. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 68, 1, 3–18.
- Ohtonen, Jukka 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityis palvelut ja markkinaohjaus. Teoksessa Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari. *Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus*. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2002:19. Helsinki.

- Pajunen, John 2008. Hiljainen tieto, Polanyi sekä hahmotelmaa hiljaisen tiedon tutkimiseksi. Teoksessa Ronkainen, Suvi & Karjalainen, Anne (toim.) Sähköä kyselyyn. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia 1. Tutkimusmenetelmät. Lapin yliopisto. Rovaniemi. 157–177.
- Palveluketjun kriittisiä kohtia 2006. <http://www.kunnet.fi/index.asp?link=1752.1415&language=1> [Luettu 23.10.2006.]
- Parviainen, Jaana (toim.) 2006. Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Parviainen, Jaana ja Koivunen, Niina 2004. Kollektiivinen asiantuntijuus-kymmenen kysymystä. <http://www.uta.fi/tutkimus/liike/seminaari030604/parviainen.pdf> [Luettu 17.8.2010.]
- Pasternack, Amos, Pelkonen, Risto, Eskola, Kari & Haahtela, Tari (toim.) 2007. Lääkäriksi. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Paukkunen, Leena 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Kopijyvä. Kuopio.
- Peltonen, Eija 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Opetus- ja tutkimusyksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kopijyvä. Kuopio.
- Peninsula Medical School 2009. <http://www.pms.ac.uk/pms/downloads.php> [Luettu 31.8.2009.]
- Polanyi, Michael 1973. Personal knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy. Routledge & Kegan Paul. London.
- Powell, John 2004. An introduction to systems theory: from hard to soft systems thinking in the management of complex organizations. In Kernick, David (ed.) Complexity and healthcare organization a view from the street. Radcliffe Medical Press. Oxford. 43–58.
- Pyöriä, Pasi 2006. Understanding work in the age of information. Acta Universitatis Tamperensis. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Pyöriä, Pasi, Melin, Harri & Blom, Raimo 2005. Knowledge workers in the information Society. Evidence from Finland. Tampere University Press. Tampere.
- Rissanen, Paavo 2001. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kallanranta, Tapani, Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 502–509.
- Ronkainen, Suvi 2004. Kvantitatiivisuus, tulkinnallisuus ja feministinen tutkimus. Teoksessa Marianne Liljeström (toim.) Feministinen tietäminen. Keskustelua metodologiasta. Vastapaino. Tampere. 44–69.
- Ronkainen, Suvi & Karjalainen, Anne (toim.) 2008. Sähköä kyselyyn. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia 1. Tutkimusmenetelmät. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Ronkainen, Suvi, Karjalainen, Anne & Mertala, Sirpa 2008. Graafisen kyselylomakkeen suunnittelu. Teoksessa Ronkainen, Suvi & Karjalainen, Anne (toim.) Sähköä

- kyselyyn. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia 1. Tutkimusmenetelmät. Lapin yliopisto. Rovaniemi. 33–41.
- Ronkainen, Suvi (toim.) 2008. Ilmastonmuutoksen ennakointi ja vaikutusten arviointi Lapissa. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Ruusuvuori, Johanna, Haakana, Markku & Raevaara, Liisa (toim.) 2001. Instituutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.
- Ryynänen, Olli-Pekka, Puhakka, Markku, Myllymäki, Petri, Palomäki, Pertti, Anttonen, Veijo, Jukola, Risto & Takala, Jorma 2006. Sairaalaan lähettämisen arviointi Bayesin verkkomallilla. Suomen lääkärilehti 51–52/2006 vsk. 61.
- Räsänen, Pekka 2005. Havaintojen mittausta ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa Räsänen, Pekka, Anttila, Anu & Melin, Harri. (toim.) Tutkimusmenetelmien pyörteissä. PS-kustannus. 85–102.
- Saaren-Seppälä, Tarja 2004. Yhteisen potilaan hoito: Tutkimusorganisaatorajat ylittävistä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaan vanhempien suhteissa. Sähköinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 401. [Luettu 4.4.2005.]
- Saaren-Seppälä, Tarja 2006. Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä. Teoksessa Parviainen, Jaana (toim.). Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere. 309–340.
- Saarni, Samuli 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 40/2010. Helsinki. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/64027/diss2010saarni.pdf?sequence=1> [Luettu 19.3.2011.]
- Salaman, Graeme 1981. Work organisations: resistance and control. Longman. London.
- Scott, Tim, Mannion, Russell, Davies Huw & Marshall, Martin 2003. Healthcare performance and organisational culture. Radcliffe Medical Press. Oxford.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom 2005. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino. Tampere.
- Seiskari, Ritva & Töyrylä, Pia 2000. Sosiaali- ja terveystoimen palvelut osana palveluketjua. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna, Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi. Helsinki. 49–66.
- Selkälä, Arto 2008a. The potential of two-dimensional questions in survey analysis. Nordic sociological conference. Århus, Denmark, 14–17 August 2008. Julkaisen seminaariesitelmä.
- Selkälä, Arto 2008b. Lomaketutkimuksen haasteet ja verkkolomakkeiden mahdollisuudet niihin vastaamisessa. [The challenges of survey based research and the applicability of web questionnaires.] Sosiologia. 2/2008. Westermarck-Society.
- Selkälä, Arto, Ronkainen, Suvi & Alasaarela, Esko 2010. Features of the Z-Scoring methods in graphical two-dimensional web surveys: the case of ZEF. Tulossa: Quality & Quantity.

- Senge, Peter M., Kleiner, Art, Roberts, Charlotte, Ross, Richard B. & Richard, Bryan J. 2006. *The Fifth discipline fieldbook. Strategies and tools for building a learning organization.* Currency Doubleday. New York.
- Sennet, Richard 2002. *Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta.* Alkuteos *The corrosion of character* 1998. Suomentaneet Eine Kivinen ja David Kivinen. Vastapaino. Tampere.
- Seppänen, Sinikka 2003. *PIRKE-hankkeen uusien toimintamallien käyttö- ja arviointi – seurantaraportti ajalta 1.3.–31.12.2003.* PIRAMK. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. T&K- ja palveluosasto. Tampere.
- Shortell, Stephen M 1983. *Physician involvement in hospital decision making.* In Gray, Bradford H. *The New health care for profit: doctors and hospitals in a competitive environment.* Institute of Medicine. Washington D.C. <http://fermat.nap.edu/books/0309033772/html> [Luettu 10. 11.2006.]
- Silvennoinen-Nuora, Leena. 2010. *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin.* Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1006. Tampereen yliopisto. Tampere. <http://acta.uta.fi> [Luettu 5.2.2011.]
- Silverman, David 2007. *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction.* Third Edition. SAGE Publications. London.
- Smith, John & Jenks, Chris 2005. *Complexity, Ecology and the Materiality of Information. Theory, Culture & Society, Volume 22 Issue 1, 141-163.* Saatavissa: <http://tcs.sagepub.com/content/22/5/141> [Luettu 19.2.2011.]
- Smith, John & Jenks, Chris 2006. *Qualitative complexity. Ecology, cognitive processes and the re-emergence of structures in post-humanist social theory.* Routledge.
- Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) 2001. *Keskustelu lääkärin vastaanotolla.* Vastapaino. Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. *Sosiaali- ja terveystalot.* http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalot;jsessionid=258dc1d02872ddd86ffdd8084d3f [Luettu 5.8.2010.]
- Stacey, Ralph D., Griffin, Douglas & Shaw, Patricia 2000. *Complexity and management. Fad or radical challenge to systems thinking?* Routledge. London.
- Steinberg, Derek 2005. *Complexity in healthcare and the language of consultation. Exploring the other side of medicine.* Radcliffe Publishing. Oxford.
- Stenvall, Jari, Vakkala, Hanna, Syväjärvi, Antti, Leinonen, Jaana, Juntunen, Pekka, Oulasvirta, Lasse & Tiilikainen Aaro 2009. *Parasta nyt - Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuarviointi.* Valtiovarainministeriön julkaisu- ja 11/2009. Saatavissa: www.vm.fi/julkaisut [Luettu 30.12.2010.]
- Strauss, Anselm, L. 1991. *Qualitative analysis for social scientists.* Alkuperäinen 1987. Cambridge University Press. Cambridge.
- Strauss, Anselm 1993. *Negotiated order and structural ordering.* In Strauss, Anselm. *Continual permutations of action.* Aldine de Gruyter. New York. 245–262.

- Strauss, Anselm 2001. *Professions, work and careers*. Transaction Publishers. New Brunswick. New Jersey. Alkuperäinen 1975. Transaction Inc. New Brunswick.
- Strauss, Anselm 2008. *Continual permutations of action*. Aldine Transaction. New Brunswick. New Jersey. Alkuperäinen 1993. Aldine de Gruyter. New York.
- Strauss, Anselm L. Fagerhaug, Shizuko, Suczek, Barbara & Wiener, Carolyn 1997. *Social organization of medical work*. Transaction Publishers. New Brunswick. New Jersey. Alkuperäinen 1985. The university of Chicago Press.
- Stähle, Pirjo & Grönroos, Mauri 1999. *Knowledge management – tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä*. WSOY. Porvoo.
- Stähle, Pirjo 2004. *Itseuudistumisen dynamiikka. Systemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana*. Teoksessa Sotarauta, Markku & Kosonen Kati-Jasmin (toim.) *Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö. Avauksia aluekehityksen näkymätömään dynamiikkaan*. Tampere University Press. Tampere. 222–255.
- Suomen audiologian yhdistys ry. 2009. <http://www.say-ry.fi/puheterapeutti.htm> [Luettu 13.8.2009.]
- Suomen lääkäriliitto 2010. <http://www.fimnet.fi/sll/index.html?terms=harjoittelu+terveyskeskuksissa&Hae=Hae> [Luettu 28.8.2010.]
- Sweeney, Kieran & Cassidy, Paul 2002. *Clinical governance and complexity*. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) *Complexity and healthcare an introduction*. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 123–147.
- Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) 2002. *Complexity and healthcare an introduction*. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford.
- Sweeney, Kieran 2002. *History of complexity*. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) *Complexity and healthcare an introduction*. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford. 19–33.
- Sweeney, Kieran 2006. *Complexity in primary care. Understanding its value*. Radcliffe Publishing. Oxford.
- Syvjäärvi, Antti 2005. *Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatio-toiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa*. Acta Universitatis Lapponiensis. 83. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles 1998. *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Sage. California.
- Telkki, Martti & Alasaarela, Esko 2002. *ZEF-kaksikulotteinen arviointi- ja ennakointimenetelmä internet-pohjaiseen ryhmätyöhön*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 10. Turku.
- Tennison, Barry 2002. *Complexity in epidemiology and public health*. In Sweeney, Kieran & Griffiths, Frances (eds.) *Complexity and healthcare an introduction*. Radcliffe Medical Press. United Kingdom. 75–91.
- Terveydenhuoltolaki 2008. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28*. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf [Luettu 10.8.2009.]
- Terveydenhuoltolaki 2010.

- http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki [Luettu 5.4.2010.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. <http://www.thl.fi> (Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistyivät 1.1.2009). [Luettu 10.8.2010.]
- Terveyskirjasto 2010.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00339 [Luettu 24.8.2010.]
- Terveysklinikka 2010. <http://www.tohtori.fi/?page=5690618&id=4110231> [Luettu 24.8.2010.]
- Terveysportti 2010. <http://www.terveysportti.fi> [Luettu 22.8.2010.]
- Timmermans, Stefan & Berg, Marc 2003. *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care.* Temple University, Philadelphia. Elektroninen kirja. Saatavissa:
http://www.temple.edu/tempresstitles/1670_reg.html [Luettu 12.2.2011.]
- Toivola, Kristiina 2006. Tarvitseeko lääkäri työnohjausta – eikö konsultaatio riitä? *Lääkärilehti* 2006; 61 (6): 593–598.
- Turtiainen, Ann-Marie 1999. Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen. Belgialaisen hoitotyön minimitiedoston (BeNMDS) kulttuurinen adaptaatio Suomeen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 71. Kuopio.
- Urry, John 2005a. *The Complexity Turn. Theory, Culture & Society*, Volume 22 Issue 1, 1–14. Saatavissa: <http://tcs.sagepub.com/content/22/5/1> [Luettu 28.1.2011.]
- Urry, John 2005b. *The Complexities of the Global. Theory, Culture & Society*, Volume 22 Issue 1, 235-254. Saatavissa: <http://tcs.sagepub.com/content/22/5/1> [Luettu 28.1.2011.]
- Valtion sääöstietopankki 2010. www.finlex.fi [Luettu 3.8.2010.]
- Valvira 2010. Hoitotakuun valvonta ja toteutuminen.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_ valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta [Luettu 1.6.2010]
- VanGeest Jonathan B., Johnson, Timothy P. & Welch, Verna L 2007. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: A Systematic review. *Evaluation & Health Professions* 2007; 30: 303. SAGE.
- Vanhala, Sinikka, Laukkanen, Mauri & Koskinen, Antero 2002. *Liiketoiminta ja johtaminen.* Ky-Palvelu Oy. Otava. Keuruu.
- Verkkotilastot 2010.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveysmenot-toiminnoittain.htm> [Luettu 18.3.2010.]
- Weber, Max 1978. *Economy and society. Volume 2.* Roth, Guenther & Claus Wittich. (Eds.) University of California Press. California. USA. Alkuperäisteksti *Wirtschaft und Gesellschaft.*
- Wertsch, James V. 1991. *Voices of the mind: a sociocultural approach to mediated action.* Harvester Wheatsheaf. London.
- Voipio-Pulkki, Liisa-Maria 2005. Hoitoketjujen suhde näyttöön ja yhtenäisiin hoidon perusteisiin. Hoitoketjuseminaariesitelmä 31.5.2005. Suomen kuntaliitto.

- Voipio-Pulkki, Liisa-Maria 2007. Romuttaako palvelurakennemuutos hyvät hoitoketjut? Esitelmä: III valtakunnallinen hoitoketjuseminaari Oulu 21.5.2007.
- Vornanen, Riitta 1995. Organisaatioiden välisen yhteistyön tutkiminen. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 24. Kuopio.
- Vuori, Elisa 2005. Tietointensiiviset palvelut liiketoimintaekosysteemeissä. Agenttipohjaisen mallintamisen mahdollisuudet – käsiteanalyttinen tutkimus. E-Business Research Center. Research Reports 16. 2005.

Liite 1. ZEF-Kyselykutsu.

KERRO MINULLE YHTEISTYÖSTÄ.

Millaista on sairaaloiden ja terveyskeskusten välinen yhteistyö kokemuksesi mukaan? Mitä yhteistyö omassa työssäsi tarkoittaa, mikä siinä tukee omaa työtäsi, ja mikä taas on ulkoajohtavaa pakko-pullaa? Estääkö yhteistyö vaikeasti sairaan tai moniongelmaisen asiakkaan hoitoa vai onko yhteistyö hoidon edellytys?

Teen tutkimusta terveyskeskusten ja sairaaloiden välisestä yhteistyöstä. Olen kiinnostunut yhteistyön mahdollisuuksista ylipäättään. Käytän aineistoa väitöstutkimukseeni, jota teen Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekuntaan (sosiologia).

Kysymisen tapa perustuu uudelleen graafiseen menetelmään. Toivon, että käytät hyödyksesi mahdollisuutta kertoa vapaasti mielipiteitäsi kysytyistä asioista ja kerrot oman kokemuksesi pohjalta, mikä yhteistyössä saa sinut kiristelemään hampaitasi, tai mikä on erityisen onnistunutta.

Tehtävä sisältää vain viisi pääkohtaa. Edessäsi on perinteisen ja vapaamuotoisen kyselyn välimuoto, uudellinen tapa kerätä tietoa. Vastaajien nimiä ja vastauksia ei voi yhdistää toisiinsa, anonymiteetti on 100 %.

KIITOS ETUKÄTEEN VAIVANNÄÖSTÄSI! Tätä tutkimusta ei ole mahdollista tehdä ilman apuasi.

Mikäli vastaamisessa on ongelmia tai haluat kysyä tutkimuksestani lisää, alla ovat yhteystietoni.

Oman näkemyksesi kertomisen voit aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville #WWW_CLIENT.


PIKAOHJE:

1. Vastaaminen tapahtuu hiirellä työskennellen.
2. Voit muuttaa vastauksiasi valitsemalla kysymyksen uudelleen aktiiviseksi kysymyslistasta hiiren näpäytyksellä.
3. Voit keskeyttää kyselyn jatkaaksesi myöhemmin painamalla "Jatka myöhemmin" -nappia.
4. Ei osaa sanoa -vaihtoehto on vastausvaihtoehtojen alapuolella.
5. Muista tallentaa vastauksesi aina, kun jatka/tallenna -näppäin esitetään vastauslaatikon alla.
6. Kun olet vastannut kaikkiin kysymyksiin, paina "Päätä kysely" -nappia.

Tutkimuksesta on lähetetty tiedote sairaanhoitopiireille ja kansanterveystyön kuntayhtymille. Osoitetiedot ovat terveydenhuollon ja kunta-alan Internetsivuilta.

Sirpa Kumpuniemi
 Tutkija
 Lapin yliopisto,
 Menetelmätieteiden laitos
 PL 122, 96101 Rovaniemi
 sirpa.kumpuniemi@ulapland.fi
 puhelin xxx

Liite 2. ZEF-kyselylomake



Suomi

1. Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle

2. Klikkaa vastauksesi hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan

3. Voit palata edellisiin kysymyksiin valitsemalla lyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta

YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

- ▶ 1. Sukupuoli
- 2. Organisaatio
- 3. Mihin ryhmään seuraavista kuulut?
Klikkaa sopiva vaihtoehto ja täydennä tekstikenttään tarvittaessa. TALLENNA.
- 4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä tai nykyisen kaltaisissa tehtävissä

ARJESSA TAPAHTUU

- Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?
- Perusteluja ja kokemuksia
- Edistääkö mielestäsi tieto asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta
- KIITOS VASTAUKSISTASI!

0 %

1. Sukupuoli


En osaa sanoa

ZEF

Nainen

Mies

Jatka / Tallenna



Suomi

Tämä on kysymysryhmä. Tätä painamalla siirryt kyseiseen ryhmään.

YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli
2. Organisaatio
3. Mihin ryhmään seuraavista kuulut?
Klikkaa sopiva vaihtoehto ja täydennä tekstikenttään tarvittaessa. TALLENNA.
4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä tai nykyisen kaltaisissa tehtävissä

ARJESSA TAPAHTUU

Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omissa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

Perusteluja ja kokemuksia

Edistääkö mielestäsi tieto asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta

KIITOS VASTAUKSISTASI!

0 %
X


2. Organisaatio

En osaa sanoa

ZEF

- terveyskeskus/terveysasema
- yliopistollinen sairaala
- keskussairaala
- aluesairaala/terveyskeskussairaala
- Muu vaihtoehto, mikä?

Jatka / Tallenna



YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

ARJESSA TAPAHTUU

Anna pala! Kirjoita suorat sanat! Mitä yhteistyö omassa työssäsi tarkoittaa, mikä siinä tukee omaa työtäsi, ja mikä taas on ulkoajuttua paikkopulaa? Estääkö yhteistyö asiakkaan hoitoa vai onko yhteistyö hoidon edellytys? MUISTATA TALLENTAA VASTAUKSESI!

1. Kuvaa epäonnistunein toteutunut yhteistyötapahtuma tai -tilanne, jossa olet ollut mukana
2. Kuvaa onnistunein toteutunut yhteistyötapahtuma tai -tilanne jossa olet ollut mukana
3. Miten arvioit omaa yhteistyöosaamistasi?
4. Mitä odotat muilta yhteistyön sujumiseksi?
5. Mitä asiantuntijuus yhteistyössä mielestäsi tarkoittaa?

Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

Perusteluja ja kokemuksia


Suomi

1. Vie hiiri alla olevan vastauksen päälle
2. Klikkaa vastauksi hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan
3. Voit palata edellisiin kysymyksiin valitsemalla kyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta

0 %

1. Kuvaa epäonnistunein toteutunut yhteistyötapahtuma tai -tilanne, jossa olet ollut mukana

En osaa sanoa



Jatka / Tallenna



YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

ARJESSA TAPAHTUU

Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

Etsi vastauksellesi paikka sekä tarpeellisuuden että toteutumisen suhteen ja näpäytä vastaus hiiren klikkauksella.

1. Potilaan/asiakkaan tunteminen
2. Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen
3. Sairaalan ja terveyskeskuksen selkeä vastuunjako erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta
4. Terveyskeskusten henkilöstön osaamisen kunnioittaminen
5. Sairaaloiden henkilöstön osaamisen kunnioittaminen
6. Arvostuksen saaminen omasta työstä
7. Arvostuksen antaminen yhteistyökumppaneille
8. Yhteiset toimintatavat terveyskeskuksen ja sairaalan välillä

Suomi

1. Vie hiiri alla olevan vastauksen päälle
2. Klikkaa vastauksi hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan
3. Voit palata edellisiin kysymyksiin valitsemalla kyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta

0 %

1. Potilaan/asiakkaan tunteminen

En osaa sanoa



TARPEELLISUUS


Erittäin tarpeellista

Ei lainkaan tarpeellista

Ei toteudu

Toteutuu erittäin hyvin

TOTEUTUMINEN





Suomi


1. Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle
 2. Klikkaa vastauksesi hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan
 3. Voit paata edellisiin kysymyksiin valitsemalla kyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta


YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma


 VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

 ARJESSA TAPAHTUU

 Seuraava lista kuvaa erätää terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

 **Perusteluja ja kokemuksia**
Seuraavassa listassa on samat terveydenhuollon piirteet kuin edellä. Kerro aikaisempien vastausten perustelut ja mitä kokemuksia sinulla on kysytystä.


- ▶ **1. Potilaan/asiakkaan tunteminen**
- 2. Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen
- 3. Sairaalan ja terveyskeskuksen selkeä vastuunjako erityisesti vaikeasti sairaasta yhteisestä potilaasta
- 4. Terveyskeskusten henkilöstön osaamisen kunnioittaminen
- 5. Sairaaloiden henkilöstön osaamisen kunnioittaminen
- 6. Arvostuksen saaminen omasta työstä
- 7. Arvostuksen antaminen yhteistyökumppaneille
- 8. Yhteiset toimintatavat terveyskeskuksen ja sairaalan välillä

 Edistääkö mielestäsi tieto asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta


0 %
X

1. Potilaan/asiakkaan tunteminen

En osaa sanoa



Jatka / Tallenna



YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

ARJESSA TAPAHTUU

Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

Perusteluja ja kokemuksia

Edistääkö mielestäsi tieto asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta

▶ 1. oman työtehtäväsi sujumista?

2. asiakkaan yksittäisen palvelutapahtuman onnistumista?

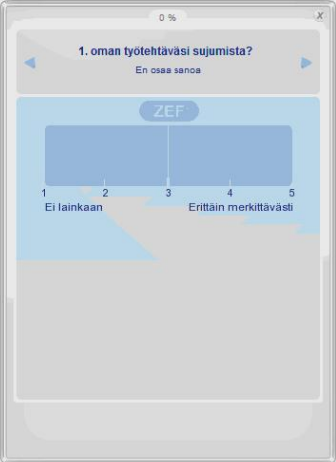
3. asiakkaan kuntoutumista?


4. asiakkaan palveluketjun toteutumista?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Suomi ▼

1. Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle
2. Klikkaa vastaukseen hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan
3. Voit palata edellisiin kysymyksiin valitsemalla kyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta





YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA (Esikatselu)

Henkilöstön näkökulma

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

ARJESSA TAPAHTUU

Seuraava lista kuvaa eräitä terveydenhuollon työn piirteitä. Kuinka tarpeellisia ne ovat omassa työssäsi? Entä kuinka hyvin ne toteutuvat?

Perusteluja ja kokemuksia

Edistääkö mielestäsi tieto asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta


▶ 1. Jos haluat kommentoida kyselyä tai kertoa jotain lisää, voit tehdä sen tässä.

MUISTA TALLENTAA VASTAUKSESI JA PÄÄTTÄÄ KYSELY OIKEAN ALAREUNAN PALKKISTA!

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Suomi ▼

1. Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle
2. Klikkaa vastaukseen hiirellä mielestäsi oikeaan kohtaan
3. Voit palata edellisiin kysymyksiin valitsemalla kyseisen aihealueen ja kysymyksen vasemmasta reunasta



Tulosta omat vastaukset

Liite 3 TEEMAHAASTATTELURUNKO 1, terveyskeskukset

LAPIN KUNTOUTUKSEN TULEVAISUUS – LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN SELVITYS (16.2. – 15.12.2004)

Sirpa Kumpuniemi, Lapin yliopiston Täydennyskoulutuskeskus, puhelin xxx
sirpa.kumpuniemi@ulapland.fi

1. LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

- Mitä lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa terveyskeskuksen näkökulmasta?
- Mitä lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita kunta a) rahoittaa b) tuottaa itse?
- Mitä lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita kunta ostaa muualta? Mistä?
- Millä tavalla kuntoutusta tilastoidaan terveyskeskuksissa/kunnassa?
- Millainen on avokuntoutuksen tarve kunnassa?
- Millainen on laitokuntoutuksen tarve kunnassa?
- Ovatko tarjolla olevat palvelut riittäviä?
- Vastaavatko nykyiset palveluketjut yleensä kuntalaisten kuntoutuksen tarpeisiin? Mitä kehitettävää?
- Mitä erityisiä ongelmakohtia terveyskeskuksen asiantuntijoiden mielestä lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmässä on?
- Mikä merkitys on mielestänne Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskuksella lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjänä?

2. LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN ARVIOINTIPROSESSI JA KUNTOUTUSPALVELUIDEN SAATAVUUS ASIAKKAILLE

- Keitä lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeessa olevat kunnassa ovat?
- Miten kunnan resurssit (raha, henkilöstö) riittävät lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseen?
- Ketkä jäävät ilman lääkinnällistä kuntoutusta? Miksi?
- Mitkä ovat lääkinnällisen kuntoutuksen painopistealueet kunnassa? Miksi?
- Mitkä tilanteet kuntoutuksen arviointiprosessissa aiheuttavat eniten ongelmia? Arvioikaa mistä syystä?
- Kuinka vammaisten, vaikeavammaisten ja vajaakuntoisten lääkinnällinen kuntoutus on taattu kunnassa?

3. KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMISVASTUU

- Millä tavalla miellätte kunnan ja Kelan vastuun lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä?
- Mitä käytännön ongelmia edellä mainittujen vastuiden rajanvetoihin liittyy?
- Mihin kunnat mielestänne tarvitsevat tukea kuntoutuspalveluiden turvaamisessa?
- Mitä toimenpiteitä mielestänne tarvitaan lappilaisen ihmisen kuntoutustarpeisiin vastaamiseksi?
- Mitä palveluita tulee saada Lapin läänistä?

Liite 4. TEEMAHAASTATTELURUNKO 2. sairaalat

LAPIN KUNTOUTUKSEN TULEVAISUUS – LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN SELVITYS (16.2. – 15.12.2004)

Sirpa Kumpuniemi, Lapin yliopiston Täydennyskoulutuskeskus, puhelin xxx
sirpa.kumpuniemi@ulapland.fi

1. LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

- Mitä lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa sairaalan näkökulmasta? Millainen järjestelmä – lyhyesti?
- Yhteistyökumppanit lääkinnällisen kuntoutuksen alueella?
- Miten lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutusta kokonaisuutena tilastoidaan sairaalan käytännöissä? Mitä tilastotietoa saatavissa?
- Millainen on avokuntoutuksen tarve alueella?
- Millainen on laitospalveluun kuntoutuksen tarve alueella?
- Vastaavatko nykyiset palveluketjut yleensä alueen kuntoutuksen tarpeisiin? Mitä kehitettävää?
- Mitä erityisiä ongelmakohtia lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmässä Lapin läänissä on?
- Mikä merkitys on mielestänne Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskuksella lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjänä?

2. LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN ARVIOINTIPROSESSI JA KUNTOUTUSPALVELUIDEN SAATAVUUS ASIAKKAILLE

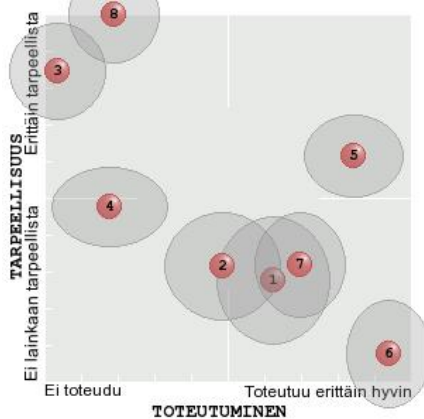
- Ketkä erityisesti tarvitsevat lääkinnällistä kuntoutusta alueella?
- Miten kuntien resurssit (raha, henkilöstö) riittävät lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseen?
- Ketkä jäävät ilman lääkinnällistä kuntoutusta? Miksi?
- Mitkä ovat lääkinnällisen kuntoutuksen painopistealueet alueella? Miksi?
- Millä tavalla sairaanhoitopiirien ja kuntien välinen yhteistyö toimii lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeiden arvioinnissa? Mitä kehitettävää?
- Mitkä tilanteet kuntoutuksen arviointiprosessissa aiheuttavat eniten ongelmia? Arvioikaa mistä syystä?
- Kuinka vammaisten, vaikeavammaisten ja vajaakuntoisten lääkinnällinen kuntoutus on taattu alueella?

3. KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMISVASTUU

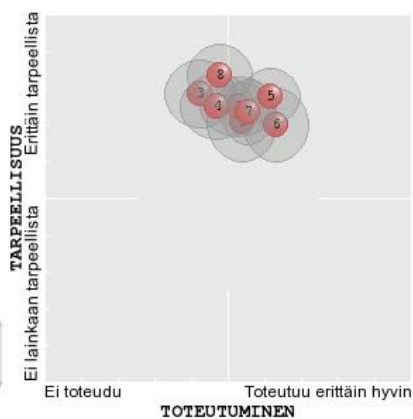
- Millä tavalla miellätte sairaanhoitopiirien, kuntien ja Kelan vastuun lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä?
- Mitä käytännön ongelmia edellä mainittujen vastuiden rajanvetoihin liittyy?
- Mihin kunnat mielestänne tarvitsevat tukea kuntoutuspalveluiden turvaamisessa?
- Mitä toimenpiteitä mielestänne tarvitaan lappilaisen ihmisen kuntoutustarpeisiin vastaamiseksi?
- Mitä palveluita tulee saada Lapin läänistä?

Liite 5. Vastaukset vastaajaryhmittäin kaksiolotteisesti kysytyihin 8 väittämään. Normitetut kuvat (nro 1) osoittavat annettujen vastausten väliset suhteet. Vastausten sijoittuminen kahdelle dimensiolle, tarpeellisuus ja toteutuminen, näkyvät absoluuttisista tauluista (nro 2).

Nro 1. Normitettu

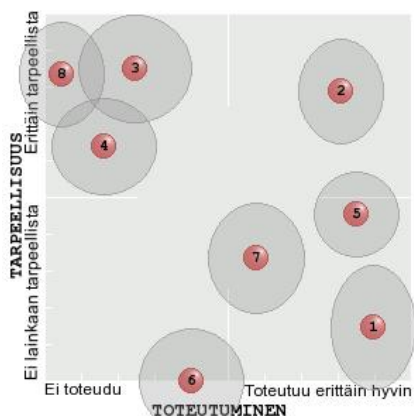


Nro 2. Absoluuttinen

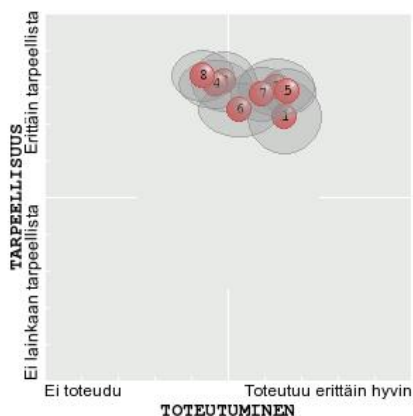


I Erikoissairaanhoidon lääkärit (N=34)

Nro 1. Normitettu

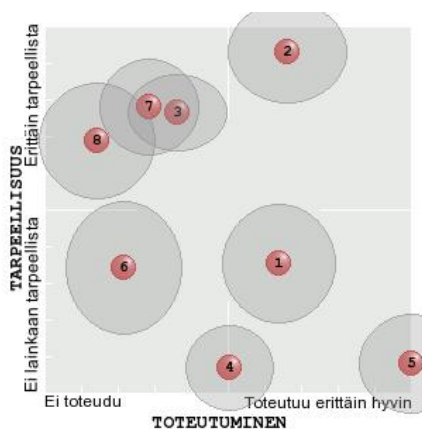


Nro 2. Absoluuttinen

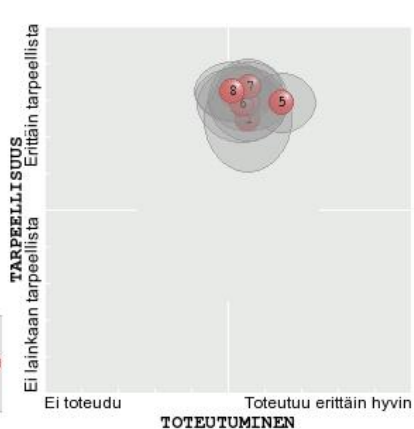


II Perusterveydenhuollon lääkärit (N=43)

Nro 1. Normitettu

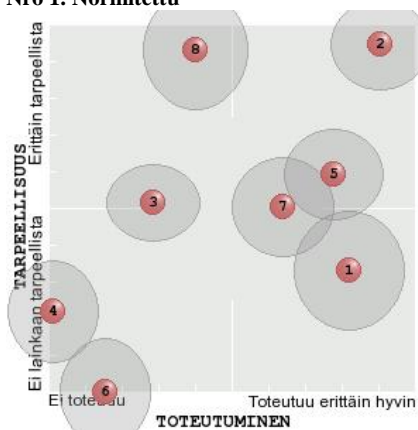


Nro 2. Absoluuttinen

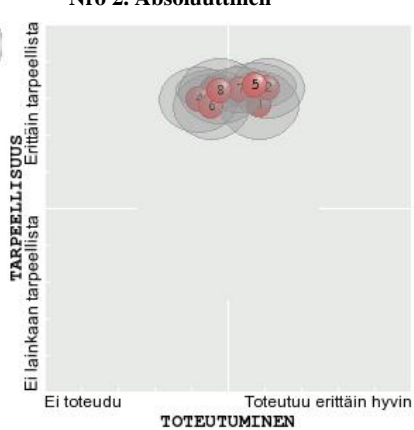


III Erikoissairaanhoidon terapia- ja ohjaushenkilöstö (N=48)

Nro 1. Normitettu

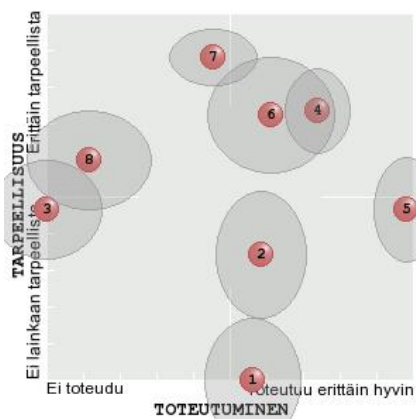


Nro 2. Absoluuttinen

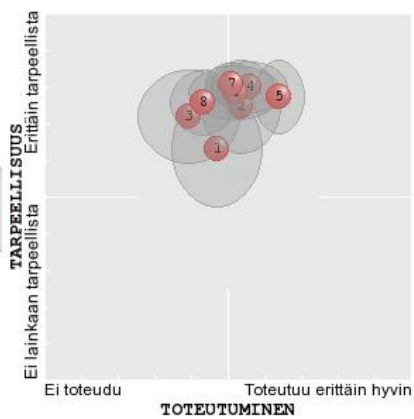


IV Perusterveydenhuollon terapia- ja ohjaushenkilöstö (N=64)

Nro 1. Normitettu

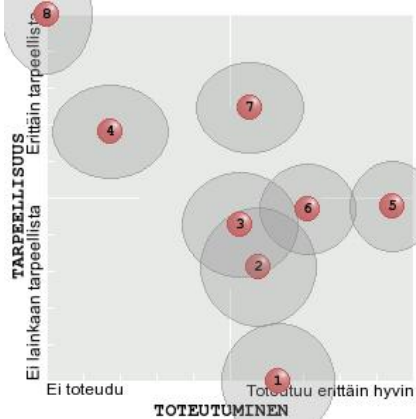


Nro 2. Absoluuttinen

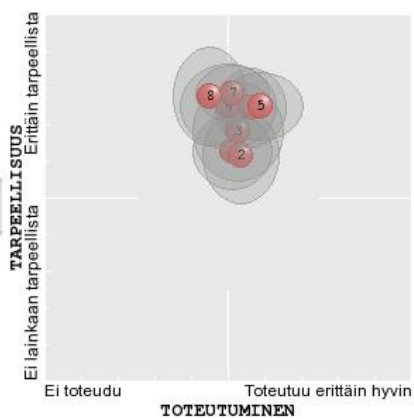


V Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstö (N=19)

Nro 1. Normitettu



Nro 2. Absoluuttinen



VI Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö (N=30)

Liite 6. Ensimmäisen vaiheen yksinkertainen analyysi: kaksikulotteisten taulujen tulokset ja niiden yhdistäminen avokysymysten vastauksiin. (Ks. tekstissä kuva 2).

Kaksikulotteisten taulujen tulokset: Kysytyn asian (8kpl) tärkeys ja toteutuminen	Kaksikulotteisten vastausten peruste- lujen ja avokysymysten ensivaiheen koodausperiaatteet	Kahdeksan (8) kaksikulotteisesti kysytyyn ja avovastauksina perustellun teeman tulkinta ja syntyneet lisäkysymykset
Keskiarvot: ryhmille tyyppilliset vastaukset ja niiden keskihajonta ZEF-sovelluksen laskemana Tulos: Kaikki kysytyt asiat tärkeitä ja toteutuvat kohtuullisen hyvin.	1 Ovatko kirjoitetut vastaukset yhtenevät kaksikulotteisten taulujen yksimielisyyttä osoittavan informaation kanssa?	Yhteisymmärrys: Jaettu informaatio tuottaa parhaan hoidon yksilölle, helpottaa diagnosointia, vähentää virheitä, oikeuttaa hoidollisia toimenpiteitä. Onko tämä toteuma vai toive? Mitä jaetulla informaatiolla tarkoitetaan? Miten informaatiota jaetaan?
Ryhmien arvojen keskinäinen vertailu Tärkeimmät tulokset lyhyesti: Hoitohenkilöstö sairaala 8,3,1; ja terveyskeskus; sairaalan terapeutit 8,7,3,6; terveyskeskusten terapeutit 4,6,3,8; sairaaloiden lääkärin 3,4,8 ja terveyskeskusten lääkärin 8,4,3,6. Nämä, kuten kaikki kysytyt koetaan tärkeiksi, mutta niiden toteutumisessa on kehitettävää enemmän kuin muissa kysytyissä kohdissa. (Liite 5)	2 Kuinka teemojen tärkeyttä ja toteutumista perustellaan? Millaisia määritelmiä vastaajat antavat kysytyille teemoille?	Erot järjestelmässä: organisaatioiden työnjako luo yksilöiden työlle toisistaan eroavat olosuhteet, esimerkiksi hoitopolun suunta kulkee terveyskeskuksesta sairaalaan ja sieltä takaisin; organisaatioiden vastuut erilaiset, potilaiden vastaanottoajat eroavat, potilastiedon välittämisen käytännöt eroavat. Mitä nämä tarkoittavat yhteistyössä ja dialogissa? Pyritäänkö työnjaollisia eroja tasaamaan?
Yllättävien seikkojen analysointi	3 Mitä pinnan alla ja rutiineihin piiloutuneena on?	Yllättävää: ensimmäisen vaiheen tulokset paljastavat yhteisymmärryksen. Epäilen harmonista yleiskuvaa, koska terveydenhuollosta monella suunnalla annettu kuva on konfliktiväritetty.

Liite 7. Toisen vaiheen analyysi- ja luokitteluperusteet. (Ks. tekstissä kuva 3)

SYSTEEMISET ALKUIDEAT	SYNTYNYT JÄSEN- NYS tai analyysiä ohjanneet kysymykset	AINEISTOESIMERKKI
TALOUS "omistaa-ei omista"	RESURSSIT: - kenellä on? - mitä on? - mitä tarvitaan?	<p><i>[Epäonnistunut] Neliraajahal- vauspotilaan siirto terveyskes- kukseen ja sen jälkeinen makuu- haavan hoitopisodi, jossa tilan- teemme pelasti osastolle tulohet- kellä kuvattu (valokuva & kerto- mus) makuuhaavan alkutilanne, jota ei oltu kuvattu esh:ssa ollen- kaan. Kun asiakas joutui plastik- kikirurgin konsultaatioon, saim- me aimo ryöpytyksen aata- minaikuisista hoitovälineistä, pat- joista, sängystä jne.. kanetilla, ettei missään tk:ssa nämä asiat ole kunnossa. No.. asiallisesti ja rauhallisesti lähetimme oikeaa tietoa terveyskeskuksesta (Tutki- jan kommentti: resurssit eivät ole arjen tilanteissa konkreetti- sesti osoitettavia vaan näyttä- vät olevan – ainakin tässä – olettamusta) ja kerroimme ole- vamme yksi "yliopisto"tk, jossa kerran viikossa esh:n ja yliopiston kouluttajat kouluttavat omia lää- käreitämme ja omat lääkärimme ovat vaihdossa esh:ssa, joten siellä he osaavat hoitaa ja kun palaavat tänne tk:n opit katoavat tuohon matkalle.?? Nykyisin lop- putulema on, ettei sairaanhoito- piirissä ole yhteisiä ohjeita mm. haavanhoitoon, joka olisi ensiar- voisen tärkeä ja säästäväkin mal- li. (PTHhoit/14)</i></p> <p>KOMMENTTI: Resurssit eivät</p>

		ole vain materiaalia, vaan paljon enemmän!
POLITIikka ideologiset koodit, intressit, rajoittava/rajoituksia purkava	ERI TOIMIJAT 1) ESH-PTH 2) SHP/SAIRAALA/TK 3) KUNTA 4) HALLINTO-MUUTYÖ 5) POTILAAT 6) MUU? Yksityinen sektori	<i>"Keskussairaala vaatii nimeämään eri sairausryhmille (Tutkijan kommentti: Normi, joka syntyy väestöpohjalle suunnitellun taloudellisen ja tehokkaan hoidon ohjeista) terveyskeskukseen yhdyshenkilöitä. Vapaaehtoisia ei tahdo löytäjä ja joku pitää nimetä (Tutkijan kommentti: vuorovaikutus toisen organisaation suuntaan/pakko). Harvoin järjestetään koulutuksia ja tulee huono omatunto. (Tutkijan kommentti: resurssit/orientaatio?) Kuitenkin käytännön työssä ei asioille oikein ehdi tehdä mitään (Tutkijan kommentti: resurssit) eikä tiedä onko tarpeellistakaan. Jää tuntu-ma, hyötykö asiakas tästä yhtiään mitään."(Tutkijan kommentti: Mitä potilaat tästä tekemisestä hyötyvät? Eettinen kysymys, turhaa työtä, panostus mieluummin käytännön työhön suoraan potilaalle.) (PTHter/10).</i> <i>"[Potilaan/asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen]Tärkeää etenkin pitkäaikaisissa ja vaikeissa sairauksissa ja esim. terveyspalvelujen suurkulutuksessa. Ei varmaankaan niin tärkeää esim. flunssapotilailla. (Tutkijan kommentti: Potilastyön etiikka: erilaiset sairaudet ja "potilasvoilyymi" priorisointi esim. miten yksilöllisyys on tarpeellista ottaa huomioon/rajanvedot on-</i>
OIKEUS oikein-väärin	MORAALISET PAINEET 1) suhde erilaisiin normeihin, ohjeisiin jne. 2) potilastyön etiikka 3) ihmisten välinen kommunikaatio	

		<p>gelmallisia?) <i>Esim. tänään osastolla oli potilas jolla on tulehtunut säärinhaava, aivan märkää vuoti. Kotisairaanhoido kertoi, että kotona ei ole juoksevaa vettä ja potilas on yksinkertainen, mikä tarkoittaa sitä, että hoitojaksosta suunnitellaan saman tien selvästi pitempää kuin jos potilaan kokonaistilanne olisi parempi.”</i> (PTHlääkäri/203)</p>
<p>TIEDE looginen/ei- looginen perusteltu/ei- perusteltu?</p>	<p>erilaiset tietoperustat 1) tieteelliseen näyttöön perustuva (EB=evidence based) 2) koulutus, kokemus, oppiminen 3) kollektiivinen tietäminen</p>	<p>”Onnistuneita yhteistyötapahtumia on runsaasti. Tavallisin on konsultaatiotilanteessa puhelimitse saadut hyvät hoito-ohjeet (Tutkijan kommentti: substanssiosaamisen ”vaihtaminen”/sisältää kokemuksellisen ja koulutuksellisen tiedon ja näkökulman potilaan hoitoon), jolloin olen voinut hoitaa potilaan perusterveydenhuollossa. <i>Esi-merkkinä tuorein tapaus: prostata ca sairastava potilas, joka saanut aiemmin lääkähoidot, mutta yllättäen PSA⁴² arvo hyvin korkea. Konsultoin [Paikkakunta] sairaalan urologia, jolta sain hyvät hoito-ohjeet, jotka voitiin toteuttaa perusterveydenhuollossa. Myös neurologilta olen saanut hyviä ohjeita.”</i> (PTHlääk/33)</p> <p>KOMMENTTI: EBM, tieteelliseen näyttöön perustuva toiminta tulee näkyviin rivien välistä?</p>

⁴² ”Eturauhasen syöpäsolut tuottavat PSA:ta, joten sen pitoisuus suurenee syövän yhteydessä. Mitä korkeampi PSA-arvo on, sitä suurempi on prostatasyövän mahdollisuus.” (Terveyskirjasto ks. hakusanat eturauhassyöpä ja PSA)

Liite 8. Tiedote kyselystä.


TIEDOTE SAIRAANHOITOPUIREILLE, NIIHIN KUULUVILLE SAIRAALOILLE JA KUNTIEN TERVEYSKESKUKSILLE
26.5.2006
Arvoisa vastaanottaja,

Teen väitöstutkimusta terveyskeskusten ja sairaaloiden välisestä yhteistyöstä. Kutsun terveydenhuollon asiantuntijoita kertomaan näkemyksiään yhteistyöstä sähköpostitse lähetettävällä kyselyllä.

Kyseessä on yhteiskuntatieteellinen, sosiologian alaan kuuluva tutkimus, jossa olen kiinnostunut yhteistyön mahdollisuuksista henkilöstön näkökulmasta. Tutkimukseni painottuu kuntoutukseen. Teen tutkimustani Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekuntaan ja työtäni ohjaavat Lapin yliopiston tutkimusmenetelmien professori Suvi Ronkainen ja sosiologian professori Asko Suikkanen.

Kysymykset eivät sisällä mitään yksilöasiakkaisiin tai potilastietoihin liittyvää. Tutkimukseni ei ole lääketieteellinen. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä edellytä henkilökunnalta erityistä sitoutumista. Tutkimukseeni sisältyy myös menetelmän testaamisen osuus, mikä ei edellytä vastaa-jilta mitään erityistä orientaatiota tai paneutumista. Kyseessä on uudenlainen tapa kerätä aineistoa graafisen kyselyn avulla.

Osa organisaationne henkilökunnasta voi olla valikoituneena kyselyni otokseen. Osoitelähteenä ovat olleet terveydenhuollon ja kunta-alan internetsivut.

Toivon tietysti myönteistä ja motivoitunutta vastaanottoa kesäkuun alkupäivinä toteutettavalle kyselylleni.

Ystävällisesti

Rovaniemellä 26.5.2006

Sirpa Kumpuniemi
 Tutkija
 Lapin yliopisto,
 Menetelmätieteiden laitos
 PL 122, 96101 Rovaniemi
 E-mail: sirpa.kumpuniemi@ulapland.fi
 Puhelin: xxx