

Freja Harjunheimo

# **PIILOTYÖTÄ JA UUSIA HIERARKIOITA –** Tutkimus terveysaseman tilamuutoksesta

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Marraskuu 2021

# TIIVISTELMÄ

Freja Harjunheimo: Piilotyötä ja uusia hierarkioita – Tutkimus terveysaseman tilamuutoksesta  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatutkimukset tutkinto-ohjelma, Sosiologian opintosuunta  
Marraskuu 2021

---

Tutkielma käsittelee terveydenhuollon tiloja ja niissä työskentelyä suomalaisen terveysaseman kontekstissa. Terveydenhuollon tiloihin kohdistuu muutospaineita muun muassa rakennuskannan kunnon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä. Ratkaisuja uudensuunniteltuihin toimintaympäristöihin etsitään esimerkiksi monitilatoimistojen sekä muun toimintoperusteisen suunnittelun hyödyntämisestä. Sosiologisessa tutkimuksessa terveydenhuollon työympäristöjen tutkimus on toistaiseksi ollut vähäistä. Tutkielmassa kysyn: *Millaisia merkityksiä työympäristölle annetaan perusterveydenhuollon avohoidossa?* Lisäksi olen kiinnostunut siitä, *millaisia työntekijän ammatillisia ja ruumiillisia asemia uudistetut terveysaseman tilat tuottavat.* Tutkielman tavoitteena on tuoda yhteen keskusteluja terveydenhuollon uudistuvien organisaatioiden ja konkreettisten toimintatilojen muutoksista sekä työntekijöiden asemista suhteessa näihin muutoksiin.

Tutkielman empiirinen aineisto koostuu haastattelu- ja havainnointiaineistosta, joita lähestyn diskursiivisesti. Teoreettisena viitekehyksenä sovellan Henri Lefebvren sosiaalisen tilan teoriaa sekä Michel Foucault'n näkemyksiä tilan ja vallan suhteista. Terveydenhuollon työruumiin tilallisuuden tarkastelussa sovellan myös Foucault'n ja Lefebvren ajattelua yhdistäen niitä sukupuolentutkimuksellisiin näkökulmiin. Työ nivoutuu osaksi feminististä työtilatutkimusta sekä diskursiivista professiososiologiaa.

Aineistojen analyysin perusteella terveysaseman sosiaalinen tila näyttää kahtiajakautuneelta. Työympäristölle annetut merkitykset ovat jakautuneet siten, että potilastyötä tekevät ja johtavassa asemassa olevat merkityksellistävät tilaa selkeästi eri tavoin. Haastatellut tuottavat terveydenhuollon työympäristöstä terveysprofession representatiota ja taloudellistunutta representatiota. Käsitykset tilasta pohjautuvat erilaisiin terveydenhuollon diskursseihin. Taloudellistunut tilan representatio myös tuottaa tilan käyttäjille asemia ja työidentiteettejä, joihin potilastyötä tekevät eivät pysty tai halua asemoitua.

Uuden terveysaseman tilat näyttävät työntekijöitä fyysisesti toisistaan erillään pitävinä, minkä voi tulkita hankaloittavan selviytymisyhteisöjen toimintaa sekä tulkintayhteisöjen muodostumista. Näennäisesti hierarkiattomat tilat vaikuttavat myös tuottavan uudensuunniteltuihin hierarkioita ja kutsuvan omaksumaan uusia tilallisia käytäntöjä sekä työn tekemisen tapoja. Näitä hierarkioita ja tilallisia käytäntöjä vastustetaan muun muassa tekemällä työtä salaa hyvin. Terveysaseman uusi sosiaalinen tila vaikuttaa ominaisuuksillaan ja odotuksillaan tuottavan eriarvoisuuksia, jotka ruumiillistuvat etenkin ennestään hierarkiassa alemmassa asemassa olevien työntekijöiden kehoissa fyysisenä kipuna ja psykososiaalisena kuormituksena. Tutkielmani analyysit pyrkivät osoittamaan, miten uusliberalismi asettuu osaksi arjen käytäntöjä ja diskursiivisia järjestyksiä avoterveydenhuollon organisaatiossa.

Avainsanat: terveysasema, Henri Lefebvre, materialistinen feminismi, professio, työruumis, yhteisöllisyys

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

## Sisällys

1. Johdanto .....	1
2. Suomalainen terveydenhuolto – vähemmällä enemmän .....	3
2.1. Töissä terveydenhuollossa .....	4
2.2. Tilakehityksen muutostuulet .....	6
3. Työn tilat ja ammattilaisen ruumis .....	9
3.1. Tuotettu ja tuottava tila .....	10
3.2. Työruumis terveydenhuollossa .....	15
3.3. Professionaalisuus terveydenhuollossa .....	17
3.4. Tutkimusasetelma ja -kysymykset .....	21
4. Tutkielman toteutus .....	22
4.1. Aineisto ja tutkimuseettiset kysymykset .....	22
4.2. Metodologiset lähtökohdat ja diskursiivisesti rakentuva tila .....	26
4.3. Analyysin vaiheet .....	29
5. Havaittu tila: Lasinen organisaatio ja merkityksenantojen kaksijakoisuus .....	30
5.1. Brändätty tila .....	31
5.2. Tilan (epä)käytännöllisyys .....	34
6. Käsitetty tila: Taloudellistunut representaatio .....	39
6.1. Palvelun ja verkostoitumisen tila .....	39
6.2. Metatyö tilallisena käytäntönä .....	45
6.3. Työn uusi ruumiillisuus: Ergonomia yksilön vastuulle .....	55
7. Eletty tila: Tilan ja työn uudelleenneuvottelut .....	58
7.1. Hierarkioita uudelleenrakentava tila .....	59
7.2. Professionaalisen selviytymis- ja tulkintayhteisön tila .....	66
7.3. Hyvän hoidon tila .....	74
8. Yhteenveto ja johtopäätökset .....	81
9. Lähteet .....	87

## 1. Johdanto

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeista ja suunnitelmista on keskusteltu 2000-luvun alkuvuosista lähtien. Samaan aikaan terveydenhuollon materiaallinen toimintaympäristö on monin paikoin tullut tiensä päähän tai jäänyt syrjään kaupungistuvan ja ikääntyvän väestön sijaintiin ja tarpeisiin nähden (esim. Aalto 2019; Reijula ym. 2017). Edellisen kerran suomalaista terveydenhuoltoa uudistettiin merkittävästi 1900-luvun loppupuolella, kun kansanterveystyön suuntaa käännettiin sairauksien hoitamisesta niiden ennalta ehkäisyyn. Tällöin uudistus vaati myös uusien terveydenhuollon tilojen kuten terveysasemien rakentamista. (Esim. Anttonen & Sipilä 2000, 73–75, 81; Mattila 2011, 91–152.) Kesäkuussa 2021 eduskunnan hyväksymä esitys hyvinvointialueiden perustamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamisesta luo osaltaan uusia käytäntöjä terveystalouteen. Esitys avaa keskustelun siitä, miten palveluita tuotetaan, kenelle niitä tuotetaan ja miten kulut jakautuvat. Lisäksi ratkaistavaksi tulee kysymyksiä siitä, missä ihmisiä hoidetaan ja millä perusteilla mahdolliset uudet toimintaympäristöt suunnitellaan. Tässä tutkielmassa lähestyn terveydenhuollon tiloja niissä työskentelevien näkökulmasta.

Sosiologeilta on peräänkuulutettu näkemyksiä arkkitehtuurin ja erityisesti terveydenhuollontilojen tutkimukseen (Martin, Nettleton, Busa, Prior & Twigg 2015; Gieryn 2002, 35), sillä tilalla on aktiivinen rooli yhteiskunnallisten muutosten muotoiluissa (Martin ym. 2015, Gieryn 2002; Lefebvre 1991). Niin sanotun tilallisen käänteen (esim. Warf & Arias 2009) myötä kiinnostus tilallisuuteen ja materiaalisuuteen onkin ohjannut sosiologisen tutkimuksen huomiota konkreettisiin asioihin, joissa tai joiden välityksellä ihmiset ovat yhteydessä toisiinsa ja jotka ovat edellytyksenä tämän päivän ihmisyhteisöjen toiminnalle. (Valkonen, Lehtonen & Pyyhtinen 2013.) Näkökulma on vaikuttanut myös työn tekemisen ympäristöjä tarkastelemaan tutkimukseen, jonka piirissä on tarkasteltu muun muassa yksityisen ja julkisen sektorin toimintoympäristöjä (Kinnunen, Lempiäinen & Peteri 2017; Peteri, Lempiäinen & Kinnunen 2020; Eräsaari 1995; 2002). Terveydenhuollon ja sen työtilojen osalta tutkimus on toistaiseksi ollut kuitenkin varsin vähäistä. Näin ollen tutkielmani täydentää tätä puutetta tutkimuksessa tuoden keskusteluun myös terveydenhuollon työn ruumiillisuuden ja professionaalisuuden näkökulmat.

Tutkielmani nivoutuu osaksi feminististä työtilatutkimusta sekä diskursiivista professiososiologiaa. Tarkastelen miten ammatilliset ja ruumiilliset toimijat tuottavat tilaa sekä miten tila tuottaa

ammattillisia ja ruumiillisia toimijoita suomalaisen avoterveydenhuollon kontekstissa. Lähestyn aihetta diskursiivisesti kysymällä, miten työtilaa merkityksellistetään sekä millaisia positioita tilan käyttäjille rakentuu. Tutkielman aineisto koostuu käyttööni saamasta haastatteluaineistosta sekä itse keräämästäni että muiden tutkijoiden keräämästä havainnointiaineistosta. Haastatellut työskentelevät suomalaisella terveysasemalla, jonka voi arkkitehtuuriltaan ja käytännöiltään katsoa edustavan niin kutsuttua terveydenhuollon rakennusten globalisoitunutta tyyliä (ks. Jones 2018, 332). Suomalaisena esimerkkinä trendistä voidaan pitää esimerkiksi Helsingin Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskuksen suunnittelua<sup>1</sup>. Aineistoa ei kuitenkaan ole kerätty Kalasatamasta.

Tutkielmassa olen kiinnostunut siitä, millaista on tehdä työtä, joka edellyttää erilaisten mittaus- ja tutkimusvälineiden käyttöä, kykyä kohdata ihmisiä ja vaatii ruumiillista kestävyyttä. Tarkastelen työympäristölle annettuja merkityksiä sekä työympäristön työntekijöille tuottamia ammatillisia ja ruumiillisia asemia. Teoreettisena viitekehyksenä sovellan Henri Lefebvren (1991) sosiaalisen tilan teoriaa ja Michel Foucault'n (1980; 1998) näkemyksiä tilan ja vallan suhteista. Tämän viitekehyksen avulla analysoin myös terveydenhuollon työruumiin tilallisuutta.

Tutkielman aluksi rakennan analyysille kontekstin sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen kynnyksellä olevassa suomalaisessa terveydenhuollossa. Kytken aiheen sekä julkisen hallinnon että materiaalisen toimintaympäristön muutoksiin. Lisäksi käsittelen näiden teemojen heijastumista työntekijöihin. Tämän jälkeen esittelen tutkielmani teoreettiset lähtökohdat ja käsittelen tarkemmin aiempaa tutkimusta. Käyn läpi myös tutkielman ongelmanasettelun ja asettamani tutkimuskysymykset. Luvussa neljä siirryn tutkielman metodologiseen osaan, jossa esittelen käytössäni olevan aineiston sekä analyysiprosessin kulun. Selvennän myös, kuinka tiloja voi tutkia yhdistäen diskursiivista analyysia ja etnografista havainnointia. Analyysiluvuissa avaan tutkielmani ilmiötä aineiston kautta keskusteluttaen sitä aikaisemman tutkimuksen ja teorian kanssa. Ensimmäisessä analyysiluvussa rakennan kuvan tutkitun terveysaseman tiloista. Tarkastelen, miten haastatellut havaitsevat työympäristönsä ja kuinka he merkityksellistävät havaintojaan. Kiinnitän huomiota myös siihen, millaisia merkityksiä tila itse esittää. Lisäksi analysoin, millaisiin positioihin tila käyttäjänsä asettaa. Toisessa analyysiluvussa tuon esiin, millaisiin käsityksiin terveydenhuollosta

---

<sup>1</sup> Esimerkiksi Ylen uutisessa (Nironen 2018) Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskuksen piirteistä nostetaan esiin pitkät välimatkat ja jatkuvasti vaihtuvat työpisteet, kolkot vastaanottohuoneet sekä luonnonvalon ohjaaminen odotuskäytäviin vastaanotto- ja taustatyöskentelytilojen sijaan. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelut yhteen kokoavien tilojen esitetään muuttavan työskentelytapoja.

tilan merkityksellistäminen kytkeytyy. Analysoin tilan tuottamia työskentelytapoja ja näiden käytäntöjen ruumiillisia seurauksia. Kolmannessa analyysiluvussa kiinnitän huomion vastarintaisiin tapoihin merkityksellistää terveysasemaa työtilana. Analysoin, kuinka tilan merkityksistä neuvotellaan työarjen käytännöissä ja haastattelupuheissa. Lopuksi kokoan analyysini yhteen ja vastaan tutkimuskysymyksiini. Pohdin myös analyysini tulosten merkitystä, mahdollisia jatkotutkimusaiheita sekä tarkastelen tutkielman vahvuuksia ja heikkouksia.

## 2. Suomalainen terveydenhuolto – vähemmällä enemmän

Monien muiden OECD-maiden tavoin Suomen julkisen sektorin kehittämistä ovat 1980-luvun lopulta lähtien ohjanneet uudet julkisten organisaatioiden johtamisopit. Näissä näkökulmissa julkinen hallinto näyttäytyy tehottomana, ja sen toimintaa tulee kehittää omaksumalla julkiseen hallintoon yksityisen sektorin toimintamalleja. (Esim. Harrinvirta 2000, 48–76, 189–199; Koskiaho 2008, 27–28, 36–40, 171–172; Rasimus & Alasuutari 2009; Eräsaari 2002). Näihin julkisen sektorin hallinnan uusiin paradigmoihin tukeutuvat osaltaan myös tämän vuosituhannen sosiaali- ja terveyspalveluiden reformointikeinot (Rasimus & Alasuutari 2009; Ollila & Koivusalo 2009), joiden voidaan nähdä vaikuttavan laajasti eri politiikka-alojen taloudellistumiseen (Elomäki & Ylöstalo 2020, 51–53). Tällä politiikan taloudellistumisella tarkoitetaan taloudellisten arvojen ja käytäntöjen ulottumista kaikkeen valtion toimintaan ja poliittisiin päätöksiin sekä toiminnan arvottamista ja määrittelyä talouden termistöllä (Brown 2015).

Julkisen sektorin kehittämisprosesseissa muun muassa sosiaali- ja terveysalan töitä on alettu nimittää palveluiksi sen jälkeen, kun niitä 1990-luvulta alkaen alettiin ulkoistaa. Voidaankin sanoa, että suuresta osasta ammatteja on tehty palveluammatteja, mikä edellyttää työntekijöiltä palveluasennetta sekä ”asiakaslähtöisyyttä”. (Parviainen, Kinnunen & Kortelainen 2016, 11–14.) Myös suhtautuminen hyvinvointivaltioon ja sen ohella sosiaali- ja terveydenhuoltoon on kehittynyt yksilön vastuuta korostavaan suuntaan (Julkunen 2001). Sosiaaliset oikeudet on alettu ymmärtää etujen saamisen sijaan oikeutena tehdä valintoja (Koskiaho 2008). Sosiaali- ja terveyspolitiikan uudeksi paradigmaksi on muodostunut valintoja tekevä asiakas ja kuluttajakansalainen, joka kykenee tähän ihanteeseen nojautuen aktiivisesti auttamaan itseään (Julkunen 2006, 206; Mattila 2011, 195; Sinervo ym. 2016, 3–4; Koskiaho 2008).

Uusia terveydenhuollon työtiloja suunnitellaan pyrkien parantamaan kuluttajakansalaisen asiakaskokemusta. Samanaikaisesti erilaiset kumppanuudet ja toiminnan ulkoistukset tuovat terveydenhuollon tiloihin uusia intressejä. Niiden tulisi olla paitsi hoidon kannalta toimivia, myös edustaa organisaatiota ja luoda kuluttajaa sitouttavaa asiakaskokemusta. (Martin ym. 2015; Jones 2018.) Siinä missä työympäristöjen ja työskentelytapojen kehittämällä tavoitellaan säästöjen ohella työn tehostumista, on vähemmällä enemmän –ajatustavan kuitenkin havaittu kohdistavan tehokkuuden ja joustamisen tarpeet työntekijöiden suuntaan (Kinnunen ym. 2017; Parviainen ym. 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisuuden ollessa Suomessa varsin vahvasti säänneltyä ja suojeltua, ei vastaavaa vaadita ulkopuolisilta yhteistyötahoilta kuten hyvinvointipalvelualan konsulteilta (Hirvonen, Mankki, Lehto & Jokinen 2020, 247).

## 2.1. Töissä terveydenhuollossa

Suomessa julkisella sektorilla työskentelee kolmasosa palkansaajista ja suunnilleen puolet naisista. Sektorin palveluita ja työpaikkoja on enenevässä määrin ulkoistettu esimerkiksi juuri terveydenhuollon osalta. (Melin ja Saari 2019, 28–29.) Tällä kehityksellä voi olla merkittäviä vaikutuksia naisten tekemään työhön, työn luonteeseen ja asemaan työmarkkinoilla sekä tasa-arvokehitykseen yleisesti. Julkinen sektori on aikanaan onnistunut parantamaan naisten työmarkkina-asemaa sekä matalapalkka-alojen työehtoja ja työn arvostusta. (Eräsaari 2002, 128–129, 146–159; Melin ja Saari 2019, 28–29.)

Samaan aikaa suomalaista terveydenhuoltoa vaivaa merkittävä työvoimapula (esim. Ammattibarometri 2021; KEVA 2021). Vuoteen 2035 mennessä esimerkiksi kunta-alan terveyspalveluista arvioidaan siirtyvän eläkkeelle noin puolet työvoimasta (KEVA 2020; Lybäck 2018). Tämän lisäksi osa fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa työtä tekevistä eläköityy ennen aikaisesti esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi sekä mielenterveyssyistä. Tällaisen työkyvyttömyyden riskin on epäilty kasvavan sosiaali- ja terveydenhuollon muutospainoiden alla. (Lybäck 2018.) Lisäksi nykyisten koulutusmäärien on arvioitu olevan riittämättömiä korvaamaan alalta poistuvien ja alaa vaihtavien työpanosta (KEVA 2021). Osaltaan näistä syistä terveydenhuollon työn tehostaminen esitetään perusteltuna. Lisäksi ratkaisuja etsitään yksilöiden vastuuttamisesta omasta hoidostaan. Terveyspalveluita tarvitseva ihminen näyttäytyykin terveydenhuollon kehittämiseen liittyvässä julkisessa ja osin tieteellisessäkin keskustelussa usein aktiivisesti omaan

hoitoonsa osallistuvana, vaihtoehtojen vertailuun kykenevänä ja valintoja tekevänä asiakkaana ja terveyspalveluiden kuluttajana (esim. Sinervo ym. 2016, 3–4).

Julkisen sektorin uudistukset ovat vaikuttaneet terveydenhuollon työntekijöihin niin ammatillisina kuin ruumiillisinakin toimijoina. Terveydenhuollon jatkuvat organisaatiomuutokset, työn uudelleen organisointi, työtehtävien lisääntyminen ja henkilökunnan sekä työhön käytettävissä olevan ajan vähentyminen yhdessä kasvavien tehokkuusvaatimusten kanssa vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen (Huttunen ym. 2009; Utriainen & Kyngäs, 2008; Doherty 2009). Kuormituksen on havaittu kohdistuvan etenkin hoitajiin, joiden rooli potilastyössä on muuttunut yhä vaativammaksi. Tämä johtuu esimerkiksi lääkäreiden aiemmin hoitamien tehtävien siirtämisestä hoitajien vastuulle. (Jolajoki & Sinervo 2016, 87; Hirvonen ym. 2020.) Hoitotyön kannalta työtehtävien ja vastuun laajentaminen on havaittu kuitenkin myös myönteisenä kehityssuuntana, sillä se mahdollistaa uralla etenemisen ja saattaa tasoittaa alan professioiden välisiä suhteita (Kuokkanen 2010).

Työnkuvan ja vastuun laajentumista ei kuitenkaan ole seurannut asiaankuuluva koulutus tai muita tukitoimia, mikä heikentää henkilöstön työhyvinvointia (Huttunen ym. 2009; Kuokkanen 2010) ja aiheuttaa yleistä huolta hoitajien työssäjaksamisesta (Jolajoki & Sinervo 2016, 87). Lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajien mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä ja sen tekemisen tapoihin ovat kaventuneet (Sutela & Lehto 2014), minkä on katsottu haurastuttavan ammatillista toimijuutta (Hirvonen ym. 2020, 248). Näistä havainnoista huolimatta esimerkiksi suomalaisen avoterveydenhuollon hoitajia ei Hanne Sannemannin ym. (2017) mukaan ole juurikaan tutkittu. Heidän tutkimuksensa mukaan hoitajat kuitenkin kokevat stressiä etenkin suuren työmäärän takia.

Palvelutalouteen siirtymisen – tai työn palveluksi muuttamisen – seurauksia työntekijöille, työorganisaatioille ja johtamiselle on toistaiseksi pohdittu Suomessa varsin vähän, vaikka tämä sosiaalinen ja kulttuurinen murros koskee suurta osaa työikäisistä. Asiakslähtöisyyden vaateen on esitetty muuttavan työn luonnetta jännitteiseksi ja mahdollisesti myös tavoitteiltaan ristiriitaiseksi. (Parviainen ym. 2016, 9–10, 11–15). Tämän kehityksen myötä ihmisten henkilökohtaisista ominaisuuksista, verkostoista, tunneälystä ja joustovalmiudesta on tullut työmarkkinoilla haluttuja ominaisuuksia. Työntekijän näkökulmasta myös palkkatyössä vaaditaan yrittäjämäistä otetta, suurempaa sopeutumisvalmiutta ja parempaa tuottavuutta. Jatkuvan kehittymisen ja innovatiivisuuden tavoittelun rinnalla ovat lisääntyneet myös työstä aiheutuvat pahoinvoinnin



ilmaukset. (Väänänen & Turtiainen 2014, 272–275; Eräsaari 2002, 140–147.) Palveluiden laadun ja sisällön rakentuessa työntekijän persoonalle, tunteille, ongelmanratkaisutaidoille ja vuorovaikutukselle muiden kanssa työstä tulee uudella tavalla ruumiillista. Kun asiakaslähtöisyys kytketään tulosvastuuseen ja tehokkuuteen, kiristyvät palvelutyöntekijöiden työruumiisiin kohdistuvat vaatimukset ennestään. (Väänänen & Turtiainen 2014, 9–10, 15.) Potilaan määrittämisen asiakkaaksi on nähty myös vaikuttavan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen suhteeseen. Potilaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen sekä hoitopäätökseen osallistaminen siirtää päätöksentekovaltaa ammattilaisilta potilaille ja asettaa ammattilaiset rooliristiriitaan. (Esim. Jolanki & Sinervo 2016, 76; Greenhalgh, Woodard & Humphrey 2011; Winblad 2008.) Sosiologisessa professiotutkimuksessa tätä kehitystä on käsitteellistetty potilauden muuttumisena potilaskuluttajuudeksi (Wrede, Olakivi, Fischer & Sigfrids 2017, 11).

## 2.2. Tilakehityksen muutostuulet

Martinin ym. (2015) mukaan sosiologien tulisi kiinnittää enemmän huomiota erityisesti terveydenhuollon tiloihin analysoimalla sitä, miten tilat implikoivat tiettyä näkemystä terveydestä. Heidän mukaansa terveydenhuollon arkkitehtuuri ei ainoastaan heijastele uusliberaalin subjektiivisuuden muotoja. Se myös uusintaa itsestään huolehtivan potilaskuluttajan ihannetta. Arkkitehtuurin rooli on aktiivinen näiden muutosten muotoilussa ja määrittelyssä. Tästä syystä sosiologien tulisi olla kiinnostuneita terveydenhuollon tiloista siinä missä organisaatioista, terveydestä ja sairaudestakin. Vaikka materiaalisen ympäristön vaikutuksia potilaiden kokemuksiin ja paranemisprosessiin on tutkittu (Nickl-Weller & Nickl 2013; Gesler 2004; Curtis ym. 2007; Wood ym. 2013), on terveydenhuollon tilamuutoksia käsittelevissä tutkimuksissa jätetty henkilöstön kokemukset sekä rakennetun ympäristön rooli työntekijöiden ja potilaiden vuorovaikutuksessa vähemmälle huomiolle (Gieryn 2002; Simonsen & Duff 2020; Martin ym. 2015).

Terveydenhuolto työympäristöineen kehittyi 1900-luvulla Suomessa esimerkiksi sairaaloiden rakennushankkeiden myötä. Painopiste siirtyi vuonna 1972 säädetyn kansanterveyslain vauhdittamana kunnallisen avoterveydenhuollon kehittämiseen ja terveystakeskusverkoston rakentamiseen (Anttonen & Sipilä 2000, 81; Mattila 2011, 90–102, 151–152). Modernin tilan jaottelussa ja järjestämisessä keskeistä oli tilan jakaminen erilaisiin toiminnallisesti eriytettyihin alueisiin. Terveydenhuollon käytössä olevia rakennuksia pyrittiin suunnittelemaan niin, että kullekin toiminnolle on oma tilansa. Tiloja on rajattu ja eriytetty yhtäältä hygieniaan vedoten, kuin myös

yksityisyyden ja moraalin nimissä (Saarikangas 2006, 28–29.) Ajan julkisten laitosten arkkitehtonisia ratkaisuja on nimitetty myös sellikonttori-järjestelmäksi, jossa ”– – ikkunattoman käytävän molemmin puolin on anonyymejä yksittäisiä, toistensa kaltaisia huoneita.” (Saarikangas 2006, 28–29.) Tyypillinen pohjaratkaisu esimerkiksi 1970–1990-lukujen terveyskeskuksissa on ollut eriyttää eri toiminnot, kuten hallintotilat ja vastaanottotoiminta toisistaan. Näin on välttytty eri käyttäjäryhmien risteävältä liikenteeltä. (Ihatsu 2014, 44–48.)

Siinä missä yksityisen ja julkisen sektorin toimistotyössä erilaiset avoimet työtilaratkaisut ovat olleet arkipäivää jo useiden vuosien ajan, voi terveydenhuollon työtilojen katsoa muuttuneen Suomessa hitaammin. Toimistotyössä uudet työtilojen trendit ovat tarkoittaneet toimintaperusteisen suunnittelun hyödyntämistä, jossa omien työhuoneiden sijasta töitä tehdään tehtävän perustella paikkaa vaihtaen esimerkiksi yhteisessä monitilatoimistossa. Tämän konseptin ajatuksena on vuorovaikutusta tukemalla edistää siirtymistä verkostomaisiin ja liikkuviin työn tekemisen tapoihin sekä rikkoa työpaikan hierarkkista järjestystä pitämällä työntekijät liikkeessä ilman mahdollisuutta kiinnittyä tilallisiin standardeihin (Kinnunen ym. 2017, 110–111; Peteri ym. 2020). Lisäksi mallin ajatellaan tuovan kustannussäästöjä minimoimalla työtilojen niin sanotun tyhjäkäytön. Käytännössä monitilatoimiston idea ja toteutetut tilat pitävät usein sisällään muun muassa värien ja esteettisyyden sekä leikillisyyttä tukevien toimintojen lisäämistä työpaikoille, minkä lisäksi tilat muistuttavat monilta osin avokonttoreita (Peteri 2020).

Koska suomalaisen terveydenhuollon rakennuskanta on monilta osin korjausta kaipaavaa tai vanhentunutta (esim. Reijula ym. 2017,3; Aalto 2019) ja väestön ikääntymisen argumentoidaan vaativan terveydenhuollolta säästöjä ja uusia toimintatapoja (esim. Reijula ym. 2009), joustavaksi mielletyn tilasuunnittelun voidaan olettaa yleistyvän myös terveydenhuollon toimipisteissä. Tutkielman aineistonkeruupaikan ohella vastaavat tilasuunnittelun näkemykset näkyvätkin esimerkiksi julkista keskustelua herättäneen Helsingin Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskuksen toteutuksessa. Kustannussäästöjen ja muunneltavuuden ohella avoimia tilaratkaisuja perustellaan muun muassa varautumisella (terveys)teknologian kehittymiseen (Thompson ym. 2016). Lisäksi pitkään jatkuneen epävarmuuden sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta voi osaltaan katsoa luovan sopivaa maaperää muunneltavien tilojen tarpeelle. Terveydenhuollon tiloissa monitilatoimistot suorittavat niin kutsutun *back office* -tilan eli taustatyötilan virkaa. Henkilökunnan on tarkoitus suorittaa siellä muut kuin potilaan fyysistä

kohtaamista vaativat työtehtävät. Kasvokkaisia potilasvastaanottoja varten varataan erikseen vastaanotto- tai toimenpidehuone. Terveystiloissa yhtenä suunnittelun johtoajatuksena ja muutoksena aikaisempaan voidaan siis pitää sitä, että potilaan sijaan paikasta toiseen liikkuu henkilökunta.

Fyysisestä tilasta on yhtäältä tullut suunnittelijoiden näkemyksissä toissijaista, uusilla paikasta riippumattomilla tietoverkoilla korvattavaa (Saval 2014, 5–6), sekä toisaalta tärkeä keino muuttaa työskentelyn tapoja ja uudistaa työkaluja (Dale & Burrell 2007). Organisaatiotutkimuksessa on kiinnitetty huomiota tiloihin työn resurssina ja taloudellisen kuluuerän lisäksi myös sosiaalisena työkaluna organisaatioiden keskeisten tavoitteiden saavuttamisessa (Dale & Burrell 2008).

Terveystilojen voidaan ajatella ilmentävän tilan käyttäjille eri aikakausien käsityksiä terveydestä, sairaudesta, hoitamisesta sekä henkilökunnan ja potilaiden välisistä suhteista (Bell 2018, Donetto ym. 2017). Siinä missä suurin osa nykyisistä terveystiloista on suunniteltu ajatellen työn ja henkilökunnan tarpeita, ohjaavat uudet suunnittelutrendit (van Heuvelen 2019) mukaan kääntämään katseen potilaiden tai asiakkaiden tarpeisiin. Terveystilojen uudistuksia perustellaankin myös potilaslähtöisyydellä (Koikkalainen & Rauhala 2013). Niin sanotulle potilaslähtöiselle tilasuunnittelulle leimallista on esteettisyyden ja viihtyisyyden korostaminen sekä pyrkimys minimoida potilaiden liikkumista tiloissa. Koska tutkimuksissa (esim. Shattel ym. 2008; Zborowsky & Hellemich 2011; Ulrich & Zimring 2004; La Torre 2006; Douglas & Douglas 2004; Hutton, A. 2005, 540) mielekkään ympäristön on havaittu jonkin verran edistävän paranemisprosesseja, huomioidaan tämä yhä useammin uusien terveystilojen suunnittelussa. Potilaslähtöisyyden nimissä terveystiloissa ovat kuitenkin yleistyneet myös sellaiset piirteet, jotka tavanomaisemmin liitetään kodin, vapaa-ajan, matkailun ja kulutuksen tiloihin (Martinin ym. 2015; Solane & Solane 2003; Jones 2018).

Julkisen sektorin uudistusten myötä julkiset tilat, esimerkiksi erilaiset virastot, ovat muuttuneet enenevässä määrin yksityistä jäljitteleviksi tai ”yksityisen ja julkisen uudenaikaiseksi liitoksi” (Eräsaari 2002, 17). Tämä näkyy pyrkimyksenä organisaatiotilojen strategiseen suunnitteluun ja tilakustannusten minimointiin. Lisäksi sille on tyypillistä uudenlaisten työskentely- ja johtamistapojen jalkauttaminen sekä asiakas- ja kuluttajakeskeisyys. Keskusteluissa potilas- ja asiakaslähtöisyydestä nousee esiin myös kysymys asiakkaista kilpailemisesta. Vaikka potilaan tarpeiden asettamista etusijalle puoltavat monet seikat, potilaslähtöisyyttä käytetään toisinaan

asiakas- tai kuluttajalähtöisyyden synonyyminä, joka kuitenkin on eri asia. Potilaan määrittäminen valintoja tekeväksi asiakkaaksi tai kuluttajaksi kutsuu investoimaan asiakkaita houkutteleviin tekijöihin, riippumatta siitä miten oleellisia ne ovat potilaan hoidon kannalta. Terveydenhuollon uudistamiseen liittyen onkin tuotu esiin huoli kustannusten noususta, mikäli terveydenhuollon eri toimijat alkavat kilpailla keskenään ”potilaslähtöisyydellä” (Koikkalainen & Rauhala 2013). Julkisrahoitteisten organisaatioiden yhtäältä säästäessä terveydenhuollon (tila)kustannuksissa ja jäljitellessä yksityisen terveydenhuollon piirissä muodostunutta terveydenhuollon globalisoitunutta tyyliä (Jones 2018, 332) säästöjen ennakoitaan kohdistuvan työn tekemisen olosuhteisiin ja työntekijöihin.

### 3. Työn tilat ja ammattilaisen ruumis

Tiloihin ja niiden materiaalisuuteen liittyvät kysymykset on perinteisesti kytketty arkkitehtuurin tai tekniikan ja luonnontieteiden alojen piiriin kuuluviksi. Yhtäältä rakennettu ympäristö on nähty esimerkiksi taidehistorian tutkimuskohteena, jolloin se määrittyy ensisijaisesti esteettisestä näkökulmasta (Saarikangas 2006, 32–33). Koska elämme, toimimme ja teemme työtä fyysisessä tilassa ja erilaisen materiaalin ympäröimänä, ovat nämä teemat tärkeitä myös yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen näkökulmasta. Kysymys ruumiillisuudesta punoutuu yhteen myös tilan ja materiaalisuuden kanssa (emt. 32). Potilaiden parissa työskentelevät ovat ruumiillisia ja ammatillisia toimijoita, joiden toimintaa tilat ja materiaalisuus muovaavat. Tilalliset ja materiaaliset olosuhteet rajaavat ja suuntaavat toiminnan mahdollisuuksiimme, kulkureittejämme ja sitä mihin kiinnitämme huomiota. Terveydenhuollon parissa esimerkiksi erilaiset instrumentit ja niiden käyttötilat paitsi mahdollistavat ihmisruumiin lääketieteellisen tutkimisen, diagnosoinnin ja hoidon, myös ohjaavat ymmärrystä hoitoprosessista ja sen toimijoista.

Kysymys tilasta palasi yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteeksi niin sanotun tilallisen käänteen myötä 1900-luvulla (Urry 2008, 5–15; Warf & Arias 2009). Käänteen myötä yhteiskuntatieteissä fyysistä maailmaa on alettu ymmärtää eritavoin kulttuurisesti ja sosiaalisesti muotoutuneena. Rakennetun ympäristön näkökulma on täydentynyt ymmärryksellä sosiaalisista merkityksistä: jokapäiväinen elinympäristömme jäsentää arkeamme ja toimintaamme määritellen käsityksiämme itsestämme ja muista. (Saarikangas 2006, 9.) Tilallisen käänteen ohella on puhuttu

myös materiaalisesta käänteestä, joka vaikuttaa yleisesti yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa sekä etenkin feministisessä teoriassa (Irni, Meskus & Oikkonen 2014, 23). Näiden käänteiden myötä on ryhdytty tarkastelemaan esimerkiksi ruumiillisuutta uusista näkökulmista. Käänteiden kannalta oleellista on ollut, että materiaalisuutta sinänsä on alettu käsitellä osana vuorovaikutusta sen sijaan, että se nähtäisiin vain fyysisenä taustana inhimilliselle toiminnalle (Lehtonen 2015, 22). Sosiologiassa on perinteisesti keskitytty tutkimaan sosiaalista: ihmisten yhteiselämää tuottavia ja ylläpitäviä tekijöitä sekä vuorovaikutuksen muotoja ja käytäntöjä, joilla yksilöt kiinnittyvät yhteisöihin ja instituutioihin. Uudessa kiinnostuksessa tilallisuuteen ja materiaalisuuteen huomio on puolestaan käännetty siihen, miten ihmiset ovat niiden välityksellä toisiinsa yhteydessä ja kuinka ne ovat edellytyksenä tämän päivän ihmisyyhteisöjen toiminnalle. (Valkonen ym. 2013.)

Materiaaliset elementit hahmotan tutkielmassani artefakteina. Artefakti voi periaatteessa olla mikä tahansa materiaalisen maailman kappale, jota ihminen on muokannut käyttöönsä (Lehtonen 2015, 134–135, 140). Käyttämällä artefakteja ihminen siis muokkaa maailmaa ja itseään, mutta toisaalta kanssakäyminen artefaktien kanssa ohjaa myös ihmisen toimintaa. ”– – [A]rtefaktit eivät vain ole ihmisen yhteisen toiminnan tuotteita, vaan myös tuottavat ihmisten yhteistä toimintaa ja heidän suhteitaan luontoon ja toisiinsa.” (Lehtonen 2015, 137.) Artefaktit mielletään toisinaan myös symbolisiksi. Tällöin ne asettuvat osaksi kulttuurista ympäristöä ja ohjaavat ihmistä toimimaan sen sääntöjen mukaisesti. (Lehtonen 2015, 138.)

### 3.1. Tuotettu ja tuottava tila

Tärkeänä tekijänä materiaalisuuden huomioivan tutkimuksen kehittymiselle voidaan pitää sosiaalitieteellisen teknologiantutkimuksen esille tuomaa näkökulmaa erilaisten laitteiden ja järjestelmien sekä luonnonilmiöiden sosiaalitieteellisen tarkastelun tarpeesta (esim. Bijker 1997, 6). Tässä tutkimusperinteessä kiinnostus kohdistuu suunnitteluprosessin aikana tapahtuvan tiedonmuodostuksen käytäntöjen tutkimiseen ja erityisesti käyttäjien ”muotoilemiseen” suunnitteluprosessin osana. Perinnettä yhdistää pyrkimys tuoda esiin teknologioiden suunnittelijoiden tiedostettuja ja tiedostamattomia käsityksiä suunniteltavan teknologian käyttäjistä. Lisäksi perinteessä on keskitytty analysoimaan sitä, kuinka suunnittelijoiden käsitykset näkyvät valmiissa tuotteissa ja miten ne heijastuvat käyttäjiin. (Peteri 2014, 317; 2017.) Terveystieteiden materiaalisuuteen liittyen perinteeseen kiinnittyviä tutkimuksia ovat muun muassa Paul Jonesin (2018) analyysi sairaala-arkkitehtuurista hoidon määrittäjänä sekä Reijo

Miettisen (2003), Sampsa Hyysalon ja Janne Lehenkarin (2003) artikkelit uusista teknologioista terveydenhuollon työvälaineinä. Laajemmin työtilojen ja työn materiaalisuuteen liittyen esimerkiksi Virve Peteri (2014; 2017) on tutkimuksessaan tuonut esiin toimistotuolin muotoilu- ja suunnittelutyössä läsnä olevia käsityksiä tuolin käyttäjästä. Karen Dale ja Gibson Burrell (2007) puolestaan ovat tarkastelleet työtiloihin liittyviä valtarakenteita ja tiloja organisaation strategian toteuttajina.

Organisaatioiden materiaalisten käytäntöjen tutkimusperinteessä on puolestaan keskitytty pääasiassa kolmenlaisiin tutkimuskohteisiin (Chungh & Hancock 2009). Näkökulmia ovat olleet organisaatioiden kulttuurin, imagon ja aikakauden ilmeneminen tilasuunnittelussa (esim. Gabriel 2005; van Heuvelen 2019; Solane & Solane 2003), yksittäisten artefaktien osuus organisaatiokulttuurin ilmentäjänä (esim. Peteri 2014; 2017; Rafael & Vilnai-Yavetz 2004) sekä työntekijät osana organisaatioiden estetiikkaa (esim. Dale 2005; Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020; Parviainen 2011). Viimeisimmässä näkökulmassa huomiota on kiinnitetty esimerkiksi niihin strategioihin, joilla työntekijöiden olemusta ja käyttäytymistä sovitetaan artefaktien järjestämisellä organisaation kulttuuriin ja imagoon (Chugh & Hancock 2009, 464–465).

Tutkielmani kiinnittyy edellä mainittuihin perinteisiin tarkastelemalla terveystilaa työtä ja työntekijöitä uudelleen muovaavana sekä terveydenhuollon organisaatiokulttuuria ilmentävänä. Uusien avoimien ja muuntojoustavien työympäristötrendien myötä kysymykset tilasta ja työntekijän ruumiillisuudesta ovat nousseet keskusteluun. Aikaisemmin esimerkiksi Leena Eräsaari (1995, 2002) on tutkinut julkisten organisaatioiden tiloja sekä tila- ja organisaatiomuutoksia työntekijänäkökulmasta. Merja Kinnunen ym. (2017) ja Virve Peteri ym. (2020) puolestaan ovat tarkastelleet toimistotilojen muutosta ja tilan uusia käytäntöjä luovia piirteitä. Heidän mukaansa jälkiteolliset avoimet ja paikkariippumattomat toimistot tulevat vähentäneeksi kommunikaatiota ja työntekijöiden sosiaalisia kohtaamisia koettaessaan konseptoida epämuodollisia kohtaamisia tuottavuuden lisäämiseksi. Lisäksi Peteri (2014; 2017) on tuonut esiin uudenlaisiin työtilan kalusteisiin sekä monitilatoimiston visioon sisäänrakennetut ajatukset taloudellisten resurssien säästämisestä ja ergonomian kääntämisestä artefaktin pirteistä yksilön ominaisuuksiksi. Terveystilakontekstissa vastaavaa tutkimusta ei Suomessa ole kuitenkaan juuri tehty. Tutkimuksia työympäristön ja professionaalisuuden yhteiskytköksistä ei niin ikään suuremmin ole tehty.

Tutkielmassa tukeudun Kinnusta, Lempiäistä ja Peteriä mukaillen Lefebvren (1991) ajatuksiin sosiaalisesta tilasta, tilan tuottamisesta sekä tilan kolmijaosta. Lisäksi tutkielman teoreettisessa viitekehityksessä taustalla on soveltuvien osin Foucault'n (1980; 1998) näkemyksiä tilan ja vallan suhteista. Vaikka Lefebvren ja Foucault'n näkökulmissa tilasta on eroja, heidän ajatuksistaan on löydettävissä myös paljon yhteneväisyyksiä liittyen tilan sosiaaliseen ja kulttuuriseen merkitykseen sekä tilaan erilaisten käytäntöjen säilyttäjänä ja synnyttäjänä (Soja 1996). Teoriat mahdollistavat tilan merkitysten ja roolin monipuolisen tarkastelun, mistä syystä niitä on hyödynnetty monissa työtiloja käsittelevissä tutkimuksissa (esim. Beyer ja Steyaert 2012; Taylor ja Spicer 2007; Kinnunen ym. 2017).

Lefebvre ja Foucault jakavat käsityksen siitä, että tila sekä estää että mahdollistaa käytäntöjä ja toimintatapoja. Foucault'n (1980; 1998) mukaan ihmisen toimintaan, käsityksiin ja ajatuksiin vaikuttavat erilaiset ulkoisen ohjailun keinot. Lefebvre (1991, 33, 38–41, 50) puolestaan katsoo tilan kantavan olemuksessaan ideologioita ja arvostuksia. Foucault'n ajatuksia mukaillen esimerkiksi työpaikan tila voidaan ymmärtää hallinnan teknologiana, sosiaalisesti tuotettuna ja sosiaalista tuottavana suhteiden ja vallan verkostona. Fyysinen tila näyttäytyy näin yhtenä ihmisruumiin hallinnan muotona. (Foucault 1980; 1998, 99–103, 117–137.) Lefebvren sosiaalisen tilan näkemyksissä korostuu enemmän mahdollisuus tuottaa myös uutta toimintaa, kun taas Foucault näkee tilan sosiaalisia suhteita järjestävänä ja säätelevänä (Saarikangas 2006, 70–73).

Lefebvren tavoitteena oli tilan kokonaisvaltainen tarkastelu, joten hänen ajattelussaan tila koostuu useista, toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevista elementeistä. Hänen mukaansa inhimillistä tilaa ei tule tulkita vain neutraalina fyysisenä tilana, sillä sosiaalisilla käytännöillä ja yhteiskunnallisella kontekstilla on oma osuutensa tilan merkitysten muodostumisessa. Tilalle annettavat merkitykset rakentuvat siis materiaalin ja niihin liitettyjen arvostusten pohjalta. Merkityksenantojen moninaisuus ja ristiriitaisuus puolestaan juontuvat tilan käytäntöihin ja havaintoihin tilan edellyttämistä tai ohjaamista merkityksistä. (Lefebvre 1991, 260.) Tila siis saa merkityksensä ja se tuotetaan sosiaalisissa suhteissa, mutta samalla tila tuottaa sosiaalisia suhteita.

Tulkitsen Lefebvren näkemysten laajentavan Foucault'n ajattelua tilan roolista osana sosiaalista todellisuutta. Siinä missä Foucault'n ajattelussa tila näyttäytyy arkkitehtonisena, sosiaalisia suhteita jäsentävänä ja säätelevänä rakenteena sekä historiallisia merkityksiä tuottavana, painottuvat Lefebvren näkemyksissä myös tilan, sosiaalisten käytäntöjen ja tuotantomuodon väliset yhteydet.

Hän näkee tilan yhteiskunnallisen todellisuuden ja merkitysten tuottajana, ei Foucault'n tavoin vain kulloisenkin yhteiskunnan, ajan, merkitysten tai valtasuhteiden symbolisena heijastajana ja representaationa. (Saarikangas 2006, 70–71.) Sosiaalinen tila sisältää yhtäältä työvoimaan että tuotantoon liittyvien suhteiden uusintamista, sekä valtasuhteet ja tuotannon paikat. Jokaisella aikakaudella ja tuotantomuodolla on siis omanlaisensa tila, ja tilaa muuttamalla voidaan muuttaa yhteiskuntaa ja sen tuotantomuotoja. (Lefebvren 1991, 30–38, 46–47.)

Tutkielmassa sovellan sosiaalisen tilan teoriaa (Lefebvre 1991) tarkastellessani sitä, miten ihmiset ruumiillisina ja ammatillisina toimijoina tuottavat tilaa, ja miten tila puolestaan tuottaa ruumiillisia ja ammatillisia toimijoita terveydenhuollon avohoidon kontekstissa. Sosiaalisen tilan teoria muodostuu kolmesta, toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevasta ja samanaikaisesta, tilan tuottamista jäsentävästä ulottuvuudesta. Tämä kolminaisuuden dialektiikka (dialectic of triplicity) koostuu *tilallisista käytännöistä* (spatial practices), *tilan representaatioista* (representations of space) sekä *representaation tiloista* (spaces of representation). Tilan tuottaminen puolestaan on Lefebvren mukaan hajautunut ajallisesti ja paikallisesti eri tasoille: *havaitulle* (perceived space), *käsitetylle* (conceived space) ja *eletyille* (lived space) *tilalle*, jotka voivat limittyä toisiinsa ja olla ristiriidassa toistensa kanssa. Nämä käsitteellistykset tarjoavat teoreettisen työkalun tilan tutkimiseen yhtäaikaaisesti eri näkökulmista.

*Tilallisilla käytännöillä* Lefebvre kuvaa koettua arkipäiväisyyttä, itsestään selviä tiloja, sekä niihin liittyviä osittain tiedostettuja ja tiedostamattomia rutiineja ja käytäntöjä. Nämä tilalliset käytännöt pitävät sisällään myös tuotannon, eli tavat, joilla erilaisille instituutioille tyypillisiä paikkoja ja niiden tilallista järjestystä uusinnetaan. (Lefebvre 1991, 33, 38.) Arjen itsestään selvä tila voi olla esimerkiksi oma työpaikka. Siellä toimimiseen ja liikkumiseen syntyy päivittäin toistuvia rutiineja, tilallisia käytäntöjä, joita toistamalla työpaikan tilaa myös uusinnetaan. Tilallisia käytäntöjä tarkasteltaessa huomionarvoisia ovat fyysisessä tilassa tehdyt tilaratkaisut (Lefebvre 1991, 38). Esimerkiksi työpaikan toimitilat sisustuksineen voidaan ymmärtää tilaratkaisuuksina, jotka yhtäältä edustavat omanlaistaan tilallista kokonaisuutta ja lisäksi olettavat tilan käyttäjiltä tietynlaista käyttäytymistä. Tilallisten käytäntöjen yhteydessä Lefebvre puhuu myös *havaitusta tilasta*, joka määrittyy erityisesti arkisena havaitsemisena, paikkojen merkityksinä ja mielikuvina. Tilallinen käytäntö on kiinnittymistä fyysiseen tilaan, jolloin myös havaitseminen tarkoittaa visuaalisen havaitsemisen lisäksi tilan kokonaisvaltaista kehollista käyttämistä (Shields 1999, 160, 162–163).



Arkinen havaitseminen työpaikalla toimiessa voisi olla esimerkiksi työvälineiden sijaintiin syntynyt rutiini, jonka avulla käsi löytää tavarat tutuista paikoista ilman suurempaa etsiskelyä. Yhtäältä arkista havaitsemista on merkitysten ja mielikuvien muodostama käsitys esimerkiksi odotustilasta, joka mahdollistaa eteen tulevan tilan tunnistamisen odotustilaksi, mikäli se täyttää havainnoijan aiempien kokemusten perusteella odotustilan ominaisuudet.

*Tilan representaatiot* tarkoittavat abstraktia tilaa, joka kytkeytyy osaksi poliittisia ja sosiaalisia käytäntöjä (Lefebvre 1991, 38–41, 50). Niihin liittyy teoreettisia ja ideologisia näkemyksiä sekä tuotantosuhteisiin yhteydessä olevia käsityksiä (Shields 1999, 161, 163). Tilan representaatiot ovat siis viralliseen järjestykseen pohjautuvia, viranomaisten, poliitikkojen, suunnittelijoiden ja insinöörien näkemyksiä tilasta sekä heidän näkemystensä pohjalta toteutettuja tiloja (Lefebvre 1991, 33, 38–39). Työpaikan tilan representaatio koostuu näin lakien ja asetusten vaatimuksista, työn ominaispiirteiden huomioinnista sekä kulloistenkin suunnittelutrendien vaikutuksista. Kysymys vallasta määrittellä tilaa on siis osa tätä tilan muotoa. Tilan representaatioiden yhteydessä Lefebvre kirjoittaa myös *käsitetyistä tilasta*, jolla hahmotetaan käsityksiä siitä mitä tila on, mihin sitä kuuluu käyttää, millaisin säännöin ja keiden toimesta.

Lefebvren (1991, 33, 38–39) mukaan tilan representaatiot pyrkivät määrittämään tilallisia käytäntöjä. Tilat suunnitellaan aina jotakin toimintaa varten, jolloin ne myös tuotetaan edistämään toivotunlaista toimintaa. Tästä syystä fyysiset tilat ohjaavat tilan käyttäjiä käyttäytymään tietyllä tavalla tai ne voivat kutsua mukaan toivotunlaiseen toimintaan. Suunnittelijoiden ratkaisut asettavat tilassa toimimiselle ehtoja ja oletuksia, jolloin tilan representaatiot vaikuttavat havaittuun tilaan ja tulevat osaksi ihmisten arkista toimintaa ja kokemusta. Työpaikalla tilan representaatiot näkyvät esimerkiksi fyysisinä paikkoina erilaisten työtehtävien toteuttamiselle, sekä ohjeina tietyn työvaiheen suorittamisesta tietyssä paikassa. Tilan representaatiot ohjaavat sitä, millaisiksi tilalliset käytännöt muodostuvat, miten tilaa havaitaan ja miten siinä voi toimia ruumiillisesti ja ammatillisesti. Foucault'n ajatuksia mukaillen tilan representaatiot muistuttavat tarkkailun mahdollisuudesta. Tilan käyttäjä sisäistää ulkoisen kontrollin, joka muuttuu itsen hallinnaksi ja kontrolloinniksi. (Foucault 1998, 38–39.)

*Representaation tiloilla* Lefebvre (1991, 33–39, 41–42) tarkoittaa ihmisten kokemuksia, elettyä elämää, sekä ihmisten tiloille antamia merkityksiä arkipäiväisessä käytössä. Hänen mukaansa representaation tilat kumpuavat aikaisemmista muistoista, unelmista, mielikuvista ja symboleista,

eivätkä ole sääntöjen kahlitsemia. Representaation tilat ovat myös *elettyä tilaa*, jossa kyseenalaistetaan vallitsevia käsityksiä ja tuotetaan tilalle uusia merkityksiä. Eletty tila kytkeytyy myös uusia tiloja tuottaviin tilallisiin käytäntöihin, joilla rikotaan ja kyseenalaistetaan hegemonisessa asemassa olevia käsityksiä tilasta. (Shields 1999, 161, 163.) Eletty tila myös rikkoo jaottelua konkreettiseen ja abstraktiin tilaan ja tuottaa vaihtoehtoisia tapoja kuvitella ja käyttää tiloja. Lefebvren ymmärryksen mukaan tilallisuuden luonteeseen kuuluu se, että ihmiset voivat ottaa siitä etäisyyttä ja tuottaa tilaa omista lähtökohdistaan. Fyysisellä tilalla ei siis täysin voida kontrolloida tai hallita ihmisiä ja heidän käyttäytymistään. Esimerkiksi työpaikan tilat voivat siis pyrkiä ohjaamaan tilan käyttäjiä tietynlaisiin työskentelyn tapoihin, mutta tilan käyttäjät voivat yhtäältä toimia toisin ja luoda näin omista lähtökohdistaan tilallisia käytäntöjä, työtilan käyttötarkoituksia ja tilan merkityksiä eli uudenlaista sosiaalista tilaa.

### 3.2. Työruumis terveydenhuollossa

Työ terveydenhuollossa on monin tavoin ruumiillista. Ruumiilla liikutaan, nostetaan ja kannatellaan sekä viestitään sanoin ja sanattomasti. Lisäksi ruumis on tutkimuksen ja hoidon kohde työssä. Tätä työn ruumiillista ulottuvuutta voidaan hahmottaa työruumiin käsitteellä. Jaana Parviainen, Taina Kinnunen ja Ilmari Kortelainen (2016, 16–21) sijoittavat työn ruumiillisuuden tutkimuksen alun Arlie Hochschildin (1983) havaintoihin lentoemäntien emotionaalisesta työstä (emotional labour). Sittemmin esteettinen työ on noussut tutkimusaiheeksi emotionaalisen työn ohella. Esteettisessä työssä edellytetään tunteiden hallitsemisen lisäksi taitoa sovittaa ja muokata omaa ulkonäköä vaadittujen työtehtävien ja työnantajan brändin osaksi (mm. Warhurst & Nickson 2001; Witz ym. 2003).

Parviainen ym. (2016) jaottelevat työtuumiin teoreettiset jäsenystavat viiteen toisistaan eri tavoin poikkeaviin ja osin päällekkäisiin tai rinnakkaisiin lähestymistapoihin. Sosiologiassa työruumista on lähestytty usein Foucault'n valta-ruumis-analytiikkaa ja Butlerin sukupuolen performatiivisuutta hyödyntävällä diskursiivisella tai Bourdieun habituksen ja pääoman käsitteisiin tukeutuvalla representatiivisella otteella. Representatiivisten lähestymistapojen kritiikiksi Parviainen ym. asettavat esimerkiksi Merleau-Pontyn (1964) eletyn kehon käsitteeseen tukeutuvat tai kriittistä fenomenologista sukupuolentutkimusta (Grosz 1994; 1995; 2001) soveltavat fenomenologiset lähestymistavat sekä Deleuzen ja Guattarin affektikäsitykseen pohjaavat affektiteoreettiset tutkimussuuntaukset. Viidenneksi ruumisteoreettiseksi lähestymistavaksi Parviainen ym. (2016, 18–

19) nimeävät ruumiin tilallisuuden analyysin. Tässä tutkimussuuntauksessa tilallisuus voidaan ymmärtää esimerkiksi ruumiiden välisenä etäisyytenä, paikantumisena tilaan tai ruumiiden ja muun materiaalisuuden verkostona, johon myös valtarakenteet kytkeytyvät. Teoreettisesti lähestymistapa pohjautuu muun muassa Latourin (1993) toimijaverkostoteoriaan, Goffmanin (1959) arkipäivän esittämiseen kytkeytyviin tilallisuuden käsitteisiin, Foucault'n (1980) tila–valta-analytiikkaan sekä Lefebvren (1991) sosiaalisen tilan analyysiin.

Näiden työruumiin teoreettisten jäsenysten osalta tutkielmassani yhdistyvät yhtäältä Foucault'n ajatuksia soveltava diskursiivinen lähestymistapa sekä ruumiin tilallisuuden analyysissä Foucault'n ja Lefebvren näkemyksiin kytkeytyvät suunnat. Tutkielma kiinnittyy näiltä osin myös sukupuolentutkimukseen ja feministiseen tilatutkimukseen.

Lefebvren (1991, 50, 167–228) mukaan tilan kolme ulottuvuutta ovat ymmärrettävissä vain suhteessa ruumiiseen: tila on olemassa suhteessa subjektin ruumiiseen ja yhtäältä subjekti on tilassa ruumiillaan kulloisessakin kulttuurisessa kontekstissa. Subjektin ruumis on siis tilan tuottama ja tilan tuottaja. Esimerkiksi *tilalliset käytännöt* toteutuvat ruumiin toiminnan, aistien ja havaintojen kautta ei-diskursiivisina käytäntöinä sekä yhtäältä diskursiivisina merkityksenantoina (Foucault 1980; Alasuutari 2007, 108). Eletyn ruumiillisuuden Lefebvre (1991, 50, 167–228) puolestaan näkee ilmenevän monilla tasoilla. Se tapahtuu suhteessa kulttuuriin perinteisiin ja symboleihin luoden käsitystä läsnäolosta. Tilan käyttäjät myös eroavat toisistaan muun muassa sukupuolen, luokan ja iän osalta, mikä on Lefebvren mukaan otettava huomioon tarkastellessa tilaa ja ruumiillisuutta. Koemme siis asioita tilan kautta, kun fyysinen rakennettu tila, ruumiilliset tilakokemuksemme sekä mielikuvamme sekoittuvat arjessa keskenään (Tolonen 2002, 77).

Rakennuksen suunnitteluprosessissa tuleviin käyttäjiin liitetään julkilausuttuja ja lausumattomia oletuksia. Tilajärjestyksiä suunnitteleamalla pyritään usein tietoisesti vaikuttamaan esimerkiksi käyttäjien liikkumiseen ja kohtaamiseen. (Saarikangas 2006, 14–15.) Työtiloja suunniteltaessa nämä *tilan representaatiot* rakentuvat suhteessa oletuksiin tilan käyttäjistä ja käyttötarkoituksista. Näin ollen työntekijöihin ja muihin tilan käyttäjiin kohdistuvat sosiaaliset ja yhteiskunnalliset oletukset heijastuvat fyysisessä toimintaympäristössä. Myös työn teknologiat, kuten välineet ja toimintamallit, välittävät erilaisia hallinnollisia säädöksiä ja tuotannollisia odotuksia käyttäjiensä toteutettaviksi. Työpaikka fyysisenä tilana säätelee paitsi tilan käyttämistä myös liikkumista, äänen ja ajan käyttöä sekä ruumiillisuutta. Työpaikka fyysisenä tilana ja rakennuksena luo siis puitteet sekä

virallisille että informaaleille työskentelykäytännöille. Samalla tila toimii hallinnan teknologiana, joka ohjaa ihmisruumiin olemisen tapoja. (Foucault 1980, 34, 217; 1998, 99–103, 117–137.) Näiden voidaan myös nähdä välittyvän tilan käyttäjiin ja muotoilevan heitä, ruumiillistuvan kehoissa ja sosiaalisissa suhteissa. Tätä näkökulmaa sovellan tarkastellessani, miten tila tuottaa ruumiillisia ja ammatillisia toimijoita.

Edellä kuvatut näkökulmat toistuvat muun muassa Kinnusen ym. (2017) tutkimuksessa, jossa tuodaan esiin avointen toimistotilojen vaativan uudenlaista ruumiillisuuden hallintaa ja esittämistä. Vastaavasti muun muassa Eräsaari (2004) on analysoinut julkisen sektorin organisaatio- ja toimitilamuutosten työntekijöiltä vaatimaa ruumiillista joustamista. Erityisesti terveys- ja hyvinvointialojen työruumista on sosiologisessa tutkimuksessa käsitelty aikaisemmin keskittyen esimerkiksi hoivatyöntekijöiden ja hoivattavien ruumiiden läheisyyteen (esim. Cohen 2011; Twigg 2006; Mustakallio 2021) ja terveysalan ruumiillisen työn arvoon (esim. Rajala 2016; Tedre 2004). Lisäksi esimerkiksi Anna Harris (2011) on tutkimuksessaan käsitellyt terveydenhuollon työvälineiden rutinoitunutta käyttöä ja uuteen työympäristöön reflektoitumista.

### 3.3. Professionaalisuus terveydenhuollossa

Sosiologisessa tutkimuksessa ammatin eli profession käsitteellä on varsin vakiintunut merkitys. Professioniin tai professionaaliin ammatteihin liitetään erityistietämykseen pohjautuva työskentely sekä ammattikunnan sisäisen kontrollin eli vastuuvalvoa ammattikunnan toimintaa ja määrittellä työn eettiset periaatteet (Freidson 1984; Noordegraaf 2007). Lisäksi monien professionien tapauksessa ammattikunnan edustajat toimivat portinvartijoina oikeudelle harjoittaa ammattia (Olakivi 2017, 108–109).

Sosiologisessa professionitutkimuksessa ammatteja on perinteisesti tarkasteltu erilaisina suhteiden järjestelminä (esim. Hughes 1984; Abbott 1988; Brante 1988) keskittyen esimerkiksi ammattien yhteiskunnalliseen valtuutukseen (esim. Hughes 1984; Wrede 2010) sekä eri ammattien välisiin suhteisiin (esim. Hughes 1984; Brante 1988). Julia Evetts (2003) jakaa professionien yhteiskunnallisia tehtäviä tarkastelevan sosiologisen tutkimuksen optimistiseen, professionikriittiseen sekä näitä kahta yhdistelevään tutkimusperinteeseen. Näistä optimistinen näkökulma tarkastelee professionia yhteiskunnallisesti tärkeitä tehtäviä toteuttavina yhteisen hyvän edistäjinä (esim. Brante 1988), kun taas professionikriittinen näkökulma lähestyy professionia oman ryhmänsä etuja ajavina (esim. Riska

2010). Näitä yhdistävä näkökulma puolestaan korostaa valtion roolia professioita etäältä ohjaavana toimijana, joka kätkeytyy itsenäiseltä vaikuttavan oman edun ja yhteisen hyvän tavoittelun taakse (esim. Evetts 2003), ja jolla on väestön terveyteen liittyviä intressejä (Julkunen 1994). Suomessa terveysprofessioihin on suhtauduttu enimmäkseen yhteiskunnallisen hyvän edistäjinä, ja ammatit ovat saaneet osakseen paljon arvostusta (Olakivi 2017, 107–108).

Kilpailevien professioteorioiden rinnalla sosiologiassa vaikuttaa myös diskursiivisen professiotutkimuksen perinne, jossa kiinnostus kohdistuu professioita koskevaan tietoon, vaikutelmiin, kommunikaatioon, merkityksenantoon ja materiaalisiin suhteisiin valtasuhteet mukaan lukien (Olakivi 2017, 119–120). Tästä näkökulmasta tarkasteltuna professioteorioiden välillä ei tehdä laadullista eroa (emt. 119), vaan tutkimuksessa voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, miten terveysprofessioiden edustajat konstruoivat itsensä yhteisen hyvän edistäjinä argumentoidessaan toiminnan tehokkuudesta (ks. Olakivi & Niska 2017).

Aikaisemmassa terveysprofessioita koskevassa sosiologisessa tutkimuksessa on havaittu, että ammattikunnille ”annetut” valtuudet tai luvat voivat muuttua ajan kuluessa (Wrede 2010). Tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota esimerkiksi siihen, kuinka näkemyksellä omaa etuaan ajavista ammattilaisista on oikeutettu professioiden aiempaa tiukempaa taloudellista kontrollia ja tulosvastuuta (Julkunen 2004; Noordegraaf 2007; Moffatt ym. 2014; Waring 2014; Wrede ym. 2017). Terveystalouden käsittelevässä professiotutkimuksessa esimerkiksi hyvinvointipalveluiden uusien normien ja uuden julkisjohtamisen käytäntöjen nähdään suuntaavan professionaalista toimintaa uudella tavalla (Julkunen 2004; Jespersen & Wrede 2009; Tummers ym. 2009).

Toiminnan uudelleen suuntautuminen kytkeytyy tutkimuksissa muun muassa johtamisjärjestelyiden uudelleenrakentamiseen. Terveystaloudessa työskentelee monia ammattiryhmiä, joilla on perinteisesti ollut myös omat hallintonsa ja johtajansa. Esimerkiksi lääkäreiden keskuudessa työn johtamisen ja arvioimisen on nähty kuuluvan omalle ammattikunnalle, kun taas esimerkiksi hoitajien ammattikunta omine johtajineen on ymmärretty alisteisena lääkäreille (Jespersen & Wrede 2009; Wrede ym. 2017). Tämän on nähty aiheuttavan työarjessa epäselvyyksiä esihenkilö–alaisyhteisöissä sekä tuottavan valta- ja vastuuongelmia, minkä vuoksi johtamiskulttuurien moninaisuus on käsitteellistetty alan ongelmaksi. (Esim. Viitanen ym. 2007, 115; Wiili-Peltola 2005; Tuomiranta 2002, 19, 113.)

Terveysprofessionien nähdään yleisesti ottaen olevan muutoksessa, sillä ihmisten terveydestä huolehtimaan ja hyvinvoinnin ylläpitoa tukemaan on syntynyt uusia ammattikuntia (Postma ym. 2015; myös Olakivi & Niska 2016; Wrede ym. 2017, 85). Alalla leviävät kansainväliset ideat muun muassa sairaanhoitajien erikoistumisesta, moniammatillisista tiimeistä sekä johtajuuden erilliseksi tehtäväksi erottamisesta. Näiden hoitotyötä uudelleen järjestävien mallien nähdään haastavan ammatin perinteiset ideologiat (Wrede 2012). Lisäksi kustannussäästöjen ohella työnjaon muutokset tavoittelevat hoitajien ammattitaidon laajempaa hyödyntämistä, ammatillisen kehittymisen mahdollistamista sekä terveydenhuollon päätösvallan hajauttamista (Jolanki & Sinervo 2016, 77).

Terveydenhuollon kehittämisen ja tehtävien muuttumisen on otaksuttu vaikuttavan professionien asemaan ja arvoihin. Sirpa Wreden ym. (2017) mukaan aihetta lähestyvät tutkimukset ovat keskittyneet kolmenlaisiin oletuksiin, joista ensimmäinen tarkastelee muutoksen estämisen mahdollisuuksia, toinen tasapainon saavuttamista ja kolmas professionien aseman ja arvojen muutosta. Ensimmäinen näkökulma lähtee liikkeelle havainnoista, joiden mukaan taloudellisten ja määrällisten mittareiden sekä tulosvastuun korostamisen myötä terveydenhuollon arvot ja eettiset periaatteet ovat muuttuneet (Wrede ym. 2017). Kun professionaalit arvot ja taloudellistuneet arvot törmäävät, aiheuttaa se tutkimusten (Julkunen 2004; Tummers ym. 2009; Eräsaari 2010) mukaan jännitteitä ja ristiriitoja terveydenhuollon organisaatioissa. Terveysprofessionien edustajat usein vastustavat taloudellista ohjausta. Vaikuttamaan onnistuvan vastarinnan on kuitenkin havaittu kytkeytyvän professionien asemaan ja arvostukseen yhteiskunnassa. (Doolin 2002.) Vastarinnan mahdollisuuksien tutkimisen ohella on esitetty, että uudet terveydenhuollon organisaatiot onnistuisivat paikallisesti saavuttamaan tilapäisen tasapainon professionaalisten arvojen ja markkinalogiikan välillä (Waring 2014). Tämä tasapainoilu on käsitetty professionaalisen strategiana, jossa uusia tehtäviä tai toimintaperiaatteita omaksumalla terveysprofessionit pystyisivät säilyttämään vanhoja käytäntöjä ja autonomiaansa (Carvalho 2014). Yhtäältä kehityksen on nähty muuttavan professionien yhteiskunnallisten ja sosiaalisten tehtävien merkitystä sekä suuntaavan terveysprofessionit markkinaehtoisiksi toimijoiksi (Noordegraaf 2007; Waring 2014). Nämä muutossuunnat ymmärretään riippuvaisiksi ammattilaisten institutionaalisista asemista ja toimintaympäristöistä (Olakivi 2017, 114).

Tutkielmani kytkeytyy professiososiologiaan keskusteluihin. Pohdin toimintaympäristön suhdetta professioiden institutionaalisiin asemiin. Toimintaympäristön käsitän tutkielmassa terveysaseman sosiaalisena tilana. Lisäksi tutkielma linkittyy diskursiiviseen professiososiologiaan tarkasteltaessa sitä, kuinka tila konstruoi käyttäjiään. Vastaavia kysymyksiä tarkastelevaa tutkimusta ei juurikaan ole tehty terveydenhuollon tai professiososiologian kontekstissa. Esimerkiksi Daria Litvina, Anastasia Novkuns kaya ja Anna Temkina (2020) ovat kuitenkin tarkastelleet sitä, kuinka lääkäreiden toiminnan rajoittaminen (esimerkiksi välineiden puute) tuottaa moraalista ja eksistentiaalista haavoittuvuutta potilaiden parissa työskenteleville. Sen sijaan yleisemmin yksityisen ja julkisen sektorin konteksteissa on tarkasteltu tilan käyttöä osana ammatti-identiteetin rakentumista (esim. Thrift 2000) sekä työtiloja statuksen, vallan ja itsenäisen työn osoituksena tai hierarkkisia asemia ilmentävinä (esim. Eräsaari 1995, 120–126; Dale & Burrell 2007; Tyler & Cohen 2010; Kinnunen ym. 2017, 111; Peteri ym. 2020).

Terveysprofessioiden edustajiksi lasken tässä tutkielmassa kaikki potilastyötä tekevät työntekijät, eli haastatellut lääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja erilaiset hoitajat. Vaikka näiden ammattikuntien välillä ja myös sisällä on paljon eroja, perustuvat kaikki erityistietämykseen pohjautuvaan työskentelyyn ja vaativat luvan käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä tai toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lisäksi ammattikunnat ovat määritelleet työnsä eettisiä periaatteita, mikä kiinnittää ammatinharjoittajia omanlaiseensa arvomaailmaan ja sen mukaisiin ammatillisiin ja toiminnallisiin tavoitteisiin organisatoristen päämäärien sijaan (esim. Wiili-Peltola 2005, 43–45).

Aineiston pohjalta tulkitsen terveysprofessioiden muodostavan työpaikalla myös selviytymis- ja tulkintayhteisön tai yhteisöjä. Marek Korczynskin (2003) määrittelee selviytymisyhteisöt (community of coping) emotionaalista työtä (Hochschild 1983) tekevien yhteisöiksi, jotka voivat muodostaa merkittävän osan työpaikan sosiaalisista suhteista (Korczynski 2003, 58). Selviytymisyhteisöjen voidaan nähdä muodostavan niin kutsutun tulkintayhteisön, jossa jaetaan samantapainen käsitys esimerkiksi työpaikan nykyisestä tilasta ja työn tekemisestä (emt.). Selviytymisyhteisöjen toiminnan huomioiminen ja edesauttaminen työn organisoinnissa ja johtamisessa voi auttaa ylläpitämään työpaikan sosiaalista järjestystä (May ym. 2002) ja vähentää henkilöstön vaihtuvuutta (Korczynski 2003). Yhtäältä selviytymisyhteisöt voivat asettaa haasteita

työyhteisön sivuuttavalle johtamiselle sekä mahdollistaa hallintokäytäntöjen kriittisen arvioinnin (Korczyński 2003).

### 3.4. Tutkimusasetelma ja -kysymykset

Tutkielmassa olen kiinnostunut siitä, miten tilaa tuotetaan ja kuinka tila tuottaa käyttäjiään suomalaisen avoterveydenhuollon kontekstissa. Lähestyn tutkielmassa aihetta konstruktionistisesta näkökulmasta, eli keskityn tarkastelemaan sosiaalisia käytäntöjä sosiaalisen todellisuuden tuottajina. Tarkastelen työtilaa, työssä tarvittavaa esineistöä sekä työpaikan käytäntöjä teknologioina, jotka muotoilevat ja tuottavat terveydenhuollossa työskenteleviä ja heidän välisiä suhteitaan. Yhtäältä olen kiinnostunut työntekijöiden itsensä työtilalle antamista merkityksistä ja tilan tuottamisesta terveysasemalla.

Tutkielmani aineistot mahdollistavat teemojen tarkastelun toimitiloiltaan ja osin toimintakäytännöiltäänkin uusitun terveysaseman kontekstissa. Lähestyn materiaalisen työympäristön uudistamista inhimillisen toiminnan ja sosiaalisten rakenteiden muokkaamiseen kytkeytyvänä. Ei-inhimilliset toimijat, kuten rakennetut tilat tai esineistöt, rakentavat ihmisten välisiä suhteita ja käytäntöjä, sillä ne yhtäältä tuovat näitä suhteita esille, että peittävät niitä (Gieryn 2002, 42–44, 38–39). Esimerkiksi kun työympäristöjä muutetaan, jotkin työn tekemisen käytännöt voivat muuttua tai jäädä pois. Hahmotan tilan ja artefaktit diskursseja sekä mahdollistavina että rajaavina (Brown, Middleton & Lightfoot 2001). Ne ovat yhtäältä riippuvaisia siitä, miten niitä kuvataan ja käytetään tai kuinka niistä keskustellaan, mutta rajaavat samalla kuvaamisen, keskustelun ja käyttämisen mahdollisuuksia. Fyysisestä maailmasta puhuminen sekä siinä toimimismme tavat muovaavat osaltaan ymmärrystämme maailmasta, jolloin diskurssiiviset käytännöt voivat johtaa muutokseen myös materiaalisessa maailmassa (Brown ym. 2001, 129). Työtilojen uudistamiseen liittyy siis myös kysymys vallasta: työn tekemisen ympäristöt muotoilevat käyttäjänsä ja tilassa tehtävää työtä, mutta mahdollisuudet osallistua tilojen suunnittelutyöhön ovat harvoin täysin tasavertaisia.

Vaikka artefaktit vaikuttavatkin inhimillisen toiminnan muotoihin ja mahdollisuuksiin, on niitä myös mahdollista muotoilla uudelleen. Tämä uudelleen muotoilu voi olla yhtäältä fyysisen materian muokkaamista kuin diskurssiivista uudelleen tulkintaa ja merkityksellistämistä. (Gieryn 2002, 41; Lefebvre 1991.) Tilan merkitykset tuotetaan yhdessä fyysisen tilan, tilan käytäntöjen ja diskurssiivisen



tason kanssa (Foucault 1976, 39), mistä syystä tarkastelen tilan tuottamista sekä kielellisenä että ei-kielellisenä prosessina kiinnittämällä huomiota esimerkiksi siihen, kuinka puhujat orientoituvat materiaaliseen tilaan ja sen esineistöön.

Tutkielmassa kysyn: *Millaisia merkityksiä työympäristölle annetaan perusterveydenhuollon avohoidossa?* Lisäksi olen kiinnostunut siitä, *millaisia työntekijän ammatillisia ja ruumiillisia asemia uudistetut terveysaseman tilat tuottavat.* Näiden kysymysten kautta pyrin tarkastelemaan ja tekemään havaintoja uudenlaisesta terveysasemasta työpaikkana. Tutkielman tavoitteena on tuoda yhteen keskusteluja terveydenhuollon uudistuvien organisaatioiden ja konkreettisten toimintatilojen muutoksista sekä työntekijöiden positioista suhteessa näihin muutoksiin. Näiltä osin tutkielma kytkeytyy myös osaksi sellaista Lefebvren (1991, 92) hahmottelemaa tilan kritiikkiä, joka huomioi tilan paitsi kehyksenä jokapäiväiselle elämiselle, myös elämisen tapoihin sekä elollisten ruumiisiin vaikuttavana toimijana ja yhteiskunnallisen hallinnan muotona. Terveysasemien tiloja uudistettaessa muokataan myös tilan käyttäjiä sekä käsityksiä terveyden edistämisestä ja sairauksien hoidosta (Martin ym. 2015). Lähestyn kysymyksiä analysoimalla sosiaalisen tilan rakentumista eräällä Suomessa toimivalla terveysasemalla. Esittelen seuraavassa luvussa tarkemmin tutkielman aineistoa ja sen analyysissä tekemiäni metodologisia valintoja.

## 4. Tutkielman toteutus

Tässä luvussa käyn läpi tutkielman toteuttamisessa tekemiäni valintoja. Esittelen tutkielman aineiston taustoineen ja laajuuksineen. Käsittelen myös tutkielman tekoa ohjanneita tutkimuseettisiä näkökulmia ja esittelen analyysissä hyödyntämiäni metodisia lähestymistapoja. Lisäksi tuon esiin, kuinka olen sovittanut yhteen tutkielman teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat aineiston analyysissä.

### 4.1. Aineisto ja tutkimuseettiset kysymykset

Tutkielmani aineisto koostuu kolmesta erilaisesta aineistosta, joista kaksi ensimmäistä olen saanut käyttööni tehdessäni tutkielmaa osana akatemiaturkija Virve Peterin *Ergonomics gone naff?* - tutkimusprojektia. Kolmannen aineiston olen kerännyt itse. Ensimmäinen aineisto pitää sisällään terveysaseman työntekijöiden ja johtohenkilöiden haastatteluita. Toinen aineisto koostuu Peterin havaintomuistiinpanoista haastateltujen työpaikalla ja kolmas on itse tuottamani

havainnointiaineisto samaisen paikan julkisista tiloista. Kolmesta aineistosta haastatteluaineisto on tutkielman analyysissä ensisijalla havaintomuistiinpanojen tukiessa analyysiä etenkin tutkielman analyysin ensimmäisessä osassa.

Tutkielmassa analysoimani haastatteluaineisto on kerätty 2010-luvun loppupuolella haastatteleamalla Suomessa sijaitsevan terveysaseman henkilöstöä ja organisaation johtoa. Haastatteluun osallistujien työorganisaatiossa on tehty työskentely- ja vastaanottotiloissa laajoja muutoksia, joista merkittävin lienee tietojärjestelmien uusimisen lisäksi luopuminen henkilökohtaisista työpisteistä ja vastaanottohuoneista. Niiden varaamista ja jyvittämistä eri työntekijöille organisoi digitaalinen järjestelmä. Puolistrukturoidulle haastattelulle tyypillisesti (Eskola & Suoranta 1998, 86) osallistujat ovat voineet haastatteluissa vastata varsin vapaasti, mistä syystä aineisto pitää sisällään runsaasti puhetta myös työympäristöstä ja soveltuu näin valmiina aineistona jatkotutkimuskäyttöön.

Haastatteluaineisto koostuu kahdestatoista haastattelusta, joista neljä on ryhmähaastatteluita. Haastatteluihin on osallistunut yksi tai kaksi haastattelijaa sekä yhdestä neljään (1–4) haastateltavaan. Haastateltuja on yhteensä 22. Osanottajista 18 on joko lääkäreitä, hoitajia, fysioterapeutteja tai psykologeja. Kolme haastateltua on työpaikallaan johtavassa asemassa ja yksi haastateltu työskentelee muiden terveysaseman tukipalveluiden parissa. Keskityn tutkielmassa erityisesti kahdeksaantoista potilaiden parissa työskentelevään. Haastattelut on toteutettu Tampereen yliopiston tiloissa ja ajallisesti niiden kesto on ollut reilusta puolesta tunnista noin kahteen tuntiin. Haastattelut on osallistujien luvalla nauhoitettu ja muutettu tekstimuotoon litterointipalvelun puolesta. Pseudonymisoidut litteraatiokumentit ovat pituudeltaan 12–48 sivun mittaisia, yhteensä 294 sivua.

Havainnointiaineistot tukevat haastatteluaineistoa tutkielman analyysissä. Laajuudeltaan havainnointiaineisto on haastatteluaineistoa merkittävästi suppeampi. Aineisto koostuu Peterin neljän liuskan muistiinpanoista, jotka on koottu samaan aikaan edellä kuvattujen haastattelujen kanssa, sekä itse koostamastani kolmen liuskan muistiinpanoista helmikuulta 2020. Havainnointiaineiston suppeus sekä Peterin muistiinpanojen hyödyntäminen selittyvät keväästä 2020 alkaen levinneellä koronaviruspandemiolla, joka päätti havainnointiaineiston tuottamisen ensimetreilleen. Vieraillessani terveysasemalla vietin sen julkisissa aula- ja käytävätiloissa vajaan tunnin tarkastellen paikan ulkoisia piirteitä sekä ihmisten liikkumista tilassa. Käyntini pääasiallinen

tarkoitus oli tutustua paikkaan sen tarkemman havainnoinnin suunnittelemiseksi, eli minua kiinnostivat esimerkiksi tarvittavien havainnointipaikkojen määrän ja havainnointiin tarvittavan ajan kartoittaminen. Olemme myös keskustelleet yhdessä Peterin kanssa molempien havainnoista, mikä vahvistaa havaintojen ja päätelmien luotettavuutta (Denzin 1978).

Havainnointiaineiston suppeudesta johtuen tutkielmaa voisi luonnehtia etnografisesti inspiroituneeksi diskursiiviseksi tutkimukseksi. Suppeudestaan huolimatta katson havainnointiaineistojen sisällyttämisen tutkielmaan olevan perusteltua, sillä haastatteluaineiston merkityksenannot kytkeytyvät olennaisesti tähän materiaaliseen tilaan. Lisäksi havainnointi ja tilan tunteminen ovat väistämättä vaikuttaneet haastatteluaineiston analysointiin.

Etnografistyyppinen tutkimusote tutkielman kohdalla tarkoittaa yhtäältä itse toteuttamaani osallistumatonta havainnointia kentällä, eli terveysaseman tiloissa, sekä käyttöni saamien havaintomuistiinpanojen lukemista. Havainnointi tiedon tuottamisen menetelmänä lukeutuu klassiseen etnografiseen kenttätyön perinteeseen ja korostaa tutkijan roolia analyttisenä tarkkailijana (Malinowski 2007, 52–53). Omakohtaista kenttätyötä ei kuitenkaan pidetä välttämättömänä etnografisen tutkimusotteen hyödyntämiselle, vaan myös toisen käden aineiston tarkastelu on mahdollista (Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014, 12). Etnografia itsessään on prosessimaista työskentelyä, jossa alustavat tutkimus- ja kenttätyösuunnitelmat sekä kysymykset muotoillaan teorian ja aiemman tiedon pohjalta. Kuitenkin tutkimus itsessään rakentuu monisuuntaisena vuoropuheluna teorian, aineiston, kentän ja kysymysten välillä sosiaalisena tuotoksena. (Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014, 11, 16; Malki 2007.)

Tutkimusprosessin eettisyys asettuu ensiarvoisen tärkeäksi niin etnografisen kuin feministisenkin tutkimuksen kontekstissa (Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014, 9; Ackerly & True, 2010). Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2019) ihmistieteiden eettiset periaatteet jakautuvat tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingon välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan. Tutkielman teossa olen parhaani mukaan noudattanut näitä hyvän ja eettisen tieteenteon periaatteita.

Tutkittavien itsemääräämisoikeus on otettu huomioon hankkeen aineistonkeruussa ja sen jatkokäsittelyssä. Aineiston koostaminen tiedon tuottamisen prosessina on kuitenkin myös itsessään sosiaalinen ja valtasuhteita sisältävä prosessi (Ramazanoglu & Holland 2002). Kun

tutkimuskohteena on kokonainen organisaatio ja tutkimuksen toteuttamisella on organisaation johdon tuki, on aineiston keruussa ja analysoinnissa huomioitava eri toimijoiden asemat toisiinsa nähden. Tällaiset tilanteet saattavat esimerkiksi asettaa työntekijät asemaan, jossa on mahdollista kokea painetta osallistua tutkimukseen ikään kuin osana työtä. Lisäksi ryhmähaastatteluissa ihmisten välinen aikaisempi vuorovaikutus sekä heidän asemansa organisaatiossa voivat tuoda oman lisänsä haastattelun kulkuun. Muun muassa nämä kysymykset on aineistonkeruussa huomioitu siten, että vapaaehtoiseksi haastateltavaksi on ollut mahdollista ilmoittautua ilman että tieto osallistumisesta tai osallistumattomuudesta välittyy muulle työyhteisölle. Ryhmähaastatteluissa puolestaan haastateltavat ovat itse koonneet haastattelussa olevan ryhmän samaa työtä tekevästä tai muuten itselleen läheisistä kollegoista.

Tutkielman aineistojen kontekstissa vahingon välttäminen tutkimuseettisenä periaatteena kytkeytyy vahvasti yhteen yksityisyyden ja tietosuojan periaatteiden kanssa. Olen aineistot käyttöön saadessani sitoutunut niiden eettiseen käsittelyyn sekä tietosuoja- ja salassapitoperiaatteiden noudattamiseen. Minulla ei ole tietoa haastateltujen henkilöllisyyksistä ja myös havaintomuistiinpanoissa olen jättänyt tiloissa havainnoinnin aikana olleiden henkilöiden tiedot ja piirteet kirjaamatta keskittyen havainnoimaan tilaa ja ihmisten siinä liikkumista. Kirjoittaessani ja käsitellessäni aineistoa pyrin parhaani mukaan huolehtimaan niin organisaation kuin osallistuvien ihmisten tunnistamattomuudesta. Kyseisen alan toimijat ovat Suomessa suhteellisen helposti tunnistettavissa esimerkiksi omistussuhteiden, toiminta-alueiden tai henkilöstön määrän perusteella. Yksityisyyden ja tietosuojan huomioiminen tämän tutkielman kontekstissa tarkoittaa näin ollen paitsi aineistojen käsittelyn ja säilyttämisen huomiointia, myös sitä, etten voi tuoda esiin kovinkaan tarkkoja tunnistetietoja aineistosta. Lisäksi olen käsitellyt esimerkiksi tutkielmaan nostamiani aineisto-otteita muuttamalla, poistamalla tai kategorisoimalla tunnistetietoja. Terveystieteiden henkilöstöön kuuluu monia eri ammattiryhmiä, ja myös ammattiryhmien sisällä on esimerkiksi koulutukseen perustuvia eroja. Osallistujien tunnistamattomuuden vuoksi olen pelkistänyt haastateltujen ammattinimikkeitä ja tuon niitä esiin vain, jos puhujan taustalla on analyysin kannalta merkitystä, eikä näin toimiminen vaaranna henkilön tunnistamattomuutta. Vastaavasti olen pelkistänyt muiden organisaatiossa työskentelevien tarkat nimikkeet.

Tietosuojaan ja yksityisyyteen linkittyvien kysymysten ohella ymmärrän vahingon välttämisen tarkoittavan myös pyrkimystä erilaisten väärinymmärrysten mahdollisuuksien tunnistamiseen.

Tämä liittyy myös toisen käden aineiston käyttämiseen, johon on tunnistettu liittyvän etujen lisäksi myös mahdollisia hankaluuksia (Kotilainen 2014, 153–181). Koska minulla ei ole koulutusta eikä työkokemusta terveydenhuollon parista, olen esimerkiksi tarkistanut työprosesseihin liittyviä aiheita ja epäselviksi jääviä kysymyksiä alan kirjallisuudesta ja terveydenhuollossa työskenteleviltä.

#### 4.2. Metodologiset lähtökohdat ja diskursiivisesti rakentuva tila

Teoreettis-metodologisesti tutkielma nojautuu useampaan erilaiseen lähtökohtaan. Lefebvren (1991, 68, 288) ajattelun kautta lähestyn tilaa prosessuaalisena ja sosiaalisena, sekä materiaalisen ja diskursiivisen vuorovaikutuksena (Pohjola 2007, 54). Tutkielman aineistoa tarkastelen diskursiivisesti. Tutkielmassani yhdistyvät (Foucault'n näkemyksiin kytkeytyvä) jälkistrukturalismi sekä diskurssianalyttisen lähestymistavan taustalla vaikuttava (ontologinen) sosiaalinen konstruktionismi. Vaikka näillä suuntauksilla on eronsa, sekä sosiaalinen konstruktionismi että jälkistrukturalistinen (ranskalainen) ajattelu lähestyvät yhteiskuntaa ja kulttuuria konstruktiiona (Heiskala 1994, 166–167).

Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta sosiaalinen todellisuus rakentuu kielellisessä vuorovaikutuksessa (Berger & Luckmann 1994). Suuntauksessa diskursiivisen ja ei-diskursiivisen todellisuuden ymmärretään olevan toisistaan erottamattomia ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Vaikka kieli ei heijastakaan todellisuutta suoraan, ei se myöskään ole ei-kielellisestä todellisuudesta riippumaton. Lisäksi konstruktiivisena ymmärretään myös tutkijan ja tutkimuskohteen välinen suhde, sillä kuvatessaan tutkimuksen kautta sosiaalista todellisuutta tutkijan tulee myös luoneeksi sitä omista lähtökohdistaan käsin. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 252–253; Alasuutari 2019.) Aineistot ymmärretään näytteinä todellisuudesta (Alasuutari 2019), ja niiden analyysin tarkoituksena on vertailevan tiedon tuottamisen sijaan havainnollistaa ja auttaa ymmärtämään tutkittuja ilmiöitä (Ackerly & True, 2010, 208–213).

Puhutun kielen ohella sosiaalisen konstruktionismin perinnössä merkitysten voidaan ymmärtää rakentuvan myös muunlaisessa merkitysvälitteisessä ja vuorovaikutteisessa toiminnassa (Jokinen & Juhila 1991, 24–27). Tällöin esimerkiksi esineitä ja tiloja voidaan tulkita merkitysten tuotantona (Peteri 2021). Tarkasteluni kohteena ovat puhujien diskursiiviset keinot rakentaa todellisuutta, minkä lisäksi otan analyysissä huomioon selonteot ei-diskursiivisista käytännöistä yhdistäen niitä havainnointiaineistojen huomioihin tiloista.

Diskurssianalyysiä tiedon tuottamisen välineenä voidaan pitää väljänä viitekehyksenä ja joukkona tutkimusmenetelmiä, joiden tarkoituksena on lisätä ymmärrystä sosiaalisen todellisuuden muotoutumisen prosesseista (Remes 2006, 311). Yhteistä diskurssianalyysin sovelluksille on keskittyminen kieleen ja kielen merkityksiä tuottavaan luonteeseen. Kieltä käytettäessä todellisuudesta tuotetaan tietynlaisia esityksiä ja todellisuus myös rakentuu osaltaan näiden esitysten seurauksena. Diskurssianalyysissä kielenkäyttö näyttääyttyy siis tekemisenä. Kielenkäytöllä on omanlaisensa seurauksellisuus eli funktionaalisuus, jolloin on mahdollista tehdä päätelmiä siitä mitä kielen käyttäjä toiminnallaan tekee ja tulee tuottaneeksi. (Jokinen ym. 2016, 47–48, 232–233.) Esimerkiksi työtiloista puhuttaessa tilalle voidaan rakentaa erilaisia merkityksiä ja sen tarkoitusta representoida monin tavoin. Koska tilan tuottaminen on Lefebvren (1991, 311) mukaan pitkälti merkitysten tuottamista, soveltuu diskurssianalyttinen tarkastelutapa hyvin sosiaalisen tilan muotoutumisen tarkasteluun.

Tilan sosiaalisella määrittelyllä on materiaalisia seurauksia. Sosiaalisen vuorovaikutuksen tuotoksien voidaan ajatella objektivoituvan esineinä tai institutionalisoituvan esimerkiksi toimintamuotoina ja organisaatioina (Alasuutari 1998, 179). Fyysisestä tilasta puhuminen muovaa osaltaan puheen kohteita, jolloin diskursiiviset käytännöt saattavat johtaa muutoksiin myös ei-diskursiivisessa maailmassa (Brown ym. 2001, 129). Erilaiset objektit ja instituutioiden materiaallinen ulottuvuus voidaan siis laskea osaksi diskurssien muotoutumista (Alasuutari 1998, 179). Tutkielman analyysissä pyrin tarkastelemaan aineistosta merkityksiä ja representaatioita, jotka heijastelevat laajempia kulttuurisesti jaettuja aikakauden diskursiivisia ympäristöjä (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 25–26; Jokinen ym. 2016, 34–36) sekä niiden piirissä tapahtuvaa merkitysten ja valtasuhteiden rakentumista (Ackerly & True, 2010, 208–213; sekä Youngblood & Mazzei 2011, 54–71). Foucault'n (1998) mukaan tilan merkitykset tuotetaan yhdessä fyysisen tilan, tilan käytäntöjen ja diskursiivisen tason kanssa. Tarkastellessani materiaalisen tilan ihmistoimijoille rakentamia asemia tukeudun yhtäältä havainnointiaineistojen huomioihin sekä haastatteluaineistossa esiintyviin selontekoihin ja merkityksenantoihin. Käsittelen puhujien jakamaa orientaatiota fyysiseen tilaan konstruoituneena tuloksena, jota itsessään on mahdollista tarkastella ja jonka kautta voidaan analysoida puhujien keinoja muotoilla ja kuvailla fyysistä tilaa (Brown & Middleton 2006, 195–196).

Aineiston analyysissä olen soveltanut sekä analyyttisen että kriittisen diskurssintutkimuksen näkökulmia, sillä analyyttinen aineistojen analyysi sai kiinnittämään huomiota niin sanotusti

kriittistä potentiaalia sisältäviin tuloksiin (Jokinen ym. 2016, 302). Analyyttisellä diskurssianalyysillä tarkoitetaan aineistolähtöistä analyysiä, jonka pyrkimyksenä on olla avoin aineiston sisältämille jäsenyksille ilman lähtökohtaisia oletuksia esimerkiksi valtasuhteista. Kriittisessä (feministisessä) diskurssianalyysissä puolestaan erilaisten alistussuhteiden olemassaolo nähdään lähtökohtaisena oletuksena, ja niitä uusintavien käytäntöjen tarkastelu katsotaan tutkimuksen tehtäväksi. (Jokinen ym. 2016, 301.)

Tutkielman aineistojen analyysissä analyttinen ja aineistolähtöinen ote korostuu erityisesti analyysin ensimmäisissä vaiheissa, joiden pohjalta olen siirtynyt tarkastelemaan aineistoa kriittisemmällä ja teoriaohjaavammalla otteella. Tämä mahdollistaa nähdäkseen yhtäältä haastateltujen jäsenysten tarkastelun aineistolähtöisenä kokonaisuutena sekä kielellisen tilan tuottamisen kytkemisen ei-kielellisiin konteksteihin. Analyysin myöhemmän vaiheen suuntaaminen kriittiseen diskursiiviseen analyysiin puolestaan mahdollistaa sellaisen taide-, kirjallisuus-, musiikki- tai teatteriarvostelun kaltaisen arkkitehtonisen tilan kritiikin (Lefebvre 1991, 92), joka huomioi tilan paitsi kehyksenä jokapäiväiselle elämiselle, myös elämisen tapoihin sekä elollisten ruumiisiin vaikuttavana toimijana ja yhteiskunnallisen hallinnan muotona (Lefebvre 1991).

Diskursiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita diskurssien tuottamisen ja neuvottelun prosesseista, sekä näiden reunaehdoista ja merkitysjärjestelmien seurauksista, ei vain diskursseista sinänsä. Sosiaalista todellisuutta ei nähdä yksiselitteisenä, vaan näkemys pitää sisällään oletuksen rinnakkaisista ja keskenään kilpailevista todellisuuden merkityksellistämisen tavoista. Sikäli kun diskurssit rakentuvat suhteessa toisiinsa, on mahdollista, että jotkin diskurssit saavuttavat muita vahvemman aseman ja voivat vaimentaa toisia näkemyksiä todellisuudesta. (Jokinen ym. 2016, 32–40, 75–76.) Koska sosiaalinen todellisuus vakiintuu toisinaan tietynlaisiin käytäntöihin ja tulkintoihin, on kulttuuristen itsestäänselvyksien tutkiminen perusteltua (emt. 76). Tästä syystä kohdistan huomioni diskurssien moninaisuuden erittelyn sijaan kahteen aineistoista havaitsemaani valta-asemassa olevaan diskurssiin ja tarkastelen, kuinka ne tilan representaatioina osallistuvat tilan tuottamiseen tilallisina (kielellisinä) käytäntöinä ja kamppailevat vallasta määritellä terveydenhuollon sosiaalista tilaa.

### 4.3. Analyysin vaiheet

Olen aloittanut aineiston analyysin haastatteluaineistoon syventymällä. Ensimmäisen lukukerran ja kokonaiskuvan hahmottumisen jälkeen ryhdyin tutustumaan aikaisempaan tutkimukseen sekä terveydenhuoltoa käsittelevään muuhun taustakirjallisuuteen. Tarkastelin haastatteluaineistosta tilalle tuotettavia merkityksiä ja niiden tuottamisen tapoja (Jokinen ym. 2016, 289–291) sekä työntekijöiden asemia eli positioita suhteessa toisiinsa ja tilaan (Jokinen ym. 2016, 45–46, 63, 75, 282). Pyrkimyksenäni on ollut mahdollisimman aineistolähtöinen analyysi, jossa korostuvat puhujien tuottamat jäsenyydet työympäristöstään ja siinä toimimisesta. Tutkielman analyysin voi nähdä muovautuneen ja täsmentyneen käyttööni saaman haastatteluaineiston ohjaamana erilaisten analyysin vaiheiden (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9–36) vuoropuhelussa. Prosesin aikana olen pyrkinyt tunnistamaan ja kyseenalaistamaan omia ennako-oletuksiani, ja tarkentanut analyysiä eri vaiheissa aina tehtyjä havaintoja uudelleen punniten.

Analyysin toisessa vaiheessa olen kerännyt havainnointiaineistoa tutkimuskohteena olevassa organisaatiossa. Etnografinen ja diskursiivinen tutkimus ovat vahvasti kontekstisidonnaisia ja korostavat todellisuuden tulkinnallista luonnetta (Jokinen ym. 2016, 254). Tästä syystä olen aineiston analyysissä pyrkinyt huomioimaan kielellisen ja tilanteisen sekä historiallisen ja sosiaalisen kontekstin (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 120), jossa tilan tuottaminen tapahtuu. Aikaisemmissa luvuissa olen myös pyrkinyt taustoittamaan suomalaisen avoterveydenhuollon kenttää sekä analyysissä soveltamaani teoreettista viitekehystä.

Havainnoidessani terveysaseman tiloja maaliskuussa 2020 kiinnitin huomiota fyysiseen tilaan ja ihmisten toimintaan tilassa. Kirjoitin muistiinpanoja tilan piirteistä ja muista havainnoistani tarkoitukseni suunnitella niiden pohjalta tarkempaa kenttätöitä, jonka toteuttaminen kuitenkin estyi. Käsittelin havainnointiaineistoja muodostaakseni kokonaiskuvan haastateltujen työpaikan fyysisestä tilasta ja paikkojen suhteista toisiinsa. Tässä avuksi olivat myös käyttööni saamat Peterin muistiinpanot ja niiden kuvaukset huoneista, joihin itselläni ei ollut mahdollisuutta päästä.

Konstruoin aineiston perusteella kaksi valta-asemassa olevaa diskurssia. Tunnistin tilan merkityksistä koostuvan uusliberalistiset sekä ammatilliset diskurssit, jotka nähdäkseni kamppailevat vallasta määrittää terveysaseman sosiaalista tilaa. Nämä diskurssit ilmenevät aineistoissa yhtäältä omanlaisinaan kielen käytön muotoina ja sanavalintoina, merkityksellistämisen



tapoina sekä orientaationa terveydenhuollon tarkoitukseen ja työhön. Tulkitsen tilan representaatioiden juontuvan osaksi näitä diskursseja.

Analyysin kolmannessa vaiheessa suuntasin tutkimusotetta kriittisemmän analyysin puoleen ja suhteutin aikaisempia havaintoja tutkielman teoreettiseen viitekehykseen. Tarkastelin tilan merkitysten rakentumista suhteessa tilan kolmijakoon (Lefebvre 1991) havainnoimalla merkitysten tuottamisen tapojen ilmenemistä tilan eri hetkissä. Terveydenhuollon naisvaltaisuus näkyy myös haastatteluaineistossa, mikä on virittänyt tarkastelemaan tilan tuottamista myös sukupuolen näkökulmasta (ks. Ackerly & True, 2010, 209). Erotin analyysiprosessissa aineistosta sukupuoleen ja ruumiillisuuteen kytkeytyviä teemoja, ja analysoin tilan käyttäjille rakentuvia ammatillisia ja ruumiillisia positioita.

Seuraavissa kolmessa luvussa esittelen tutkielman analyysiä. Luvussa viisi analysoin konkreettisesti havaittavaa ja aistittavaa materiaalista tilaa ja tuon esiin joitakin tilallisia käytäntöjä, joihin palaan tarkemmin analyysin seuraavassa vaiheessa. Luvun aluksi rakennan kuvan tutkitun terveysaseman tiloista havainnointimuistiinpanoihin tukeutuen. Kuudes luku keskittyy tilan representaatioon eli vallitseviin merkitysjärjestelmiin ja tuotantosuhteisiin sidoksissa oleviin määritelmiin ja käsityksiin tilasta. Lisäksi keskityn tarkemmin tilan representaation ohjaamiin tilallisiin käytäntöihin. Seitsemännessä luvussa huomio on eletyssä tilassa. Tuon esiin aineistoissa havaitsemani vastarintaiset tilan merkitykset sekä niiden tuottaman representaation tilan, jotka muodostuvat osaltaan tilan virallisten määritelmien vaikutuksesta ja kritiikkinä niille.

## 5. Havaittu tila: Lasinen organisaatio ja merkityksenantojen kaksijakoisuus

Vieraillessani terveysasemalla sen tilat olivat jakautuneet muutamaankin eri kerrokseen. Lisäksi tilat oli jaettu odotus- ja käytävätiloihin, varattaviin vastaanotto- ja toimenpidehuoneisiin, varastoihin sekä henkilökunnan kahvitilaan, neuvotteluhuoneisiin ja henkilökunnan yhteiseen monitilatoimistoon. Monitilatoimisto on avointa tilaa, joka jakautuu hiljaisen työskentelyn ja vapaamman keskustelun alueisiin. Nämä alueet on pyritty eristämään erilaisilla akustisilla teksteillä. Samassa tilassa työskentelevät niin toimistotyötä tekevät tukipalveluiden henkilöt ja johtajat kuin puhelimitse potilaiden tilanteita selvittävät henkilökunnan jäsenet ja ajanvarauksen henkilöstö. Työntekijöillä ei

ole omia pysyviä työpisteitä, vaan heidän odotetaan valitsevan kulloiseenkin työtehtävään sopiva työpiste ja myös vaihtavan työpisteitä päivän aikana tehtävien muuttuessa.

Kulkiessani terveysaseman tiloissa ne näyttäytyivät minulle avarina ja valoisina. Havaitsin rakennuksen ulkoseinien olevan pääasiassa lasia koko seinän mitalta. Lisäksi lasia oli hyödynnetty paljon myös sisäseinien ja ovien materiaalina. Alkujaan henkilöstön kahviloista oli suora näköyhteys odotusauloihin. Osaan lasiseinistä on kuitenkin myöhemmin asennettu tarroja, jotka himmentävät näkymiä mutta päästävät valon läpi. Kiinnitin huomiota odotusauloihin, joita on useita erikokoisia, sijoitettuna sekä ikkunoiden läheisyyteen että syvemmälle rakennukseen. Lisäksi havaitsin eri auloihin ja henkilökunnan tiloihin valitut vaaleat ja kuhunkin erikseen valikoidut värisävyt sekä muotoilultaan omalaatuiset istuimet. Tiloissa oli myös viherkasveja, jotka vaikuttivat toistavan ikkunoista näkyviä maisemia.

Siinä missä kiireettömälle kulkijalle tilat voivat näyttäytyä viehättävinä, esiintyy tutkielman haastatteluaineistossa myös toisenlaisia tulkintoja. Tässä luvussa tarkastelen, millaisia merkityksiä tila itse esittää, ja millaisia tilan käyttäjän positioita näihin esityksiin sisältyy. Tämän jälkeen analysoin, miten haastatellut havaitsevat työympäristöään ja kuinka he merkityksellistävät havaintojaan. Tuon esiin havaintoni siitä, kuinka haastateltujen puheissa organisaation havaittu tila saa kahtalaisia merkityksiä. Terveysasema representoidaan yhtäältä modernina ja kauniina palvelupisteenä sekä epäkäytännöllisenä työtilana. Nämä merkityksenannot ja erot tilan havaitsemisesta kytkeytyvät haastateltujen tehtäviin organisaatiossa. Tästä syystä kiinnitän huomiota siihen, mistä positioista käsin erilaisia tilan merkityksiä tuotetaan.

### 5.1. Brändätty tila

Organisaation tila näyttäytyy sekä paikan päällä havainnoituna että haastattelupuheiden selonteoissa valoisana, avarana ja estetisoituna tilana. Odotusaulojen ilmeeseen on panostettu ja sisustusratkaisut asettavat ikkunoista avautuvan maiseman keskeiseen asemaan. Tilan esteettisyyteen panostaminen implikoi potilaslähtöisyydestä ja niin kutsutusta terapeutin tilan ideasta tilasuunnittelun ohjenuorina. Terveystieteiden rakennusten arkkitehtuurissa fyysistä tilaa organisoidaan kasvavissa määrin terapeutin vaikutusten aikaansaamiseksi (Jones 2018, 333). Tilojen viihtyvyyden on esitetty edesauttavan jossain määrin potilaiden paranemisprosessia (Gesler 2004; Nickl-Weller & Nickl 2013; Curtis ym. 2007; Wood ym. 2013). Tästä syystä viihtyvyyttä

terveydenhuollon tiloihin pyritään yleisesti ottaen luomaan esimerkiksi luonnonvalon ja muun valaistuksen avulla, sekä luontonäkymillä, häiriöttömällä äänimaailmalla, ilmanlaadulla, puhtaudella sekä taiteella ja tilojen väriyksellä. (Shattel ym. 2008; Zborowsky & Hellemich 2011; Ulrich & Zimring 2004, 20–23; La Torre 2006, 262–263; Douglas & Douglas 2004, 66–67; Hutton 2005, 540). Tilojen viihtyisyys kuvataan myös muutamien potilastyötä tekevien puheissa osaksi hoitoa tai tarjottua palvelua.

Havainnoidessani odotustiloja sekä analysoidessani haastatteluissa tuotettuja kuvauksia työarjen tilallisista käytännöistä, näyttäytyivät odotustilojen runsaat neliöt kuitenkin osittain jopa hukkatilaksi laskettavina paikkoina. Siinä missä aula- ja odotuskäytössä olevien neliöiden määrää on kasvatettu aikaisempaan tilajärjestykseen verrattuna, on vastaavasti henkilökunnan tiloja sekä vastaanotto- ja toimenpidehuoneiden tiloja pienennetty ja vähennetty. Tämän voi tulkita symboloivan sitä, että organisaation vahvimmin estetisoidut tilat on uudella terveysasemalla suunniteltu muita kuin työntekijöitä varten. Perinteisesti arvostetut (työ)tilat on organisaatioissa jyvitetty työntekijöiden ja johtavassa asemassa olevien hierarkkisen aseman mukaan (Eräsaari 1995, 120–126; Tyler & Cohen 2010), mutta odotusauloja muun tilan kustannuksella korostava organisaatio vaikuttaa asettavan tilassa vierailevat hierarkiassa korkeammalle.

Potilaslähtöisessä suunnittelussa terveydenhuollon institutionaalisuus ja mahdollisesti suuretkin organisaatiotilat pyritään tuomaan inhimilliseen mittakaavaan myös kodinomaisuuden ja hotellimaisten palveluiden avulla (Bromley 2012; Solane & Solane 2003). Terveysaseman havaitun tilan tarkastelu piirtääkin kuvan lasisesta organisaatiosta, jonka rajat suhteessa organisaation ulkopuoliseen maailmaan sekä potilaisiin eivät ole enää yhtä selkeitä kuin ennen. Tilan estetisoiminen kulutuksen, lomailun ja kodin tilojen piirteiden tuomisella terveydenhuollon piiriin hämärtää erilaisten tilojen välisiä rajoja ja häivyttää terveydenhuollon klinisyyttä (Solane & Solane 2003). Lisäksi se tuottaa terveyspalveluiden käyttämisen monella tapaa uudenaikaisena konkreettisena ja kehollisena kokemuksena kutsuessaan havainnoimaan itseään flanöörinä kuluttajana ja kuljeskelijana.

Läpinäkyvyyttä terveysaseman ja sen ulkopuolisen maailman välillä tuottaa myös terveysaseman tiloja leimaava lasisuus. Leena Eräsaari (1995, 113) on todennut Foucault'a mukailleen, että periaatteen tasolla lasisuus viestittää avoimuudesta ja valistuneesta hallinnosta. Foucault'n (2013) mukaan klinikoiden ja lääketieteen tilojen valoisuuteen pyrittiin aikanaan kiinnittämään huomiota

muun muassa valistuksen hengessä, sillä valoisuuden katsottiin symboloivan edistyksellistä hallintoa, jonka ei ole tarve piilotella mitään. Lasisuus ja valoisuus voidaan siis liittää avoimuuteen ja rehellisyyteen, eli tilallisena ratkaisuna lasisuudella saatetaan pyrkiä viestimään luottamuksesta. Toisaalta Yiannis Gabriel (2005) on kuvannut lasihäkin ja lasipalatsin kaksoismetaforalla sellaisia rajoitteita, tyytymättömyyksiä ja lohdutuksia, joihin tänä päivänä törmäämme. Kova ja herkkä lasi tarjoaa hänen mukaansa näkymättömän esteen, joka mahdollistaa molemmin suuntaisen katseen. Se on myös kehystävä väline, joka määrittää takanaan olevan ihailun ja suojelun arvoiseksi sekä kutsuu toimijoita omaksumaan kuluttajan position. (Gabriel 2005, 22.) Gabrielia mukaillen tutkimuskohteen voi tulkita terveydenhuollon ja sen parissa työskentelevät jalustalle nostavaksi lasipalatsiksi, joka tarjoaa siellä vieraileville uusia trendejä ja niihin liittyviä elämäntapoja ja identiteettejä. Yhtäältä sen voi kuitenkin ymmärtää olemista ja emootioita rajoittavana, käyttäjiensä minuuden kolonisoivana lasihäkinä, joka tarjoilee kuluttajalle hienovaraista houkuttelua, valvontaa ja pakottamista valinnanvapauden verhoon kiedottuna.

Terveysaseman tila vaikuttaa tuottavan siellä asioivan ensisijaisesti kuluttajana, joka valitsee palveluntarjoajansa. Tästä syystä palveluntarjoajalla on tarve sitouttaa asiakas tarjoamalla myös tilallisesti tervehdyttäviä kokemuksia ja esteettisiä elämyksiä. Tällaisen asiakaslähtöisyyden (Parviainen ym. 2016, 9–10, 11–15) on tunnistettu muuttaneen myös terveydenhuollossa työskentelevien ja asioivien välistä suhdetta, jota on sosiologisessa professiotutkimuksessa käsitteellistetty potilauden muuttumisena potilaskuluttajuudeksi (Wrede ym. 2017, 11).

Työpaikan havaittu tila vaikuttaa siis analyysin perusteella asettavan potilaskuluttajat etusijalle verrattuna henkilöstöön. Havainnot tilasta asettuvat vastakohtiksi Eräsaaren (1995, 108) havainnoille byrokraattisista, ”taiteellis-esteettisesti lähinnä mitättömistä” rakennuksista, jotka anonyymisuutta korostaen luovat mielikuvaa siitä, että ”täällä ei ole mitään” ja ”emme ole ketään / et sinäkään ole kukaan”. Tutkimuskohteenä oleva tila rakentuu asiakaslähtöisenä viihtymisen ja palvelun paikkana sekä brändiä tuottavana edustustilana, joka modernilla, tilavalla ja valoisan estetisoidulla ympäristöllään pyrkii viehättämään ja kutsuu viihtymään. Siinä missä tavanomaisesti kokemus terveydenhuollon palveluista ymmärretään vuorovaikutuksen onnistumisena työntekijöiden ja potilaiden välillä, estetisoidut odotustilat rakentavat vierailusta kokonaisvaltaista kokemusta ja tilallista elämystä.

Terveysasema representoidaan modernina ja kauniina palvelupisteenä myös haastatteluissa. Esimerkiksi johtavassa asemassa olevat kuvailevat entisiä työtiloja vanhoiksi ja kuluneiksi. Näin tuotetaan kontrasti, jossa uusiin työtiloihin liitetään myönteisiä, suorastaan ylistäviä ilmauksia: *”ne on aivan mahtavat tilat kyllä”* (H8). Työntekijöille puolestaan työympäristön esteettisyys näyttäytyy toissijaisena seikkana, joskaan sen merkitystä ei vähätellä. Esimerkiksi seuraava haastateltu kuvaa reaktiotaan tiloihin: *”Se tuo jotenkin aina kun siirtyy huoneesta, ni edelleenkin tulee semmonen huokailu, kun jotenkin kaikki on uutta ja siistiä ja kaunista ja sitten se maisema avautuu, isot ikkunat...”* (H17). Katkelman tavoin aulojen ikkunoista näkyvät kauniit maisemat kuvataan tärkeiksi mikrotaukojen tarjoajiksi myös muiden työntekijöiden haastatteluissa. Ne hätkähdyttävät erityisesti poistuttaessa ikkunattomasta vastaanotto- tai toimenpidehuoneesta.

Johtavassa asemassa olevien havaittu tila vaikuttaa rakentuvan etupäässä katseen kautta, esteettisenä tilana. Potilastyötä tekevien haastattelupuheissa puolestaan korostuvat laajemmin kuvaukset tilan ruumiillisesta havaitsemisesta. Verrattuna potilastyötä tekeviin haastateltuihin, johtavassa asemassa olevat ohittavat työn tiloihin liittyvät kysymykset varsin nopeasti, sillä tilojen ei koeta muuttaneen työn tekemistä. Havaitseminen välittyy myös tilan merkityksellistämiseen: kun johtavassa asemassa olevat kuvailevat tilaa ylistäen, tuovat potilastyötä tekevät esiin sen, miten tila tukee työskentelyä.

## 5.2. Tilan (epä)käytännöllisyys

Funktionaalinen terveydenhuollon tilojen suunnittelu eriytti toiminnot toisistaan ja kuljetti potilasta kulloisenkin funktion mukaan paikasta toiseen. Uutena ohjenuorana terveydenhuollon tiloissa taas pidetään sitä, että potilaan sijaan liikkuvat työntekijät (Reijula ym. 2017). Tämän potilas- tai asiakaslähtöisen suunnittelun vaikutukset terveydenhuollon työtä tekeville ovat kuitenkin saaneet tutkimuksissa vähemmän huomiota (Gieryn 2002; Martin ym. 2015; Simonsen ym. 2020).

Havaittu tila näyttäytyy vierailijalle ja johtavassa asemassa olevalle hauskein kukkatuolein koristeltuna viihtymisen paikkana. Puhuessaan tilan havaitsemisesta, johtavassa asemassa olevat haastatellut tuottavat terveysasemalle merkityksiä asiakaslähtöisenä, modernina ja kauniina edustustilana. He pitävät oman työnsä kannalta käytännöllisenä myös sitä, että tila tuo ihmisiä yhteen. Johtajat kuvailevat tapaavansa työpäivän aikana enemmän ihmisiä kuin ennen ja merkityksellistävät tilaa myös verkostoitumisen paikkana. Näin he jäsentävät omien havaintojensa

pohjalta tilaa henkilökuntaa yhteen tuovana elementtinä, mikä on tulkittavissa esimerkiksi seuraavan katkelman ilmauksista: *”Siis kaikkien saavutettavuus on parantunut. Helpompi nähdä ja keskustella kasvotusten.”* (H21). Tilalle tuotetaan verkostoitumispaikan merkitystä kuvailemalla erityisesti monitilatoimistossa tapahtuvaan työskentelyyn kytkeytyviä havaintoja työarjesta ja työpäivän aikana nähtyjen ihmisten määrän kasvamisesta. Nämä havainnot ovat tulleet mahdollisiksi hallinnon työympäristön muututtua yhteiseksi muun henkilökunnan kanssa. Potilastyötä tekevien haastateltavien puheissa tiloille ei kuitenkaan rakenneta verkostoitumispaikan merkitystä. Päinvastoin haastatteluissa esiintyvät myös Kinnusen ym. (2017) tutkimuksessa monitilatoimiston käyttöönottoon liitetyt havainnot siitä, että työntekijät eivät löydä toisiaan. Terveysaseman sosiaalinen tila näyttäytyykin analyysin perusteella kaksijakoiselta. Työntekijöiden haastatteluissa korostuvat ruumiilliset havainnot tiloissa toimimisesta ja työn sujuvuudesta. Uusissa tiloissa esimerkiksi välimatkat ovat pidempiä ja ne on taitettava kiireessä, minkä esitetään vaikuttavan työn tekemiseen: *”No eihän se suju niin, ko se suju siel entises paikassa, koska sitä liikkumista siinä on niin paljon.”* (H16).

Tilan näyttäytyessä toisille esteettisenä ja mieltä ylentävänä paikkana, merkityksellistyy se toisille epäkäytännölliseksi. Erityisesti terveydenhuollon ammattiryhmiin kuuluvat osallistujat merkityksellistävät työtiloja sen perusteella, miten ne konkreettisesti tukevat käytännön arjen työssä suoriutumista ja työyhteisön jaksamista ja hyvinvointia. Työntekijöiden haastatteluissa havaittu tila rakentuu epävarmuuden tuntemuksia tuottavaksi. Tilalliset järjestykset ja sisustusratkaisut tekevät tiloista sokkeloiset. Eri puolille rakennusta sijoiteltujen aulojen järjestelmä näyttäytyy sekaannusta aiheuttavana. Istuessani potilaan lailla tiloissa ja havainnoidessani ympäristöä, laitoin merkille vuoronumerolapun kanssa edestakaisin aulasta toiseen kulkevat kävijät ja heitä etsivän henkilökunnan. Haastatteluissakin potilaiden parissa työskentelevät kertovat uudesta tilallisesta käytännöstä. Työpäiviin kuuluu nyt uutena käytäntönä potilaiden, kollegoiden ja työvälineiden etsiminen, minkä kuvataan tuottavan stressiä ja epävarmuutta. Potilastyötä tekevien odotetaan mekaanisesti sopeutuvan työympäristön muutoksiin, mikä on van Heuvelen (2019, 695) mukaan ongelmallista. Työntekijöiden on reagoitava työympäristönsä muuttumiseen, sillä tila ja työvälineet toimivat ikään kuin käsien jatkeena (Harris 2011). Työympäristössä tehdyt muutokset asettavat työntekijän positioon, jonka tehtäväksi jää alistua ja sopeutua tehtyihin muutoksiin. Tästä huolimatta työntekijät voivat koettaa toimia fyysisen työympäristön käytäntöjä ohjaavien piirteiden vastaisesti (van Heuvelen 2019).

Työntekijöiden on varauduttava siihen, että heille varattu tila ei tarjoa kaikkea, mitä he kunakin päivänä työssään tarvitsevat. Osa työtiloista on liian pieniä diagnostiin ja hoidon toteuttamiseen, osassa taas ei ole oikeita instrumentteja. Uusi tilamuutos on tarkoittanut sitä, että työhuoneita on vähennetty ja huoneet on ennalta varattava sähköisen järjestelmän kautta. Tällä on seurauksia, jotka ovat vaatineet uudenlaisia tilallisia käytäntöjä. Vastaanottohuoneiden vähentämisen vuoksi myös työntekijöiden mahdollisuudet vaihtaa työpistettä ja reagoida muuttuviin tilanteisiin ovat vaikeutuneet. Kun työntekijä on aikaisemmin voinut spontaanisti ottaa ylimääräisen potilaan tilanteen niin salliessa, ei tämä ole mahdollista tarkemmin jyvitettyissä tiloissa ja aikataulutetussa työssä. Esimerkiksi seuraavat potilastyötä tekevien haastattelupuheet ilmentävät sitä, miten potilaskuluttaja on asetettu etusijalle tilojen funktionaalisuuden sijaan.

*”Joo, sitä mä aattelin kanssa ite, että siellä on hirveet hehtaarit käytetty siihen tilaa, niin ku käytäville ja on väljästi penkkiä siellä ja asiakkail on ne isot ikkunat ja menee pelkkää käytävää. Sitten on ne pienet kopit siellä, jossa ei oo ikkunoita ja ollaan, me sitä työtä tehdään, ni kyl mä koen, että se on vaikuttanu [työn tekemiseen].” (H22)*

*”Ja tavallaan must tuntuu, et se ei oo ollu kuitenkaan kauheen työlähtöstä, mitä siel on tehty. Sillon ku meil oli se esittelypäivä, et meille esiteltiin nää uudet tilat, niin siit jäi jotenki tosi vahvasti mun mieleen, kuinka kerrottiin siitä värimaailmasta ja kerrottiin sisustuksesta, kuinka ihanaa, et on valittu just tälläsiä penkkejä, nää on niin moderneja ja trendikkäitä. – – Mut ei puhuttu siitä, et no tälläsii on nää työhuoneet, me ollaan katottu, et siel on nää työkalut tai mitä se mahdollistaa tietyllä tavalla tai miks me ollaan päätetty, että teiän ammattikunnalle tulee just nää tietyt välineet tai tietyt työkalut sinne huoneeseen. Et must se oli just sullei, että okei, että nyt on tehty jotain tosi kaunista, mut onks se käytännöllistä?” (H10)*

Havaittu tila merkityksellistyy katkelmissa yhtäältä esteettisenä viihtymisen paikkana ja epäkäytännöllisenä. Osa haastatelluista merkityksellistää estetisoidut tilat sinänsä myönteisesti viihtyvyyttä lisäävinä. Potilastyötä tekevät sekä tukipalveluissa työskentelevät arvottavat kuitenkin käytännöllisyyden tilan ensisijaiseksi arvoksi. Käytännöllisyyttä he arvioivat ja argumentoivat työhön keskittymisen kannalta sekä erilaisiin työvälineisiin kiinnittyvän terveydenhuollon työn onnistumisen näkökulmasta.

Tilojen epäkäytännöllisyys liitetään myös tilojen lasisuuteen. Potilastyötä tekevät kuvaavat havaintojaan työarjesta, jossa on pyrittävä jatkuvasti huomioimaan työtilojen läpinäkyvyys ja sen seurannaisvaikutukset. Haastatellut kuvailevat esimerkiksi tapojansa etsiä varjoisia nurkkauksia työnteolle, jotta auringonvalo ei heijastuisi kannettavan tietokoneen näytölle. He myös kertovat

peittävänsä vastaanottohuoneiden ikkunoita sermeillä, sillä etenkin pimeällä, valojen ollessa päällä, ulkoa on mahdollista nähdä huoneeseen sisälle. Lisäksi työntekijät tekevät haastatteluissa selkoa tilallisista käytännöistään, joilla he huomioivat jatkuvan näkyvillä ja kuuluvilla olon esimerkiksi kiinnittämällä erityistä huomiota äänenkäyttöön tiloissa. Tämä on havaittavissa esimerkiksi seuraavassa haastattelukatkelmassa: *”On siis muissakin asiakashuoneissa, meil on lasiovet, ja jos laps puhuu mun lasioven takana, ni mä kuulen jokaisen sanan, ja mun ääni on niin kantava, helee, niin mä väitän, että niin kuulee se lapsikin minun äänen.”* (H20). Nämä kuvaukset uusista tilallisista käytännöistä oman työnteon onnistumiseksi ja potilassalaisuuden säilyttämiseksi kertovat havaitun tilan piirteistä.

Tilan kaksijakoisuus tulee esiin myös muissa haastateltujen selonteoissa. Haastatellut tekevät selkoa työarkensa sujumisesta ja kuvailevat ruumiillisia kokemuksiaan kiireisen juoksemisen täyttämistä työpäivistä. Odotustiloihin panostaminen vastaanottotilojen ja henkilökunnan tilojen kustannuksella on pidentänyt työpäivän aikana kuljettavia matkoja. Haastatteluissa työntekijät tekevätkin selkoa tavoistaan laskea ”askelmerkkejä” eli havainnoida ja suunnitella kulkureittejä ajanhukan ja ylimääräisen kuormituksen vähentämiseksi. Haastateltavat kuvailevat havaintojaan uusissa tiloissa toimimisen vaikutuksista ruumiiseensa ja työssäjaksamiseensa. He tekevät myös selkoa tavoistaan vaikuttaa tilanteeseen esimerkiksi ergonomista työtuolia mukana kuljettamalla. Uusi terveysasema vaikuttaakin asettavan työntekijät ruumiillisesti asemaan, jossa palautumisen mahdollisuudet ovat pienemmät kuin ennen. Myös potilastyötä tekevät haastatellut ovat havainneet uuden työympäristön jättävän esimerkiksi työn ergonomian työntekijän oman toiminnan varaan (ks. myös Peteri 2014).

Pyrkimys oman työn kuormittavuuden säätelyyn näyttäytyy haastatteluaineistossa myös työpaikan ohjeiden vastaisena toimintana. Uusi tilallinen käytäntö on pyrkiä etsimään meluttomia ja rauhallisia työtiloja esimerkiksi potilaskirjausten tekemisen ajaksi. Tämä tulee esiin esimerkiksi seuraavista työntekijöiden haastattelukatkelmista, joissa työtilan rauhallisuus merkityksellistetään oman työn kannalta tärkeäksi:

*”– – että ihmiset tekee niis huoneissa töitä, kun ei oo enää sitä kirjaustilaa ja sinne yläkerran kirjaustilaan ihmiset haluaa aika vähän mennä, kun siellä ei oo hiljasta, niin tavallaan halutaan tehdä rauhassa töitä ja sit pitäydytään siellä omassa huoneessa.”*  
(H2)



*”Mutta koen itse, että oon aika hyvä sukkeloimaan paikasta toiseen. Ja huomioimaan sen, mutta mitä mä oikeesti tarvisin, olis työtila, jossa mä voisin rauhassa tehdä töitä. Et oikeesti meiän monitilatoimistossa ei oo rauhallista tilaa, mihin ei äänet tai henkilöt tulis ja kantautuis. Meillä ei oo puhelinkoppia, mihin mennä rauhassa puhuu puheluita, vaikka semmoset piti tulla ja edelleen on muka tulossa, mutta ei oo näkyny. Eli siel määhän puhun varastoissa, mä puhun joissain kopiokonehuoneessa tällä hetkellä puheluita, jotka on semmosia, mitä ei muut sais kuulla.” (H3)*

Katkelmissa eri työtilojen äänimaisemien havaitseminen kytketään tarpeeseen siirtyä tekemään työtä mahdollisimman rauhalliseen paikkaan. Huolimatta työpaikan ohjeista, potilastyötä tekevät kertovat käyttävänsä keskittymistä ja rauhaa vaativiin töihin vastaanottohuoneita ja tarvittaessa myös muita rauhallisia tiloja, kuten kopiokonehuoneita, varastoja ja vessoja. Kuvaamalla rauhalliseen työskentelyyn jyvitetty tilat rauhattomiksi tuotetaan diskursiivisesti tilasta vastarintaista tulkintaa. Vastaavasti tunnustamalla vastoin työnantajan ohjeita toimiminen, kuten huoneiden käyttäminen salaa, tuotetaan myös työntekijälle itselleen positiota vastarinnan tekijänä.

Vaikka haastatellut merkityksellistävät erityisesti vastaanottohuoneet tehokkaaksi rauhallisen työn tekemisen paikaksi, esitetään ne myös epäviihtyisinä ja epäkäytännöllisinä aulatiloihin verrattuna. Esimerkiksi seuraavassa ryhmähaastattelun katkelmassa potilastyötä tekevä kuvaa vastaanottohuoneita karuina paikkoina:

*”Mutta ne on niin kun suunnitellusti myös karut. Et kyl se asiakkaan, emmä tie, onks sulle tullu, semmosta, että se tulee sieltä mejän vau-ilmioistä, kun aurinko paistaa hienosti sinne [ulos] ja sää näät sen ja sen vihreyden ja semmosen, ja sitä nypitään huolella. Sit se tulee sinne huoneeseen, ni se on sillee, herranjumala sentään, onpa ankee koppi.” (H20)*

Koska työpaikan vastaanottohuoneet ovat kaikkien potilastyötä tekevien käytössä, on niiden suunnittelussa pyritty huomioimaan eri ammattien tarpeet. Huoneita ja niiden vakiovarusteita on kuitenkin jyvitetty vain tietyille ammattiryhmille esimerkiksi niin, että psykologin huoneessa on mahdollista työskennellä myös lääkärin. Tiloja jyvitetessä ja sisustaessa niistä on myös poistettu ylimääräisiksi katsottuja esineitä, kuten kelloja, peilejä, anatomiatauluja ja jakkaroita. Huoneiden jatkuva vaihtaminen myös estää jättämästä niihin mitään työntekijälle kuuluvaa. Tila itsessään antaa potilaalle viitteitä työntekijästä ja hänen asemastaan organisaatiossa (Eräsaari 1995). Haastateltujen selonteokojen perusteella vastaanottohuoneiden havaitusta tilasta piirtyy kuitenkin kuva neutraaleina ja geneerisinä tiloina, joissa potilaskuluttaja on toiminnan ja huomion keskipisteenä. Siitä huolimatta tilat eivät vaikuta mahdollistavan vastaanottojen sujuvaa

toteuttamista. Potilastyötä tekevät haastatellut puhuvatkin tiloista epäkäytännöllisinä kuvaamalla esimerkiksi kalusteiden sijoittelua ongelmallisena.

Havainnot työpaikalla toimimisesta rakentavat kuvaa monista uusista tilallisista käytännöistä. Kuten Kinnusen ym. (2017) ja Peterin ym. (2020) tutkimuksissa, työtilojen muutos vaikuttaa tuoneen työarkeen paljon uusia tilallisia käytäntöjä, joiden voi tulkita pohjaavan uudentavalle tavalle käsittää terveydenhuoltoa, sen työtä ja tarkoitusta.

## 6. Käsitetty tila: Taloudellistunut representaatio

Havaitun tilan kokemukset piirtävät kuvaa tilan representaatiosta, jota määrittelevät muut kuin potilaiden parissa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset. Lefebvren (1991) mukaan tilan representaatiot ovat virallisia, poliittisia ja ideologisia näkemyksiä siitä mitä tila on, sekä näiden näkemysten pohjalta toteutettuja materiaalisia ratkaisuja. Edellisessä luvussa tämä sosiaali- ja terveyspolitiikan uusi paradigma näyttäytyi kaksijakoisina havaitun tilan piirteinä, jotka yhtäältä tuottavat potilaan kuluttajana ja asettavat tämän tilan ensisijaiseksi käyttäjäksi, sekä toisaalta rakentavat erilaisille työtehtäville, ammattilaisille ja koulutustaustoille toisistaan poikkeavia asemia ohjaamalla uusiin tilallisiin käytäntöihin.

Tässä luvussa tarkastelen, miten vallitseva tilan representaatio näyttäytyy aineiston valossa kytkeytyvän uusliberalistiseen diskurssiin terveydenhuollosta (Ollila & Koivusalo 2009) ja sen tiloista liiketoimintana ja hyödykkeenä. Analysoin, miten taloudellistunut representaatio ohjaa tilallisia käytäntöjä. Kiinnitän myös huomiota näiden käytäntöjen ruumiillisiin seurauksiin.

### 6.1. Palvelun ja verkostoitumisen tila

Asiakastiloihin panostamisen voi tulkita pyrkimyksenä muokata organisaatiota toimimaan markkinaehtoisella kentällä tai kokonaan markkinatoimijaksi. Johtavassa asemassa olevat haastatellut tulkitsevat tilamuutosta suhteessa terveydenhuollon kentän muutoksiin ja niin sanottuun ”*sotejumboon*”. Huomion kiinnittäminen potilaiden viihtyvyyteen saattaa edistää paranemisprosessia, mutta yhtäältä potilaslähtöisyyttä koskevassa keskustelussa on pelätty kustannusten nousua terveydenhuollon toimijoiden kilpaillessa potilaslähtöisyydeksi mielletävillä tekijöillä (Koikkalainen & Rauhalainen 2013, 44–46). Tilojen ”potilaslähtöisyys” näyttäytyy ensisijaisesti

organisaation brändiä ja asiakasviihtyisyyttä palvelevana, kilpailukyvyn kannalta huomioon otettavana seikkana, mikä tulee esiin myös havaitun tilan kaksijakoisuudessa.

Organisaation tila edustaa osaltaan niin kutsuttua terveydenhuollon rakennusten globalisoitunutta tyyliä, jossa korostuvat lasisuus, tilavat aulat ja kauniit maisemat (ks. Jones 2018, 332). Yksityisen sektorin toimijat joutuvat houkuttelemaan asiakkaat luokseen, ja tässä prosessissa myös toimijan ulkoinen olemus toimii yhtenä työkaluna asiakashankinnassa (Koskiahho 2008, 34). Odotustilojen estetisoiminen juontuu osaksi tätä kehitystä. Tilat rakentavat organisaation brändiä ja pyrkivät kommunikoimaan ”mielikuvaa” tehokkuudesta, toiminnallisuudesta ja laadusta, joiden tarkoituksena on parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä ja sitoutumista palveluntarjoajaan (Bell 2018; van Heuvelen 2019). Ne tuottavat myös potilaan ennen kaikkea lääketieteellisen hoidon kuluttajana (van Heuvelen 2019), joka Gabrielia (2005, 22) mukailleen shoppailee itselleen uusia trendejä, elämäntapoja ja identiteettejä. Uusien terveydenhuollon rakennuksien on havaittu ilmentävän piirteitä, jotka ovat tyypillisempiä hotelleille, ostoskeskuksille ja kodeille. Nämä piirteet kutsuvat sellaisia uusliberalistisia subjektiivisuuden muotoja, joissa potilaat rakentuvat aktiivisesti itsestään huolehtiviksi kuluttajiksi. (Solane & Solane 2003; Martin ym. 2015.) Tämä vapaa-ajan, kulutuksen ja terveydenhuollon tilojen arkkitehtonisten rajanvetojen hämärtäminen on David ja Beverlie Sloanen (2003, 116) mukaan ”voimakas implisiittinen viesti siitä, että lääketiede on liiketoimintaa ja sairaanhoito on hyödyke.”

Potiluuden ja ammatillisen toimijuuden diskurssit ovat olleet erilaisia eri aikoina, mikä näkyy myös terveydenhuollon tilojen suunnittelussa (Martin ym. 2015; Jones 2018). Siinä missä terveydenhuollon tiloja on aikaisemmin suunniteltu työntekijöiden tarpeista käsin, samalla mahdollistaen potilaiden monenlaisen hallinnan ja valvonnan (Foucault 2013), asettavat monitilatoimiston mukanaan tuoma paikattomuus ja liikkuvuus sekä tilan lasisuus työntekijät uudella tapaa katseen ja valvonnan kohteiksi. Tämä taloudellistunut representaatio terveydenhuollosta ja sen tiloista asettaa henkilökunnan asiakaspalvelijan positioon, jonka voi katsoa eroavan perinteisemmästä terveydenhuollon työntekijän roolista. Nämä tilan tuottamat odotukset kytkeytyvät osaksi terveys- ja hyvinvointityön uusia, yrittäjämäisiksi kuvattuja työntekijäideaaleja (esim. Olakivi 2018).

Johtavassa asemassa olevien haastatteluissa terveysasema merkityksellistyy edustustilana ja asiakaslähtöisenä viihtymisen paikkana. Nämä merkitykset rakentuvat suhteessa toiminnan

avoimuuteen ja luotettavuuteen. Monitilatoimiston vähäistä käyttöä pohtiessaan, johtavassa asemassa oleva osallistuja kiteyttää että *”kukaanhan meistä ei tiedä, mitä siellä huoneessa tehdään”* ja työ tulisi uskaltaa asettaa *”arvostelun alle”* (H21). Puhuja haastaa terveysprofession vastuullisuuden ja autonomian (Jespersen & Wrede 2009; Wrede ym. 2017, 10; Wiili-Peltola 2005, 67–70) antaessaan ymmärtää, että potilaiden hoito ja terveydenhuolto tarvitsevat enemmän läpinäkyvyyttä. Tätä luotettavuutta hänelle symboloi työtilan lasisuus (Connellan ym. 2015, 16–17; McGrath ja Reavey 2019).

Kuvaukset työntekijöistä valvontaa vaativina ja uudet tilat valvonnan mahdollistajina merkityksellistävät erityisesti johtajien käyttämän monitilatoimiston johtamisen paikkana. Lisäksi lasin herkkyyden voi nähdä symboloivan myös brändin haurautta, joka vahingoittuu tai likaantuu tyytymättömän kuluttajan kertomuksesta (Gabriel 2005, 19), ja joka tästä syystä vaatii työntekijöiden yhä vahvempaa valvontaa. Parviaisen (2011) mukaan kasvokkain tapahtuvaan palvelutyöhön etsitäänkin organisaation brändiin soveltuvia työntekijöitä, joilta odotetaan kykyä elämysten herättämiseen asiakkaassa, vaikka tarjolla olevat palvelut olisivat tarkkarajaisesti konseptoituja. Tilat rakentavatkin asiakaspalvelijan ammatilliselle positiolle pariin brändin edustajan ruumiillista positiota. Merkityksellistämällä tilaa edustavaksi ja palvelevaksi tuotetaan myös tilassa työskenteleville rooleja näitä merkityksiä toteuttavina.

Terveysaseman tilat saavat johtavassa asemassa olevien haastateltavien puheessa myös merkityksen kustannustehokkaina ja taloudellisina. Toimintaan tarvittavat tilat käsitetään välttämättömänä kulueränä ja niiden käyttöä pyritään säätelemään organisatorisilla ratkaisulla: *” – tämä uusi ajattelu siitä, että niitä huoneita pyritään käyttämään mahdollisimman tehokkaasti, joka siis tarkoittaa todella sitä, että niitä vaihdetaan ja se huone luovutetaan, joku muu tulee tekee sitten, jos siellä kalenterissa sitä vastaanottotyötä on ja asiakkaita on varauksessa – – ”* (H8). Sen sijaan että työntekijät jäisivät ajanvarausten välissä tekemään muita työtehtäviä vastaanottohuoneisiin, heidän odotetaan siirtyvän työskentelemään monitilatoimistoon ja vapauttavan vastaanotto-tilan toisen työntekijän vastaanottojen toteuttamiseen. Tämän ajatustavan voi katsoa pohjautuvan niin kutsuttuun toimintaperusteiseen työtilasuunnitteluun, jossa työpisteet on suunniteltu erilaisten työssä tehtävien toimintojen perusteella. Esimerkiksi kasvokkaiset vastaanotot käsitetään eri työtehtäväksi, kuin potilaille soitettavat puhelut tai lausuntojen ja tietojen kirjaaminen. Käytössä olevien neliöiden karsiminen tilavuokrista aiheutuvista

kustannussyistä (Eräsaari 1995; 2002) on useissa yhteyksissä nimetty julkilausutuksi syyksi työympäristöjen muutokselle (esim. Ruokomäki ym. 2017). Myös tutkielman haastatteluaineistossa tilan säästäminen argumentoidaan tavoiteltavana, sillä tilakustannusten katsotaan vaikuttavan toiminnan mahdollisuuksiin ja kilpailuun terveydenhuollon kentällä.

Työtilojen kustannustehokkuus ja kulujen supistaminen näyttävät johtavassa asemassa olevien puheissa luonnollisina ja itsestään selvinä ihanteina, mitä pidetään keskeisenä taloudellistuneelle retoriikalle (Elomäki & Ylöstalo 2020, 15). Kustannustehokkuuden etusijalle asettaminen ei tarvitse selittelyä. Se tuodaan esiin yhtäältä *”resurssien kohdentamisen”* ja *”säästävien”* muutosten toteuttamisen ehdottomuutena kuin myös tyytyväisyytenä organisaation nykyiseen *”kustannustehokkaaseen”* tilanteeseen. Kustannustehokkuuden merkitys rakentuu haastateltavien puheissa myös vertailuna muihin vaihtoehtoihin. Keskustelussa organisaation toiminnan arvopohjasta, vastapariksi kustannustehokkuudelle, asetetaan voiton maksimointi, josta halutaan irtisanoutua: *”Ei ehkä sitä, ei ehkä se riistokapitalisti, kapitalismi puuttuu meiltä.”* (H8). Kustannustehokkuus määrittyy kompromissina ja voiton maksimoinnista irti sanoutumalla luodaan käsitystä kustannustehokkuudeksi määriteltyjen toimien välttämättömyydestä yhteisen hyvän tavoittelussa. Myös toiminnan tarkoituksen, vaikuttavuuden ja arvopohjan esiin tuomisella oikeutetaan tehtyjä ratkaisuja: *”– – just se vaikuttavuus ja yhteiskunnallinen se, et siinä on jonkinlainen arvopohja sillä työllä – –”* (H21).

Johtajien haastattelupuheissa syntyvät merkitykset vaikuttavat kytkeytyvän osaksi terveystaloudessa tapahtunutta kulttuurista muutosta, joka Wreden ym. (2017, 10–11) mukaan pitää sisällään uudenlaiset käsitykset terveystaloudessa organisaatioista ja niiden johtamisesta. Tässä uuden julkisjohtamisen talouskuripolitiikassa terveydenhuollon toimintaa tarkastellaan tuotantotalouden näkökulmasta (Jespersen & Wrede 2009, Koskiahho 2008; Hirvonen ym. 2020). Talouskuripolitiikan diskurssi kytkeytyy laajemmin sellaiseen kansainväliseen ja kansalliseen kehitykseen, jossa yksityisen sektorin toimintatavat, kuten tulos- ja tavoitejohtaminen sekä julkishallinnon tehostaminen yksityistämällä, nähdään kannatettavina ratkaisuuina julkisen sektorin kehittämisessä (Ollila & Koivusalo 2009, 22; Koskiahho 2008, 27–28, 171–172).

Taloudellistuneessa representaatioissa työympäristöä tarkastellaan suunnittelun ja suunnittelijoiden näkökulmasta. Uusilla tiloilla luodaan mielikuvia organisaation brändistä, josta halutaan antaa tehokas ja laadukas vaikutelma tukeutuen muodikkaaksi miellettyyn (Eräsaari 2002,

26–28) tilasuunnitteluun, organisaatorakenteeseen ja toiminnan logiikkaan. Taloudellistunut representaatio tiloista pitää kuitenkin sisällään myös työntekijöihin kohdistuvia julkilausuttuja ja implisiittisiä odotuksia, jotka rakentavat työntekijää osana organisaation brändiä (Grabriel 2005, 19) ja pyrkivät muuttamaan ammatillista toimijuutta. Monitilatoimiston julkilausuttuna tavoitteena on edistää siirtymistä verkostomaisiin ja liikkuviin työn tekemisen tapoihin vuorovaikutusta tukemalla sekä rikkoa työpaikan hierarkkista järjestystä pitämällä työntekijät liikkeessä (Kinnunen ym. 2017, 110–111).

Uusi terveysasema tiloineen merkityksellistetäänkin kaikissa haastatteluissa työn tekemisen tapoja muuttaneena. Työntekijöiden haastatteluissa työympäristön esitetään vaativan myös omien työtehtävien pilkkomista ja esimerkiksi vastaanottotöiden ja kirjallisten tehtävien erottamista toisistaan:

*”Että on nyt meillä se monitoimitila, missä tää kaikki paperinen työ osata sitten tehdä siinä hetkessä, ja sitte kun on vastaanottotoimintaa niin silloin siinä huoneessa, että jakaa se työ ikään kuin.” (H21)*

Kun työntekijöitä pyritään ohjailemaan tilaratkaisujen avulla, on työpaikan kaunistamisessa ja organisaatioiden estetiikassa kyse myös vallasta ja politiikasta. Työympäristöjä suunnitellaan tietoisesti ja yhä tarkoituksenmukaisemmin toteuttamaan haluttuja arvoja ja liiketoimintatavoitteiden saavuttamista osana organisaation strategiaa. Tällaisen suunnittelun ei kuitenkaan katsota pyrkivän vain ergonomian tai työn tehokkuuden parantamiseen, vaan tavoitteena on muokata organisaatiokulttuuria ja luoda sopivia työntekijäyysidentiteettejä. (Dale ja Burrell 2007.)

Tilalle haastattelupuheissa tuotettu merkitys verkostoitumisen paikkana kytkeytyy osaksi uuden työn ja työelämän keskustelua. Käsitys työpaikan tiloista kohtaamisen ja verkostoitumisen paikkana liittyy näkemykseen työn muuttumisesta paikasta (ja ajasta) riippumattomaksi. Erityisesti monitilatoimisto näyttäytyy haastateltavien puheissa paikkana, jossa organisaation johto sekä tukipalveluista vastaavat työntekijät ovat helposti sekä toistensa että potilastyötä tekevien saavutettavissa. Kuten seuraavassa katkelmassa, erityisesti johtavassa asemassa olevat kuvaavat uutta monitilatoimistoa työntekijöitä yhteen kokoavana paikkana:

*”Et nythän se on, et mäkin oon paljon helpommin tavoitettavissa nyt, kun mä oon koko aika, meillä on monityötila, missä me istutaan siis pääosin aina me. Ihmiset tietää, että okei, tuolta meidät löytää. – – Eli tällanen koko henkilöstön kohtaaminenhan on muuttunu hyvällä tavalla siis siihen, että pääsee näkee ja on oppinu tuntee.” (H8)*

Samoin kuin tilan kustannustehokkuuden merkityksessä, tämä tilan koko henkilöstöä yhteen kokoava myönteinen merkitys on tunnistettavissa lähinnä johtajan positiosta käsin puhuvilla haastateltavilla. Muu henkilöstö esittää monitilatoimiston paikkana, josta saattaa tavoittaa johtavassa asemassa olevia henkilöitä sekä tukipalveluissa työskenteleviä, mutta joka on epäkäytännöllinen tilan meluisuuden vuoksi. Organisaation sosiaalisen tilan kaksijakoisuus näyttäytyy näin myös tavoissa käsittää tilaa. Siinä missä potilastyötä tekeville osallistujille työpaikka on keskittymistä vaativan työskentelyn paikka, johtavassa asemassa olevat haastateltavat puolestaan argumentoivat oman kotinsa täyttävän vastaavan tarpeen. Näin he tuottavat uuden terveysaseman etätyöskentelyä edellyttävänä:

*”Ja se onkin melkein niinku, ainaki ite teen sillain, jos on sellasia töitä, että mä haluan keskittyä, niin mä teen sen etäpäivän, et mä oon melkein päivän viikosta, etkö säkin oo?” (H19)*

Tilaa ja tilassa tapahtuvaa toimintaa tulkitaan taloudellistuneessa representaatiossa sen kautta, miten tilaratkaisut tuovat ihmisiä yhteen kehittämään toimintaa ja *”luo semmosen helpon konsultoinnin”* (H19). Tilan tuottavuus syntyy haastatteluissa siitä monitilatoimistoihin liitetystä oletuksesta (Appel-Meulenbroek, Groenen & Janssen 2011), että tila tuo ihmiset yhteen, helpottaa konsultointia, ja mahdollisesti nopeuttaa tehtävien etenemistä. Uuteen työympäristöön toteutetut tilaratkaisut on näin suunniteltu tukemaan tehokasta toimintaa ja työskentelykäytäntöjä. Käsitukset tehokkaasta työskentelystä terveydenhuollossa vaikuttavat kuitenkin eroavan tilan suunnittelijoiden ja käyttäjien välillä.

Työn tuottavuudesta keskustelevat niin johtajat kuin työntekijätkin. Tuottavuudelle annetaan kuitenkin hyvin erilaisia merkityksiä näiden kahden ryhmän haastatteluissa. Johtavassa asemassa olevat kytkevät organisaation tuottavuuden vastaanottomäärien kasvattamiseen. Työntekijöiden puheissa tuottavuus ja tuloksen synnyttäminen taas näyttäytyvät työn sujumuuden arviointina: miten hyvin työtilat ja työvälineet palvelevat tuottavuutta. Kun työntekijät puhuvat tuloksesta ja tuottavuudesta fokus on pitkälti potilaissa. Esimerkiksi siinä, montako vastaanottokäyntiä potilaan asian hoitaminen vaatii ja onko vastaanoton aikana mahdollisuus potilaan kohtaamiseen ja kuuntelemiseen, jotka ymmärretään edellytyksenä hoidon onnistumiselle (ks. Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001). Tulos ja tuottavuus kytketään näin työn laatuun. Myös kollegan konsultointi ymmärretään osana tuloksellista työskentelyä ja ammatinharjoittamista.

## 6.2. Metatyö tilallisena käytäntönä

Käsityksen terveydenhuollosta ja sen tiloista liiketoimintana ja hyödykkeinä voi katsoa ohjaavan niitä valintoja, joita terveysaseman rakentamisessa on tehty. Tilaratkaisut puolestaan vaativat tiloissa työskenteleviltä uusien tilallisten käytäntöjen omaksumista. (ks. Lefebvre 1991, 33, 38–39.) Nämä käytännöt kutsuvat tilassa työskenteleviä ja siellä vierailevia uusiin positioihin. Näin tilan representaatio muokkaa organisaation sosiaalista toimintaa. Erityisesti potilastyötä tekevien osallistujien puheissa materiaallinen tila rakentuu uudenvälisiin tekemisen ja liikkumisen tapoihin pakottavana ja työpäivään lisää työtä ja muistettavaa tuovana. Uusia tilallisia käytäntöjä ovat esimerkiksi työpäivän aikaisen liikkumisen ja etsimisen sekä työvälineiden kanniskelun lisääntyminen. Lisäksi tilat vaativat työntekijöiltä myös muita uudenlaista metatyön, emotionaalisen työn ja esteettisen työn tekemistä sekä itsen hallinnan muotoja.

Liikkuminen tilallisena käytäntönä kytkeytyy uuteen paikkariippumattoman työn ajatukseen. Tilaa tarkastellessa konkreettinen työympäristö näytti muodostuvan pitkistä välimatkoista. Potilastyötä tekevät haastatellut puolestaan kertovat ihmisten ja työvälineiden etsimisestä. Aineistossa toistuvat kuvailut, kuten: *”Niin se luo sit ja sit se kulkeminen edes takasin huoneesta toiseen”* (H16). Vaikka liikkumisesta puhuvat kaikki, liikkumisen määrä työpäivän aikana vaikuttaa vaihtelevan suuresti riippuen puhujan asemasta. Johtavassa asemassa olevat ja tukipalveluissa työskentelevät haastateltavat kuvaavat liikkuvansa lähinnä monitilatoimiston, kahvihuoneen ja kokoushuoneiden välillä. Potilastyötä tekevillä *”askelmerkkejä”* puolestaan lisäävät myös useammassa kerroksessa olevien vastaanotto-, toimenpide- ja varastohuoneiden välillä kulkeminen. Tämä jatkuva paikan vaihtamisen ongelmallisuus on tullut esiin myös aikaisemmissa vastaavanlaisia työympäristöratkaisuja käsittelevissä tutkimuksissa (Kinnunen ym. 2017; Peteri 2020; Ruohomäki ym. 2017).

Työpaikalla toimijoilta odotetaan tai vaaditaan liikkumista, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa johtajan aineistokatkelmassa:

*”Tavallaan valitsemalla sen työpisteen niin mä oon tehny itse myöskin niinku, et mulla on aikaa, niin just näin mäkin aattelen, et jos mä menisin sinne hiljasen työn tilaan, niin sit mä niinku sanoisin, et ei tartte tulla, mut jos mä oon siinä alueella missä voi tulla jutteleen, niin sillan sulla on mun mielestä, sä oot siinä niinku tarjottimella sitten.”*  
(H21)



Katkelma osoittaa miten tekemällä tietynlaisia työtehtäviä niille suunnitelluissa paikoissa tietyt tilat aletaan liittää tiettyihin työtehtäviin. Tämä käytäntö uusintaa tilan representaatiota kytkemällä tietyt tilat ja tietynlaiset työtehtävät assosiatiivisesti yhteen. Tietty tila saa merkityksensä työtehtävästä, jota siellä suoritetaan. Esimerkiksi edellisessä katkelmassa puhuja tuo esille, kuinka monitilatoimistossa oletuksena on, että työntekijän saa keskeyttää ja hänelle saa tulla puhumaan.

Tilojen eriyttäminen on terveydenhuollon tiloille tyyppillistä. Uuden terveysaseman tiloissa työtehtävien eriyttämisen eri tiloihin voi kuitenkin nähdä poikkeavan aikaisemmista käytännöistä. Tilan merkityksellistäminen edulliseksi tai kustannustehokkaaksi näyttää ohjaavan sitä, miten tilat on jaoteltu eri työtehtäviä varten ja millaisia tilallisia käytäntöjä työhön jaottelun takia muodostuu. Pyhittämällä vastaanottohuoneet yksinomaan kasvokkaisten vastaanottojen toteuttamiseen ja erottamalla muun muassa kirjaukset, lausuntojen tekeminen sekä puhelinajat monitilatoimistossa tehtäväksi työksi, pyritään maksimoimaan vastaanottohuoneiden ajallinen käyttöaste kasvokkaisten vastaanottojen toteuttamisessa. Näin suunniteltuna samaa huonetta voi käyttää useampi eri työntekijä päivän aikana ja myös vastaanottoja on mahdollista toteuttaa enemmän (tai toteuttaa entinen määrä vastaanottoja vähemmällä tilakapasiteetilla).

Uudet tilaratkaisut vievät työtehtävien eriyttämisen aiempaa pidemmälle ja hajauttavat työtehtävät laajemmalle alueelle toimitiloissa. Tilajärjestys pilkkoo työprosesseja pienempiin osiin ja järjestele ne uudelleen oletetun kustannustehokkuuden näkökulmasta. Muutos eriyttää työntekijän työssä tarvittavista instrumenteista ja muista tarvikkeista. Myös työtä tehdessä erilaiset keholliset liikkeet ja niiden laajuudet kiinnittyvät kuitenkin tilan materiaaliin objekteihin (Lefebvre 1991, 215–216), kuten kalusteisiin, rakennuksen tilaratkaisuihin ja työssä tarvittaviin välineisiin. Eriyttämällä työntekijän työvälineistään tila tulee näin tuottaneeksi mielikuvaa, jonka mukaan työ tulisi tehdä ilman näitä välineitä. Lisäksi muutos jättää huomioimatta kulkemiseen ja etsimiseen kuluvan ajan.

Potilastyötä tekevät haastatellut puhuvat toistuvasti uusien tilojen epäkäytännöllisyydestä, kun he kuvaavat kulkemiseen ja etsimiseen kuluvan ajan lisääntymistä. Työpaikan uudet tilat edellyttävät työntekijältä oman työn kokonaisvaltaista hallinnointia ja asettavat hänet yrittäjän ja tuloksen tekijän positioon, joissa yksilön rooliksi jää sopeutua parhaansa mukaan toimintaympäristön muutoksiin. Haastatteluiden perusteella vaikuttaa siltä, että nämä positiot ovat ristiriidassa terveydenhuollon työn luonteen kanssa ja synnyttävät potilastyötä tekevissä tuntemuksia siitä, että työtila ei toimi.

Terveydenhuollon työn oletetaan olevan usein paikasta toiseen kulkevaa tietotaitoa. Se on monin tavoin refleksinomaista, automatisoitunutta ja rutiininomaista toimintaa, jossa työvälineet ja työn tekemisen tilat toimivat ikään kuin käsien jatkeena. Tämän vuoksi työympäristön muuttuessa työ vaatii aina uudenlaista reflektointia tilan ja välineiden suhteen. (Harris 2011.) Muuttuneeseen ympäristöön totuttelu ja puuttuvien työvälineiden etsiminen vievät osan työntekijän potilaaseen kohdistamasta huomiosta: *”... ja aika ja energia, ni sitten tää kaikki muu sitte vähä viä häirittee sitä lisää.”* (H22). Tämä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa potilastyötä tekevän haastattelusta tiivistetyssä aineistokatkelmassa. Katkelmassa rakentuvat uuden tilan työtä muuttava merkitys ja tilan epäkäytännöllisyys.

*”No kyllä se varmaan näkyy siinäkin, koska no, siinä on ensinnäkin, se työpöytäkin on aika pieni. Ja sitten, kun esimerkiks tekee korvahuuhtelu, täs on yks esimerkki, kun siinä lavuaarissa ei oo mitään muuta, kun, mitään semmosta, että saisi laittaa niitä välineitä siihen viereen jotenkin. Semmosta tasoo, niin sekin tavallaan, sit pitää asetella niitä siihen pöydälle ja jotenkin asetella se tuoli siihen, että saa otettuu sieltä ja sieltä taas hanasta vettä ja ruiskua, ruiskulla vettä. No lamput, korvalamppu sitten siellä toisella pöydällä. Niin no siinä tulee vaan semmosta jotenkin tavallaan semmosta turhanpäivästä häsläystä. Ja no, sitten, kyllähän se tietysti muutenkin aina voi olla niin, että on puuttunu tavaraa omasta huoneesta, pitää lähtee hakemaan. – – Niin pakko se on ensiks siinä [vastaanottohuoneessa] kutsua se ja sitten vasta lähdetään sinne toimenpidehuoneeseen, joka on sit siellä toisessa päässä ehkä. Riippuu nyt, missä sitten on. Niin sitten, kun se onkin varattu se toimenpidehuone, kun niitäkään ei oo kovin montaa siellä ja sitten odotella siinä, että se vapautuu. Siin menee aikaa. Ja sitten haalia niitä välineitä sieltä kaapeista ja. Ja sitten se, kun on siellä toimenpidehuoneessa, siinä on aikamoinen trafiikki, kun siinä käy ihmisii tai siis työntekijöitä koputtelemassa, että onko täällä ketään. Kun siinä ei oo ollenkaan sellasta punavalosysteemiä, et tää on nyt varattu.”* (H16)

Tilan representaation ja kustannustehokkuuden merkityksen voi katsoa ohjaavan myös erilaiseen kanniskeluun tilallisena käytäntönä. Monitilatoimiston idea perustuu muun muassa tavoitteeseen paperittomasta toimistosta, jossa kaikki tarvittava informaatio kulkee mukana sähköisillä laitteilla ja pilvipalveluissa. Potilastyötä tekevät haastatellut kuvailevat kuljettavansa työpäivän aikana mukanaan omaa kannettavaa tietokonetta, oman alan erikoisvälineistöä ja työssä muuten tarvittavia henkilökohtaisia apuvälineitä, jotka on tarkoitus kerätä työpäivän päätteeksi monitilatoimistossa sijaitsevaan omaan lokeroon. Työntekijät argumentoivat tämän käytännön olevan kuitenkin ongelmallinen:

*”Mutta eihän sinne työtuolia tungeta sinne lokeroon. Se on ihan mahdottomuus.”* (H7)

Oma lokero saa haastateltujen puheessa merkityksen työpäivän alku- ja päätepisteenä. Se myös aiheuttaa ristiriitoja työpaikan sääntöjen noudattamisen ja oman työn tekemisen ehtojen välillä. Tilaa havaitaan ikään kuin lokerosta käsin, ja lokero fyysisenä objektina määrittää sitä, millä ehdoin työtä on tehtävä. Lokero pakottaa arvioimaan uudelleen työssä tarvittavia välineitä ja niiden tarvetta työpäivän eri vaiheissa. Se saa myös havaitsemaan ja tiedostamaan oman kehon rajat tavaroiden kantajana ja kuljettajana. Annettu säilytystila ja työpaikan uusien sääntöjen noudattaminen edellyttävät tässäkin työvälineistä, kuten paperipinkoista luopumista. Terveysthuollon kontekstissa kaikki työvälineet eivät kuitenkaan ole muutettavissa sähköiseen muotoon. Kokonsa tai määränsä vuoksi työvälineet eivät mahdu toimistotyön tarpeisiin suunniteltuun monitilatoimiston säilytystilaan. Edellinen lainaus työtuolista, joka ei mahdu lokeroon, osoittaa ymmärrystä siitä, että myös itselle säädetty työtuoli on työväline. Kun omista huoneista on luovuttu, työpäivä alkaa työpöydän ja -tuolin säätämällä omalle keholle sopivaksi. Tämä tilallinen käytäntö ohjaa työntekijöitä omaksumaan yrittäjämäistä työtettä. Toisaalta käytäntö myös pakottaa sopeutumaan tai alistumaan ruumiillisesti entistä kuormittavampaan työskentelyyn, sillä haastatteluissa kulkemiseen ja etsimiseen kuluvan ajan esitetään olevan pois työpisteen säätämiseen käytettävissä olevasta ajasta.

Työntekijät puhuvat uusista käytännöistä peruuttamattomina muutoksina, joihin on vain sopeuduttava raahaamalla työtarvikkeita mukanaan ja kulkemalla edes takaisin niitä etsien. Kuvauksissa he osoittavat jossain määrin hyväksyvänsä vallitsevan tilanteen tai toimivansa sen antamissa rajoissa. Haastateltavat tulevat myös uusintaneeksi tilan representaatiota kielellisesti toistelemalla fraaseja tehokkuudesta, taloudellisuudesta ja ainaisesta muutoksesta: *"Eli muutoshan on pysyvää ja muutosta pitäis sietää."* (H3). Yhtäältä he luettelevat liudan puutteita ja hankaluuksia, havaintojaan seikoista, jotka vaikeuttavat työn tekemistä. Luettelemalla asioita, joita *"pitäisi"* tai *"on pakko"* tehdä voidakseen aloittaa itse työn tekemisen, rakennetaan kuvaa arjen sujumattomuudesta. Samalla kuitenkin tehdään selkoa tilallisten käytäntöjen noudattamisesta, kuten seuraavassa aineistokatkelmassa:

*" – – kun mul on semmosta, et mä teippailen ja annan akupunktioo, ni mä tarviin vähän enemmän kaikkee sitä rekvisiittaa ku muut, ni niitten raahaaminen sinne sun tänne. Sit mä tartten tietynlaisen akupunktioo varten tietynlaisen plintin, jota ei ole kuin parissa huoneessa. Niitten kaikkien raijaamiseen tarttis jo jonkinlaisen vedettävän perässään. Ja sitte viel työtuolia pitäis viedä ja rullahiirtä ynnä muuta."* (H15)

Potilastyötä tekevien kuvaukset yhtäältä annetun säilytystilan pienuudesta ja toisaalta mukana kuljetettavan tavaramäärän paljoudesta kertovat tilan kehollisesta havaitsemisesta. Puhumalla jonkin perässä vedettävän tarpeesta tehdään selkoa niistä odotuksista tai vaatimuksista, joita tilan koetaan käyttäjiinsä kohdistavan. Esimerkiksi edellisen katkelman alallaan erikoistunut osaaja muotoutuu tilallisissa käytännöissä työvälineitään mukana kuljettavaksi, freelancerin kaltaiseksi toimijaksi.

Tilan käsittäminen taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta ohjaa tarkastelemaan myös työtä ja sen tekemistä samasta näkökulmasta. Tilan representaation ja käsitetyt tilat voi tulkita ohjaavan omaksumaan uusia työskentelyn tapoja ja keinoja hallita omaa työarkea. Osa näistä tilallisista käytännöistä on uusia lisätyötehtäviä, jotka muuttavat työn luonnetta lisäämällä siihen hallinnollisia tehtäviä ja siirtämällä professionaalisen työn painopisteitä hoidosta työn hallintaan ja hallintointiin (Eräsaari 2010, 216–217). Osa puolestaan on käsitetyt tilat ohjaamina omaksuttua metatyötä, itsen hallintaa ja kehotekniikoita.

Potilastyötä tekevät haastateltavat tekevät selkoa työn uusista odotuksista, jotka liittyvät tilamuutoksen yhteydessä toteutettuun uusien teknologioiden käyttöönottoon ja työtehtävien uudelleenjärjestelyihin. Haastatellut kuvailevat hoitavansa aiempien tehtäviensä lisäksi *”toimistohommia”*, kuten muun muassa tilavarausten tekemistä ja potilaschatin viesteihin vastaamista. Lisäksi työntekijät kuvaavat kokevansa painetta tarjota myös sellaisia palveluita, joihin heitä ei toistaiseksi ole koulutettu. Esimerkiksi seuraavan katkelman työntekijä on kuvannut työnsä muuttuneen personal trainereiden työn kaltaiseksi: *”Et tuntuu, ihan tälläsillä perustaidoilla ei aina välttämättä taho pärjätäkään.”* (H12). Tästä syntyy eletty kokemus siitä, että omat taidot eivät enää riitä.

Varsinaisten uusien työtehtävien lisäksi tila ohjaa omaksumaan erilaista metatyötä, jota tekemällä uusinnetaan tilan representaatiota ja tuotetaan merkitystä tilasta työtä muuttavana. Tällaisia tilallisia käytäntöjä ovat muun muassa jatkuvan paikan vaihtamisen lisäämä asioiden muistaminen, mieleen painaminen, varautuminen ja tarkkaileminen. Uusien tilojen myötä työpäivään ja erilaisiin työtehtäviin valmistautumisen kuvataan vievän aikaisempaa enemmän aikaa ja vaativan enemmän valmistelua, mikä tulee esiin muun muassa seuraavasta potilastyötä tekevän katkelmasta:

*”Mul on aina aamusin semmonen vähän ku lentokoneen lähdössä, semmonen check in-lista, että mä katon, et paperia on tarpeeksi, klemmareita tarpeeksi, onko Skype päällä ja näin edelleen, niin käyn sen aina läpi.” (H18)*

Metatyö rakentuu potilastyötä tekevien osallistujien puheissa uusien tilaratkaisujen vaatimana tehokkaampana oman työn ja työvälineiden hallintana, johon osa on katkelman puhujan tavoin kehittänyt check in -listojen kaltaisia käytäntöjä. Koska paikkaa vaihdetaan jatkuvasti, työtilaan ei ole mahdollista kiinnittyä. Tällöin ei myöskään voi olla varma, että työtilassa on kaikki tarvikkeet, joita itse tarvitsee. Esimerkiksi seuraavassa katkelmassa potilastyötä tekevä haastateltu rakentaa työpaikan tilalliset järjestykset ja uudet säännöt metatyön tekemisen syinä:

*” – – ku meil on ne henkilökohtaset laukut ja lokerot, et se on tavallaan se omaisuus, mitä sulla saa työssä olla, dokumenttia ja muuta sellasta, ni mitä pystyy säilyttämään. Ja sit tavallaan se, et sä ikään ku avaat ja suljet jokasen työpäivän siihen lokeroos, että sä sielt huoneest poistut. Nii mää huomaan, et mä oon joutunu opetteleen tosi paljon sitä, et ku aikasemmin on ikään ku voinu jättää jotain prosesseja auki tai jonkinlaisii muistutuksii ittellensä, ni nyt joutuu miettiin tosi paljon, että miten mä laitan vaik itelleni muistutuksii tai jotai, et mä muistan palata niihin asioihin.” (H10)*

Edellinen katkelma osoittaa, miten jokaisen tilavarauksen päätteeksi kaikki keskeneräiset työt on kerättävä pois huoneesta. Tällöin tila ei toimi muistin apuvälineenä, vaan työntekijän on kehitettävä uusia muistamisen tapoja. Käytäntö, jossa työntekijät aloittavat aina tyhjältä pöydältä, tuottaa heistä jälleen freelancer-työntekijän kaltaisia toimijoita. He tulevat huoneeseen työvälineidensä kera ja potilastyön päätyttyä pakkaavat tavaransa ja lähtevät. Näin heille rakentuu ammatillinen positio yrittäjämäisinä toimijoina. Tämä rakentaa kuvaa terveys- ja hyvinvointityön uusista työntekijäideealeista (Olakivi 2018), joihin työtilojen muutos vaikuttaakin kytkeytyvän.

Aineistossa on luettavissa, miten uudet teknologiat ja järjestelmät muuttavat työn tekemistä ja edellyttävät uudenlaisia töitä. Vaikka teknologioiden kehittymisen ajatellaan yleisesti ottaen helpottavan työn tekoa ja vähentävän ihmisten tekemän työn määrää, kehitys voi kuitenkin olla myös vastakkainen. Teknologioiden työtä helpottava, nopeuttava tai vähentävä vaikutus ei siis ole yksiselitteistä. Uudet teknologiset järjestelmät luovat myös uudenlaisia työtehtäviä ja siirtävät tehtäviä tekijöiltä toisille. Vaikutukset eivät siis kohdistu samalla tavalla kaikkiin tehtäviin ja tekijöihin. (Cowan 1983, 13, 63–101.) Esimerkiksi terveysaseman uusi tilavarauksjärjestelmä on siirtänyt tilojen varaamisen potilaiden parissa työskentelevien työtehtäväksi. Myös työtilojen tarpeellisista välineistä huolehtiminen on siirtynyt enemmän potilastyötä tekevien vastuulle, sillä kustannustehokkuuden nimissä työtiloissa on vain rajallinen perusvarustus.

Uusi tilajärjestys vaatii myös ruumiillista ja sosiaalista metatyötä. Erityisesti monitilatoimisto työtilana tuotetaan haastattelupuheissa paikkana, missä yksilön kyky hallita itseään ja toimintaansa on ensisijainen keino monitilatoimistossa työskentelyn kannalta. Monitilatoimisto vaatii ”sopivaa sosiaalisuutta”. Yhteisessä tilassa erilaisten työtehtävien tekemisen ja toisten konsultoinnin ymmärretään tuovan työhön jatkuvia keskeytyksiä, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa johtajan haastattelukatkelmassa: *”Tietysti sitten ne, joilta, semmoset ihmiset, keltä kysytään paljon, niin kyllähän se on tosi niinku semmosta, niinku pätkittäistä, et jatkuvaa keskeytystä, viis minuuttia ja joku kysyy jotain ja kymmenen minuuttia ja joku kysyy jotain.”* (H21). Jatkuvat keskeytykset ymmärretään osaksi tilaratkaisua: *”Monitoimitilahan sitten se ideologiakin olis semmonen.”*(H20). Ruumiillinen metatyö tarkoittaa esimerkiksi sitä, että oman kehon asennoilla yritetään viestiä työrauhan tarpeesta. Monitilatoimiston edellyttämä jatkuva sosiaalisuus tuodaan haastatteluissa esille yleisesti hyväksyttynä realiteettina. Tämä kuvastaa tilan asettamiin ehtoihin sopeutumista, minkä voi myös nähdä uusintavan tilan taloudellistunutta representaatiota. Työntekijät eivät kuitenkaan vain alistu uusien tilojen sosiaalisuuteen. Analysoin tätä työntekijöiden vastarintaa tarkemmin luvussa seitsemän.

Siinä missä työpaikan sosiaalinen tila asettaa työntekijät yrittäjän ja asiakaspalvelijan ammatillisiin positiioihin, se tuottaa työntekijöille myös odotuksia sopivasta ruumiillisuudesta ja persoonallisuudesta. Esimerkiksi seuraavassa aineistokatkelmassa johtavassa asemassa oleva osallistuja käsitteellistää monitilatoimistossa työskentelevät ulospäinsuuntautuneiksi henkilöiksi: *”– sinne hakeutuu sellaset henkilöt, jotka ei häiriinny ehkä siitä metelistä, siis sillain, ja jotka on niinku, sanotaanko ekstrovertimpiä ihmisiä.”* (H21). Työntekijöiltä odotetaan kykyä keskittyä meluisassa tilassa, palata oman työn pariin keskeytyksistä huolimatta sekä kykyä olla näkemättä ja kuulematta sellaisia asioita, joita ei ole tarkoitettu omille silmille ja korville. Mikäli jatkuvia keskeytyksiä ei siedä, edellinen haastateltava jatkaa: *”Sit täytyy tehdä jossain muualla.”* (H21). Keskeytysten sietäminen tuotetaan puheissa yksilön ominaisuudeksi ja työn muuttuminen yksilöistä lähtöisin olevaksi: *”Meistähän se on itsestä myös kiinni, mihkä suuntaan se työ menee.”* (H20). Lisäksi työntekijöiltä odotetaan taitoa valita kulloisenkin tehtävän kannalta sopiva työskentelytila itselleen.

Tilan asettamat vaatimukset tai ominaisuudet kytetään haastateltavien puheissa yksilöiden ominaisuuksiksi tai persoonaan liittyviksi. Tämä tulee esiin esimerkiksi monitilatoimiston hälinästä puhuttaessa. Seuraava katkelma ilmentää työtehtävien piirteiden tulkitsemista työntekijän piirteinä.

Haastatteluissa tulkitaan toistuvasti yksilöiden piirteisiin liittyvänä tekijänä se, miten yksilö kykenee työskentelemään hälyisässä tilassa.

*”Mut kyllä mul, haastava se monitoimitila. Mä tiedän, että oon tyyppinä semmonen, että mä tartten sen hiljasuuden, ihan mitä tahansa teenkin. Luen, opiskelen. Opiskeluajasta muistan sen, että täyty olla se oma hetki ja hiljasuus ja rauha, et kaikki, jos pieniki hälinä ympärillä, ni sit se menee se juttu sekasin, että kerta kaikkiaan en pysty siinä tekeen hirveen hyvin. Ja sitte se, että kyl mä sitä mietin, mua vaivaa se, et jos mä puhelimes oon, ja mä tiedän, ettei nyt kukaan kuuntele mun höpinöitäni tai näin.” (H22)*

Katkelmassa potilastyötä tekevä kuvaa itseään huonona keskittyjänä ja esittää sen hankaloittavan työskentelyä monitilatoimistossa, toisin kuin aikaisemmin esiin tuoduilla ekstroverteilla. Tilan ominaisuuksien kytkeminen yksilön ominaisuuksiin häivyttää myös työtehtävien eroavaisuuksia. Käsittämällä yksilö huonona keskittyjänä jätetään huomioimatta työtehtävien, kuten arkaluonteisten puheluiden soittamisen potilaille, asettamat vaatimukset suhteessa vähemmän tarkkaavaisuutta ja hienovaraisuutta vaativiin työtehtäviin. Määrittelemällä kaikille tarkoitettu työtila vain ekstroverteille sopivaksi tuotetaan näihin määrittelyihin sopimattomat ”persoonaltaan” työhön sopimattomiksi (ks. myös Peteri 2014, 322).

Käsittämällä tilan ominaisuudet yksilön ominaisuuksiksi jätetään siis huomioimatta työtehtävien erilaisuus. Työntekijöiden odotetaan kykenevän syventymään omien tehtäviensä pariin toistuvien keskeytysten välissä. Aikaisemmissa monitilatoimistoja käsittelevissä tutkimuksissa (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020; Ruohomäki ym. 2017; Lahtinen ym. 2015) työskentelyä häiritseviksi tekijöiksi on tunnistettu puutteet työrauhassa ja yksityisyydessä. Vastaavat tekijät representoidaan myös haastatteluaineistossa työskentelyä vaikeuttaviksi tekijöiksi, joita pyritään hallitsemaan työruumiiseen kytkeytyvillä tilallisilla käytännöillä.

Monitilatoimistossa työskentely näyttää vaativan uusia kehotekniikoita, jotka voidaan ymmärtää lefebvreläisittäin tilallisina käytäntöinä. Paitsi että työntekijöiden odotetaan kykenevän tekemään keskittymistä vaativia työtehtäviä meluisassa tilassa, heidän odotetaan myös jättävän kuulematta ja näkemättä sellaiset asiat, jotka eivät koske omaa työtä: *”välillä kuulee asioita, joita ei varmaan oo tarkotettu mulle.”* (H7). Tätä tilallista käytäntöä voisi käsitteellistää Kaufmannin (1996, 163) *”katsomatta näkemisen taidolla”*. Oman katseen kulkua on hallittava kiinnittämällä se johonkin yleisesti hyväksytyyn kohteeseen, kuten oman tietokoneen näyttöön. Vastaavasti työntekijän pitäisi osata olla kuuntelematta, kehittää kuuntelematta kuulolla olemisen taitoa. Tälle

kehotekniikalle tila ei kuitenkaan vaikuta tarjoavan vastaavaa kiinnityspistettä, kuin mitä esimerkiksi oman kannettavan tietokoneen näyttö tarjoaa katseen kiinnittämiseksi.

Uusien kehotekniikoiden voi tulkita tuottavan työpaikan sosiaalista tilaa vuorovaikutukseen kannustamattomaksi, mikä asettuu ristiriitaan tilan kohtaamisia lisäävän tavoitteen kanssa. Työympäristöä kirjoitetaan ruumiillisesti uudelleen (Grosz 2001) muokkaamalla tilaa kehotekniikoiden käytöllä. Tilasta tuotetaan omaa työskentelyä helpottavaa esimerkiksi viestimällä kehon asennoilla työrauhan tarpeesta. Tämä tuottaa monitilatoimistoon vaivautunutta ilmapiiriä, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa työntekijän haastattelukatkelmassa.

*”Mä nään siinä, et on joku ihminen, jolt mä pystyisin kysyyn, mut sit mä mietinki, et en mä vaan voi mennä tosta nyt, et hän tekee kans töitä yhtä lailla, et en mä voi häiritä nyt taas. Et seki vaivaannuttaa siinä, että toisaalta on lähellä joku, jolta pystyy, mutta sitte ei tiedä, että kehtaako kuitenkaa.” (H22)*

Katkelma osoittaa, miten avoin työskentelytila vaatii muiden huomioimista, jota voi käsitteellistää niin kutsuttuna kohteliaana väistämisenä (Goffman 2012, 107), pyrkimyksenä olla häiritsemättä muiden työskentelyä. Vastaava tilallinen käytäntö on havaittu myös Kinnusen ym. (2017) sekä Peterin ym. (2020) tutkimuksissa, joissa monitilatoimiston käyttöönoton havaittiin lopettaneen aikaisemman tervehtimiskäytännön työpaikalla. Kohtelias väistäminen ja vaivautunut ilmapiiri siis paradoksaalisesti vähentävät kollegoiden konsultointia ja työyhteisön verkostoitumista. Työpaikan tilaratkaisujen, työtehtävien uudelleen järjestelyn ja monitilatoimiston ilmapiirin voikin tulkita pitävän työntekijöitä fyysisesti erillään toisistaan. Ne tukevat työn itsenäistä suorittamista ja keskittymistä omaan työtehtäviin tuottavuuden nimissä, yhteisöllisemmän toiminnan sijasta.

Työympäristö vaikuttaa vaativan työntekijältä myös aktiivisempaa emotionaalista työtä tilallisena käytäntönä, sillä pelkistetty fyysinen tila ei tue tätä työn muotoa. Emotionaalisella työllä tarkoitetaan asiakkaiden tai potilaiden mielentilan ja palvelun ilmapiirin hallintaa (Hochschild 1983). Sosiaali- ja terveystilapalveluiden työntekijät käyttävät omaa tunteiden hallintaansa työvälineenä asiakkaita ja potilaita kohdatessaan, joten näiden ammattien edustajat voidaan nähdä emotionaalisen työn tekijöinä. Fyysisen tilan suunnittelulla voidaan vaikuttaa vastaanottotilanteen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen kannalta väliä on esimerkiksi sillä, miten lääkäri ja potilas asettuvat tilassa suhteessa toisiinsa (Ruusuvaori 2001, 28–30). Tylerin ja Cohenin (2010) mukaan työtiloja myös sisustetaan tarkoituksella ilmentämään halutunlaista mielikuvaa työntekijästä. Vastaanottohuoneessa olevat, työntekijän omasta elämästä viitteitä antavat esineet, kuten



valokuvat, lasten piirrookset tai omat työvälineet, toimivat näin emotionaalisen työn apuvälineinä. Terveystieteiden kontekstissa henkilökohtaiset esineet mahdollistavat työntekijän erityisasiantuntemuksen mukaisen hoidon antamisen. Lisäksi ne toimivat emotionaalisen työn välineinä luomalla mielikuvaa työntekijästä esimerkiksi perheellisenä tai eläinten ystävä. Materiaalinen ympäristö ikään kuin kertoo omaa tarinaansa siellä työskentelevästä henkilöstä ja tekee emotionaalista työtä työntekijän puolesta. Se kannattelee vastaanoton ilmapiiriä myös työntekijän huomion ollessa muualla kuin potilaassa. Odotuksen potilaskuluttajien yhä henkilökohtaisemmasta hoitamisesta ja kohtaamisesta voi katsoa edellyttävän myös aktiivisempaa emotionaalisen työn tekemistä, mutta pelkistetyt vastaanotto- ja toimenpidetilat eivät tue työntekijöitä tässä tehtävässä. Sen sijaan, että uudistetut työtilat tekisivät osan emotionaalisesta työstä työntekijän puolesta, ne vastuuttavat työntekijän luottamuksellisen ja vuorovaikutteisen ilmapiirin tuottamisesta.

Emotionaalisen työn ohella tilallisten ratkaisujen voi tulkita tuottavan työntekijöille tarpeen tehdä esteettistä työtä. Asiakaspalvelijan positioon kohdistuu odotus työpaikan edustamisesta myös työntekijän ulkoisella olemuksella (Kukkonen ym. 2019; Kukkonen & Sarpila 2021). Brändiä rakentavaksi merkityksellistetty, läpinäkyvä ja estetisoitu tila asettaa työntekijät uudella tavalla katseen kohteeksi, mikä tuottaa työntekijöille odotuksen edustavuudesta ja asettaa heidät myös brändin rakentajan ruumiilliseen positioon. Esteettisellä työllä tarkoitetaan tunteiden hallitsemisen ohella oman olemuksen muokkaamista osana työnantajan brändin rakennusta (Warhurst & Nickson 2001; Witz ym. 2003). Tilaratkaisut auttavat muistamaan ja estävät unohtamasta työpaikalla oikeaksi mielletyn olemisen kirjoittamattomia sääntöjä. Lasisuus rakentaa työntekijöiden ruumiit ja liikkeitä osaksi organisaation estetiikkaa, mikä mahdollistaa myös työntekijöiden arvottamisen esteettisen työn näkökulmasta. Aikaisemmin terveydenhuollon perinteisemmät hallinnan ja valvonnan tilalliset muodot ovat asettaneet potilaat henkilökunnan katseen kohteiksi (Foucault 2013). Tilauudistuksen lisäämä läpinäkyvyys mahdollistaa kuitenkin myös toisen suuntaisen katseen. Tilojen lasisuuden ja jatkuvan katseen kohteena olemisen onkin havaittu aiheuttavan terveydenhuollon henkilökunnassa tuntemuksia loukussa tai lasihäkissä olemisesta. Lisäksi läpinäkyvyyden on havaittu vaativan uudella tavalla huomion kiinnittämistä omaan käyttäytymiseen. (Simonsen ym. 2020.) Paitsi että lasisuus mahdollistaa katseen ja arvioimisen, se myös tekee monista aiemmin näkymättömistä työtehtävistä näkyviä potilaille tai asiakkaille.

Terveysthuollon tiloilla on merkitystä, sillä tila on osa potilaiden ja työntekijöiden välisiä suhteita, joskaan ei aina suunnitellun mukaisesti. (Simonsen ym. 2020.)

### 6.3. Työn uusi ruumiillisuus: Ergonomia yksilön vastuulle

Vaikka fyysisen tilan luonnetta ja sen merkityksiä on mahdollista muuttaa ruumiillisten käytäntöjen kautta ei ruumiillisuus ole kokonaan irrotettavissa fyysisestä tilasta (Lefebvre 1991, 215–216). Tilaa havaitaan kehollisesti liikkumalla ja aistimalla työn tekemisen vaikutukset omassa kehossa. Tällaisista havainnoista rakentuu myös haastateltujen puheissa kuva terveysaseman uusista tilallisista käytännöistä työruumiille fyysisiä ja psykososiaalisia seurauksia tuottavina. Tilalliset käytännöt ruumiillistuvat työntekijöiden kehoissa fyysisenä ja psykososiaalisena kuormituksena, kipuna ja stressinä. Potilastyön parissa työskentelevät osallistujat sanallistavat näitä käytäntöjä raskaiksi mutta välttämättömiksi työstä suoriutumisen kannalta. Terveysthuollon työruumis esitetään työntekijöiden puheissa erottamattomasti kytkeytyneenä fyysiseen tilaan, esineisiin ja työn ajallisiin prosesseihin. Kuten Silva Tedre (2004, 58) on huomauttanut: ”Fyysisiä välimatkoja ei voi ylittää ilman kulkemiseen tarvittavaa aikaa.” Myöskään hoitoa ei voi toteuttaa ilman siihen tarvittavia tarvikkeita, eikä työtä tehdä muissa kuin oman ruumiin sallimissa rajoissa.

Tilassa toimiminen ja tilallisten käytäntöjen toteuttaminen esitetään haastateltujen puheissa fyysisenä rasituksena ja lisäkuormituksena, jotka esimerkiksi selkäsärkyjen muodossa vaikeuttavat työstä suoriutumista. Lisäksi haastatellut nimeävät uudet työpisteet epäergonomisiksi:

*”No, itse asiassa siinä kohtaa, kun istuu niillä Martelan sohvilla, jotka on tarkoitettu aulakäyttöön, niin niin mä voisin uskoa, että sinuaki se kiinnostaa. Niil ei voi istua.” (H20)*

*”Mää voisin vähä muljuttaa noita Martelan myyntitykkeitä kerta ne on saaneet ihan järkyttävän jalansijan Suomessa isoihin juttuihin. Oon ollu kuuntelemassa heidän just tämmöstä isoo lanseerattua hyvin toimivaa toimistoo, ja siä on just ne samat toimimattomat huonekalut, mitkä on meillä, ni se on jotenki ihan hirvee sääli, että pääsee monopoliasemaan ja tavallaan semmosella jutulla, et tää on hienon näköstä. On hienon näköstä, mut ei sillä oo mitään tekemistä käytännöllisyyden kanssa. Ja siä on ihan järkyttäviä perusmokia siihen nähden.” (H7)*

Potilastyötä tekevien ohella johtavassa asemassa olevat haastatellut puhuvat epäergonomisuudesta. Potilaiden parissa työskentelevien ollessa huolissaan fyysisen rasituksen lisääntymisestä, vastaava huoli ei kuitenkaan vaikuta tavoittavan etenään johtavassa asemassa

olevia: *”Ei sekään oo mikään ergonominen, mut mä oon vielä nuori, niin mulla on aikaa pilata itteni.”* (H21).

Näiden esitysten perusteella taloudellistuneen tilan representaation voi tulkita toteutuvan työntekijöiden kehoissa kipuina ja erilaisina vaivoina. Esimerkiksi ikkunoista avautuvien näkymien ensisijaistaminen vaatii sellaisia huonekaluja, jotka eivät estä maiseman näkymistä. Tällaiset kalusteet eivät tue käyttäjiensä istuma-asentoa, joten tilan representaation voi katsoa tuottavan seurauksia työntekijöiden kehoille. Esimerkiksi seuraava aineistokatkelma, jossa terveysprofession edustaja argumentoi kriittisesti tilasuunnittelun taustalla vaikuttavia käsityksiä ilmentää työpaikan materiaalien valintojen vaikutuksia:

*”Ideologia on se, että kun sä katot sieltä päädyistä päätyyn, ni maisema on hieno ja siel ei nouse mitään korkeesti esiin, eli meillä ei ole selkänöjia korkeita, ei tuoleja, jossa selkävammanen pystyy istuun. Vaan ne on semmosia kivimöhkäleitä ja vaaleen peessii materiaalia ja semmosta, eli miljöö ja maisema menee käytännöllisyyden edelle. Se on se sääli.”* (H20)

Pettymyksistä uuden työympäristön piirteisiin ja käytäntöjen aiheuttamista ruumiillisista tuntemuksista kertominen on diskursiivista tekemistä, joka pyrkii retorisella kerronnalla vakuuttamaan kuulijansa (Virkki 2004, 219–220). Lisäksi se tuo esiin työntekijöiden tavan ymmärtää työ ja sen tuottavuus monista osatekijöistä koostuvaksi.

Tilaa havaitaan paitsi kehon särkyinä ja koloutuksina, myös omassa psyykkisessä ja sosiaalisessa jaksamisessa tapahtuneina muutoksina. Psykososiaalinen kuormitus nimetään aineistossa muun muassa uupumuksena ja stressinä, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa työntekijän selonteossa muuttuneesta työn tekemisestä:

*”Mut varmaan se, että kun lomakkeita ei oo joka kerta siinä paikassa, mihin on tottunu, ja kortisoni ei oo siinä, mihinkä on tottunu, ja kaikki ei ole siinä, mihinkä on tottunu, niin silloin se yksi vastaanottokin on pikkusen stressaavampi, koska siihen ei liity pelkästään se potilaan kohtaaminen vaan siinä, et hetkinen mistäs tämän nyt löydän ja niin pois päin ja semmosta, et täytyy olla vähän enemmän, väärin sanoo hereillä, mutta tällai vähän niinku hälytystilassa siitä, että löytää ne kaikki, niin se varmaan sitten stressaakin enemmän.”* (H11)

Uusia tilallisia käytäntöjä määritellään stressiä lisääviksi. Hälytystilan metaforan lisäksi työntekijät kuvailevat myös esimerkiksi olevansa täysin *”tilanhallintaohjelman armoilla”*, mikä rakentaa kuvaa työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien puuttumisesta. Haastatteluaineisto pitää sisällään erilaisia kiireen, ahdistuksen ja yksinäisyyden kuvauksia. Lisäksi osa haastateltavista sanoittaa havaintonsa

suoraan oman ammattitaitonsa kautta, kuten: *”mä koen, että mun työn psykososiaalinen kuormitus on kasvanu.”* (H10).

Taloudellistuneessa representaatioissa työ ja tilat näyttävät investoinnin sijaan kustannuseränä (Elomäki & Ylöstalo 2020, 61). Se vaikuttaa sivuuttavan terveydenhuollon työtä tekevien ruumiilliset tarpeet parempaa kuluttajakokemusta tavoiteltaessa. Samalla se heikentää työntekijöiden hyvinvointia sekä toimintakykyyn kytkeytyvää työn tuottavuutta. Terveysaseman käsittäminen brändiä luovana edustustilana, viihtymisen paikkana sekä kustannustehokkaana vastuuttaa työntekijät yksilöinä tilallisten käytäntöjen ruumiillisista seurauksista. Tilat asettavat käyttäjänsä positioon, jossa omasta hyvinvoinnistaan sekä työnsä tuottavuudesta huolta kantavan on alistuttava ja yritettävä selviytyä esimerkiksi kuljettamalla ergonomista työtuolia mukanaan työpisteeltä toiselle.

Muotoilemalla työtiloja ja -kalusteita muotoillaan samalla myös tuotteiden käyttäjiä, eli työntekijöitä. Samalla taloudellistunut representaatio tilasta käännetään brändiä rakentavaksi ja kuluttajakokemusta kiillottavaksi estetiikaksi. (Peteri 2014; 2017.) Ohittaessaan työn ruumiillisuuden taloudellistuneen representaation voi myös tulkita pyrkivän muokkaamaan organisaatiokulttuuria ja työntekijäidentiteettejä tilallisoin keinoin (Dale ja Burrell 2007). Esimerkiksi lausumat epäergonomisten kalusteiden soveltuvuuksista eri ikäisille työntekijöille antavat ymmärtää tilojen olevan tarkoitettu etupäässä terveille ja nuorille kehoille. Tätä tulkintaa tukevat myös iäkkäämpien työntekijöiden kuvaukset tilallisista käytännöistä ja riittämättömyyden kokemuksista:

*”Sohva tuoli tai semmonen, niin siinä yrittää tehdä, niin ei se oikein luonaa multa ainakaan. Se varmaan jollekin sopii, mutta. Ja sit, kun siinä ei oo oikein sellasta pöytätilaa, et saa hiiren, pitäis vaan sillä sormella sitten tehdä ja mä oon ainakin tottunu sitä hiirtä käyttää, niin ei se oikein sitten luonaa. Sitten, kun, no joo, se on tietysti mun osaamattomuutta sekin.”* (H16)

Peterin (2014; 2017) mukaan monitilatoimiston idea ja käytetyt kalusteet muuttavatkin käsitystä ergonomiasta. Siinä missä esimerkiksi säädettävä työtuoli määrittyy muotoilijoiden näkemyksissä passiivisena, on perinteisemmin aulakalusteina käytetyt tuolit määritelty aktiivisiksi. Epäergonomisuudessaan ne ohjaavat työntekijää olemaan aktiivinen ja liikkumaan itse. Tämä näkemys siirtää vastuun ergonomiasta suunnittelijoilta käyttäjille. (Peteri 2014, 328; 2017.)

Terveysaseman uudet tilat vaikuttavat tuottavan sosiaalista tilaa, joka asettaa työntekijöille vaateen toimia asiantuntijan, ammattilaisen ja kollegan positoiden sijaan pikemminkin asiakaspalveluhenkisessä ja yrittäjämäisessä roolissa. Näihin ammatillisiin positioihin vaikuttaa myös kytkeytyvän ruumiillisia asemia työnantajan brändin edustajana (Kukkonen & Sarpila 2021) sekä monitilatoimiston hälyssä puuhastelevana verkostoitujana. Uusissa tiloissa yksin työhönsä syventynyt ja paikallaan pysyvä työntekijä näyttäytyy tehottomana. Sitä vastoin liikkeellä pysyttelevä ja aktiivisesti vuorovaikutukseen hakeutuva keho merkityksellistyy tehokkaana ja tuloksellisena. (Kinnunen ym. 2017, 121–122; Peteri 2014, 328; 2017; Peteri ym. 2020.)

Eriarvoiset mahdollisuudet rauhallisten ja ergonomisten työtilojen käyttämiseen tekevät niistä uudella tavalla etuoikeuksia. Ne asettavat työntekijät ruumiillisesti sellaiseen asemaan, jossa mahdollisuudet hyvinvoinnin ylläpitämiseen kytkeytyvät yksilön asemaan organisaation hierarkiassa. Tästä päätellen on mahdollista, että ergonomiaan liittyvät puuttuvat etuoikeudet toteutuvat todennäköisemmin kipulina ja särkyinä hierarkiassa alempana olevien kehoissa. Tämä vaikuttaa myös työn tekemisen mahdollisuuksiin. Nämä työn yksilöitymisen ongelmat henkilöityvät Sanna Rikalan (2016, 185–186) mukaan entuudestaan heikommassa asemassa oleviin ja kaventavat samalla mahdollisuuksia muutosten ajamiseen. Markkinoiden vallan kasvuun ja kilpailukykyyn keskittyvän talouspolitiikan onkin nähty vaikuttavan yhtäältä sukupuolten tasa-arvoisuuteen kuin potilaidenkin asemaan (Kantola ym. 2020).

Potilastyötä tekevien haastattelupuheet rakentavat tilalle merkitystä epäkäytännöllisenä, niin keskittymistä vaativan työskentelyn kuin kollegiaalisen keskustelunkin kannalta. Tila rakentaa heille positioita asiakaspalvelijoina, yrittäjinä ja brändin edustajina. Lisäksi tilojen voidaan katsoa rakentavan terveydenhuollon työntekijöille myös ammatillista positiota tuloksen tekijöinä. Uusissa positioissa terveyden ja hyvinvoinnin ammattilaiset rakentuvat eristäytyneiksi, omaan työsuoritukseensa keskittyviksi työntekijöiksi. Nämä positiot eroavat toimijuudeltaan niistä positioista, joita ammattilaiset itselleen ja toisilleen rakentavat.

## 7. Eletty tila: Tilan ja työn uudelleen neuvottelut

Vaikka terveysaseman tila ja sen tukemat työskentelytavat implikoivat taloudellistuneesta representaatiosta, haastatteluaineistosta on kuitenkin havaittavissa myös vaihtoehtoisia tapoja

ymmärtää terveydenhuoltoa. Eletyn tilan tarkastelulla valotan organisaatiossa käytäviä kamppailuja tilasta, sen käyttötarkoituksesta ja käyttäjistä. Käännän analyysin huomion vastarintaisiin tapoihin merkityksellistä terveysasemaa työtilana. Nämä terveydenhuollon tiloja, työtä ja työntekijöitä alalle perinteisemmästä suunnasta lähestyvät esitykset asettuvat vastarinnaksi taloudellistuneelle tilan representaatiolle. Tämän terveysprofessioiden representaation tilasta voi ajatella kytkeytyvän laajempaan ammatilliseen diskurssiin. Diskurssissa lähestytään terveydenhuoltoa terveyttä, sairautta ja hoitamista tutkivien tieteenalojen näkökulmasta sekä pohjaten ammattien pitkään perinteeseen ja työn yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen.

Tässä luvussa analysoin, kuinka tilan merkityksistä neuvotellaan haastattelupuheissa ja työarjen käytännöissä. Kiinnitän myös huomiota neuvottelun ammatillisiin seurauksiin. Aineistojen perusteella terveysasema näyttäytyy yhtä aikaa hierarkioita uudelleenrakentavana, professionaalisen yhteisöllisyyden paikkana sekä hyvän hoidon tilana. Haastatellut rakentavat puheissaan kuvaa ideaalista työn tekemisen ympäristöstä. Työtilalle tuotetaan vastarintaisia merkityksiä asiantuntijuuden toteuttamisen ja kehittämisen ympäristönä sekä yhteisöllisenä paikkana. Lisäksi sitä merkityksellistetään tehokkaan työskentelyn mahdollistajana ja hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana. Näitä merkityksiä tuotetaan etupäässä kollegan sekä asiantuntijan, ammattilaisen ja professionaalien ammatillisiin positioihin asemoituen sekä eräänlaiseen vastarinnan tekijän ja oman alan periaatteiden puolustajan ruumiilliseen positioon tukeutuen.

### 7.1. Hierarkioita uudelleenrakentava tila

Monitilatoimistojen esitetään yleisesti ottaen pyrkivän hierarkioiden purkamiseen, mutta niiden on havaittu tosiasiasa pikemminkin tuottavan hierarkian uusin tavoin (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020). Tämä on havaittavissa myös haastateltujen työpaikalla. Terveysaseman uudet tilat vaikuttavat muokkaavan organisaation hierarkioita syventämällä olemassa olevia, esimerkiksi sukupuoleen, ikään ja ammattiasemaan kytkeytyviä eriarvoisuuksia. Lisäksi ne tuottavat hierarkkista järjestystä eri toimijoiden kesken uudella tavalla. Tila rakentaa hierarkioita uudelleen ammattijohtajien ja terveydenhuollon professioiden välillä sekä eri professioiden kesken.

Monitilatoimiston konseptissa hierarkiattomuuden on nähty merkitsevän sitä, että se asettaa kaikki tilassa toimivat tyylielityksi näkyville ja luo näin mielikuvaa vähemmän hierarkkisesta ja tasa-arvoisen kohtaamisen mahdollistavasta paikasta (Peteri 2014, 328). Haastateltujen

merkityksenannot piirtävät kuitenkin vastakkaista kuvaa tilan tasa-arvoisuudesta, sillä ne poikkeavat toisistaan haastateltujen aseman perusteella. Siinä missä johtavassa asemassa olevien puheissa työtiloja kuvataan lähtökohtaisen myönteisin sanankääntein, tukipalveluissa ja potilaiden parissa työskentelevien eletty arjen tila sanallistetaan monin tavoin ongelmallisena. Työtilojen epäkäytännöllisyys keskittymistä vaativan työn kannalta tulee esiin kaikissa haastatteluissa.

*”Kyllä etäpäivät tehokkaita päiviä on, koska vaikka siinä sen pyykkikoneen laittaski päälle, tai muuta, niin silti sulla on aikaa keskittyä siihen omaan asiaan, niinku ihan eri tavalla, et kyl se tehokasta on, ja sillon huomaa sen, et se kysymisen kynnyks niinku muilla kasvaa, et sillon valikoituu vaan ne sanotaanko ne oikeesti tarpeelliset kysymykset, et tossa ku on sillain niin joku kysyy jotain puolivillasta.” (H21)*

Katkelmassa johtavassa asemassa oleva haastateltu rakentaa kodista tilaa keskittymisen mahdollistavana paikkana vastakohtana monitilatoimistossa työskentelylle. Hän käsitteellistää etätyöskentelyn myös tehokkaampana kuin monitilatoimistossa työskentelyn, koska on havainnut teknologiavälitteisen viestinnän nostavan kynnyksiä konsultoida etätöissä olevia.

Kuten tilallisten käytäntöjen yhteydessä havaittiin, haastateltavat jäsentävät tilojen ominaisuudet ihmisten ominaisuuksina tai persoonaan kuuluvina. Tilan puutteet näyttäytyvät yksilöiden puutteina. Tämä jäsenystapa jättää huomioimatta työtehtäviin ja asemiin liittyvät vapaudet ja vaatimukset. Johtavassa asemassa olevilla on tyypillisesti laajemmat vapaudet päättää työskentelynsä ajasta ja paikasta. Lisäksi verrattuna terveydenhuollon asiantuntijoiden työtehtäviin ja työvälineisiin, heidän on mahdollista suorittaa enemmän työtehtäviään työpaikalla olevien tietojärjestelmien ulottumattomissa. Tekemällä kotona keskittymistä vaativat tehtävät ja varaamalla kukkatuolit ja kokousnurkat sähköpostien selaamisen kaltaisiin vähemmän syventymistä vaativiin tehtäviin, heidän on mahdollista toimia tilaratkaisujen ehdoilla ja työskennellä eri pisteissä ”monitilahässäkässä”. Vaikka johtavassa asemassa olevat kuvailevat itseään haastatteluissa ”ekstroverteiksi” ja pystyvänsä sulkemaan ”riittävässä määrin” monitilatoimiston hälyn itsensä ulkopuolelle, etätyö arvotetaan heidän puheessaan kuitenkin mielekkäämmäksi vaihtoehdoksi. Kaikilla organisaation jäsenillä ei kuitenkaan ole työtehtäviensä tai asemansa vuoksi vastaavanlaisia mahdollisuuksia valita työskentelynsä paikkaa tai ajankohtaa.

Tilan ominaisuuksien ja työtehtävien vaatimusten erojen jäsentäminen yksilöiden ominaisuuksina oikeuttaa yksilön itsensä kehittämiseen ja hallitsemiseen kohdistetut vaatimukset. Monitilatoimisto näyttäytyy johtajien haastatteluissa rohkeiden uudisraivaajien paikkana, joka edustaa uutta ja avointa terveydenhuollon työkulttuuria sekä toimii johtamista edesauttavana. Johtavassa asemassa

olevien haastattelupuheessa korostuu heidän oma uskalluksensa työskennellä uusissa tiloissa. Vastaanottohuoneissa töiden tekeminen puolestaan käsitteellistetään muutosvastarinnaksi ja itseluottamuksen puutteeksi asettaa itsensä ja työnsä ”muiden arvostelun alle” (H21).

Tyler ja Cohen (2010, 194–195) ovat huomauttaneet, että vaikka työn tekemisen ajattomuudesta ja paikattomuudesta puhutaan paljon, työtiloilla on merkitystä niille tavoille, joilla neuvottelemme sukupuolesta ja tilaan liittyvistä valtasuhteista. Työpaikan uusien tilojen voi katsoa uusintavan ja syventävän sukupuoleen ja ruumiillisuuteen liittyvää hierarkkisuutta, sillä aineiston perusteella työtila on suunniteltu etupäässä nuorille ja terveille kehoille. Lisäksi pelkistettyjen vastaanottohuoneiden ja ympäristön lasisuuden voi katsoa odottavan tilaa käyttävältä työntekijältä aikaisempaa kokonaisvaltaisempaa emotionaalista ja esteettistä työtä. Nämä työn muodot on tyyppillisesti liitetty naistapaisuuteen, ja niiden kuormittavuus työtehtävinä jätetään usein tunnistamatta (Jokinen 2005).

Johtajien haastatteluissa myös vastaanottohuoneille tuotetaan merkityksiä organisaation brändiä edustavina sekä asiakkaan viihtymisen ja palvelun paikkoina. Terveysaseman tilamuutoksen yhdeksi tavoitteeksi esitetään henkilökunnan ”pesiytymisen” estäminen. Uusissa tiloissa perhevalokuvien ja esimerkiksi paperisten liikunta- ja ravintosuositusvihkosten, ammattikirjallisuuden, anatomiataulujen ja fysioterapeuttien jakkaroiden esillä olo merkityksellistyy estetisoitua tilaa häiritseväksi. Ne välittävät ei-toivottua kuvaa organisaatiosta ja sen toiminnasta, ja saavat johtajien puheissa merkityksen sotkuna, jonka syntymisen epäillään olevan yhteydessä yksilön persoonallisuuteen:

*”No se on yks ja on siinä, tässä on myöskin sanottava se, että on myöskin sitä, että sinne ei pesiydytä. Ja siis meillä oli ihan oikee-, mä en käyny kattomassa, mut mä olen muilta kuullut, että kerta kaikkiaan oli semmosia huoneita, että joku sano, että mä en olis kerta kaikkiaan kehdannu ottaa asiakasta tohon huoneeseen enää. Eli sinne oli pesiydytty sitten oikeen todella. – se on jälleen tämmönen persoonakysymys, että kellä se menee ihan överiks, että se alkaa muistuttaa kaatopaikkaa enemmän, kun vastaanottohuonetta.” (H8)*

Vertaamalla vastaanottohuoneita kaatopaikkojen kaltaisiksi ja käsitteellistämällä työntekijöiden toiminta pesiytymiseksi luodaan mielikuvaa likaisuudesta, jota ei suvaita etenkin terveydenhoidon tiloissa. Kinnusen ym. (2017, 123) tutkimuksessa vastaavan kaltainen työympäristön kommentointi sai myös työntekijät tuntemaan itsensä likaisiksi ja uusiin työtiloihin kelpaamattomiksi. Työntekijöiden ulkomuodolle ja erityisesti hoitotyön ammattilaisille esitetyt vaateet (Sorvettula 1998, 41–60, 25–27) eivät ole uusia, mutta työruumiin esteettiset vaateet ovat yleisesti lisääntyneet



esimerkiksi fyysisen hyväkuntoisuuden kriteerillä (Huzell & Larsson 2012). Hyväkuntoisen ruumiin ajatellaan olevan merkki motivaatiosta, aktiivisuudesta ja kyvykkyydestä (esim. Haynes 2012), siinä missä esimerkiksi vanheneva ruumis saatetaan asettaa näiden määreiden vastapariksi.

Edellyttämällä työntekijöiltä liikkeellä pysymistä ja jatkuvaa uuden opettelua aktiivisuuden ja tehokkuuden merkinä, materiaallinen tila ja tilan representaatio sivuuttavat esimerkiksi pitkään alalla työskennelleet ja heidän kehojensa tarpeet. Kuten Kinnusen ym. (2017, 122–123) tutkimuksissa, myös tutkielman aineistossa papereitaan ja jakkaroitaan kaipaavat sekä erikoisvälineistöään mukana kuljettavat työntekijät määrittyvät johtajien puheissa vanhanaikaisina ja tehottomina. Tilassa toimimisen esitetään edellyttävän uusia toimintatapoja. Vanhassa kiinni pitäytyvät eivät tästä näkökulmasta katsottuna ole omaksuneet uusien tilojen edellyttämiä työskentelytapoja ja työpaikan uusia tehokkuuden ja tuottavuuden määritelmiä. Tämä ruumiillisuuden uuden hallinnan ja esittämisen tapojen omaksuminen tulee esiin myös hoitajien ryhmähaastatteluissa. Tunnollisuus ja lisätyötä haaliva ”*ominaisuus*” käsitetään naisille tyypillisenä ongelmana. Puolestaan miehille ominaiseksi sanoitettavan tyylin olla ahdistumatta ja ”*mennä sieltä, mistä aita on matalin*” (H22) omaksuminen argumentoidaan tavoiteltavaksi työympäristön muutoksen myötä.

Materiaalinen tila ja tilan markkinalähtöinen representaatio terveydenhuollon tiloista vaikuttavat rakentavan uudelleen käsityksiä alalle sopivista työntekijöistä arvottamalla hyvän työntekijyyden määreitä yksilön tuottavuudeksi ja tehokkuudeksi käsitetyistä lähtökohdista. Odottamalla esteettistä ja emotionaalista työtä tilan voi tulkita uusintavan naistapaisen työn sivuuttavia rakenteita. Odottamalla yrittäjämäistä ja miestapaiseksi merkityksellistettävää työorientaatiota, tila arvottaa terveydenhuollon naistapaiseksi mielletyn työorientaation vähempiarvoiseksi suhteessa miestapaisiin työn tekemisen käytäntöihin. Korostamalla uusia työskentelytapoja omaksuvaa, vastaanottohuoneeseen ”pesiytymätöntä persoonallisuutta” ja monitilatoimistossa aktiivisuuttaan liikkumalla osoittavaa työntekijyyttä, henkilöstö jaetaan oikeanlaisiin ja vääränlaisiin työntekijöihin. Näiden arvoitusten voi ajatella myös määrittelevän uudelleen sitä, kuka voi palvella tai myydä terveyttä ja hyvinvointia.

Ruumiillisuuteen ja sukupuolisuuteen kytkeytyvien hierarkioiden lisäksi uusi terveysasema vaikuttaa rakentavan uudelleen hierarkioita terveydenhuollon professioiden ja ammattijohtajien välillä. Tilan voi tulkita tarjoavan kaikille samanlaisia ammatillisia ja ruumiillisia positioita, mutta ihmisillä on eriävät mahdollisuudet asettua näihin positioihin. Näennäisesti hierarkiaton työtila ei

siis pura hierarkioita, vaan sivuuttaessaan työtehtävien ja työntekijöiden tarpeet se osallistuu hierarkioiden uudelleenrakentamiseen.

Tila ohjaa sosiaalista toimintaa, mutta sitä merkityksellistetään myös tilan käyttäjien aktiivisella toiminnalla. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020) on havaittu, arjen käytännöissä työpaikalla muodostuu hiljaista tietoa työpisteiden ”omistajista”, vaikka työpisteet eivät ole kenellekään nimettyjä. Tämä ilmiö on havaittavissa myös uudella terveysasemalla. Potilastyötä tekevillä ei ole omia vastaanottohuoneita, mutta monitilatoimistosta on muodostunut symbolisesti ammattijohtajien aluetta. Tätä tilan haltuun ottamista tapahtuu muun muassa äänenkäytön avulla.

Johtavassa asemassa olevat kuvailevat omaa toimintaansa äänekkääksi ja nimeävät itsensä voimakkaimmiksi äänen lähteiksi verrattuna muihin tilassa työskenteleviin. Monitilatoimiston keskellä sijaitsevan pöytäryhmän ovat johtajien selontekojen perusteella vallanneet ”*mölyävät apinat*” (H21) tai ”*[s]emmoset pyöreän pöydän ritarit*” (H19), joihin haastatellut itse kertovat kuuluvansa. He tunnistavat häiritsevänsä muita äänenkäytöllään. Tällainen häirikön positio realisoituu kovaäänisenä kokoustamisena keskellä hiljaiseksi määritellyä tilaa. Toimintatapa tekee tyhjäksi monitilatoimistoon liittyvät yhteiset sopimukset hiljaisista ja rauhallisen keskustelun alueista. Tilan ja äänen käytössä voidaankin nähdä olevan kyse sosiaalisesta vallankäytöstä (Tolonen 2002, 14) ja tilan haltuun ottamisesta. Osalla johtavassa asemassa olevista voidaan tulkita olevan merkille pantava rooli työpaikan ja erityisesti monitilatoimiston sosiaalisen tilan määrittelyssä. Vastaavanlaisten tilan hallinnan keinojen käyttäminen sekä hiljaisen hyväksynnän saavuttaminen toiminnalle ei aineiston perusteella näyttäyty mahdolliselta muille työntekijäryhmille.

Tilaratkaisut tekevät johtajat ja johtamisen näkyväksi, minkä voi tulkita pyrkimykseksi helpottaa johtajien ja johdettavien kohtaamista. Erityisesti monitilatoimistolle rakentuu haasteltujen keskusteluissa merkitys johtamisen paikkana. Seiniä kaatamalla yhteydenpito johtavassa asemassa oleviin on helpottunut, sillä monitilatoimisto ei itsessään tarjoa mahdollisuutta eristäytyä omaan työhuoneeseen: ”– – *niin sitten on hihasta vetäjiä paljon, niinku et se kynnys tulla kysyyn multa suoraan, niin on huomattavasti pienempi.*” (H21). Puhe kohtaamisista ja aina saavutettavissa olemisesta kuvastaa myös käsityksiä nykyaikaisesta johtajuudesta. Tämän päivän johtaja ei eristäydy omaan työhuoneeseensa, vaan valitsee mielellään avoimen työskentely-ympäristön, sulautuu muuhun henkilökuntaan ja on valmiina ratkomaan työpaikan pulmia (Erikson & Lehtimäki 2018, 221). Käsitys tilasta johtamisen paikkana ohjaa tarkkailemaan tilassa tapahtuvaa toimintaa

johtamisen näkökulmasta: *”Sen huomaa, että tieto liikkuu paremmin, kuulee asioita paljon laajemmin.”* (H21). Tästä näkökulmasta tilan voi myös tulkita edesauttavan organisaation tavoitteiden saavuttamista. Johtavassa asemassa olevien sekä tukipalveluiden saatavilla olo voivat edesauttaa joidenkin työtehtävien suorittamista ja myös työpaikan sääntöjen noudattamisen valvomista. Johtajat ovat näkyvillä, mikä tekee myös johtamisen näkyväksi.

Terveysprofession näkökulmasta alan ulkopuolelta tulevien ammattijohtajien asettaminen yhteiseksi mielletyn tilan keskiöön muuttaa tila-valtasuhteita (Eräsaari 1995, 120–136) ja nostaa johtajat hierarkiassa profession yläpuolelle. Pelkistettyjen ja jatkuvasti vaihtuvien vastaanottohuoneiden voi myös osaltaan tulkita korostavan tätä vaikutusta, sillä ne viestittävät, etteivät niissä työskentelevät ole organisaatiossaan arvostettuja ja tärkeitä. Ne vievät myös potilaalta mahdollisuuden saada viitteitä siitä, onko hän tekemisissä vakituisen työntekijän kanssa vai kenties satunnaisen kertakäyttölääkärin vastaanotolla. Omaa työhuonetta pidetään yhtäältä merkinä tietynlaisesta asemasta organisaatiossa sekä asiantuntijuuden osoituksena ja legitimoijana (Eräsaari 1995, 127).

Kun monitilatoimisto tekee johtamisen näkyväksi ja kollegoita on vaikeampi tavoittaa, ohjaa tämä kääntymään ongelmatilanteissa ammattijohtajien puoleen. Näin tila tuottaa johtajille positiota päätöksentekijöinä. Tämä kiinnittää huomion kysymykseen hoidollisesta autonomiasta ja terveydenhuollon arjessa tehtävien päätösten taustalla olevista näkemyksistä ja tavoitteista (Laiho & Riikonen 2014). Aikaisemmassa sosiologisessa tutkimuksessa esimerkiksi lääkäriprofession valta hoidon määrittäjänä ja johtajana on näyttäytynyt suurena. Profession aseman kehitykseen on kuitenkin kiinnitetty 2000-luvulla uudelleen huomiota ja autonomisen ammatillisuuden on havaittu olevan nykyään aiempaa kapeampaa. (Wrede ym. 2017, 4–5.) Julkisen sektorin taloudellistumisen onkin esitetty keskittävän valtaa ja yhtäältä vähentävän sitä toisilta (Eräsaari 2010, 217).

Tila rakentaa hierarkioita uudelleen myös eri profession kesken. Yhtäältä se tekee erikoislääkäristäkin tavaroitaan kanniskelevan keikkatyöntekijän, toisaalta asettaa etenkin hoitajat työskentelemään aiempaa vähemmällä resursseilla (työvälineiden, ajan, tilojen ja henkilöstön riittävyys). Työntekijöiden arvottamisen ohella työpaikan hierarkiaa rakennetaan konkreettisesti uudelleen jyvittämällä vastaanottohuoneita ensisijaisesti lääkäreiden käyttöön. Johtajien haastatteluissa lääkärit tuotetaan työpaikan ensisijaisina tuloksen tekijöinä, mistä syystä *”– se lääkäreiden työympäristö, viihtyisyys, kaikki, niin kyllä se on se, mikä on numero yksi”* (H21). Tämä

käsitys jättää taustalle sen, että ”tulos” syntyy yhteistoiminnassa. Lisäksi se asettaa lääkärit parempiarvoiseen asemaan suhteessa muihin työntekijöihin. Samalla tuotetaan muille positiota tuloksen tekijöiden apulaisina. Lääkärien asettaminen parempaan asemaan uusintaa perinteistä terveydenhuollon hierarkiaa. Tämä ilmenee myös suhtautumisessa työpaikan sääntöjen rikkomiseen. Vaikka vastaanottohuoneissa ilman potilasta työskentely on julkilausutusti kiellettyä, lääkärien kohdalla tätä käytäntöä katsotaan läpi sormien, kun taas muut saavat samasta toiminnasta huomautuksia sääntöjen rikkomisesta. Näin käytössä olleiden resurssien vähentäminen syventää alan hierarkiaa ja kohdistaa tilan kustannustehokkuuden vaateet erityisesti hierarkiassa alempana oleviin.

Elettyä tilaa tarkastellessa haastatteluaineistosta on kuitenkin havaittavissa myös sellaisia tilallisia ja diskursiivisia käytäntöjä, jotka toimivat henkilökunnan vastarintana vallitsevalle tilan representaatiolle. Potilastyötä tekevien diskursiivinen vastarinta esiintyy aineistossa muun muassa tilan jäsentämisenä ensisijassa epäkäytännöllisenä. Tilassa toimimisen kokemuksia sanoitetaan sähläämisenä, hohumisenä ja ajan hukkaamisena. Tiloista ja käytännöistä puhutaan turhautuneesti, kuten seuraavassa työntekijän katkelmassa:

*”Kivat ja kauniit tilat ja onhan ne, mutta se toimimattomuus niitten tilojenkin suhteen, että se harmittaa sitten, et eiks ne ois sit voinu tehdä sit paremmat toimivuudeltaan. Kun siel on niin monta sellast, mikä ei vaan jotenkin, ei vaan ymmärrä, että miten on voitu tehdä tollai.” (H16)*

Haastateltavat rakentavat omien näkemystensä vakuuttavuutta myös vetoamalla yleiseen mielipiteeseen. He tuovat esille myös muiden työntekijöiden olevan heidän kanssaan samaa mieltä. Erityisesti hoitajat legitimoivat haastatteluissa näkemyksiään tuomalla esiin, että *”lääkäritkään ei tykkää”* (H16). Tämän kielellisen keinon voi nähdä heijastelevan ja myös uusintavan alan perinteistä hierarkiaa, jossa lääkärin näkemyksillä on enemmän painoarvoa suhteessa muiden mielipiteisiin.

Diskursiivinen vastarinta rakentuu myös selonteoissa johtajien toiminnasta, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa työntekijän haastattelukatkelmassa:

*”Sitten esimiehet pitää aikamoista älämölöö, ne istuu sen yhen pyöreän pöydän ympärillä useet. Sieltä vaan kuuluu se puhe; toisilla on sen taajunen ääni, et sit kun ne välillä innostuu puhumaan ja aina se ei oo työasia, et sitä ei ois ihan pakko puhuu tietysti niin kovaan ääneen siellä tilas, missä toiset tekee töitä. Että en tiedä. Ja sitte se, että tullaan palaverista jostain palaverihuoneesta ja sen jälkeen alotetaan hirvee pälpälpälpälpä siinä sen palaverihuoneen ulkopuolella siellä monitoimitilassa. Ja mä ku en oo aamusella, mut ajanvaraus on kertonu, ja toinen aika on iltapäivä, ku lähetään pois, ni ne on niinkun lapset koulunpihalla.” (H1)*

Katkelmassa haastateltu puhuu johtavassa asemassa olevista kielteiseen sävyyn ja rinnastaa heidät lapsiin. Kuvauksen voi tulkita riisuvan johtajien valtaa tekemällä heidät naurunalaisiksi vertaamalla heidän käytöstään lasten tapaan purkaa energiaansa koulun pihalla (vrt. Tolonen 2002, 99). Haastateltava antaa ymmärtää, että pieniltä lapsilta välitunnin kontekstissa vastaava toiminta voisi olla hyväksyttävää, mutta työpaikan kontekstissa ”älämölö” on huonoa käytöstä ja ajattelemattomuutta muiden työskentelyrauhaa kohtaan.

Lisäksi vallitsevaa tilan representaatiota vastustetaan myös potilastyötä tekevien toimesta konkreettisen tilan haltuun ottamisella ja sen merkitsemisellä symbolisesti omaksi reviirikseen (Eräsaari 1995, 159–160). Vastaanottohuoneissa ”*vastoin sääntöjä*” työskentely, eli myös muulloin kuin potilaiden ollessa paikalla, on haastateltujen selontekojen perusteella varsin yleistä. Tilallisena käytäntönä se mahdollistaa hierarkian haastamisen ohella työrauhan, mutta huoneiden käyttö ”*laittomasti*” edellyttää salailua ja tuottaa näin eristäytyneen työntekijän. Kuten Kinnusen ym. (2017) tutkimuksessa, työntekijöiden vastarinta näkyy myös siinä, miten he ”unohtavat” tavaroitaan esimerkiksi vastaanottohuoneisiin. Näillä teoilla työntekijät ikään kuin kirjoittavat ympäristöönsä uudelleen (Grosz 2001) ja tuottavat representaatiota tilasta terveysprofessionien työskentelypaikkana.

Työelämän muuttuessa vastarinnan muotojen on esitetty muuttuvan yksilöllisemmiksi ja subjektiivisemmiksi, ja siis myös hienovaraisemmiksi ja huomaamattomimmiksi (Fleming & Sewell 2002, 859–863). Tämä tulee esiin myös tutkielman aineistossa. Haastattelupuheissa kuvaukset toisin toimimisesta keskittyvät yksilöiden käytäntöihin, tekemisiin ja tekemättä jättämissiin, jotka tosin muiden kuin johtavassa asemassa olevien positioista käsin esitetään yleisesti hyväksytyinä. Vastarinnan muodot representoidaan siis yksilöllisesti suoritettavina, mutta yhteisöllisesti hyväksytyinä.

## 7.2. Professionaalisen selviytymis- ja tulkintayhteisön tila

Työntekijöiden puheissa toistuu haave työtilasta yhteisöllisenä. Nämä esitykset piirtävät kuvaa ihanteellisesta työtilasta kollegiaalisuuden ja helpon konsultoinnin mahdollistajana. Tilalliset järjestykset pitävät työntekijät kuitenkin fyysisesti erossa toisistaan, mikä välittyy haastatteluaineistossa kuvauksina yhteisön toiminnan vaikeutumisesta. Vastaava havainto vuorovaikutuksen vähenemisestä on tehty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (van Heuvelen 2019, 701; Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020), joissa tilamuutoksen myötä epävirallisempi keskustelu

korvautui lyhyillä, kohdennetuilla kysymyksillä saaden työntekijät tuntemaan olonsa yksinäisiksi ja osattomiksi työyhteisöstä. Kun taloudellistunut representaatio tiloista tuottaa työntekijän eristäytyneenä, omaan työsuoritukseensa keskittyvänä ja ohjaa omaksumaan yrittäjämäisiä ja asiakaspalveluhenkisiä ammatillisia positioita, potilaiden parissa työskentelevät asettuvat puhumaan työstään kollegan ja oman alansa asiantuntijan asemista. Ihanteellisen työtilan merkityksellistäminen yhteisölliseksi asettuu näin kritiikiksi taloudellistuneelle representaatiolle, eristäytymiselle ja yksin omiin tehtäviin keskittyvälle työorientaatiolle.

Tilan yhteisöllistä merkitystä rakennetaan kuvauksissa työarjesta yhdessä selviytymisenä. Merkitys syntyy myös kuvauksissa aikaisemmista hyvän työyhteisön muistoista, kokemuksista sekä ihanteista. Merkityksenannot pohjautuvat yhteisölliseen työn tekemiseen, työn aiheuttaman kuormituksen jakamiseen sekä kollegiaalisuuden ideaaliin. Haastatellut esittävät huolensa kohtaamisten vähentymisestä: *”Me nähään toisiamme hirveen vähän ja sit sattuu juttelemaan just sen kans jonka joskus sattuu rappukäytävällä näkemään ja sit joka tulee vastaan, kysyn siltä, et tiiäks sä tästä, oot sä kuullu tästä?”* (H2). Lisäksi he tekevät selkoa siitä, etteivät tiedä mitä kollegoille kuuluu tai missä he kulloinkin ovat. Kollegoiden kohtaaminen argumentoidaan tärkeäksi myös työssä suoriutumisen kannalta: *”Se on ehkä semmonen mitä mä kaipaisinkin ehkä enemmän, että ois sitä semmosta yhdessä miettimistä ja funtsimista ja tämmösten asioiden tekemistä.”* (H2). Näiden näkökulmien mukaan terveydenhuollon työssä jaksamista tukee tiivis yhteisöllisyys, jaettu vastuu ja moniammatillinen yhteistyö, jotka käsitetään myös hyvän hoidon edellytyksinä. Terveysalan fyysisen kuormittavuuden ohella psykososiaalista kuormitusta aiheuttavat tunteiden säätely sekä emotionaalinen itsehallinta (Väänänen & Turtiainen 2014, 283). Yhdessä tapahtuva työn emotionaalisen kuormituksen purkaminen onkin yleistä sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien keskuudessa (Meyerson 1989; Benner Wrubel 1989; Norbeck 1985). Se auttaa hallitsemaan työhön liittyvää stressiä (Handy 1990). Korczynskin (2003) mukaan emotionaalista työtä tekevät kääntyvät usein kollegoidensa puoleen työhön liittyvissä kysymyksissä ja purkavat yhdessä kuormittavia työtilanteita muodostaen niin kutsutun selviytymisyhteisön.

Informaalien, epävirallisten työpaikan tilojen, kuten käytävien ja kahvihuoneiden on todettu tarjoavan mahdollisuuden irrottautua työroolista ja näyttää vastaanottotyössä ei-toivottuja tunteita niitä ymmärtävän turvallisen yhteisön kesken (Fineman & Sturdy 2001, 146). Aineistosta onkin luettavissa, kuinka kasvokkaisten kohtaamisten vähennyttyä tauot ja taukotila itsessään ovat

kasvattaneet merkitystään yhteisöllisen työssäselviytymisen ja -jaksamisen tilana ja tilaisuuksina. Koska yhteisöllisen tuen saamisen hetket ovat muussa työarjessa vähentyneet, kohdistuu taukoihin ja taukotilaan paikkana suurempia odotuksia: silloin on mahdollista konsultoida kollegoita, saada tietoa työpaikan asioista ja yhtäältä purkaa työn aiheuttamaa tunnekuormaa.

Korczynski (2003) näkee työpaikan selviytymisyhteisöt merkittävinä osana työkuultuuria. Vaikka selviytymisyhteisöt ovat todennäköisesti epävirallisia työntekijöiden itse muodostamia ryhmiä, ne saattavat muodostaa merkittävän osan työpaikan sosiaalisista suhteista (Korczynski 2003, 58). Selviytymisyhteisöjen ajatellaan myös muodostavan niin kutsutun tulkintayhteisön (May ym. 2002; Korczynski 2003), jossa jaetaan samantapainen käsitys esimerkiksi työpaikan nykyisestä tilasta ja työn tekemisestä. Selviytymisyhteisöjen toiminnan huomioiminen ja edesauttaminen työn organisoinnissa ja johtamisessa voi auttaa ylläpitämään työpaikan sosiaalista järjestystä ja vähentää henkilöstön vaihtuvuutta (Korczynski 2003). Yhtäältä selviytymisyhteisöt voivat asettaa haasteita johtamiselle, sillä ne mahdollistavat hallintokäytäntöjen kriittisen arvioinnin (Korczynski 2003).

Potilastyötä tekevien voi tulkita merkityksellistävän työyhteisön yhteen kokoontumiset selviytymis- ja tulkintayhteisöä rakentavina ja koossa pitävinä tekijöinä. Tämä tulee esiin yhtäältä selonteoissa yhteen kokoontumisista, kuin myös haaveiluna entisenkaltaisesta yhteisöllisyydestä. Työtilalle rakennetaan merkitystä asiantuntijuuden toteuttamisen ja kehittämisen ympäristönä, jossa on mahdollista saada tukea ja kehittyä työssä. Tämä on havaittavissa esimerkiksi keskusteluista oman ammattiryhmän tai moniammatillisen tiimin kuukausittaisista kokouksista. Kokoukset argumentoidaan tärkeiksi tilanteiksi keskusteluttaa työssä tehtäviä päätöksiä laajemmalla joukolla sekä purkaa työn ongelmakohtien aiheuttamaa tunnekuormaa. Tapaamisissa käsiteltävien teemojen runsaus tosin aiheuttaa sen, että ne eivät välttämättä enää *"auta jaksamisessa"* siinä määrin kuin ennen, vaan tilaisuuksista on tullut *"pakkopullaa"* ja niistä halutaan suoriutua mahdollisimman nopeasti.

Terveystieteiden asiantuntijuuden nähdään rakentuvan ja kehittyvän toimijoiden yhteistyön tuloksena, mikä edellyttää mahdollisuutta kysyä ja keskustella potilaiden hoidosta muiden kanssa. Näissä tilanteissa on mahdollisia paneutua hoitokysymyksiin syvällisemmin yhdessä. Haastateltavat tekevät selkoa esimerkiksi avun pyytämisestä diagnosoinnissa ja hoitosuunnitelmien laatimisessa sekä viranomaisille toimitettavien lausuntojen muotoilussa. Tällaiset käytännöt myös rakentavat käsitystä yhteisöstä, jolla on yhteneviä tulkintoja työstä ja sen tekemisestä. Näiden käytäntöjen

toteuttamisen viereisten huoneiden ovensuissa ja käytävillä, sen sijaan että apua haettaisiin kerralla ja kootusti monitilatoimistossa, voi tulkita myös vastarintana.

Yhteisöllisyyden ja asiantuntijuuden toteuttamisen merkitystä rakennetaan haastattelupuheissa myös haaveilemalla ja muistelemalla menneitä. Seuraavassa katkelmassa haaveilu meistä ja toiveet tulevasta tuottavat työtilalle merkityksiä yhteisöllisenä asiantuntijuuden ympäristönä.

*”Joo, semmost yhteiskeskustelua. Nyt kun meidän kokouksetki on melkein kaikki koskenu näitä tietoteknisiä juttuja, et meil ei oo oikein. – – Meil ei oo semmosia yhteisiä keskusteluja, mitä oli kun mä tulin seittemän vuotta sitte, ni mä oikeen ihailin, ku oli niitä semmosia case-juttuja, et eri ammattiryhmät pohtis niitä juttuja. Oli paljon enemmän, nyt ei oikeestaan paljon mitään ehi, ku kaikki aika menee tän käytännön järjestelyjen infoomiseen.” (H13)*

*”Nyt mä en ehkä niin herkästi tule pohtineeks sitä asiaa sen kolleegan kanssa ja semmonen hedelmällinen keskustelu on vähentyny, niin toisaalta semmonen ois hirveen kiva, kun sellasta ois.” (H2)*

Katkelmissa kuvatus yhteisöllisen tuen väheneminen johtuu siitä, että tilamuutoksen myötä kollegoita ei löydetä työpaikoilta, etätyöskentely on lisääntynyt, ja yhteiset kokoukset sisältävät lähinnä tilamuutokseen liittyvää informaatiota. Kollegan konsultoiminen vaatii siis muun muassa enemmän liikkumista. Lisäksi se vaatii uutta metatyötä, eli tapaamisten erikseen sopimista ja järjestämistä. Nämä käytännöt lisäävät työn kuormittavuutta ja ovat pois muuhun työntekoon käytettävissä olevasta ajasta. Tilaratkaisut pitävät työntekijät fyysisesti erillään toisistaan, mikä vaikeuttaa yhteisöllisyyden ylläpitämistä. Terveysaseman tilat eivät siis enää tue yhteisöllistä työskentelyä, vaan ohjaavat kohti yrittäjämäistä ja yksilökeskeistä työorientaatiota.

Yhteisten hetkien puute, tarve kokoontua keskustelemaan kollegoiden kanssa sekä avun pyytämisen vaikeutuminen tulevat aineistossa esiin mielenkiintoisella tavalla myös ryhmähaastatteluiden vuorovaikutuksessa. Osa tutkimushaastatteluiden ajasta onkin kulunut siihen, että haastateltavat keskustelevat keskenään ja neuvovat toisiaan esimerkiksi työpaikan kortisonivaraston tai uuden tietojärjestelmän lomakkeiden sijainnin löytämisessä. Nämä aiheet eivät varsinaisesti liity haastattelun teemoihin tai haastattelijan esittämiin kysymyksiin, mutta haastattelu tilanteena näyttää mahdollistaneen eräänlaisen yhteen kokoontumisen ja avunannon hetken. Tämän voi tulkita kertovan siitä, ettei vastaavia tilaisuuksia ole työarjessa riittävästi.



Uusi taukotila representoidaan aineistossa jonkinlaisena kriisikeskuksena, joka ei tarjoa palautumisen hetkiä entiseen tapaan. Koska myös rauhattomassa monitilatoimistossa työskentelyä vältellään, työntekijät eivät löydä toisiaan työpaikalta. Työpaikan selviytymisyhteisöjen rikkoontuminen tarkoittaa myös tulkintayhteisöjen hajoamista. Siinä missä työpaikalla ennen on jaettu yhtenevä käsitys työstä ja sen tekemisestä, luo työtapojen ja -tilojen muuttaminen tilaa pienemmille tulkintayhteisöille ja tulkintakehyksille. Osoituksena tästä aineistossa esiintyvät kuvaukset ”kuppikunnittumisesta”, eli selviytymis- ja tulkintayhteisöjen pienenemisestä sekä niiden katoamisesta.

Kun tilaratkaisut ennen ovat tuoneet ihmisiä yhden ison pöydän ääreen, ohjaavat nykyiset tilaratkaisut pienempien keskusteluryhmien muodostamiseen. Tila ohjaa sosiaalista toimintaa tässä varsin konkreettisesti, sillä uudessa taukotilassa on yhden suuren pöydän sijaan kahvilamaisesti monia pieniä pöytäryhmiä. Tämä sääntelee ja rajaa sitä, kuinka monen ihmisen kanssa tauolla tulee keskusteltua. Työntekijät tunnistavat myös itse tämän tilan toimintaa ohjaavan piirteen:

*”Mä aattelen, että se vaikuttaa se meidän yhteinen taukotilakin ihan jo sinänsä, että siellä on vähän ehkä enemmän sitä kuppikuntaa jo. Tähän liittyy jotenki kai se sisustussuunnittelija, ku hän on tehny semmoset pöydät, niin kyllä sitä sitten. Aikasemmassa paikkaa must oli kanssa kauheen kiva mennä ihan kenenkä tahansa kanssa jutteleen ja oli semmonen yhteinen joku ruokapöytä, missä keskusteltiin, oli ketä tahansa, että kyllähän sitä nyt enemmän ihmiset jakaantuu sitte niitten omien tuttavien kanssa. Sillain samaan ryhmään.” (H22)*

Kuten haastateltava katkelmassa tuo ilmi, tauolla tullaan hakeutuneeksi ennestään tuttujen ihmisten seuraan. Selviytymis- ja tulkintayhteisöjen näkökulmasta tämän voi tulkita siten, että pienempiä yhteisöjä on helpompi pitää koossa, ja tilaratkaisut jopa ohjaavat siihen. Tilanmuodostukseen voi tulkita liittyvän vallankäyttöä, jota on mahdollista tarkastella ihmisten tekeminä rajanvetoina meihin ja muihin. Yhteisöjen pienenemisestä voi aiheutua ryhmiä jakava kierre, joka osaltaan edistää kuppikunnittumista. Kun työyhteisössä ei enää käydä avoimia keskusteluja laajana joukkona, tiedot työpaikan asioista kootaan satunnaisista tiedonmuruista ja rappukäytävissä kuulluista huhupuheista. Näin tulkintayhteisöt erkanevat toisistaan ja ryhmien välinen luottamus vähenee.

Työntekijät arvottavat työyhteisön ja siltä saadun tuen korkealle, mutta vakinaisten työhuoneiden puuttuessa ja etätyöskentelyn yleistyessä kollegoita on vaikeampi löytää työpaikalta. Vastarintainen representaatio tilasta rakentuu haastateltujen puheissa esimerkiksi kielellisenä vastarintana ja

voimakkaana kritiikkinä työpaikalla vallitsevaa tilannetta ja sen kuormittavuutta kohtaan, kuten seuraavassa aineistokatkelmassa:

*”Just se, et ku meidänki työt tavallaan, ymmärretäänkö se, että mun päivä saattaa koostua siitä, että mulla käy ensin ihminen, jonka läheinen on puukotettu kuoliaaks, sen jälkeen mulle tulee raiskauksen uhri ja sen jälkeen tulee työpaikkakiusaamista voimakkaasti kokenu ihminen ja sitten vielä lapsensa sairauden kanssa kärsivä ihminen. Ja sit jos mul ei oo mitään muuta kontaktia sen päivän aikana, kun nää mun asiakkaat, niin ymmärretäänkö sitä, kuinka paljon siit voi tulla sitä psyykkistä kuormitusta, jonka kans sit vaan aatellaan, että no ei, ku paukuta nyt vähän lisää vielä ja tee mahdollisimman tiiviillä tahdilla niitä asiakkaita ja siellä yksin omassa kopissas. Et se aika paljon tekee sitä kuormaa sinne.” (H10)*

Kun vanhojen tilojen argumentoidaan koonneen työntekijöitä konkreettisesti yhteisen pöydän ääreen purkamaan mieltä painavia tilanteita ja ratkomaan potilastapauksia, näyttäytyy yhteisöllisyys uusissa tiloissa työntekijöiden solidaarisuutena, jossa toisten työrauhaa ei haluta häiritä. Teknologiavälitteisen tuen hakemisen kuvataankin aineistossa korvanneen kasvokkaisia kohtaamisia työpaikalla. Teknologiavälitteinen viestintä tilallisena käytäntönä representoidaan selviytymiskeinoksi, jolla pyritään vastaamaan työn aiheuttamaan kuormitukseen ja tukemaan työssä jaksamista esimerkiksi purkamalla omaa tunnekuormaa kollegan kanssa:

*”Eli tavallaan se, mitä mä oon aikasemmin pystynyt, just et jos tulee joku tapaus, et mun pitää heti konsultoida jotain tai vähän päästä purkaamaan, että no mitä täs vastaanotolla just tapahtu, kun kuitenkin asiakkaat vaihtelee ihan laidast laitaan. Ni sit sä oot aika yksin sen kaa, et sul on se huone siellä ja sä et tiedä, ketä niis viereisissä huoneissa, et sä voit sähköpostii laittaa jolleki. Ja muutamaan kertaan kirjottanuki sit sähköpostil tavallaan se, mitä mä oisin aikasemmin kasvotusten jakanu jonku kanssa, et hei, et olipas nyt vaik tommonen rankka tai että jotenki mitä tarvii tähän. Mut sit siin tarvii mieltii taas sitä kuitenkin, et ku se tunnepurku, ni se ei oikein siin sähköpostiin asti välity ja tavallaan, kun ei se kuitenkaan oo tarkoitus välittää tietoa asiakkaasta, vaan päästä purkamaan sitä omaa tunnekokemusta. Vaikka siitä, et paljon enemmän joutuu säilömään ehkä sellast tunnekuormaa itseensä nyt ku aikasemmin.” (H10)*

Aineistokatkelmassa haastateltava arvottaa kuitenkin kasvokkaiset kohtaamiset kollegoiden kanssa teknologiavälitteistä viestintää paremmiksi keinoiksi purkaa työn aiheuttamaa tunnekuormaa. Sen lisäksi, että viestiminen *”on aina vähän silleen vaivan takana”*, teknologiavälitteisessä viestinnässä oma kokemus on sanoitettava ja eriteltävä toisella tapaa kuin kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa. Työn aiheuttamaan kuormitukseen ja tunnepurkuun voisi kasvokkain kohdatessa pelkkä toisen läsnäolokin tuoda helpotusta, sillä kuten katkelmassa tuodaan esiin, tarkoitus ei ole aina konsultoida hoitokysymyksissä, vaan purkaa omaa tunnekokemusta.

Teknologiavälitteisen viestinnän esitetään nostavan kynnyksiä tuen etsimiselle, mikä takaa tunnekuormaa joudutaan ”säilömään” itseen ja työstä aiheutuva psykososiaalinen kuormitus lisääntyy. Myös muunlainen yhteydenpito työpaikalla hoidetaan haastateltujen mukaan yhä yleisemmin teknologiavälitteisesti. Vastaan tulee kuitenkin tilanteita, joissa kasvokkainen tapaaminen esimerkiksi hoitotoimenpiteen tai tekniikan konkreettisen näyttämisen tai opettamisen takia voi olla tarpeellista. Taloudellistunut representaatio terveydenhuollon tiloista siis tuottaa työntekijöille ruumiillisia positioita, joissa työsuorituksestaan huolta pitävän on pyrittävä yksin käsittelemään työn tuomat tuntemukset tai selviytyttävä siihen asti, että avulle järjestyy sopiva aika ja paikka. Nämä vaatimukset kytkeytyvät myös yrittäjämäiseen ammatilliseen positioon, joka jättää vastuun työssä suoriutumisesta ja kehittämisestä yksilön harteille. Teknologiavälitteisen viestimisen yleistymisen on sikäli kiinnostavaa, että monitilatoimistojen julkilausuttuna päämääränä on lisätä kasvokkaisia kohtaamisia työpaikoilla. Teknologiavälitteisyyden on havaittu kuitenkin lisääntyneen uusia tiloja ja työskentelytapoja käyttöön ottaneissa organisaatioissa (Kinnunen ym. 2017, 120; Peteri ym. 2020).

Selviytymis- ja tulkintayhteisöjen pienennyttyä tauot ja taukotila tuotetaan työhön kuormitusta lisäävinä tekijöinä. Osa haastateltavista kuvaakin pitävänsä tauot eri aikaan kuin muut. Työntekijät tuovat toistuvasti esille kaipuunsa yhteisölliseen kohtamiseen, mutta uusi kuppikuntainen taukotila ei vaikuta tarjoavan sitä. Vaikka kuvaukset kuppikunnittumisesta antavat ymmärtää yhteisen tulkintakehyksen hajoavan, on haastatteluaineistosta luettavissa yhteinen tulkinta potilastyön asianmukaisen hoitamisen välttämättömyydestä. Potilastyötä tekevät tuottavat vastaanottohuoneille merkitystä tehokkaan ja tuottavan työskentelyn mahdollistajana. Vastaanottohuoneisiin eristäytyminen ja taukotilan välttely näyttävätkin työyhteisön laiminlyönnin sijaan ”potilaan parhaaseen” pyrkimisenä. Työpaikan sääntöjä rikkomalla tuotetaan yhteisön työstä hyvään hoitoon tähtäävää eetosta ja merkityksellistetään tilaa hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana. Nämä kuvaukset rakentavat tilalle myös yhteisöllistä merkitystä, vaikei yhteisöllisyys toteudukaan toivotulla tavalla.

Vaikka yhteisöllisyyden rakentamisen esitetään hankaloitumiseen, aineistossa on havaittavissa myös uusia käytäntöjä yhteisöllisyyden muodostumiselle. Nämä keinot kytkeytyvät työpaikan hierarkioiden uudelleenrakentamiseen. Taloudellistunutta representaatiota vastustavat toisin toimimiset ja tekemättä jättämiset näyttävät työntekijöiden keskuudessa yleisesti hyväksytyinä.

Vaikka vastarintaa siis tehdään enenevässä määrin yksin, se hyväksytään yhteisesti. Näin "laiton" toiminta rakentaa myös yhteisöllisyyttä.

Vastaanottohuoneiden tilaa otetaan haastateltujen selontekojen perusteella haltuun unohtamalla "vahingossa" omia tavaroita huoneisiin. Esimerkiksi jättämällä oma ergonominen työtuoli tai työlaukku vastaanottohuoneeseen työpäivän päättyessä vastustetaan tilan vallitsevaa representaatiota merkitsemällä tilaa itselle kuuluvaksi. Työvälineiden levittely voidaan tulkita oman alueen rakentamisena, institutionaalisen järjestelykäytäntönä, joka on konkreettisesti havaittavissa ja näkyvillä (Goffman 1983, 154). Tämä käytäntö uudelleenrakentaa työpaikan hierarkioita. Näin toimimalla tilaa merkityksellistetään asiantuntijuuden paikkana ja tuotetaan siitä representaatiota terveysprofession tilana. Vastaavasti kieltäytymällä asettamasta omaa työskentelyä "arvostelun alle" asetutaan vastustamaan tilan vallitsevaa representaatiota. Kun monitilatoimistossa yksityistä aluetta on merkittävä aineellisten rajojen sijaan symbolisilla ja kehoteknisillä käytännöillä, mahdollistaa vastaanotto-tila konkreettisen katseilta piiloutumisen. Tällainen oman kehon organisointi tai kehotekniikat selviytymismuotona tuottavat vastaanotto-tiloille uusia merkityksiä (tai uusintavat vanhoja merkityksiä) tilasta työntekijän keskittymistä vaativan työskentelyn paikkana, joka tunnustetaan työyhteisön kesken.

Vastaanottohuoneeseen eristäytymisen ohella yhteisöllisiä mutta yksin toteutettaviksi ja työkuormitusta vähentäviksi vastarintaisiksi käytännöiksi rakentuvat myös esimerkiksi vastaanotto- ja toimenpidehuoneiden huoltamatta jättäminen. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että huoneen puutteista ei ilmoiteta, puuttuvia tulostimen papereita ei täytetä tai huone jätetään muuten epäjärjestykseen oman vuoron päättymisen jälkeen. Tätä ei kuvata potilastyötä tekevien haastatteluissa kielteisenä toimintana, joten käytännöt vaikuttavat yhteisöllisesti hyväksytyiltä.

Tilan haltuun ottaminen vastarintaisena käytäntönä uusintaa selviytymis- ja tulkintayhteisöjä ja tuottaa tilalle yhteisöllistä merkitystä. Potilastyötä tekevät haastatellut tekevät haastatteluissa selkoa vastaanottohuoneiden ohella myös esimerkiksi varastotilojen haltuun ottamisesta. Tätä perustellaan esimerkiksi tarpeella vaihtaa vaatteita mahdollisesti useitakin kertoja päivässä. Työpaikalla on tähän tarkoitukseen varattu vain monitilatoimiston ulkovaatenaulakko ja lokerot, joiden lisäksi on mahdollista hyödyntää terveysaseman tiloista kaukana sijaitsevia pidempiaikaisen varastoinnin tiloja. Haastatellut tekevät selkoa päivän aikana kuljetuista kilometreistä ja niihin kuluvan ajan säästämiseksi perustamistaan välivarastoista, kuten seuraavan katkelman puhuja:

*”Mulla meni hirmu kauan siihen aikaan, et mun piti miettiä, mä tuun töihin, minne mä riisun vaatteet? Laitanks mä sinne [vastaanotto] huoneen kaappiin, vienks mä yläkertaan, mis meil on naulakot ja semmoset lukolliset lokerot, sit meil on [saman ammatin edustajilla] semmonen varastotila. – – Päädyin, että mun vaatteet on siellä varastossa ja siel on meillä semmoset korit.” (H6)*

Tilan haltuun ottamisen ja uudelleen merkityksellistämisen voi tulkita luovan työntekijöiden välistä yhteishenkeä. Etsimällä ratkaisuja eteen tuleviin ongelmiin sekä pitämällä ratkaisut pienen piirin salaisuutena luodaan työpaikan epävirallista kulttuuria, jossa johtajien harhauttamisesta palkitaan työyhteisössä (ks. Kortteinen 1992, 41). Lisäksi salaisuuksilla ja niihin vihkimisellä rakennetaan ammatillisia positioita kollegoina. Yhtäältä tällä toiminnalla asemoidutaan vastarintaa tekevän ruumiilliseen positioon, josta käsin tilaa ’kirjoitetaan’ uudelleen (Grosz 2001) työn helpottamiseksi.

Potilaiden kohtaamiseen ja palvelun laatuun vaikuttavat oleellisesti henkilöstön keskeinen sekä eri instituutioiden välinen yhteistyö, jotka jäävät usein näkymättömiin terveysasemien arkea tarkastellessa (Jolanki & Sinervo 2016, 94). Yhteisölliset ponnistelut työarjen sujuvoittamiseksi rakentavatkin tilalle myös merkitystä hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana. Yhteisöllisyyden sekä ryhmän yhtenäisyyden on esitetty olevan tärkeää professioiden jäseniinsä kohdistaman kontrollin kannalta, joka vahvistaa ja sitouttaa sekä ammatillisiin tavoitteisiin että arvomaailmaan (Wiili-Peltola 2005, 39, 44). Tämä yhteistyö ja yhteinen tulkintakehys työn tarkoituksesta ja tavoitteista muotoutuu osaltaan työpaikan kohtaamisissa. Kohtaamisia rytmittävät vastaanottoaikojen sekä lounas- ja kahvitaukojen tila-aikareitit mahdollistaen kollegoille tiedon siitä, mistä toiset voi kulloinkin löytää. (Vrt. Lefebvre 2013.) Uudet tilat vaikuttavat kuitenkin muuttavan näitä yhteisöjä koossa pitäviä tila-aikajärjestyksiä ja tekevän tulkintayhteisöjen muodostamisesta työpaikalle kuulumatonta toimintaa.

### 7.3. Hyvän hoidon tila

Terveysaseman merkityksellistäminen paikkana hyvän hoidon toteuttamiselle kääntää katseen potilaisiin. Kun merkitykset tilasta yhteisöllisenä, asiantuntijuuden toteutumisen ja kehittämisen ympäristönä tai tehokkaan työskentelyn mahdollistajana korostavat työntekijän omia odotuksia työtilastaan, on hyvän hoidon merkityksessä fokus siinä, miksi terveysasemalla ollaan töissä. Hyvä hoito näyttäytyy tässä merkityksenannossa eetoksena, joka ohjaa työskentelyä, potilaisiin suhtautumista ja heidän osallisuuttaan omassa hoidossaan. Merkitys rakentuu haastatteluissa

työarjen kuvauksina, joissa tilaa arvotetaan sen mukaan, kuinka sujuvaa työskentely niissä on, eli kuinka työpaikan sosiaalinen tila kokonaisuutena tukee potilaiden asianmukaista hoitoa.

Työpaikan sosiaalisen tilan kaksijakoisuus näyttäytyy ristiriitoina työntekijöiden rooleissa ja työn tavoitteissa. Merkitys työtilasta hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana kytkeytyy siis työntekijöiden käsityksiin omasta työstään ja ammatillisista positioistaan. Työntekijöiden haastattelut rakentavat kuvaa siitä, että työidentiteettien (Fournier 1999) ja työskentelytapojen suhteuttaminen ammatilliseen diskurssiin on hankaloitunut uusien tilojen myötä. Vaikka professionaaliset ammatit usein ymmärretään vahvan autonomiseksi, ei ammattia kuitenkaan harjoiteta yksin tai asiantuntijuutta kehitetä tyhjiössä. Potilaiden parissa työskentelevät hahmottavatkin itsensä ammattilaisina, asiantuntijoina ja kollegoina omine rooleineen. Työpaikan sosiaalinen tila kutsuu kuitenkin omaksumaan toisenlaisia identiteettejä ja työn tekemisen tapoja. Epäergonomiset työskentelyolosuhteet tekevät työstä entistä kuormittavampaa ja ohjaavat hyvinvoinnistaan ja työnsä laadusta välittäviä keskittymään tiiviimmin omaan suoriutumiseensa, kuten seuraava potilastyötä tekevän haastattelukatkelma antaa ymmärtää:

*”Sä yksin vastaat täysin sun omasta työmäärästä. Jos sul on paljon työtä, ni sun on vaan pärjättävä. Kukaan ei sitä sulta ota pois eikä muuta. Et jokasel on laitettu pottii, toiselle ihan kohtuuton, toisille sopiva, toisille ehkä liian pieni, mutta tavallaan se, että, just toi priorisoiminen, että jostain pitää alkaa poijes jossain vaiheessa.” (H12)*

Vaatiessaan työhön kuuluvien asioiden uudelleenmäärittelyä sekä vahvempaa itsen hallintaa ja esittämistä (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020) tila toimii yksilöllistämisen strategiana (Foucault 1980; 1998) ja tuottaa näin eristäytyneen työntekijän. Tällaiseen itsen yrittäjyyden eetokseen on todettu liittyvän vahvoja oletuksia hyvästä ihmisestä ja työntekijästä (Haanperä, Suominen & Roos 2020, 30). Aineistosta on kuitenkin luettavissa, etteivät kaikki työntekijät voi tai halua omaksua uusia ammatillisia positioita tai muuttaa käsityksiään siitä, miksi harjoittavat ammattiaan.

Työn rajoittuminen tilan ja välineiden puutteiden takia (Litvina ym. 2020) sekä vaikeudet työskennellä hyväksi ja oikeaksi katsomallaan tavalla tuottavat potilastyötä tekevissä kokemuksissa eettisestä stressistä (Huhtala ym. 2011; Saarnio ym. 2012). Tämä vaikuttaa kytkeytyvän erityisesti tulostavoitteiden täyttämisen ja hyväksi ymmärretyn hoidon väliseen ristiriitaan. Potilaalle haluttaisiin esimerkiksi luoda tilaisuus kertoa häntä askarruttavista ja hoitoon mahdollisesti vaikuttavista asioista, mutta työlle annettujen tavoitteiden täyttämisen paine sekä hyväksi ymmärretyn hoidon välinen ristiriita tuottaa työarkeen vaikeita kokemuksia: *”No kyllä se vähän näin*

on nykyään, että kyl se raha puhuu, että se jotenkin menee niin, että sitä tehokuutta pitäis olla ja tulostavoitteet tuntuu aivan liian korkeelta.” (H16). Haastatellut esittävät, että kulujen minimointi on työnantajalle tärkeää. Tämä kuitenkin tuottaa tunteen siitä, että ” – – siinä on vähän puun ja kuoren välissä.” (H16). Puhe puun ja kuoren välissä olemisesta on tulkittavissa kuvauksena työssä kohdatusta eettisestä kuormituksesta, jonka on myös havaittu olevan työuupumuksen riskitekijä (Simelius & Turunen 2020).

Työntekijät tuottavat diskursiivisesti merkitystä tilasta hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana kyseenalaistamalla työssä tarvittavien resurssien, eli ajan sekä työtilojen ja -välineiden saatavuuden rajaamisesta päätöksen tehneiden osaamista ja oikeutusta päätösten tekemiseen. Samalla puhujat tuottavat itselleen alansa ammattilaisten ja asiantuntijoiden positioita. Tämä on havaittavissa esimerkiksi selonteoissa tilojen muutosprosessista, jonka yhteydessä esimerkiksi psykologien fläppitaulut ja fysioterapeuttien jakkarat ja anatomiataulut hävitettiin, koska uuden terveysaseman suunnittelijat näkivät ne vanhanaikaisina. Haastateltujen argumentit piirtävät näistä esineistä kuvaa päivittäin käytössä olevina työkaluina. Tarvikkeiden poistaminen antaa ymmärtää, ettei organisaatiossa jaeta yhteistä tulkintakehystä työstä, sen tekemisen vaatimuksista ja siinä selviytymisen ehdoista. Potilastyötä tekevät haastateltavat tunnistavat tämän myös itse:

*”Et on tosi hienoo, et tehdään uudistuksia ja muutetaan, mut sit toisaalta, et jos ei tunne sitä työtä, mitä siel vastaanottohuoneen sisällä tapahtuu, ni voiko mennä sanomaan, et tää menetelmä ei oo teille tarpeellinen vai ei sen osalta.” (H10)*

Puhe työn resurssien vähentämisen oikeutuksesta ja päätöksen tehneiden osaamisen kyseenalaistaminen on tulkittavissa vastarintana taloudellistuneelle representaatiolle terveydenhuollon tiloista. Puhuessaan työn vaatimista resursseista työntekijät argumentoivat myös tuottavuudesta asemoiden itsensä hoidon laadun puolustajiksi. Kun uudet työtilat eriyttävät työtehtäviä, esimerkiksi vaiva, joka vaati aiemmin yhden käynnin, voi nyt edellyttää useampia vastaanottoja. Tämä esitetään potilaan edun vastaisena.

Työntekijöiden hyvinvointi sanoitetaan haastatteluissa oleelliseksi tuottavan työskentelyn eli laadukkaan hoidon edellytykseksi. Esimerkiksi seuraava haastateltu tuottaa terveysasemalle merkityksiä yhteisöllisenä paikkana ja asiantuntijuuden toteuttamisen ja kehittämisen ympäristönä sekä hyvään hoitoon tähtäävän työn paikkana puhuessaan työntekijöiden hyvinvoinnista laadukkaan työn edellytyksenä.

*” – – nähdäänkö johdon ja muiden toimest sitä, että mitä kunkin meidän tehtävä vaatii, et me pystytään laadukkaasti tekeen sitä työtä, me jaksetaan tehdä sitä työtä ja me voidaan hyvin siinä työssämme. Et tuntuu, että välillä johdetaan aika vahvasti mielikuvillaki.” (H10)*

Nimittämällä organisaation johtotapaa mielikuvilla johtamiseksi haastateltu tuo esiin, että konkreettiset tukikeinot eivät joko riitä takaamaan hyvinvointia työssä tai niitä ei ole. Eletyn tilan merkitykset rakentuvatkin aineistossa myös tukeutumalla haaveisiin, toiveisiin, muistoihin ja unelmiin ideaalista työn tekemisen ympäristöstä.

Potilastyötä tekevien haastatteluissa työtilan merkityksellistäminen hyvän hoidon paikaksi kytkeytyy käsitykseen organisaation ja työyhteisön menestyksestä. Menestyminen hyvän hoidon tarjoajana näyttäytyy kunnia-asiana. Tämä on tulkittavissa häpeän ja riittämättömyyden tunteista, joita terveysaseman tilan kuvataan aiheuttavan. Lisäksi vallitsevaa tilan representaatiota vastustava toiminta, jolla työstä ja työpaikasta koetetaan tehdä hyvän hoidon paikkaa, kuvastaa halua tehdä työ hyvin. Esitykset tilasta epäkäytännöllisenä yhdistyvät työntekijöiden kuvauksiin häpeästä oman työpaikan tilannetta kohtaan esimerkiksi kuvattaessa vastaanottojen keskeytymistä ja päällekkäisiä varauksia. Uuden tilavarausohjelman häiriöistä johtuen sama huone on voinut olla varattuna usealle työntekijälle samanaikaisesti. Näissä tilanteissa joko työntekijä yksin tai potilaan kanssa joutuu kiertämään huoneesta toiseen:

*”Sit mulle annettiin kolmas huone, mihkä mää sitte menin sen asiakkaan kanssa, ja hän kyllä oli hymyileväinen ja naureskeli vähän mejän sotkulle, mutta mua nolotti.” (H7)*

Kuten katkelmassa, työntekijät sanallistavat uusissa tiloissa työskentelyn aiheuttavan muun muassa häpeän, pettymyksen ja riittämättömyyden tunteita. Hyvään ja laadukkaaseen hoitoon halutaan panostaa, mutta työntekijästä riippumattomat tekijät, tilaratkaisut ja työpaikan toimintamallit representoidaan työskentelyä vaikeuttavina.

Kuvaukset työpaikalla toimimisen aiheuttamasta häpeän tunteista yhdistyvät kokemukseen siitä, että työtä ei ole mahdollista tehdä niin hyvin kuin haluaisi, mihin on tottunut tai mitä professionaalinen yhteisö ja potilaat odottavat. Toive siitä, että saa tehdä työnsä hyvin kytkeytyy myös yhteisöllisyyteen. Se on osa työssä jaksamista ja selviytymistä, joka tunnustetaan jaettuna yhteisöllisenä eetoksena, kunniantuntona siitä, että me haluamme tehdä työmme hyvin. Potilastyötä tekevien selonteoista voi kuitenkin tulkita, että työnsä joutuu tekemään salaa hyvin.



Oman työn tekeminen asianmukaiseksi nähdyllä tavalla vaatii vallitsevan tilan representaation haastamista ja vastarintaisena esiintyvää toimintaa.

Terveysaseman tuottaminen hyvän hoidon paikkana näyttäytyy valintojen tekemisenä. Valintoja joudutaan tekemään oman hyvinvoinnin ja työnantajan ohjeiden noudattamisen sekä kollegoiden arvostuksen ja hyvän hoidon toteuttamisen välillä. Hyvän hoidon paikan merkitystä tuotetaan työarjessa toimimalla niin, että laadukkaan hoidon tarjoaminen voisi onnistua. Haastateltavat esittävät työn tekemisen uusissa tiloissa olevan jatkuvaa varmistelua ja työtilan muokkaamista. Kuten tilallisia käytäntöjä tarkastellessa havaittiin, uudet tilat ovat lisänneet metatyötä tilallisena käytäntönä ja tuoneet työarkeen myös aivan uusia työtehtäviä. Osa näistä käytännöistä onkin omaksuttu siksi, että terveysprofession representaation tila pitää sisällään merkityksen työtilasta hyvään hoitoon tähtäävänä paikkana. Tätä tilan merkitystä rakentava käytäntö on esimerkiksi potilassalaisuuden turvaamiseksi tehtävä metatyö. Työ pitää sisällään yhtäältä oman kehon asettelua tietokoneen näytön suojaksi, mahdollisimman äänieristetyin tilan etsimisen puhelinaikojen hoitamista varten, kuin myös potilaiden paimentamista käytävillä. Myös asemalla asioivat tuottavat tilaa omista lähtökohdistaan ja tarpeistaan käsin esimerkiksi aulan tuoleja siirrellen tai lattiaa istumatilana käyttäen *"Parhaimmillaan korva kii siinä lasiovessa."*(H20)

Vaikka potilaat arvottavat yksityisyyden terveydenhuollossa tärkeäksi (Hutton 2005; Zborowsky & Hellmich 2011) edustavat potilaskuluttajaa miellyttämään pyrkivät tilat läpinäkyvyydellään ja äänieristämättömyydellään välinpitämättömyyttä potilassalaisuutta kohtaan. Tämän voi tulkita uusintavan terveydenhuollon rakenteellista puutetta potilaiden kunnioittamisessa. (Lämsä 2013, 96.) Terveysaseman tilat siis jatkavat käytäntöä, jolla työntekijät vastuutetaan potilassalaisuuden suojelusta ilman, että työtilat tukisivat tätä työtä esimerkiksi ääni- ja näköestein.

Tilojen lasisuus ja potilassalaisuuden turvaaminen näyttäytyvät haastatteluissa ongelmina, joiden ratkaisuksi niin ikään esitetään vastaanottohuoneissa *"vastoin sääntöjä"* työskentely. Tekemällä kirjallisia töitä ja hoitamalla puhelinajat vastaanottohuoneissa tuotetaan sosiaalista tilaa, joka asettaa "potilaan parhaan" etusijalle rakentaen terveysprofession representaation tilaa sekä terveydenhuollon ammatillista diskurssia. Kuten seuraavassa haastattelukatkelmassa, työpaikan sääntöjen rikkomista perustellaan tietoturvallisuudella esimerkiksi oman mukavuudenhalun sijaan:

*” – – elikkä me tultiin siihen tulokseen, et olemme lääkärihuoneessa, vaik ois aika isompiki poppoo. Kerta se vaan sit siinä kohtaa ni tuoleja lisää haetaan huoneeseen, ollaan sillit suolassa, kerta niitten äänieristys on kumminkin parempi.” (H22)*

Antamalla perusteluja sääntöjen vastaiselle toiminnalle tuotetaan tilalle merkitystä hyvään hoitoon tähtäävänä. Kuvatessaan itsensä pienentämistä ja lisätyön tekemistä potilassalaisuuden säilyttämiseksi katkelman puhuja korostaa sekä tinkimättömyyttä yksityisyydestä että yhteisöllisesti jaettua tulkintaa siitä, että omasta mukavuudesta ja työpaikan säännöistä ollaan valmiita joustamaan potilaan edun nimissä. Arvojen toteuttamisen tilallisten ratkaisujen ehdoilla esitetään vaativan itsensä pienentämistä sekä asettautumista alttiiksi kritiikille. Yksityisyyden turvaaminen erilaisilla tilallisilla käytännöillä ja epäonnistumisten aiheuttama pettymys ovat yhdistettävissä myös potilaslähtöisyyden tavoitteisiin.

Työn tekeminen salaa hyvin on tulkittavissa myös muista käytännöistä, joilla työntekijät pyrkivät piilottamaan sääntöjen rikkomisen. Työn tekeminen salaa hyvin näyttäytyy haastatteluissa joko omasta ajasta ja hyvinvoinnista tinkimisenä, tai asettumisena alttiiksi arvostelulle tulostavoitteiden jäätyä täyttämättä. Tätä valintojen tekemistä kuvaa esimerkiksi seuraava työntekijä:

*”Nii ku on tavallaan tulostavote ja ku sen yli pääsee ni saa tulospalkkion. Mulle ei merkitse ne muutamat eurot mitään. Tai mä en rupee sen takia mieltii, että mulla jäis ruokatauot pitämättä tai mä kiristäisin tahtia, et mun pitää saada nytte 10 prosenttia jotaki. Mieluummin teen rauhallisesti ja sit kans ootan sitä aikaa, jos tulee sit puhuttelua... Keskustellaan sit siellä.” (H6)*

Vähöksymällä suurempaa palkkaa sekä puhutteluun joutumista haastateltu asettaa oman hyvinvointinsa ja sopivan työn tekemisen tahdin arvojärjestyksessään korkeammalle kuin ulkoa sanellut tuloksen ja tuottavuuden määreet. Samalla haastateltu tuottaa ammatillista diskurssia terveydenhuollosta, sen työstä ja tarkoituksesta. Tämän ammattilaisten halukkuuden valjastaa asiantuntemuksensa erilaisten tavoitteiden edistämiseksi on todettu olevan tärkeä kysymys ammatillisen autonomian ollessa haastettuna (Wrede 2018).

Oikeuksistaan kiinni pitäminen näyttäytyy kuitenkin haastatteluaineistossa vähemmän käytettynä vastarinnan muotona. Kuten potilassalaisuuden kohdalla, haastatellut tekevät selkoa työntekijöiden tavoista tinkiä omasta mukavuudestaan, hyvinvoinnistaan, vapaa-ajastaan ja palkastaan. Vaikka tulostavoitteet määritellään vieraksi, työntekijät pyrkivät kuitenkin tehokkaaseen ja tuottavaan työskentelyyn, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavista haastattelukatkelmista.

*”Mut mä haluan kuitenkin tehdä työni hyvin, ni mä nyt sit vaan teen niin, et mä pistän sen päivän loppuu vähän aikasemmin ja sit mä teen kuitenkin, että mä saan vähän sitä... Koska mä en pysty tekee hyvää työtä nopeesti. Että mä vähän kans omaan piikkiin otan sitä aikaa, ja silti mun tulostavote ei oo kovin häävi, koska se on mulle aina sekundäärinen asia mieltii sitä kirjausta.” (H13)*

*”No mä oon opettanu mun potilaani, et mä oon aina myöhässä, et odota rauhassa. Koska ei ne pituudet ja tarpeet kyllä kohtaa hyvinkään usein, kuten ei tänäänkää ihan kohdanna. Mut mä oon aatellu, et se on sille kuitenkin sille ihmiselle ainutkertainen juttu tietyllä tavalla. Et vaikka mulle se voikin olla päivärutiinia, kyllä se ihminen oman aikansa tarvitsee siinä. Ja toisaalta, jos sitä asiaa hoidetaan kerralla, et ei joudu juoksee, ni se on minun mielestäni tehokkaampaa ku se, et juoksuuttaa sitä ihmistä monta kertaa. – – Mut se ongelma on tietysti se, et se menee sit siitä omasta ajankäytöstä ja omista tauoista sitte, se syö ne sieltä tietysti sitte pois. Mutta siihen on tottunu.” (H15)*

Haastateltujen selonteosta käy ilmi näkymätön työ, jolla yritetään estää hoidon laadun heikkeneminen. Vastaavaa joustamista ja työlle omistautumista on havaittu myös aikaisemmissa terveysasemia käsittelevissä tutkimuksissa (Jolanki & Sinervo 2016, 94). Tämä työ ei ole suoraan tulkittavissa tilamuutoksen tuomaksi uudeksi käytännöksi, vaan näkymättömällä työllä rakennetaan terveysprofessionien representaation tilaa ja ylläpidetään ammatillista diskurssia taloudellistuneen representaation puitteissa. Työtä ei siis tehdä enemmän siksi, että tulostavoitteet täyttyisivät, vaan koska potilaat halutaan hoitaa hyvin.

Tauoista ja vapaa-ajasta luopumisella sekä ilmaisten töiden tekemisellä voidaan kuitenkin olettaa olevan seurauksia niin yksittäisen työntekijän kuin myös ammatillisten selviytymis- ja tulkintayhteisöiden kannalta. Eletyn tilan tarkastelu tuo esiin organisaation arjessa vaikuttavat kaksinaiset tuottavuuden ja laadun määreet. Näistä toinen mittaa työn tehokkuutta suoritettujen vastaanottojen määrällä, toinen kokonaisvaltaisesti hoidetuilla potilastapauksilla. Jälkimmäinen edustaa potilastyötä tekevien käsitystä työstään, mutta työhön annettujen resurssien esitetään edellyttävän laadun madaltamista. Työn tekeminen hyvin vaatii siis ylimääräistä työtä, ja myös ylimääräisen työn piilottamista. Kun työtä tehdään salaa hyvin, näkymättömiin jää se, ettei kaikilla ole samanlaisia mahdollisuuksia joustaa ja omistautua työlle. Esimerkiksi lääkäriprofession on liitetty niin kutsuttu miesammattien kulttuuri, joka arvostaa yksilön työlle omistautumista. Tällaisella kulttuurilla on havaittu olevan ongelmallisia seurauksia esimerkiksi nuorille lääkäreille, erityisesti lastenhoidosta vastuussa oleville naisille. (Olakivi & Wrede 2018.) Vastaavan kaltaisten ongelmien voidaan tulkita koskettavan myös muita ammattikuntia. Työn ergonomian ja työstä

palautumisen sekä ammatillisen kehittymisen siirtyessä yksilön vastuulle ja vapaa-ajan harrastukseksi eriarvoistuvat nämä työkykyyn ja työstä suoriutumiseen vaikuttavat tekijät. Lisäksi kun työntekijät näennäisesti tekevät saman verran, mutta toisten työnlaatu on korkeampaa kuin toisten, näyttäytyvät ylimääräistä työtä tekemättömät alisuoriutujina.

## 8. Yhteenveto ja johtopäätökset

Olen tutkielmassani analysoinut työympäristölle annettavia merkityksiä ja tilan tuottamista uudistetulla terveysasemalla. Lisäksi olen tarkastellut tilaa ammatillisten ja ruumiillisten asemien tuottajana. Ensisijaisena aineistonani olen käyttänyt Suomessa sijaitsevan terveysaseman työntekijöiden ja johtajien haastatteluita, minkä lisäksi olen hyödyntänyt sekä itse keräämääni että käyttööni saamaa havainnointiaineistoa. Näiden aineistojen diskurssiivisella ja teoriaorientoituneella analyysillä olen pyrkinyt tarkastelemaan merkitysten ja asemien rakentumista sekä tuomaan esiin tilan tuottamista sosiaalisen tilan eri näkökulmista käsin.

Tarkastellun terveysaseman sosiaalinen tila näyttäytyy analyysin perusteella kahtiajakautuneelta. Aineistossa on tunnistettavissa johtavassa asemassa olevien ja potilastyötä tekevien tilalle antamat merkitykset, jotka eroavat selvästi toisistaan. Työympäristölle rakennetaan aineistossa merkitystä asiakaslähtöisenä kuluttajan viihtymisen ja palvelun paikkana. Toisaalta tila näyttäytyy kustannustehokkaana ja organisaation brändiä rakentavana edustustilana. Lisäksi tila merkityksellistyy johtamisen ja verkostoitumisen paikkana sekä työskentelytapoja muuttavana. Nämä tilan merkitykset rakentuvat ensisijaisesti johtavassa asemassa olevien haastateltujen puheissa, ja ne tuottavat terveydenhuollon työympäristöstä taloudellistunutta tilan representaatiota sekä vaikuttavat ammentavan uusliberalistisesta terveydenhuollon diskurssista. Osaltaan vastarinnaksi tälle vallitsevalle tilan representaatiolle potilastyötä tekevät arvioivat haastatteluissa tiloja työn kannalta epäkäytännöllisinä. Lisäksi työntekijöiden haastatteluissa toistuvat arviot siitä, miten tilat mahdollistavat asiantuntijuuden toteuttamisen ja kehittämisen, yhteisöllisyyden sekä hyvän ja tehokkaan hoidon. Näistä merkityksistä kaikki eivät kuitenkaan kiinnity haastateltujen materiaaliseen työympäristöön, vaan työympäristöstä tuotetaan merkityksiä myös tukeutumalla haaveisiin, toiveisiin, muistoihin ja unelmiin ideaalista työn tekemisen ympäristöstä. Vastarintaisiksi luokittelemani työympäristön merkitykset rakentuvat aineistossa

pääasiassa potilaiden parissa työskentelevien haastateltujen puheissa. Olen tulkinut heidän ammentavan merkityksiä ensisijassa terveydenhuollon ammatillisesta diskurssista.

Haastateltujen työpaikan sosiaalisen tilan kaksijakoisuus on havaittavissa myös tavoissa tuottaa ja uusintaa tilaa. Haastatellut tuottavat tilaa sekä diskursiivisesti haastattelupuheissaan rakentuvilla työympäristön merkityksenannoilla että käytännön toiminnassaan työpaikalla. Merkitysten kaksijakoisuus ilmenee haastatteluissa varsin selvästi, mutta työn käytännöissä työntekijät tulevat uusintaneeksi tilan vallitsevaa representaatiota. Ihmisten on toimittava työarjessaan materiaalisen työympäristönsä ehdoilla, joten toiminnallaan he tulevat väistämättä tuottamaan tilasta myös sellaisia merkityksiä, jotka ovat ristiriidassa diskursiivisten merkityksenantojen ja arvotusten kanssa.

Ammatillisten ja ruumiillisten asemien analyysissä havaitsin, että tila rakentuu aineistossa ikään kuin itsenäisenä toimijana, joka pakottaa omaksumaan uusia tilallisia käytäntöjä ja ohjaa näin työn tekemistä. Tila asettaa siellä työskenteleviä ammatillisesti yrittäjämäiseen ja asiakaspalvelijan työtehtäviä käsittävään positioon. Lisäksi terveysaseman sosiaalinen tila jakaa työntekijät ammatillisesti tuloksen tekijöihin ja heidän apulaisiinsa. Näihin ammatillisiin positioihin vaikuttaa kytkeytyvän ruumiillisia asemia verkostoitujana, brändin edustajana sekä passiivisena muutoksiin sopeutujana tai alistujana. Nämä asemat ovat ristiriidassa potilastyötä tekevien itselleen ja toisilleen tuottamien kollegan, asiantuntijan, ammattilaisen ja professionaalien ammatillisten positioden kanssa. Johtavassa asemassa oleville työpaikan sosiaalinen tila puolestaan rakentaa päätöksentekijän positiota. Toisaalta työntekijöiden puheissa johtajuutta myös riisutaan kuvaamalla johtavassa asemassa olevia monitilatoimiston häiriköiksi, lapsiksi koulun pihalla. Tämän puhettavan voi tulkita vastarinnaksi vallitsevalle tilan representaatiolle, joka on tehnyt johdon ja johtamisen näkyvämmäksi. Voisi jopa sanoa, että avoin, lasinen, ympäristö tekee vallan ja vallanpitäjät näkyvämmäksi, mutta samalla luo uusia mahdollisuuksia tulkita valtaa ja vallanpitäjiä myös vastakarvaan.

Terveydenhuollon työympäristöjen muutosta perustellaan sekä työn tarpeiden että muuttuvan toimintakentän vaatimuksilla (esim. Aalto 2019; Reijula ym. 2017). Työympäristölle haastatteluaineistossa rakentuvista kaksijakoisista merkityksenannoista voidaan kuitenkin tulkita, että työn sisällöt ja vaatimukset eivät aina vaikuta tilasuunnitteluun samoissa määrin kuin tilan taloudellisen tehokkuuden odotukset tai pyrkimys sitouttaa potilaskuluttajaa. Vastaavanlaisia ongelmia on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa monitilatoimistoista. Tutkijat pitävät

ensiarvoisen tärkeänä, että työympäristö tukee työntekijää työssään eli ei heikennä työn edellytyksiä vaan on suunniteltu tiloissa tehtävän työn lähtökohdista. (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020; Reijula ym. 2017; Lahtinen ym. 2015; Aalto 2019.)

Terveysasema näyttäytyy aineistossa paikkana, joka pitää työntekijät toisistaan erillään. Näin tehdessään sen voi tulkita muuttavan selviytymisyhteisöjen toimintaa ja hankaloittavan tulkintayhteisöjen muodostamista. Työympäristön tilalliset käytännöt rakentuvat aikaisempaa täysivaltaisemmalle itsen hallinnalle ja esittämiselle (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020) ja tuottavat eristyneen työntekijän (Bauman 2002, 46, 85–87), joka pyrkii aikapaineessa keskittymään omiin tehtäviinsä ja tuloksellisuuteensa yhteisöllisemmän työn tekemisen tapojen sijasta. Fyysisen etäisyyden voikin tulkita edistävän myös henkisen etäisyyden kasvamista, eli muuttavan työpaikan ammattikulttuuriin kuuluvia sosiaalisia suhteita sekä selviytymis- ja tulkintayhteisöjä. Tällaisessa kierteessä työntekijät saavat vähemmän tukea toisiltaan ja työyhteisön yhteinen käsitys työstä ja sen tekemisestä saattaa hajota pienempien kuppikuntien kokoelmaksi. Selviytymis- ja tulkintayhteisöjen logiikan on esitetty toimivan vastoin yksilön kilpailukyvyyn eetosta. Se kääntää katseen yksilöllisestä selviämisestä yhteisölliseen selviämiseen ja ammatilliseen järjestäytymiseen. (Korczynski 2003, 73.) Koska selviytymis- ja tulkintayhteisöt kuitenkin ovat tärkeä osa terveydenhuollon toimintaa, voidaan niiden toiminnan vaikeutumisella olettaa olevan seurauksia työvoimapulaisen alan vetovoiman sekä kuormittavaa työtä tekevien yksilöiden kannalta.

Tila tuottaa uudenlaisia hierarkioita ja kutsuu omaksumaan uusia työn tekemisen tapoja. Monitilatoimistojen ajatellaan yleisesti ottaen pyrkivän purkamaan organisaatioiden hierarkioita, mutta tutkielman havainnot tukevat aikaisempien tutkimusten (Kinnunen ym. 2017; Peteri ym. 2020) tuloksia siitä, että ne tuottavatkin hierarkioita uusin tavoin. Tila näyttäytyy aineistossa yhtäältä sukupuoleen, ikään ja ammattiasemaan kytkeytyvien eriarvoisuuksien syventäjinä kuin myös työpaikan hierarkkisten järjestysten uudelleenrakentajana. Aineiston pohjalta olen esittänyt, että uudet tilat ja niihin kytkeytyvät johtamiskäytännöt muokkaavat hierarkioita terveysprofessioiden ja ammattijohtajien välillä sekä terveysprofessioiden kesken. Lisäksi niiden voi tulkita vaikuttavan myös ammattilaisten ja potilaskuluttajan väliseen suhteeseen, sillä asiakaslähtöisyyden vaateen on esitetty muuttavan työn luonnetta jännitteiseksi ja mahdollisesti myös tavoitteiltaan ristiriitaiseksi (Parviainen ym. 2016, 9–10, 11–15). Asettamalla työntekijät uudenlaisiin ammatillisiin ja ruumiillisiin asemiin tila ohjaa muuttamaan työn tekemisen tapoja ja

kutsuu myös muuttamaan käsityksiä työstä sekä itsestä sen tekijänä ja osana instituutiota (Olakivi 2017, 114; Wrede 2010; 2012; Noordegraaf 2007; Waring 2014). Sosiaalisen tilan kaksijakoisuudesta on kuitenkin tulkittavissa vastarinta työn tekemisen, sen tarkoituksen ja oman työidentiteetin muuttumiselle. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että työtä tehdään salaa hyvin.

Terveysprofessionien ammattikulttuurit pitävät sisällään paitsi hoitoon ja lääketieteeseen liittyvää tietoa, myös sellaisia arvoja, normeja, hierarkioita ja toimintamalleja, jotka ylläpitävät organisaation toimintajärjestelmää. Potilaiden hoitamiseen sidoksissa olevan asiantuntijuuden on aiemmin nähty kattavan myös hoitojärjestelmän organisoimiseen liittyvät kysymykset. Tämän sidoksen on esitetty yhtäältä pitävän yllä organisaatioiden sisäistä luottamusta, että tukevan ammattikulttuurien kehittymistä. (Wiili-Peltola 2005, 65.) Julkisen hallinnon kehittäminen on kuitenkin haastanut perinteiset hierarkiat ja kollegiaaliset hallintarakenteet sekä käsitykset toiminnan tavoista, oikeutuksista ja ammattikulttuureista (Eräsaari 2010, 217; Wiili-Peltola 2005, 65–70). Tutkielmassa tehdyt havainnot sosiaalisen tilan kaksijakoisuudesta tukevatkin sellaista professiososiologiassa esitettyä kehityskulkua, jossa eri arvopohjien yhteentörmäys tuo organisaatioon ristiriitoja ja jännitteitä (Kälble 2005; Kerpershoek ym. 2016; Tummers ym. 2009). Tällöin vastakkaisia arvoja vastustetaan ja professionaalisista arvoista ja toimijuudesta pidetään kiinni (Doolin 2002).

Työn tekeminen salaa hyvin sekä epäergonomisessa työympäristössä toimiminen vaikuttavat kuitenkin tuottavan eriarvoisuuksia. Nämä eriarvoisuudet ruumiillistuvat etenkin ennestään hierarkiassa alemmassa asemassa olevien työntekijöiden kehoissa fyysisenä kipuna ja psykososiaalisena kuormituksena. Organisaatioiden ja niiden tilojen uudelleen järjestelyyn liittyvä muutostyö vaatii työntekijöiltä paljon. Muutoksia perustellaan usein joustavuudella, mutta organisaation sijaan joustaa työntekijä ruumiineen. (Eräsaari 2002.) Kun työntekijät kokevat olevansa pakotettuja tekemään työnsä salaa hyvin, näkymättömiin jää se, ettei kaikilla ole samanlaisia mahdollisuuksia ja resursseja joustaa ja omistautua työlle.

Palvelujärjestelmiä liike-elämän opein uudistettaessa on tärkeää tarkastella muutoksia myös tasa-arvon näkökulmasta. Palvelujen johtamisen etäännyessä niiden tuottamisesta, saatetaan heikentää organisaatioiden mahdollisuuksia kohdella tasa-arvoisesti yhtäältä alan ammattilaisia kuin palveluita käyttäviäkin. (Hirvonen ym. 2020, 224.) Taloudellistunut representaatio vastuuttaa työntekijät yksilöinä tilallisten käytäntöjen ruumiillisista seurauksista. Työntekijöiltä odotetaan kykyä tehdä keskittymistä vaativia työtehtäviä kaikenlaisissa olosuhteissa ja kykyä vastata itse oman

työskentelynsä ergonomisuudesta. (Peteri 2014, 328.) Fyysisesti ja emotionaalisesti raskaan työn sekä uusien menetelmien haltuunoton voidaan nähdä kuuluneen terveydenhuollossa työskentelevien työnkuviin aikaisemminkin. Uudenlainen työympäristö vaikuttaa kuitenkin tuottavan työstä uudella tavalla ruumiillista. Samalla se syventää hierarkiassa alemmassa asemassa olevien työntekijöiden asemaa ennestään. Terveydenhuollossa työn tekemisen kannalta epäkäytännöllisen työympäristön, lisääntyvien työtehtävien ja työnantajälhtöisen etätyön voi tulkita heikentävän etenkin naisten, matalapalkkaisten hoitajien sekä ulkomailta rekrytoitujen työntekijöiden (Nieminen 2011) asemaa, koska heillä on rajallisemmat mahdollisuudet esimerkiksi kompensoida työn resurssien vähenemistä tai kuormituksen lisääntymistä omakustanteisesti. Lisäksi työn ongelmien yksilöllistymisen seurauksena työolojen ongelmien on katsottu alkavan henkilöityä jo ennestään heikommassa asemassa oleviin kaventaen heidän vastarintansa mahdollisuuksia (Rikala 2016, 185–186).

Tutkielma vastaa osaltaan sosiologisen arkkitehtuurin ja erityisesti terveydenhuollon tilojen tutkimuksen tietotarpeisiin (ks. Martin ym. 2015; Gieryn 2002, 35). Aineistojen analyysin avulla olen pyrkinyt tarkastelemaan sitä, millaista on työskennellä uudistetulla terveystasemalla Suomessa. Haastattelu- ja havainnointiaineiston yhdistäminen on mahdollistanut tilan tuottamisen tarkastelun niin kielellisessä kuin muussakin merkitysvälitteisessä toiminnassa. Yhdistämällä nämä kaksi aineistoa, olen voinut tarkastella yhtäältä materiaalsen tilan piirteitä ja havainnoida haastateltujen työpaikan tiloja, sekä analysoida tiloissa työtä tekevien ymmärrystä työympäristöstään. Aineistossani on kuitenkin myös puutteita. Esimerkiksi haastatteluaineistossa painottuvat määrällisesti potilastyötä tekevät haastatellut suhteessa ammattijohtajiin ja tukipalveluissa työskenteleviin. Lisäksi muun muassa potilaat tilan käyttäjinä ja tuottajina uupuvat haastateltujen joukosta. Myös laajempi havainnointiaineisto olisi mahdollisesti tuonut tutkielmaan uusia näkökulmia. Tutkielma ei myöskään sisällä teknologisen infrastruktuurin yksityiskohtaisempaa analyysiä, sillä sen tarkastelu ei aineiston puitteissa ollut mahdollista. Organisaatioiden tilamuutokset kytkeytyvät usein osaksi myös tietojärjestelmien muutosta. Tästä syystä olisikin tärkeää tutkia, miten tilallinen muutos ja teknologisen infrastruktuurin muutos limittyvät yhteen.

Tutkielmani on ammentanut teoreettisesti muun muassa Lefebvren (1991) sosiaalisen tilan teoriasta. Käsittelemällä sosiaalista tilaa tilallisen kolmijaon kautta Lefebvre on pyrkinyt tietoisesti rikkomaan dualistista ajattelutapaa. Tämä tilallisen kolmijaon esittely sekä teorian myöhempi



soveltaminen tulee kuitenkin havaintojeni mukaan usein asettaneeksi vastarintaisen toiminnan 'vain' symboliseksi kerrokseksi sen sijaan, että se tulkittaisiin tasavertaiseksi tai aidosti potentiaaliseksi tilan tuottajaksi ja vallitsevan järjestyksen haastajaksi. Analyysissäni olen kuitenkin käsitellyt tilan representaatioita ja representaation tiloja jotakuinkin samanarvoisina. En ole tulkinnut eletyn tilan ja representaation tilojen olevan vain tilan representaatioiden ja tilallisten käytäntöjen päälle asettuva symbolinen kerros, vaan aidosti toisenlaista diskurssia tuottavaa ja vallitsevaa tilan representaatiota haastavaa toimintaa, jonka pyrkimyksenä on myös materiaalsen tilan muokkaaminen. Tästä syystä olen tulkinnut eletyn tilan vastarintaisuuksien olevan niin ikään tilallisten käytäntöjen kaltaista toimintaa, joka tosin saa motivaationsa representaation tiloista. Jotta sosiaalista tilaa voidaan tarkastella jatkuvasti uudelleen muodostuvana ja rakentuvana prosessina (Lefebvre 1991, 288), on tilallisen kolmijaon kaikki hetket nähdäkseni tulkittava potentiaalisina tilan tuottajina. Koska sosiaalinen tila on jatkuvasti uudelleen muotoutuva, voi tutkielman aineiston ajatella tavoittavan tästä prosessista vain yhden, hetken voimassa olleen tilanteen ja sen tarkastelun. Tästä syystä olisikin kiinnostavaa toteuttaa vastaavanlainen tutkimus uudemmalla aineistolla ja vertailla tuloksia suhteessa tämän tutkielman havaintoihin.

Tutkielmassa olen tuonut esiin terveydenhuollon työympäristöjen uudistamiseen liittyvän ilmiön siitä, että tiloja uudistettaessa saatetaan myös rakentaa uudelleen sosiaalisen tilan määrittelyvaltaa ja tuottaa tilaa, jolla on uudenlaisia sosiaalisia ja ruumiillisia seurauksia. On huomattava, että aikaisempaan terveydenhuollon tilat eivät ole olleet vallasta vapaita. Tarkastellun terveysaseman tilojen voi kuitenkin tulkita normalisoivan uudenlaisia hallinnan muotoja. Kvalitatiivisen analyysin tulokset eivät ole sellaisenaan laajemmin yleistettävissä. Koska terveydenhuollon toimintaympäristöjen uudistaminen on Suomessa entistä ajankohtaisempaa muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen myötä, esiin tuomaani ilmiötä olisi mielenkiintoista tutkia toisinlaisin menetelmin ja kattavammalla aineistolla. Tällaisen tutkimuksen tuloksia olisi myös kiinnostavaa suhteuttaa esimerkiksi tasa-arvoa alan työssä tai terveysprofessioiden autonomiaa käsittelevien tutkimusten tuloksiin.

Sosiologeilta on peräänkuulutettu enemmän huomiota erityisesti terveydenhuollon tilojen analyysiin. Martinin ym. (2015) mukaan sosiologian tulisi analysoida sitä, miten tilat implikoivat tiettyä näkemystä terveydestä. Heidän mukaansa uusi terveydenhuollon arkkitehtuuri ei ainoastaan heijastele uusliberaalin subjektiivisuuden muotoja. Se myös uusintaa itsestään huolehtivan

potilaskuluttajan ihannetta. Arkkitehtuurin rooli on siis aktiivinen näiden muutosten muotoilussa ja määrittelyssä. Tutkielmani analyysit pyrkivät osoittamaan miten uusliberalismi toimii osana arjen käytäntöjä ja diskursiivisia järjestyksiä terveydenhuollon organisaatiossa. Rakennukset mahdollistavat ja estävät toimintoja. Ne ilmentävät suunnittelijoidensa ja tilaajiensa käsityksiä ja toiveita toiminnasta ja sen laadusta, mutta arkisessa käytössä tila myös muotoutuu uudelleen. Tutkielmassa esiin nostamani merkityksenantojen kaksijakoisuus kuvastaakin omanlaistaan neuvottelua tilan ja toiminnan tarkoituksesta uusliberaalissa hyvinvointiyhteiskunnassa.

## 9. Lähteet

### Painetut lähteet

Aalto, L. (2019) *Käytettävyystekijöiden huomioiminen sairaala-, perusterveys- ja vanhushuolurakennusten työtiloissa*. Helsinki: Aalto University publication series DOCTORIAL DISSERTATIONS 75/2019.

Abbot, A. (1988) *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Ackerly, B. & True, J. (2010) *Doing feminist research in political and social science*. Palgrave Macmillan.

Alasuutari, P. (1998) Sosiaalisen todellisuuden konstruointi. Teoksessa Elina Saksala (toim.) *Muutoksen sosiologia*. Jyväskylä: Yle Opetuspalvelut 1998. 178–183.

Alasuutari, P. (1999) *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, P. (2019) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino

Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000) *Suomalainen sosiaalipolitiikka*. Tampere: Vastapaino.

Appel-Meulenbroek, R., Groenen, P. & Janssen, I. (2011) An end-user's perspective on activity-based office concepts. *Journal of Corporate Real Estate* 13(2), 122–135.

Bauman, Z. (2002) *Notkea moderni*. Suom. J. Vainonen. Tampere: Vastapaino.

Bell, S.E. (2018) Placing care: embodying architecture in hospital clinics for immigrant and refugee patients. *Sociology of Health & Illness* 40 (2), 314–26.

Beyes, T. ja Steyaert, C. (2012): Spacing organization: non-representational theory and performing organizational space. *Organization* 19(1), 45-61.

- Bijker, W.E. (1997) *Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs. Towards a Theory of Sociotechnical Change*. Cambridge & Massachusetts: MIT Press.
- Brante, T. (1988) Sociological approaches to professions. *Acta Sociologica* 31(2), 119-142.
- Bromley, E. (2012) Building patient-centeredness: hospital design as an interpretive act. *Social Science & Medicine* 75(6), 1057–1066.
- Brown, S., Middleton, D. & Lightfoot G. (2001) "Performing the Past in Electronic Archives. Interdependencies in the Discursive and Non-Discursive Organisation of Institutional Rememberings." *Culture & Psychology* 7(2), 123–144.
- Brown, W. (2015) *Undoing the demos. Neoliberalism's stealth revolution*. New York: Zone Books.
- Carvalho, T. (2014) Changing connections between professionalism and managerialism. A case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization* 1(2), 176-190.
- Chugh, S. & Hancock, P. (2009) "Networks of Aestheticization. The Architecture, Artefacts and Embodiment of Hairdressing Salons." *Work, Employment & Society* 23(3), 460–476.
- Cohen, R. L. (2011) Time, Space and Touch at Work: Body Work and Labour Process (Re)Organisation. *Sociology of Health and Illness* 33(2), 189-205.
- Connellan, K., Riggs, D.W., & Due, C. (2015) Light lies: how glass speaks. *Communication Design Quarterly*, 3(4), 15-24.
- Cowan, R. (1983) *More work for mother: The ironies of household technology from the open hearth to the microwave*. New York: Basic Books.
- Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis, S., & Priebe, S. (2007). Therapeutic Landscapes in Hospital Design: A Qualitative Assessment by Staff and Service Users of the Design of a New Mental Health Inpatient Unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25(4), 591–610.
- Dale, K. & Burrell, G. (2007) *The Spaces of Organisation & the Organisation of Space. Power, Identity & Materiality at Work*. New York: Macmillian.
- Dale, K. (2005) Building a Social Materiality: Spatial and Embodied Politics in Organizational Control. *Organization* 12(5), 649-678.
- Denzin, N. (1978) *The research act*. Chicago: Aldine.
- Doherty, C. (2009) A qualitative study of health care service reform on nurses' working lives: Learning from the UK National Health Service (NHS). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1134–1142.
- Donetto, S., Penfold, C., Anderson, J., Robert, G. (2017) Nursing work and sensory experiences of hospital design: a before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient accommodation. *Health & Place* 46, 121–9.
- Doolin, B. (2002) Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies* 23(3), 369-390.

- Douglas, C & Douglas, M. (2004) Patient-friendly hospital environments: exploring the patients perspective. *Health Expectations* 7, 61–73.
- Elomäki, A. & Ylöstalo, H. (2020) Talous on tasa-arvokysymys: Taloudellistunut tasa-arvo ja sukupuolisokea talouspolitiikka. Teoksessa J. Kantola, P. Koskinen Sandberg & H. Ylöstalo (toim.) *Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia – Talouskriiseistä tasa-arvon kriiseihin*. Helsinki: Gaudeamus, 48–68.
- Eräsaari, L. (1995) *Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Eräsaari, L. (2002) *Julkinen tila ja valtion yhtiöittäminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Eräsaari, L. (2004) Naisen ruumis globaalissa. Teoksessa E. Jokinen, M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) *Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 201–217.
- Eräsaari, L. (2010) Miksi hyvinvointivaltio on tärkeä naisille? Teoksessa T. Saresma, L-M. Rossi & T. Juvonen (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino, 210–223.
- Eriksson P. & Lehtimäki H. (2018) Johtaminen ja työelämä. Teoksessa K. Räsänen, T. Michelsen, K. Reijula, L. Ala-Mursula, J. Uitti, T. Alasoini & W. Hurskainen (toim.) *Työelämän perustietoa*. Helsinki: Duodecim, 217–227.
- Evetts, J. (2003) The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology* 18(2), 395–415.
- Fineman, S. & Sturdy, A. (2001) '“Struggels” for the Control of Affect'. Teoksessa A. Sturdy, I. Grugulis & H. Willmott (toim.) *Customer Service*. Basingstroke: Macmillian.
- Foucault, M. (1980) *Tarkkailla ja rangaista*. Suom. E. Nivanka. Helsinki: Otava.
- Foucault, M. (1998) *Seksuaalisuuden historia*. Suom. K. Sivenius. Helsinki: Gaudeamus.
- Foucault, M. (2013) *Klinikan synty*. Suom. S. Määttä. Tampere: Niin & näin.
- Fournier, V. (1999) The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review* 47(2), 280–307.
- Fleming, P. & Sewell, G. (2002) Looking for the good soldier, Svejik. Alternative modalities of resistance in the contemporary workplace. *Sociology* 36(4), 857-873.
- Freidson, E. (1984) The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology* 10(1), 1-20.
- Gabriel, Y. (2005) "Glass Cages and Glass Palaces. Images of Organization in Image-Conscious Times." *Organization* 12(1), 9–27.
- Gesler, W.M. (2004) Therapy by design: Evaluating the UK hospital building program. *Health and Place* 10(2), 117–128.
- Gieryn, T. (2002) What buildings do. *Theory and Society*, 31(1), 35–74.
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, New York: Anchor books.

- Goffman, E. (1983) The Interaction Order. *American Sociological Review* 48(1), 1–17.
- Goffman, E. (2012) Vuorovaikutuksen sosiologia. Suom. K. Koskinen. Tampere: Vastapaino.
- Greenhalgh T., Woodard, F. & Humphrey C. (2011) Inherent tensions in involving users. Teoksessa T. Greenhalgh, C. Humphrey & F. Woodard (toim.) *User Involvement in Health Care*. Hoboken: Wiley-Blackwell, BMJ Books, 104-115.
- Grosz, E. (1994) *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press.
- Grosz, E. (1995) *Space, Time and Perversion: Essays on the Politics of Bodies*. Lontoo: Routledge.
- Grosz, E. & Eisenman, P. (2001) *Architecture from the Outside: Essays on Virtual and Real Space*. Cambridge: MIT Press.
- Haanperä, A. Suominen, T. & Roos, M. (2020) Työterveyshoitajien näkemys työpaikkakulttuurista. *Työelämän Tutkimus* 18(2), 117–134.
- Hämeenaho, P. & Koskinen-Koivisto, E. (2014) Etnografian ulottuvuudet ja mahdollisuudet. Teoksessa P. Hämeenaho & E. Koskinen-Koivisto (toim.) *Moniulotteinen etnografia*. Helsinki: Ethnos ry, 7–31.
- Harrinvirta, M. (2000) *Strategies of public sector reform in the OECD countries: Commentationes scientiarum socialium*. Helsinki: Suomen Tiedeseura.
- Harris, A. (2011) In a moment of mismatch: overseas doctors' adjustments in new hospital environments. *Sociology of Health & Illness* 33(2), 308–320.
- Haynes, K. (2012) Body beautiful? Gender, Identity, and the Body in Professional Services Firms. *Gender, Work and Organization* 19(5), 489–507.
- Heiskala, R. (1994) Sosiaalinen konstruktionismi. Teoksessa R. Heiskala (toim.) *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 146–172.
- Hirvonen H., Mankki, L., Lehto, I. & Jokinen, E. (2020) Ammatillinen toimijuus Lean-ajattelussa Teoksessa J. Kantola, P. Koskinen Sandberg & H. Ylöstalo (toim.) *Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia. Talouskriisistä tasa-arvon kriiseihin*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hochschild, A. R. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hughes, E.C. (1984) *The sociological eye. Selected papers*. New Brunswick: Transaction Books.
- Huhtala, M., Feldt, T., Lämsä, A-M., Mauno, S. & Kinnunen, U. (2011) Does the ethical culture of organisations promote managers' occupational well-being? Investigating indirect links via ethical strain. *Journal of Business Ethics* 101(2), 231–247.
- Hutton, A. 2005. Consumer perspectives in adolescent ward design. *Journal of Clinical Nursing* 14, 537–545.

Huttunen A., Kvist T. & Partanen P. (2009) Sairaanhoidajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 7(2), 21–27.

Huzell, H. & Larsson, P. (2012) Aesthetic Employees: The Negative Outcome of Employers Assuming Responsibility for Sickness Benefits. *Economic and Industrial Democracy* 33(1), 103–123.

Hyysalo, S. & Lehenkari, J. (2003) Yhteissuunnittelu mahdollisuutena ja haasteena terveydenhuollon tietokantojen kehittämisessä – Prpwellness-diabeteshoitotietokanta. Teoksessa R. Miettinen, S. Hyysalo, J. Lehenkari & M. Hasu (toim.) *Tuotteesta työväliseksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 88–114.

Ihatsu, S. (2014) *Terveyttä kaikille – terveyskeskukset 1970-luvulta 1990-luvulle*. Espoo: CasaCa Studio Oy. <https://docplayer.fi/1906471-Sanna-ihatsu-casaco-studio-oy-2014.html>. Viitattu 9.1.2020.

Irni, S., Meskus, M. & Oikkonen, V. (2014) Teknotieteen, sukupuolen ja materiaalisuuden muunnelmat. Teoksessa S. Irni, M. Meskus & V. Oikkonen (toim.) *Muokattu elämä*. Tampere: Vastapaino, 7–47.

Jespersen, P. & Wrede, S. (2009) The changing autonomy of the Nordic medical professions. Teoksessa J. Magnussen, K. Vrangbæk & R.B. Saltman (toim.) *Nordic health care systems*. Bershire: Open University Press, 151–179.

Jokinen, A. & Juhila, K. & Suoninen, E. (2016) *Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, E. (2005) *Aikuisten arki*. Helsinki: Gaudeamus.

Jones, P. (2018) Private finance initiative hospital architecture: towards a political economy of the Royal Liverpool University Hospital. *Sociology of Health & Illness* 40(2), 327–339.

Julkunen, Raija (1994) Hyvinvointivaltion professioprojektin katkos. *Tiede & Edistys* 19:3, 200–213.

Julkunen, R. (2001) *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Vastapaino, Tampere.

Julkunen, R. (2004) Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) *Hyvinvointiyön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 168–186.

Julkunen, R. (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.

Kantola, J., Koskinen Sandberg, P., Ylöstalo, H., & Elomäki, A. (2020) *Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia: talouskriisistä tasa-arvon kriiseihin*. Helsinki: Gaudeamus.

Kaufmann, J-C. (1996) *Frauenkörper-Männerblicke*. Konstanz: UCK.

Kinnunen, M., Lempiäinen, K., & Peteri, V. (2017) Konttorista monitilatoimistoksi: Työn tilojen etnografinen analyysi. *Sociologia* 54(2), 110–127.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. (2013) Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* 11 (2), 44–46.

- Kortteinen, M. (1992) *Kunnian kenttä – Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Koskiahho, B. (2008) *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa: palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Kotilainen, S. (2014) Monikerroksisten muistelu- ja tallennusprosessien vaikutus muistitiedon tulkintaan etnografisessa historiantutkimuksessa. Teoksessa P. Hämeenaho & E. Koskinen-Koivisto (toim.) *Moniulotteinen etnografia*. Helsinki: Ethnos ry, 153–181.
- Kukkonen, I. & Sarpila, O. (2021) Gendered Experiences of Appearance-related Perks and Penalties in Finnish Labor Markets. *Nordic Journal of Working Life Studies*.
- Kukkonen, I., Pajunen, T., Sarpila, O., Åberg, E. (2019) *Ulkonäköyhteiskunta: ulkoinen olemus pääomana 2000-luvun Suomessa*. Helsinki: Into.
- Lahtinen, M., Ruohomäki, V. & Reijula, K. (2015) Uudet toimistotyöympäristöt ja tilamuutosprosessit. *Työelämän tutkimus* 13(1), 72–78.
- Laiho, A. & Riikonen, T. (2014) Kuka saa johtaa terveydenhuoltoa? Lääkäri- ja sairaanhoitajajärjestöjen intressejä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(6), 642–656.
- La Torre, M. (2006) Creating a Healing Environment. *Perspectives in Psychiatric Care* 42(4), 262-264.
- Latour, B. (1993) *We Have Never Been Modern*. Harvester: Hassocks U.K.
- Lefebvre, H. (1991) *The production of space*. Oxford: Blackwell.
- Lefebvre, H. (2013) *Rhythmanalysis: Space, Time and Everyday Life*. Käänt. Elden, S. & Moore, G. Lontoo: Bloomsbury.
- Lehtonen, T-K. (2015) *Aineellinen yhteisö*. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Litvina, D., Novkunskaia, A., & Temkina, A. (2019) Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors. *Societies* 10(1), 1–17.
- Lämsä, R. (2013) *Potilaskertomus - etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Malinowski, B. (2007) Method and Scope of Anthropological Filedwork. Teoksessa A.C.G.M. Robben & J.A. Sluka (toim.) *Ethnographic Filedwork. An Anthropological Reader*. Oxford: Blackwell, 46-57.
- Malki, L. (2007) Traditional and improvisation in Ethnographic Filed Research. Teoksessa A. Cerwonka & L. Malki (toim.) *Improvising Theory. Process and Temporality in Ethnographic Filedwork*. Chigago: University of Chigago Press, 162-187.
- Korczynski, M. (2003) Communities of coping: Collective emotional labour in service work. *Organization* 10 (1), 55-79.

- Martin, D. Nettleton, S., Christina, B., Prior, L. & Twigg, J. (2015) Architecture and health care: a place for sociology. *Sociology of Health & Illness* 37(7), 1007–1022.
- Mattila, Y. (2011) *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- May, T. Y., Korczynski, M. & Frenkel, J. S. (2002) Organizational and occupational commitment: Knowledge workers in large corporations. *Journal of management Studies* 39(6), 775-801.
- McGrath, L. & Reavey, P. (toim.) (2019) *The handbook of mental health and space—Community and clinical applications*. London: Routledge.
- Melin, H. & Saari, T. (2019) Työn ja työelämän tutkimuksen muuttuvat maailmat. Teoksessa T. Heiskanen, S. Syvänen & T. Rissanen (toim.) *Mihin työelämä on menossa? Tutkimuksen näkökulmia*. Tampere: Tampere University Press, 21–48.
- Merleau-Ponty, M. (1964) *The Phenomenology of Perception*. Käänt. C. Smiht. Lontoo: Roudledge.
- Miettinen, R. (2003) Teknologia käyttöarvona: teknisistä ominaisuuksista käyttötoiminnan ymmärtämiseen. Teoksessa R. Miettinen, S. Hyysalo, J. Lehenkari & M. Hasu (toim.) *Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 24–37.
- Moffat, F., Martin, P. & Timmons, S. (2014) Constructing notions of healthcare productivity. The call of new professionalism? *Sociology of Health & Illness* 36(5), 686-702.
- Mustakallio, J. (2021) *The clinical subject: interaction, touch and disalignment in the physical examination of the medical consultation*. Pro gradu -tutkielma, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta Tampereen yliopisto.
- Nickl-Weller, C. & Nickl, H. (2013) *Healing architecture*. Salenstein: Braun.
- Nieminen, T. (2011) Kuulumisen politiikkaa. Maahanmuuttajasairaanhoidajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis.
- Noordegraaf, M. (2007) From” pure” to “hybrid” professionalism. Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society* 39(6), 761–785.
- Olakivi, A. (2017) Terveyden ammattilaiset. Professiososiologisia näkökulmia. Teoksessa S. Karvonen, L. Kestilä & T. Mäki-Opas (toim.) *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 107–124.
- Olakivi, A. (2018) *The relational construction of occupational agency: performing professional and enterprising selves in diversifying care work*. Publications of the Faculty of Social Sciences 68. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Olakivi, A. & Niska, M. (2016) Constructing home-likeness. Migrant caregivers and the politics of “activation” in public health care provision in Finland. Teoksessa K. Walsh & L. Näre (toim.) *Transnational migration and home in older age*. Lontoo: Roudledge, 214–226.
- Olakivi, A. & Niska, M. (2017) Rethinking managerialism in professional work. From competing logics to overlapping discourses. *Journal of Professions and Organization* 4(1), 20-35.



- Ollila, E. & Koivusalo, M. (2009) Terveyspalveluista liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi – Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 21–47.
- Parviainen, J. (2011) ”Työn uusi ruumiillisuus.” *Työelämän tutkimus* 9(3), 207–223.
- Parviainen, J., Kinnunen, T. & Kortelainen, I. (toim.) (2016) *Ruumiillisuus ja työelämä: Työruumis jälkitekollisessa taloudessa*. Tampere: Vastapaino.
- Pekkarinen, L. (2021) *Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2020*. Kevan tutkimuksia 1/2021.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen M-L. (2001) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 7–26.
- Peteri, V. (2014) Muotoiltuja toimijoita. Tapaus toimistotuolista. *Sociologia* 51(4), 315–331.
- Peteri, V. (2017) Bad enough ergonomics: A case study of an office chair. *SAGE open* 7(1), 2158244016685135
- Peteri, V. (2020) No Negative Vibes: Organisational Fun as a Practice of Social Control. Teoksessa S. Salmenniemi, H. Bergroth ja I. Perheentupa (toim.) *Therapeutic Assemblages*. Lontoo: Routledge, 140–153.
- Peteri, V., Lempiäinen, K. & Kinnunen, M. (2020) From cubicles to open space: An analysis of gendered meanings of workspace. *European Journal of Cultural Studies* 24(2), 530–547.
- Pietikäinen, S. & Mäntynen, A. (2009) *Kurssi kohti diskurssia*. Tampere: Vastapaino.
- Pohjola, P. (2007) *Technical Artefacts: An Ontological Investigation of Technology*. Jyväskylän yliopisto.
- Postma, J., Oldenhof L. & Putters, K. (2015) Organized professionalism in healthcare. Articulation work by neighbourhood nurses. *Journal of Professions and Organization* 2(1), 61-77.
- Rafaeli, A. & Vilnai-Yavetz, I. (2004) ”Emotion as a Connection between Physical Artifacts and Organizations.” *Organization Science* 15(6), 671–686.
- Rajala, A. I. (2016) Pitkäaikaishoivan ruumiillisuuden arvosta. Teoksessa J. Parviainen, T. Kinnunen & I. Kortelainen (toim.) *Ruumiillisuus ja työelämä. Työruumis jälkitekollisessa taloudessa*. Tampere: Vastapaino, 132–145.
- Ramazanoglu, C. & Holland, J. (2002) *Feminist methodology: challenges and choices*. Lontoo: Sage.
- Rasimus, A. & Alasuutari, P. (2009) OECD ja Suomen julkisen sektorin muutos. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi – Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 132–155.
- Reijula J., Rosendahl T., Reijula K., Roilas P., Roilas H., Sepponen R. (2009) ”A new method to assess perceived well-being among elderly people – a feasibility study”. *BMC Geriatrics* 55(9),1–7.

- Remes, L. (2006) Diskurssianalyysin esitystapa ja lähtökohdat. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus, 307–313.
- Rikala, S. (2016) Työuupumus ja vastarinnan mahdollisuudet. Teoksessa J. Parviainen, T. Kinnunen ja I. Kortelainen (toim.) *Ruumiillisuus ja työelämä – Työruumis jälkitekollisessa taloudessa*. Tampere: Vastapaino, 182–198.
- Riska, E. (2010) Health professions and occupations. Teoksessa W.C. Cockerham (toim.) *The new Blackwell occupation to medical sociology*. Oxford: Wiley-Blackwell, 391-411.
- Ruohomäki, V., Lahtinen, M. & Sirola, P. (2017) Työympäristömuutos, monitilatoimiston toimivuus ja henkilöstön hyvinvointi. *Työelämän tutkimus* 15(2), 108–133.
- Ruusuvuori, J. (2001) Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 27–48.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 9–36.
- Saarikangas, K. (2001) *Aistittavaa arkkitehtuuria? Rakennetun tilan ja tilankäytön kohtaamisista*. Helsinki: Suomen naistutkimuksen seura.
- Saarikangas, K. (2002) *Asunnon muodonmuutoksia: Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Saarikangas, K. (2006) *Eletyt tilat ja sukupuoli: asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. (2012) Stress of conscience among staff caring for older persons in Finland. *Nursing Ethics* 19(1), 104–115.
- Sannemann, H., Roos, M., McCormack, B., Slater, P. & Suominen, T. (2017) Terveysasemien työpaikkakulttuuri omahoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 15(3), 20–31.
- Saval, N. (2014) *Cubed: A Secret History of the Workplace*. New York: Doubleday.
- Shattel M., Andres M. & Thomas S. (2008) How patients and nurses experience the acute psychiatric environment. *Nursing Inquiry* 15(3), 242-250.
- Shields, R. (1999) *Lefebvre, Love and Struggle. Spatial Dialectics*. Routledge, London.
- Simelius, S. & Turunen, P. (2020) *Hoitohenkilöstön eettinen kuormittuneisuus ja sen yhteys työuupumukseen: työn merkityksellisyys yhteyttä muuntavana tekijänä*. Pro gradu -tutkielma, Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Simonsen, T. & Duff, C. (2020) Mutual visibility and interaction: staff reactions to the 'healing architecture' of psychiatric inpatient wards in Denmark. *Quarterly Review* 3(4), 15–24.

- Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (toim.) (2016) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2016.
- Sloane, D.C. & Sloane, B.C. (2003) *Medicine Moves to the Mall*. Baltimore: John Hopkins University.
- Soja, E. (1996) *Thirdspace: Journeys to Los Angeles and Other Real-and-Imagined Places*. Oxford: Basil Blackwell.
- Sorvettula, M. (1998) *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Sutela, H. & Lehto, A-M. (2014) *Työolojen muutokset 1977–2013*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tyler, M., & Cohen, L. (2010) Spaces that Matter: Gender Performativity and Organizational Space. *Organization Studies* 31(2), 175–198.
- Taylor, S. & Spicer, A. (2007) Time for space: A narrative review of research on organizational spaces. *International Journal of Management Reviews* 9(4), 325–346.
- Tedre, S. (2004) Tukisukkahousut sosiaalipolitiikkaan! Inhomaterialistinen hoivatutkimusote. Teoksessa E. Jokinen, M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) *Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 41–63.
- Thompson H., Legoretta K., Maher MA. & Lavin, M. (2016) Planning, Designing, Building and moving a Large Volume Maternity Service to a New Labor and Birth Unit. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 41(6), 322-331.
- Thrift, N. (2000) Performing Culture in the New Economy. *Annals of Association of American Geographers* 90(4), 674-692.
- Tolonen, T. (2002) *Nuorten kulttuurit koulussa: ääni, tila ja sukupuolten arkiset järjestykset*. Tampere: Vastapaino.
- Tummers, L., Bekkers, V. & Steijn, B. (2009) Policy of alienation of public professionals. Application in a new public management context. *Public Management Review* 11(5), 685–706.
- Tuomiranta, M. (2002) *Lääkärijohtaja - lääkäri vai johtaja? : tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Tampere: Tampere University Press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimukset eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 3/2019.
- Twigg, J. (2006) *The Body in Health and Social Care*. Basingstroke: Palgrave MacMillian.
- Ulrich, R. & Zimring, C. (2004) *The role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. The Center for Health Design for Designing the 21st Century Hospital Project*. California: Concord.

- Urry, J. (2008) The sociology of space and place. Teoksessa J. R. Blau (toim.) *The Blackwell companion to sociology*. Oxford: Blackwell, 3–15.
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2008) Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 20(1), 36–47.
- Utriainen, K., Ala-Mursula L. & Vironkannas H. (2011) Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö* 9(1), 29–35.
- Väänänen, A. & Turtiainen, J. (2014) *Suomalainen työntekijyys 1945–2013*. Tampere: Vastapaino
- Valkonen, J. Lehtonen, T-K. & Pyyhtinen, O. (2013) Sosiologista materiaalioppia. *Sosiologia* 50(3), 217–221.
- Van Heuvelen, J. (2019) Isolation or interaction: healthcare provider experience of design change. *Sociology of Health & Illness* 41(3), 692-708.
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E., Tampusi-Jarvala, T. & Lehto, J. (2007) First-line nurse managers in university hospitals – captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management* 15(1), 114–122.
- Virkki, T. (2004) Työelämän haavoittamat. Teoksessa E. Jokinen, M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) *Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 218–239.
- Vournier, V. (2000) Boundary work an the (un)making of the professions. Teoksessa N. Malin (toim.) *Professionalism, boundaries and the workplace*. Lontoo: Routledge, 67-86.
- Warf, B. & Arias S. (toim.) (2008) *The Spatial Turn: Interdisciplinary Perspectives*. Lontoo: Routledge.
- Warhurst, C. & Nickson, D. (2001) *Looking Good, Sounding Right: Style Counselling and the Aesthetics of the New Economy*. Lontoo: Industrial Society.
- Waring, J. (2014) Restratisation, hybridity and professional elites. Questions of power, identity and relational contingency at the points of 'professional-organisational intersection'. *Sociology Compass* 8(6), 688–704.
- Wiili-Peltola, E. (2005) *Sairaala muutosten ristipaineessa: hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa*. Helsinki: Haus kehittämiskeskus Oy.
- Winblad, U. (2008) Do physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine* 67(10) 1502-1511.
- Witz, A., Warhurst, C., Nicksson, D. (2003) The Labour of Aesthetics of Organization. *Organization* 10(1), 22-54.
- Wood, V.J., Curtis, S.E., Gesler, W., Spencer, I.H., Close, H.J., Mason, J. & Reilly, J.G. (2013) 'Creating 'therapeutic landscapes' for mental health carers in inpatient settings: a dynamic perspective on permeability and inclusivity.' *Social science & medicine* 91(8), 122–129.

- Wrede, S. (2010) Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professionalismin tutkimuksen perinne. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.). *Yhteiskunta ja terveys: Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus, 45–60.
- Wrede, S. (2012) Nursing: Globalization of a female-gendered profession. Teoksessa E. Kuhlmann & E. Annandale (toim.) *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare: 2nd edition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 471–487.
- Wrede, S. (2018) Ammatit ja toimeentulo globaalissa ajassa. Teoksessa K. Räsänen, T. Michelsen, K. Reijula, L. Ala-Mursula, J. Uitti, T. Alasoini & W. Hurskainen (toim.) *Työelämän perustietoa*. Helsinki: Duodecim, 33–46.
- Wrede, S., Olakivi A., Fischer, N. & Sigfrids, A. (2017) *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta*. Helsinki: Lääkäriliitto.
- Youngblood Jackson, A. & Mazzei, L. A. (2011) *Thinking with Theory in Qualitative Research Viewing Data Across Multiple Perspectives*. Lontoo: Taylor and Francis.
- Zborowsky, T. & Hellmich, LB. (2011) Impact of place on people and process. The integration of research on the build environment in the planning and design of critical care areas. *Critical Care Nursing Quarterly* 34(4), 268–281.

## Digitaaliset lähteet

- Ammattibarometri (2021) Työllistymisen näkymät eri ammateissa. <https://www.ammattibarometri.fi/kartta2.asp?vuosi=21ii&ammattikoodi=3221&kieli=fi>. Viitattu 5.6.2021.
- Jolanki, O. & Sinervo, T. (2016) Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio työntekijänäkökulmasta. Teoksessa T. Sinervo, L-K. Tynkkynen & T. Vehko (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN\\_ISBN\\_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Viitattu 3.4.2020
- KEVA (2020) Tilastotietoja kunta-alan eläkejärjestelmän eläkkeistä ja vakuutetuista. Helsinki: KEVA. <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tilastotietoja-kunta-alan-elakkeista-2019-ja-vakuutetuista-2019.pdf>. Viitattu 5.7.2021.
- Keva/Aula Reseach Oy (2021) Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. Helsinki: KEVA. [https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan\\_kuntien\\_tyovoimaennuste\\_2030\\_esitys\\_180221.pdf](https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan_kuntien_tyovoimaennuste_2030_esitys_180221.pdf) Viitattu 5.7.2021.
- Kuokkanen, L. (2010) Eettiset ongelmat hoitajan työn kuormittajina. Teoksessa T. Kantolahti & T. Tikander (toim.) *Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta*. Helsinki: STM selvityksiä 17, 53–58. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3011-7>. Viitattu 1.10.2020.

Lybäck, K. (2018) *Kunta-alan palveluksesta eläkkeelle siirtyneet 2018*. Helsinki: KEVA.  
<https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/kunta-alan-palveluksesta-elakkeelle-siirtyneet-2018.pdf>. Viitattu 6.7.2021.

Nironen, S. (2018) Kalasataman uusi terveystakeskusjätti saa moitteita henkilökunnalta: "Kukaan, joka aikoo itse työskennellä täällä, ei olisi suunnitellut taloa näin". Yle Uutiset 30.5.2018. Kotimaa.  
<https://yle.fi/uutiset/3-10323652>. Viitattu 4.9.2021.

Peteri, V. (2021) Aineellisen todellisuuden analyysi. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 10.11.2021.

Reijula, J., Ruohomäki, V., Lahtinen, M., Aalto, L., Reijula, E. & Reijula, K. (2017) *Terveydenhuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean)*. Tutkimushankkeen loppuraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135043/Terveystakeskusjattien%20tyo%20prosessien%20kehittaminen%20Lean-ajattelun%20avulla.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 2.9.2020.