



TARJA SAAREN-SEPPÄLÄ

Yhteisen potilaan hoito

Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta
sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden
vanhempien suhteissa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
joulukuun 11. päivänä 2004 kello 12.

English summary

Acta Universitatis Tampereensis 1052

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos

Helsingin yliopisto, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö

Tarja Saaren-Seppälä o.s. Vähäaho

Ohjaajat

Emeritaprofessori Liisa Rantalaiho

Tampereen yliopisto

VTT Ritva Engeström

Helsingin yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Simo Kokko

Kuopion yliopisto

Dosentti Eeva Pyörälä

Helsingin yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Puh. (03) 215 6055

Fax (03) 215 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 1052

ISBN 951-44-6158-4

ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 401

ISBN 951-44-6159-2

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2004

"Kymmenet eri henkilöt tapaavat lasta vuodessa ehkä jopa tunnin kerrallaan ja tekevät sen perusteella lasta koskevia johtopäätöksiä. Tieto yhdeltä asiantuntijalta toiselle ei kulje, vaan vanhemmat joutuvat kertomaan yhdelle taholle mitä toinen on todennut huolimatta siitä, että suostumuksia hoitotahojen väliseen tiedonvaihtoon on kirjoitettu kymmenittäin. Lapsi on yhdelle lääkärille silmät, toiselle jalka tai käsi ja kolmannelle aivot, joillekin vielä jotain muuta. Kokemuksistamme huolimatta uskon, että jokaisen yksittäisen lääkärin ja hoitajan tarkoitus on hyvä. Hoidon koordinoimattomuus ja katkokset eivät varmastikaan johdu heidän ilkeydestään. Häiriöt lisäävät kuitenkin perheen muutenkin suurta taakkaa, ja vähäisiä resursseja tuhlataan päällekkäisyyksillä. Miten tilannetta voisi parantaa? Vanhemmat yksinään ovat asiassa voimattomia. Perhe on sitä paitsi arkipäivästä uupunut, pieni lapsi on uupunut ja Lasten ja nuorten sairaalan henkilökuntakin on uupunut ..."

(yleisönosastokirjoitus nimimerkki: Vanhempana vammaislapselle – kokopäivätyötäkö? Helsingin Sanomat 22.3.1999)

TIIVISTELMÄ

Potilaiden hoitokäytännöt ilmentävät toiminnan kulttuuris-historiallisia rutiineja. Potilasta hoitavilla ammattilaisilla on silti aina mahdollisuus improvisoida keskinäisiä suhteitaan ja hoitosuhdettaan potilaaseen tavalla, joka poikkeaa yhteistyörutiineista. Väitöskirjassa tarkastellaan terveydenhuollon vakiintuneita käytäntöjä ja toimijoiden suhteita organisaatorajat ylittävässä yhteistoiminnassa. Toimintaa tutkitaan lapsipotilaan vanhempien, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyövälineeksi kehitetyn 'hoitosopimuksen' käyttöönottoprosessissa.

Hoitosopimus luotiin HYKSin Lasten ja nuorten sairaalan kehittämishankkeessa, jonka yhteydessä tutkimusaineisto 1997–1999 kerättiin. Pitkittäistutkimuksen aineisto koostuu 16 lapsipotilaan vanhempien haastatteluista (24) ja eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten haastatteluista (72), potilaiden terveydenhuoltokäynneistä (561), kuvanauhoitetuista lääkärint vastaanottokäynneistä ja lasten sairauskertomuksista. Terveydenhuollon sosiologian ja kehittävän työntutkimuksen viitekehyksessä tehdyn työn analyyseissa käytetään kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä.

Tutkimuksessa arvioidaan potilaan hoidon jatkuvuutta, toiminnan verkottumista ja hoitoketjujen syntyä käytännöllisessä ja historiallisessa yhteydessään. Tarkastelun keskiössä ovat tiedonvälittyminen, vastuun ottaminen ja luottamus kaikkien toimijoiden näkökulmasta. Vastuu osoittautui epäselväksi ja toimijoiden käsitykset siitä olivat keskenään ristiriitaisia. Hoitopimus yhteistoimintavälineenä yhdenmukaisti käsityksiä vastuusta, lisäsi tiedonvälittymistä merkitsevästi ja toi suhteisiin vastavuoroisuutta ja uudenlaisia valtasuhteita.

Hoitoprosessin ylittäessä organisaatorajat yhteistä potilasta hoitavien toimijoiden keskinäinen tuntemus ja potilaan hoidon kokonaisuuden tietäminen on oleellista. Tämän tavoitteen saavuttamisessa järjestelmätason ratkaisut eivät yksin riitä. Hoidon jakamisen ja hoitoneuvottelun käytännöt kehittyivät hoitosopimuksen käyttöönotossa. Lääketieteellisen päätöksenteon, käytettävissä olevien yhteistyövälineiden ja toimijoiden keskinäisten suhteiden välillä on sosiaalis-välineellinen yhteys. Toisin sanoen ajattelua suuntaavat työvälineet, joita organisaatiot tarjoavat lääkäreille ja sairaanhoitajille ohjaavat myös sitä, millaiseksi yhteistoiminta muodostuu potilaan ja kollegojen näkökulmasta. Tässä on kyseessä se, tarvitseeko terveydenhuolto yhä tarkemmin standardoitua osaamisen jakamista vai keinoja, joilla luodaan toimivia suhteita ja yksilöllisesti improvisoituja ratkaisuja monisairaiden potilaiden yhteishoitoon.

ABSTRACT

Institutional practice connecting patients, primary and secondary medical care is culturally and historically developed and takes place as daily routines. Still the actors treating the same patient have an opportunity to improvise their actions in the care-network. Collaborative activity across the organizational boundaries is studied here as a relation between children's parents, primary care physicians and hospital specialists who are taking into use a new co-operative tool called the care-agreement.

The care-agreement was collectively developed in a project of the Children's Hospital. The research data of this study was collected during the project in 1997–1999. This is a longitudinal research with a naturally occurring ethnographic data that consists of a tape-recorded patients' visits to hospital and primary care, interviews of the 16 child patients' parents (24) and interviews of health care professionals (72) treating the children, plus each patient's medical files from every care provider including (561) doctor's appointment. The analysis of the data is done by using mostly qualitative, but also quantitative methods. Sociology of medicine and Activity Theory and Developmental Work Research are the theoretical framework of the study.

Collaborative activity is investigated through referral practices, care responsibility, power, trust and object sharing within the personal and institutional relations of the partners involved in the child's care. Care responsibility was unclear and embraced contradictory accounts when the care was divided within a network. Multiple medical problems and fragmented health care systems are not producing continuity of management for an individual patient's care, if there is a lack of personal knowing, or of organizational tools for cooperation. The care-agreement prompted a wide range of new justifications of responsibility and made data transmission significantly better than before. It also brought a new kind of exchange between the partners like reciprocity of relationships and empowering. Historical analysis of the collaborative activity puts the critical pathways, continuity and care-processes into a new light - standardized and organizationally managed-care is not enough. There is a need for personal knowing and individual solutions as well when the patient's care is divided across levels of care.

This study points out that it is possible to change clinical decision-making practices towards a collaboratively shared object of work through socially constructed artefacts. In other words, health care professional might act perfectly in their own organizations but their actions or non-actions always have unintended or intended affects on their colleagues in other organizations and on the care available to a patient.

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ.....	4
ABSTRACT.....	5
1 JOHDANTO.....	8
2 TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN.....	11
3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	18
3.1 Strauss'n neuvottelevan järjestyksen teoria.....	20
3.2 Durkheimin teoria sosiaalisesta työnjaosta.....	22
3.3 Toiminnan teoria ja kehittävä työntutkimus.....	23
4 TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	34
5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT.....	36
5.1 Tutkimusaineiston kerääminen.....	36
5.2 Aineisto ja sen järjestäminen.....	39
5.3 Analyysimenetelmät.....	42
5.4 Kehittävän tutkijan positiosta.....	50
6 HOITOSOPIMUKSEN KEHITYS YHTEISTYÖVÄLINEEKSI.....	56
6.1 Lastensairaalan kehittämisprojekti.....	56
6.2 Hoitosopimuksen periaatteiden ja käyttöönottoprosessin kuvaus.....	57
6.3 Yhteenveto.....	64
7 LAPSIPOTILAIDEN HOITOJÄRJESTELYJEN HISTORIAA PÄÄKAUPUNKISEUDULLA.....	67
7.1 Lasten hoitoverkko rakentuu – verkottumisen haasteen taustaa.....	68
7.2 Porrastettu työnjako – hoidon eriyttämisen ja jatkuvuuden haaste.....	72
7.3 Yhteistoiminnan standardointi – yhteisten hoitoketjujen haaste.....	76
7.4 Yhteenveto.....	80
8 TIEDON VÄLITTYMINEN YHTEISEN POTILAAN HOIDOSSA.....	83
8.1 Tiedon vaihtaminen porrastetussa järjestelmässä.....	87
8.2 Vanhempien käsitykset ja organisaatioiden toiminta.....	91
8.3 Hoitosopimus ja tiedonvälittyminen.....	95
8.4 Yhteenveto.....	98
9 VASTUU, LUOTTAMUS JA JATKUVUUS HOITOTAHOJEN YHTEISTOIMINNASSA.....	105
9.1 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus vanhempien näkökulmasta.....	107
9.2 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus ammattilaisten näkökulmista.....	112
9.3 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus hoitosopimusta käytettäessä.....	115
9.4 Yhteenveto.....	118
10 YHTEISTOIMINNAN KOHTEEN LAAJENEMINEN JA HOITOTAHOJEN SUHTEET.....	126
10.1 Kohteen ajallinen laajentuminen.....	130
10.2 Kohteen spatiaalinen laajeneminen.....	133
10.3 Kohteen systeemis-rakenteellinen laajeneminen.....	135
10.4 Kohteen eettinen ja moraalinen laajeneminen.....	138
10.5 Suhteisiin sisään rakentunut valta.....	140
10.6 Yhteenveto.....	144
11 TULOSTEN YHTEENVETO.....	148

12 POHDINTA	151
12.1 Kollegiaalinen vastavuoroisuus ja hoidon jatkuvuus verkostossa.....	152
12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja koeteltavuus	157
12.3 Ehdotuksia pääkaupunkiseudun yhteistoiminnan kehittämiseksi.....	161
 KIITOKSET.....	 165
 LÄHDELUETTELO	 167
Lastensairaala-projektissa julkaistu 15.9.2004 mennessä.....	179
 LIITE 1. Haastattelukysymysten runko	 180
 LIITE 2. Hoitosopimuksen ja alueellisen hoitosuunnitelman ohjeet ja malli 2. version	 181
 LIITE 3. Alueellinen hoitosuunnitelma	 183

1 JOHDANTO

Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmämme on monista organisaatioista ja ammattilaisista koostuva palveluntuottajien verkosto. Potilaiden hoitosuhteet ja terveyspalvelujen käytön kokonaisuus rakentuu potilaan kautta ja ympärille. *Lapsipotilaan ja hänen perheensä näkökulma* on tutkimukseni edellytys – ilman yhteisiä potilaita ei olisi tarvetta yliorganisatoriseen yhteistoimintaan. Tutkimukseni ei rajaudu yhden organisaation sisälle vaan kohdistuu sellaiseen toimintaan, jossa paikan rajoja ylitetään ja seuraa, mitä tapahtuu, jos rajoja ei ylitetä.

Tutkin terveydenhuollon käytäntöjä ja sitä millaista toiminta on, kun kehitetään ja kokeillaan uutta neuvottelevaan työtapaan perustuvaa yhteistyövälinettä **alueellista hoitosuunnitelmaa eli hoitosopimusta**. Hoitosopimus kehitettiin ja otettiin käyttöön HYKS Lasten ja nuorten sairaalan kehittämishankkeessa.

Päädyin kehittämishankkeen tutkijaksi taustani avulla. Aikaisemmassa Progradu -työssäni (Vähäaho 1995) tutkin sairaalan ammattilaisten välistä yhteistyötä eri ammattiryhmien rajankäyntinä. Työskentelin sairaalassa ja opetustyössä kunnes tulin valituksi professori Yrjö Engeströmin johtamaan 'Lastensairaalahankkeeseen' tutkijaksi yhdessä Ritva Engeströmin kanssa. Hankkeesta kirjoitetut julkaisut luetellaan lähdeluettelon lopuksi (hankejulkaisut). Nyt käsillä oleva väitöskirja on itsenäinen tutkimusjulkaisu, joka kokoaa Lastensairaalaan koskevan tutkimusaineiston. Tätä työtä varten tehtiin omat aineistolliset, metodiset ja teoreettiset ratkaisut. Kaikki tutkimuksessa esitetty aineisto on kirjoittajan keräämää, luokittelemää ja analysoimää. Työni jatkaa aikaisemmin julkaisemiini havaintojen ja oivallusten analyysia sovittaen tulokset kokonaisuuden kannalta oleelliseen kirjallisuuteen sekä toiminnan historialliseen kehityskulkuun.

Lastensairaalan kehittämisprojekti käynnistyi lokakuussa 1997 ja kehittämisistunnot toteutettiin vuonna 1998. Projektilla tavoiteltiin parempaa yhteistyötä HYKSin Lasten ja nuorten sairaalan, HYKSin Iho- ja allergiasairaalan, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen (33 terveysasemaa), Espoossa sijaitsevan Jorvin ja Vantaalla sijaitsevan Peijaksen sairaalan kanssa. Yhteistyön kehittämisen taustalla oli sairaalafuusio, jossa Auroran sairaalan toiminnot ja henkilökunta siirtyivät HYKSin Lastenlinikalle. Sairaaloiden nimeksi tuli vuonna 1997 HYKSin Lasten ja nuorten sairaala, johon myös HYKSin Lastenlinna liitettiin. Fuusioiden seurauksena pääkaupunkiseudun lasten sairaanhoidon porrastuksesta poistui yksi hoitotasoa. Sairaalan suora yhteistyösuhde perusterveydenhuoltoon korostui.

Kehittämishankkeen kuluessa havaitsin, että terveydenhuollon ammattilaiset olivat hämmentyneitä ja epäuskoisia, kun he näkivät videonauhalla potilaiden ja eri organisaatioissa työskentelevien kollegoidensa kokemuksia yhteisen potilaan hoitoyhteistyöstä. Yhteistoiminnan ja sen puuttumisen kokemukset puhuttelivat osallistujia voimakkaasti. Aineistoa kerätessäni tunsin välttämättömäksi, en vain mielenkiintoiseksi, tutkia ammattilaisilta ja vanhemmilta haastatteluissa kuulemaani ja vastaanotoilla näkemääni, kun kuljin lasten ja heidän vanhempiansa mukana eri organisaatioissa.

Tutkimukseni potilasryhmäksi valikoituivat diabetesta tai astmaa sairastavat lapset. Heidän hoitosuhteitaan ja myös sairastumisen hoitohistoriaa kartoittavaa aineistoa kerättiin vuosina 1997–1999. Aineistoa analysoidaan juuri tätä tutkimusta varten kehitetyillä laadullisilla menetelmillä ja tilastollisella analyysillä.

Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta Uudellamaalla koskevassa Moilasan (1999) raportissa todetaan suurimman yhteistyökuilun olevan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Potilaiden ja perheiden tyytymättömyys koski odotusaikoja, epätietoisuutta vastuunjaosta ja potilaiden siirtoja yksiköistä toiseen. Ammattilaisten tyytymättömyys koski tiedonkulun ongelmia, palautteen puuttumista ja henkilökohtaisten kontaktien vähyyttä (mt. 98, ks. myös Huttunen ja Hänninen 1996, 4, Huttunen 1997, 8, STM 1998:2, 41, STM 1998:14, 2). Yhteistyön on myöhemmin todettu kehittyneen parempaan suuntaan, mutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ongelmat koskevat edelleen nimenomaan yksittäisen potilaan hoitoyhteistyötä (Nykänen 2002 verkkojulkaisu, Kerosuo 2003).

Yhteinen potilas ei ole harvinainen yksittäistapaus. Useassa hoitopaikassa hoidettuja lapsia oli Kelan tilaston (Arinen ym. 1998) mukaan 2259 (n = 9037, joista 25 % lapsia). Sairaalassa hoidetuista lapsista 56 % hoidettiin myös yksityissektorilla tai terveyskeskuksessa. Lapsista 14 % sai hoitoa kaikissa kolmessa paikassa. (STM 1998:8.)

Palvelujärjestelmänä suomalaista terveydenhuoltoa pidetään poikkeuksellisen pitkälle verkottuneena (Jämsen ja Pekurinen 2003). Terveydenhuoltomme verkottumisessa on kuitenkin jotakin vialla, kun arvioidaan tiedon siirtymistä hoitotahojen välillä (Vehviläinen 1996, ym. 1999, Ketola ym. 2001, 1300). Verkottumisen on sanottu (Määttä 1999, 12) ontuvan myös sillä perusteella, että monivammaisen lapsen vanhemmat jäävät lastaan koskevan kuntoutus- ja hoitosuunnitelman tekemisessä ulkopuoliseksi, kun ammattilaiset sopivat asiat keskenään.

Terveydenhuollon yliorganisatorisen toiminnan parantamiseksi on 1990-luvulta lähtien laadittu toiminnan yhdenmukaistamiseksi hoitosuosituksia ja suunniteltu hoitoketjuja (Karma 1999, 170–173, Nuutinen 2000, 1821, Konttinen

2004). Hoitoketjujen ja saumattomien palveluketjujen rakentamistyötä on tehty eri sairaanhoitopiirien alueella, mutta ketjujen valmistuminen on viipynyt (Liikainen ja Virtanen 2002, STM 2003:18). Yhteistyötä hoitoketjussa on kehitetty myös tietoteknisiä ratkaisuja käyttöönottaen (Itkonen 1997b, Ohtonen 2002).

Hoitoketjujen toimivuuden esteiksi on havaittu tietosuojakysymykset (Nikkilä 1998), tiedonsaanti (Brander ym. 2003, 1806, Pöyry ja Perälä 2003), tietojärjestelmien yhteensopimattomuus (STM 2004), eri ammattilaisten asenne- tai tiedon paradigmasta johtuvat ongelmat (Linden A 2001), potilaan jääminen ilman hoitavan lääkärin seurantaan (Tuomisto ym. 2001, 3558, Dunder ym. 2003, 2163) ja kokonaisvastuullisen tahon puuttuminen (Tuomola 1997, Määttä 1999, Engeström ym. 1999, Vähäaho 2001a).

Työssäni en tarkastele potilaan hoitoa ennalta määritellyn hoitoprosessin (Pöyry ja Perälä 2003) tai lineaarisen hoitoketjun lähtökohdasta (Brander ym. 2003, Dunder ym. 2003) vaan siitä, miten pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon osallistuvat tahot *toimivat yhdessä yli organisaatorajojen*. Yliorganisatoristen suhteiden näkökulma potilaan hoidon kokonaisuuteen on sekä asiakaslähtöistä (Määttä 1999, Lehto 2000) että epälineaarisuuden hyväksyvää (Ohtonen 2002, 197).

Tutkimukseni kohdistuu hoitosopimuksen käyttöön ja terveydenhuollon yhteistyön rutiineihin. Hoitosopimus on osa potilaan jatkuvaa sairauskertomusta ja se syntyi terveydenhuollon ammattilaisten, tutkijoiden ja lasten vanhempien panoksella uudeksi yhteistyövälineeksi. Hoitosopimus tarjosi mahdollisuuden sopia hoidon koordinoinnista, vastuusta ja keskinäisestä yhteistyöstä lapsen hoitoon osallistuvien kesken.

Yhteistyötä aikaisemmassa kirjallisuudessa esitellään *luvussa 2*. Tutkimuksessa käytetyt kolme teoreettista viitekehystä kuvataan *luvussa 3*. Tutkimuskysymykset ovat kokoavina *luvussa 4*. Aineisto ja menetelmät kerrotaan *luvussa 5*. Tutkimuksen tulokset esitellään *luvuissa 6–10*, joista kunkin lopussa on *yhteenveto-osio*. Tulokset tiivistetään *luvun 11* yhteenvedossa ja niiden pohjalta tehdään tulevaisuutta visioiva pohdinta *luvussa 12*.

2 TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN

Valitsemani aikaisempi kirjallisuus terveydenhuollon yhteistyöstä käsittelee ammattilaisten keskinäisiä yhteistyö- ja vuorovaikutussuhteita. Kirjallisuus osoittautui 1) professioita ja ammatillisuutta tarkasteleviksi 2) moniammatillista tiimityötä ja verkostotoimijuutta tarkasteleviksi 3) sekä lähetteitä, palveluketjuja ja muita järjestelmä- ja palvelutuottajatasen edellytyksiä koskeviksi tutkimuksiksi. Jokainen näistä teemoista liittyy sisällöllisesti omaan tutkimukseeni. Lisäksi on syytä esittää muutamia 4) lasten sairaanhoitoa koskevia sosiologisia tutkimuksia.

Professiokirjallisuutta edustaa muun muassa Eliot Freidson. Hänen mukaansa (1988) maallikot ja ammattilaiset erottaa toisistaan erityistieto ja sen käyttöoikeus, jota vain professiot pitkän koulutuksensa ja yhteiskunnan heille antaman aseman perusteella omaavat. Työnjaolliset suhteet perustuvat Freidsonin mukaan ammatillisen tiedon hierarkiaan. Lääkäreiden ja muiden ammattien välillä vallitsee hänen mukaansa tiedollinen hierarkia, mistä johtuen ammattilaisten välillä on jatkuvaa rajankäyntiä.

Stelling ja Bucher (1972, 432) huomauttavat, ettei esimerkiksi lääkäreiden ammattikuntaa voida pitää kulttuuriltaan yhtenäisenä ryhmänä, vaan ryhmien sisällä on erilaisia segmenttejä. Segmenttien välillä voi olla kilpailua ja kamppailua tiedollisesta tai työnjaollisesta asemasta. He käyttävät käsitettä 'elastinen autonomia' kuvaamaan sitä, että ammatin autonomia on seuraus myöskin tilanteesta pätevyydestä ja suorituksen onnistumisesta sen vastakohtana, että autonomia olisi vain stabiili merkki jo saavutetusta asemasta.

Terveydenhuollon hierarkian on sanottu näkyvän tiimityössä ja sen päätöksenteossa. **Moniammatillisten tiimien** vuorovaikutuksen on todettu olevan avoimempaa ja työnjaon vähemmän hierarkkista kuin saman ammattiryhmän tiimien (Cott 1997). Terveydenhuollon hierarkian on sanottu ilmenevän moniportaisesti ja saavan monia merkityksiä, jotka liittyvät hallintoon ja johtajuuteen osaamis-hierarkian rinnalla (Viitanen ym. 2002).

Strauss (1978b, 238) tutki ammattilaisten välistä rajankäyntiä 'neuvottelun' käsitteen avulla. Neuvottelu voi hänen mukaansa olla ainutkertainen vuorovaikutuksellinen tapahtuma tai se voi tapahtua toistuvasti samojen henkilöiden välillä. Neuvottelu ei hänellä tarkoita kokouksenkaltaista neuvottelua, jossa esi-

tettäisiin ehdotuksia ja vastaehdotuksia vaan koko toiminta rakentuu arkisissa vuorovaikutustilanteissa ja työn lomassa. Neuvottelua voi hänen mukaansa esiintyä säännöllisesti, sattumanvaraisesti tai sarjoina. Neuvottelun merkitys ei ehkä ole kaikille osallistujille samansuuruinen ja osallistujien välillä on valtaeroja.

Terveydenhuollon verkostojen toimivuutta käsittelevissä tutkimuksissa on usein kysymys yhtä organisaatiota tai tiimiä laajemmasta toimijoiden kokoonpanosta. Seikkula (1991) tarkasteli psykiatristen potilaiden ja heidän perheidensä sekä sairaalatiimin moniammatillista yhteistyötä '*rajasysteemi*'-käsitteen avulla. Rajasysteemillä hän tarkoittaa potilaan perhesysteemin ja sairaalasysteemin yhteistyöstä syntyvää rakennetta, jossa perhesysteemin säännöt ohjaavat potilaan ja hänen perheensä osallistumista hoitoon. Hän toteaa ammatillisten hoitotahojen olevan yhteisessä rajasysteemissä yksilöinä, mutta samaan aikaan heidän edustavan myös sairaalaorganisaatioita. Seikkula viittaa Maturanan (1989) ajatuksiin, jossa 'sosiaaliset organisaatiot' syntyvät kommunikaation kautta yhteenliittyvistä erillisistä rakenteista, kuten perhe tai sairaala. Tästä vastavuoroisuudessa kehittyvästä rakenteesta Maturana käyttää nimitystä *yhteisrakenne* (co-structure). Maturanan yhteisrakenne on vuorovaikutuskumppaneiden kesken syntyvä rakenne, jolla ei ole välttämättä tekemistä organisaation virallisen rakenteen kanssa.

Seikkula (1991) hylkää Maturanan yhteisrakenne -käsitteen, sillä hänen mukaansa psyykkisesti sairaan potilaan, hänen perheensä ja sairaalan hoitotiimin välistä suhdetta ei voi pitää lähtökohdaltaan tasa-arvoisena, sillä sairaala voi määrätä potilaan pakkohoitoon ja säädellä perheen elämää muun muassa päättämällä hoitajakson pituudesta. Hän kuvaa rajasysteemin käsitteen avulla perheen ja ammattilaisten vuorovaikutuksen kautta kehittyvää yhteistyötä. Hoitosuhteen kehittymistä Seikkula analysoi mm. potilaan sosiaalisen verkoston laajenemisella tai supistumisella. Hän toteaa hoitosuhteen vuorovaikutuksen kehittymisen olevan ratkaiseva siinä, miten yksilön ja hänen verkostonsa voimavarat voidaan saada käyttöön. (Mt. 39–41.)

Yhdessä toimiminen on tullut tärkeäksi terveydenhuollon rakenteiden monimutkaistuesssa ja **potilaiden hoidon jakautuessa useampaan organisaatioon**. Tätä koskevan tematiikan käsitteellinen, praktinen ja hallinnollinen haltuunotto näkyy myös 1990-luvun lopun kirjallisuudessa. Työyksikkö- ja organisaatorajat ylittävässä hoitotoiminnassa on kehitetty uusia käsitteitä ja malleja, joita sovelletaan läntisen maailman terveydenhuoltojärjestelmissä.

Jaetun hoidon (shared care) mallia ja perusterveydenhuollon lääkärin roolia hoidon koordinoijana yhteistyössä erikoissairaanhoidon suuntaan tutkineet Overland ym. (1999) tulivat tulokseen, että jaetussa hoito-ohjelmassa mukana olleet lääkärit noudattivat enemmän toistensa ohjeita ja kirjoittivat toisilleen pidempiä hoitosuosituksia kuin ne, jotka eivät olleet keskenään tekemisissä. Jos

ammattilainen tekee oletuksia sen sijaan että ottaisi selvää, onko potilas käynyt toisissa hoitoyksikössä olevissa kontroleissa, tai jos hoidon koordinoijaa ei ole, riski hoidon toteutumatta jäämiseen kasvaa. Riski on suurempi, jos potilaan ja lääkärin välillä ei ole pysyvää hoitosuhdetta.

Care-management ja **managed care** on suomennettu **säännellyksi hoidoksi** (esim. Jämsen ja Pekurinen 2003). **Case-managementilla** vastaavasti on tarkoitettu yksittäisen potilaan hoitotapahtumia ja termi on käännetty yksilökoh- taiseksi palveluneuvonnaksi (Liikanen ja Virtanen 2002, Ala-Nikkola 2003).

Säännelty hoito käynnistyy Bowerin (1997) mielestä potilaan tai hänen työnantajansa käytössä olevista materiaalisista ja henkisistä resursseista. Halut- tuun lopputulokseen pääseminen edellyttää potilaan ja hänen perheensä, hoita- vien lääkäreiden ja maksavan tahon (vakuutusyhtiön) välisiä neuvotteluita. Yh- dysvalloissa care-magement -mallia toteutettiin 2000-luvulla jo lähes 90 %:sesti työnantajan vakuutuksen piirissä olevissa organisaatioissa ja Englannissa yleis- lääkäreille on annettu taloudellista vastuuta (GP-found holder -järjestelmä) myös erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta hoidosta. Suomessa palvelujärjestelmää on kritisoitu hajanaisuudesta (Kokko 2002) ja todellisen kilpailun kilpistymisestä monimutkaiseksi kuntalaskutukseksi. (Jämsen ja Pekurinen 2003.)

Säännelty hoito edellyttää Bowerin (1994) mukaan valmiiksi suunniteltuja hoitoketjuja, jotta kompleksisessa tilanteessa olevaa potilasta voidaan auttaa niin, että maksimoidaan potilaan toipuminen ja hyvinvointi, vältetään komplikaatioita ja minimoidaan kustannukset. Kathleen A. Bower työskentelikin 1980-luvulla Englantilaisessa sairaalassa, jossa otettiin hoitoketjut (critical paths) ja yksi- löllisesti ohjelmoitu hoito (case-management) käyttöön.

Vuonna 1994 Bower totesi, että 60 % potilaista voidaan hoitaa valituilla hoitopoluilla ja alle 20 % tarvitsee henkilön (case-managerin) koordinoimaan hoitojärjestelyjä. Nämä 20 % ovat kaikista sairaalan hoidossa olleista potilaista sellaisia, joiden hoidossa toteutui jokin tai usea seuraavista: hoito on kallista, kompleksista, tai hoitoa on vaikea mallittaa, potilaalla on paljon päivystys- käyntejä tai useita hoitavia lääkäreitä. Potilas voi tarvita molemmat sekä hoito- ketjun että hoidon kokonaisuutta ohjaavan henkilön. Bower tekeekin eron toi- saalta välineen ja systeemin sekä rooliin ja prosessin välille. Useimpien poti- laiden kohdalla kirjallinen hoitosuunnitelma riittää eli väline ja systeemi ratkai- sevat hoidon hallinnan. Kuitenkin 20 % potilaista tarvitsee jatkuvuutta ja henki- lön, jonka tehtävänä on valvoa hoitoprosessin etenemistä ja neuvotella hoito- järjestelyistä. Myös Lastensairaala-projektissa arvioitiin uudet sairaalaan saapu- vat lähetteet. Niistä 20 % johti lapsipotilaan jäämiseen sairaalan seurantaan ja hoitosopimuskäytäntö, josta enemmän luvussa 6, haluttiin kohdistaa näihin eri- koissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisiin potilaisiin.

Suomessa **hoitoketjusta** on usein käytetty Nuutisen (2000) esittämää määritelmää, jossa ketju määritellään alueellisena tutkimus-, hoito- tai kuntoutusohjelmana sisältäen työnjaon ja käytännön yhteistyön kuvauksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketjuja koskevilla tutkimuksilla onkin osoitettu sairaalassa tapahtuvien poliklinikkakäyntien väheneminen (Brander ym. 2003), mutta huomattu myös yhteistyön aukkoja, jolloin potilas on jäänyt ilman hoidon seurantaan (Dunder ym. 2003).

Säännelty hoito ja hoitoketjut (clinical paths, care pathway) ovat järjestelmätason strategioita hallita hoidon kustannuksia ja palvelujen tarjontaa kussakin hoitoprosessissa yli yksikkörajojen. Niiden rinnalle on syntynyt tarve hallita yksittäisen potilaan hoitoa. On alettu puhua potilaan näkökulmasta ja hoidon saumattomuudesta (Lehto 2000), joka on liitetty tietojärjestelmien kehittämiseen (Ohtonen 2002), sekä räätälöidyistä palvelukokonaisuuksista (Jämsen ja Pekurinen 2003) että solmutyöskentelystä (Engeström ym. 1999). Näissä yksittäisen potilaan hoidon kokonaisuuden horisontaalinen koordinointi ja toimijoiden kumppanuus ovat olennaisia, kun itse hoitoketjut ovat lineaarisesti eteneviä ja järjestelmämme hierarkkisesti porrastettu.

Hoidon koordinointi erotetaan yhä useammin säännelystä hoidosta. Hoidon koordinoinnissa korostuu toimijoiden kesken jaettu hoito, hoidon jatkuvuus ja lapsipotilaan vanhempien aktiivinen osallistuminen. Koordinoinnin on sanottu edellyttävän kommunikaatiota eri tahojen välillä. (Committee on Children... 1999). Hoidon koordinoinnilla on tarkoitettu hoidon suunnittelun strategioita, hoidon tulosten ja resurssien seurantaan, potilaan käyntien koordinointia eri hoitoa antavien specialistien luona, hoidon organisointia päällekkäisten tutkimusten ja palvelujen välttämiseksi, tiedon jakamista hoitotahojen ja lapsipotilaan vanhempien kesken, hoidon antajien valmentamista jne. (Liptak ja Renewell 1989).

Potilaan ja ammattilaisten suhde on muuttumassa ja uudet lähestymistavat, kuten "patient-as-person" (May ja Mead 1999), "the patient as expert" (Tuckett ym. 1985, Määttä 1999) ovat korostaneet potilaan ja omaisten aktiivista ja osallistuvaa roolia. Kuitenkin edelleen on osoitettu (Kerosuo 2003), ettei potilaan tulkinta omasta tilanteestaan pääse esille terveydenhuollon käytännöissä. Terveydenhuollon ammattilaisten fyysinen läheisyys tai yhteinen asiakas eivät välttämättä synnytä yhteistä toiminnan kohdetta ja yhteisen päämäärän hyväksi työskentelyä (Lehto 1991, Eriksson ja Arnkil 1995, Karjalainen 1996, Launis 1996).

Karjalainen (1996) tutki ammatillisverkoston yhteistyötä ja hämmästytti yhteisasiakkaiden vähyyttä. Yhteisasiakkaina toimijat olivat maininneet 19 asiakasta, mutta tutkija osoitti, että lopulta vain viiden kohdalla oli ollut ammattilaisten välistä neuvottelua ja muiden asiakkaiden kohdalla oli vain vaihdettu

tietoa ilman keskinäistä yhteydenpitoa. Karjalainen totesi, että sektoroituneen asiantuntijalähtöisen työn rajoja rikotaan vasta "viimeisessä hädässä", kun ei yksin selvitä. Hänen mukaansa yhteisasiakkaat ovat palvelujärjestelmälle häiriö, sillä palvelurakenne tukee yksiongelmaisia asiakas-työntekijäkohtaamisia ja niihin sovitettuja palveluita. Tämä aiheuttaa ristiriitoja toimijoiden työnjakokysymyksissä. Tutkimuksen mukaan asiakasverkoston interaktiotapahtumat olivat harvinaisia ja ne aktualisoituivat vain kriisitilanteissa. (Mt. 197, 202–203.)

Eri organisaatioissa toimivien henkilöiden välinen yhteistyö ei useinkaan ole suoraa vaan tapahtuu institutionaalisten *rutiinien* välittämänä. Professionaalisen toiminnan jatkuvuutta, joka ei riipu kenestäkään yhdestä henkilöstä, on kutsuttu organisaation *etukäteisjärjestelyiksi* (Eräsaari 2002). Terveystieteiden toiminnan jatkuvuuden etukäteisjärjestelyt tarkoittavat esimerkiksi sitä, että potilas saa hoitoa, vaikka häntä aikaisemmin hoitanut lääkäri ei olisi paikalla, tai että vaikka omahoitaja olisi työvuorosta vapaalla, joku tuon potilaan kotiuttaa. Strong (1979) on kutsunut näitä rutiineja *viran puolesta vastaamiseksi*.

Kotona tapahtuvan hoidon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken toteutettava hoidon porrastus on terveydenhuollon rakenteeseen määritetty etukäteisjärjestely. Porrastetun yhteistyön perustana on pidetty sitä, että yleislääkärit hoitavat 95 % potilaiden lääkäriin hakeutumisen syistä ja ohjaavat potilaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon (Puro 1989). Vehviläisen (1996) mukaan vain 4,8 % yleislääkärikäynneistä johti erikoissairaanhoidon lähettämiseen. Sairaalaan lähettäminen on keskeinen yhteistoimintamuoto, jossa lääkäri pyytää toista lääkäriä tutkimaan tai hoitamaan potilasta (Toivanen 1997). Lapsipotilaita on lähetetty perusterveydenhuollosta herkemmin erikoissairaanhoidon kuin muita ikäryhmiä (Vehviläinen 1996).

Terveyskeskuksesta tehdään 33 % erikoissairaanhoidon läheteistä (STM 1998:2). Suomessa 42 % perusterveydenhuollosta sairaalaan lähetetyistä läheteistä jäi ilman palautetta takaisin terveystieteiden keskuksen (Vehviläinen 1996). Vastaava luku Vehviläisen tutkimuksen lähdeaineistossa useimmissa Euroopan maissa¹ oli vain 3–7 % sekä Norjassa ja Tanskassa vain 13 %. Suomessa läheteeseen tuli vastaus useammin, jos terveystieteiden keskus oli kaukana sairaalasta, jos lääkäri kirjoitti läheteitä vain harvoin ja jos omalääkärijärjestelmä oli käytössä perusterveydenhuollossa (mt. 60). Lähete-prosessissa toimimisen heikkona lenkinä on pidetty lääkäreiden välistä kommunikaatiota (Nutting ym. 1992, Roland 1992a, b).

¹ Tietoja Belgiasta, Unkarista, Saksa, Sveitsistä, Alankomaista, Irlannista, Englannista, Italiasta, Tanskasta, Ranskasta, Portugalista ja Norjasta Suomen lisäksi.

Hoidon porrastuksen toimivuutta organisaatioiden välisten kustannusten jakautumisen, palvelujen toteutumisen ja läheteiden tarpeellisuuden kannalta ovat tutkineet muun muassa Kokko ja Junnila (1993), Harju (1993), Turunen (1998) ja Linden (1998). Turunen (1998, 73) totesi, että vaikka perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat pitkään olleet saman suunnittelujärjestelmän alaisia ja samojen kuntien omistamia ei yhteistyötä ja työnjakoa niiden välillä ole juuri tutkittu. Turusen näkökulma yhteistyön tutkimiseen oli terveyskeskusten toimenpidevalmiuden, erikoissairaanhoidon palvelujen käytön ja näiden kustannusten ja kuntakohtaisten erojen tarkastelu.

Terveystieteiden toimijoiden yhteistyötä koskevassa tutkimuksessa on täten erotettavissa päälinjat, joissa keskitytään ammattilaisten keskinäiseen vuorovaikutuksen tai palvelujärjestelmän käytön tarkasteluun. Näitä osa-alueita on voitu tarkastella vallan, tiimityöskentelyn, verkoston toimijoiden keskinäisen yhteydenpidon, potilashoidon hallinnan ja koordinaation näkökulmista. Väliin jää mielestäni kuulu, jossa tutkittaisiin yliorganisatorista yhdessä toimimista – toimintana sinänsä.

Toiminnan tutkimisen lähtökohtanani on, että sekä potilaan että ammattilaisten teoillaan tuottama keskinäinen vuorovaikutus ja toiminnan rakenteiden määrittämät yhteistyön institutionaaliset etukäteisjärjestelyt liittyvät läheisesti toisiinsa ja niiden kautta yhteistoimintasuhteet rakentuvat.

Lapset ovat potilaana erityinen ryhmä. Juridisesti heitä edustaa terveydenhuollossa lapsen aikuinen huoltaja. Erikoissairaanhoidossa lasten hoito on oma pediatrian erityisala. Strong (1979) tutki lastenlääkärinvastaanottoja ja havaitsi, että lapset jäävät vuorovaikutuksessa usein ulkopuolisiksi ja lapsen tai nuoren puolesta puhuu hänen äitinsä. Silverman (1987) analysoi lääketieteellistä päätöksentekoa ja vuorovaikutustilanteisiin liittyvän vallan, vastuun ja rutiinien ilmenemistä pediatrian poliklinikoilla.

Pyörälä (2003) tarkasteli lasten, nuorten ja ammattilaisten vuorovaikutusta diabeetikkojen ravitsemusneuvonnassa, ja totesi että pienetkin lapset ovat tarkkoja omaa elämänpiiriään käsittelevissä kysymyksissä (294–295). Vuorovaikutuksen ohella huomiota on kiinnitetty lapsen sairastumisen aiheuttamiin tunteuksiin lapsen perheessä. Lillrank (1998) tutki syöpään sairastuneiden lasten perheiden kokemuksia ja totesi, että vakava sairaus muuttaa perheen aikakäsitystä; elämää on vaikea suunnitella eteenpäin. Seppälä (2003) kirjoitti lapsiperheiden elämästä, sairauteen sopeutumisesta ja vanhemmista lapsen sairauden tulkitsijoina ja tuntijoina.

Itse en kuitenkaan tutki lasten osuutta vuorovaikutukseen, enkä analysoi lapsia tai hänen vanhempiansa 'potilaan roolissa'. Keskityn toimijoiden välisiin

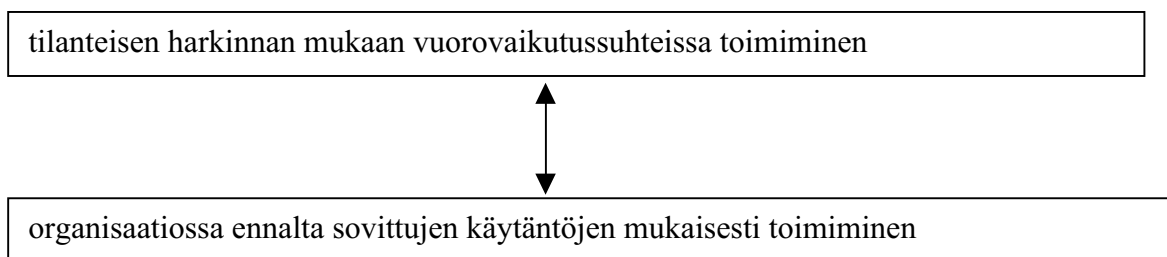
suhteisiin organisaatorajat ylittävissä yhteistoiminnassa. Lapsen kokonaisuudesta lähtevästä näkökulmasta hoitoyhteistyötä verkostossa tutkinut Määttä (1999) tutki vammaisten lasten hoitoyhteistyötä erityiskasvatuksessa ja kuntoutuksessa. Keskityn työssäni terveydenhuollon toimintaan.

3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Antropologit Loustaunau ja Sobo (1997, 21–22) totesivat, että kulttuuristen normien tunteminen ei riitä, jotta voitaisiin ymmärtää miten terveydenhuollon ammattilaiset tai potilaat toimivat, vaan on tunnettava rakenne, jossa teot tapahtuvat. Heidän mukaansa kulttuurin ja yhteisöjen sosiaalinen rakenne ohjaa yksilöiden suhteita ja vaikuttaa heidän vuorovaikutukseensa. Sosiaalinen rakenne ei heidän mielestään ole stabiili vaan ihmisillä on kyky muuttaa rakenteita, jotka ovat sosiaalisten- ja valtasuhteiden kompleksisen historian tulos.

Organisaatioissa yhteistyö tapahtuu rutiinien välityksellä samalla, kun toimijat synnyttävät tilanteisesti erilaisia tapoja olla yhteydessä toisiinsa. Aineiston keruun aikana kohtasin näitä tapoja, jotka johdattivat minut pohtimaan hoitotahojen suhteiden erilaisuutta.

Tilanteellisuuden ja institutionaalisen toimimisen välistä siltaa on rakennettu useasti. Jean Lave ja Etienne Wenger (1991) tutkivat käytäntö-käsitteen (communities of practice) avulla tilanteisen oppimisen suhdetta historiallisesti kehittyneeseen oppimiskäytäntöön. James Wertsch (2003) tarkasteli dilemmaa välittyneen teon (mediated action) käsitteen avulla tutkiessaan ihmisen psykologisen ja sosiokulttuurisen merkityksenannon välistä prosessia. Yksilöiden ja yhteisön välistä sidosta on kutsuttu myös kollektiiviseksi subjektiksi (Nardi ym. 2002), sosiaalisesti maailmaksi (Becker 1974, Strauss 1978a, Fine 1984, Gilmore 1990, 149, Strauss ja Corbin 1994) tai ammattikulttuuriksi (Frost ym. 1985, Henriksson 2000, Viitanen ym. 2002). Toiminnan teoriassa ja kehittävässä työntutkimuksessa, jota jäljempänä käsittelen, tilanteisuuden ja kulttuurisuuden dialektiikkaa ylitetään toimintajärjestelmän (activity system) käsitteen avulla (Engeström 1995).Kuviossa 1 tiivistän organisaatioissa toimivan yksilön valintoja.



Kuvio 1. Yhdessätoimimisen dialektiikka organisaatioissa.

Sosiaalisen suhteen käsitteelle on sosiologisessa kirjallisuudessa useampia määritelmiä. Georg Homans (1958) esitti sosiaalisen suhteen käsitteen kuvaamaan toimijoiden henkilökohtaista vuorovaikutusta. Käytän suhteen käsitettä tutkimuksessani kuvaamaan myös organisaatioiden välisiä sopimuksia tai rutinoituneita käytäntöjä, joita noudattamalla suhteen henkilökohtaisuutta ei yhteistyössä aina tarvita. Homansin suhteiden vaihdon kohteena ovat neuvot, kiitokset ja hyväksyminen. Allardt (1971, 1) eritteli Homansin sosiaalista vaihtoa koskevia säännönmukaisuuksia sekä totesi, että "sosiaalisesta suhteesta voidaan puhua silloin, kun yksilöt kohdistavat odotuksia toisiinsa". Toiminnassa odotuksia ei voida aina suoraan kohdistaa johonkin henkilöön, vaan niitä kohdistetaan ammattilaiseen ja rooliin, jota he organisaatiossa edustavat (Engeström R 1999, 205, 243). Käytän suhteen käsitettä, kun tarkastelen potilaan hoitoverkoston toimijoiden välisiä yhteydessä olemisen tapoja. Esitän käsitettä erittelevän luokittelun taulukossa 1.

Taulukko 1. Suhteen käsitteen sisäinen hierarkia tutkimuksessani.

Suhteen laatu	Keiden välillä ilmenee	Konkreettinen esimerkki
<i>Vuorovaikutussuhde</i>	<ul style="list-style-type: none"> – henkilökohtainen kontakti organisaation sisällä tai eri organisaatioissa toimivien välillä – vaikuttaa toiseen 	<ul style="list-style-type: none"> – lääkärin ja sairaanhoitajan välinen – potilaan ja ammattilaisen välinen hoitosuhde – sairaalan lääkäreiden välinen tai terveyskeskuslääkäreiden välinen – terveyskeskuslääkärin ja sairaalan lääkärin välinen suhde
Institutionalisoitunut yhteistyösuhde ¹	<ul style="list-style-type: none"> – suhde ilman henkilökohtaista kontaktia – ottaa huomioon toisten oletetun toiminnan 	<ul style="list-style-type: none"> – lähetteen tai hoitopalautteen osoittaminen sairaalaan tai terveyskeskukseen
<i>Yhteistoimintasuhde</i>	<ul style="list-style-type: none"> – voi ilmetä vuorovaikutussuhteena tai yhteistyösuhdeena eri organisaation toimijoiden kesken – vaikuttaa toisen tekoihin ja ottaa huomioon toisten oletetun toiminnan – usean toimijan tai organisaation suhde, jossa yhteinen kohde 	<ul style="list-style-type: none"> – em. esimerkit, kun kyseessä organisaatorajan² ylittävä suhde – solmutyöskentely

¹Yhteistyöstä puhutaan usein toteamalla, että organisaatiot tekevät yhteistyötä. Tarkoitan kuitenkin, että organisaatioissa toimivat henkilöt tekevät yhteistyötä, mutta toimijoiden suhde ei ole henkilökohtainen.

²Kunnallisessa terveydenhuollossa työskentelevä toimija voidaan päätoimisesti sijoittaa vain yhteen organisaatioon.

Kutsun ammattilaisten keskinäistä kommunikointia ja henkilökohtaista yhteydenpitoa käsitteleviä suhteita *vuorovaikutus- tai interaktiosuhteiksi*. Jos toimijoiden välillä ei ole suoraa keskinäistä ja vuorovaikutuksellista kanssakäymistä kutsun suhdetta *yhteistyösuhteeksi*. Ammattilaisten toimiessa keskenään *yllä oman työyksikkönsä ja organisaationsa rajojen* ilman, että kyseessä olisi vakiintuneen tiimin työskentely, on kyseessä tässä tutkimyksessä tarkoitettu yhteistoiminta. *Yhteistoimintasuhteella* tarkoitan tilanteita, kun ammatilliset toimijat osallistuvat saman potilaan hoitoon, mutta he antavat hoitoa eri organisaatioissa. Suhde toimijoiden välillä voi olla vuorovaikutuksellinen tai yhteistyösuhde, mutta organisaatoraja erottaa heidät toisistaan. Ilman potilaiden hoitamista ammatillisilla tahoilla ei olisi syytä toimia yhdessä. Ammatillaisen ja potilaan hoitosuhde puolestaan ei voi olla olemassa ilman vuorovaikutussuhdetta. Yhteistä potilasta hoitavien ammattilaisten suhde sen sijaan voi muodostua yhdessä toimittaessa yhteistyö-, vuorovaikutus- ja/tai yhteistoimintasuhteeksi.

Suhteet toteutuvat aina tietyssä toiminnan kontekstissa ja rakenteessa. Seuraavissa alaluvuissa käsittelem Straussin neuvottelevan järjestyksen teoriaa ja Durkheimin sosiaalisen työnjaon teoriaa sekä Toiminnan teoriaa ja kehittävää työntutkimusta yhteistoiminnan tutkimisen teoreettisena viitekehyksenä. Durkheim (1990) analysoi solidaarisuuden muutosta ja moraalista järjestystä. Strauss puolestaan tarkasteli toimijoiden keskinäisissä neuvotteluissa tuotetun sosiaalisen järjestyksen muutosta (Strauss ym. 1963, 148–149, Strauss 1978b).

Heiskalan (2000, 15) mukaan Straussin ja Durkheimin on sanottu edustavan erilaista metodologiaa, jopa toisensa poissulkevaa perspektiiviä, mutta hänestä niiden välillä tehtävän valinnan välttämättömyyttä on liioiteltu. Välittävä tekijä löytyy hänen mukaansa tavan ja toiminnan käsitteistä. Tutkiessani yhteistoiminnan muutosta ennen ja jälkeen hoitosopimuksen käyttöönoton koin tarvitsevani teorian itse toiminnasta ja sen rakenteesta. Tämän tarjosi kulttuuris-historiallinen toiminnan teoria (Leontjev 1977, Vygotsky 1978, Wertch 2003) ja kehittävä työntutkimus (Engeström ym. 1987, Engeström 1995). Valinta on sikäli luonteva, sillä hoitosopimus syntyi kehittävän työntutkimuksen menetelmillä toteutetussa hankkeessa.

3.1 Straussin neuvottelevan järjestyksen teoria

Strauss ym. (1963) lähestyivät asiantuntijoiden välistä yhteistyötä neuvottelun käsitteen avulla. Straussin (1978b, 5–7) mukaan sosiaalinen järjestys on neuvoteltu järjestys. Neuvotteluilla voi olla erityinen rakenne ja neuvottelun tuloksena

luodaan sopimuksia, sääntöjä tai ymmärrystä. Ympäristössä tapahtuvat muutokset, kuten teknologian käyttöönotto voivat muuttaa neuvoteltua järjestystä ja neuvottelun tuloksena myös ympäristö muuttuu (1978b, 241). *Neuvottelut, joilla sosiaalinen järjestys saadaan aikaan perustuvat neuvottelun osapuolten väliseen vuorovaikutukseen* (Strauss ym. 1963). Straussin vuorovaikutuskäsite on peräisin G.H Meadilta (1863–1931) (Mead 1934). Straussin rakennelma osapuolten välisistä suhteista on lähtökohdaltaan hierarkkinen, toimijoiden erilaisiin positiioihin perustuva. Näitä positiioita vuorovaikutuksessa ylläpidetään, koetellaan ja niitä voidaan sopimuksin muotoilla uudelleen. Straussilla neuvottelu voi olla kertatapahtuma tai säännöllisesti toistuva, mutta neuvottelu ei ole muodollinen päämäärän toteutumiseen tähtäävä toimi, joka lakkaa, kun siihen päästään (Strauss 1978b, 1993, 86–90). Neuvottelu on Straussilla toiminnan ja eri toimijoiden tekojen yhteensovittamista, joka tapahtuu kommunikaation välityksellä tilanteisesti.

Strauss kirjoittaa, että funktionaalisissa ja strukturalistisissa teorioissa sosiaalisen järjestyksen tuottavat normit, säännöt ja päämäärät. Straussin teoriassa sosiaalinen järjestys syntyy vuorovaikutuksesta, minkä puitteissa säännöistä, päämääristä ym. neuvotellaan. Mieluummin kuin rakenteesta Strauss puhuu neuvottelun kontekstista tai sosiaalisen rakenteen olosuhteista (1978b, 238–239, 257). Rutiinien sijasta Strauss (1993) puhuu *järjestelyistä* (arrangements), joilla sovitaan työn tekemisen peruskäytännöistä, kuten resursseista tai tiedonkulusta. Straussilla yhdessä toimimisen tutkimisen lähtökohtana on hierarkkiset ammatilliset positiot, joista neuvotellaan (Strauss ym. 1963, 148). Strauss ei kuitenkaan käsittele eri organisaatioiden välistä toimijoiden yhdessä toimimista, vaan keskittyy sairaalaosaston sisällä ammattilaisten keskinäiseen vuorovaikutukseen eli moniammatilliseen yhteistyöhön.

Strauss määrittelee, että rakenne syntyy tapahtumien prosessin kautta (mt. 257–258). Rakenne on Straussin teoriassa pikemminkin neuvottelun paikallinen rakenne tai kehityskaari (*trajectory*), jonka kontekstissa sosiaalinen järjestys vuorovaikutussuhteilla tuotetaan. Strauss asettaa vastakkain traditionaalisen funktionaalisen-strukturalistisen rakennekäsitteen pysyvyyden ja vakauden sekä oman teoriansa – prosessuaalisen rakenne-käsitteen.

Straussin rinnalla koin tarvitsevani myös sellaista viitekehystä, jossa institutionaalinen rakenne ohjaa yhdessätoimimista, eivät vain ammatilliset positiot. Tässä turvauduin työnjakoa tutkineen klassikko Emil Durkheimin (1990, alkuperäisteos 1893) ajatuksiin sosiaalisen työnjaon merkityksestä yhdessä toimimiselle.

3.2 Durkheimin teoria sosiaalisesta työnjaosta

Sosiologian klassikko Emile Durkheimin työtä on tulkittu siten, että rakenteet muotoilevat toimijoita ja yhteiskunnalliset rakenteet merkitysrakenteina tai kulttuurisina rakenteina ovat aina paikalla ennen toimijoita (Heiskala 2000, 14). Tai, kuten Töttö (1996, 174) toteaa Durkheimin punaiseksi langaksi ”sosiaalisten ilmiöiden omalakisuuuden osoittamisen ... että sosiaaliset ilmiöt ovat yksilöistä riippumattomia”.

Durkheim (1990, 84–85) tutki työnjaon kautta solidaarisuuden muutosta ja sosiaalisten suhteiden yleispiirteitä. Durkheim toteaa, että samaan ammattiin kuuluvia yhdistää "yhteisten tuntemusten ja uskomusten kokonaisuus", mitä voidaan kutsua "kollektiiviseksi tai yhteiseksi tajunnaksi". Kollektiivinen tajunta ei niinkään ole hänen mukaansa "riippuvainen niistä yksittäisistä olosuhteista, missä yksilöt sattuvat olemaan; *he tulevat ja menevät, mutta se säilyy*". Kollektiivinen tajunta "on jotain täysin erilaista kuin yksittäiset tajunnat, vaikka se toteutuukin vain yksilöissä".

Durkheim (1990, 122) toteaa, ettei yhteistoimintaa esiinny ilman työnjakoa ja yhteistoiminta on osallistumista yhteiseen hankkeeseen. Jos toiminta jakautuu samanlaisiin osahankkeisiin vallitsee yksinkertainen työnjako ja jos osahankkeet ovat laadultaan erilaisia, on kysymys sovitusta työnjaosta tai erikoistumisesta. Työnjako aiheuttaa Durkheimin teoriassa solidaarisuutta ja solidaarisuus on se elementti, joka on kytköksissä tajuntaan. Durkheim esittää, että työnjaon aiheuttama solidaarisuus edellyttää, että yksilöt ovat erilaisia ja jokaisella on oma toimintapiirinsä ja persoonallisuutensa. Yksilön tajunnan erityisfunktiot ovat kollektiivisen tajunnan säätelystä vapaita, mutta toisaalta ammattia harjoitettaessa noudatetaan tapoja, jotka ovat yhteisiä koko ammattikunnalle. Mitä enemmän työnjako kehittyy, sitä enemmän myös yksilöllä on omia tapoja ajatella ja toimia, ja tämä lisää ammatin sisäisiä eroja. (Mt. 127–128, 134.)

Edellisen perusteella voi olettaa, että osallistuminen yhteiseen hankkeeseen (yhteistoimintaan) tulee työnjaon ja erikoistumisen kasvaessa yhä enemmän perustumaan yksilöiden omiin ratkaisuihin. Kollektiivinen tajunta pirstoutuu kokonaisen ammattikunnan yhtenäisesti kokemasta tajunnasta paikallisten yhteisöjen ja organisaatioiden tajunnaksi. Yhdessä toiminen on varmistettu sääntöjen ja rutiinien avulla, jotka ovat siis olemassa, vaikka yksilöt tulevat ja menevät.

Durkheimin (1990) mukaan arjen rutiinit ovat rituaalisesti vahvistettuja kollektiivisiä toistoja (representaatioita). Rutiinien rikkominen aiheuttaa yksilöissä reaktioita, mutta rutiinit itsessään eivät ole palautettavissa yksilöihin vaan yhteisön toimintaan. Kortteinen (1992, 320) on kutsunut tätä "muotojen kerrostu-

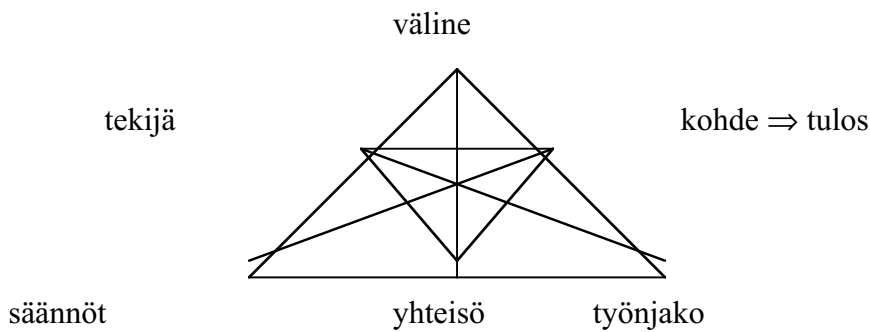
neisuudeksi". Hän osoitti, että Durkheimin tekemää jakoa työnjaon mekaanisesta ja orgaanisesta solidaarisuudesta ei tulisi tulkita lineaarisena kehityskulkuna, vaan että uusi solidaarisuuden laji, jonka Durkheim kuvaa orgaanisena, syntyy aikaisemman mekaanisen solidaarisuuden "alle tai sisään".

Durkheimin (1985) esittämä jäljittelyn käsite toteutuu, kun yksilöt toistavat automaattisesti, mitä toiset ovat tehneet. "Noudattamalla tapaa tai tottumusta tehdään mitä muut ovat tehneet tai nykyään tekevät" (mt. 127). Tottumusten ja piintyneiden tapojen ohjaamaa toimintaa organisaatioissa on kuvattu käsikirjoituksen avulla. Se tuo esille rutiinisen toiminnan prosessuaalisen tapahtumaketjun. (Engeström 1993, 133, 1995, 64). Wertch (2003) käytti *kollektiivisen muistamisen käsitettä* yksilön ja hänen käyttämiensä välineiden kulttuuristen merkitysten tutkimuksessa. Välineisiin kiteytyneet kulttuuriset merkitykset ovat muistutuksia yhteisesti omaksutuista tavoista ja rutiineista.

3.3 Toiminnan teoria ja kehittävä työntutkimus

Kehittävä työntutkimus on kontekstuaalinen tutkimusote, jossa tutkitaan instituutioiden muutosta tietyssä konkreettisessa työtoiminnassa, vanhan ja uuden toiminnan jännitteitä, sekä toiminnan muuttamisen ehtoja ja välineitä. Toiminnan sisäiset ristiriidat ovat muutoksen ja kehityksen lähde. (Engeström 1993, 67–72, Miettinen 1993, 14).

Leontjev (1978) on esittänyt jaon kollektiiviseen toimintaan, yksilön tekoihin ja yksilön teoissa ilmeneviin operaatioihin. Operaatiot (operation) ovat olosuhteiden tuottamia toimia, joissa ihminen toimii vähemmän tietoisesti kuin sellaisten tekojen (action) ollessa kyseessä, jotka ovat päämäärätavoitteisia ja tietoisia. Hierarkian kolmas taso on toiminta (activity), joka on kohteen ja toiminnan motiivin ohjaamaa. Leontjevin (1977) mukaan toiminta tapahtuu aina kollektiivisten ehtojen vallitessa vuorovaikutuksessa yksilöä ympäröivän inhimillisen ja esineellisen ympäristön kanssa. Leontjev ei kuitenkaan tarkastele toiminnan yhteisöllistä ja työnjaollista luonnetta organisaatioissa, mikä on keskeistä Engeströmin töissä. Yrjö Engeström (1993, 1995, 47) antoi toiminnan käsitteelle rakenteen, jonka komponenttien avulla toimintaa ja sen muutosta voidaan analyttisesti tarkastella esimerkiksi terveystieteiden työssä (Engeström 1990, 79).



Kuvio 2. Toimintajärjestelmän malli (Engeström 1990, 79).

Ritva Engeström (1999, 31) kirjoittaa yksilön ja toimintaympäristön välisestä suhteesta seuraavasti: "Toiminta tuotetaan yksilöllisillä teoilla, mutta toiminta itse on aina historiallisesti ja konkreettisesti tiettyyn kohteeseen suuntautunut järjestelmä, joka motivoi yksilöllisiin teoihin". Toiminta ei ole homogeeninen entiteetti. Toimintajärjestelmän komponentit ovat vastavuoroisissa suhteissa toisiinsa, vaikka niillä on toiminnassa oma tehtävänsä. Esimerkiksi tekijä, säännöt ja yhteisö ovat vaihtoa tuottavia komponentteja.

Toiminta syntyy ja kehittyy toimijoiden teoista. Toiminnan komponentit vaikuttavat tekojen laatuun, sillä yhteiskunnallisen kehityksen kuten uusien työvälineiden, uusien lakien tai yksilöidenn innovatiivisten, rutiineista poikkeavien tekojen myötä toiminta muotoutuu uudella tavalla ja muuttuu. Yksilön teoissa piilee mahdollisuus vaikuttaa organisaation toimintaan. Yksilön teot voivat olla myös institutionaalisia ja normatiivisia käytäntöjä tukevia ja vähemmän tilanteessa tehdyn spontaanin tai harkitun ratkaisun synnyttämiä. Rutiineina ilmenevät teot ovat yhteistoimintaa tuottavia siinä missä spontaanit, harkitsevat ja innovatiiviset teotkin.

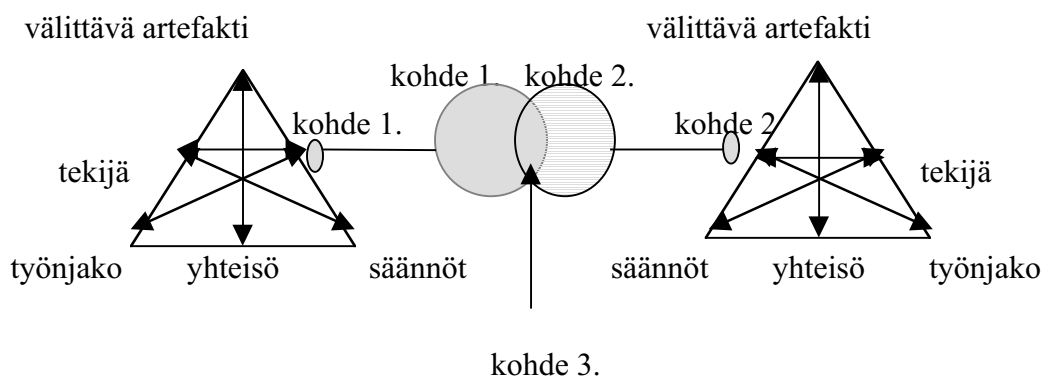
Eri yhteisöstä olevien toimijoiden työskennellessä keskenään suhteita määrittelee samanaikaisesti organisaatioiden väliset institutionaaliset, rutiineiksi muodostuneet käytännöt sekä yksilöiden vapaus toimia ammatissaan autonomisesti yhteisön sääntöjen puitteissa.

Toiminnan osatekijöiden tarkastelua yhteistoiminnan lähtökohdasta

Kohteellinen toiminta

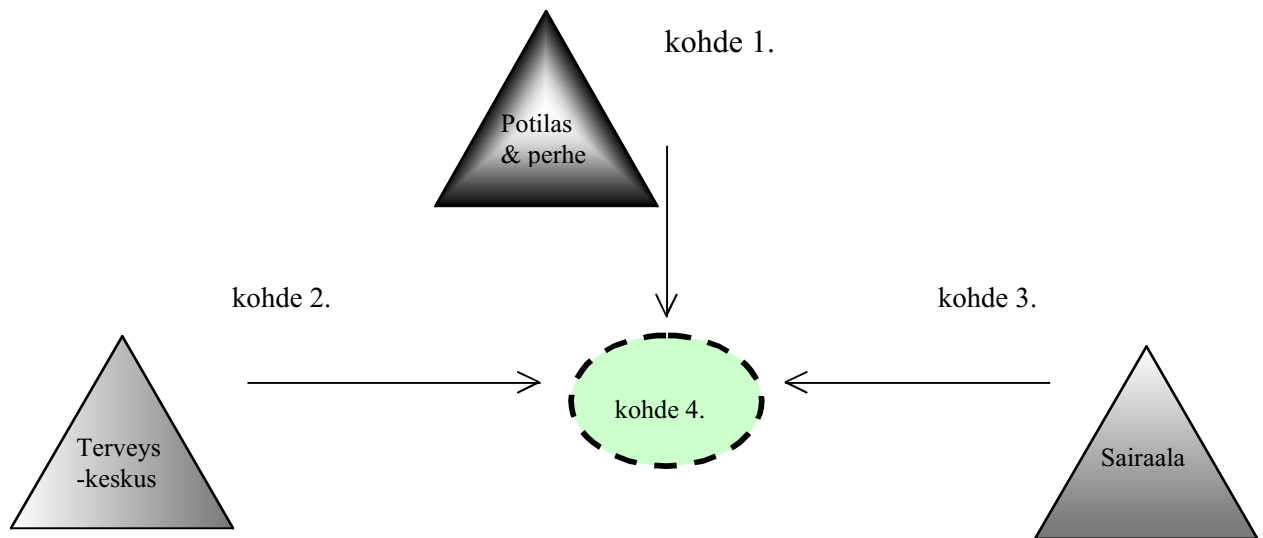
Potilas hakeutuu terveydenhuollon ammattilaisten hoitoon saadakseen apua kokeaansa sairauteen. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan kohteena on potilaan hoitaminen. Laki (erikoissairaanhoidolaki 1989/1062) määrittelee erikoissairaanhoidon tehtäväksi: antaa "erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja". Hoitotahot antavat potilaalle palvelua erilaisista lähtökohdista. Jensen (1987) on esittänyt, että perusterveydenhuollossa työn kohteena on ensisijaisesti etsiä vastausta kysymykseen, onko kyseessä sairaus vai ei, kun taas erikoissairaanhoidon kohteena on löydetyn sairauden tarkempi diagnosointi ja hoidon määrittely. Erikoissairaanhoidon kohteeksi on yhä useammin tullut diagnoosin määrittäminen ja sairauden hoidon käynnistäminen perusterveydenhuollon vastatessa vakiintuneen hoitotasapainon kontrolloinnista (Horsmanheimo ym. 1997, Linden 1998, Diabeteksen hoito ja seuranta Uudellamaalla 1998, julkaisematon, Astmaohjelma 1994–2000).

Leontjevin (1977) mukaan toiminta suuntautuu aina johonkin kohteeseen. Yksilön teoilla on kohde, joka kuitenkin tulee erottaa kollektiivisen toimintajärjestelmän kohteesta. Toiminnan motiivit ovat rakentuneet yhteisöllisesti. Toiminnan kohde ei aina ole selvärajainen ja kiinteä, vaan historiallisesti kehkeytyvä. Tekojen kohde on paikallinen ja lyhytkestoinen (Engeström 1995, 69–70). Kaksi erillistä toimintajärjestelmää voivat yhdessä toimiessaan muodostaa yhteisen kohdetoiminnan, joka käy ilmi kuviossa 3.



Kuvio 3. Toimintajärjestelmien yhteinen kohde (Engeström 2001, 136).

Engeströmin (2001) ajatuksena on, että eri toimintajärjestelmillä on yhteinen kohde sen lisäksi, että niillä on toimintansa oma kohde (kohteet 1 ja 2 kuvio 3). Tutkimuksessani otan yhteisen kohteen (kohde 3 kuvio 3) yhteistoiminnan tutkimisen lähtökohdaksi. Se muodostuu, kun useampi toimintajärjestelmä hoitaa 'yhteistä potilasta' (ks. kuvio 4). Tarkoitan yhteisellä potilaalla *identifioitavissa olevaa potilasta*, jolle organisaatiot sekä eri toimijat ovat potilaan hoitohistorian kuluessa tarjonneet erilaisia palveluita (kohde 4 kuvio 4). Hoitohistoria tarkoittaa tutkimuksessani lasten terveydenhuoltokäynneillä syntyvää ja ajassa kehittyvää historiaa, jossa eri organisaatiot antavat lapselle saman hoidon eri palveluja tai hoitoa eri sairauteen.



Kuvio 4. Toimintajärjestelmien verkko ja yhteinen kohde.

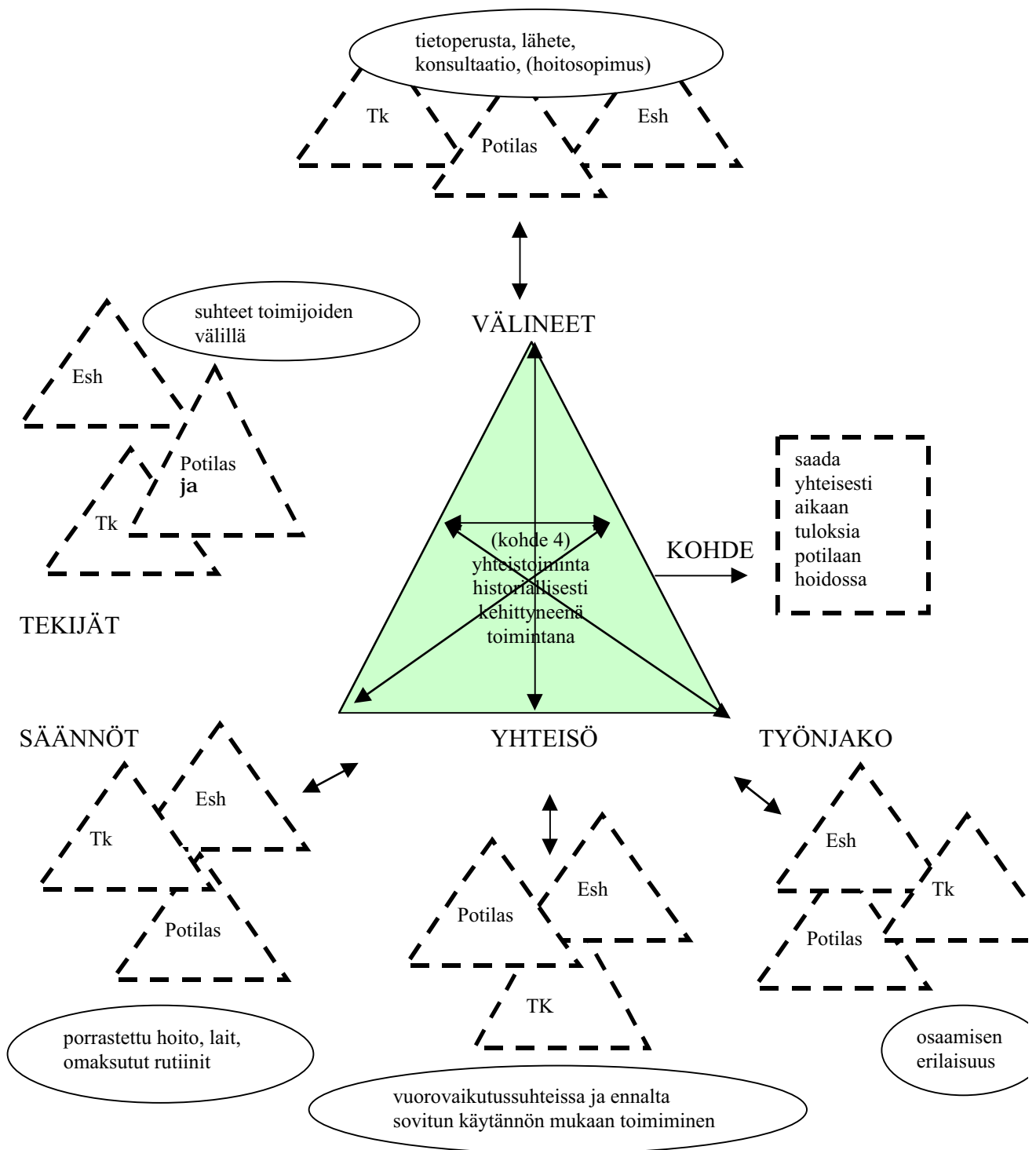
Yhteistoiminta toimintana

Edellä esitetty yhteinen kohde (*kohde4*) muodostuu toiminnassa, joka on teoilla synnytetty aktuaalinen prosessi. Toiminta saadaan aikaan kulttuurisen rakenteen välittämänä, joka tarkoittaa, että toiminta on kulttuurisesti olemassa jo ennen identifioitavissa olevia henkilöitä ja kulttuuri tulee esille rutiineissa. Toiminnan kulttuuris-historiallinen kehitys antaa identifioitaville henkilöille erilaisia rooleja, kuten potilas ja lääkäri. Toimintajärjestelmä on tutkimukseni teorettinen analyysiyksikkö toiminnassa ennen hoitosopimusta ja sitä käytettäessä. Perustelen yhteistoiminnan käsittämistä toimintana, enkä esimerkiksi eri organisaatioista koostuvana toimintajärjestelmien verkkona seuraavilla kuudella kohdalla.

- 1) Jos voidaan tunnistaa eri toimintajärjestelmien yhteinen kohde on myös olemassa kulttuuris-historiallisesti kehittynyt yhteisen toiminnan alue – yhteistoiminta. Tällä yhteistoiminnalla on oma kehityshistoriansa toimintajärjestelmän tapaan. Yhteinen historia muodostuu toimintajärjestelmän elementtien kautta toimijoiden keskinäisissä suhteissa.
- 2) Toimintajärjestelmän toimijat hoitavat yhteisiä potilaita aina paikallisesti tietyllä alueella, vaikka hoito koostuu eri paikoissa ja eriaikaisesti. Potilas on hoitoverkostonsa keskeinen tekijä. Yhteistä potilasta hoitavien ja useissa organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten suhteista toisiinsa ja potilaaseen rakentuu yhteistoiminnan kollektiivinen tekijä (subject). Yhteistoimintaan osallisilla ammattilaisilla on koulutuksessa syntyneitä pätevyyttä ja ymmärrystä työskennellä terveydenhuollon organisaatioissa. Uusien ammattilaisten koulutus on organisaatioille yhteinen asia, sillä jo koulutusaikana ammattilaiset työskentelevät sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon organisaatioissa.
- 3) Yhteistoimintaa varten on olemassa kehitettyjä ja ajassa muuttuvia yhteisiä työvälineitä, kuten lähetejärjestelmä ja konsultaatiot.
- 4) Yhteistoimintaa on ohjattu säännöillä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdessä työskentelyä määritellään myös laeilla.
- 5) Toiminnan osapuolten välillä vallitsee pitkäaikainen työnjako, mikä perustuu tieteellisen tiedon käyttöön ja osaamisen jakautumiseen.
- 6) Kaikki yhteistoiminnan ammatilliset yhteisöt ovat virallisesti terveydenhuoltojärjestelmän rakenteessa olemassa ja sen mukaisesti suhteessa toisiinsa.

Usean toimijan ja moneen eri paikkaan tai paikattomuuteen, kuten internetiin, sijoittuvan toiminnan yhteistä kohdetta on tarkasteltu esimerkiksi 'epistemic object' (Miettinen julkaisematon käsikirjoitus) ja 'pseudo-kollektiivisen kohteen ts. pseudo-collective object' (Zanger 2002) käsittein. Yhteistoiminta, jota yllä luonnehdin ja seuraavassa kuviossa tyypitän, perustuu empiirisen aineiston pohjalta syntyneeseen käsitykseen toiminnasta, jossa usea tekijä ja organisaatio hoitaa yhteistä potilasta käyttöönottaen uutta neuvottelevaan työtapaan perustuvaa työvälinettä.

Yhteistoiminta rakentuu kuviossa 5 toimintajärjestelmän elementtien avulla seuraavasti:



Kuvio 5. Yhteistoiminnan rakentuminen toimintajärjestelmänä.

Kohde

Toiminta kehittyy sisäisten ristiriitojen kautta. Ne sysäävät toimijat ja järjestelmät uusiin ratkaisuihin. Tässä ristiriitojen tarkastelussa toiminnan kohteella on ratkaiseva asema. Kohdetta, sen muutosta ja laajenemista, on kehittävässä työntutkimuksessa käsitelty ulottuvuuksien avulla. Niitä ovat ajallinen, spatiaalisosiaalinen, eettis-moraalinen ja systeemis-rakenteellinen ulottuvuus (Engeström ym. 1999, Engeström ym. 2003a). Hyysalo (2004) tutki välineiden käyttöönottoa ja nimesi yhdeksi ulottuvuudeksi sosiaalis-välineellisen. Omassa tutkimuksessani sosiaalinen kulkee läpi näiden kaikkien edellämäinittujen ulottuvuuksien. *Sosiaalinen* on läsnä toiminnassa *toimijoiden keskinäisten suhteiden kautta*. Tarkastelen sosiaalista tutkimuksessani vielä erikseen suhteiden sisään rakentuneen vallan avulla luvussa 10.5.

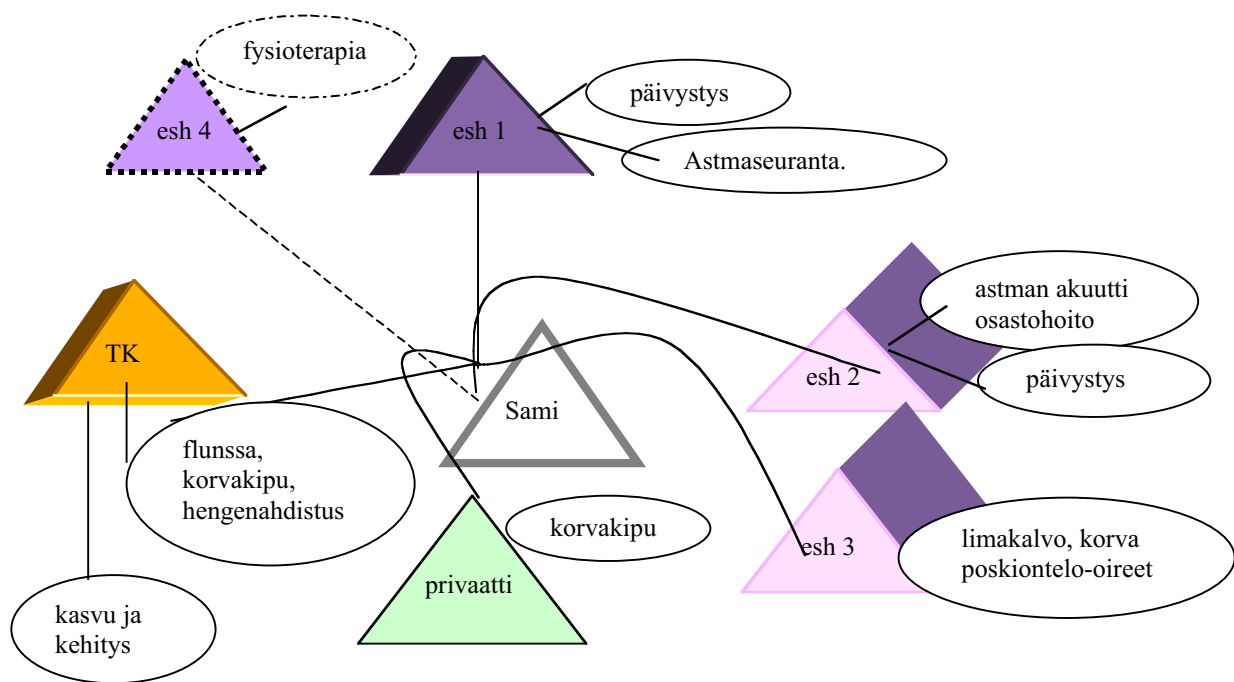
Tekijät

Yhteistoiminta koostuu useista hoitotahoista, joissa toimivien *keskinäisistä suhteista muodostuu toiminnan tekijä*. Allardt (1971, 5) on todennut, että suhteet sinänsä eivät ole riittävä edellytys yhteisön syntymiselle, vaan odotuksissa on oltava pysyvyyttä. Pysyvyys ei tarkoita sitä, että yksilöllisen potilaan hoito olisi stabiili, sillä hoitoon voi liittyä uusia hoitotahoja ja siitä voi poistua aikaisempia, sekä suhteet samojen toimijoiden välillä voivat muuttua. Suhteista jää aina jälki niin potilaan hoitohistoriaan kuin yhteistoimintaan.

Yhteisöt

Potilaan ollessa hoitosuhteessa erikoissairaanhoidon sairaalaan, muodostuu hoitavia yhteisöjä² potilaan verkostoon aina vähintään kolme: potilas ja hänen perheensä, perusterveydenhuollon terveysaseman ammattilaiset sekä erikoissairaanhoidon sairaalan ammattilaiset. Näitä yhteisöjä yhdistää toisiinsa yhteinen potilas. Verkosto on virallisesti olemassaoleva yhteisö, jota toimijat voivat oman harkintansa mukaan potilasta hoitaessaan hyödyntää. Potilaan hoitoverkosto on yksilöllisesti rakentuva. Potilaan hoitoverkko voi levitä horisontaalisesti sen lisäksi, että se laajenee vertikaalisesti terveydenhuoltojärjestelmän virallisen ja työnjaollisen porrastuksen mukaisesti. Potilaan hoitoverkosto sinänsä on staattinen ja tiettyyn ajankohtaan sidottu kuvaus paikoista potilaan hoidon kokonaisuudessa ja se saa dynamiikkansa vasta toimijoiden keskinäisistä suhteista. Kuvaan aineistostani peräisin olevan esimerkin avulla, kuinka **lapsipotilaan erilaisten oireiden hoito jakautuu useaan organisaatioon**.

² Yhteisöä käytetään tutkimuksessani toiminnanteoreettisessa merkityksessä, jolloin eri tekijöiden teot tulevat/edustavat jotakin paikallisista toimintaa, joka tuodaan keskinäiseen yhteyteen tarkasteltavassa toiminnassa. (Vrt. sosiaalinen maailma (Strauss ja Corbin 1994) ja tulkintojen kohtaaminen)



Kuvio 6. Esimerkki lapsipotilaan hoitoverkosta pääkaupunkiseudulla lisättyinä syillä, joiden vuoksi lapsi on saanut hoitoa eri organisaatioissa.

(esh=erikoissairaanhoito; esh 1 =aluesairaalan hoitosuhde, esh 2= Lastensairaalan hoitosuhde, esh 3 = hoitosuhde toiseen yliopistoklinikkaan, esh 4= toinen aluesairaala, josta kuntoutuspalvelut, TK=terveyskeskus; neuvolan terveydenhoitajan ja omalääkärin hoitosuhde privaatti =yksityislääkärin hoitosuhde) [Perustuu äidin haastatteluun 27.1.1998]

Potilaan ja hoitavan ammattilaisen henkilökohtaisuuteen perustuvaa suhdetta kutsutaan hoitosuhteeksi. Hoitosuhde synnyttää aina myös suhteen terveydenhuoltojärjestelmään. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisöt ovat kytköksissä toisiinsa työvälineiden, sääntöjen ja työnjaon välityksellä, joita seuraavaksi tarkastelen..

Välineet

Keskeisinä yhteistoiminnan välineinä ovat ammatillinen tieto, sairauskertomus ja lähete. Ammatillinen tieto tarkoittaa yhteistä lääke- ja hoitotieteellistä oppijärjestelmää, jota ei tarvitse millään formaalisella välineellä joka kerta uudestaan vahvistaa, mutta silti se on keskinäisen kollegiaalisen ymmärtämisen edellytys. Sairauskertomus on työväline, jonka avulla hoitavat ammattilaiset muodostavat pait-si itselleen, yhä enemmän myös toisilleen, käsityksen potilaan hoitohistoriasta. Se on myös työnjaon toteutumisesta kertova väline oman tiimin tai eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten välillä. Sairauskertomuksen avulla hoitotahot voivat olla yhteydessä toisiinsa ilman henkilökohtaista yhteydenottoa.

Sairauskertomus on välittävä artefakti yhteisöjen välillä. Sairauskertomus tekee ammatillisille hoitotahoille hoitosuhteen tapahtumat näkyviksi ja ymmärrettäväksi.

Konkreettinen yhdessä toimimisen kirjallinen väline on lähete, kun suullinen neuvon kysyminen on konsultaatiota. Lähetteen avulla terveysaseman lääkäri lähettää potilaan sairaalaan erikoislääkärin arvioitavaksi (lähetteen historiasta luvussa 7 ja lähetteestä tiedon vaihtamisen välineenä luvussa 8). Lähetteen tai epikriisiksi kutsutun yhteenvedon avulla potilaan hoito voidaan siirtää toiseen organisaatioon. Lähete on osa potilaan sairauskertomusta.

Lähetteeseen vastaamisen käytäntöjä ei kuitenkaan ole yhteisillä säännöillä määritelty vaan ne ovat organisaatioissa ja yksiköissä paikallisia. "Kunnallisten viranomaisten tulisi yhteistoiminnassa laatia lähetejärjestelmää koskevat selkeät tiedotteet ja toimintaohjeet alueensa väestölle ja lääkäreille" (Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa 1993). Lähetteen saapuessa sairaalaan postitse paperilla, sähköisesti tietokoneella tai potilaan mukana avautuu sitä arvioivalle lääkärille mahdollisuus vuorovaikutukseen toisen hoitotahon kanssa. Lääkäri voi vastata lähetteeseen oman ammatillisen ja yksilöllisen harkintansa mukaisesti tai organisaatiossa omaksutulla rutiinilla. Yleensä vastaamiseen käytetään epikriisiä eli yhteenvetoa potilaan päättyneestä hoitotahosta. Lähetteeseen vastaaminen tai vastaamattomuus ilmentää paikallista tulkintaa kirjoitetuista ja kirjoittamattomista säännöistä olla suhteessa toisen hoitotahon kanssa.

Säännöt

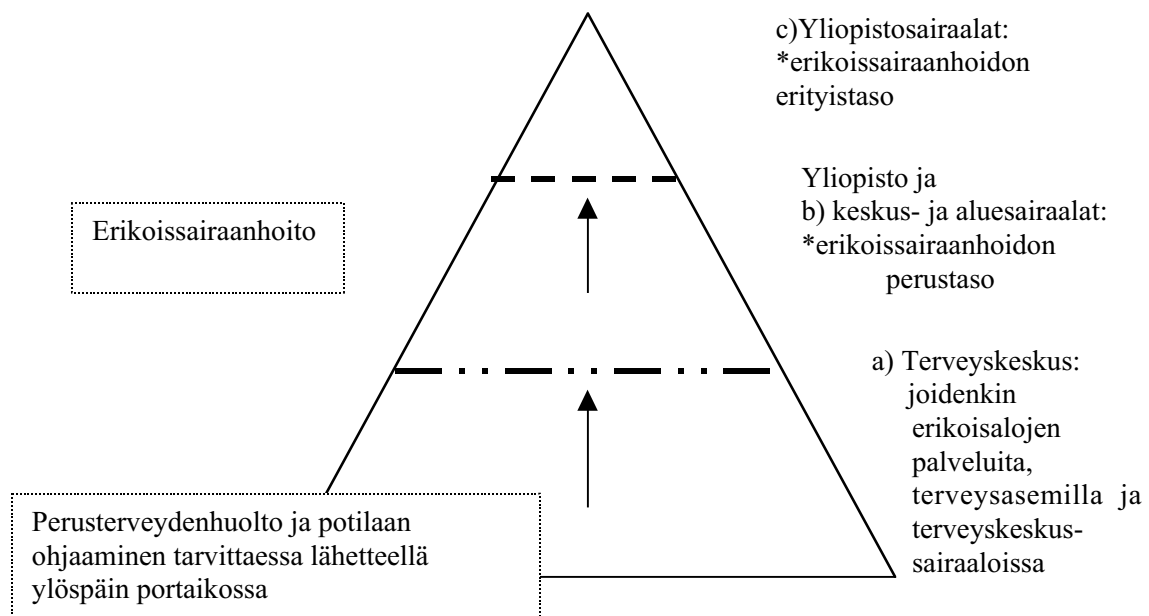
Yhteisten välineiden käyttö edellyttää yhdessä työskentelyn sääntöjen ja rutiinien tuntemista. Säännöt terveydenhuollon organisaatioiden välillä voivat olla osittain yhteisiä, mutta myös erityisiä, erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon toiminnan erityisyyttä korostavia. Terveydenhuollossa yhteisiä sääntöjä ovat työn asianmukaiseen ammatilliseen suorittamiseen ja hyvään hoitoetiikkaan liittyvät ohjeet ja määräykset. Sääntöjen tarkoituksena on ohjata yksilöiden tekoja yhteisössä.

Yhteistoimintaa koskevat ja sitä ohjaavat säännöt voivat olla kirjoitettuja tai kirjoittamattomia. Kirjoitettuja sääntöjä terveydenhuollossa ovat mm. lait ja asetukset ammatissa toimimisesta, laki potilaan oikeuksista, organisaatioiden väliset sopimukset palveluista ja niiden hinnoittelusta sekä sopimukset työnjaosta. Kirjoitetut säännöt ohjaavat usein rutiinien muodostumista ja terveydenhuollossa niitä perustellaan erityisesti potilasturvallisuuden varmistamisella. Toiminnan rutiinit tuovat myös esille toiminnan sääntöjä.

Kirjoittamattomat toimintatavat tulevat kuitenkin usein näkyviksi myös ulkopuolisille kognitiivisina ajattelumalleina puheen tai työvälineiden välityksellä (Engeström 1995, 104). Näkyväksi tuleminen on tyypillistä häiriötilanteissa, kun rutiineissa tapahtuu jotain poikkeavaa (Hutchins 1993, Hutchins 1995). Yhdessä toimimisen kirjoittamattomat säännöt muodostuvat kiinnostavaksi, sillä yhteistoiminnan yhteisö hajoaa paikallisesti eri organisaatioihin. Organisaatioiden välisessä yhteistoiminnassa sosiaalinen normisto ei sido toimijoita toisiinsa niin tiiviisti kuin organisaatioiden sisällä. Toisessa organisaatiossa työskentelevä toimija ei välttämättä tiedä lainkaan noudattaako toisessa organisaatiossa oleva kollega virallisen terveydenhuoltojärjestelmän normistoa vai ei. Tässä mielessä yhteisöä, joka olisi kaikille toimijoille yhteinen ja jossa normatiivinen valvonta voisi toteutua ei ole paikallisesti olemassa vaan se rakentuu toiminnassa.

Yhdessä toimimisen säännöt perustuvat terveydenhuollossa usein työnjako- koon, mutta myös työnjaon muutokset voivat synnyttää uusia sääntöjä. Terveydenhuoltojärjestelmän periaatteena on Suomessa hoidon porrastus.

Kansanterveyslain 1972 ja erikoissairaanhoidolain 1989 pohjalta kullekin organisaatiolle on määritelty niiden työnjaolliset tehtävät. Hoidon porrastaminen perustuu toiminnasta kirjoitettujen lakien poliittis-hallinnolliseen tulkintaan. Porrastetun hoidon periaate on terveydenhuollon nykyisessä toiminnassa sääntö, joka ohjaa terveydenhuollon organisaatioiden työnjakoa. Se tuo myös ilmi kirjoittamattomia sääntöjä, joilla työnjakoa hoitotahojen välille tuotetaan. Hoidon työnjaollinen porrastus on historiallisesti kehittynyt nykyiseen muotoonsa.



Kuvio 7. Hoidon porrastus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä (ks. myös Linden 1998).

Lehtosen (1990) mukaan yhteisössä tuotetaan jäsenten ja ei-jäsenten väliset vuorovaikutussuhteet (keskinäiset käyttäytymissäännöt, sisäinen hierarkia, moraaliset sitoumukset, jäseniä ja muukalaisia koskevat käyttäytymisnormit). Hänen mukaansa säännöt voivat olla toimintaa muodostavia (konstitutiivisia) tai sitä sääteleviä (regulatiivisia) (ks. myös Durkheim 1990, 149). Sääntöjen konstitutiivisuus luo yhteisöihin niille ominaisia käytäntöjä, jotka helpottavat siihen kuuluvien yksilöiden toimintaa ja ovat vieraita ulkopuolisille (esim. Becker 1963, Polanyi 1967).

Työnjako

Työnjako toimintajärjestelmän komponenttina viittaa toimijoiden tai organiaatioiden horisontaaliseen ja vertikaaliseen tehtävien jakoon tietyssä toiminnassa (Engeström 1993, 67, 1995). Durkheimin (1990, 166) mukaan työnjako toteuttaa roolia, joka ennen kuului yhteistajunnalle ja jonka tehtävänä on pitää yhteiskunnan sosiaaliset kokonaisuudet koossa. Työnjako synnyttää sääntöjä, jotka määrittävät tehtävien luonteen ja suhteet (Durkheim 1990, 211). Sopimuksellisuus lisääntyy hänen mukaansa työnjaon lisääntymisen seurauksena. Sopimusten syntyä ei kuitenkaan määritä yksin sopimuslainsäädäntö, joka perustuu juuri tyyppilliseen tapaukseen, vaan toiminta itsessään ja toimijoiden keskinäiset suhteet (mt. 194–200). Hoitosopimus ei ole vain toimijoiden suhdetta määrittävä 'sopimus', vaan sen kautta toimijat voivat tuoda esille omia toiveitaan ja suunnitelmiaan, kuten myöhemmin käy ilmi.

Freidson (2003, 37) totesi spesialisoitumisen, joka on työnjaon edellytys, perustuvan enemmän suhteeseen jossakin ympäristössä kuin asemaan, joka olisi ympäristöstään vapaa. Spesialiteetit määrittävät hänen mukaansa suhteessa toisiinsa. Työnjako hoitotahojen kesken tapahtuu yhteisön sääntöihin perustuen tavalla, joka on yhteisesti ammattilaisten tiedossa terveydenhuoltojärjestelmän rakenteen kautta. Säännön noudattaminen ja työnjaon toteuttaminen on kuitenkin toimijoiden ratkaistavissa. Toimija voi päättää, toimiiko porrastuksen mukaan, vai sitä vastoin. Tästä päätöksestä toiset tahot eivät aina edes tiedä, mutta silti sillä tuotetaan yhteistoimintaa.

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkin monessa terveydenhuollon organisaatiossa toteutuvaa ja useiden toimijoiden aikaansaamaa yhteistoimintaa empiirisen aineiston avulla. Tässä tiivistän tutkimuskysymykseni kolmeen. Näiden kysymysten yksityiskohtaisemman erittelyteen myöhemmissä luvuissa.

1) Kuinka eri hoitotahoista muodostuva yhteistoiminta on pääkaupunkiseudun lasten terveydenhuollossa historiallisesti rakentunut ja mihin suuntaan yhteistoiminta on kehittymässä?

Porrastetun terveydenhuoltojärjestelmämme tulisi tuottaa toimintaa, jossa 'organisaatorajat ylitetään joustavasti' (Engeström ym. 1999, Lehto 2000, Ohtonen 2002). Rajojen ylityksellä viitataan tutkimuksessani hoidon jatkuvuuteen yli organisaatorajojen ja joustavuudella toiminnan organisaatorajat ylittävään verkottumiseen yhteisen potilaan hoidossa. Tarkastelen suhteiden avulla sitä, minkälaisina verkottuminen ja jatkuvuus ovat yhteistoiminnan historiallisessa kehityksessä esiintyneet sekä minkälaisia tekoja potilaan hoidon jatkuvuus ja toiminnan verkottuneisuus toimijoilta nykyisin edellyttävät. Kysymystä tarkastellaan luvuissa 7, 10 ja 11.

2) Millaisia ovat terveydenhuollon yhteistoiminnassa kehittyneet rutiinit ja millaista uutta toimintaan improvisoitua hoitosopimusta käytettäessä?

Tarkastelen yhteisen potilaan hoitamisen rutiineja organisaatioiden välisessä tiedonvälityksessä, toimijoiden vastuunotossa ja työn kohteen muutoksessa. Puutteellinen *tiedon välittyminen* sairaalan ja terveyskeskuksen välillä on toistuvasti osoitettu yhteistyön ongelmaksi (Hänninen ja Huttunen 1996, Vehviläinen 1996, Moilanen 2000, Ketola ym. 2001). Luvussa 8 tutkin tiedon lähettämisen, pyytämisen ja välittymisen käytäntöjä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja lapsipotilaiden vanhempien näkökulmista. Analysoin vanhempien osuutta tiedon siirtäjänä. Analysoin myös tiedonvälittymisen muutosta, kun lähetteen ja epikriisin rinnalle otetaan hoitosopimus.

Vastuun on todettu olevan terveydenhuollon ammatillisen yhteistyön (Del Vecchio Good 1995) ja potilaan ja ammattilaisen välisen suhteen kulmakiviä (Heimer ja Staffen 1998). Vastuun on todettu olevan eettistä ja moraalista sekä olennaisesti asiantuntijana toimimiseen liittyvää (Strong 1988). Tutkin empiirisesti ammattilaisten ja lapsipotilaan vanhempien käsityksiä vastuusta luvussa 9.

Yhteistoiminnassa vastuun jakaminen, sekä kokonaisvastuun ja henkilökohtaisen hoitovastuun välinen suhde muodostuu kiinnostavaksi. Kokonaisvastuulla on aikaisemmassa kirjallisuudessa viitattu hoidon hallintaan ja erityisesti hoidon koordinaatioon, joiden työnjaolliseen hallintaan hoitoketjuilla pyritään. Hoitosopimuksen tavoitteena oli antaa ammattilaisille yliorganisatorinen väline vastuusuhteiden käsittelyyn, mutta keskinäisen luottamuksen toimijat joutuivat rakentamaan itse. Tutkin vastuuta, sen jakamista ja luottamusta ennen hoitosopimusta ja sitä käytettäessä.

3) Minkälaisia uusia mahdollisuuksia, käytäntöjä ja keskinäisiä suhteita hoitosopimuksen käyttö avaa yhteistoiminnassa?

Tutkin yhteistoiminnan käytäntöjä ja niihin liittyviä rutiineja sekä *uuden työkohteen rakentumista, kun toimijat ovat vuorovaikutussuhteissa keskenään*. Kohteella tarkoitan ammattilaisten työnsä suuntautumista esimerkiksi siten, että ammattilainen toimii vain sellaisten kysymysten äärellä, jotka hän voi ratkaista omalla asiantuntemuksellaan ja oman vastaanottonsa puitteissa; tai siten, että ammattilainen neuvottelee potilaan hoitoa koskevissa kysymyksissä myös muiden potilaalle hoitoa antavien kesken. Tutkin kohteen muutosta ajallisen, spatiaalisen, eettis-moraalisen ja systeemis-rakenteellisen ulottuvuuden avulla sekä toimijoiden suhteisiin rakentuneena valtana. Kysymystä tarkastellaan luvussa 6 ja 10.

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

5.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Keräsin tutkimukseni aineiston Lastensairaalaprojektin yhteydessä. Lastensairaalan kehittämishankkeeseen valittiin tapaturmiin joutuneita, astmaa, allergiaa tai reumaa sairastavia lapsia, jotka olivat sairaalan toiveen mukaiset potilasryhmät. Ajattelin tutkimukseni aineistovalinnaksi samoja potilasryhmiä. Kävi kuitenkin niin, että harvinaisena sairautena reumavastanotoilta hoitosopimuksia tuli kovin harvoin, joten jouduin luopumaan potilasryhmästä. Tapaturmiin joutuneilla lapsilla taas ei syntynyt pitkäaikaisia hoitosuhteita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille, joten jäljelle jäivät astmaa ja allergioita sairastavat lapset.

Astmaa ja allergioita sairastavien lasten rinnalle tarvittiin kuitenkin toinen potilasryhmä, jotta saataisiin useamman sairauden osalta tietoa yhteistoiminnan rutiineista ja variaatiota hoitosopimusten käytöstä. Diabeteslääkärit olivat tehneet hoitosopimuksia aktiivisesti. Tämä ratkaisi ongelman toisesta potilasryhmästä ja samalla kertyi aineistoa useammalta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta. Diabetes ja astma-allergia ovat olleet lasten ja nuorten yleistä sairauksia (Remes 1995, Tuomilehto ym. 1999), joten näiden ryhmien valitseminen tukee lasten vanhempien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistoiminnan tutkimista. Aikuisten hoidossa juuri nämä kaksi potilasryhmää ovat niitä, joiden hoitoa on viime vuosina siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon seurantaan.

Valitsin lapset ja heidän perheensä yhteistyössä lasta hoitavan lääkärin kanssa. Valintakriteereitä lääkäreiden kanssa pohdittaessa päädyttiin siihen, että sairaus olisi sellaisessa vaiheessa, ettei rasita perhettä liikaa. Tällaiseksi rasisukseksi ajattelimme keskeneräisen diagnoosin silloin, jos taustalla oli myös epäilyä muusta vakavasta sairaudesta tai jos perheessä tiedettiin olevan kriisitilanne. Lapsia valittaessa toivoin, että vanhemmat suostuisivat haastatteluihin ja tutkijan mukaantuloon hoitotilanteisiin. Olenaisemmin potilaiden tutkimukseen ottamiseen vaikutti kuitenkin aikataulu ja lapsen diagnoosi.

Nimesin sattumanvaraisen päivän poliklinikalla työskenteleville erikoislääkäreille ja pyysin heitä valitsemaan kyseisen päivän potilaslistaltaan sairaalan seurannassa olevat astmaa tai allergiaa ja diabetesta sairastavat potilaat. Aikatauluni rajoitti usean potilaan ottamista samalle päivälle, sillä seurasin poliklinik-

käyntiä ilmoittautumisesta lapsen sairaalasta poistumiseen asti, joten ensimmäisenä valittiin määräsi seuraavan olevan kahden tunnin kuluttua tuleva potilas jne. Päivän listalta valittiin yleensä kolme lasta. Karsiutuneet sairastivat 'väärää' perussairautta tai olivat ensikäynnille tulijoita, jolloin ei vielä voitu tietää tutkimukseni kannalta välttämätöntä sairaalan seurantaan jäämistä. Potilaiden valinta tehtiin harkinnanvaraisella otannalla, jolloin kyseessä on otos sattumanvaraiselta päivältä, jonka puitteissa potilaat valittiin.

Ensimmäisen kontaktin lapsipotilaan perheeseen otti sairaanhoitaja. Hän välitti tutkimustoiveeni perheelle ja pyysi luvan, että sain ottaa heihin yhteyttä tutkimuksesta kertoakseni. Myöhemmässä tapaamisessa lapsen huoltaja allekirjoitti tutkimusluvan. Organisaatioilta oli erilliset luvat, mutta kukin ammattilainen sai itse ratkaista osallistumisensa.

Käytännössä seurasin potilaiden vastaanottoprosessia sairaalassa nk. varjostusmenetelmällä (Reder 1993, Sachs 1993, McAllister 1993). Videokuvasin lapsen terveydenhuoltokäynnin etenemistä ilmoittautumisesta, sairaanhoitajan vastaanotolle, lääkärin vastaanotolle, tutkimuksiin ja mahdollisesti uudelleen lääkärin vastaanotolle. Lääkärikäynnin jälkeen haastattelin lapsipotilaan vanhempia tai sovimme, että haastattelu tehdään heillä kotona. Tämän jälkeen haastattelin potilasta hoitaneita sairaanhoitajaa ja lääkäriä. Lopuksi otin kopiot potilaan sairauksettomuksesta, jota myöhemmin pidin ajantasalla.

Vanhempien haastattelun jälkeen otin yhteyttä muihin heidän nimeämiinsä lapsen terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuviin henkilöihin. Jos lapsella oli muutaman kuukauden sisällä sovittu käynti toisessa hoitoyksikössä menin mukaan tällekin käynnille. Haastattelin ammattilaisia myös toisessa organisaatiossa ja kopioin lasta koskevat sairauksettomuusdokumentit.

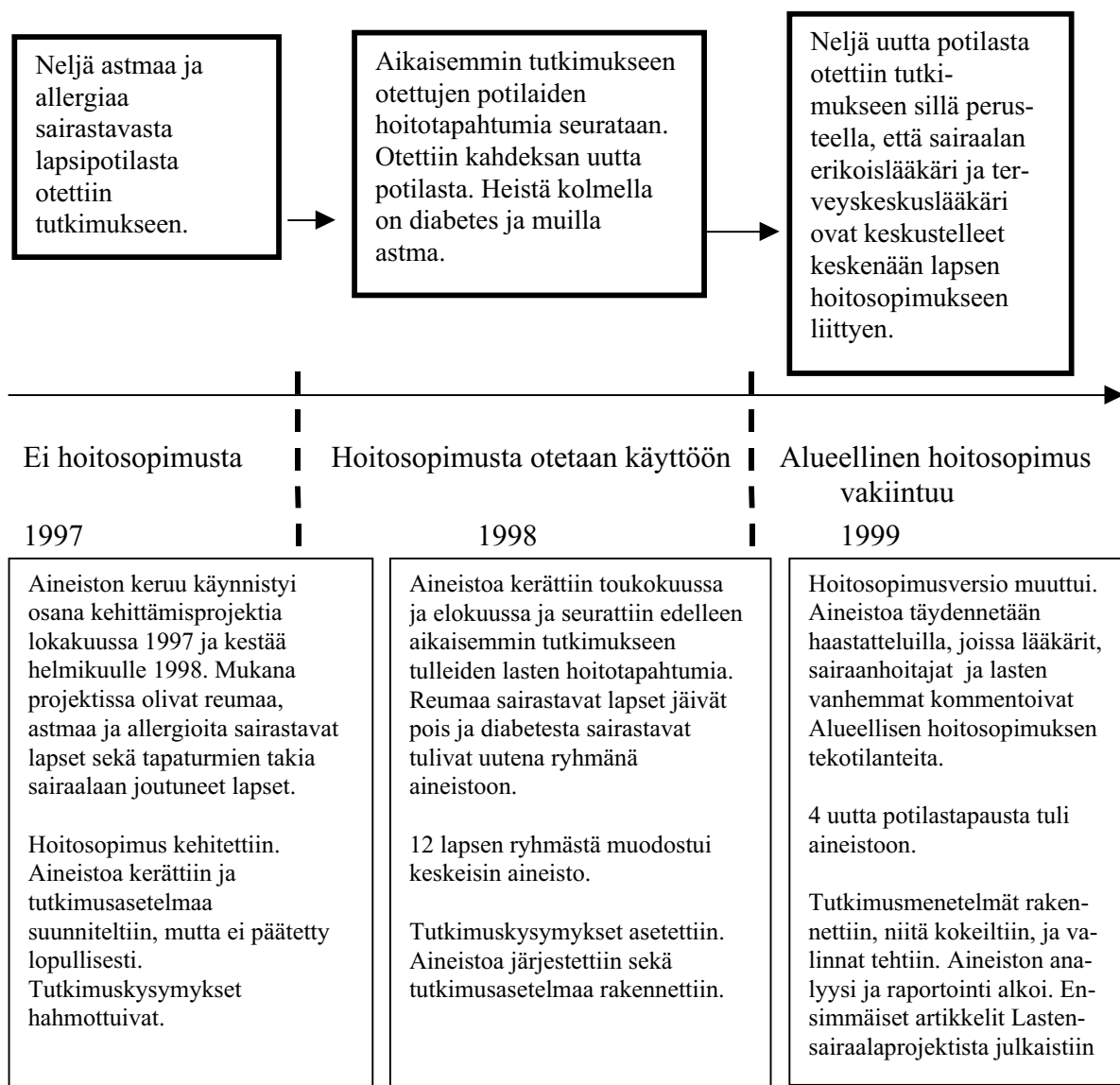
Yllä kuvaamalla tavalla menettelin kerätessäni aineistoa vuonna 1997. Samoja periaatteita noudatin, kun keräsin vuonna 1998 aineistoa potilaista, joille tehtiin hoitosopimus. Erona kuitenkin oli se, että haastattelin ammattilaisia ja lapsen vanhempia ennen lääkärinvastaanottoa, jossa hoitosopimus tehtiin. Hoitosopimuksen teon jälkeen haastattelin heitä lyhyesti tekotilanteeseen liittyen. Tällä tavalla menetellen vanhempien ja ammattilaisten kokemukset yhteistoiminnasta olivat vuonna 1998 ikäänkuin 'samanarvoisia' kuin kokemukset vuonna 1997, jolloin hoitosopimusta ei vielä ollutkaan.

Hoitosopimuksen eli Alueellisen hoitosopimuksen käyttöönotossa alkoi uusi vaihe marraskuussa 1999. Tuntui hyödylliseltä täydentää aineistoa, koska väli-nettä oli muokattu aikaisemmasta. Menin mukaan niille lääkärinvastaanoille, joissa potilaalle oli suunniteltu hoitosopimuksen tekoa. Lisäksi sain tietojärjestelmästä listan sairaalassa yhden kuukauden aikana tehdyistä alueellisista hoi-

tosuunnitelmista. Haastattelin sairaalassa hoitosopimuksia tehneitä lääkäreitä ja pyysin heitä tietojärjestelmästä tulostetun listan avulla palauttamaan mieleensä keiden potilaiden tapauksessa heille oli syntynyt potilaan hoitosopimukseen liittyen keskustelua terveyskeskuslääkärin kanssa. Valitsin aineistooni neljä uutta potilasta sen perusteella, että sekä terveyskeskuslääkäri että sairaalan erikoislääkäri pystyivät muistamaan keskustelleensa lapsen hoitosopimuksesta, tai että olin itse ollut vastaanotolla, jossa lääkärit neuvottelivat potilaan hoitosopimuksesta puhelimesta. Uusi aineisto toikin esiin yliorganisatorista kommunikointia toimijoiden välillä sellaisissa tilanteissa, joissa aikaisemmassa aineistossani ei ilmentynyt neuvottelua. Tein päätöksen analysoida aineistoa tarkemmin vaikka olin jo ehtinyt analysoida aikaisemmin kerätyn aineiston.

On huomattava, että terveyskeskuksen ammattilaiset eivät voineet vaikuttaa tutkimuspotilaiden valintaan, sillä se oli jo tehty sairaalassa. Voidaan olettaa, että sairaalan lääkärit valitsivat vuorovaikutuskykyisiä vanhempia sen päivämäärän puitteissa, jota heille esitin. Lääkärit tiesivät, että osaa potilastapauksista voitaisiin käyttää esimerkkinä työpaikan kehittämisprojektissa, jolloin potilaiden hoidosta tultaisiin keskustelemaan yhteisesti eri organisaatioiden johdon, lääkärikollegoiden ja potilaiden vanhempien kesken. Tämän perusteella voi edelleen olettaa, että lääkärit olisivat tarkoituksella sulkeneet pois 'huonosti' onnistuneita hoitotapauksia tai ainakin sellaiset tyytymättömät potilaat, joiden kertomukset olisivat kyseenalaistaneet lääkärin antaman hoidon.

Seuraavaksi havainnollistan tutkimusprosessin etenemisen ja aineiston keruun kolme päävaihetta. Aikajanan alapuolella kuvataan prosessia ja valintoja, joiden edessä tutkimusaineistoa kerätessä olin. Janan yläpuolella kerrotaan potilasryhmien ottaminen tutkimukseen. Aineiston rajauksia ja asetelman rakentamista käsitellään myöhemmin tutkimuksen pohdinnassa.



Kuvio 8. Tutkimusprosessin kuvaus.

5.2 Aineisto ja sen järjestäminen

Lapsipotilaita aineistossa on yhteensä 16. Heidän hoitonsa yhteistoimintaan liittyviä haastatteluja on aineistossa 96 ja terveydenhuoltokäyntejä 565. Lapset on otettu tutkimukseen mukaan pääpiirteittäin kolmena ajankohtana; ennen hoitosopimuskäytäntöä (4), hoitosopimuksia tehtäessä (8) ja viimeisimmät lapset hoitosopimusten vakiinnuttua käyttöön alueellisena hoitosuunnitelmana (4). Seuraavan sivun taulukossa 2 esitetään lasten perustiedot.

Kahdessa ensimmäisessä aineistonkeruuvaiheessa vuosina 1997 ja 1998 mukaan otettujen 12 lapsen hoitojärjestelyt ovat analyysin ydin. Lasten hoitota-

pahtumia seurattiin vähintään vuoden ja enimmillään kuuden vuoden ajan. 12 lapsipotilaan tapauksen yliorganisatorisesti kokoava haastattelu- ja lääkärintervastointoaineisto kerättiin huomioiden potilaan kaikki hoitosuhteet. Potilaalla saattoi olla hoitosuhteita yliopistosairaalan klinikoiden erikoislääkäreihin, alue-sairaalan erikoislääkäreihin ja terveyskeskuksessa lastenneuvolan ja avovastaanoton omalääkäriin ja terveydenhoitajaan. Lapsilla oli satunnaisia kontakteja tiettyillä lääkäriasemilla toimiviin yksityislääkäreihin, mutta kukaan ei nimennyt heitä lapsensa hoitoverkostossa aktiivisiksi toimijoiksi, joten heitä ei haastateltu.

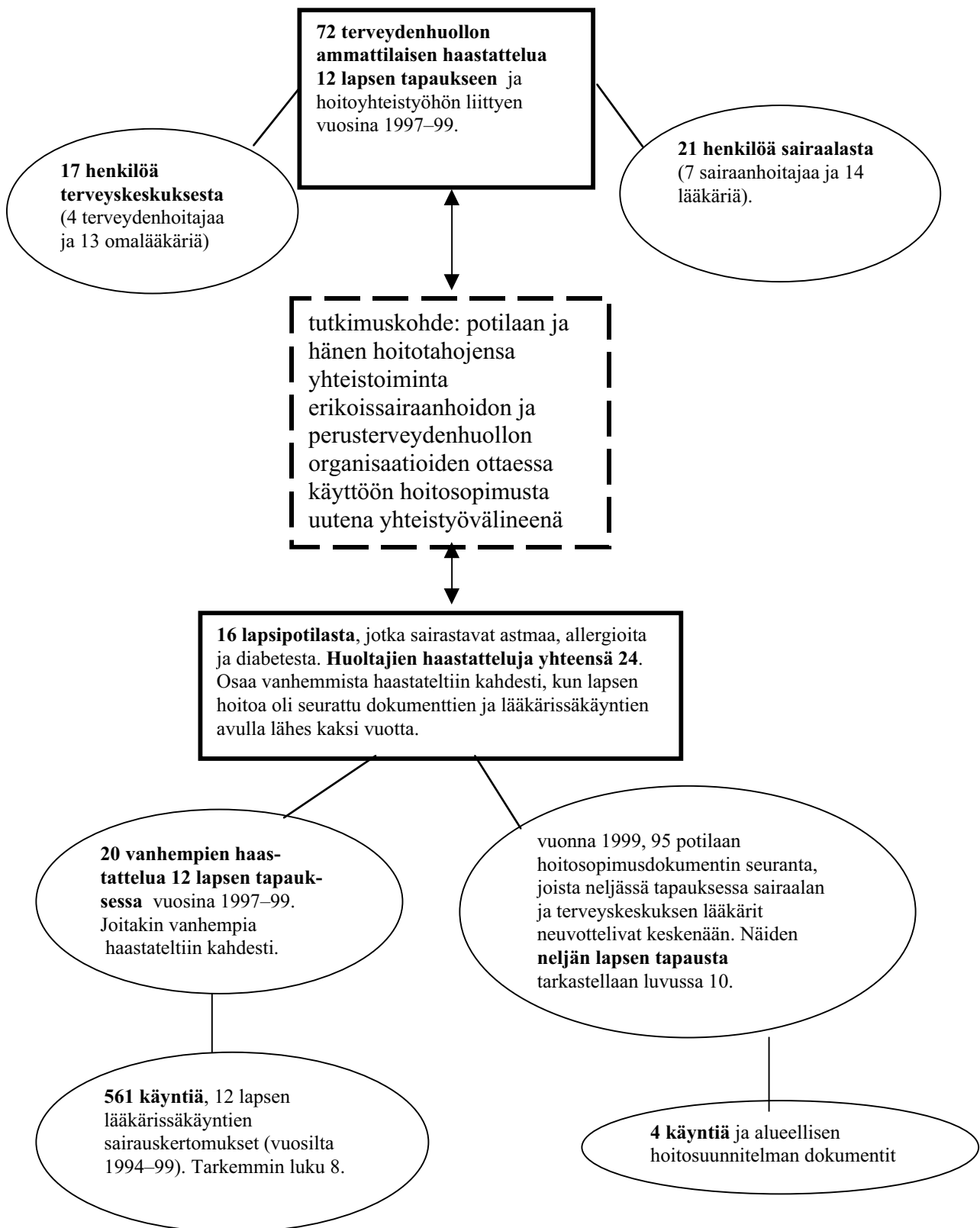
Aineisto sisältää kuva- tai ääninauhoitettuja sairaala- ja terveyskeskuskäyn-
tejä ja niihin liittyviä haastatteluja vuosina 1997–1999. Potilaan hoitoon liittyvän yhteistyön historiasta hankittiin tietoa sairauskertomusten avulla. Lasten sairauskertomukset kerättiin vuosilta 1994–1999. Vasta hoitoon tulleilla ja nuorilla lapsilla hoitotapahtumien analysoimisen aikajänne on lyhyempi ja vastaavasti vanhemmilla lapsilla pidempi. Sairauskertomuksista hoitoyhteistyöhön liittyvää tietoa tarkasteltiin keskimäärin 4.2 vuoden ajalta.

Taulukko 2. Tutkimusaineiston lapsipotilaiden perustietoja.

Lapsen nimi*	ikä	diagnoosi	lasta koskevien haastattelujen määrä		tullut tutkimukseen mukaan	tapahtumien seurannan pituus
			ammattilaiset	vanhemmat		
Jaana	5v5kk	astma	6	2	1997	6 vuotta
Sami	5v8kk	astma	6	2	1997	5 vuotta
Aatu	4v	astma, allegiat	6	2	1997	6 vuotta
Jussi	2v3kk	astma	7	1	1997	4 vuotta
Pentti**	1v	astma	(3) ei mukana	(1) ei mukana	1997	2 vuotta
Hoitosopimuksen käyttöönotto alkaa						
Sonja	2v2kk	allergiat	7	2	1998	4 vuotta
Miina	4v1kk	astma	4	2	1998	6 vuotta
Marko	13v	diabetes	4	1	1998	6 vuotta
Anni	6v	diabetes	4	2	1998	5 vuotta
Tiina	3v	diabetes	4	1	1998	4 vuotta
Nuutti	1v4kk	astma	9	2	1998	2 vuotta
Teemu	2v2kk	astma	4	2	1998	3 vuotta
Hannu	9v	astma	3	1	1998	1 vuotta
Alueellinen hoitosuunnitelma käytössä						
Henna	2v3kk	diabetes	2	1	1999	1 käynti
Hermann	3v7kk	astma	2	1	1999	1 käynti
Lasse	6v2kk	astma	2	1	1999	1 käynti
Milka	2v2kk	astma	2	1	1999	1 käynti
yhteensä			72	24		

* Lapsille on annettu peitenimet tunnistamisen suojaksi

** Pentti muutti toiselle paikkakunnalle, joten hänen tietojään käytettiin vain luvussa 8. Pentin tilalle tuli Hannu, joka on mukana muissa, mutta ei ole em. luvun analyysissa.



Kuvio 9. Yhteenvedo empirisen tutkimusaineiston kokonaisuudesta.

Neljän, viimeisenä tutkimukseen otettujen lapsipotilaiden analyysi koskee vain käyntiä, jolla alueellinen hoitosopimus lapselle tehtiin. Näiden lasten osalta ei tarkasteltu hoitohistoriaa, eikä muita sairauskertomuslomakkeita ja haastatteluissa pitäydyttiin hoitosopimuksen tekoon liittyvissä tilanteissa ja lomaketta arvioivassa kommentoinnissa.

Varjostamalla kerätty vastaanottoaineisto tallennettiin video- ja ääninauhottamalla aidoissa hoitotilanteissa. Myös haastatteluaineisto nauhoitettiin. Kuvanauhottetuissa lapsen vanhempien ja ammattilaisten haastatteluissa myös haastattelija on näkyvissä kuvaruudulla, kun kamera on sijoitettu huoneen nurkkaan. Kestoltaan haastattelut olivat 30 min – 1,5 tuntia. Kuvanauhottamalla kerätty aineisto palveli kehittämishanketta. Tähän tutkimukseen olisi yhtä hyvin riittänyt ääninauhottettu aineisto, jolla tavalla aineistoa pääasiassa kerättiinkin kehittämishankkeen päätyttyä. Nauhoitetut haastattelut on purettu tekstiksi ja tutkimuksessa esitetyt aineisto-otteet ovat sanatarkkaa suoraa lainausta. Tekstin litteraatio on sanatarkka, mutta esimerkiksi äänenpainojen eroja tai hiljaisten hetkien pituutta ei merkitty, vaikka naurahdusten tai itkun kohdalla niin meneteltiin.

5.3 Analyysimenetelmät

Jokainen tutkimukseni myöhemmistä empiirisistä luvuista sisältää omat yksityiskohtaiset menetelmälliset ratkaisut, jotka esitellään lukujen alussa. Esittämästäni kokonaisaineistosta on irrotettu osia, jotka ovat olennaisia kulloisenkin empirialuvun tutkimuskysymysten kannalta. Tähän ratkaisuun päädyin, sillä en olisi kyennyt tutkimaan historiaa, tiedon välittymistä tai vastuuta yhden ja saman menetelmän avulla. Luvun 7 historia-analyysi on toteutettu kehittävän työntutkimuksen metodiikalla ja esimerkiksi luvussa 8 tiedonvälittymistä on analysoitu kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin. Tiedonvälittymisessä tarkastellaan määrällisesti suurta aineistoa, jonka saaminen (tietoa mennyt ja minne) oli mahdollista sairauskertomustiedoista. Luvun 9 aineisto vastuusta on sisällöllisesti moniulotteinen (kenellä ja missä on vastuu) ja ilmiö itsessään vaikeammin tavoitettava (mitä vastuu ylipäättään on ja miten sen ottaminen näkyy toiminnassa) kuin objektiivisesti todettava tiedon välittyminen. Tarvitsin monia erilaisia menetelmiä.

Tässä kohdassa työtäni esitän yleisiä periaatteita aineistoni analyysista ja kolme käsitteellistä välinettä: **potilaan hoitoverkosto, potilaan hoitokaari ja suhteiden yhteyskohta** ja neljänneksi valitsin *'neuvottelevan ts. solmutyöskentelyksi nimetyn työtavan ulottuvuudet'*, jotka perustuvat aikaisemmin julkaistuun artikkeliimme (Engeström ym. 1999). Ulottuvuuksien käyttö perustuu päätökseen

tutkia uutta aineistoani työn kohteen laajenemista ja muutosta määrittelevien ulottuvuuksien avulla ja niitä täydentäen. Toimintajärjestelmän malli, joka esiteltiin teorialuvussa, on metodologinen rakenne, jonka avulla useassa paikassa (verkostossa) ja joskus jopa samanaikaisesti (hoitokaarella) tapahtuvat teot ja niistä seuraavat suhteet (yhteyksikohta) saadaan yhtäaikaisesti analyysin kohteeksi.

Tutkimusaineistossani tarkastelen 16 lapsen yliorganisatorisia hoitojärjestelyjä. Tutkimuksessani ei kuitenkaan ole kysymys **tapaustutkimuksesta**, sillä aineistoni ydin on 12 potilaan ryhmä kokonaisuutena. Altio-Marjosola (1999 verkkojulkaisu) on todennut, että tapaustutkimuksessa päätelmät esitetään yhtä tapausta tutkimalla tai useampia tapauksia toisiinsa vertaamalla (ks. myös Vuori J 1994, Glaser ja Strauss 1967, Burawoy 1998).

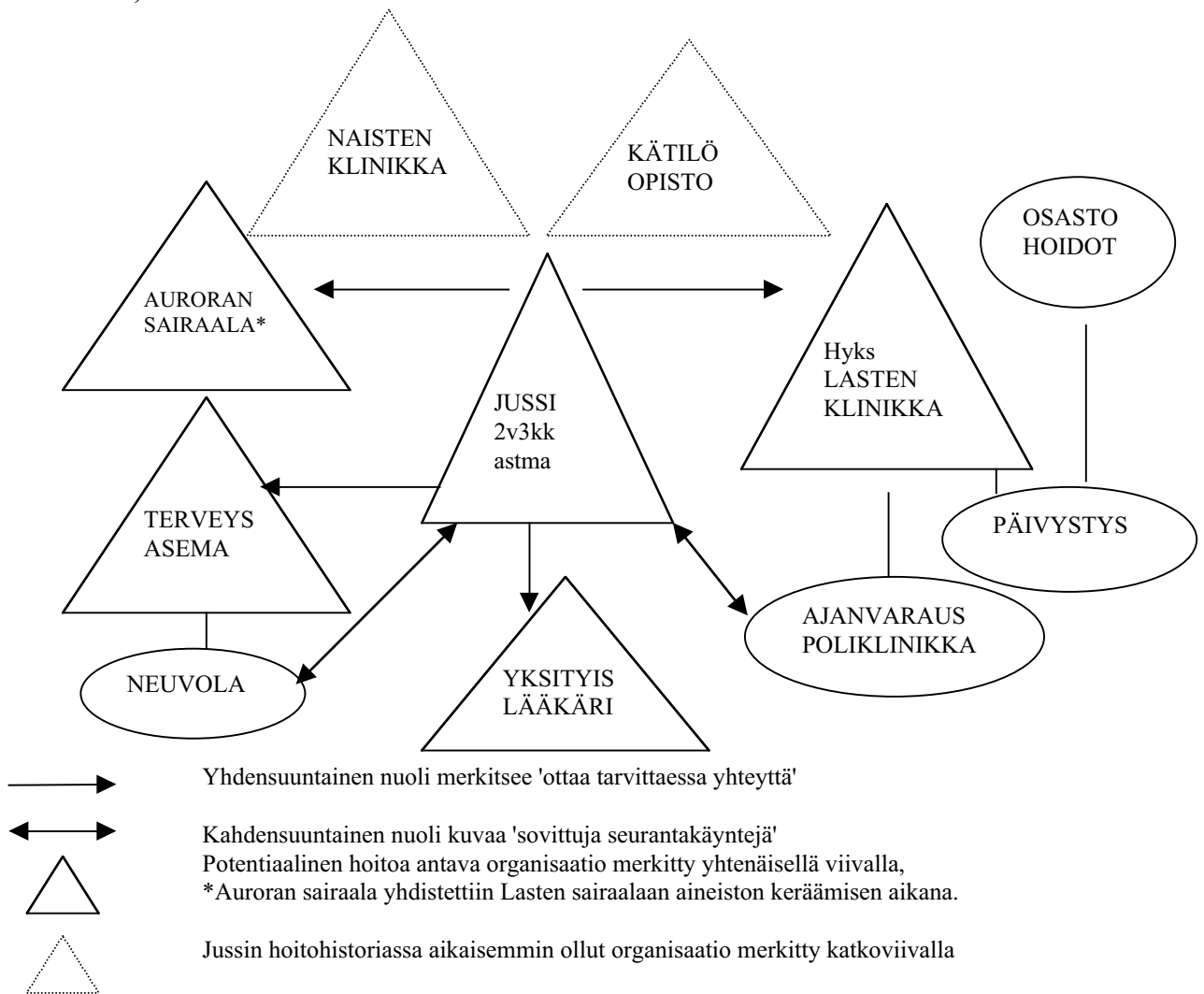
Päätelmäni perustuvat näiden kahdentoista lapsen hoitojärjestelyistä tehdyn **'klusterin' eli aineistoryhmittymän yhdessä tiivistämään** tietoon toiminnasta. Lapsen yksilöllinen hoito pääsi esille hoitokaarten avulla, jotka olivat jokaisella erilaisia. Olen siis tarkastellut yksilöllisten potilaiden tapauksia *kokonaisuutena, jolloin 12 tapauksessa ilmenevä yhteinen* on analyysini kohteena *tapausten välisten erojen vertailun sijaan*. Eroja tarkastelin kuitenkin niiden potilasryhmien välillä, joille hoitosopimus tehtiin ja joille ei tehty. Analyysi ei kohdistunut potilaiden yksilöllisiin eroihin vaan **eroihin, joita yhteistoiminnan rutiineissa oli potilasryhmistä tehtyjen klustereiden välillä**. Esitän tulokseni tältä pohjalta.

Rutiinien analyysi kohdistui *tapaan, jolla sairaala ja terveysasema ja niillä työskentelevät ammattilaiset tekivät yhteistyötä*. Tapa, yleisemmin ilmaistuna *toiminnan käsikirjoitus olisi voinut toteutua kaikkien lasten kohdalla*, mutta jokaisen lapsen yksilöllinen hoitotilanne määräsi, että samoja tekoja ei olisi voinut edes tehdä eri hoitovaiheessa oleville lapsille. Lapsen sairaudesta tai persoonallisuuksista johtuvan yksilöllisyyden erotin organisaation yleisestä tavasta häiriöitä analysoimalla. Etsin aineistosta työn häiriö- ja ongelmakohtia, jotka ovat tulos toiminnan ristiriidoista eivätkä yksilön suorituksesta (Toikka ja Kuivanen 1993, Engeström 1995, 41–47, 133, Engeström R 1999, 248).

Tarkastelin tutkimuksessani sellaisia työprosesseja ja toimintatapoja, jotka ovat organisaatiolle tyypillisiä, mutta aiheuttavat potilaan hoitamistoiminnalle ongelmia. Etsin yleistä toimintatapaa, joka ei yksilöityisi yksityisen ammattilaisen käyttäytymiseen, ominaisuuksiin tai henkilökohtaisuuksiin, vaan olisi kollegojen ammatillisesti hyväksymä tapa toimia. Silverman (1987) teki lasten poliklinista vastaanottotyötä tutkiessaan vastaavanlaista jakoa. Rutiiniksi hän määritteli lääkärinvastaanoton etenemisen ja yksilöllisyyttä ilmensi lääkärin ja potilaan kesken syntyvä vuorovaikutus. Tähän palaan potilaan hoitokaaren yhteydessä, mutta sitä ennen tarkastelen ensimmäistä analyysivälinettä hoitoverkkoa.

Hoitoverkosto

Piirsin kaikista 12 lapsipotilaasta lapsen vanhempien haastatteluissa antaman tiedon perusteella verkostokartan, josta seuraavalla sivulla on esimerkkinä Jussin hoitoverkosto. Verkostossa hahmottuvat lapsen nykyiset ja hoitohistoriassa olleet hoitosuhteet. **Verkostokartat visualisoivat organisatorisia paikkoja, joissa lapset saivat hoitoa.** Pitkäaikaissairailla helsinkiläisillä lapsipotilailla paikat voivat tarkoittaa kolmea eri synnytys sairaalaa, HYKSin Lasten ja nuorten sairaalaa, terveyskeskuksen³ yli 30 mahdollista terveysasemaa lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto mukaan lukien. Pääkaupunkiseudulla muilla kuin helsinkiläisillä pitkäaikaissairailla lapsilla hoitoa antavat myös aluesairaalat ja kuntien terveyskeskukset. Hoitopaikat vaihtelevat pääkaupunkiseudulla potilaan asuinpaikasta, sairaudesta ja sairauden hoidon vaiheesta riippuen (vrt. kuvio 6 Samin hoitoverkosto).



Kuvio 10. Esimerkkinä Jussin hoitoverkko.

³ Helsingin terveyskeskuksen organisaatio muuttui 2004 siten, että seitsemän alueellista terveyskeskusta sulautettiin yhdeksi.

Jussin, kuten muidenkin tutkimusaineistoni potilaiden verkostokartta on piirretty potilaan vanhempien ilmoittamien hoitosuhteiden perusteella. Haastatteluissa kävi ilmi, että *lapsipotilaan vanhemmat olivat ainoa taho, joka kykeni kuvaamaan lapsen hoitoon osallistuneiden toimijoiden kokonaisuuden*. Ammatillaiset eivät useinkaan tienneet toisistaan. Piirtämäni hoitoverkostot sisälsivät sekä aktiiviset hoitosuhteet että ne suhteet, jotka kuuluvat hoitohistoriaan. Verkoston avulla paikansin yhteistoiminnan osapuolet kunkin lapsen hoidossa.

Hoitoverkostokuvio sinänsä ei kerro toimijoiden yksittäisistä teoista, sairauden kulun tapahtumista tai lapsen hoitojärjestelyjen ajallisista muutoksista. Seikkula (1991, 25) onkin määritellyt, että sosiaalinen verkosto ei ole ryhmä, sillä verkoston kaikki jäsenet eivät ole tekemisissä keskenään. Hän toteaa, että verkosto muodostuu niistä kommunikaatiosuhteista, joita verkoston jäsenillä on toisiinsa. Seikkulan tutkimuksessa analyysin lähtökohtana oli potilaan ja hänen verkostonsa suhteiden ja niistä saadun tuen erittely, muun muassa vyöhykkeitä ja verkostotyyppejä tunnistamalla (ks. myös Pilisuk ja Hillier-Parks 1986). Kerosuon (2003) analyysissä potilaan tulkinnalle jäävän tilan rajallisuus osoittautui ongelmalliseksi yliorganisatorisessa vuorovaikutuksessa.

Seikkula (1991, 37) toteaa, että "perheen ja sairaalan yhteistyö näyttää synnyttävän itsenäiseltä vaikuttavan toimintajärjestelmän", mitä hän on nimittänyt rajasysteemiksi. Rajasysteemissä suhde on itseään ohjaava prosessi, jossa osapuolet vaikuttavat toisensa ymmärrykseen ja toimintatapaan (ks. myös Arnkil 1991). Seikkula sitoo analyysinsä yhteen organisaatioon ja akuuttiin hoitotilanteeseen (ks. myös Simoila ym. 1993). Karjalaisen (1996) yliorganisatorisessa verkostanalyysissä lähtökohtana oli viranomaisten väliset suhteet. Toimijoiden välisiä suhteita Karjalainen tarkasteli edestakaisena liikkeenä, mutta ei kuitenkaan ajassa etenevänä asiakkaan näkökulmasta etenevien tapahtumien ketjuna.

Verkostokartan tekeminen antoi tutkimukseeni välineen paikantaa toimijat, mutta se ei vielä tuonut esille sitä, kuinka toimijoiden väliset suhteet rakentuivat. Huomioimalla verkostokarttojen *yksilöllisen vaihtelun pystyin erottamaan sen, mikä toiminnassa oli toistuvaa* eli yleistä ja rutinoitunutta. Tarvitsin välineen yksittäisen lapsen hoitotapahtumien ja järjestelyjen hahmottamista varten ja löysin sellaisen Anselm Straussin trajektorin käsitteestä.

Potilaan hoitokaari eli trajektori

Strauss on käyttänyt **trajektorin** (illness trajectory) käsitettä yksittäisten tekojen keston ja etenemisen kuvaamiseen (arc of work), toimijoiden vuorovaikutuksen kehittymisen, sairaalan rutiinien kellonaikojen mukaisen ajankulumisen, sekä potilaan sairauden etenemisen kuvaamiseen (Strauss ym. 1985, 8, 30 Strauss

1993). Trajektori osoittautui sopivaksi menetelmäksi potilaan yliorganisatoristen hoitotapahtumien ajallisen prosessin jäsentämisessä.

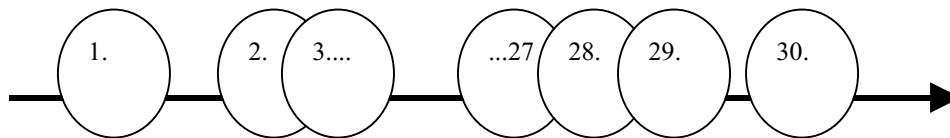
Tutkimuksessani potilaan hoitotrajektorit sisältävät kronologisen kuvauksen hoitotapahtumien etenemisestä hoitoverkostossa. Merkitsin trajektoreihin diagnoosien asettamiset, tietojen jakelut, läheteiden laittamiset, missä yksikössä hoitoa oli annettu ja oliko kyseessä päivystyskäynti, osastohoitojakso, polikliininen seurantaikäynti tai avosairaanhoidon vastaanotto, neuvolakäynti tai muu tutkimuskäynti. Hoitoverkoston käyttöä analysoin potilaan lääkäriä käyntien määrällä, mutta trajektorin avulla sain käsityksen potilasta hoitaneiden ammattilaisten tekojen sisällöstä ja hoidon ajallisesta jatkuvuudesta yli organisaatorajojen.

Muodostin hoitokaaret kokoamalla lapsen hoitotapahtumat ajanmukaiseen järjestykseen. Sovitin yhteen eri organisaatioista keräämäni sairauskertomukset⁴ ja niihin kirjatut tiedot. Hoitokaarten avulla sain näkyväksi hoidon ajalliset tapahtumat siinä järjestyksessä, kun ne potilaille tapahtuivat. Jatkuva sairauskertomuksessa ja terveystietomuksessa potilaan hoidon ajallinen eteneminen huomioidaan kyseisen organisaation käynneissä ja muualla annettu hoito jää niiden ulkopuolelle.

Tutkimukseni *havaintoyksikkönä ovat 12 lapsen hoitotrajektorit*. Ajallisesti trajektorit esittävät nykyisyyden, menneen hoidon ja tulevaisuuden, jos toimijat ovat sitä suunnitelleet. Kunkin kahdentoista potilaan trajektori alkaa tietystä aikapisteestä ja päättyy tiettyyn aikapisteeseen. Viidellä potilaalla trajektorin pituus oli 6 vuotta ja muilla tätä lyhyempi, kuitenkin vähintään vuoden mittainen. Trajektorien avulla tarkastelin tilanteita sen kannalta, millaisiin tekoihin toimijat ryhtyvät. Trajektoreilla kuvasin *paikallista aikaa eli sitä mitkä teot muodostavat yhdessä ajallisen jatkumon tai yhteyden tekijöiden toiminnassa* (ks. myös Engeström R 1999, 328).

Straussin 'neuvottelu-trajektorin' lisäksi muun muassa Silverman (1987, 86) käytti trajektori-käsitettä (trajectory of treatment) lapselle sairaalassa annettujen hoitotapahtumien ja niihin liittyvän päätöksenteon analysoimisessa. Trajektorin avulla Silverman vakioi lapsen sairauden vaiheenmukaisen lääkärinvastaanottoolosuhteen (site), jonka perusteella hän analysoi vanhempien ja ammattilaisten asemia vuorovaikutuksessa. Silverman tarkasteli lapsen vanhempien sopeutumista lääkärinvastaanoton rutiineihin ja tilanteita, kun niin ei käynyt (39, 86).

⁴ Pääkaupunkiseudulla oli tutkimusaineistoa kerättyä jokaisella organisaatioportaalla (yliopistosairaala, aluesairaala, terveyskeskus) oma jatkuva sairauskertomuksensa, jota säilytettiin ko. organisaation arkistossa. Tämän lisäksi yliopistosairaalan eri klinikoilla olivat omat kertomuksensa, joita säilytettiin ko. klinikkasairaaloissa. Yhtä yhteistä yliopistosairaalan eri klinikoissa annettun hoidon kokoavaa, saati muiden organisaatioiden tiedot kokoavaa sairauskertomusta ei ollut käytössä. Lapsen sairauskertomus koostui eri arkistoissa olevista osasista.



1. Syntymä 1995.¹
2. Siirto toiseen sairaalaan jatkohoitoon "kasvamaan" ennen kotiutumista.
3. Ensimmäinen neuvolakäynti, kun terveydenhoitaja tulee kotiin.
jne...
28. Neuvolakäynti omalla terveysasemalla. 5/98
29. Astmakontrolli. Lastensairaala. Ei todettu allergioita. Kopio lähetetty kotiin ja omalle terveysasemalle. 8/98
30. Astmakontrolli. Lastensairaala. "Päiväkodista kerrottu, että hengitys vinkuu rasituksen jälkeen toisinaan. Äiti ei ole vastaavanlaista kotona huomannut... Seuranta voidaan jatkaa omassa tk:ssa. Tarvittaessa uusi lähete...". Terveysasemalle mennyt epikriisikopio, mutta ei kotiin. 12/98

¹Numerot kuvassa tarkoittavat käyntejä terveydenhuollossa (tarkka päivämäärä poistettu anonyymiteetin suojaamiseksi).

Kuvio 11. Jussin hoitotrajektorin esimerkkinä paikallisesta ajasta kuvaten käyntejä ja niiden järjestystä terveydenhuollossa.

Yksittäisen lääkärint vastaanoton osalta Byrne ja Long (1976) hahmottelivat vastaanoton etenemisen rungon aloituksesta erilaisten vaiheiden kautta vastaanoton lopetukseen. Pitkäaikaissairaiden lasten, heidän vanhempinsa ja ammattilaisten vuorovaikutustutkimuksissa on analysoitu jatkuvuutta myös keskustelun etenemisen ulottuvuutena (Strong 1979, Pyörälä 2000).

Etsin trajektorien avulla toiminnan yliorganisatorisia rutiineja, niistä poikkeamia ja erilaisten tilanteiden välisiä yhteyksiä; esimerkiksi millaisessa hoidon vaiheessa potilaasta välittyy todennäköisimmin tietoa hoitotahojen välillä.

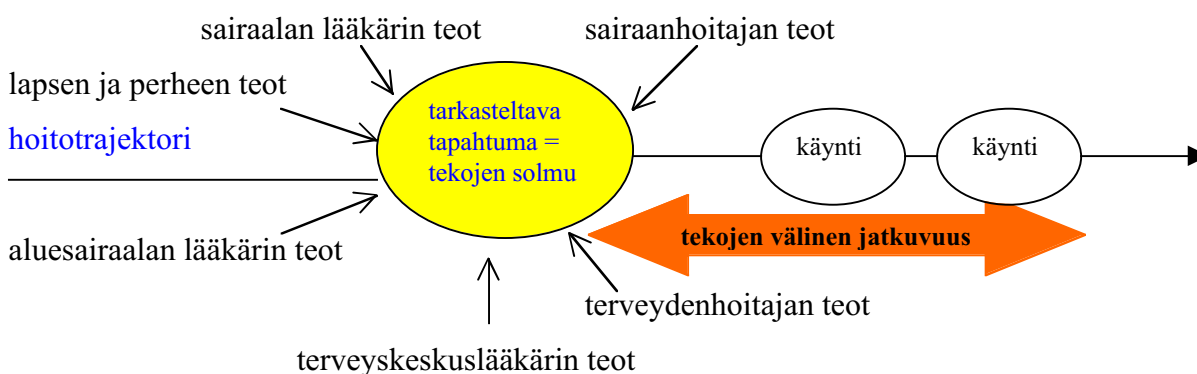
Solmut eli yhteyskohdat

Analyysissäni yhteyskohdan eli solmun avulla tarkastellaan eri toimijoiden tekoja ja tekoihin liittyvää puhetta suhteessa potilaan hoitotapahtumaan. Yhteyskohdassa toimijoiden suhteet riippumatta tekojen ajallisesta eri- tai samanaikaisuudesta tulevat saman yhteistoiminnan (toimintajärjestelmällä mallinnettu) kontekstiin.

Tätä analyysia varten haastatteluaineisto luokiteltiin Atlas-Ti laadullisella tekstinkäsittelyohjelmalla siten, että jokaisen potilaan hoitoa voitiin tarkastella omanaan ja myös niin, että potilasryhmät muodostivat omat kokonaisuutensa. Luokittelussa paikannettiin tiedonvälittymiseen ja vastuuseen liittyvää puhetta sekä toimijoiden neuvottelua ja hoitojärjestelyjä käsittelevät aineistokohdat. Luokittelun perusteella voitiin muodostaa tiettyyn käyntiin tai tiettyyn asiayhteyteen liittyviä kokonaisuuksia (yhteyskohta), joissa eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten ja lapsen vanhempien puhetta sekä siihen liittyviä tekoja voitiin tarkastella rinnatusten ja suhteessa toisiinsa.

Tutkimuksessani verkostokartat havainnollistavat toimijatahot ja siten myös paikat, joissa toiminta tapahtui. Trajektorit kuvaavat ajassa ja potilaskohtaisesti tapahtuneita hoitojärjestelyjä ja niiden toteutumista useissa eri organisaatioissa. Trajektorit pitävät sisässään tilanteiset teot, joita yhteyskohtien solmut edustavat. Verkosto oli karkein analyysintaso ja yhteyskohta tarkin.

Ajan ymmärtämisellä yleisemmin on tärkeä merkitys tutkimusasetelmasani. **Aika ilmenee tutkimuksessani neljänä erityispiirteenä:** 1) historiallinen aika ja nykytilanne, 2) aika toiminnassa ennen ja jälkeen hoitosopimuksen, 3) aika toiminnassa läsnäolon ja poissaolon välissä ja 4) tuleva aika ja sen lähi-kehitys



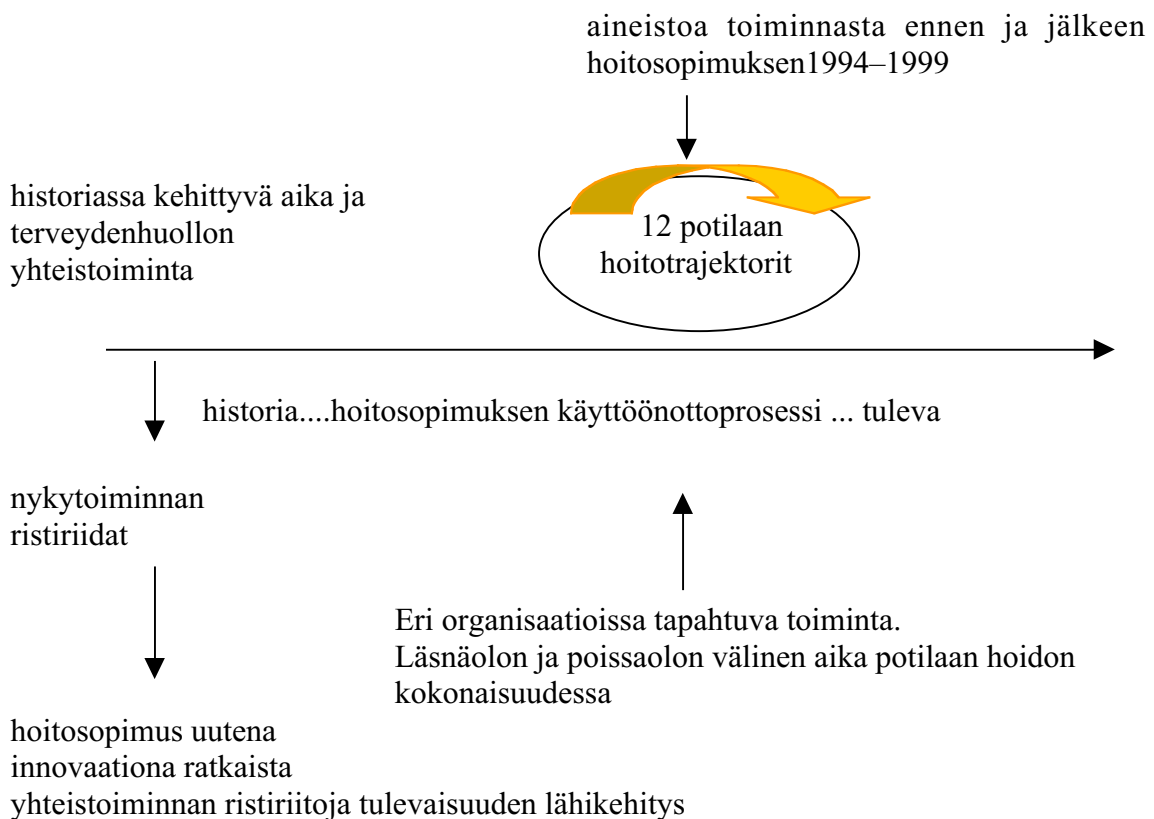
Kuvio 12. Yhteyskohdan (solmun) käsite hoitotrajektorissa analysoitavien tekojen yhteenliittäjänä ja tekojen jatkuvuuden tarkasteluyksikkönä.

Engeström R (1999, 68) on kuvannut toiminnan analyysissa kahden erilaisen tulkinnan ja merkityksen aineksen yhteensovittamista, jossa käy ilmi historian ja nykytilanteen välinen aikasuhte. Ensimmäinen aines ovat ne merkitykset, joita toimijat *tuottavat tilanteissa toimiessaan*, ja toinen aines ovat ne toiminnan merkitykset, jotka ovat olemassa toiminnan *historiallisen jatkuvuuden myötä*.

Tutkimukseni analyysissa yhteistoiminta rakentuu *läsnäolon ja poissaolon vaihtelun* kautta. Se, mitä tapahtui saman toimijan vastaanoton lopetuksen ja seuraavan kerran aloituksen välissä on oleellista. Siihen, mitä välillä tapahtuu on useita vaihtoehtoja pitkäaikaissairaalla tai monista samankin sairauden oireista kärsivällä potilaalla. Ensinnäkin potilas oli seuraavaa tapaamista aloitettaessa mahdollisesti ollut kommunikaatiossa toisen ammattilaisen kanssa. Toiseksi ammattilaiset ovat saattaneet viestiä toisilleen organisaation rutiinien välityksellä potilaan asiassa niin, että potilas on tiennyt asiasta. Kolmanneksi ammattilaiset ovat keskustelleet keskenään ilman että potilasta on identifioitu ja niin edelleen.

Tutkimusasetelmassani korostuu *aika ennen ja jälkeen hoitosopimuksen*, vaikka vertailuasetelmasta ei perinteisessä mielessä ole kysymys. Toimintaa tutkitaan kontekstissa jossa se tapahtui, "kun hoitosopimusta ei ollut olemassa", ja "kun hoitosopimus oli käytössä". Toiminnan muutos on voinut tapahtua myös muusta kuin hoitosopimuksesta johtuvasta seikasta tai hoitosopimuksen ja muun seikan yhteisvaikutuksesta, joten hoitosopimuksen merkitys yhteistoiminnan muutoksen selittäjänä on rajallinen eikä tutkimuksessa voi sen varaan yksin nojata. Hoitosopimusta käytetään pikemminkin välineenä, jonka kautta on mahdollista päästä kiinni toimintatapaan ennen sitä ja toimintatapaan sitä käytettäessä. Toiminnassa ammattilaiset ja potilaat rakensivat keskinäisiä suhteitaan yhteistoiminnassa käyttämällä hoitosopimusta ja myös silloin, kun eivät sitä käyttäneet.

Neljäs aikaa koskeva seikka tutkimuksessani on *historian ja nykytoiminnan sekä tulevaisuuden lähikehityksen läsnäolo*. Nykytoiminta on käytännössä joka hetki jo mennyttä toimintaa, mutta aina uusilla teoilla itseään uusintaessa toiminta samalla kantaa sisällään mennyttä historiaa ja tulevaisuuden mahdollisuuksia.



Kuvio 13. Tutkimusasetelmassa kietoutuvat neljä tapaa hahmottaa aikaa

Yhteistoiminta syntyy toimijoiden välisistä suhteista ajassa ja paikassa ja purkautuu, kun suhde häviää. Se jättää jälkensä historialliseen aikaan. Yhteistoiminnan jäljittäminen on mahdollista, kun suhteista rakentunut yhteistoiminta jättää jälkensä työnjakoon, välineisiin ja sääntöihin. Vastavuoroisesti nuo toimintajärjestelmän elementit jättävät jälkensä toistensa kanssa suhteeseen asettuneisiin toimijoihin ja vaikuttavat myös toimijoiden tuleviin suhteisiin. Terveysthuollon rakenne on historiallisesti syntynyt ja se ohjaa toimijoita tiettyyn toimintaan, mutta virallinen rakenne voi muuttua toimijoiden yliorganisatoristen suhteiden muuttuessa. Historiallisen rakenteen ja yksilöiden situationaalisten tekojen välittävänä tekijänä on toiminta ja tapauksessani yhteistoiminta.

5.4 Kehittävän tutkijan positiosta

Alkaessani kerätä tutkimusaineistoa olin ollut Lastensairaalan kentällä jo vuotta aiemmin projektimme työllistämänä ja siten olin henkilökunnalle ennestään tuttu lasten sairaanhoidon yhteistyöhankkeen alkaessa. Kontaktini terveyskeskuksen henkilökuntaan syntyivät tällöin. Kehittävän työntutkimuksen piirissä tehdyt tutkimukset perustuvat usein organisaatioissa toteutettuihin kehittämishankkeisiin ja hankkeiden aikana kerätyt aineistot palvelevat projektien päättymisen jälkeen tutkimusaineistona (Engeström 1995, Virkkunen ym. 1999).

Minulla oli oikeus liikkua vapaasti Lastensairaalan tiloissa tutkimusaineiston keräämisen ajan ja olin tervetullut seuraamaan lääkäreiden ja sairaanhoitajien työskentelyä. Terveyskeskuksessa ja muissa sairaaloissa olin vierailijan asemassa ja pääsin mukaan tilanteisiin etukäteen sovittuina ajankohtina, mutta en voinut jäädä terveyskeskukseen havainnoimaan useiksi tunneiksi tai osallistua työyksiköiden sisäisiin kokouksiin. Oma positioni on ehkä vaikuttanut esittämiseeni siten, että sairaalan toiminnan yksityiskohtainen havainnointi painottuu terveyskeskusta enemmän.

Vapaamuotoisten kahvikeskustelujen lisäksi saatoin vielä aineiston keräämisen päätyttyä tarkistaa tulkintani pätevyyttä asiantuntijoilta itseltään. Sain heiltä neuvoja tutkimukseni pitkäaikaissairaiden lasten sairauden luonteesta ja hoidosta sekä tulkinta-apua, kun koin spesifin asiantuntijatiedon olevan tarpeen yhteiskuntatieteilijän ymmärryksen tarkistamisessa. Minulla oli mahdollisuus käydä sähköpostikeskusteluja joidenkin lääkäreiden kanssa vielä kehittämishankkeen päätyttyä ja tutkimustyön alettua. Tämä oli mahdollista kehittämishankkeessa syntyneiden suhteiden ansiosta. Tutkijan asema ei ole neutraali eikä ulkopuolinen eikä tiede ole kohteensa ulkopuolella (mm. Rantalaiho 1988, 35).

Honkasalo (1994) on kuvannut, kuinka vieraudesta voi olla etunsa ja tuttuudesta haittansa tehtäessä etnografista tutkimusta tutussa yhteisössä. Jälkimmäisessä saattaa olla vaikeutena nähdä "toisen silmin". Yhteiskuntatieteilijänä en voi väittää tuntevani saati jakavani hoito- tai lääketieteen tietoperustaa ja merkitysmaailmaa enkä niitä perusteita, joilla alan asiantuntijoiden teot merkityksellistyvät. Tämän yhteiskunnan jäsenenä potilas, tutkija ja ammattilaiset kuitenkin jakavat saman kulttuuris-yhteiskunnallisen kontekstin.

Asiantuntijat ovat spesialisteja omalla alallaan, mutta he eivät välttämättä ole spesialisteja työhönsä liittyvien muiden kuin sisällöllisten kysymysten alalla. Asiantuntijat eivät välttämättä tunne kiinnostusta oman erikoisosaamisen ulkopuolisiin kysymyksiin tai työnsä sosiaaliseen rakentumiseen, vaan heille riittää oman erityistehtävän suorittaminen optimaalisella tavalla. Kuitenkin eri ammattikuntien ja organisaatioiden tehtävät liittyvät toisiinsa ja näiden suhteiden tutkiminen tarjoaakin mahdollisuuksia järjestää myös ydintehtävien toteutusta uudella tavalla. Suomessa terveydenhuollon hallinnollinen ja taloudellinen päätäntävalta on pidetty pitkälle oman profession hallussa eikä sairaaloiden tai terveystieteiden johtajiksi ole valittu terveydenhuollon ulkopuolisen ammattikunnan edustajia. Oman työn kehittäminen on tätä kautta ollut profession itselleen tärkeätä niin sisällöllisesti kuin taloudelliseltakin kannalta (Suomen lääkäriliitto 1999 ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1998).

Engeström (1995, 126) on kuvannut kehittämishankkeen tutkijaroolia seuraavasti: tutkija tallentaa tapahtumien kulkua, erittelee niitä kriittisesti ja tarvittaessa puuttuu niihin aktiivisesti. Tutkija myös reflektoi omia tekojaan ja tuloksiaan. Suoranta ja Eskola (1996, 79) tähdentävät, että havaintojen teko on subjektiivista ja valikoivaa toimintaa, jossa tutkija tekee havaintonsa tutuista ja käsitteellisistä asioista ennako-oletustensa ohjaamana.

Olen tutkinut terveydenhuoltoa aiemmin sekä työskennellyt siellä, mutta määrittelen paikkani oman alan asiantuntijana pyrkimättä kilpailemaan potilaan hoitamisessa tarvittavasta asiantuntemuksesta ammattilaisten kanssa. Hyysalo (2000) on todennut, että mikäli tutkija ei halua rajata tutkimustaan vain sosiaalisten aspektien tutkimiseen irrottamalla ne itse asiantuntijatyön sisällöstä, on tutkijan hyväksyttävä näkökulmansa rajallisuus toisen asiantuntijakunnan osamisalueella.

Erittelemällä kriittisesti ammattilaisten työn sosiaalista ja historiallista rakentumista sekä tekemällä toimintaa näkyväksi voi yhteiskuntatieteilijä antaa oman asiantuntemuksensa ammattilaisten käyttöön. Tässä tutkimuksessa ammattilaisten toimintaa havainnoitiin konkreettisissa potilaan hoitamiseen liittyvissä tilanteissa. Arjen tekoja tallennettiin systemaattisesti haastattelujen ja materiaa-

listen dokumenttien lisäksi. Tutkimusaineisto koostuu kaikesta tiedosta, mikä on nauhoitettuna, asiakirjoissa tai tutkimusraportin muodossa reaalisesti olemassa.

Valikoituja kuvanauhoja esitettiin⁵ kehittämisistunnoissa ammattilaisten kriittisen keskustelun käynnistämiseksi. Yksittäisten ammattilaisten kokemuksen ja lausumien subjektiivisuus, mikä nauhalla kuultiin, tuli kollektiiviseen uudelleenarviointiin. Engeström R (1999, 124–131) on arvioinut kuvanauhoitetun aineiston käyttöä ja etuja sosiaalisen ja materiaalisen ympäristön tallentamisen välineenä. Kuvanauhoittamalla on mahdollista saada taltioitua monta samanaikaista tapahtumaa kerralla: ihmisten liikkeit, puhe, ympärillä olevat ihmiset, ihmisten välinen vuorovaikutus ja esineiden ja tilan käyttö jne. sellaisessa muodossa, johon tutkija voi helposti palata analyysinsä myöhemmissä vaiheissa.

Kehittävässä työntutkimuksessa tutkija ei lähde tulkitsemaan aineistoaan suoraan, vaan tulkinta suoritetaan teoreettisten välineiden, kuten toimintajärjestelmän avulla. Vastaavasti esimerkiksi grounded theory -lähestymistavassa ilmiöstä aineistolähtöisesti saatu tieto ratkaisee teoreettiset valinnat (Strauss ja Corbin 1994, Siitonen 2004 verkkojulkaisu). Havaintojeni tekemistä ohjasivat teoreettiset näkökohdat. Esimerkiksi jo haastattelukysymykset johdettiin toiminnan teoreettisen mallin avulla siten, että toiminnan eri osa-alueista, kuten säännöistä, työnjaosta ja työvälineistä, hankittiin tietoa.

Tutkijana en havaintoja ja haastatteluja tehdessäni pyrkinyt tietoisesti vaikuttamaan tutkittavien tekoihin tai ymmärrykseen, mutta niin tapahtui myöhemmissä kehittämisistunnoissa, kun työntekijöiden kollegat, potilaat ja tutkijaryhmä esittivät kommentteja kuvanauhoilla esitettyihin puheenvuoroihin ja tapahtumiin. Hoitosopimusmenettelyn käyttöönotto oli merkittävä vaihe oman positioni kannalta. Kysymysten esittämisen ja havainnoinnin rinnalla otin informantin roolin tilanteessa, jossa hoitosopimus oli uusi käytäntö. Uuteen toimintatapaan ryhtyminen herätti kysymyksiä varsinkin niissä ammattilaisissa, jotka eivät itse olleet osallistuneet hoitosopimuksen kehittämiseen. Jouduin usein kertomaan hoitosopimuksen tavoitteista ja syntytaustasta. Kehittämishankkeen etenemisen eri vaiheet määrittivät siten merkittävästi tutkijan roolejani.

Työntekijöillä oli kokemuksia ja turhautumisia toimimattomasta yhteistyöstä, luottamuspulasta ja organisaatioiden välisestä epäsymmetriasta, joten jaoin heidän kanssaan yhteisen intressin luoda yhteistyöstä sujuvampaa. Monasti sain kuulla ammattilaisten ja potilaiden pohtivan omia asenteitaan, ennakkoluulojaan ja toiveitaan. Tällöin sain tietää myös sellaista, mitä en ollut osannut kysyä ja siitä, minkä he kokivat vaikeaksi tai muutosta vaativaksi omassa ammatissaan, työssään tai yhteistyössään omien kollegoiden ja muiden ammattilaisten kanssa.

⁵ Kuvanauhojen esittämiseen pyydettiin ja saatiin lupa niissä esiintyviltä henkilöiltä.

Sain myös kuulla siitä, mikä toimii mainiosti ja mitä ei ole syytä muuttaa. Tutkimusintressini, siis käytännön toimintatapojen kehittäminen ja tutkiminen, oli siten henkilökunnan ja potilaiden tiedossa. Koin, että avoimuudestani kuunnella ja keskustella oli apua tutkimieni ammattilaisten haastatteluun motivoinnissa ja yhteistyön kannalta oleellisten kysymysten kehittämisessä.

Tutkijanroolin merkitystä aineistonkeräysvaiheessa ei voi vähätellä, sillä ihmistieteessä tutkija on väline, jonka avulla tieto hankitaan (Raunio 1999). Tutkimuskysymykset ja aineiston analyysi voidaan kuitenkin asettaa siten, että tutkijan osuus voidaan arvioida suhteessa tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessani pyrin sellaiseen kysymyksenasetteluun ja aineiston hankintaan, jolla muutos voidaan osoittaa, jos sitä on tapahtunut. Sen vuoksi tutkijan muuttuva rooli, toimiminen sekä kehittäjänä että tutkijana, ja sen vaikutukset tutkittavaan kohteeseen on huomioitava kehittämisprojektissa ja aineiston hankinnassa. Vuorovaikutukseen tai toiminnan muutokseenkin haastava tapa hankkia aineistoa, kuten kysymyksen tai kommentin esittäminen autenttisisessa hoitotilanteessa tai tiedon välittäminen eri toimijoiden välillä, on hyvä ottaa huomioon jo rakennettaessa tutkimuskysymyksiä ja viimeistään suunniteltaessa aineiston analyysia.

Seuraavassa näytän esimerkin aineistostani ja analyysin rajauksesta.

[Jussi on sairaanhoitajan vastaanotolla hoitotilanteessa]

Sairaanhoitaja: ... paino 14.6. Sitten on pituus 88.2. Selvä nyt voi pukea päälle... ja sitten mennään sinne prick-testeihin. Nehän laitetaan tuohon käsivarteen.

Potilaan äiti: Joo, sille on kerran ennenkin tehty.

Sairaanhoitaja: Ai, täällä meillä vai onks se?

Potilaan äiti: Ei, kun Aurorassa.

Sairaanhoitaja: Aurorassa, joo, joo.

[tilanne päättyy ja hoitaja on hyvästellyt lapsen äidin ja he ovat lähdössä huoneesta, kun kysyn asiasta, josta ei keskusteltu]

Tutkija⁶: Niin, olitteks te käynyt täällä ajanvarauspuolella aiemmin?

Potilaan äiti: Tällä puolella?

Tutkija: Niin, päivystyksessähän te kävitte, mutta?

Potilaan äiti: Sairaalapäivystyksessä ja terveyskeskuspäivystyksessä.

Sairaanhoitaja: Mutta, ette täällä ajanvarauspuolella?

Potilaan äiti: Ei.

Esitän vielä jatkoksi aineisto-otteen, joka liittyy ylläolevaan tilanteeseen. Tämän jälkeen totean, mistä asioista olen aineistoa tulkitessani kiinnostunut ja mitä asioita valitsen analyoitavaksi. Käytän valintojani kuvaavina esimerkkeinä näitä kahta otetta.

⁶ Kaikki myöhemminkin esiintyvät tutkijan puheenvuorot ovat allekirjoittaneen.

[Myöhemmin samana päivänä palaan haastattelemaan samaa sairaanhoitajaa. Hän alkaa oma-aloitteisesti selittämään aikaisempaa tilannetta sen jälkeen, kun kysyin ”Missä muualla lasta hoidetaan?”]

Jussin sairaanhoitaja: "Siis mun pohjatiedot on se, että mä oon eilen valmistanut noi paperit. Ja itse asiassa mä kyllä, kun mä punnitsin sitä lasta, niin tiesin sen Auroran jutunkin ja ajattelin, että jos olis lukenut aikaisemmin sen, se ois voinut lukee jossain tuolla tekstissä, missä hällä Auroran paperitki ois ollu tääl valmiina. Mutta tota noin ja tässähän kyllä, kyllä tota tilataanki, kun tiedetään että on. Tässä on Auroran papereita koko toi hylly täynnä. Et jos me ennalta tiedetään, että potilasta on aikaisemmin siellä hoidettu niin tilataan paperit."

Kysymykseni [lihavoitu tutkijan puhe em. otteessa], jonka esitin aikaisemmin vastaanottotilanteen päättyessä pysäyttämällä tilanteen luonnollisen etene-
misen, näyttää aluksi tuovan esille sen, ettei sairaanhoitaja olisi ollut tietoinen potilaan aiemmista käynneistä tai hoitohistoriasta. Asian voisi myös tulkita siten, ettei hoitaja ollut pitänyt tietoa niin merkittävänä, että olisi selvittänyt potilaan aikaisemmat käynnit valmistautuessaan kohtaamiseen. Myöhemmässä haastattelussa hoitaja kuitenkin kumoaa oletukseni ja kertoo tienneensä potilasta hoidetun Aurorassa ja valmistautuneensa vastaanottoon; paljastuu, että työkäytännöissä olisi kehitettävää.

*Tutkijana en kuitenkaan arvuuttele, kertoiko sairaanhoitaja asian totuudemmukaisesti vai ei, enkä esitä sen perusteella erilaisia tulkintoja, vaan kohdistan huomioni "totuudellisesta tulkinnasta riippumattomaan" tekijään – **työkäytännöön***, joka aiheutti epäjatkuvuuden potilaan hoidossa. Työkäytännöstä esitän tulkintoja ja annan lukijalle nähtäväksi saman aineistokohdan, johon oma tulkintani perustuu.

Hoitaja kertoi aineisto-otteessa, että luki potilaan paperit liian myöhään, jotta olisi ehtinyt enää tilata niitä toisesta organisaatiosta. Käy ilmi, että jos hoitaja olisi tiennyt, että aiemmin tapahtuneen osastohoidon aikana potilaan papereita ei oltu tilattu, hän olisi sen tehnyt. Hoitaja ei ollut tiennyt asiaa ajoissa, vaan oli luullut Auroran papereiden tulevan oman yksikkönsä papereiden mukana. Tässä tapauksessa **tutkija vaikutti kysymyksellään keskustelun kulkuun saaden uutta informaatiota organisaatioiden välisestä** tiedon vaihdosta sekä saman organisaation eri yksiköiden (poliklinikan ja osaston) toiminnan jatkuvuudesta.

Kysymykselläni ei kuitenkaan ollut mitään vaikutusta siihen, miten tieto oli kulkenut organisaatioiden välillä ja sisällä, mutta se myötävaikutti siihen, että sairaalassa käynnistettiin keskustelu potilaspapereiden siirrosta organisaatioiden välillä. Tiedonkulkua pohtiessani huomasin, että sitä rajaa, mistä asioista tutkija kykenee joitain sanomaan, on tietoisesti haettava. Kuvaan seuraavan esimerkin avulla tätä rajaa.

Tutkija: Tiedätsä sitä, että onko Jussia hoidettu Lasten ja nuorten sairaalassa?

Jussin omalääkäri terveysasemalla: En, en. Ei oo ollu mitään ... ei oo täällä mitään merkintää eikä yhtä ainutta epikriisii tai paperii. Nää on lasten terveysaseman päivystyslappuja nää mitä on.... mitään tietoa mulla ei oo tai diagnooseja, että hän ois käynyt Lasten ja nuorten sairaalassa.

Tutkija: Hänellä on todettu astma tuolla Lasten sairaalan osastolla syyskuussa. Missä vaiheessa sä toivoisit, ett sulle tulis jotain tietoo?" [haastattelu 27.11.1997]⁷

Tutkija voi helposti tarkistaa potilaan asiakirjoista onko tieto siirtynyt, mutta ellei hänellä ole lääketieteellistä pätevyyttä, hän ei voi itse arvioida ovatko "oikeat" tiedot siirtyneet tai mitä tietoa olisi pitänyt siirtyä. Tätä on kysyttävä ammattilaisilta ja potilaalta. Ammattilaisilla voi olla eri näkemyksiä siitä, mikä tieto on sisällöllisesti relevanttia, joten tutkijan tehtävänä on ottaa selvää eri näkökulmista: mitä tietoa, milloin ja miksi he olisivat tarvinneet tässä tilanteessa? Kiinnitin kysymykseni potilastapauksiin, jotta erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhempien näkökulmat konkretisoituvat.

⁷ Tästä eteenpäin omalääkäreitä on haastateltu terveysasemalla ja sairaalan lääkäreitä sairaalassa, joten vain potilaan kohdalla ilmoitetaan haastattelupaikka erikseen.

6 HOITOSOPIMUKSEN KEHITYS YHTEISTYÖVÄLINEEKSI

Tutkittaessa uusien työvälineiden käyttöönottoa ja toiminnan kehittämistä ei prosessi ole juuri koskaan ollut suoraviivaisesti etenevä tai yllätyksetön tapahtumaketju (Ohtonen 2002, Miettinen ym. 2003, Hyppönen 2004, Saaren-Seppälä 2004). Tässä luvussa käsittelen toimijoiden suhtautumista hoitosopimukseen ja käyttöönoton etenemistä kolmessa vaiheessa. Luku on tarpeen, jotta lukija saa käsityksen hoitosopimuksen tekemisestä käytännössä ja tutkimusympäristöstä. Käyttöönottoprosessin kuvaus havainnollistaa toimijoiden positiivisten kokemusten lisäksi hoitosopimusta koskevaa kritiikkiä. Kriittinen argumentointi ei pääse esille enää myöhemmissä empiirisissä luvuissa, sillä niissä analysoidaan toteutuvaa toimintaa, eikä enää toiminnan kehittämiseen liittynyttä käyttöönottoa.

Tässä luvussa käyttämissäni esimerkeissä ammattilaiset ja lasten vanhemmat ovat samoja henkilöitä kuin myöhemmissä empiirisissä luvuissa. Esimerkit ovat aineistostani valikoituja osia, joiden avulla jäsenän tutkimaani kulttuurista ympäristöä ja teen sitä lukijalle näkyväksi.

6.1 Lastensairaalan kehittämisprojekti

Lastensairaala kutsui lokakuusta 1997 helmikuulle 1998 pidettyihin kymmeneen kehittämisistuntoon pääkaupunkiseudun terveyskeskuksista ja muista HYKS-sairaaloista lääkäreitä, sairaanhoitajia ja joitakin erityistyöntekijöitä. Istunnoissa vieraili myös asiantuntijoita perusterveydenhuollon ja sairaaloiden hallinnosta. Osallistujien määrä istunnoissa oli noin 60 henkilöä. Istunnoissa esitettiin kuvanauhalla potilastapauksia, joissa lapsipotilaan vanhemmat ja lasta hoitavat ammattilaiset kertoivat yhteistoiminnasta. Niissä kuultiin ja pyrittiin käsitteellistämään ammattilaisten ja lapsipotilaiden vanhempien kokemusta tasavertaisesti – yhtä pätevänä kertomuksellisena tietona. Lapsen asiaa käsiteltäessä vanhemmat olivat usein myös itse paikalla osallistumassa keskusteluun. Kehittämisistunnoissa 'potilas' ei ollut passiivinen kohde vaan aktiivinen vaikuttaja ja tässä tapauksessa vanhemmat lapsensa huoltajina edustivat potilaan näkökulmaa.

Istunnoissa keskusteltiin potilaan kokonaishoidon hallinnasta, etenkin siitä, kenellä on kokonaisvastuu sellaisesta potilaasta, jolla on useampi sairaus tai oire. Pitkäaikaissairaalle lapselle syntyy usein hoitokontakteja neuvolaan, terveysase-

man omalääkäriin, sairaalan tai sairaaloiden erikoislääkäreihin ja muuhun hoitohenkilökuntaan. Hoitavien ammattilaisten verkosto on runsas. **Hoitosopimuksen synty** ei johtunut ylhäältä annetusta määräyksestä tai ennalta suunnitellusta mallista (vrt. Ohtonen 2002). Sen idea kehittyi terveydenhuollon ammattilaisten, lapsipotilaiden vanhempien, yksiköiden johtajien ja tutkijoiden yhteistyöstä tässä tutkimuksessa esitettyjen aineisto-otteiden ja niistä syntyneen kollektiivisen keskustelun tuloksena **kehittämishankkeen istunnoissa** keväällä 1998.

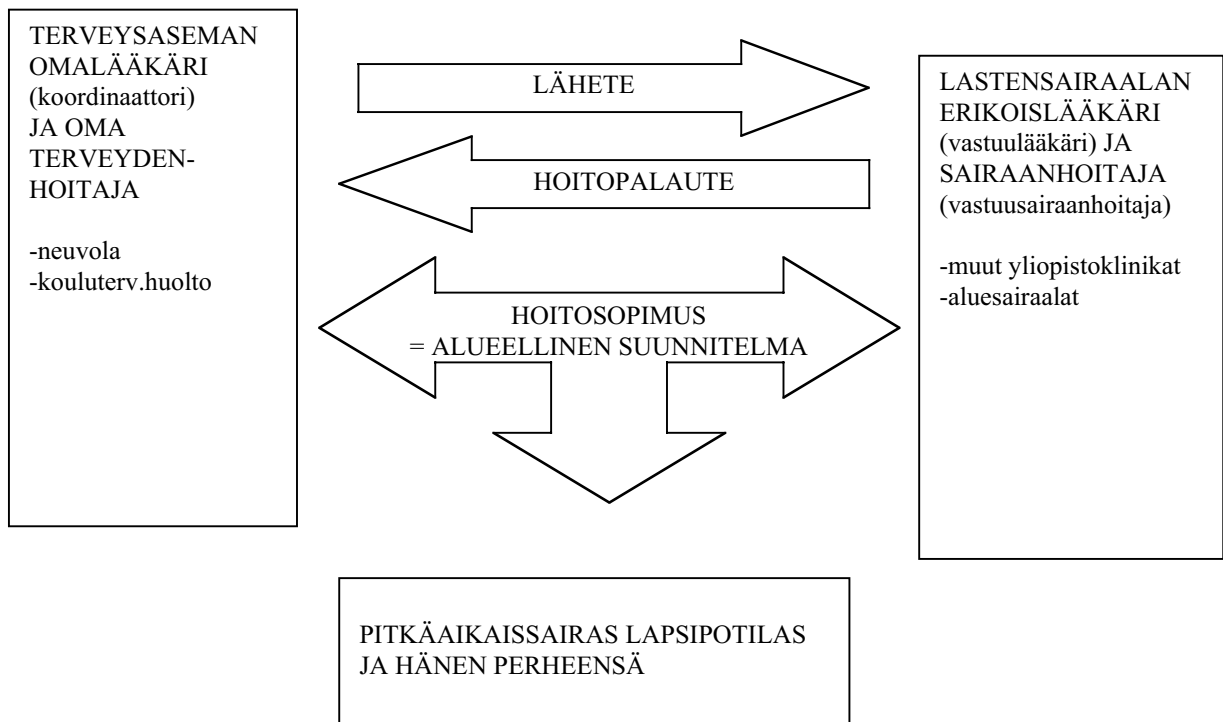
Kehittämisisistunnot, joita kutsuttiin 'rajanylityslaboratorioiksi' perustuivat 'muutoslaboratoriomenetelmään', jota käytetään kehittävän työntutkimuksen metodilla toteutettavissa hankkeissa (Virkkunen ym. 1999). Lastensairaalan projektin etenemistä on kuvattu aikaisemmissa julkaisuissa, joten en käy läpi hankkeen etenemisen vaiheita tai siihen liittyvää organisaation tai yksilöiden oppimista. (Engeström ym. 1999, Ranta 1999, Engeström 2000, Vähäaho 2002). Kymmenen tapaamisen jälkeen pidettiin vielä yksi seurantaistunto sairaalassa ja yksi terveyskeskuksessa, joissa arvioitiin vanhempien ja ammattilaisten kokemuksia hoitosopimusten käytöstä.

6.2 Hoitosopimuksen periaatteiden ja käyttöönottoprosessin kuvaus

Lastensairaalaan lähetettiin keväällä 1998 kehittämisisistuntojen loppuvaiheessa kirje Helsingin kaupungin terveysvirastolle. Kirjeessä tuotiin esiin yhteistyössä havaittuja ongelmia työn- ja vastuunjakoon liittyen. Siinä todettiin: *"Ongelmat ovat pahimmat perheen ja potilaan näkökulmasta: monissa tapauksissa hoitoon osallistuu eri hoitopisteitä ilman selvää vastuunjakoa ja tiedonvaihtoa, ja hoito on koordinoimatonta ja pirstoutunutta, tehotonta ja tarpeettoman kallista."* (HYKS, Lasten ja nuorten sairaalan julkaisematon kirje Helsingin kaupungin terveysvirastolle 25.3.1998).

Käytön ensimmäinen vaihe toteutui toukokuussa 1998 heti sen jälkeen, kun Helsingin terveyskeskuksen johtoryhmä oli päättänyt hoitosopimuskäytännön aloittamisesta Lastensairaalaan saapuneen kirjeen pohjalta⁸. Lopullisen muotonsa hoitosopimus sai vasta marraskuussa 1999. Lomakkeet ja hoitosopimuksen käyttöohjeet ovat liitteenä (Liite 2). Organisaatioiden välisen yhteensopivan sähköisen järjestelmän puuttuessa hoitosopimuksesta tuli manuaalinen dokumentti osana potilaan sairauskertomusta.

⁸ Hoitosopimuksen periaatteet kirjattiin toukokuussa 1998 ja sen allekirjoittivat Helsingin terveysviraston toimitusjohtaja Matti Toivola ja HYKSin Lasten ja nuorten sairaalan ylilääkäri, tulosyksikön johtaja Jaakko Perheentupa.

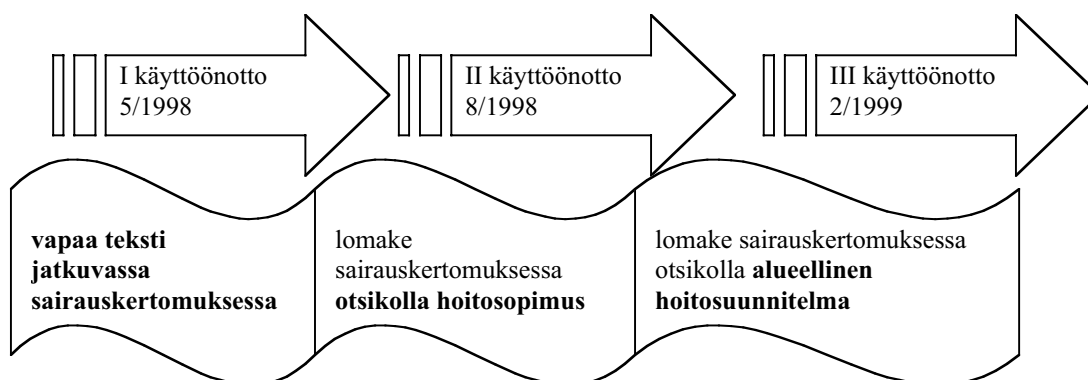


Kuvio 14. Hoitosopimuksen osapuolet ja yleinen malli⁹

Hoitosopimuksen käyttö edellytti neuvottelevaa työtapaa osapuolten välillä, joten uutta oli opeteltava. Aikaa, mahdollisuuksia tai sellaista työskulttuuria, jossa kaikki hoitotahot eri organisaatioista olisivat rutiinimaisesti sovittaneet yhteen omaa osaamistaan potilaan hoidon kokonaisuudessa, ei entuudestaan ollut olemassa. Hoitosopimuksella tarjottiin mahdollisuutta sopia hoidon koordinoinnista, vastuusta ja keskinäisestä työnjaosta perheen ja lapsen hoitoon osallistuvien ammattilaisten kesken yli organisaatorajojen. Hoitosopimus luotiin tilanteessa, jossa aikaisemmat yhteistyövälineet tuntuivat riittämättömiltä usean organisaation hoitaessa samaa potilasta. Hoitosopimuksen tavoitteena oli, että toimijat kykenisivät nimeämään toisensa ja sopimaan yhdessä toimimisen säännöistä, työnjaosta ja vastuista yksilöllistä potilasta yli organisaatorajojen hoitaessaan.

Hoitosopimuksen käyttöönotto tapahtui kolmessa eri vaiheessa ja jokaisessa niistä muutettiin sopimusformaattia. Kuviossa 15 esitetään hoitosopimuksen ajalliset päävaiheet, jonka jälkeen tarkastellaan vanhempien ja ammattilaisten kommentteja erilaisista sopimusluonnoksista.

⁹ Hoitosopimuksen visualisoi ensimmäisenä Lastensairaalan silloinen hallinnollinen apulaisylilääkäri Juha Viitala



Kuvio 15. Hoitosopimuksen käyttöönoton ja suunnittelun vaiheet.

Ammattilaisten ja vanhempien suhtautumisesta hoitosopimukseen

Ammattilaisten suhtautuminen hoitosopimukseen vaihteli, kuten seuraavista esimerkeistä käy ilmi. Esimerkit ovat suoria, sanatarkkoja nauhoitetuista haastattelusta tekstiksi purettuja lainauksia ammattilaisten ja vanhempien kommentoinnista.

Erikoislääkäri A: Perheet on suhtautuneet oikein positiivisesti ja olleet ihan innolla sopimassa tässä ... Me ollaan perheen kanssa käyty läpi tilannetta, missä nyt ollaan ja sitten olen ottanut puheeksi, että tunneteko omalääkärinne ja oletteko käyneet hänen luonaan. Että nyt olisi viimeistään oikein tärkeä aika kytkeä omalääkärinne tähän mukaan ja varmistaa, että hänellä on tieto lapses-tanne ja hänen sairaudestaan ja sovitaanko, että pannaan nyt tietoa tästä. Ihan poikkeuksetta ovat sanoneet, että oikein hyvä ja ilman muuta laitetaan. Ja sitten on jatkettu, että jatkossa voitte tietyissä asioissa kääntyä suoraan hänen puoleensa ja tietyissä asioissa tämän talon puoleen... osa perheistähän on tietysti tuntenut jo aikaisemmin omalääkärisä ja ne on olleet sitten vielä entistä innokkaampia. [haastattelu 2.6.1998]

Yleisiä kommentteja esittävät eri henkilöt on nimetty A, B, jne. tässä ja myöhemmässä tekstissä. Ammatilaisen vastauksen liittyessä tietyn lapsen hoitoon on tunnistena lapsen nimi. Vanhemmat kertovat lapsensa hoidosta, joten tunnistena käytetään lapsen pseudonimeä. Erikoislääkäri A hoitaa Nuutia, jonka hoitosopimusta tarkastellaan seuraavalla sivulla. Ensimmäisessä käyttöönotossa toukokuussa 1998 hoitosopimus oli lääkärin vapaamuotoinen teksti jatkuvan sairauskertomuksen lehdellä.

[Hoitosopimuksen 1. vaiheen esimerkkinä kopio Nuutin¹⁰ hoitosopimuksesta, toukokuussa 1998, hakasulkeet tutkijan täydennyksiä]

HELSINGIN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA	erikoisalan sairauskertomus LASTENTAUDIT 8a
keuhko-vo.[keuhkosairauksien vastaanotto] 9.5.98 [pvm. muutettu]	
<p>...Alunperin 24 viikolla syntynyt, 630 g, 36 vrk respiraattorihoito ja BPD:n ... Nyt otiittiin Zithromax-kuuri ja jälkitarkastus omalääkärillä 2 - 3 viikon kuluttua. Resp.infektioissa edelleen ohjeena spira lääkitys, Salbuvent + Pulmicort 500 ug x 2 parin viikon jaksot. Salbuvent-annos 0.2ml 5 mg/ml-vahvuudella. Sovitaan seuraava keuhkotilanteen arvio seuraavan kehitysseurannan yhteyteen, 18 kk korjattuun ikään. Kotihoitoa suunniteltu 3 v. ikään asti.</p> <p><u>Äidin kanssa keskusteltu hoitosopimuksesta ja ehdotetaan omalääkärille:</u> pikkukeskosuuteen liittyvän kehitysseurannan ohella keuhkotilanteen seuranta vielä toistaiseksi puolivuositain ainakin niin kauan kun spiralaite tarpeen ja akuuttitilanteissa resp.infektioissa, otiittiepäilyissä jne. kontakti perusterveydenhuoltoon. Lasten ja nuorten sairaalaan, mikäli esim. hengitysvaikeustilanne.</p> <p>yhteystiedot: erikoissairaanhoido: HYKS Lasten ja nuorten sairaala vastuulääkäri keuhkopoliklinikka Ella Anttila ja Vastuu-sairaanhoidaja Kaisa Kangas ja lisäksi Lastenlinnan puolella kehitysseuranta.</p> <p>Perusterveydenhuolto: omalääkäri _____ ja omaterveydenhoitaja: _____.</p> <p>Omalääkäri koordinaattorina.</p> <p><i>Ella Anttila</i></p> <p>Jakelu: tästä tekstistä tulisi kopio Niittylän terveysasemalle omalääkärille.¹¹</p>	

Nuutin vanhemmat kommentoivat seuraavaksi lapsensa hoitosopimusta, joka yllä, ja sen tekotilannetta.

Tutkija: Tota, lähtiks tää nyt tää, – tai mistä tää lähti nyt liikkeelle sitte, ett tätä yhteistyötä lähdetään rakentaan?

Nuutin Äiti: Nii, se oli nyt tää meidän viime käynti [Lastensairaalan lääkäriellä A], sillen hän totes tän Nuutin korvatulehduksen, ja sit mä aattelin, ett no, voi hyvänen aika, että, ett jälkitarkastus, että missäs se nyt sit on, niin sit hän, hän vähän niinku ... ja se oli oikeestaan sen keskustelun jälkeen, kun

¹⁰ Kaikki tekstissä ilmenevät henkilönimet on muutettu.

¹¹ ...=jätetty pois asiaan ymmärtämisen kannalta merkityksetöntä tekstiä. Nimet ja tarkka päivämäärä muutettu anonymiteetin suojaksi.

hän sitte puhu tällaisesta hoitosopimuksesta, ja hän sano, että hän lähettää vähän papereita nyt tälle omalääkärille, että hän voi niinku tutustua, ja sitten sitä kautta, jos opittasi vähän tuntemaan ... ja, että oikeastaan, sehän on kyllä ihan meillekin etu, jos siitä kehkeytyisi semmoinen hyvä suhde, ja mikä ettei.....

Nuutin isä: Eikö tämä ole sairauskertomus, miten tää käsitetään hoitosopimukseksi, sitä mä en pysty ymmärtämään? On tässä maininta, että keskusteltu vastaanotolla, mutta me tietysti ymmärretään sopimuksella ihan sellainen selkeä paperi, mistä ilmeni enemmän, mitä tää pitää sisällään.

Nuutin äiti: Pitääkö meidän tietää enemmän vai ollaanko me vaan yksi osa sitä systeemiä, mutta me ollaan se käytännön osa, joka on kuitenkin aika iso. Siinä mielessä tän pitäisi olla selkeempi ... [Vanhempien haastattelu lapsen kotona 27.5.1998]

Vaikka Nuutin vanhemmat olivat kriittisiä dokumentin muotoon he kuvaavat hoitosopimuksen tekoa myönteisesti ja olivat valmiit laajentamaan lapsen hoitosuhdetta sairaalan lisäksi myös perusterveydenhuollon omalääkäriin. Hoitosopimuksesta käynnistyi lapsen ensimmäinen kontakti terveysasemalle, sillä alunperin lapsi ei ollut tullut hoitoon läheteellä. Neuvolan terveydenhoitaja oli perheelle entuudestaan tuttu, mutta hänellekään ei ollut välittynyt tietoa lapsen sairaalassa saamasta hoidosta eikä seurannasta tätä aikaisemmin.

Ensimmäisen hoitosopimusversion jälkeen sairaala nimesi omasta henkilökunnastaan projektiryhmän hoitosopimusta kehittämään. Hoitosopimusten havaitseminen muiden sairauskertomuspapereiden joukosta todettiin alkuvaiheessa hankalaksi ja teksti kehystettiin osana sairauskertomusta. Vuonna elokuussa 1998 oli sopimuksen 2. version käyttöönotto. Kuukausi käyttöönoton jälkeen poliklinikan kuusi erikoislääkäreitä teki hoitosopimuksia ja viisi ei niitä tehnyt.

Sopimusten tekeminen vaihteli ja oli havaittavissa vastarintaa sekä voimattomuutta muuttaa aikaisempia käytäntöjä. Wertschin (2003) mukaan on aina olemassa jännite aktiivisen toimijan ja kulttuurisen välineen välillä, väline kantaa historiaa mukanaan. Aikaisemmat yhteistyövälineet, kuten lähete, oli sidottu työnjaon rutiineihin tai hoidon vaatimaan päätöksentekotilanteeseen, kuten konsultaatioon. Kulttuurisesti uusi toimintatapa, joka ennakoiki toimijoiden välisiä suhteita tuntui joistakin ammattilaisista ylimääräiseltä työltä.

Tutkija: Voitko kertoa vähän minkä takia et ole tehnyt hoitosopimuksia?

Erikoislääkäri B: Minusta on itsestään selvää, että potilas käy erikoislääkärillä määräväleillä ja akuutit asiat hoidetaan omassa terveysasemassa. Se on ollut vuosia näin ja mä en tiedä miksi siitä pitäisi erikseen tehdä erillistä henkilökohtaista sopimusta kenenkään kanssa. Minusta se vaatii terveysaseman lääkäreiltä ja hoitajilta turhaa aikaa lukea näitä papereita. [haastattelu 11.8.1998]

Aineisto-otteen lääkäri piti työnjakoa selvänä asiana. Ammattilaisten on hoitoketjuja käsittelevissä selvityksissä todettu pitävän työnjakoa selvänä, mutta perheet ovat silti saattaneet kokea työnjaon epäselväksi (Moilanen 1999). Hoitosopimuksia käyttöönotettaessa ilmeni myös päinvastaista. Seuraavan aineisto-otteen lääkäri kaipasi terveyskeskuslääkäriin palautetta hoitosopimusehdotukseensa ja oli valmistautunut kollegoiltaan tuleviin kysymyksiin.

Tutkija: Millaisia kokemuksia sulla on hoitosopimuksesta?

Erikoislääkäri C: Vanhemmat otti sen täysin luonnollisena asiana ja tyytyväisenä vastaan tän ehdotuksen, että saadaan informaationkulkua parannettua ja tehdään tällainen hoitosopimus.

Tutkija: Tuleeko sulle heti mieleen, jotain mitä siinä sopimuksessa olisi parannettavaa?

Erikoislääkäri C: Mä en tiedä sitä reaktiota avoterveydenhuollossa nyt, ehkä ne ei osaa palauttaa sitä, että kun näkisi sen palautteen, että lääkäri on nähnyt sen ja lukenut sen. Ei tää nyt ole mun mielestä lisännyt millään lailla meidän kommunikaatiota, koska kukaan ei ole vielä kysynyt multa yhtään mitään. Mä olen ollut tässä aloitteentekijänä, mutta toisaalta tää on nyt niin alussa, että vaikea sanoa. [haastattelu 10.8.1998]

Väline voi ohjata yhdessä toimimiseen, mutta välttämättä niin ei tapahdu – ainakaan heti käyttöönoton alussa. Ylläoleva esimerkki toi neuvottelemattomuuden esille organisaatioiden välillä ja allaoleva tuo sen esiin organisaation sisällä ammattiryhmien työnjaossa.

Tutkija: Miten, onko hoitaja ollut mukana tässä sopimuksessa?

Erikoislääkäri D: Hoitaja ei ole koskaan ollut tässä mun huoneessa silloin, kun mä olen tehnyt. Mä oon vaan ihan sopinut vanhempien kanssa. En mä edes tiedä onko hoitaja myöhemmin lisännyt nimensä sinne. [haastattelu 11.12.1998]

Hoitosopimusohjeistusta terävöitettiin. Sairaalan projektiryhmä määritteli kenelle potilaista hoitosopimus tulee tehdä. Lisäksi päätettiin, että aloitteen hoitosopimusehdotuksesta tekee Lastensairaalan erikoislääkäri päättäessään lapsen sairaalaseurannan aloituksesta tai kuka tahansa, myös sairaanhoitaja tai terveyskeskuslääkäri, joka huomaa hoitosopimuksen puuttuvan sairaalaan hoitosuhteessa olevalta potilaalta. Toimintatavan sääntöjen vakiintuminen toi esille uusia käytännöllisiä ja sisällöllisiä kysymyksiä, joita sairaalan projektiryhmä koetti ratkaista.

Tutkija: Oletko tehnyt hoitosopimuksia?

Erikoislääkäri E: Mä olen tehnyt, mutta on ollut vaikea motivoitua hoitosopimusten tekoon sellaisissa tilanteissa, joissa asiat on perheelle selvät ja mulle selvät, että mihin mennään missäkin tilanteissa, kun olisi hirveän paljon muuta puhuttavaa. Ja pitäisi vääntäytyä hoitosopimuksen tekoon, missä on sitä tätä ja tota, ja vanhemmille tulee hirveesti kysyttävää ja kuitenkin se

on vanhojen asioiden kertausta Jotta sen hoitosopimuksen voisi lähettää siihen pitäisi sanella lyhyt yhteenveto ja se on lisää työtä mulle ja konekirjoitukselle. Sen takia mä olen toistaiseksi ratkaissut sen niin, että en ole määrännyt lähetettäväksi kotiin vaan vaivihkaa katson lähettääkö joku sen sinne. Terveysasemalle olen lähettänyt.

Tutkija: Onko muut erikoisalalat tai muut yhteistyötahot ollu mitenkään mukana?

Erikoislääkäri E: Ei ole ollut. Tossakin oli yksi lapsi, että mä laskin että hän käy viidellä erikoislääkärillä täällä ja sille ei ole nimetty vastuulääkärinä. Mä ajattelin, että pitäisi olla vastuulääkäri. Mutta mistä mä otan sen ajan, että mä otan tän poppoon kasaan, että miten se niinkun sovitaan, että kuka se on? Tää on ajallisesti täysin toivoton homma. Neurologi, kirurgi, sydänlääkäri, endokrinologi ja minä oli nyt ainakin, keillä se kävi säännöllisesti seurannassa ihan asiasta. Että se vastuulääkärihomma on musta paljon tärkeämpi, että se olisi sille perheelle tärkeä, kuka se on, mihin ne ottaa yhteyttä, mutta täällä lainehtii kyllä hirveät määrät just tällaisia potilaita, joilla ei ole sitä niinkun nimetty. [haastattelu 11.8.1998]

Jo aikaisemmin syksyllä 1998 HYKSin hallinnosta oli ilmoitettu, ettei sairauskertomukseen voi piirtää rajattuja laatikoita tai kirjoitella työntekijöiden välisiä sopimuksia ja siksi hoitosopimuksesta tehtiin oma lomakkeensa osaksi sairauskertomusta. Tammikuussa 1999 lomaketta uudelleen suunniteltaessa se kulki vielä nimellä hoitosopimus ja siinä oli myös uutena kohtana paikka lapsen huoltajan allekirjoitukselle. Tämä versio ei koskaan edennyt käyttöönottoon asti, sillä hallinnon juridisen tulkinnan mukaan potilaan vanhempien allekirjoitusmahdollisuus ja sopimus-sana oli poistettava. Sopimusta pidettiin sopimuslainsäädännön kannalta heikkona ajatellen muun muassa sopimusrikkomuksen mahdollisuutta, mikä voisi aiheuttaa hankalia tilanteita.

Niinpä sairaalassa hoitosopimusasiaa eteenpäin vievät henkilöt loivat uuden version, jossa oli kohdat työnjako, vastuuhenkilöt ja ammattilaisten allekirjoitukset. Helmi-maaliskuussa 1999 nimi vaihdettiin **alueelliseksi hoitosuunnitelmaksiksi** ja paikka potilaan allekirjoitukselle jätettiin käyttöönotetusta versiosta pois. *Potilaan allekirjoituksen poisjättäminen*¹² mahdollisti sen, että sopimuksen voivat tehdä ammattilaiset keskenään potilasta kuulematta. Ideaan vanhempien allekirjoituksen huomioimisesta vaikutti muun muassa seuraava kehittämisistunnossa videonauhalla esitetty ote.

Teemun äiti: Mä ymmärsin sen hoitosopimuksen niin, että astman hoidossa me saadaan aina kääntyä tänne, että meidän ei tarvitse miettiä mennäänkö me sinne omaan neuvolaan, vai kehen me otetaan yhteyttä, vaan se on hyvin selkeä toimintamalli. On rauhoittavaa tietää, että tiedetään, ettei tarvitse aina selittää uudestaan kaikkea. Mulle tuli semmoinen olo, että kohta lääkäri ottaa esille paperin ja mä allekirjoitan sen tai jotain. Odotin sitä siinä, että saan sen

¹² Sekä hoitosopimuksen kehittäjäryhmä että tutkijaryhmä esittivät kirjallisesti vetoituksen potilaan allekirjoituksen sisällyttämisen puolesta, jotta potilasta ei voitaisi sivuuttaa.

eteeni ja sillä niinkuin vahvistetaan se, että se tieto siirtyy neuvolaan ja terveyskeskukseen ja joka puolelle, että mun ei tarvitse kuljettaa niitä pape-reita ja selostaa tuntikausia mitä on tehty missäkin. Sitähän tässäkin tavoit-tellaan, mutta ilman mitään eri suostumusta. [Äidin haastattelu lääkärin-vastaanoton jälkeen sairaalassa 10.8.1998]

Sairaalan projektiryhmän, tutkijaryhmämme ja lapsipotilaan vanhempien pelko vanhempien näkemyksen sivuuttamisesta ei ollut aiheeton. Seuraavassa lääkäri toteaa, ettei hän välttämättä puhu hoitosopimuksen tekemisestä vanhempien kanssa lainkaan. Yksilöllisyyttä lääkäri tavoitteli omalla allekirjoituksellaan, ei vanhempien kanssa käydyllä keskustelulla. Allekirjoittamisen voi kuitenkin tulkita henkilökohtaiseksi valmiudeksi olla suhteessa toisiin hoitotahoihin verratuna siihen, jos paperiin lyötäisiin vain organisaation leima.

Tutkija: Millainen se hoitosopimuksen tekotilanne oli, että miten nää vanhemmat ja hoitajat onko he olleet siinä mukana?

Erikoislääkäri F: Ei o. Ei ole olleet näissä hoitosopimuksissa mukana, että kyllä mä olen tehnyt hoitosopimuksen enemmän konekirjoittajan ja itseni välille... Mä olen varmaan kesäkuun alusta alkanut näitä sanella ja silloin alkuun en oikein tiennyt mitä niihin pitäisi laittaa. Meillä ei ole ollut kauheen selvää sopimusta, miten näitä jaellaan, mutta minun mielestä nyt on muodostunut tavaksi, että me laitetaan ne terveysasemalle ja kotiin, ja on pyritty siihen, että ne olisi sen verran persoonallisia, että niissä olisi allekirjoitukset. Ja kun ne tulee allekirjoitettavaksi niistä tulee tsekattua, että jos mä en ole muistanut sanella sinne mitään niin mä naputan sen sitten siihen hoitosopimuslomakkeeseen.

Tutkija: Kerrotko vielä, että kuinka monta sä olit näitä nyt suunnilleen tehnyt ja miten olet saanut palautetta takaisinpäin?

Erikoislääkäri E: Se on puhdas arvaus, mutta luulisin että olen satakunta laittanut ja kolme olen saanut palautetta [terveysaseman lääkäriltä]. [haastattelu 11.8.1998]

6.3 Yhteenveto

Hoitosopimuksen muotoutuminen käynnistyi **kehittämistunnoissa ideoita saaneiden lääkäreiden oma-aloitteisesta aktiivisuudesta kokeilla 'neuvottelua hoitojärjestelyistä' vanhempien ja perusterveydenhuollon kanssa**. Lääkärit yhdessä vastaanottonsa sairaanhoitajan kanssa sovelsivat työhönsä kehittämistunnoissa kollektiivisesti keskusteltuja periaatteita. Periaatteet olivat, että tiedon pitää siirtyä, vastuusta tulee neuvotella ja jonkun on huolehdittava hoidon kokonaisuuden koordinaatiosta. Lääkärit ja vastaanottojen sairaanhoitajat tekivät ensimmäiset hoitosopimukset toukokuussa 1998. *Ammattilaiset tekivät ensimmäisiä sopimuksia käytännössä ilman mitään erillistä ohjeistusta*. Sopimusehdotukset olivat sisällöltään lääketieteellisesti tarkkoja hoito-ohjeiltaan ja niistä kävi

ilmi keskustelu vanhempien kanssa. Vanhempien mielestä hoitosopimus ei kuitenkaan eronnut riittävästi tavallisesta epikriisistä.

Toisen kehitysvaiheen aikana elo- ja syyskuussa sairaalan johto päätti saatujen kokemusten pohjalta laajentaa potilasryhmiä, joiden hoidossa hoitosopimusta käytettäisiin. Hoitosopimusta alkoivat käyttää allergiaa, astmaa, reumaa ja diabetesta sairastavia lapsia hoitavat ammattilaiset sekä yleispediatriasta vastaanottotyötä tekevät ammattilaiset. Kirurgit halusivat jäädä kokonaan hoitosopimusmenettelyn ulkopuolelle. Sisällöltään kakkosvaiheen hoitosopimukset, jotka olivat paremmin ohjeistettuja kuin edeltävät, osoittautuivat kuitenkin suppeammiksi. Ne olivat lähinnä työnjaon kirjaamista "sairaalassa hoidetaan tämä" ja "terveyskeskuksessa tämä" vaiva. *Potilaan kanssa keskusteltu tieto ja muu henkilökohtaisempi kirjaus jäikin vähemmälle.* Hoitosopimusten yksilöllisyys jäi näkyviin hoitosopimuksen voimassaolon pituudessa, mikä vaihteli saman lääkärin hoitamien lasten välillä vuodesta viiteen vuoteen.

Tiedon välittämisestä tehtiin toisessa vaiheessa hoitosopimuksen käyttöön liittyvää rutiinia. Potilaan viimeisiä poliklinikkakäyntejä koskevat sairauskertomussivut tai epikriisi lähetettiin hoitosopimuksen mukana muille hoitotahoille. Tiedon lähettämistehtävä delegoitiin osastonsihteereille ja sairaanhoitajille.

Sopimuksen malli muuttui lääkäreiden, sairaanhoitajien ja potilaiden ehdotuksista ja organisaation hallinnollisilla määräyksillä. Aluksi malli oli potilaan ja perheen näkökulmaa korostava, kun lapsen vanhempien kanssa käydyn keskustelun sisältö kirjattiin sairauskertomukseen ja potilaan allekirjoitus haluttiin sopimukseen mukaan. Sairaalan johdon nimeämän projektiryhmän useista yrityksistä huolimatta potilaan näkökulmaa ja voimassaolevia määräyksiä ei kyetty yhdistämään, joten alueellinen hoitosuunnitelma tuli kolmannen tammi-maaliskuussa käyttöön otetun vaiheen kompromissinimeksi.

Hoitosopimukseen liittyvä toimintatapa oli jo tullut kahdessa edellisessä käyttöönottovaiheessa tutuksi Lastensairaalan organisaatiossa. Kolmanteen hoitosopimusversioon haluttiin saada myös terveyskeskuksen tai muun vastaanottavan tahon näkökulma voimakkaammin esille. Lomakkeeseen kirjattiin ohje, jossa terveyskeskusta tai muuta tahoa pyydetään palauttamaan sopimusehdotus hyväksyttynä ja allekirjoitettuna, tai ehdottamaan siihen muutoksia kahden viikon kuluessa. Hoitosopimuksen nimi vakiintui *alueelliseksi hoitosuunnitelmaksi*. **Uusi 3. versio** (liite 3) tuli voimaan syksyllä 1999 ja erikoissairaanhoidon sisällä myös HYKSin Iho- ja allergiasairaalassa ryhdyttiin tekemään hoitosopimuksia.

Versio 3 pysyi käytössä vuoteen 2003. Toimintatapa hiipui muun muassa sähköiseen sairauskertomukseen siirryttäessä. Helsingin perusterveydenhuollossa siirto tapahtui 2001–2003 välisenä aikana ja Lastensairaalassa sähköistä järjes-

telmää pilotoidaan parhaillaan. Toinen varteenotettava 'arvaus' käytännön hiipumisesta on hoitosopimuksen byrokratisoituminen lomakkeeksi, johon ei mahdu hoitamista koskevaa sisällöllistä tekstiä: ”hoitona nyt, tätä seurataan ja näissä muutoksissa reagoidaan näin”. Ensimmäinen sairauskertomuslehdelle tehty versio oli sisällöllisesti rikkain ja otti kantaa hoidon sisältöön (vrt. lomakkeet liitteissä 2 ja 3). Dokumentin käytön loppuminen (taulukko 3) ei ole vahinko, jos yhteistoiminnallinen ja neuvotteleva työtapaa säilyy. Voi olettaa, että toimijat oppivat tuntemaan toisensa yhteisiä hoitosopimuksia tehdessään niin, että konsultointikynnys mataloitui. Voi toivoa, että ammattilaiset kirjaavat sähköiseen sairauskertomukseen yhteistoimintakäytäntöä helpottavia tietoja ja muistavat toisensa olemassaolon tietoa välittäessään. Yhteistoiminta hoitotahojen kesken on tärkeämpää kuin itseisarvoinen väline, mutta usein välinettä tarvitaan yhteistoimintaa synnyttämään.

Lastensairaalan kehittämissuorituksen päättymisen jälkeen Lastensairaalan oma henkilökunta vei sopimuksen kehittelyn päätökseen. Hoitosopimusta käytettiin viisi vuotta ja se ehti laajeta uusille toiminta-alueille muun muassa neurologiaan ja nuorisopsykiariaan. Kumpikaan toimiala ei ollut osallistunut alkuperäiseen kehittämishankkeeseen, mutta niiden hoitamat lapset ovat useasti moniongelmaisia, tarvitsevat hoitojärjestelyjen koordinoitua sekä usean ammattilaisen ja organisaation yhteistoimintaa.

Hoitosopimukseen johtaneen kehittämissuorituksen alkuperäisenä tavoitteena oli parantaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä yliopistosairaalalle uudessa tilanteessa. Pääkaupunkiseudulla terveydenhuollon ammattilaiset tekivät ja allekirjoituksillaan vahvistivat yhteensä **2180 hoitosopimusta** yhteisen lapsipotilaan hoitamiseksi.

Seuraavassa luvussa käsittelen lasten sairaanhoidon yhteistoiminnan historiallista rakentumista pääkaupunkiseudulla. Tämän jälkeen tarkastelen yhteistoimintaa ja toimijoiden suhteita ennen hoitosopimusta ja sitä käytettäessä empiirisen aineistoni avulla.

Taulukko 3. Lastensairaalassa tehdyt hoitosopimukset ennen käytännön hiipumista.

Lastentautien erikoisalajat (toimialanro)	1998–1999 'kokeiluvuodet'	2000	2001	2002	<30.6.2003
Pediatria (1495/1450)	131	555	114	54	1
Neurologia (1470)		557	450	183	28
Kirurgia(1460)		–	–	1	–
Nuorisopsykiatria (1485)		7	25	88	31
yhteensä	131	1119	589	326	60

7 LAPSIPOTILAIDEN HOITOJÄRJESTELYJEN HISTORIAA PÄÄKAUPUNKISEUDULLA

Tarkastelen yhteisen potilaan hoitamisen historiaa – en hoidon, vaan ammatti-
laisten *keskinäisten suhteiden ja yhteistoiminnan* historiana. Keskityn lasten hoi-
tamiseen lähinnä pääkaupunkiseudun alueella.

Esitykseni ei ole historiantutkimusta, vaan suhteiden avulla esitetty tulkinta
nykyiselle yhteistoiminnalle esitetyistä haasteista ja niiden taustasta. Aikaisem-
pien tutkimusten perusteella yhteistoiminnassa on oleellista:

- 1) **verkottunut toiminta**. Toiminnan verkottumista on tarkasteltu muun
muassa tiedon välittymisen (Vehviläinen 1996), palvelujen porrastuksen
(Linden 1998, Turunen 1998) ja yhteisasiakkaiden hoitamisen (Karjalai-
nen 1996) näkökulmista.
- 2) **hoidon jatkuvuus**, josta on esitetty käsitteellisiä (Kupiainen 1993b), toi-
minnan tehokkuutta (Kekki 1982, 1985) ja laatua korostavia näkökulmia
(Karma 1999, Suomen lääkäriliitto 1999).
- 3) **yhteiset hoitoketjut**, joita on tutkittu palvelujärjestelmän tasolla (Lehto
2000), suunnittelun ja käyttöönottopyrkimysten tasolla (Moilanen 2000,
Liikanen ja Virtanen 2002) sekä potilasryhmien hoidossa (Tuomisto ym.
2001, Brander ym. 2003, Dunder ym 2003).

Yhteistoiminnan historiaa tutkiessani kiinnitin huomion ajassa eteneviin
prosesseihin. Tarkastelin ennen kaikkea ammattilaisten *keskinäisiä yhteydenpito-
tapoja, organisaatioiden välisen yhteistyön sääntöjä, työnjakoa ja kulloinkin
käytössä olleita yhteistyövälineitä*. Suhteutin näitä muutoksia a) organisaatioiden
rakentamiseen, b) potilaan hoitoonohjaamisen käytäntöjen sekä c) sairauksien
muutokseen.

Terveystieteiden kehitystä on aikaisemmassa terveydenhuollon historiaa
koskevassa kirjallisuudessa tarkasteltu monista eri lähtökohdasta. Lääketieteen
kehitystä ja saavutuksia (Hirvonen 1987) sekä niiden sosiaalishistoriaa on tutkittu
yhteiskunnallisten olosuhteiden, tieteen ja sairauskäsityksen (Vuori 1979) näkö-
kulmista. Kehitystä on tarkasteltu myös järjestöjen (Pesonen 1980), toiminnan
hallinnollis-organisatorisen (Sinkkonen ja Nikkilä 1988), alueellisen ja paikal-
lisen toiminnan kehityksen (Heiniö 1968, Tuuteri 1993, Manninen 1998) sekä
ammattillisen (Sorvettula 1989) ja terveystieteiden (Wrede 2000) näkökulmista.

Aikaisemman terveydenhuollon historiaa tutkivan kirjallisuuden rinnalla tukeudun tarkastelussa Sairaala-lehden, Kunnallislääkärilehden ja Helsingin lääkärilehden artikkeleihin vuosilta 1930–1999. Valitsin lehdistä kaikki ammatillista tai organisaatioiden yhteistyötä käsittelevät kirjoitukset. Artikkelit olivat pääasiassa lääkäreiden haastatteluja, mutta mukana oli myös potilaiden, hoitohenkilöstön ja hallintovirkamiesten kirjoituksia sekä lainsäädännöllisiä tiedotteita. Lisäksi käytetään Lastensairaalan lääkäreiden elämäkertoja (Numminen 1987, Korppi-Tommola 1991) sekä terveydenhuollon nykytilannetta arvioivia ja tulevaisuutta visioivia lähteitä (STM 1998:8, Rimpelä ja Ollila 2004).

Toiminnan teoreettinen lähestymistapa tarkastelee tutkittavia ilmiöitä kehityshistoriallisessa yhteydessään jäljittäen historiallisia käytäntöjä ja toiminnan syntyperustaa. Historia-analyysia on kehittävässä työntutkimuksessa pidetty välttämättömänä ilmiöiden muutoksen ja tulevan kehityksen suunnan ymmärtämiseksi. (Engeström ym. 1987, Engeström 1995, Miettinen 1999, Engeström R 1999)

7.1 Lasten hoitoverkko rakentuu – verkottumisen haasteen taustaa

Monet Suomen nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän rakentumisen merkittävistä vaiheista ajoittuvat 1940-luvulle. Tuolloin tehtiin ensinnäkin päätökset sairaalaverkoston rakentamisesta (Sinkkonen ja Nikkilä 1988). Toiseksi kunnalläläkärjärjestelmä vakiintui (Engeström ym. 1987, Rintala 1995). Kolmanneksi neuvolaverkosto (Hirvonen 1987, 271, Simoila 1994, 42) ja lastensairaalatoiminta levisivät koko maahan. (Tuuteri 1993, 68).

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Lastenklinikan sairaalahallitus perustettiin vuonna 1958, mutta toiminta oli alkanut jo 1893, jolloin Suomen ensimmäinen Lastensairaala sai tilat Helsingin yleisen sairaalan osastolta (Tuuteri 1993, 11, 19, 167). 1950-luvun Helsingissä lapsia hoidettiin Lastenklinikan lisäksi myös *Lastenlinnassa* (perustettu Sophie Mannerheimin ja Äidinhoitoa lapselle -yhdistyksen toimesta 1917, muuttui kuntainliiton sairaalaksi 1968) (Parkkonen ja Sinkari 1996, 10, 54).

Helsingin *kaupunginsairaala Mariaan* (perustettu kuumelasaretiksi 1866) olivat lastenosastot tulleet 1920-luvulla. Henkilökunta ja lapset muuttivat vuonna 1952 useassa vaiheessa sotien aikana uudistettuun *Auroran lastensairaalaan* (perustettu kulkutautisairaalaksi 1914). Auroraan avattiin leikkausosastoja, röntgen ja kuusi lasten vuodeosastoa ja sinne muuttivat myös lastenhoidon neuvonta-

asema, neuvola ja koululaispoliklinikka. Lasten hoitoa annettiin Helsingissä myös Kätilöopistolla (perustettu 1859) ja yksityisissä sairaaloissa. (Heiniö 1964, 1968, Rantasalo 1982, Auroran sairaalan esite uudelle työntekijälle, julkaisematon lähde 1996).

Helsingin alueella oli jo 1900-luvun alussa niin monia lapsia hoitavia sairaaloita, että määrän perusteella voitaisiin käyttää ilmaista verkosto. Vaikka sairaalarakennuksia oli useita, toimintaa on vaikea pitää nykyisessä mielessä verkottuneena, jos tarkastellaan organisaatioiden ja toimijoiden keskinäisiä suhteita.

Samojen potilasryhmien hoitaminen, sairaaloiden sijaitseminen lähekkäin tai tieteen kehittyminen eivät antaneet takuuta siitä, että ammattilaisille syntyisi keskinäistä yliorganisatorista vuorovaikutusta. Lastenklinikan ja Lastenlinnan välinen yhteistyö konkretisoitui arkkiaatri Ylpön työssä, sillä hän hoiti potilaita molemmissa paikoissa (Parkkonen ja Sinkari 1996, 11, 54, Tuuteri 1993). Lastenklinikan ylilääkäri Hallman kertoi elämäkerrassaan yhteistyön kehittymättömyydestä vuonna 1943, jolloin hän toimi sairaalan apulaislääkärinä:

”Me lastenklinikan apulaislääkärit emme olleet missään tekemisissä tuon [Kätilöopisto] laitoksen kanssa ja pidimme yhteyden puuttumista hieman merkillisenä seikkana, koska molemmat esimiehemme olivat kiinnostuneet juuri samasta ikäluokasta.” [Hallmannin kertomaa Korppi-Tommola (toim.) 1991, 45–46].

Lääketieteen sisäisestä erikoistumisesta halusivat osansa monet toimijat ja useat organisaatiot: 1950-luvun taitteessa elettiin aikaa, jolloin sairaalat halusivat erikoistua riippumatta siitä kuinka lähellä ne fyysisesti toisiansa sijaitsivat. Lastenlinnan ja Lastenklinikan kesken hoidettiin paljolti samoja potilasryhmiä, mutta Lastenlinnassa oli neuvolatoimintaa, psykiatrasta hoitoa ja lastenneurologia osastoja (Parkkonen ja Sinkari 1996, 34). Lapsia hoitaneet sairaalat sijaitsivat alle kymmenen kilometrin etäisyydellä toisistaan. Halu erikoistua käy ilmi lastentautien professori Ylpön elämäkertatekstistä:

”Vaikka monien kirurgien mielestä lapset (joilla oli kirurgisia ongelmia) olisi pitänyt edelleen hoitaa vain kirurgisissa sairaaloissa, saimme kuitenkin ajatuksemme läpi lastensairaalan omasta kirurgisesta osastosta...” (ote Arvo Ylpön päiväkirjasta koskien vuotta 1946, Numminen toim. (1987, 262)).

Avoterveydenhuollossa kunnanlääkäreiden oli mahdollista siirtää kirjallisia töitään sairaalan konekirjoittajalle, mutta vuorovaikutus lääkäreiden välillä oli harvinaista. (Kauttu ja Kosonen 1985, Engeström ym. 1987, 66–71). Maaseudulla tavallisin yhteistyökeino oli lähettää potilas eteenpäin, kuten Forsius tilannetta kuvasi:

"Pulmatapausten kohdalla ei ollut juuri mahdollisuuksia keskustella asiasta ammattitovereiden kanssa. Jos ei selviytynyt ongelmasta, oli potilas lähetettävä jatkotutkimuksiin tai hoitoon yleensä keskussairaalan poliklinikalle tai osastolle. Koska matkat oli pitkät ja hankalat, lähetettiin potilas eteenpäin vain, jos oli todella vakava tapaus kysymyksessä." (Forsius 1990, 51)

Avoterveydenhuollossa yli kunta- tai organisaatorajojen tapahtuva **kommunikointi ei ollut käytäntönä**. Kaupungissa tilanne oli helpompi, sillä lääkärit ottivat potilaita vastaan omien yksityisvastaanottojensa rinnalla yhteisvastaanottoilla ja useamman lääkärin sairaanhoitoasemilla. (Saarenheimo 1956, 1958.)

Sairaaloiden erikoistuminen ikä- ja tautiryhmittäin oli hyvässä vauhdissa 1950-luvulla. Lääketieteen erikoisalajat tulivat pääkaupunkiseudulla yliopistosairaaloiden lisäksi myös kaupungin sairaaloihin. (Heiniö 1968). Helsingissä Lastenklinikan lääkärit alkoivat erikoistua suppeisiin erikoisaloihin, muun muassa "sokeripoliklinikka" aloitti vuonna 1950 ja keuhkosairauksien erityisvastaanotto 1962. Lastenlinikalla alkoivat sairaalan sisäiset 'meetingit' pulmallisia tapauksista keskustelemista varten. "Keuhko-meeting" muodostui pian konsultaatio-¹³ paikaksi myös muiden sairaaloiden lääkäreille. (Tuuteri 1993, 120–126.)

Toimijoiden keskinäisissä suhteita kehitettiin yhteisillä koulutustilaisuuksilla, mutta **asiantuntijuuden sektoroituminen** huolestutti toimijoita potilaan kannalta. Lääketieteen erikoisalojen kehittymistä ja perhelääkärijärjestelmän murenemista professori Arvo Ylppö pohti jäähyväisluennossaan 1957:

"Me lastenlääkärit olemme tavallaan viimeisiä perhelääkäreitä. Ei helsinkiläisillä aikuisilla ole perhelääkäreitä, vaan kun joku tuntee vatsansa kipeäksi hän menee kirurgin luo ... mutta nyt alamme me lastenlääkäritkin vähitellen specialisoitua, osaltaan tämä onkin jo välttämätöntä, mutta aina se itse lapsen hoidon kannalta ei ole onnellisinta." (Numminen 1987, 286–287 Ylppön elämäkerta).

Lääketiede kehittyi voimakkaasti ja sairauksia voitiin hoitaa entistä tehokkaammin sekä erotella toisistaan tarkemmin. Tieteen sisäinen kehitys toi uutta tietoa ja teknologiaa, jonka tiedolliseen hallitsemiseen **yhdellä ammattilaisella** ei ollut resursseja eikä työaikojen puitteissa edes mahdollisuuksia. Ammattilaisien määrä lisääntyi ja henkilökohtaisten suhteiden solmiminen ja toisen tunteminen samalla maantieteellisellä alueella ei enää ollut itsestänselvyys. Toiminta edellytti yliorganisatorista verkottumista ja hoidon porrastamista myös suhteessa avohoitoon.

¹³ Lääkärikollegio toimi 1800-luvulla sekä kurinpidollisena että konsultoivana yhteisönä, jonne yksittäinen kollega saattoi tuoda vaikeita potilastapauksia keskusteltavaksi.

"Meillä on monessa suhteessa tällä hetkellä itse asiassa voimassa kaksi toisistaan täysin erillistä systeemiä, joista toinen on avohoitoa ja toinen laitoshoidtoa." (Suljetun ja avoimen ...1957, 310)

Potilaan hoidon kokonaisuus merkitsi 1960-luvulla, että sairauden syntyyn saattoi vaikuttaa muutkin kuin fyysiset tekijät, joten potilaan hoidossa piti pyrkiä kokonaisuuteen. Tämä kokonaisuus pyrittiin saavuttamaan eri ammattiryhmien, kuten lääkärin, hoitajan, fysioterapeutin ja sosiaalityön yhteistyöllä. (Helsingin kaupungin sairaalain ... 1959, Sorvettula 1989). *Jatkuvuus tarkoitti ammattiryhmien välisen osaamisen jakamista ja organisaatioiden toiminnan porrastusta.*

Potilaan tarvitseman hoidon vaativuuden mukaista porrastusta käytettiin muun muassa yhtenä perusteluna Aluesairaaloitten rakentamiseksi pääkaupunkiseudulle (Suljetun ja avoimen ... 1957). Pitkän suunnitteluajan jälkeen Espooseen rakennettuun Jorvin sairaalaan saapui ensimmäinen potilas vuonna 1976 (Ervasti 1986) ja Vantaalle rakennettu Peijas-Rekolan sairaala aloitti toimintansa vuonna 1977 (Peijas-Rekolan sairaalarakennus 1989). Aluesairaaloita pidettiin valtakunnallista järjestelmää täydentävinä saumasairaaloina (Aluesairaalat järjestelmän piiriin 1991).

Lastenkliniikka, Aurora, Jorvi ja Peijas muodostivat vuoteen 1997 asti lasten polikliinista ja tietyiltä osin myös osastohoitoa antavan sairaalaverkoston. Vuonna 1997 myös lasten psykiatriseen hoitoon keskittynyt Lastenlinna liitettiin HYKS Lasten ja nuorten sairaalaan Auroran ohella. Kätilöopisto ja Naistenkliniikka profiloituivat lasten sairauksien osalta odotusaikaan ja synnytyksiin ja ne toimivat yhteistyössä Lastenklinikan vastasyntyneiden tehohoidon osaston kanssa. Vuonna 2000 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit yhdistyivät ja Jorvin sekä Peijaksen sairaalat liittyivät HUS-piiriin sairaaloiksi.

Rakenteelliset puitteet antoivat edellytykset lasten hoidon verkottumiselle pääkaupunkiseudulla muuta maata aikaisemmin. Verkottuminen edellyttää toiminnallista yhteistyötä. Tarve yhteistoimintaan ajankohtaistui, kun käytössä oleva osaaminen monipuolistui ja erikoistui useille eri toimijoille, toiminnan välineet kehittyivät ja työnjakoa porrastettiin. Verkottunut rakenne asettaa erityisen haasteen toimijoiden keskinäisille suhteille sekä hoidon jatkuvuuden toteutukselle, kun toimijoita on useita.

7.2 Porrastettu työnjako – hoidon eriyttämisen ja jatkuvuuden haaste

Hoidon porrastuksella on tarkoitettu terveystalvelujen luonteen ja asiantunte muksen jakautumista ja organisaatioiden alueellisen työnjaon järjestämistä (Sinkkonen ja Nikkilä 1988, Miettinen S ym. 1993). Harju (1993) jakaa sairaanhoidon porrastuksen kodin, terveysaseman vuodeosaston, erikoissairaanhoidon ja sairaanhoidon erityistason välille.

Helsingin alueella oli 1960-luvulla useita sairaaloita, jotka hoitivat samoja sairauksia (Helsinki tarvitsee... 1962). Hoitavan henkilökunnan määrä oli kovasti lisääntynyt (Rintala 1995), mutta potilaat jonottivat sairaaloihin, sillä yhä useampia sairauksia voitiin menestyksekkäästi hoitaa. Myös potilaiden hakeutuminen hoitoon oli helpottunut kulku- ja liikenneyhteyksien parannuttua (Ohela 1967).

Helsinkiin perustettiin vuonna 1959 nk. sairaalakeskus. Sieltä välitettiin lääkäreille ja potilaille tietoa kaupungin sairaaloiden jonotilanteesta. Potilaat saattoivat itse hakeutua neuvon saatuaan siihen sairaalaan, missä oli vähiten jonoa. (Helsingin sairaalakeskus ... 1959). Potilaita siirrettiin sairauden vaikeuden tai hoidon vaiheen mukaisesti ensin sairaalan eri osastojen välillä ja myöhemmin myös sairaaloiden kesken (Pesonen 1960, Suljetun ja avoimen ... 1957).

Sairaalaan itsenäisesti pyrkivien ja sinne ohjattavien potilaiden määrän lisääntyessä ja odotustilojen ruuhkautuessa Marian sairaalan lastentautien poliklinikka siirtyi ajantilausjärjestelmään vuonna 1955 ja käytäntö jatkui muuton jälkeen Aurorassa (Heiniö 1964, 1968). Ajantilaukseen siirryttiin muidenkin sairaaloiden poliklinikoilla työrauhan turvaamiseksi, kun se usein häiriintyi päivystyspotilaan tullessa hoitoon, poliklinikalle pääsyä jonottaneiden potilaiden joukkoon (Helsinki tarvitsee ... 1962). Potilaiden hoitoonottamista haluttiin rajoittaa ja vähemmän kiireellisten potilaiden oli varattava aika ja saatava lähete erikoislääkärin poliklinikavastaanotolle päästäkseen (Heiniö 1968).

Lähetekäytäntöön siirtymistä perusteltiin sillä, että potilaan ei katsottu voivan arvioida kenen spesialistin alaan hänen vaivansa kuuluu. ”Aiheettomien käyntien” karsimiseksi poliklinikalle pyrkijältä vaadittiin avohoitolääkärin esitukimus (Järvinen 1966). Kunnanlääkäri määriteltiin ensimmäiseksi sairaalaan lähettäväksi portaaksi ja alettiinkin puhua nk. lähetepoliklinikoista (Kauttu ja Kosonen 1985, 151, Toivanen 1997) verrattuna avopoliklinikoihin, joihin potilas saattoi hakeutua ilman toisen lääkärin suositusta (Helsingin sairaalakeskus ... 1959). Yliopistosairaalaan toisen lääkärin suullinen tai kirjallinen suositus oli vaadittu jo vuosisadan alussa (Tuuteri 1993, 39). Sairaalalähetteen käyttöä

suositeltiin sairaalalain käsittelyn yhteydessä vuonna 1955 (Kauttu ja Kosonen 1985), mutta vasta Lääkintöhallituksen yleiskirjeessä 1489/29.7.1970 annettiin kirjallista lähettämistä koskevia ohjeita (Toivanen 1997, 15, Vuorela 1982, 13). Nykyisinkin välineenä asiantuntijoiden porrastetussa työnjaossa on lähete.

”Lähete on ensisijassa kirjallinen pyyntö ja tiedotus, jolla varataan potilaalle sairaanhoidon porrastuksen mukaisesti toisesta hoito-organisaatiosta tiettyjä palveluja” (Terveys- ja sairauskertomus...1993).

1970-luvulla keskussairaalat alkoivat painattaa alueensa terveyskeskuksille omia persoonallisia lähetelempäkeitään, joissa oli poistoilmoitusosa (Gorbatow 1974). Poistoilmoitusosa sisälsi tietoa hoidon kestosta ym. tilastotietoa. Se korvattiin myöhemmin hoitoilmoituksella ja sen rinnalle kehitettiin nimenomaan potilaan hoidon sisältöä yhteenvetävä *epikriisi*. (Linnakko 1977, Toivanen 1997.) Lähete ja siihen annettava hoitopalaute eivät siis syntyneet samanaikaisesti ja epikriisi otettiin ensiksi käyttöön sairaalaosastoilta kotiutuvien potilaiden hoidossa.

Työnjako Helsingin sairaaloiden kesken muuttui kahden lakimuutoksen seurauksena, jotka vaikuttivat potilaiden **siirtämiseen hoitopaikasta toiseen**. Sairaalalaissa (1956) määriteltiin, että maa jaetaan piireihin, joiden alueilla tuli olla keskussairaala ja yliopistokaupungeissa yliopistosairaala (Rintala 1995). Lain myötä Helsingin kaupungin sairaalat muuttuivat paikallissairaaloiksi ja alkoivat saada valtionapua, jos lähettivät asukkaitaan Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan hoidettavaksi. Potilaita alettiin aktiivisesti ohjata yliopistosairaalaan, jotta kaupungin omistamat paikat olisivat täydessä käytössä. Käytäntöä pidettiin tarpeellisena myös, koska paikallissairaaloiden poliklinikoille oli muodostunut jonoja. (Yliopistollisen keskussairaalan vaikutus...1958, Heiniö 1968, Tuuteri 1993).

”Lääkäri määrää, mikä sairaala olisi sopiva. On oikein, että suuria sairaaloita, joita kalliilla instrumenteilla varustetaan, ei käytetä toisarvoisiin tehtäviin”. (Sairaalan osuus kansanterveystyössä 1957, 305–306).

Potilaiden raportoitiin hakeutuvan sairaaloiden poliklinikoilla tehtäviin tutkimuksiin innokkaasti, koska se tuli halvemaksi kuin yksityisissä laboratorioissa tehdyt tutkimukset avoterveydenhuollon tutkimusdiagnostiikan ollessa vielä vaatimatonta. (Järvinen 1966, Brotherus 1962). Erimielisyyttä Kallion (1965) mukaan syntyi, kun sairaaloiden kustannukset kasvoivat sairaansijojen, henkilökuntamäärän ja teknologian lisääntyttyä (Rintala 1995, 37). Taloudellisia syitä nostettiin esille lähettävän ja vastaanottavan tahon suhteissa: ”nimenomaan kunnanlääkäreillä on kiusaus lähettää potilas tarpeettomasti keskussairaalaan,

kun tiedetään, että valtio maksaa” (Järvinen 1966), vaikka syyt saattoivat olla myös osaamisen, välineiden jne. puutteet.

"Vaikka välineistö kehittyi, kunnanlääkäreiden tutkimus- ja hoitovälineiden suhteellinen jälkeenjääneisyys alkoi tulla selvästi esiin varsinkin maaseudulla taajamien sairaaloiden ja erikoislääkäreiden työn kehittyessä." (Engeström ym. 1987, 70)

Yhteistyön parantamiseksi 'avohoidon' suntaan sairaaloista suositeltiin hoitovälineiden hankkimista kunnanlääkäreille, jotta heidän ei olisi tarvinnut hakea niitä sairaalasta. Lisäksi Helsingin kunnanlääkärille ehdotettiin sairausauton hankkimista, jolla ajaen lääkäri ja sairaanhoitaja kerran viikossa kiertäisivät potilaiden kotona (Pesonen 1964). Kun ammattilaiset olivat aikaisemmin menneet potilaan kotiin työvälineet mukanaan, kävi välinerepertuaarin kasvaessa niiden kuljetaminen potilaan kotiin tai muihin laitoksiin ylivoimaiseksi. Helsingin terveydenhuoltolautakunta kirjoittikin vuonna 1956:

"Sairaalain poliklinikkain tärkeimpänä tehtävänä tulisi olla asiantuntija-avun antaminen kaupungissa toimiville lääkäreille kotisairaanhoidon tehostamista silmällä pitäen." (Benson 1968, 678).

Sairaalaverkoston rakentamisen aikaan avoterveydenhuollon kehittäminen oli jäänyt vähälle (Sinkkonen ja Nikkilä 1988). Myllykosken (1985, 917) mukaan lääketieteellisen teknologian mahdollistama erikoistumiskehitys ja sairaalahoittoon resursoiminen oli johtanut siihen, että sairaalan ja perusterveydenhuollon välille syntyneen tiedollisen ja taidollisen kuilun umpeen kuromista pidettiin välttämättömänä. 1960-luvulla myös epidemiologit ja kansanterveystieteilijät perustelivat, ettei laajalle levinneellä sairaalaverkostolla oltu riittävästi kyetty edistämään väestön terveyttä, joten tarve avoterveydenhuollon kehittämiseen kasvoi (Turunen 1998).

Tarve kehittää yhteistoimintaa avo- ja sairaalahoidon kesken tuli samaan aikaan useiden toimijoiden taholta. *Väestö* pyrki innokkaasti erikoislääkäreiden luokse sairaaloihin. *Sairaaloiden* kustannukset olivat kohonneet teknologisten toimintamahdollisuuksien lisääntyttyä eikä *avohoidolla* ollut tarpeeksi toimintaedellytyksiä sairaaloihin verrattuna. Terveyskeskusjärjestelmään siirtymistä Engeström ym. (1987) selittivät kunnanlääkärijärjestelmän umpikujalla: lääkäreiden kohtaamalla välineiden riittämättömyydellä, oman osaamisensa ja potilaiden arvostuksen puutteilla; kun välineitä diagnoosin tekoon ei ollut samalla lääketieteen tasolla kuin sairaaloissa.

Kansanterveyslaki 1972 yhdisti useita lakeja, yhdenmukaisti resursseja ja rahoitusjärjestelmää perusterveydenhuollossa. Laki muutti kunnanlääkärimallin terveystaloksi ja teki terveystaloilla vastaanottoaan pitävistä itse-

näisistä ammatinharjoittajista ja kunnallisista yksityislääkäreistä (kunnanlääkäri) kunnallista palkkaa nauttavia virkalääkäreitä. (Sinkkonen ja Nikkilä 1988, 44, Rintala 1995, 59). Potilaat hakeutuivat aikaisempaa enemmän lääkäreiden ja terveydenhoitajien luo sen sijasta, että ammattilaiset olisivat menneet potilaan kotiin. Rintalan (mt. 60) mukaan kotikäynnit vähenivät 39 %:a kansanterveystavoitteiden mukaisesti 1970-luvulla.

Hoitoa voitiin elintason parannuttua, keinojen lisääntyessä ja hoitojen tehossuudessa järjestää potilaan kotiin¹⁴. Kotihoidon lisäksi vointia seurattiin sopivien väliajoin terveyskeskuksessa tai sairaalassa polikliinisten ajanvarauskäyntien yhteydessä. Lastensairaalahankeen aikana tehtiin historiaa kartoittavia haastatteluja. Seuraavassa otteessa sairaalan johtoa edustava lääkäri kuvaa polikliinisen toiminnan muutosta ja voimistumista osana sairaalan toimintaa.

Erikoislääkäri: Siis yleismaailmallinen muutoshan on ollut se, että sairaalaan otetaan [osastolle] vähemmän potilaita, hoitoajat on lyhyempiä. Ja meillähän ollaan tässä alle viiden vuorokauden keskimääräisessä hoitoajassa. Vastavasti polikliininen hoito on laajentunut ja monipuolistunut. Se on muuttunut keskeiseksi osaksi tätä toimintaa, kun alunperinhän tähän taloon ei edes suunniteltu poliklinikkaa. Se oli vaan semmoinen sairaalaan (osastolle) otettavien potilaiden vastaanotto. [haastattelu 2.1.1997]

Simoilan (1994, 60–70) mukaan terveydenhoitajien työssä terveyskeskusjärjestelmään siirtyttyä työn kohteeksi kehittyi vastaanottokeskeisyys, jossa erikoistuttiin tiettyihin ikäryhmiin tai tauteihin sairaalamaailmasta otetun polikliinisen työmallin mukaisesti. Ehkäisevään työhön painottunut terveysisartointi jäi uusien haasteiden jalkoihin. Rimpelän ja Ollilan (2004, 68) mukaan suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä muuttui 1970-luvulla kansanterveys-työstä perusterveydenhuolloksi. Osaamisen painopisteeksi tuli yleislääketiede ja väestötason ehkäisytyöstä siirryttiin yksilökeskeisempään sairausorientoituneeseen työtapaan, johon sopi perhelääkärikokeilut ja myöhempi omalääkärimalli (mt. 70).

Hoidon jatkuvuus ei vielä tarkoittanut jatkuvuuden toteutumista potilaan hoitosuhteessa saati hänen verkostoissa tapahtuvassa kokonaishoidossaan. Ajatuksena oli, että ammattilaiset tekevät samaa työtä ja vain ”työn suoritus on porrastettu eri portaisiin” (Suljetun ja avoimen ... 1957, 310). Esimerkiksi Hongisto (1963) totesi, miten sairaalaan lähettämässä kehoitettiin tietoisesti katkaisemaan hoitosuhde lähettäneen ja sairaalassa hoitavan lääkärin väliltä, jos lähettäjänä oli yksityislääkäri, jotta potilas tietäisi olevansa samassa asemassa kuin muidenkin lääkäreiden sairaalaan lähettämät potilaat. Yksittäisen potilaan hoidon jatku-

¹⁴ Lasten kotihoidon kehitykseen vaikuttivat rokottaminen, äitiyslomat, vanhempien hoitovapaat ja vanhempien halukkuus kotihoitoon lapsen sairaalaan jättämisen sijasta. (Ikonen 1988).

vuuden kehittäminen tulee näkyväksi työvälaineiden, kuten jatkuvan sairaus- ja terveystietomuksen kehityksessä.

Tarve potilaan hoidon systemaattiseen kirjaamiseen syntyi Saarelman (1999, 51) mukaan samaan aikaan sairaalatyössä ja avoterveydenhuollossa, kun saman potilaan hoitoon osallistui useampi ammattilainen. Sairaalassa potilaille kertyi paljon käyntejä polikliinisen hoidon yleistyessä. Järvinen (1953) kuvaa, miten yhtenäisen sairauskertomuksen kehittäminen oli välttämätöntä, kun potilaan siirtyessä leikkaussaliin kaikki häntä koskevat paperit piti löytää. Tämä konkretisoitui 1970-luvulla yksilöllisen potilaan jatkuvan sairauskertomuksen kehittämiseksi, joka saatiin valmiiksi 1982. Jatkuva sairauskertomus sisälsi 23 erilaista lomakemahdollisuutta, jossa kullekin erikoisalalle ja ammattiryhmälle oli omat lomakkeensa. Vastaavasti terveystietokeskuksessa otettiin käyttöön terveystietomus, jossa avosairaanhoidolla, äitiys- ja lastenneuvolalla oli omat lomakkeensa (ks. Saarelma 1999, Koskimies 1999)

Porrastuksella toimintaa organisoitiin usean sairaalan ja avohoidon kesken. Toimintaa rutinoitiin ja sujuvuutta potilaan siirtämiseksi haettiin lähete-hoitopalaute -mallilla. Potilaan hoidon jatkuvuus muodostui kuitenkin haasteeksi ensin yhden organisaation sisäisessä toiminnassa ja myöhemmin organisaatorajat ylittävissä yhteistoiminnassa.

7.3 Yhteistoiminnan standardointi – yhteisten hoitoketjujen haaste

1980-luvulla havaittiin, että organisaatiot eivät korvaa vaan täydentävät toisiaan ja niitä tulisi kehittää yhdessä (Punnonen 1974, Rokka 1981, Perusterveydenhuolto ... 1980, Turunen 1998). Terveystietojärjestelmien lääkäreiden työn merkitys terveydenhuollon porrastuksen avaintoimijana korostui 1980-luvulla väestövastuun myötä. Väestövastuinen työtapo sisälsi ajatuksen, että lääkärin tulisi välittää myös niistä yksilöistä, jotka eivät juuri sillä hetkellä ole hänen hoidossaan. (Kokko ja Junnila 1993).

Pääkaupunkiseudun perusterveydenhuollossa omalääkäri- ja omaterveydenhoitajajärjestelmään siirryttiin vuodesta 1985 alkaen, ja valtakunnalliset väestövastuukokeilut käynnistyivät vuonna 1988. Helsingissä väestövastuuseen siirtymisestä päätettiin 1994. Omalääkäri- ja omaterveydenhoitajamalleilla tavoiteltiin parempaa hoitopaikkaa, pienempää päivystyskäyntien osuutta ja parempaa hoitosuhteen jatkuvuutta. Erityisesti *antajakohtaista jatkuvuutta* (Kekki 1985) haluttiin parantaa niin, että potilaalla olisi mahdollisuus tavata samaa lääkäriä. (Enge-

ström ym.1987, Vohlonen 1988, 128–130; Aho ym. 1988, 16, Elovainio ym. 1997, 4).

Erikoissairaanhoitolaissa (1989) muodostettiin uusi hallinnollinen ja toiminnallinen raja sairaanhoidon sisälle. Laissa määriteltiin sairauden ja hoidon vaatimuksen mukaiset kolme erikoissairaanhoidon sisäistä porrasta; perustaso, erikoistaso ja erityistaso. Erikoissairaanhoitolain yhteydessä perustettiin myös 21 sairaanhoitopiiriä, joilla haluttiin poistaa alueellinen ja hallinnollinen päällekkäisyys ja integroida erikoissairaanhoito kuntayhtymiin. (Turunen 1998). Erikoistuneen yhteistoiminnan koordinoitikeinona nähtiin moniportainen hierarkia. (Miettinen S ym. 1993)

Valtionosuusuudistuksen, joka siirsi erikoissairaanhoidon rahoitusvastuun valtiolta kunnille, voimaantulon vuonna 1993 on sanottu avanneen mahdollisuuden palvelujen kilpailuttamiseen ja keskusteluun hoidon laadusta potilaan kannalta (Hänninen ym. 1995, Toivanen 1997). Palvelun tuottajien kilpailun on sanottu sekä tehostaneen porrastusta (mt.) että heikentäneen sitä (Kärjä ja Takala 1996). Lopulta on esitetty, ettei uudistus edes johtanut sairaanhoitopiirien väliseen kilpailuttamiseen eikä juuri yksityisten ja kunnallisten palvelujen kilpailuun. Sen sijaan valtionosuusuudistuksen myötä kunnat joutuivat suoraan ja väistämättä vastuuseen erikoissairaanhoidon rahoituksesta. (Jämsen ja Pekurinen 2003, 1069).

Vuonna 1994 Helsingin kaupungin perusterveydenhuolto jaettiin erikoisalojen osalta tulosityksikköihin. Lastensairauksien hoitoa johdettiin Lasten ja naisten tulosityksiköstä ja toimintaa oli Auroran ja Kätilöopiston (vastasyntyneet) sairaaloissa. Näiden palveluntuottajien tuli hinnoitella palvelunsa ja kilpailla HYKSin Lastenklinikan kanssa, joka niin ikään hinnoitteli palvelunsa tarjotessaan niitä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireille. Vuonna 1997 Helsingin kaupungin lasten erikoissairaanhoito fuusioitiin yliopistosairaalaan. Myös lasten terveyskeskustasoinen iltapäivystys siirtyi Lastenklinikkaan. (esim. Terveyslautakunnan esityslista 22.10.1996, Helsingin sairaanhoitopiirien ... 1995 julkaisemat tomat lähteet)

Auroran lastensairaanhoito siirtyi Lastenklinikkaan ja Lastenlinna. Nykyisin lasten allergologisia (astma/allergiat) sairauksia hoidetaan pääkaupunkiseudulla Lasten ja nuorten sairaalassa, Iho- ja allergiasairaalassa sekä Peijaksen ja Jorvin sairaaloissa. Vuonna 1997 Lastenklinikan nimi muuttui HYKS Lasten ja nuorten sairaalaksi klinikan yhdistyessä kaupungin Lastensairaala Auroran ja Lastenlinnan kanssa. Auroran lastenpediatrisen toiminnan siirtymistä oli edeltänyt kirurgian muutto vuonna 1995. Vuoden 2000 alusta myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit fuusioituivat ja HUS-piiri tarjoaa palveluja 32

jäsenkunnalle. Samalla HYKSin Lasten ja nuorten sairaalasta tuli HUS-piirin sairaala, joka toimii edelleen Lastenklinikan ja Lastenlinnan rakennuksissa.

Helsingin kaupungin terveystoimi jaettiin 1980-luvulla seitsemään suurpiiriin, joiden tehtävänä oli hoitaa alueen asukkaiden perusterveydenhuoltopalvelut oman henkilöstön ja talouden puitteissa. Tammikuussa 2004 Helsingin kaupungin perusterveydenhuollon aluejako purettiin. Perusterveydenhuollon organisaation muodostaa hallinnollisesti yksi terveyskeskus, joka jakautuu toiminnallisiin yksiköihin seitsemän terveyskeskusalueen sijasta (www.helsinki.fi).

Toiminnallisesti 1990-luvun sairaanhoitoa on kritisoitu hallinnon hajanaisuudesta (Mattila 1990, Kokko 2002), pitkistä potilasjonoista ja riittämättömästä konsultoinnista (Takala 1990, STM 1998:2). Ongelmiksi on koettu hoitokäytäntöjä koskevien ohjeiden ajantasaisina pitäminen, yhtenäisten käytäntöjen noudattaminen, hoitotahojen luottamuksen ylläpitäminen ja toimintojen päällekkäisyys (Hänninen ja Huttunen 1996, Kärjä ja Takala 1996). Ongelmien on todettu liittyvän yksittäisen potilaan hoitoyhteistyöhön (STM 1998:2, 41, STM 1998:14, 3), jota myös tietosuojalain tulkinnat ovat haitanneet (Nikkilä 1998).

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön on nähty kehittyneen oikeaan suuntaan, mutta on todettu myös puutteita, joiden on sanottu synnyttäneen korkeita kustannuksia, päällekkäisiä toimintoja, tiedonkulun katkoksia ja vastuunjaon epäselvyyksiä (STM 1998:14). Toisaalta terveydenhuollon toteutusta on kutsuttu hajautetuksi suunnitteluksi ilman keskitettyä ohjausta (Kokko 2002, 48). Rimpelä ja Ollila (2004, 58) toteavat, että ”Terveydenhuolto ei ole keskeinen toimija kansanterveyden edistämisessä, eikä sen tuloksellisuutta mitata kansanterveydellisillä indikaattoreilla”, kuten järjestelmän aikaisempina vuosikymmeninä tehtiin. Hänen mukaansa terveystoimintaa toteutetaan laatusuosituksen ja hankerahoitusten projektien muodossa ja tämä on muuttanut terveydenhuoltojärjestelmän positiota. Rimpelä ja Ollila (mt. 72) jatkavat, että sosiaali- ja terveystoiministeriön terminologiasta on kadonnut ’kansanterveyslain terminologia’ ja korostunut ’yksilöllisten asiakkaiden ainutkertaiset tilanteet’.

Tarve taloudellisen suoritustiedon keräämiseen korostui valtionosuusuudistuksen jälkeen, kun valtion erikoissairaanhoidon rahoitusvastuu siirtyi kunnille ja terveydenhuollolta alettiin edellyttää suoritekirjanpidollista tuottavuutta ja kustannustietoisuutta (Koskimies 1999, 81, Saarelma 1999, 58). Liikasen ja Virtasen (2002) mukaan **palveluketjujen käsite** liittyi alunperin tietotekniikan hyödyntämiseen ja tiedonsiirtoprosessien sujuvuuteen. Tietotekniikkaan kohdistuvissa odotuksissa on keskeiseksi noussut sen kyky toimia ammattilaisten verkottumisen välineenä, minkä avulla tuotettaisiin asiakastyöhön yliorganisatorista jatkuvuutta potilastyön suunnittelussa ja ongelmanratkaisussa (Saarelma 1999, Ohtonen 2002). Ohjelmistojen organisaatorajat ylittävä yhteensopivuus ja yh-

teistoiminnallisuus arkityön kanssa konkretisoituivat terveydenhuollon tavoiteohjelmien suosituksina vasta 2000-luvulla (STM 2003:18, 38). Suomalainen lääkäriseura Duodecim käynnisti toiminnan yhdenmukaistamiseksi 'käypä hoito-ohjelman' vuonna 1994 ja vuonna 2004 valmiina oli noin 50 suositusta ja tekeillä useita kymmeniä (Konttinen 2004, 2517).

Paljon huomiota saaneena yrityksenä ongelmien ratkaisemiseksi on ollut **hoitoketjujen rakentaminen** erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioiden välille. Hoitoketjujen avulla pyritään parantamaan hoidon porrastuksen toimivuutta sairaus- ja diagnoosikohtaisesti varmistamalla, että hoitotahoilla olisi yhtenäinen käsitys siitä, missä mikin sairaus diagnosoidaan ja hoidetaan (Jorvin sairaanhoitoalueen hoitoketjut 1998, Diabetespotilaan hoitoketjut Uudenmaan alueella 1998, Astmaohjelma 1994–2004).

"Hoitoketjulla tarkoitetaan yleensä alueellista palvelukokonaisuutta, sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisemmin ja riittävän laadukkaasti" (Karma 1999, 173).

Alueellisissa hoitoketjuissa näkökulma on diagnoosikohtainen ja lähtee järjestelmän tarpeesta hallita isojen potilasryhmien ohjautumista verkostoissa. Hoitoketjujen toimeenpano on pääkaupunkiseudulla ollut hidasta. Vuonna 2002 Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen ja HUS:n välille oli kaikkien sairausryhmien osalta saatu valmiiksi kuusi lastentautien alaan kuuluvaa hoitoketjua, muiden yhteisten ollessa yhä kesken (STM 2003:4, 26). Lastensairaalassa hoitoketjujen rakentaminen aloitettiin vuonna 1998, joista siis ainoastaan kuusi oli saatu valmiiksi. Aikuisten hoidossa ei em. raportin mukaan ainuttakaan.

Lehto (2004) näkee terveydenhuollon palveluntuottajajärjestelmän rakenteiden yrittävän sopeutua vanhan valtiollisen ohjausjärjestelmän purkautumisesta johtuvaan fragmentoitumiseen tilanteessa, jossa terveydenhuollon professioiden mahdollisuudet neuvotella toiminnan tuottamisen säännöistä on poliittisten päätöksentekijöiden kanssa tehty rajallisiksi. Terveystieteiden toiminta tarvitsee usealla tasolla niin palvelua tuottavien järjestelmien, ammatillisuuden kuin yksittäisten toimijoidenkin tasolla neuvottelevia käytäntöjä. Lehto peräänkuuluttaa neuvottelua palvelujärjestelmän tasolla, kun tutkimuksessani toimintaa tarkastellaan toimijoiden keskinäisissä suhteissa ja henkilökohtaisissa neuvotteluissa.

Hoitoketjujen tarkoituksena voi nähdä rutiinien tuottamisen sellaisiin potilassiirtoihin, joissa yhdessä organisaatiossa aloitettua hoitoa laajennetaan yhden konkreettisen rakennuksen tai organisaation ulkopuolelle. Hoitosuositukset ovat normeja, joilla hoitoketjuja ohjataan. Ketjuilla etsitään ratkaisua yhteistoiminnan ongelmiin rutiinia vahvistamalla ja terävöittämällä.

Yhteistoiminnan rutinoiminen osoittautui ongelmallisemmaksi kuin yksittäisen potilaan siirtämisen tai oman organisaation toiminnan järjestäminen. Viimeaikaisissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoitoketjut sinänsä eivät riitä yhteisten potilaiden hoitojärjestelyissä (Tuomisto ym. 2001, Dunder ym. 2003, Brander ym. 2003). Dunder ym. tutkimuksessa kolmannes astmaa sairastavista lapsista jäi ilman seurantaa, kun ammattilaiset noudattivat paikallisesti sovittua hoitoketjua. Lasten oireet lisääntyivät, kun tutkijat vertasivat mm. lasten oirettömyyttä vuonna 1996–97 ja samoja lapsia (n=72) uudelleen vuonna 2000. Tutkimuksessa todettiin, että tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on parannettava ja joustavia konsultaatiomahdollisuuksia tulisi luoda sekä ajanvarauskäytäntöjä yhtenäistää. (ks. myös Ketola ym. 2001).

7.4 Yhteenveto

Pääkaupunkiseudun terveydenhuollon organisatorista rakennetta on viime vuosina järjestetty uudelleen. Tämän tutkimuksen aikana Helsingin perusterveydenhuollon rakenne muutettiin yhdistämällä seitsemän terveystakeskusta, kolme lapsia hoitavaa sairaalaa fuusioituivat ja kaksi sairaanhoitopiiriä liitettiin yhteen.

Pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon kokonaisuus rakentuu nykyään monen eri organisaation ja ammattilaisen antamasta hoidosta ja useista hoitosuhteista. Jos potilaalla on useampi kuin yksi sairaus potilaan hoito jakaantuu osaksi useaa hoitoketjua. Työnjaossa oleva hoidon tason mukainen porrastus jakaa terveydenhuollon ammattilaiset useaan organisaatioon pitkäaikaissairaita potilaita hoidettaessa. Nykyistä organisatorista yhteenliittämistä on historiallisesti edeltänyt toimintojen tietoinen eriyttäminen.

Läketieteellisen tietämyksen nopea eriytyminen 1950-luvulla, kaupungistuminen ja yhteiskunnan vaurastuminen mahdollistivat hoidon antamiselle sopivien puitteiden rakentamisen. Lääkäreiden, kuten muidenkin ammattilaisten, kävi mahdolliseksi seurata kaikkea alansa tieteen kehitystä, kuljettaa mukana mittavaksi kasvanutta hoitovälinerepertuaaria ja hoitaa omia potilaita sekä kotioloissa että sairaaloissa. Potilaan hoitoa ryhdyttiin jakamaan useiden, eri organisaatioissa toimivien ammattilaisten kesken. Organisaatioiden väliset työnjakosuhteet ja ammattilaisten keskinäiset suhteet olivat aluksi vähäisiä ja jokainen sairaala pyrki hoitamaan kaiken mahdollisen itse niiden potilaiden osalta, joita hoitoon oli otettu. Suhteet toimijoiden välillä perustuivat henkilökohtaiseen tuntemiseen. (Ks. Korppi-Tommola 1991, Parkkinen ja Sinkari 1996, Forsius 1990.)

Yhteistoiminnan säännöksi hoidon porrastus tuli, kun osaamisen työnjaollinen eriytyminen oli mahdollista. Hoitoa hallittiin siirtämällä potilas lähetettävälineenä käyttäen toiselle organisaatiolle. Ennen lähetettä potilaan hoidon siirtämisen välineinä avohoidosta sairaalahoitoon olivat lääkärin kirjallinen suositus toiselle lääkärille potilaan sairausepäilystä (Heiniö 1964, Tuuteri 1993) ja lääkäreiden keskinäinen neuvottelu (Pesonen 1980). Lähetteestä tuli rutiinimainen väline organisaatioiden välille, jota ei ollut välttämätöntä osoittaa henkilökohtaisesti toiselle lääkärille.

Terveyskeskustoimintaan 1970-luvulla siirryttäessä ja polikliinisen toiminnan lisääntyttyä sairaalatyössä tuli tarpeelliseksi hallita potilaan hoidon kokonaisuus yhden organisaation sisällä. Vasta 1990-luvulle tultaessa ammattilaisten erityisosaaminen ja organisaatioiden toimintojen työnjaon eriytyminen useaan eri paikkaan ja usealle toimijalle synnytti tarpeen standardoida hoitoprosesseja sekä yksittäisen potilaan hoidon jatkuvuutta yli organisaatorajojen. Yhteistoimintaa hallittiin pitkään työnjaollisten sääntöjen kautta, mutta hoidon jatkuvuus tuli kiinnostavaksi myös yksittäisen potilaan näkökulmasta, kun laatuun ja hoidon kustannuksiin alettiin kiinnittää huomiota (ks. Takala 1990, Suomen lääkäriliitto 1999, Karma 1999). Ristiriitaa syntyi, kun yhteisöjen ja niissä työskentelevien ammattilaisten kesken ei ollut käytettävissä välineitä hallita yksilöllisen potilaan useita samanaikaisia hoitoprosesseja yli organisaatorajojen.

Nykyiset hoitoketjut eivät lähtökohtaisesti perustu vain lääketieteelliseen vaan myös taloudelliseen tietoon, joiden perusteella potilasryhmien hoitoa jaetaan organisaatioiden kesken. Hoitoketjut ja niihin liittyvät hoitokäytännöt ovat ammatillisesti yhdenmukaista toimintaa tuottavia välineitä. Yhdenmukaistamista ja rutiineja tarvitaan, mutta yhtä tärkeitä on vuorovaikutuskäytännöistä ja yhteisestä hoidosta sopiminen. Yhteinen hoito ei voi olla standardoitua ja toteutua kaikkien potilaiden kohdalla samoin, sillä potilaiden sairauden kokonaisuus, kotihoitomahdollisuudet ja potilaan oman terveystieteellisen antamat palvelut ovat erilaisia.

Hoidon jatkuvuus on keskeistä organisaatorajat ylittävässä yhteistoiminnassa ja nyt kokonaishoidolla on tarkoitettu potilaan sairauksien kokonaisuutta ja ajallisesti etenevää hoidon toteutusta hoitoverkostossa. Jämsän ja Pekurinen (2003, 1070) ovat todenneet, että terveydenhuoltoa ei tulisi uudistaa koko maassa samalla mallilla vaan paikallisesti alueellisten tarpeiden mukaan. Verkottuneiden palvelujen järjestämisestä Karjalainen (1996, 206–207) esitti, että keskimääräistä monimutkaisemmissa tilanteissa olevat asiakkaat eivät välttämättä tule autetuiksi mahdollisimman raskaalla palvelujärjestelmän rakenteella. Esimerkiksi siis vain erikoissairaanhoidossa pitämällä. Asiakkaat tarvitsevat rakenteiden joustavuut-

ta. Hän toteaa ”kevyitä rakenteita raskaille ongelmille”. Yhteisten potilaiden kokonaisuutta tietoisesti kokoavat työmuodot, kuten esimerkiksi solmutyöskentely (knotworking) ja sitä edustava, hoitosopimuskäytäntöön liittyvä neuvotteleva työtapo ovat historiallisesti uusia työmuotoja (Engeström ym. 1999).

Yhteistoiminnan historiallisen kehityksen tuottamana haasteena on hallita useasta organisaatiosta tulevan ammattilaisen yhteistoimintaa samanaikaisesti *sekä yhden potilaan että kokonaisten potilasryhmien kohdalla*. Tähän tarvitaan potilaan *yksilöllisyyden* huomioon ottavaa välinettä, jota samalla voidaan käyttää *rutinoidusti* eri potilasryhmien kohdalla. Tutkimani hoitosopimus on tällainen väline usean ammattilaisen hoitaessa yhteistä potilasta hallinnollisesti ja työ- jaollisesti pirstoutuneessa järjestelmässä.

Yhteistoiminnan haasteiksi nimeän 1) *verkottua toiminnallisesti ja alueellisesti joustavasti*, 2) *yhteensovittaa erilaisia palveluja ja neuvotella käytännön toimintamalleista* ja 3) *tarjota hoitoa laadukkaasti sekä yksilölliselle potilaalle että kokonaisille potilasryhmille*. Hoitosopimus oli yksi yritys vastata haasteisiin, joita on koettu ratkoa myös tietotekniikkaa käyttöönottaen (esim. Ohtonen 2002). Tässä tutkimuksessani lähestyn haasteita potilaiden hoidon kokonaisuuden näkökulmasta. Tarkastelen ammattilaisten toiminnan rutiineja ja joustavuutta sekä hoidon yliorganisatorista jatkuvuutta, kun hoitavia tahoja verkostossa on useita. Palaan johtopäätöksissä kolmeen haasteeseen tutkittuani ensin yhteistoimintaa empiirisesti.

Taulukko 4. Tiivistys toimijoiden keskinäisten suhteiden muutoksesta.

Aika ja asiantuntija-toiminnan kehitys	Keskinäiset suhteet	Yhteistoiminnan kehittyvä kohde	Toimintaa eteenpäin sysännyt ristiriita
1940–1980-luku professionaalinen tieto hajoaa alakohtaiseksi erityistiedoksi korostaen porrastettua työnjakoa	Toimijat siirtävät potilaan sen ammattilaisen hoitoon, jolla on hoidon tarvetta vastaava osaaminen.	Toimia osana isompaa kokonaisuutta, joka muodostuu useista toimijoista, organisaatioista ja erityiskohteista.	Pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon pirstoutuminen useaan paikkaan ja monille ammattilaisille versus Potilasryhmien eriytyneen hoidon hallinta standardoimalla hoitoprosesseja
1990–2000-luku hallinnollisesti eriytyneen toiminnan standardointi hoitoketjujen avulla	Toimijat rakentavat hoitoketjuja tehostaakseen porrastusta ja ottavat käyttöön uusia yhteistyötä tukevia välineitä	Toimia yhdessä sairaus- ja diagnoosikohtaisesti yli organisaatorajojen	Hoitoketjut versus Pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon kokonaisuuden hallinta potilaan yksilöllisen hoidon näkökulmasta

8 TIEDON VÄLITTYMINEN YHTEISEN POTILAAN HOIDOSSA

Terveysthuollon eri toimijoiden välisen tiedonkulun tutkimus on usein kohdistunut lähetekäytäntöihin. Roland ja Coulter (1992) esittävät, että lähettämisprosessissa on neljä osapuolta: lähetettävä potilas, lähetteen laatinut lääkäri, lähetteen vastaanottanut lääkäri ja terveydenhuoltojärjestelmä ympäristönä, jossa lähetepotilasta käsitellään. Lähetetutkimuksen kohteena on usein ollut lääketieteellinen päätöksenteko ja tiedon välittymistä on tutkittu yksilöllisten tekijöiden, kuten lääkärin kokemuksen, persoonallisen tyylin tai eri erikoisaloilla toimivien lääkäreiden välisillä eroilla (Dowie 1983, Reynolds ym. 1991, Bachman ja Feeborn 1999).

Yksilöllisiä eroja tutkimalla ei kuitenkaan ole löydetty selittävää eroa muun muassa lähetteen määrän ja lähetteen tarpeellisuuden välillä, mitä tutkimuksissa usein juuri selvitetään. Kokeneilla lääkäreillä lähetteen suuri määrä voi johtua siitä, että he tunnistavat oireissa useampia vaihtoehtoisia syitä, kun taas nuorilla lääkäreillä se voi olla merkki kokemattomuudesta johtuvasta epävarmuudesta, johon tarvitaan apua kokeneemmalta kollegalta. (Bachman ja Feeborn 1999, 555, Roland 1992b). Väärät odotukset ja puutteellinen kommunikaatio on kuitenkin todettu lähetekäytännön ongelmaksi (Nutting ym. 1992).

Tutkimuksessani en etsi yksilöön liittyviä selityksiä tiedon välittymisen ongelmia koskeviin kysymyksiin. Tarkastelen tiedon välittymistä organisaatioiden välillä silloin, kun potilas on yhden tai useamman erikoissairaanhoidon yksikön seurannassa ja hänellä on myös hoitosuhde perusterveydenhuoltoon. Lähetekäytäntö on oleellinen tutkimuksessani siltä osin, että se on virallinen ja keskeinen väline hoitotahojen yhteistoiminnassa (Tervo 1989, Tervo ja Räsänen 1993) ja sen käyttäminen on muodostanut toimijoiden välisiin suhteisiin tiedon välittymiseen liittyviä rutiineja.

Lähetekäytäntöön siirtymisellä on usein viitattu tavoitteeseen parantaa sairaala- ja avohoitolääkäreiden välistä tiedonsiirtoa (Kauttu ja Kosonen 1985, Toivanen 1997). Vuonna 1966, kymmenen vuotta lähetekäytännön aloittamisesta todettiin, että vain puolet sairaaloiden poliklinikoista antavat palautteen lähettäneelle lääkärille (Järvinen 1966).

Tiedonkulkua koskevissa uudemmissä tutkimuksissa on edelleen osoitettu, että hoitopalautteet kulkevat puutteellisesti (Vehviläinen 1996, Vehviläinen ym. 1999).

Helsingissä toteutetussa yleislääkärikonsultti-hankkeessa (Kupiainen ym. 2000) Lastensairaalaan saapuneista läheteistä 25 % oli täytetty hyvän läheteen kriteerien mukaisesti, mutta 50 %:ssa läheteistä puuttui kiireellisyysluokitus ja tieto lapsen lääkityksestä. Muut tarvittavat liitteet puuttuivat 75 %:ssa¹⁵ sairaalaan saapuneista läheteistä. Vastaavasti sairaalaosastoilta lähteneitä epikriisejä arvioitaessa yksikään (n=92) ei ollut moitteeton. Jatkohoito-ohjeet ja yhteydenottotiedot puuttuivat 80 %:ssa epikriiseistä. Erilaisissa selvitysraporteissa on viitattu tiedonvaihdon tärkeyteen kustannustehokkuuden, hoidon jatkuvuuden ja tietosuojan merkeissä (Huttunen ja Hänninen 1996, Huttunen 1997, Moilanen 2000, Pöyry ja Perälä 2003).

Luvun tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisia ovat tiedonvälittämisen rutiinit sairaala- ja terveyskeskustoiminnassa?
- 2) Miten uuden työvälineen, hoitosopimuksen, käyttöönotto muuttaa tarvetta tilata tietoa ja tiedon lähettämistä?
- 3) Miksi yhteistoiminnan kannalta välttämättömänä pidetty epikriisi ei lähde erikoissairaanhoidosta ja miksi perusterveydenhuolto ei puolestaan tilaa tietoa, jos sitä kaivataan?
- 4) Millainen on potilaan osuus tiedonkuljettajana?

Taulukossa 5 on kuvattu Lastensairaalan ja perusterveydenhuollon väliset viralliset yhteydenpitotavat kolmena eri ajanjaksona. Kolme ajankohtaa valittiin, sillä niiden aikana toteutettiin erilaista toimintaa. Ensimmäisessä ohjeena oli yleisohje sairaalassa lääkärinä toimimisesta, toisessa vaiheessa Lastensairaala halusi aktiivisesti ryhtyä parantamaan tiedonvälitystä ja päivystyksessä otettiin käytäntö lähettää tietoa terveyskeskukseen. Kolmannessa vaiheessa myös ajanvarauspoliklinikoilla tiedonvälitystoimintaa tehostettiin hoitosopimusta käyttäen.

Lähete/hoitopalaute oli työvälineenä koko tarkasteluajanjakson, mutta sen rinnalle kehitettiin uusia yhteistoimintatapoja ja välineitä. Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnin sairauskertomusteksti- ja hoitotyölehtikopiot¹⁶ alettiin vuodesta 1997 lähtien toimittaa tiedoksi potilaalle ja potilaan omalääkärille. Näin toimittiin myös Lastensairaalassa sijaitsevassa terveyskeskuksen iltapäivystyksessä¹⁷. Hoitosopimus ja siihen liitetyt sairauskertomuskopiot alettiin lähettää erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin toukokuusta 1998 alkaen.

¹⁵ Vastaavia tuloksia on saatu esim. Englannista (Jacobs ja Pringle 1990, Roland 1992a,c).

¹⁶ Molempia lomakkeita kehitettiin ja otettiin käyttöön uudessa muodossa.

¹⁷ 2001 terveyskeskus sai käyttöönsä sähköisen sairauskertomuksen eikä tiedonlähetystä tk-iltapäivystyksestä enää tarvittu.

Taulukko 5. HYKS Lasten ja nuorten sairaalassa käytetyt yhteydenpitotavat vuosina 1994–1999.

Yhteydenpidossa käytetyt tavat ja välineet	1994–1996	1997	1998–1999
Lähetepikriisi/hoitopalaute	X	X	X
Konsultaatio	X	X	X
Päivystyksen sairauskertomus		X	X
Hoitosopimus			X

Jokaisen lapsen sairauden laatu ja siihen tarvittava hoito, käyntien määrä ja hoitosuhde hoitavien ammattilaisten kanssa on yksilöllinen ja ainutkertainen. Tämän vuoksi rakensin jokaiselle potilaalle trajektorin eli hoitotapahtumien ajallista etenemistä kuvaavan kaaren. Trajektorit sisälsivät potilasta koskevat tiedot kaikkien organisaatioiden osalta. Trajektoriin merkittiin lääkärikkäkäyntien määrä ja käynnin tarkoitus ja syy sekä tiedonkulun tapahtumat; lähtikö tietoa eteenpäin, pyydettiinkö tietoa, merkittiinkö jakelua, saatiinko sairauskertomustietoa ja mitä tiedon välittymisestä sovittiin. Trajektorin¹⁸ avulla muodostui käsitys hoitotahojen keskinäisestä tiedonvälityksestä potilaan hoitoverkostossa. Trajektoria käytettiin verkostossa tapahtuvan toiminnan prosessuaaliseen paikantamiseen ajassa ja paikassa. Analyysi tapahtui tunnistamalla 12 potilaan sairauskertomuksista tiedonvälittymisen tapahtumat, jotka myös kirjasin trajektoreihin laadullista analyysia varten.

Hoitotapahtumiin liittyvää tiedonvälitystä tarkasteltiin 12 lapsipotilaan osalta myös tilastollisten menetelmien avulla. Lapsilla oli yhteensä 561 käyntiä lääkärin vastaanotolla. Käynneistä 372 tapahtui erikoissairaanhoidossa ja 189 terveyskeskuksessa (taulukko 6). Ensimmäisenä tarkasteluajankohtana 1994–1996 käyntejä oli 152, 1997 vuonna 108 ja kolmantena 1998–1999 käyntejä oli 112 (ks. kuvio 16).

Lääkärikkäkäynnit jakautuivat kolmen tarkasteluvuoden kesken riittävän tasaisesti, joten parametriset riippuvuustestit tulivat kyseeseen. Tilastollinen merkitsevyys laskettiin testeillä (anova, t-test, bonferroni) tarkasteltaessa erikoissairaanhoidon käyntien (n=372) ja tiedon lähettämisen muutosta ennen ja jälkeen hoitosopimusmenettelyn. Perusterveydenhuollosta tietoa oli mennyt vain lähteen muodossa, joten tilastollinen analyysi tehtiin sairaalasta terveyskeskukseen päin. Vanhempien kuljettamaksi tiedoksi tulkitsin dokumentit, joista ei löytynyt tiedon pyytämistä tai lähettämismerkintöjä, mutta sairauskertomuskopio oli toisella hoitotaholla ja vanhemmat oli merkitty sairauskertomuslehden jakelussa kopion saajaksi. Analyysin tulokset esitetään tämän luvun yhteenvedossa.

¹⁸ Kronologia eteni trajektorissa potilaan tapahtumia koskevan ajan mukaisesti - ei jatkuvan sairauskertomuksen, mikä etenee jokaisen organisaation omana kronologianaan.

Taulukko 6. Tutkimusaineiston potilaat ja heidän käyntinsä terveydenhuollossa vuosien 1994–1999 välisenä aikana.

Potilaan nimi	Terveysthuoltokäynnit vuosien 1994–1999 aikana						Käynnit yht.	Käynnit sairaaloissa	Käynnit terveys- asemalla	HS** tehtiin Ei/Kyllä
	1994	1995	1996	1997	1998	1999				
Jaana	25	16	10	9	18	6	84	83	1	Ei
Sami	10	9	5	26	19		69	49	20	Ei
Aatu	12	14	9	21	12	5	73	35	38	Ei
Pentti				37	3		40	25	15	Ei
Jussi		8	8	10	4		30	23	7	Ei
Sonja			37	10	19	8	74	26	48	Kyllä
Marko	1	5	9	10	8	9	42	33	9	Kyllä
Miina	1	12	10	9	3	4	39	12	27	Kyllä
Nuutti				9	14		23	19	4	Kyllä
Tiina			12	14	13	1	40	28	12	Kyllä
Teemu				5	11	2	18	12	6	Kyllä
Anni	2	14		6	4	3	29	27	2	Kyllä
Yhteensä käyntejä	51	78	100	166	128	38	561	372	189	

Potilaan käynteihin liittyvää tiedonvaihtoa koskevan tilastoaineiston lisäksi aineistona käytettiin 58 haastattelua. Erikoissairaanhoidossa haastateltiin 14 lääkäriä ja perusterveydenhuollossa 11 lääkäriä. Sairaalan sairaanhoitajia ja terveyskeskuksen terveydenhoitajia haastateltiin yhteensä 11 henkilöä. Kaikki henkilöt olivat hoitaneet tutkimusaineiston lapsipotilaita henkilökohtaisesti.

Haastatteluissa selvitettiin, missä hoidon vaiheessa, millä perusteella ja millaista tietoa asiantuntijoiden ja potilaiden välillä vaihdetaan. Vertailin haastatteluissa esille tuotuja kokemuksia ja käsityksiä tiedon välittymisen käytännöistä tilanteisiin, milloin tietoa ei siirretty, milloin tiedon oletettiin siirtyneen ja miten tämä vastasi sairauskertomuskopioiden, puhelimen¹⁹ tai lapsipotilaan vanhempien välityksellä todella tapahtunutta tiedon siirtymistä organisaatioiden välillä.

Käsitykseni terveydenhuollon rutiineista toimijoiden keskinäistä tiedonvaihtoa koskien muodostin säännönmukaisesti toistuvien tiedon välittämiseen liittyvien tekojen avulla. Ammattilaisten toiminnan erot eivät liittyneet potilaiden yksilöllisiin tai erityislaatuisiin piirteisiin, joilla ammattilaiset usein selittävät tekojaan (Launis 1996, Pyörälä 2000). Tietoa joko lähetettiin tai ei lähetetty ja teot toistuivat tietyissä tilanteissa. Tarkastelin ammattilaisten ja lapsipotilaiden vanhempien tekoja trajektorien avulla yksittäisten potilaiden tapauksissa sekä potilasryhmää kokonaisuutena löytääkseni tiedonvälittämisen rutiinit organisaatioiden välillä.

¹⁹ Sairauskertomukseen on ohjeistettu kirjattavaksi myös potilasta koskevat puhelinkeskustelut.

8.1 Tiedon vaihtaminen porrastetussa järjestelmässä

"Tänä päivänä yleislääkärillä on kaksi vaihtoehtoa konsultoida erikoislääkärinä: joko epävirallinen puhelinkonsultaatio tai lähete" (Pesonen E 2004, 27).

Lähete-epikriisi/hoitopalaute -malli on ohjannut sekä tiedon lähettämisen että palautteen saamisen käytäntöjä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä virallisena sääntönä 1950-luvulta alkaen (Kauttu ja Kosonen 1985, 151, Toivanen 1997, 14–15).

Tutkija: Mikä sun tuntuma on Lasten ja nuorten sairaalan yhteistyöstä ja tästä tiedonkulusta perusterveydenhuollon kanssa?

Erikoislääkäri G: Sehän ei ollut meidän tehtävä vielä muutama kuukausi sitten, eli meidän tehtävä oli selkeämmin yliopistosairaalatehtävä, joka tarkoittaa pyramidimallin enemmän siellä huipulla toimimista, missä on paljon erityiskysymyksiä. Ja nyt meitä on informoitu aika paljon, miten perusterveydenhuolto toimii ja mitkä on heidän tavoitteet ja kehityslinjat. Aikaisemmin he ottivat Auroraan yhteyttä ja se oli perusterveydenhuollon tukemispiste. Siinä mielessä tää on vähän erilainen nyt tää yliopistokuvio [kun Aurora ja Lastenkliniikka yhdistettiin]. [haastattelu²⁰ 14.11.1997].

Lääkintöhallituksen yleiskirjeessä (1976/21.11.1990) määriteltiin valtakunnalliset sairaalaan lähettämistä koskevat ohjeet: sairaalaan ottamisesta päättää kunkin erikoisalalan ylilääkäri, sairaalalähete on A4-kokoinen paperi, jossa on vapaamuotoinen teksti, se ei saa olla epäselvä ja se voidaan kirjoittaa koneella tai käsin. Lähete tulee päivätä ja allekirjoittaa ja siitä tulee näkyä lähettävän lääkärin virka-asema ja osoite. Lähetteen sisällöllisiksi vaatimuksiksi esitettiin myöhemmin, että siinä tulisi olla potilaan nykyongelman kuvaus, lähihistorian kuvaus, lähettävän lääkärin ongelmanasettelu ja kiireellisyysluokka (Toivanen 1997, 18).

"Lähete on kirjallinen pyyntö ja tiedotus, jolla varataan sairaanhoidon porrastuksen mukaisesti toisesta hoito-organisaatiosta tiettyjä palveluja" (Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa 1993, 33).

Tiedon siirtäminen yhteistoiminnassa on perustunut lähetekäytäntöön ja lähetettä pidetään hoitopalautteen antamisen normina. Tiedon lähettämisen ja saamisen taustalla on oletus potilaan hoitoprosessin ajallisesta lineaarisuudesta. Lähetteen puuttuminen ja sairaalan seurannan alkaminen olivat perusteluja tiedon lähettämättä jättämiselle.

²⁰ Aakkostus on jatkoa luvussa 6 aloitetusta lääkäreiden yleisten kommenttien – kun ei ole kyse tietyn lapsen asiasta – toisistaan erottamisesta

Tutkija: Mitä tämän lapsen omalääkäri terveysasemalla tietää hänen tilanteestaan?

Jussin lääkäri Lastensairaалassa: Tämän hetkisestä, nykyisestä tilanteesta, kun hän on ollut täällä, niin todennäköisesti ei yhtään mitään. Mä olen hyvin skeptinen sen suhteen, että olisi mennyt epikriisi. Tässä ei ole kirjattu jakelua, mutta mulla on semmoinen vaikutelma että, se tieto tulee hirveen huonosti, se saattaa tulla vanhempien välityksellä.

Tutkija: Ootsä ajatellut nyt, et meneekö sinne omalle terveysasemalle tästä käynnistä jotain tietoa?

Jussin lääkäri Lastensairaалassa: Nyt tässä käynnissä on sillä tavalla, et mä määräsin sen kontrollin tänne, se oli muistaakseni kahden kuukauden päähän... Jos hän olisi tullut läheteellä yhtä käyntiä varten, niin silloin palaute olisi automaattinen mun mielestä... [haastattelu 20.11.1997]

Läheteprosessissa potilaan oletetaan sairastuessaan ottavan ensiksi yhteyttä perusterveydenhuoltoon, mistä omalääkäri lähettää potilaan erikoissairaanhoidon konsultaatioon, minkä jälkeen käynnistä tulee palaute lähettäneelle lääkärille ja potilaalle itselleen. Käytännössä potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon muidenkin polkuja: oma-aloitteisesti päivystykseen, konsultaationa muualta erikoissairaanhoidosta, koululääkäriltä tai yksityislääkäriltä. Kaikissa näissä tapauksissa perusterveydenhuollon omalääkäri voi jäädä erikoissairaanhoidossa annettua hoitoa koskevan tiedon ulkopuolelle, jos hän ei ole lähettävä lääkäri tai jos asiaa ei ole erikseen ohjeistettu ja ohjeita noudatettu.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäraportti (STM 1998:2, 41) toteaa, että kolmasosa erikoissairaanhoidon läheteistä tulee terveyskeskuslääkäriltä. Potilaiden erikoissairaanhoidon ohjautumisen on sanottu olevan huonosti perusterveydenhuollon hallinnassa erityisesti suurissa kaupungeissa, joissa ilman lähetettä voi tulla jopa 30–40 % potilaista (mt). Tutkimukseni yhdeksästä astmapotilaasta viisi päättyi erikoissairaanhoidon seurantaan päivystyksen kautta ilman lähetettä eli palaute omalääkärille ei olisi ollut automaattinen.

Vehviläinen ym. (1999) tarkastelivat 393 sairaalalähetettä ja perusterveydenhuoltoon palautuneita epikriisejä läheteen jälkeisen käynnin jälkeen. He arvioivat hoitopalautteiden saapumista neljän kuukauden kuluttua käynnistä, jolloin 48 %:ssa tapauksista oli saatu palaute terveyskeskuksen pyytämättä tai pyydettyä.

Lääkäri H Lastensairaалassa: Et se pitäisi olla aikalailla automaattinen [että palaute menee] ettei sitä aina tarvitsisi välttämättä muistaa ruksata sinne vaan että olisi automaattinen, että terveysasemalle vaikka joka käynnistä joku kopio. [haastattelu 10.8.1998]

Jakelun unohtaminen sanelusta olisi helppo selitys, mutta tuskin pääsyy tiedon lähtemättömyydelle. Muistamista kiinnostavampi kysymys tutkittavaksi on,

miksi potilaan hoito useiden tahojen kesken ei synnytä tarvetta tiedon pyytämiseen ja vaihtamiseen?

Tutkija: Tiedätkö onko Jussia hoidettu Lasten ja nuorten sairaalassa?

Jussin omalääkäri terveysasemalla: En. Ei oo ollu mitään ... ei oo täällä mitään merkintää eikä yhtä ainutta epikriisii tai paperii.

Tutkija: Hänellä on todettu astma tuolla Lasten sairaalan osastolla syyskuussa. Missä vaiheessa sä toivoisit, ett sulle tulisi jotain tietoo?

Jussin omalääkäri: Mulla ei ole koskaan liian aikaisin sitä tietoo. Kun ne niin paljon monissa asioissa asioi myös täällä meillä. Usein käy nimittäin sillä lailla, että vanhemmat kysyy multa, ”ett kun mä en nyt oikeen ymmärtänyt mitä tää tarkoitti, ett voitko selittää, tai mitä se yks labrakoe oli, kun se oli kolmetoista, ett mikä mitä mikä se on” Ja meillä ei ole atk:ta, että mä en näe edes koneelta, mikäköhän se vois olla ja ... Mä en pysty auttamaan, selittämään, kertomaan. Plus tietenkin se, ett jos mulle tulee astmalapsi, jolla on infektio, niin mun täytyy hoitaa häntä eri tavalla ja ja niin sanotusti aggressiivisemmin muistuttaa kaikesta, ett tiedättekte kuinka näin tässä tehdään ja tätä pitää lisätä ja tota... Kuin se, että se on tavallinen perusterve kolmevuotias viikari, ett miten hänen kanssa. Musta se on itse asiassa aika tärkeä tieto, että mulla olisi se täällä. Että lapsi onkin itse asiassa nyt sitten astmatikko ja jos mulla ei tietoa ole mä en pysty auttamaan.

[haastattelu 27.11.1997]

Esimerkin terveyskeskuslääkäri ei olisi voinut varautua Jussin seuraavaan vastaanottokäyntiin tilaamalla potilaan paperit sairaalasta, sillä hänellä ei ollut tietoa erikoissairaanhoidossa tapahtuneesta astmadiagnoosin määrittämisestä, eikä päivystyksen jälkeisen osastohoidon ja polikliinisen seurannan alkamisesta.

Seuraavaksi tarkastellaan lapsen hoitokaaren tapahtumia ja suoraa lainausta aluesairaalan sairauskertomuslehdeltä, jossa mainitaan kolmeen otteeseen tietojen olemassaolo yliopistosairaalassa, mutta tietoja ei oltu tilattu tammikuuhun -98 mennessä osapuolten välillä. Sairaalasta lähetettiin ensimmäinen hoitopalaute vasta marraskuussa 1999, mutta pelkästään vanhemmille. Terveyskeskuk-
sen omalääkäri oli pimennossa yliopistosairaalan seurantakäyntien sairauskertomustietojen suhteen koko kuuden vuoden ajan.

[Aatun sairauskertomustekstiä, suoraa lainausta eri organisaatioiden sairauskertomuslehdiltä vuonna 1997]

28.5.97 päivystys "tk:sta dg:llä pitkä yskä, astmaepäily, sinisyyskohtaus". Katso yliopistosairaalan kopioita [vuodelta -94], tutkimukset kesken koivuallergia." **Aluesairaala.**

6.6.97 päivystys terveysasemalla., josta läheteellä Aluesairaalaan. **Terveysasema.**

6.6.97 päivystykseen läheteellä "dg: obstruktio Sairaala 2.n tutkimuksissa ollut aiemmin vauvaiässä iho-oireisen ruoka-aineallergian vuoksi vauvaiässä... viimeisiä valokopioita ei ole käytettävissä". **Aluesairaala.**

5.8.97 Jälkipoli. **Aluesairaala.**

7.8.97 Päivystys. **Terveysasema.**

7.8.97 kontrolli. "Tarkoitus tehdä juoksukoe, mutta käyttänyt Flixotidea. Ollut Aluesairaалassa obstruktion vuoksi, mistä Flixotide määrätty. Juoksukoetta ei nyt siis voida tehdä". **Yliopistosairaala.**

4.9.97 kontrolli. Juoksukoe. "Aluesairaалasta tänne siirretty astman selvittelyn suhteen, koska muutoinkin täällä ruoka-aineselvittelyjen suhteen..." **Yliopistosairaala.**

puhelinaika 15.9.97 **Yliopistosairaala.**

6.11.97 kontrolli. **Yliopistosairaala.**

23.11.97 Aluesairaалan päivystykseen vaikeutuneen hengityksen takia. "viimeksi meillä ollut osastolla, jossa aloitettu Flixotide inhalaatiot tarvittaessa infektion ajaksi ja koivun kukinnan ajaksi.... Vastikään käynyt yliopistosairaалassa, astmalääkitykseen ei kuitenkaan siinä yhteydessä puututtu...." **Aluesairaala.**

12/97 Osastohoidossa: "Jakelu: vanhemmat, yksityislääkäri, yliopistosairaala, omalääkäri. **Aluesairaala.**

Tapahtumat jatkuvat...

Aineistossa oli tyypillistä, että toisiin hoitosuhteisiin viitattiin (alleviivaukset tekstissä), mutta silti papereiden tilaamiseen käytännössä ei ryhdytty. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei yhdessäkään potilastapauksessa vuosien 1994–1997 aikana tilattu potilaan papereita (vuodesta 1998 tarve tilata väheni, kun tiedot menivät hoitosopimuksen mukana). Seuraavaksi potilaan oma terveydenhoitaja terveyskeskuksessa pohtii vanhempien osuutta, omaa ja lääkärin osuutta selvittääkseen, miksi lapsesta ei ole tietoja neuvolan terveyskertomuksessa.

Sonjan terveydenhoitaja terveysasemalla: ...Jostain syystä mulla ei, ei nyt ole Sonjan asioista epikriisejä.

Tutkija: Joo.

Terveydenhoitaja: Että jään itsekin tässä vähän miettimään, että hetkinen, että kyllä täällä mielestäni pitäisi jotakin olla, ei nyt oo. Mä mua vaan jäi, että mites tää ei todellakaan oo näitä epikriisejä, ja mietin kuumeisesti tässä nyt, että mistä syystä niitä ei oo tänne joko tuotu, äidin taholta, tai sit miksi...kun saattanut mennäkin niin, että mä en oo niinku jostain syystä tarvinnut ilmeisesti niitä tilata, koska kyllä mä niin teen, jos mä niitä tarvin. Mutta Sonjan asiat on ollut, kun mä nyt palautan mieleeni niin, niin lähinnä sitä just niinku astmadiagnoosii, allergiaa, ja sit sitä kasvun seurantaa, niin sitä ei sit oo vaan heheh... ei oo lääkäri pyytännyt epikriisiä, ja mä en oo katsonut, etten mä niinku välttämättä niitä tarvi niin, että tässä on ne on niinku ollut riittävät tiedot sitten... [haastattelu 6.8.1998]

Tutkija: Onko täältä mennyt jotain tietoa mennyt siten terveysasemalle päin?

Tiinan lääkäri Lastensairaалassa: Mä uskon, että ensimmäinen epikriisi on mennyt ja sitten on mennyt se lähete ilmaisvälinejakeluun, mutta ei välttämättä mitään tietoa näistä rutiinikäynneistä, ellei niitä ole erikseen pyydetty. [haastattelu 9.12.1998]

Molemmille osapuolille eri organisaatioissa on riittänyt tietoisuus, että toinen hoitotaho tilaa tiedon sitä tarvitessaan. Kolme lapsista kärsi infektiokier-

teestä. Lääkärissäkäyntien määrä kasvoi heillä yhteensä lähes 40:en vuodessa, mutta tietoa ei oltu vaihdettu. Tiedonkulun katkokset organisaatioiden välillä voivat aiheuttaa konfliktitilanteita lapsipotilaan vanhempien ja lääkärin keskinäisissä vuorovaikutussuhteissa.

Aatun äiti: Toi tiedonkulku olisi kiva, että se paremmin kulkisi, kun on näitä tällaisii, että joudutaan jonnekin päivystykseen, just noiden korvien takia tai minkä takia joudutaankin. Aatu on allerginen penisiliinille ja kaikille sulfa-pohjaisille ja gafalosporiineille, mitä lienevätkin. Tällä hetkellä se anti-biootti, mikä on käytössä on nyt Maxii ja musta tuntuu, että kauheen moni lääkäri mielellään kirjoittaisi jotain muuta ja mä olen aina peloissani niistä lääkejutuista. Kun jostain meille tuli voimakkaat reaktiot, en enää muista mistä. Että kun niilläkin [lääkäreillä] olisi tarkat tiedot, mitä tutkimuksia on tehty, enhän mä muista niitä tipan vertaa. Että niinku heti näkisi, mitä lääkkeitä voi antaa, että olisi selvä peli, että mäkin teidän, että ne tietää ettei hullun lailla tarvi vahtia. Olisi kiva, että näkyisi jossain ne tiedot ihan niinkuin faktana. [lapsen kotona, haastattelu 19.1.1998]

Aatun Allergiasairaalan lääkäri: Hänellä on ollut käyntejä kolmen, neljän kuukauden välein täällä... mut täällä ei ole yhtään tietoa, muuta kuin äidin kertomana näiden kontrollien yhteydessä, että ovat käyneet Aluesairaalassa hengenahdistuksen takia. Ei meillä ole välttämättä tietoa, missä kaikissa paikoissa potilas käy. Ei ole lähetetty, kun meillä ei ole tietoa, että minne niitä tietoja lähettäisi. Tietyin väliajoin lähetetään kotiin koosteita ja he voi ottaa mukaansa sen, kun menevät muualle tai toiselle lääkärille. [haastattelu toisella HYKS klinikalla 4.2.1998]

Erikoissairaanhoidon sisällä tietoa pyydettiin saman erikoisalan lääkäreiden välillä jo ennen hoitosopimusta. Perusterveydenhuollosta tietoa ei pyydetty lainkaan oman työyksikön ulkopuolelta tarkasteluajanjaksolla. Erikoisalojen välillä tiedon pyytämistä ilman, että kyseessä oli lähetteen arvio tapahtui vasta vuonna 1998 hoitosopimuksen yhteydessä.

8.2 Vanhempien käsitykset ja organisaatioiden toiminta

"Epikriisit ja muut palautteet lähetetään aina perheelle tai lähettäneelle lääkärille... Perheeltä tiedot löytävät parhaiten tiensä jatkohoitopaikkaan tai neuvolaan, kouluun ym. seurantapisteisiin". (Lääkärinä Lasten ja nuorten sairaalassa 1997)

Erikoissairaanhoidon poliklinikan seurannassa olleiden pitkäaikaissairaiden lasten²¹ tapauksessa saattoi kulua vuosia ettei kotiin tai perusterveydenhuoltoon

²¹ Esimerkiksi Samin tapauksessa hoidosta ei lähtenyt lainkaan tietoa 1993–1995. Tietoa välittyi vasta hoidon siirtyessä Aluesairaalaan vuonna 1995, mutta silloinkaan tietoa ei mennyt terveysasemalle eikä vanhempia huomioitu jakelussa.

annettu yhteenvedon hoitotilanteesta – hoidon katsottiin olevan kesken. Terveystieteiden ammattilaiset olettavat usein, että lapsen vanhemmat vievät tiedon sairaalassa tapahtuneesta hoidosta perusterveydenhuollon ammattilaisille. Tähän oletukseen perustui myös yllä oleva lainaus Lastensairaalan toimintaohjeesta.

Aatun äiti: Mun kannalta mä en näe siitä yhteistyöstä hirveästi merkkejä. Että voi hyvin olla, että sitä on, mutta mulla ainakin on itselläni sellainen olo, että mä saan selittää aina ne samat jutut alusta lähtien... Et musta olisi kauhean paljon kivempaa, että joko niin, että se tieto kulkisi koko ajan. Tai jos nämä astmat ja allergiat jos nää nyt on jollain lailla toisiinsa liitoksissa, että me voitaisi sitten olla vaikka jommassa [Allergiasairaala tai Jorvi] kummassa hoidossa. Et sit on paljon semmoista, että mun tekisi mieli kysyä jotain, ja sitten mä en niinku tiedä kumpaan soittaisin ja keneltä mä sitten loppujen lopuksi kysyisin ja sitten pitäisi ne paperit tilata kauheen paljon aiemmin. [Lapsen kotona, haastattelu 19.1.1998]

On sairauksia, jotka eivät mahdu yhden erikoisalun sisälle vaan rikkovat jakoa erikoissairaanhoidon sisällä. Hoidon tasoja on erikoissairaanhoidon sisällä edelleen perus-, erikois- ja erityistaso, joiden välisen rajan vetäminen on hankalaa ja siksi usein paikallista. Aatun tapauksessa rajanveto oli hienojakoista yliopistosairaalan ja aluesairaalan välillä.

Potilaalla on itsellään tietosuojalain puolesta oikeus rajata tiedon siirtymistä ja hän ilmaisee kantansa asiaan aina vastaanottokäynnille saapuessaan, kun lupaa tiedonsiirtoon hoitavien tahojen välillä kysytään. Lapsipotilaan puolesta tietosuojalomakkeen täyttää lapsen huoltaja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Henkilötietolaki 1999).

Tutkija: Mitä sun omalääkäri [terveysasemalla] mahtaa tietää nyt tästä, kun tää astma on sitte diagnosoitu Jussilla?

Jussin äiti: Itse asiassa se ei tiedä yhtään mitään, jossen mä toimita lappua. Täältä ei mee tietoo sinne. Se on musta aika huvittavaa silleen, ett ilmoittautumisessa kysytään, saako nämä tiedot antaa ja sit mainitaan tiettyjen hoitotahojen nimet. Eli siis se on ihan yhtä tyhjän kanssa, ett sinne niinku toimitetaan. Mun mielestä se on näiden velvollisuus, jos ne kerran kysyy lapussa, ett saako lähettää. Se on vähän sellanen mulle jäänyt epäselväksi meneekö sitä tietoa vai ei, tai miksi sitä kysytään, jos ei lähetetä. [haastattelu sairaalassa lapsen käynnin jälkeen 18.8.1998]

Markon äiti: Jos vastaan ihan rehellisesti niin... sanoisin, että ei... Mä en todellakaan tiedä, mitä siellä [terveysasemalla] on Markosta tarinaa. Se olisi hyvä jos olisi ilman muuta, jos olisi joku tilanne ja veisin hänet sinne. Ilman muuta haluan, että kaikki olisi tietoisia, ei ole mitään salattavaa ja olisin tosi pettynyt, jos siellä ei ole tietoa. Mä haluan, että tää on avoin asia. [Vanhempien ja nuoren haastattelu sairaalassa käynnin yhteydessä 9.12.1998]

Potilaan äiti tietää lapsensa hoidon kokonaisuuden verkostossa. Hän ilmaisee turhautumisen siihen, että asiantuntijaorganisaatiot tunnistavat yhteistyö-

kumppaneiden olemassaolon tietojenluovuttamiskaavakkeissa, mutta työtapana ei kuitenkaan ole tietojen vaihtaminen. Haastateltujen vanhempien käsitykset tiedonkulusta olivat epävarmaa oletusta tai heillä oli käsitys, että tieto kulkee automaattisesti, kun siihen on pyydetty lupa.

Tutkija: Mitäs luulette, että täällä tiedetään niistä käynneistä terveysasemalla, ja mitä terveysasema tietää teidän käynneistä täällä?

Markon äiti: Mä en sitä tiedä, mutta et mä oon nyt kaks kertaa, tänään just päivitin sen lapun, et saa antaa tietoja, mikä siinä on ne kohdat, niin mä oon allekirjoittanut sen, niin heillä on se oikeus. Mut sitä mä en tiedä, mitä he tietää meidän käynneistä...

Markon isä: # --- terveysasemalla varmaan on Markon potilastiedot, ja ne tiedot, et se on diabetes ja varmaan, niinku tarpeen vaatiessa, niin varmaan saa tiedot.

Marko: Tietoa, mitä me kerrotaan, et kyllähän ne aina kysyy, vastataan aina, ja ne varmaan tietää.

Tutkija: Mites sitte, onko teille itselle tullut näistä käynneistä kopioita, esimerkiksi sairaskertomuksista kotiin?

Äiti: Ei, ei oo tullu. Et mä en tiedä, saako pyynnöstä, mutta...

Isä: Tarkotaks sä terveysasemalla vai täällä ?

Tutkija: No, sekä että.

Äiti: Ei oo.

Isä: Ei, ei oo varmaan koskaan tapahtunut. [jatkoa edelliseen, vanhempien ja nuoren haastattelu sairaalassa lapsen käynnin yhteydessä 9.12.1998]

Yllä olevassa esimerkissä tiedonsiirtoa ei oltu annettu vanhempien tehtäväksi, sillä vanhemmille itselleenkin ei ollut siirtynyt tietoa. Lapsen omalääkärillä terveyskeskuksessa ei ollut vielä vuonna 1999 yhtään Lastensairaalaan lähetettyä sairauskertomusta Markosta, joka oli sairastunut diabetekseen vuonna 1995. Seuraavan otteen vanhempi oli luottanut tietotekniikkaan.

Tiinan isä: Siis merkataanhan kaikki, missä sä käyt niin ainahan ne lyödään tietokoneeseen, sitä sitä mä tarkotin, kun mä sanoin sitä turhaa paperii, kun saahan sieltä varmaan tietokoneelta ulos ne asiat ...Saathan sä printattuu ne ulos mistä vaan ja näkeehän vissii jokainen lääkäri yleensä, eiks ne oo yhteydessä ne tietokoneet, et sä näät vaikka vuoden, mitä sä oot käyny siellä ja mistäki syystä.

Tutkija: Sairaalan ja terveysaseman koneet eivät ole yhteydessä toisiinsa, ei.

Tiinan isä: ## Ai ne ei oo yhteydessä, just.

Tiinan isä: Ja sit kai, kait ne potilaskansiot on käytettävissä, että kulkeeks kansiot sitä väliä? Ei kulje?

Tutkija: Ei. Molemmilla on omat filensa, omat tiedostot kummallaki.

Tiinan isä: Ai molemmilla on omat, just-just. Ai jaa, et ne ei oo yhteydessä. Se ois paljo helpompaa ku ne ois. [Lapsen kotona, haastattelu 2.12.1998]

Jos Tiinan vanhemmille oli välitetty tiedon siirtämistehtävä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä eivät vanhemmat olleet siitä tietoisia. Nuutia erikoissairaanhoidossa hoitavista lääkäreistä eräs ja hänen kanssaan työs-

kentelevä sairaanhoitaja kertovat seuraavaksi perusteluja vanhemmille annetusta tiedon lähettämiskäytännöstä, mikä on yhtenevä Lastensairaalan ohjeen kanssa.

Tutkija: Meneeks tästä käynnistä jotain tietoo sitte terveysasemalle?

Erikoislääkäri H: Menee, menee aina tota. Mä laitan aina kaks kappaletta epikriisejä kotiin, joista toinen menee kodin kautta neuvolaan, et me ei lähetetä suoraan. Samalla vanhemmat voi tsekata sen tekstin, et haluuko ne, et se menee sinne neuvolaan.

Sairaanhoitaja A: Et se jää niinku vanhempien käsiin ----

Erikoislääkäri H: # vanhemmat harkitsee itse.

Tutkija: Että vanhemmat vievät tai sitten eivät vie. Täältä ei mene automaattisesti.

Erikoislääkäri H: Ei mene automaattisesti suoraan. Joskus vanhemmat toivoo, et menee ja sitte menee. Sit kysytään terveydenhoitajan nimet ja mikä neuvola. Mutta se säästää aika paljo postitusvaivaa ja kuluja tietysti, mutta ennen kaikkee sitä vaivannäköö, ettei tarvi ottaa selville, mikä neuvola, kuka terveydenhoitaja. Se menee vaivattomammin kodin kautta.

[lääkäriin ja sairaanhoitaja A:n²² yhteishaastattelu 24.11.1998]

Yllä oleva aineisto-ote tuo ilmi, että potilaan hoitoverkoston tunteminen ja toisiin toimijoihin yhteydessä oleminen koettiin normaaliin arkeen kuulumattomana ylimääräisenä työnä. Rutiinit tuovat terveydenhuollon toimintaan säännönmukaisuutta ja tekojen säännönmukaisuuden sanotaan tuovan turvallisuutta potilashoittoon (DelVeccio Good 1995, Heimer ja Staffen 1998). Allardt (1971) tarkasteli Durkheimin työnjaon teoriaan ja Homansin (1958) suhteita käsittelevään teoriaan liittyen välineellisiä ja ilmaisullisia tekoja. Kokonaisia yhteiskuntia käsittelevässä analyysissään hän totesi, että kun yhdenmukaisuuden paine on suuri ja myös työnjako on suuri toimijoilla on etupäässä mahdollisuus välineellisiin tekoihin. Vaihdossa välineelliset teot ovat sitä tehokkaampia, mitä enemmän ne perustuvat rutiiniseen suoritukseen. Ilmaisullisille teoille on tyypillistä yksilöllisyys ja välitön ekspressiivisyys, kun välineellisissä teoissa päämäärä on etäisempi. Tapa valita teko kasautuu yksilön valinnoissa. (Mt. 153–173.) Vaihto sujuu Allardtin (1971, 57) mukaan "tehokkaammin silloin, kun osapuolet lähestyvät tilaa, jossa he ovat verrattain tasa-arvoisia".

Sovellettaessa tulosta terveydenhuollon yhteistoimintaan toiminta perustuu enemmän organisaatioiden välisiin kuin henkilöiden kesken neuvoteltuihin tavoitteisiin. Teot ovat rutiineihin perustuvia ja suhteet välineellisiä. Osallistumisen kasautuminen antaa toimijoille tilaa olla henkilökohtaisuuteen ja ilmaisullisuuteen pohjaavissa suhteissa toisiin toimijoihin, jolloin toisella ammattilaisella voi olla tapana toista enemmän toimia yhdessä vanhempien ja kollegojen kanssa yhteistä potilasta hoidettaessa. Hoitosopimuksen avulla toimintaa pyrittiin ruti-

²² Myös sairaanhoitajien yleiset kommentit, kun ne eivät liity yksittäiseen potilaaseen, on erotettu aakkosilla toisistaan.

noimaan suuntaan, jossa toimijat neuvottelisivat keskinäisistä suhteistaan. Yli organisaatorajojen toimittaessa välittömät ja henkilökohtaisuuteen perustuvat suhteet toimijoiden kesken olivat aineistossani ennen hoitosopimusta harvinaisia.

8.3 Hoitosopimus ja tiedonvälittyminen

Perinteisten yhteistyövälineiden, konsultaation ja lähete-hoitopalautemallin rinnalle otettiin Lastensairaalan ja perusterveydenhuollon välille käyttöön uusi menettelytapa, mitä kutsutaan hoitosopimukseksi tai vuodesta 1999 lähtien alueelliseksi hoitosuunnitelmaksi. Tiedonkulkua osapuolten välillä parannettiin jo vuonna 1997, kun päivystyksen sairauskertomuksen ja hoitotyön kopiot ryhdyttiin lähettämään kotiin ja terveysasemalle.

Toukokuusta 1998 alkaen sairaalan vastuulääkärit alkoivat tehdä hoitosopimusehdotuksia. Käytäntöön kuului, että ammattilainen keskustelee lapsipotilaan vanhempien kanssa hoitojärjestelyistä voidakseen tehdä hoitosopimusehdotuksen, jossa muiden hoitavien tahojen osuus on huomioitu. Syntyneen hoitosopimusehdotuksen allekirjoittavat sairaalassa nimetty erikoissairaanhoidon vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja ja ehdotus lähetetään yhteystietojen sekä potilaan sairauskertomusyhteenvedon kera terveyskeskuksen omalääkärin ja oman terveydenhoitajan kommentoitavaksi ja hyväksyttäväksi.

Hoitosopimuksessa otetaan kantaa osapuolten työn- ja vastuunjakoon sekä potilaan hoitoonohjautumiseen tai mahdolliseen yhteisseurantaan. Hyväksytty sopimus lähetetään edelleen neuvolaan, päiväkotiin tms. ja potilaalle itselleen tiedoksi. Sopimus palautetaan perusterveydenhuollon yhteystiedoilla, allekirjoituksilla ja kommentteilla täydennettynä sairaalan vastuulääkärille. Sopimuksessa osapuolet sitoutuvat yhteiseen suunnitelmaan noin vuodeksi kerrallaan sekä ajantasaisen tiedon lähettämiseen hoidon muuttuessa.

Aiemmin esitetystä aineistosta ja aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettiin, että perusterveydenhuolto tarvitsee erikoissairaanhoidon tietoja yhteistä potilasta hoidettaessa. Tarve vastavuoroiseen tiedonvaihtoon tunnistettiin hoitosopimus-käytännön myötä myös silloin, kun kyseessä ei ollut lähete.

Tutkija: Onko sun kokemuksen mukaan perusterveydenhuollosta lähetetty tänne tietoa aikaisemmin?

Sairaanhoitaja B: No, läheteiden muodossa ja yhteydenottojen muodossa, kyllä, mun mielestä se on nimenomaisesti erittäin tärkeitä, että miten se toimii tiedotus sieltä terveysasemalta tänne päin. Sitä me just kaivataan, että koska siellä nää pienet joutuu käymään aika usein, jota meillä ei oo, sitä väliajan tietoa, sitten taas täällä.

Tutkija: Mä en oo nimittäin koskaan, kun olen selannut noita papereita, niin

huomannut yhtään, yleislääkärilehteä, papereitten välissä.

Sairaanhoitaja B: Joo, en mäkään, suoraan sanoen, ole. Voin sanoa, että läheteiden mukana yleislääkärilehtiä on kyllä tullut...

Tutkija: Just niin, jos tulee lähete.

Sairaanhoitaja B:... joo, lähete, niin. [haastattelu 28.10.98]

Tieto on perinteinen asiantuntijuutta jäsentävä elementti. Asiantuntijan ja maallikon välisessä suhteessa tiedon hallinnalla ja käytöllä on perinteisessä professiokirjallisuudessa osapuolia erottava merkitys. Samoin erityistiedon avulla asiantuntijaryhmät ovat voineen erottautua toisistaan ja hallita erilaisia valta-aseimia. (Freidson 1970, xi, 338.)

Sairaalassa Hannun erikoislääkäri: Kyllä musta hoitosopimuksen idea, että perusterveydenhuolto saa tietoa ja jos sitä ei muulla pystytä varmistamaan niin miksi ei sitten tällä. Sitten on tietysti hirveen hyvä, jos se poikii sen, että me saadaan terveysasemalta tietoa, koska mun käsittääkseni me saadaan sitä vielä vähemmän, kuin mitä me lähetetään sinne... Yksi terveyskeskuslääkäri soitti mulle, kun se oli saanut tän lapun [hoitosopimuksen] ja kysyi, että halutaanko me tosiaan kopio, jos potilas siellä infektion takia käy! Niin mä sanoin, että joo, siitä voi tosiaan olla meille hyötyä. Me nähdään, että mitä siellä keuhkoista on kuulunut silloin, kun se on ollut infektiossa. [haastattelu 9.12.1999]

Haapakorpi (2002) kirjoittaa, että kansalaisilla on pitkälti mahdollisuus saada käyttöönsä asiantuntijoiden käyttämään tietoa, mutta heidän resurssinsa ja perustietonsa eivät välttämättä riitä tiedon käsittelyyn ja ymmärtämiseen. Pitkäaikaissairaiden lasten vanhemmilla on käytössään lasta koskevaa **tuntemistietoa**, mikä perustuu heidän kokemukseensa lapsen voinnista sekä lääketieteellistä tietoa, jota he ovat oppineet asiantuntijoilta oman lapsensa asiassa. Ritva Engeström (1999, 314, 2003) on vastaavasti esittänyt *potilasta koskevan tiedon, joka on peräisin potilaalta* ja erottanut sen potilaan kokemustiedosta. Tuntemistieto on siten verrattavissa potilaalta peräisin olevaan tietoon, jonka nyt kertovat lapsipotilaan puolesta hänen vanhempansa.

Kokeneet ammattilaiset osaavat antaa pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien omaamalle tiedolle sen ansaitseman arvon. Tulevassa otteessa sairaanhoitaja selittää isälle päivystystilanteessa²³, sen alkuhaastattelun jälkeen, miksi hän kyseli isän tuntemuksia lapsen hengenahdistuksesta. Sairaanhoitaja kertoo vanhempien tiedon tarpeellisuudesta varsinkin, jos lapsi ei ole hoitajalle ennestään tuttu.

Nuutin sairaanhoitaja B Lastensairaalan päivystyksessä: Yleensä jos, tota, lapsella on, on taipumus paljon sairastella tai hengitystieinfektioita tai on joku perussairaus, niin vanhemmat on mestareita arvioimaan sen tilanteen,

²³ Olin sairaalassa muissa asioissa, kun näin tutun, tutkimusryhmäni potilaisiin kuuluvan isän ja lapsen päivystyksessä ja liityin havainnoimaan hoidon etenemistä päivystyksestä osastolle asti.

että he kyllä tietää, että milloin lapsella on niinku se tilanne, että nyt ei kotona pärjätä.

Nuutin isä: No, siltä se alkaa vähän vaikuttaa.

Nuutin sairaanhoitaja B: Joo, ett yleensä se semmoinen kysymys tossa alkuvaiheessa on vanhemmille, että mikä sinun mielestä on tilanne, että kun ei [sairaanhoitajana] tunne lasta. Sitten jos on paljon käyntejä, sitte niinku sairaanhoitajakin oppii tunteen [lapsen] ja näkee sitte kunnon.

Nuutin isä: Joo---- [lapsen isän ja sairaanhoitajan keskustelua hoitotilanteessa 4.6.1998]

Vaikka usein 'asiantuntija- ja maallikkotiedon' katsotaan olevan hierarkkisessa suhteessa toisiinsa, edustivat ne yllä olevassa esimerkissä erilaisina näkökulmia, joita molempia tarvitaan. Lääketieteellistä päätöksentekoa on kritisoitu rajoittumisesta biomedisiiniseen näkökulmaan ja ihmisen psykososiaalisten puolien ohittamisesta (Engeström R. 1999).

Seuraavassa otteessa saman lapsen äiti pohtii asiantuntijatiedon ja maallikkotiedon merkityksestä lapsensa yhteistoiminnan rakentamisessa vanhempien ja asiantuntijoiden välille. Lapsen kaikki tähänastinen hoito oli keskittynyt sairaalaan, mutta sairaalan erikoislääkäri on hoitosopimuksen pohjalta neuvotellut vanhempien kanssa yhdessä toimimisesta terveysaseman kanssa.

Tutkija: Tota, lähtiks tää nyt .. tai mistä tää lähti nyt liikkeelle sitten, ett tätä yhteistyötä lähdetään rakentaa?

Nuutin Äiti: Niin, se oli nyt tää meidän viimeinen käynti [Lastensairaalan lääkäriillä], silloin hän totesi tän Nuutin korvatulehduksen, ja sit mä aattelin, ett no, voi hyvänen aika, että, ett jälkitarkastus, että missäs se nyt sit on, niin sit hän vähän niinku. Tai mä sanoin rehellisesti, että no, että uskaltaako siihen [terveysaseman omalääkäriin] luottaa, mutta sitten hän vähän tällä lailla niinkun kertoi, että kyllähän se ensinnäkin se on hirveen kätevää ja ihanaa, että teillä on tossa lähellä lääkäri [omalla terveysasemalla], ettei tarvitse mihinkään lähtee sen kummemmin, ja sitten just tällä lailla, että, kyllähän se lasten, se hoito niin yhtä paljonhan siinä on tietysti siinä on se ammattitaito, mutta se tunteminen myöskin, ett oppii tunteen niin silloin hän mua vähän ympäri puhu. Se oli oikeestaan sen keskustelun jälkeen, niin kun hän sitten puhu tällaisesta hoitosopimuksesta, ja hän sano, että hän lähettää vähän papereita nyt tälle omalääkäriille, että hän voi niinku tutustua, ja sitten sitä kautta, jos opittaisi vähän tuntemaan sitte. Ja, että oikeestaan, sehän on kyllä ihan meillekin etu, jos siitä kehkeytyisi semmoinen hyvä suhde, ja mikä ettei. Nyt mä oon sitten vähän miettinyt sitä, että, että kun alkaa tuleen tällaisia, just niinkun tää korvatulehdus ja tällaisia muita normaalien lasten, tai ihan niinkun lasten elämään kuuluvia pikku ongelmia... niin, ett jos tää omalääkäri vaikka tutustuisi sitten ja tietäsi, että miltä näyttää esimerkiksi Nuutin terveet korvat ja sitten, että miltä ne näyttää kun ne ei olekaan ihan kunnossa.

[vanhempien haastattelu lapsen kotona 28.5.1998]

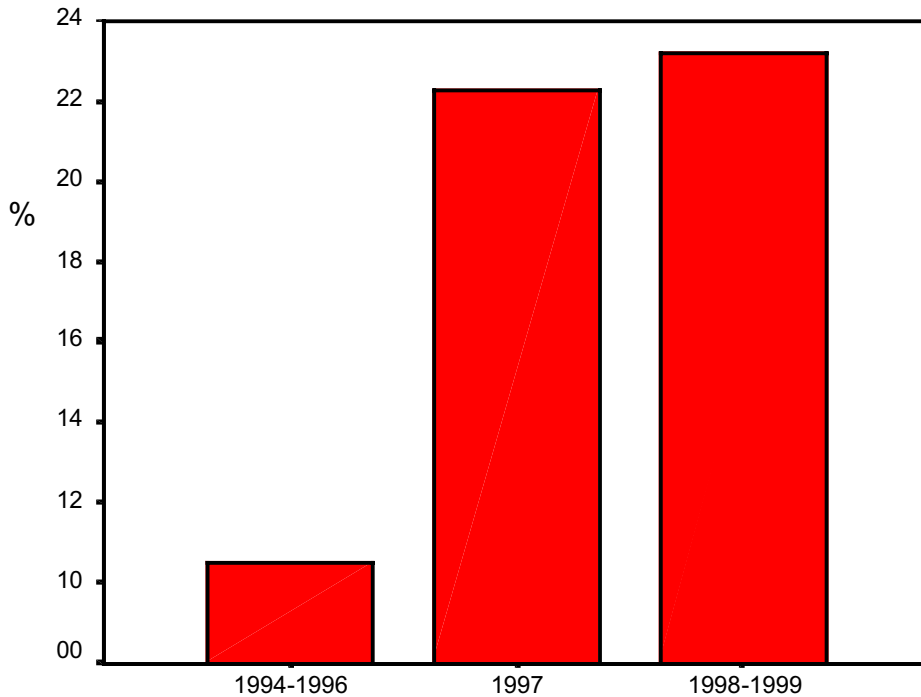
Newtonin ym. (1992) selvittivät tietoja, joita sairaalasta lähtevässä hoitopalautteessa tulisi olla. Kävi ilmi, että 90 % vastanneista perusterveydenhuollon lääkäreistä koki aina tai tavallisesti hyödylliseksi, että hoitopalautteesta käyvästi ilmi ilmaantuneet ongelmat, tutkimustulokset, suunnitelma hoidon etenemisestä ja tieto siitä kuka potilasta hoiti. Edelleen 85 % perusterveydenhuollon lääkäreistä piti aina tai tavallisesti hyödyllisenä tietona niiden asioiden kirjaamista, joita potilaalle oli kerrottu ja joista oli keskusteltu. (Roland 1992a, 113.)

Hoitosopimus nosti esiin myös *kollektiivista tuntemistietoa*, joka ei rajoitu vain keskinäiseen vuorovaikutukseen. Tällöin hoitoverkoston toimijat voivat jakaa potilaan sairauksien tietämisen lisäksi toistensa henkilökohtaisen tuntemisen ja tiedon toistensa osuudesta työnjaossa. Tuntemistiedon tullessa osaksi lääketieteellistä päätöksentekoa potilaan arjessa selviytyminen ja sairauksien kokonaisuuden tunteminen eivät voi olla vaikuttamatta myös potilaan hoidon jatkuvuuden laatuun.

8.4 Yhteenveto

Tarkastelin erikoissairaanhoidon seurannassa olevien ja terveystieteiden kanssa yhteisten potilaiden hoitamiseen liittyvää tiedonvälittämistä sekä vanhempien²⁴ osuutta vuosina 1994–1999. Potilaiden sairauskertomuksista seurasin hoitotapah- tumia keskimäärin 4.2 vuotta potilasta kohti. Ammattilaiset olivat pyytäneet tietoa toisiltaan vain kun kyseessä olivat saman erikoisalalan lääkärit. Sairaalat tai terveysasemat eivät olleet pyytäneet toistensa tietoja yhdenkään pitkäaikaissai- raan lapsen kohdalla vuosien 1994–1997 välillä. Terveystieteiden rutiineissa tiedon välittyminen on kytketty lähetteisiin ja potilaan kautta tapahtuvaksi, mutta tutkimukseni perusteella tämä on riittämätöntä hoidon kaikista osapuolista. Tulokset tiedon välittämisestä yhteisen potilaan hoidossa ilmenevät seuraavasta pylväskuviosta 16.

²⁴ Rinnastan tutkimustietoni potilasta koskevan ja potilaan kuljettaman tiedon välittämisessä potilaan ja lapsipotilaan vanhemman, sillä lapsi on potilas ja vanhemmat välittävät tätä tietoa lapsen asiassa. Vanhempien lastaan koskevan tiedonvälittämisen ei voi olettaa olevan heikompaa kuin mitä se olisi, jos vanhempi itse olisi potilas.



Vuodet: -94-96 n=152, -97 n=108, -98-99 n=112

Kuvio 16. Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon lähteneen tiedon välittyminen vuosina 1994–1999.

Vertailtaessa kolmea eri ajanjaksoa tiedonkulku lisääntyi merkittävästi (t-test $p=0.008$) hoitosopimusta käytettäessä. Näin tapahtui, vaikka menettelytavan käyttöönoton ensimmäinen vuosi takelteli tietosuojakysymysten vuoksi eikä sopimusta saatu tehokkaasti käyttöön (ks. luku 6.2). **Ennen hoitosopimuskäytäntöä (-94–96) tietoa välittyi noin 10 % käynneistä ja hoitosopimuksen sekä päivystyksen toimintatavan muututtua (-97–98) yli 20 %.** Hoitosopimuksen tultua käyttöön tarve vastavuoroiseen tiedonvälitykseen tunnistettiin potilasta hoitavissa organisaatioissa.

Taulukko 7. Vanhempien saamat ja siirtämät lapsipotilaiden sairauskertomuskopiot vuosien 1994–1999 välisenä aikana.

Vanhempien toiminta	Käyntien määrä yht. 400, joista 372 erikoissairaanhoidossa ja 28 terveyskeskuksen iltapäivystyksessä	%
vanhemmat saaneet kopion	87	22
vanhemmat välittivät tietoa ei kopiota vanhemmille	5	6
	313	78

Vanhempien ja terveydenhuollon ammattilaisten käsitykset ja ohje-säännöt tiedon välittymisestä olivat ristiriidassa keskenään. Lisäksi vanhempien osuus tiedonvälityksessä oli vähäinen (taulukko 7), vaikka vanhempien on silti todettu pitävän lastensa terveydenhoidosta parempaa huolta kuin omastaan. Ammattilaisten ei tulisi tuudittautua sen varaan, että tieto siirtyy potilaan välityksellä varsinkaan, jos asiasta ei ole potilaan kanssa keskusteltu.

Ennen hoitosopimusta (taulukko 8) erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ollut tiedonsiirtoa, jos potilas oli tiiviissä erikoissairaanhoidon seurannassa. Tietoa sairaalasta välittyi, jos potilas tuli yhdelle käynnille tai selkeästi konsultaatioon. Jos taas ensimmäisestä käynnistä ei mennyt tietoa oli epätodennäköistä, että sitä menisi jatkossakaan. Jos potilas on tullut hoitoon ilman lähetettä, itse päivystykseen hakeutuen ja joutunut osastolle ja edelleen poliklinikalle seurantaan oli epätodennäköistä, että terveysasemalle välittyisi tietoa.

Perusterveydenhuolto ei lähettänyt tietoa potilaalle. Tietoa ei myöskään mennyt erikoissairaanhoidon, eikä sitä vaihdettu terveysasemien kesken (potilaan muuttaessa) ellei kyseessä ollut lähete. Yhtä epätodennäköistä tiedon välittyminen oli, jos se annettiin lapsipotilaan vanhempien vietäväksi. Syynä vanhempien passiivisuuteen oli, etteivät vanhemmat tieneet, että ammattilaiset oletivat heidän hoitavan tiedonvälitystehtävää. Vanhemmat luulivat tiedon kulkevan automaattisesti, kun tietosuojailmoitukseen oli täytetty lupa tietojen siirtämiseen. Voidaan myös pitää kohtuuttomana, että vanhempien on jatkuvasti oltava varautunut sairauskertomustietojen mukana pitämiseen. Lapsi voi myös joutua päivystyshoitoon päiväkodista tai koulusta, jolloin tietojen mukana kuljettaminen on vielä hankalampaa.

Tietoa välitetään pyydettyä, mutta pyyntöjä ei tässä tutkimusaineistossa erikoissairaanhoidon seurannassa olevista potilaista ilmaantunut. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tietoa ei oltu hoitotahojen välillä nähty tarpeelliseksi pyytää lainkaan kuuden vuoden aikana. Tämän perusteella voidaan olettaa, että tarve tietojen tilaamiseen muodostettiin samalla tavalla molemmissa organisaatioissa – kulloinkin hoidettavan oireen – ei potilaan kokonaisuuden hahmottamisen pohjalta.

Lastensairaalan päivystyksessä vuonna 1997 käyttöönotettu toimintatapa lisäsi tiedon lähettämistä terveysasemille, mutta vasta hoitosopimus pystyi muuttamaan oleellisesti tiedonvälittymisen periaatteita yhteistoiminnassa. Hoitosopimusta käytettäessä erikoissairaanhoidon ryhtyi lähettämään tietoa perusterveydenhuoltoon riippumatta siitä, oliko potilas tullut hoitoon terveyskeskuslääkärin tai yksityislääkärin läheteellä tai päivystyksenä ilman lähetettä. Tietoa lähettiin myös jo aikaisemmin sairaalaseurantaan tulleista ja hoitosuhteeseen jääneistä potilaista.

Kokosin taulukossa 8 tiedonvälittymisen rutiinit terveydenhuollon yhteistoiminnassa. Näihin rutiineihin viitataan tutkimukseni myöhemmissä luvuissa.

Tiedon tilaamisen ja lähettämisen taustalla on 1950-luvulta lähtien huonosti toiminut lähete-hoitopalaute -malli. Se perustuu terveydenhuollon porrastettuun työnjakoon, jossa organisaatioiden välisten hoitotapahtumien ja potilaan käyntien oletetaan seuraavan toisiaan lineaarisesti ilman 'rinnakkaisia' tapahtumia toisissa organisaatioissa. Käytännössä potilailla on kuitenkin olemassa olevia hoitosuhteita useissa organisaatioissa samanaikaisesti. Läheteä ei alunperin kehitetty tiedonvaihdon välineeksi, mutta ne odotukset siihen on pitkään asetettu. Lähete luotiin sairaala-ajan varaamista varten, kun potilaiden ei katsottu itse osaavan päättää kenen spesialistin alaan heidän vaivansa kuuluu (ks. Helsinki tarvitsee... 1962, Järvinen 1966). Lähetekäytännön syntyolosuhteita on tarkasteltu perusteellisemmin luvussa 7.

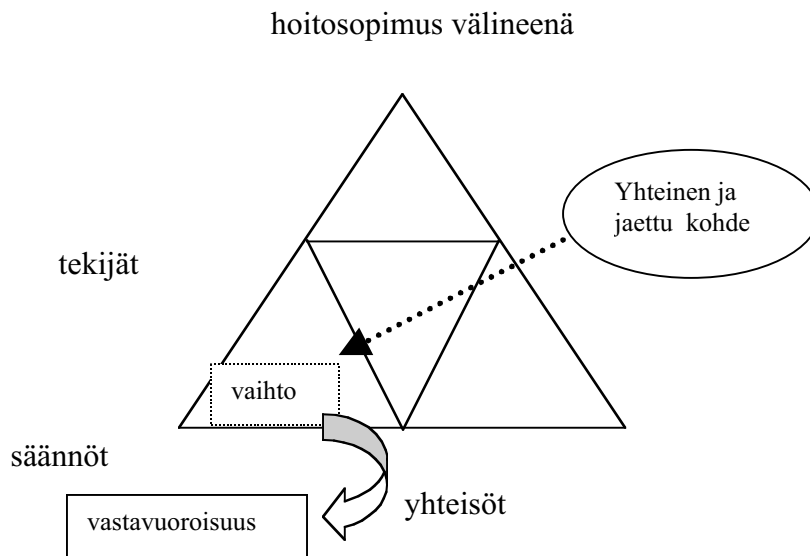
Vaihtoehtoiset käytännöt yhteisen potilaan hoitamisessa ovat tulleet lähete-hoitopalaute -mallin rinnalle. Yleensä niiden tavoitteena on ollut läheteiden määrän karsiminen, mutta samalla ne ovat luoneet uusia tapoja vaihtaa tietoa eri organisaatioissa työskentelevien ammattilaisten välillä. Rolandin (1992a, 116) tutkimuksessa läheteiden määrä saatiin vähenemään noin 22 %, kun perusterveydenhuollon lääkäreille avattiin konsultaatiopuhelin 30 minuutin ajaksi joka aamupäiväksi sairaalan erikoislääkäreille. Uutena yhteistyömuotona lähete-palaute -mallin rinnalla

Lastensairaalassa toteutettiin vuonna 1999 hanke, jossa perusterveydenhuollon yleislääkärikonsultti työskenteli sairaalan tiloissa päivän kuukaudessa. Yleislääkärikonsultin tehtävänä oli arvioida perusterveydenhuollosta lähetettyjen läheteiden tarpeellisuutta, koordinoida potilaan sairaalaan saapumista edeltäviä tutkimuksia ja parantaa sairaalasta lähtevien epikriisien jatkohoitosuunnitelmasuutta (Kupiainen ym. 2000). Käytännöt, joissa perusterveydenhuollon lääkärit konsultoivat toisiaan ennen sairaalaan lähettämistä ja lähettävät potilaan perusterveydenhuollossa työskentelevälle kollegalleen ovat myös syntyneet perinteisen lähettämismallin rinnalle (Maggs-Rapport ym. 1998).

Organisationaalisen kommunikaation käsitettä käyttäneet Rogers ja Agarwala-Rogers (1976) totesivat viestin lähettäjän ja viestin vastaanottajan välisen vaihdon olevan sairaalatyön vuorovaikutuksen lähtökohtana. **Terveydenhuollon rutiiniset käytännöt on rakennettu perustuviksi 'kysymys ja vastaus-logiikan' mukaiseen vaihdon periaatteeseen.** Esimerkiksi potilas lähetetään arvioon toiselle ammattilaiselle ja tähän odotetaan vastausta. Vaihtoon perustuvat käytännöt ja niitä kannattelevat rutiinit pitävät hoitosopimuksen käytön tuottamiin tekoihin verrattuna yllä valtasuhdetta tahojen välillä (ks. luku 10).

Hoitosopimuskäytännössä vaihdon periaate on läsnä, mutta se täydentyy (kuvio 17). Väline auttoi toimijoita näkemään yhteisen potilaan hoitamisen kohteen yhteisenä ja jaettuna, josta toisten tarpeiden tunnistaminen ja niiden täyttämään pyrkiminen on osoituksena. Sen jälkeen, kun potilaasta on tehty hoitosopimus vuorovaikutus ei enää perustunut ainoastaan vaihtoon, vaan potilaan tilanteesta tapahtuvista muutoksista informoimiseen. Tähän ei välttämättä sisälly kysymystä eikä vastausta, mitä jäätäisiin odottamaan. Suhde perustuu luottamukseen siitä, että toinenkin hoitotaho ilmoittaa jos jotain tapahtuu. *Vastavuoroisuus* on ajallisesti vaihtoa pidempikestoisempi käsite.

Hoitosopimuksen allekirjoittaneet ammatilliset hoitotahot tekevät ajallisesti 'kysymystä ja vastusta' pitkäkestoisemman sitoumuksen, joka rakentuu potilaan ja häntä hoitavien ammattilaisten henkilökohtaisesta luottamuksesta. Hoitotahot sitoutuvat lähettämään toisilleen tietoa ilman selkeätä ongelmaa tai vastausta vaativaa kysymystä, jotta tieto on tarvittaessa käsillä ilman erikseen pyytämistä. Vastavuoroisuudella kasvatetaan toisen ammattilaisen mahdollisuuksia hoitaa potilasta kokonaisuutena oman osaamisensa puitteissa, kun päätöksenteon kannalta tärkeä tieto on päätöstä tehtäessä käsillä.



Kuvio 17. Jaettu kohde tuottaa yhteistoimintaan vaihdon rinnalle vastavuoroisuuteen perustuvia pidempikestoisia suhteita.

Vastavuoroisuuden ei välttämättä tarvitse tarkoittaa hoitotahojen suhteen tasa-arvoisuutta. Hoitosopimuksessa toinen osapuoli voi lähettää tietoa useasti ja toinen vain kerran, mutta se voi sopia potilaan ja hoitotahojen tilanteeseen hyvin. Perinteisessä mielessä kommunikaation tasavertaisuus ei siis toteudu, mutta vastavuoroisuus kylläkin. Hoitoverkoston toimijoiden välisessä yhteistoiminnassa tiedonsiirtoa koskevien vaihtosuhteiden (kysymys-vastaus -periaate tai lähetehoitopalaute -malli) rinnalla tuli hoitosopimusta käytettäessä yhä keskeisemmin esille suhteiden vastavuoroisuus. Hoitosopimus synnytti toimintaan uusia sääntöjä, jotka tukivat toimijoiden välisiä neuvottelevia suhteita.

Toiminta traditionaalisin yhteistyövälinein ei synnytä tarvetta tietojen vaihtoon, liekö siihen aikaakaan. Potilaan kokonaishoidon jatkuvuudesta yli organisaatorajojen on vaikea puhua arvioitaessa yhteistoimintaa tiedonvälittymisen näkökulmasta. Hoidon ja sen jatkuvuuden kokonaishallintaa ei voi tapahtua ilman vastavuoroista tiedonvälittymistä, eikä tiedonvälittymistä voida nähdä tarpeellisenä ilman käsitystä hoitoverkoston kokonaisuudesta.

Tiedolla on vastuuttava vaikutus; jos tieto on käsissä, on vaikeampaa olla sivuuttamatta hoidon koordinoinnin ongelmia, kuin jos tietoa ei ole. Jos potilas kysyy astmasta, ja lääkäri vastaa: ”ai, mikä astma” tarkoittaen, että hänelle ei ole tullut tietoa potilaan astmadiagnoosista. Vastaus ei taida herättää luottamusta, jos vanhemmat ovat olettaneet organisaatioiden hoitaneen tiedonsiirron. Tiedon välittäminen yli organisaatorajojen tulisi olla rutiinimaista, kun eri tahot hoitavat yhteistä potilasta.

9 VASTUU, LUOTTAMUS JA JATKUVUUS HOITOTAHOJEN YHTEISTOIMINNASSA

Sanalla 'vastuu' on terveydenhuollossa useita merkityksiä. Palvelujen järjestäminen koskettaa taloudellista, hallinnollista, poliittista, eettistä ja juridista vastuuta vaikuttaen ammattilaisten työhön. Ammattilaisten työssä vastuu liittyy asiantuntemukseen, organisaatiossa työskentelyyn ja potilaiden hoitamiseen. Simoila (1989, 9) on esittänyt vastuukäsitteen käytön kolmessa eri merkityksessä: tehtävänä tai vastuualueena, joka liittyy virkaan ja sen velvollisuuksien suorittamiseen; juridisena vastuussa olemiseen; sisäisenä vastuuntunteena, joka ohjaa käyttäytymistä. (Esim. Bergman 1981, Baly 1984.)

Hoidon jatkuvuus on liitetty osaksi potilaan ja häntä hoitavan ammattilaisen välistä suhdetta ja tarjottavien palvelujen jatkumoa (Shortell 1976). Lääkintöhallitus ohjeisti vuonna 1978, että hoitosuhteen jatkuvuuteen potilaan ja häntä hoitavien ammattilaisten välillä on syytä pyrkiä (Hagman ja Johansson 1985). Jatkuvuuden parantaminen nostettiin 1980-luvulla keskeiseksi terveydenhuollon organisoinnin tavoitteeksi (Kekki 1985, Keinänen-Kiukaanmäki 1989, Arvonen ja Ahonen 1991). Pääkaupunkiseudulla perusterveydenhuollossa otettiin käyttöön 1980–1994 välisenä aikana väestövastuuperiaate, jota toteutettiin omalääkäri- ja oma terveydenhoitajamalleilla (Kupiainen 1993a). Väestövastuuperiaatetta on kuitenkin 2000-luvulla alettu kritisoida siitä, että "kun kaikki hoitavat kaikkea, kukaan ei vastaa kokonaisuudesta" (Väestövastuujärjestelmän... 2003, 3346).

Lastensairaalassa hoitosuhteen vastuuta toteutetaan hoitava lääkäri, vastuulääkäri- ja omahoitajamalleilla, kun taas omalääkäri- ja oma terveydenhoitajamallia toteutetaan perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon vastuulääkärimalli syntyi alunperin lasten tehohoito-osastolla. Pienille potilaille tehtiin yhtä aikaa monia toimenpiteitä, joten vastuun kokonaisuudesta haluttiin olevan yhdellä lääkärillä. Teho-osastolta vastuulääkärimallia levitettiin 1990-luvulla koko sairaalan toimintatavaksi (haastattelutietoa vuodelta 1998). Hoitosopimukseen käyttöön siirryttäessä erikoissairaanhoidon vastuulääkäri ja vastuusairaanhoidaja kirjattiin potilaan hoitosopimusehdotukseen, joka lähetettiin terveystieteiden keskukseseen.

Ilmosen ja Jokisen (2002, 10) mukaan yksi keino integroida pirstoutunut järjestelmä, jollaiseksi myös nykyistä työnjaon porrastukseen perustuvaa terveydenhuoltoamme voi kutsua, on etsiä luottamukseen perustuva integroiva perusta, joka helpottaa ihmisten välistä vuorovaikutusta ja keskinäistä yhteistyötä.

Colemanin (1990) mukaan luottamus kuuluu yksilöiden välisten suhteiden rakenteisiin ja sitä on vaikea suoraan tutkia.

Tarkastelen luottamusta ja hoidon jatkuvuutta yhteydessä vastuuseen potilaan hoitoverkostoon kuuluvien toimijoiden suhteissa. Vastuun käsittämisestä ja jakamisesta terveydenhuollon usean eri organisaation ammattilaisten ja vanhempien välillä en löytänyt aiempia tutkimuksia. Jonkin valmiiksi annetun käsitteen, kuten väestövastuun, käsittämistä on tutkittu (Koponen ym.1993).

Tutkiessani vastuuta yhteistoiminnassa kysymykset ovat:

- 1) Mitä pitkäaikaissairaita lapsia hoitavat ammattilaiset ja vanhemmat tarkoittavat, kun he puhuvat vastuusta?
- 2) Mistä asioista vastuuta otetaan?
- 3) Miten vastuuta tulkitaan hoitosopimuksen tultua uudeksi yhteistyövälineeksi?
- 4) Mitä yllä olevan perusteella voidaan sanoa luottamuksesta ja hoidon jatkuvuudesta, kun toimitaan yli organisaatorajojen?

Vastuu oli yksi haastattelulla kerätyn aineiston teema-alue; tiedonkulun, diagnoosien määrittämisen, oman osuuden potilaan hoitamisessa määrittelyn ja yhteistyöstä kertomisen rinnalla. Vastuukäsitysten kirjo aineistossa herätti kiinnostukseni tutkia vastuun käsittämisestä organisaatorajat ylittävässä toiminnassa, jossa hoitosopimus on käytössä ja toiminnassa, jossa sitä ei ollut.

En määritellyt haastattelukysymyksessä vastuuta mitenkään etukäteen esimerkiksi kokonaisvastuuksi tai hoitovastuuksi. Kysyin vanhemmilta ja ammattilaisilta: ”kuka on vastuussa tai kenellä on vastuu”, ja vaikka en pyytänyt heitä perustelemaan vastaustaan, he tekivät niin spontaanisti. Analyysin kohteeksi valikoitui tämä **spontaanisti ilmaistu perustelu**, jolla vastaajat lähtivät selventämään, miksi olivat vastanneet kysymykseen juuri sillä tavalla kuin vastasivat.

Pitkäaikaissairaahan lapsen palveluverkostossa on kolme vastuuta ottavaa tahoa: lapsipotilaan vanhemmat, sairaalan erikoislääkäri ja sairaanhoitaja sairaalassa sekä terveysaseman nimetty omalääkäri ja oma terveydenhoitaja terveyskeskuksessa (vrt. Nikkilä 1998²⁵). He ovat suhteessa potilaaseen suoraan ja henkilökohtaisesti, mutta ammattilaiset voivat keskenään olla yhteistyössä myös organisaatioiden rutiinien välityksellä.

²⁵ Terveydenhuollon kokonaisjärjestelmän toimijat ovat: palvelun tuottajat (sairaala, terveyskeskus, lääkäriasema, asiantuntija), palvelun käyttäjä, palvelun maksaja ja järjestäjä (kunta, vakuutusyhtiö, valtio).

Taulukko 9. Vastuuluvun haastatteluaineisto.

Haastattelut (n=42)	1997 Ennen hoitosopimusta	Hoitosopimus käytössä 1998–99
ammattilaiset (n=30) perusterveydenhuollosta 12 ja erikoissairaanhoidosta 18 henkilöä	n=15	n=15
vanhemmat (n=12) lapsi/nuori, äiti ja isä yhteensä 12 perhettä	n=6	n=6

Perheet ja ammattilaiset olivat aineistossa eri henkilöitä kahden eri ajanjakson välillä, lukuunottamatta kahta sairaalan lääkäriä. Ensin hoitosopimusta ei ollut olemassa ja seuraavana ajanjaksona sitä käytettiin (taulukko 9). Aineiston kokoa suhteessa analyysitapaan voidaan pitää riittävänä koska ns. saturaatiopiste täyttyi, jolloin aineiston lisääminen ei enää tuonut sisällöllistä variaatiota esitettyjä tutkimuskysymyksiä tarkasteltaessa (Glaser ja Strauss 1967).

Ymmärtäminen ja selittäminen edellyttävät sen kulttuurisen ja sosiaalisen kontekstin tutkimista, jossa ihmiset toimivat (Raunio 1999, 247–248). Mene-
telmäni etsiä puheen perustelua lähtee oletuksesta, että puheessa perustellaan sitä toiminnan kontekstia, jossa ammattilainen työtä tehdessään ja sairaan lapsen perhe kodin arjessa elää. Puheessa tuodaan esille sitä, mikä on toimijoille itselleen merkityksellistä ja mikä liittyy toiminnan kulttuuriseen ja historialliseen kehittymiseen (Engeström R 1999, 68). Asian *perustelu ei siten ole vain hetken mielihohteesta syntynyt toteamus*, joka voisi seuraavassa hetkessä olla toinen, vaan perustelu kantaa sisällään *kokemuksen, jota puheella tehdään näkyväksi* (esim. Harre ja Gillett 1994, 18–19).

9.1 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus vanhempien näkökulmasta

Vanhemmilla on huolenpitovastuu niin terveestä kuin sairaasta lapsestaan. Akuutin taudin tai tapaturman vuoksi hoitoon joutuneen lapsen vanhempien ja ammattilaisten hoitosuhde päättyy tilanteen korjauduttua. Pitkäaikaisesti sairastuneen lapsen vanhemmat sitä vastoin alkavat kantaa vastuuta sairauden kotihoidosta. Vastuun ottamisesta tulee lapsen sairauden vaihtelujen säätelemä tila perheen arjessa ja kohtaamisissa ammattilaisten kanssa. Seppälä (2003, 177) on havainnut, että vanhempien kokemukset lapsen äkillisestä sairastumisesta vaihtelevat heikkouden, rangaistuksen, haasteen ja menetysten kokemuksista positiiviseksi

kasvun mahdollisuudeksi ja kehitykseksi perheessä. Hän toteaa, "Vaikka käytännössä näkyvät vaikutukset olisivatkin vähäisiä, on tietoisuus sairaudesta kuitenkin aina läsnä" (mt. 178).

Diabetekseen sairastuneiden lasten vanhemmat opettelevat sairauden tuntemista lapsensa kautta vasta lapsen sairastuttua (esim. Pyörälä 2000). Astmaa tai allergioita sairastavien lasten vanhemmille taas on kehittynyt hyvä tuntemus lastensa oirehtimisesta usein pitkältä ajalta jo ennen astman diagnosoimista. Vanhempien *tuntemustieto* lapsestaan on tärkeätä, sillä pienet lapset eivät pysty sanallisesti kertomaan kokemusta voinnistaan saati välittämään muiden ammattilasten kertomaa. Lapsensa yksilöllisen tuntemustiedon tuominen lääketieteellisen yleistyksen perustuvan tiedon rinnalle synnytti kuitenkin myös valtakamp-pailuja vanhempien ja lääkäreiden välille.

Jaanan äiti: Sä joudut taistelemaan, että saat päivystyksessä läpi, että lapselta pitää ottaa joku röntgenkuva, kun sä intät, että sillä on varmana jotain enemmän kuin korvatulehdus, koska sä näet sen, kun olet vuosia sitä hoitanut ja kattonut kotona... mä olen kokenut sen ja sitten todetaan, että pahus olihan se näin ja otetaankin sitten toinen hoito, mikä oli alunperin ajateltu. Tuskin tääkään säästää kenenkään kukkaroa, mut siitä on aika iso vastuu mulla ja sit sä kuulut joukkoon inhottavat vanhemmat tai vaikea potilas. [äidin haastattelu, tutkimuslaitoksella 28.1.1998]

Äidin puheeseen liittyy syytös, että ammattilainen ei ottanut huomioon äidin tulkintaa lapsensa tilanteesta. Taloudellinen vastuu, jota säästöpainne korosti saattoi vaikuttaa lääkärin ratkaisuun välttää ”turhia” tutkimuksia, mutta kyse saattoi myös olla maallikkotiedon ja asiantuntijatiedon törmäyksestä. Mishler (1984, 14) on erottanut kaksi ääntä (voices); lääketieteen äänen (voice of medicine) ja elämismaailman äänen (voice of lifeworld). Toinen esittää vapaata arkipäivän asennetta ja toinen teknis-tieteellistä käsitystä samasta asiasta. Tutkimuksessani taloudellinen vastuu näkyi yhtä hyvin vanhempien ja ammattilaisten puheessa. Vastaavia tilanteita diabetesta sairastavien lasten vanhemmilla ei ollut, sillä sairauden aste voitiin faktisesti todeta verensokerimittauksella ja annettava hoito on yksiselitteisesti lääkärin asiantuntemuksella päätettävä asia.

Heimerin ja Staffen mukaan (1998, 329) organisaation rutiinit rajaavat myös vanhemmat ”sisä- tai ulkopuolisiin” sen mukaan koetaanko vanhemmat omaa työtä helpottaviksi vai vaikeuttaviksi toimijoiksi. Silverman (1987, 260–262) toteaa, että ammattilaiset ovat haluttomia hyväksymään vanhempien ’tuntemusta’ lapsen oireilusta, silloin kun lääketieteelliset kokeet osoittavat normaalia. Hänen mukaansa diabetesta sairastavan nuoren tai lapsensa hoidosta vastaavan vanhemman itsemääräämisoikeus ja ammattilaisen vastuu voivat olla ristiriidassa, mutta tästä huolimatta vanhemmat hyväksyvät lääkäreiden asiantuntemuksen.

Ammattilaiset itse ovat selittäneet vastuun siirtoa vanhempien luottamuksen puutteella ja vanhempien ominaisuuksilla: "Jos vanhemmat eivät sisäisesti koe omistavansa lastaan, on heidän vaikea luovuttaa vastuuta lapsen hoidosta ammatti-ihmiselle". (Vanhempien vastuu ja lapsen hoito sairaalassa 1987, 415).

Heimer ja Staffen (1998) sen sijaan osoittivat päinvastaista. Paljon sairaanhoidollista osaamista lapsensa hoidossa omaavat vanhemmat ovat alttiita vaikeuksiin joutumisessa suhteissaan ammattilaisiin lähes kaikkialla muualla paitsi siinä yksikössä, jossa vanhemmat on alunperin ammattilaisten toimesta opetettu.

Sairauksien eroavuus vaikutti astmaa ja diabetesta sairastavien lasten vanhempien tapaan jäsentää vastuuta suhteessa asiantuntijoihin. Jokainen haastatelluista diabeetikkolapsista ja heidän vanhemmistaan vastasi vastuun olevan heillä itsellään ja hätätilanteissa sairaalalla. Vanhemmat käsittivät vastuun kotihoidon onnistumisena arjessa. Kun kotona ei enää selvitty oli takaporttina sairaala.

Tutkija: Kenellä on vastuu Annin hoidosta?

Annin äiti: Se on ihan ilmiselvästi vanhemmilla, on vastuu, seuraava organisaatio on sairaala. Mutta kyllä mun mielestä vanhemmat on itse vastuussa lapsensa hoitamisesta, koska he hoitaa 24 tuntia vuorokaudessa. Ois kamala ajatus, jos mun pitäisi vielä tässä vaiheessa soitella sairaalaan [ja kysyä neuvoa]. [Vanhempien haastattelu lapsen kotona, 18.2.1998]

Miinan äiti liitti vastuun elämäntavan valintoihin. Kaikki vanhemmat riippumatta lapsen sairaudesta perustelivat omaa vastuutaan suhteessa ammattilaisten osuuteen. Huolenpitovastuu tuli aina perusteluissa esille.

Tutkija: Kenellä on vastuu sun mielestä Miinan asiassa?

Miinan äiti: En mä vois sanoa, että se lääkäriellä olisi se vastuu. Se on aika laaja juttu mun mielestä, et jos mä istuttaisin häntä tupakansavussa tai kotona poltettais, et eihän se tuolta sairaalasta voi tulla. Sit liikunta ja ravinto ja kaikki. [Haastattelu 12.8.1998]

Perusteluissa ilmeni vanhempien vastuun rajallisuus ja tarve asiantuntijaorganisaatioiden yhteistoimintaan. Vastuun ottamista määritteli käsillä oleva tieto. Tiedon puuttuminen vaikeutti ammattilaisen vastuun ottamista, jolloin lääketieteellinen hoitovastuu määrittyi äidin huolenpitovastuun varassa. Vanhemmalle lankesi vastuu, josta hän ei maallikkotietonsa perusteella katsonut voivansa selvittää.

Tutkija: Miten sä näet, kenellä on tai missä on Aatun hoitovastuu?

Aatun äiti: Pitäisikö sen olla niin, että se olisi yhdessä paikassa; en mä tiedä. Siis mä haluaisin, että se olisi yliopistosairaalassa, koska siellä me ollaan ihan pienestä asti juostu... Tuli vähän ikävä tilanne, ei nyt ihan riita, mutta mä hypin sit lääkärin varpaille, kun mä halusin Maxipimea enkä mitään Ditrimiä.

Tutkija: Hän on allerginen sille?

Äiti: Niin, kun sekään ei näkyny siellä missään... Kun niillä [Aluesairaalassa] olisi tarkat tiedot, mitä tutkimuksia meille on tehty [yliopistosairaalassa], kun enhän mä niitä nimiä muista tipan vertaa. Kun heti näkisi sieltä mitä lääkettä voi antaa, että se olisi selvä peli ja mä tietäisin, että mä vahtaan sitten hullun lailla. Tollaisissa ratkaisevissa tilanteissa, missä ei niinku itse voi olla vastuussa siitä, mitä tehdään, mut kuitenkin se on oma lapsi, että siitä on siinä mielessä hirveesti vastuussa. [Lapsen kotona, 19.1.1998]

On todettu, että vanhempien huomattessa ammattilaisten tai järjestelmän pätevyudessa puutteita, he tulevat tarkkaavaisemmiksi (Heimer ja Staffen 1998, 229). Seuraavan äidin puheessa syytetään terveydenhuoltojärjestelmää kyvyttömyydestä hallita monessa paikassa hoitosuhteessa olevan lapsen hoitoa. Vanhemmat käyttivät lapsensa sairauskertomustietoja keinoina vastuuttaa asiantuntijoita eri organisaatioissa, ja jos tietoa puuttui, valtakamppailuja ja vastuutto- muutta esiintyi. Vastuun ottamisen onnistumisessa äiti liittääkin vastuun järjestelmän sijasta henkilöön, joka on järjestänyt lapsen hoidon hallitusti, yhdestä paikasta käsin organisoiduksi. Terveydenhuollon asiakkaat toivovatkin yleensä pysyvää hoitosuhdetta johonkin/joihinkin ammattilaisiin (Nikkilä 1998, 31).

Jaanan äiti: Mä olen kopioinut kaikki epikriisit itselleni, jotka mä voin lyödä kouraan ja pyytää, että joku perehtyy niihin ja katsotaan, mitä tehdään... Esimerkiksi mä kysyin meidän korvalääkäriltä, että preppaa mut, jos mä vien sen yksityiselle akuutissa tilanteessa, mitä mun pitää sanoa ja mitä multa voidaan kysyä, että mä osaan vastata oikein. Sit mä menen siihen tilanteeseen ja multa kysytään, kun se pursuu sitä räkää joka reiästä niin en mä osaa vastata, että mitkä reiät siltä aukot on suurennettu, kun näitä antrostomioita tehdään. Siellä on useampi aukko ylhäällä, keskellä, alhaalla ei harmainta hajua, mistä on kysymys. Ja kuitenkin se lapsi on niin räkäinen, että narkkarit [nukutuslääkärit] ei ota sitä yksityisesti vastaan eli mä olen pakotettu alistumaan tähän systeemiin.... Mä laskin, että mulla oli pahimmillaan viisi paikkaa, missä pitäisi juosta ja sit mä sanoin, että nyt tää on loppu, että tästä ei tuu enää mitään! Mä myös kysyin sitä, että mikä on se taho kenen puoleen mä käännyn, jotta mä voin vaikuttaa, kun mä en hyväksy tätä. Yhtään nimeä en saanut, et kenen kurkkuun voisi käydä tai käynnistää asiallista keskustelua, että onko tässä mitään järkeä... Jos mä mietin kaikkia tän lapsen vaiheita, mitä on ollut niin se on ollut äärimmäisen tärkeätä, että se on nyt yhdessä paikassa ja hallitusti hoidettu. Mä koen, että Anja [yksi hoitavista erikoislääkäreistä] kantaa vastuun siitä lapsesta tosiaan. [Äidin haastattelu tutkimuslaitoksella, 28.1.1998]

Byrokraattisissa organisaatioissa papereiden on todettu näyttelevän merkittävää osaa asiantuntijoiden ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Käsillä olevan tiedon kautta rakentuvat roolit ja hierarkiasuhteet. (Eräsaari L 1995, 7, 227, 230.) Nikkilän (1998, 37) tutkimuksessa asiakkaan asemasta terveydenhuollossa käy ilmi, että asiakkaat arvostivat enemmän palvelujen saatavuutta, kuin oikeutta valita hoitoa antava henkilö. Näkemys poikkesi ammattilaisten käsityksistä, sillä

80 % ammattilaisista piti Nikkilän mukaan potilaan oikeutta valita hoitoa antava henkilö tärkeänä tai hyvin tärkeänä. Edellisessä aineisto-otteessa Jaanan äiti oli pyytänyt lääkäriä valmentamaan itseään kohtaamisissa toisten lääkäreiden kanssa ja käytti lapsen epikriisejä välineinä neuvotella eri organisaatioissa toimivien lääkäreiden kanssa. Äiti antaa ymmärtää, että ilman hänen pontevia vaatimuksiaan hoidon kokonaisuudesta, ei lasta olisi vielääkään "hallitusti hoidettu".

Samin äiti etsi vastuuta lapsensa käyntimääristä²⁶ ”..kuka siinä nyt olisi eniten hoitava taho sitten”. Pohdintaan sisältyi syytös jatkuvuuden puutteesta lääkäreiden vaihtuessa ja hoidon kokonaisuuden pirstaleisuudesta usean organisaation kesken.

Tutkija: Kenellä on sun mielestä vastuu Samin hoidosta tällä hetkellä?

Samin äiti: Jaa-a, se onkin vähän vaikea. Tietysti varmaan meillä kaikilla ketkä Samia hoidetaan, mutta kyllä meillä on nyt sitten toi Yliopistoklinikka ollut, on ollut nyt tosi tärkeä.

Tutkija: Onko sulla siellä ihan joku lääkäri jonka pystyisit nimeämään?

Samin äiti: Sekin on, että siellä on niin paljon eri lääkäreitä, melkein aina eri lääkäri. Mut ne pitää semmoisia kokouksia näistä jutuista, että siinä on varmaan samoja henkilöitä, että tää Esa on mun käsittääkseni yksi näistä. Ois hyvä jos olisi sama edes joskus, sama lääkäri.

Tutkija: Mites sä näet tän Aluesairaalan sitten?

Samin äiti: Kyllä se on vaan ne astmakontrollit oikeastaan se puoli, että me käydään niissä kontrolleissa.

Tutkija: Onko omalääkäri kuinka hyvin sun mielestä kärryillä tästä teidän kokonaistilanteesta ja näistä paikoista missä käynte?

Samin äiti: Ei varmaankaan ole, kyllä mä olen sanonut, että me käydään siellä HYKSissä siis ihan muutamalla sanalla, mutta en mä usko, et hän on...Se on vähän, että yhdessä paikassa hoidetaan yhtä asiaa ja toisessa toista ja kolmannessa käydään aina, kun tulee näitä, just toi omalääkäri sitten... mut mä en pysty sanomaan, kuka siinä nyt olisi eniten hoitava taho sitten. [Lapsen kotona, 27.1.1998]

Vanhempien vastuun käsittämisessä oli kysymys hoidon jatkuvuuden hallinnasta tai sen puutteesta, kun hoitavia organisaatioita oli useita. Jatkuvuus liitettiin hoitopääsemiseen, ammattilaisten väliseen yhteistyöhön, tiedonkulkuun ja aiemman hoitohistorian huomioimiseen. Vanhempien käsityksissä ammattilaisiin yksilöinä luotettiin. Epäluottamusta tunnettiin, kun hoito jakaantui useamman organisaation kesken ja hoidon jatkuvuuden toteutuminen jäi järjestelmän rutiinien varaan, jolloin muun muassa tieto ei siirtynyt.

²⁶ Samilla oli vuoden 1997 aikana käyntejä terveyskeskuksen omalääkärillä 11, Hyks 3:ssa 14 käyntiä, Hyks 4:ssä ja Lastensairaalassa molemmissa yksi käynti ja aluesairaalassa kolme käyntiä sekä muutama yksityislääkärilläkäynti. Yhteensä lääkärisikäkäyntejä kertyi yli 30.

9.2 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus ammattilaisten näkökulmista

Terveystuollon ammattilaiset perehtyvät työnsä harjoittamisen sääntöihin ja etiikkaan koulutuksessa ja myös käytännön työelämässä, niihin sosiaalistutaan (Becker 1963). He ovat sääntöjen noudattamisesta juridisessa vastuussa yhteiskunnalle (mm. salassapito) ja moraalisisessa vastuussa omalle ammattikunnalleen. Eettiseen vastuuseen ei kuulu oman edun tavoittelu, vaan yhteisen hyvän toteuttaminen ammattieettisiä ja kollegiaalisia sääntöjä noudattamalla. Potilaiden yhdenvertaisuus ja oikeudet pyritään takaamaan ammattikunnan eettisillä säännöillä. (Freidson 1988, Räikkä 1995, Autio 1998, Lääkärietiikka 2000.)

Freidsonin (1988, 182) mukaan traditionaalinen tapa ottaa vastuuta asian-tuntijaorganisaatioissa on ottaa se omasta osuudestaan puuttumatta toisten osuuteen ellei se suoranaisesti vaikuta omaan. Hänestä vastuu on pikemminkin henkilökohtaista ja suoraa kuin kollektiivista. Ammattilaisten puheessa vastuu käsitettiin hoitovastuuna omasta osuudesta tai oman tiimin osuudesta. Pritchard ja Pritchard (1992, 51) pitävät tiimiä tukea antavana tekijänä, jotta terveydenhuollon ammattilaiset jaksaisivat ongelmatilanteiden seurausten selvittelyn, jos työssä on sattunut virhe (ks. myös Bosk 1979).

Teoriassa toimijoiden vastuu voi olla jaettu, mutta käytännössä jokainen vastaa juridisesti (ks. Kokkonen 1998) omasta osuudestaan ottaen vastuuta siitä, mikä on heidän oman osaamisensa sisältö ja organisaationsa velvoittama tehtävä. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon ammattilaiset pilkkoivat vastuukäsityksissään lapsen sairaudet ja oireet työnjaollisiin osiin, kunkin oman hoitamansa alueen mukaan.

Jaanan lääkäri: Hoitovastuu. No varmaan näitten poskiontelo- ja korva-ongelmien vuoksi varmaan minulla ja sitten astma-allergiapuolen vuoksi Anjalla. [Toinen HYKSin sairaala haastattelu 22.1.1998]

Samin omalääkäri terveyskeskuksessa: Periaatteessa, kaikilla tahoilla omalta osalta on kyllä vielä. Seurataan Aluesairaalassa tällä hetkellä ainakin ja poskionteloita siellä HYKSissä ja tavanomaiset vaivat hoidetaan täällä. [Puhelinhaastattelu, 28.1.1998]

Vastuuta perusteltiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon näkökulmista eri tavalla. Terveyskeskuksen omalääkärit paikansivat vastuun sairaalalle paremman erityisosaamisen takia ja sairaalan lääkärit perusterveydenhuololle palvelujen järjestämistä vastuun perusteella. Yhteistyö organisaatioiden tasolla, ilman ammattilaisten henkilökohtaista kontaktia, tiedonvaihtoa tai yhteistyötoja, synnytti epätietoisuuden vastuusuhteista sekä kokemuksen, ettei hoito ole kenenkään hallinnassa.

Aatun lääkäri Aluesairaalassa: Nyhän on puhuttu paljon siitä, että omalääkärillä voisi olla se hoitovastuu. Mä ainakin näkisin, että hän voisi olla se keskushenkilö ja sairaalat olisi niitä potilaan konsultantteja... Mut mun on kauhean vaikea nähdä näistä papereista nyt sitten, että kuka hoidosta on vastuussa. [Toinen HYKSin sairaala ent. aluesairaala haastattelu 13.1.1998]

Aatun lääkäri Allergiasairaalassa: Meidän talon käyntien suhteen niillä lääkäreillä, jotka häntä hoitaa. Mutta mitä ilmeisemmin hoitovastuu on Aluesairaalassa myöskin ja omalla terveysasemalla... Jos hän on käynyt aluesairaalassa vaikeiden hengenahdistusten takia, niin mä pitäisin aika loogisena, että hän menisi akuuttitilanteissa ehkä ennemmin sinne kuin omalle terveysasemalle, mutta eihän sitä nyt tietysti voi välttämättä näin päättää. Ei ole minun päätettävissäni, mutta se olisi helpompaa eri osapuolten kannalta, ettei olisi niin hirveen montaa hoitopistettä. [Toinen HYKSin sairaala haastattelu 22.1.1989]

Aatun omalääkäri terveysasemalla: Kyllä mä näen, että se vastuulääkäri on muualla kuin täällä terveyskeskuksessa. Et mä en, siis mähän otan vastuun kaikkeen, kaikesta siitä, mitä täällä tapahtuu. Mutta kyllä mun mielestä tässä vaiheessa ainakin niin se hoito on selkeesti terveyskeskuksen ulkopuolella. Eli käytännössä, kun hänellä on yliopistosairaalan kontaktit, niin varmasti yliopistosairaala tai aluesairaala. Mutta mä en tosiaan ihan tarkkaa tilannetta tällä hetkellä edes tiedä, et kummassa häntä enemmän hoidetaan. Tai kuka, ja enkä vastuulääkäreitä en tiedä, ja tuskin semmoista edes onkaan. [Haastattelu 20.1.1998]

Karjalainen (1996, 78) on todennut, että työntekijät ”**hukkaavat**” positionsa työnjaon raja-alueilla yhteisasiakkaiden monimutkaisissa tilanteissa. Sairaalan yhteistyöohjeet ottivat kantaa vastuun siirtämiseen, mutta eivät sen jakamiseen ennen hoitosopimusta.

”Jokaisella potilaalla tulee olla vastuulääkäri, joka on potilaan ja hänen perheensä sekä kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. Vastuulääkärin vastuu potilaasta lakkaa vasta, kun vastuu selkeästi siirretään toiselle lääkärille tai ongelman mentyä ohi potilaalle/huoltajalle. Siirto klinikan ulkopuoliselle lääkärille tapahtuu epikriisissä tehtävällä ilmoituksella.” (Lääkärinä lasten ja nuorten sairaalassa 1.8.1997)

Sairaalassa lääkäri on vastuussa antamastaan hoidosta ja hoitotapahtuman loppuun viemisestä sekä potilaan ja hänen perheensä informoinnista. Lääkäri tekee joko hoidon loppuun saakka itse tai sopii vastuun siirtämisestä toiselle lääkärille ilmoittaen tästä potilaalle ja hänen perheelleen. Potilaan ensin vastaanottava lääkäri tulee yleensä hoitavaksi lääkäriksi, jolla vastuu pysyy muiden ollessa konsultoivia lääkäreitä. Konsultoinnista, jossa apua pyydetään toiselta kollegalta lähetteellä tai puhelimella, on olemassa vastuuseen liittyviä ohjeita. Jos apua pyydetään paperikonsultaationa, jossa vain potilaan paperit menevät konsultantille pysyy vastuu potilaan hoidosta lähettäneellä lääkärillä. Jos konsultanti

haluaa kutsua potilaan vastaanotolle ennen hoitopäätöksen tai hoitosuosituksen tekemistä, siirtyy vastuu lääkäriltä toiselle potilaan siirtyessä. (Ks. esim. Nutting ym. 1992.)

Tutkija: Mitä sä haluaisit kehittää sun omaan työhön liittyen tässä yhteistyössä?

Erikoislääkäri I: En mä koe sitä suoranaiseksi ongelmaksi, mutta joskus tulee pidettyä potilaita täällä hoidossa sanotaan nyt pikkusen turhan pitkään. Sen takia, että kun potilaan laittaa tai lopettaa hoidon täällä että hän jää tavallaan oman onnensa nojaan, ettei ole tuntua, että voisi ohjata terveyskeskukseen. Että se ongelma tulisi hoidettua, miten itse kuvittelee, että se pitäisi hoitaa. Siinä mielessä tulee sovittua sitä käyntiä tänne, tilanteissa, jotka voisi kyllä ihan hyvin yleislääkäri hoitaa. [Toinen HYKSin sairaala 28.1.1998]

Tutkija: Itsekseni tässä mietin, että mahtaako siinä olla ikään kuin neuvotteluvarama, että onko se aina yksipuolisesti että toinen osapuoli sairaala päättää sen, että okei nyt potilas on siinä vaiheessa, että avoterveydenhuoltoon. Että käydäänkö tästä asiasta keskustelua?

Omalääkäri J terveysasemalla: Ei multa ole kukaan koskaan kysynyt, että voisitko ottaa tän seurantaan, mutta toisaalta mä en ole lastentautien erikoislääkäri. [Haastattelu 27.11.1997]

Neuvottelemattomuus hoitoa jatkavan tai siihen osallistuvan toisessa organisaatiossa työskentelevän ammattilaisen kanssa kuvastui sekä sairaalan että terveysaseman lääkärin puheessa. Potilasta on siirretty, kun se on arvioitu tarpeelliseksi, joko lääketieteellisten tai myös taloudellisten indikaatioiden perusteella. Potilaan siirtäminen läheteellä toisen organisaation hoitoon, jossa lääkäri ei nimenomaisesti tiedä, kuka henkilö potilaan hoitoa jatkaa, on yleinen käytäntö. Vastuu siirretään tällöin henkilöltä organisaatiolle sen sijaan että se siirtyisi henkilöltä henkilölle. Suhteiden persoonattomuus toistuu riippumatta siitä siirretäänkö potilas erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, vai toisinpäin.

Lääkäri on vastuussa määräämistään hoidosta ja sen toimivuudesta. On ymmärrettävää, että lääkäri haluaa mieluummin seurata itse potilaan vointia, kuin lähettää potilas anonyymien henkilöiden hoidettavaksi vieraaseen organisaatioon. Työnjako saattaa organisaatiot keskinäiseen suhteeseen, mutta se ei sinänsä tuo läheisyyttä ja tuttuutta toimijoiden välille. Durkheimilla (1990) luottamuksen edellytys oli tutuus ja jos osapuolet ovat vieraita toisilleen, sopimus.

Estettä henkilöiden väliselle vuorovaikutukselle ei terveydenhuollon yhteistoiminnassa ole, mutta etukäteisjärjestelyillä on mahdollistettu toiminta ilman suhteiden henkilökohtaisuutta ja rutiineilla säädetty potilaskohtainen aikataulu, jossa organisaatiot ja potilaat olettavat ammattilaisten pysyvän. Toisen tahon tuntemisen henkilökohtaisuus selventäisi Karjalaisen (1996) mukaan toimijoiden omaa positiota ja myös suhdetta toisiin verkostoissa toimittaessa.

9.3 Vastuu, luottamus ja jatkuvuus hoitosopimusta käytettäessä

Tutkija: Jos mä kysyisin sulta, että kuka on vastuussa Jaanan hoidosta, niin mitä sä pystyt vastaamaan?

Jaanan äiti: Mä sanoisin, että Jaanan hoidosta vastaa. Hoitovastuu on hengityspuolelta Anjalla, joka yhteistyössä Paulan kanssa, joka on korva-puoli, kun näitä kahta tautia ei voi häneltä eriyttää. Ja sit mä sanoisin kans, että me ollaan itse vastuussa. Minusta täytyy, kun lasta hoidetaan, sen täytyy olla triangeli. [Äidin haastattelu lapsen käynnin yhteydessä toinissa HYKSin sairaalassa, 18.3.1999]

Lapsen vanhemmilla vastuu paikantui lapsen hoitoon osallistuviin henkilöihin. Ammattilaisilla *yhteisen vastuun aluetta*, rutiinimaisena osana lääkäriinvastaanoton toimintaa, ei ollut olemassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ennen hoitosopimusta²⁷. Toimintatapana oli, että vastuuta otettiin vasta siirrettäessä potilaita jatkohoitoon.

Samin sairaanhoitaja: Meidän sairaalan... tai siis meidän poliklinikan lää-kärillä mun käsittääkseni se on se vastuu. Ettei se oo terveyskeskuslääkärillä kuitenkaan. Ettei häntä oo siirretty sinne[terveyskeskukseen]. [Toinen HYKSin sairaala ent. aluesairaala, haastattelu 3.12.1998]

Vastuuta tulkittiin viittaamalla **paikkaan** ”meidän osastolla, siellä sairaalassa tai poliklinikalla” jne. Tämä ”paikkapuhe” liittyy virkaan ja sen vastuuseen, kuka virkaa sitten hoitaakin. Puhe ei tuo esiin tarvetta tietää nimeltä hoitoon osallistuvia henkilöitä. Potilasta yhdessä hoidettaessa vastuusta sopimisen tarve näyttäisi kuitenkin olevan myös hoitavien ammattilaisten asia, ei vain organisaatioiden välisten työnjakosopimusten tai hoitoketjujen huoli. Strongin (1988, 236–241) mukaan paikkaan kytketyt asiantuntijaroolit sisältävät oletuksen, että kaikki ammattilaiset ovat hyviä ts. kantavat vastuun. Ammattilaisten käsitykset tarpeesta tietää toisen ammattilaisen osuudesta ja yhteystiedoista toisessa organisaatiossa vaihtelivat myös hoitosopimuksen tultua.

Tutkija: Kenellä sun mielestä on vastuu tästä Teemun hoidosta?

Teemun omalääkäri terveysasemalla: Jos hänen hoitonsa on sairaalassa niin en tiedä yhtään yksittäistä ihmistä, joka siellä olisi se kenen kanssa mun pitäisi puhua. Tai että tätä ennen en ole tiennyt. Ja rehellisesti sanottuna, kun tietää sen, miten hankalaa on saada yksittäinen ihminen kiinni niin en usko, että se tämän jälkeen on yhtään selvempää. Se on ihan sama, keneen otan yhteyttä, sillä papereista löytyy se viimeinen tieto merkittynä ja niistä todennäköisesti selviää keneen pitäisi olla yhteydessä. Nimien laittaminen erityis-vastuuhenkilöksi on vähän hankalaa, koska ei me olla koko aikaa paikalla.

²⁷ Pääkaupunkiseudulla ei ole yhteistä sähköistä potilastietojärjestelmää. Helsingissä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset tiedot siirtyivät vain paperimuotoisina aineiston keräysajankohtana.

Jos tarvii ottaa meihin yhteyttä niin lähettää mieluummin kirjeen tänne. Ja jos mun pitäisi ottaa yhteyttä ei niitä astmalääkäreitä voi siellä [sairaalassa] isoa liutaa olla. [Hoitosopimus tehty] [haastattelu 21.9.1998]

Miinan oma terveydenhoitaja terveysasemalla:...Kyllä musta tuntuu hyvin semmoiselle, että kun sinne soittaa niin on hyvä tietää, että ketä kysyy. Aiemmin se on ollut lähinnä vaan, että sinne poliklinikalle, poliklinikan sairaanhoitajalle ja sitten on alkanut selittää asiaa. [Hoitosopimus tehty] [haastattelu 16.2.1999]

Asiakaslähtöisten hoito- ja palveluketjujen mallien käyttöönoton on todettu törmänneen vanhoihin ajatustapoihin sekä organisaatioiden hierarkkisiin rakenteisiin. Valtaa jaettaessa puolestaan törmätään vastuusuhteisiin, mitkä on helppo määrittellä vertikaalisessa ja hierarkkisessa kuin horisontaalisessa työjaoissa. (Lehto 2000, 37.) Hoidon kokonaisuuden hallinnasta koetettiin tehdä lääkärinvastaanoton rutiinia, mutta silloin törmättiin organisaatioiden aikaisempiin rutiineihin, joista vastaanoton käsikirjoitus eli prosessi, joka pitää rutiinia yllä, muodostuu.

Tutkija: Kuinka sä nimesit hoitosopimukseen, kuka on vastuussa tästä Hannun hoidosta?

Hannun lääkäri Lastensairaalassa: No, se onkin ongelma. Siinähan [hoitosopimuksessa] on sellainen kohta, missä lukee vastuulääkäri ja siihen mä pistin nyt oman nimeni. Tässähan on aika selvät nämä, hän käy mun lisäksi HYKSissä silmähoidossa, niin mä voin olettaa, että mä olen vastuulääkäri. Lapsia, joilla on kaksi aika erillistä ongelmaa niin se, että pitäisikö niillä olla vastuulääkäriä on enempi teoreettista. Ei meillä ole mitään rutiinineuvottelua, eikä semmoiseen ole aikaakaan. Jos mä en näe siinä mitään ongelmaa, niin en mä rupee rutiinisti soittelemaan, että olisitko sä tän vastuulääkäri vai olisinko mä... Mutta sitten kun on hoidossa semmoinen lapsi, kenellä astma on vain pikku siru ja lievä juttu verrattuna siihen kaikkeen muuhun mitä sillä on. Niin se on tämän talon vastuulääkäriongelma, että sitä ei ole monillakaan. Vastuulääkäristä sopiminen on helpompaa osastopotilaiden kohdalla, kun jossain vaiheessa on ne lääkärit paikalla ja voidaan sopia, kun sen sijaan poliklinikalla lääkärit on ympäri taloa. Semmoista mitään neuvottelurutiinia ei ole, vaan jokaisen potilaan kohdalla improvisoidaan se yhteistyö. [Haastattelu 9.12.1999]

Hoitosopimuksessa toimijoiden mahdollisuus 'improvisointiin' pyrittiin säilyttämään, vaikka samalla tavoiteltiin neuvottelun vakiintumista rutiinimaiseksi työtavaksi. Neuvottelua pidettiin tarpeellisena, sillä potilaiden sairaustausta, oireet ja hoitosuhteiden kokonaisuus ovat yksilöllisiä.

Neuvottelun tarve käy ilmi seuraavasta, kahden eri erikoisalalan lääkärin välisestä puhelinkeskustelusta. Nykyiset toimintaohjeet, joiden pohjalta hoitoketjuja on rakennettu, törmäsivät uuteen toimintatapaan. Vastuusta neuvottelu tulee esiin uudessa valossa, jossa potilaan äidin kanta otettiin mukaan lääkäreiden neuvot-

teluun. Tapauksessa potilaan hoitoa jäsennetään hoidon kokonaisuuden eikä vain akuutin ongelman vaatiman päätöksenteon näkökulmasta.

[Puhelinkeskustelu lääkäreiden välillä hoitotilanteessa 24.11.1998]

Nuutin erikoislääkäri: No Tapio tässä. Kuule meillä on yhteiset asiakkaat.

Nuutin keuhkolääkäri: xxx [erikoislääkäri puhelimen toisessa päässä, jonka ääntä ei voitu nauhoittaa tilanteen yllätyksellisyyden vuoksi]

Nuutin erikoislääkäri: Kuule tässä tuli tämmöinen ongelma, kun heidän kanssaan on tehty tää hoitosopimus ja tavallaan äidilläkin oli se käsitys ja siltä se mun mielestä näytti siitä paperistakin, että sä oot vastuulääkäri ja teidän hoitaja on se vastuuhoitaja.

Nuutin keuhkolääkäri: xxx [erikoislääkäri puhelimen toisessa päässä...]

Nuutin erikoislääkäri: En mä tiedä, en mä nyt sitten tietenkään ruveta mitään muuttamaan varmaan. Äidinkin mielestä se oli loogista, koska hän koki, että se keuhkotilanne on se ongelma, että hän oli kyllä ihan tyytyväinen tähän tilanteeseen. Mutta, että se on ristiriidassa sen vanhempainoppaan kanssa, jossa on selkeästi sanottu, että pediatri [lastenlääkäri] eli se, joka on siellä seiskan talossa niin se on vastuussa yhdeksään kuukauteen [lapsen ikä] asti. Niin tämän on hyvä esimerkki todella siitä, että ettei tämä ole ollenkaan selvää.

Nuutin keuhkolääkäri: xxx [erikoislääkäri puhelimen toisessa päässä...]

Nuutin erikoislääkäri: Joo, joo, niin, että pitäisikö meidän sitten jatkossa tehdä niin, että jos meillä on monta erikoislääkäriä niin me neuvotellaan keskenämme, kuka se on sitten se joka koordinoi vai, en mä kanssa tiedä sitä.

Edellä lainatun puhelun kuluessa lääkärit pohtivat, tulisiko vastuukysymyksistä neuvotella tästä edespäin ja toteavat käytännön olevan nykyisellään epäselvä. **Koordinointivastuu**, jossa joku ottaisi vastuun hoidon kokonaisuudesta tulee lyhyesti esille keskustelun lopussa. Hoitosopimus käynnisti toimijoiden välille keskustelun tarpeesta toimia toisin tulevaisuudessa. Se toimi aloitteena neuvottelevien suhteiden suuntaan: "et pitäisikö meidän sitten jatkossa tehdä niin, että jos meillä on monta erikoislääkäriä niin me neuvotellaan keskenämme?" Esimerkki kuvaa jännitettä perinteisen työnjaollisen yksilövastuun ja usean asiantuntijan jakaman kollektiivisen vastuun välillä. Vastuun käsittäminen saa siten uuden, sisällöllisen ja yhteisen potilaan hoidon kokonaisuuden hallintaan liittyvän merkityksen toiminnassa.

Lopuksi kaksi äitiä kertovat vastuusta osana heidän ja ammattilaisten hoitosuhdetta, kun lasten hoitosopimuksen teosta on kulunut vuosi.

Miinan äiti: Tässä vaiheessa Sari [sairaalan lääkäri] on erikoistunut ja tietää siinä mielessä, että jos mun pitäisi asettaa rinnakkain Sari ja Leena [terveysaseman omalääkäri] niin kyllähän tää Sari ois niinku ehkä sitten kuitenkin luotettavampi henkilö, mutta kun me ei nyt puhuta luottojutusta, varmaan tää sit tää vastuu ois sit molemmilla.[Lapsen kotona 16.2.1999]

Sonjan äiti: Mulla on ollut viime aikoina semmoinen tunne, että varmaan kun on tullut toi hoitosopimus tai joku syy siinä on, että ne muistaa ja ottaa vastaan ihan eri tavalla. Kun joskus kolme vuotta sitten [kun lapsen tila oli heikompi] ne sanoi, että katso vielä pari päivää ja tule sitten, ne ei kerta kaikkiaan ottaneet. Mutta nykyään löytyy aina aika järjestelemällä. Vuosi sitten, kun oli korvatulehdus ja ajat oli täynnä niin lääkäri soitti minulle ja järjestyi aika.

Tutkija: Oliko tämmöistä ennen [hoitosopimusta] tapahtunut?

Sonjan äiti: Ei ole aikaisemmin ja olin iloisesti yllättynyt, ennen sitä joutui vaan odottamaan tai menemään yksityiselle tai Lastenklinalle. [Äidin haastattelu lapsen kotona 17.2.2000]

9.4 Yhteenveto

Tiivistän taulukossa 10 aineiston sisältämän keskeisen tiedon siitä, kenelle ammattilaiset ja lapsipotilaan vanhemmat sijoittivat vastuun hoitoverkostossa ennen hoitosopimusta ja hoitosopimusta käytettäessä. Vastuun jakaminen on kyseessä silloin, kun usea ammattilainen tai organisaatio on nimetty vastuuseen.

Vanhemmat paikansivat vastuun sairaalalle. He eivät nimenneet yhteistä tai jaettua (usea organisaatio tai useita henkilöitä) vastuuta lainkaan ennen hoitosopimusta. Vanhemmat eivät vastuuttaneet terveysasemaa, vaikka lapset olivat (yhtä lukuun ottamatta) asioineet terveyskeskuksen omalääkärillä useasti ja tiesivät tämän nimeltä.²⁸

Hoitosopimusta käytettäessä vanhemmat paikansivat usean jakaman vastuun, mutta heidän antamiensa vastuuperustelujen sisältö ei muuttunut. Ammattilaisten vastuuperustelut olivat ennen hoitosopimusta ja sitä käytettäessä heterogeenisiä. Samalla henkilöllä saattoi olla useita vastuukäsityksiä, mutta jaetun vastuun ilmaisu lisäntyivät hoitosopimusta käytettäessä.

²⁸ Astmaa sairastavat lapset asioivat omalääkäreillä useasti yleisen tulehduserkkyuden vuoksi. Diabetesta sairastavien lasten yhteys perusterveydenhuoltoon tapahtui vähintään apuvälinejakelun muodossa.

Taulukko 10. Ammattilaiset ja vanhemmat paikansivat vastuun ennen hoitosopimusta ja hoitosopimusta käytettäessä

Vastuun paikka	Ammattilaisten (n=30) käsitykset vastuun ottajasta		Vanhempien (n=12) käsitykset vastuun ottajasta	
	ennen hoitosopimusta	hoitosopimus käytössä	ennen hoitosopimusta	hoitosopimus käytössä
koti	–	–	1	–
koti ja organisaatiot	1 (koti ja usea sairaala)	–	1 (koti ja sairaala)	–
yksi henkilö	6 (sairaalan erikoislääkäri tai terveyskeskuksen omalääkäri)	3 (sairaalan erikoislääkäri)	1 (sairaalan erikoislääkäri)	3 (sairaalan erikoislääkäri)
usea henkilö	1 (useat erikoislääkärit)	4 (sairaalan erikoislääkäri ja terveyskeskuksen omalääkäri)	–	1 (sairaalan erikoislääkäri ja terveyskeskuksen omalääkäri)
yksi organisaatio	2 (sairaala)	1 (sairaala)	3 (sairaala)	1 (sairaala)
usea organisaatio	5 (usea sairaala tai sairaala ja terveysasema)	7 (sairaala ja terveyskeskus)	–	1 (sairaala ja terveyskeskus)

Taulukko 11. Vastuun ottaminen ja sen perustelu ennen hoitosopimusta ja sitä käytettäessä.

	Vastuunotto	Perustelu ennen hoitosopimusta	Perustelu hoitosopimusta käytettäessä
Vanhemmat	– kokonaisuuden hallinta – terveellinen elinympäristö – sairauden kotihoito	– ammattilaisten yhteistyön puutteiden paikkaaminen ja syytökset järjestelmän toimimattomuudesta – luottamus ammattilaisten osaamiseen – hoitohistoria ja käyntien määrä – eniten huomiota vaativa sairaus – luottamus hoitoon pääsystä	– edelliset
Ammattilaiset	– hoitovastuu omasta osuudesta	– pätevyys ja tiedon hierarkia – oma työnjaollinen osa suhteessa muiden osuuteen – organisaatioiden välinen työnjako – potilaan siirtäminen (lähete/konsultaatio) – palvelujen järjestämiseen	– edelliset sekä – neuvottelu – nykyisten ja uusien hoitosuhteiden suhde – tulevaisuuden ennakointi ja hoidon suunnittelu – tiedon vaihtaminen – koordinaatio

Vanhempien perusteluista poiketen ammattilaiset puhuivat usean jakamasta vastuusta jo ennen hoitosopimuksen käyttöönottoa. Vastuun paikantamisen heterogeenisyys paljasti, että vaikka vastuu voitaisiin sijoittaa tietylle henkilölle tai organisaatiolle vastuun käsittämisen perustelut, jotka esitetään taulukossa 11, voivat olla erilaisia.

Puhuessaan vastuusta vanhemmat lähtivät rakentamaan omaa käsitystään pohtien suhdettaan ammattilaisten ja organisaatioiden vastuuseen. Omaa huolenpitoaan vanhemmat tarkastelivat suhteessa ammattilaisten osaamiseen, yhteistyöhön ja sen puutteisiin. Toisin kuin ammattilaiset *vanhemmat eivät liittäneet vastuuta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osaamisen väliseen eroon, vaan luottamukseen osapuolten välisestä yhteistyöstä*. Kompetenssiin perustuvaa eroa vanhemmat tekivät vain oman ja ammattilaisten osaamisen välille.

Vanhemmat eivät pirstoneet vastuuta eri sairauksien tai oireiden mukaan, kuten ammattilaiset tekivät. *Vanhemmat käsittivät vastuun lapsen hoidon kokonaisuudesta käsin*. He perustelivat vastuuta sen kantamisena ja puuttumisena, jolloin kantaminen liitettiin henkilöihin ja puutteet terveydenhuoltojärjestelmän toimimattomuuteen. Vanhempien perustelut, "pitäiskö se olla yhdessä paikassa?", "meillä kaikilla", "24 tuntia vuorokaudessa", "hallitusti hoidettu" liittyivät lapsen hoidon jatkuvuuteen tai sen puutteeseen yli organisaatorajojen toimittaessa.

Vastuuttomuuden syytökset vanhempien perusteluissa koskivat tilanteita, jolloin suhdetta ei ollut tai luottamus jatkuvuuteen oli häiriintynyt: epävarmuus tiedonkulusta, oikeasta hoidosta, hoitoon ohjautumisesta tai lääkäreiden vaihtuvuudesta. Yhteistoiminnan puutekohdissa vastuu lapsen hoidon kokonaisuudesta jäi vanhempien huolenpitovastuun varaan. Hoitosopimuksen tekeminen ei tuonut vanhempien puheeseen uusia perusteluja. Tutkimusaineistoni vanhempien kohdalla ei uusia perusteluja tarvittukaan, sillä vanhemmat ottivat luonnostaan vastuuta hoidon kokonaisuuden hallinnasta ja tiesivät hoitotahot ilman hoitosopimustakin, kun taas kokonaiskäsityksen saaminen vaati ammattilaisilta ponnisteluja, joita hoitosopimus selkiytti.

Ennen hoitosopimusta ammattilaisten perusteluissa vastuuta otettiin henkilökohtaisena hoitovastuuna omasta osuudesta. Ammattilaiset käsittivät vastuun oman organisaation sääntöjen (toimintaohjeet työntekijöiden välillä ja organisaatioiden väliset työnjakosopimukset) ja käytössä olevien yhteistyövälineiden (lähetteet, konsultaatiot, hoitopalautteet) kautta rakentuvaksi suhteeksi potilaan sairauden hoitamisessa. Vastuuta perusteltiin hoidon porrastuksella ja osaamisen eroina.

Yhteistoiminnassa jokainen ammattilainen on saattanut ratkaista yhteisten potilaiden hoitamisen omalla tavallaan ja tavat ovat voineet olla erilaisia. Yh-

teistyötä organisaatioiden välillä koskevat toimintaohjeet ovat liittyneet potilaan siirtämiseen, joko jatkohoitoon tai konsultaatioon. Vastuuta on pikemminkin siirretty sen jakamisen ja siitä neuvottelun sijasta.

Ammattilaisten perustelut muuttuivat, kun hoitosopimus oli käytössä. Henkilökohtaisen hoitovastuun rinnalla *vastuu käsitettiin potilaan hoitoverkoston kaikkia ammattilaisia koskevaksi* asiaksi. Perustelut laajenivat vastuun käsittämisestä yksilön tehtävänä kohti kollektiivisesti sovittua ja usean henkilön tai organisaation (taulukko 10) **jaettua vastuuta**. Vastuun perustelut alkoivat sisältää kysymyksiä vastuun paikasta, muiden henkilöiden osuudesta ja jaetun tai kokonaisvastuun rakentumisesta suhteessa eri yksilöiden hoitovastuuseen.

Yhteistä potilasta eri aikaan ja eri paikoissa hoitavien tahojen välille muodostuu suhde, jossa vastuu jakautuessaan sitoo heitä toisiinsa. Lapsen vanhempien ja ammattilaisten perustelut vastuun paikasta toivat esille toimijoiden keskinäisiin suhteisiin liittyvän luottamuksen, joka on vastuun jakamisen edellytyksenä. Vastuun käsittäminen liittyi myös hoidon jatkuvuuteen yli organisaatio-rajojen. Jatkuvuus tuli esille 1) antajakohtaisena jatkuvuutena lääkärin ja potilaan hoitosuhteessa (ks. Kekki 1982, Hagman ja Johansson 1985), 2) tiedonkulun jatkuvuutena (mt.) ja ennen kaikkea 3) *yhteistoiminnan jatkuvuutena*, jossa eri hoitoa antavat tahot käsitettiin suhteessa toisiinsa jokoivatpa he vastuuta tai eivät.

Keskinäisten suhteiden kautta terveydenhuoltojärjestelmän rajat voivat olla ammattilaisille matalia ylittää, kun tuttua kollegaa konsultoidaan epävirallisessa keskustelussa, jossa potilaan nimeä ei edes mainita. Tällöin vastuu säilyy potilasta hoitavalla lääkärillä. Vastuu säilyy potilasta hoitavalla lääkärillä myös, jos neuvonantaja on lääkärin esimies. Neuvonantaja luonnollisesti vastaa ohjeittensa asianmukaisuudesta ja sopivuudesta, mutta hoitava lääkäri päättää ja vastaa kokonaisuudesta. (Tienari 1988.)

Kunnallisessa terveydenhuollossa lapsipotilas ja hänen vanhempansa eivät voi valita sitä, millaiseksi lapsen hoitoverkosto ja siinä toimivien ammattilaisten keskinäiset suhteet muodostuvat. Vapilla markkinoilla eri toimijat ja asiakas voivat tahtoessaan muuttaa verkoston kokoonpanoa, (Nardi ym. 2002) mutta näin ei ole kunnallisessa järjestelmässä. Tutkimukseni lapsipotilaiden vanhemmat tai ammattilaiset eivät tuoneet esille tarvetta muuttaa verkostossa olevien toimijoiden kokoonpanoa (esim. Nikkilä 1998) vaan tarve ilmeni hoidon jatkuvuuden ja luottamuksen tuottamisena niin, että organisaatioiden välisiä rajoja olisi helppo ylittää.

Ilmonen ja Jokinen (2002, 13) ovat todenneet, että vahvojen siteiden (Grannovetter 1973) yhteiskunnassa ihmiset tuntevat toisensa hyvin ja sitoutuminen yhteisöön on niin voimakasta, että luottamuksen ongelmaa toimijoiden

välille ei pääse syntymään. Terveysthuollon yhteistoiminnan alkuvaiheessa lääkäriskollegion jäsenet saattoivat kokoontua yhteen neuvottelemaan vaikean potilastapauksen hoidosta. Kollegio kantoi kollektiivista vastuuta jäsenistään. (Pesonen N 1980, 11–13.)

Terveysthuoltojärjestelmämme on toiminnaltaan eriytynyt useisiin organisaatioihin ja ammattilaisten määrä kasvanut, niin että yhteisöllisen vastuun ottavan 'elimen' sijasta neuvottelu yksittäisen potilaan hoidosta voi toteutua vain toimijoiden keskinäisissä suhteissa. Rutiinit tuovat järjestystä organisaatioiden toimintaan ja luottamus tulee esille rutiinien välityksellä (Ilmonen ja Jokinen 2002, 98).

Coleman (1990) käyttää luottamusverkoston ja -ketjun käsitteitä viittaamaan siihen, että toimijaan luotetaan sillä perusteella, että hän kuuluu verkostoon, vaikka emme häntä tuntisi. Analyysini perusteella sekä lapsipotilaan vanhempien että ammattilaisten luottamus järjestelmän toimintaan horjui tilanteissa, joissa potilaan hoitoon osallistui useampi taho. Harré (1999) kirjoittaa historiallisesta siirtymästä annetusta luottamuksesta ansaittuun. Annettu luottamus tarkoittaa luottamusta henkilöön esimerkiksi hänen ammatinsa perusteella. Ansaittu luottamus syntyy vasta toimijoiden vuorovaikutuksessa. Luottamus on liitetty yksilöön ja luottavaisuus instituutioiden toimintaan (Ilmonen ja Jokinen 2002, Seligman 2001).

Terveysthuollon toimijoiden luottavaisuus järjestelmien yhteistoimintaan yli organisaatorajojen oli kyseenalaista, jos lähdemme oletuksesta, että vastuun jakaminen ja luottamus liittyvät toisiinsa. Vastuuta on vaikea jakaa, jos toiseen ei luoteta. Tilanteissa, joissa luottavaisuus instituutioihin horjui oli todennäköistä, että luottamus myös yksilöön vaarantui.

Analyysini viittaa siihen, että vastuuta voidaan katsoa monesta näkökulmasta ja usealla eri tavalla, mutta hoitotahojen on vaikea jakaa tai rakentaa vastuuta katsoessaan potilaan hoitoa yhdestä näkökulmasta. *Käsitys, että vastuu on yhdellä henkilöllä kerrallaan jättää henkilökohtaisen tuntemisen, tietämisen ja luottamuksen taka-alalle.* Palvelujen järjestämisvastuun tietäminen ei riittänyt synnyttämään luottamusta, jos toista hoitotahoa ei tunnettu. **Ilman luottamusta organisaatorajoja ei uskalleta ylittää.** Vastuun jakamiseen ja luottamiseen tarvitaan kokonaiskäsitys potilaan tilanteesta. Kokonaiskäsitystä ei voi saada tutustumatta hoitoverkostossa oleviin henkilöihin ja selvittämällä kunkin hoitotahon osuus kokonaisuudessa.

Dunder ym. (2003) osoittivat, että pelkkä palvelujen järjestämisvastuun olemassaolo lapsiastmaatikkohoidossa ei takaa hoidon jatkuvuutta sairaalan ja terveysthuollon välillä. Hoitosopimus selkiytti ja yhdenmukaisti käsityksiä vas-

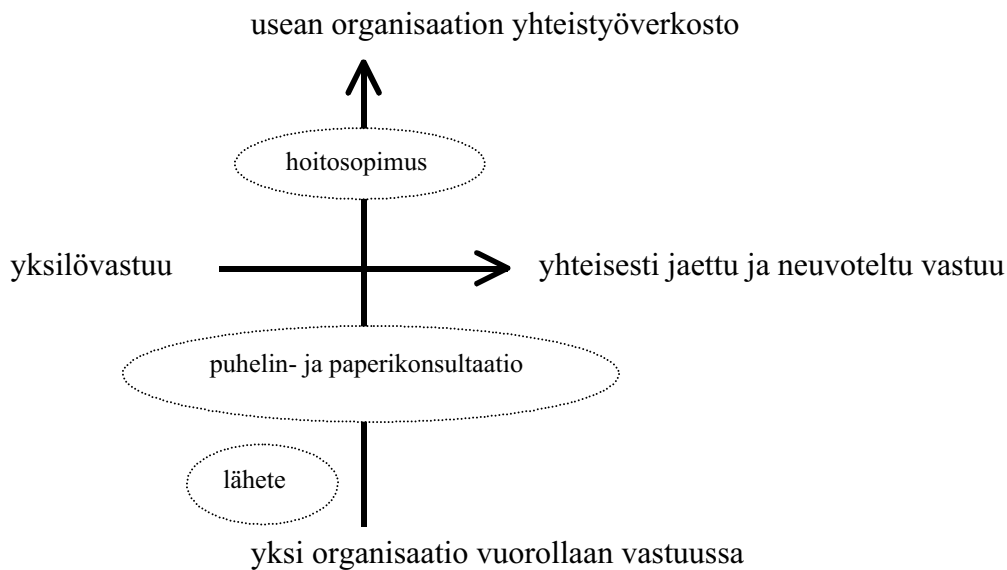
tuun jakamisesta ja paikantamisesta hoitoverkoston kesken siten, että osapuolet kokivat luottavaisuutta yhteistoiminnan jatkuvuuteen yli organisaatorajojen siirtäessä ja myös hoitosuhteissa saman organisaation sisällä.

Aiempaan kirjallisuuteen verrattuna kävi ilmi, että ammattilaiset ja vanhemmat käsittelivät vastuuta vertaamalla omaa osuuttaan muiden hoitotahojen tehtävään tai työnjaolliseen osuuteen. Virheiden tai etiikan sijasta toimijoiden **työnjako oli keskeinen vastuusta puhumisen lähtökohta**. Työnjaon lisäksi vastuu liittyi läheisesti luottamukseen ja hoidon jatkuvuuden toteutumiseen, kun toimijoita on useita. Työnjaosta neuvottelemiseksi tarvitaan toimijoiden keskinäisiä suhteita ja vastuuta selkiyttäviä työvälaineitä, jos hoitoon osallistuu toimijoita yli organisaatorajojen.

Rutiineissa ilmenevä vastuu on konkreettisesti kiinnittynyt kulloinkin hoitavaan henkilöön tai tiimiin. Neuvottelua yhteisestä vastuusta on perinteisesti tapahtunut vain niiden henkilöiden kesken, joita tarvitaan tietyn ongelman ratkaisemiseen päätöksiä vaativissa tilanteissa. Hoitoverkoston kesken potilasta siirtäessä vastuu on ymmärretty hoitovastuuna ja se on ollut yhdellä organisaatiolla kerrallaan. Jos potilas oli sairaalan seurannassa omalääkärin ja terveyskeskuksen vastuullisuus heikkeni. Ammattilaiset ovat vastuuttaneet vanhemmat sairaalaorganisaatiossa toteutuviin hoitosuhteisiin hoitoverkoston jakaman vastuun sijasta.

Hoitosopimusta käyttämällä mahdollisuus kehittää suhteita toisiin hoitoverkoston jäseniin yli organisaatorajojen parantui. Toimijat saivat mahdollisuuden ottaa kantaa vastuuseensa potilaan tulevissa hoitojärjestelyissä. Vastuun ottamisen ajallinen ja paikallinen laajeneminen yli rajojen tuli mahdolliseksi, kun kaikki hoitavat tahot voitiin kytkeä mukaan, **vaikka heidän osuutensa ei juuri sillä hetkellä edellyttänyt päätöksentekoa** potilaan konkreettisessa hoitotilanteessa.

Hoitosopimus muutti käytäntöä sen suhteen, missä vaiheessa yhteistoimintaan ryhdytään ja miten yhteisöllistä vastuuta voidaan usean toimijan verkostossa rakentaa. Yhteistoiminnassa vastuun käsittäminen omaa hoitosuhdetta, sen edellyttämiä päätöksiä ja toimenpiteitä, laajemmin tarkoittaa myös työn kohteen eettis-moraalista laajenemista (ks. enemmän luku 10).



Kuvio 18. Vastuun ottamisen laajentuminen ja yhteistoimintaväline

Hoitosopimuksen myötä **vastuu tuli esille edelleen lääketieteen eri osa-alueiden välisenä erona, yksilövastuuna, mutta myös neuvoteltavana suhteena, johon potilas voi vaikuttaa.** Yhdessä neuvoteltu ja sen pohjalta jaettu vastuu tuli vahvemmin esille. Kuvassa 18 esitän vastuun paikantumista terveydenhuollon perinteisiä yhteistoimintavälineitä ja hoitosopimusta käytettäessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998:8, 18) määritteli vastuun osaksi palveluketjuja ”saman asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuva ja organisaatorajat ylittävä palveluprosessi, jossa väestövastuullisella yksiköllä on seurantavastuu”. Omalääkärimallilla on todettu saavutetun hoitosuhteen jatkuvuus ja nopea hoitoon pääsy terveyskeskuksen sisällä (Sairaalaliitto tiedottaa 1991, 9–10). Tutkimustulosten perusteella voi päätellä, ettei omalääkäri voi selvittää jatkuvuuden ja kokonaisuuden hallinnan tai seurantavastuun tehtävästä yksin. Siihen tarvitaan sairaalan vastuulääkärin aktiivinen panos herättää potilaiden luottamusta yhteisesti suunnitellusta hoidosta ja tiedonkulusta hoitotahojen välillä. **Luottamus toimijoiden välille ei synny pelkästä institutionaalisesta työnjaon määrittelystä ja järjestelmästä käsin, vaan edellyttää toimijoilta suhteiden vastavuoroisuutta ja niistä neuvottelua.**

Johansson (1998) ja Karjalainen (1996) ovat ehdottaneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille täytyisi järjestää paikkoja keskinäiseen vuorovaikutukseen. Vastuun rakentamista yli omien organisaatorajojen tarvitaan eikä sen pitäisi jäädä vain yksilöiden vastuulle vaan myös organisaatioiden tulisi olla valmiita muuttamaan toimintansa sääntöjä tai ottamaan käyttöön uusia välineitä.

Terveydenhuollossa toimintaa 'suojelevat' kontrollimekanismit ovat perustuneet yhden organisaation sisäisiin suhteisiin. Muun muassa kokeneempi lääkäri valvoo kokemattomamman hoitopäätöksiä tai sairaanhoitajien työ sisältää rutiineja, joilla myös lääkäreiden mahdollisia vahinkoja potilaiden hoitamisessa eliminoidaan (Stelling ja Bucher 1972, DelVecchio Good 1995). Yhteistoiminnasta on *puuttunut organisaatorajat ylittävää toimintaa ja yhteisen potilaan hoidon jatkuvuutta tuottavat ja sitä varmistavat rutiinit*. **Yhteisöllisen luottamuksen** puuttuminen tulee esiin yksilön työn sisälle rakentuvina ristiriitoina, joiden ratkaisemisen keinot ovat myös yksilöllisiä; kollektiivisen välineen puuttuessa. Vasta hoitosopimus toi yhteistoimintaan välineen rakentaa henkilökohtaisia suhteita eri organisaatioissa olevien toimijoiden välille. Organisaatiotasolla vastuun jakaminen yksittäisen potilaan hoitamisessa näyttää edellyttävän hoitavien henkilöiden ja vanhempien henkilökohtaisuuteen perustuvia suhteita, jotka myös lisäävät toimijoiden keskinäistä luottamusta.

10 YHTEISTOIMINNAN KOHTEEN LAAJENEMINEN JA HOITOTAHOJEN SUHTEET

Tässä luvussa tarkastelen hoitosopimusta ja toimijoiden välisiä suhteita tilanteessa, jossa ammattilaiset saattoivat toimia joko entiseen tapaan tai ottaa hoitosopimuksen käyttöönsä sairaalan uutena työvälineenä.

Hoitosopimuksen käyttö voi luoda uutta toimintaa tai sopeutua vanhaan. Uusi ja vanha toiminta eivät vaihdu kerralla vaan rakentuvat toistensa sisään ja alle (Engeström 1995, ks. myös Kortteinen 1992). Uutta toiminnan kohdetta rakentavan työvälineen käyttö voi synnyttää tarpeen muuttaa myös toiminnan vanhoja sääntöjä ja työnjakoa sekä ottaa mukaan uusia toimijoita (ks. Saari 2003, Hyysalo 2004).

Keräsin tehdyistä hoitosopimuksista tietoa selvittämällä potilaan sairauskerptomuksesta, mitä sairaalan lääkärin tekemille sopimuksille oli tapahtunut; minne sopimus oli lähetetty, oliko siihen vastattu, sekä millainen vastauksen sisältö oli, jos sellainen oli saatu. Tulokset selvityksestä ovat taulukossa 12.

Taulukko 12. Hoitosopimusdokumentit Lastensairaalan ja terveysaseman välillä marraskuussa 1999.

	Sairaalassa tehty ja potilaan terveysasemalle lähetetty hoitosopimus	Hoitosopimus oli palautettu sairaalan omalääkärin ja terveydenhoitajan allekirjoituksilla	Omalääkäri oli lähettänyt viestin sairaalan lääkärille	Sairaalan lääkäri ja omalääkäri keskustelivat keskenään hoitosopimuksesta
Seurattujen sopimusten määrä 1 kk/aikana	95 kpl	32 kpl	4 kpl	4 kpl

Sairaalasta lähetettiin terveystakeskukseen kuukauden aikana 95 hoitosopimusta yhteydenottoopyyntöineen. Terveystakeskuksen ammattilaiset vastasivat 32:een hoitosopimukseen, mutta eivät 63:een. Vähäistä palautetta voi selittää toiminnan aikaisemmillä rutiineilla, joihin ei ole kuulunut terveystakeskuksen ja sairaalan välinen tietojen vaihtaminen ja niihin kommentointi. Hoitosopimus on väline, jonka käytössä edellytetään, että hoitoon osallistuvat tahot sopivat sairaalan seurantaan jäävän potilaan hoitojärjestelyistä yhdessä. Hoitosopimuksessa sairaalan lääkäri voi ehdottaa terveystakeskuslääkärille potilaan seurantakäyntejä myös terveystakeskukseen, mikä ei lähetettä käyttäen ole ollut mahdollista. Hoitosopimuksella tavoiteltiin rutiinisten käytöntöjen murtamista samalla, kun sillä yritettiin luoda uudenlaista neuvottelevan yhteistoiminnan rutiinia.

Edellä esitetyssä taulukossa, hoitosopimuksista neljään terveystakeseman oma lääkäri ja terveydenhoitaja olivat laittaneet kommentin tai viestin palauttaessaan hoitosopimuksen. Haastattelin potilasta hoitaneita tahoja näissä neljässä tapauksessa. Kaikissa niistä terveystakeskuslääkäri oli ottanut puhelimitse yhteyttä sairaalan erikoislääkärin, kollegoihinsa terveystakeskuksessa tai edelleen potilaaseen hoitosopimuksen saatuaan. Roland (1992a, 108) on todennut, että puhelinkeskustelut sairaala- ja terveystakeskuslääkäreiden välillä ovat harvinaisia.

Lääkäreiden vuorovaikutusta sairaalan erikoislääkäreiden ja perusterveydenhuollon lääkäreiden välillä Yhdysvalloissa tutkineet Roulidis ja Schulman (1994, 446, 451) selvittivät, että säänneltyyn hoitoon (care-management) lähetetty potilas ei lisännyt vuorovaikutusta lääkäreiden välillä vaan päinvastoin. Lääkärit, joiden potilaat eivät tarvinneet ohjelmoitua hoito-ohjelmaa, olivat innokkaampia olemaan vuorovaikutuksessa kollegoidensa kanssa, sillä lääkärit tunsivat olevansa itse vastuussa siitä, kenelle lääkäriille potilaan ohjasivat. Ohjelmoituun hoitoon lähetettyjen potilaiden kohdalla lääkärit olivat yhteydessä kollegoihinsa vähemmän, sillä vakuutusyhtiöt (maksavat tahot) olivat jo nimenneet specialistit perusterveydenhuollon lääkäreiden valittaviksi. Tutkijat totesivat, että kun potilas lähetetään sairaalan specialistille, potilas todennäköisesti vaihtaa perusterveydenhuollon lääkäriin specialistiin. Lääkäriin vaihtumista pidettiin vahingollisena potilaan hoidon jatkuvuudelle.

Suomalaisessa järjestelmässä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärit eivät kilpaile keskenään potilaista samoin kuin Yhdysvalloissa. Lähetäessään potilaan sairaalaan terveystakeskuslääkäri ei yleensä²⁹ nimeä hoitavaa lääkäriä vaan sairaalassa päätetään, kuka lääkäri arvioi läheteet ja kenelle potilas ohjataan, jos lähete hyväksytään. Sairaalasta kotiutuessaan potilailla on useim-

²⁹ Lähete voidaan myös osoittaa lääkäriille nimeltä, mutta silloin on riski, että postia ei avata, jos lääkäri on lomalla tms. ja lähete jää odottamaan.

missa Suomen terveyskeskuksista nimetty omalääkäri, joka jatkaa hoitoa avo-terveydenhuollossa.

Yhdessä toimimista terveydenhuollossa on tutkittu toiminnanteoreettisesti analysoimalla eri toimintajärjestelmistä koostuvaa verkostoa. Tällöin on analysoitu eri toimijoiden työtä suhteessa toisiin toimijoihin, joista kunkin työ on nähty omana toimintajärjestelmänä (Saarelma ja Kokkinen-Jussila 1993, 153). Lisäksi on analysoitu keskustoimintaa suhteessa kohdetoimintaan, sääntöjä, välineitä tai tekijöitä tuottavaan toimintaan, joita on käsitelty toimintajärjestelmien verkkona (Engeström ym.1987, Engeström 1995, 54, Saari 2003, 44). Omassa tutkimuksessani analyysin kohteena on toimijoiden suhteet yhteistoiminnassa, joka on itse toimintajärjestelmä, sen sijaan että toimintaa analysoitaisiin yksilötoimijoiden tai toimintajärjestelmien verkostona.

On todettu, että jos toimijoiden väliset suhteet ovat symmetrisiä, niitä voi pitää tasa-arvoisina. Symmetrialla on tarkoitettu sitä, että kaikkien jäsenten välillä on yhtä paljon kommunikointia, eikä kukaan johda tilannetta, tai tieto ei välity hierarkkisesti joidenkin keskushenkilöiden kautta (Bradley ja Edinberg 1986, 275, Pilisuk ja Hillier-Parks 1986, Johansson 1989). Geometriaan (esim. kontaktien määrä, verkoston tiheys jne.) perustuvan symmetrian sijasta tarkastelen toimijoiden keskinäisiä suhteita *yhteistoiminnan kohteen avulla*. Luvun yksityiskohtaiset tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millainen on yhteistoiminnan kohde, kun käytössä on hoitosopimus ja kun sitä ei ole?
- 2) Miten teoreettinen käsite yhteinen kohde on empiirisen aineiston perusteella sopiva kuvaamaan monen organisaation rajat ylittävien toimijoiden yhteistoimintaa?
- 3) Millainen on yhteistoiminnasta saatava tulos, kun toimijat jakavat yhteisen kohteen?

Tarkastelen nyt aineistoa, jossa toimijat reflektoivat omia tekojaan ja tekojensa seurauksia. Tätä varten laadin ensin käsitteellisellä tasolla erottelun, joka tekee mahdolliseksi tutkia sitä, mikä on uutta ja mikä on vanhaa. Jaoin toimintaa synnyttävät teot **tilanteisesti harkittuihin ja rutiinisiin tekoihin**.

Rutiiniset teot ovat kiinnittyneet organisaatiossa käytettäviin välineisiin, sääntöihin, työnjakoon tai esimerkiksi siihen, ketkä on otettu neuvottelukumppaneiksi päätöksiä tehtäessä. Rutiineihin ja etukäteisjärjestelyihin perustuvan toiminnan kohde on traditioon ja organisaatioissa pitkään käytössä olleisiin tapoihin sosiaalisesti organisoitunutta, organisaation muistissa olevaa ja yksilötoimijan vaihtumisesta 'riippumatonta' kulttuurista käytäntöä (esim. Durkheim 1990, Engeström 1990, Eräsaari 2002, Wertsch 2003).

Uusien sääntöjen tms. rakenteellisten ehtojen asettaminen ei riitä toiminnan muuttumisen takeeksi, sillä toiminta tuotetaan aina tilanteisesti. Tämä tapahtuu toimijoiden keskinäisissä neuvotteluissa (Strauss ym. 1963, Strauss 1978b, 1993). Toiminnan muutos voidaan nähdä toiminnan kohteen muuttumisena. **Uusi ja vanha** törmäävät toisiinsa. Uuden toiminnan vakiintumisen edellytyksenä on, että se joko syrjäyttää vanhan, muuttuu kohdatessaan vanhan tai sopii sellaisenaan vanhan rinnalle ja muuttuu osaksi toiminnan kulttuuria. Uudella toiminnalla on erilainen kohde kuin vanhalla, muuten se ei olisi uusi. (Engeström 1995, Engeström ym. 2003a,b). Yhteistoiminnan kohdetta analysoin kohteen ulottuvuuksien avulla, joita ovat: ajallinen, spatiaalinen, systeemis-rakenteellinen, eettis-moraalinen ja (ks. Engeström ym. 1999) ja suhteisiin rakentunut valta.

Hoitosopimus ei korvannut vanhaa toimintaa, vaan tuli lähetteen ja konsultaation rinnalle antaen vanhassa kontekstissa toimijoille mahdollisuuden toimia toisin. Potilastilanteissa myös rutiinin mukaan toimiminen edellyttää harkintaa; 'onko tämän rutiinin soveltaminen sopivaa tälle potilaalle?'. Rutiininen yhteistyökäytäntö on rutiinia siksi, että ammattilaisten ei tarvitse miettiä sitä, miten käytännöissä toimitaan, kunhan potilaan ongelma saadaan ratkaistuksi. Hoitosopimuksen käyttöön ryhtyminen rikkoi juuri institutionalisoituneita hoitojärjestelyjen käytäntöjä ja kyseenalaisti siihen liittyviä rutiineja.

Päätös toimia yhdessä edellyttää aina harkintaa. Päätös käyttää hoitosopimusta ja olla toisiin yhteydessä on tietoinen teko, mutta päätöstä seuraavat teot voivat yhtä hyvin syntyä myös organisaation traditiosta. Tietoisuus liittyy valintaan käyttää hoitosopimusta, kun toimijoilla oli samaan aikaan mahdollisuus jättää se tekemättä. Harkittuun tekoon sisältyy tietoinen valinta rakentaa suhdetta toisiin tahoihin. Hoitosopimusta tehdessään toimijat asettuvat alttiiksi neuvottelulle. Neuvottelu synnyttää lopputuloksen, joka saattaa olla toimijalle tai toimijoille yllättäväkin ja poiketa rutiinisista käytännöistä.

Tilanteisesti harkitut teot syntyivät hoitosopimuksia tehtäessä. Tilanteisesti harkitut teot ovat tekoja, joissa toimijat tavalla tai toisella toimivat eri tavalla kuin aikaisemmin. Myöhemmin esitettävissä aineisto-otteissa käy ilmi toimijoiden omat argumentit toisin toimimisesta, uusista teoista tai asioiden näkemisestä uudessa yhteydessään, kun he käyttivät hoitosopimusta. Aineisto-otteissa käy ilmi toimijoiden *reflektio, mutta itse analyysi kohdistuu kuitenkin tekoihin, joista puhutaan*. Taulukko 13 esittää analyysini pohjana olevaa jakoa rutiinisiin ja tilanteisesti harkittuihin tekoihin.

Taulukko 13. Yhteistoiminnan välineellinen kontekstualisointi uuden ja vanhan välissä.

etukäteisjärjestelyihin ja rutiineihin perustuvat teot	ei hoitosopimusta yhteistoiminnan välineinä lähete-epikriisi ja konsultointi
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa	
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	hoitosopimus välineenä lähetteen, epikriisin ja konsultoinnin rinnalla

10.1 Kohteen ajallinen laajentuminen

Potilaan hoidossa aika ilmenee menneenä hoitohistoriana, nykyhetkessä toteutuvana hoitona ja tulevan hoidon suunnitteluna. Yhteistoiminnan kohteen ajallinen laajeneminen tarkoittaa *organisaatorajat ylittävän jatkuvuuden* tuottamista potilaan hoitoon.

Hoitosuhteen jatkuvuudella on tarkoitettu lääkäri-potilassuhteen jatkuvuutta, jossa sama henkilö hoitaa potilasta useilla eri käynneillä. Tätä on kutsuttu antaja-kohtaiseksi jatkuvuudeksi. (Kupiainen 1993b, Kekki 1985.) Jatkuvuudella on myös tarkoitettu sairaanhoitajan kykyä koordinoita, delegoida ja sovittaa yhteen potilaan hoidossa tarvittavia välineitä ja ihmisiä (Pelttari 1997). Hoidon jatkuvuus on myös käsitetty hoitoprosessina, jolloin on tarkoitettu organisaation sisällä annettavan hoidon eri vaiheiden ajallista jaksottamista (Eriksson K 1985, Kratz 1988). Hoidon suunnittelu on perinteisesti tehty hoitajaksokohtaisella hoitosuunnitelmalla (Sairaalaliitto 1980). Vuorela (1982,13) on todennut jatkuvasta sairauskertomuksesta, että "järjestelmän hoitajaksokohtaiset lomakkeet palvelevat lähinnä meneillään olevaa hoitajaksoa".

Hoitoprosessi-käsitteen aikaulottuvuus kantaa yli organisaatorajan vain, jos potilaan aktuaalinen hoitaminen edellyttää jatkotoimia toisessa paikassa, esimerkiksi röntgenkuvausta, joka usein tehdään samassa organisaatiossa vaikkakin toisessa rakennuksessa. Hoitoprosessissa ja siihen liittyvissä etukäteisjärjestelyissä toisen hoitotahon kanssa tarvitsee yleensä neuvotella ainoastaan aikataulusta.

Hoitoverkostoja tarkasteltaessa jatkuvuuden käsite, kuten se aikaisemmassa kirjallisuudessa on ymmärretty, muodostuu ongelmalliseksi. Hoitoprosessin sijasta käytän tutkimuksessani hoitokaaren (trajektorin) käsitettä kuvaamaan hoidon jatkuvuutta yli organisaatorajojen (ks. tarkemmin luku 5.3)

Seuraava aineisto-ote on vastaanotolta, jolloin hoitosopimus ei vielä ollut käytössä.

Erikoislääkäri I : Joskus tulee pidettyä potilaita täällä hoidossa pikkuisen turhan pitkään, kun tuntuu että jää oman onnen nojaan ettei voisi ohjautua terveyskeskukseen. Että ongelma tulisi hoidettua kuten sen itse kuvittelee, että pitäisi hoitaa. Tämmöistä käyntiä tulee sovittua tänne tilanteissa, jotka voisi kyllä ihan hyvin yleislääkäri hoitaa. (ennen Hoitosopimusta) [Toinen HYKSin sairaala haastattelu 28.1.1998]

Erikoislääkäri selostaa yllä olevassa otteessa päätöstään jatkaa potilaan hoitoa sairaalassa pidempään, kuin hänen omasta mielestäänkään on tarpeen seikkaila, että ei voi olla varma noudatettaisiinko hänen suunnitelmaansa hoidosta. Perustelu tuo hoitosuhteeseen jatkuvuutta yhdessä organisaatiossa, kun hoitoa ei siirretä muualle, mutta merkitsee samaan aikaan rajoja ylittävän jatkuvuuden katkaisemista.

Lääkärin selostama teko "tulee pidetyksi pikkusen liian pitkään..." on vastoin hoidon tason mukaista porrastusta ja sitä koskevaa yhteistoimintasääntöä. Lääkäri asettaa oman käsityksensä, "tulisi hoidettua kuten sen itse kuvittelee, että pitäisi hoitaa", potilaalle parhaaksi olevasta käytännöstä työnjaollisten sääntöjen edelle. Lääkärin reflektiossa teostaan käy ilmi kolmenlaista epäluottamusta suhteessa yhteistoimintaan 1) osaako toinen hoitaa? 2) hoitaako vaikka osaisi? 3) jättääkö systeemi oman onnen nojaan? Lääkäri ei ota kantaa siihen, olisiko joku syistä oikea. Teon seurauksena toiminnassa on ristiriita työn kohteen ja porrastussäännön noudattamisen välillä. Työnjakoa ohjaava porrastussääntö perustuu yhdessä toimimisen etukäteisjärjestelyihin.

Seuraavassa aineisto-otteessa lasten äiti kuvailee vastaanoton aikana sairaala ja terveyskeskuksen lääkäreiden puhelinkeskustelussa syntyvää henkilökohtaisuuteen perustuvaa suhdetta.

Hermannin äiti: ... sitten sairaalan lääkäri soitti tälle meidän omalääkärille ja kertoi, että jos me tultais tammikuussa sinne hänen luokseen terveyskeskukseen normaalille kontrollikäynnille, ja sitten vasta huhtikuussa lastensairaalaan. Sit he siinä puhelimesta sopivat keskenään ja mä kuulin koko ajan, kun kaiutin oli päällä, että mitä he keskusteli...

Tutkija: Onko näin tapahtunut aikaisemmin?

Äiti: Ei.

Tutkija: Mitä tämä omalääkäri sanoi?

Äiti: Että, joo, kyllä se hänelle sopii tämä yhteistyö, että lähetä vaan paperit tänne.... Ainoa mitä mä olen Lastensairaalassa harmitellut on ollut se, että on aina ollut eri lääkäri, joka kerta eri lääkäri eli nyt mä kuulin, että Juhaniasta tulee sit meidän vastuulääkäri ja mä olin tosi iloinen. [Lapsen kotona 22.12.1999]

Etukäteisjärjestelyihin perustuvana vaihtoehtoina olisi ollut pitää potilas omassa hoidossa kokonaan tai siirtää potilas terveyskeskuksen vastuulle. Lapsen astman seuranta on aikaisemmin ollut vain Lastensairaalan vastuulla, mutta nyt

hoitosopimus toimi välineenä yhteisseurannan sopimiseksi. Lääkäri ei ollut valmis siirtämään potilasta kokonaan terveystakeskukseen ja yhteisseurannasta sovittiin. Hoidon toteutusta jatkettiin *yhteisellä suunnitelmalla*, jossa useampi hoitava lääkäri sopi yhdessä lapsen vanhempien kanssa vuorottelevista käynneistä terveystakeskuksessa ja sairaalassa.

Teot, joilla tuotetaan käyntejä ja jatkuvuutta omassa organisaatiossa eivät välttämättä tuoneet jatkuvuutta lapsen hoitoon, mikä tuli ilmi äidin puheenvuorossa lääkäreiden vaihtumisesta. Hoitosopimuksen teon yhteydessä lapselle nimettiin sairaalahoidon vastuulääkäri³⁰.

Toiminnassa ei ennen hoitosopimusta ollut rutiinia eikä välinettä sopia seurannan vuorottelusta. Sairaalasta ei siirretä potilasta hoidon päätyttyä lähetettäväksi käyttäen, vaan postittamalla hoitopalautte, kun hoito päättyy (ks. tiedonkuluku). Potilaan tehtäväksi on jäänyt ajanvaraus terveystakeskukseen sairaalan seurannan päätyttyä. Tuomisto ym. (2001, 3559) ja Dunder ym. (2003, 2165) osoittivat hoitoketjuihin liittyen, että näin jää helposti tapahtumatta, sillä organisaatioiden käytännöt ovat erilaisia. Sairaala kutsuu potilaan vastaanotolle, mutta terveystakeskukseen potilas varaa itse ajan. Yhteisseurannassa ei ollut kysymys potilaan hoidon siirtämisestä vaan sen jakamisesta.

Hoitosopimus ei muuta juridista vastuuta potilaan hoitamisesta ja hoitoa antavat ammattilaiset ja organisaatiot ovat entiseen tapaan vastuussa omasta osuudestaan. Hoitosopimus laajensi hoitosuhteen ajallista jatkuvuutta yli organisaatorajojen. Toimijat saattoivat jakaa yhteisen käsityksen potilaan hoidon kokonaisuudesta ja siitä, mitä tapahtuu omien vastaanottokäyntien välissä. Yhden ammattilaisen ja potilaan hoitosuhde laajeni kahden lääkärin ja potilaan suhteeksi, jossa tulevia hoitotapahtumia hoitotrajektorissa ennakoitiin yhdessä.

Taulukko 14. Kohteen ajallinen ekspansio.

	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
etukäteisjärjestelyihin ja rutiineihin perustuvat teot	materiaalisiin välineisiin perustuva ei-henkilökohtainen vaihtosuhte	hoitaa oma osuus ja siirtää potilas sen jälkeen eteenpäin	potilasta hoidetaan tarpeettomasti erikoissairaanhoidossa. Ristiriitaisääntöjen ja kohteen välillä.
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa			
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	kommunikatiiviset välineet neuvottelevat henkilökohtaiset suhteet	tulevista hoitojärjestelyistä päätetään yhdessä ja jatkuvuutta suunnitellaan	lääkärit ryhtyvät vuorottelevaan yhteisseurantaan ja vastuulääkäri nimetään.

³⁰ Sairaalassa lääkärit vaihtuvat, sillä koulutuksessa olevat nuoret lääkärit siirtyvät eri toimipisteiden välillä. Hoitosopimuksessa jokaiselle potilaalle nimettiin seniorilääkäri vastuulääkäriksi, jonka nimen ja yhteystiedot nuoret lääkärit antoivat potilaalle.

10.2 Kohteen spatiaalinen laajeneminen

Hoitopaikka on osa terveydenhuollon rakennetta ja systeemiä sen lisäksi, että se kuvaa fyysistä tai maantieteellistä paikkaa ja tilaa. Paikka voi esittää myös asiantilaa ja tiettyä kohtaa potilaan sairauden vaiheessa ja siten se liittyy myös aikaan. Paikka assosioi tilaa; ulko- ja sisäpuolella tai siinä välissä. Tilalla on viitattu myös henkilökohtaiseen, byrokraattiseen ja ideologiseen tilaan. (Eräsaari L 1995). Tarkastelen tässä, miten lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottotilassa samaan aikaan ja yhdessä työskentely ohjaa toimijoiden tekojen suuntautumista. Pritchard ja Pritchard (1992) ovat todenneet, että lääkärinvastaanottohuoneen ovi tai puhelinlinja on raja, jota pitkin on mahdollista laajentaa tai rajata ulos muita vuorovaikutuskumppaneita.

Osa sairaanhoitajista ja lääkäreistä siirtyi hoitosopimuksia tehtäessä samaan vastaanottohuoneeseen muuttaen aikaisempaa yhteistyörutiiniaan. Osa ammattilaisista jatkoi erillään työskentelyä, sillä hoitosopimuksella ei puututtu ns. ammatilliseen oman työn järjestämiseen. Seuraavassa esimerkissä sairaanhoitaja kertoo työnsä muuttuneesta kohteesta sen jälkeen kun alkoi työskennellä lääkärin kanssa samassa vastaanottohuoneessa.

Tutkija: Onko alueellinen hoitosuunnitelma (hoitosopimus) jollain lailla vaikuttanut hoitajan ja lääkärin vuorovaikutukseen teidän työssä?

Sairaanhoitaja D Lastensairaalassa: Me ollaan lääkärin kanssa mahdollisimman paljon vastaanottohuoneessa yhtä aikaa. Kyllä tää on upea koulutuspaikka hoitajalle sen potilasryhmän ongelmista, kun siinä tulee näkyviin se yksilöllisyys ja tarpeet, kun diagnoosihan on vaan yksi muuttuja. Siinä näkee, missä pitää opettaa ja ohjata potilasta. Et jos on viisi samalla diagnoosilla tulevaa potilasta 1,5-vuotias, 3-vuotias ja kymmenvuotias niin sen astmaoireen hoitaminen ja hallitseminen kotona niin ne tarpeet on ihan erilaisia arjessa kaikilla.

Tutkija: Tiesitkö sä tätä ennen, silloin kun te työskentelitte erikseen?

Sairaanhoitaja D: Tottakai sen tietää teoreettisesti, kun on pitkä kokemus tässä työssä, mutta se on aivan eri asia, kun sä oot mukana siinä vuorovaikutuksessa missä, lääkäri, äiti tai isä tai molemmat käy läpi sitä tilannetta kotona keskustellen, samalla kun tutkitaan lapsi. Ja mä voin samalla luontevasti siihen keskusteluun osallistua. Että se ohjaaminen siirtyy luontevasti siinä ja vastuu jotenkin vanhempien kokemuksena jakautuu. Täytyy ikään kuin vastata siihen huutoon, ottaa vastaan se hanska, joka sulle heitetään, sillä voitahan sä vaan istua siinä ja hymyillä, mutta sun täytyy ottaa tehtävä ja pysähtyä siihen... [Haastattelu 15.11.1999]

Sairaanhoitajan, lääkärin ja potilaan yhteinen vuorovaikutustilanne avasi sairaanhoitajalle mahdollisuuden tarjota perheen tarpeesta lähtevää ohjausta riippumatta siitä, missä hoitovaiheessa lapsi oli. Perinteinen hoitokäytäntö oli, että lapsen diagnoosi ja sairauden vaihe määrittelee, missä vaiheessa lapselle ja per-

heelle annetaan erikseen sairaanhoitajan ohjausta lääkärinvastaanottokäyntien ja niihin liittyvän hoitotyön lisäksi. Sairaanhoitajalle tieto potilaan tarvitsemasta ohjauksesta saattoi tulla myös lääkärin määräyksenä.

Aineisto-otteen sairaanhoitajalla oli takanaan pitkä kokemus työstään ja silti hän totesi lääkärin rinnalla työskentelyn hyväksi "koulutuspaikaksi" ja "heitetyn hanksan vastaanottamiseksi". Yksilöllisyys ja perheen tarpeesta lähteminen on hoitotyön kulmakiviä, jota oli ryhdytty Lastensairaalassa toteuttamaan työskentelemällä samassa tilassa. Vanhempien kannalta ammattilaisten siirtyminen samaan huoneeseen vähensi tarvetta riisua ja pukea lapsi kahteen kertaan saman käynnin aikana, ensin sairaanhoitajalle mittausta ja punnitsemista varten ja sen jälkeen lääkärille tutkimista varten.

Riitta Simoila (1994) totesi terveydenhoitajan työn historiallista kehitystä ja nykytoimintaa tutkiessaan, että terveydenhoitajilla on työvälineitä käsitellä yksilöiden selvärajaisia asioita. Terveydenhoitajien työssä alkoi esiintyä häiriöitä, jos asiakkaalla oli monia ongelmia tai jos ongelmat eivät olleet selvästi määriteltyjä. Työn kohteen ja välineen välillä oli ristiriita, sillä kaikkia hoitoon osallistuvia yhdistäviä työvälineitä ei ollut käytettävissä eikä yhteisökeskeisen työotteen rakentaminen onnistunut yhden ammattiryhmän voimin. (Mt. 193–194.) Yhteisökeskeisen yhteistyöotteen rakentaminen ja välineiden puute on osoittautunut ongelmaksi myös lääkäreiden työssä (Kokko 1990, Lehto 1991).

[Sairaanhoitaja E:n viesti lääkäri J:lle potilaan sairauskertomuksen välissä]

" MINNA, en uskaltanut arkistoida, kopio kotiin lähetetty. Mutta mitä pitää tehdä asialle alueellinen hoitosuunnitelma?? terv. Sari

Hoitaja tiedusteli edellä kuvatulla tavalla, lääkärille jättämässään lapussa, aikooko lääkäri tehdä potilaasta hoitosopimusta. Hoitaja oli havainnut, ettei hoitosopimusta (alueellinen hoitosuunnitelma) oltu tehty ja potilaan paperit olivat jo matkalla arkistoon. Niinpä hän tiedusteli asiaa potilaan sairauskertomuksen päälle jättämässään viestissä, jonka oli vienyt lääkärin pöydälle.

Lastensairaala oli sopinut Helsingin terveystieteiden keskuksen kanssa, että hoitosopimusten teko aloitetaan kaikista uusista helsinkiläisistä lapsipotilaista, jotka jäävät Lastensairaalan seurantaan. Lääkärin oli halutessaan mahdollisuus tehdä hoitosopimus myös muista, jo sairaalan seurannassa olevista potilaista.

Hoitosopimus suuntasi monen ammattilaisen työtä tapahtumaan samanaikaisesti ja fyysisesti lähellä toisiaan. Näin työskenneltäessä kukin ammattilainen toi potilaan hoitoon oman osaamisensa lisäksi toiminnan yhteisen 'tilan', jossa he pystyivät paikkaamaan toistensa suhteita muihin organisaatioihin, jos huomasivat keskinäisessä toiminnassaan puutteita. Hoitosopimuksen tekeminen ei enää ollut vain lääkärin päätöksestä riippuva asia.

Taulukko 15. Kohteen spatiaalinen laajeneminen

	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
etukäteisjärjestelyihin ja rutineihin perustuvat teot	potilaan tarpeeseen vastataan, jos se on kerrottu ammattilaiseen orientaatioon sopivalla tavalla	kunkin ammattiryhmän itsenäinen arvio potilaan tarpeista	potilaan käynnillä eriliset sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotot
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa			
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	perheen ja ammattilaisten yhteisen keskustelun tuloksena syntynyt tarvearvio	useampi ammatillinen orientaatio yhtä aikaa kartoittamassa potilaan tarvetta	lääkärin ja sairaanhoitajan yhteisvastaanotto, synnyttämässä yhteistä rutiinia olla yhteistyössä terveystieteiden keskuksessa

10.3 Kohteen systeemis-rakenteellinen laajeneminen

Kohteen systeemis-rakenteellisella ulottuvuudella on tarkoitettu organisaation kykyä oppia omasta toiminnastaan vakiinnuttamalla uutta toimintaa rutiiniksi (Engeström ym. 1999). Aineistoni perusteella systeemis-rakenteellinen kohteen laajeneminen tarkoittaa myös toiminnassa ilmenevää uusien käytäntöjen synnyttämää **tekojen ketjuuntumista paikasta toiseen** siten, että yhdessä organisaatiossa tehty uusi teko synnyttää uusia tekoja myös toisessa ja kolmannessa organisaatiossa.

Collins (1981, 276–278) käytti *vuorovaikutusketjun* käsitettä useassa merkityksessä. Hän tarkoitti ketjulla keskustelussa eteneviä vuorovaikutus rituaaleja (ritual chain), puhujan taustahistoriaa, jossa tämä on puhunut muiden kanssa ja tulevaisuutta, jossa uusia henkilöitä liittyy keskustelukumppaneiksi (individual chain of interaction experience, chain of interaction situations). Tutkimuksessani ketjuuntunut vuorovaikutus, joka alkoi potilaan ja sairaalan lääkärin kohtaamisessa sekä eteni terveystieteiden lääkärin kautta terveystieteiden lääkärin ja neuvolalääkärin sekä uudelleen potilaan välille synnytti uusia tekoja. Collins jatkaa ketjun edellytyksistä; vuorovaikutukseen osallistujissa syntyy yhteinen kognitiivinen todellisuus, jossa toimijoilla on oltava samanlaiset vuorovaikutukselliset tai kulttuuriset resurssit. En väitä, että potilaan vanhempien, terveystieteiden lääkärin ja erikoislääkärin kognitio tai resurssit olisivat samat, mutta erikoislääkärin tehtyä aloite hoitosopimusneuvotteluun ovat muiden toimijoiden edellytykset vaikuttaa toisenlaiset, kuin jos neuvottelua ei edes käytäisi. Collins lisää, että onnistuneessa vuorovaikutuksessa toimijat kokevat edes hetkellistä emotionaalista solidaarisuutta, jolla hän viittaa Durkheimin solidaarisuuden käsitteeseen.

Aloitin systeemis-rakenteellisen ulottuvuuden ja ketjuuntumisen tarkastelun lapsipotilaan kotiympäristöstä. Terveen lapsen arjessa sairastuminen saa kodin vain hetkeksi normaaliarjesta poikkeavaan tilaan. Pitkäaikaissairaana lapsen arki on jatkuvan 'varpaillaan olemisen' vuoksi erilaista kuin terveen lapsen arki. (Ks. myös Seppälä 2003, Pyörälä 2003.) Pitkäaikaissairaudesta ja sen hoitamisesta on tullut osa perheen arkea, johon kotiyhteisö on sopeutunut, ja lapsen sairastuminen johonkin muuhun tautiin saa arjen poikkeustilaan. Vanhemmat kokivat diabeteksen sairautena, joka vaikuttaa lähes kaikkiin muihinkin lapsen sairastamiin normaaleihin tauteihin. Muun muassa vatsataudissa lapsi ja hänen vanhempansa seuraavat kotona sokeritasapainoa tehostetusti. Samoin normaalit vilustumiset voivat äityä astmaa sairastavalla lapsella ammatillista hoitoa vaativaksi hengenahdistukseksi. (Hentinen ja Kyngäs 1998.)

Tutkija: Mitä sä tarkoittit tällä vatsataudilla?

Tiinan äiti: Niin se on diabeetikolla, että jos saa rajun vatsataudin, niin mä olen saanut sen käsityksen, että kannattaa melkein lähteä sairaalaan, että ne panee tiputukseen. Siinä sokerit laskee ihan alalukemiin. Koska se vatsatauti liittyy kuitenkin omalla tavallaan tähän diabeteksen hoitoon. Että se niin kuin muuttaa ihan tavallisen päivärytmin – tekee erilaiseksi. [Vanhempien haastattelu lapsen kotona 2.12.1998]

Pitkäaikaissairaus osana arkea tekee ammattilaisille ja vanhemmille houkuttavaksi pitää hoitosuhde yhdessä paikassa, vastoin terveydenhuoltojärjestelmän porrastetun hoidon periaatetta³¹, varsinkin jos aikaisempaa kontaktia muihin tahoihin ei ole ollut. Yhdessä toimittaessa on tärkeitä, mitä potilaalle on tapahtunut vastaanottokäyntien välissä. Ajan kulumisen lisäksi 'vastaanottojen välissä' tarkoittaa paikkoja, missä potilas on käynyt hoidossa ennen kuin potilas on taas uudelleen saman hoitavan ammattilaisen luona. Pitkäaikaissairaat lapsipotilaat ehtivät esimerkiksi sairaalakäyntien välissä asioida useasti terveysasemalla ja edellisen terveysasemakäynnin jälkeen potilaalle saattaa tulla päivystyskäynti terveyskeskussairaalassa tai erikoissairaanhoidon sairaalassa sekä sairaalaosasto- hoitojakso tai poliklinikkakäynti.

Tutkija: Onko omalääkäri kuinka hyvin sun mielestä kärryillä tästä teidän kokonaistilanteesta ja näistä paikoista missä käynte?

Samin äiti: Ei varmaankaan ole, kyllä mä olen sanonut, että me käydään siellä HYKSissä ihan muutamalla sanalla, mutta en mä usko, et hän on... Se on vähän, että yhdessä paikassa hoidetaan yhtä asiaa ja toisessa toista ja kolmannessa käydään aina, kun tulee näitä, just toi omalääkäri sitten... [Lapsen kotona, 27.1.1998]

³¹ Porrastetun hoidon säilyttämisen puolesta ovat erityisesti puhuneet ammattilaiset itse sekä terveystaloustieteilijät esim. Myllykangas ym. (1998). Ennen -99 kerätyssä aineistossa lapsilla oli yhtä lukuunottamatta suhde terveyskeskuslääkäriin ja käyntejä saattoi enimmillään olla kymmeniä vuodessa.

Potilaan hoidon kokonaisuus jakautuu helposti useaan eri organisaatioon, jos toiminnassa noudatetaan porrastetun hoidon periaatteita, joihin nykyterveydenhuollon järjestelmä perustuu. Tästä seuraa toimintaan jännite pitää hoito yhdellä ammattilaisella ja yhdessä organisaatiossa institutionalisoitunutta yhteistyösääntöä rikkoen tai ryhtyä neuvottelemaan toisten hoitotahojen kanssa hoidon kokonaisuuden yhteisestä hallinnasta, johon hoitosopimus tarjosi välineen.

Hennan omalääkäri terveysasemalla: Mä puhuin äidin kanssa puhelimesta ja kerroin, että Lastensairaala on hoitosopimuspaperi tullut. Kerroin, että olen heidän oman alueensa omalääkäri ja että tähän mennessä he ei ole mua tarvinneet ja asiat, mitkä ei liity diabetekseen he voi kääntyä mun puoleeni. Mutta äiti sanoi siihen, että heillä on aina kaikki hoidettu Lastensairaala. Mä luulen, että osa niistä käynneistä olisi voitu terkkarissakin hoitaa ja... sanoin äidille puhelimesta myöskin, että hänen lapsen hoito ei siellä Lastensairaala muutu miksikään, jatkuu ihan kuin ennenkin, mutta otin tämän yhteydenoton tämän yhteydenpidon nyt tän hoitoketjun takia. Äiti oli vähän hämmästynyt, mutta sitten oli tyytyväinen ja sanoi lopuksi, että oli kiva kuulla tästä hoitosopimuksesta ja kiva, että soitit. (hoitosopimus tehty). [Puhelinhaastattelu 10.12.1999]

Vanhempi tekee kotona hoitopäätöksen siitä, minne hän ottaa yhteyttä, kun lapsen vointi tarvitsee ammatillista väliintuloa. Hennan tapauksessa kaikki vaivat oli aina hoidettu Lastensairaala ja vasta hoitosopimus antoi terveyskeskuslääkärille kimmokkeen olla yhteydessä vanhempaan lapsen hoitojärjestelyistä. Terveyskeskus tietää periaatteessa jokaisesta diabeetikpotilaasta, sillä sairaala kirjoittaa määräyksen, jolla potilas saa säännöllisesti hakea omalta terveysasemaltaan diabeteksen hoidossa tarvittavat välineet. Tämä yhteistyörutiini ei kuitenkaan ollut antanut lapsen vanhemmille tai terveyskeskuslääkärille syytä olla yhteydessä toisiinsa. Terveyskeskuslääkäri antoi soitollaan äidille mahdollisuuden harkita sairaalassa olevan hoitosuhteen laajentamista terveyskeskukseen.

Seuraavassa aineisto-otteesta tulee ilmi, että hoitosopimuksen käyttäminen ketjuunnutti toimijoiden tekoja yli organisaatorajan niin, että sairaalan lääkärin teko (hoitosopimusehdotus) johti kolmen muun toimijan vuorovaikutukseen. Sairaala alkaneen vuorovaikutusprosessi laajeni myös terveyskeskuksessa kollegojen väliseen vuorovaikutukseen. Välineen avulla ylitettiin tilallista, ajallista ja systeemis-rakenteellista kohteen ulottuvuutta hoitoverkostossa.

Lassen omalääkäri terveysasemalla: Lassen kanssa kävi niin, että selvitin äidin kanssa hänen kouluaan, että voisin koululääkärille lähettää, kun tässä hoitosopimuksessa oli nää sairaustiedot. Niin äiti oli hyvin tyytyväinen, että informoidaan kouluunkin. Mä soitinkin *koululääkärille*, ja sanoin, että älä ihmettele että tällainen lappu [hoitosopimus] tulee, ettei sun tarvi siihen muuten reagoida, mutta se on tiedoksi. Ja *neuvolalääkärin* kanssa olen puhunut ja ottanut kopiot näistä papereista myös sinne. (hoitosopimus tehty 11/1999) [Puhelinhaastattelu 10.12.1999]

Taulukko 16. Kohteen systeemis-rakenteellinen laajeneminen.

	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
etukäteisjärjestelyihin ja rutiineihin perustuvat teot	erikoissairaanhoidolla ja vanhemmilla hyvä hoitosuhde perusterveydenhuollon kustannuksella	erilliset hoitosuhteet, joissa potilas siirretään tarvittaessa läheteellä	porrastusta ei noudateta ja potilaan hoito jää kokonaan sairaalaan
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa			
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	'hoitoketjussa' syntyi uusia vuorovaiikutussuhteita	työnjaosta neuvotellaan	verkostolla yhteinen käsitys hoitosuhteista eri paikoissa

10.4 Kohteen eettinen ja moraalinen laajeneminen

Kohteen eettis-moraalisella ulottuvuudella tarkoitan yhteistä potilasta hoitavan verkoston toimijoiden ja organisaatioiden vastuusuhteita. Työn eettisyys on liitetty ammatillisuuteen, sen arvomaailmaan ja arvojen yksilölle tuomaan apuun ongelmanratkaisutilanteissa (Räikkä 1995). Strongin (1979) mukaan lastenlääkärin vastaanottoon sisältyy kaksi moraalista odotusta, joista ensimmäisessä lääkäri on aina sairauksien asiantuntija ja toisessa äiti huolehtii aina lapsestaan hyvin. Veikko Launiksen (1995) mukaan kollektiivisen vastuun ongelmana on pidetty sitä, missä määrin yksilö on vastuussa teoista, joita yhteisössä tehdään.

Aikaisemmat vastuukäsitykset eivät kuitenkaan tunnu vastaavan sitä, mitä seuraavan esimerkin sairaanhoitaja haluaa tuoda esiin. Sairaanhoitaja puhuu hyvän hoidon tuottamisesta, mutta ei tarkoita vain omaa vastaanottoaan vaan yhteisöjen välisen luottamuksen rakentamista samaa potilasta hoidettaessa. Yhdessä toimimisesta sinänsä ei ole asetettu eettisiä velvoitteita, vaan eettinen vastuu on rajautunut hyvänä ammattilaisena ammattikunnan sääntöjen mukaisesti toimimiseen.

Sairaanhoitaja D Lastensairaalassa: Se on selkeästi muuttunut [hoitosopimuksen tultua], että hoitohenkilökunta ja lääkärinkunta, nythän me otetaan enempi huomioon sen perheen elämää suunniteltaessa, että heillä on yhteistyökumppani siellä terveysasemalla. Tässä on sitä yhteistyökuvio, että tää on sillai enemmän vaativaa, jos sä menetät luottamuksen yhteistyökumppanina niin sä oot sitten menettänyt sen, en vain minä henkilönä vaan koko sairaanhoitajakunta... (hoitosopimus käytössä) [Haastattelu 15.11.1999]

Sairaanhoitajan käsitys omasta osuudestaan potilaan hoitoverkostossa luottamuksen rakentajana toimii uutena motiivina ottaa huomioon potilaan muut hoitotahot. Misztalin (1996) mukaan luottamus on halua asetettua haavoittumisen mahdollisuuteen suhteessa toisiin. Luottamuksen rakentaminen hoitotahojen välille voi käynnistyä sellaisesta vuorovaikutuksesta, jossa potilaalle käy ilmi ammattilaisten keskinäinen yhteydenpito. Perhe on tottunut luottamaan hoitavaan ammattilaiseen, mutta luottamus muihin tahoihin ja yhteistoimintaan on rakennettava erikseen, mikä käy ilmi seuraavan äidin haastattelusta.

Nuutin äiti: ...tai mä sanoin rehellisesti [sairaalan erikoislääkärille], että uskaltaako siihen [terveysaseman omalääkäriin] luottaa, mutta sitten hän vähän tällä lailla niinkun kertoi, että kyllähän se ensinnäkin se on hirveen kätevää ja ihanaa, että teillä on tossa lähellä lääkäri [omalla terveysasemalla], ettei tarvitse mihikään lähteä sen kummemmin,... ja se oli oikeastaan sen keskustelun jälkeen, hän sitte puhu tällasesta hoitosopimuksesta, ja hän sano, että hän lähettää vähän poikien papereita nyt tälle omalääkärille, että hän voi niinku tutustua, ja sitte sitä kautta, jos opittas vähän tuntemaan sitte... ja, että oikeastaan, sehän on kyllä ihan meillekin etu, jos siitä kehkeytyis semmonen hyvä suhde, ja mikä ettei... [hoitosopimus tehty 1998] [Vanhempien haastattelu lapsen kotona, 27.5.1998]

Hoitosopimus ei ohjaa toimintaa ainoastaan normina tai sääntönä, vaan myös motivoi eettisesti vastuulliseen yhteistoimintaan. Vastuuta koskevassa luvussa kävi ilmi, että vanhempien vastuukäsitykset olivat kokonaisvaltaisia. Ammattilaisten käsitykset vastuusta olivat ennen ja jälkeen hoitosopimuksen käytön erilaisia ja ne pirstoutuivat vastuuksi omasta osasuorituksesta. Hoitosopimuksen tultua ammattilaisten käsitykset muuttuivat jaetun vastuun suuntaan. (Luku 9.)

Durkheimin (1990, 149) mukaan säännöt voivat olla rajoittavia, asiantilan palauttamaan pyrkiviä tai tekoihin kannustavia. Moraaliset ilmiöt eivät siten ole vain pidäkkeitä tai sosiaalisia paineita tuottavia vaan myös positiivisesti motivoivia. Durkheim kutsuu solidaarisuutta "yhteisvastuun lajiksi" (mt. 167) ja pitää yksilön kiinnittymistä mm. ammatilliseen ryhmään, jonka keskuudessa kehittyä moraalinen elämä, kaiken moraalisen toiminnan lähteenä (mt. 29).

Eettisyys yhteisen potilaan hoidossa laajeni hoitosopimusta käytettäessä, ammatillisesta työnjakoon perustuvasta yksilösuorituksesta, hoitoverkoston kuuluvien henkilökohtaiseksi neuvotteluksi vastuun jakamisesta. Vastuu 'paikantui' organisaation ja ammattilaisena toimimisen etiikasta henkilökohtaiseksi suhteeksi toimijoiden välillä, jolloin vastuuhenkilöt kyettiin nimeämään.

Taulukko 17. Kohteen eettis-moraalinen laajeneminen

	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
etukäteisjärjestelyihin ja rutiineihin perustuvat teot	luottamussuhde potilaaseen	eettinen vastuu omasta yksilösuorituksesta omassa organisaatiossa	ei yhteisöllistä luottamusta hoitotahojen kesken
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa			
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	luottamussuhde rakennetaan tahojen välille	eettinen vastuu hoitoverkoston yhteistyön toimimisesta	yhteisöllinen vastuu hoidon toteutuksesta ammattietiikan rinnalla

10.5 Suhteisiin sisään rakentunut valta

Sosiaalisuus liittyy kaikkiin aikaisempiin kohteen laajenemisen ulottuvuuksiin ja on niihin sisäänrakentunut (vrt. Engeström ym. 1999). Otan tässä vallan tarkasteltavaksi eri organisaatioista tulevien toimijoiden keskinäisissä suhteissa, kun kohteena on hoitaa yhteistä potilasta. Valta on tärkeä osa sosiaalisten suhteiden tutkimista (Homans 1958, Strauss ym. 1963, Allardt 1971, Foucault 1980, 1983). Tarkastelen valtaa erityisessä *sosiaalis-välineellisessä yhteydessä* eli silloin, kun toimijat tekevät potilaan hoitoa koskevia valintojaan.

Artefakteissa, jotka voivat olla konkreettisia työvälineitä tai ajattelumalleja, kiteytyy toiminnan kaksi ulottuvuutta. Toiminnan teoriassa on keskeistä inhimillisen praksiksen käsite, jonka mukaan toiminta on kaksiulotteista; esineellistä (ihminen muokkaa luontoa ja materiaalisia välineitä) ja sosiaalista (ihmisten yhdessä toimimista). Toiminnan välittäjinä "artefaktit antavat kulttuurisen ja yhteiskunnallisen sisällön ja jäsenyisyyden yksilölliselle kokemukselle" (Marx 1974, Engeström R 1999, 27, 34). Tekijä jäsentää toiminnan kohdetta sekä työkalujen että merkkien välityksellä (Engeström 1995, 43).

Foucault (1980, 89) totesi, että "valtaa ei saada, kaapata tai jaeta... Valtaa ei anneta, eikä vaihdeta vaan sitä harjoitetaan. Valta on olemassa vain teoissa." Kuschin (1993, 110–113) tulkinnan mukaan Foucaultin (1983) ja Marxin (1974) valtakäsite eroaa toisistaan siinä, että marxilaisuudessa valta esineellistetään³² talousrakenteen suhteiksi sen sijaan, kun Foucaultilla valtasuhteet tekevät yksilöstä sen mitä hän on, ja valta muovaa yksilön identiteettiä. Foucaultin mie-

³² Kivisen (1987, 12) mukaan Marx kuvasi esineiden ominaisuuksien kautta myös ihmisten välisiä yhteiskunnallisia suhteita.

lenkiinto kohdistui suhteissa ilmenevään valtaan: vallan mekanismit määrittelevät ennalta toimijoiden sosiaalista ympäristöä ja toimintamahdollisuuksia.

Foucaultin (1983, 219–220) mukaan "vallan harjoittaminen on toisten ihmisten mahdollisen toimintakentän muovaamista. Valta ei vaikuta suoraan toisiin ihmisiin, vaan heidän toimintaansa". Tiedon saatavuus rajoitti terveyskeskuslääkärin mahdollisuuksia hoitaa potilasta omalla vastaanotollaan. Jos hoitotahot eivät lähetä tietoa toisilleen, he voivat tahattomasti vaikuttaa toisen ammattilaisen mahdollisuuksiin tehdä työtään. Terveyskeskuslääkäri selittää itse sitä, miksi häneltä ei kysytä, sillä että hän ei ole erikoislääkäri ja liittyy siten tiedon tulematomuuksien positiioihin, jotka vallitsevat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Strauss ym. (1963) ovat todenneet vallan liittyvän positiioihin. Myös Freidsonilla (1988) valta liittyi tiedonkäyttäjän autonomiseen asemaan ja sitä kautta syntyvään kykyyn kontrolloida muita.

Terveyskeskuslääkäri K: ...Mulla ei ole koskaan liian aikaisin sitä tietoa [sairaalaista]. Kun ne niin paljon monissa asioissa asioi myös täällä meillä. Usein käy nimittäin sillä lailla, että vanhemmat kysyy multa, ”ett kun mä en nyt oikeen ymmärtänyt mitä tää tarkoitti, ett voitko selittää, tai mitä se yks labrakoe oli, kun se oli kolmetoista, ett mikä mitä mikä se on” Ja meillä ei ole atk:ta, että mä en näe edes koneelta, mikäköhän se vois olla ja ... Mä en pysty auttamaan, selittämään, kertomaan... Että lapsi onkin itse asiassa nyt sitten astmaatikko, ja jos mulla ei tietoa ole mä en pysty auttamaan.

Tutkija: ... Ittekseni mietin tässä sitä, et mahtaako siinä olla ikään ku mitään neuvotteluvaraa, ett onko se aina ikään ku yksipuolisesti, että toinen sairaala päättää sen, ett okei ett nyt ne on siinä vaiheessa ett avoterveydenhuoltoon... Ett käydäänks täst niinku keskusteluu?

Terveyskeskuslääkäri K: Ei mult oo kukaan koskaan kysyny, ett voisitsä ottaa tän seurantaan, mut toisaalta mä en oo lastentautien erikoislääkäri. (ennen hoitosopimusta) [haastattelu 27.11.1997]

Tiedon on todettu vaikuttavan hierarkiasuhteisiin. Sen, jolla on enemmän tai spesifimpää tietoa on nähty sijoittuvan hierarkiassa korkeammalle (Abbot 1988, 118, Eräsaari L 1995, 195). Hoitosopimusta käytettäessä tuli kuitenkin ilmi, että myös erikoissairaanhoidon lääkäri voi todeta jääneensä perusterveydenhuollon hoitoa koskevien tietojen ulkopuolelle. Se, että tiedon käytön hierarkiassa ylempi käyttäisi valtaa alempaan rajaamalla tietoa, ei siis selitykään ainoastaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon valtapositioiden tai tiedonkäytön hierarkian erolla.

Lassen erikoislääkäri Lastensairaalaissa: Yksi terveyskeskuslääkäri soitti mulle, kun se oli saanut tän lapun [hoitosopimuksen] ja kysyi, että halutaanko me tosiaan kopio, jos potilas siellä infektion takia käy! Niin mä sanoin, että joo, siitä voi tosiaan olla meille hyötyä. Me nähdään, että mitä siellä keuhkoista on kuulunut silloin, kun se on ollut infektiossa. (hoitosopimus tehty). [haastattelu 9.12.1999]

Milkan omalääkäri terveyskeskuksessa: ...Kun tässä oli, että lähetetään tietoa sinne, niin en mä tiennyt, että lähetänkö sitten jokaisesta nuhakuumeesta tai että on käynyt näin ja näin paljon meillä. Mutta sitten se selvisi, kun mä soitin asianomaiselle vastuulääkärille sairaalaan. Puhuttiin se asia puhelimessa ja mä kirjoitin, että asia sovittu, että miten tässä toimitaan. (hoitosopimus tehty). [haastattelu 16.12.1999]

Tiedon välittyminen hoitotahojen välillä kytkeytyi potilaan hoidon siirtämisen rutiineihin, joista ei ole ollut tapana neuvotella ennen hoitosopimusta, kuten esimerkissä todettiin: "ei multa ole koskaan kukaan kysynyt". Tiedon lähettämättä jättäminen selittyy siten toisen hoitotahon tiedontarpeiden rajallisella ymmärtämisellä "...halutaanko tosiaan", "...en mä tiennyt lähetänkö". Tämä synnytti toimijoiden valtasuhteisiin positionaaliselta vallalta muistuttavan elementin (vrt. Strauss ym. 1963, Freidson 1988, Karjalainen 1996). Kyse on kuitenkin kahden erilaisen tiedon (erityistieto ja yleistieto) käyttämiseen liittyvästä työnjaosta ja tarpeesta tietää potilaan hoidon kokonaisuudesta. Teot, joilla on vaikutusta toiseen osapuoleen, joista toinen osapuoli ei edes tiedä, edustavat järjestelmän rutiineihin sisäänrakennettua rajoittavaa valtaa. Toiminnan kohteen 'potilaan hyvän hoitamisen omalla vastaanotolla' mahdollisuuksiin vaikuttaa – ei vain se, mitä toimija itse osaa ja tietää, vaan myös se, mitä hän ei muiden osuudesta tiedä. Molempien hoitotahojen tiedot voivat olla eri tilanteissa tärkeitä toisille.

Kotona tai terveyskeskuksessa hoidetut 'normaalit lastentaudit' ovat osa kaikkien lasten kasvua, mutta pitkäaikaissairaana lapsen kohdalla ne voivat aiheuttaa erityistilanteita. Tieto, mikä ei lääketieteelliseltä sisällöltään ole sinänsä erityistietoa, voi tulla erikoissairaanhoidolle tärkeäksi esimerkiksi määrättäessä lapselle pysyvää lääkitystä. Sen sijaan, että lääketieteellisen tiedon hierarkiassa ylempänä oleva päättäisi, hoitosopimuksessa hoitotahot sopivat yhdessä muun muassa hoitosuhteen kestosta, työnjaon ja vastuun jakautumisesta sekä hoidon kokonaisuuden koordinaattorista.

Kusch (1993) esittää, että Foucaultin työssä mitään valtasuhteita ei voida kuvata huomioimatta suhdetta toimijoiden välillä, sillä jokainen ihminen sekä harjoittaa valtaa että on vallan kohteena. Tästä juontuu käsite valtaverkosto, jossa suhteiden välityksellä valtaverkosto voi laajeta, pienentyä tai muuttua uudentyyppisiksi valtasiteiksi (mt.117).

Tällaisia vallan muotoja on kutsuttu mahdollistavaksi (power to empower) (Candib 1994). Valtaa voidaan suhteissa käyttää myös toisen osapuolen vahvistamiseen sen sijaan, että sitä käytettäisiin oman aseman tueksi (Noddings 1984).

Annandale (1999) kirjoitti, että perinteisten valtakäsitteiden, kuten domi-nanssin rinnalle tarvitaan uusia lähestymistapoja. Annandale (1999, 234–249)

viittaa Lightin (1993) tutkimukseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden suhteiden vastavertaisuudesta (countervailing powers) ja valtasuhteiden muutosta tilanteessa, jossa perusterveydenhuollon lääkärit saivat käyttöönsä taloudelliset välineet päättää erikoissairaanhoidossa annettavasta hoidosta. Rahalla vaikuttaminen ei ole kovin uutta vallankäyttöä toimijoiden suhteita muutettaessa.

Potilaan näkökulman mukaan ottaminen voi vaikuttaa myös lääkäreiden keskinäisen neuvottelun lopputulokseen. Tiedon hierarkia myös murenee tilanteissa, joissa potilaan yksilöllisen tilanteen tunteminen tulee tärkeäksi. Tiedon jakaminen mahdollistaa kokonaiskäsityksen muodostamista potilaan tilanteesta, millä on merkitystä kaikille hoitotahoille jossakin tilanteessa.

Nuutin Erikoislääkäri H toteaa puhelimesta Erikoislääkäri A:lle: "...että äidin mielestä se oli loogista, koska hän koki, että se keuhkotilanne on se ongelma, et hän oli kyllä ihan tyytyväinen tähän tilanteeseen. Mutta, että se on ristiriidassa sen vanhempainoppaan kanssa..." (hoitosopimus tehty) [Kaksi Nuutia hoitanutta erikoislääkäreitä hoitotilanteessa 24.11.1998]

Kuvatuissa aineisto-otteissa yhteistoiminnan kohde rakentui tiedon tarpeelle, mutta se, mistä käsin tarve määritellään, suuntaa tarvittavan tiedon sisältöä. On yhteistoiminnan kohteen kannalta olennaista, miten erilaista tietoa omaavat toimijat kykenevät yhdistämään tietämyksensä (ks. Hutchins 1995). Yhteistoiminnan erilaisista teoista syntyvät kohteet eivät välttämättä ole ristiriidassa keskenään. Toiminnan tulos kuitenkin rakentuu kohteen kautta ja se voi ilmentyä hyvinkin erilaisena ja aiheuttaa toimijoille kovin erilaisen kokemuksen yhteistoiminnasta. Yhteistoiminnan yhteistä kohdetta eri tekojen ollessa kyseessä erottaa se, onko kohde vain yhteinen, vai onko kohde myös jaettu. Tähän palaan luvun yhteenvedossa.

Taulukko 18. Sosiaalisten suhteiden sisään rakentunut valta.

	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
etukäteisjärjestelyihin ja rutiineihin perustuvat teot	valta-alistettu suhde osapuolten välillä	potilas hoidetaan sen tiedon varassa, mikä on omassa yksikössä	tiedon hierarkiassa korkeampi tekee kaikki hoitojärjestelyjä koskevat päätökset
hoitosopimus institutionalisoituneiden ja spontaanien tekojen välimaastossa			
tilanteisesti harkitut ja spontaanit teot	mahdollistava ja toista vahvistava valtasuhde osapuolten välillä	potilaan hoitaminen häntä koskevan yhteisen tiedon perusteella	neuvotellaan ennen hoitojärjestelyjen päättämistä

10.6 Yhteenveto

Tasa-arvoisuutta on pidetty hyvän yhteistyön ja kommunikaation kriteerinä myös terveydenhuollossa (ks. Pritchard ja Pritchard 1992, 4, Cott 1997, Temkin-Greener 1983). Kysymys ja vastaus -logiikka tuo vuorovaikutukseen *tasa-arvoisuuden vaatimuksen*, joka ei täyty, jos vastusta ei saada, tai jos vain toinen vastaa ja toinen kysyy. Tämä lääketieteelliseen vuorovaikutukseen institutionaalistuneen rakenteen on todettu ilmenevän vallankäyttönä erityisesti lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa (esim. Strong 1979, Tuckett ym. 1985, Strong 1988, Engeström R 1999), mutta myös kollegojen vuorovaikutuksessa (DeVeccio-Good 1995, Linden A 2001, Pesonen E 2004). Hoitosopimuksen käyttö synnytti sairaalassa **toimintaa, jossa toisessa organisaatiossa työskentelevää kollegaa autettiin neuvottelemalla** hoitovastuusta, hoitojärjestelyistä ja hoito-ohjeista **ennen lopullista päätöksentekoa**, kun rutiinina on, että erikoislääkäri voi tehdä

Taulukko 19. Yhteenveto harkittujen tekojen tuottamasta yhteistoiminnasta ja sen kohteesta hoitosopimusta käytettäessä.

yhteistoiminnan ulottuvuus	keskinäiset suhteet	yhteistoiminnan kohde	yhteistoiminnan tulos
Ajallinen	henkilökohtaiset ja kommunikoiivat suhteet hoitoon osallistuvien kesken	tulevista hoitojärjestelyistä sovitaan yhdessä	lääkärit ryhtyvät yhteis-seurantaan, hoitosuhteen jatkuvuus erikoissairaanhoidon, vastuulääkärin nimeäminen.
Spatiaalinen	perheen ja ammattilaisten yhteisen keskustelun tuloksena syntynyt tarvearvio	useampi ammatillinen orientaatio yhtä aikaa kartoittamassa potilaan tarvetta	Lääkärin ja sairaanhoitajan yhteisvastaanotto synnyttämässä yhteistä rutiinia olla yhteistyössä terveyskeskukseen
Eettis-moraalinen	luottamukseen perustuvat suhteet	eettinen vastuu hoitoverkoston yhteistyön toimimisesta	yhteisöllinen vastuu hoidon toteutuksesta ammattietiikan rinnalla
Systeemis-rakenteellinen	'hoitoketjussa' syntyneitä vuorovaikutussuhteita	työnjaosta neuvottelu ja osapuolten informointi	verkostolla yhteinen käsitely hoitosuhteista eri paikoissa
Sosiaalinen	mahdollistava ja toistavahvistava valtasuhde osapuolten välillä	potilaan tilanne määrittää tarvittavan tiedon sisällön	osaamisen ja tiedonkäytön rajoista keskustellaan

päätöksen ja perusterveydenhuollon on otettava vastaan potilaat, jotka sinne hakeutuvat. Toisena rutiinimaisena vaihtoehtona on ollut pitää potilas erikoissairaanhoidossa hoidon porrastuksesta välittämättä. Yhteistä potilasta hoidettaessa tilanteisesti potilaan yksilöllisyyden perusteella harkitut teot tuottavat erilaisen kohteen kuin institutionalisoituneeseen työnjakoon ja rutiineihin perustuvat teot tarkasteltaessa tulosta, jonka ne toimintaan tuottavat.

Hoitosopimusta käytettäessä sosiaaliset suhteet perustuivat:

- 1) henkilökohtaiseen kommunikaatioon
- 2) yhteisesti potilaalle tehtyyn tarvearvioon
- 3) keskinäisen luottamuksen rakentamiseen
- 4) uusien suhteiden syntymiseen
- 5) mahdollistavaan ja toista hoitotahoa vahvistavaan valtasuhteeseen

Hoitosopimuskäytäntö ei itsessään tuonut suhteisiin kommunikaatiota, sillä vain neljässä 95:stä kuukauden aikana tehdystä sopimuksesta ammattilaiset olivat henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Hoitosopimuksen avulla toimijoiden tietämys toistensa osuudesta potilaan hoidosta lisääntyi. Työnjaosta ja vastuun jakamisesta sekä hoidon kokonaisuuden koordinaatiosta annettiin hoitosopimuksessa ehdotus, joka avasi hoitotahoille uusia mahdollisuuksia kommunikaatioon.

Miettinen (1993) ja Launis (1996) ovat tutkimuksissaan viitanneet uusien työvälineiden käyttöönottoon. Kumpikin heistä tuli tahollaan tulokseen, että uudeksi tarkoitettu väline kutistui nopeasti vanhan toimintatavan mukaiseksi, kun koko toimintajärjestelmän työnjako ei kehittynyt. Launis totesi (mt. 195): "kukin työntekijä hahmotti asiakkaan oman työnjakonsa mukaisin välinein ja muodosti suhteensa uudeksi suunniteltuun työvälineeseen omien tehtäviensä kautta. Keskinäistä työnjakoa ei edes asetettu kyseenalaiseksi."

Hoitosopimuksessa ehdotuksen tekävä hoitotaho joutui ottamaan kantaa toisten tahojen osuuteen potilaan hoidossa. Muiden on reagoitava hyväksyvästi, tai käynnistettävä keskustelu halutusta työnjaollisesta muutoksesta. Hoitosopimus ei korvannut aikaisempia yhteistyövälineitä vaan tuli niiden rinnalle. Hoitosopimuksen käyttäminen toi **esiin potilaan hoitosuhteet kokonaisuutena ja antoi ammattilaisille välineitä nähdä yhdessä hoitamisesta syntyvät tarpeet.** Välinettä, joka olisi tuonut motivaation keskustella tai sopia muulla tavoin potilaan hoidon kokonaisuuteen vaikuttavista asioista, ei ollut aikaisemmin olemassa. Hoitosopimusta tehtäessä ammattilainen joutui arvioimaan omia tekojaan suhteessa kollegoihinsa ja organisaationsa toimintaa suhteessa toisiin organisaatioihin.

Yhteinen ja jaettu kohde

Toiminnan kohde, "saada yhteisesti aikaan tuloksia potilaan hoidossa", jonka esitin luvussa 3.2 kuviossa 5, on yhteistoiminnan kohde. "Saada yhteisesti aikaan ..." ei kuitenkaan kerro toimijoiden välisistä suhteista muuta kuin, että toimijat antavat hoitoa samalle potilaalle. **Yhteinen kohde** -käsitteen rinnalla käytän käsitettä **jaettu kohde** kuvaamaan sellaista yhteistoimintaa, jossa toiminnan rutiineja muutetaan yhdessä toimittaessa (ks. luvussa 12.1 kuvio 19).

Engeström (1993, 130) on käyttänyt sellaisista toimijoiden suhteista, jossa toiminnan kohde jaetaan, nimitystä *kommunikaatio*. Hän toteaa, että kommunikaatiossa työn yhteinen kohde on vuorovaikutuksen ytimenä. Kommunikaatiossa muutetaan toiminnan käsikirjoitusta ja rutiineja, jotta vuorovaikutuksessa lähennyttäisiin yhteistä kohdetta. Vastaavasti Hutchkins (1995) on käyttänyt käsitettä *jaettu kognitio* (distributed kognitio) jaetusta asiantuntijatoiminnasta. Durkheimilla (1990) yhteisen toiminnan jakamiseksi tulkittava käsite on *kollektiivinen tajunta* ja Straussilla (1978b) yhteistä edustaa *neuvottelun* käsite.

Määrittelen yhteistoiminnassa jaetun kohteen kolmen kohdan avulla:

- 1) Jaettu kohde on yhdessä tehtyä. Yleensä kohteen jakaminen tapahtuu tilanteessa, jossa usea ammattilainen hoitaa samalla hetkellä potilasta, kuten päivystystilanteessa tai osaston toimenpiteissä. Samassa tilanteessa usean ammattilaisen yhdessä antama hoito muodostaa yhden kokonaisuuden, missä jokaisen osuus on kaikkien yhtä aikaa havaittavissa. *Organisaatorajoja ylitettäessä* toimijat eivät voi olla yhtä aikaa samassa paikassa. Potilaan hoitosuhteiden historia, nykyhetki ja tulevaisuus on huomioitava, tai kyse ei ole kohteen jakamisesta, jossa useat erilaiset näkökohdat tiivistyessään rakentavat yhteistä käsitystä kokonaisuudesta.
- 2) Jaettu kohde on kollektiivisesti määritelty, kun kaikki potilasta hoitavat sopivat kokonaisuuden tuottamisesta yhdessä. Toiminnan ei tarvitse tapahtua kasvotusten, mutta se edellyttää suhteissa henkilökohtaisuutta. Hoitoa voidaan toteuttaa yhdessä, vaikka se annettaisiin eri organisaatioissa. Jaetusta kohteesta yli organisaatorajojen voidaan puhua, kun asiantuntijat tietävät toisensa ja tuntevat toistensa velvollisuudet, vastuut ja osuuden merkityksen hoidon kokonaisuudessa. Hoitoon osallistuvien lasten vanhempien sekä ammattilaisten käsitykset vastuista ja velvollisuuksista ovat yhdenmukaiset.
- 3) Jaettu kohde on yksilöllisesti neuvoteltua ja sovittua. Sopiminen tarkoittaa yhdessä päättämistä ja sitä, että päätöstä, pyyntöä tai hoito-ohjetta ei jätetä noudattamatta ilman palautetta tai keskustelua. Jotta potilaan tilanteesta

voidaan neuvotella, on kaikilla oltava käytössä ajantasaista tietoa. Yhteistoiminnan kohteen ollessa jaettu sairaalan ja terveysaseman asiantuntijat ja potilas rakentavat hoitoa yhdessä. Toimijat sovittavat osaamistaan, voimavarojaan ja keskinäistä luottamustaan toistensa tarpeisiin.

11 TULOSTEN YHTEENVETO

Tiivistän tässä empirialukujen yhteenvedoissa perusteellisemmin esitetyt tulokset. Pohdin tuloksia ja esitän joitakin suosituksia seuraavan luvun pohdinnassa.

1) Tiedon lähettämisen rutiinit muuttuivat ja tietojen vaihtaminen tehostui

Hoitosopimusta käytettäessä aikaisemmat tiedonvälittymisen rutiinit muuttuivat organisaatioiden välillä ja niiden sisällä. Tiedonvälitys sairaalasta terveyskeskukseen lisääntyi merkittävästi. Tietoa ryhdyttiin lähettämään myös terveyskeskuksesta sairaalaan. Tiedonvälittymisen liittyessä hoitosopimukseen käytäntö ei enää ollut riippuvainen sairauskertomuksen jakelumerkinnöistä ja/tai yksilön muistamisesta. Tiedontarve on sidoksissa siihen, että tiedetään, millaista hoitoa potilas muissa hoitopaikoissa saa. *Jos tietoa ei ole, ei myöskään synny tarvetta sitä pyytää.*

Vain 6 %:ssa lasten erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa tapahtuneista lääkärikäynneistä (n=561) vanhemmat siirsivät sairauskertomustietoa toisen organisaation ammattilaiselle. Organisaatioiden toimintaohje, jossa tieto siirtyy potilaan kautta, ei toteudu ellei potilaan kanssa sovita tiedonvälitystehtävästä. Pitkäaikaissairaiden lasten vanhemmilla on lapsensa *tuntemiseen* perustuvaa tietoa, jota ammattilaiset käyttävät hoitojärjestelypäätöksensä tukena.

2) Yhteisiä hoitokäytäntöjä syntyi ja kollegat neuvottelivat yliorganisatorisesti, vaikka potilaan lääketieteellinen hoito ei edellyttänyt akuuttia konsultointia

Hoitosopimusta käytettäessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten välille syntyi keskinäistä vuorovaikutusta yhteisen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa myös silloin, kun tilanne ei vaatinut välitöntä päätöksentekoa. Vuorovaikutus koski hoidon toteuttamista yhtenäisen käsityksen mukaisesti, vaikka potilaan hoitoa ei oltu siirtämässä organisaatiosta toiseen. Hoidon kokonaisuuden tunteminen ja hoitojärjestelyistä neuvottelu toivat uusia ulottuvuuksia sairaala- ja terveyskeskuslääkärin sekä sairaanhoitajan ja lääkärin valtasuhteisiin. Toisen toimintaa rajoittavan vallan sijasta *valta* ilmeni myös toisen toimintaa *mahdollistavana*.

Hoitosopimusta käytettäessä ammattilaiset toteuttivat uusia hoitokäytäntöjä, kuten *yhteisseurantaa* lapsen vanhempien ja muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kesken. Ammattilaisten välille syntyi *toisen osaamisen tuntemiseen*

perustuvia suhteita, joiden perusteella työnjaon ja vastuun jakamisesta neuvoteltiin yhdessä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto aloittivat joidenkin lapsipotilaiden kohdalla yhteisseurannat, joissa potilas kävi välillä terveyskeskuspäivähoitoon lääkärin kontrollissa, vaikka *hoitosuhde ja vastuu annettavasta hoidosta säilyivät myös sairaalan erikoislääkärillä*. Vuorottaiseen seurantaan ryhtymisestä päätettiin potilaiden kohdalla yksilöllisesti eikä hoitoa siirretty toiseen organisaatioon vaan se jaettiin. Hoidon porrastusta noudatettiin potilaan ja hänen perheensä yksilöllisyydestä ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten keskinäisestä sopimisesta lähtien. Hoitojärjestelyistä neuvoteltiin sen sijasta, että niistä olisi päätetty vain sairaalassa ja päätös olisi tehty vain diagnoosiperusteisen hoitoketjun avulla.

Hoitosopimus muutti työnjaon rutiineja. Hoitosopimusneuvottelut toimijoiden välillä käytiin kirjallisesti ja myös suullisesti. Hoitosopimuksen teko mahdollisti toimijoiden välisten suhteiden näkyvyyden koko hoitoverkostolle. Sen avulla lapsen hoidon kokonaiskäsitely, joka on laadukkaan yhteistoiminnan edellytys, oli muodostettavissa.

3) Henkilökohtaisen hoitovastuun rinnalle kehittyi kollektiivisen jaetun ja yhteisöllisen vastuu alue

Vanhempien käsitykset ammattilaisten vastuusta lapsensa asiassa olivat epävarmoja oletuksia, kun henkilöitä oli useita. Ammatilliset oletivat vastuun olevan usein 'jossakin muualla', joko hoidon porrastukseen tai osaamisen eroihin viitaten. Organisaatorajat ylittävässä yhteistoiminnassa vastuu käsitettiin työnjakona ei niinkään eettisenä tai juridisena kysymyksenä. Vanhempien vastuukäsitykset olivat kokonaisvaltaisia, mutta ammattilaisten osaamiseen perustuvia.

Vanhemmat eivät vastuusta puhuessaan tehneet eroa osaamisessa terveyskeskuksen ja sairaalan välille, mutta paikansivat silti lapsensa hoitovastuun sairaalaan, jossa sovitusti kävivät. Hoitosopimuksen käyttö laajensi ammattilaisten käsityksiä vastuusta, mutta vanhemmilla näin ei tapahtunut, sillä he käsittivät alunperinkin lapsensa hoidon kokonaisvastuullisesti.

Vastuunotto on mahdollista niistä asioista, jotka ovat toimijan ulottuvilla ja päätettävissä. Hoitoverkosto on kokonaisuudessaan automaattisesti vain potilaan ulottuvilla. Potilaalta puuttuu kuitenkin se hoidossa tarvittava tietämys, jonka perusteella hoitoa voitaisiin verkoston kesken jakaa. Potilaiden vanhempien ja ammattilaisten käsitykset vastuusta yhdenmukaistuivat hoitosopimusta käytettäessä. Vastuun jakaminen osoittautui mahdolliseksi.

4) Terveydenhuollon yhteistoiminnan ongelmana on yhtäältä yksilöllisen potilaan hoidon jatkuvuus ja toisaalta kokonaisten potilasryhmien hoitojärjestelyt

Toimijoiden keskinäiset suhteet ja palvelujärjestelmän rakenteet ovat historiallisesti kehittyneitä. Potilaan hoidon jatkuvuutta, toimijoiden verkottumista ja organisaatioille yhteisiä palveluketjuja on vaikeaa tuottaa, ellei sekä organisaation sääntöjen, että toimijoiden vuorovaikutuksen tasolle löydy organisaatio-rajoja ylittäviä työvälineitä ja työkäytäntöjä. Yliorganisatorinen yhteistoiminta tulisi rutinoida, mutta yksilöllisten potilaiden hoitamisessa säilyttää ammattilaisen oma harkinta – edellyttäen, että harkinta on tuotettu potilaan ja muiden hänen hoitoonsa osallistuvien tahojen kesken.

12 POHDINTA

Tutkimuksessani tarkastelin terveydenhuollon yhteistoimintaa kulttuuris-historiallisessa yhteydessään yhteistä potilasta hoidettaessa. Hoitosopimuksen käyttöönotto toi näkyväksi yhteistoiminnan vanhaa rutiinia, joka törmäsi uuteen tapaan, mutta myös avasi toiminnan uusia mahdollisuuksia. Ilman ammattilaisten valmiutta kehittää työtään uudet käytännöt olisivat jääneet syntymättä. Välineen käytön tutkiminen oli keino päästä kiinni konkreettisesti toiminnassa tapahtuvaan muutokseen, mutta käyttöönotto ei kuitenkaan ollut tutkimusintressini – vaan yhteistoiminta, jossa välineitä käytetään.

On osoitettu, että lasten astman hoitoketjun noudattaminen pelkän aikaisemman rutiinin varassa heikentää potilaan hoitoa (Dunder ym. 2003). Tulos ei yllätä, sillä hoitosopimuksen erilaiset käytötavat ja toiminta ennen hoitosopimusta osoittivat, että ilman toimijoiden keskinäistä sopimista potilaan kokonahoitoa ja sen järjestelyjä porrastetussa järjestelmässä ei voi hallita. **Hoidon kokonaisuuden tunteminen on välttämätöntä, jos tavoitteena on, että ammattilaiset ja organisaatiot sovittavat toimintaansa yhteen yli organisaatorajojen.**

Tutkimukseni aikana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä oli toisiinsa yhteensopimattomat tietojärjestelmät. Nykyisin läheteet ja hoitopalautteet kulkevat sähköisesti organisaatioiden välillä. Helsingin perusterveydenhuollossa sähköinen tietojärjestelmä otettiin käyttöön vuosina 2001–2002 ja yliopistosairaalan klinikoista Lastensairaala on ensimmäisenä siirtymässä sähköiseen potilastietojärjestelmään. Hoitosopimusta käyttöönotettaessa yhteistä järjestelmää ei ollut ja tiedot siirtyivät vain paperimuodossa.

Helsingin alueelle saatu yhteinen sähköinen lähetejärjestelmä todennäköisesti nostaa läheteitä ja hoitopalautteita koskevaa tiedon vaihtoa merkittävästi. Kysyn kuitenkin, riittääkö lähete-palautemalliin perustuva tiedon välittäminen sellaisten potilaiden kohdalla, jotka

a: *eivät tule hoitoon läheteellä, mutta jäävät sairaalan seurantaan.* Ilman läheteä hoitoon tulevia potilaita on arvioitu olevan suurissa kaupungeissa 1/3 kaikista hoitoontulleista (STM 1998:2).

b: *Tai, jotka ovat hoitosuhteessa yhteen tai useampaan erikoissairaanhoidon yksikköön ja käyvät sairaaloiden seurannoissa.* Näissä tapauksissa tarvitaan tutkimukseni perusteella säännöllistä tiedonvälittymistä ja potilaan hoitojärjestelyistä neuvottelevaa työkäytäntöä.

Hoitosopimus loi käytäntöä, jossa polikliinisessä hoidossa olevien potilaiden hoitojärjestelyistä neuvotellaan seurantapäätöksen synnyttyä. Tietoa siitä,

millä tavalla muissa suomalaisissa sairaaloissa välitetään tietoa seurannassa olevista potilaista en löytänyt. Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Järvinen 1966, Vehviläinen 1996, Linden 1998, Vehviläinen ym. 1999, Kupiainen 2000, Ketola 2001) tiedonsiirron tutkimus oli kytketty lähetteisiin sekä niistä annettuihin palautteisiin. Näin oli myös Lastensairaalassa ennen hoitosopimusta, jolloin rutiinit ja niitä ylläpitävät välineet loivat yhteistoimintakäytännöt.

12.1 Kollegiaalinen vastavuoroisuus ja hoidon jatkuvuus verkostossa

Terveystieteiden tutkimuksissa on sanottu tuovan potilasturvallisuutta ja varmistavan toiminnan sujuvuuden organisaatiossa. Ryhmien tai tiimien yhteiset rutiinit samassa työyksikössä lisäävät hoidon jatkuvuutta organisaatiossa. (DeVuccio Good 1995, Chamblin 1996, Heimer ja Staffen 1998, 37–38). Yli organisaatiorajojen toimittaessa nykyiset rutiinit eivät kuitenkaan rakentaneet toimijoiden välille keskinäistä luottamusta, mikä tuli esiin vastuusta puhuttaessa. Nykyiset rutiinit eivät myöskään tuottaneet potilaan hoitoon jatkuvuutta organisaatiorajojen ylittyessä. Hoidon jatkuvuuteen tulisikin kiinnittää huomiota potilaan hoidon kokonaisuuden, ei vain yksittäisen hoitoprosessin tai organisaation kannalta.

Yksilön vastuu ja velvollisuudet omasta osuudestaan näyttäytyvät hoitosuhteissa uskottavina. Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä ei kuitenkaan pirstoutuessaan ole pystynyt luomaan *yhteisöllisen vastuun* käytäntöjä sellaisten potilaiden hoitamisessa, joiden hoito jakautuu yli organisaatiorajojen. Jatkuvus koskee ajallisesti vain potilaan nykytilaa tai seuraavaa käyntiä 'omalla vastaanotolla', jos lääketieteellisessä päätöksenteossa ei ole tarvetta tietää potilaan hoidosta muualla. Vastuuta tulisi potilaan ja myös järjestelmän näkökulmasta rakentaa sovittamalla yhteen niiden ammattilaisten tekoja, jotka ovat hoitosuhteessa samaan potilaaseen. **Tekojen yhteensovittaminen** edellyttää potilaan hoitohistorian ja nykytilan tuntemista sekä tulevaisuuden suunnittelua, jossa potilaan hoidon kokonaisuudesta huolehditaan.

Esitän seuraavassa kuviossa 19 nelikentän (1–4) avulla tyypittelyn yhteistoiminnasta. **Laadullinen tyypittely perustuu neljään erilaiseen tapaan hallita potilaan hoitoa.** Kussakin tavassa toimijoiden suhteet ovat erilaisia ja niillä toimijat tuottavat erilaisen yhteistoiminnan kohteen. Tyypittely havainnollistuu ulottuvuuksien avulla.



Kuvio 19. Yhteistoiminnan mahdollisuudet ja toimijoiden suhteet.

Vaakaulottuvuudessa kyseessä on *rutiinien varassa toimimisen ja tilanteisen harkinnan* välisestä valinnasta, joilla molemmilla tuotetaan hoidon jatkuvuutta. Pystyulottuvuudessa on kyse *yhdessä organisaatiossa tai verkottuneesti* toimimisen suhteesta. Ulottuvuudet hahmottavat neljää erilaista hoidon hallintaa, joita ovat:

- 1) sairauden byrokraattinen hallinta verkostoissa
- 2) tautikohtainen käynnin hallinta omassa yksikössä
- 3) sairauksien kokonaisuuden hallinta omassa organisaatiossa
- 4) sairauden yksilöllinen kokonaishallinta verkostoissa.

Ammatillisen toimijan valitessa hoitosopimuksen yhteistyövälineeksi toimijoiden välille oli mahdollista kehittyä henkilökohtaisuuteen perustuva suhde, jossa toimijat kykenivät *identifioimaan potilaan hoitoverkoston* toimijat. Hoitosopimuksen käyttö ei kuitenkaan välttämättä synnyttänyt kommunikaatiota hoitotahojen välille (kenttä 1 kuvio 19).

Tautikohtainen käynninhallinta kuvaa toimintaa, jossa toimija on keskittynyt vain omaan työsuoritukseensa ja on suhteissa toisiin vakiintuneiden etukäteisjärjestelyjen välityksellä (kenttä 2 kuvio 19). Sairauksien kokonaisuutta omassa organisaatiossa hallittaessa toimijat neuvottelevat suhteista oman organisaationsa sisällä tekojaan yhteensovittaen, mutta muut organisaatiot jäävät kokonaisuuden ulkopuolelle (kenttä 3 kuvio 19).

Pitkäkestoisissa suhteissa on tyypillistä keskinäinen luottamus, tekojen vastavuoroisuus ilman välitöntä palkitsemista ja toisen toimintamahdollisuuksien lisääminen sekä yhteinen vastuu hoitojärjestelyistä. Pitkäkestoisuus tarkoittaa, että potilaan hoitojärjestelyjä suunniteltiin seuraavaa vastaanottokäyntiä pidemmälle muut hoitosuhteet toisissa organisaatioissa huomioiden. Lisäksi toimijat sopivat potilaan hoidosta tietyksi ajaksi, yleensä vuodeksi kerrallaan (kenttä 4 kuvio 19).

Yhteistoiminnassa ovat mahdollisia teot, jotka syntyvät tilanteisen harkinnan ja neuvottelun tuloksena. Yhtä mahdollisia ovat teot, joita tehdään institutionaalisiin etukäteisjärjestelyihin perustuvia rutiineja noudattaen. Rutiineja toistava teko voi olla henkilökohtaiseen suhteeseen perustuvaa, kuten suullinen konsultointi. Toisessa tilanteessa rutiineja toistava teko voi perustua ei-henkilökohtaiseen suhteeseen, kuten lähetteen kirjoittamiseen tai epikriisin laatimiseen, jotka yleensä osoitetaan organisaatiolle, ei kenellekään yksittäiselle henkilölle. Tällainenkin teko sisältää potilaan hoitoa koskevaa harkintaa.

Harkintaa ei kuitenkaan tarvita hoitojärjestelyistä sopimiseen niiden tapahtuessa rutiinilla. Tilanteinen harkinta tarkoitti tutkimuksessani hoitojärjestelyjen harkitsemista yksilöllisen potilaan kohdalla, kun hoitosopimus oli käytössä. Rutiinisia ja tilanteisesti harkittuja erilaisia tekoja, joita tutkimuksessani analysoin, yhdistää ja toisaalta erottaa toimijoiden suhteiden **henkilökohtaisuus ja ei-henkilökohtaisuus**.

Yhteistoiminnan historiallisessa kehityksessä toimijoiden keskinäiset suhteet ovat muuttuneet lääketieteen erikoistumiskehityksen ja organisaatioiden työnjaon muuttumisen tuloksena. Tutkimukseni aktuaalis-empiirisen aineiston perusteella pohdin yhteistoiminnan tulevaisuuden lähikehitystä.

Terveystieteiden yhteistoiminnan tulevaisuudessa on tärkeää, kuinka kyettä muuttamaan nykyisiä suhteita leimaava **persoonattomuus**. Persoonaton toiminta nojaa organisaatioiden rutiineihin ja etukäteisjärjestelyihin. Suhteet henkilöiden välillä jäävät satunnaisiksi, sillä toisiin toimijoihin ollaan yhteydessä vain, kun se on tarpeellista käsillä olevaa ongelmaa ratkaistaessa. Vaihtoehtona on **henkilökohtaiseen** vuorovaikutukseen perustuvat suhteet, joissa toimijat tuntevat toisensa ja voivat keskinäisen tuntemuksen sekä siihen liittyvän luottamuksen perusteella sopia potilaan hoitamisesta.

Taulukko 20. Yhteistoiminnan tulevaisuuden lähikehitys.

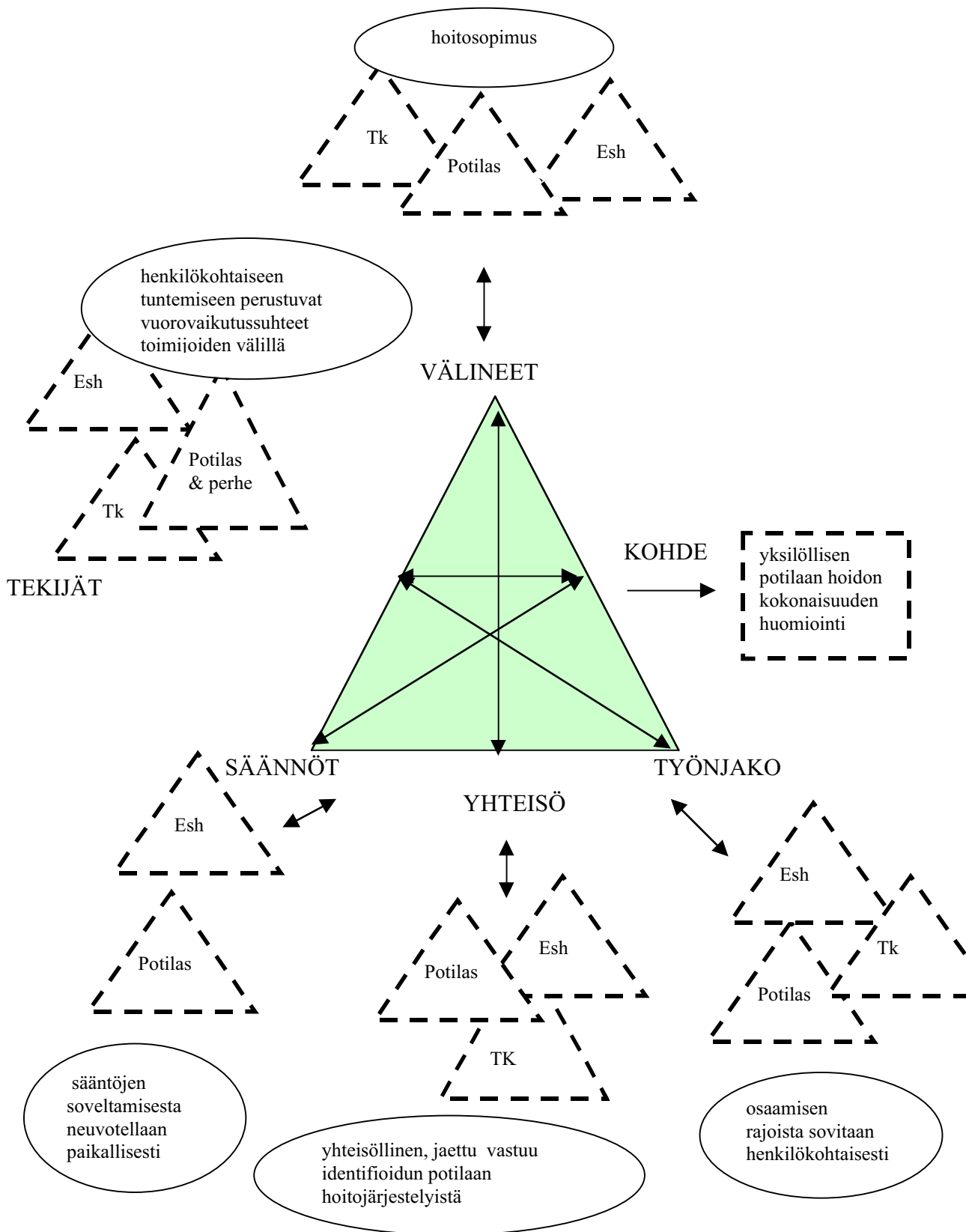
Aika ja asiantuntija-toiminnan kehitys	Keskinäiset suhteet	Yhteistoiminnan laajeneva kohde	Toiminnan ristiriita
2000-luvun lähikehitys ¹ tutkimukseni aktuaalis- empiirisen aineiston pohjalta tehty yleistys	Toimijat, eivät vain organisaatiot, neuvot- televat keskenään hoidon toteuttamisesta hoitoverkostossa	Neuvotteleva yhteistoi- minta identifioitavissa olevan potilaan hoidon kokonaisuuden koordi- noinnissa	Rutiineihin nojaavat persoonattomat suhteet versus Henkilökohtaiset tuntemiseen perustuvat vuorovaikutussuhteet

¹Kehittävässä työntutkimuksessa käytetään lähikehityksen vyöhyke -käsitettä toiminnan tulevien kehitysmahdollisuuksien hahmottamiseksi (esim. Engeström 1995).

Nykyiset yhteistoiminnassa ilmenevät ongelmat liittyvät **yksittäisen potilaan hoidon kokonaisuuden koordinointiin**. Mikään aikaisempiin ongelmiin kehitetyistä ratkaisuista ei auta nykytilanteen ongelmien poistamisessa, sillä ongelma on historiallisesti uusi. Entisajan kunnanlääkärillä oli itsellään tarvitsemansa potilastiedot, kun lääkäri hoiti omia potilaitaan kotona ja laitoksissa. Potilaalle ei ollut epäselvää kuka hoidosta vastasi. Lääkärikollegio auttoi jäseniään vaikeissa potilastapauksissa (Pesonen 1980). Nykyisin yhteisen konsultointitilaisuuden idea toteutuu sairaalameetingeissä tai terveyskeskuskoulutuksissa, mutta harvoin yhteisesti tai yhteisten potilaiden asioissa.

Kunnanlääkärimallia ei kuitenkaan tule ihannoida, sillä se oli oman aikansa tuotos, joka ajautui toiminnalliseen umpikujaan (Engeström ym. 1987). Nykyisessä tilanteessa potilaan kokonaistilanteen tunteminen ja toimijoiden suhteiden henkilökohtaisuus ovat asioita, jotka kunnanlääkäriajasta voitaisiin ottaa opiksi ja soveltaa tilanteeseen, jossa toimijoita on useita.

Tutkimukseni teoriaa koskevassa luvussa luonnehdin yhteistoiminnan rakentumista toimintajärjestelmänä (kuvio 5). Esitän saman kuvan uudelleen luonnehtien niitä mahdollisuuksia, joita toimintaan on kehittynyt, kun hoitosopimus on yhteistoimintavälineenä (kuvio 20).



Kuvio 20. Yhteistoiminnan rakentuminen hoitosopimusta käytettäessä.

12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja koeteltavuus

Tieteenfilosofit epäilevät nykyään minkään metodin tai henkilön objektiivisuutta, sillä subjektiivisuuden on sanottu olevan väistämätöntä, kun tutkijan tärkeimpänä välineenä on hän itse (Raunio K 1999). Kvale (1995) on määritellyt laadullisen tutkimuksen luotettavuudeksi: tutkimuksen *läpinäkyvyyden*, tutkijan taidokkuuden, tutkimuksen *kommunikatiivisuuden* ja tulosten *toiminnallisen* validiteetin (ks. Engeström R 1999, Raunio P 2003). Tarkastelen kommunikatiivisuutta ja tulosten toiminnallisuutta **käytännön koeteltavuuden** käsitettä käyttäen. Läpinäkyvyys tarkoittaa tutkimusprosessin, aineiston valinnan, järjestämisen ja aineiston itsensä esittämistä tutkimuksessa. Anttila (1999 verkkojulkaisu) esittää validiteetin ulottuvuuksiksi; aineiston, prosessin ja tulosten validiteetin sekä reliabiliteetin ominaisuuksiksi; pysyvyyden, toistettavuuden ja tarkkuuden.

Läpinäkyvyys

Tutkimuksessani on paljon empiriaa, joka mahdollistaa lukijalle omien tulkin-tojen tekemisen ja asettaa arvioitavaksi itseni tekemät. Tutkimusprosessin etene-mistä ja aineiston järjestämistä kuvasin aineisto ja menetelmä -luvussa. Nyt ker-ron tarkemmin valinnoistani niiden läpinäkyvyyttä lisätäkseni.

Aluksi en ajatellut tekeväni tutkimusta yhteistoiminnasta vaan Auroran ja Lastenklinikan sairaalan yhdistymisprosessista, jota ensimmäinen kehittämis-hanke koski. Kiinnostukseni tutkimusaiheeseeni virisi, kun lapsipotilaiden van-hemmat ja ammattilaiset kertoivat kehittämisprojektissamme yhteistyön ongel-mista erityisesti silloin, kun hoitoa annetaan useassa organisaatiossa. Kun kehit-tämistuntojen tuloksena onnistuttiin kehittämään hoitosopimus konkreettiseksi työvälineeksi, imaisi se kiinnostukseni lopullisesti.

Ennen kuin hoitosopimus oli kehitetty olin ehtinyt kerätä aineistoa kehit-tämistarkoituksessa. Hoitosopimuskäytännön virallistuessa toivoin saavani 'ver-tailuaineiston' kokoon. Hoitosopimus jäikin syystä tai toisesta usein tekemättä: lääkäri unohti, tutkimuksissa tuli yllätyksiä ja tekemistä siirrettiin jne. Keräsin yhtä paljon potilastapauksia, joille ei hoitosopimusta tehty, kuin olin kerännyt jo aikaisemmin ennen sopimuksen käyttöönottoa. Aineiston keruusta kerrottiin tar-kemmin aineisto ja menetelmä -luvussa.

Analyysiin ryhtyessäni harkitsin kokonaan ensimmäisessä vaiheessa aineis-toon otettujen potilaiden poisjättämistä ja analyysin tekemistä vuonna 1998 aineistoon otetuilla potilailla; joille hoitosopimus oli tehty ja joille sitä ei oltu

tehty. Toiminnan konteksti olisi ollut sama, eikä 'ennen ja jälkeen hoitosopimuksen' käytön asetelmaa olisi syntynyt. En kuitenkaan raskinut heittää pois yli vuoden työn tuloksena saatua tietoa. Tarkastelin kuitenkin myös niiden potilaiden hoitoa, joille ei tehty hoitosopimusta ja jotka jätin aineistosta pois. Havaitsin, että toiminnan rutiinit olivat aivan samat kuin vuotta aikaisemmin. Päätin pitää aikaisemmat potilaat, jo senkin vuoksi, että minulle oli syntynyt lasten vanhempien kanssa hyvät suhteet. Tarpeeksi vaikeaa oli ollut jo reumaa sairastavista lapsista luopuminen, kun vanhemmat ja lapset olivat antaneet minulle useasti aikaansa ja jakaneet kokemuksiaan. Huomattavasti useammista lapsista ja useammilta toimijoilta kerätty aineisto, kuin joka on tämän tutkimuksen analyysin ytimenä **vahvasti sitä, etteivät yhteistoimintaa koskeneet ongelmat** olleet yksittäistapauksia tai huonoa tuuria.

Tutkimusaineisto kerättiin monista eri lähteistä (haastattelut, toiminnan seuraaminen, sairauskertomukset) kattaen potilaan saama hoitokokonaisuus yli organisaatorajojen. Analysoin aineistoa erilaisin tavoin, mutta kuitenkin niin, että potilaat ennen ja jälkeen hoitosopimuksen muodostivat analyysissä aina oman kokonaisuutensa. Saman aineiston eri osasista tein kvalitatiivisia analyyseja, mutta myös kvantitatiivisen analyysin tiedonvälittymisestä. Dentzin (1989) on kutsunut tätä aineistotriangulaatioksi. Monipuolinen aineisto ja sen useat käyttötavat samaa asiaa tutkittaessa lisäävät johtopäätösten luotettavuutta.

Tutkimusympäristön ”**sisältörikkaus**” on tutkimuksen validiteettia parantava seikka (Anttila 1999 verkkojulkaisu). Hoitosopimuksen kehittymisen (luku 6) esittämisen tarkoituksena oli antaa lukijalle mahdollisimman laaja ja rehellinen kuvaus tutkimusympäristöstä ja sen muuttumisesta.

Tutkimuksen toistettavuus ei kvantitatiivisessa mielessä toteudu. Hoitosopimus kehitettiin yhteistyössä ja se syntyi Lastensairaalan ympäristössä tiettyä ajankohtana. Yhteistoimintavälineet ovat tuosta ajankohdasta muuttuneet, monet toimijat vaihtuneet ja lapset kasvaneet. Samansisältöisenä tutkimusta on mahdollista toistaa, mutta tutkittava ilmiö ”pitkäaikaissairaalan potilaan hoitaminen yli organisaatorajojen” on aina tutkittavissa uudelleen.

Käsityötaito

Tutkimuksen aikana organisaatiot ja sairaanhoitopiirit fuusioituivat ja järjestelmän rakenteet muuttuivat, lapset vanhenivat muutamalla vuodella, hoitoketjuja rakennettiin ja organisaatiossa tehtiin muutakin kehittämistyötä. Tilastolliselle tutkimukselle perinteistä ennen ja jälkeen -asetelmaa, jossa muuttujia vakioitaisiin ja verrattaisiin tietyn ajan tai annetun hoidon jälkeen, ei ollut mielekäästä käyttää, kun sekä tutkimusympäristö että potilasryhmät muuttuivat. Tarvitsin

laadulliselle pitkäaikaistutkimukselle sopivan tutkimusasetelman, jonka avulla tutkia toimintaa ennen ja jälkeen.

Tutkimuksessa ei etsitty vastausta siihen, miten hoitosopimus muutti yhteistoimintaa vaan tutkittiin, millaista yhteistoimintaa on hoitosopimusta käytettäessä ja millaista se oli ennen. Muutos olisi voinut johtua niin monesta muustakin asiasta, joita laadullisessa pitkäaikaistutkimuksessa ei voitaisi vakioda. Jos asioita olisi haluttu vakioda kyseessä olisi ollut erilaisia tuloksia tuottava tutkimus. Tilastollista analyysia tein vain tiedonvälittymisestä hoitotahojen välillä, minkä saattoi objektiivisesti havaita, jälkikäteen toistaa ja objektiivisesti mitata.

Toimintajärjestelmän malli on teoreettis-metodologinen väline, joka on kehitetty nimenomaan muutoksen laadullisten piirteiden tutkimiseen (Engeström 1995, Engeström 2001, ks. myös Miettinen (julkaisematon käsikirjoitus)). Tutkimukseni asetelma oli tarkastella toimintaa potilaan hoitoverkostossa tapahtuvana yhteistoimintana, jossa potilaan hoitoprosessi jatkuu yli organisaatorajojen. Yhteistoiminnan käsite ja toimintajärjestelmän malli olivat välineet vakioda toimintaa siinä ympäristössä kun se tapahtuu. Toiminta analyysiyksikkönä pysyi samana, vaikka tarkasteltiin eri potilasryhmiä ja vaikka aika kului.

Larsson (1993) käyttää teoreettisen triangulaation käsitettä tarkoittamaan sitä, että aineiston tulkinnassa sovelletaan useita eri teorioita tai teorioista johdettuja käsitteitä. Kehittävän työntutkimuksen valinta teoreettiseksi lähtökohdaksi oli samalla metodinen ratkaisu, joka ohjasi tutkimustani muun muassa siten, että haastattelukysymykset laadittiin toimintajärjestelmän komponentteihin liittyviksi. Straussin (ym. 1963) neuvottelevan järjestyksen teoria ja Durkheimin (1990) sosiaalisen työnjaon teoria rikastivat analyysiani. Keskustelukumppaneiksi ottamieni teorioiden valinta oli pitkä prosessi, sillä ensin jouduin analysoimaan aineistoani ja sen perusteella ratkaisemaan omassa tutkimuksessani teoreettisesti oleellisen kysymyksen, joka oli: yksilön omien valintojen ja organisaatiossa olevien kulttuuris-historiallisten käytäntöjen välinen dialektisuus. Suhteen käsite ja sen käyttäminen toiminnan teoreettisessa viitekehyksessä oli yksi oleellisimmista teoreettisen triangulaation tuottamista löydöistä. Suhteiden tuloksena muodostui tutkimukseni subjektin eli yhden tekijän sijasta monien toimijoiden kollektiivi.

Tutkimuksessa suhteet; yhteistyösuhde, vuorovaikutussuhde ja yhteistoimintasuhde olivat tutkimaani ilmiöön ja käyttämiini teorioihin luontevasti liittyviä. Esimerkiksi yhteistyösuhde viittaa Durkheimin työnjakoon henkilöiden ja ammattikuntien välillä, vuorovaikutus Straussin neuvotteluun ja yhteistoiminta organisaatorajat ylittävään toimintaan. Käsitteiden teoreettista ja tutkimusilmiötä

tukevaa käyttöä, jota teorialuvussa tein on kutsuttu käsitteiden verifiointiksi (Strauss ja Corbin 1994) ja **käsitevaliditeetiksi** (Anttila 1999 verkkojulkaisu).

Verkostoissa tapahtuvan toiminnan analysoimiseksi tarvitsin ajassa operoivan trajektori-käsitteen. Käytin sitä uudessa merkityksessä, verrattuna Straussin (1993) sairauden etenemisen trajektoriin, kun ketjutin potilaan yliorganisatorisia hoitotapahtumia ajallisesti. Sama ajallinen jäsennys ei olisi ollut mahdollinen yhden organisaation sairauskertomuksien perusteella. Sairauskertomusten avulla saatoin lisätä empirian luotettavuutta tarkistamalla, vastaako ammattilaisten ja vanhempien kertoma hoitotapahtumista kirjattua kulkua.

Potilaan **henkilökohtainen ja organisaatioiden paikallinen aika** yhdistyy tutkimuksessani myös yhteistoiminnan **historialliseen aikaan** eli olemassa olevien rutiinien tarkasteluun. Historiallinen ulottuvuus jää usein uupumaan, kun tutkitaan uusia välineitä ja niiden käyttöä. Yhteyskohta-analyysi (solmu) syntyi tarpeesta rakentaa silta monien eri toimijoiden tekojen välille.

Yhteiskuntatieteissä on pitkään tutkittu ilmiöitä, jotka ovat valtaa pitävillä näkyviä (Rantalaiho 1988, 31–34). Tyypillistä ja luontevaa on, että tutkimuksen kohteena on sen tutkiminen, mikä on ajallisesti läsnä ja reaalisesti tapahtuu. Aikakäsitys on tällöin synkroninen annetussa ajassa tapahtuva. Vastaanottoa tai yhden terveydenhuollon organisaation toimintaa tutkimalla hoitotahojen keskinäiset suhteet ja yhteistoiminta jäävät kuitenkin näkymättömiksi. Omassa tutkimuksessani lähestyin jatkuvuutta antajakohtaiselle jatkuvuudelle 'näkymättöminä' tapahtumina. Tarkastelin ja liitin yhteen tilanteita, jotka potilaalle tapahtuvat muualla kuin yhden hoitoa antavan ammattilaisen vastaanotolla. Yhden organisaation ja toisen potilasta hoitavan organisaation lääkärisäkäyntien ”välissä” olevat tapahtumat toivat esille yliorganisatorisen jatkuvuuden hoidossa. Paikallisesti ilmenevät tapahtumat ketjuttuvat dynaamiseksi prosessiksi, joka tapahtuu useiden toimijoiden verkostossa.

Käytännön koeteltavuus

Kvale (1995) on kutsunut kommunikatiiviseksi validoinniksi sitä, että tutkija käy tutkittaviensa kanssa dialogia. Minulla oli mahdollisuus keskustella aineistostani tekemistä tulkinnoista useamman Lastensairaalassa työskentelevän lääkärin kanssa jo aineistoa kerätessäni ja myöhemmin muidenkin lääkäreiden ja sairaanhoitajien kanssa, kuten tutkijan roolia erittelevässä luvussa osoitin. Tutkimukseni aineisto on osittain samaa, jota esitettiin rajanylityslaboratorioistunnoiksi nimeytyissä kehittämisistunnoissa. Istunnoissa esitetty haastatteluote tuli kollektiivisen tulkinnan kohteeksi ja antoi itselleni vertailukohtaa omia tulkintoja tehdessäni. Tutkimusryhmässämme on tutkittu toisesta näkökulmasta tai eri tavoin analy-

soiden joitakin tämän tutkimuksen potilastapauksia, jolloin tulkintojen pätevyyttä ja tuloksia on koeteltu useamman henkilön taholta. (Engeström ym. 1999, Engeström Y 2001, Engeström R 2003.)

Käytännön koeteltavuus tuli esille jo tutkimukseni alkuvaiheessa. Ilman osuvaa kysymyksenasettelua, haastateltavien osoittamaa luottamusta kertoa tutkijalle yhteistoiminnan ongelmista ja tämän tuomista kehittämisistuntojen yhteiseen keskusteluun – ei hoitosopimusta olisi kehitetty. Engeströmin (2000, 37) ilmaus *'kehittävä etnografia'* kuvaa hankkeita, joissa toimijat kollektiivisesti ja paikallisesti tuottavat luonnollisista tilanteista kerätyn tutkimusaineiston pohjalta uusia innovaatioita, joita käytettäessä toiminta muuttuu laadullisesti.

Kun aineisto on taltioitu ääni- ja kuvanauhoille on tilanteisiin aina mahdollista palata uudelleen. Haastattelutilanteissa muistini tukena oli vakiokysymysten runko ja sen lisäksi esitin esimerkiksi juuri tapahtuneeseen tilanteeseen liittyviä tarkentavia kysymyksiä.

Peräkylä (1995) on käyttänyt *mahdollisuuden yleistettävyyden* käsitettä. Hän tarkoittaa, että jos voidaan löytää yleisempi malli, jolla esimerkiksi vuorovaihtus tuotetaan, tämä sama malli on mahdollinen suuressa joukossa ympäristöjä. Esimerkiksi se, *mistä tarve tietojen pyytämiseen syntyy* tai se, miten *työnjako rakentaa käsityksiä vastuusta* ovat mekanismeja yhteistoimintasuhteissa ja saattavat olla samat yliopistosairaaloissa ja terveyskeskuksissa eri puolella maata, mutta varmuutta tästä ei tutkimatta voi antaa.

12.3 Ehdotuksia pääkaupunkiseudun yhteistoiminnan kehittämiseksi

Pääkaupunkiseudulla sairaaloita on fuusioitu ja perusterveydenhuollossa pienempiä yksiköitä on integroitu osaksi suurempaa hallinnollista kokonaisuutta. Hallinnollisen yhteensovittamisen lisäksi ammattilaisille tulisi myös antaa välineitä potilaiden hoitoon vaikuttavien tekojen yhteensovittamiseksi yli organisaatio-rajojen. Organisaatioiden, ei vain yksilöllisten toimijoiden, tulisi ottaa vastuuta yhdessä toimimisen kehittämiseksi. Tutkimukseni kertoi yhteistoiminnasta alueella, jossa on lukuisia toimipistettä samalla organisaatiotasolla ja monia eri toimijoita. Tutkimustulokseni ovat yleistettävissä siinä kontekstissa, jota aineistoni koski. Samantyyppisiä hoidon hallinnan ongelmia on kirjallisuudessa käsitelty suurten kaupunkien yhteydessä. Pienemmällä paikkakunnilla toimijat tuntevat toisensa usein myös yksityishenkilöinä, joten sekä toimijoiden kokemuksia että tutkimukseni tuloksia arvioitaessa on pääkaupunkiseudun erityispiirteet otettava huomioon.

Hoitoketjuihin laitetaan edelleen kovasti toivoa, muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriö markkinoi kunnille saumattomien hoito- ja palveluketjujen lakikokeilua (Laki sosiaali- ja ... 2003) tietojärjestelmien kehittämiseksi (STM 2004 verkkojulkaisu). Hoitoketjut perustuvat kokonaisten potilasryhmien hoidon hallintaan, jossa tiedon välittyminen yli organisaatorajojen on oleellisen tärkeää. Hoitoketjut vahvistavat nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän rutiineja, niitä kyseenalaistamatta. Hoitoketjut voivat ratkaista potilasryhmien hoitamisen määrittämisessä tarvittavaa työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tautiryhmittäin. Rutiineilla ei ratkaista identifioitavissa potilaan hoidon hallinnan ja koordinaation ongelmaa.

Nykyisessä järjestelmässä eri organisaatioissa toimivat ammattilaiset *eivät tunne tai tutustu toisiinsa samaa potilasta hoitaessaan*. Yksittäisillä perusterveydenhuollon ammattilaisilla *ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, keitä heidän hoidettavakseen tulee, eikä siihen, kuinka he hoidosta selviävät* ennen kuin potilas jo istuu vastaanottotuolilla. Perusterveydenhuollon vastuulla on antaa hoitoa kaikille niille, jotka sairaalasta jatkohoitoon lähetetään. Viime vuosina erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirrettävien diagnoosiryhmien määrä on kasvanut. Harva lääkäri tai hoitaja voi olla kiinnostunut aivan kaikesta vauvasta vaariin sekä diabeteksesta astmaan ja sydänsairauksiin. On puhdasta spekulointia epäillä, kuinka moni haluaa, saati ehtii pitämään yllä ammatillista osaamistaan tehtävien alati laajentuessa. Tämän lisäksi tulisi hallita kustakin eri taudista sovitettu työnjako organisaatioiden välillä. Nykyinen käytäntö olettaa ammattilaiset kykeneviksi kaikkeen tähän.

Aiheuttaisiko se, että toimijat sopisivat keskenään, kuka hoitaa ja missä hoitaa, ongelmia nykyisen järjestelmän toiminnalle? Tutkimustulosteni varassa uskallan vastata, että tuskin, mikäli organisaatioissa tehdyt fuusiot huomioidaan myös toiminnallisina mahdollisuuksina. Tutkimuksessani osoitin, että porrastuksen noudattaminen edellyttää luottamusta. Luottamuksen on taas sanottu edellyttävän toisen osapuolen tuntemista tai sopimuksia tuntemattomien välillä (Durkheim 1990). Ammattilaisten ja lapsipotilaiden vanhempien kokemukset osoittivat, että luottamus järjestelmää kohtaan horjui paikoitellen.

Terveydenhuoltojärjestelmä on koko 1990-luvun toiminut organisatoristen työnjakosopimusten varassa, joita on toteutettu erilaisilla markkinataloudesta lainatuilla malleilla. Järjestelmien sopimusten rinnalle tarvitaan keinoja toimijoiden välisen luottamuksen synnyttämiseksi. Järjestelmä tulisi organisoida tavalla, joka lisää hoitotahojen mahdollisuuksia tuntea *toisensa, solmia henkilökohtaisia suhteita ja käydä keskinäistä neuvottelua hoitojärjestelyistä*. Nykyisen yhteistoi-minnan institutionalisoituneet rutiinit eivät tarjoa tähän mahdollisuuksia.

Neuvottelevaa hoitoa, josta alueellisen hoitosuunnitelman käytöstä saatiin hyviä tuloksia, ei ole tarkoituksenmukaista soveltaa jokaiselle potilaalle. Pitkäaikaissairaalle pysyvä hoitosuhde on tärkeä. Kerran vuodessa tai kerran viidessä vuodessa terveystieteiden palveluja käyttävien potilaiden hoitojärjestelyt tulisi erottaa säännöllistä seurantaan tarvitsevien potilaiden hoidosta. Jos henkilö on perusterve ja käyntejä on harvoin, ei lääkärin tuntemisella liene samaa merkitystä kuin sillä on henkilölle, joka tarvitsee useasti hoitoa tai sairastaa monia sairauksia.

Pitkäaikaissairas henkilö tarvitsee pysyviä hoitosuhteita sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Hoitavien henkilöiden välisten suhteiden rakentamiselle tulisi tarjota organisatorisia välineitä ja mahdollisuuksia. Yhteiset potilaat ja heidän hoitoaan koskeva yhteinen tieto ja toisen osaamisen tunteminen mataloittaa kynnyksiä kysyä ja vastata kysymyksiin. Sairaalan lääkäri oletettavasti tarjoaa henkilökohtaista konsultaatiotaan mieluummin terveystieteiden keskuksessa samojen potilasryhmien hoitoon profiloituneelle lääkärille, kuin vastaa 200 eri lääkärin samoihin kysymyksiin useasti. Terveystieteen ammattilaisen osaamisen ajantasaisena pitäminen on mahdollista, mikäli seurattavia pitkäaikaissairauksia ei ole kohtuuttoman paljon. On syytä olettaa, että yhteiset potilaat ja neuvotellut toimimisen rajat ja yhteinen vastuu hoitojärjestelyjen toteuttamisesta lisäävät keskinäistä kollegiaalisuutta ja poistavat epäilyjä hoitotahojen keskinäisistä suhteista.

Verkostoyhteistyössä rakenteita on pidetty helposti ylitettävänä ja jäsenten välisten suhteiden on sanottu perustuvan luottamukseen ja kumppanuuteen (Powell 1990, Itkonen 1997a). Yhteydenpito jäsenten välillä on verkostoissa aktiivista, kun hierarkkisissa suhteissa jäsenet pitävät yhteyttä toisiinsa passiivisesti. Tiedonkulku tapahtuu verkostoissa kaikkiin suuntiin, kun se hierarkkisissa suhteissa tapahtuu pääasiassa ylhäältä alaspäin. Pitkäaikaissairaalan potilaan hoito tapahtuu tällä hetkellä potilaan näkökulmasta usean erillisen toimijan verkostossa. Powellin ja Itkosen maalaamat kuvaukset verkostoyhteistyöstä voivat toteutua joidenkin työntekijöiden omissa henkilökohtaisissa työtavoissa, mutta eivät kuvaa toimintaa yli organisaatiorajojen. Alueellisen hoitosuunnitelman käyttämisestä syntyneet teot osoittivat, että potilaan hoitoverkoston toimijat voivat keskinäisellä neuvottelullaan saada aikaan uudenlaisia tuloksia yhteistoiminnassa.

Professioteoreetikot, kuten Hughes (1984), Abbott (1988) ja Freidson (1994) lähtivät siitä, että työnjako ja ammattikuntien oma tietoperusta pitää yllä professioita, joille on tärkeitä saada rajaa muihin professioihin. Organisaatioiden toiminta, ammattilaisten tietopohja, työvälineet ja eettiset säännöt ovat nykyään kovin eriytyneet. Tärkeitä olisi löytää välineitä, joilla rakennetaan yhteisen toiminnan aluetta. Ammatillisten rajojen vetäminen on tärkeitä sikäli, että voidaan

sopia roolit, mutta näitä rajoja ei tule vetää rutiinilla vaan neuvotellen. Potilaan kannalta tulee muistaa, että organisaatioiden väliset rutiinit ovat heille vieraita, kunnes ne tehdään tutuiksi. Lisäksi kussakin organisaatiossa on omat käyntheihin liittyvät rutiininsa. Hoitosopimus on väline, jota käyttämällä potilas ja hänen hoitoonsa osallistuvat ammattilaiset neuvottelevat toimimisen yhteisestä alueesta.

KIITOKSET

Väitöskirjaa tehdessäni olen saanut toimia useassa organisaatiossa ja ystävystyä monien kanssa. Hyks Lasten ja nuorten sairaalan johtajaylilääkäri (el.) professori Jaakko Perheentupa mahdollisti ainutlaatuisen tutkimusaineiston keräämisen professori Yrjö Engeströmin johtaman kehittämishankkeen yhteydessä. Kiitän hankkeemme silloista projektiryhmää, ja erityisesti Juha Viitalaa ystävällisyydestä ja työpöytänsä jakamisesta ja Jouko Rantaa, jonka kanssa reissasin Nottinghamin nummille asti sairaalakulttuureista oppimaan. Avusta tutkimukseni toteuttamisessa kiitän ylilääkäri Kaisu Juntunen-Backmania, ja erikoislääkäreitä Merja Kajosaarta, Pekka Lahdennetta, Ilkka Sipilää ja sairaanhoitaja Maria Wayneriä ja muita, aina niin ystävällisiä ammattilaisia. Kiitos tuesta väitöskirjani eri vaiheissa kuuluu myös Lastensairaalan nykyiselle toimialajohtaja Veli Ylitalolle. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämisjohtaja Riitta Simoila ja laatujohtaja Ann-Marie Turtiainen ovat neuvoillaan minua auttaneet. Sydämellinen kiitos kaikille tutkimukseeni osallistuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen; toivon että sain äänenne kuuluviin.

Helsingin yliopiston, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön johtajaa Yrjö Engeströmiä kiitän, en vain tutkimusrahoituksessa auttamisesta, vaan myös ainutlaatuisista oppivuosista työyhteisöjen kehittämisen parissa sekä yllättävissä tilanteissa saamastani tuesta. Väitöskirjaa tehdessäni olin Helsingin ja Tampereen yliopistojen tutkimusryhmien jäsenenä, välillä enemmän ja sitten vähemmän – mutta kollegiaalisen apunne muistan! Mieleenpainuvista keskusteluista kiitos dosentti Mikko Korpelalle Kuopioon ja dosentti Ilkka Pirttilälle Joensuuhun. Tilastollisten menetelmien hyödyntämisestä tutkimukseni saan kiittää lapsuudenystävääni LKT, Mika Harjua. Kielenhuollosta ja kommentteista olen kiitollinen anopilleni Kirsti Saaren-Seppälälle ja emeritusprofessori Pirkko-täti Niemelälle.

Työtäni ohjasi kolme ihanaa ihmistä. Emeritusprofessori Liisa Rantalaiho johdatti minut terveydenhuollon professioiden pariin jo perusopinnoissa. Usein iloitsin saadessani hänen osuvan asiantuntemuksensa osakseni tässäkin työssä. Valtiotieteen tohtoria, Ritva Engeströmiä kiitän, sekä hauska työtovereudesta sairaalan tutkijaryhmässä että yhteisen kielen ja uuden teoreettisen maailman avaamisesta. Tampereen yliopiston, Terveystieteiden laitoksen johtajaa, professori Juhani Lehtoa kiitän luovuuttani ruokkineesta ohjauksesta ja taidosta nähdä asiat useissa yhteyksissään. Työni kohentumisesta vielä esitarkastuvai-

heessa saan kiittää dosentteja Simo Kokko ja Eeva Pyörälä, jotka paneutuivat tutkimukseeni perusteellisesti.

Lapsuudenkodistani opin peräänantamattomuutta, lukemisen riemun ja sen, että väitöskirja ei ole elämän tärkeimpiä asioita. Kiitos äidilleni Ritvalle, isälleni Väinölle(†) ja veljelleni Tuomolle. Aviomieheni Heikki todisti läpi näiden vuosien, että jokainen pulma hellittää niskahieronnan ja naurun avulla – mutta kiitos myös kehittävästä keskustelustamme.

Suomen Kulttuurirahastolta ja Työsuojelurahastolta sekä Tampereen yliopiston tukisäätiöltä saamani stipendit tulivat tarpeeseen.

LÄHDELUETTELO

- Abbot A (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour.* The University of Chicago, Chicago.
- Aho S, Calonius H ja Kiviluoto H (1988): Väestövastuu Helsingin terveysasemilla. Näkemyksiä tulevasta toiminnasta. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja, Sarja A 35, Helsinki.
- Ala-Nikkola M (2003): Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 972, Tampere.
- Allardt E (1971): Yhteiskunnan rakenne ja sosiaalinen paine. WSOY, Porvoo.
- Aluesairaalat järjestelmän piiriin (1991): *Sairaala* 54: 35–36.
- Anandale E (1999): *The Sociology of Health Medicine. A Critical Introduction.* Polity Press. Blackwell, Oxford.
- Arinen S, Häkkinen U, Kalimo E, Klaukka T ja Klavus J (1998): Lääkäripalvelujen käytön jakautuminen yksityisille ja julkiselle sektorille. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö: terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Suomen Virallinen Tilasto 1998/5, Kela, Helsinki.
- Arnkil E (1991): Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. *Stakes raportteja* 23, Helsinki.
- Arvonen T ja Ahonen E (1991): Väestövastuuseen siirrytty Espoossa – Kokemuksia LEVIKE-projektista. *Kunnallislääkäri* 7:1:17–21.
- Astmaohjelma 1994–2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1994:16. Helsinki.
- Autio L (1998): Kun kollega tekee virheen. *Suomen Lääkärilehti* 53:3:208–211
- Bachman KH and Freeborn DK (1999): HMO physicians' use of referrals. *Social Science of Medicine* 48:547–557.
- Baly ME (1984): *Professional responsibility.* Wiley ja Sons. Chichester.
- Becker HS (1963): *Boys in White. Student Culture in Medical School.* The University of Chicago Press, Chicago.
- Becker HS (1974): Art as Collective Activity. *American Sociological Review* 39:767 – 776.
- Benson I (1968): Sairaaloimen keskushallinnon historiaa vuosilta 1912–1967. Kirjassa: Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia, s. 663–700. Toim. P Heiniö, R Rosen, G Soininen ja E Unkila. Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen julkaisuja no:19, Helsinki.
- Bergman R (1981): Accountability – definitions and dimensions. *International Nursing Review* 28:53–59.
- Bosk CL (1979): *Forgive and Remember Managing Medical Failure.* University of Chicago Press, Chicago.
- Bower KA (1994): Case-management and Clinical Paths: Definitions and Relationships. In: *Clinical Paths Tools for outcomes Management*, pp. 25–32. Ed. PL Spath. American Hospital Publishing (AHA), USA.
- Bower KA (1997): Case Management and Clinical paths: Strategies to Support the Perinatal Experience. *JOGNN* 26: 3:329–333.
- Bradley JC and Edinberg MA (1986): *Communication in the nursing context.* Appleton-Cenrtry-Crofts, Norwalk.
- Brander PE, Ämmälä K ja Vaarala E (2003): Astman alueellinen hoitoketju – ensimmäisen vuoden kokemukset erikoissairaanhoidon näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 56:3829–32.
- Brotherus JV (1962): Ryhmä vastaanotot avohoidon osana. *Helsingin Lääkärilehti* 10:75–77.
- Burawoy M (1998): *The Case Extended Method.* *Sociological Theory* 16:1:4–
- Byrne PS and Long BEL (1976): *Doctors talking to patients.* Her Majesty's Stationary Office, London.
- Chambliss DF (1996): *Beyond Caring. Hospitals, nurses and Social Organization of Ethics.* University of Chicago Press, Chicago

- Candib LM (1994): Reconsidering Power in Clinical Relationship. In: *The Empathic Practitioner Empathy, Gender and Medicine*, pp.135–156. Eds. ES More and MA Millican. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey.
- Committee on Children With Disabilities (1999): *Pediatrics* 104:978–981.
- Coleman J (1990): *Foundations of Social Theory*. Mass. Belknap, Cambridge.
- Collins R (1981): *Sociology Since Midcentury – Essays in Theory Cumulation*. Academic Press, New York.
- Cott C (1997): "We decide, you carry it out": a social network analysis of multiprofessional long-term care teams. *Soc Sci Med* 45:1411–1421.
- DelVecchio Good M-J (1995): *American Medicine: The Quest for Competence*. University of California Press, London, Berkeley, Los Angeles.
- Denzin NK (1989): *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. University of Illinois. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Dowie R (1983): *General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals*. King's Fund, London.
- Dunder T, Miettinen S, Repola A-M, Klasila V ja Linna O (2003): Toimiiko lasten astman hoidon porrastus? Seurantatutkimus OYS:ssa diagnosoiduista lapsiastmaattikoista. *Suomen Lääkärilehti* 58:2163–2165.
- Durkheim E (1977): *Sosiologian metodisäännöt*. Suomentanut Randell S alkuperäisteoksesta 1895. Tammi, Helsinki.
- Durkheim E (1985): *Itsemurha. Sosiologinen tutkimus*. Suomentanut Randell S alkuperäisteoksesta 1897. Tammi, Helsinki.
- Durkheim E (1990): *Sosiaalisesta työnjaosta*. Suomentanut Randell S alkuperäisteoksesta 1893. Gaudeamus, Jyväskylä.
- Elovainio M, Kalliomäki-Levanto T ja Kivimäki M (1997): Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuissa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes tutkimuksia* 79, Gummerus, Saarijärvi.
- Engeström R (1999): *Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärintervastaanottojen keskusteluista*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Engeström R (2003): *Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa*. Teoksessa: *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*, s. 308–331. Toim. M-L Honkasalo, I Kangas ja U Seppälä. Tietolipas 189, Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.
- Engeström Y (1990): *Learning, Working and Imagining. Twelve studies in activity theory*. Orienta-Konsultit, Helsinki.
- Engeström Y (1993): *Developmental studies of work as a testbench of activity theory: The case of primary care medical practice*. In: *Understanding Practice: Perspectives on activity and context*, pp. 64–103. Eds. C Chaiklin and J Lave. University of Cambridge Press, Cambridge.
- Engeström Y (1994): *Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi*. Kirjassa: *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot. Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*, s. 123–152. Toim. R Simoila, A Harlamov, K Launis, Y Engeström, O Saarela ja M Kokkinen-Jussila. *Stakes raportteja* 80, Gummerus, Jyväskylä.
- Engeström Y (1995): *Kehittävä työntutkimus*. Painatuskeskus, Helsinki.
- Engeström Y (1999): *Expansive visibilization of work: An Activity-theoretical perspective*. *Computer Supported Cooperative Work* 8:63–93.
- Engeström Y (2000): *From individual action to collective activity and back: developmental work research as an interventionist methodology*. *Workplace studies: recovering work practice and informing system design*, pp. 150–166. Cambridge University Press, Cambridge.
- Engeström Y (2001): *Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization*. *Journal of Education and Work* 14:129–152.
- Engeström Y, Engeström R, Helenius J ja Koistinen K (1987): *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen I väliraportti*. Espoon kaupungin painatuskeskus, Helsinki.

- Engeström Y, Engeström R and Vähäaho T (1999): When The Center Doesn't Hold: Importance of Knotworking. In: *Activity Theory and Social Practice*, pp. 34–374. Eds. S Chaiklin, M Hedegaard and U Juul Jensen. Aarhus University Press, Aarhus.
- Engeström Y, Puonti A and Seppänen L (2003a): Spatial and temporal expansion of object as a challenge for reorganizing work. In: *Knowing in organizations: A practice based approach*, pp. 151–186. Eds. D Nicolini, S Gherardini and D Yanow. ME Sharpe, New York.
- Engeström Y, Engeström R and Kerosuo H (2003b): The Discursive Construction of Collaborative Care. *Applied Linguistics* 24:3: 286–315.
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062.
- Eriksson K (1985): *Hoitopedagogiikka. Sairaanhoitajien koulutussäätiö*, Helsinki.
- Eriksson E ja Arnkil T E (toim.) (1995): *Ammattilaiset arvailevat toisistaan -tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Stakes raportteja 184/1995*. Gummerus, Jyväskylä.
- Ervasti E (1986): Potilaspalvelun kehittäminen Jorvin sairaalassa. *Sairaala* 44:187–188.
- Eräsaari L (1995): *Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä*. Gaudeamus, Tampere.
- Eräsaari R (2002): Avoimen asiantutijuuden analytiikka. Kirjassa *Asiantuntijoiden areenat*, s. 21–40. Toim. I Pirttilä ja S Eriksson. Sophi, Jyväskylä.
- Fine GA (1984): Negotiated Orders and Organizational Cultures. *Ann Rev Sociol* 10:239–262.
- Forsius A (1990): Kunnanlääkärinä Kiikassa 1954–1957. *Kunnallislääkärilehti* 6: 50–57.
- Foucault M (1980): *Tarkkailla ja rangaista*. Otava, Keuruu.
- Foucault M (1983): The subject and Power. Teoksessa: *Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Eds. Drefus and Rabinow. The harvester Press, Brighton.
- Freidson E (1970): *Professional Dominance: Social Structure of Medical Care*. Aldine Publ., New York.
- Freidson E (1988): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson E (1994): *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Polity Press, Cambridge.
- Freidson E (2003): *Professionalism the third logic*. Polity Press, Cambridge.
- Frost PJ, Moore LF, Louis RM, Lundberg CC and Martin J (1985): *Organizational Culture*. Sage, Beverly Hills, London and New Delhi.
- Gilmore S (1990): Art Worlds. Developing the Interactionist Approach to Social Organization. In: *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, pp. 148–178. Eds. HS Becker and MM McCall. University of Chicago Press, Chicago.
- Glaser BG and Strauss A (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. De Gruyter cop, Aldine.
- Gorbatow O (1974): Kunnan kansanterveystyö. *Helsingin lääkirilehti* 2:21–25.
- Grannovetter M (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 78:1360–1380.
- Haapakorpi A (2002): Suuren ja pienen tarinan välissä –uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen. Kirjassa: *Asiantuntijoiden areenat*, s. 105–118. Toim. I Pirttilä ja S Eriksson. Sophie, Jyväskylä. [ko. kirjassa tekijän nimessä on kirjoitusvirhe löytyy teoksesta nimellä Haapakoski]
- Hagman E ja Johansson M (1985): Hoidon jatkuvuus -käsitteen sisältö. *Suomen lääkirilehti* 40:2006–2008.
- Harrè R, and Gillett G (1994): *The Discursive Mind*. Sage, Thousand Oaks.
- Harrè R (1999): Trust and its surrogates: psychological foundations of political process. In: *Democracy and Trust*, pp. 249–272. Ed. ME Warren. Cambridge University Press, Cambridge.
- Harju S (1993): *Sairanhoidon porrastus. Tampereen yliopiston sarja A vol. 372*, Vammala.
- Heimer CA and Staffen LR (1998): *For the Sake of the Children. The Social Organization of Responsibility in the Hospital and Home*. University of Chicago Press, Chicago.
- Heiniö P (1968): Kunnallisen sairaanhoitotoimen synty, kuumelasaretti eli kunnan julkinen sairaala, kunnallissairaala, kolerasairaala; Eri sairaalain historiat. Kirjassa: *Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia*, s. 15–562. Toim. P Heiniö, R Rosen, G Soinen ja E Unkila. Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen julkaisuja no:19, Helsinki.
- Heiniö P (1964): *Helsingin kaupungin sairaaloiden vaiheita 1861–1964*. *Sairaala* 1964:12:815–821.
- Heiskala R (2000): *Toiminta, tapa ja rakenne: kohti konstruktionistista synteesiä yhteiskuntateoriasta*. Gaudeamus, Tampere.

- Helsingin kaupungin sairaalain kliinisen yhteistyön päivät (1959): *Sairaala* 22:125–126.
- Helsingin sairaalakeskus aloittanut toimintansa (1959): *Sairaala* 22:238–239.
- Helsingin Sanomat (1999): Vanhempana vammaislapselle – kokopäivätyötäkö? Yleisönosastokirjoitus.
- Helsinki tarvitsee pitkän tähtäimen sairaalaohjelmaa (1962): *Sairaala* 25:740–742.
- Henkilötietolaki 1999/523.
- Henriksson L (2000): Professiot ja sukupuolten välinen työnjako terveydenhuollossa. Kirjassa: *Terveys- sosiologian suuntauksia*, s. 85–103. Toim. I Kangas, S Karvonen ja A Lillrank. Gaudeamus, Helsinki.
- Hentinen M and Kyngäs H (1998): Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*. 7:316–324.
- Hirvonen L (1987): *Lääketieteen historia*. Recallmed, Helsinki.
- Homans GC (1958): Social Behaviour as Exchange. *American Journal of Sociology* 63:597–606.
- Honkasalo M (1994). Etnografia ja tutkiva subjekti – kertomuksia tiedonkeruumatkalta ja kenttätyöstä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31:15–23.
- Hongisto Y (1963): Poliklinikatoiminta sairaaloissa. *Sairaala* 26:102–104.
- Horsmanheimo M, Husman T, Remes K, Ruoppi P ja Tukiainen H (1997): Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö allergisten sairauksien ja keuhkosairauksien erikoisaloilla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Pohjois-Savon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöprojektin julkaisuja. Kuopion yliopistollinen keskussairaala, sairaanhoitopiirin julkaisuja no:42, Kuopio.
- Hughes EC (1984): *The Sociological eye. Selected Papers*. Transaction Books, New Brunswick and London.
- Hutchins E (1993): Learning to Navigate. In: *Understanding Practice: Perspectives on activity and context*, pp. 35–63. Eds. C Chaiklin and J Lave. University of Cambridge Press, Cambridge.
- Hutchins E (1995): *Cognition in the wild*. MIT Press. Cambridge.
- Huttunen J (1997). Helsingin kaupungin terveysviraston asiantuntijatarkastus.
- Huttunen J ja Hänninen E (1996): Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä. Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvitystehtävän loppuraportti. Helsinki.
- Hänninen S, Iivari J ja Lehto J (1995): Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-alkuvuosina. *Stakes raportteja*, 182, Helsinki.
- Hänninen E ja Huttunen J (1996): Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä. Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvitystehtävä. Loppuraportti. Uudenmaan lääninhallitus, Helsinki.
- Hyppönen H (2004): Tekniikka kehittyväkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittymisestä teknologiahankkeessa. *Stakes tutkimuksia* 134, Gummerus, Saarijärvi.
- Hyysalo S (2000): Yhteistyö ja ajallisuus. Pet-merkkiaineiden tuotekehityksessä. *Historian laitoksen julkaisuja* no: 56, Turku.
- Hyysalo S (2004): *Uses of Innovation: Wristcare in the Practices of Engineers and Elderly*. University of Helsinki, Department of Education. Helsinki University Press, Helsinki.
- Ikonen RS (1988) Lastentautien muuttunut kuva ja lastensairaalan rooli. *Kunnallislääkäri* 4:33 – 34
- Iimonen K ja Jokinen K (2002): Luottamus modernissa maailmassa. *Jyväskylän yliopisto*. SoPhi, Jyväskylä.
- Itkonen P (1997a): Terveydenhuollon alueellinen yhteistyö hierarkioista verkostoihin. *Sairaala* 60:10–12.
- Itkonen P (1997b): Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellinen yhteistyö: mallin kehittäminen ja soveltavuuden arviointi. *Kuopion yliopiston julkaisuja E, yhteiskuntatieteet* 47, Kuopio.
- Jacobs LGH and Pringle MA (1990): Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. *British Medical Journal* 301:470–473.
- Jensen UJ (1987): *Practice and Progress. A Theory for the Modern Health-Care System*. Blackwell: Oxford.
- Johansson J-E (1998): *Relation in-Between*. Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tdk. Lisensiaattitutkimus, Helsinki.
- Jorvin sairaanhoitoalueen hoitoketjut – potilaan parhaaksi, potilaan ehdoilla (1998): *Lehdistötiedote* 14.1.1998.

- Jämsen R ja Pekurinen M (2003) Terveysthuollon 1990-luvun uudistusajan tulokset. Suomen lääkirilehti 58:9:1067–1070.
- Järvinen A (1953): Potilasosastojen riippukansioarkisto. Sairaala 16:34–36.
- Järvinen K (1966): Huomispäivän sairaalapoliklinikka. Sairaala 29:327–329.
- Kallio S (1965): Kansanterveysyö –työtä kansan terveyden hyväksi. Sairaala 28:746–751.
- Kansanterveyslaki 1972/66.
- Karma P (1999): Hoitosuositukset ja hoitoketjut – parempaan laatuun kohtuu hintaan. Käytännön lääkäri 42:170–173.
- Karjalainen V (1996): Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes tutkimuksia 68, Gummerus, Jyväskylä.
- Kauttu K ja Kosonen T (toim.) (1985): Suomen lääkiriliitto 1910–1985. Gummerus, Jyväskylä.
- Keinänen-Kiukaanniemi S (1989): Mitä hyötyä hoidon jatkuvuudesta? Kunnallislääkirilehti 5:11–15.
- Kekki P (1982): Potilashoidon jatkuvuus ja koordinaatio terveyskeskuksessa. Suomen lääkirilehti 37:2108–2112.
- Kekki P (1985) Perusterveydenhuollon tehokkuus: hoidon jatkuvuuden käsitteistö, määritelmät ja mittaaminen kolmessa maassa. Yleislääketieteen laitos 3. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Kerosuo H (2003): 'Auctioned Orphans' Learning from patients experiences for homelessness and abandonment in health care provision. 3rd International Management Studies Conference and Inclusivity: Opening the Agenda. 7–9 July. Conference Proceedings.
- Ketola E, Mäkelä J, Hagman E ja Kupiainen O (2001): Yleislääkärinkonsulttitoiminta Helsingissä. Suomen lääkirilehti 56:1297–1301.
- Kivinen M (1987): Parempien piirien ihmisiä: näkökulma uusiin keskiluokkiin. Tutkijaliiton julkaisusarja 46, Gummerus, Jyväskylä.
- Kokko S (1990): Taudista sairauteen: Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua. Hanki ja Jää, Helsinki.
- Kokko S ja Junnila S (1993): Yleislääkäri terveydenhuollon porrastuksen avaintoimijana. Duodecim 109:1115–1119
- Kokko S (2002): Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, s. 48–59. Toim. P Heikkilä. Stakes, raportteja 268, Gummerus, Saarijärvi.
- Kokkonen P (1998): Siirtykö vastuu potilaasta konsultoivalle lääkirille. Duodecim 104:281–282.
- Konttinen M (2004): Kohti näyttöön perustuvaa kansallista terveydenhuoltoa. Suomen lääkirilehti 59:2519–2517.
- Koponen P, Pellinen S, Voutilainen S ja Liukko M (1993): Käsityksiä väestövastuusta. Kirjassa: VPK väestövastuun perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992, s. 21–30. Toim. S Aro ja M Liukko. Stakes raportteja 105, Gummerus, Jyväskylä.
- Kortteinen M (1992): Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hanki ja Jää oy. Karisto, Hämeenlinna.
- Korppi-Tommola A (toim.) (1991): Hallman Niilo: Elämäntyönä lapset. Reallmed, Klaukkala.
- Koskimies J (1999): Sairaalatietojärjestelmien historiaa. Kirjassa: Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, s. 63–85. Toim. K Saranto ja M Korpela. WSOY, Porvoo.
- Kratz CR (1988): Hoitotyön prosessi. WSOY, Juva.
- Kusch M (1993): Tiedon kentät ja kerrostumat –Michel Foucault'n tieteentutkimuksen lähtökohdat. Suomentanut Hakosalo H. Kustannus pohjoinen, Oulu.
- Kupiainen O (1993a): Kokemukset väestövastuusta myönteisiä. Sairaala 8: 6–8.
- Kupiainen O (1993b): Hoidon jatkuvuus käsitteiden tarkastelu. Helsingin yliopisto Yleislääketieteen laitos, sarjajulkaisu 1, Helsinki
- Kupiainen O, Hagman E, Ketola E, Mäkelä J ja Sumuvuori H (2000): Yleislääkärinkonsulttikokeilu (terveyskeskusprojekti). Helsingin terveysviraston raportteja 2000:10, Helsinki.
- Kvale S (1995): The Social Construction of Validity. Qualitative Inquiry 1:19–40.
- Kärjä J ja Takala J (1996): Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö Pohjois-Savon sairaan-hoitopiiriin alueella. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja no: 36. Kuopion yliopistollinen keskussairaala, Kuopio.

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 1225/2003.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.
- Larsson S (1993): Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik* 13:19–211.
- Launis K (1996): Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. *Stakes tutkimuksia* 50, Gummerus, Saarijärvi.
- Launis V (1995): Lääketieteen etiikan kysymyksiä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32:56
- Lave J ja Wenger E (1991): *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press, New York.
- Lehto J (1991): Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkäreiden, poliisien ja sosiaalityöntekijöiden juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuen professionaalisuusodotusten vaikutuksista. *Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia* 1. Vapokustannus, Helsinki.
- Lehto J (2000): Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Kirjassa *Hyvinvointi-valtion palveluketjut*, s. 33–48. Toim. S Nouko-Juvonen, P Ruotsalainen ja I Kiikkala. Tammi, Helsinki.
- Lehto J (2004): Terveystieteiden politiikkaa uusilla säännöillä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 10: 237–244.
- Lehtonen H (1990): *Yhteisö*. Vastapaino, Gummerus, Jyväskylä.
- Leontjev (1977): *Activity and Consciousness*. Progress, Moscow.
- Leontjev (1978): *Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus*. Kansankulttuuri, Helsinki.
- Light D (1993): Countervailing powers: the changing character of the medical profession in the United States. In: *The Changing character of the medical profession*, pp. 69–80. Eds. F Hafferty and J McKinley. Oxford University Press, New York.
- Liikanen H ja Virtanen K (2002): Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saumattomia palveluketjuja kehittämässä. Teoksessa: *Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi*. Toim. J Ohtonen. *FinOHTAn raportti* 21/2002. Stakes, Gummerus, Saarijärvi.
- Lillrank A (1998): Living one day at time. Parental Dilemmas of Managing the Experience and the Care of Childhood Cancer. *Research Reports* 89, Stakes, Helsinki.
- Linden A (2001): Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon fuusio, yhteistoiminta vai kilpailu. *Suomen Lääkärilehti* 56:1773–1777.
- Linden T (1998): Hoidon porrastus ja terveyskeskuksissa järjestetyt erikoislääkäripalvelut. *Suomen kuntaliitto*, Helsinki.
- Linnakko E (1977): Tuntematon poistoilmoitustiedosto. *Sairaalaliitto tiedottaa* 4:33–34.
- Liptak GS and Renewell GM (1989): Community Physicians role in case management of children with chronic illnesses. *Pediatrics* 84:465–471.
- Loustaunau MO and Sobo EJ (1997): *Cultural Context of health, illness and medicine*. Bergin and Garvey, London.
- Lääkintöhallituksen yleiskirje (1976/21.11.1990)
- Lääkärin etiikka (2000): Suomen lääkäriliiton internet-sivut www.laakariliitto.fi.
- Lääkärinä lasten ja nuorten sairaalassa (1997): HYKS lasten ja nuorten sairaalan toimintaohje.
- Maggs-Rapport F, Kinnersley P and Owen P (1998): In-house referral: Changing general practitioners' role in the referral of patients to secondary care. *Social Science and Medicine* 46: 131–136.
- Manninen T (1998): Pohjoisen Suomen sairaanhoidon historia. Gummerus, Jyväskylä.
- Marx K (1974): Pääoma: kansantaloustieteen arvostelua. 1.osa: Ensimmäinen kirja: pääoman tuotantoprosessi. Edistys, Moskova.
- May C and Mead N (1999): Patient-centredness: a history. In: *General Practice and Ethics. Uncertainty and Responsibility*, pp. 76–90. Eds. C Dowrick and L Frith. Routledge, London and New York.
- Maturana R (1989): Reality: The Search for Objectivity or the Quest for a Compelling Argument. *The Irish Journal of Psychology. A Special Issue* 9:25–82.
- Mattila T (1990): Sairaanhoitopiirien uudistus – tehokkuutta ja taloudellisuutta sairaaloiden toimintaan. *Sairaala* 53:6–8.
- McAllister A (1993): To Capture of Process: Hierarchical-Sequential Representations of Computer-Based Activity. *The Quarterly Newsletter of the laboratory of Comparative Human Cognition* 15:133–141.

- Mead GH (1934): *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago University Press, Chicago and London.
- Miettinen R (1993): *Oppitunnista oppimistoimintaan. Tutkimus opetuksen ja opettajakoulutuksen kehittämisestä*. Gaudeamus, Tampere.
- Miettinen R, Hyysalo S, Lehenkari J ja Hasu M (toim.) (2003): *Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa*. Gummerus oy, Saarijärvi.
- Miettinen S, Sinkkonen S ja Kinnunen J (1993): *Erikoissairaanhoidon hallinnon muutos ja hallinnon käyttökustannukset Suomessa 1987 – 1991*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 5, Kuopio.
- Mishler EG (1984): *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex, Norwood New Jersey.
- Misztal B (1996): *Trust in Modern Societies*. Blackwell, Oxford.
- Moilanen J (1999): *Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon "Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut" -projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999*. Etelä-Suomen lääninhallituksen, Helsinki.
- Moilanen J (2000): *LIITEOSA: Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon "Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut" -projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999*. Etelä-Suomen lääninhallituksen, Helsinki.
- Myllykangas M, Ryyänen O-P ja Ruohonen P (1998): *Terveydenhuollon porrastus on säilytettävä*. Sairaala 61: 12–14.
- Myllykoski K (1985): *Kansanterveyslaki 1972: kansanterveystyön organisaatio*. Suomen Lääkärilehti 40:917–921.
- Määttä P (1999): *Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt*. Gummerus, Helsinki.
- Nardi B, Whittaker S and Schwarz H (2002): *NetWORKers and their Activity in Intensional Networks. Computer Supported Cooperative Work 11:205–242*.
- Newton J, Eccles M and Hutchinson A (1992): *Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?* British Medical Journal 304:821–4.
- Nikkilä J (1998): *Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 98:1*, Helsinki.
- Noddings N (1984): *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press, Berkeley.
- Numminen I (toim.) (1987): *Arvo Ylpön vuosisata*. WSOY, Porvoo.
- Nutting PA, Franks P and Clancy CM (1992): *Referral and Consultation in Primary Care: Do We Understand What We're Doing?* The Journal of Family Care 35:21–23.
- Nuutinen M (2000): *Hoitoketju*. Duodecim 116:1821–1828.
- Ohela K (1967): *Voidaanko avohoitoa tehostaa?* Sairaala 30:432–433.
- Ohtonen J (toim.) (2002) *Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi*. FinOHTAn raportti 21/2002. Stakes, Gummerus, Saarijärvi.
- Overland J, Mira M and Yue DK (1999): *Diabetes management: shared care or shared neglect*. Diabetes Res Clin Pract 44:123–128.
- Parkkonen L ja Sinkari J (1996): *Pienten puolesta. Lastenlinna 75 vuotta*. Uniacta, Helsinki.
- Peijas-Rekolan sairaalarakennus valmistuu pääradan varrelle Vantaalle (1989): *Sairaala 52:50–53*.
- Pelttari P (1997) *Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset*. Stakes tutkimuksia 80, Gummerus, Jyväskylä.
- Perusterveydenhuolto ja sairaala* (1980): *Sairaala 43:279*.
- Peräkylä A (1995): *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Pesonen E (2004): *Yhteistyötä ja kollegiaalisuutta*. Nuorilääkäri 41:26–27.
- Pesonen N (1960): *Sairainsijatarpeesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä toimenpiteistä sairaaloihin kohdistuvan potilaspaineen helpottamiseksi*. Sairaala 23:11–14.
- Pesonen N (1964): *Terveydenhuolto yhteiskuntasuunnittelussa*. Sairaala 27:572–575.

- Pesonen N (1980): Terveiden puolesta -sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800 – ja 1900-luvulla. WSOY, Porvoo.
- Pilisuk M and Hillier-Parks S (1986): *The Healing Web. Social Networks and Human Survival.* University press of New England. Hanover.
- Polanyi M (1967): *The Tacit Dimension.* Doubleday, New York.
- Powell WW (1990): Neither market nor hierarchy. *Research in organizational Behaviour* 12:295–336.
- Pritchard P and Pritchard J (1992): *Developing Teamwork in Primary Health Care. A Practical Workbook.* Practical Guides for General Practice 15. Oxford Medical Publications, Oxford.
- Punnonen H (1974): Sairaanhoidon alueellisesta suunnittelusta. *Sairaala* 37:184–189.
- Puro K (1989): Perusterveydenhuollossa ongelmia. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 83:3:4–7.
- Pyörälä E (2000): *Interaction in Dietary Counselling of Diabetic Children and Adolescents.* University of Helsinki, Department of Public Health 173. Helsinki University Press, Helsinki.
- Pyörälä E (2003): Aina se alkaa huolehtia – lapsen, nuoret ja äidit diabeetikkojen ravitsemusneuvonnassa. Teoksessa: *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*, s. 290–307. Toim. M-L Honkasalo, I Kangas ja U Seppälä. Tietolipas, Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.
- Pöyry P ja Perälä M-L (2003) *Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palvelujen saumakohdissa.* Stakes, aiheita 18, Helsinki.
- Ranta J (1999). *Osittuneisuudesta hoidon jatkuvuuteen – esimerkki toimintojen yhdistämisestä muutoslaboratorion avulla.* Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, s. 108–137. Toim. R Simoila, R Kangas ja R Jouko. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Rantalaiho L (1988): *Naistutkimuksen metodologiasta.* Kirjassa *Akanvirtaan*, s. 28–54. Toim. P Setälä ja H Kurki. Yliopistopaino, Helsinki.
- Rantasalo V (1982) *Helsingin kulkutautisairaala Auran sairaala.* Helsingin lääkirilehti 2: 23–32.
- Raunio K (1999): *Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt.* Gaudeamus, Helsinki.
- Raunio P (2003) *Tietotyön malli koulun kehittämisessä. Muutoksen esteet, edellytykset ja mahdollisuudet opettajien puheessa. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Tutkimusraportteja 7.* Helsinki.
- Reder S (1993): *Watching flowers grow: Polycontextuality of heterocronity of work.* The Quarterly Newsletter of the laboratory of Comparative Human Kognition 15:116–124.
- Remes S (1995): *Lasten astman yleisyys.* Kirjassa *Allergiatutkimussäätiön 26. vuosikirja*, s. 60–61. Toim. T Haahtela. Allergiatutkimussäätiö, Loimaa.
- Reynolds GA, Chitnis JG and Roland MO (1991): *General practitioner outpatient referrals: do good doctors refer more patients to hospital?* *Brittish Medical Journal* 302:1250–1252.
- Rimpelä M ja Ollila E (toim.) (2004): *Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen.* Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Aiheita 8/2004, Stakes, Helsinki.
- Rintala T (1995): *Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946 – 1991.* Stakes tutkimuksia 54, Gummerus, Saarijärvi.
- Rogers ME and Agarwala-Rogers R (1976): *Communication in Organizations.* The Free Press, London.
- Rokka S (1981): *Kansanterveystyön ja sairaalalaitosten toiminnan suunnittelun yhteensovittaminen.* *Sairaala* 44:46–49.
- Roland M (1992a): *Communication between GP's and specialists.* *Hospital Referrals*, pp. 108–122. Eds. M Roland and A Coulter. Oxford General Practice Series 22. Oxford University Press, Oxford.
- Roland M (1992b): *Measuring Appropriateness of hospital referrals.* In: *Hospital Referrals*, pp. 136–147. Eds. M Roland and A Coulter. Oxford General Practice Series 22. Oxford University Press, Oxford.
- Roland M (1992c): *Measuring referral rates.* *Hospital Referrals*, pp. 62–75. Eds. M Roland and A Coulter. Oxford General Practice Series 22. Oxford University Press, Oxford.
- Roland M and Coulter A (eds.) (1992): *Hospital Referrals.* Oxford General Practice Series 22. Oxford University Press, Oxford.
- Roulidis ZC and Schulman KA (1994): *Physician Communication in Managed Care Organizations: Opinions of Primary Care Physicians.* *The Journal of Family Practice* 39:446–451

- Räikkä J (1995): Etiikka ja ammattietiikka. Kirjassa: Hyvä ammattilainen: johdatus ammatti-etikkaan, s. 7–26. Toim. J Räikkä, J Kotkavirta ja Sajama. Painatuskeskus, Helsinki.
- Saarelma O ja Kokkinen-Jussila M (1993): Terveyskeskuksen yhteistoimintaverkkojen analysointi. Kirjassa: Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin, s. 153–196. Toim. R Simoila, A Harlamov, K Launis, Y Engeström, O Saarelma ja M Kokkinen-Jussila. Stakes raportteja 80. Gummerus, Jyväskylä.
- Saarelma O (1999): Perusterveydenhuollon tiedonhallinnan historiaa. Kirjassa: Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, s. 46–62. Toim. K Saranto ja M Korpela. WSOY, Porvoo.
- Saarenheimo M (1956): Sairaalalaitoksestamme ja sen tilasta Ruotsin vallan aikana. Sairaala 19:232–235.
- Saarenheimo M (1958): Sairaalalaitoksemme oloista 1810-luvulla. Sairaala 21:566–568.
- Saaren-Seppälä T (2004): Kehittävä auditointi Helsingin terveyskeskuksessa. Loppuraportti Pegasos-potilastietojärjestelmään siirtymisestä ja toiminnan muutoksista. Helsingin terveysviraston raportteja, Helsinki.
- Saari E (2003): The Pulse of Change in Research Work: a Study of Learning and Development in a Research Group. University of Helsinki, Department of Education. Helsinki University Press, Helsinki.
- Sachs P (1993): Shadows in the soup: conceptions of work and nature of evidence. The Quarterly Newsletter of the laboratory of Comparative Human Cognition 15:125–132.
- Sairaalan osuus kansanterveystyössä (1957): Sairaala 20:305–306
- Sairaalalaki 1956
- Sairaalaliitto 1980: julkaisuja 2.
- Sairaalaliitto tiedottaa (1991): Väestövastuukokeilusta myönteisiä tuloksia 2:9–10.
- Seikkula J (1991): Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylän yliopisto. Studies in education, psychology and social research 80, Jyväskylä.
- Seligman A (2001) Luottamuksen ongelma. Kirjassa: Sosiaalinen pääoma ja luottamus, s. 39–54. SoPhi, Jyväskylä.
- Seppälä U (2003): Vanhemmat lapsen sairauden kokijoina ja kokemuksen tulkitsijoina. Teoksessa: Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen, s. 167–191. Toim. M-L Honkasalo, I Kangas ja U Seppälä. Tietolipas 189, Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Shortell SM (1976): Continuity of medical care: conceptualization and Measurement. Medical Care 14:377–391.
- Silverman D (1987): Communication and Medical Practice. Social relations in the Clinic. Sage, Bristol.
- Simoila R (1989): Väestövastuinen terveydenhoitajatyö. Lääkintöhallituksen julkaisuja 137, Helsinki.
- Simoila R (1994): Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 48, Gummerus, Jyväskylä.
- Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saarelma O ja Kokkinen-Jussila M (1993): Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Stakes raportteja 80, Gummerus, Jyväskylä.
- Sinkkonen S ja Nikkilä J (1988): Suomen terveydenhuollon hallinto. WSOY, Juva.
- Sorvettula M (1989): Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki.
- Stelling J and Bucher R (1972): Autonomy and Monitoring on Hospital Wards. The Sociological Quarterly 13:431–446.
- STM (1998:2): Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2. (Paavilainen, Pietikäinen, Telaranta). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimivuus. Helsinki.
- STM (1998:8): Sosiaali- ja terveyden tietotekniikan hyödyntäminen. Osa 1. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 8, Helsinki.
- STM (1998:14): Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamistyöryhmän (PUERTO) muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 14, Helsinki.
- STM (2003:4): Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin selvityshankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 4, Helsinki.

- STM (2003:18) Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien hallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 18, Helsinki.
- Strauss A (1978a): A Social World Perspective. *Studies in Symbolic Interaction* 1:119 – 128.
- Strauss A (1978b) *Negotiations Varieties, Contexts, Processes and Social Order*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, Washington, London.
- Strauss A L (1993) *Continual Permutations of Action*. New York.
- Strauss A and Corbin J (1994) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publ. London.
- Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R and Sabshin M (1963): The Hospital and its Negotiated Order. In: *The Hospital in Modern Society*, pp. 147–169. Ed. E Freidson. Free Press, New York.
- Strauss A, Fagerhaug S, Suczek B and Wiener C (1985): *Social Organization of Medical Work*. University Press of Chicago, Chicago.
- Strong PM (1979) *The Ceremonial Order of the Clinic. Parents, Doctors and Medical bureaucracies*. Routledge ja Kegan Paul, London.
- Strong PM (1988): Minor Courtesies and Macro Structures. In: *Erving Goffman: Exploring the Interaction Order*, pp. 228–244. Eds. P Drew and A Wootton. Polity Press, Cambridge.
- Suljetun ja avoimen sairaanhoidon keskinäisten suhteiden kehittämisestä (1957): *Sairaala* 20:308–312
- Suomen lääkäriliitto (1999): *Lääkäri ja laatu*. Forssan kirjapaino oy. Forssa.
- Suoranta J ja Eskola J (1996): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Takala J (1990): Hyvä yleislääkäri ja kehittyvä perusterveydenhuolto –haaste yliopistolle. *Sairaala* 2:16–18.
- Temkin-Greener H (1983): Interprofessional perspectives on teamwork in health care: a case study. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 61:4:641–658.
- Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa (1993). Sairaalaliitto, Vantaa.
- Tervo T (1989): Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. *Sairaala* 52:14–17.
- Tervo T ja Räsänen R (1993): Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö. *Duodecim* 109:1188–1195.
- Tienari P (1988): Siirtyykö vastuu potilaasta konsultoivalle lääkärille? *Duodecim* 104:213–214.
- Toikka K ja Kuivalainen R (1993): Häiriöt kehitysmahdollisuutena. Tekniikan organisaation ja työtavan kehitys joustavassa valmistusjärjestelmässä. *Metalliteollisuudenliitto*, Helsinki.
- Toivanen AT (1997): Sairaalaan lähettäminen. Perusterveydenhuollon lähetekäytännön kuvaus ja analyysi Harjavallan päivystysalueella eri lääkiryhmien arvioimana. Turun yliopiston julkaisuja C 125, Turku.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A (1985): *Meetings between experts: An approach to Sharing ideas In Medical Consultations*. Tavistock, London and New York.
- Tuomola S (1997): *Sairaala* 60:8–10.
- Turunen A (1998): Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa. Muutokset sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla. *Kuopion yliopiston julkaisuja D, lääketiede* 152, Kuopio.
- Tuomilehto J, Karvonen M, Pitkaniemi J, Virtala E, Kohtamäki K, Toivanen L and Tuomilehto-Wolf E (1999): The Finnish Childhood Type 1 Diabetes Registry Group. Record-high incidence of Type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in Finnish Children. *Diabetologia* 42: 655–660.
- Tuomisto L, Puolijoki H ja Keistinen T (2001) Astmapotilaan seuranta. Kuka seuraa vai seuraako kukaan? *Suomen Lääkärilehti* 56:3555–3559.
- Tuuteri L (1993): Sata vuotta lasten sairaalahoitoa. Helsingin Lastenkliniikka 1893–1993. Otava, Keuruu.
- Töttö P (1996): Émile Durkheim – kaikki on sosiaalista. Teoksessa: *Sosiologian klassikot*, s. 173–212. Toim. J Gronow, A Noro ja PTöttö. Gaudeamus, Tampere.
- Uudenmaan sairaanhoitopiiri (1998): Suositus hoitoketjujen toteuttamiseksi. Uudenmaan sairaanhoitopiirin laadunkehittämisryhmä. Helsinki.
- Vanhempien vastuu ja lapsen hoito sairaalassa (1987): *Suomen lääkärilehti* 42:415–416.
- Vehviläinen A (1996): *Consulting and Referral Patterns among General Practitioners in Finland*. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 114, Kuopio.

- Vehviläinen A, Kumpusalo E, Vohlonen I ja Takala J (1999): Lääkäreiden lähetekäytäntö yksityisellä ja julkisella sektorilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36:115–123.
- Wertsch JV (2003): *Voices of Collective Remembering*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Viitanen E, Wiili-Peltola E ja Lehto J (2002): Osastonlääkäri lähiesimiehenä. "Enemmän tämmönen seniorikonsultti". *Suomen Lääkärilehti* 57:3755–3757.
- Virkkunen J, Engeström Y, Pihlaja J ja Helle M (1999): Muutoslaboratorio uusia tapa oppia ja kehittää työtä. Työministeriö. Kansallisen työelämän kehittämissohjelman raportteja 6, Helsinki.
- Vohlonen I (1988): Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. *Lääkintöhallituksen julkaisuja* 50, Helsinki.
- Wrede S (2000): Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Kirjassa *Terveys-sosiologian suuntauksia*, s. 189–205. Toim. I Kangas, S Karvonen ja A Lillrank. Gaudeamus, Helsinki.
- Vuorela P (1982): Jatkuvan sairauskertomuksen kehittämistarpeet. *Sairaalaliitto tiedottaa* 4:13–14 (8.10.1982).
- Vuori J (1994): Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. *Ankkurikustannus*, Vaasa.
- Vuori H (1979): Lääketieteen historia sosiaalishistoriallinen näkökulma. Gummerus, Helsinki.
- Vygotsky LS (1978): *Mind in Society. The Psychology of higher mental functions*. Harvard University Press, Cambridge.
- Väestövastuujärjestelmän ongelmat (2003): *Suomen lääkäri-lehti* 58:3346–3347.
- Vähäaho T (1995): Ammatillisen kamppailun kenttä: sairaalan professionaaliset ammattikäytännöt interaktionistisesta näkökulmasta. Sosiologian pro-gradu tutkielma. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Vähäaho T (1999): *Boundary Crossing in Children's Health Care. Negotiations Between General and Special Practice in Medicine*. Working Papers no:17. University of Helsinki, Department of Education, Center for Activity Theory and Developmental Work Research.
- Vähäaho T (2001a): Miksi tieto ei terveydenhuollossa kulje? *Suomen Lääkärilehti* 56:3071–3077.
- Vähäaho T (2001b): Vastuu pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66:523–536.
- Vähäaho T (2002): Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Kirjassa *Asiantuntijoiden areenat*, s. 59–80. Toim. I Pirttilä ja S Eriksson. SoPhi, Jyväskylä.
- Yliopistollisen keskussairaalan vaikutus Helsingin kaupungin sairaaloihin (1958): *Sairaala* 21:247–249.
- Zanger D (2002): Collaboration as an Activity. Coordinating with Pseudo-Collective Objects. *Computer Supported Cooperative Work* 11: 181–204.

Www-aineistot

www.hus.fi

www.helsinki.fi

Altio-Marjosola I (1999): Tutkimuksen toteuttaminen ja sen kriittiset kohdat case-metodologiassa [www-aineisto],

<http://www.metodix.com/harri/metodit/iiris2/ominaispiirteet.htm>

Anttila P (1999) Tutkimuksen luotetta vuoden kriteerit. [www-aineisto]

http://www.metodix.com/metodi/pirkko/tutkimuksen_luotettavuuden_kriteerit.htm

Nykänen P (2002) Makropilotin tietoteknologian arviointi. *Stakes verkkojulkaisu* 23.10.2002.

Siitonen J (2004): Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Luku 3. Tutkimuksen metodologiana Grounded Theory. [www-aineisto]. <http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/html/c229.html>

STM (2004): Valtakunnalliset linjaukset lisäävät potilasturvallisuutta. Peruspalveluministeri Liisa Hyssälä, puhe 19/2004. www.stm.fi/resource.phx/publishing_documents/1364.

Julkaisemattomat lähteet:

Auroran sairaalan moniste-esitys uudelle työntekijälle 1996

Helsingin sairaanhoitopiirin ja HYKS:n välinen työnjako lasten somaattisessa erikoissairaanhoidossa (1995)

HYKS, Lasten ja nuorten sairaalan kirje Helsingin kaupungin terveystalolle 25.3.1998

Lääkärinä Lasten ja nuorten sairaalassa 1997. (opas ja toimintaohje)

Miettinen R (julkaisematon käsikirjoitus): Epistemic objects, artefacts and the development of organizational capabilities.

Terveyslautakunnan esityslista 22.10.1996

Lastensairaala-projektissa julkaistu 15.9.2004 mennessä

Engeström Y, Engeström R, Vähäaho T (1999): When The Center Doesn't Hold: Importance of Knotworking, pp. 345 – 374. In: Activity Theory and Social Practice. Eds. Chaiklin S, Hedegaard M, Juul Jensen U. Aarhus University Press, Aarhus.

Engeström Y (1999): Expansive visibilization of work: An Activity-theoretical perspective. Computer Supported Cooperative Work 8:63–93.

Engeström Y (2000): From individual action to collective activity and back: developmental work research as an interventionist methodology. pp. 150–166. Workplace studies: recovering work practice and informing system design.: Cambridge University Press, Cambridge.

Engeström Y (2000): Activity theory as a framework for analyzing and resigning work. Ergonomics 43:960–974.

Engeström Y (2001): Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization. Journal of Education and Work 14:129–152.

Engeström Y (2001): Making Expansive decisions. An Activity-theoretical study of practitioners building collaborative medical care for children. In C.M. Allwood ja M.Selart (toim.) Decision making: sosial and creative dimensions. Dordrecht, Kluwer.

Engeström Y (2001): Making Expansive Decisions: An Activity Theoretical Study of Practitioners Building Collaborative Medical Care for Children, pp. 281–301. In: Decision Making Social and Creative Dimensions. Eds. Allwood CM, Selart M. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London.

Vähäaho T (1999): Boundary Crossing in Children's Health Care. Negotiations Between General and Special Practice in Medicine. Working Papers no: 17. University of Helsinki, Department of Education, Center for Activity Theory and Developmental Work Research.

Vähäaho T (2001a): Vastuu pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 66:523–536.

Vähäaho T (2001): Miksi tieto ei terveydenhuollossa kulje? Suomen Lääkärilehti 56:3071–3077.

Vähäaho T (2002): Asiantuntijuus ja rajanylitykset, s. 59–80. Kirjassa Asiantuntijoiden areenat. Toim. Pirttilä I ja Eriksson S. SoPhi, Jyväskylä.

LIITE 1. Haastattelukysymysten runko

Lapsen vanhemmille

1. Mistä kaikki alkoi, miten tulitte Lastensairaalan potilaaksi?
2. Mitä lapsenne nyt sairastaa, diagnoosit?
3. Kuinka usein käytte sairaalassa ja keitä hoiton osallistuu?
4. Onko ollut päivystyskäyntejä tai osastohoitojaksoja?
5. Mitä käanneillä yleensä tapahtuu?
6. Miten viime käynti meni?
7. Onko ollut jotain, joka on tuntunut kummalliselta tai turhautavalta?
8. Onko tieto kulkenut hoitopaikan sisällä?
9. Missä muualla lastanne on hoidettu?
10. Millaisissa asioissa?
11. Mitä terveyskeskuslääkäri/neuvolalääkäri ja terveydenhoitaja tietää lapsenne tilanteesta?
12. Onko tieto kulkenut hoitotahojen välillä?
13. Kenellä on mielestäsi vastuu lapsenne asiassa?
14. Miten kotihoito sujuu?
15. Mitä hoidosta on sovittu tästä eteenpäin?

Ammattilaisille

1. Kuinka (lapsen nimi) on tullut potilaaksesi?
2. Mitä diagnooseja tiedät hänellä olevan?
3. Kuinka usein käynyt hoidossa (sairauskertomukset olivat haastateltavan apuna) ja minkä vuoksi?
4. Missä muualla lasta hoidetaan?
5. Mitä mieltä olet tiedonkulusta hoitopaikkojen välillä?
6. Oletko lähettänyt tai vastaanottanut tietoa?
7. Kenellä on mielestäsi vastuu lapsen asiassa?
8. Miten kotihoito mielestäsi sujuu?
9. Mitä sovittu tästä eteenpäin?

Lisäkysymykset edellisiin, kun hoitosopimus tuli käyttöön

1. Oletko kuullut hoitosopimuksesta ja mitä mieltä olet ideasta?
2. Oletko osallistunut tekemiseen?
3. Oletko kommentoinut, kysynyt, ollut yhteydessä johonkin hoidon osapuoleen hoitosopimukseen liittyen?
4. Jos, et milloin kommentoisit tai ottaisit yhteyttä? (jos kyllä haastateltavat kertoivat omaaloitteisesti asiasta)
5. Tuleeko kysymyksiä, kun potilas tulee seuraavalle käynnille (ammattilaisten kysymys)?

Haastateltavat kertoivat puheessaan monet asioista oma-aloitteisesti aikaisemman kysymyksen jatkoksi, jolloin suoraa kysymystä ei esitetty.

(1-3/99) Liite 2.

HYKS

- Lns. Lastenklinnikka, PL 281, 00029 HYKS
 Lns. Lastenlinna, PL 280, 00029 HYKS
 Iho- ja Allergiasairaala, PL 160, 00029 HYKS

(leima tai sair./terv.k./terv.as. nimi)

- sairaalan lastenyksikkö
 terveyskeskus
 terveysasema

**HOITOSOPIMUS
JA SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN**

Hoitosopimus on voimassa

saakka

Potilaan nimi, henkilötunnus ja diagnoosi

HYKS
täyttää

Hyksin osuus jatkohoidossa

Aluesairaalan osuus

Terveyskeskuksen osuus

Pvm. Vastuulääkärin allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

Pvm. Vastuuhoitajan allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

Potilas/
huoltaja/
holhooja
täyttää

Minulle/meille on kerrottu hoitosopimuskäytännöstä ja hyväksyn/hyväksymme yllä esitetyn jatkohoidon työnjaon. Samalla annan/annamme alla rastitetut luvat itseäni/lastani/holhottavaani koskevien potilasasiakirjatietojen luovuttamiseen hoitosopimusta ja hoitopalautetta varten.

Hoitosopimusta varten

kyllä ei

- aluesairaalalle
 omalääkärille - omalle terveydenhoitajalle
 neuvolaan
 kouluterveydenhuoltoon
 yksityislääkärille, nimi

Hoitopalautetta varten

kyllä ei

- aluesairaalalle
 omalääkärille - omalle terveydenhoitajalle
 neuvolaan
 kouluterveydenhuoltoon
 yksityislääkärille, nimi

Pvm. Potilaan/hoitajan/holhoojan allekirjoitus

hyväksymme haluamme seuraavat muutokset:

Aluesairaala
täyttää ja
lähettää
terveys-
keskukselle
2 viikon
kuluessa

Pvm. Vastuulääkärin allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

Pvm. Vastuuhoitajan allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

hyväksymme haluamme seuraavat muutokset:

Terveys-
keskus
täyttää,
lähettää
kopiot ja
palauttaa
HYKS:lle
2 viikon
kuluessa

Pvm. Omalääkärin allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

Pvm. Oman terveydenhoitajan allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite

Terveyskeskusten, aluesairaaloiden lastenyksiköiden, sekä Hyks Lasten ja nuorten sairaalan (Lns) ja Iho- ja Allergiasairaalan lastenosaston (IAs)

HOITOSOPIMUSKÄYTÄNNÖN TOIMINTAOHJE

Hoitosopimus on uusi yhteinen lasten ja nuorten sairaanhoidon työväline. Sillä sovitaan potilaskohtaisesti yhdessä potilaan ja hänen huoltajiensa kanssa hoidon työn- ja vastuunjaosta sekä pitkäaikaishoidon kokonaishallinnasta. Tavoitteena on parantaa palvelua, vahvistaa perusterveydenhuollon osuutta ja lisätä hoitotahojen vuorovaikutusta.

1. Milloin hoitosopimus. Potilaasta, jonka Hyks-hoitosuhteen katsotaan tarpeelliseksi jatkua, laatii potilaan Hyks-vastuulääkäri (potilaan hoidosta Lns:ssa tai IAs:ssa vastaava erikoislääkäri) yhdessä vastuuhoitajan ja yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen huoltajiensa kanssa sopimusehdotuksen. Se tehdään heti kun potilaan jatko-ohjelma ja hoidon työnjako on määriteltävissä. Entuudestaan Hyks:n seurannassa olevien potilaiden hoidosta laaditaan sopimusehdotus seuraavan Hyks-käynnin yhteydessä, mikäli Hyks-seurannan jatkaminen on uudelleen kriittisesti tarkasteltuna tarpeellista. Ehdotus kirjataan erilliselle lomakkeelle.

2. Sopimukseen kuuluu

- työn- ja vastuunjako perussairauden/-ksien, sen/niiden akuuttien tilanteiden, sekä muiden akuuttien sairauksien hoidossa hoidon osapuolten (sairaalat, terveysasema, muut) välillä, ja
- potilaan ja hänen huoltajiensa, potilaan Hyks-vastuulääkärin ja -hoitajan, potilaan aluesairaala-vastuulääkärin ja -hoitajan sekä potilaan terveyskeskuksen omalääkärin ja oman terveydenhoitajan nimet, allekirjoitukset ja yhteystiedot.

3. Miten sopimus tehdään. Ehdotus esitetään potilaalle ja/tai huoltajille, ja heiltä pyydetään heiltä pyydetään allekirjoitukset sopimuslomakkeeseen ja samalla suostumus asiakirjojen lähettämiseen aluesairaalan lastenyksikölle ja terveyskeskukselle. Vastuulääkäri ja vastuuhoitaja allekirjoittavat ehdotuksen ja lisäävät yhteystietonsa. Sitten, jos luvat on saatu, toimitaan seuraavasti. Ehdotukseen liitetään sairauskertomuskopiona tiivistelmä potilaan sairaudesta ja hoitosuunnitelmasta. Hyks lähettää allekirjoitetun ehdotuksen aluesairaalaan, jossa potilaan vastuulääkäri ja vastuuhoitaja lisäävät yhteystietonsa sekä allekirjoittavat sopimuksen tai neuvottelevat sen muutoksesta potilaan Hyks-vastuulääkärin kanssa viimeistään 2 viikon kuluessa. Ehdotus lähetetään sitten terveyskeskukseen potilaan omalääkärille. Omalääkäri toimii potilaan kokonaishoidon koordinaattorina, ellei toisin sovita. Hän ja potilaan oma terveydenhoitaja tutustuvat ehdotukseen ja antavat palautteen viimeistään 4 viikon kuluessa ehdotuksen päiväyksestä, joko palauttamalla allekirjoittamansa sopimuksen tai neuvottelemalla muiden osapuolten kanssa muutoksesta. Tarvittaessa Hyks-vastuulääkäri ja vastuuhoitaja lähettävät uuden allekirjoittamansa ehdotuksen. Terveyskeskus lisää allekirjoitettuun sopimukseen yhteystietonsa, ottaa siitä kopiot aluesairaalan ja omaan sairauskertomukseensa, potilaan kotiin, neuvolaan tai kouluterveydenhuoltoon ja mahdolliselle yksityislääkärille, sekä palauttaa allekirjoitetun alkuperäiskappaleen sairauskertomukseen liitettäväksi Hyks:aan ja lähettää sanotut kopiot.

4. Kokonaishoidon koordinaattori seuraa hoitosopimuksen toteutumista. Hyks-hoitosuhteen jatkuessa Hyks lähettää saamallaan luvalla hoitopalautteen (sairauskertomuskopion) hoidon muille osapuolille sairaalahoitajakson jälkeen, yleensä päivystyskäynnin jälkeen, hoitosuhteensa päätyttyä ja seurannan jatkuessa vähintään kerran vuodessa. Aluesairaala tekee samoin. Myös terveysasema lähettää muille osapuolille kopion merkinnöistään jokaisen hoitajakson jälkeen ja samoin toivotaan mahdollisen yksityislääkärin tekävän. Sekä Hyks että aluesairaalat ja terveyskeskukset pitävät luetteloa tehdyistä hoitosopimuksista. Kukin osapuoli voi koordinaattorille ehdottaa sopimuksen muuttamista; koordinaattori tai vastuulääkäri lähettää silloin uuden sopimusehdotuksen.

5. Sekä Lns:aan että IAs:aan perustellusti jatkuvassa hoitosuhteessa olevasta potilaasta, sopivat hänen kummankin sairaalan vastuulääkärinsä yhteisymmärryksessä vastuuhoitajien, potilaan ja hänen huoltajiensa kanssa hoitosopimusehdotuksesta. Toinen vastuulääkäreistä vastaa ehdotuksen kirjaamisesta. Yhteinen, kaikkien mainittujen allekirjoittama ehdotus lähetetään kuten yllä. Molemmat sairaalat lähettävät ja saavat hoitopalautteet kuten yllä on esitetty.

(24.9.1999) LIITE 3.

SOPIJAT:

HELSINGIN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA

Lns. Lastenkliniikka, PL 281, 00029 HYKS

Lns. Lastenlinna, PL 280, 00029 HYKS

Iho- ja Allergiasairaala, PL 160, 00029 HYKS

Terveyskeskus/terveysasema/muu

ALUEELLINEN HOITOSUUNNITELMA

Hoitosuunnitelma on voimassa

saakka

Potilaan nimi, henkilötunnus ja diagnoosi

HYKS täyttää	Hoito HYKSissä	
	Hoito terveyskeskuksessa/terveysasemalla	
	Hoito muualla	
	Pvm.	Vastuulääkärin allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite
Terveyskeskus, terveysasema, muu täyttää, lähettää kopiot ja palauttaa HYKS:lle 2 viikon kuluessa	<input type="checkbox"/> hyväksymme <input type="checkbox"/> haluamme seuraavat muutokset:	
	Pvm.	Omalääkärin tai muun vastaavan lääkärin allekirjoitus, puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite
	Pvm.	Oman terveydenhoitajan tai muun vastaavan hoitajan allekirj., puhelin- ja telekopionumero, s-postiosoite
	Pvm.	Vastuulääkärin allekirjoitus
Hyks täyttää	<input type="checkbox"/> hyväksymme esitetyt muutokset	
	Pvm.	Vastuuhoidajan allekirjoitus

HYKS 40-756 382119

24.9.1999)

HOITOSUUNNITELMA

Käytännön toimintaohje 240999

1 Lääkäri tai sairaanhoitaja toteaa hoidon tai selvittelyjen jatkuvan erikoissairaanhoidossa. Hoitosuunnitelman tarve todetaan vastaanottokäynnillä ja hoitosuunnitelma laaditaan heti tai viimeistään toisella vastaanottokäynnillä.

2 Potilasta hoitava lääkäri (= vastuulääkäri) rakentaa ehdotuksen vastuunjaosta potilaan hoidossa tarkoituksenmukaiseksi ajaksi, esimerkiksi vuodeksi kerrallaan. Jos potilaan ongelma edellyttää määrävällein tapahtuvaa arviota koko somaattisen kasvun ajan, on hoitosuunnitelma viisasta laatia usean vuoden ajalle.

SISÄLTÖ Potilaan nimi ja diagnoosi
Hoito HYKS:ssä
Hoito terveyskeskuksessa/ terveysasemalla
Hoito muualla

- ◆ kuka vastaa kroonisen ongelman/ sairauden hoidosta
 - ◆ voidaanko kontrollikäyntejä toteuttaa terveysasemalla?
- ◆ kuka vastaa krooniseen ongelmaan liittyvien akuuttien ongelmien hoidosta?
- ◆ kuka vastaa muiden akuuttien ongelmien hoidosta?

3 Lääkäri kirjaa ehdotuksensa ja yhteystiedot (erikoissairaanhoidon lääkärin ja vastuusairaanhoitajan nimi ja puhelinnumero + fax + s-.posti) hoitosuunnitelmalomakkeelle.

4 Lääkäri esittelee hoitosuunnitelman vanhemmille vastaanoton yhteydessä ja keskustelee yhteistyön järjestämisestä terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon välillä.

5 Osastonsihteeri kirjaa suunnitelman luettelointiohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmään.

6 Osastonsihteeri postittaa hoitosuunnitelman, viimeisen sairaskertomusmerkinnän kopion ja kopion tietojen luovuttamista koskevasta lomakkeesta potilaan omalle terveysasemalle.

7 Omalääkäri täyttää hoitosuunnitelmalomakkeen terveyskeskusta koskevan osan, vastaa suunnitelman ja sairaskertomusmerkinnän kopioiden lähettämisestä (esim neuvola, kouluterveydenhuolto, mukaanlukien potilas/huoltajat) ja palauttaa lomakkeen vastuulääkärille.

8 Vastuulääkäri tarkastaa palautteen omalääkärin palautettua suunnitelman.

9 Osastonsihteeri kirjaa vahvistamispäivämäärän hoitosuunnitelmaluetteloön (ks luettelointiohje).

10 Hoitosuunnitelma liitetään potilaan sairaskertomuksen.

11 Terveyskeskuslääkäri/ yksityislääkäri lähettää hoitosuunnitelman mukaisesta tai siihen vaikuttavasta käynnistä tiedon HYKS:iin.

12 Hoitopalaute terveyskeskukseen lähetetään sairaalahoitojakson tai poliklinikkakäynnin jälkeen, hoidon loputtua tai jatkuvassa hoidossa oleville potilaille vähintään kerran vuodessa.