



EILA VIRKKUNEN

Farmasian ammatillinen kenttä
muuttuvassa sairaalassa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
tammikuun 26. päivänä 2008 kello 12.

English summary

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Kansanterveyden tutkijakoulu (DPPH)

Ohjaajat
Dosentti Lea Henriksson
Helsingin yliopisto
Professori Juhani S. Lehto
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat
Professori Riitta Ahonen
Kuopion yliopisto
Professori Päivi Korvajärvi
Tampereen yliopisto

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1287
ISBN 978-951-44-7182-7 (nid.)
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 685
ISBN 978-951-44-7183-4 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2008

Sisällys

Prologi	5
Tiivistelmä	7
English summary	9
Tutkimuksessa käytetyt määritelmät ja lyhenteet	11
1 Johdanto	12
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	20
2.1 Aikaisempi tutkimus proviisorin ja farmaseutin ammateista.....	20
2.2 Professiot, ammatit ja valtio.....	27
2.3 Ammattikulttuuri	33
3 Tutkimusasetelma ja tutkimustehtävät	38
4 Tutkimuksen suorittaminen	41
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta	41
4.2 Tutkijan positio.....	42
4.3 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen.....	44
4.4 Aineistojen analyysi ja lukutavat	53
5 Farmasian ammatillisen kentän muotoutuminen	59
5.1 Käsiyöläisammattista akateemiseksi ammatiksi.....	59
5.2 Farmasian kentän ammatillinen järjestäytyminen	63
5.3 Sairaala-farmasia – uusi toimivalta-alue.....	66
6 Ammatillisen toimivalta-alueen ja tiedon ydinalueet	75
6.1 Lääkehuolto	75
6.2 Lääketurvallisuus toimintana ja retoriikkana.....	84
6.3 Autonomia työssä.....	91
7 Osastofarmasia/kliininen farmasia – uusi toimivalta-alue	104
7.1 Kliininen imago ammatillisena haasteena.....	104
7.2 Jatkuvan kouluttautumisen velvoite.....	112
8 Ammattien välinen yhteistyö ja ammatilliset rajanvedot	119
8.1 Asiakkaita ja yhteistyökumppaneita	119
8.2 ”Osastolla ei näy farmaseuttia kuin lääkekaappia tarkastamassa.”.....	125
8.3 ”Avoin vuorovaikutus on tärkeää ja mahdollistaa sitten muuta.”	128
8.4 ”Etuja on vaikea nähdä ennen kuin työskennellään käytännössä yhdessä.”	131
8.5 ”Sairaala-apteekki on eristetty tärkeimmästä asiakkaastaan eli potilaasta.”	133
8.6 ”Farmaseuttien/apteekkareiden pitäisi tulla näkyvämmiksi vuodeosaston henkilökunnalle.”	134

9 Työn metaforat ja symbolit ja työn näytteille asettaminen	138
9.1 Symbolit kulttuurin ilmentäjinä.....	138
9.2 ”Auto ei toimi ilman bensiiniä, niin ei sairaalakaan ilman lääkkeitä.”	143
9.3 ”Sairaala-apteekki on lenkki, jota ilman potilaat ja sairaanhoito eivät voi olla.”	147
9.4 Farmaseuttisen työn näytteille asettaminen.....	149
9.5 Vastakkainasettelut	153
10 Naisammattilaisten areena	158
10.1 Näpértelyä vai tarkkuutta	158
10.2 Sukupuoleen kohdistuvat odotukset ja oletukset.....	161
10.3 Tradition velvoittamat.....	164
11 Pohdinta	167
11.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	167
11.2 Tutkimustulosten tarkastelu	170
11.3 Johtopäätökset.....	177
Lähteet	181
Liitteet	196
Liite 1. Sosiologisia tutkimuksia proviisorin ja farmaseutin ammasteista 1979–2006	196
Liite 2. Sosiaalifarmasian tutkimuksia sairaalafarmasiasta Suomessa.....	201
Liite 3. Esimerkkejä empiirisen aineiston tiivistämisestä ja analyysistä	202
Liite 4. Kyselylomake suomalaisille farmaseuteille ja proviisoreille.....	203
Liite 5. Kirjoitustehtävä suomalaisille sairaanhoitajille	206
Liite 6. Kyselylomake suomalaisille lääkäreille.....	207
Liite 7. Kyselylomake ruotsalaisille farmaseuteille (receptarie) ja apteekkareille....	210
Liite 8. Kyselylomake ruotsalaisille sairaanhoitajille	213
Liite 9. Kyselylomake ruotsalaisille lääkäreille	216

Prologi

Ammatit muuttuvat ajassa ja paikassa. Olen itse kokenut oman ammattini, farmaseutin ammatin, muuttuneen ratkaisevasti. Jotakin siinä on ollut myös pysyvää. Terveystieteitä opiskellessani kiinnostukseni heräsi pohtimaan miten ja miksi ammatit muuttuvat ja mikä kaikki vaikuttaa siihen, että ne muuttuvat. Pro gradu-tutkielmanikin jo sivusi tätä aihetta. Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen tutkimus *Sairaala muuttuvana toimintaorganisaationa* tarjosi minulle mahdollisuuden tehdä tutkimustani osana laajempaa tutkimushanketta. Tutkimus vaati pitkäjänteistä sitoutumista. Suurelta osin tein tutkimusta farmaseutin työn ohessa. Se merkitsi sitä, että elin samalla koko ajan ammatin muutoksessa mukana. Tämä asetelma kirkasti minulle, että tutkimus arkipäivän työstä on tärkeää ja että se on myös osa työtä.

Yksin en ole joutunut tutkimustani tekemään. Hyvin monet ihmiset ja tahot ovat minua auttaneet ja tukeneet tutkimusmatkallani. Tutkimukseni käynnistämisen ja loppuunsaattamisen kannalta korvaamattomia henkilöitä ovat olleet ohjaajani dosentti Lea Henriksson ja professori Juhani S. Lehto. He ovat viitoittaneet tutkijan tietäni. Dosentti Lea Henriksson on antanut minulle suunnattomasti aikaansa, tietämystänsä ja kärsivällisyyttänsä. Hän on kannustanut ja auttanut jaksamaan niinäkin hetkinä, kun tutkijan usko tutkimuksen etenemiseen on heikoimmillaan. Hän on avannut uusia näkökulmia tarkasteltavakseni ja antanut myös tilaa. Hän ohjasi minua kriittisyyteen ja ajatusten selkeyttämiseen laittamalla minut joskus melkoiseen pyörytykseen. Professori Juhani S. Lehto on rakentavalla ja hienovaraisella tavalla ohjannut ja kommentoinut työtäni. Lealle ja Juhanille esitän suuret kiitokset.

Dosentti Sirpa Wredeä haluan kiittää suuresta avusta, uusista ulottuvuuksista ja oivaltavista kommentteista, joita olen häneltä saanut koko tutkimusprosessini aikana. Sirpan näkemykset ja tuki työlleni ovat olleet erittäin tärkeitä. Kiitokset esitän myös professori Per Hartvigille. Ilman hänen myötävaikutustaan en olisi pystynyt keräämään aineistoani Ruotsista. Hän on tukenut työtäni monin tavoin.

Parhaat kiitokset tutkimukseni esitarkastajille. Kuopion yliopiston sosiaalfarmasian laitoksen professori Riitta Ahonen on lukenut tarkkaan tutkimustani ja antanut rakentavia kommentteja. Kiitos myös kannustavasta asenteesta. Professori Päivi Korva-järveä kiitän viisaista ja arvokkaista kommentteista. Hän on kommentteissaan asettanut myös sellaisia kysymyksiä, että mieli olisi tehnyt jatkaa tämän tutkimuksen tekemistä uusien kysymysten pohjalta. Parhaat kiitokset myös Recon-ryhmälle. Recon-ryhmässä yhdessä pohdiskelu on auttanut monessa asiassa. Erityiset kiitokset Paula Niemiselle,

Raija Pyykölle ja Kirsti Santamäelle. FF-ryhmälle olen myös kiitoksen velkaa. Työtovereitani, farmaseutti Riitta Heleniusta ja farmaseutti Helena Laitista, kiitän siitä pitkäjänteisestä tuesta ja kannustuksesta, jota he ovat minulle osoittaneet koko tutkimusmatkani aikana. Tämä tuki on ollut ensiarvoisen tärkeää. Kiitokset kuuluvat myös Tiina ja Heikki Ikoselle. He ovat olleet minun turvani tietotekniikan ongelmatilanteissa. Olen kiitoksen velkaa myös hyvin monille työtovereille: keskustelut ja pohdinnat ovat autta-
neet tutkijaa tiellä eteenpäin. Kiitokset myös kaikkein läheisimmilleni.

Rahoituksellista tukea olen väitöskirjaan saanut Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelman (TERTTU) projektista ”Rekrytoinnin politiikka” (n:o 207402) ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Näille tukijoille suuret kiitokset.

Tampereella 19.11.2007

Eila Virkkunen

Tiivistelmä

Tutkimuksen kohteena on farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alue ja ammattikulttuuri sairaalakontekstissa. Sairaala-apteekkia ja lääkekeskusta tarkastellaan ammatillisena kenttänä farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammattilaistensa, lääkärin ja sairaanhoitajien näkökulmista. Lisäksi tavoitteena on kontrastoida suomalaista sairaalafarmasiaa ruotsalaiseen.

Tutkimusote on laadullinen. Tutkimusaineiston muodostavat kysely suomalaisille ja ruotsalaisille farmaseuteille ja proviisoreille, kirjoitustehtävä suomalaisille sairaanhoitajille, kysely ruotsalaisille sairaanhoitajille, kysely suomalaisille ja ruotsalaisille lääkäreille sekä osallistuvan havainnoinnin kautta saatu tieto ja asiantuntijahaastattelut Suomessa ja Ruotsissa ja lisäksi erilaiset dokumentit. Analyysimenetelmä on laadullinen sisällön analyysi.

Farmaseuttisen työn kolme keskeistä toimivalta-alueita ovat lääkevalmistus, lääkelogistiikka ja lääkeinformaatio. Yhteiskunnallisen toimintaympäristön muutokset, teknologian kehitys ja sairaalaorganisaation toimintatapojen uudistaminen haastavat farmaseuttista työtä ja muokkaavat sen toimivalta-alueita. Lääkevalmistus on ollut farmaseuttisen työn perinteistä ydinaluetta. Vaikka lääketeollisuus nykyään valmistaa pääosan lääkkeistä, lääkevalmistus on edelleen tärkeä osa sairaalafarmasiaa. Lääkelogistiikan merkitys on kasvanut, ja teknologia on muuttanut sitä. Lääkemäärät ovat lisääntyneet ja uudet kalliit lääkkeet tulleet markkinoille. Perinteisen lääkelogistiikan rinnalle on tullut lääkkeiden potilaskohtainen annosjakelupalvelu. Lääkeinformaation merkitys korostuu lääkärin ja sairaanhoitajien työssä, ja potilaat odottavat yhä enemmän tietoa lääkkeistä. Tarvitaan myös parempia kustannus- ja vaikuttavuustietoja lääkkeistä lääkemenojen kasvaessa. Osastofarmasia/kliininen farmasia on sairaalafarmasian ammatillisen kentän uusi toimivalta-alue, jota farmaseutit ja proviisorit ovat rakentamassa ja vakiinnuttamassa. Osastofarmasian/kliinisen farmasian kehitys ja sen toimintatapojen luominen on kuitenkin ollut varsin hidasta. Farmaseuttisen työn keskeiset toimivalta-alueet ovat Suomen ja Ruotsin sairaaloissa varsin samanlaisia apteekkijärjestelmien erilaisuudesta huolimatta. Kliinisen farmasian kehitys on molemmissa maissa edennyt hitaasti.

Farmaseuttien ja proviisorien perinteiset ammattikulttuuriset arvot, normit ja työtä koskevat perusolettamukset ovat yhdenmukaisia. Näitä arvoja ovat tarkkuus, huolellisuus, puhtaus, siisteys, järjestys, perusteellisuus ja vakavuus. Toiminta-ajatuksena on huolehtia lääkehuollosta turvallisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti. Tieteellinen tieto on lääkealan asiantuntijuuden perusta. Farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuurissa

on byrokraattis-professionaalisen organisaation piirteitä. Työnjako on hierarkkinen ja pitkälle eriytynyt ja työ perustuu sääntöihin ja ohjeisiin. Ammattikulttuuria leimaa myös etnosentrisyys. Farmaseuttisen työn uusia ammattikulttuurisia arvoja ovat avoimuus, yhteistyö lähiammattilaisten kanssa ja potilaskeskeisyys. Nämä arvot tulevat yhtäältä kliinisen farmasian ideologiasta, toisaalta ne ovat peräisin terveydenhuollon asiakaskeskeisyyttä ja eri ammattilaisten yhteistyötä korostavasta toimintakulttuurista. Uudet ja perinteiset arvot elävät yhdessä ja luovat jännitteitä ja ristiriitoja työhön. Ammattikulttuuri on painottanut farmaseuttisen henkilökunnan sisäistä yhtenäisyyttä, mutta tämä tavoite on myös haastettu. Ammattikulttuuri on muuttumassa sekä sisäisesti että toimintaympäristön ja organisaation toimintatapojen muutosten vuoksi. Farmaseuttien ja proviisorien perinteiset ammattikulttuuriset arvot ja farmaseuttisen työn erillisyydet tulevat esille myös ruotsalaisessa tutkimusaineistossa.

Avainsanat: sairaala-apteekki, lääkekeskus, farmaseutti, proviisori, toimivalta-alue, ammattikulttuuri

English summary

The professional domain of pharmacy work in a changing hospital

The study focuses on the professional jurisdiction and professional culture of assistant pharmacists and pharmacists in the hospital context. The hospital pharmacy and the medical dispensary are examined as a professional domain from the perspective of pharmacy personnel and their fellow professionals, physicians and nurses. The study also sought to compare the hospital pharmacy systems in Finland and Sweden.

The study used a qualitative research design. The data for the study were collected through surveys administered to Finnish and Swedish assistant pharmacists and pharmacists, Swedish nurses and Finnish and Swedish physicians; through a writing assignment for Finnish nurses; participant observation; and interviews with experts in Finland and Sweden. Various documents were collected as an additional data source. Qualitative content analysis was used as a methodological tool.

The three main professional jurisdictions of pharmacy work are drug preparation, drug logistics, and drug information. Societal changes, technological developments and reform of practice patterns in the hospital organization pose a challenge to pharmacy work and shape its jurisdictions. Drug preparation has traditionally been the essence of pharmacy work. Although most drugs are currently manufactured by the pharmaceutical industry, drug preparation is still an important element of hospital pharmacy. The significance of drug logistics has increased and technological developments have changed it. The overall quantity of prescription drugs consumed has risen, and new expensive drugs have been introduced to the market. Automated medication dispensing systems have come to complement traditional drug logistics. Drug information has grown in importance in the work of physicians and nurses, and patients expect more information on drugs. As prescription drug expenditures continue to grow, evidence of cost-effectiveness of drugs is needed. Ward pharmacy/clinical pharmacy is a new jurisdiction in the professional domain of hospital pharmacy, and assistant pharmacists and pharmacists work to build and consolidate it. However, the development and creation of practice patterns within ward/clinical pharmacy have been slow. The main jurisdictions of pharmacy work on Finland and Sweden are fairly similar despite differences in the system of pharmacy services. The progress of clinical pharmacy has been slow in both countries.

The traditional professional and cultural values, norms and basic assumptions regarding the work of assistant pharmacists and pharmacists are uniform. These include accuracy, diligence, cleanliness, hygiene, orderliness, precision, and seriousness. The mission is to provide pharmacy services safely, efficiently, and economically. Pharmaceutical expertise is founded on scientific evidence. The professional culture of assistant pharmacists and pharmacists is characterized by features typical of bureaucratic and professional organizations. The division of labour is hierarchic and highly differentiated, and the work is based on rules and regulations. The professional culture is also marked by ethnocentrism. The new professional and cultural values of pharmacy work highlight openness, collaboration with fellow health care professionals, and patient-centeredness. These values are rooted in the ideology of clinical pharmacy and in the culture of healthcare practices that emphasizes client-orientation and multi-professional collaboration. The traditional and new values coexist and create tension and conflict within the field. The professional culture has stressed internal uniformity of pharmacy personnel, but this objective has also been called into question. The professional culture is changing both internally and externally, as a consequence of societal changes and changing organizational practices. The traditional professional and cultural values of assistant pharmacists and pharmacists and the separateness of pharmacy work are evident also in the Swedish data.

Key words: hospital pharmacy, medicine dispensary, assistant pharmacist, pharmacist, jurisdiction, professional culture

Tutkimuksessa käytetyt määritelmät ja lyhenteet

Apteekkilaitos: Apteekkitoiminnan järjestämisen tapa kokonaisuutena, sisältäen sekä yksityisen että julkisen sektorin.

Apteekki: Yksityinen, apteekkarin omistama apteekki tai Yliopiston apteekki. Nämä apteekit vastaavat avohuollon lääkehuollosta.

Sairaala-apteekki: Suuren sairaalan tai terveyskeskuksen toimintaa varten perustettu lääkehuollon yksikkö.

Lääkekeskus: Pienen sairaalan tai terveyskeskuksen toimintaa varten perustettu lääkehuollon yksikkö.

Apteekkilupa/apteekkioikeus: Lääkelaitoksen myöntämä lupa proviisorin tutkinnon suorittaneelle henkilölle apteekkitoiminnan harjoittamiseksi. Lääkelaitos antaa luvan myös sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen perustamiselle.

Farmaseuttinen henkilökunta: Farmaseutit, proviisorit ja apteekkarit.

Lääkehuolto: Apteekkien, sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten suorittama lääkkeiden hankinta, valmistus, varastointi ja jakelu.

Lääkeinformaatio ja lääkeneuvonta: Farmaseuttisen henkilökunnan asiakkaalle antama kirjallinen tai suullinen neuvonta ja lääkkeitä koskeva ohjaus.

Lyhenteet

al.sair.f =	aluesairaalan farmaseutti
kesk.sair.f =	keskussairaalan farmaseutti
tk.f =	terveyskeskuksen farmaseutti
yo.sair.f =	yliopistosairaalan farmaseutti
kaup.sair.p =	kaupungin sairaalan proviisori
kesk.sair.p =	keskussairaalan proviisori
yo.sair.p =	yliopistosairaalan proviisori
al.sair.sh =	aluesairaalan sairaanhoitaja
kesk.sair.sh =	keskussairaalan sairaanhoitaja
tk.sh =	terveyskeskuksen sairaanhoitaja
yo.sair.sh =	yliopistosairaalan sairaanhoitaja
al.sair.lääk =	aluesairaalan lääkäri
yo.sair.lääk =	yliopistosairaalan lääkäri
kesk.sair.r =	keskussairaalan farmaseutti = receptarie (Ruotsi)
yo.sair.r =	yliopistosairaalan farmaseutti = receptarie (Ruotsi)
kesk.sair.a =	keskussairaalan apteekkari (Ruotsi)
yo.sair.a =	yliopistosairaalan apteekkari (Ruotsi)
yo.sair.sj =	yliopistosairaalan sairaanhoitaja (Ruotsi)
yo.sair.läk =	yliopistosairaalan lääkäri (Ruotsi)

1 Johdanto

Terveydenhuollossa eri ammattiryhmien työtä ja keskinäisiä suhteita määrittävät toimivalta-alueet ja niiden rajat. Farmaseuttien ja proviisorien työ terveydenhuollossa kohdistuu lääkehuoltoon. Terveydenhuolto on keskeinen osa hyvinvointivaltiota ja lääkehuolto on osa terveydenhuoltoa. Lääkehuollon tehtävänä on terveydenhuollon osana ehkäistä ja hoitaa sairauksia turvallisesti, kattavasti ja taloudellisesti. Apteekit ja sairaanhoitolaitosten sairaala-apteekit ja lääkekeskukset huolehtivat yhtenä osana lääkehuoltoa tästä tehtävästä. Terveydenhuolto on rakennettu tiukan työnjaon pohjalle, mutta kuten Davies (1979) ja Abbott (1988) toteavat, ammattien työnjaollisia muutoksia tapahtuu kaiken aikaa sekä makro-, meso- että mikrotasolla. Toisiaan lähellä olevien ammattien rajat ja suhteet eivät ole pysyviä. Terveydenhuollossa on viime aikoina käyty keskustelua tehtäväsiirroista eri ammattiryhmien välillä. Kansallisen terveystieteiden projektin *Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa* -osahankkeen tarkoituksena on ollut kartoittaa pohjaa eri ammattiryhmien keskinäisen työnjaon uudistamiselle (STM 2005). Apteekki-alalla keskustelua on käyty uusien tehtäväkuvien ja palvelutarjonnan pohjalta. Esimerkkeinä apteekkien uusista palveluista ovat lääkkeiden annosjakelupalvelu ja lääkehoidon kokonaisarviointi.

Työnjaolliselta kannalta katsottuna suomalainen lainsäädäntö takaa apteekkeille yksinoikeuden lääkkeiden vähittäisjakelussa. Tätä yksinoikeutta on suomalaisessa kontekstissa pystytty puolustamaan hyvin. Apteekkien farmaseuttiselle henkilökunnalle (farmaseutit ja proviisorit) lainsäädäntö on ammatin harjoittamisen kannalta keskeinen tekijä. Apteekkilupa myönnetään vain proviisoreille ja lainsäädäntö määrittelee farmaseutin ja proviisorin tutkintoon liittyviä tehtäväkuvia, velvollisuuksia ja vastuita. Tulevaisuuden uhkakuvia on kuitenkin olemassa. On tuotu esille, että sääntelyn suojassa pitkään eläneen apteekkilaitoksen rauha saattaa olla ohi. Näin kävi Islannissa, missä farmasian ammatillisen kentän sisäiset ristiriidat yhdessä sopivien taloudellis-poliittisten olosuhteiden kanssa johtivat vuonna 1996 ammattikunnan yksinoikeuden eli apteekki-oikeuden menettämiseen. Nykyään Islannissa kuka tahansa voi omistaa apteekin. Se ei enää ole proviisorin tutkinnon suorittaneen yksinoikeus. Tutkijoiden mielestä tapahtuma kertoo heikosta professiosta, joka ei sisäisten ristiriitojensa takia pystynyt puolustamaan asemiaan. (Morgall ja Almarsdóttir 1999.) EU-maissa apteekkien maantieteellisestä jakaumasta ja lääkejakelelun yksinoikeudesta päättäminen kuuluu jäsenvaltioille (ETY 85/432). Tämä merkitsee sitä, että eurooppalaisessa kontekstissa apteekkien omistuspohja vaihtelee, mutta kaikissa EU-maissa apteekin hoitajan on oltava proviisorin tutkinnon suorittanut henkilö.

Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksen esiselvitys ”*Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet*”: *Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi*, sisältää lääkekaupan osalta varsin pessimistisen näkemyksen. Raportin tekijät uskovat internetin käytön voimakkaaseen lisääntymiseen lääkkeiden hankinnassa. Pelkona on, että lääkkeiden käyttö irtaantuu lääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden valvonnasta ja muuttuu kansalaisten itsesäätelyn alaiseksi. (Ryynänen ym. 2004.)

Viime vuosina terveydenhuollossa keskusteluja on hallinnut puhe rahojen riittämättömyydestä ja toiminnan tehostamisesta. Terveydenhuollon katsotaan olevan suurten haasteiden edessä. Keskustelu ei ole kohdistunut yksinomaan terveydenhuoltoon, vaan koko hyvinvointipolitiikkaan. (STM 2002, STM 2003.) Allen ja Pilnick (2005) toteavat, että tätä keskustelua käydään Atlantin molemmilla puolilla, ja että se on vaikuttanut syvällisesti terveydenhuollon järjestämisen tapoihin. Terveydenhuollon uusi sosiaalinen järjestys haastaa perinteisiä demarkaatiolinjoja ja vauhdittaa uusien ammattiroolien ja työmuotojen kehittämistä.

Taloudellisten ja hyvinvointipoliittisten muutosten ohella on tapahtunut myös muita muutoksia, jotka koskettavat lääkehuoltoa ja farmaseuttien ja proviisorien työtä. Vuonna 2005 Suomessa voimaan tullut Lääkelain muutos (853/2005) sisältää sekä EU:n lääkelain uudistuksesta johtuvia muutoksia että kansallista lainsäädäntöä. Bolognan prosessi eurooppalaisen koulutuksen harmonisoimiseksi ja sitä kautta työvoiman liikkuvuuden lisäämiseksi on puhuttanut farmaseuttista henkilökuntaa. Bolognan julistuksen tavoitteena on synnyttää yhteinen eurooppalainen korkeakoulutusalue vuoteen 2010 mennessä. Keskeisenä tavoitteena on parantaa eri maiden tutkintojen kansainvälistä vertailtavuutta. (The Bologna Declaration 1999.)

Suomalaisessa farmasian ammattinimikehierarkiassa henkilökunta jakaantuu farmaseuttiseen ja tekniseen henkilökuntaan. Farmaseuttisella henkilökunnalla tarkoitetaan yliopistotutkinnon suorittaneita farmaseutteja ja proviisoreita. Apteekin työntekijöistä lääketyöntekijät ja farmanomit ryhmitellään tekniseksi henkilökunnaksi. Apteekeissa on myös muuta henkilökuntaa. (Opetushallitus 2005.) Suomessa farmasian yliopistokoulutuksessa on kaksiportainen tutkintorakenne. Farmaseuttitutkinto on alempi korkeakoulututkinto (3 vuotta) ja proviisorin tutkinto on ylempi korkeakoulututkinto (5 vuotta). Proviisorien kolme ensimmäistä opiskeluvuotta vastaavat farmaseutiksi opiskelevien opintoja, vaikka proviisoriksi opiskelijat valitaankin alusta alkaen omaan koulutusohjelmaansa. 1.8.2005 astui voimaan uusi tutkintorakenne. (Kuopion yliopisto, farmaseuttinen tiedekunta 2006.) Tällä hetkellä koulutusuudistuksessa eletään vielä siirtymävaihetta. Lainsäädäntö ja farmasian hierarkkinen ammattirakenne jaottelevat työntekijät erilaisiin työtehtäviin ja ammatillisiin asemiin. Apteekin farmaseuttisen ja teknisen henkilökunnan tehtäväjako on pääosin lain määrittelemä ja koulutukseen perustuva (Lääkelaki 395/1987, Lääkelaitos 5/2001).

Eurooppalaisessa kontekstissa apteekkien henkilökunta rakentuu proviisoreista (pharmacist) ja teknisestä henkilökunnasta. Eurooppalaisen korkeakouluopetuksen kehittämiseksi käynnistetyssä Bolognan prosessissa keskeisessä asemassa on kaksiporaisen tutkintorakenteen käyttöönotto. Suomessa se on farmasiassa jo valmiina, ja molemmilla tutkinnoilla (farmaseutti ja proviisori) on työelämävastaavuudet. Vastaavasti myös Ruotsissa on molemmille tutkinnoille omat työmarkkinansa. Euroopan farmasiassa ei alemmalle korkeakoulututkinnolle ole ollut työmarkkinoita eivätkä jäsenvaltiot ole kovin halukkaita muuttamaan koulutusjärjestelmiään. Bolognan julistus ei ole yksittäisiä maita sitova, vaan pyrkii kunnioittamaan koulutusjärjestelmien moninaisuutta (The Bologna Declaration 1999). Ruotsissa suomalaista proviisorin tutkintoa vastaa apteekkarin tutkinto. Apteekkari-nimike ei ole arvonimike vaan tutkintonimike. Suomalaista farmaseutin tutkintoa vastaa receptarie-tutkinto. Ruotsalaisessa kontekstissa farmaceut-nimikkeen alaan kuuluvat sekä apotekare-tutkinto että receptarie-tutkinto. (Lahtinen ja Issakainen 1997, 128.) Suuri koulutuksellinen rakenne-ero suomalaisessa ja ruotsalaisessa kontekstissa muihin eurooppalaisiin valtioihin nähden on siis se, että proviisorin tutkinnon suorittaneiden ohella työmarkkinoilla on farmaseutin tutkinnon suorittanut ammattiryhmä.

Yhdysvalloissa farmasian alan perustutkinto on perinteisesti ollut ammatillisesti suuntautunut 4–5-vuotinen perustutkinto. Toinen uudempi perustutkinto on Doctor of Pharmacy (PharmD) -tutkinto. Vuodesta 1992 lähtien farmasian koulutuslaitokset ovat pyrkineet muuttamaan tämän tutkinnon farmasian ainoaksi perustutkinnoksi ja tämä päämäärä on saavutettukin. Doctor of Pharmacy -tutkinto (kuusi vuotta) ei ole tieteellinen jatkotutkinto, vaan mallina sille on ollut lääkärin tutkinto ja tutkintoon sisältyy paljon kliinistä työskentelyä. Perustutkinto mahdollistaa osallistumisen osavaltiokohtaiseen pätevyyskuulusteluun, joka sitten antaa valtuutuksen toimia kyseessä olevassa osavaltiossa. Koulutus ei kuitenkaan lopu tähän, vaan useimmat osavaltiot vaativat proviisorien jatkuvaa kouluttautumista, jotta annettu lupa ammatin harjoittamiseen pysyisi voimassa. (Gallelli 1992, Enlund 1992, American Pharmacist Association 2006.) Yhdysvalloissa farmasian ammatin kehittyminen on ollut nopeaa 1960-luvulta lähtien. Aikakautta on kuvattu sairaalafarmasian kulta-ajaksi. Professionaalisessa retoriikassa on korostunut se, että terveydenhuollossa proviisorit tulee nähdä lääkkeiden käytön asiantuntijoina ja tärkeänä resurssina. Proviisorit eivät voi enää esittää itseään stereotyyppisinä lääkkeiden jakelijoina; tekninen henkilökunta voi tehdä tämän työn. (Gallelli 1992, Oddis 1997.) Sekä Suomessa että Ruotsissa farmasian ammatillinen kehittyminen on saanut vaikutteita Yhdysvalloista. Yhdysvallat on ollut monille maille esimerkkinä uusien professionaalisten suuntautumisten tuottajana. On kuitenkin otettava huomioon terveydenhuoltojärjestelmien erilaisuus ja apteekkitoimintojen erityispiirteet. Pohjoismaissa apteekit ovat ammattiapteekkeja. (Airaksinen 1996, 17, Ström 1999, 311.)

Suomessa terveydenhuollon henkilöstön toimintaa säätelee laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen koulutus ja pätevyys. Terveydenhuollon ammattikoulutuksesta vastaa opetusministeriö, ja terveydenhuollon henkilöstön yleinen ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset valvovat ja ohjaavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa. Tietyiltä terveydenhuollon ammattihenkilöiltä edellytetään koulutuksen lisäksi viranomaisen myöntämää oikeutta ammatin harjoittamiseen. Laillistuksen ja luvan ammatin harjoittamiseen antaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. (STM 2004.) Farmaseutin ja proviisorin ammatit kuuluvat terveydenhuollon ammattihenkilöstöryhmiin, joissa ammatissa toimimiseen vaaditaan laillistus. Suomen hallituksen esityksessä (33/1994) tiettyjen ammattien laillistamisen merkitystä perustellaan muun muassa ammatin selkeästi määritellyllä, viranomaisten hyväksymällä koulutuksella, potilasturvallisuustekijöillä ja kansainvälisillä käytännöillä ja sopimuksilla. Ruotsissa apteekkarit ja farmaseutit (receptarie) kuuluvat laillistettavien ammattien ammattiryhmiin. Laillistus tarkoittaa käytännössä sitä, että ammatinharjoittajalla on oltava tietty tietotaso ja kyky hoitaa ammattiaan. Toiseksi hänen työtään kontrolloidaan ja laillistus voidaan poistaa, jos hän ei ole kykenevä hoitamaan työtään moitteettomasti, mikä tarkoittaa kieltoa toimia kyseessä olevassa ammatissa. (Regeringens proposition 1997/98: 109, 74–75.) Farmaseutit ja proviisorit tekevät sekä Suomessa että Ruotsissa työtä pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa. Heidän työtään säädellään sekä koulutuksen että lainsäädännön kautta.

Terveydenhuollon työnjaolliselta kannalta katsottuna apteekkien toiminta kohdistuu lääkehuoltoon. Apteekit huolehtivat avohuollon potilaiden lääketarpeista ja sairaalaapteekit ja lääkekeskukset vastaavat sairaaloiden lääkehuollosta. Suomessa avohuollon apteekit ovat yksityisten apteekkarien tai Helsingin ja Kuopion yliopistojen omistamia. Lait, asetukset ja viranomais määräykset säätelevät apteekkien toimintaa. Suomessa lääkkeitä voi pääsääntöisesti myydä vain apteekkeista, sivuapteekkeista ja lääkekaapeista. Keskustelua käydään kuitenkin tällä hetkellä tiettyjen itsehoitolääkkeiden siirtämisestä myytäväksi myös muissa kaupoissa, ja ensi askel tähän suuntaan on jo otettu. (Laki lääkelain muuttamisesta 853/2005, 22/2006.) Keskustelu lääkemyynnin sääntelyn muuttamisesta on ollut vilkasta. Vastakkainasettelussa kysymykseksi on noussut, halutaanko lääkkeet nähdä pelkästään kulutustavaroina vai hoitoina, joita käytetään ennalta ehkäisemään, parantamaan ja lievittämään sairauksia ja niiden oireita (Airaksinen 2005, Wahlroos 2005a).

Lainsäädännössä lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä tai eläimessä (Läkelaki 395/1987). Lääkkeet ovat jo kauan olleet yksi

laajimmin ohjatuista ja säännellyistä kulutustarvikkeista. Eri maiden hallitukset eivät ainoastaan valvo niiden kehittämistä, tuotantoa ja markkinointia, vaan myös säätelevät niiden hinnoittelua ja jakelua. Säädökset ja määräykset on usein tehty kansallisella tasolla. (Tarabusi ja Vickery 1993, Vogel 1998.) EU-maissa vallitsevan käytännön mukaan lääkkeiden vähittäismyynti on pääsääntöisesti mahdollista vain apteekeissa. EU-maiden kuluttajat ja potilaat ovat kuitenkin itsehoitolääkkeiden saatavuuden osalta eriarvoisessa asemassa. Reseptiluokittelu vaihtelee maasta toiseen eikä vuonna 1992 annettu reseptiluokittelua koskeva EU:n direktiivi ole juurikaan lisännyt yhdenmukaisuutta maiden välillä. Lisäksi EU:ssa päätösvalta itsehoitolääkkeiden myyntipaikoista kuuluu kansallisen päätösvallan piiriin. (Wahlroos 2005b, 3.)

Lääkehuollosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalihuollon laitoksissa huolehtivat sairaala-apteekit ja lääkekeskukset, jotka ovat kyseisten laitosten ylläpitämiä. Sairaalat ja terveyskeskukset ovat byrokraattisia organisaatioita, joiden tehtävänä on toteuttaa niille laissa asetettuja tehtäviä. Niiden toimintaa ohjaavat terveydenhuollon lainsäädäntö, muut viranomaismääräykset, normistot sekä sairaalan ja sairaanhoitopiirin ohjeet. Sairaalat ja terveyskeskukset ovat terveydenhuoltopalvelujen tuottajia, ja julkisella sektorilla jäsenkunnat omistajina rahoittavat väestönsä tarvitsemat palvelut. Julkista terveydenhuoltoa täydentää yksityinen sektori, jonka ylläpitämässä laitoksissa on myös lääkekeskuksia. Lääkelaisissa on säädöksiä sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten henkilökunnan tehtävistä. Lääkelain (395/1987) mukaan sairaala-apteekin hoitaja, sairaala-apteekkarin, on proviisorin tutkinnon suorittanut henkilö. Sairaala-apteekkarin on vastattava sairaalan tai terveyskeskuksen lääkehuollosta lääkelain ja sen nojalla annettujen säännösten ja määräysten mukaisesti. Hänen on huolehdittava ja valvottava, että lääkkeiden hankinta, varastointi, valmistus, tutkiminen ja jakelu tapahtuvat asianmukaisesti ja lääketurvallisuutta edistäen. Hänen on myös huolehdittava asianmukaisesta lääkeinformaatiosta sairaalassa ja tarvittaessa koordinoitava alueen sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkeinformaation ja lääkehuollon kehittämistä. Lääkekeskuksen hoitajalta edellytetään, että hänellä on joko proviisorin tai farmaseutin tutkinto. Lääkekeskuksen hoitajan tehtävät ovat soveltuvin osin samat kuin sairaala-apteekkarin. Lääkekeskuksen hoitajan ensisijainen tehtävä on huolehtia lääkkeiden asianmukaisesta hankinnasta, varastoinnista ja jakelusta sairaalassa tai terveyskeskuksessa.

Farmaseuttien ja proviisorien työ ei ole kaikkialla samanlaista. Farmaseutit ja proviisorit työskentelevät erilaisissa yhteiskunnallisissa toimintaympäristöissä, työorganisaatioissa, työpaikoissa ja työnjaollisissa asemassa. Kansainvälisesti he painottavat yhteistä missiota, joka on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (Oddis 1997, 81–84). Yhteistä on ollut myös se, että teknologisten, tieteellisten ja taloudellisten muutosten seurauksena farmaseuttien ja proviisorien työ apteekeissa on viime vuosikym-

meninä muuttunut paljon. Angloamerikkalainen professiotutkimus tuo hyvin esille, miten proviisorin ammatin muuttuminen on vaikuttanut ammatin toimivalta-alueeseen ja miten proviisorit hakevat uusia työtehtäviä ja toimintatapoja (Birenbaum 1982, Gilbert 1997, Keely 2002). Ammatin muuttuminen haastaa myös perinteisiä ammattikulttuurillisia ajattelu- ja toimintatapoja. Cancrinus-Matthijssse ym. (1996) ovat tutkimuksessaan osoittaneet, että ei ole olemassa yhtä eurooppalaista tapaa järjestää apteekkien lääkehuollon palveluja ja farmaseuttista työtä. Eroja löytyy kaikilla tasoilla: koulutuksen (proviisorin koulutuksen vähimmäisvaatimukset on määritelty Euroopan yhteisöjen neuvoston direktiivissä (ETY 85/432), organisaatioiden, talouden, lainsäädännön, kulttuurin ja käytännön työn tasoilla.

Erilaista apteekkien lääkehuollon järjestämisen tapaa ei tarvitse hakea kaukaa. Ruotsissa on kokonaan valtiollinen apteekkilaitos, Apoteket AB, joka vastaa lääkehuollosta sekä avohuollossa (öppen vård) että sairaanhoitolaitoksissa (sluten vård). Tämä on hyvin ainutlaatuista maailmassa. Apteekit valtiollistettiin Ruotsissa vuonna 1970. Keskustelua apteekkien valtiollistamisesta oli käyty Ruotsissa koko 1900-luvun ajan. 1960-luvulla poliittinen keskustelu sai vaikutteita yleisestä ruotsalaisesta kulttuurista, jossa suunnittelu, päämäärien muotoileminen ja järjestelmän rationaalisuus ovat tärkeitä näkökohtia. Tämä vaikutti omalta osaltaan puolueiden päätökseen apteekkien kansallistamisesta. (Lilja 1987, 423–429.) Ruotsissa keskustellaan jatkuvasti Apoteket AB:n monopolioikeudesta lääkkeiden vähittäisjakelussa. Keskustelussa on tuotu esille järjestelmän vanhanaikaisuus ja tehottomuus, mutta toisaalta on myös tunnustettu tämän lääkehuollon järjestämistavan hyödyt. Samaa keskustelua on käyty myös EU:n tasolla. Toukokuussa 2005 EU-tuomioistuimien tuomio Ruotsin lääkehuollon järjestämisen tavan olevan EU-sääntöjen mukainen niin kauan kuin ei esiinny diskriminointia valmistajien tai valmistajien suhteen. (Apoteket 2006.) Apoteket AB:ssa toteutettiin organisaatiouudistus keväällä 2005. Apoteket AB neuvottelee maakäräjien kanssa lääkehuolto- ja palveluiden järjestämisestä sairaaloissa. Apoteket AB tarjoaa sairaaloille peruspalvelusopimuksen, joka sisältää lääkehuollon ja lääkeinformaation. Se tarjoaa myös muita palveluita, jotka hinnoitellaan erikseen ja joiden laajuus vaihtelee eri sairaaloissa. Ruotsin sairaala-apteekit on jaettu seitsemään piiriin. Sairaala-apteekin johtaja raportoi pääsääntöisesti sairaala-apteekkipiirin johtajalle, mutta käytännössä yhteistyö on tiivistä myös sairaalan johdon kanssa. (Forsström ja Seiving 2003, Apoteket 2006.) Apoteket AB on farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden työnantaja riippumatta siitä, työskentelevätkö he sairaala-apteekissa vai avohuollon apteekissa.

Sairaala-farmasia on erillinen farmasian osa-alue, jolla on omat erityispiirteensä ja suhteellisen lyhyt historia. Se on myös monille tuntematon farmasian alue. Tämä tutkimus kohdistuu sairaala-apteekeissa ja lääkekeskuksissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien työhön. Farmaseuttien ja proviisorien työtä määritellään makrotason (kou-

lutus, lainsäädäntö) lisäksi myös mesotasolla eli organisaatiossa ja mikrotasolla eli työpaikalla. Tutkimukseni empiria kohdistuu mikrotasoon, mutta tutkimuksellisesti on huomioitava myös makrotaso ja organisaatiotaso. Ne luovat farmaseuttien ja proviisorien työlle kehykset. Julkisella sektorilla työskentelevät farmaseutit ja proviisorit ovat kunnallisen virkaehtosopimuksen alaisia ja heidän työtään määrittävät virkamiesnormit (Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2005–2007). He ovat myös oman organisaationsa sääntöjen ja määräysten alaisia. Organisaatioilla on omat sääntönsä, ohjeensa ja kulttuurinsa ja niihin liittyvät arvot, normit ja artefaktat. Ammattiryhmillä on myös omat arvonsa, norminsa ja perusolettamuksensa työstään ja toiminnastaan (Schein 1987, Kinnunen 1990 ja 1992, Trice 1993, Wiili-Peltola 2005.) On mielenkiintoista tutkia, miten terveydenhuollossa tapahtuvien muutosten ja ammatillisten haasteiden ristipaineessa sairaalassa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit näkevät tehtäväkenttensä, miten he esittävät itsensä tässä ajassa ja mikä on heidän eetoksensa, käsityksensä omista ammateistaan? Miten sairaalakonteksti on rakentanut ja muovannut heidän toimivalta-alueitaan, työtään ja ammattikulttuuriaan? Tutkimus kontrastoi myös suomalaista sairaalafarmasiaa ruotsalaiseen. Sairaalafarmasialla¹ tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaalassa tehtyä farmaseuttista työtä. On myös tärkeää katsoa taaksepäin ammatin historiaa, jotta voi ymmärtää paremmin nykytilannetta. Tutkimuksessa tarkastelen sairaala-apteekkia ja lääkekeskusta ammatillisena kenttänä farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammattilaisensa näkökulmista ja tuomalla esille myös näkökulmaa ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan. Tutkimuskysymykset täsmennän luvussa kolme.

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat esittelen luvussa 2. Tämä luku esittelee myös aikaisempaa tutkimusta proviisorin ja farmaseutin ammateista. Luvussa 3 esittelen tutkimusasetelman ja tutkimuksen tavoitteet. Luku 4 kuvaa tutkimusaineiston, tutkimusprosessin ja aineiston analyysin sekä eettiset näkökohdat. Luvuissa 5–10 esittelen tutkimuksen keskeiset tulokset; minkä sairaalassa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit näkevät keskeiseksi toimivalta-alueekseen ja millaisia ovat heidän ammattikulttuuriset ajattelu- ja toimintatapansa. Tuon esille myös lähiammattilaisien eli lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkökulmaa farmaseuttien ja proviisorien työstä ja ammattikulttuurisista toimintatavoista sairaalakontekstissa. Eri ammattilaiset käyvät tässä tutkimuksessa vuoropuhelua keskenään. Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie), apteekkarit ja heidän lähiammattilaisensa ovat vuoropuhelussa mukana.

Tarkemmin eriteltyinä luku 5 tarkastelee farmasian ammatillisen kentän muotoutumista Suomessa ja Ruotsissa sekä farmaseuttisen henkilökunnan ilmaantumista sairaalakontekstiin. Luku 6 tarkastelee farmaseuttisen henkilökunnan tehtäväkenttää sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa. Luku 7 käsittelee osastofarmasiaa/kliinistä farmasiaa. Luku 8 syventää farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alueen määrittelyä. Tämä luku

¹ Farmasia terminä on tiede, ammatti, taito ja myös yhteiskunnallinen ilmiö.

käsittelee farmaseuttien ja proviisorien yhteistyötä lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa eli sitä, miten farmaseutit ja proviisorit rakentavat ja ylläpitävät suhteitaan lähiammattilaisiinsa. Luvussa 8 tuon esille myös lähiammattilaisten käsityksiä farmaseuttien ja proviisorien työstä ja sen paikasta ammattien välisessä työnjaossa. Luku 9 tuo esille metaforien, symbolien ja farmaseuttisen työn näytteille asettamisen kautta tulkittuna ammattikulttuuria. Kulttuuri tulee esille myös muissa luvuissa, mutta tämän luvun tarkoituksena on päästä käsiksi ammatillisen kulttuurin syvärakenteisiin. Luku 10 keskittyy naisnäkökulmaan. Farmaseutin ammatti on naisten ammatti ja myös proviisoreista suurin osa on naisia. Luku 10 etsii vastausta siihen, miten ammatin naisvaltaisuus näkyy ammattikulttuurissa. Luvussa 11 arvioin tutkimuksen luotettavuutta ja tarkastelen tutkimuksen tuloksia.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1 Aikaisempi tutkimus proviisorin ja farmaseutin ammateista

Angloamerikkalainen sosiologinen professiotutkimus käsittelee ainoastaan proviisorin ammattia, koska farmaseutin ammattia ei ole olemassa angloamerikkalaisessa kontekstissa. Sosiologinen kirjallisuus proviisorin ammateista on vähäistä verrattuna siihen, mitä on kirjoitettu lääkärin ja sairaanhoitajan ammateista ja näiden ammattien keskinäisistä suhteista. (Mesler 1991.) Liite 1 kuvaa sosiologisia tutkimuksia proviisorin ammatista aikavälillä 1979–2006. Tämä aikaperiodi tuo esille ne keskeiset tutkimukset, jotka ovat hallinneet sosiologista professiotutkimusta koskien proviisorin ammattia. Olen tutkimuksia analysoimalla jakanut ne kolmeen ryhmään: proviisorin ammatin marginaaliasematulkintaan, kliiniseen farmasian ilmiöön ja sukupuolen merkitykseen proviisorin ammatille. Liitteessä 1 olevat tutkimukset olen katsonut tutkimusasetelmani ja tutkimusnäkökulmieni kannalta hyödyllisiksi. Pitkä tarkasteluajanjakso mahdollistaa myös proviisorin ammatin muutoksen tarkastelun. Tuon tässä kirjallisuuskatsauksessa esille myös sosiaalifarmasian tutkimusta. Liite 2 esittelee sairaalafarmasiasta Suomessa tehtyä tutkimusta. Näistä tutkimuksista tuon esille tutkimusasetelmani kannalta merkityksellisimmät. Päähuomio on kuitenkin sosiologisessa professiotutkimuksessa. Suomalaista ja ruotsalaista sosiologista professiotutkimusta proviisorin ja farmaseutin ammateista on ollut vähän löydettävissä.

Marginaalinen ammatti?

Proviisorin ammattia käsittelevässä sosiologisessa professiotutkimuksessa 1950-luvulta eteenpäin on löydettävissä kolme selvää tulkintalähtökohtaa: ammatin marginaalisuus suhteessa lääkärin ammattiin, kliininen farmasia ja sukupuoli. Sosiologinen professiotutkimus kuvasi pitkään proviisorin (pharmacist) ammatin marginaaliseksi professioksi. Tämä tulkinta dominoi yhdysvaltalaisista sosiologista professiotutkimusta ja vaikutti myös brittiläiseen tutkimukseen. Sosiologisen professiotutkimuksen kentällä vallitsi jonkinasteinen yksimielisyys siitä, että farmasia on alikehittynyt ammatillisena ryhmänä ja että lääkäreiden auktoriteetti asettaa rajoituksia proviisorien toiminnalle. Proviisorin ammattia kuvattiin angloamerikkalaisessa kirjallisuudessa epätäydelliseksi, marginaaliseksi ja rajoittuneeksi. (McCormack 1956, Larson 1977, Wardwell 1979, Young ja Prichard

1985, Turner 1987.) Sosiologinen professiotutkimus kohdistui 1960–1970-luvuilla lääkäriprofession valta-asemaan. Lääkäriprofession oli malli professiosta, koska sillä oli julkisesti tunnustettu mandaatti ja valtion takaama monopoli ammatin harjoittamiseen, autonomia työssä, eettiset koodit ja ammattiyhdistykset. (Freidson 1970, Johnson 1972.)

Turner (1987, 145) löytää useita syitä proviisorien marginaaliasemaan. Ensiksikin proviisorien ammattikunta on jakautunut kahteen pääsektoriin, yksityiseen ja julkiseen sektoriin. Liiketaloudellisten intressien mukanaolon Turner näkee viittaavan selvän ammatillisen tunteen puuttumiseen koskien proviisorin ammatin kehittämistä autonomiseksi ja itsenäiseksi terveydenhuollossa. Myös pyyteettömän, epäitsekkään eettisen koodiston² kehittäminen on ollut vaikeaa. Myös Banner ja Levine (1991) tuovat esille mahdollisia eettisiä dilemmoja proviisorin toimiessa kaksoisroolissa: ammatilliset vastuut ja liiketaloudelliset intressit saattavat aiheuttaa ristiriitoja työssä.

Turnerin (1987, 145) mukaan farmasian alalla on tapahtunut merkittävä ammattitaidon lasku. Farmasian ammatillinen tietopohja oli aikaisemmin lääkevalmistuksessa. Kun lääketeollisuus otti tämän roolin, lääkevalmistus apteekeissa suurelta osin loppui. Kolmanneksi proviisorien ammattikunta on eriytynyt sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. Proviisorit työskentelevät erilaisissa työpaikoissa: apteekeissa, sairaala-apteeekeissa, hallinnollisissa tehtävissä ja lääketeollisuudessa. Tämä eriytyminen vaikeuttaa kollektiivisen professionaalisen toiminnan suojaamista ja edistämistä. Organisaation eriytyminen on aiheuttanut myös sen, että proviisorien on ollut vaikea kehittää ammatillisen ideologian ja palvelun koodistoa, joka yhdistäisi proviisorien ammattikunnan. Ja vaikka sairaalaproviisorit eivät ole mukana liiketoiminnassa, niin lääkäreiden ammattikunta kontrolloi tai ainakin rajoittaa heidän toimintaansa. Laillistamista on pidetty sinä

² Eettisten sääntöjen tarkoituksena on suojata korkean ammatillisen statuksen omaavaa professiota siltä, ettei ammatillista monopolia käytettäisi väärin. Eettiset säännöt ovat myös merkinä ammatillisesta vastuuntunnosta ja niillä pyritään estämään ei-ammattillisuuden sekoittuminen työhön. Eettistä koodistoa on pidetty yhtenä tärkeänä profession kriteerinä. Freidsonin (1970, 187) mukaan eettiset säännöt saattavat olla tärkeä juoni saada ihmiset uskomaan ammatilliseen etiikkaan. Julkista luottamusta ne eivät kuitenkaan aina pysty takaamaan. Ensimmäiset FIP:n (Federation International Pharmaceutique) hyväksymät eettiset ohjeet ovat peräisin 1960-luvulta ja syyskuussa 1997 ne on uudistettu vastaamaan paremmin tämän ajan vaatimuksia. Suomessa apteekkitoimintaa on yli 300 vuotta johdettu mitä moninaisimmilla säännöillä ja määräyksillä. Niiden tarkoituksena on ollut turvata kuluttajan, apteekin asiakkaan, oikeus tehokkaaseen ja turvalliseen lääkehoitoon. Tämä säännöverkosto on omalla tavallaan luonut moraalista normistoa, joka täyttää alan eettisen koodin tunnuspiirteet. Mikään kirjattu eettinen koodisto se ei kuitenkaan ole ollut vaan enemmänkin sukupolvelta toiselle siirrettyä perimätietoa. Vasta vuonna 1998 ensimmäiset kirjatut ohjeet hyväksyttiin apteekkitoiminnan eettisiksi ohjeiksi. Ne ovat Suomen Apteekkariliiton ja Suomen Farmasialiiton hyväksymä julkilausuma niistä arvoista, joiden varaan suomalainen apteekkitoiminta rakentuu. (Suomen Apteekkarilehti 1998, 1: 6–9.) Sveriges Farmaceutförbunds etikråd on vuodelta 1996.

siteenä, joka liittyy proviisorien ammattikunnan tiukemmin yhteen, tarjoten suojan toisten ammattiryhmien anastamisstrategioita³ vastaan. (Holloway ym. 1986.)

Tutkimuksen kentällä tulkintaa proviisorin ammatin marginaaliasemasta on kritisoitu. Tulkinta on kiinnittynyt lääketieteen ja farmasian suhteeseen eikä painopiste ole ollut farmaseuttisen professionaalisuuden ominaispiirteiden tutkimisessa. Tässä mielessä farmasia ei ole saanut sosiologiassa laajempaa huomiota. Uudempi tutkimus on kyseenalaistanut tulkintaa proviisorin ammatin marginaaliasemasta. Uuden tulkinnan mukaan tutkimus on sivuuttanut proviisorien historiallisen roolin ”köyhän miehen lääkärinä” ja sen, että apteekkien palveluun on aina liitetty potilaiden neuvominen, tiedon jakaminen ja hoitomyöntyvyyden lisääminen. (Bissel ym. 2001.) On syytä painottaa myös eroja angloamerikkalaisen ja mannermaisen kontekstin välillä. Mannermaisessa kontekstissa lääkärin ja apteekkarin ammatit erotettiin toisistaan jo varhain. Alun alkaen lääketiede ja farmasia muodostivat käytännöllisesti katsoen yhden ja saman profession. 1230-luvulla saksalais-roomalaisen keisarin Fredrik II:n määräyksellä farmasia ja lääketiede erotettiin kahdeksi erilliseksi professioksi. Ruotsi-Suomessa apteekkareiden asemaa, tutkintovaatimuksia ja tehtäviä koskevat ensimmäiset asetukset annettiin 1600-luvun lopulla. Apteekit olivat lääkärin valvonnassa, mutta lääkärit eivät saaneet pitää apteekkia. Apteekkarin toimivalta-alueeksi mannermaisessa kontekstissa muodostui lääkkeiden valmistaminen, myyminen ja lääkkeiden laadun varmistaminen. (Sonnedecker 1976, Schepers 1988, Claesson 1989, Savage 1994.) Työnjako lääkärin ja proviisorien välillä on ollut ja on kontekstista riippuvainen. Reviiriristiriitoja ja rajanvetoja kahden profession välillä on yhä olemassa. Gilbert (2001) nostaa esille lääkärin ja proviisorien ammatilliset rajanvetokiistat eteläafrikkalaisessa kontekstissa. Lääkäriprofession on siellä pystynyt säilyttämään itsellään oikeuden proviisorien päätehtäväkentällä eli lääkejakelellä. Samoin lääkärit ovat pystyneet estämään proviisorien yritykset laajentaa lääkkeiden määräämis-oikeuksiaan. Freidson (1973) ja Eaton ja Webb (1979) katsovat, että farmasiassa on työnjaon kentällä osittainen itsenäisyys.

Kliininen farmasia

Sosiologisen professiotutkimuksen toinen näkökulma proviisorin ammattiin on ollut ammatin muuttuminen ja kliininen farmasia. Kliininen farmasia on saanut eri konteksteissa erilaisia merkityksiä. Kliininen farmasia on lääkkeen käytön kontrollia, jolla pyritään lääkkeen tarkoituksenmukaiseen, tehokkaaseen ja turvalliseen käyttöön. Kliininen far-

³ Professioilla on erilaisia strategioita puolustaessaan tai pyrkiessään laajentamaan toimivalta-alueitaan. Konttinen (1991, 20) tuo esille kaksi perusstrategiaa. Oman ryhmän asemaa puolustetaan hierarkiassa alhaalta päin tulevia hyökkäyksiä vastaan torjuntastrategioilla (exclusion). Toinen strategia on kiinnittyminen nouseviin ryhmiin tai valtaamalla nousevia ryhmiä tai sektioita (usurpation).

masia pyrkii muuttamaan farmasian palveluita potilaskeskeisempään suuntaan ja edistämään samalla vuorovaikutusta potilasta hoitaviin terveydenhuollon ammattilaisiin. (Kabat 1979.) Kliinisen farmasian kehitys alkoi Yhdysvalloissa 1960-luvulla sairaalafarmasiasta. Nykyisessä merkityksessä se ei ole esiintynyt ennen vuotta 1968. Yhdysvalloista se on levinnyt muihin maihin. (Francke 1972.) Sosiologisen professiotutkimuksen kentällä on kliinisestä farmasiasta olemassa oma keskustelunsa, ja sitä koskevaa tutkimusta on tehty runsaasti. Tutkimuksissa on pohdittu, mitä proviisorin ammatin laajentuminen kliiniseksi professioksi merkitsee: mitä se merkitsee proviisorin ammatille ja mitkä ovat sen vaikutukset lähiammattilaisten työhön.

Kliinisen farmasian ilmaantuminen ajoittuu ajankohtaan, jolloin varsinkin Yhdysvalloissa käytiin kriittistä keskustelua proviisorin ammatin roolista terveydenhuollossa. Taloudellisten ja teknologisten muutosten seurauksena proviisorit kuvattiin ammattilaisiksi, jotka ovat ylikoulutettuja työhönsä ja alihyödynnettyjä tietämyksensä näkökulmasta. Tässä ”vihamielisessä” ilmapiirissä proviisorien uudeksi ammatilliseksi ideologiaksi ja professionaaliseksi projektiksi nousi kliininen farmasia. Proviisorit alkoivat aktiivisesti laajentaa toimenkuvaansa, vahvistaa professionaalisuuttaan ja hakea uutta työnjaollista paikkaa. Proviisorien uusi ideologia merkitsi siirtymistä tuotokeskeisestä farmaseuttisesta toiminnasta potilaskeskeiseen toimintaan ja pyrkimystä delegoida rutiinomainen lääkejakelutyö koneille ja lääketyöntekijöille. Tutkimuksessa on tarkasteltu kliinisen farmasian käytäntöjä, farmasian opiskelijoiden ammatillisen idealismin kehittymistä ja uuden teknologian vaikutusta ammatin kehitykseen. (Eaton ja Webb 1979, Birenbaum 1982, Birenbaum ym. 1987, Lambert 1996, Novek 2000, Neuville ym. 2003.) Kliinisen roolin omaksumisen on nähty vaativan myös uudenlaista koulutusta (Broadhead ja Facchinetti 1985, Hornosty 1989). Tutkimus on myös selvittänyt proviisorien roolia ja statusta ja proviisorien antamaa lääkeneuvontaa. On ajateltu, että proviisorin ammatilla on kyky muuttaa luonnolliset objektit sosiaalisiksi objekteiksi eli lääkeaineet lääkkeiksi. Potilasasiakkaiden on nähty asettavan haasteita proviisorien asiantuntemukselle. On myös tuotu esille, että kykyä tulkita lääkeaineita lääkkeiksi, joilla lääketieteen kontekstissa on parantava merkitys sosiaalisessa mielessä, ei ole riittävästi onnistuttu hyödyntämään farmaseuttisessa työssä. (Harding ja Taylor 1997, Hibbert ym. 2002, Pilnick 2001 ja 2003.)

Kliininen farmasia on yhdistetty myös terveydenhuollon yleiseen muutokseen. Tutkimuksissa on pohdittu, onko kliinisessä farmasiassa kyse proviisorien tehtäväkentän laajenemisesta vai vain muutaman tehtävän delegoinnista. Esille on nostettu eri ammattiryhmien välisiä rajanvetoja. Päähuomio on kohdistunut proviisorien lähiammattilaisten, lääkärin ja sairaanhoitajien, asenteisiin. (Mesler 1991, Ritchey ja Sommerses 1993, Gilbert 2001.) Lääkärin ja sairaanhoitajien suhtautuminen proviisorien laajentuneeseen kliiniseen rooliin on ollut vaihtelevaa. Proviisorit ovat kuitenkin onnistuneet

neuvottelemaan itselleen uuden roolin ja kehittämään uudenlaisia yhteistyösuhteita lähi-ammattilaisten kanssa. Kiistat ammatillisista rajoista ovat olleet kontekstista riippuvaisia. (Ritchey ym. 1983, Adamcik ym. 1986, Harding ja Taylor 1995, Gilbert 1997 ja 2001, Keely 2002.) Kliininen farmasia alkoi proviisorien professionaalisenä projektina (reprofessionalisaatio). Sillä on vastattu ammatin ja toimintaympäristön muuttumiseen ja sen kautta luotu uudenlaista ammatillista toimintatapaa sekä haastettu samalla proviisorin marginaaliasema-tulkintaa ja työnjaollista paikkaa terveydenhuollossa. Hughesin (1958) ja Abbottin (1988) mukaan ammatit pyrkivät parantamaan työtään ja ammatillista asemaansa siirtämällä vähemmän vaativaa työtä hierarkiassa alempana olevien ammattiryhmien tehtäväksi ja ottamalla vastaan uusia vaativampia tehtäviä hierarkiassa ylempänä olevilta. Kliinisen farmasian kehitystä voidaan lukea myös tästä näkökulmasta.

Sukupuoli paikan määrittäjänä

Sosiologisen professiotutkimuksen kolmas näkökulma proviisorin ammattiin on ollut sukupuoli. Brittiläisessä feministisessä kirjallisuudessa proviisorin ammattia ei ole tyypitelty sukupuolistuneeksi (sex-typed as female) ammatiksi. Naisammateiksi tyypitellyt ammatit ovat matalammalle arvostettuja ja huonommin palkattuja kuin miesammateiksi tyypitellyt. On kuitenkin löydetty selviä eroja miesten ja naisten jakautumisessa farmasian eri sektoreille. Miehet työskentelevät useimmin avohuollon apteekeissa ja naiset sairaala-apteekeissa. Nämä erot heijastelevat sukupuolistereotyyppioita. Avohuollon apteekeissa työskentelemisen on katsottu vaativan sitkeyttä, yksityisyrittäjyyttä ja pääomaa. Vastakohtana tälle farmaseuttinen työ sairaalassa on nähty enemmän hoitamisenä ja kenties enemmän professionaalisenä. Naiset ovat farmasian ammattihierarkiassa samanarvoisesta koulutuksesta huolimatta sijoittuneet alemmille tasoille. Tämä on näkyvissä myös sairaalassa, vaikka naiset ovat siellä enemmistönä. Syyt tähän on pääosin löydettävissä naisten puolipäivätyöstä, perheolosuhteista ja lastenhoidosta. (Kronus 1981, Crompton ja Sanderson 1990, 69–80.)

Naisten ammatillista asemaa farmasiassa on tutkittu myös kanadalaisessa kontekstissa. Sairaalfarmasia on kiinnostanut naisia, mutta urakehityksessä on tapahtunut ghattoutumista. Naisproviisorien alempi palkkataso selittyy ammattihierarkkisten asemien kautta. He ovat useimmiten työntekijäroolissa koko uransa ajan. Tutkimuksessa on käsitelty myös mies- ja naisproviisorien suhtautumista kliiniseen farmasiaan. Kliinisen farmasian arvostus näyttää olevan enemmän sidoksissa työpaikkaan kuin sukupuoleen. Tutkijoiden oletuksena oli, että naiset olisivat eturintamassa viemässä käytäntöön uudenlaista farmaseuttista työorientaatiota parantaakseen ammatin horjuvaa asemaa

ammattien hierarkiassa. (Muzzin ym. 1995, Tanner ja Cockerill 1996, Tanner ym. 1998, Tanner ym. 1999a, 1999b.)

Sosiaalifarmasian tutkimus

Sosiaalifarmasia on tuonut farmasiaan omat tutkimusnäkökulmansa. Sosiaalifarmasia tutkii lääkehoitojen vaikuttavuutta, lääkehuollon toimivuutta muun terveydenhuollon osana ja yksilön lääkitykseen liittyviä ongelmia (1st Nordic Social Pharmacy and Health Services Research Conference 2004, Uppsala, Sweden). Sosiaalifarmasian tutkimusintressit eri maissa ovat samansuuntaisia, joskin eroja mielenkiinnon kohteissa esiintyy apteekkijärjestelmien erilaisuudesta johtuen. Tulevaisuuden tutkimuskohteiksi nähdään lääkepolitiikkaan vaikuttaminen, lääkkeen määräämiskäytännöt ja näyttöön perustuvat kliiniset toiminnot (Bond ym. 2004, Myllykangas 2006). Suomessa päätutkimuslinjoja ovat olleet lääkehoidon turvallisuus, taloudellisuus, vaikuttavuus ja suomalaisten apteekkipalveluiden, erityisesti lääkeneuvonnan kehittäminen ja lääkeinformaatio. Lääkeinformaatiosta on tehty runsaasti tutkimusta. (Wallenius 1989, Airaksinen 1996, Itkonen 2000, Närhi 2001, Enäkoski 2002, Wahlroos 2003, Vainio 2004, Puumalainen 2005, Kansanaho 2006.) Lääkeinformaatiota pidetään nyt farmaseuttisen työn ytimenä. Tämä näkyy myös sosiaalifarmasian alueella tehdyissä tutkimuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut kansallista Tippa-projektia (2000–2003), jonka päämääränä on ollut apteekkien lääkeneuvonnan tehostaminen. Osa lääkeinformaatiota ja -neuvontaa koskevasta tutkimuksesta liittyy kyseiseen projektiin. Tutkimuksen avulla on pyritty kehittämään uusia työkaluja ja mittareita apteekeissa annettavan lääkeneuvonnan laadun arvioimiseksi ja kehittämiseksi.

Sosiaalifarmasiassa on tutkittu myös särkylääkkeiden kulutusta ja käyttöä sekä farmaseuttisen henkilökunnan asiantuntijuutta ja sen kehittymistä (Ahonen 1989 ja 1993, Turunen 2007, Savela 2003, Katajavuori 2005). Tutkimus on tuonut esille farmaseutin ammatissa muutoksen asiantuntija-ammatin suuntaan. Tämä on tapahtunut viimeisen 20 vuoden aikana. Vuonna 2001 farmaseuteista 82 % piti itseään lääkealan asiantuntijoina, kun vuonna 1990 vain 43 % farmaseuteista koki sen ammattiroolikseen. Professionaalisuuden vahvistuminen näkyi farmaseuttien ja proviisorien asenteissa omaa ammattia kohtaan. Kouluttautumisvelvoite löytyy lainsäädännöstä ja eettisistä koodeista, mutta se on myös osa farmasian alan asiantuntijuuden normia. (Savela 2003.) Toisaalta tutkimus antaa viitteitä siitä, että farmaseuttisessa toiminnassa rutiininomaiset toiminta- ja ajattelutavat heikentävät asiantuntijuuden ilmenemistä käytännön työssä (Katajavuori 2005).

Sairaalafarmasiaan kohdistuvaa tutkimusta on tehty sairaaloiden lääkehuollosta, kliinisen farmasian ja osastofarmasian kehityksestä ja farmaseutin työstä sairaalassa

(Sahlstein 1992, Hiitola 2003, Niiniö 2004, Kärkimää 2004, Tiiro 2005). Hiitolan (2003) tutkimuksessa tarkastellaan kliinisen farmasian periaatteiden toteuttamista seitsemässä Euroopan maassa, Suomi ja Ruotsi mukaan lukien. Niiniön (2004) tutkimus käsittelee farmaseuttien työtä sairaalassa. Tutkimuksessa todetaan farmaseuttien pitävän sairaalapteekin tarjoamista palveluista tärkeimpinä lääkkeiden toimittamista osastoille, lääkkeiden valmistusta, sytostaattien käyttökuntoon saattamista ja lääkeinformaation antamista. Tutkimus tuo myös esille, että farmaseuttien työhön kuuluu paljon teknisiä töitä, jotka eivät periaatteessa vaadi farmaseuttista koulutusta, mutta tästä huolimatta farmaseutit kokevat tekevänsä farmaseuttista työtä. Kärkimää (2004) selvittää tutkimuksessaan osastojen hoitohenkilökunnan (lääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja) ja osastofarmaseuttien näkemyksiä yliopistosairaalan osastofarmasian nykytilanteesta ja kehitystarpeista. Osastofarmasia näyttäytyy tutkimuksen mukaan enemmän teknisenä kuin kliinisenä työnä, mutta sen nähdään olevan kehittymässä kliinisempään suuntaan. Tiiron (2005) tutkimuksessa lääkekeskusten toiminnasta käy ilmi, että vallitseva toimintamalli lääkekeskuksissa on logistinen malli. Lääkekeskusten hoitajien keskuudessa on kuitenkin vahva tahtotila siirtyä työssä potilaskeskeisempään suuntaan.

Yhteenveto

Angloamerikkalainen sosiologinen professiotutkimus proviisorin ammatista on pääosin kohdistunut proviisorien marginaaliasemaan suhteessa lääkärin ammattiin, sukupuolen merkitykseen ammatille ja kliiniseen farmasiaan. Tutkimuksesta on nähtävissä proviisorin ammatin muodonmuutos muuttuvassa toimintaympäristössä. Tutkimus myös osoittaa, että lääketurvallisuuteen liittyvät asiat ovat vaikuttaneet proviisorin ammatin painoarvoon (Savage 1994). Wingfield ym. (2004) toteavat, että vain vähän tutkimusta on tehty etiikasta farmasian käytännöissä eikä juuri lainkaan tutkimusta keskeisistä filosofisista kysymyksistä ja arvoista farmasian alalla. Ei myöskään ole olemassa farmasian etiikalle omistettua lehteä. Ammattikunnan koodit ja julkilausumat sekä mielipiteet ja reflektiot oppikirjoissa ja erilaisissa keskusteluissa muodostavat suuren osan etiikkaa käsittelevästä aineistosta. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että etiikka ja farmasia olisivat toisilleen vieraita. Bissel ym. (2001) pitävät sosiologisten teorioiden käyttöä farmasian käytäntöjen tutkimuksessa liian vähäisinä ja sosiologiaa ja farmasiaa vain ”satunnaisina vuodekumppaneina”, haluttomina sitoutumaan kiinteämmin toisiinsa. Tutkijat painottavat sosiologisten teorioiden hyödyntämisen tuovan tutkimukseen jännittäviä, valaisevia ja provosoiviakin oivalluksia. Sosiologinen analyysi on hyödyllistä muun muassa tutkittaessa proviisorien toimintatapoja, potilaiden lääkkeiden käyttöä, potilaiden ja proviisorien vuorovaikutussuhteita sekä farmaseuttisen työn organisationaalisia ja institutionaalisia rakenteita.

2.2 Professiot, ammatit ja valtio

Professiotutkimuksen kentällä on pitkään käyty keskustelua siitä, mikä on professio ja mitkä ovat ne kriteerit, jotka erottavat profession ammatista. Profession käsite liitettiin aikaisemmin erityisesti kolmeen ammattiin: lääkärin, papin ja juristin ammatteihin. Näiden ammattien katsottiin edustavan professionaalista statusta ammattien hierarkiassa ja olevan hierarkian huipulla. Semi- ja marginaaliprofessioiksi määriteltiin ammatteja, joissa on joitakin professiokriteereissä mainittuja piirteitä, mutta jotka eivät ole saavuttaneet kaikkia professiolle vaadittavia tavoitteita. (Etzioni 1969, Hellberg 1978.) Ei-professionaalisiin ammatteihin on yleensä luokiteltu suorittavan työn tekijät. Etzioni (1969) määritteli semiprofessiot ammateiksi, joille on ominaista lyhyt koulutus ja kehittymättömämpi tietoperusta kuin professioiksi luokitelluilla ammateilla. Semiprofessioilla ei myöskään ole ammattimonopolia. Benoit (1998) toteaa, että varhaisissa profession määrittelyissä sukupuoli on jätetty huomioimatta ja että niissä näkyy naisammattien pois-sulkeminen eli patriarkaalinen tutkimuskäytäntö. Terveystieteiden ammattien monet (sairaanhoitaja, kättilö, fysioterapeutti) on näissä tutkimussuunnissa määritelty semiprofessioiksi ja tämä käytäntö on jatkunut näihin päiviin asti. Tulkinnot siitä, mikä on professio ja mikä ei, on tehty jokseenkin mielivaltaisesti.

Terveystieteiden ammattien tutkimuksessa ei voi olla törmäämättä professio-, semiprofessio ja paraprofessio käsitteisiin. Nämä määrittelyt piirtävät kuvaa terveydenhuollon ammattien hierarkkisesta rakenteesta. Henrikssonin (1998, 15) mukaan terveydenhuollossa ammatillisen kentän keskipisteenä ja tulkintanormina on lääkärin ammatti, joka kontrolloi ja asettaa rajoja muiden ammattien kehitykselle sekä sulkee ulkopuolelleen monet muut terveystieteiden toimijat. Para- ja semi-etuliitteet kuvaavat tulkintahorisontin vinoumaa, jossa terveystieteiden naisammattilaiset määrittellään lääketieteen mies-professiosta käsin.

Bourdieu on korvannut professio-käsitteen ”kentän” käsitteellä. Kentät ovat asemien tai tehtävien strukturoituja kokonaisuuksia, asemien välisten objektiivisten suhteiden verkostoja. Kentillä on omat lakinsa. Kentän herruudesta käydään myös taistelua, kun uusi yrittäjä pyrkii tunkeutumaan kentälle ja kentän hallitsija yrittää puolustaa monopoliaan. Toimiakseen kenttä tarvitsee sekä panoksia että ihmisiä, jotka ovat valmiita pelaamaan peliä ja jotka tuntevat pelin hengen. Tietyllä kentällä toimivilla ihmisillä on yhteisiä etuja ja tästä johtuen yhteenkuuluvuuden tunne. Kentillä tapahtuu koko ajan muutoksia, mutta perustavaa laatua olevia uskomuksia ei kyseenalaisteta, ne ovat koko pelin perusta. (Bourdieu ja Wacquant 1995, 122–144, 284.)

Professionaalien asema työnjaossa ja työn luonne

Angloamerikkalaisessa professiotutkimuksessa oli 1930-luvulta aina 1960-luvun lopulle asti vallalla tutkimussuunta, joka perustui piirreteoreettisiin ja funktionalistisiin lähtökohtiin. Piirreteoreettinen tutkimussuunta kuvasi professioiden ominaisuuksia ja tunnusmerkkejä, jotka erottivat professiot ei-professioista. (Konttinen 1989, 11.) Tietä funktionalistisille professiotutkijoille oli viitoittanut Émile Durkheim (1990). Varhaisista piirreteoreetikoista Carr-Saunders ja Wilson (1933, 491, 489) pitivät profession kriteerinä pitkää, erikoistunutta koulutusta, ja tämän koulutuksen tuottamaa tietoa ja sen soveltamista. Funktionalistisen tutkimussuunnan edustajista Parsons (1979, 434–435) painotti professioiden keskeistä roolia modernissa yhteiskunnassa. Profioiden ominaisuuksia olivat Parsonsin mukaan affektiivinen neutraalisuus, suoritusta korostavat arvot, funktionaalinen spesifisyys ja universaalisuus. Funktionalistista tutkimustraditiota alettiin 1960-luvulla kritisoida enenevässä määrin ja 1970-luvulla voidaan jo puhua paradigman muutoksesta. Paradigman muutoksen taustalla on Weber ja hänen sosiaalisen sulkemisen-käsitteensä (social closure). Valta-asemaan nousi uusweberiläinen professiotutkimus. Uusweberiläinen professiotutkimus kohdisti kritiikkensä kärjen professioiden tunnuspiirteiden määrittelyihin. Uusweberiläisen taksoniakritiikin juuret ovat symbolisessa interaktionismissa ja interaktionistisessa professiotutkimuksessa.

Interaktionistisen professiotutkimuksen tärkeitä edustajia ovat Hughes, Bucher ja Strauss. Tutkijoista Freidson omaksui myös vaikutteita interaktionistisilta professiotutkijoilta. Freidson (1970, 71–73, 186–187) määritteli profession rakenteellisesti, asemana työnjaossa. Tämä mahdollistaa profession tarkastelun kahdelta suunnalta. Yhtäältä voidaan tarkastella sitä, mitä ammattiryhmä jäseniltään vaatii ja mitä professionaalit todellisuudessa ovat. Toiseksi voidaan analysoida, mitä muut heistä uskovat ja mikä on todellinen tilanne. Professionaalien asema työnjaossa on määräävä asema. Se tarkoittaa oikeutta kontrolloida omaa työtä, ja valtaa päättää työn sisällöstä ja ideologiasta.

Freidson (1994, 9, 215) toi esille, että professionaalien asemat ja heidän työnsä luonne eivät ole pysyviä vaan muuttuvat jatkuvasti. Professionalismin⁴ perustavaa laatua olevat elementit eivät kuitenkaan häviä, ne vain ottavat toisenlaisen muodon. Tulevaisuudessa syntyy uudenlaisia hierarkkisia suhteita arkipäivän toimijoiden ja professionaalisen eliitin välille. Professionaalinen eliitti käyttää huomattavaa teknistä, hallinnollista ja kulttuurista valtaa eli se auktoriteetti, joka nyt on ollut yleensä professionaaleilla, siirtyy suuressa määrin eliitille. Onko professionalismille sitten vaihtoehtoja modernissa yhteiskunnassa? Freidsonin mielestä professionalismi on sekä välttämätöntä että toivottavaa. Todellisiin professionaaleihin kohdistuu vaatimuksia. He eivät saa olla pelkkiä passiivisia työntekijöitä. Jos heillä ei ole vahvaa organisoitua voimaa takanaan, he eivät saa niitä resursseja, jotka ovat välttämättömiä hyvän työn suorittamiseksi. Professionaalien on myös vaikea säilyttää koulutuksessa hankkimaansa ja omaksumaansa arvostelukykä, jos he alkavat toimia asiakkaiden ja maksajien vaatimusten mukaan. Jos he taas ovat vain työnantajansa tai oman liikeyrityksensä lojaaleja toimijoita ja palvelijoita, heidän on vaikea pitää yllä mitään itsenäistä sitoumusta tarjotessaan palveluita yksityisille asiakkaille tai suurelle yleisölle. Jos heitä toisaalta vaaditaan toimimaan ja työskentelemään heitä ylempänä olevien professionaalien laatimien ja vaatimien mekaanisten, vaikka sallivienkin standardien mukaan, he joutuvat hylkäämään sen yhteisöllisen ja kollegiaalisen periaatteen, joka on tunnusomaista professionaalille tavalle organisoida työ.

Professiotutkijoista Larson (1977) toi professiotutkimukseen käsitteen professionaalinen projekti. Järjestäytyessään tuottamaan palveluita professiot samalla pyrkivät saavuttamaan valta-aseman markkinoilla ja hankkimaan erityistiedolla ja -taidolla sosiaalisia ja taloudellisia palkintoja. Taustalla on siis kahdenlaisen monopolin, sekä markkina-että statusmonopolin pystyttäminen, ja nämä kaksi ovat erottamattomia. Yksi strategia ammatin statuksen lisäämiseksi on ollut abstraktin tiedon lisääminen koulutukseen. Ruotsalaisista tutkijoista Selander (1989, 1990) on tarkastellut ammattien tieteellistymistä ja tieteellistymisen merkitystä professionaalistumisessa. Tieteellistymisen kautta ammattikunnat pyrkivät kontrolloimaan tiedon tuotantoa ja amatillista diskurssia. Tieteellisen tiedon lisääminen koulutukseen ei kuitenkaan välttämättä lisää professionaalista statusta, mutta korkean teknologian yhteiskunnassa abstraktilla tiedolla on keskeinen merkitys.

⁴ Professionalismi ja professionalisaatio on määritelty eri tavoin. Tavallisimmin professionalismilla viitataan ammattiryhmän ideologiaan, joka ohjaa ammattiryhmää toimimaan organisoidusti ja tietoisesti etujensa puolesta. (Konttinen 1997.) Professionalisaation Freidson (1994) näkee amatillistumisena siinä laajassa mielessä, että yhteiskunta professionalistuu, kun palkatut ja harjaantuneet työntekijät hoitavat toimintoista suuren osan. Käsite viittaa myös koulutustasoon. Konttinen (1998) huomauttaa, että professionalisaatiolla voidaan tarkoittaa myös professioiden kulttuurista asemaa ja muutosta.

Professioiden järjestelmä

Uusweberiläinen professiotutkimus määritteli professiotutkimuksen suuntaa 1970-luvulta eteenpäin. Tällä tutkimussuunnalla on vaikutusta vielä tänä päivänäkin. Andrew Abbott (1988) toi ammattien tutkimukseen käsitteen ”professioiden järjestelmä” ja painotti ammattien tutkimusta osana ympäristöä sekä erilaisten kontekstien merkitystä. Abbott toi myös professiotutkimukseen näkökulman, jonka uusweberiläiset tutkijat jättivät huomioimatta eli kilpailun työstä. Abbottin professioiden järjestelmäteorian mukaan erilaisia toimintoja voidaan esimerkiksi terveydenhuollossa analysoida siitä rakennelmasta käsin, joka sitoo yhteen lähellä olevat ammattiryhmät ja jossa työtehtävät ja tavoitteet vaativat yhteistyötä. Lähtökohtana tässä ajattelussa on se työ, jota eri ammattiryhmät tekevät ja tämän työn kytkeminen professiostrategioiden analyysiin. Keskeistä analyysissä on mikro- ja makrotasojen yhdistäminen.

Abbottin teoria pyrkii selvittämään, miten tietyt ammatit ovat onnistuneet hankkimaan itselleen etuoikeutettua työtä ja mikä määrää heidän tekemänsä työn luonnetta. Keskeinen ilmiö professionaaliosuudessa on yhdyside profession ja sen tekemän työn välillä. Tätä yhdysidettä Abbott kutsuu toimivalta-alueeksi (jurisdiction)⁵. Professionaalista kehitystä on analysoitava kysymällä, miten tämä yhdyside on luotu työssä, miten se on ankkuroitunut formaalin ja informaalin sosiaalisen rakenteen kautta ja kuinka se myös määrittää yksittäisten professioiden historiaa. Toimivalta-alueet ja niiden rajat määrittävät ammattiryhmien työtä ja suhteita. Työnjaot ovat riippuvaisia niistä lisenseistä ja mandaateista, jotka jokainen ammattiryhmä on hankkinut ammatinsa kehityksen aikana. Tutkinto on tärkein professionaalisen sulkemisen väline. Amatilliset alueet ja rajat eivät ole pysyviä, vaan kentällä tapahtuu koko ajan muutoksia ja näihin prosesseihin vaikuttavat monet tekijät sekä mikro- että makrotasoilla. Makrotasolla vaikuttavat lainsäädäntö, terveystoimintat, koulutuslaitokset ja ammattiyhdistykset. Näillä tasoilla asetetaan laatuvaatimuksia ammatin harjoittamiselle, muodostetaan, luodaan ja määrätään muodollisia rajoja eri ammattiryhmien välille. Yhteispeli ja jännitteet mikro- ja makrotasojen kesken ovat ne kentät, joissa työnjakoa määritellään. Jurisdiktionaalisia vaatimuksia voidaan esittää usealla areenalla. Abbott puhuu kolmesta areenasta, lainsäädännöstä, julkisuuskuvausta ja itse työpaikasta. Yhdysvalloissa julkisella mielipiteellä on professionille tärkeä merkitys profession tavoitteiden kannalta. Manner-Euroopassa taas valtio on traditionaalisesti ollut profession yleisö valtion virka-

⁵ Aili (2002, 22–28) tuo esille jurisdiction-käsitteen puutteellisen määrittelyn professiotutkimuksessa. Tavallisesti käsitettä käytetään synonyyminä viralliselle toimivalta-alueelle. Kontinen (1998) käyttää sanaa valtuutus käsitteen suomenkielisenä vastineena. Tässä tutkimuksessa käytän toimivalta-alueita suomenkielisenä vastineena.

miesten yleisten mielipiteiden kautta. (Abbott 1988, 20, 59–60.) Mikrotasolla työpaikat ovat areenoita, joilla toimivalta-alueita varmistetaan ja esitetään.

Sekä Abbott että Freidson nostavat esille valtion ja lainsäädännön tärkeän merkityksen professioille. Freidson (1970, 71–73) pitää professionaalista autonomiaa perustavanlaatuisena elementtinä, jota ei takaa yksinomaan koulutus tai muut säännöt, vaan viime kädessä yhteiskunta ja lainsäädäntö. Tältä suunnalta löytyy professionaalisen statuksen lähde ja monopoliaseman takaaja. Status on kytketty autonomiaan. Status myös heijastelee yhteiskunnan uskoa ammatin tärkeyteen. Mannermaisessa kontekstissa professioilla ja valtiolla on ollut pitkään kiinteä suhde. Torstendahlin (1990, 5) mukaan valtio saattaa olla joissakin yhteiskunnissa profession tärkein ystävä. Kontinen (1989, 2–3) näkee professioiden sisäisen vahvuudenkin syntyvän paljolti yhteiskunnan tai valtion myötävaikutuksella eli poliittisesta tahdosta ja lainsäädännöstä.

Interaktionistisessa professiotutkimuksessa ajateltiin, että sosiologinen professiotutkimus oli kiinnittänyt liian vähän huomiota asiantuntijoiden tekemään työhön ja siihen mikä määrää työn luonteen. Interaktionistit painottivat ammattiryhmien ajattelutapojen, työsuoritusten ja ammatillisten kulttuurien lähempää tutkimista. (Hughes 1958, Bucher ja Strauss 1961, Freidson 1970, Abbott 1988.) Myös historiallinen tutkimus on painottanut työn näkökulmaa. Historioitsijat ovat tuoneet esille professionaalisten rakenteiden ja kulttuurin läheisen suhteen. Työn itsensä on oltava kohteena, kun tutkitaan professionaalista kehitystä. Historiallinen näkökulma antaa myös teoreettisen mahdollisuuden tarkastella professioiden muuttumista. Ammatillinen kehitys, ammattilaisten toiminta ja professioiden väliset suhteet ovat sidoksissa toisiinsa. Niitä on tarkasteltava yhdessä, ei erillään toisistaan. (Abbott 1988, 18–19.)

Kahtiajakautuneet työmarkkinat

Brante (1990) on tuonut esille, että professionaalista työtä on tutkittava osana sosiaalisten ja taloudellisten suhteiden verkostoa eikä ainoastaan työnjaollisesta näkökulmasta. Brante korostaa pohjoismaista näkökulmaa muistuttamalla, että on otettava huomioon molemmat toimijat, sekä hyvinvointivaltio että ammattilaiset itse. Pohjoismaisella hyvinvointivaltiolla on ollut tärkeä merkitys naisten ammattiteille ja naisten työssäkäynnille. Tutkimus on lisäksi osoittanut, että valtio saattaa myös estää ammattiryhmien pyrkimyksiä. (Evertsson 2000, Wrede 2001, Aili 2002.)

Professionaalista työtä on tutkittava myös osana sukupuolijärjestelmää. Feministinen tutkimus on avannut uusia näkökulmia ammattien tutkimukseen. (Silius 1992, Witz 1992, Davies 1996.) Silius (1992, 62) kritisoi uudemman professiotutkimuksen tapaa, jossa sukupuoli on otettu huomioon lisäämällä tutkimukseen naisten asemaa käsittelevä luku. Silius pitää tätä tutkimuskäytäntöä merkinä traditionaalisesta profes-

siotutkimuksesta, joka nojaa käsitykseen, että professionaalit ovat miehiä ja tästä syystä naiset on lisättävä tutkimukseen erikseen. Hellberg (1989, 170) näkee asian niin, että professiokäsitetä on pidetty sukupuolettomana – ei ehkä itsestään selvästi maskuliinisenä – vaan pikemminkin neutraalina.

Ammattien tutkimuksen kentällä on käyty keskustelua ammattien naisvaltaistumisen merkityksestä ammattiteille. Teesi on usein ollut, että ammatin naisistuksessa se menettää arvoaltaansa. (Abbott 1988, Rantalaiho ym. 1997.) Abbott pitää (1988, 128) ammatin naisvaltaistumista tavallisimpana ammatin statuksen laskun syynä. Abbott ei kuitenkaan itse ole tutkinut ammatteja tästä näkökulmasta. Gerda Einarsdottir (1999) toteaa tutkimuksessaan sukupuolesta ja statuksesta lääkärin ammatissa, että ne ovat diskurssiin sisään rakennettuja ja vahvistavat toinen toisiaan. Lääketieteen erityisalojen olemassa olevat statuserot johtuvat erilaisista statushierarkioista, ja osittain näitä hierarkioita muovaa sukupuoli. Miesten dominoimilla erikoisaloilla, kuten esimerkiksi kirurgialla, on korkea status. Abbott (1988) toteaa, että professioiden sisällä on aina ollut tietty hierarkia: tietyt asemat ovat olleet arvovaltaisempia, arvostetumpia tai lähempänä professionaalisen tiedon ydintä.

Sukupuolta on usein tarkasteltu attribuuttina ja miehiin ja naisiin on yhdistetty erilaisia ominaisuuksia ja määrittelyjä. Uudempi tutkimus on tarkastellut sukupuolta suhteena ja sosiaalisena rakenteena. Sukupuoli on käsitetty verbiksi. Sukupuoli on kulttuurinen resurssi monien muiden joukossa. Sukupuolta tuotetaan aktiivisesti arkisissa käytännöissä, se luo ja pitää yllä identiteettiä ja sitä hyödynnetään päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa. (Davies 1996, 661–678, Korvajärvi 1997, 66.)

Suomalaista työelämää kuvaa segregatio. Sukupuoli jakaa työt miesten ja naisten töiksi. Miehet ja naiset toimivat eri tehtävissä, ammattiteissa ja työmarkkinoiden eri sektoreilla (horisontaalinen segregatio) ja miehet etenevät työuralla nopeammin (vertikaalinen segregatio). Naiset työskentelevät hoito-, palvelu- ja kasvatustiloilla ja miehet työpaikoilla, joissa valmistetaan tai käsitellään esineitä. Nämä ammattirakenteet sekä muuttuvat että pysyvät samanaikaisesti. Osa rakenteista on ollut hyvin pysyviä. Ammattikunnat ovat myös sisäisesti jakaantuneet naisisiin ja miehisiin sektoreihin. Segregatio ei olisi ongelma, ellei se eriarvoistaisi miesten ja naisten töitä. (Kinnunen ja Korvajärvi 1996, Kolehmainen 1999, Riska 2001.) Myös Ruotsin työmarkkinat ovat selvästi jakaantuneet naisten töihin ja miesten töihin. Naisten työnantaja on useimmiten julkinen sektori, ja naiset ovat akateemisten alojen organisaation (SACO/SR) matalapalkkaisia jäseniä. (Hellberg 1989, 169–180.)

2.3 Ammattikulttuuri

Konttinen (1989, 163) on esittänyt, että uusweberiläinen professiotutkimus kohdisti huomion enemmänkin ammatilliseen itseintressiin, eikä ollut kiinnostunut professioiden kulttuurisesta olemuksesta. Konttisen mukaan uusweberiläisen professioteoreettisen erittelyn avulla ei voida tavoittaa nykyajan professioiden kulttuurista olemusta. Tämä tutkimustraditio ei tarkastele professioita kulttuurisosiologisesta näkökulmasta käsin. Uusweberiläisestä traditiosta poiketen Collins (1979) ja Starr (1982) liittivät kulttuurin professiokäsitteeseen. Collins (1979, 58–59, 72) painottaa ammattiryhmän kulttuurin merkitystä ja pitää sitä tärkeänä sosiaalisena resurssina ja ammatillisen ryhmän menestymisen yhtenä ehtona. Arkipäivän työkäytännöissä ja vuorovaikutuksessa luodaan ryhmätietoisuutta ja muista erottuvaa toimintakulttuuria eli tietoisuutta ammattiryhmän asemasta ja itsestä. Kulttuuri siis johtaa työntekijöiden ryhmätietoisuuden kehittymiseen ja luo näin ollen pohjan organisoituneen ryhmän muodostumiselle. Mitä vahvempi tämä kulttuuri on, sitä paremmat mahdollisuudet ryhmällä on menestyä. Vahvan kulttuuri-identiteetin omaava ryhmä pystyy paremmin taistelemaan muita ryhmiä vastaan. Myös Cardiffin yliopiston tutkijat ovat tutkimuksissaan työstä ja ammateista traditiонаalisesti painottaneet ammatillista ja professionaalista kulttuuria. Heidän tutkimuksensa kohdistuvat niihin elementteihin, joiden avulla ammatillista identiteettiä ja kulttuuria luodaan ja pidetään yllä. Uudempi ammattien ja professioiden sosiologia on suunnannut katseensa arkipäivän toimijoihin, työelämän realiteetteihin ja ammattilaisten selviytymisstrategioihin. Ammatillisen tiedon hankkiminen koulutuksessa ja tiedon siirtäminen työpaikalla uusille työntekijöille ovat keskeisiä tutkimuksen kohteita. Tutkijat ovat painottaneet ammatillisen kulttuurin siirtämisen paikallista luonnetta. Tiedon siirtäminen ja tiettyyn työhön sosiaalistaminen alkavat koulutuslaitoksissa ja jatkuvat työelämässä. Jotta työelämää voitaisiin sosiologisesti nyky-yhteiskunnassa ymmärtää, on näitä prosesseja ja prosessien näyttäjäitä tutkittava yksityiskohtaisesti. (Coffey ja Atkinson 1994, 1–5.)

Ammattikulttuuria on tutkittu viime aikoina suhteellisen vähän. Pinnalle on enemmän noussut organisaatiokulttuurin ja yrityskulttuurin tutkiminen. On ajateltu, että organisaation tavoitteisiin ja sen kulttuuriin sitoutuminen vähentää perinteiseen ammatikulttuuriin sitoutumista. Myös ammattien rajojen hämärtyminen on ollut osaltaan murtamassa tätä kulttuuria. (Arhinmäki ja Rauhalta 1992.) Suurissa organisaatioissa, joissa työskentelee suuri joukko eri ammatteja edustavia työntekijöitä, alakulttuurien olemassaolo on tosiasia. Ammattikulttuuri on yksi näistä organisaation sisällä olevista selvästi erottuvista alakulttuureista. Ammattikulttuuri ja organisaatiokulttuuri voivat yhtyä tai tukea toisiaan tai olla täysin vastakkaisia toisilleen. Suuressa organisaatiossa

työskenteleminen luo vaatimuksen kaksoislojaliteetista: uskollisuudesta ja sitoutumisesta sekä organisaatioon että ammatilliseen kulttuuriin. Organisaatiosta ja ammatista riippuu, kummalle puolelle vaaka kallistuu. Teoreettisesti työntekijä voi tietysti olla tuntematta lojaliteettia kumpaankaan. (Trice 1993, 20, 156–157.)

Scheinin mukaan (1987, 41–45) organisaatiokulttuurit ja ammattikulttuurit ovat erittäin näkyviä. Ihmisten ja organisaation suoriutumista ja yksilöiden omia organisaatiota koskevia tuntemuksia voi ymmärtää vain kulttuurin kautta. Näitä kulttuureja on pidettävä erittäin tärkeinä ja niihin on kiinnitettävä huomiota. Kulttuurilla on voimansa, vaikutuksensa ja myös vaatimuksensa. Se luo käyttäytymismalleja, joita pidetään normaaleina ja odotettavissa olevina ja joilla on oma tarkoituksensa. Professioniksi luokiteltuihin ammatteihin liittyy omat ammattikulttuuriset piirteensä. Professionaalinen ryhmä jakaa joukkona profession identiteetin⁶, arvovallan, arvot, roolit, intressit ja käyttäytymisnormiston. (Rinne ja Jauhiainen 1988, 7.) Ammattiin sosiaalistamisprosessi on vaativa niissä ammateissa, joissa on vahvoja ammattikulttuurisia erityispiirteitä. Näihin ammatteihin liitetään myös esoteerinen tieto ja asiantuntijan rooli. Sosiaalistamisprosessilla luodaan uskoa siihen, että ammatin harjoittamiseen tarvittavat tiedot ja taidot eivät ole kenen tahansa saavutettavissa. Ammatin harjoittamiseen vaadittavien tietojen lisäksi on hallittava oikea puhe- ja käyttäytymistapa sekä kollegan että asiakkaan kanssa. (Trice 1993, 26–27.)

Koulutuksella on ammattikulttuuriin vaikuttavana tekijänä erittäin suuri merkitys. Koulutus luo yhteisiä ammattikäytäntöjä ja sosiaalistaa ammattiin ja sen sääntöihin. Ammatillaisen on oltava pätevä työhönsä. Koulutus tuottaa ammatilliselta vaadittavan kompetenssin. Ammatillinen koulutus sisältää vaatimuksen standardista: käytännön työssä on tiedettävä, mikä on hyväksyttävä tapa toimia. Kompetenssi sisältää myös ideologisia, asenteellisia ja moraalisia velvoitteita. Sosiaaliset taidot ovat välttämättömiä ammatillaisen roolissa. Asenteet muuttuvat suhteellisen hitaasti, erityisesti silloin, kun ne on sisäistetty ja tulleet osaksi identiteettiä. Tekninen tieto ja taito eivät ole pysyviä eikä niiden oletetakaan olevan pysyviä. Professionaalinen ideologia vaatii professionaalista pitämään tietonsa ajan tasalla; sitä pidetään moraalisen velvoitteena – oikeana asenteena. Professionaalisen tiedon voidaan katsoa olevan tietoa uskona (knowledge as belief), koska siihen liittyy emotionaalinen sitoutuminen. Tällä uskolla, ideologialla, pyritään varmistamaan, että ammatillainen tulee tarjoamaan laadukasta palvelua. Hyväksyttävien asenteiden hankkiminen ja omaksuminen koulutuksessa ja ammattiin harjaantumisessa on sosiaalistamisprosessin tehtävä. Sopusointu, yhdenmukaisuus sosiaalis-

⁶ Persoonallinen identiteetti kytkeytyy yksilön subjektiviteettiin: mikä tai kuka minä olen ja kollektiivinen identiteetti kysymykseksi: keitä me olemme (Kaunismaa 1997). Hall (1999, 39) näkee identiteetin muodotuvan tiedostamattomissa prosesseissa. Identiteettiä ei tulisi nähdä jonakin loppuun saatettuna oliona, vaan tarkastella identifikaatiota ja nähdä se jatkuvaksi prosessiksi. Evetts (1999) pitää jaettua ja yhteistä identiteettiä ongelmallisena käsitteenä. Professio ei ole mikään homogeeninen ryhmä. Se muodostuu erilaisista segmenteistä ja tämä tekee yhteisen identiteetin luomisen vaikeaksi.

tumisprosessin kautta ja professionaalisen asenteen hankkiminen ovat kaksi eri ilmiötä. Professionaalisten asenteiden hankkiminen ei merkitse yhdenmukaisuutta mutta vaatii sitoutumista. (Jarvis 1986, 33–36, 73, 78.) Koulutus on tiettyssä mielessä myös rituaalista. Osallistuminen rituaaleihin ei tuota ainoastaan ryhmäidentiteettiä vaan antaa myös ryhmän jäsenille niitä symbolisia merkityksiä, jotka ohjaavat ja idealisoivat heidän toimintaansa ja joiden avulla he tunnistavat ryhmän muita jäseniä. (Collins 1990, 38.)

Levinson ja Holland (1996) painottavat koulutuksen merkitystä kulttuuristen muotojen tuottajana ja luoja. Koulutus muokkaa koulutettavien subjektiviteettiä ja vaikuttaa heidän tulevaan toimintaansa. Ihmisten toimintaa on tarkasteltava ja ymmärrettävä tämä näkökohta huomioon ottaen. Ihminen ei ole vain passiivinen tiedon ja tapojen vastaanottaja ja omaksuja, vaan myös aktiivinen toimija. Koulutettu ammattilainen on kulttuurisesti tuotettu tiettyssä paikassa, mutta hän tuottaa myös itse kulttuurisia muotoja. Myös Rinne ja Jauhiainen (1988, 24) ovat tuoneet esille koulutuksen keskeisen merkityksen professionaalisuuden tuottajana. Koulutus tuottaa ne muodolliset kvalifikaatiot, tiedot ja taidot, joiden kautta ammatinharjoittaja saa virallisesti tunnustetun pätevyyden. Professionaalisuuden tuottamisessa on kyse myös muusta. Koulutuksessa tuotetaan myös moraalisia kvalifikaatioita: ammattietiikkaa, ammattikieltä, ammatin keskinäistä solidaarisuutta, ammattiylpeyttä ja yhteisiä perinteitä. Tutkinto on Poikelan (1994, 28) mukaan vasta legitiimi oikeus ammattiin. Se avaa portin ammattiin. Ammatillinen osaaminen ja ammatin hallinta vaativat monivuotisen työkokemuksen. Koulutus ja kokemus rakentavat asiantuntijuuden.

Trice näkee (1993, 20, 21, 58) ammattikulttuurin pääsisällön olevan ideologiassa. Ideologiat ovat kulttuurin substanssia. Ne pitävät sisällään tiedon siitä, mikä on oikea tapa toimia. Ne kuvaavat moraalisia velvollisuuksia sekä ryhmän omia jäseniä kohtaan että myös niitä ”ulkopuolisia” kohtaan, joiden kanssa ollaan tekemisissä. Nämä velvoitteet koskevat myös resursseja ja niiden oikeaa jakamista. Häiriöt tässä moraalijärjestyksessä antavat tilaa uusille ideologioille. Ideologioihin liittyy olennaisena osana tunteet ja uskomukset. Ammatillisiin uskomuksiin liittyvät erilaiset kulttuuriset muodot kuten myytit, seremoniat, symbolit, oma kieli, eleet, erilaiset artefaktat, tarinat, legendat, rituaalit, tabut ja riitit. Ammatilliselta ryhmältä vaaditaan myös lojaalisuutta oman ryhmän sisällä ja etnosentrisyys kuuluu olennaisena osana siihen. Schein (1987, 56) esittää, että ammatillisen identiteetin parhaita säilyttämistapoja on vertailu muihin ryhmiin ja vastakkainasettelu muiden ryhmien kanssa. Se on oman ryhmän erillisyyden tunnistamista ja erontekoa ”meihin” ja ”muihin”. Dubinskas (1992) määrittelee kulttuuria korostamalla toiminnan ja kulttuurin yhteenkuuluvuutta. Kulttuuri ei ole vain älyllinen rakenne vaan sidoksissa ihmisten toimintatapoihin. Keskeistä siinä on tiedon ja toiminnan suhde. Kulttuurisilla malleilla luodaan sosiaalista todellisuutta, joka on jatkuvaa ymmär-

tämisen ja tekemisen välistä vuorovaikutusta. Tärkeä osatekijä siinä on se, kuinka asioita tehdään.

Terveydenhuolto on järjestetty tiukan työnjaon pohjalle. Tämä on omiaan synnyttämään erilaisia ammatillisia kulttuureita ja niiden alakulttuureita. Työn samankaltaisuus yhdistää ryhmää ja tästä seuraa, että ammattikulttuuri voi olla työyhteisölle merkityksellisempi kuin organisaatiokulttuuri. Kinnunen (1990, 44–45) luokitteli tutkimansa terveyskeskuksen osakulttuurit kolmeen tyyppiin: johtamiskulttuuri, jota edustivat johtamistehtävissä olevat, ammatilliset osakulttuurit, joita edustivat lääkärit ja hoitajat (muitakin pienempiä ammatillisia osakulttuureita on olemassa) ja työyksiköiden työryhmien hoitokulttuurit. Kinnunen painottaa, että voidakseen työskennellä moniammatillisena tiiminä, hoitajilla, lääkäreillä ja muilla tiimin jäsenillä on oltava jonkinlainen yhteisymmärrys tai sopimus arvoista, normeista ja perusolettamuksista. Työskentely ryhmänä vaatii erilaisuuksien sovittamista yhteen ja ristiriitaisuuksien sietämistä. Ryhmän sisällä esiintyy myös taistelua eri kulttuurien painoarvosta. Kysymys on siis kulttuurisesta vallankäytöstä ryhmän sisällä.

Byrokraattis-professionaalisissa organisaatioissa ammattikulttuureilla on tärkeä merkitys. Tavoitteiden saavuttamisen ja terveyspalvelujen lopputuloksen kannalta kriittisen tärkeää on hoitoon osallistuvien ihmisten inhimillisen vuorovaikutuksen onnistuneisuus, tiedon välittyminen ja kognitiivinen prosessointi. Positiivinen palaute onnistuneesta toiminnasta vahvistaa kulttuurisia perusolettamuksia. Negatiivinen palaute puolestaan vaatii toiminnan uudelleen arviointia ja reflektointia. (Kinnunen 1990, 139.) Ammattikulttuurilla on pidempi historia kuin organisatorisilla toimintakäytännöillä, ja sen muuntuminen on hidasta. Jokaisen ammattilaissukupolven on luotava oma dialoginen suhteensa menneisyyteen ja edeltäjiensä ammatillisiin pyrkimyksiin voidakseen ymmärtää nykytilannetta ja osatakseen hahmottaa tulevaisuutta. (Henriksson 1998, 191.)

Tässä ajassa ammattien tutkimuksessa käsitteet ja sanastot ovat liikkeessä. Työn sosiologian viitekohtana ammatti on vaihtunut kvalifikaatioon, asiantuntemukseen, erikoisasiantuntemukseen ja informaatioon. Edelleen on kuitenkin olemassa ammatteja, jotka ovat säilyneet pitkiä aikoja. Ne ovat ammatteja, joille valtio on antanut monopolin tiettyyn tehtäväalueeseen. Työelämässä johdon antamasta valtuutuksesta puhutaan yhä enemmän, mutta esimerkiksi terveydenhuollon kentällä moniin tehtäviin oikeuttaa ja valtuuttaa vain muodollinen tutkinto. (Julkunen 2001, 16–23.) Tähän ryhmään kuuluvat myös farmaseutin ja proviisorin ammatit.

Abbott (1991, 18) kirjoittaa: one could start by discussing exactly what a profession is. But the numbers of possible definitions are overwhelming. And moreover, since the term "profession" is more an honorific than a technical one, any apparently technical definition will be rejected by those who reject its implied judgements about

their favourite professions or non-professions. To start with a definition is thus not to start at all.

Ammatteja tutkittaessa voidaan syystä palata Hughesin (1958) kysymyksiin. Millaisia ammatteja on olemassa ja miten työ yhteiskunnassa jaetaan? Mitä ihmiset työssään tekevät, miten he luovat ja rakentavat ammattiaan, millaisia ovat heidän pyrki-
myksensä työnsä ja asemansa parantamiseksi? Voidaan myös kysyä Freidsonin (1970) ja Abbottin (1988) tavoin, mitä professionaalit toisista professionaaleista ajattelevat, millaisia neuvotteluja ja rajanvetoja työstä käydään eri ammattien välillä. Abbott (1988) puhuu kolmesta areenasta, jossa ammattikunnat voivat esittää jurisdiktionaalisia vaatimuksia. Työpaikka on tärkeä arena, mutta vähemmän tutkittu.

3 Tutkimusasetelma ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää sairaalassa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alueita ja ammattikulttuurisia ajattelu- ja toimintatapoja. Tutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä siitä, miten farmaseutit ja proviisorit tekevät mielekkääksi omaa toimintaansa ja ammatillista asemaansa sairaalakontekstissa. Tutkimuksessa tuodaan esille myös farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaisten eli lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkemyksiä farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alueesta ja toimintatavoista. Taustoitetaan tutkimustani tarkastelemalla myös farmaseuttien ja proviisorien koulutusta, ammatillista järjestäytymistä ja sairaalafarmasian ilmaantumista terveydenhuollon ammatilliselle kentälle. Taaksepäin katsominen auttaa suhteuttamaan tutkimuskohdetta nykyhetkeen. Yhtenä tutkimustehtävänä on tuoda esille näkökulma ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan. Farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaisten näkökulmat ja näkökulma ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan toimivat kontrastoinnin välineinä. Kontrastointi palvelee strategiana, jonka avulla voin tutkijana etäännyttää itseni etnosentrisyydestä. Lähiammattilaisten näkökulmat sekä näkökulma ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan ja niiden reflektointi ovat tulkinnallisia apuvälineitä. Näkökulman ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan olen valinnut siksi, että ruotsalaisessa kontekstissa on olemassa farmaseutin ja proviisorin ammattiryhmät samoin kuin Suomessa. Halusin keskittyä näiden kahden ammattiryhmän ammattikulttuurin ja toimivalta-alueen tutkimiseen. Valitsemalla toisin olisi mukaan pitänyt ottaa myös lääketyöntekijöiden ammattiryhmä. Lisäksi Ruotsin tapa järjestää apteekkitoiminnot on tutkimuksellisesti varsin mielenkiintoinen.

Interaktionistinen professiotutkimus on tutkimuksen yhtenä viitekehyksenä. Työpaikka on professioiden jurisdiktionaalisten vaatimusten yksi areena. Abbott (1988) näkee toimivalta-alueiden muuttuvan ja muotoutuvan myös neuvotteluissa eri professionaalisten ryhmien välillä. Näitä neuvotteluja ja ammattien välisiä rajanvetoja etsin dialogeista farmaseuttien/proviisorien ja heidän lähiammattilaistensa välillä. Abbottin professioiden järjestelmä-teorian tärkeitä kysymyksiä ovat: miten professiot kehittyvät, miten ne liittyvät toisiinsa ja mikä määrää niiden tekemän työn luonnetta? Abbott painottaa professioiden järjestelmään vaikuttavia ulkoisia tekijöitä. Muutoksia tapahtuu sekä makro-, meso- että mikrotasolla ja professionaalisuudessa itsessään niiden eriytyessä. Byrokraatia, politiikka, koulutus, tieteen kehittyminen, tiedon muuttuminen, teknologia, organisaatiomuutokset, talous, arvojen ja normien muuttuminen ja yleiset sosiaaliset muutokset muovaavat professionaalista ympäristöä ja professioita. Abbott näkee professiotutkimuksen perinteisesti kohdistaneen huomion professionalisaatio-prosesseihin.

Vähemmän on tutkittu sitä, mitä professionaalit tekevät ja miten he organisoivat työnsä. (Hughes 1958).

Tutkimuksen toinen teoreettinen viitekehys on ammattikulttuuri. Sosiologisen kulttuurintutkimuksen intressinä on toiminnan mielen ja merkitysrakenteiden etsiminen. Huomio kiinnitetään merkitystulkintoihin ja niiden jäsenyntyneisyyteen. (Heiskala 1998, 26.) Ammatillinen kulttuuri koostuu joukosta standardeja, ajattelutapoja, sääntöjä, normeja ja arvoja, jotka yhteisön jäsenet jakavat keskenään ja jotka tuottavat käyttäytymistä ja toimintaa. Yhteisön jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja tunnistavat oman erillisyytensä. He tekevät eron ”meihin” ja ”muihin”. Kulttuuri on opittua ja se siirtyy sukupolvelta ja yksilöltä toiselle. Se on symbolista: asioille annetaan merkityksiä ja tämä helpottaa kulttuuriin sopeutumista. Kulttuuri pyrkii sisäiseen eheyteen ja tasapainoon. Se pitää sisällään tiedon siitä, mikä on oikea tapa toimia. Olennaista on jonkin asian jakaminen ja yhteisön hyväksyntä. Tämä ei tarkoita täysin yhdenmukaista käyttäytymistä tai samanlaisia ajattelutapoja. Myös vastakulttuurit ovat mahdollisia.

Tutkimus kohdistuu sairaalassa työskentelevään farmaseuttiseen henkilökuntaan eli proviisoreihin ja farmaseutteihin. Käytän tutkimuksessa käsitettä farmasian ammatillinen kenttä. Kentällä tarkoitan farmaseuttien ja proviisorien ammatillisten asemien ja työtehtävien kokonaisuutta. Olen rajannut sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen teknisen henkilökunnan eli lääketyöntekijät tutkimuksen ulkopuolelle. Perusteluna on keskittyminen kahteen farmasian ammatillisen kentän ydinammattiin, joiden koulutus tapahtuu yliopistossa. Lääketyöntekijöiden ammattiryhmän ottaminen tämän tutkimuksen piiriin olisi myös tehnyt siitä liian monikerroksellisen. Se edellyttää oman tutkimuksensa. Toinen tutkimuksen rajaus kohdistuu farmaseuttien ja proviisorien lähiammatilaisiin sairaalakontekstissa. Esiolettamukseni mukaan katson lääkäreiden ja sairaanhoitajien olevan sairaalassa farmaseutteja ja proviisoreja lähellä olevia ammattiryhmiä. Myös aikaisempi professiososiologinen tutkimus proviisorin ammatista puoltaa tätä valintaa. Tutkimusasetelmani kannalta tässä yhteydessä kysymykseksi nousee, miten muutos yhdessä ammatissa vaikuttaa lähellä oleviin ammatteihin.

Tutkimusnäkökulmieni valinnassa olen pyrkinyt siihen, että saisin tutkittavasta kohteesta monipuolisen ja rikkaan kuvan. Sairaala farmaseuttien ja proviisorien työpaikkana on byrokraattis-professionaalinen organisaatio. Farmaseuttinen työ on sairaalakontekstista johtuen tietynlaista, ja tämä jäsentää työnjaollista paikkaa. Terveystenhoito on järjestetty tiukan työnjaon pohjalle. Usein se lukitsee työntekijät tarkasti määriteltäviin asemiin. Lähden kuitenkin siitä, että työnjaolliset rakenteet eivät aseta yksinomaan rajoja vaan antavat myös mahdollisuuksia. Työnjaolliset rajat ovat muuttuvia ja monet asiat vaikuttavat näihin muutoksiin sekä mikro-, meso- että makrotasolla. Myös ammattikulttuuri piirtää ja määrää rajoja työntekijöiden toiminnalle. Se luo sääntöjä ja käyttäytymistapoja, jotka saattavat olla hyvinkin kahlitsevia. Ammatillisella kult-

tuurilla on keskeistä merkitystä yksilön ja ryhmän toiminnalle. Kulttuurin alitajuinen noudattaminen ohjaa pitkälti sitä, mihin yhteisön jäsenet kiinnittävät huomiota arkipäivän toiminnassa. Se luo kiinteyttä ja sen avulla ylläpidetään niitä menettelytapoja, jotka ovat osoittautuneet toimiviksi. Yhteiset perusolettamukset määrittävät, mitä asioita pidetään tärkeinä ja kuinka tärkeinä. Ammattikulttuuriset rakenteet luovat sekä rajoja että mahdollisuuksia työntekijöiden toiminnalle. Ne synnyttävät myös toisin ajattelemista ja tekemistä. Työpaikalla käytännön työn tasolla, puheen ja ajattelutapojen välityksellä, tehdään kulttuurista työtä ja luodaan ammatillista jurisdiktiota – ‘jurisdiction in making’. Abbottin (1988) sanoin: kun tehdään työtä, määritellään samalla myös paikkaa. Tältä perustalta käsin on mielenkiintoista tarkastella tutkimuskohdetta sekä työnjaollisesta että ammattikulttuurisesta näkökulmasta. Tutkimukseni pragmaattisena tavoitteena pidän sitä, että olen kutsunut farmaseutit ja proviisorit itsereflektioon ja keskinäiseen vuoropuheluun sekä toistensa että lähiammatilaitensa kanssa. Itsereflektio on olennainen osa ammatillista työtä, ja toivon sekä tutkijana että farmaseuttina voivani tuoda jotakin uutta ammatilliseen ”itsetutkiskeluun” ja eri toimijoiden väliseen keskusteluun, mutta myös itse farmaseuttiseen työhön tämän tutkimuksen välityksellä.

Tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alueita ja ammattikulttuuria sairaalakontekstissa. Tutkimuksessa tarkastelen sairaala-apteekkia ja lääkekeskusta ammatillisena kenttänä farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammatilaitensa näkökulmista.

1. Millainen on sairaala-apteen ja lääkekeskuksen institutionaalinen toimivalta-alue?
2. Miten farmaseutit ja proviisorit määrittelevät toimivalta-alueensa sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa?
3. Millaisina sairaalafarmasian ammattikulttuurit näyttäytyvät?
 - Millaisina ammattikulttuuriset toimintatavat näyttäytyvät farmaseuteille ja proviisoreille?
 - Millaisina ammattikulttuuriset toimintatavat näyttäytyvät lähiammatilaisille eli lääkäreille ja sairaanhoitajille?
 - Millaisina ammattikulttuuriset toimintatavat näyttäytyvät kontrastoituna ruotsalaiseen sairaalafarmasiaan

4 Tutkimuksen suorittaminen

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Sosiaalinen konstruktionismi perustuu käsitykselle, että todellisuus on sosiaalisesti ja kielellisesti rakentunut ja että käyttämämme käsitteet ovat sopimuksia ja ehdotuksia tavalle jäsentää maailmaa. Käsitystä maailmasta rakennetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, ja kielellä merkkijärjestelmänä on tässä keskeinen merkitys. Sosiaalinen maailma on siis sosiaalisten prosessien eli kielen ja ihmisten välisen kommunikaation ja suhteiden tuottamaa. (Alasuutari 1994a, Burr 1995, 5–6.) Tämän laadullisen tutkimuksen tavoitteena on etsiä niitä ajatus- ja toimintatapoja sekä käytäntöjä, joilla sairaalassa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit paikallisesti rakentavat ja määrittelevät työnsä ja toimivalta-alueensa. Toisin sanoen tutkimuksessa analysoidaan, miten farmaseutit ja proviisorit tekevät työtään ja työnjaollista paikkaansa arjen käytännöissä ja ajatuksissa.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen aineisto on ilmiasultaan tekstiä, ja se voidaan ymmärtää aineiston muodon kuvaamiseksi. Aineistoon on mahdollista soveltaa erilaisia lukutapoja, myös kvantitatiivisia. Tärkeää on kohdeilmion käsitteellisen pohdinnan merkitys. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen eri vaiheet eli aineiston keruu, analyysi, tulkinta ja raportointi kietoutuvat yhdeksi kokonaisuudeksi. (Silverman 1993, 162–163, Eskola ja Suoranta 1998, 13–16.) Laadullisen aineiston avulla pyritään selittämään ja kuvaamaan sosiaalista todellisuutta tutkittavien näkökulmasta käsin. Kyse on emic-tyyppisten, tekstissä itsessään olevien luokittelujen tutkimisesta. Emic-analyysissä lähestytään ilmiötä tutkittavien näkökulmasta käsin eli siinä on kyse heidän kulttuurinsa merkitysrakenteiden tutkimisesta. Etic-analyysissa puolestaan havainnoidaan kulttuuria ulkoapäin, soveltamalla aineistoon tiettyjä, tutkijan luomia luokitteluja ja sääntöjä. (Alasuutari 1994b, 234–235, 101.) Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimuksen toteuttaminen luonnollisessa ympäristössä ja tutkijan henkilökohtainen osallistuminen tutkittavien elämään. Sosiaalitutkimus on usein osallistuvaa havainnointia. Havainnointi todellisuuden luonnollisissa olosuhteissa on yksi tietämisen tapa. Se on kokemuksellista oppimista: kuuntelemista, katsomista ja kyselemistä. Sen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää toiminnallisia käytäntöjä. (Eskola ja Suoranta 1998, 104–106.)

Liitän tutkimukseni myös kulttuurintutkimukseen. Siinä on piirteitä etnografisesta tutkimusotteesta. Kulttuurintutkimus on merkitysjärjestelmien eli kulttuuristen koodien tutkimusta. Keskeistä siinä on empiirisen ilmiön paikallinen selittäminen ja kuvaaminen.

Sekä laadullisessa tutkimuksessa että kulttuurintutkimuksessa tämä selittäminen perustuu ymmärtävään selittämiseen. Ilmiötä on lähestyttävä avoimin mielin, ja tutkija itse on keskeinen tutkimusväline. Kulttuurintutkimus lähtee siitä, että todellisuus on rakentunut merkitystulkinnosta ja tulkintasäännöistä ja että todellisuus on ihmisille olemassa niiden välityksellä. Tätä voidaan pitää merkityksen käsitteen tietoteoreettisena ulottuvuutena, joka kuuluu keskeisenä kulttuurintutkimukseen. (Alasuutari 1994b, 46–51, Eskola ja Suoranta 1998, 211.) Etnografiselle⁷ tutkimusotteelle on tyypillistä suhteellisen pitkäkestoinen aineistonkeruuprosessi, monipuoliset aineistot ja tutkijan pitkäaikainen oleskelu kentällä (Atkinson 1992, 2–5). Kenttätyö on edelleen tärkeä tiedonkeruun tapa, ja kulttuurin tutkimuksessa sillä on hyvin keskeinen merkitys. Käsitys kenttätyöstä on kuitenkin laajentunut ja havainnointiajat lyhentyneet. Oleskelu kentällä on lyhytaikaista, ajankäyttö intensiivistä ja samoin myös tiedon hankinta. Tutkijan toiminnan on oltava vuorovaikutuksellista ja hänen on omattava taustatietoa kohteesta. (Knoblauch 2001.) Tutkimuksessani olen käyttänyt triangulaatiota sekä näkökulmien valinnassa että aineiston hankkimisessa. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen, teorioiden ja/tai menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa (Eskola ja Suoranta 1998, 69).

4.2 Tutkijan positio

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on varsin keskeinen (Eskola ja Suoranta (1998, 20). Tutkijalla on aina omat kiinnostuksen kohteensa ja valintojensa perusteet. Miltä perustalta kiinnostuksen kohteet nousevat, on pohdinnan arvoinen asia. Tutkijan on oltava näistä taustatekijöistä selvillä, jotta hän osaisi olla viileämpi ja jäädyttää omia tunteitaan riittävässä määrin. Tietty määrä intomielisyyttä on kuitenkin tarpeen. Tieteen yksi tehtävä on herättää keskustelua. Tutkijan on tunnistettava omat esioletuksensa ja arvostuksensa ja hänen on pyrittävä siihen, ettei sekoita uskomuksiaan ja asenteitaan tutkimuskohteeseen (Eskola ja Suoranta 1998, 17). Olen tutkimusta tehdessäni miettinyt sitä, mikä merkitys tutkimukseni kannalta on sillä, että olen itse vuodeosastolla työtä tekevä farmaseutti. Olen tutkijana osittain sisäpuolinen. Omaa tai itseä lähellä olevaa kulttuuria tutkittaessa kaikki näyttää tutkijalle itsestään selvältä. Sisäpuolisen tutkijan on pystyttävä näkemään itsestäänselvyyksien horisontin taakse voidakseen problematisoida itsestäänselvyksiä. Kulttuurin tutkimuksessa analyttisyyden on katsottu kärsivän tutkijan ollessa liian lähellä tutkimuskohdettaan. Tärkeäksi on nähty tutkijan alienaatio, jota on pidetty jopa epistemologisena välttämättömyytenä. Toisaalta vasta-

⁷ Etnografiaa on määritelty monin eri tavoin. Laajassa mielessä se on ryhmän kulttuurin tutkimusta. Se viittaa sekä tutkimuksen metodiin että tuloksiin: se on kenttätyötä, kirjoittamista ja reflektiota. (Van Maanen 1988, 1995, 1–6.)

argumenttina on syvempi ymmärtäminen tutkijan päästyä lähelle tutkittavaa kohdetta. Kriittisyyden ja reflektion merkitystä on korostettava. (Alasuutari 1994b, 190–191, Coffey 1999, 32.)

Mielenkiintoinen kysymys hankittaessa tietoa osallistuvan havainnoinnin kautta on se, miten tutkija menee ja pääsee kentälle. Tutkin farmaseuttisen henkilökunnan työjaollista paikkaa ja ammattikulttuuria tekemällä heidän kanssaan työtä. Olen syvästi tietoinen siitä, että minulla on paljon sellaista tietoa, jonka hankkimiseen ulkopuoliselta tutkijalta menisi paljon aikaa ja myös sellaista tietoa, johon ulkopuolisella tutkijalla ei ole pääsyä. Tiedostan sen, että sairaaloiden ovet eivät helposti avaudu ulkopuolisille tutkijoille. Minulla on ollut tämä etu puolellani. Toisaalta olen tietoinen myös siitä, että en osaa ehkä tarpeeksi ihmetellä enkä löytää sellaisia kulttuurisia muotoja, jotka ehkä ulkopuolelta tulleelle tutkijalle avautuisivat helpommin, tai olisivat jopa silmiinpistäviä. Positioni vahvuutena pidän sitä, että käytän tutkimusasetelmassani farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaisten eli lääkärien ja sairaanhoitajien havaintoja, kokemuksia ja käsityksiä tutkimuksellisinä metodeina. Ruotsalainen aineisto on avartanut näkökulmaa etäännyttämällä minua tutusta. Tämä tutkimusasetelma on herkistänyt omia havainnointitapojani. Asemassani olen voinut tarkastella tutkimaani kohdetta sekä sairaalapteekin että vuodeosaston perspektiivistä käsin, kahdelta eri etäisyydeltä. Vältyn tarkastelemasta osapuolia yksipuolisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että myös sairaanhoitajien ja lääkärien näkökulmia voin tarkastella kauempaa ja lähempää. Tämä asetelma antaa tulkintavoimaa ja sensitiivisyyttä tutkimuksellisesti (Henriksson 1998, 170–171).

Tuttuussuhde on tutkijan kannalta hieman ongelmallinen. Tutussa kentässä liikkuu kokeneena, itsevarmana – liiankin itsevarmana. Sisäpiiriin kuuluvana ei välttämättä näe vivahteita, jotka ulkopuolinen näkee. Katson kuitenkin olevani sisäpiirin ulkoreunalla. Minulla on mielestäni luottamuksellinen suhde tutkittaviin ja sitä pidän erittäin tärkeänä asiana. Ihmiset ovat perusluonteeltaan aina vähän epäluuloisia, ja tutkijan oleskelu kentällä saatetaan kokea monella tapaa uhkaavaksi. Onko tutkija omalla kentällään liikaakin osa tutkimusta? Joskus tulee mieleen niinkin arkipäiväinen ilmiö kuin turistina oleminen. Toisaalta turisti näkee, mitä turistioppaissa sanotaan ja suorastaan pyydetään ja käsketään näkemään ja huomaamaan (eli mitä heille erityisesti halutaan näyttää, mitä paikalliset pitävät näyttämisen arvoisena). Toisaalta hän näkee jonkin arkipäiväisen banaliteetin hyvinkin erikoisena, poikkeavana ja viehättävänä. Hän näkee jotakin sellaista, mitä tutussa ympäristössä jatkuvasti elävät eivät näe ollenkaan – ainakaan merkityksellisenä ja kiinnostavana. Tämä turistina olemisen tunne oli syvästi läsnä ensimmäisinä päivinä ollessani Ruotsissa. Siellä olin tutkijana ulkopuolinen ja minulle haluttiin näyttää sellaista, minkä uskottiin olevan todella näyttämisen arvoista ja edistyksellistä. Mutta on myös niin, että havaitakseen poikkeavaa, on tunnettava tavanomainen.

Tämä tutkimus on muuttanut itseymmärrystäni ja laajentanut näkemyksiäni monella tapaa. Schön (1999, 68–69) painottaa reflektiivistä toimintaa ammattilaisten työssä. Olen tarkastellut, miten se toteutuu tutkimuskohteeni toiminnassa ja sallinut itseni hämmästyä ja kokea yllätyksiäkin. Olen reflektoinut asemaani liittyvää kaksoislojaliteetin ongelmaa; toimintaani sekä sairaalafarmaseuttina että tutkijana. Tutkijana minulla on myös vastuu siitä, että saan tutkittavien äänen kuulumaan riittävästi ja oikealla tavalla. Olen myös miettinyt sitä, että onko minulla yleensä oikeutta ja valtaa määritellä tutkittavien maailmaa ja latistanko tutkittavien elävän ja vivahteikkaan kuvauksen tutkijan merkinnöiksi. Vanha antropologinen dilemma on syvästi läsnä. Tutkijan positio kilpistyy Geertzin (1988, 21) kysymykseksi: miten kuvata ja kirjoittaa siitä, miten jokin asia on niin kuin se on ja miksi toimitaan ja tehdään niin kuin tehdään?

Tutkimukseen liittyy aina eettisiä ongelmia. Tutkijan on oltava moraalinen toimija ja otettava huomioon tutkimusta tehdessään eettinen ulottuvuus (Pietarinen 2002). Tutkimukseen osallistuvat mahdollistavat tutkimuksen tekemisen ja tutkijan velvollisuus on suojata heidän taustansa. Tutkija joutuu myös pohtimaan, miten arkaluontoiset asiat kirjoitetaan auki. Seuraamuseettisistä näkökulmista tarkasteltuna teon sallittavuus riippuu sen seurauksista ja velvollisuuseettisistä näkökulmista katsottaessa teon oikeellisuutta voi miettiä normien ja sääntöjen valossa seuraamuksista välittämättä. Peruskysymys joka tapauksessa on, mitä hyötyä tai haittaa tutkimuksesta voisi olla tutkittaville. (Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tietosuojatietokanta 1987, 9–12, Schein 1987, 152.) Aineistoa kerätessäni olen tuonut julki aineiston luottamuksellinen käsittelyn tutkimuksessa mukana olevien anonymiteetin suojaamiseksi. Tästä syystä myöskään hyvin yksityiskohtaisia tietoja ei esitetä. Tutkimuksessa esiintyvät nimet on muutettu. Tutkimus ei kohdistu yksilöihin vaan ryhmään.

4.3 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Suomi

Tutkimuksen aineisto on hankittu useana ajankohtana ja usealla eri tavalla. Aikaperiodi tutkimusaineiston keräämisessä alkaa keväällä 1999 ja loppuu syksyyn 2005. Aineisto koostuu kyselyistä, kirjoitustehtävästä, dokumenteista, haastatteluista ja osallistuvan havainnoinnin kautta saadusta tiedosta (menetelmätriangulaatio). Aineistoa olen kerännyt farmaseuteilta, proviisoreilta, sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä sekä Suomessa että Ruotsissa. Taulukossa 1 on yhteenveto suomalaisesta tutkimusaineistosta. Kyselylomakkeet ja kirjoitustehtävä ovat liitteinä ja osallistuvan havainnoinnin kautta saatu aineisto ja dokumentit tulevat esille tulosoosassa ja pohdintoissa.

Taulukko 1. Suomalainen tutkimusaineisto

Vuosi	Kohde	Keräystapa	Vastanneet
1999	Farmaseutit ja proviisorit	Avoim kyselylomake	N= 19 farmaseutit N= 6 proviisorit
1999	Sairaanhoitajat	Kirjoitustehtävä	N= 39 sairaanhoitajat
2001	Lääkärit	Puolistrukturoitu kyselylomake	N= 17 lääkärit
2001–2005	Farmaseutit, proviisorit, sairaanhoitajat, lääkärit	Osallistuva havainnointi kontekstina sairaala, erilaiset koulutustilaisuudet	
2001–2005	Dokumentit	Kirjat, lehdet, haastattelut, lait ja asetukset	

Farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaisilta keräämäni aineiston avulla olen pyrkinyt laajentamaan tutkimukseni näkökulmaa. Tarkoituksena on ollut saada esille sekä farmaseuttisen henkilökunnan omakuva ammattikulttuuristaan ja työnjaollisesta paikastaan että myös lähiammattilaisten kuva siitä. Pyrkimyksenäni on tämän menetelmän avulla tarkastella sairaalassa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien toimintatapojen heijastumia ja vaikutuksia. Lähiammattilaisten näkökulma auttaa myös paremmin määrittämään farmaseuttien ja proviisorien paikkaa lähiammattilaisten rinnalla. Etenkin Ruotsista keräämäni aineiston avulla pyrin näkemään selvemmin farmaseuttien ja proviisorien yhteistä, traditionaalista ammattikulttuuria mutta etsimään myös kansallisia eroja ja erityispiirteitä.

Kronologisesti ensimmäisen aineiston keräsin keväällä 1999. Tämän aineiston ovat tuottaneet eri puolilla Suomea sairaala-apteekeissa ja lääkekeskuksissa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit. Aineisto kerättiin avoimella kyselyllä ammatillisten valtakunnallisten koulutuspäivien yhteydessä. Tämä kyselylomake sisältää 40 kysymystä (liite 4). Etukäteen kyselylomakkeen täytti lomakkeen toimivuuden arvioimiseksi kaksi farmaseuttia. Testauksen seurauksena kysymysten yksiselitteisyyden parantamiseksi kysymyksiä jonkin verran muutettiin ja kysymysten määrää vähennettiin. Kyselylomakkeen testauksessa saatuja vastauksia ei ole otettu mukaan lopulliseen aineistoon. Näyte on harkinnanvarainen. Koulutuspäiville osallistujien määrä oli 36. Vastauslomakkeen palautti annettuun määräaikaan mennessä 25 koulutuspäiville osallistujaa. Vastanneissa oli 19 farmaseuttia ja 6 proviisoria. Kaikki ovat naisia. Vastanneista 15 työskenteli yliopistollisessa sairaalassa, 1 keskussairaalassa, 3 aluesairaalassa, 3 terveyskeskuksessa ja 3 terveyskeskus/kaupunginsairaalassa. Nykyiseen työpaikkaansa vastanneet oli-

vat hakeutuneet hyvin erilaisista syistä. Polkuna sairaala- ja terveyskeskusfarmasian pariin oli usein sijaisuus ja sitten kiinnostuksen herääminen sijaisuuden myötä. Aiemmilla kokemuksilla oli varsin paljon merkitystä sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen työhön hakeutumiselle. Myös puhtaasti ammatillisia syitä tuli esille. Kiinnostus sairaala- ja terveyskeskusfarmasiaan oli saattanut herätä jo opiskeluaikana. ”*Olen opiskeluajoista saakka ollut kiinnostunut sairaalafarmasiasta.*” (yo.sair.p 25) Työskentely tällä sektorilla koettiin haasteelliseksi, haluttiin tutustua tähän farmasian osa-alueeseen tai työ siellä kiinnosti enemmän kuin työ avohuollon apteekissa. Säännöllinen työaika, sattuma, avoin työpaikka ja henkilökohtaiset syyt olivat myös nykyiseen työpaikkaan hakeutumisen syitä. Lääkekeskuksesta oli siirrytty sairaala-apteekkiin saamaan näkökulmaa erikoissairaanhoidosta. Myös toisinpäin siirtymistä oli tapahtunut.

Tutkimuksen ajallisesti toinen aineisto muodostuu kirjoitustehtävästä suomalaisille sairaanhoitajille (liite 5). Tämän aineiston keräsin kevättalvella 1999 sairaanhoitajien ammatillisten koulutuspäivien yhteydessä. Tässä kirjoitustehtävässä pyysin sairaanhoitajia kuvaamaan vapaamuotoisesti sairaala-apteekin ammattikulttuuria, miten se rakentuu ja mitä piirteitä sairaanhoitajat siinä näkevät. Tämän kirjoitustehtävän testasi etukäteen kolme sairaanhoitajaa sen toimivuuden ja ymmärrettävyyden arvioimiseksi. Sairanhoitajat pitivät tehtävää aluksi vaikeana, vähän työläänäkin ja myös hieman vaikeasti ymmärrettävänä. Hankaluutena he pitivät lähinnä sitä, etteivät mielestään tienneet tarpeeksi farmaseuttien ja proviisorien työstä. He myös miettivät sitä, mitä kaikkea ammattikulttuuriin yleensä kuuluu. Avainsanojen he kertoivat kuitenkin helpottavan ja selvittävän tehtävän tarkoitusta ja luonnetta riittävästi. Kirjoitustehtävää he pitivät mielenkiintoisena. Edellä mainituista syistä kirjoitustehtävän muotoa ei muutettu. Tämäkin näyte on harkinnanvarainen.

Koulutuspäiville osallistui 116 sairaanhoitajaa eri puolilta Suomea. Koulutuspäivien aikana 31 sairaanhoitajaa palautti kirjoitustehtävän. Kahdeksan kirjoitusta lähetettiin tutkijalle jälkikäteen. Vastanneista 26 työskenteli yliopistollisessa sairaalassa, 9 keskussairaalassa, 1 aluesairaalassa ja 3 terveyskeskuksessa. Aineisto koostuu pääosin hyvin spontaaneista kirjoituksista. Vastanneiden määrä on alhainen. On pohdittava valikoitumista: ketkä siihen vastasivat ja ketkä eivät? Olivatko vastaajat niitä, joilla oli edes jonkinlainen käsitys sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen toiminnasta ja jotka olivat enemmän yhteistyössä farmaseuttien tai proviisorien kanssa vai niitä, jotka toivoivat yhteistyötä enemmän? Vai vastasivatko kenties ne, joilla oli negatiivisia tai positiivisia kokemuksia kanssakäymisestä sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen kanssa, jolloin nämä tunnelmat ja tunteet olivat niin pinnalla, että niistä oli helppo kirjoittaa? Nämä kaksi edellä mainittua aineistoa on alun perin kerätty pro gradu-tutkielmaani varten (Virkkunen 2000). Tästä aineistosta jäi paljon käyttämättä, ja olen hyödyntänyt sitä nyt tässä tutkimuksessa uudella tavalla.

Tutkimuksen kolmannen aineiston keräsin syksyllä 2001 lääkäreiltä kyselylomakkeella, joka sisältää 22 kysymystä (liite 6). Sen testasi etukäteen yksi lääkäri. Kysymysten sanamuotoja muutettiin testauksen jälkeen niiden selkeyden parantamiseksi. Kyselylomakkeen lähetin 25 lääkärille. Kohderyhmän valitsin harkinnanvaraisesti. Lomakkeen palautti 17 lääkäriä: 12 sisätautilääkäriä, 3 anestesia- ja anestesia- ja psykiatri ja 1 gynekologi. Lääkäreistä 5 työskenteli aluesairaalassa ja 12 yliopistollisessa sairaalassa.

Kenttätyö

Kenttätyön kautta saadun aineiston olen kerännyt sairaalassa ja erilaisilta valtakunnallisilta koulutuspäiviltä. Tämä tutkimusajanjakso kattaa aikaperiodin 2001–2005. Kenttätyön tavoitteena on ollut saada kuva arjen todellisuudesta ja kirkastaa kokonaiskäsitystä ilmiöstä. Kenttätyövaiheen havainnot olen kirjoittanut tutkimus- ja havainnointipäiväkirjaan, jota olen pitänyt vuoden 2001 alusta syksyyn 2005. Havainnointi- ja tutkimuspäiväkirja, keskustelut, haastattelut ja erilaiset kokousraportit muodostavat 130 sivun aineistomateriaalin. Lisäksi olen käyttänyt tutkimusaineistona erilaisissa koulutustilaisuuksissa (Satefan koulutuspäivät, täydennyskoulutuspäivät) saamaani tietoa ja materiaalia, erilaisia dokumentteja, selontekoja ja kehittämispalaverimuistioita. Aineistoa oli runsaasti käytettävissä. Osan siitä olen rajannut tutkimuksen ulkopuolelle, jotta pystyisin hallitsemaan aineiston käsittelyä. Edellä mainittu aineisto on ollut mielestäni riittävä tiedon saannin kannalta.

Osallistuvan havainnoinnin kautta saadun aineiston olen kerännyt farmaseutin työtä sairaalassa tehdessäni. Minulle tutkijana on ongelmana ollut arkipäivän kiireisessä sairaalatyössä se, että en ehkä ehdi huomioida ja kirjata kenttäpäiväkirjaa varten kaikkea huomionarvoista ja myös sillä hetkellä vähemmän huomionarvoista, joka voi myöhemmin osoittautua tärkeäksi. Minulle kentällä oleminen on myös raskasta ruumiillista työtä. Se on myös sellaista kokemuksellista työtä, mihin ulkopuolisella tutkijalla ei ole pääsyä. Tiedän miltä työ tuntuu onnistumisineen ja epäonnistumisineen. Havainnointipäiväkirjan pitämistä ja kaksoisrooliani kuvaisin Sartren (1981, 7–8) sanoin mukailtuna: Parasta olisi merkitä tapahtumat muistiin päivittäin niiden ymmärtämiseksi. Olisi siis tavoitettava jokainen vivahde, jokainen mitättömältäkin näyttävä pikku seikka, tavoitettava ja ennen kaikkea sijoitettava asianmukaiseen yhteyteen. Muuttunut on juuri näkemisen tapani. Olisi selvästi ja tarkasti määriteltävä, ja pyrittävä ilmaisemaan se, millä tavoin olen nähnyt asian aikaisemmin ja miten näen sen nyt. Ei myöskään pidä nähdä merkitsevää siinä, missä sitä ei ole. Vaarat päiväkirjan pitämisessä: kaikki tulee liioitelluksi, vaaniskeleva asenne painaa totuutta jatkuvasti omaan suuntaansa. Toisaalta on oltava valppaana joka hetki. Tapahtumat on merkittävä muistiin tunnontarkasti vähäisimpiäkään yksityiskohtia unohtamatta. Tapahtuma, mikä se on tapahtumana, mitä mi-

nussa tapahtuu – kaiken tämän hahmottaminen ei ole helppoa. On myös seurattava tapahtumien ketjuyhteyksiä.

3.1.2002 olen kirjoittanut tutkimus- ja havainnointipäiväkirjaan seuraavan tekstin:

”Keskustelin sairaanhoitajien kanssa sairaala-apteekin toivomista asiointiajoista. Sairaanhoitaja Liisa ehdotti, että apteekin ovesta voisi poistaa toivottuja asiointiaikoja koskevan kyltin. Katsottaisiin vain sitten, mitä tapahtuu. Sehän olisi ihan jännittävää. Minä ehdotin vielä pidemmälle menoa. Apteekki voisi lähettää vuodeostoille tiedotteen, kutsun, että tulkaa silloin kuin haluatte ja parhaiten teille sopii ja tarve vaatii – olette aina tervetulleita, teitä suorastaan odotetaan. Samassa yhteydessä aloin miettiä apteekin vuodeosastoille lähettämiä tiedotteita. Niitä ei paljon tule. Tiedottaminen on vaatimatonta.”

20.4.2004 tutkimus- ja havainnointipäiväkirjani teksti on seuraavanlainen:

”Vuodeosaston osastotunnilla oli paljon uusia asioita käsiteltävänä ja puhuttiin vähän vanhoistakin asioista, kuten kestoaiheesta eli omahoitajuudesta. Asioista oltiin hyvin montaa mieltä. Toiset ottivat kantaa, toiset eivät. Sairaanhoitaja Kaija sanoi osastotunnin jälkeen, että on hänellä vastarinnankin ajatuksia. Joskus ehdotetaan ja suunnitellaan sellaista, ettei siinä ole mitään järkeä – vain lisätyötä eikä mitään hyötyä. Hän sanoi menetelmänsä olevan, että on ihan hiljaa ja antaa ajan kulua. Sitten huomataan, ettei se mitään tuottanut tai hyödyttänyt eikä varsinkaan parantanut toimintaa. Se oli vain sellainen pöllähdys. Mietin omaa käyttäytymistäni farmaseuttina. Tunnistan itsessäni samoja piirteitä. Nyt tutkijana olen kuitenkin alkanut entistä enemmän kaivata makrotasolla vaikuttamista; yliopistokoulutuksessa, lainsäädännön kentällä ja yhteisöissä viranomaisten kanssa ja myös enemmän vaikuttamismahdollisuuksia organisaatiotasolla. Puhuin myöhemmin asiasta proviisori Veeran kanssa. Hän sanoi, että kyllä on yritetty, mutta ollaan ehkä liian helposti periksi antavia. Se on tuo meidän kiltteys. Kiltteys on enemmänkin meidän pahe kuin hyve.”

Ote tutkimus- ja havainnointipäiväkirjasta.

”Yliopiston järjestämät Lääkepäivät olivat 7–8.5.2004. Siellä puhuttiin apteekikityöstä, arvostuksista ja arvostuksen ansaitsemisesta, verkostoitumisen tarpeellisuudesta ja ennen kaikkea sen hyödyntämisestä. Yhteisöllisyyden merkitys katsottiin tärkeäksi – kaikilla tasoilla. Arvostus on ansaittava ammatillisuudella ja se on ansaittava joka päivä. Kentällä työskentelevät ovat tärkeitä – he viestittävät tarpeista ja yleensä käytännön toiminnasta. Yliopistokoulutuksessa tärkeää on myös asenteiden muokkaus, modernisoiminen ja ajan haasteisiin vastaaminen sekä tarpeiden tuntemus. Tärkeitä sanoja ovat kansainvälistyminen ja yhteistyö. On tunnettava vaikuttamisen kanavat ja vaikuttamisen tavat. On oltava kriittinen ja avoin. Lääketeollisuuden henkilökunnan rekrytoinnista vastaava henkilö puhui farmasian ihmisten vahvuuksista. Farmasistit ovat puhujan mielestä pilkuttajia, vastuullisia ja huolellisia. Näistä taidoista ei ole puutetta. Puutetta on ihmishuhdetaidoista, yhteistyötaidoista ja vuorovaikutustaidoista. Niissä on kehittämisen varaa. Lääkepäiviltä jäi hyvä mieli. Tunnelma oli avoin ja mielipiteitä tuotiin rohkeasti esille. Apteekkien henkilökunta todettiin vähän vanhanaikaiseksi. Monet ovat saaneet koulutuksensa vanhaan aikaan. Muutos on kyllä kovalla vauhdilla käynnissä.”

Historiallinen oheisaineisto

Historiallisen aineiston muodostavat farmasiaa käsittelevät historialliset teokset, joiden kirjoittajista osa kuuluu farmasian ammatilliseen kenttään, apteekkitoimintaa säätelevät lait ja asetukset, Lääkintöhallituksen määräykset ja muut viranomaisdokumentit. Aineistona on myös farmasian kentällä toimineiden ja toimivien farmaseuttien ja proviisorien kirjoituksia ja haastatteluja. Historiallisen aineiston tarkoituksena on toimia tutkimuksessa analyttisen juonen kuljettajana. Bermanin (1966) mukaan farmasian historian kirjoitus on jossain määrin laiminlyöty tai huonosti hoidettu. Peltonen (1987,7) toteaa Suomen apteekkilaitoksen historiaa käsittelevän kirjansa johdannossa, että lähes koskemattomasta aihepiiristä oli tarjolla lukuisia eri aiheita ja näkökulmia. Oma kokemukseni on, että on ollut varsin vaikeaa löytää kokonaistietoa sairaalafarmasian ilmaantumisesta ja kehittymisestä. Saatavilla oleva tieto on fragmentoitunutta, mutta näyttäytyy varsin mielenkiintoisena ja tarkemman tutkimuksen arvoisena. Kalelan (2000, 49) mukaan tulkinnat ovat ilmauksia pyrkimyksestä ymmärtää ja selittää tutkittavaa ilmiötä. Mikäli tällaisia tulkintoja ei ole, se antaa aiheen kysyä niiden esittämättä jättämisen syitä.

Ruotsi

Ruotsalaisilta farmaseuteilta (receptarie), apteekkareilta, sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä saatu aineisto on kerätty keväällä 2001. Taulukossa 2 on yhteenveto aineistosta. Kyselylomakkeet ovat liitteenä ja muu aineisto tulee esille tulososassa ja pohdinnoissa.

Taulukko 2. Ruotsalainen tutkimusaineisto

Vuosi	Kohde	Keräystapa	Määrä
2001	Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit	Avoim kyselylomake	N = 12 farmaseutit N = 9 apteekkarit
2001	Sairaanhoitajat	Puolistrukturoitu kyselylomake	N = 9 sairaanhoitajat
2001	Lääkärit	Puolistrukturoitu kyselylomake	N = 7 lääkärit
2001	Farmaseutit (receptarie), apteekkarit, sairaanhoitajat	Haastattelut	N = 4 farmaseutit N = 5 apteekkarit N = 4 sairaanhoitajat
2001	Farmaseutit (receptarie), apteekkarit	Osallistuva havainnointi kontekstina sairaala.	
2001	Dokumentit	Kirjat, lehdet, lait, asetukset, muistiot	

Farmaseuteilta (receptarie) ja apteekkareilta kerätyn aineiston hankintatapoina ovat kyselylomakkeet (liite 7), haastattelut ja havainnointi. Kyselylomake ruotsalaisille apteekkareille ja farmaseuteille (receptarie) on hyvin samanlainen kuin se, jota käytin kerätessäni aineistoa Suomessa. Käänsin kysymykset ruotsiksi ja lähetin kysymykset arvioitaviksi Ruotsiin, sillä tarkoituksena oli testata niiden ymmärrettävyyttä ennen varsinaista Ruotsin matkaa ja saada ruotsalaisen apteekkarin mielipide kysymysteni asetelun onnistuneisuudesta. Ruotsalainen apteekkari piti kysymystä numero kahdeksan vaikeasti vastattavana. Hän viestitti, että ruotsalaiset eivät ehkä ole hyviä kuvakielen käytössä ja arveli suomalaisten olevan siinä parempia. Käytin alun perin ”liknelse”-sanan asemesta ”metafora”-sanaa. Muotoilin kysymyksen uudelleen, mutta en missään tapauksessa halunnut luopua siitä. Ajattelin, että ehkä tämä oletettu vastaamisen vaikeus kuuluu sekin ammattikulttuurisiin erityispiirteisiin; kaiken pitää olla selvästi ilmaistua ja täsmällistä. Paikan päällä Ruotsissa kaksi apteekkaria testasi vielä kysymykset. Kysymysten sanamuotoja muutettiin jonkin verran lähinnä siksi, että ne toisivat parhaalla mahdollisella tavalla esille sitä tietoa, jota ilmoitin kysymysteni välityksellä hakevani, ja koska halusin niiden vastaavan ruotsalaisia kulttuurisia muotovaatimuksia. Kysymyslomakkeiden määrä oli 29. Ne lähetettiin joko postitse tai jaoin ne itse paikan päällä henkilökohtaisesti farmaseuteille (receptarie) ja apteekkareille. Pyysin vastaajia palauttamaan kyselylomakkeet kuukauden sisällä. Lomakkeen palautti määräaikaan mennessä 12 farmaseuttia (receptarie) ja 9 apteekkaria. Heistä 13 työskenteli yliopistollisessa sairaalassa, 4 keskussairaalassa ja 4 lääninsairaalassa. Taustatiedoista kävi ilmi, että vastanneet olivat hakeutuneet nykyiseen työpaikkaansa sekä henkilökohtaisista että puhtaasti ammatillisista syistä. Sekä farmaseutit (receptarie) että apteekkarit pitivät sairaalafarmasiaa kiinnostavana ja haasteellisena. Työn erilaisuus verrattuna avohuollon apteekissa tehtävään työhön oli heistä ammatillisesti houkuttelevaa. He halusivat vaihteeksi toisenlaista työtä tai olivat väsyneet työhön avohuollon apteekissa. Välillä he olivat ”paenneet” työhön avohuollon apteekkiin, mutta tulleet sitten takaisin sairaalafarmasian pariin. He halusivat hyödyntää ammattitaitoaan ja erityisosaamistaan laaja-alaisesti ja työskennellä lähellä sairaanhoitoa. Työ tarjosi myös unelma-aseman: ”*Mielestäni paras työ on olla johtaja keskussairaalan apteekissa.*” (kes.sair.a 18)

Haastattelin viisi ruotsalaista sairaala-apteekkaria ja neljä farmaseuttia (receptarie). Haastattelut suoritin työntekijöiden työpaikoilla. Haastattelujen kesto vaihteli 1–1,5 tuntiin. En nauhoittanut niitä, koska haastateltavat sanoivat kokevansa keskustelun vapaammaksi ilman nauhoitusta. Haastattelurunkona käytin avoimen kyselylomakkeen kysymyksiä ja niitä kysymyksiä, jotka Ruotsissa ollessani tulivat niin sanotusti ”pinnalle”. Puhe oli kuitenkin hyvin vapaata, ja haastatellut saivat tuoda esille omia aihealueitaan. Tein muistiinpanoja haastattelujen aikana ja kirjoitin ne heti haastattelujen jälkeen tarkemmin. Kuvasin kirjoitetuissa teksteissä myös haastattelujen tunnelmaa ja

ilmapiiriä. Kenttätyövaiheeni Ruotsissa jäi lyhyeksi ja pidin tästä syystä haastatteluja tärkeänä tiedon hankkimisen tapana. Päädyin yksilöhaastatteluihin, koska halusin välttää mahdolliset ryhmän tuomat paineet.

Ruotsalaisilta sairaanhoitajilta keräsin aineistoa samana ajankohtana eli keväällä 2001. Tämän aineiston keräsin sekä kyselylomakkeen (liite 8) että haastattelujen avulla. Kerätessäni tutkimusaineistoa suomalaisilta sairaanhoitajilta käytin keräystapana kirjoitustehtävää. Näin oli alun perin tarkoitukseni tehdä myös Ruotsissa. Sain kuitenkin tiedonkeruutapojani etukäteen esitellessäni Ruotsista viestiä, että jos jätän sairaanhoitajille ”*pelkän valkean paperin*”, en ehkä saa minkäänlaisia vastauksia. Päädyin tästä syystä käyttämään kyselylomaketta. Kaduin kuitenkin jälkikäteen sitä, että en käyttänyt alkuperäistä suunnitelmaani – riskinkin uhalli. Ruotsissa paikan päällä sairaanhoitajille suunnattujen kysymysten muotoilua muutettiin jonkin verran. Kysymyksiä ei muutettu sisällöllisesti. Kyselylomake lähetettiin postitse 12 sairaanhoitajalle. Yhdeksän sairaanhoitajaa palautti lomakkeen. Kaikki työskentelivät yliopistollisessa sairaalassa. Sairaanhoitajia haastattelin neljä. Haastattelujen aihepiiri noudatteli puolistrukturoidun kyselylomakkeen kysymyksiä, mutta sairaanhoitajat saivat vapaasti ottaa esille omia aiheitaan. Haastattelut, joita en nauhoittanut, suoritin sairaanhoitajien työpaikoilla. Kolmessa tapaamisessa mukana oli ruotsalainen apteekkari tai farmaseutti (*receptarie*), yhden vuodeosastovierailun tein yksin. Tein muistiinpanoja haastattelujen aikana ja heti haastattelujen jälkeen kirjoitin muistiinpanot tarkemmin kenttäpäiväkirjaan. Haastatellut sairaanhoitajat työskentelivät paljon lääkehoitoja käyttävillä osastoilla. Oletukseni oli, että heillä näin ollen olisi runsaasti apteekin palveluja käyttävinä kokemusta yhteistyöstä ja tietoa apteekkareiden ja farmaseuttien (*receptarie*) toimintatavoista laajemminkin. Haastattelut kestivät keskimäärin 0,5–1 tuntia.

Ruotsalaisilta lääkäreiltä olen kerännyt aineiston kyselylomakkeella (liite 9). Kyselylomakkeen sanavalintoja muutettiin jonkin verran, jotta ne täyttäisivät ruotsalaiset muotovaatimukset. Kyselylomakkeita lähetettiin kymmenen. Kaikki seitsemän kyselyyn vastannutta lääkäriä työskentelivät yliopistosairaalassa. Viisi heistä on sisätauti-
lääkäreitä, yksi on lastenlääkäri ja yksi gynekologi.

Kyselylomakkeet, joihin vastattiin, olen numeroinut lukemisjärjestyksessä ja antanut vastaajalle koodin. Samoin olen menetellyt kirjoitustehtävän suhteen. Haastattelujen ja osallistuvan havainnoin kautta saadun tiedon olen erottanut kyselylomakkeen ja kirjoitustehtävän kautta saadusta tiedosta antamalla haastatellulle tai puhujalle nimen. Nämä tutkimuksessa esiintyvät nimet on muutettu tutkittavien anonyymiteetin suojaamiseksi.

Kenttätyö

Ruotsissa olin tutkimusaineistoani keräämässä kolme viikkoa keväällä 2001. Kentälle pääsy oli helppoa. Otin yhteyttä suuren sairaalan sairaala-apteekin apteekkariin ja kerroin tutkimuksestani ja sen tavoitteista. Hän oli tutkimuksestani kiinnostunut ja toivotti minut tervetulleeksi. Hän järjesti minulle mahdollisuuden tutustua kaikkeen, mihin halusin ja mihin aika riittäisi. Etukäteen apteekkari oli tehnyt ohjelmasta varsin tiiviin. Minulla oli melkein vaikeuksia pysyä suunnitellussa ohjelmassa. Aika alkuvaiheessa jouduin sanomaan, että haluaisin mielelläni nähdä tavallista farmaseuttista työtä, arkipäivän toimintaa. Tämä toive täytettiin. Havainnointini kohdistui apteekkareiden ja farmaseuttien (receptarie) arkirutiineihin. Lisäksi osallistuin lääkäreiden, apteekkareiden ja farmaseuttien (receptarie) yhteisiin työpalavereihin ja kokouksiin. Minulle mahdollistettiin osallistuminen kaikkeen siihen, mitä sairaala-apteekissa siellä oleskeluni aikana tapahtui ja mihin aika riitti. Vierailin myös kahdessa muussa sairaala-apteekissa. Aineistoksi kertyi myös erilaisia dokumentteja sekä kokous- ja kehittämispalaverimuistioita. Ennen Ruotsin matkaani olin tarkkaan miettinyt, mihin erityisesti haluan katseeni kohdistaa. Aikaa oli suhteellisen vähän, ja halusin käyttää sen tehokkaasti. Olen kirjoittanut havainnot kenttäpäiväkirjaan, jota on 30 sivua.

Ote tutkimus- ja havainnointipäiväkirjasta 29.3.2001.

”Mietin, mikä on ollut ajatuksena, kun minulle on tätä ohjelmaa täällä rakennettu. Periaatteessa kyllä on näytetty kaikkea, mitä olen halunnut ja etukäteen pyytänyt. Maaseudullekin olisin päässyt toimintaa katsomaan, jos aika olisi riittänyt. Aluksi ohjelma oli mielestäni elitististä. Kävin apteekkarin kanssa tutustumassa Pet-klinikkaan⁸ ja apteekkarin vastuisiin siellä, kipuyksikön moniammatilliseen toimintaan, jossa apteekkari oli myös mukana, lääkäreiden ja apteekin lääkeinformaatioyksikön yhteisiin palavereihin, joissa ratkottiin ongelmallisia (lääke)hoitoihin liittyviä kysymyksiä. Näissä tilanteissa tunsin itseni vähän orvoksi, mutta mielenkiintoista oli. Apteekin lääkeinformaatiotoimintaa tuotiin minulle hyvin esille ja samoin myös farmakologien, lääkäreiden ja apteekkareiden yhteistyötä lääkeongelmakysymyksissä. Olin häikäistynyt. Onneksi pääsin tutummanolaiseen olotilaan apteekin arkeen toivottuani sitä. Tavallinen arkipäivän työ apteekissa näytti kovalta ja kiireiseltä rutiinityöltä. Julkisuuskuvaa toiminnasta rakennettiin argumentteina tehokkuus, turvallisuus, taloudellisuus ja hyvä palvelu. Klinikoilla eivät farmaseutit (receptarie) tai apteekkarit työskennelleet. Sitä vasta suunniteltiin ja kartoitettiin. Klinikatyöskentelyyn tähdätään täällä ehkä korkeammalla koulutustasolla kuin Suomessa eli apteekkari-tasolla. Apteekkareita jo työskentelikin joissakin sairaaloissa vuodeosastoilla ja poliklinikoilla. Alkuun ihmetystä herätti sairaala-apteekin vanhanaikaiset fyysiset tilat. Aina kuvittelee, että Ruotsissa on kaikki paremmin. Uusia tiloja tosin suunniteltiin kovalla vauhdilla. Sytostaattilaboratorio olikin jo uusi.”

⁸ Positron Emissions Tomografi.

Kokonaisuutena tarkasteltuna tutkimusaineistoni on moninainen ja laaja. En ole voinut hyödyntää kaikkea eikä se ole edes ollut tarpeellista tutkimukseni kannalta. En luokittele aineistojani tärkeysjärjestykseen. Aineistot ovat täydentäneet toisiaan hyvin ja dokumentit ovat palvelleet hyvänä taustatukena muulle aineistolle. Pidän kenttätöön kautta saatua aineistoa tärkeänä, koska arkea on oltava mukana. Vastaukset kyselyihin saattavat tuottaa liikaa ideaalitasoa; millaista toiminnan haluttaisiin olevan. Hammersleyn ja Atkinsonin (1989) mukaan dokumentit soveltuvat myös etnografiseksi aineistoksi. Historialliset aineistot, dokumentit, kyselyt ja kirjoitustehtävät loivat tutkimukselle vankkaa pohjaa. Kenttätöön kautta saatu aineisto on kirkastanut ja selventänyt kuvaa tutkittavasta ilmiöstä.

4.4 Aineistojen analyysi ja lukutavat

Metodina tutkimuksessani on sisällön analyysi. Berg (1998) kuvaa laadullisen aineiston sisällön analyysin menetelmäksi, jossa tekstin sisällölliset elementit luokitellaan ja ryhmitellään teemoiksi, jotka kuvaavat tiettyjä asiakokonaisuuksia. Teemojen kategorisointia on tutkimuksessani ohjannut teoreettinen viitekehys. Lähden siitä, että tieto ei käy ilmi yksinomaan aineistosta, vaan empiirisen aineiston ja teorian välisestä vuoropuhelusta. Aineistoa lukiessani ja analysoidessani kiinnitän huomiota myös kielen retorisiin ja metaforisiin piirteisiin. Pidän retorisen ja metaforisen kielenkäytön tarkastelua tärkeänä ammattikulttuurin ja ammatillisten pyrkimysten ja strategioiden kannalta.

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja näin kasvattaa sen informaatioarvoa (Eskola ja Suoranta 1998, 138). Tähän päämäärään pyrin etsimällä aineistosta säännönmukaisuuksia, yhtäläisyyksiä ja erityispiirteitä. Etsin myös poikkeavuuksia, koska en lähde siitä, että mikään ammattiryhmä tai kulttuuri on täysin yhtenäinen. Vaikka ryhmän kulttuurin tutkimuksessa yhtäläisyyksillä on keskeistä merkitystä, niin erilaisuuksien etsintä on palkitsevaa, koska yhtäläisyydetkin ovat sen jälkeen paremmin jäsentyneet (Mäkelä 1998, 44–45). Vaikka päätavoitteeni on löytää aineistosta yhteisesti jaettuja käsityksiä ja ajattelutapoja, pyrin myös löytämään moniäänisyyttä, riitasointuja ja vastarintaa. Asioiden ja teemojen luokittelussa ryhmiin on keskeistä tehdä ero yksilön ja ryhmien ominaisuuksien välillä. Tähän olen pyrkinyt ja yrittänyt nimenomaan löytää ryhmän mielen, kollektiivisen subjektiviteetin. Tutkimuksen menetelmällisillä valinnoilla olen pyrkinyt siihen, että ne parhaalla mahdollisella tavalla toisivat tutkittavasta ilmiöstä olennaista tietoa esille. Tämä koskee sekä ontologisia, epistemologisia että metodologisia perusteluja.

Metaforan teoriaa

Kielenkäytössä metafora on havainnollistava kuva, joka pohjautuu vertaukseen. Metaforalla tarkoitetaan yleensä abstraktin tai muuten vaikeaselkoisen asian käsittelemistä tutumman asian kautta. Nykytutkimus käsittää sen kahden sanan ja niiden käyttöyhteyden väliseksi dynaamiseksi suhteeksi. (Black 1962, Lakoff ja Johnson 1980.) Aristoteleen retoriikassa ja runousopissa (2000, 123, 124, 181) metafora on jotakin tarkoittavan sanan käyttämistä tarkoittamaan toista asiaa. Myös vertaus on metafora. Ero vertauksen ja metaforan välillä on pieni. Kun runoilija kuvaa Akhilleusta ”hän ryntäsi kuin leijona”, puhutaan vertauksesta. ”Hän, leijona, ryntäsi”, on metafora. Kielenkäytössä vertauksia ja metaforia käytetään hyvin samalla tavalla.

Metaforia käytetään tuottamaan tietoa. Metafora voi paljastaa ilmiöstä sellaista, jota on vaikea tavallisesti huomata. Se voi sisältää yllätyksen. Metaforan yllätyksellisyys perustuu kielen struktuureihin ja symboleihin. Metaforan avulla on mahdollista käsittää tai tehdä tutuksi jokin kokemuksen piirre, jota on vaikea kuvata suoralla ilmauksella. (Bruner 1976, 66 ja 1990, 82, Ricoeur 2000, 86–92.) Burkelle (1945, 503) metafora on yksi neljästä keskeisestä kielikuvasta eli perustroopista. Metafora on jonkin asian ymmärtämistä toisen asian kautta. Käyttäessämme metaforia etsimme tapahtumien välille samanlaisuuksia ja yhteyksiä. (Bruner 1986, 92, 13.) Perelman (1996, 129–141) pitää metaforaa teeman ja perustan sulautumisen tuloksena syntyneenä tiivistyneenä analogiana. Analogian tehtävä on teeman valaiseminen perustan avulla; tuntematonta selitetään tunnetun avulla. Metaforat kuluvat käytössä ja usein unohdetaan, että kyse on metaforista. Metafora on joskus ainoa tapa kuvata tiettyä asiaa. Luova ajattelu tarvitsee metaforia, se ei voi tulla toimeen ilman niitä.

Metaforia käytetään yleisesti tieteessä. Sosiologia on sosiaalisen todellisuuden kuvaamista, selittämistä ja ymmärrettäväksi tekemistä kielen välineiden avulla. Metaforilla kuvataan asioita ja tehdään niitä ymmärrettäviksi. Brown (1977) puhuu sosiologisessa kielenkäytössä juurimetaforista. Niillä hän tarkoittaa ontologisia määrittäviä todellisuuden ja maailman luonteesta ja niitä kielellisiä merkityskehysjä, joiden avulla maailmasta tai sen osista voidaan puhua. Metaforilla organismi ja mekanismi kuvataan yhteiskunnan kokonaisuutta. Sosiaalista toimintaa puolestaan kuvaavat kieli, näytelmä ja peli. Aron (1999, 43) mukaan metaforat organismi ja mekanismi ovat varsin tehokas keino tehdä ymmärrettäväksi se, millaisissa suhteissa yhteiskunnan eri osat ovat toisiinsa nähden. Näillä metaforilla yhteiskunta määritellään rajatuksi kokonaisuudeksi, joka koostuu toisistaan erottuvista ja toistensa kanssa tekemisissä olevista osista.

Metaforat ovat olennainen osa arkipäivän puhetta. Käytämme metaforia kuvataksemme jotakin asiaa. Haluamme tehdä asian ymmärrettäväksi. Metaforilla voimme kuvata suhtautumistamme erilaisiin asioihin ja voimme niiden avulla välittää kokemuk-

siamme ja tunteitamme. Metaforat voivat olla hyvin spontaaneja, tilanteisia ja muuttuvia, mutta yhtä hyvin myös pysyviä ja vakiintuneita. Metaforinen kielenkäyttö saattaa olla hyvin retorista. Sillä pyritään vaikuttamaan kuulijoihin ja korostamaan asian tärkeyttä. Metaforat tekevät oudon tutuksi ja tuttua tuntemattomaksi. Ne toimivat kahteen suuntaan. Ne johdattelevat ajatuksia vieraalle alueelle, jonka avulla pyritään selittämään kohdealuetta. Aro (1999, 45) sanoo sen niin, että käytettävästä metaforasta riippuen kykenemme sekä avaamaan että sulkemaan erilaisia näkökulmia kuvattavaan kohteeseen.

Symbolit ovat kaikenkattava termi, kun puhutaan kulttuurisista muodoista. Käytännössä kyseessä on joku objekti, sana, embleemi tai henkilökohtainen ominaisuus, joka edustaa ja merkitsee jotakin ideaa ja jota näin ollen voidaan pitää symbolina. Symbolit ovat läsnä kaikkialla sosiaalisessa elämässä, myös ammatillisissa kulttuureissa. Ammatilliseen kulttuuriin liittyviä symboleita ovat esimerkiksi puvut, tittelit, työn näyttämölle asettaminen, kieli ja eleet. (Goffman 1969, Trice ja Beyer 1993, 211.) Metaforinen kielenkäyttö ja symbolit ovat tärkeitä kulttuurin tutkimuksen kannalta. Niihin liittyy paljon arvolatauksia ja sosiaalisia luokitteluja.

Retoriikka kriittisenä lukutapana

Retoriikka tarkoittaa klassisessa mielessä puhetaitoa, etenkin antiikin puhetaidon teoriaa selvittelevää oppia. Se on kykyä ohjata puhutun sanan avulla kuulijakunnan ajatukset puheen tarkoittamaan päämäärään. Se on vakuuttelua ja suostuttelua. Retoriikkaa käytetään arvottamiseen, erottamiseen ja oikeuttamiseen. Asiaa (logos) edistääkseen puhuja pyrkii antamaan itsestään tietynlaisen kuvan (ethos) ja myös vaikuttamaan yleisön mielentilaan ja tunteisiin (pathos). Eetos on itsensä, kompetenssinsa ja luonteensa esittämistä, paatos taas yleisön virittämistä hyväksymään puhujan esittämä argumentti. (Aristoteles – retoriikka ja runousoppi 2000.) Hyvärinen (1998, 327) tuo esille, että eetos on sukua identiteetin käsitteelle ja liittyy näin ollen puhujan sosiaaliseen oikeutukseen.

Retoriikan renessanssi alkoi 1950-luvulla. Alettiin puhua uudesta retoriikasta, jonka kolme kesteistä teoreetikkoa olivat Kenneth Burke, Chaïm Perelman ja Stephen Toulmin. Termin ”retorinen käänne” toi kielenkäyttöön Richard Rorty vuonna 1984. Retoriikka ei ole mikään yhtenäinen näkökulma tai tutkimusote, vaan sen traditiot ja käyttötavat ovat hyvin moninaisia. Lisääntyneen kiinnostuksen retoriikkaan voi ajatella johtuvan retoriikasta erityisenä kielenä, jonka läsnäoloa ja merkitystä ao. ajattelijalla ei tähän asti ole noteerattu ja jonka huomioon ottaminen avaa uusia näkökulmia kirjoittajan tuotantoon. (Palonen ja Summa 1998, 7–11.) Uuden retoriikan lähtökohtana on, että kielelliset konstruktiot ovat aina retorisia. Kielellisten valintojen ja käytäntöjen kautta synnytetään todellisuutta, rajataan ratkaisuvaihtoehtoja ja luodaan sitoutumista tiettyihin

ajatusmalleihin. Retoriikka on sekä tutkimusote että osa tutkittavaa ilmiötä. Se on suosittu kielenkäyttöä, jolla pyritään saamaan aikaan vaikutusta erilaisissa yleisöissä. Tekstien ja puheen tulkinnassa on tärkeää ottaa huomioon puhujan ja yleisön välinen vuorovaikutus. Retoriikka kertoo ihmisten välisistä suhteista ja valtapyrkimyksistä. (Alasuutari 1994b, Palonen ja Summa 1998, Aro 1999.) Hyvärinen (1998, 326) ei pidä retoriikkaa sinänsä varsinaisena metodina vaan lähestymistapana, joka mahdollistaa aineistojen metodisen luennan esimerkiksi argumentaatorakenteiden suhteen.

Tutkimuksessani retoriikka-analyysin tehtävänä on toimia kriittisenä lukutapana. Retoriikka-analyysin avulla pyrin myös etäännyttämään itseäni tutusta ja näkemään sen toisin. Tähän etäännyttämiseen pyrin myös metaforien avulla. Yhdessä tutkimukseni kysymyksessä pyydän vastaajaa kuvaamaan työpaikkaansa vertauksella. Lähdän siitä, että kieli on metaforista. Se vain jää usein huomaamatta. Lähdän myös siitä, että kieli on retorista. Alasuutari (1994b, 160) tuo esille, että retoriikka on yksi näkökulma laadullisen aineiston lukemiseksi. Retoriikan tutkimuksen välinein on aineistosta mahdollista löytää sellaista, mitä ei ”paljaalla silmällä” havaitse. Se on tapa päästä itsestäänselvyyksien horisontin taakse.

Olen lukenut ja käsitellyt aineistoja sekä kronologisessa järjestyksessä että rinnakkain. Aineistot olen luokitellut teemoihin. Samalla olen merkinnyt aineistoista muistiin tutkimusaiheen kannalta muut merkitykselliset asiat, jotka eivät mahtuneet näihin teemoihin ja jotka mielestäni vaativat tarkempaa huomiota. Olen tehnyt myös yksinkertaisia laskutoimituksia tarkoitukseni tarkistaa sitten tulkinnan taustalla olevien havaintojen yleisyys. Silverman (1993, 162–163) esittää, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksinkertaisten laskutoimitusten suorittaminen saattaa osoittautua hedelmälliseksi. Ristiriitaisiksi havaitsemiani asioita olen käsitellyt erikseen löytääkseni niiden oikean paikan ja todellisen merkityssisällön. Olen pyrkinyt tarkistamaan jokaisen tiedon muiden annettujen tietojen valossa ja suhteessa niihin. Kuvaan aineistojen käsittelyä ristikuulusteluksi eli lähteiden kriittisesti vertailemiseksi. Analyysiyksikköinä ovat lauseet, puheenvuorot, keskustelukatkelmat, tapahtumat ja yksittäiset sanat. Metaforat ja retoriikka-analyysi ovat toimineet tulkinnallisina analyysivälineinä.

Farmaseuteille ja proviisoreille suunnatun kyselylomakkeen (ensimmäinen aineisto) vastauksien pituudet vaihtelivat jonkin verran. Tieto oli yleensä selvästi ilmaistua ja yksiselitteistä. Joskus se oli systemaattisesti luetteloitua. Aineiston käsittely oli tämän vuoksi suhteellisen helppoa, vaikka kysymysten määrä olikin suuri. Tutkimuskysymysten kohdistaminen tiettyihin aihe-alueisiin helpotti aineiston järjestämistä ja tiivistämistä. Aikajärjestyksessä toinen aineisto eli sairaanhoitajille suunnattu kirjoitus-tehtävä tuotti mielenkiintoisen aineiston. Sairaanhoitajien tekstien pituudet vaihtelivat muutamasta rivistä kahteen sivuun. Vain harvat ovat kuvanneet sairaala-apteekin ammattikulttuuria muutamalla rivillä, tiivistetysti. Useimmiten tekstiä on melko paljon ja

teksti on hyvinkin värikästä, tunteikasta ja paikoitellen hyvin jännittävää luettavaa. Sairaanhoidajien erilainen tapa ilmaista käsityksiään verrattuna farmaseuttien ja proviisorien tapaan johtuu osaltaan aineiston hankintatavan erilaisuudesta, mutta varmasti myös erilaisesta koulutustaustasta. Farmaseuttisessa koulutuksessa painottuu luonnontieteellinen ajattelutapa. Sairaanhoidajien koulutuksessa myös hoivaroolilla on keskeinen merkitys. Tämän aineiston käsittely oli sen monimuotoisuudesta johtuen huomattavasti vaikeampaa kuin farmaseuteilta ja proviisoreilta saadun aineiston käsittely. Tätä aineistoa järjestellessäni pyrin saamaan siitä esille oleellisen tiedon, pitäen mielessä tutkimuksen keskeiset aihealueet. Olen tiivistänyt aineiston, mutta pitänyt mielessä myös sen, että varsin suuren kohderyhmän moniäänisyys tulisi riittävässä määrin kuuluviin.

Lääkäreiltä kerätyn aineiston (kronologisesti kolmas aineisto) olen luokitellut teemoihin ja tiivistänyt. Olen lukenut lääkäreiden aineistoa rinnakkain farmaseuteilta ja proviisoreilta kerätyn aineiston kanssa. Lääkäreille kohdistetuissa kysymyksissä oli pyrkimyksenä saada selville heidän käsityksiään farmaseuttisesta työstä sairaalassa ja yhteistyöstään farmaseuttisen henkilökunnan kanssa. Aineiston analyysin tavoitteena on ollut löytää rajanvetoja, yhteistyön tapoja ja uusia yhteistyön mahdollisuuksia. Huomio on kohdistettu myös farmaseuttisen työn näkyvyyteen tai näkymättömyyteen.

Osallistuvan havainnoin avulla kerätystä aineistosta ja erilaisista dokumenteista olen hyödyntänyt tutkimustehtävän kannalta olennaiset asiat. Osallistuvan havainnoinnin kautta saatua aineistoa kuvaisin myös hyvin jännittäväksi; se on todeksi elettyä toimintaa ”sairaalan sykkeessä”. Mikään kulttuuri ei elä julkilausuttujen ihanteiden mukaisesti. Ihanteilla on merkitystä, mutta muutosta ja rajojen rikkomista tapahtuu kaiken aikaa. Teksteissä on helpompi tuoda esille toiminnan ja käyttäytymissäntöjen toivetasoa kuin arkipäivän todellisuudessa. Osallistuvan havainnoinnin kautta saatu aineisto on tässä mielessä erittäin tärkeää. Coffey (1999, 54–56) painottaa luonnollisten kysymysten ja vastausten tärkeyttä etnografisessa tutkimuksessa. Kentälle mennessään tutkija ei vielä tiedä oikeita kysymyksiä; ne tarkentuvat kentällä. Kirjalliset aineistot ovat rakentaneet pohjaa tutkimukselleni ja osallistuva havainnointi on tehnyt ”rakennusta” valmiimmaksi. Sairaanhoidajilta ja lääkäreiltä saatuja aineistoja olen lukenut rinnakkain farmaseuteilta ja proviisoreilta keräämiäni aineistojen kanssa. Pyrkimyksenäni on ollut saada selville, miten ne vastaavat toisiaan, miten ne tukevat tai eivät tue farmaseuttien ja proviisorien omia käsityksiä ja uskoa työstään ja paikastaan. Tekstit käyvät vuoropuhelua keskenään. Vieraan kulttuurin toiseuden kohtaaminen tuo aina tiettyjä jännitteitä mukanaan. Tarkoitukseni on ollut havainnoida keskinäisten vuorovaikutussuhteiden rakentumista, sekä synergia- että kitkatekijöitä, farmaseuttien ja proviisorien ja heidän lähiammattilaistensa, sairaanhoidajien ja lääkäreiden kanssakäymisessä. Ruotsalaiset aineistot luin samalla tavalla kuin suomalaiset aineistot. Aineistojen tiivistämisen ja luokittelun jälkeen luin ne rinnan suomalaisten aineistojen kanssa. Kiinnitin huomiota sekä

yhtäläisyyksiin että erilaisuuksiin. Aineistojen lukeminen on ollut monikerroksellista rinnakkaislukemista. Liite 3 esittelee esimerkkejä empiirisen aineiston tiivistämisestä ja analyysistä.

Laadullisen aineiston analyysin toinen vaihe on tulosten tulkinta. Tutkimuksessa tuotettujen havaintojen ja johtolankojen avulla tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Tiivistettyjen ja pelkistettyjen havaintojen lisäksi johtolankoina on syytä käyttää myös raakahavaintoja. Niistä etsitään lisätietoa merkitystulkintojen tekemiseksi. (Alasuutari 1994b, 35–37.) Eskola ja Suoranta (1988, 146) esittävät kaksi lähestymistapaa laadullisen analyysin ja tulkintojen tekemiseen. Tutkija voi pitäytyä tiukasti aineistossa ja rakentaa tulkintoja tiiviisti aineistosta käsin. Toinen tapa on pitää aineistoa tutkijan teoreettisen ajattelun lähtökohtana, apuvälineenä tai lähtökohtana tulkinnoille. Miller ja Crabtree (1999) painottavat, että tieto ei tule yksinomaan aineistosta, vaan suhteesta empiirisen aineiston ja teoreettisen viitekehyksen ja käsitteiden välillä.

Olen lukenut ja tulkinnut aineistoa professioteoreettisten lähtökohtien ja käsitteiden ja ammattikulttuurin silmälasien läpi. Tulkintojeni tueksi olen hyödyntänyt aikaisempaa tutkimusta farmaseutin ja proviisorin ammateista pitäen mielessä kontekstien erilaisuuden. Tutkimusprosessi on rakentunut oman kokemukseni, empiiristen aineistojen ja teorian dialogina. Olen antanut aineistoni myös puhua vapaasti. En ole antanut teorian kapeuttaa tulkintaa. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään ymmärrettäväksi tutkimaansa ilmiötä osana sen historiallista ja kulttuurista paikkaa. Tutkimani ilmiön ymmärtämistä olen lisännyt tulkinnallisesti katsomalla taaksepäin ajassa. Aineiston analyysiin ja tulkintaan ei ole olemassa mitään yhtä ja yleistä reseptiä. On luettava, luettava, kuunneltava ja kuunneltava: ehkä sitten työläästi ymmärtää kohdettaan. Työ on itsereflektiota ja kriittisyyttä. On oltava avoin kaikelle ja mielikuvitustakin tarvitaan. Mills (1982) painottaa, että tulkintojen hedelmällisyys ja osuvuus on kiinni myös tutkijan mielikuvituksesta. On mietittävä myös tulkinnan rajoituksia – mitä ei saanut selville ja mitä tulkitsee ehkä väärällä tavalla. Kirjoitettuja tekstejä kannattaa luetuttaa tutkittavilla. Tämä on ollutkin mahdollista. Näillä menetelmillä ja lukutavoilla olen rakentanut tämän tulkinnan farmaseuttisen työn paikasta ja ammattikulttuurista sairaala-kontekstissa.

5 Farmasian ammatillisen kentän muotoutuminen

Tässä luvussa tuon menneisyyden läsnä olevaksi kuvaamalla farmasian koulutuksen muotoutumista ja farmasian ammatillisen kentän järjestäytymistä. Luku tarkastelee myös farmaseuttisen henkilökunnan ilmaantumisesta sairaalakontekstiin eli sitä, milloin sairaala toimintaympäristönä avautui farmaseuteille ja proviisoreille. Abbott (1988) painottaa historiallisen perspektiivin tärkeyttä ammattien tutkimuksessa. Luvun tarkoituksena on taustoittaa ja rakentaa tutkimuskohteelle kehys. Se auttaa sijoittamaan tutkimuskohdetta tähän päivään ja ymmärtämään sitä nykypäivässä. Kalelan (2000, 49) mukaan historian esitykset antavat merkityksiä ihmisen toiminnan jäljille. Merkitysten avulla rakennetaan ihmisen moninaisen toiminnan ja sen eri tulosten välille yhteyksiä, jotka auttavat tekemään maailmaa käsitettäväksi. Luvun aineiston muodostavat kirjat, lakitekstit ja aikalaisdokumentit.

5.1 Käsiyöläisammattista akateemiseksi ammatiksi

Suomi

Vuonna 1997 tuli kuluneeksi 100 vuotta Helsingin yliopiston farmasian laitoksen perustamisesta. Venäjänmaan keisari ja Suomen suuruhtinas Nikolai II antoi 26.1.1897 asetuksen, joka kanto nimeä *”Keisarillisen Majesteetin Armollinen asetus farmasian opetus- ja tutkintotoimesta Suomessa”*. Se oli Suomen ensimmäinen varsinainen farmasian opetusasetus. Samalla annettiin asetus farmaseuttisesta laitoksesta, joka perustettiin Helsingin yliopiston yhteyteen. Vuonna 1902 Keisari sitten armossaan sääti: *”Nainen, joka nauttii täydellisiä kansalaisoikeuksia ja itsenäisesti hallitsee omaisuuttaan olkoon oikeutettu pääsemään oppilaaksi apteekkiin ja suoritettuaan säädetyt opinnäytteet saavuttamaan samat oikeudet kuin 26.1.1897 annettu asetus farmaseuttisesta opetus- ja tutkintotoimesta Suomessa myöntää miehelle.”* (Pesonen, N. 1980, 450.) Tie naisille farmasian ammatilliselle kentälle oli avattu.

Sata vuotta ei ole pitkä aika, ja farmasiaa voidaan pitää melko nuorena yliopistollisena oppiaineena Suomessa. Aikaisemmin opetuspaikkoina olivat pitkään olleet pelkästään apteekit, joissa apteekkari antoi alaisilleen teoreettisen ja käytännöllisen koulu-

tuksen. Opetuksen tasoa ei valvonut mikään viranomainen. Apteekkarit itse oli ulkomailla koulutettu. He olivat joko ulkomaalaisia tai esimerkiksi Tukholmassa Collegium Medicumissa kuulustelun suorittaneita suomalaisia. Apteekeissa vallitsi eurooppalaisille kaupunkiammateille ominainen arvoasteikko: oppilas – kisälli – mestari. Tämä ammattihierarkia on ollut hyvin pysyvä, ja myös ensimmäiset opetusta koskevat säädökset pohjautuivat jakoon farmasian oppilas – farmaseutti – proviisori – apteekkari. Apteekkari-tutkinto oli määritelty jo 1600-luvulla, mutta tarkempia määräyksiä apteekkiopetuksesta annettiin vasta vuoden 1799 apteekkariohjesäännössä. Tämä sääntö pysyikin voimassa melkein sata vuotta, sillä seuraava merkittävä asetusmuutos tehtiin vasta 1897. Opiskelijat suorittivat tutkintojaan Ruotsissa, mutta kun Turkuun perustettiin vuonna 1811 Lääkintäkollegio, jonka malli oli otettu Ruotsista, oli tutkinnon suorittaminen mahdollista myös Suomessa. Opintojen perusrakenne pysyi muuttumattomana koko 1800-luvun. Yliopisto huolehti suurelta osin opetuksesta ja Lääkintäkollegio, myöhemmin Lääkintöhallitus, muodollisesta loppukuulustelusta. (Lahtinen ja Issakainen 1997, 22–27.)

1860-luvulla apteekkioikeuskysymykset olivat jättäneet varjoon keskustelut koulutuksesta. Vuonna 1876 apteekkiuudistusta valmisteleva komitea luovutti mietintönsä opetuksen uudistamiseksi. Tämä opetusohjelma tuli voimaan pienin muutoksin tammi-kuun 26. päivänä 1897. Yliopisto-opetusta annettiin vain proviisoreiksi opiskeleville. Ylioppilastutkintoa ei vaadittu pohjakoulutukseksi eikä farmaseuttisella oppilaitoksella ollut täysivaltaista asemaa yliopistossa. Näin ollen farmasian opetus pysyi puoliakateemisena ja ammatillisena. (Lahtinen ja Issakainen 1997, 41–43, 45–47.) Vasta vuoden 1938 asetus farmaseuttisesta opetuksesta (228/1938) toi ylioppilastutkinnon pääsyyvaatimukseksi farmasian alalle. Farmasian laitos erotettiin nyt tiedekunnista erilliseksi yksiköksi ja merkittävään asemaan nousi opettajakollegio, jonka aika päättyi vasta 1961. Farmaseuttinen laitos sai uudistuksen myötä lisää akateemista painoarvoa, joskaan sillä ei ollut oikeutta tarkastaa väitöskirjoja. Uutta opetusohjelmaa pidettiin pääosin onnistuneena, mutta kiistaa käytiin koulutuksen päämääristä, sisällöstä ja tutkinnon teoretoitumisesta. Uudistuksen myötä teoreettisen opetuksen määrä kasvoi, ja sitä alettiin pitää yhä välttämättömämpänä. (Lahtinen ja Issakainen 1997, 95–99.)

Ensimmäinen farmaseuttikurssi aloitti yliopisto-opiskelunsa syyskuussa 1939. Opiskeluajan pituudesta ja sisällöstä käytiin yliopiston ja apteekkariyhdistyksen välillä keskustelua, sillä apteekkariyhdistys oli aikaisemmin nämä kurssit järjestänyt. Tutkinto oli suoritettava kolmessa aineessa: farmaseuttisessa kemiassa, farmakognosiassa ja käytännöllisessä farmasiassa. Käytännöllinen farmasia tarkoitti apteekkilainsäädäntöä,

reseptioppia, galeenista farmasiaa⁹ ja laboratorioharjoituksia lääkkeenvalmistuksessa.¹⁰ (Lahtinen ja Issakainen 1997, 105, 121, 123.) Vuoden 1961 opetusasetus päätti opettajakollegion ajanjakson, joka oli kestänyt yli 20 vuotta. Farmasian laitoksesta tuli nyt osa filosofisen tiedekunnan matemaattis-luonnontieteellistä osastoa. Tutkintorakenteita uudistettiin ja voimaan tuli kolmivaiheinen tutkintojärjestelmä. Vuonna 1965 väitteli Helsingin yliopiston ensimmäinen farmasian tohtori. Seuraavalla vuosikymmenellä korkeakoulupolitiikassa alkoi keskustelu hajasijoittamisesta, joka kosketti myös farmasiaa. Kuopioon perustettiin korkeakoulu, jossa yhtenä oppiaineena oli farmasia. Ensimmäinen proviisorikurssi aloitti opintonsa Kuopion korkeakoulussa syksyllä 1973 ja farmaseuttien koulutus aloitettiin Kuopiossa 1978. Farmasian opetusta oli nyt kolmessa paikassa. Helsingin ja Kuopion lisäksi opetusta antoi Åbo Akademi. (Lahtinen ja Issakainen 1997, 147–197.) Kuopion yliopistossa farmasia oli oma tiedekuntansa jo varhaisessa vaiheessa. Helsingin yliopistossa näin tapahtui vasta vuonna 2005.

1970-luvulla käytiin keskustelua farmasian perustutkinnon määrittelystä. Vuoden 1978 asetuksella farmasian tutkinnoista (297/1978) säädettiin proviisorin tutkinto farmasian alan perustutkinnoksi ja vuoden 1980 erillisellä asetuksella (239/1980) määriteltiin farmaseutin tutkinto opistoasteen tutkinnoksi. Vuonna 1994 annettiin uusi asetus farmasian tutkinnoista (246/1994), jossa farmaseutin tutkinto muutettiin alemmaksi korkeakoulututkinnoksi. 1980-luku toi farmasian koulutuskeskusteluun erikoistumiskoulutuksen tarpeellisuuden. Vuonna 1989 farmasian erikoistumiskoulutusta selvittävä työryhmä laati esityksen proviisorien ja farmaseuttien sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutuksesta. Erikoistumiskoulutusta esitettiin myös teollisuusfarmasiassa ja avohuollon kliinisessä farmasiassa. (Farmasian erikoiskoulutusta selvittävän työryhmän muistio 1989, 36–42.) Erikoistumiskoulutus proviisoreille sairaala- ja terveyskeskusfarmasiassa aloitettiin vuonna 1991 ja farmaseuteille vuonna 1995. Tällä hetkellä erikoistumiskoulutus sairaala- ja terveyskeskusfarmasiassa on keskeytetty rahoitusongelmien vuoksi.

Ruotsi

Vuonna 1901 annettiin Farmaseuttiselle instituutille, joka vastasi Ruotsissa farmasian opetuksesta, uusi asetus. Edellinen asetus oli vuodelta 1846. Uudessa asetuksessa instituutti sai oman johdon, se erotettiin Lääkintöhallituksesta ja sille perustettiin oma opet-

⁹ Galeeninen farmasia viittaa antiikin ajan Rooman lääketieteen merkittävään tutkijaan ja kirjoittajaan Claudios Galenokseen. Aikaisemmin oli käytetty vain yhdestä yrtistä valmistettuja lääkkeitä. Galenoksen mukaisia hoitoja annettaessa alettiin käyttää useista yrteistä sekoitettuja lääkkeitä, joita kutsuttiin galeenisiksi lääkkeiksi. Nimitys on säilynyt nykypäiviin asti. (Forsius 2007.)

¹⁰ Tutkija on valmistunut farmaseutiksi vuonna 1967. Arvosanat on annettu seuraavissa aineissa: farmaseuttinen kemia, farmakognosia, farmasian teknologia, sterilointitekniikka, kemia ja kasvitiede.

tajakollegio. Seuraavassa asetuksessa vuonna 1943 instituutin johdon ja opettajakollegion valtasuhteita muutettiin ja opetusta uudistettiin. Vuonna 1968 pitkien selvitysten jälkeen päätettiin, että Farmaseuttinen instituutti muutettaisiin farmaseuttiseksi tiedekunnaksi Uppsalan yliopistossa. Farmasian opetus oli 1900-luvun alussa hyvin käytännönpainotteista. Suuri osa koulutuksesta oli käytännön harjoittelua sekä ennen että jälkeen teoreettisten opintojen. Ylioppilastutkinto oli vaadittava pohjakoulutus. Apteekkaritutkinnon teoriaopinnot kestivät kaksi vuotta ja farmasian kandidaatin (vuoteen 1901 nimellä *farmacie studiosiexamen*) neljä kuukautta. 1950-luvulle asti apteekkaritutkinto oli enemmänkin ammattitutkinto kuin tieteellinen tutkinto. Farmasian ensimmäinen lisensiaattityö esitettiin vuonna 1951 ja ensimmäinen väitöskirja vuonna 1956. Seuraavat farmasian väitöskirjat esitettiin vuosina 1962 ja 1964. (Cronlund ja Paalzow 1999.)

Alun perin apteekkarit ottivat itse oppilaita koulutukseen, mutta vähitellen tämä valinta siirtyi apteekkariliitolle (*Apotekareförbundet*) ja myöhemmin Lääkintöhallitukselle ja Farmaseuttisen instituutin opettajakollegiolle. Farmaseuttisen tiedekunnan perustamisen jälkeen opiskelijoiden valinta oli yliopiston vastuulla. Vuoteen 1945 asti koulutettiin Ruotsissa farmasian kandidaatteja ja apteekkareita farmaseuttiseen työhön. Sisäänottokriteerit molempiin tutkintoihin olivat samat. Kandidaatintutkinto oli osatutkinto apteekkaritutkinnosta ja antoi oikeuden toimittaa reseptilääkkeitä potilaille. Apteekkitoiminta kasvoi voimakkaasti 1930 ja 1940-luvuilla ja tutkinnon suorittaneista työntekijöistä alkoi olla pulaa. Opiskelemaan otettiin vain 80 opiskelijaa vuodessa. Tästä syystä vuonna 1945 päätettiin eriyttää opiskelijoiden sisäänottoa Farmaseuttiseen instituuttiin. A-oppilaita eli apteekkaritutkintoa opiskelemaan otettiin 26 ja B-oppilaita eli farmaseuttitutkintoa (*receptarie*) opiskelemaan otettiin 154 opiskelijaa. B-oppilaille oli matalampi vaatimustaso sisäänpääsulle. Vuonna 1964 ehdotettiin erillistä *receptarie*-instituuttia, mutta sellaista ei koskaan tullut. Matalampi pääsyvaatimustaso *receptarie*-tutkinnolle oli voimassa 1990-luvun puoliväliin asti, jolloin pääsyvaatimustasoa harmonisoitiin. Tällä uudistuksella haluttiin nostaa *receptarie*-opiskelijoiden laatutasoa ja mahdollistaa, että he voisivat opiskella jatkossa farmasian maistereiksi tai apteekkareiksi. Ruotsissa on farmasian maisterin, apteekkarin, farmasian kandidaatin ja *receptarien* tutkinnot. (Cronlund ja Paalzow 1999.)

5.2 Farmasian kentän ammatillinen järjestäytyminen

Suomi

Ammatillisten organisaatioiden pyrkimyksenä on pitää yllä ammattikunnan statusta. Ne ovat pääasiassa keskittyneet huolehtimaan jäsentensä taloudellisista ja sosiaalisista intresseistä, mutta tietyissä määrin myös ammatillisen osaamisen ylläpidosta. Ammattiorganisaatioita käytetään markkinoimaan palveluja, joita kyseinen ammatti tarjoaa. Tällä markkinointitavalla on uskottavuutta vain, jos tarjotuilla palveluilla on seuraavat kolme piirrettä: arvo, monimutkaisuus ja erityisluonne. Monimutkaisuus on suhteessa tietoon ja tekniseen taitoon, joita tarvitaan tietyn ammatin harjoittamiseen. Palvelun erityisluonne viittaa tilanteeseen, jossa ei ole olemassa muuta vaihtoehtoa eikä palvelu ole korvattavissa millään keinoin. (Larsson 1977.)

Suomessa farmasian ammatillisen kentän yhdistystoiminnan juuret löytyvät Farmaseuttisesta Yhdistyksestä, jota voi pitää alan ammattiyhdistystoiminnan kehtona. Apteekkari Karsten (1937) kirjoittaa Suomen Farmaseuttisen Yhdistyksen synnystä, historiallisista tavoitteista, tavoitteiden saavuttamisesta ja myös epäonnistumisista yhdistyksen 50-vuotisjuhlajulkaisussa. Heinäkuun 14. päivänä 1887 pidetyn kokouksen sääntöehdotukseen ajettiin määräystä, että kaikkien apteekkareiden, proviisorien ja farmaseuttien oli liityttävä yhdistykseen ja suoritettava säädetyt maksut. Tämän määräyksen tarkoituksena oli antaa voimaa ja pontta yhdistyksen ulospäin suuntautuville lausunnoille, koska yhdistyksen katsottiin edustavan kaikkia alan ajatussuuntia. Tällä sääntömääräyksellä pyrittiin myös turvaamaan yhdistyksen taloudellinen asema. Senaatti kuitenkin katsoi, etteivät olosuhteet vaatineet tällaista pakkotoimenpidettä ja hylkäsi päätöksen.

Karstenin (1937) mukaan Farmaseuttinen Yhdistys asetti toiminnalleen varsin korkeat tavoitteet. Se uskoi toimintansa saavan aikaan ajanmukaisia uudistuksia apteekkiolojen järjestämiseksi maassamme. Tämä optimismi tuskin pohjautui aikaisempiin kokemuksiin viranomaisten kanssa. Pian nähtiinkin, ettei viranomaisten suhtautuminen ollut muuttunut, ja yhdistyksen mahdollisuudet vaikuttaa alan kehitykseen osoittautuivat varsin rajallisiksi. Lisäksi yhteiskunnallinen tilanne oli epävakaa ja omalta osaltaan hidasti kehitystä. Farmaseuttisen Yhdistyksen tavoitteena oli myös saada aikaan parannuksia farmaseuttiseen opetukseen. Senaatti ja Lääkintöhallitus eivät kuitenkaan osoittaneet ymmärrystä ammattikunnan esittämiin vaatimuksiin. Kumpikin piti farmasiaa käsitöläisammattina, jonka harjoittamiseen ei tarvita perusteellisempia tieteellisiä opintoja. Ylioppilastutkintoa ei pidetty tarpeellisena sisäänottokriteerinä alalle pääsulle. Konttinen (1991, 17) mukaan byrokratian ja professioiden keskinäisillä suhteilla on tärkeä mer-

kitys ammatillisten ryhmien vaikutusmahdollisuuksille ja ammatilliselle järjestäytymiselle. Vahvan byrokratian olemassaolo ja sen merkityksen tunnustaminen ei kuitenkaan tarkoita ammatinharjoittajien ja ammatillisten ryhmien omien vaikutusmahdollisuuksien kertakaikkista kieltämistä. Valtiojohtoisuudesta ei yksiviivaisesti seuraa, että ammatilliset ryhmät eivät voisi asettaa toiminnalleen tavoitteita, kehitellä strategioita ja pyrkiä tavoitteidensa toteuttamiseen. Vaikutusmahdollisuudet ovat yleensä riippuvaisia byrokratiassa valtaa käyttävien suopeudesta ammattia, ammattiryhmiä ja ammatinharjoittajia kohtaan.

Alun perin Farmaseuttisen Yhdistyksen tavoitteena oli edustaa kaikkia alan ajatussuuntia, mutta pian jäsenten väliset ristiriidat alkoivat kärjistyä erilaisista intresseistä johtuen. Yhdistys yrittikin jatkossa välttää sellaisten kysymysten käsittelyä, jotka aiheuttivat erimielisyyksiä yhdistykseen kuuluvien apteekkareiden ja apulaisten (farmaseuttien) välillä. Vuodesta 1921 lähtien Farmaseuttinen Yhdistys ei ole ryhtynyt käsittelemään sellaisia apteekkilaitosta tai -alaa koskevia kysymyksiä, jotka ovat omiaan saamaan aikaan erimielisyyksiä kahden osapuolen välillä. Nämä kysymykset on jätetty alan ammattiyhdistysjärjestöjen: apteekkariliiton ja farmaseuttiliiton käsiteltäviksi. (Karlsten 1937.)

Suomen Apteekkariliitto ry. on vuonna 1897 perustettu yksityisten apteekkareiden muodostama yhdistys. Se tuottaa jäsenilleen ammatillisia ja viestintään liittyviä tukipalveluita sekä valvoo jäsentensä etuja. Liiton toiminnan tarkoituksena on ylläpitää ja parantaa yksityisten apteekkien toimintaedellytyksiä ja kehittää eettisesti ja ammatillisesti korkeatasoista apteekkitoimintaa osana suomalaista terveydenhuoltoa. Liiton julkaisuna toimii Suomen Apteekkarilehti. (Apteekkariliitto 2007.)

Suomen Farmaseuttiliitto (vuodesta 1973 lähtien Suomen Farmasialiitto ry.) perustettiin toukokuussa 1917. Perustavassa kokouksessa päätettiin myös oman lehden perustamisesta. Lehden nimeksi tuli Semina¹¹. Liiton tarkoituksena ja päämääränä oli jäsentensä aineellisesta toimeentulosta huolehtiminen, mutta lehden välityksellä tarjottiin myös ammatillista tietoutta. Liiton jäsenmäärä kasvoi alussa hitaasti. Vaikka perustajajäseniä oli 500, niin 1920-luvulla jäseniä oli vain 250, ja liitolla oli suuria toimintavaikeuksia. Seuraavalla vuosikymmenellä jäsenmäärä oli noin 700 ja 1950-luvulla se oli noussut jo 2500:aan. Tuolloin järjestäytymisprosentti oli jo lähellä sataa prosenttia ja sisäinen eheys vankka. Aina 1960-luvun lopulle asti liiton puheenjohtajina toimivat miehet. Ensimmäinen varsinainen työehtosopimuksen tunnusmerkit täyttävä sopimus allekirjoitettiin 16.2.1944. Se avasi tien työehtosopimuspolitiikalle. (Kaukoranta 1967, Harinen 1992.) Farmasialiitto ry. on farmasian alan ammattilaisten eli farmaseuttien, proviisorien ja farmasian opiskelijoiden taloudellisia ja ammatillisia etuja ajava järjestö.

¹¹ Semina on monikkomuoto latinankielen sanasta semen. Sen merkitys on siemen, aihe. Vuoden 2007 alusta lähtien lehden nimi on Farmasia.

Farmasialiitto toimii lääkehuollossa työskentelevien ammattilaisten työolojen, ammattitaidon ja yhteiskunnallisen aseman edistämiseksi. Farmasialiitto on piiriyhdistyksiin perustuva liitto. Yksi näistä yhdistyksistä on Suomen Farmasialiiton sairaala- ja terveyskeskusfarmasian jäsenyhdistys Satefa ry. Se on perustettu 7.1.1948. (Farmasialiitto 2007.)

Suomen proviisorien ammatillinen järjestö eli Proviisoriliitto ry. on vuonna 1984 perustettu Suomen Farmasialiitto ry:n jäsenjärjestö, joka toimii proviisorien ammattikunnan hyväksi. Se järjestää erityisesti proviisorien tarpeisiin ammatillista täydennyskoulutusta, joka viime vuosina on keskittynyt johtamiskoulutukseen. Proviisoriliiton tarkoituksena on turvata jäsentensä taloudellinen, oikeudellinen ja sosiaalinen asema, kehittää lääkealaa ja ammattitaitoa, lisätä alan ammatillisia ja yhteiskunnallisia vaikutusmahdollisuuksia sekä edistää proviisoreiden keskinäistä vuorovaikutusta. Koulutustilaisuuksien lisäksi Proviisoriliitto ry. toteuttaa näitä tavoitteita muun muassa julkaisemalla Dosis-lehteä, joka on ainoa suomalainen, tieteellinen farmaseuttinen aikakauskirja. (Farmasialiitto 2007.) Proviisoriliiton lisäksi on olemassa Proviisoriyhdistys, joka on proviisorien ja proviisoriopiskelijoiden oma ammatillisia ja taloudellisia etuja ajava yhdistys. Yhdistyksen visiona on yhdistää suomalaisia proviisoreita ja pyrkiä vahvistamaan proviisorien asemaa yhteiskunnassa. Proviisoriyhdistys ei neuvottele palkoista työnantajaliiton kanssa, vaan kannustaa jäseniään neuvottelemaan palkkansa itse. Apoteekialalla yhdistyksen jäsenet ovat kuitenkin oikeutettuja saamaan työehtosopimuksen mukaista palkkaa. Proviisoriyhdistys julkaisee Proviisorilehteä, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. (Proviisoriyhdistys 2007.)

Farmasian alan yhdistystoiminnassa näkyy hierarkkinen ammattirakenne. Myös yhdistysten koulutustilaisuudet jakavat proviisorit ja farmaseutit paljolti eri tilaisuuksiin. Satefa ry:stä on käytännössä muodostunut farmaseuttien yhdistys. Ammattiyhdistystoiminnan tavoitteena on yhteisten päämäärien luominen. Farmasian ammatillisen kentän hajanaisuus ja yhdistystason hierarkia hämärtävät yhteisten ammatillisten päämäärien ja toimintatapojen luomista.

Ruotsi

Ruotsissa on ollut useammanlaisia farmaseuttisia organisaatioita. Niiden tarkoitus ja päämäärät ovat olleet sekä yhteneväisiä että erilaisia. Farmaciförbundet ja Sveriges apotekareförbundet ovat olleet ammattiyhdistyksiä traditionaalisessa mielessä, kun taas Sveriges Farmaceutförbundet voidaan luonnehtia yhdistelmäksi professionaalista organisaatiota ja ammattiyhdistystä. Farmaceutiska föreningen oli organisaatio, joka oli suuressa määrin omistautunut jäsentensä kompetenssin kohottamiseen. Lisäksi on ollut organisaatio, Apotekarsocieteten, jolla on ollut kaikki yllämainitut roolit. Näiden suurten

organisaatioiden ohella on ollut joukko pieniä organisaatioita, jotka ovat suunnanneet toimintansa erityisiin ongelmiin ja asioihin. Yksi näistä on Föreningen Sveriges sjukhusapotekare. Kaikki nämä organisaatiot ovat tehneet yhteistyötä keskenään ja jotkin niistä ovat myöhemmin yhdistyneet yhdeksi organisaatioksi. Organisaatioista vanhin on Apotekarsocieteten. Vuotta 1778 on ollut tapana pitää sen syntymävuotena. Alkuun jäsenyys yhdistyksessä oli vapaaehtoista, mutta vuonna 1881 kaikkien apteekin omistajien oli kuuluttava yhdistykseen. Yhdistyksen jäsenyyskriteerit pysyivät muuttumattomina aina vuoteen 1970 asti. Jäseniä olivat pääsääntöisesti apteekkien johtajat, joilla oli apteekkaritutkinto. Aikaisemmin vuonna 1953 Sveriges apotekareförbund, joka oli perustettu 1900-luvun alussa huolehtimaan omistaja-apteekkareiden ja apteekkien esimiesten asioita, oli yhdistynyt Apotekarsocietetenin kanssa. (Claesson 1999.)

Farmaceutiska föreningen perustettiin 1860-luvulla. Yhdistys oli alusta alkaen avoin kaikille farmasian tutkinnon suorittaneille asemasta riippumatta. Yhdistyksen tarkoituksena oli edistää farmaseuttista toimintaa ja tarjota myös sosiaalista kanssakäymistä jäsenilleen. Yhdistys pyrki tarjoamaan farmasian tutkinnon suorittaneille foorumin, jossa he voivat tavata toisiansa ja keskustella tärkeistä asioista ilman ammattialaan liittyviä konflikteja ja reviiririitoja. Vuonna 1981 Apotekarsocieteten ja Farmaceutiska föreningen yhdistyivät organisaatioksi nimeltä Apotekarsocieteten-Farmaceutiska föreningen. Useammasta yhdistyksestä muodostuneen organisaation jäseniksi pääsivät kaikki farmaseuttisen tutkinnon suorittaneet ja farmasian opiskelijat. Yhdistyksen nimi on nykyisin Apotekarsocieteten, ja sen tunnuslause on ”För ökad kunskap om läkemedel” ja se on avoin kaikille asiasta kiinnostuneille. Jäseninä on nykyisin apteekkareita, farmaseutteja (receptarie), lääketyöntekijöitä, lääkäreitä, sairaanhoitajia, biologeja ja kemistejä. Sveriges Farmaceutförbund on liitto, joka perustettiin 1900-luvun alussa huolehtimaan työsuhteessa olevien farmasian tutkinnon suorittaneiden eduista. Liiton päämääränä oli toimia ammatillisten asioiden foorumina, olla edustaja viranomaisiin päin ammatillisissa kysymyksissä ja mahdollistaa ja edistää myös sosiaalista kanssakäymistä. Liiton lehden ensimmäinen numero ilmestyi jo vuonna 1902. Lehden nimi oli Farmaceutisk Revy, ja sitä julkaistaan edelleen samalla nimellä. Farmaceutförbundet on keskusjärjestö. Noin 90 % apteekkien farmaseuttisesta henkilökunnasta kuuluu järjestöön. (Claesson 1999.)

5.3 Sairaalfarmasia – uusi toimivalta-alue

Ensimmäinen sairaanhoitolaitokseen läheisesti kuuluva farmaseuttinen yksikkö Suomessa oli sotilasapteekki. Sairaalfarmasiaa koskevat säännökset juontavat juurensa lakiin apteekkilaitoksesta (4/1928) ja lain toimeenpanemisesta annettuun asetukseen (326/

1928). Lain mukaan sotilassairaanhoitoa ja valtion sairaanhoitolaitoksia varten voitiin valtioneuvoston määräyksestä ylläpitää erityisiä apteekkeja. Samoin voitiin sairaaloissa ja parantoloissa Lääkintöhallituksen luvalla ja sen kussakin tapauksessa antamien määräysten mukaan valmistaa ja jakaa lääkkeitä laitoksen potilaille ja henkilökunnalle. (4/1928.) Sairaaloiden lääkehuollosta huolehtiminen kuului alun perin yksityisapteekkeille. 1920- ja 1930-luvuilla käytiin kiihvasta keskustelua sairaaloiden lääkeostoista. Kysymys oli rahasta ja lääkehuollon työnjaosta. Kiista jakoi myös eduskunnan kahteen leiriin. Varsinaista puoluejakoa asian suhteen ei syntynyt vaan eri puolueiden edustajia asettui molemmille puolille. Talousvaliokunnassa enemmistö päätyi kannattamaan sairaaloiden suoraa osto-oikeutta apteekkitavarakaupoista. Lakiehdotukseen oli kuitenkin päässyt virhe ja niinpä eduskunta hylkäsi lain. Syksyllä 1935 annettiin korjattu lakiehdotus, joka lopulta hyväksyttiin. Tämä laki salli sairaaloiden ostaa lääkkeitä suoraan apteekkitavarakaupoista, ei kuitenkaan myrkyllisiä eikä voimakkaasti vaikuttavia lääkkeitä. (Peltonen 1987, 123–155.) Vuoden 1935 apteekkitavaralaki (374/1935) ja vuoden 1936 apteekkitavara-asetus (139/1936) ja mainittuihin lakeihin ja asetuksiin myöhemmin tehdyt muutokset määrittivät ja ohjasivat sairaaloiden lääkehuoltoa eteenpäin.

Syksyllä 1949 apteekkitavaralakia muutettiin, siten että sairaalat saivat ostaa kaikkia lääkkeitä suoraan apteekkitavarakaupoista tai lääketehasta. Lainmuutos salli apteekkitavarakaupan myydä kaikkia apteekkitavaroita sellaiselle sairaalalle, jossa apteekkitavarainkeskusvarastonhoitajana on lääkintöhallituksen hyväksymä proviisorin tai farmaseutin tutkinnon suorittanut henkilö. Muille sairaaloille saatiin apteekkitavara-kaupasta Lääkintöhallituksen antamien yleisten ohjeiden mukaisesti myydä valmiissa pakkauksessa kaupan olevia apteekkitavaroiden erikoisvalmisteita sekä muista apteekkitavaroista sellaisia, jotka eivät kuulu voimassa olevan Suomen farmakopean B- ja C-luetteloihin tai ole niihin kuuluviin verrattavia. Sairaalan hankkimia apteekkitavaroita saatiin käyttää vain sairaalan toimintaan. (659/1949.)

Sairaaloissa lääkehuollosta vastaaminen ja huolehtiminen kuuluivat alun perin ylihoitajille, osastonhoitajille ja lääkäreille. Uuden ammattiryhmän eli farmaseuttisen henkilökunnan tulo sairaaloihin alkoi varsin myöhään ja hitaasti. Vuonna 1934 Naistenklinikka otti ensimmäisenä sairaalana farmaseutin palvelukseensa (Peltonen 1987, 155). Sairaaloiden lääkehuolto alkoi vähitellen siirtyä farmaseuttisen henkilökunnan vastuulle. Tämä merkitsi tehtäväsiirtoa sairaanhoitajilta farmaseuttiselle henkilökunnalle. Farmaseuteille ja proviisoreille avautui uusi toimintaympäristö – sairaala. Farmaseutti Airi Kaukomaan mukaan farmaseuttinen henkilökunta otettiin yleensä hyvin vastaan. Poikkeuksiakin kyllä oli. Tervetuloivotuksen sijaan lääkäri saattoi sanoa: ”*Mitä farmaseutti sairaalassa tekee. Kyllä sairaanhoitajat nämä apteekit hoitavat.*” Vuonna 1950 maamme sairaaloissa oli 15 apteekkitavarainkeskusvarastoa ja niissä työskenteli yhteensä 17 far-

maseuttia. Kehitys oli hidasta ja keskustelua käytiinkin sairaaloiden lääketurvallisuudesta, sairaaloissa työskentelevän farmaseuttisen henkilökunnan koulutusohjasta ja sairaaloiden lääkehuollon yhteiskunnallistaloudellisesta merkityksestä. Tätä keskustelua käytiin sekä virkamiestasolla (lainsäädäntö, Lääkintöhallitus) että ammattikuntatasolla. Reviiriristiriidoiltakaan yksityisapteekkien ja sairaaloiden välillä ei vältytty. (Peltonen 1987, 155–157.) Monet intressiryhmät olivat määrittelemässä, miten sairaaloiden lääkehuolto järjestettäisiin, millainen olisi paras toimintamalli sekä taloudellisesti että lääketurvallisuusnäkökulmasta. Sairaaloiden lääkehuoltoa uudelleen järjestettäessä farmaseuttisen henkilökunnan tehtäväksi nähtiin pääasiassa lääkkeiden jakelu. Tätä toiminnan määrittelyä kuvasivat jo ”sanahirviöt” apteekkitavarainkeskusvarasto ja keskuslääkevarasto. Farmaseuttisuus hävitettiin ammattinimikkeistä ja virkanimikkeenä oli apteekkitavarainkeskusvarastonhoitaja.

Lääkintöhallituksen määräysten mukaan apteekkitavarainkeskusvarastonhoitajat toimivat suoraan sairaalan johtavan lääkärin alaisina. Farmaseuttisen tutkinnon suorittaneen henkilön määräämisestä keskuslääkevarastonhoitajaksi päätti Lääkintöhallitus sairaalan tai parantolan johtavan tai vastaavan lääkärin esityksestä. Mikäli keskuslääkevarastonhoitajana ei ollut farmaseuttisen tutkinnon suorittanut henkilö, sairaalan johtava lääkäri määräsi tähän tehtävään päteväksi katsomansa sairaanhoitajan. Antamistaan määräyksistä hänen oli tehtävä ilmoitus Lääkintöhallitukselle. Johtavan lääkärin keskuslääkevarastoa koskevista tehtävistä oli olemassa vain vähän määräyksiä. Muodollisesti tilanne kuitenkin tarkoitti sitä, että sairaalan johtaja tai hänen tehtävään asettamansa lääkäri vastasi keskuslääkevaraston toiminnasta. Hänen oli valvottava, että keskuslääkevarastoa hoidettiin Lääkintöhallituksen antaminen ohjeiden ja määräysten mukaan. Käytännössä tämä merkitsi muun muassa sitä, että sairaalan johtavan lääkärin tai vastaavan lääkärin oli allekirjoitettava ja vahvistettava lääketilaukset. Osaston lääkäri veloitettiin myös olemaan läsnä farmaseuttien suorittamissa lääkekaappien tarkastuksissa. Tilanne oli monella tavalla ongelmallinen. Johtavalla lääkärillä tai tehtävään määrättyllä lääkärillä ei useinkaan ollut riittäviä edellytyksiä eikä aikaa hoitaa tehtävänsä. 1960-luvulla keskuslääkevarastojen toiminta oli saavuttanut sellaiset mittasuhteet, että niiden hoitaminen ja johtaminen alettiin nähdä farmaseuttisen henkilökunnan tehtävänä. Myös pienissä sairaaloissa alettiin nähdä tarkoituksenmukaiseksi siirtää keskuslääkevarastojen hoito ylihoitajilta farmaseuteille. (Lääkintöhallituksen yleiskirjeet apteekkeille 1963, 180–184, Virkkunen 1962, Hongisto 1963, Pesonen ja Pääskylä 1966.)

Vuoden 1964 apteekkilaitoksesta annetun lainmuutoksen (533/1964) seurauksena sairaala-apteekkeja saatiin perustaa suuria sairaanhoitolaitoksia varten. Aikaisempaan lakitekstiin oli kirjattu rajoitus, että erityisiä apteekkeja sai perustaa vain sotilassairaanhoitoa ja valtiosairaloita varten. Suuriksi sairaanhoitolaitoksiksi Lääkintöhallitus määritteli kaikki keskussairaalat sekä muut toiminnan laajuuden perusteella niihin rinnas-

tettavat sairaanhoitolaitokset. Mikäli tällaista sairaanhoitolaitosta ylläpitävä yliopistolinen keskussairaaliitto, kuntainliitto, kunta tai muu hallintoelin halusi perustaa sairaala-apteekin, tuli sen toimittaa Lääkintöhallitukselle hakemus apteekkioikeuden saamista varten. Hakemus piti osoittaa valtioneuvostolle. Vuoden 1964 lainmuutos jätti kunnille päätävänsä sairaala-apteekkioikeuden hakemisessa. Vuonna 1965 perustettiin sairaala-apteekki Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan ja seuraavana vuonna Turun yliopistolliseen keskussairaalaan. Vuonna 1968 perustettiin Helsingin kaupungin sairaanhoitolaitosten yhteinen sairaala-apteekki. Nämä olivat sotilaspötekkejä lukuun ottamatta ensimmäiset täysimittaiset sairaala-apteekit Suomessa. (Purasmaa ja Kyllönen 1991, 18.) Vaikka lainmuutos jätti kunnille päätävänsä sairaala-apteekkioikeuden hakemisessa, käytännössä esteeksi sairaala-apteekin perustamiselle saattoi muodostua myös valtakunnan tason päättäjä. Vuonna 1967 Kuopion keskussairaalan liittöhallitus haki sairaalan johtavan lääkärin aloitteesta sairaala-apteekin perustamisoikeutta valtioneuvostolta, mutta Lääkintöhallitus ei puoltanut esitystä. Tämä herätti ihmetystä sekä proviisorien että lääkärin keskuudessa, sillä Kuopion keskussairaalassa oli tuona ajankohtana 582 potilaspötekkä. Toimenpiteellään Lääkintöhallitus esti sairaalan lääkehuollon kehittämissäpyrkimykset. (Pääskylä E 1970.) Kuopion yliopistollinen keskussairaaliitto sai valtioneuvoston myöntämän apteekkioikeuden 6.6.1974. Apteekkitavarainkeskusvaraston muuttaminen sairaala-apteekiksi lykkääntyi kuitenkin vielä parilla vuodella. Lupa harjoittaa apteekkitoimintaa on päivätty 15.12.1976.

Kehitys ei ollut nopeaa lainmuutoksen jälkeenkään. Vuonna 1979 apteekki-neuvos Reijo Purasmaa Lääkintöhallituksesta kirjoitti Sairaala-lehdessä sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkehuollon ongelmista. Hän tarkasteli sitä lainsäädännön näkökulmasta. Kirjoituksessaan hän toteaa, että sairaaloiden lääkehuollosta on apteekkilaisissa ja apteekkitavaralaisissa vain muutama pykälä, vaikka lait muilta osin säätelevät hyvin yksityiskohtaisesti lääkkeiden valmistusta, kauppaa ja kulutukseen luovuttamista. Sairaaloiden lääkehuoltoa koskevia hallinnollisia päätöksiä tehtäessä on tästä syystä jouduttu usein toteamaan peruslainsäädännön vajavaisuus. Terveyskeskusten lääkkeiden käsittelyä koskevasta lainsäädännöstä Purasmaa toteaa, ettei sellaista edes ole. Esimerkiksi kansanterveyslaissa ei esiinny ollenkaan sanaa lääke. Terveyskeskusten lääkehuolto kaipaisi kipeästi lainsäädäntöä kehittyäkseen. Purasmaan (1979) mukaan lainsäädäntö on omalta osaltaan hidastanut sairaalafarmasian kehitystä. Vuonna 1979 sairaala-apteekkejä oli toiminnassa kahdeksan ja Purasmaan mukaan niitä voisi olla paljon enemmän, mutta sairaaloiden hallinnon näyttää olevan vaikea irrottautua nykyisestä järjestelmästä. Lääkintöhallitus oli pyrkinyt 1970-luvulla omalta osaltaan sairaaloiden lääkehuollon tason nostamiseen antamalla muutamia melko laajoja sairaaloiden lääkehuoltoa koskevia yleiskirjeitä. Yleiskirjeiden taustalla oli huoli potilasturvallisuudesta ja turhista lääkekustannuksista. Purasmaa toteaa, että lääkeneuvottelukuntien työn alkaminen ja peruslääkevali-

koimien luominen sairaaloissa on lisännyt kiinnostusta lääkkeiden hintoihin. Edistys-
askeleena hänen mukaansa voidaan pitää jo sitä, että sairaalat yleensä tietävät lääkkeisiin
vuodessa käyttämänsä rahamäärän suuruuden.

Sairaala-apteekkien vähäiseen määrään kiinnitti huomiota myös Lääkintöhalluk-
sen tarkastaja Anttila. Hänen mukaansa sairaalafarmasian kehitys riippuu pitkälti sai-
raala-apteekkien lukumäärästä ja niiden toiminnan kehittymisestä. Asian merkitystä lää-
kehuollon kehittymiselle ei kuitenkaan ole riittävässä määrin ymmärretty. Koska saira-
laiden omistajia ei ole lainsäädännöllisesti velvoitettu perustamaan sairaala-apteekkeja,
niitä perustetaan varsin hitaasti. Kunnan päättävälle viranomaisille jätetty harkintamah-
dollisuus ei toisin sanoen ole tuottanut tuloksia. (Anttila 1979.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan proviisorin (sitten apteekkarin) Liisa
Pääskylän mukaan (1976, 1998) myös paikallisella tasolla saattoi esiintyä ongelmia
sairaala-apteekkien perustamisessa. Paikallistasolla oli taivuteltava sairaalan johtaja
suosiolliseksi sairaala-apteekin perustamiselle. Myös reviiriristiriitoja ilmeni. Sairaala-
apteekin asema uhkasi johtavan lääkärin reviiriä. Toisaalta lääkäri saattoi myös olla asian
eteenpäin viejä. Pääskylän mukaan Turun tilanteessa voidaan sanoa olleen onnekasta,
että johtava lääkäri oli röntgenlääkäri, joka joutuessaan allekirjoittamaan lääketilauksia,
nosti esille varsin olennaisen kysymyksen, että eikö asiaa todella voitaisi järjestää muulla
tavalla. Kirje, jonka röntgenlääkäri Pekka Virtama lähetti vuoden 1965 lopulla sekä liit-
tohallitukselle että proviisorille Pääskylälle, oli seuraavanlainen.

”Apteekkarille

Yliopiston apteekin paperin alareunassa olevan tekstin mukaan minun ilmeisesti
pitäisi kuitata vastaanottaneeni tavarain, mitä en ikinä ole edes nähnyt tai tilannut.
Muutoinkin koko apteekin nimikirjoituspuuha on farssia, jota ei nykyaikana pitäi-
si edes sairaalan tapaisessa byrokratiassa harjoittaa. Yleensä periaatteena olisi olta-
va sen, että tavarain tilaaja ja vastaanottaja myös sen kuittaisi. Nykyisellään ei
minulla ole vähäisintäkään mahdollisuutta kontrolloida, minkälaisen, miten tilat-
tujen ja kuinka toimitettujen tavarain vastaanottoa joudun kuittaamaan. Toivoen
positiivista esitystä asiain paremmasta järjestämisestä.

Pekka Virtama”

Tätä kirjettä Turun yliopistollisen sairaalan apteekki säilyttää historiallisesti
arvokkaana ”perustamisdokumenttina”. (Pääskylä 1976, Torniainen 1996.)

Liisa Pääskylän mukaan sairaala-apteekkien hitaalle kehitykselle on monia syitä.
Paikallisella tasolla yksi syy saattoi olla lääkärin halu päättää, mitä lääkkeitä sairaalassa
käytetään. Syynä olivat lääkäreiden kytkennät lääketeollisuuteen ja henkilökohtaiset
intressit. Toisaalta esteenä saattoi olla farmasian ammatillinen kenttä. Farmaseutit olivat
toimineet apteekkitavarainkeskusvarastonhoitajina ja näkivät asemansa uhattuna proviis-
orien tullessa vastaamaan sairaala-apteekkien toiminnasta. Farmaseutit kokivat asemansa
heikkenevän ja jarruttivat omalta osaltaan kehitystä. Ammattikuntaa ei kiinnostanut
tason nostaminen. Tässä yhteydessä voidaan puhua ahtaasta näkökulmasta. Abbott

(1988) toteaa, että ammattien välisen kilpailun ohella myös ammatin sisäinen kilpailu haastaa ja muovaa ammatteja.

Sairaala-farmasian muotoutuminen Ruotsissa

Lääkehuolto Ruotsin sairaanhoitolaitoksissa oli vielä 1950-luvulla vaatimattomasti kehittynyttä. 1900-luvun alussa maassa oli viisi ja 1950-luvun alussa 13 sairaala-apteekkia. Suurin osa sairaanhoitolaitoksista sai lääkkeensä paikallisista apteekeista ja lääkkeiden sisäinen jakelu laitoksissa oli sairaanhoitajien vastuulla. Ensimmäinen sairaala-apteekkari, Johan Christjan Georgii, oli nimitetty jo vuonna 1754. Hän sai johtaakseen apteekin Tukholmassa (Serafimer Lasarettet). Apotekarsocieteten vastusti nimitystä, koska katsoi apteekkari Georgiin tunkeutuvan tukholmalaisapteekkareiden reviirille. Collegium Medicum oli kuitenkin hänen puolellaan, eikä protesti näin ollen vaikuttanut asiaan. Georgiin privilegio oli henkilökohtainen eikä siis myytävissä. Tämä alensi privilegion arvoa ja statusta. Apteekkarit pitivät kuitenkin tärkeänä sitä, että juuri heidän ammattikuntansa sai tehtäväkseen sairaalan lääkehuollon. (Claesson 1989, 50, Ström 1999.)

Ruotsin sairaala-apteekit olivat yksityisten apteekkien haaraosastoja. Tämä oli kansainvälisesti poikkeuksellista. Tavallisin tapa järjestää sairaanhoitolaitosten lääkehuolto on, että sairaala omistaa apteekin. Asian toisenlaisesta järjestämisestä keskusteltiin jo 1900-luvun alussa, mutta 1900-luvun alkuvuosikymmenien keskustelua hallitsi kuitenkin lääkkeiden hintapolitiikka. Tukholman Karoliinisessa sairaalassa sijaitseva sotilasapteekki teki kuitenkin poikkeuksen. Kun puolustusvoimien lääkehuoltoa selvitettiin 1930-luvun lopulla, valtiovalta päätti perustaa yhdistetyn sairaala- ja sotilasapteekin Karoliiniseen sairaalaan. Apteekki oli jo kesäkuussa 1940 täydessä toiminnassa, ja siitä tuli sittemmin sairaala-apteekkien ”lippulaiva”. Sillä oli jo heti alussa hyvät resurssit sekä tilojen että henkilökunnan suhteen. (Ström 1999.) Vuonna 1964 Ruotsissa astui voimaan asetus (SFS 1962:701, MF 1962:126), jonka mukaan sairaalan päämies voi saada oikeuden harjoittaa apteekkitoimintaa. Laki koski lähinnä suuria opetus- ja aluesairaaloita ja myös Tukholman kaupunginsairaaloita.

Vain Sotilasapteekilla oli korkean kansainvälisen tason mahdollistavat resurssit 1950-luvulla. Sairaala-apteekeista Tukholman Södersjukhuset, Göteborgin Sahlgrenska Sjukhuset ja Malmön Allmänna Sjukhuset olivat valmistaneet keskitetysti muun muassa infuusioliuoksia ja niillä oli hyvät resurssit tähän tehtävään. Muilla sairaala-apteeeilla oli puutetta sekä henkilökunnasta että muista resursseista. Tästä huolimatta vuoden lääkehuoltoselvityksen mietinnössä vuonna 1959 oli todettu: ”Det finns 15 sjukhusapotek och det torde vara tillräckligt.” Käännöksenä kehityksessä oli kuitenkin alkamassa. Tähän aikaan ajoittuu uusien lääkeaineiden tulo markkinoille, ja myös sairaanhoidon resurssit kasvoivat. Sairaaloihin perustettiin suuri joukko uusia erikoisosastoja, jotta

voitaisiin mahdollistaa uudenlaiset hoidot ja harjoittaa modernia sairaanhoitoa. Ruotsilla oli tuohon aikaan hyvät taloudelliset resurssit, mikä mahdollisti uudenlaisen toiminnan. Vuonna 1962 tapahtui käänne sairaalafarmasiassa, kun uusi lääkeasetus esiteltiin. Se painotti sairaalafarmasian vahvistamista. (Lindqvist 1996, 60.)

1960-lukua voidaan pitää ratkaisevana Ruotsin sairaalafarmasian kehityksen kannalta. Sairaalafarmasian kehitykseen vaikuttivat osaltaan lääketieteen kehittyminen ja yleinen vaatimus sairaanhoidon kehittamisestä. Lääkintöhallituksen selvitys vuodelta 1962 ehdotti, että sairaanhoitolaitosten keskuslääkevaraston esimiehen olisi oltava farmaseutin (farmasevt) tutkinnon suorittanut henkilö. Ehdotukseen sisältyi myös lääkkeiden myynti asiakkaille sairaala-alueella tai sen läheisyydessä. Kaikki eivät ajatukselle lämmenneet. Selvityksiä lääkehuollon järjestämisestä tekivät myös CSB (Centrala sjukvårdsberedningen) ja Apotekarsocieten. Näillä selvityksillä oli suuri merkitys kehityksen kannalta. Selvitykset olivat hyvin samanhenkisiä, ja ne otettiin hyvin vastaan sekä viranomaisten että organisaatioiden taholta. Nämä selvitykset muodostivat pohjan alkavalle kehittämistyölle. Apotekarsocietetenin yhteyteen perustettiin sairaalafarmasian osasto, joka oli tärkeä organisaatio, tietopankki ja yhdysside pienelle sairaala-apteekkarien joukolle. Ajanjaksolla 1964–1968 apteekkarien määrä sairaaloissa kasvoi 34:sta 59:ään ja farmaseuttien (receptarie) määrä 60:sta 155:een. Farmaseuttien (receptarie) suuri määrä johtui osaltaan siitä, että he olivat alkaneet huolehtia keskuslääkevarastojen toiminnasta. Sairaaloitten lääkehuollon selvityksissä kiinnitettiin huomiota myös siihen, että sairaala-apteekkien pitäisi lääkehuollon tehokkaan ja turvallisen järjestämisen ja lääkeinformaation lisäksi olla myötävaikuttamassa myös tutkimukseen ja rationaalisen lääketerapian kehittämiseen. Selvityksissä painotettiin myös yhteistyötä lääketieteen ja farmasian välillä. (Ström 1999.)

Sairaanhoito kehittyi voimakkaasti 1960–1970-luvuilla ja lääkehoidosta tuli yhä tärkeämpi osa sairaanhoitoa. Vuonna 1971 tehtiin perustavaa laatua oleva muutos Ruotsin apteekkitoimintaan. Pitkällisten selvitysten jälkeen Ruotsin apteekkilaitos monopolisoitiin ja muodostettiin Apoteksbolaget. Yksityisistä apteekkareista tuli valtion virkamiehiä. Sairaala-apteekit olivat muodollisesti ”landstingkommunala”. Apoteksbolagetissa kuitenkin ajateltiin, että saavutettaisiin säästöjä, jos sairaaloitten lääkehuolto hoidettaisiin Apoteksbolagetista käsin. Myös potilaille ja henkilökunnalle voitaisiin suunnitella lääkkeiden myyntiä sairaala-apteekeista. Apoteksbolageettiin perustettiin sairaalafarmasian sektori, joka ei ollut vastuussa yksinomaan sairaalan lääkehuollosta vaan se huolehti myös yhteydenpidosta sairaanhoidosta vastaaviin päättäjiin. Kehittämisestä oltiin yhtä mieltä ja niin kaikki sairaala-apteekit liitettiin Apoteksbolageettiin. Sairaala-apteekkeja oli nyt sata. Tämä ei ollut ollut mahdollista tässä laajuudessa vanhan privilegiojärjestelmän aikana. Apoteksbolagetia perustettaessa (1971) oli Sotilasapteekki jäänyt uuden monopolin ulkopuolelle. Myös se liitettiin myöhemmin Apoteksbola-

getiin. (Lindqvist 1996, 61–62.) Aluksi Apoteksbolaget oli osakeyhtiö. Valtiolla oli osakkeista 2/3 osaa ja Apotekarsocietetetin eläkesäätiöllä 1/3. Vuonna 1997 Apoteksbolagetista tuli kokonaan valtiollinen Apoteket AB. (Malmstig 2004.) Ruotsalaista lääkehuollon järjestämisen tapaa voidaan pitää ainutlaatuisena.

Väliyhteenvedo

Farmasian koulutuksen akatemisoituminen noudattelee sekä Suomessa että Ruotsissa samansuuntaisia linjoja. 1900-luvun puoliväliin saakka farmasian yliopistollinen koulutus oli vielä vaatimatonta molemmissa maissa. Koulutus oli enemmän ammatillista kuin tieteellistä. Ensimmäiset farmasian väitöskirjat sijoittuvat molemmissa maissa 1950–1960-luvuille. Ylioppilastutkinto oli Ruotsissa aikaisemmin kuin Suomessa pääsyvaatimuksena farmasian opintoihin. Molempien maiden koulutukselle on ollut ominaista hierarkkinen, eurooppalaisille kaupunkiammateille perustuva rakenne. Abbott (1988, 53–55) toteaa, että profession kyky pitää yllä toimivalta-alueetta kiinnittyy osaksi akateemisen tiedon voimaan ja arvovaltaan. Akateeminen tieto legitimoii professionaalisen työn kirkastaen sen perustan ja perustaan liittyvät kulttuuriset arvot. Rationaalisuus, logiikka ja tiede ovat moderneille profesioille tyypillisiä arvoja. Akateeminen, abstrakti tietojärjestelmä on universaalisesti tärkeä profesioille. Selander (1989) pitää koulutusta ja tieteelliselle pohjalle perustuvaa tietoa tärkeinä resursseina professionaalille ryhmille. Koulutuksen avulla ammatit myös pyrkivät nostamaan statustaan ja rakentamaan ammatin imagoa.

Molemmissa maissa on ollut ja on useammanlaisia ammatillisia organisaatioita. Ruotsissa yhdistystoiminta alkoi aikaisemmin kuin Suomessa. Olemassa olleet ja olevat yhdistykset ovat sekä erottaneet että yhdistäneet farmasian ammatillista kenttää. Nilssonin (1981) mielestä farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden kuuluminen samaan liittoon on ollut yhdistävä tekijä farmaseuttien (receptarie) ja lääketyöntekijöiden välisessä työnjakokiistassa. Suomessa farmaseuteilla ja proviisoreilla on yhteinen katto-organisaatio Suomen Farmasialiitto ry., vaikka proviisoreilla onkin siinä oma jaostonsa. Tämä merkitsee erontekoa. Nykyinen ruotsalainen apteekkijärjestelmä merkitsee sitä, että yksi yhteinen ammatillinen kattojärjestö on mahdollinen, koska yksityisapteekkareita ei ole. Hierarkkinen ammattirakenne merkitsee ammattiyhdistystasolla erilaisia intressejä ja pyrkimyksiä.

Sairaalfarmasia on jokseenkin nuori ilmiö molemmissa maissa. Yksityisapteekit huolehtivat sairaaloiden lääkehuollosta suurelta osin 1900-luvun alkuvuosikymmeninä molemmissa maissa, eikä tätä toimintaa voi varsinaisesti nimetä sairaalfarmasiaksi. Terveysthuollon työnjaon kannalta merkittävää on farmaseuttisen henkilökunnan ilmaantuminen sairaaloihin. Se merkitsi uutta kontekstia ja uutta toimivalta-alueita

farmaseuttiselle henkilökunnalle ja uudenlaista työnjakoa terveydenhuollon kentällä. Sairaalarafarmasian kehitys oli hidasta aina 1960-luvun alkuun saakka sekä Ruotsissa että Suomessa. 1960-luvulla tapahtui käänne. Muutokseen vaikutti lääketieteen kehittyminen, kansainvälisen lääketieteellisuuden kasvu ja uusien lääkkeiden tulo markkinoille eli Abbottin (1988) sanoin toimintaympäristön muutos. Myös viranomaiset alkoivat kiinnittää enemmän huomiota sairaaloiden lääkehuoltoon. Farmasian ammattikunnan toiminnalla oli myös merkitystä. Sairaalarafarmasian muotoutumiseen ja kehittymiseen vaikuttivat sekä makro-, meso- että mikrotason toimijat. Keskeistä näissä keskusteluissa oli lääkkeiden taloudellinen käyttö ja lääketurvallisuus. Ruotsissa kehitys johti apteekkilaitoksen kansallistamiseen ja uudessa järjestelmässä avohuollon apteekit ja sairaalarapteekit ovat samaa organisaatiota. Suomessa lääkehuolto jakautuu yksityiseen ja julkiseen sektoriin.

6 Ammatillisen toimivalta-alueen ja tiedon ydinalueet

Tässä luvussa kysyn, mitä farmaseutit ja proviisorit pitävät ydintehtävänä, ja minkälaiseksi toiminnaksi he työnsä ymmärtävät ja miten he oikeuttavat paikkansa. Millä tavoin he konstruoivat asemansa; mitä merkitsee olla farmaseutti tai proviisori? Luvun alaotsikot ovat muotoutuneet aineistoissa esille tulleiden merkitysisältöjen kautta.

6.1 Lääkehuolto

Lääke on todennäköisesti eniten käytetty sairauksien hoitomuoto. Siksi sillä on erittäin suuri merkitys. Apteekkien päätehtävänä terveydenhuollon ketjussa on lääkkeiden hankinta, varastointi ja jakelu. Tämän tehtävän yhteiskunta on antanut terveydenhuollon työnjaossa farmaseuttiselle henkilökunnalle.

”Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta-ajatus on huolehtia lääkehuollosta mahdollisimman turvallisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti (ja että lääke yleensä on potilaalle tarpeellinen) sekä tuottaa farmaseuttista tietoa ja tietämystä asiakkaille. Vastaan omalta osaltani sairaalan lääkehuollosta.” (yo.sair.p 22)

”Toiminta-ajatus on tarjota tehokkaita, lääketurvallisia ja taloudellisia lääkehuoltopalveluita laitoksen eri asiakkaille. Lääkeinformaation jakaminen ja hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyössä työskentely potilaan parhaaksi!” (tk.f 11)

”Huolehtia, että potilas saa sairaalassa ollessaan turvallista ja parasta mahdollista lääkehoitoa ja myös yhteiskunnan kannalta taloudellista lääkehoitoa.” (yo.sair.f 19)

Farmaseutit ja proviisorit määrittävät lääkehuollosta huolehtimisen ydintehtäväkseen. Lääkehuollon he määrittelevät laajaksi kokonaisuudeksi: se on lääkkeiden hankintaa, varastointia, jakelua, lääkeinformaatiota ja lääkkeiden valmistamista. Lääkehuolto on tärkeä osa terveydenhuoltoa ja lääkehuollon turvaaminen sairaaloissa kaikissa olosuhteissa on farmaseuttisen henkilökunnan mielestä heidän keskeinen tehtävänsä. Farmaseutit ja proviisorit näkevät tehtäväkseen huolehtia osaltaan siitä, että lääkkeiden käyttö on tehokasta, turvallista ja taloudellista. Farmaseuttien ja proviisorien kirjoituksissa ja puheissa lääkehuollon tehokkuus, turvallisuus ja taloudellisuus ovat keskeisellä sijalla. Se on mantra, jota he yhdessä toistavat. Terveydenhuollon kentällä terveydenhuollon tehokkuudesta ja taloudellisuudesta puhutaan ja kirjoitetaan jatkuvasti ja ene-

nevässä määrin ja lääkehoitojen turvallisuus on terveydenhuollon kentällä kaikkien tahojen kestopuheenaihe. Lääketurvallisuuskäsitteeseen kannattaa vedota. Se on vahva argumentti.

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit määrittelevät sairaala-apteekin keskeiseksi tehtäväksi laadukkaiden lääkehuoltopalveluiden tuottamisen ja tarjoamisen asiakkaille.

”Sairaala-apteekin on toimittava niin, että potilas saa optimaalisen lääkehoidon sekä se, että sairaalan lääkehuolto hoidetaan kustannustehokkaasti. Apteekin on myös pidettävä yllä korkeaa tasoa neuvonnassa ja informaatiossa.” (kes.sair.a 18)

”Työmme tarkoituksena on yhdessä muiden professioiden kanssa työskennellä niin, että potilas saa optimaalisen (turvallisuus, rationaalisuus, kustannustehokkuus) lääkehoidon. Kaikki lähtee potilaan tarpeesta. Jokainen potilas on tilaaja ja omistaa lääkehoidonsa.” (kes.sair.a 8)

”Tehtävänä on varustaa sairaanhoito lääkkeillä, joita tarvitaan ja vastata niihin liittyviin kysymyksiin. Avustaa niiden oikeassa käytössä, informoida ja neuvoa. Auttaa hankkimaan ja tehdä lääkkeitä myös erityispotilaiden tarpeisiin.” (yo.sair.r 15)

Sairaala-apteekin tehtäviä ovat lääkkeiden hankkiminen, toimittaminen, valmistaminen, laadun varmistaminen ja tiedon jakaminen. Se on hyvän hoidon takaamista. Toiminnassaan farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit korostavat yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Sairaala-apteekki on palveluyksikkö, joka omalta osaltaan pyrkii mahdollistamaan potilaan parhaan mahdollisen hoidon. Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit painottivat lääkehuollon palveluissa turvallisuutta, varmuutta, rationaalisuutta, taloudellisuutta, tehokkuutta ja laadukkuutta. He kuvaavat työtään ja toimintaansa hyvin samansuuntaisesti kuin suomalaiset farmaseutit ja proviisorit.

Sekä suomalaiset että ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit pitävät lääkkeiden taloudellista ja rationaalista käyttöä tärkeänä yhteiskunnallisena tehtävänä.

”Yskänlääkeasiakkaita ei ole, eli ei tarvitse kilpailla kuka myy eniten pulloja, täytyy sen sijaan miettiä, mikä on edullisinta ja tehokkainta potilaan ja yhteisten varojen suhteen.” (kes.sair.p 18)

Suomalaisen proviisorin teksti tuo esille erontekoa avohuollon apteekkiin. Itsehoitolääkkeitä tarvitsevia ja niitä ostavia asiakkaita ei ole, eikä kaupallisuus ole läsnä siinä mielessä. Lääkkeiden käytössä on ajateltava tehokkuutta ja taloudellisuutta – sekä potilasta että yhteiskuntaa.

Sekä Suomen että Ruotsin sairaaloissa on käytössä peruslääkevalikoimat. Geneerinen substituoitu on ollut käytössä sairaaloissa kauan ennen sen käyttöönottoa avohuollon lääkehuollossa. Peruslääkevalikoima sisältää ne lääkkeet, joita sairaalassa

rutiininomaisesti käytetään. Sairaalan lääkeneuvottelukunta¹² (lääketyöryhmä) valitsee lääkkeet peruslääkevalikoimaan. Läkeneuvottelukunta on lääketieteen, farmasian ja muiden terveydenhuollon edustajien yhteistyöelin, jonka tehtävänä on huolehtia sairaalan lääkepolitiikasta ja kehittää sitä. Sairaaloiden peruslääkevalikoimat hoitavat omalta osaltaan lääkkeiden taloudellisen käytön funktiota. Lääketieteelliset seikat määrittävät ensisijaisesti peruslääkevalikoiman muotoutumista, mutta lääkkeiden hintakilpailuttamisella on merkittävä rooli. Taloudellisesti sillä on suuri merkitys sairaanhoitolaitoksille. Sen tavoitteena on ohjata lääkkeiden käyttöä rationaaliseen ja taloudelliseen suuntaan. Arjen käytännöissä suomalainen farmaseutti Minna puhuu siitä, että *”joskus joutuu painamaan päälle, että peruslääkevalikoimassa pysytään, mutta toisaalta myös vuodeosastot ovat enemmän ja enemmän hintatietoisia ja lääkkeiden taloudellisesta käytöstä on alkanut tulla yhteinen asia”*. Tämä asia tulee esille myös ruotsalaisessa kontekstissa. Ruotsalainen farmaseutti (receptarie) Anna tuo esille, että *”vuodeosastot vaativat pienempiä lääkepakkauskojoja ja kiinnittävät huomiota entistä enemmän kustannuksiin”*. Myös lääkekulutuksen seuranta on tärkeä osa sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toimintaa.

Terveydenhuoltoon on 1990-luvulta lähtien kohdistunut suuria karsintapaineita. Vaatimuksena on ollut kustannusten leikkaaminen hyödyntämällä tehokkaammin teknologiaa ja ihmisresursseja. Proviisori Katariina sanoo, että *”uusien henkilöstöressurssien saantikin onnistuu parhaiten vetoamalla taloudellisuuteen, uuden työntekijän tuottamaan taloudelliseen hyötyyn”*. Taloudellinen hyöty on argumentti, johon kannattaa vedota. Tayloristinen puhe tehokkuudesta on istutettu terveydenhuoltoon. New public management¹³, uusi julkisjohtaminen on tullut julkiselle sektorille. Terveydenhuollossa puhutaan nyt talouden termein: tuotteista ja hinnoista, ostamisesta ja myymisestä ja tehokkuuden maksimoimisesta. Myös lääkekustannusten kasvu on kiristänyt taloudellisuuden vaatimuksia. Asiasta puhutaan laajoilla foorumeilla. Asia on merkittävä, ja tämä näkyy farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa. Taloudellisuuden puhetavalla on kantava ääni. Abbott (1988, 184–185) toteaa, että arvot muuttuvat ja että ne vaikuttavat

¹² Läkeneuvottelutoimikunta-ajatus on lähtöisin USA:sta, jossa ensimmäiset toimikunnat sairaaloihin perustettiin jo 1930-luvulla. Tukholman Karolinska Sjukhuset'in lääketoimikunta oli pohjoismaiden ensimmäinen (vuosi 1961). Suomessa Läkintöhallitus antoi yleiskirjeen 1369/1966, jossa todettiin, että suureen sairaalaan on tarkoituksenmukaista perustaa lääkeneuvottelukunta. Todennäköisesti missään muualla maailmassa lääkeneuvottelutoimikuntien työskentelyä ei ole käynnistetty samalla tavoin kuin Suomessa. Muualla toiminnan aloittamiselle ja järjestämiselle on ollut tyypillistä vapaaehtoisuus. (Linjama 1983, 1-4.)

¹³ New public management (NPM) on saanut monenlaisia määritelmiä. Taustalla on uusklassiseen taloustieteeseen nojaava ajatus, jonka mukaan raskas ja byrokraattinen julkinen sektori on este luonnolliselle kasvulle. (Lähdesmäki 2003.) Siihen on liitetty kustannus-vaikuttavuuden lisääminen, asiakaslähtöisyyden parantaminen, markkinamekanismien hyödyntäminen, taloudellisuus, tehokkuus ja tuottavuus, uusliberalismi, voimakas johtajuus, innovatiivisuus ja joustavuus. Se painottaa myös henkilöstön osallistumista.

professioneihin kuten muutkin ulkoiset voimat. Näistä muutoksista saattaa olla profes-
sionille sekä hyötyä että haittaa.

Taloudellisuuden ja tehokkuuden ajattelutavat ovat keskeisellä sijalla farmaseuttien ja proviisorien ajatuksissa sairaaloissa. Ne ovat kulttuurisesti arvostettuja normeja. Farmaseutit ja proviisorit pyrkivät toimimaan organisaation ja yhteiskunnan etujen mukaisesti, mutta he tuovat esille myös sen, että on tunnistettava vastuu potilaasta. Potilaan asema ja oikeudet on turvattava niin, että hän saa parasta mahdollista hoitoa. He ilmoittautuvat potilaan asianajajiksi. Terveydenhuollon kentällä kaikki muutkin toimijat sanovat olevansa potilaan asianajajia. Paras mahdollinen hoito on usein toistettu lause terveydenhuollon kentällä. Se on terveydenhuollon kentällä työskentelevien yhteistä retoriikkaa. Tämä lause tulee esille farmaseuttien ja proviisorien teksteissä sekä Suomessa että Ruotsissa. Tehokkuuden ja taloudellisuuden lisääntyneet vaatimukset tuovat ja luovat ristiriitaisia jännitteitä työhön. Farmaseutit ja proviisorit katsovat ”*lääkkeen taloudellisen ja rationaalisen käytön yhteiskunnalliseksi tehtäväkseen, mutta potilaan etu ajaa edelle*”. On omaksuttava puolueettoman asiantuntijan rooli. On oltava lojaali organisaatiolle, mutta potilaan etu on ensisijainen. Se on farmaseuttista eettistä ajattelua; rahan ja hoidon ristiriita huolestuttaa. Farmaseutti Hilikka kertoo:

*”Joskus niin surettaa, kun joku kallis lääke vanhenee, esimerkiksi joku antidootti lääke-
myrkytyksen tai jonkin muun myrkytyksen hoitoon. Se on vähän paradoksaaliskin tämä ajattelu. Pitäisi tietysti ajatella niin, että hyvä kun kansalaiset ovat eläneet niin, ettei mitään myrkytyksiä ole tapahtunut – ottaneet
lääkkeitään oikein jne. Meidän tehtävämme nyt kuitenkin on olla varustautunut
kaikenlaisten tapahtumien varalle. Sitä vartenhan nämä sairaalat ovat ja me
täällä sairaalassa.”*

Lääkeinformaatio ja neuvonta

Yhdeksi keskeiseksi tehtäväkseen farmaseutit ja proviisorit näkevät lääkeinformaation. Lääkeinformaatio on farmaseuttien ja proviisorien mielestä olennainen ja erottamaton osa lääkehuoltoa. Lääkeinformaation tarpeen lisääntyminen on tuonut farmaseuttiselle henkilökunnalle uusia haasteita. Abbott (1988) puhuu ammatin ydinalueesta (heartland). Farmasian ammatillisella kentällä koulutuslaitokset, viranomaiset, ammattiorganisaatiot ja farmaseutit ja proviisorit ovat tuoneet lääkeinformaatiotehtävää voimakkaasti esille. Lääkeinformaatio on nykyään farmaseuttisen ammatillisuuden ytimessä. Se on tuonut ja luonut uuden roolin farmaseuttiselle henkilökunnalle. Se on myös terveydenhuollon ammattien keskinäistä töiden ja vastuuden uusjakoa. Lääkeinformaation antaminen on velvoite farmaseuttiselle henkilökunnalle.

Työnjaolliselta kannalta katsottuna apteekkien päätehtäväksi terveydenhuollon kentällä on määritelty lääkkeiden hankinta, varastointi, valmistus, tutkiminen, jakelu ja lääketurvallisuuden edistäminen. Suomalaisen apteekkilaitoksen toimintaa koskevat

säännökset juontavat juurensa vuoden 1928 lakiin apteekkilaitoksesta ja (4/1928) ja lain toimeenpanemisesta annettuun asetukseen (326/1928). Tämä laki otti passiivisen kannan farmaseuttisen henkilökunnan antamaan lääkeinformaatioon potilas-asiakkaille. Tietoa reseptilääkkeistä sai antaa asiakkaan kysyessä. Viranomaiset rajasivat näin farmaseuttisen henkilökunnan toimivalta-alueen. 1970-luvulla alettiin keskustella lisääntyvässä määrin farmaseuttisen henkilökunnan velvollisuudesta varmistaa, että potilas on perillä lääkkeittensä oikeasta käytöstä. Vuonna 1973 Lääkintöhallitus antoi yleiskirjeellä (1556/1973) tästä velvollisuudesta määräyksen. Vuoden 1983 farmaseuttinen asetus (13/1983) muutti farmaseuttisen henkilökunnan lääkeinformaatiotoiminnan aktiiviseksi velvollisuudeksi. Farmaseuttinen henkilökunta sai virallisen toimivalta-alueen toimia lääkeneuvonnan kentällä. Tähän farmaseuttisen työnkuvan muutokseen vaikutti paljon toimintaympäristön muutos.

Niin kauan kuin lääkkeiden valmistus tapahtui pääasiassa apteekissa, lääkevalmisteiden lukumäärä pysyi suhteellisen pienenä ja oli helposti hallittavissa. 1950-luvulla englanninkielisessä kirjallisuudessa alettiin puhua ”drug explosion” -käsitteestä. Tätä seurasi lääkeinformaation lisääntyminen ja puheeseen ilmaantui ”information explosion”-käsite. (Watanabe ja Conner 1978.) Uudet lääkkeet olivat entistä tehokkaampia, lääkärit alkoivat määrätä potilaille yhä useampia lääkkeitä kerralla ja sivuvaikutuksia oli yhä enemmän. Kaikki tämä vaikutti lääkeinformaation tarpeen lisääntymiseen. On myös tiedostettu se, että lääkkeiden käyttäjät tarvitsevat enenevässä määrin lääkeneuvontaa. Näiden asioiden tiedostaminen on luonut farmaseuttiselle henkilökunnalle uuden sosiaalisen roolin. (Turner 1987, 144.) Lääkeinformaatio liittyy nyt kiinteästi lääkkeen toimitamiseen ja jakeluun. Se määrittyy välttämättömäksi tuotetuksi.

Sairaalassa ja lääkekeskuksessa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit määrittelevät lääkeinformaatiotoiminnan yhdeksi keskeiseksi tehtäväkseen. Heidän antamansa lääkeinformaatio on suunnattu enemmän muille terveydenhuollon ammattilaisille kuin potilaille. Vain harvat potilasryhmät saavat lääkkeensä sairaalasta hoitajakson päättyessä. Sairaala-apteekki tai lääkekeskus saa luovuttaa lääkkeitä suoraan vain tietyille potilasryhmille ja lisäksi tietyissä tilanteissa, jotta voidaan taata hoidon jatkuvuus ja välitön hoidon saanti. (Lääkelaitoksen ohje 5/2001.) Tästä syystä sairaalassa ja terveyskeskuksessa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien antama lääkeinformaatio potilaille on vähäistä. Sairaaloitten farmaseuttisen henkilökunnan potilaskontaktien vähäisyys kaventaa farmaseuttisen työn paikkaa, jolloin tämä osaamisenalue ja sen kehittyminen jäivät heikoiksi. Suomalaisessa kontekstissa potilas saa lääkeinformaationsa pääasiassa lääkäriltä, hoitohenkilökunnalta ja sairaalanhoitolaitoksesta poistuttuaan apteekkien farmaseuttiselta henkilökunnalta.

Työnjaolliselta kannalta hoitohenkilökunnan merkitys lääkeinformaation antajana on ollut vähäisempi kuin lääkäreiden ja apteekkihenkilöstön, mutta sillä on suuri merkitys,

koska sairaanhoitaja on monessa tilanteessa luontevin informaation antaja. Sairaanhoitaja joutuu usein tulkitsemaan tietoa, jonka potilas on lääkäriltä saanut. Hoitohenkilöstön roolin lisäämisen esteitä ovat resurssien ja tiedon puute, mutta myös liiallinen varovaisuus ja asenteet. (Sihvo ja Pirinen 1996, Iso-Mustajärvi ym. 2001.) USA:n The National Council on Patient Information and Education on arvioinut, että noin 30 % potilaista ei saa lääkäriltään minkäänlaista informaatiota lääkkeistään. Vielä tärkeämpi asia farmasiaa ajatellen on se, että 50 % potilaista ei saanut farmaseuttiselta henkilökunnalta (pharmacist) mitään tietoa lääkityksestään. Artikkelissa, jonka The Journal of the American Medical Association julkaisi, väitettiin, että 41 % sairaalan potilaista ei todennäköisesti ymmärtänyt kunnolla heille annettuja lääkeohjeita. (Oddis 1997.)

Lääkeinformaatiotarpeen kasvaminen on tuonut haasteita sairaaloiden farmaseuttiselle henkilökunnalle. Teknologian kehitys on parantanut, helpottanut ja nopeuttanut tiedon etsimistä. Uusi teknologia tarjoaa hyvät mahdollisuudet lääkeinformaation antamisen avuksi ja tueksi. Tilanne on nyt toinen verrattuna 1980-luvun lopun tilanteeseen. Walleniuksen (1989, 26–43) tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkehuollon materiaaliset informaatioresurssit olivat heikot. Lisäksi tutkimus osoitti, että sairaanhoitolaitosten farmaseuttiset henkilöstöresurssit olivat liian vähäiset vaativaa lääkeinformaatiota ajatellen. Uudempi tutkimus on tuonut esille, että vaikka sekä materiaaliset resurssit että henkilöstöresurssit sairaanhoitolaitoksissa ovat parantuneet, niin eri ammattiryhmien odotukset sairaala-apteekin lääkeinformaatiopalvelulta eivät ole oleellisesti muuttuneet 15 viime vuoden aikana. Lääkärit haluavat sairaala-apteekista kirjallista, objektiivista, vertailevaa tietoa uusista lääkeaineista ja valmisteista. He haluavat tietoa myös lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksista sekä käytössä olevista rekisteröimättömistä lääkevalmisteista. Samoin näyttää edelleen pitävän jossakin määrin paikkansa se, että sairaala-apteekkia ei ole totuttu pitämään vaativan lääkeinformaation lähteenä. (Riukka ym. 2001.)

Tämän tutkimuksen valossa henkilöstöresurssien vähyys hankaloittaa edelleen lääkeinformaation antamista. Sairaanhoitajat haluavat selvästi enemmän tietoa ja odottavat farmaseuttiselta henkilökunnalta myös aktiivisempaa roolia. Perinteinen työnjakomalli ja eri ammattiryhmien fyysinen erillisuus hankaloittavat lääkeinformaation kysyntää ja tarjontaa. Se hankaloittaa myös mahdollisten tarpeiden määrittelyä. Tämä tulee esille myös niiden farmaseuttien puheissa, jotka ovat osallistuneet vuodeosastoilla toteutettuihin kehittämisprojekteihin. Lääkärit ilmaisevat samansuuntaisia odotuksia sairaala-apteekin lääkeinformaatio toimintaa kohtaan. He saavat tietoa aina tarvittaessa, mutta esittävät myös toiveen farmaseuttisen henkilökunnan aktiivisemmasta roolista tiedottamisessa. Tämä koskee sekä lääkkeiden käyttöä että kustannuksia.

Farmaseuttisen henkilökunnan antamaan lääkeinformaatioon ja neuvontaan on Suomessa samoin kuin Ruotsissa yleisellä tasolla panostettu viime vuosikymmeninä

paljon. Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit näkevät lääkeinformaation samoin kuin suomalaiset kollegansa yhdeksi perustehtäväkseen. Malmstig (2004) tuo tutkimuksessaan esille, että vielä 1970-luvun alussa farmaseuttisen henkilökunnan käyttäytymistä Ruotsissa leimasi suuri kunnioitus lääkärin kirjoittamaa reseptiä kohtaan. Vielä 1960-luvulla käytäntö oli sellainen, että lääkeinformaatiota ei saanut koskaan antaa. Se oli lääkärin tehtävä, jotta mahdolliselta ristiriitaiselta viestinnältä vältyttäisiin eikä horjutettaisi lääkärin asemaa. Lääkemääräys kyseenalaistettiin ylipäättään vain silloin, kun se oli selvästi väärin kirjoitettu. Tällaista käyttäytymistä ja kunnioitusta ei laki tukenut, vaan se oli osa ammatillista kulttuuria ja käytäntöä.

Claesson (1989,145) näkee kaksi mahdollista syytä siihen, miksi lääkeinformaatio on lisätty olennaiseksi osaksi apteekkien asiakkaille antamaa palvelua: ensiksi yleinen vaatimus lääkeinformaation lisäämiseksi ja toiseksi apteekkareiden ponnistelu professionaalisen statuksensa puolesta. Informaation liittäminen lääkkeiden toimittamiseen voidaan tulkita tavaksi korvata menetetty mysteeri, ex tempore -lääkevalmistusta ei enää apteekeissa juuri ole. Aikaisemmin lääkkeiden valmistukseen ja käsittelyyn liittynyt salaperäisyys antoi statuksen, ja nyt se pyritään saavuttamaan purkamalla tuo salaperäisyys, tuomalla valoa lääkkeiden vaikutuksiin.

Ruotsissa samoin kuin Suomessa sairaala-apteekissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien antama lääkeinformaatio suuntautuu enemmän terveydenhuoltohenkilökunnalle kuin potilaille, mutta viime kädessä tästä hyötyy tietysti potilaskin. Ruotsalaisten lääkärin teksteistä ilmenee, että he arvostavat suuresti sairaala-apteekin lääkeinformaatiopalvelua. He ovat kysyneet tietoa uusista ja rekisteröimättömistä lääkkeistä, lääkkeiden interaktioista, epätavallisista sivuvaikutuksista, annostuksista, sekoitettavuuksista ja hinnoista. Heidän mielestään sairaala-apteekin lääkeinformaatio toiminta paranee koko ajan. Sen sijaan lääkärin suhtautuminen farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden antamaan lääkeinformaatioon potilaille on ristiriitaista. *”Mahdollisesti voisi olla sekavaa potilaalle, että eri ammattiryhmät antavat erilaista informaatiota lääkkeistä, joskus olen hämmästynyt, kun potilaat ovat kertoneet, mitä neuvoja he ovat saaneet farmaseuttiselta henkilökunnalta, kun ovat noutaneet lääkkeitään apteekista.”* (yo.sair. läk 3) Lääkäri viittaa mahdollisiin ongelmiin ja ristiriitaisen informaation mahdollisuuteen, kun eri ammattiryhmät jakavat tietoa. Lääkärin lausuma on tulkittavissa jossain määrin myös reviiriristiriidaksi.

Ammattien välisiä rajanvetoja on kuvattu rajoittamisen, poissulkemisen ja alisteisen suhteen käsitteiden kautta. Sairaanhoidajan ja kättilön ammatin suhdetta lääkärin ammattiin on kuvattu alisteiseksi, proviisorien puolestaan rajoitetuksi. Dominoiva profesio harjoittaa rajoittamisen strategiaa muun muassa käyttämällä valtaa makrotason päätöksenteossa. (Wardwell 1979, Turner 1985, 141.) Päinvastoin kuin Suomessa laki ei Ruotsissa kieltänyt farmaseuttista henkilökuntaa antamasta informaatiota reseptilääk-

keistä. Tästä huolimatta käytännöt molemmissa maissa olivat samanlaiset. Muutos lääkeinformaation antamisessa ajoittuu molemmissa maissa 1970-luvun taitteeseen.

Lääkevalmistus

Terveystieteiden tutkimuksessa lääketieteellisyys huolehtii nyt pääsääntöisesti lääkkeiden valmistuksesta. Lääkevalmistus ei ole kokonaan kadonnut farmaseuttisen henkilökunnan työstä, vaan on edelleen yksi sairaala-apteekin palvelumuoto. *”Työpäivä on erilainen eri työvuoroissa. Yleensä se on lääkevalmistusta muodossa tai toisessa.”* (yo.sair.f 3) Suurissa sairaala-apteekeissa lääkkeitä valmistetaan suuria määriä. Lääkevalmistus on tärkeä osa sairaalafarmaseuttien ja -proviisorien erityisosaamista, asiantuntijuutta ja ammatti-identiteettiä. Farmaseutti Pirita sanoo: *”Moni tykkää lääkevalmistuksesta ja viihtyy siksi työssä sairaala-apteekissa”*. Historiallisesti lääkevalmistus on ollut farmaseuttisen henkilökunnan ydinosaamista, ammatin perusta. Sosiologinen professiotutkimus on esittänyt, että farmasian alalla tapahtui merkittävä ammattitaidon kaventuminen, kun lääketehaat alkoivat valmistaa lääkkeitä (Turner 1987, 145). Lääkevalmistus antoi farmaseuttiselle työlle statuksen. Se piti sisällään esoteerista tietoa, joka ei ollut muiden ulottuvilla. Jos ei suoranaista salaperäisyyttä, niin ainakin tiettyä ammattiyylpeyttä farmaseutit ja proviisorit liittävät tähän työhön nykyisinkin. Mennyt heijastuu hohdokkaana, vaikka tästä menneisyydestä ei enää monella työssä olevalla ole oma-kohtaista kokemusta. Sairaala-apteekissa lääkevalmistus on tärkeä osa farmaseuttista työtä. Tällä perinteisellä farmasian osaamisalueella on edelleen käyttöä uusien taitojen rinnalla. Lääketehaat lopettavat kustannussyistä marginaalisten tuotteiden valmistamista, ja tällä on vaikutusta sairaala-apteekin lääkevalmistuksen tarpeellisuuteen. Lääkevalmistus on erilaista kuin ennen. Osaksi se on puolivalmisteiden käyttövalmiiksi lääkkeeksi saattamista. Sairaala-apteekin lääkevalmistustila näyttää pieneltä lääketehaalta. Siellä on puhdasta ja aseptista.

”Lääkevalmistus on se taito, jota kukaan muu ei osaa ja tätä valmiutta ja taitoa on pidettävä yllä.” (yo.sair.p 10) Farmaseutit ja proviisorit arvostavat lääkevalmistustaidon hyvin korkealle ja pitävät tätä osaamisaluettaan tärkeänä. Proviisori on selvästi ylpeä tästä osaamisalueesta. Se on niin omaa osaamista, että kukaan muu ei sitä osaa. Se on omien erityistaitojen esiintuontia muiden terveydenhuollon kentällä työskentelevien taitoihin nähden. Se on oman paikan nostamista esille. Retoriikkana on eronteko. Sairaala-apteekin laaja lääkevalmistus on ulkopuolisille usein täysin tuntematonta. Tutkimuksen toinen kohderyhmä eli sairaanhoitajat viittasivat tähän sairaala-apteekin toimintaan ainoastaan sytostaattien käyttökuntoon saattamisen yhteydessä. *”Sytostaattien laimennuksen siirryttyä apteekkiin, on apteekin toiminta tullut tutummaksi – myös henkilökunta.”* (kes.sair.sh 22)

Vielä 1990-luvun alussa monessa sairaalassa sytostaattien käyttökuntoon saattaminen kuului sairaanhoitajien toimenkuvaan. Solunsalpaajien käyttökuntoon saattamista alettiin Suomen sairaanhoitolaitoksissa siirtää farmaseuttisen henkilökunnan tehtäväksi 1980-luvun puolivälistä lähtien. Vuosituhannen vaihtuessa tämä työ oli suurelta osin siirretty tehtäväksi sairaala-apteekeissa. Tämä on esimerkki uudeltaisesta työnjaosta, johon ovat vaikuttaneet monet asiat. Tehtävänsiirrossa ei ollut kysymys farmaseuttien ja proviisorien usurpaatiostrategiasta hierarkkisen työnjaon kontekstissa, vaikka sairaanhoitajat sen sellaiseksi ehkä tulkitsivatkin, varsinkin alussa. Turvallisuuskysymykset, solunsalpaajahoitojen määrän kasvu, niiden käsittelyyn liittyvät laatuvaatimukset ja taloudelliset asiat määrittivät toiminnan uudelleen organisointia. Solunsalpaajahoitojen lisääntyessä klinikat alkoivat toivoa, että tämä toiminta siirrettäisiin sairaala-apteekin vastuulle. Keskitetyn järjestelmän eduksi nähtiin taloudellisuus ja työturvallisuus. Myös kansainväliset käytännöt puolsivat tätä järjestelmää. (Toivonen ja Järviluoma 1985.) Terveysthuollon kentän työnjakoa rationalisoitiin. Sairaanhoitajille kuuluneita tehtäviä siirrettiin farmaseuteille ja proviisoreille. Farmasian ammatin sisäisessä työnjaossa farmaseutit vastaavat solunsalpaajien käyttökuntoon saattamisesta ja proviisorit ohjeistuksesta. Myös muiden lääkkeiden käyttökuntoon saattamista on alettu siirtää sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen tehtäväksi. Osaltaan tämä johtuu Lääkelaitoksen määräyksestä. (3.10.1997.) Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen uudet palvelumuodot syntyvät osin viranomaissuosituksen tai vuodeosastoilta tulleiden pyyntöjen pohjalta. Merkittävää on, että nämä työn uudelleen jakamiset ja järjestelyt ovat tuoneet farmaseutit ja proviisorit ja heidän lähiammattilaisensa lähemmäksi toisiaan. Tämä työn uusjako on lähentänyt ja tiivistänyt farmaseuttisen henkilökunnan, sairaanhoitajien ja myös lääkäreiden yhteistyötä ja lisännyt tietoa toisen ammattiryhmän työstä ja toiminnasta.

Ilman epäilyksiä ja reviiriristiriitoja tehtävänsiirto toiselta ammattiryhmältä toiselle ei tapahtunut. Farmaseutti Pirita kertoo: *”Alussa sairaanhoitajat epäilivät, että sytostaattiannokset eivät ehtisi ajoissa vuodeosastoille ja sairaanhoitajien joukossa oli myös niitä, jotka olisivat itse halunneet ne edelleen tehdä”*. Myös lääkärien taholta tuli esille ennakkoluuloja toimintaa uudelleen järjestettäessä. Lääkäri Kalle ihmetteli vieraillessaan vuodeosastolla remontin jälkeen ”avoimien ovien päivänä”, miten kontrolli keskitetyssä sytostaattien valmistuksessa voi toimia. Kokenut sairaanhoitaja huomaisi väärän annoksen, mutta miten kontrolli toimii sairaala-apteekin huolehtiessa solunsalpaajien käyttökuntoon saattamisesta.

6.2 Lääketurvallisuus toimintana ja retoriikkana

Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheessa lääketurvallisuudella on keskeinen asema. He pitävät sitä osana työtänsä. Työnsä tärkeyttä he perustelevat lääketurvallisuuden takaamisella. Tässä työssä he näkevät itsensä tärkeinä vaikuttajina. Lääketurvallisuuteen vetoaminen on vahva argumentti. Sen merkitystä on vaikea kieltää: se on kiistaton valttikortti. Sekä makro-, meso- että mikrotasolla lääketurvallisuusnäkökohtiin on vedottu ja vedotaan kun terveydenhuollon toimintoja on uudelleen järjestelty ja uusia resursseja vaadittu. Lääketurvallisuus asettaa suuria vaatimuksia terveydenhuollossa työskenteleville. Lääketurvallisuuden tärkeys on asia, josta kaikki ovat samaa mieltä. Kaikki terveydenhuollon kentällä toimijat tekevät sen eteen paljon työtä. Strauss ym. (1985, 242) tuovat esille termin ”error work”. Tällä he viittaavat sairaalassa tehtävään työhön, joka tähtää virheiden estämiseen, minimoimiseen, rajoittamiseen, huomaamiseen, korjaamiseen ja seurausten arvioimiseen.

”Lääketurvallisuus on yksinkertaisesti sitä, että potilas saa oikeaa lääkettä ja että osastot saavat tilaamansa lääkkeet oikein ja saavat informaatiota lääkkeen oikeasta käytöstä. Tieto lääkkeen oikeasta käytöstä pitäisi kulkea tarvittaessa myös sairaala-apteekista potilaille saakka, esimerkiksi silloin, kun potilas kotiutuu ja ottaa jatkossa lääkkeensä kotona. Lääketurvallisuus on myös sitä, että hoitohenkilökunta osaa käyttää lääkkeitä oikein. Meidän tehtävämme on taata lääkkeiden saatavuus ja ohjeiden saatavuus kaikissa olosuhteissa, myös poikkeusolosuhteissa.” (proviisori Oili)

Proviisori Oilin puhe tuo esille farmaseuttisen työn osuutta terveydenhuollon työnjaossa. Keskeistä työssä on lääkkeiden saatavuuden takaaminen. Tämä velvollisuus kattaa sekä normaalit että poikkeusolosuhteet. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen velvollisuuksiin kuuluu lääkkeiden velvoitevarastointi. Se tarkoittaa peruslääkevalikoimaan kuuluvien lääkkeiden kuuden kuukauden ja perus- ja ravintoliuosten kahden viikon velvoitevarastointia poikkeuksellisten olosuhteiden varalle. Tämä velvollisuus on kirjattu velvoitevarastointilakiin (402/1984). Lääketurvallisuus tarkoittaa proviisori Oilin puheessa myös sairaalan sisäisen lääkejakeleluun turvallisuutta. Tähän toimintaan liittyy olennaisena osana lääkeinformaatio. Lääkeinformaatiota ja neuvontaa on suunnattava sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille. Proviisori näkee farmaseuttisen lääketurvallisuustyön kaiken tämän varmistamisena.

Sairaalassa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit eivät ole eturintamassa potilasta ajatellen, kun lääketurvallisuudesta on kysymys. Farmaseuttinen työ on enemmänkin taustatukea – taustalla turvallisuuden takaajana. Farmaseutit ja proviisorit määrittävät näin ollen lähiammattilaisten resursseiksi. Loppuuko farmaseuttinen vastuu siten siihen, kun lääke on luovutettu tai lähetetty sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta osastolle? Tärkeää on nyt se tieto, mikä lääkkeen mukana kulkee. Farmaseuttisen

henkilökunnan tehtävänä on varustaa osastot lääkkeillä ja lääkkeisiin liittyvällä tiedolla. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen velvollisuus on ohjeistaa kaikki lääkkeiden varastointiin ja käsittelyyn liittyvät toimet osastoilla. Tämä vastuu on kirjattu lääkehuoltoa koskeviin viranomais määräyksiin. Farmaseutit ja proviisorit painottavat lääkeinformaation tärkeyttä ja näkevät sen liittyvän kiinteästi lääketurvallisuuteen. Tämän toiminnan toteutumisessa on kuitenkin ongelmia. ”*Jokaiseen kysymykseen pyritään vastaamaan joko itse tai ohjataan kysyjä viisaamman luo tai hankitaan itse tieto muualta. Systemaattista lääkeinformaation jakamista emme pysty toteuttamaan resurssipulan vuoksi.*” (tk.f 11) Neuvonta ja informaatio määrittyvät tekstissä enemmän passiiviseksi kuin aktiiviseksi. Esille tulleisiin kysymyksiin pystytään vastaamaan, mutta tiedottamisen ja informaation farmaseutti haluaisi olevan aktiivisempaa ja ennakoivampaa.

”Farmasian ihmiset kyllä mielestäni yrittävät parhaansa lääketurvallisuuden takaamiseksi, mutta yhteistyöhön se vaatii ja tarvittaisiin enemmän ammatillista verkostoitumista ja yhteistyötä. Ongelmaksi näen, että farmasian ihmisillä on vähän tietoa siitä, kuinka hoitohenkilökunta lääkkeitä potilaille antaa, millaisia ongelmia ja lääkitysvirheitä ilmenee. Vahvuutena meillä on tarkkuus työssä ja vahva ammattitaito, varsinkin pitempään alalla olleilla. Ja sitten tämä kiire ja resurssipula heikentävät lääketurvallisuutta. Myös tyytyväisyys työhön ja työoloihin heijastuu lääketurvallisuuteen.” (yo.sair.p 1)

Farmaseutit ja proviisorit painottavat yhteistoimintaa muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa lääketurvallisuuden edistämiseksi. Tämä on myös yksi lääketurvallisuuden toteutumisen ehto. Käytännössä farmaseuttien ja proviisorien lääketurvallisuuteen kohdistama toiminta ei kuitenkaan aina ole sellaista kuin he haluaisivat sen olevan. Toivetasolla farmaseutit ja proviisorit haluavat kehittää lääkeinformaatiota ja lääketurvallisuutta sellaiselle tasolle, josta he voisivat olla ammatillisesti ylpeitä. He eivät ole tyytyväisiä siihen tasoon, jota he nyt pystyvät tarjoamaan. Lääketurvallisuuden edistäminen on osa työtä ja ammatillinen velvollisuus. Se on myös ammatillista eetosta ja retoriikkaa, jolla tuodaan esille oman työn tärkeyttä ja paikkaa. Farmaseuttisen henkilökunnan puheessa se on punainen lanka. Trice (1993, 183) tuo esille, että työntekijät tukevat ja tulkitsevat kuvaa itsestään painottamalla työnsä sosiaalista arvoa. Näitä arvoja ovat muun muassa terveys, turvallisuus ja hyvinvointi.

Farmasian ammatillisella kentällä lääketurvallisuus on yleisesti nostettu tärkeäksi kehittämisalueeksi. The Dutch Hospital Pharmacists’ Association on ottanut sen toiminnassaan yhdeksi pääkehittämisalueeksi. Huomion kohdistaminen entistä suuremmassa määrin lääketurvallisuuteen on saanut herätteitä amerikkalaisista lääkitysvirheitä käsittelevistä raporteista. (Hague 2003, 52.) Vuonna 2006 julkaistiin Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön opas *Turvallinen lääkehoito*. Oppaan mukaan lääkehoidon toteuttamisen tulee perustua toimintayksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmasta vastaa toimintayksikön johto. Opas toteaa, että farmaseuttisen hen-

kilökunnan osaamista on pyrittävä hyödyntämään toimintayksikön lääkehoidon toteutamisessa ja kehittämisessä. (STM 2005.)

Myös sairaanhoitajat nostavat teksteissään esille yhteistyön tarpeellisuuden lääketurvallisuuden edistämiseksi. Sairaanhoitajat kirjoittavat apteekin ohjeiden selkeydestä. Farmaseuttiselta henkilökunnalta saamaansa tietoa he pitävät luotettavana, se on aina perustunut dokumentoituun tietoon. Sairaanhoitajat toteavat saavansa sairaala-apteekista tietoa, kun he sitä tarvitsevat.

”Sairaala-apteekin ammattikulttuuri rakentuu seuraavista piirteistä: asiantuntemus, tieto–taito korkeatasoista, pysytään ajan tasalla, turvallisuus, selkeys ohjeissa ja neuvoissa, joustavuus ja aina autetaan ja annetaan neuvoa ja asioihin paneudutaan tarkkaavaisuudella ja kiireettömästi, vaikka töitä on paljon, luotettavuus, virheettömyys, huolellisuus, yhteistyötä ja – kykyä on – tavoitteena yhdessä eteenpäin potilaan parhaaksi.” (yo.sair.sh 18)

”Apteekin ohjeet ovat selkeitä eikä ”mu-tu”-tietoa ole, kaikki perustuu kirjallisuuteen, Se on hyvä.” (ks.sair.sh 22)

Farmaseuttien ja proviisorien mielestä farmaseuttisen työn perusluonteeseen, ammatin ominaispiirteisiin, kuuluu tarkkuus, luotettavuus ja vastuullisuus. *”Sairaala-apteekki on paikka, josta saa oikeaa tietoa lääkkeistä. Farmaseutit ovat tarkkoja ja virheitä harvoin tapahtuu.”* (yo.sair.f 20) Farmaseutti puhuu ”meistä farmaseuteista” ja vaikka hän jättääkin proviisorit tekstissään ulkopuolelle, hän tarkoittaa kuitenkin koko farmaseuttista henkilökuntaa. Tekstissään hän tuottaa farmaseutit melko virheettöminä oikeaa tietoa jakavina. Sairaanhoitajien tekstit vahvistavat farmaseutin argumentaatiota: ”mu-tu”-tietoa ei apteekista anneta. Farmaseutit ja proviisorit pitävät itseään tässä mielessä luottamuksen arvoisina. Luottamus perustuu farmaseuttiseen asiantuntijuuteen. Se perustuu myös eettiseen luottamukseen. Se on varmuutta siitä, että työssä toimitaan moraalisesti ja vastuullisesti. Luottamukseen sisältyy myös omat riskinsä.

”Sairaala-apteekissa tehtyä työtä leimaa täsmällisyys, tarkkuus, ohjeet ja säännöt. Ammattitaitoisien tuntuisia ne farmasian ihmiset. Mielikuva on niin voimakas, ettei edes tule mieleen epäillä (eikä aina tarkastaa!?) onko esim. lääkkeet toimitettu oikein! 20-vuotisen urani aikana olen kai tavoittanut kolme virhettä ja ollut suunnattoman hämmästynyt! Omiani ja sairaalan muiden ammattiryhmien tekemiä virheitä pidän ihan odotettuina.” (yo.sair.sh 28)

Sairaanhoitajan teksti kertoo ehkä enemmän keskinäisen kanssakäymisen vähäisyydestä kuin varsinaisesti virheistä. Terveystieteissä virheet saattavat olla kohtalokkaita. Työntekijät ja työyhteisöt kehittävät omat rutiininsa ja varmistamissysteeminsä estääkseen virheitä. Inhimillisessä toiminnassa niitä ei kuitenkaan ole mahdollista kokonaan välttää. Havaintojen ja selvitysten mukaan lääkitysvirheiden seurauksena aiheutuu haittaa 7 %:lle sairaalan potilaista (Leape 1994). Suomessa Tehy ry:n terveyskeskuksissa tehdyn selvityksen mukaan eniten hoitovirheitä tapahtuu lääkehoitoon, hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvissä tilanteissa (Markkanen ja Pokki 1999).

Bosk (1979, 192) painottaa virheiden ehkäisyssä ammatillisen käyttäytymisen ja ammatin sisäisten ohjesääntöjen ja määräysten merkitystä. Virheitä on vaikea minimoida, käsitellä ja joskus myös vaikea määritellä ja arvioida, mutta kollektiivisella vastuulla niihin pystytään vaikuttamaan.

Farmaseuttiselle henkilökunnalle ohjeet ovat normi. Ohjeista ei poiketa. Farmaseuttisessa työssä korostuu se, että tiedon on pohjaututtava tutkittuun tietoon. Ohjeiden tiukka noudattaminen on farmaseuttiseen ammattikulttuuriin liittyvä piirre. Trice ja Beyer (1993, 208) pitävät äärimmäistä tarkkuutta myös ritualistisena suojautumisena virheitä vastaan. Ranskalainen proviisoriopiskelija Michel kirjoittaa palautteessaan sairaala-apteekkiharjoittelusta:

”Teillä täällä Suomessa on todella tiukat säännöt ja lääketurvallisuus varmasti hyvä. Lääkkeiden valmistaminen on turvallista ja varmaa ja lääkevalmistustilat todella puhtaat ja siistit. Meillä Ranskassa ei ole farmaseutteja, on vaan proviisoreja ja sitten lääketyöntekijöitä. On varmaan hyvää lääketurvallisuutta, että farmaseutit käsittelevät lääkkeitä, eikä lääketyöntekijät.”

Farmasian professionaalinen opetus on traditionaalisesti painottanut perinpohjaisuutta, täsmällisyyttä, puhtautta ja rehellisyyttä. Täsmällisyyttä ja tarkkuutta on kuvattu myös proviisorin ammatin traditionaalisiksi vahvuuksiksi. Nämä ovat ammatillisen ylpeyden kysymyksiä yhtä hyvin kuin myös lainmukaisia vaatimuksia. (Wardwell 1979, 234.)

Työn käytännöissä tulee esille, että sairaanhoitajat haluavat usein tietoa nopeasti, tässä ja nyt. Nopea tiedon hankkiminen ei kuitenkaan ole aina mahdollista. Nopeutta ja turvallisuutta ei voi sovittaa helposti yhteen. Myös tiedon soveltaminen saattaa joskus olla farmaseuteille ja proviisoreille vaikeaa, koska he harvemmin työskentelevät vuodeosastoilla. Farmaseuttinen toiminta saa tässä mielessä rutiininomaisen luonteen. Farmaseuttista ammattikulttuuria leimaa joskus myös dikotominen suhtautuminen tietoon; se on joko oikein tai väärin. Aina ei kuitenkaan ole yksiselitteisiä ja selkeitä vastauksia. Tällaisissa tilanteissa vastuunotto korostuu. Farmasian tohtori Parosen (1999, 79) mukaan farmasian imago on jossakin määrin huolestuttava. Ala on esimerkiksi leimautunut rutiinipalveluksi. Farmaseutit ja proviisorit toteavatkin, ettei heillä aina ole riittävästi tietoa siitä, kuinka hoitohenkilökunta lääkkeitä potilaille antaa, millaisia mahdollisia ongelmia ja lääkitysvirheitä esiintyy. Kun sairaanhoitaja hakee tietoa ja farmaseuttinen henkilökunta sitä antaa, on kysymys joka tapauksessa yhteisen vastuun ottamisesta.

”Sen tiedän kuitenkin, että farmaseutin toiminta osastolla kaventaa kuilua lääkehuoltohenkilökunnan ja osaston henkilökunnan välillä. Molemmipuolinen ymmärrys ja tietämys toisen työhön on lisääntynyt ja joustavuus on lisääntynyt myös. Uskon, että pelkästään apteekissa työskentelevä ei kuitenkaan ”näe”, minikälaista hoitohenkilökunnan työ on ja missä olosuhteissa ja millaisille potilaille lääkkeitä annetaan. Siis kuva on irrallinen.” (yo.sair.sh 30)

Sairaala on erilaisten työtehtävien kompleksinen organisaatio, jossa eri työpisteet ja niissä suoritettava työ ovat hämmästyttävän erilaisia ja vaativat erilaisia resursseja. Työllä on kuitenkin yksi ja sama päämäärä: potilaan hoito. Sairaalassa tehdään hyvin monenlaista työtä myös turvallisuuden maksimoimiseksi ja parantamiseksi. (Strauss ym. 1985, 6, 69.) Farmaseuttien ja proviisorien puheet ja tekstit lääketurvallisuudesta ovat turvallisuustyötä, joka liittyy lääkkeeseen ja sen oikeaan käyttöön. Se on potilaan hoidossa kohta, johon farmaseuttinen työ kohdistuu. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä yhtenä lääketurvallisuutta uhkaavana tekijänä pidetään kiirettä.

”Kilpailun koveneminen ja se, että henkilökuntaa joudutaan jatkuvasti pitämään tiukemmalla sekä henkisesti että fyysisesti. Niillä, joilla töitä on, on sitä lähes liikaa. Toivottavasti sen vuoksi ei tapahdu mitään pahoja virheitä.” (yo.sair.p 22)

”Kiire on lisääntynyt, vaativampia tehtäviä joudutaan ottamaan vastaan ilman perusteellista koulutusta.” (kaup.sair.f 17)

Kiirettä farmaseutit ja proviisorit pitävät kielteisenä muutoksena työssä. He kokevat sen uhkaavan vaatimusta virheettömästä työn suorittamisesta. He liittävät sen henkilöstöresurssien vähäisyyteen, työn muutokseen ja organisointiin. Uusia tehtäviä suunnitellaan paljon, eikä aikaa ole riittävästi niiden kunnolla läpiviemiseen. Työn farmaseutit ja proviisorit toteavat muuttuneen paljon viime vuosina, itse asiassa se on jatkuvassa muutoksessa. Se on monimutkaistunut ja monipuolistunut. Hallittavien tietojen ja taitojen määrä on lisääntynyt. Atk-ohjelmatkin ovat jatkuvasti muuttuneet ja niiden opetteleminen vie aikaa lääketietojen päivittämiseltä.

Kiireen lisääntyminen tuo mukanaan riittämättömyyden tunteen. Muutos-, kehitys- ja tuottavuusvauhti nähdään selvänä uhkana sellaiselle toiminnalle, jonka tavoitteena on virheettömyys ja perinpohjaisuus. Kiireellä myös oikeutetaan omaa työtä. Se toimii puolustusmekanismina, kun työtä ei pystytä tekemään niin kuin se toivetasolla haluttaisiin tehdä. Goffman (1971, 121–122) tuo esille, että työntekijöiden on annettava vaikutelma kovasta uurastuksesta ja moitteettomasta työstä. Se on retorinen manööveri. Julkunen (2004, 183) toteaa, että sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset tekevät työnsä tiukkojen resurssien, kiireen, priorisointipaineiden ja eettisen kriisin keskellä. Koska luvassa ei ole lisäresursseja, eettinen kriisi ei voi ratketa ennen kuin työntekijät oppivat sietämään sitä, että työtä ei voi tehdä niin hyvin kuin heidän oppimansa ammattietiikka vaatisi tai ennen kuin tilalle astuvat toisenlaisen työtavan oppineet sukupolvet.

Sairaala-apteekilla ja lääkekeskuksella on vastuu lääkehuollosta koko siinä organisaatiossa, jossa se toimii. Tämä vastuu ulottuu osastoille ja siellä aina siihen asti, että potilas saa oikean lääkkeen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Viranomainen lähtee siitä ajatuksesta, että minimissään sairaala-apteekin/lääkekeskuksen tulee ohjeistaa kaikki lääkkeiden varastointiin ja käsittelyyn liittyvät toimet vuodeosastoilla ja toimintayksiköissä. Yksi farmaseuttisen toiminnan muoto sairaalassa on farmaseuttien suorittamat

osastokäynnit. Aikaisemmin näistä osastokäynneistä käytettiin nimitystä lääkekaappien tarkastus. (Lääkintöhallituksen Yleiskirje 1929/1987). Lääkelaitoksen määräyksen mukaan (5/2002) sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen tulee vuosittain tehtävillä osastokäynneillä varmistaa, että osastoilla ja muissa toimintayksiköissä noudatetaan lääketurvallisuutta ja lääkehuollon asianmukaisuutta edistäviä toiminta- ja työtapoja. Poikkeustapauksissa ja erityisestä syystä voidaan tarkastusväliä pidentää, esimerkiksi jos osaston tai toimintayksikön lääkkeiden säilytys ja käsittely on vähäistä ja erityisiä ongelmia ei ole ollut. Tarkastuksen saa suorittaa laillistettu proviisori tai laillistettu farmaseutti. Tarkastuksesta laaditaan pöytäkirja ja havaittujen puutteiden korjaamista valvotaan.

”Osaston lääkekaappien tarkastus koetaan hieman pelottavana, pelätään mitä siellä mahtaa olla pielessä. Heidän arviotaan ja parannusehdotuksiaan kuitenkin kunnioitetaan, enkä ole koskaan kuullut, että tarkastuksen antamaa tulosta olisi epäilty tai arvosteltu.” (tk.sh 27)

”Olisiko yksi rituaali tämä osaston lääkekaapin tarkastus, josta annetaan lausunto osastolle. Lieneekö tarpeellinen? Voisivat farmaseutit kyllä käydä osastolla muulloinkin.” (kesk.sair.sh 2)

Sairaanhoitajat näkevät farmaseuttien osastokäynnit yhtenä vuorovaikutuksen muotona. Sairaanhoitajat tuovat teksteissään esille, että he toivoisivat farmaseuttien käyvän osastolla muulloinkin eikä vain lääkekaappeja tarkastamassa (sairaanhoitajat puhuvat lääkekaappien tarkastuksesta). Sairaanhoitajien mielestä tarkastukset olivat ainakin aiemmin aiheuttaneet jännitteitä. Ehkä itse tarkastus -sanalla on negatiivinen kaiku. Tässä vuorovaikutustilanteessa toinen osapuoli asettuu kontrolloijan rooliin ja toinen tulee kontrolloiduksi. Hoitajien reviiirille tulona lääkekaappien tarkastuksia ei kuitenkaan pidetty, enemmänkin pelättiin sitä, onko kaikki kunnossa. Farmaseuttien osastokäynnit nähdään ehkä niin rutiininomaisina, että ne saattavat saada ritualistisen muodon sairaanhoitajien silmissä. Perinteistä lääkekaapin tarkastustapahtumaa on pyritty muuttamaan informatiivisempaan suuntaan, molemminpuoliseksi kuulemistilanteeksi, uudenlaiseksi kohtaamiseksi. Tämä uusi tapa toimia näkyy kuitenkin huonosti sairaanhoitajien teksteissä.

”Pitäisi olla enemmän yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken ja farmasian ihmisten pitäisi suuntautua toimimaan enemmän myös apteekin ulkopuolella, osastoilla. Se kyllä vaatisi kaikilta ammattiryhmiltä uutta ajattelutapaa ja oman osaamisen ja muiden osaamisen yhteensovittamista ja siitä hyötymistä. Ongelmien ja virhetilanteiden selvittäminen on tärkeää ja niistä oppiminen. Laajemmin niinkin, että enemmän yhteistyötä oman ammattiryhmän kanssa, ettei jokaisessa apteekissa tarvitse selvittää samoja asioita erikseen. Farmasian ihminen neuvomassa tarvittaessa suoraan potilaita osastolla lääkeasioissa. Tietyt potilasryhmät hyötyisivät tästä varmasti. Väkeäkin pitäisi olla riittävästi. Ja sitten enemmän sitä kliinistä farmasiaa. Tiedon kulun parantaminen sairaala-apteekista osastoille – pitäisi pystyä varmistamaan se, että lääkeinformaatio on kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. Selvitetystä ongelmista olevan tietokannan tmv. pitäisi olla kaikkien sitä tarvitsevien luettavissa”.

Farmaseutti Alman puhe kutsuu esille monia lääketurvallisuuden parantamisen kohteita. Farmaseuttinen työ olisi kiinnitettävä tiiviimmin vuodeosastoilla tehtävään hoitotyöhön. Lääketurvallisuus vaatii moniammatillista yhteistyötä ja sen onnistumisessa on kyse eri ammattiryhmien yhteispelistä. Yhteistyö lääkitysvirheiden torjumiseksi on kriittisen tärkeää. Käytännössä tulee esille, ettei farmaseuttisella henkilökunnalla ollut välttämättä riittävästi aikaa yhteistyöhön virheiden torjumiseksi. Oma virheetön työ oli ylitse muiden. *”Hyvä ettei virhe ollut meidän tekemä.”* Virhetilanteet kutsuvat esille yhteistyötä, mutta näihin tilaisuuksiin ei välttämättä tartuttu tai osattu tarttua. Avoimuus ja läpinäkyvyys virheiden ja ongelmien selvittämisessä on välttämätöntä, ja niiden avoin käsittely tuottaa arvokasta tietoa kaikille osapuolille. Lääkeinformaationkaan farmaseutti Alma ei näe kulkevan tarpeeksi hyvin apteekin ja vuodeosastojen välillä. Informaation perillemenon varmistaminen onkin iso kysymys. Lääketurvallisuustyöhön tarvitaan todellista aikaa.

”Pitkän lääkelistan kanssa kotiutuva vanhus saattaisi hyötyä, ehkä myös lääkäri, jos olisi tilaisuus kolminkeskiseen neuvonpitoon.” (yo.sair.lääk 6)

Myös lääkärin teksti kutsuu esille yhteistyötä lääketurvallisuuden parantamiseksi. Lääketurvallisuuden seuranta ja siihen liittyvä seurantarekisterin perustaminen nousee lääkärin teksteissä esille yhtenä yhteisen kehittämisen alueena. Farmaseutin tai proviisorin työskentelyn vuodeosastoilla lääkärit myös arvioivat mahdollisesti parantavan lääketurvallisuutta.

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden puheet ja tekstit lääketurvallisuudesta heijastelevat hyvin samansuuntaisia ajatuksia kuin suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien. Farmaseuttisen työn päämääränä on huolehtia lääkehuollosta varmuudella ja auttaa vuodeosastoja parhaalla mahdollisella tavalla, jotta lääkkeiden käyttö olisi turvallista. Työssä pyritään virheettömyyden ja varmaan suoritukseen. *”Me emme tee virheitä.”* Farmaseutti (receptarie) Ada sanoo, että virheettömyyttä ammatikulttuurissa on aina painotettu. Virheettömyyden vaatimus on ymmärrettävä, kun lääkkeistä on kysymys. Tämä vaatimus on niin syvällä, että se koskee myös sellaisia työn alueita, missä se ei johtaisi mihinkään katastrofiin, vaan saattaisi olla työn kannalta kehittävä ja innovoivaa. Käytännössä ihanteellisten toimintatapojen täyttäminen ei aina ollut helppoa. Työssä tapahtuneeksi negatiiviseksi muutokseksi farmaseutti (receptarie) näkee, että *”on vähemmän henkilökuntaa ja että ajatellaan liian paljon rahaa ja lisäksi vaatimukset lisääntyvät ja kaikki pitää tehdä nopeammin. Mielestäni turvallisuuden täytyy olla ensisijalla.”* (yo.sair.r 9) Teksteissä on paljon mainintoja työvoimapulasta ja sen aiheuttamasta stressistä ja pelosta tehdä virheitä. Siitä farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit puhuivat myös haastatteluissa ja epävirallisissa keskusteluissa. Tehokkaana työnä nähdään usein se, että se tehdään nopeasti ja vähällä henkilökunnalla. Apteekkari Selma sanoo: *”Haluaisin olla virheitä ennalta ehkäisemässä enkä vain niitä*

oikaisemassa ja korjaamassa”. Gowan ym. (1996) tuovat esille, että proviisorit haluaisivat olla proaktiivisia toiminnassaan ja estää jo ennalta mahdollisia virheitä lääkityksessä, mutta käytännössä näin ei useinkaan tapahdu. Proviisorien interventiot tapahtuvat enemmänkin jälkikäteen. Gowan ym. painottavat, että proviisorien tekemät interventiot ja niiden evaluointi on välttämätöntä, jotta voidaan edistää proviisorien roolin laajenemista ja osoittaa myös virheiden ennaltaehkäisyyn tuoma taloudellinen hyöty.

6.3 Autonomia työssä

Vapaus ja itsenäisyys ovat työelämässä tärkeitä. Ne ovat yleisestikin niitä arvoja, joita ihmiset arvostavat ja tavoittelevat. Suomalaiset farmaseutit ja proviisorit tuovat teksteissään ja puheissaan esille, että itsenäisyys työssä on erittäin tärkeä asia. Itsenäisyys on innostavaa ja se on yksi työssä viihtymisen ehto ja edellytys. Se on myös yksi työmotivaation lähde. Farmaseutit ja proviisorit tuovat itsenäisyyden esille työnsä hyvänä puolena. *”Saan itsenäisesti tehdä työt ja organisoida itse rutiinit.”* (yo.sair.f 2) Itsenäisyys työssä näyttäytyy kuitenkin hyvin erilaisena riippuen työntekijän asemasta ja toimenkuvasta. Sairaala-apteeekeissa ja niissä lääkekeskuksissa, joissa on proviisori, proviisorit ovat esimiesasemassa ja vastaavat toiminnasta. Farmaseutit vastaavat tekevästään työstä. Arkipäivän käytännöissä farmaseutit liittävät itsenäisyyden rutiinityöhön, vaikka he tuovatkin esille työn pakkotahtisuuden ja aikataulusidonnaisuuden. Solunsalpaajat on saatettava käyttökuntoon osastojen toivomina aikoina. Osastojen lääketilaukset on saatava valmiiksi ajoissa, koska esimerkiksi lähettien kierto ja lääkkeiden kuljetukseen on joskus vaikea vaikuttaa. Itsenäisyys liitetään työskentelyyn yksin tai työskentelyyn yhdessä oman ryhmän kanssa.

”Lääkevalmistuksessa ollessani työ on selkeää ja itsenäistä, joskus rauhallista, useimmiten kiireistä. Samoin sytostaattivalmistuksessa, ohjeet ovat selkeitä ja labrassa on oma työrauha. Se on tarkkuutta ja nopeutta vaativaa työtä. Vuodeosastolla on toisten orja, tehdään kaikki mitä pyydetään.” (yo.sair.f 7)

”Työn hyvänä puolena pidän itsenäisyyttä, mutta on myöskin mahdollisuudet yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa sairaalassa.” (yo.sair.f 6)

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit tuovat teksteissään ja puheissaan esille itsenäisyyden merkityksen työssä viihtymiselle. Arkipäivän työrutiinit he kuvaavat melko pakottaviksi: ne sallivat joskus vain vähän liikkumavaraa. Työntekijän asemasta riippuu, minkä verran hän itse voi vaikuttaa työnsä suunnitteluun ja töiden priorisointiin. Esille myös tulee, että työssä ei välttämättä ole varsinaisia rutiineja. Työvoimapula näyttäytyy työn suunnittelua sekoittavana tekijänä. *”Teoriassa voin vaikuttaa päivän rutiinien suunnitteluun 100 %, mutta sitten tulee suunnitelman muutos ja työvoimapula ja niin minun vaikutukseni kutistuu 0 %:iin.”* (yo.sair.a 16) Ruotsalaisten

farmaseuttien (receptarie) ja apteekkarien teksteissä on paljon mainintoja työvoimaongelmista. Se näkyi myös käytännössä. Henkilökuntapula on tuonut paineita työntekijöille. He eivät mielestään pysty palvelemaan asiakkaitaan niin hyvin kuin haluaisivat. Tähän liittyy riski toimivalta-alueen muutoksesta, jos ammattikunta ei pysty mukauttamaan kykyjään ja voimiaan asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. (Abbott 1988.) Käytännössä farmaseuttinen työ on sekä Suomessa että Ruotsissa osin pitkälle säädeltyä kaavamaista rutiinia. Suurten sairaala-apteekkien sytostaattilaboratorioissa työ näyttää joskus pakkotahtiselta tehdastyöltä. Työstä on usein selviydyttävä tiukan aikataulun puitteissa. Lääkkeiden toimittaminen vuodeosastoille sisältää erittäin paljon rutiinia ja antaa vaikutelman liukuhihnamaisestä tehdastyöstä.

Suomalaisten farmaseuttien puheessa ja teksteissä tulee esille pelko itsenäisyysasteen muuttumisesta, kun astutaan suhteisiin muiden sairaalassa työskentelevien ammattiryhmien kanssa. Valtasuhteet toisten ammattiryhmien kanssa työskenneltäessä ovatkin toisenlaiset. Työskennellessään vuodeosastoilla farmaseutit ovat ainakin alkuun toisten reviirillä, kunnes siitä alkaa muodostua oma reviiri. Vuodeosastolla farmaseutin ja proviisorin on ansaittava ja luotava oma asemansa ja paikkansa, se ei ole siellä valmiina. Proviisori on omassa toimipisteessään työnjohtaja, mutta vuodeosastolla työskennellessään hän ei sitä enää ole. Mille portaalle vuodeosaston hierarkiassa farmaseutti ja proviisori asetetaan tai asettuvat, on mielenkiintoinen kysymys. Koulutuksensa perusteella proviisorilla on joka tapauksessa enemmän statusarvoa. Hänellä on Bourdieun sanoin enemmän sekä kulttuurista että symbolista pääomaa.

Itsenäisyys on käytännössä tilannesidonnaista ja rajallista. Suomalaisen farmaseutti Johannan puheessa näyttäytyy yhtenäisen kulttuurin vaatimus, rivissä pysyminen. Perusteluna on, että jos *”tekee poikkeuksen toimintatavoissa esimerkiksi asiakaspalvelutilanteessa, sana leviää sairaalassa ja tällä saattaa olla jatkoseuraamuksia toiminnan kannalta. Toiset asiakkaat saattavat vaatia samanlaista palvelua”*. Asian voi nähdä niin, että asiakkaita on palveltava samalla tavalla. Tässä mielessä farmaseutit ja proviisorit ovat sääntöjen ja määräysten kahlitsejia, mutta samalla he ovat myös näiden sääntöjen luoja. Vapaus valita toimintatapa on näin ollen suhteellinen. Säännöt rakentavat ja rationalisoivat työn organisointia. Ei-välttämättömien sääntöjen noudattaminen estää kuitenkin yksilöllisyyttä ja innovatiivisuutta, vähentää työn jännittävyttä ja kaventaa itsensä toteuttamisen mahdollisuutta. Tilanteessa voidaan ajautua ristiriitoihin sääntöjä tiukasti noudattavien ja niitä väljemmin tulkitsevien välillä. On ehkä vaikeaa tehdä sääntöjä poikkeusten tekemisestä ja niiden käytäntöön soveltamisesta. Svensson (1989, 187–191) painottaa, että säännöt ja määräykset ovat myös resursseja. Työpäikasta riippuu, miten tiiviisti ne liittyvät työhön ja miten normisidonnainen työpaikka on. Sääntöjen puute saatetaan kokea epävarmuustekijänä. Säännöt ja normit saattavat tietysti olla hyvinkin rajoittavia.

Abbott (1988) painottaa ammattien ympäristön merkitystä sekä sosiaalisesti että kulttuurisesti. Aaltonen (1964) kuvaa sairaala ympäristönä, joka muodostaa oman, erillisen ”aidatun” alueensa. Sitä leimaa byrokraattisuus, joka on väistämätön ja nykyajan sairaalaelämään olennaisesti kuuluva ilmiö. Byrokraattisuus on osa työn rationaalistamista mutta voi johtaa myös siihen, että käyttäytymistapoja ja sääntöjä noudatetaan sellaisissakin tilanteissa, joissa tarvitaan pikemminkin harkintaa ja säännöistä poikkeamista. Sääntöjen noudattamisesta saattaa näin ollen tulla itsetarkoitus. Byrokraattisessa järjestelmässä työtehtävät ovat tarkoin määriteltyjä ja työyhteisö saattaa muodostaa työntekijälle turvan ja varmuuden tyyssijan.

Lääkehuolto on sairaalassa sairaanhoidon palvelua. Lääkehuollon asema sairaalan, sairaanhoitopiirin ja perusterveydenhuollon organisaatiossa ja lääkehuollon organisaatiomalli vaihtelevat. Sairaala-apteekki voi olla osa sairaalan kliinistä tulosityksikköä tai sairaanhoidollista palveluyksikköä. Sairaanhoitopiirin apteekki voi myös olla oma talousalueensa. Uudempi kehitys on ollut, että lääkehuolto muodostaa kunnallisen liikelaitoksen tai on osa sitä. (Järviluoma 2005, 63.) Työ takaa lääkehuoltoyksikölle funktionaalisen autonomian: oikeuden kontrolloida omaa työtä ja sen järjestämisen tapaa. Larkin (1983) erottaa funktionaalisen autonomian (terveydenhuollon tietyn osa-alueen kontrollin) ja fundamentaalisen autonomian (aseman määrätä ja päättää ammatillisten pätevyyksien rajoja ja hierarkioita). Terveystieteiden kentällä lääkärin dominoiva asema perustuu tähän fundamentaaliseen autonomiaan. Työnjaon monimutkaisella kentällä pätevyyksien rajoja ja vastuita kyseenalaistetaan ja määritellään uudelleen. Ammatillinen poissulkeminen ja ammatillinen imperialismi ovat dynaamisia prosesseja, joihin liittyy jatkuvia jännitteitä, konflikteja ja kamppailuja eri ammatillisten ryhmien, heidän asiakkaitensa, muiden mahdollisten kilpailijoiden ja valtion välillä. Abbott (1988, 23) painottaa professioiden kehityksessä interprofessionaalisia suhteita, jurisdiktionaalista kilpailua ja professionaalisen toiminnan sisältöä. Ne ovat keskeisen tärkeitä ammattien asemaa ja kehitystä tarkasteltaessa. Abbott (1988, 154–157) näkee myös professioiden menettäneen osan autonomiaansa byrokraattiselle hallinnolle.

”Voin vaikuttaa pitkän tähtäyksen suunnitelmiin melko paljon kunhan budjetti ei ylity! Yleensä silloin kun tarvitaan lisää työntekijöitä on vastustusta tai paremmin kaiken pitäisi pystyä perustelevaan markoilla.” (kes.sair.p 18)

”Sairaala-apteekin pitkän tähtäyksen suunnittelussa olen ollut mukana, mutta viime kädessä siihen voi vaikuttaa vain apteekkari ja sairaalanhallinto.” (yo.sair.p 1)

”Voin vaikuttaa erittäin paljon. Toivoisi välillä saavansa enemmän tukea hallinnosta ja toisaalta vinkkejä henkilökunnalta.” (yo.sair.p 25)

”Voin vaikuttaa hyvin paljon. Suunnittelemme kaiken yhdessä henkilökunnan kanssa. Johtava ylilääkäri ei ole kiinnostunut pikkuasioista. Tietysti rajoituksia asettavat viraston budjetti ja toimintalinjaukset ja esim. yhdistämiset.” (tk.-kaup.sair.p 10)

Proviisorit kokevat voivansa vaikuttaa oman yksikkönsä toiminnan pitkän aikavälin suunnitteluun paljon. He kokevat itsensä hyvinkin itsenäisiksi toimijoiksi ja omaavansa hyvät vaikuttamismahdollisuudet. Proviisoreilla onkin asemansa perusteella keskeistä merkitystä työn kehittämisen ja resurssien saannin kannalta. He ajattelevat, että hyvät ja järkevät suunnitelmat usein hyväksytäänkin, mutta niiden on oltava hyvin perusteltuja, varsinkin jos on rahasta kysymys. He painottavat koko henkilökunnan mukanaoloa suunnitelmien teossa, mutta toisaalta tulee myös esille sairaala-apteekkarien keskeinen merkitys suunnitelmien toteutumisen kannalta. Ristiriitoja ja eriäviä mielipiteitä teksteissä ja puheissa tulee esille siitä, mitkä ovat pitkän aikavälin suunnitelmien painopisteet ja miten niitä viedään eteenpäin, keiden mielipiteet voittavat ja miten päätöksentekoprosessit etenevät. Organisaatio määrittelee kuitenkin suuret linjat ja taloudelliset raamit, ja tämä kaventaa huomattavassa määrin autonomiaa. Sairaanhoidolaitokset ovat keskusjohdettuja, hierarkkisia instituutioita, joissa taloutta koskevat päätökset tehdään hierarkian ylimmillä tasoilla. Uusi julkisjohtaminen on myös muuttanut toimintatapoja ja asettanut haasteita. Byrokratioilta vaaditaan tilivelvollisuutta ja läpinäkyvyyttä. Julkisjohtamisen tyypillisiä piirteitä ovat tulosohejaus, tavoitteiden määrittely, tulosten mittaus ja tulospalkkaus. Se merkitsee myös vahvaa johtajuutta, oman toiminnan arviointia ja huippujen seulomista. (Julkunen 2004, 173.)

Sairaala-apteekilla ja lääkekeskuksella on omat sisäiset käskyvaltasuhteensa ja omat sisäiset hierarkiansa. Ammattihierarkia lokeroi sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen henkilökunnan määrättyihin tehtäviin. Työnjakoa säätelee lainsäädäntö ja koulutus. Ne määrittelevät toimenkuvia eri ammattiryhmien välille (apteekkari, proviisori, farmaseutti, lääketyöntekijä). Lääkekeskuksen ainoa työntekijä saattaa olla farmaseutti. Tästä syystä työyhteisöt ovat hyvin erilaisia hierarkkisilta rakenteiltaan ja käskyvaltasuhteiltaan. Sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen sisäiset valtasuhteet ovat siis työpaikan koosta riippuen erilaisia. Aili (2002) näkee työpaikkatasolla vallankäytön perustuvan myös läsnäololle ja käytännöille. Yksin lääkekeskuksessa työskentelevä farmaseutti voi kokea työnsä tästä syystä hyvinkin itsenäiseksi.

Farmasian ammatillisella kentällä on myös intraprofessionaalista kilpailua. Ammattikunnat eivät ole sisäisesti yhtenäisiä kollektiiveja. Bucherin ja Straussin (1961) mukaan ne koostuvat erilaisista ryhmistä, tavoitteiltaan enemmän tai vähemmän toisistaan eroavista segmenteistä, jotka käyvät kamppailua kentän hallinnasta. Interprofessionaalisen kilpailun lisäksi on siis myös huomioitava intraprofessionaalinen kilpailu. Hierarkkiset valtasuhteet sisältyvät jo farmasian koulutuksen rakenteeseen. Työt määräytyvät tämän hierarkian mukaan. Sairaala-apteekkari johtaa toimintaa, proviisorit ovat työnjohtotehtävissä ja farmaseutit tekevät käytännön työn lääketyöntekijöiden avustuksella. Lainsäädäntö ja määräykset määrittelevät työnjakoa, mutta sitä voidaan järjestellä myös paikallisesti ottamalla huomioon viralliset määräykset ja työntekijöiden kompetenssi.

Selkeästi määriteltyjen toimenkuvien farmaseutit katsovat helpottavan työyksikön töiden järjestämistä, suorittamista ja eri ammattikategorioiden yhteistyötä, mutta toisaalta myös hankaloittavan joustavuutta. ”*Työnkuvat ovat joskus joustamattomuuteen asti selkeitä.*”(yo.sair.f 19)

Kaijan (1994, 24) tutkimuksessa avohuollon apteekkeissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien työtyytyväisyydestä kävi ilmi, että farmaseuttien mielestä yleinen ilmapiiri alalla on hierarkkinen, vanhanaikainen ja autoritaarinen. Osasyynä on alan lainsäädäntö, joka säätelee henkilöstöryhmien tehtäviä ja niiden jakautumista. Myös virallinen ammattiluokittelu määrittelee farmaseutit ja proviisorit erilaisiin kategorioihin ja puhujapositioneihin ja rakentaa hierarkkisen valtasuhteen heidän välilleen. Virallisissa luokituksissa proviisorit on luokiteltu erityisasiantuntijoiden ryhmään. Tähän ryhmään kuuluvat myös lääkärit, ylihoitajat ja osastonhoitajat. Farmaseutit on sijoitettu asiantuntijoiden ryhmään. Muita tähän ryhmään kuuluvia ovat esimerkiksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit. (Ailasmaa 2002.) Ammattien luokittelut ovat yhteiskunnallinen ilmiö, jolla on seurauksia. Luokitusten kautta tehdyt ryhmittelyt, nimeämiset ja erottelut tukevat kulttuurisia jäsennyksiä ja sosiaalisia luokituksia. Niillä luodaan hierarkioita ja arvostuksia. Ne ovat ilmauksia yhteiskunnan rakenteista ja ne konstituivat sosiaalista todellisuutta. Niiden avulla luodaan valtasuhteita. (Kinnunen M. 2001.)

Hierarkkisen ilmapiirin farmaseutit toteavat muuttuneen avoimempaan ja vapaampaan suuntaan. ”*Nykyisin uskaltaa sanoa paremmin mielipiteensä.*” (yo.sair.f 7) Tässä lausumassa on viitteitä siitä, että tulosjohtamisen myötä sairaalahierarkioissa on tapahtunut muutoksia ja toisaalta myös apteekkiala on muuttunut. Farmaseutin lause tuo esille työntekijänä otetun paikan (joko opitun tai kokemuksen kautta omaksutun), jossa mielipiteen ilmaiseminen on koettu vaikeaksi. Viitteitä vanhasta hierarkkisesta tavasta toimia ja määritellä työntekijän paikkaa on kuitenkin nähtävissä. Farmaseutti Loviisa sanoo ”*ajattelevansa nykyisin kaksi kertaa ennen kuin tuo radikaalimpia ehdotuksiaan esille. Sellainen puhe kun voi jatkossa kostautua*”. Farmaseuttien lausumat heijastelevat jossakin määrin oman paikan määrittelyä terveystammattilaisena, joka on opetettu ottamaan tottelevainen ja neutraali asiantuntijan rooli. Tämä naiselle sopivaksi katsottu rooli pitää sisällään autoritaarisuuden, hierarkian ja yhtenäisyyden ihanteet. (Henriksson 1998, 52.) Työpaikan hyviä ihmissuhteita farmaseutit pitävät keskeisenä työssä viihtymisen kannalta. Työyksikön sisäisen yhteistyön onnistumiselle tärkeitä asioita ovat myös toisen ja oman työn arvostus, avoin ja välitön ilmapiiri ja hyvä henkilöstöpolitiikka.

Historiallisesti tarkasteltuna sairaalat tarjosivat erittäin hierarkkisessa apteekki-maailmassa farmaseuteille traditionaalista apteekkihierarkiasta vapaita työpaikkoja. Sairaalassa on oma hierarkiansa. Hierarkiat ovat osa organisaatioiden rakenteita. Työ

sairaalassa tarjosi kuitenkin farmaseuteille tietynlaisen itsenäisyyden farmaseutin ollessa usein ainoa ammattikuntansa edustaja. Sairaalan vastuunalainen lääkäri valvoi apteek-kitavarainkeskusvarastoa, mutta hänen aikansa tuskin riitti hyvin pikkutarkkaan val-vontaan. Lääkäri ei ollut läsnä. Farmaseuttien oli kuitenkin vaikea vapautua vanhas-ta apteekkihierarkiasta. Se sai vain uudenlaisia muotoja. Rakennettiin toisenlaisia val-tasuh-teita. Farmaseutti Ulpu kertoo:

”Minä olen ollut aliarvostettu assistenttifarmaseutti. Työssäoloni viimeiset viisi vuotta olin sitten itsenäinen. Olin hallituksessa (ammattiyhdistystoiminta), siellä oli aptee-kinhoitajafarmaseutit eikä assistentteja noteerattu. Ei varmaan edes hyväksytty, että olin edustaja. Joku ei antanut tulla edes kokoukseen. Yritettiin että assistenttien ryhmä erikseen ja apteekinhoitajien erikseen. Proviisorikaan ei saanut olla alueosaston joh-taja. Vasta sitten viime aikoina. Ikävää, että pieni ryhmä ei mahdu samaan sakkiiin.”

Lääkekeskukset tarjoavat vieläkin farmaseuteille itsenäisiä työpaikkoja. Nyt tämä itsenäisyys on haastettu. Viime vuosikymmenen aikana julkisen sektorin lääkehuollon järjestämisestä on suunnannut keskittäminen suurempiin yksiköihin. Pienempiä lääkekes-kuksia on yhdistetty sairaala-apteekkeihin. Farmaseuttien työpaikat lääkekeskuksissa ovat vähentyneet. Suomen lääketilaston mukaan aikavälillä 1996–2005 kunnan tai kun-ta-yhtymän ylläpitämien lääkekeskusten määrä on vähentynyt 235:sta 147:ään. Tauluk-ko 3 kuvaa muutoksen suuntaa.

Taulukko 3. Suomen sairaanhoitolaitosten lääkehuoltoyksiköiden määrät aikavälillä 1996–2005.¹⁴

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sairaala-apteekkien lukumäärä: yliopistolliset sairaalat	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sairaala-apteekkien lukumäärä: muut sairaanhoitolaitokset	18	18	18	18	18	19	19	19	19	19
Lääkekeskukset: kunnan tai kuntayhtymän	235	232	232	232	207	196	190	159	153	147
Lääkekeskukset valtion	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3
Lääkekeskukset yksityiset	25	25	25	25	29	29	29	23	27	30

¹⁴ Lähde: Suomen lääketilastot 1996–2005.

Lääkekeskuksessa työskentelevät farmaseutit näkevät työpaikkansa tarjoamassa itsenäisyydessä hoitoa. He pitävät työtä haasteellisena ja itsenäisenä, kun he saavat yksin vastata lääkehuollosta. Farmaseutti Maija korostaa puheessaan työnsä itsenäisyyttä. *”Se on toisin kuin silloin kun työskennellään farmaseuttina sairaalassa. Tällä alueella ei ole paineita yhdistellä pienempiä lääkekeskuksia keskussairaalaan, joten työtä voi tehdä rauhallisella mielellä.”* Farmaseutti Maija kokee yhdistämisen suurempaan lääkehuoltoyksikköön uhkana. Työntekijöiden valtasuhteet ovatkin erilaiset suu- rissa lääkehuoltoyksiköissä, joissa proviisorit johtavat toimintaa.

Toisaalta farmaseutit näkevät yhdistämishankkeissa myös positiivisia puolia. Kollektiivinen ammattitaito tulee paremmin hyödynnetyksi ja työkin paremmin ehkä rationalisoiduksi. Farmaseuttien puheessa ja teksteissä tulee usein esille, että he haluavat tehdä enemmän koulutustaan vastaavaa, farmaseuttista työtä ja vapautua sellaisista rutinneista, jotka eivät periaatteessa ole luokiteltavissa farmaseuttiseksi työksi. Monissa lääkekeskuksissa työskentelee vain yksi työntekijä, farmaseutti. Yksin työskentelevän farmaseutin työtehtävien kirjo on hyvin moninainen ja mukana on varmasti sellaista työtä, joka olisi siirrettävissä jollekin toiselle ammattiryhmälle. Tiiro (2005, 2–3) tuo tutkimuksessaan esille, että lääkekeskuksen hoitajana toimii useimmiten farmaseutti yksin ja toiminta on keskittynyt logistiikkaan ja lääkevaraston hoitamiseen. Jonkinlaisia osastofarmasiapalveluja on noin kolmasosassa lääkekeskuksista. Toiminnan kehittäminen potilaskeskeisempään suuntaan on vaikeaa työvoimapulan takia. Suuntauksena on myös ollut farmaseuttisen työpanoksen vähentäminen perusterveydenhuollon yksiköissä. Farmaseutti Kaarina sanoo, että jos *”lääkekeskuksissa farmaseuttinen työ on yksinomaan lääkelogistiikkaa, niin on perusteltua organisoida toiminta toisella tavalla”*. Kaikki farmaseutit eivät ole puolustamassa farmaseuttisen työn paikkaa, jos se leimautuu pelkäksi lääkelogistiikaksi.

Niiniön (2004, 56) tutkimuksessa farmaseuttien työstä sairaala-apteekissa kävi ilmi, että farmaseutit tekevät suhteellisen paljon sellaista työtä, joka voisi hyvin kuulua lääketyöntekijöiden toimenkuvaan. Farmaseuttien suhtautuminen tiettyjen töiden siirtämiseen lääketyöntekijöille on kuitenkin ristiriitaista. Abbott (1988) puhuu ammatin ydinalueesta, johon ammatillinen auktoriteetti kiinnittyy. Hughes (1984) kirjoittaa ammatista ”nippuna” töitä, jotka rakentavat työnjaollista järjestelmää ja ammatin sosiaalista roolia. Jokaisella ammatilla on historia, joka kuvaa muutoksia näissä työtehtävissä, niiden liitetyissä arvoissa ja myös koko systeemiä, jonka osa ammatti on.

On vaikea määritellä, mikä on ”puhtaasti” farmaseuttista työtä ja mikä ei. Monien ammattien sisällä on sellaista työtä, minkä toiset ammattiryhmät voisivat tehdä. Monien ammattien työ koostuu ”nipusta” erilaisia töitä. Lisäksi työnsisältöjä on vaikea kuvata, koska niitä kuvattaessa on hankala saada kaikkea esille. Onko edes niin sanottua ”puhdasta” farmaseuttista työtä olemassa, koska tämän ajan ammatillista osaamista leimaa

monitaitoisuus, monimuotoisuus ja joustavuus. Työn suorittamiseen vaadittavat kvalifikaatiot muuttuvat ajassa ja paikassa. Näen asian myös niin, että farmaseutit puolustavat omia asemiaan. Aika ajoin suomalaisessa kontekstissa on keskusteltu farmaseuttien ja lääketyöntekijöiden keskinäisestä työnjaosta. Farmaseuttien puhe on siinä mielessä risti-riitaista, että he haluavat suunnata työtään ”*enemmän farmaseuttiseen työhön*”, mutta eivät tarkemmin määrittele, mitä farmaseuttisella työllä tarkoittavat. Ruotsissa käytiin työnjaollinen taistelu farmaseuttien (receptarie) ja lääketyöntekijöiden välillä 1960–1970-luvuilla. Muutokset työprosesseissa ja kilpailu työtehtävistä aiheuttivat avoimen konfliktin kahden ammattiryhmän välillä. (Nilsson 1981.) Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) teksteissä tulee esille pelkoja farmaseuttisen työn merkityksen vähenemisestä. Toisaalta farmaseutit ja apteekkarit haluavat muuttaa työtä kliniseen suuntaan ja vähentää jakelutoimintaan liittyvää työtä. Implisiittisesti he ovat tavallaan siirtämässä tiettyjä työtehtäviä lääketyöntekijöille.

Farmaseutin ammatti on proviisorin ja lääketyöntekijän ammattien välissä. Työnjaollista painetta tulee sekä alhaalta että ylhäältä. Farmaseuttien ja proviisorien välinen työnjako ei aina ole selvärajainen. Pienemmissä lääkekeskuksissa farmaseutit johtavat lääkehuoltotoimintaa ja sairaala-apteekeissakin farmaseuttien ja proviisorien keskinäistä työnjakoa on järjestetty monella tavalla. Proviisorien alettua enenevässä määrin työskennellä julkisella sektorilla, on monia aikaisemmin farmaseuteille kuuluvia tehtäviä siirtynyt ja siirretty proviisoreille. Farmaseutti Saara sanoo odottaneensa radikaalimpia muutoksia työhön, jotain todella uutta, kun proviisoreita tuli enemmän sairaala-apteekkeihin. Lääkeinformaation farmaseuttinen henkilökunta määrittelee yhdeksi ydintehtäväkseen, ja tätä työtä tekevät sekä farmaseutit että proviisorit. Farmaseuttista ammattitaitoa esiin tuotaessa saatetaan painottaa yhtenäisyyttä, mutta käytännössä tilanne on kuitenkin toinen. Farmaseutti Senja kysyy mielipidettäni proviisorien suunnitelmasta kirjoittaa ”*Proviisori sairaalassa -lehdykkä*”. Hän kysyy, miksi ei voida kirjoittaa yhdessä eli farmaseutit ja proviisorit sairaalassa. Hän näkee tärkeäksi, että proviisorit yrittävät nostaa profiiliaan, mutta peräänkuuluttaa yhtenäisyyttä.

Proviisorien työskennellessä työnjohtotehtävissä ja farmaseuttien toteuttaessa käytännön työtä, monet käytännön työtä parantavat ehdotukset tulevat farmaseuteilta. Tässä mielessä farmaseutit kokevat vaikuttamismahdollisuutensa hyviksi. Tämä farmaseuttien tehtävä onkin erittäin tärkeä työn kehittämisen kannalta. Proviisorit työskentelevät usein kaukana arkipäivän tapahtumista. Proviisorien tehtävänä on viedä asioita ja ehdotuksia eteenpäin organisaatiossa.

”Yleiset linjat siis suuret linjat tulevat ylemmältä taholta, mutta muuten voin kyllä vaikuttaa.” (tk.f 11)

”Hieman vaikea sanoa, sillä meillä on kokeiluvuosi menossa. Ollaan keskussairaalan kanssa paljon yhteistyössä ja ostamme sieltä proviisoripalvelut ja sairaala-apteekkari sanelee sairaanhoitopiirissä viime kädessä pitkäntähtäyksen suunni-

telmat, mutta kyllä saan tuoda korteni kehoon ja uskon, että mielipiteeni otetaan huomioon.” (al.sair.f 15)

”Uskon voivani vaikuttaa jossain määrin. Isommista linjoista päätetään kuitenkin hallinnossa. Tarpeesta muutokset lähtevät. Niitä pystyn suunnittelemaan.” (tk.f 12)

”Johtajat ottavat kyllä mielellään ehdotuksia vastaan ja mielestäni kuuntelevat meitä, koska he eivät välttämättä tiedä käytännön ongelmista.” (yo.sair.f 23)

Farmaseutit toteavat, että suurista linjoista päätetään ylemmillä tasoilla. Organisaatio määrittelee suuret linjat ja taloudelliset raamit, ja tämä kaventaa huomattavassa määrin autonomiaa. Vaikutusmahdollisuudet riippuvat työntekijän asemasta organisaatiossa. Eniten vaikutusmahdollisuuksia on tulosyksikön johtajalla. Farmaseutit kokevat voivansa vaikuttaa asioihin ainakin ehdotustasolla; mielipiteitä kuunnellaan. Uusia ehdotuksia tehtäessä kaiken joutuu perustelemaan, varsinkin jos on rahasta kysymys. Tämä näyttäytyy käytännön työn tasolla niin, että työn huonoina puolina nähdään resurssien, erityisesti henkilöstöresurssien, jälkeenjääneisyys. Yhtenä autonomian piirteenä voidaan ajatella oikeutta päättää henkilökunnan määrästä itsenäisesti. Organisaatioissa joudutaan taistelemaan kaikista resursseista. Julkisen sektorin resurssien lisäämisen tarve ja niiden vähäinen saaminen on terveydenhuollossa kestopuheenaihe. Neuvotteluja käydään määrärahojen kohdistamisesta ja suuntaamisesta. Päätöksiä tehtäessä on lääketieteellisten, eettisten ja professionaalisten näkökulmien lisäksi otettava huomioon taloudelliset, hallinnolliset ja poliittiset näkökulmat. Se, kenen ääntä neuvotteluissa kuunnellaan ja kuullaan, on kriittisen tärkeää, eivätkä pienen ryhmän mahdollisuudet välttämättä ole kovin hyvät. Lääkärit ottavat esille palkkakustannusten kasvun, jos farmaseuttinen työ laajenee potilaslähtöisempään suuntaan. Tarvitaan lisää farmaseuttista henkilökuntaa ja kysymykseksi nousee, minkä ammattiryhmän uudella toimella, uudella työpanoksella yleensä saadaan suurin mahdollinen hyöty.

”Joskus tuntuu, että vaikutusmahdollisuuksia on teoreettisesti paljon, mutta samanaikaisesti on olemassa todellisuus alituisine organisaatiomuutoksineen, epätietoisuuksineen ja viivytyksineen.” (yo.sair.a 16)

”Koen vaikutusmahdollisuuteni pitkän tähtäyksen suunnitelmiin kyllä aika vähäiseksi, koska niistä suunnitelmista ja päätöksistä päätetään toisella tasolla ja lisäksi niihin vaikuttavat ympäristön vaatimukset ja ympäristön muuttuminen ja kehittyminen.” (yo.sair.a 20)

”Kuuluminen apteekin työnjohtoon antaa minulle position olla tekemässä pitkän tähtäyksen suunnitelmia ja priorisointeja, mutta apteekin johtoryhmä tekee kuitenkin pääsuunnitelmat.” (yo.sair.r 15)

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden teksteissä keskeisenä toimijana pitkän aikavälin suunnitelmissa näyttäytyy Apoteket AB. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit pitävät vaikutusmahdollisuuksiaan melko rajallisina. Apoteket AB on keskusjohtoinen yritys, ja suuremmat päätökset tehdään muualla kuin paikallistasolla. Ruotsissa noin 60 prosenttia apteekkien työnjohtotehtävissä olevista työnteki-

jöistä on farmaseutteja (receptarie). Tämä on ainutlaatuinen työnjaon järjestämisen tapa. (Cronlund ja Paalzow 1999.) Keskustelua käydään työnjohdollisten asemien uudelleen organisoinnista. Työnjohdollinen asemakaan ei takaa suuria vaikutusmahdollisuuksia laadittaessa pitkän aikavälin suunnitelmia. Farmaseutit (receptarie) mainitsevat, että toiveita ja ehdotuksia tietysti voi esittää. Toisaalta monet muutosehdotukset tulevat käytännön tasolta, ja strateginen johto tarvitsee tätä käytännön tietoa toiminnan kehittämiseksi. Päätösvalta pitkän linjan suunnitelmissa on keskitetty Apoteket AB:lle. Vallan jakaantuminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet ovat organisaatorakenteesta johtuen erilaiset kuin suomalaisessa kontekstissa. Organisaatiomuutoksen myötä sairaala-apteekit ovat nyt oma liiketoiminta-alueensa Apoteket AB:ssa.

Apteekkari Maria tuo puheessaan esille, että *”tämän hetkisen muutoksen myötä on syytä katsoa positiivisesti tulevaisuuteen. Tähän asti sairaala-apteekilla on ollut matalalla oleva asema kokonaan avohoitoon suuntautuneessa yrityksessä.”* Kyse on tietysti pitkälti rahasta ja resursseista, ja siitä, mihin ne suunnataan. Kaksi erilaista farmasian kenttää samassa yrityksessä on joutunut kilpailemaan resursseista. Asia on varsin mielenkiintoinen. Yhtenä syynä sairaalafarmasian hitaaseen kehitykseen voi olla, että vanhan privilegiojärjestelmän purkaminen oli niin iso asia, että avohuollon apteekkien toimintaa pyrittiin parantamaan ensin. Sehän näkyy ulospäin asiakkaille. Apteekkien asiakkaiden haluttiin olevan tyytyväisiä, ja tämän tyytyväisyyden kautta haluttiin heijastella uuden systeemin paremmuutta, toimivuutta ja palvelujen helppoa saatavuutta. Abbott (1988) puhuu julkisesta areenasta, yleisöstä ja sen antamasta hyväksynnästä, valtuuttamisesta. Sairaalassa työskentelevien farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden lähiyleisöä ovat osastot henkilökuntineen ja potilaineen. Avohuollon apteekeissa yleisönä ovat potilasasiakkaat, jotka asioivat apteekeissa.

Farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden mielestä (vrt. Eaton ja Webb 1979) heidän saamallaan koulutuksella olisi laajempaakin käyttöä. He nostavat esille oman ammattitaitonsa käyttämätöntä puolta; heitä kannattaisi hyödyntää enemmän. Kyse on yleisön kosiskelusta. Uusien toimintatapojen ja ideoiden toteuttaminen nähdään ongelmallisena sikäli, ettei niitä resurssipulan takia pystytä viemään läpi ja hoitamaan. Hierarkkisessa ja byrokraattisessa organisaatiossa luovan idean läpivieminen ei ole mikään helppo asia. Tehokkuuden tavoittelusta on tullut uusi kulttuuri ja arvo ja idean läpivienti onnistuu parhaiten, jos pystyy perustelemaan sen mukanaan tuomat taloudelliset hyödyt. Freidson (1970, 71–73 ja 1994, 9, 215) toteaa, että autonomia työssä tarkoittaa oikeutta kontrolloida omaa työtä ja päättää työn organisoinnista, sisällöstä ja ideologiasta. Professionaalinen autonomia ei muodostu yksinomaan koulutuksesta, säännöistä ja työkäytännöistä vaan olennaisesti myös lainsäädännöstä ja poliittisesta ja taloudellisesta vallasta. Ammattikunta tarvitsee työnsä suorittamiseksi riittävät resurssit, jotta työtehtävät voidaan kunnolla hoitaa. Näiden resurssien riittävä saaminen edellyttää ammattikunnalta vahvaa organisoitua voimaa.

Ammattiryhmä joutuu miettimään, miten sen työ saa tarvittavan huomion. Myös työpaikkatasolla tarvitaan ammatillista organisoitua voimaa ja vaikuttamismahdollisuuksia. Tärkeää on, millaisia retorisia keinoja työntekijät osaavat käyttää, mihin ja keihin vedota esimerkiksi lisäresursseja tarvittaessa ja millaisilla puhetavoilla on todellista merkitystä.

Väliyhteenveto

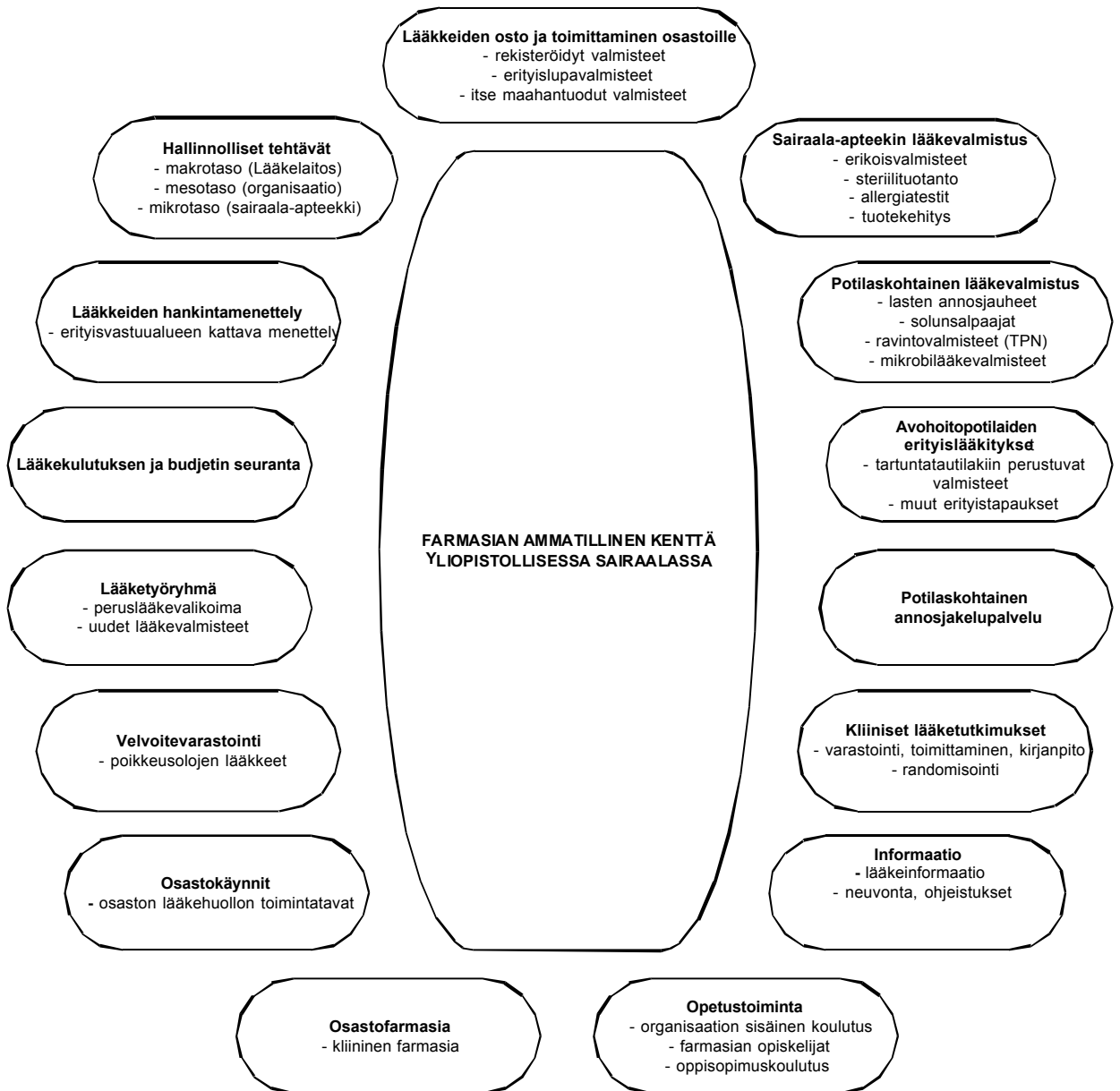
Farmaseutit ja proviisorit määrittelevät lääkehuollosta huolehtimisen keskeiseksi toimivalta-alueekseen ja työnjaolliseksi tehtäväkseen. Lääkehuolto koostuu monista eri tehtäväkokonaisuuksista. Se ei ole vain marginaaliseksi työksi leimautunutta lääkkeiden jakelutoimintaa. Sairaala-apteekin/lääkekeskuksen toiminnan tarkoituksena on tuottaa tehokkaita, turvallisia ja taloudellisia lääkehuoltopalveluita. Uusi hallinnon politiikka näkyy farmaseuttien ja proviisorien puheissa ja teksteissä. Tehokkuuden ja taloudellisuuden diskurssit ovat voimistuneet ammattikulttuurissa. Farmaseutit ja proviisorit tuottavat teksteissään ja puheissaan itsensä tarkkoina ja luotettavina työntekijöinä. He näkevät itsensä lääketurvallisuuden takaajina, mutta tunnistavat rajalliset mahdollisuutensa vaikuttaa lääketurvallisuuteen. Keskustelua he käyvät vastuukysymyksistä eli siitä, mitä he tällä hetkellä pystyvät takaamaan. Kontrollointia he pitävät yhtenä lääketurvallisuuden osana. Lääketurvallisuuden kautta he perustelevat ammatillista rooliaan ja työnjaollista paikkaansa. Lääketurvallisuuden painottamista voi pitää yhtenä ammatillisena strategiana oman toiminnan tärkeyden esille tuomiseksi. Se on oman paikan määrittelyä.

Vuodeosastojen ja potilashoidon näkökulmasta farmaseuttien ja proviisorien takama lääketurvallisuus määrittyy taustatyöksi. Proviisorit tekevät sitä kirjoituspöydän takaa ja erilaisissa neuvotteluissa, farmaseutit käytännössä lääkkeiden jakelijoina ja lääkkeiden valmistajina sekä erilaisissa interaktiivisissa tilanteissa muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Se, miten lääkkeitä vuodeosastoilla käsitellään ja annetaan, harvemmin näyttäytyy farmaseuteille ja proviisoreille. Farmaseuttisen henkilökunnan lääketurvallisuustyö on erillään vuodeosastojen toiminnasta ja kaukana potilaasta. Lääkeinformaatiotoiminta liittyy kiinteästi lääkehuoltoon, mutta farmaseuttien ja proviisorien antama lääkeinformaatio on suunnattu enemmän lähiammattilaisille kuin potilaille. Lääkeinformaation ja lääketurvallisuuden kannalta farmaseuttisen henkilökunnan työskenteleminen vuodeosastoilla ja vuodeosastojen käytäntöjen tunteminen on tärkeää. Vuodeosastoilla on käytettävissä kaikki potilaan tiedot, niin lääketieteelliset, kognitiiviset kuin sosiaalisetkin. Vuodeosastot ovat siis tärkeitä paikkoja farmaseuttisen työn kehittämisen kannalta.

Työssään farmaseutit ja proviisorit arvostavat itsenäisyyttä. Itsenäisyys on kuitenkin rajallista, ja farmaseuttien työssä se liittyy pitkälti rutiinien järjestämiseen. Se on

myös sidoksissa työntekijän asemaan työyksikössä. Proviisorit kokevat työnsä melko itsenäiseksi, mutta organisaatio määrittelee pitkälle taloudelliset raamit.

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit määrittelevät toimivalta-alueensa hyvin samansuuntaisesti kuin suomalaiset kollegansa. Työ on lääkkeiden toimitusvarmuutta ja siihen liittyvää informaatiota ja ohjeistusta. Työ on lääketurvallisuustyötä ja siihen liittyy paljon kontrolloimista. Taloudellisuuden vaatimukset ovat lisääntyneet ja asettavat työlle uudenlaisia haasteita. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit arvostavat työtään sairaalassa. Vaikutusmahdollisuudet muutosten aikaansaamiseksi ja läpiviemiseksi koetaan rajallisiksi; useimmat päätökset tehdään organisaation muilla tasoilla. Suomalaisilla ja ruotsalaisilla farmaseuteilla ja proviisoreilla on yhteneväiset perusolettamukset ydintehtävistään. Seuraavan sivun kuvio 1 esittelee farmaseuttien ja proviisorien työn osa-alueita suomalaisessa sairaala-apteekissa. Kuvio ei erittele proviisoreille kuuluvia tehtäviä ja farmaseuteille kuuluvia tehtäviä.



Kuvio 1. Farmasian ammatillinen kenttä yliopistollisessa sairaalassa

7 Osastofarmasia/kliininen farmasia – uusi toimivalta-alue

Tässä luvussa tarkastelen sitä, millaisena farmaseutit ja proviisorit näkevät osastofarmasian/kliinisen farmasian paikan. Tarkastelen myös osastofarmasian/kliinisen farmasian ilmaantumista farmasian ammatilliselle kentälle ja sen kehityskulkua. Luvun aineistona käytän kyselyiden ja osallistuvan havainnoinnin kautta saadun aineiston lisäksi dokumentteja.

7.1 Kliininen imago ammatillisena haasteena

”Tulevaisuudelta toivon, että farmaseutit ovat entistä enemmän asiantuntija-tehtävissä ja erikoistuneet osastofarmaseuteiksi, erikoistuneet syöpä- ja lastenosastoille ym. Voisimme tietysti olla enemmän aktiivisempia ja kehitellä yhteistyötä osastojen kanssa juuri esim. osastofarmasiaan päin ja näin on tarkoitus tehdäkin. Raha tässä asiassa on tietysti melkoinen tekijä.” (al.sair.f 15)

”Farmaseutin ja proviisorin tehtävä on tulevaisuudessa olla enemmän tiedonjakaja kuin lääkepurkin jakaja – yhteistyön tiivistäminen osastojen kanssa, MUTTA osastofarmasia ei saa tarkoittaa vain lääkejakelua ja kaapin siivousta. Erikoistuminen on tärkeää; esim. onkologiaan, lapsiin, hematologiaan, geriatriaan ja niin edelleen.” (kes.sair.p 18)

” Näen tulevaisuuden enemmän yhteistyönä lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa. Kliininen farmasia on tärkeä, farmaseutit ja proviisorit ovat suoraan neuvomassa tiettyjä potilasryhmiä lääkkeiden käytössä. On lisättävä farmasian tietämyksen käyttöä sairaalassa.” (proviisori Maire)

Puhuessaan ja kirjoittaessaan työnsä muutoksista ja tulevaisuuden visioista farmaseuttien ja proviisorien keskeiseksi aiheeksi muodostuu kliininen farmasia ja osastofarmasia. Puheet ja tekstit ovat täynnä aihepiiriin liittyviä termejä. Se on uutta ideologiaa.¹⁵ Yhdysvalloissa kliinisellä farmasiolla on jo suhteellisen pitkät perinteet, samoin Britanniassa ja muutamissa muissa Euroopan maissa. Kliinisen farmasian lisäksi käytetään termiä farmaseuttinen hoito. Molemmat ovat yhdysvaltalaisista alkuperää. Farmaseuttinen hoito nostaa keskiöön potilaan tarpeet, kanssakäymisen lisäämisen potilaiden kanssa ja yhteistyön muun terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Uusi toimintatapa painottaa

¹⁵ Trice (1993, 225) määrittelee ammatillisten ideologioiden koskevan työn tekemisen tapaa ja tavoitteita sen toteuttamiseksi. Nämä ideologiat tavallisesti myös tuottavat oikeutusta sille, että suoritettulla työllä on tärkeä sosiaalinen arvo.

systemaattista farmaseuttista sitoutumista lääkehoidon ongelmien tunnistamiseen, ratkaisemiseen ja ennalta ehkäisemiseen. (Hepler ja Strand 1990.) Farmaseuttiseen hoitoon (pharmaceutical care) kuuluu peruselementteinä potilaskeskeisyys, terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, lääkehoidon seuranta ja vastuunotto lääkehoidon tuloksista ja niiden saavuttamisesta. Farmaseuttisen hoidon tavoitteena on taata potilaalle paras mahdollinen elämänlaatu realistisin kustannuksin. (Anderson 2001.) Maailman Terveysjärjestön raportissa kliinisen farmasian eduiksi nähdään lääkkeen turvallinen, tehokas ja taloudellinen käyttö. Kehityksen suurimmiksi esteiksi taas luetellaan asenteet, pelot, resurssien puute ja taloudelliset näkökohdat. Raportti päättyy loppuyhteenvedossa tulokseen, että kliinisen farmasian ja moniammatillisten hoitotiimien tärkeyttä on painotettava. Britanniassa ja Ranskassa proviisorit (pharmacist) ovatkin usein hoitotiimien täysivaltaisia jäseniä. Ranskassa jo koulutusvaiheessa farmasian käytännön harjoitteluun kuuluu osallistuminen moniammatillisten hoitotiimien työskentelyyn. Ongelmitta uuden roolin omaksuminen ei ole sujunut. Uudessa tilanteessa joudutaan rikkomaan eri ammattikuntien reviirirajoja. (WHO 1989.)

Osastofarmasialla tarkoitetaan vuodeosastoilla tehtävää farmaseuttista työtä. Suomalaisessa kontekstissa osastofarmasiaksi mielletään tilanne, jossa farmaseutti tai proviisori työskentelee vuodeosastolla tai osastoryhmässä. Tällöin farmaseutti tai proviisori ei ainoastaan ole ohjeistamassa lääkehuoltoa osastolla, vaan hän myös toteuttaa lääkehoitoa. Suomalaisessa kontekstissa osastofarmasiaa ei ole tarkemmin määritelty ja se saa erilaisia sisältöjä. Itse olen määritellyt sen laaja-alaisesti niin, että se on kokonaisvaltaista vastuunottoa osaston lääkehuollosta ja farmaseuttista vastuunottoa potilaan lääkityksestä. Osastofarmasia mahdollistaa käytännössä moniammatillisen työryhmän laajenemisen ja farmaseutin ja proviisorin vuorovaikutuksen potilaiden ja myös heidän omaistensa kanssa.

Kliininen farmasia on edennyt hitaasti Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Se on etsinyt muotoaan, toteuttamistapojaan ja paikkaansa. Vaikka suomalaiset farmaseutit ja proviisorit eivät juuri työskentele vuodeosastoilla, heidän teksteissään ja puheissaan kliinisellä farmasialla ja osastofarmasialla on hyvin keskeinen merkitys. He tuovat esille *"farmaseuttisen katseen tarpeellisuutta osastolla"* eli painottavat sitä, että heillä *"olisi potilaan hoitoa ajatellen paljon annettavaa"*. Repliikit tuovat esille farmaseuttisen työn tärkeyttä, ja käyttämättömiä ja hyödyntämättömiä taitoja ja tietoja ja ne ovat hyvin vetoavia. Yhtenä perusteluna farmasian ammatillisella kentällä on korostettu, että farmaseutin työskennellessä osastolla sairaanhoitajalle jää enemmän aikaa potilaalle. Tämä retoriikka painottaa lääkkeisiin kohdistuvaa teknistä työtä. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa heijastuu myös uuden farmaseuttisen ideologian pakottavaa vaatimusta. Kliiniseen farmasiaan ja osastofarmasiaan kohdistuu selvästi sosiaalisia

paineita; on suotavaa olla vakuuttunut sen tarpeellisuudesta ja on suotavaa olla tässä kehityksessä mukana.

”Haluaisin pois tätä varastofarmasiaa. Enemmän tekisin farmaseuttisempaa työtä, johon olen koulutukseni saanut.” (al.sair.f 13) *”Pois pelkästä varastofarmasiasta > moniammatilliseen tiimiin.”* (tk.f 11) Tämän tulkinnan mukaan perinteinen työ, jos se on vain lääkejakelua, on ammatillisesti liian kapea-alaista. Farmaseutit haluavat nähdä työnsä tulevaisuudessa interaktiivisempaa työnä sekä lähiammattilaisten että potilaiden kanssa. Lääkelogistiikan farmaseutit katsovat vievän liian suuren osan työajasta. Tätä työtä he haluavat siirtää ainakin ajatuksissaan jossakin määrin toiselle ammattiryhmälle, lääketyöntekijöille. Yhtenä syynä klinisen farmasian ja osastofarmasian hitaalle kehitykselle voi pitää farmaseuttisen työn suuntaamista lääkelogistiikkaan. Lainsäädäntö johti Suomessa julkisen puolen lääkehuoltoa organisoitaessa keskuslääkevarastojärjestelmään, joka painotti lääkelogistiikkaa. Tämä kehitys marginalisoi ja rajasi sairaalafarmasiaa. Ulkopuoliset saattavat vieläkin mieltää sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen lääkevarastoksi.

Kliinisestä farmasiasta ja osastofarmasiasta on Suomen sairaalafarmasiassa keskusteltu jatkuvasti 1970-luvulta lähtien. Uudet kansainväliset farmasian orientaatiot ja ideologiat on omaksuttu helposti ja nopeasti suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien retoriikkaan. Käytäntöön niiden soveltaminen on ollut hidasta. Farmaseuttinen hoito, kliininen farmasia ja osastofarmasia jäsenyivät suomalaisessa kontekstissa hierarkkisesti. Hierarkkiset erot muodostuvat sekä erilaisista merkityssisällöistä että farmaseuttisen henkilökunnan koulutustasosta. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa termit osastofarmasia ja kliininen farmasia ovat eniten esillä. Farmaseuttisen hoidon termiä ei niissä juurikaan esiinny. Farmaseuttisen työn uusi suunta määrittyy osastofarmasiaksi. Määrittelyissä sillä on matala status verrattuna klinisen farmasiaan. Osastofarmasiaa toteuttavat farmaseutit käytännön tasolla. Proviisorit eivät ole juurikaan osallistuneet käytännössä tähän työhön, vaikka tuovatkin esille omaa rooliaan osastofarmasian taustatukena, promoottoreina ja projektien vetäjinä ja osallistuvat näin tähän työhön.

Yhdysvaltalaisessa kontekstissa kliininen farmasia on ollut proviisorien (pharmacist) professionaalinen projekti. Ammatin muuttuessa proviisorit alkoivat reprofesionalisoida ammatiaan kehittämällä sitä kliinisempään suuntaan. (Birenbaum 1982.) Kliininen farmasia proviisorien ammatillisena projektina yhdysvaltalaiseen tapaan toteutettuna ei tutkimusaineistossani näyttäyty. Asia on mielestäni isomerkityksellinen ja varsin mielenkiintoinen. Proviisoreilla on koulutuksensa perusteella paremmat valmiudet kliiniseen työhön kuin farmaseuteilla. Proviisorit ovat itse vedonneet oman ammattiryhmänsä pieneen kokoon – heitä ei *”riitä osastoille ja he maksavat liikaa”*. Kysymys on myös farmaseuttisen henkilökunnan sisäisestä työnjaosta, työn organisoinnista, asiantuntijuuden suuntaamisesta ja kiinnostuksesta kliiniseen työhön. Proviisorien teks-

teissä osastofarmasia määrittyy nykyisellään enemmän tekniseksi suorittamiseksi kuin kliiniseksi työksi. Heidän kirjoituksissaan tulee pikemminkin esille se, millaista osastofarmasia ei saa olla. Asiaa on vaikea tulkita, mutta implisiittisesti proviisorien lausumiin sisältyy arvostelua osastofarmasian tämänhetkisiä toteuttamistapoja kohtaan. Osastofarmasia on joka tapauksessa rakentanut uudenlaisen ja läheisen yhteistyömuodon sairaala-apteekin/lääkekeskuksen ja vuodeosaston välille. Sairaanhoitajat, joilla on kokemusta osastofarmasiatoiminnasta, tuovat sen olemusta ja merkitystä esille varsin positiivisella tavalla.

”Koen itseni etuoikeutetuksi, kun osastollani työskentelee korkean ammattitaidon ja etiikan omaava farmasian ammattilainen, joka on kiinnostunut myös muusta kuin lääkkeistä → miten potilaat voivat, antaa heille ohjausta tarvittaessa, selvittää ja suomentaa henkilökunnalle = hoitajille uusien lääkkeiden yms. salat, on aktiivinen koulutusasioissa, ja yhdistää sairaala-apteekin saumattomasti nykyajan kasvaviin vaatimuksiin joita osastohoidossa tarvitaan yliopistosairaalan erikoisosaamisessa.” (yo.sair. sh 26)

Osastofarmasiasta tehdyn selvityksen mukaan vuodeosastoilla työskentelee vain pieni joukko farmaseutteja kokopäivätyössä. Farmaseutteja työskentelee vuodeosastoilla myös osa-aikaisesti. Vuodeosastoilla työskentelevien farmaseuttien toimenkuvat vaihtelevat melko paljon riippuen osaston luonteesta. Suurissa sairaaloissa osastofarmaseuttiset palvelut keskittyvät vaativia lääkehoitoja käyttäville osastoille kuten esimerkiksi hematologisille osastoille, tehohoidon yksiköille ja lastentautien osastoille. (Juurinen 2003.) Vuosien mittaan on tehty monenlaisia osastofarmasiakokeiluita, joista osa on kariutunut ja osa kehittynyt jatkuvaksi toiminnaksi. Toive osastofarmasiasta on tullut vuodeosastolta päin ja virkarakenteiden muutosten kautta toiminta on onnistuttu vakiinnuttamaan. Joskus on käyty eri osapuolten kanssa pitkiä neuvotteluja ja toteutettu kokeiluprojekteja, jotka ovat sitten muuntuneet vakiintuneeksi toiminnaksi. On myös olemassa epäonnistuneita kokeiluja. Uudenlaisen toiminnan aloittamiseksi on vaadittu taloudellista näyttöä sen kannattavuudesta ja kun asiasta ei ole ollut esittää tutkimustietoa, toiminta on jäänyt toteutumatta. Tutkimuksen merkitystä onkin korostettava. Angloamerikkalaisessa kontekstissa yksi keino kliinisen farmasian edistämiseksi ja sen esille tuomiseksi on ollut tutkimus sen hyödyistä myös kustannusten kannalta. (Jolicoeur ym. 1992, Bjornson ym. 1993.) Tällainen tutkimus on ollut osa proviisorien ammatillista strategiaa kliinisen farmasian eteenpäinviemiseksi.

Tutkimuksen (Wallenius ym. 1994) mukaan takavuosien asenteelliset esteet osastohenkilökunnan ja apteekkihenkilökunnan yhteistyön kehittämiseksi ovat suurelta osin poistuneet. Sairaaloissa tapahtunut johtamiskulttuurin muutos ja henkilöstön kehittäminen ovat muokanneet maaperää uudenlaiselle ajattelulle. Uudeksi ongelmaksi on kuitenkin noussut vaikea taloudellinen tilanne. Sairaaloiden henkilöstöresurssit ei näillä näkymin kasvateta vaan henkilökunnan määrää pyritään pikemminkin vähentämään. Vaikka uusilla toimintamalleilla olisi kenties mahdollisuus saada säästöjä, on rakenteellisia

muutoksia vaikea toteuttaa. Kun julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuu suuria karsintapaineita, nousevat ammattiryhmien väliset raja-aidat helposti uudistusten esteeksi.

Osastofarmasia/kliininen farmasia näkyy farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa enemmän futuurissa kuin preesensissä. Se piiryy ajatuksissa vetovoimaisena ja houkuttelevana ammatillisena laajentumisena. Käytännössä kuitenkin osastotyöhön on joskus vaikea saada farmaseuttia. Toimenkuva on niin uusi, että kynnys siirtyä ajatuksen tasolta todelliseen toimintaan herättää epärointiä. Vieraaseen sosiaaliseen ympäristöön siirtyminen saatetaan kokea pelottavana. Myös omaa osaamista ja tiedon soveltamista joutuu miettimään ja arvioimaan. *”Osastofarmasiaan jos joutuisi, voisi tietoa loppua ja tietoa pitäisi hankkia tarpeen mukaan. Joskin työ tekijäänsä opettaa.”* (yo.sair.f 12) Birenbaum ym. (1987) havaitsivat tutkimuksessaan, että kliininen farmasia kiinnosti lähinnä hiljattain valmistuneita proviisoreja. Nuoret proviisorit hakevat itselleen uutta tehtäväkenttää ja työjaollista paikkaa kiinnittymällä kliiniseen farmasiaan. Birenbaum ym. näkevät tämän johtavan ammattikunnan sisäisten jakojen syvenemiseen.

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden ajatuksissa on osastofarmasia/kliininen farmasia keskeisellä sijalla. Vuodeosastoilla tehtävästä farmaseuttisesta työstä teksteissä käytetään monia nimityksiä: klinikorienterad farmaci, klinikfarmaci, klinisk farmaci ja avdelningsfarmaci. Tämä kertoo uuden orientaation määrittelyn vaikeudesta ja uudenlaisesta toiminnasta, joka hakee vielä muotoansa ja paikkaansa. Kliininen farmasia merkitsee myös ruotsalaisille apteekkareille ja farmaseuteille (receptarie) uuden ideologian vaatimusta ja haastetta. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit uskovat farmaseuttisen työn tulevaisuudessa olevan enemmän vuodeosastoilla, lähempänä potilasta ja vähemmän tavarankäsittelyä. Esille tulee, että *”nykyaikaistaminen on välttämätöntä, muuten katoaa sairaalafarmasia sellaisena kuin me sen tänään tulkitsemme. On välttämätöntä siirtää focus logistiikasta farmaseuttisen tiedon jakamiseen aina potilaalle asti”*. (yo.sair.a 8)

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden tulevaisuuden visiot ja toiveet ovat hyvin samansuuntaisia kuin suomalaisilla. Ajatukset ovat kliinisessä farmasiassa. Kliinisestä farmasiasta on jo jonkin verran käytännön kokemusta. Työ oli koettu tarpeelliseksi ja palkitsevaksi.

”Potilaat eivät ole kyseenalaistaneet työtäni – päinvastoin, he ovat pitäneet sitä tarpeellisena ja vaikuttaa siltä, että he haluavat tämän farmaseuttisen palvelun jatkuvan. Kyllä monet traditiot ja tavat voidaan murtaa ja työtä muuttaa, jos me apteekkarit työskentelemme käytännössä yhdessä sairaanhoidon kanssa ja tapaamme potilaita.” (kes.sair. a 1)

Kliinisessä projektissa työskentelevä apteekkari Carola sanoo, että *”palautteen saanti sekä potilailta että lähiammatilaisilta on erittäin tärkeää. Ilman sitä vahvistusta en voisi tätä kliinistä työtä jatkaa ja kehittää.”* Retoriikka ei yksin riitä yleisön

luottamuksen voittamiseksi. Tarvitaan konkreettista toimintaa toiminnan vakiinnuttamiseksi ja luottamuksen saavuttamiseksi.

Abbott (1988, 316) painottaa professioiden kehittämisessä, muotoutumisessa ja muuttumisessa historiallisen perspektiivin tärkeyttä. Historia ei ole yksinomaan suoraviivaista kehitystä. Kehityksen vaikuttavat monet satunnaiset ja monimutkaiset tapahtumat. Historiallinen näkökulma tuo esille professionaalisten rakenteiden ja kulttuurin läheisen suhteen. Saadakseni historiallista näkökulmaa kliinisen farmasian kehitykseen Suomessa, olen lukenut vuosien 1977 ja 1978 Seminan (Suomen Farmasialiitto ry:n jäsenlehti) ja Suomen Apteekkarilehden (Suomen Apteekkariyhdistyksen jäsenlehti) vuosikerrat nähdäkseni kehityksen ja ajattelun suuntaviivoja. Kliininen farmasia sai edellä mainittuna ajankohtana molemmissa lehdissä hyvin palstatilaa. Seminassa siitä kirjoitettiin innostuneesti ja kansainvälistä kehitystä seurattiin mielenkiinnolla. Kirjoitukset olivat edistyspuhetta ja kliinisen farmasian perusideat tuotiin molemmissa lehdissä hyvin esille. Periaatteissa teksteissä on nähtävissä samat elementit kuin farmaseuttien ja proviisorien nykyisissäkin puheissa ja teksteissä: argumentointi on hämmästyttävän samanlaista. Tätä kuvaa hyvin sairaala- ja terveystieteiden farmasian kurssin ohjelmassa ollut paneelikeskustelu, jossa osallistujina olivat lääkäri, potilas, sairaala-apteekkari, sairaalafarmaseutti, osastonhoitaja ja hallintojohtaja. Sairaala-apteekkari Köntti (1977) kirjoittaa siitä Seminassa.

”Kliinisen farmasian idea on potilaskeskeisyys, ei lääkekeskeisyys. Syyt tällaiseen toiminnan tarpeellisuuteen ovat jakelujärjestelmässä olevat heikkoudet ja farmaseuttisen henkilökunnan taitojen ja tietojen parempi hyödyntäminen. Eri ryhmien välinen kommunikointi on tärkeää hyvään potilashoittoon pyrittäessä. Lääkeinformaatiokeskuksen tärkeyttä on painotettava. Apteekkien informaatiolähteet ovat nykyisellään riittämättömät. Sairaala on kompleksi organisaatio henkilökuntineen. Se koostuu yksilöistä, joilla on erilaiset taidot, tiedot, edellytykset, velvollisuudet ja vastuut. Farmaseuttien ja proviisorien olisi kuitenkin omilla taidoillaan pystyttävä osoittamaan, että voimme avustaa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa heidän työssään tehokkaaseen, turvalliseen ja taloudelliseen lääkehoitoon.”

Tekstissä nostetaan esille kliinisen farmasian perussisältöjä. Se asettuu mielenkiintoiseen valoon oman tutkimusaineistoni näkökulmasta. Potilaskeskeisyys, eri ryhmien välinen vuorovaikutus, farmaseuttisen henkilökunnan taitojen parempi hyödyntäminen, lääkärin ja sairaanhoitajan työn tukeminen ja tehokas lääkeinformaatiotoiminta asettavat vieläkin haasteita sairaalafarmasian ammatillisella kentällä. Vuosien 1977–1978 ammattilehtien teksteistä ilmenee, että myös epäilijöitä löytyi. Ammatillista kehittymistä pidettiin hitaana eikä amerikkalaistyyliin kliiniseen farmasiaan katsottu lähivuosina olevan varaa eikä ehkä tarvettakaan.

Kliinisen farmasian edistämiseksi tarvittiin radikaaleja uudistajia farmasian opetuksessa ja kliinisen farmasian käytännön toteutuksessa, ja myös keskustelun herättämiseksi. Farmasian lisensiaatti Hannu Turakka, joka toimi sekä Kuopion korkeakoulussa/

yliopistossa farmasian opettajana että myös Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaala-apteekkarina, oli tämä radikaali uudistaja. Turakka toi kriittisesti esille kliinisen farmasian kehitysnäkymiä Suomessa. Esteiksi kehitykselle hän näki koulutuksen vanhanaikaisuuden, vanhentuneet määräykset, sairaaloiden farmaseuttisen henkilökunnan vähäisyyden ja yhteistyön minimaalisuuden terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä. Turakka oli solminut tiiviit suhteet eurooppalaisiin kliinisen farmasian kehittäjiin, joilta suomalainen kliininen farmasia sai paljon vaikutteita. (Turakka 1977, Junkkarinen 2004, 223–229). Turakan toimintaa on pidettävä käänteentekeväenä, ja sitä voi hyvin luonnehtia suomalaisen farmasian yhdeksi murrokseksi.

Vaikka edistystä on tapahtunut, kliinisen farmasian kehitykselle on olemassa vieläkin monia esteitä. Myös epäilijöitä löytyy edelleen, eivätkä kaikki farmaseutit tai proviisorit pidä koulutustaan riittävänä kliinisen farmasian toteuttamiseen.

”Muutospaineita on kyllä olemassa. Farmaseutin ammattikunta on mielestäni vaakalaudalla, jos sairaalafarmasiaa kehitetään muun maailman malliin. Mitään ei tapahdu oman sukupolveni aikana, mutta ehkä seuraavan Tai sitten ei. Sairaalafarmasia on aika näkymätöntä tällä hetkellä. Se voi joko lisääntyä tai laajeta osastoille päin, mutta se voi yhtä hyvin kuihtua olemattomiin. Vaikea sanoa.” (yo.sair.f 19)

”Koulusta ei ole tarpeeksi. Perustutkinto ei anna riittäviä valmiuksia sairaala-apteekkityöhön. Kliininen puoli puuttuu kokonaan.” (yo.sair.p 1)

2000-luvulla sopii kysyä, miksi kliinisen farmasian kehitys on ollut hidasta? Ammattikunnan eliitillä on keskeistä merkitystä muutosten eteenpäinviemisessä. Uusien ammatillisten mallien kehittäminen ei kuitenkaan ole yksinomaan kiinni vain aktiivisesta ryhmästä tai yksittäisestä toimijasta. On kyse koko ammattien järjestelmästä, ajattelu- ja toimintatavoista sekä ryhmien omista ammattikulttuureista. Tavoitteiden saavuttamisen kannalta ammattikulttuurilla on keskeinen merkitys varsinkin byrokraattis-professionaalisisissa organisaatioissa. Kliinisen farmasian hitaalle kehitykselle Suomessa on esitetty useita syitä. Niitä ovat muun muassa tiukka apteekkilainsäädäntö, koulutuksellisten valmiuksien puute, ammattien väliset sekä farmasian alan sisäiset ristiriidat ja julkisen sektorin talousongelmat (Hiitola 2003, 87–96). Kehitys ei ole ollut nopeaa välttämättä myöskään muissa Euroopan maissa. Hartvigin (1981) mukaan monissa Euroopan maissa oltiin pettyneitä kliinisen farmasian hitaaseen kehitykseen siinä mielessä, että kliinisiä proviisoreja oli vähän. Yhdysvalloissakin kliinisiä proviisoreja oli vain noin 20 %:ssa sairaaloista. Taloudelliset syyt, ammatilliset reviirirajat ja ennen kaikkea koulutuksellisten valmiuksien puute olivat esteinä, sille että proviisorista olisi tullut haluttu yhteistyökumppani potilassängyn viereen.

Farmasia ammattina on vanha instituutio ja sen muuttuminen on ehkä tästäkin syystä hidasta. Tieteen ja teknologian nopea kehitys ja sen ennakoimattomuus ja toimintaympäristön muutos saattavat johtaa siihen, ettei muutoksiin ole osattu riittä-

vässä määrin varautua. Ammatti jää ainakin joksikin aikaa oman historiansa vangiksi. On myös niin, kuten Pyykkö (2002) toteaa, että näissä uusissa tilanteissa ammattilaiset joutuvat kysymään toiminta-alueensa rajoja ja pohtimaan työnsä ydintä.

Molinsky (1999) tuo esille, että organisationaaliset muutokset eivät tapahdu tyhjiössä. Usein ajatellaan yksilöiden olevan muutosten esteinä, mutta myös koko järjestelmä saattaa vastustaa muutosta ja vieläpä saada muutospyrkimyksistä käyttövoimaa status quo -tilanteen ylläpitämiseksi. Paradoksaalista on, että organisationaalinen muutos voi vahvistaa pysyvyyttä. Molinskyn esimerkki on sairaalasta, jossa alun perin moniammatillisiksi (proviisorit, lääkärit, sairaanhoitajat) tarkoitettu muutosprojekti tuli muiden ryhmän jäsenten mielestä sairaanhoitajien dominoima projekti. Tämä voi johtaa siihen, että jotkut asettuvat vastustavalle kannalle yksinomaan siksi, että toisen ryhmän ajatellaan ajavan omia etujaan, vaikka projekti sinänsä toisi hyötyä organisaatiolle. Yhteistyötä rakentamaan tarvitaan yhteistyötä ja luottamusta luomaan tarvitaan luottamusta. Muutosprojekti saattaa pitää yllä juuri niitä ristiriitoja, joita projektissa on tarkoitus selvittää ja ratkaista.

Birenbaum (1982) ja Holloway ym. (1986) esittävät, että farmasian ammatillisella kentällä on kliinisen farmasian kautta pyritty rakentamaan professionaalista kulttuuria, jonka kaikki proviisorit voisivat jakaa. Ammattikunta on kiinnittänyt paljon huomiota kliiniseen imagoon ja eettisiin standardeihin ja tuonut niitä esille. Tällä on pyritty hankkimaan sekä lähiammatillaisten että potilaiden luottamusta ja kunnioitusta. Iskulauseena on ollut ”Ask your pharmacist”. Yksi sosiologisen professiotutkimuksen näkökulmista on ollut ajatus professioiden homogeenisuudesta. Professionaalisen identiteetin on ajateltu koostuvan jaetuista kokemuksista, yhteisestä ymmärryksestä, asiantuntemuksesta ja yhteisestä tavasta käsittää ja ratkaista asioita. Tämä identiteetti on tuotettu yhteisellä koulutuksella, professionaalilla harjoittelulla, yhtenäistämällä työkäytäntöjä ja menettelytapoja sekä yhteisellä tavalla oivaltaa, toimia ja olla vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Myös jäsenyys ammattiyhdistyksessä luo ja pitää yllä yhteistä ja jaettua työ-kulttuuria. Uudempi tutkimus on haastanut tämän näkökulman. Vaikka ryhmillä on yhteinen tausta, heillä on erilaiset alueet työssä. Professionit käsittävät erilaisia ryhmiä, joilla on erilaista asiantuntijuutta. Professionien kyky puhua yhdellä äänellä on vähenemässä tai ainakin yhteisen identiteetin luominen on usein vaikeaa. (Evetts 1999.) Myös samalla alueella työskentelevillä on erilaisia intressejä työn järjestämisen tapojen ja kehityksen suuntaviivojen suhteen. Vaikka osastofarmasia/ kliininen farmasia nähdään puheen tasolla farmaseuttisen henkilökunnan yhteisenä kehittämisalueena, sen toteuttamisen tavat ja suunta määrittävät eri tavoin. Suomalaisessa kontekstissa mahdollisiksi kehityssuunniksi jäsentyvät konsultoivan toimintatavan lisääminen, osastofarmaseuttisen toiminnan lisääminen tai pitkällä aikavälillä myös pyrkiminen täysivaltaiseksi hoitotiimin jäseneksi. Yhdysvaltalaisissa sairaaloissa toteutettava kliininen farmasia ja farmaseuttinen hoito

ovat olleet mallina sekä Suomessa että Ruotsissa. Kontekstien erilaisuus asettaa kuitenkin omat reunaehdonsa sille, miten kliinistä farmasiata käytännössä toteutetaan.

7.2 Jatkuvan kouluttautumisen velvoite

Abbott (1988) puhuu koulutuksen antamasta toimivalta-alueesta työhön. Ammattikunta pyrkii hankkimaan itselleen oikeuden tiettyjen töiden suorittamiseen. Tämän oikeuden halutaan olevan mahdollisimman laaja. Toimivalta-alue halutaan saada tietyn ammattiryhmän yksinoikeudeksi. Tutkinto on keskeinen strategia saada toimivalta-alue tiettyyn työhön. Koulutus ja tutkinto antavat ammatille ja professionille statusta ja arvostusta, mutta eivät kuitenkaan välttämättä takaa ammatin tai profession menestymistä muiden joukossa. Koulutusvalifikaatioiden avulla ammatinharjoittajat rakentavat, oikeuttavat ja luovat työtään ja paikkaansa.

Kun farmaseutit ja proviisorit pohdiskelevat koulutustaan, sen antamia valmiuksia ja lisäkoulutuksen tarpeita, kliinisellä farmasialla on keskeinen osa. Lisäkoulutuksen tarpeet ovat moninaiset, mutta kliinisellä farmasialla on koulutustarpeissa suuri merkitys. Esille tulee myös, ettei peruskoulutus anna riittäviä valmiuksia sairaalasektorilla työskentelyyn. Myös käytännön kokemus näyttäytyy tärkeänä ammatillisen osaamisen ja sen kehittymisen kannalta.

”Koen että kliinisen farmasian taitoihin tarvitsen lisävalmiuksia. Joskus joutuu tosi koville, kun lääkärit kysyvät kaikenlaista ja uskovat minun tietävän. Ainahan asiat selviävät, mutta olisi kyllä mukavaa olla paremmat perustaidot tällä alueella ja osata paremmin soveltaakin oppimaansa. Uskaltaisikin sitten paremmin.” (farmaseutti Pirjo)

”Olen terveystieteistämme henkilö, jolla on laajin ammattitaito/kokonaisnäkemys lääkehuollosta (en tietysti ole välttämättä joka asiassa se, joka tietää eniten, kukaan ei voi hallita kaikkea). Katson asiantuntijuuteni rakentuvan perus- ja täydennyskoulutuksesta, monipuolisesta työkokemuksesta, asemasta, jossa saa jatkuvasti paljon tietoa ja ihmissuhdeverkostosta. Lisäkoulusta kaivataan jatkuvasti, varsinkin peruskoulutus ei anna riittäviä valmiuksia sairaalapuolelle. Olen aloittanut erikoistumiskoulutuksen, jonka puitteissa lisäkoulutusta tulee hankittua. Kaipaankin lisätietoja kliinisestä farmasiasta ja terveystaloustieteestä, ehkä myös viestintätaitoista.” (kaup.sair.p 10)

Proviisorin teksti kertoo luottamuksesta saatuun peruskoulutukseen mutta myös siitä, ettei se yksin riitä. Työssä menestymiseen tarvitaan myös käytännön kokemusta, työssä oppimista ja monipuolista näkemystä lääkehuollosta. Työpaikan luonteesta johtuen tarvitaan myös erikoistumista. Ammattitaidon proviisori näkee rakentuvan sekä tieteellisestä että ammatillisesta osaamisesta. Se rakentuu välttämättömästä perustiedosta, täydentävästä tiedosta ja erityistietämyksestä. Teksti kertoo sekä kliinisen farmasian että terveydenhuollon talousdiskurssin synnyttämistä haasteista. Proviisori pitää hyviä

ihmissuhdeverkostoja tärkeinä tiedonlähteinä. On osattava olla hyvä tiedottaja ja viestintätaitoja tarvitaan. Myös tutkimus on painottanut neuvottelutaitoja ja lääkkeiden taloudellisen käytön aspektia proviisorien työssä (Mesler 1989, Gilbert 1997, Sloan ym. 1997). Ruotsalainen apteekkari näkee suomalaisen kollegansa tavoin peruskoulutuksen antavan hyvät valmiudet apteekkarin ammatissa toimimiseen. *”Apteekkaritutkinto on hyvä ja laaja ja antaa hyvät tiedot lääkkeistä. Se antaa hyvän pohjan. Tälle pohjalle on ollut hyvä rakentaa ja lisätä tietoa sairaalafarmasiasta sekä käytännössä että teoriassa työskentelemällä yhteistyössä klinikoiden ja sairaskotien kanssa”*. (yo.sair.a 14)

Kokemukselle sekä farmaseutit (receptarie) että apteekkarit antavat suuren merkityksen. Koulutuksen antamat valmiudet punnitaan käytännössä, ja käytännössä opitaan soveltamaan ja hankkimaan tarvittavat lisätaidot. Tietoja päivitetään lisäkoulutuksella ja itse työ opettaa. Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit pitävät jatkuvaa kouluttautumista välttämättömyytenä. *”Koulutamme itseämme joka päivä.”* Tiedon lisääntyminen ja nopea muuttuminen asettavat suuria vaatimuksia jatkuvalle koulutautumiselle. Tärkeää on tietää, mistä tietoa saa ja osata sitä hakea. Lisäkoulutuksen tarpeet näyttäytyvät niin että, että koulutuksen tarpeet ovat hyvin erilaisia riippuen työntekijän positiosta ja työtehtävästä. Farmakoterapia ja kliininen farmasia ovat koulutustoiveissa usein esillä. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit toteavat, että enää ei ole yhtä ja samaa uraa tai edes toimenkuvaa, vaan niitä on monia.

Sairaala-apteekki on erilainen työpaikka kuin avohuollon apteekki. Peruskoulutus antaa suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien mielestä enemmän valmiuksia työskentelyyn avohuollon apteekissa kuin sairaalassa, koska suurin osa farmaseuteista ja proviisoreista työskentelee avohuollon apteekkeissa. Myös farmasian opiskelijat ottavat tämän asian esille harjoittellessaan sairaala-apteekissa. Yliopiston opetusohjelma tarjoaa kyllä sairaala- ja terveyskeskusfarmasian kursseja, mutta opiskelijat kertovat tiedon jäävän suhteellisen pinnalliseksi. Proviisoriopiskelija Reija sanoo:

”Täällä sairaalassa tarvitaan joskus ihan toisenlaista farmakologiaa kuin avopuolella. Nestehoidoistakaan ei minulla ole oikein minkäänlaista käsitystä. Minua vähän ihan nolotti tuolla kierrolla, kun lääkäri kysyi yhtä asiaa elektrolyyteistä. Kuittasin asian niin, että olen vasta opiskelun alkuvaiheessa. Oli kyllä tosi mielenkiintoista olla kierrolla mukana, varsinkin kun harvoin on tällainen mahdollisuus. Tänne sairaalaan kun tulee harjoitteluun, ei oikein tiedä mihin joutuu ja mitä vastaan tulee.”

Yliopiston farmasian koulutuksen sisältöjä on pyritty muuttamaan ajan haasteita vastaaviksi. Koulutus tuottaa valmiudet, mutta myös puutteet. Kaikkea ei voi opettaa. On olemassa näyttöä siitä, että kliinisen farmasian lisääminen koulutukseen on edistänyt kliinisen farmasian kehitystä sairaaloissa (Hornosty 1989, Gallelli 1992, Naalsund 2002). Broadhead ja Facchinetti (1985) huomauttavat, että yksinomaan opetuksessa saadut tekniset taidot eivät riitä innovatiiviseen kliinisen farmasian kehittämiseen. Opiskelijoille olisi opetettava myös uudenlaisen roolin luomista ja moniammatillisissa profes-

sionaalisissa organisaatioissa tarvittavia neuvottelutaitoja. Opiskelijoiden positiivinen kokemus harjoittelujaksoista sairaalan osastoilla on erittäin tärkeää. Tekniset taidot ovat tärkeitä, mutta sosiaalisten taitojen hallinta ja organisationaalisten rakenteiden tunteminen ovat välttämättömiä, jotta innovatiivisia käytäntöjä voidaan toteuttaa.

Bourdieuun käsitteistössä sosiaalinen pääoma rakentuu niistä suhteista, jotka henkilöllä on, suhteiden laadusta ja määrästä ja myös siitä, miten hyvin kyseinen henkilö hallitsee vaadittavat käytöstavat eri tilanteissa. Tätä pääomaa hankitaan toimittaessa kentällä yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Bourdieu ja Wacquant 1995.) Farmaseuttien ja proviisorien uuden työjaollisen paikan luomisen kannalta tällä pääomalajilla on suuri merkitys. Sosiaalinen pääoma auttaa ”pelaamaan peliä” kentällä ja parantamaan uuden tulokkaan asemaa. Tämän pääomalajin arvo on noussut. Neuvottelu- ja yhteistyötaitojen osaaminen korostuu.

”Kolmas merkittävä osa-alue sairaala-apteekkiharjoittelussa lääkkeiden toimituksen ja lääkevalmistukseen jälkeen oli osastofarmasia. Pehdytys osastofarmasiaan oli monipuolinen. Erityisen mielenkiintoista oli se, että pääsin tutustumaan osastoilla myös sellaiseen toimintaan, mikä ei välttämättä kuulu farmaseuttisen henkilökunnan toimenkuvaan. Pääsin näkemään erilaisia potilaille suoritettavia toimenpiteitä sekä mukaan myös lääkärin kierroille. Tutustuminen lääkehoidon konkreettiseen määräämiseen/toteuttamiseen on mielestäni tärkeää kokonaisuuden hahmottamisen kannalta. Osastofarmasian osuutta harjoittelussa voisi mielestäni kyllä lisätä. Osastofarmasia on mielestäni farmaseuttisen osaamisen kannalta vaativaa työtä.” (prov.opisk. Pekka)

Yhdysvalloissa viimeiset 40 vuotta ovat olleet sairaalafarmasian kulta-aikaa, ja sairaalafarmasiaa on pidetty yhtenä tärkeimmistä farmasian osa-alueista. Kliinistä farmasiaa on sisällytetty opetukseen vuodesta 1970 lähtien, ja tämä on rohkaissut kliinisen farmasian kehitystä. Tämän jälkeen Yhdysvalloissa on suuntauduttu hyvin voimakkaasti potilaskeskeiseen hoitoon, farmaseuttiseen hoitoon. Suurimmalla osalla sairaalassa työskentelevistä proviisoreista (pharmacist) on jokin kliininen vastuualue. Kliinisen farmasian filosofiaan kuuluu muun muassa potilaan lääkehoidon seuranta, dokumentointi, sivuvaikutusten raportointi, farmakokineettinen neuvonta, laadunvalvonta ja potilaan neuvonta. Tämän ohella keskeinen tehtävä on lääkekustannusten seuranta. Varsinkin tulevaisuudessa Yhdysvalloissa proviisoreilta vaaditaan pitkälle vietyä erikoistumista jollakin osa-alueella, lisääntyvää yhteistyötä muun terveydenhuollon henkilökunnan kanssa ja myös farmaseuttisten palveluiden ulottamista kotihoitoa saaville potilaille. Tulevaisuudessa vaaditaan automatiikan ja tietotekniikan laajaa käyttöä ja soveltamista. Tämän lisäksi proviisorin on oltava huipputason lääkeinformaation tarjoaja. (Gallelli 1992.)

Yhdysvalloissa kliinisen farmasian professionaalisen projektin menestys on osin perustunut koulutukseen, ja sairaala on ollut projektille hedelmällinen konteksti. Pelkkä koulutus ei yksin ole ollut menestymisen ehto. Ammatillisten rajojen laajentamiseksi on

tarvittu aktiivista toimintaa rajoitusten eliminoimiseksi. Tärkeää on ollut myös yksilöllisen asiantuntemuksen esille tuominen. (Birenbaum 1985, Mesler 1989.) Sairaalassa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien mielestä koulutus antaa tämältyyppisen professionaalisen projektin edistämislle huonot valmiudet. Heidän mielestään koulutus ei ohjannut eikä kannustanut riittävästi kliniseen farmasiaan. Proviisori Ursula sanoo: *”Toivon, että pystymme Suomessa viemään sairaalafarmasiaa kohti kansainvälistä tasoa.”* Tulevaisuuden visiona proviisori näkee sairaalafarmasian kehityksen kansainvälisen mallin ja suunnan mukaisesti. Tämä malli painottaa klinistä farmasiaa. Kliininen farmasia on angloamerikkalaisissa maissa ollut se farmasian osa-alue, jonka avulla proviisorit ovat pystyneet laajentamaan toimenkuvaansa ja nostamaan statustaan (Ritchey ym. 1983, Mesler 1991, Keely 2002).

Farmaseuttien ja proviisorien lisäkoulutustarpeet kertovat työn sisällöstä ja tarvittavien tietojen laajasta kirjosta. Erilaiset koulutustarpeet ovat sidoksissa myös työntekijän ikään. Työelämän muutoksesta puolestaan kertoo projektityöosaamisen tarve. Uuden oppimista farmaseutit ja proviisorit pitävät osana jokapäiväistä työtä; se on sekä itse työssä ja työpaikalla oppimista että muualla saatua lisäkoulutusta. Tietojen päivittämistä farmaseutit ja proviisorit pitävät välttämättömyytenä. Työstä suoriutuminen ja työn vaatimuksiin vastaaminen edellyttävät tietojen ajan tasalla pitämistä. Lisäkoulutus liittyy kiinteästi työhön, se ei ole siitä erotettavissa. Jatkuvan koulutuksen välttämättömyys kytkeytyy farmaseuttien ja proviisorien puheissa ja teksteissä konkreettiseen työssä selviytymiseen. Toisaalta puheenvuoroissa on mukana myös retorisia elementtejä; farmaseutit ja proviisorit tuottavat itsensä tiedollisesti valppaina, edistyksellisinä, uudistuvina ja eettisesti ammattitaidostaan huolehtivina. Koulutus on myös pakkoa. On oltava pätevä ja todistettava pätevyytensä ja täytettävä professionaalisuuden velvoitteet ja vaatimukset. Farmaseuttien ja proviisorien koulutusinnostus on suuri, mutta se saattoi olla myös eriarvoistavaa. *”Jotkut ovat jatkuvasti koulutuksessa ja sitten väkeä on vähän ja kaikki työt on kuitenkin tehtävä.”* Aktiivisesti lisäkoulutukseen osallistuvien ja vähemmän osallistuvien välille muodostuu erilaisia arvolatauksia. *”Arkipäivän töistäkin on pidettävä huolta, ei aina voi olla koulutuksessa.”* Savela (2003, 217–218) toteaa, että apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan koulutukseen osallistuminen kasaantui jossakin määrin samoille henkilöille. Julkisella sektorilla työntekijä on velvollinen mahdollistamaan työntekijöiden koulutukseen osallistumisen, mutta tämä ei tarkoita sitä, että koulutusinnostus olisi työntekijöiden keskuudessa yhtä suurta.

Farmaseuttien ja proviisorien mielestä työ sairaalassa vaatii laaja-alaista osaamista. He miettivätkin sitä, miten hallita tätä tiedon laaja-alaisuutta. Peruskoulutuksen jälkeinen erikoistuminen yhä suppeammille aloille on tulevaisuudessa farmaseuttien ja proviisorien mielestä välttämätöntä. Monet tutkimukseen osallistuneista ovat erikoistuneet sairaala- ja terveyskeskusfarmasiaan eli suorittaneet yliopistossa erikoistumiseen vaadit-

tavat opinnot. Tämän he katsovat tuovan lisävalmiuksia ja varmuutta työhön. Aivan yksimielisiä erikoistumiskoulutuksen hyödyistä farmaseutit eivät kuitenkaan olleet tai ehkä vain odotukset oli asetettu liian korkealle tai tarpeet olivat erilaisia.

Sairaala-farmasian sisällä on näkyvässä selvä eriytyminen yhä rajatumpiin tehtäviin ja niihin liittyviin erityisosaamisiin. Keskustelua farmaseutit käyvät siitä, haluavatko he suurissa sairaaloissa hallita kaikki mahdolliset toimenkuvat ja onko se enää edes mahdollista. Kierro erilaisissa tehtävissä tekee työstä vaihtelevaa, mutta se voi myös tuottaa jonkinasteista juurettomuutta. Tämä on myös arvostuskysymys; arvostetaanko monipuolista osaamista vai syvällistä osaamista jollakin alueella. Erilaiset osaamisalueet jakavat farmaseuttista henkilökuntaa erilaisiin kategorioihin. Myös nämä kategoriat ovat arvostuskysymyksiä, ja niiden seurauksena syntyy erotteluja. Jotkin työtehtävät saattavat olla halutumpia kuin toiset työntekijän kompetenssista riippuen. Toisten erityisosaaminen saattaa synnyttää osaamattomuuden tunnetta toisissa. Hierarkioita syntyy ja muodostuu farmaseuttisen työn eriytyminen myötä. Tutkintojen ohella myös työntekijöiden erilaiset kompetenssit jakavat työtä. Työnjakoon vaikuttaa osin se, että tietyt tehtävät vaativat pitempää perehdytystä. Uudet työntekijät (farmaseutit) aloittavat työnsä yleensä toimittamalla lääkkeitä osastoille. Farmaseutti Raija toteaa, että *”tämä lääkkeiden osastoille toimitustyö on hierarkkisesti vähiten arvostettua”*. Esille tulee myös, että tietty toimenkuva saatetaan kokea liian kapeaksi. *”Koulutusta on liikaakin tähän työhön mitä teen.”* Tämä lause on nuoren pääasiassa lääketoimituksia tekevän farmaseutin tekstistä. Hän kokee työnsä liian marginaaliseksi koulutukseensa nähden. *”Toivottavasti omaa koulutusta voi vastaisuudessa käyttää enemmän hyödyksi ja että työt olisivat monipuolisempia”*. (yo.sair.f 21) Farmaseutin teksti poikkeaa ratkaisevasti muiden teksteistä ja puheista. Se kertoo tyytymättömyydestä omaan paikkaan. Työ ei anna tarpeeksi haasteita. Se on liian ”pientä”.

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit katsovat kehityksen etenevän niin, että spesialisoituminen tietyille sairaala-farmasian osa-alueille on välttämätöntä. Asiantuntijuus kapeutuu ja samalla syvenee tietyillä osa-alueilla. Monilla on jo nyt tietyt vastualueet, joilla heidän kompetenssinsa on suurin. Tilanteellisesti olemassa oleva työvoimapula on myös vaikuttanut ammattitaidon kapenemiseen. *”Tällä hetkellä vallitsevan työvoimapulan vuoksi kompetenssini tulee kapeammaksi ja suuntautuu enemmän ja enemmän lääkevalmistukseen.”* (yo.sair.r 7) Erikoistumisella tiettyihin työtehtäviin on myös tavoiteltu tehokkuutta. Erikoisosaaminen lisää ja syventää tiettyjä taitoja, mutta voi myös tehdä työyhteisön haavoittuvaksi, kun yleinen osaaminen vähenee.

1970-luvun työn sosiologiaa hallinnut puhe työn ja taitojen köyhtymisestä on alettu vuosituhannen vaihduttua nähdä toisella tavalla. Työt vaativat usealla alalla nykyisin monitaitoisuutta. Se ei sinällään kerro osaamisen syvyydestä, mutta ammatti-

taitoon katsotaan nyt kuuluvan monenlaisia taitoja. Ammattitaito koostuu hyvin monista osaamisen alueista. (Julkunen 2001.) Kun on kartoitettu (Metsämuuronen 2000) sosiaali- ja terveysalan osaamisvaatimuksia, työn vaatima monitaitoisuus on tullut selvästi esille. Nämä kvalifikaatiovaatimukset pitävät paikkansa myös farmaseuttisen henkilökunnan kohdalla. Katajavuori (2005) havaitsi tutkimuksessaan, että vaikka apteekkien farmaseuttisella henkilökunnalla on osaamista, se ei ilmene riittävästi käytännössä. Sama asia tulee esille myös sairaalafarmaseuttien ja proviisorien teksteissä. ”*Työ sairaalassa on todella vaihtelevaa. On mahdollisuus käyttää kaikkia opiskelemiaan tietoja ja taitoja. Mutta olisi paremmin opittava ajan mittaan soveltamaan lääkehoidon tietoja.*” (yo.sair.p 22)

Analogia tälle puheenvuorolle löytyy ruotsalaisen apteekkari Astridin haastattelusta. Hän sanoo: ”*Koulutus antaa paljon tietoa ja farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit katsovat sitä omaavansa. Monilla on ehkä kuitenkin itseluottamusta vähemmän.*”

Turnerin mukaan (1987, 141–146) proviisorin ammatin muuttuminen on luonut uusia ammatillisia mahdollisuuksia, mutta vaatii myös uudenlaista yliopistokoulutusta ja uudenlaisen työnkuvan kehittämistä. Lääkeinformaatioon liittyy olennaisesti kasvatuksellinen funktio. Paradoksi on, että farmasia on ehkä ”ylikehittynyt” tieteenä mutta alikehittynyt vuorovaikutustaitojen suhteen, potilaan hyvinvoinnin näkökulmasta.

Väliyhteenveto

Sekä Suomen että Ruotsin farmaseutit ja proviisorit hakevat uutta työnjaollista paikkaa osastofarmasian/kliinisen farmasian palveluiden kautta. Farmasian ammatin uusi ideologia, kliininen farmasia, on vahvasti läsnä farmaseuttien ja proviisorien kirjoituksissa ja puheissa. Osastofarmasia/kliininen farmasia on uusi ammatillinen kenttä sekä työn kannalta että myös fyysisen paikan kannalta. Se merkitsee siirtymistä pois ”omien” parista ”toisten” joukkoon. Se tarkoittaa kulttuurisesti isoa muutosta. Farmaseuttisen työn muuttuminen kliinisemmäksi on edennyt hitaasti sekä Suomessa että Ruotsissa. Kliinisestä farmasiasta ei ole muodostunut professionaalista projektia siinä mielessä kuin angloamerikkalaisessa kontekstissa. Kliinisen farmasian palveluita on evaluoitu ja niistä on todettu olevan hyötyä. On kuitenkin todettu, että lisää tutkimusta tarvitaan kliinisten proviisorien roolin ymmärtämiseksi. Tärkeää on tutkia, mitkä kliiniset alueet hyötyvät eniten kliinisten proviisorien panoksesta. Kustannustehokkuutta voidaan parantaa identifioimalla ne proviisorien tehtävät, joista on eniten hyötyä potilaille, ja arvioimalla ja päättämällä, voiko vähemmän koulutettu ja halvempi ammattiryhmä tehdä muut työt. (Kaboli ym. 2006, 955–964.)

Kliininen farmasia näkyy sekä suomalaisten että ruotsalaisten farmaseuttien ja proviisorien koulutustoi-veissa. He kokevat koulutuksen antavan liian vähän tukea klii-

nisen farmasian kehittämiseksi ja toteuttamiseksi sairaalassa. Koulutustarpeet ja -toiveet ovat moninaiset, mutta kliininen farmasia esittää niissä merkittävää osaa. Jatkuva kouluttautuminen on välttämättömyys työssä menestymisen kannalta. Farmaseuttien ja proviisorien koulutusmyönteisyys kertoo myös muutosmyönteisyydestä. Koulutustarpeissa näkyy työtehtävien monimuotoisuus ja erityistietojen tarve. Työtehtävissä on suurissa sairaala-apteekeissa nähtävissä tarve yhä suppeampiin erityisosaamisen alueisiin.

8 Ammattien välinen yhteistyö ja ammatilliset rajanvedot

Tässä luvussa tarkastelen sitä, mitä farmaseutit ja proviisorit puhuvat ja kirjoittavat yhteistyöstä lääkärien ja sairaanhoitajien kanssa. Millaisia ovat heidän ammattikulttuuriset käytäntönsä ammattien välisessä yhteistyössä? Miten he määrittelevät toimivalta-alueitaan yhteistyön näkökulmasta. Huomio kiinnittyy lähiammattilaisten eli lääkärien ja sairaanhoitajien kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen ja sen muotoihin. Kysyn aineistoltani myös, miten lääkärit ja sairaanhoitajat näkevät farmaseuttisen työn ja sen paikan. Tämän luvun aineistona käytän farmaseuteilta ja proviisoreilta saadun tiedon lisäksi sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä kerättyä tietoa.

8.1 Asiakkaita ja yhteistyökumppaneita

”Asiakkaita ovat osastot – yleensä – tai toimipisteet, joihin lääkkeitä toimitan, hoitajat, lääkärit, kunnat, potilas ja omaiset.” (al.sair.f 13)

”Asiakkaita ovat viime kädessä potilaat, mutta koen kuitenkin suoranaisesti asiakkaikseni osastot/toimipisteet, joihin lääkkeitä toimitan.” (yo.sair.f 24)

Professiotutkimuksessa on pohdiskeltu asiakassuhdetta farmasian alalla ja todettu se monimutkaiseksi sikäli, että lääkäri lääkemääräyksen kirjoittajana vaatii palvelua potilaalle. Proviisori joutuu olemaan lojaali sekä potilaalle että lääkkeen määränneelle lääkärille. Tilanteessa saattaa ilmetä konflikteja ja proviisori huomata asemansa tässä tilanteessa problemaattiseksi. (Eaton ja Webb 1979.) Perinteisesti apteekeissa on puhuttu asiakkaista ja sairaaloissa potilaista, mutta viime vuosina potilaat on alettu nähdä sairaaloissakin asiakkaina. Sairaala organisaationa tuo farmaseuttien ja proviisorien asiakassuhteisiin omat lisäpiirteensä. Sairaalan eri toimintayksiköiden välillä harjoitetaan monenlaista kaupankäyntiä. Lääkehuolto on yksi osa tätä kaupankäyntiä. Farmaseutit ja proviisorit tuovat esille asiakassuhteiden monimuotoisuuden ja laaja-alaisuuden. Farmaseuttien ja proviisorien asiakassuhteet eivät rajoitu pelkästään sairaalan sisäpuolelle. Myös kunnat terveydenhuoltopalveluiden ostajina ovat asiakkaita. Pääasiallisina asiakkaina farmaseutit ja proviisorit pitävät kuitenkin niitä toimipisteitä ja vuodeosastoja joihin he lääkkeitä toimittavat.

Sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit työskentelevät samassa organisaatiossa sairaanhoitajien, lääkärin ja monien muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. He ovat saman organisaation työntekijöitä ja ovat sitoutuneet organisaation tavoitteisiin. Farmaseutit ja proviisorit ovat asiakassuhteessa lähiammattilaisiinsa, lääkäreihin ja sairaanhoitajiin, mutta myös yhteistyökumppanuussuhteessa. Voisi siis olettaa, että näiden ammattiryhmien keskinäiselle yhteistyölle on hyvät mahdollisuudet. Yhteistyö lähiammattilaisten kanssa on farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa hyvin esillä. Yhteistyölle he antavat erilaisia sisältöjä. Yhteistyömuodot ja käsitykset yhteistyöstä vaihtelevat melko paljon riippuen farmaseutin tai proviisorin työpaikasta, asemasta ja toimenkuvasta.

”Lääkeneuvottelukunnassa olen sihteerinä, sairaalan johtoryhmässä jäsenenä, sairaalan lääkehoidon laaturyhmässä puheenjohtajana, osastofarmasiakokeilussa olen osastofarmaseutin ominaisuudessa, osastonhoitajien kokouksessa vierailijana ja toinen farmaseutti on sitten hygieniatyöryhmässä puheenjohtajana.”

(tk.f 11)

”Yhteistyötä olen tehnyt lääkärin kanssa. Tehtäväni on ollut hankkia tiettyjä lääkkeitä ulkomailta. Osuuteni on ollut hankkia valmiste ja toimittaja, hankkia erityisluvut ja muut tarvittavat dokumentit.” (yo.sair.p 1)

”Olen paljon yhteistyössä muiden kanssa, se on oleellinen osa työtäni. Olen työryhmissä ja projekteissa, joissa lääkäreitä, hoitajia ym.” (yo.sair.p 25)

Yhteistyöksi lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa farmaseutit ja proviisorit määrittelevät työryhmäpohjaisen työskentelyn, erilaiset neuvottelut, kokoukset, projektit ja koulutustilaisuudet tai jonkin tietyn toiminnan kehittämisen tai uudelleen järjestämisen. Erilaiset projektit ja työryhmät toimivat myös yhteistyön kehittämisen välineinä. Yhteistyöksi farmaseutit ja proviisorit näkevät tiedon hankkimisen, auttamisen ja erilaisten ongelmien ratkaisemisen. Yhteistyömuodot ovat osin muotoutuneet perinteisen työnjaon pohjalta. Lääkkeen ja siihen liittyvien dokumenttien ja tiedon hankkiminen on farmaseuttisen henkilökunnan yksi perustehtävä. Käytännössä farmaseuttien ja proviisorien keskinäinen työnjako jakaa tehtäviä niin, että proviisorit osallistuvat organisaation neuvotteluihin. Pienemmässä lääkekeskuksessa tilanne on toinen, koska siellä useimmiten farmaseutti edustaa yksin farmaseuttista henkilökuntaa. Työnjako farmaseuttien ja proviisorien välillä ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti kategorisoitavissa. Työnjakoa muovaavat myös työntekijöiden erilaiset osaamisprofiilit, erikoistuminen tiettyihin tehtäviin ja työyhteisön sisäiset työnkuvien määrittelyt. Kaitalo ja Walls (1978) erottavat yhteistyön ja yhteistoiminnan käsitteet toisistaan. Yhteistyön käsitteeseen liittyy oleellisena osana ihmisten välinen sosiaalinen vuorovaikutus. Yhteistoiminnan he näkevät käsitteenä, johon liittyvät organisaatio- ja rakennetekijät, kuten esimerkiksi työnjako ja vastuunjako sekä tavoitteiden yhteensovittaminen. Tästä näkö-

kulmasta katsottuna farmaseuttien ja proviisorien käsitykset yhteistyöstä voi osin luokitella yhteistoiminnaksi, työnjaolliseksi vastuunotoksi määrättyistä tehtävistä.

Yhteistyön ja sen muotojen farmaseutit ja proviisorit katsovat lisääntyneen viime vuosina. Teksteissä ja puheissa farmaseutit ja proviisorit tuovat esille, että *”yhteistyö eri henkilöstöryhmien välillä on lisääntynyt ja yhteistyö on ennakkoluulottomampaa yli ammattirajojen. Olemme suuntautuneet enemmän kohti asiakkaita”*. Lisääntyvä työ asiakkaiden kanssa on tuonut uusia työtehtäviä ja haasteita. Yhteistyötä sairaanhoitajien ja lääkäreiden kanssa tarvittaisiin kuitenkin enemmän. Se on uuden farmaseuttisen ammatillisen ideologian vaatimusta, mutta se heijastelee myös yleisiä vaatimuksia työelämän kentällä. Ideologiat (Trice 1993, 20) ovat olennainen osa ammatillista kulttuuria. Ne pitävät sisällään tiedon siitä, mikä on oikea tapa toimia. Uusilla ideologioilla on tärkeä merkitys. Ne ovat tärkeitä ammatin kehittymisen kannalta. Ne antavat voimaa ja vahvistavat ammatillista identiteettiä. Yksi ammattien sisäisistä arvoista on niiden voima tuottaa uusia ideologioita. Näillä uusilla ideologioilla rakennetaan ja määritellään uudeleen ammatin sosiaalista todellisuutta ja paikkaa työnjaossa.

”Eipä ole ollut vielä yhteistyömahdollisuuksia. Hygieniatoimikuntaan kuulun ja tehtäväni on kaikesti olla asiantuntija omalta alaltani. Tarkoitus on yrittää kehitellä yhteistyötä osastojen kanssa osastofarmasian suuntaan. Raha tässäkin asiassa on tietysti melkoinen ongelma ja toisaalta osastojen työkiireet ja paineet niin ettei ole yhteistä aikaa kehittää sitä.” (al.sair.f 15)

Farmaseutti kokee olevansa vieraalla maalla toimiessaan hygieniatoimikunnassa, jossa hän ei ehkä koe itseään asiantuntijaksi. Yhteistyöksi hän ei määrittele perinteistä työnjakoon perustuvaa työtä, vaan osastofarmaseuttisen suuntautumisen.

”Työ vuodeosastolla on yhdessä tekemistä muiden kanssa. Oman toimintani osastolla koen osana hoitoprosessia. Minusta on tärkeää miettiä omaa panostansa tässä prosessissa tai sitä joutuu väkisinkin miettimään. Yhteistyöhön sairaanhoitajien, lääkäreiden ja potilaiden kanssa on hyvät mahdollisuudet. On vaan oltava aktiivinen ja neuvottelevakin ja osattava hyödyntää omaa ammattitaitoansa.” (farmaseutti Maria)

Vuodeosastolla työskentelevä farmaseutti Maria kokee oman työnkuvansa yhdessä tekemisenä sairaanhoitajien ja lääkäreiden kanssa. Vuodeosastolla työskentely luo mahdollisuudet yhteistyölle, mutta sitä on osattava myös rakentaa. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä on paljon mainintoja siitä, että asiakkaat haluaisivat enemmän osasto-kohtaisia palveluja. *”Osastofarmasiaa on alettu toivoa eri osastoilta viime vuosien aikana lisää. Ehkä enemmän huomattu apteekin olemassaolo sairaalassa ja osataan kysyä apteekista neuvoa erilaisiin asioihin. Kaikenlaisten palvelujen kysyntä on lisääntynyt.”* (yo.sair.f 19)

Retoriikkana farmasian ammatillisella kentällä on viime vuosina ollut yhteistyön lisääminen ja tiivistäminen muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. On puhuttu

vuorovaikutuksen lisäämisestä eri ammattiryhmien välillä ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Yhteistyö ja moniammatillisuus ovat uusia kulttuurisia arvoja. Avainsanoja ovat *yhteistyössä lääkehoitoa ja farmaseuttinen asiantuntijuus*. Farmaseutit ja proviisorit tuovat esille, että olisi pystyttävä hyödyntämään farmaseuttisen ammattiryhmän erityisosaamista ja ammattitaitoa tehokkaammin lisäämällä yhteistyötä. Tällöin potilaskin saisi parhaan mahdollisen lääkehoidon. Myös Suomen Farmasialiitto ry:n ja Tehy ry:n yhteistyönä tehty *Osastofarmasiatyöryhmän raportti 2003: Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon* asettaa tärkeiksi tavoitteiksi lääkehoidon kehittämisen ja yhteistyön eri ammattiryhmien välillä. Tällä pyritään vaikuttamaan lääkehoidon tarkoituksenmukaiseen, turvalliseen ja laadukkaaseen toteuttamiseen. Lisäksi raportti pitää tarpeellisenä työnjaon ja vastuunjaon selkeyttämistä eri henkilöstöryhmien välillä.

Yhteistyön lisääminen muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tuottaa farmaseuttien ja proviisorien mielestä hyötyä sekä potilaalle että organisaatiolle. Yhteistyö ja moniammatillisuus tarjoaisivat myös mahdollisuuden oman toimenkuvan laajenemiseen. He kokevat, että heillä olisi potilaan hoitoa ajatellen paljon annettavaa, joka nykyisessä toiminnassa jää toteutumatta. Eaton ja Webb (1979) kirjoittivat proviisorien ammattitaidon liian vähäisestä hyödyntämisestä amerikkalaisessa kontekstissa ja amerikkalaisten proviisorien (pharmacist) tavoitteista laajentaa rooliaan. Oman tutkimukseni aineisto tuo esille samoja elementtejä ja samoja pyrkimyksiä, vaikka aikaa on kulunut kohtuullisen paljon ja konteksti on erilainen. Launis (1994, 258–259) havaitsi, että yhteistyöstä keskusteltaessa perusterveydenhuollon työntekijät puhuvat innostuneesti moniammatillisten ryhmien kehittämisen tarpeesta. Ajan henki on korostanut moniammatillista yhteistyötä, ja tämä näkyy ihmisten käsityksissä. Uudenlaisen toimintatavan käyttöönotto merkitsee kuitenkin suurta muutosta, ja vanhan ja uuden toiminnan välisen ristiriitojen ylittäminen arkisessa työssä saattaa olla vaikeaa.

”Asenteet ovat esteinä yhteistyön kehittämiseksi, esimerkiksi se, että farmakologin on oltava lääkäri – ei proviisori. Myös ajan puute on parhaan mahdollisen yhteistyön kehittämisen este. Turha esittää sellaisia asioita ja uusia työtehtäviä, joista tietää, ettei nykyisillä resursseilla niitä pystytä kunnolla hoitamaan ja puoli-huolimattomasti tehty työ voi taas saada enemmän hallaa kuin hyvää aikaan.”
(yo.sair.p 22)

Farmaseutit ja proviisorit nostavat esille monia yhteistyön esteitä. Niitä on ollut helppo nimetä. Proviisori pohtii tekstissään kahden ammattiryhmän rajanvetoa farmakologian alueella ja pitää tätä asetelmaa yhtenä yhteistyön kehittämisen esteenä. Eaton ja Webb (1979, 70–71) näkevät, että kliininen farmasia ja kliininen farmakologia ovat alueita, joissa molempien ryhmien vaatimukset (lääkärit ja proviisorit) asiantuntijuudesta ovat samanlaiset, kun kyseessä on tieto lääkkeistä ja niiden käytöstä sairauksissa. Kliininen farmakologia on esimerkki uuden spesialiteetin ilmaantumisesta, joka muis-

tuttaa monin tavoin traditionaalisia spesialiteettien kehityskulkuja. Kliininen farmasia on professionaalinen liike; sen voi määritellä suuntautumiseksi kohti farmasian käytäntöä.

”Ajan puute, henkilökunta on minimissään, sijaispula vaivaa, ujouskin on esteenä, totutaan helposti vanhaan käytäntöön, ei hoksata, tutustumiskäynnit toisissa paikoissa voisivat antaa ahaa-elämyksiä ja innoittaa uuteen, farmaseuttien huono/matala profiili.” (yo.sair.f 23)

”Toiminnan laaja-alaisuus on esteenä, aluekeskuksen kanssa yhteydenotot ovat koordinaattoreiden kanssa ja vain lääkekaapin tarkastuksissa tapaavat sitten hoitohenkilöstöä. (tk.f 9)

”Näkisin niin, että esteinä ovat rutinoituminen, ennakkoluulot ja asenteet, innovatiivisuuden puute, laiskuus, kiire hoitaa muita asioita ja huonosti organisoitu ajan käyttö !” (tk.f 12)

Esteiksi yhteistyön kehittämiseksi farmaseutit ja proviisorit näkevät asenteet, rutinoitumisen, byrokratian, arvoasteikot, vähäisen arvostuksen ja koulutuksen puutteen. Oman rohkeuden ja aktiivisuudenkaan ei aina katsottu riittävän uudenlaiseen toimintaan. Muutokset, joita tarvitaan yhteistyön laajentamiseksi vaativat uutta ajattelutapaa kailta osapuolilta. Farmaseuttisen henkilökunnan roolia kuvataan perinteisen jäykäksi. Muutoksen esteinä ovat myös rajalliset resurssit: raha, aika ja henkilökunta. Vähäiset resurssit olisi pystyttävä hyödyntämään paremmin ja kollektiivinen ammattitaito olisi saatava tehokkaampaan käyttöön. Tutkimuksessa tulee esille, että tiiviimpää ja avoimempaa yhteistyötä kaivataan paitsi lähiammattilaisten kanssa myös eri sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten välillä. Farmaseuttinen asiantuntijuus halutaan nähdä yhteisöllisenä sosiaalisena pääomana. Verkostoitumisen merkitys nyky-yhteiskunnassa korostuu. Monet pienissä lääkekeskuksissa työskentelevät farmaseutit ovat vailla kollegiaalista tukea. Farmaseuttien ja proviisorien mainitsemat yhteistyön esteet liittyvät organisaation myöntämiin resursseihin, omiin resursseihin, asenteisiin ja toimintatapoihin sekä lähiammattilaisten ennakkoluuloihin.

”Kiire aiheuttaa sellaista pakkotahtisuutta. On selvittävä monien asioiden hoitamisesta ja mieltii kyllä pystyykö enää kaikesta vastaamaan ja mitä unohtuu tekemättä, kun joutuu priorisoimaan. Ja sitten tulee sellainen niin kuin riittämättömyyden tunne ja ei sitten ole varmaan aikaa asiakkaillekaan riittävästi ja on vielä vaatimus uuden kehittämisestä.” (farmaseutti Marketta)

Kiire on vaikeasti operationalisoitavissa, ja sillä selitetään työelämässä paljon. Sitä on usein vaikea todentaa. Toisaalta kiirettä myös ylistetään ja se nähdään arvokkaana. Se on protestanttista etiikkaa; työtä on tehtävä paljon. Ahkeruus on arvokasta. Kiireen keskellä kamppailevat työntekijät ovat työelämän sankareita. Kiireellä selitetään toiminnan puutteita, laadun tasoa ja muutosten toteuttamisen vaikeutta. Puhe resursseista (aika, raha, henkilökunta) on terveydenhuollossa yleistä puhetta, ja sen totuusarvoa on vaikea kiistää. Resurssipula aiheuttaa farmaseuttien ja proviisorien mielestä sen, ettei hyväkkään ideaa tai uudenlaista toimintatapaa pystytä resurssipulan takia toteuttamaan.

Vaikka innovatiivisuutta olisikin, ei uuden toteuttaminen hierarkkisessa ja byrokraatisessa organisaatiossa välttämättä ole helppoa. Se onnistuu parhaiten, jos pystyy perustelevaan uudistuksen tuottamat taloudelliset hyödyt. Farmaseutin (tk.f 12) mielestä ”*innovatiivisuuden esteet eivät ole yksinomaan organisaatiossa vaan myös työntekijässä itsessään*”. Ammattikulttuuri ei ole kannustanut innovatiivisuuteen ja farmaseutin paikka on ollut enemmän rutiinien toteuttamista.

Innovatiivisuuden esteisiin kohdistunut tutkimus (Miettinen 1996, 166–176) on osoittanut, että ihmisillä on taipumus arvioida innovatiivisuuden esteiden liittyvän organisaation rakenteisiin, hierarkiaan ja johtamiseen eikä heihin itseensä. Johtajien mielestä muutoksen jarru on työntekijöissä ja työntekijöiden mielestä johtamisjärjestelmissä tai organisaatiossa. Terveydenhuollon organisaatioihin liittyy kone- ja ammatillisbyrokraatiaan kuuluvia innovatiivisuuden esteitä, kuten hierarkiaa, muodollisia menettelytapoja ja tehtäväkeskeistä työnjakoa. Nämä ovat jossakin määrin tarpeellisia ja välttämättömiäkin mutta samalla myös innovatiivisuuden esteitä. Terveydenhuollon organisaatioissa innovatiivisuutta alentavat myös tietyt erityispiirteet kuten potilasturvallisuus ja eettisyyden vaatimukset sekä sovitut ja hyväksytyt hoitokäytännöt, rutiinit. Parhaat edellytykset innovatiivisuudelle työyksikössä antaa luovuuteen ja hyviin suorituksiin kannustava lähijohtaja, tulostavainen ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutunut henkilökunta sekä ymmärtävä suhtautuminen epäonnistumisiin. Alistava, perusteettomasti valtaa käyttävä lähijohtaja on innovatiivisuuden este.

Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa tulee esille, etteivät muut ammattiryhmät välttämättä tunne farmaseuttisen työn sisältöjä eivätkä osaa näin ollen aina hyödyntää farmaseuttista tietämystä. Ennakkoluulot ja tietämättömyys toisen ammattiryhmän töistä ja osaamisesta hankaloittavat yhteistyötä ja estävät uudenlaisen yhteistyön rakentumista. ”*Toimintaamme, koulutustamme ja asemaamme sairaalayhteisössä ei tunneta, eikä arvosteta.*” (yo.sair.p 1) Toisen ammattiryhmän työn huono tuntemus on tuttu havainto terveydenhuollon kentällä. Viitanen (1997, 134) havaitsi, että yksi ongelma terveydenhuollon eri työntekijäryhmien yhteistyön kehittämisessä on toisten työn sisällön, koulutuksellisten valmiuksien ja taitojen huono tuntemus.

”Eri ammattikunnat eivät välttämättä ymmärrä toisiaan/toistensa töissä olevia ongelmia. Eikä välttämättä farmasian alan ihmisten tietoja osata hyödyntää ja toisaalta ei ole riittävästi tietoa ihan kaikista käytännön tarpeista.” (yo.sair.f 8)

On myös niin, että vähäisestä yhteistyöstä johtuen farmaseuttinen henkilökunta tuntee huonosti asiakkaidensa tarpeita. Yhteistyötä tarvitaan kartoittamaan yhteistyön tarpeita. Miettinen (1996) on esittänyt, että asiakkaiden tarpeiden ja vaatimusten tunteminen ja niiden muuttumisen seuraaminen edistää innovatiivisuutta. On kehitettävä parempia asiakaspalautteen hankinnan välineitä ja kehitettyjen toimintojen vaikuttavuuden mittareita. Farmaseuttien ja proviisorien puheesta käy ilmi, että omaa työtä ei osata

riittävästi mainostaa eikä markkinoida, ei omassa organisaatiossa eikä yhteiskunnassa. Retorisia vaikuttamiskeinoja ei juurikaan osata käyttää. Lisäksi suomalainen kulttuuri on perinteisesti korostanut vähäeleisyyttä ja sisäänpäin kääntyneisyyttä. Apteekit eivät perinteisesti ole mainostaneet itseään. Oman ammattitaidon markkinointi vaatii julki-suutta ja oman osaamisen aktiivista esille tuomista.

8.2 ”Osastolla ei näy farmaseuttia kuin lääkekaappia tarkastamassa.”

”Palveluolttius ajoittain puutteellinen. Tuntuu siltä että apteekki ei ole osastoa palveleva yksikkö. Osastolla ei näy farmaseuttia kuin lääkekaappia tarkastamassa. Yleisesti ottaen palvelu on ystävällistä. Joustavuutta tarvittaisiin enemmän. Toivoisin enemmän yhteistyötä ja koulutusta lääkkeistä. Meidän täytyy itse huolehtia ettei lääkkeitä vanhene, eikä apteekki voisi sitä tehdä.” (kesk.sair.sh 35)

”Aikaisemmin on ollut se mielikuva, että apteekkiin on oltava hieman niuhoja ja pykälän mukaan eläviä. Nyt mielikuva on muuttunut, kun on ollut enemmän henkilökohtaista kokemusta yhteistyöstä. Parhaimmillaan yhteistyö lisää tietämystäni lääkkeistä ja taloudelliset seikat valottuvat paremmin. Farmaseutin tietoja ja taitoja pitäisi vain oppia yhä enemmän käyttämään suoraan potilaan eduksi.” (yo.sair.sh 11)

Tekstit kertovat kontaktien ja yhteistyön vähäisyydestä sairaanhoitajien ja farmaseuttisen henkilökunnan välillä ja tarpeesta lisätä yhteistyötä. Yhteistyö on sairaanhoitajien mielestä kuitenkin lisääntynyt viime vuosina. Sairaala-apteekin/lääkekeskuksen erillisyys vuodeosastojen toiminnasta näyttäytyy yhtenä esteenä tiiviimmälle ja vuoro-vaikutuksellisemmalle yhteistyölle. Erillisyys on myös aiheuttanut sen, että kokemuksellisesti tasolla sairaanhoitajien on vaikea ottaa yhteyttä sairaala-apteekkiin/lääkekeskukseen tai asioida siellä. ”Meidän apteekissa ollaan kyllä ystävällisiä, mutta ollaan jotenkin tottuneet, ettei niitä saa häiritä liikaa. Soitetaan varmaan turhan vähän kun olisi kysymyksiä.” (kesk.sair.sh 37) Syynä voi olla se, että sairaanhoitajat eivät perinteisesti ole tottuneet käyttämään sairaala-apteekkiä tai lääkekeskusta tiedonhankinnan lähteenä. Veräjänkorva (2003, 124) toteaa, että sairaanhoitajat käyttävät ns. hoitaja- ja lääkärikonsultaatioita epäselvissä lääkehoidon kysymyksissä. Yhteistyö farmaseuttisen henkilökunnan kanssa on sen sijaan vähäistä.

”Mielestäni sairaala-apteekissa on enimmäkseen epämiellyttävää asioida! Sinne täytyy mennä aina ’pelokkaalla’ mielellä anteeksipyydellen (taas on lisätilauksen lisätilaus, väärä asiointiaika, viikonloppu tulossa = perjantai klo 15 ...). Ihan hyvin rutiinitilaukset sujuvat ja palvelu sinänsä pelaa, mutta miellyttävää henkilökohtaista kontaktia apteekkihenkilökunnan kanssa ei saa. Lääkekaappien tarkistuksiakin pelätään ja jos huume-korteissa on sattunut virheitä, voi sitä raukkaa joka joutuu asiaa apteekin kanssa selvittämään!” (yo.sair.sh 38)

”Kun itse joskus haen apteekista lääketilauksen ulkopuolelta lääkkeitä, on jotenkin anteeksipyyttävä olo, vaikka tiedän senkin kuuluvan heidän työhönsä. Osaston näkökulmasta katsottuna apteekki elää omaa elämäänsä ja henkilökunnan kanssa ollaan hyvin vähän tekemisissä.” (tk.sh 27)

Sairaanhoitajien tekstit kertovat tyytymättömyydestä sairaala-apteekin palvelukulttuuriin. Farmaseuttisen henkilökunnan käyttäytyminen näyttää sairaanhoitajien silmissä joskus ei-empaattiselta, vaikka kysymys on ehkä enemmänkin pidättyväisestä käyttäytymisestä. Sairaanhoitajien subjektiiviset kokemukset farmaseuttisesta henkilökunnasta eivät ehkä houkuttele parhaaseen mahdolliseen kanssakäymiseen ja sen hyödyntämiseen. Kenttäkokemukseni perusteella sanoisin myös niin, että toisen ammattikunnan edustajalta odotetaan hyvää käytöstä. Omaa käyttäytymistä ei sen sijaan aina reflektoida. Vuorovaikutustaidot ovat kuitenkin yksi ammatillisuuden osa-alueista, ja hoivatyössä niillä on keskeinen merkitys. Farmaseuttisessa koulutuksessa tai työssä ne eivät ole olleet niin keskeisiä. Toisaalta inhimillisessä toiminnassa muodostetaan helposti stereotyyppioita ja yleistetään yksilöiden käyttäytyminen ryhmän ominaisuudeksi. Stereotyyppiä yksinkertaistavat monimutkaista ilmiötä. Ne eivät useinkaan auta ymmärtämään ilmiötä vaan arvostelemaan sitä. Asioilla on aina kaksi puolta. Toisaalta farmaseutti (yo.sair.f 4) toteaa, että *”sitä mukaa kun työn vaatimukset ja kiireisyys ovat lisääntyneet, on hoitohenkilökunnan pinna kiristynyt ja se vaikuttaa kanssakäymiseen epäkohteliaisuutena”*.

Seuraavassa tekstissä sairaanhoitaja painottaa farmaseuttisen henkilökunnan tärkeää roolia potilaan hoitoketjussa ja yhteistyön sujumisen tärkeyttä. Samalla hän tuo esille farmaseuttisen työn erillisyyden. Tekstissään hän myös avaa ovea toisenlaiseen farmaseuttiseen työorientaatioon: lääkekeskeisyydestä kohti potilaskeskeisyyttä. Ihminen on se, jota hoidetaan. Lääke on keino.

”Entistä enemmän tuntuu, että sairaala-apteekki tulee lähemmäksi sairaalan eri yksikköjä, joita se palvelee, pois on jäämässä osastoja nöyryyttävä ilmapiiri – ylhäältä alas katsominen – tilalle tulee tunne että voi vapaasti ja jännittämättä ottaa yhteyttä sairaala-apteekin henkilökuntaan silloin kun heidän korkea ammattitaitoaan tarvitsee, e.m. asioihin vaikuttaa muutamankin henkilön käytös, niin kuin joka yhteisössä. Helposti leimataan kaikki yleensä negatiivisesti. Minusta on ollut hieno asia, että apteekin henkilökunta on ollut myös kiinnostunut niistä ihmisistä joille he päivittäin lääkkeitä yms lähettävät ja valmistavat, näin hekin ehkä pystyvät konkretisoimaan työtään yhtenä tärkeänä osana potilaan hyvää hoitoa, ei vaan irrallisena osana sairaalaa.” (yo.sair.sh 26)

Organisaatioissa on monia tekijöitä, jotka joko helpottavat tai estävät työntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta: organisaation koko, eri osastojen väliset etäisyydet, työnjako, hierarkiat, työntekijöiden fyysiset työtilat, horisontaalisen ja vertikaalisen kommunikaation järjestämisen tavat, erilaiset säännöt ja määräykset. Työnjako määrää, lokeroituvatko tietyt ammattiryhmät omaan yksikköönsä vai työskenteleekö useamman ammatin edustajia samassa työpisteessä. Erottavilla ja yhdistävillä tekijöillä on tärkeä

merkitys. Yhteinen ymmärrys kertyy yhteisten kokemusten myötä. (Trice 1993, 176.) Sairaanhoitajien ja farmaseuttisen henkilökunnan yhteiset kokemukset näyttäytyvät tutkimuksessa vähäisinä ja etäisinä. Joskus ne näyttäytyvät myös epäonnistuneina tai ainakin väärin ymmärrettyinä. Sairaanhoitajien teksteistä ei löydy mainintoja reviiririidoista ja rajanvedoista farmaseuttisen henkilökunnan ja sairaanhoitajien välillä. Tämä saattaa johtua yhteistyön vähäisyydestä ja nimenomaan käytännön kokemusten vähäisyydestä yhdessä työskentelystä perinteisesti sairaanhoitajille kuuluvilla lääkehoidon alueilla. Farmaseuttien teksteissä ja puheissa reviiriristiriitoihin kuitenkin viitataan. Farmaseutti (yo.sair.f 19) tuo esille, että *”hoitajien eriävät mielipiteet aiheuttavat joskus hankaluuksia osastotyöskentelyssä ja osastolla on joskus vaikea saada ääntään kuulumaan, vaikka siellä farmaseutin työn tärkeyttä vakuutellaankin”*. Reviiriristiriitoja löytyy myös sairaanhoitajien ammattilehtien kirjoituksista ja osastofarmasiatoimintaa koskevista kyselyistä.

Joissakin sairaaloissa lääkkeet jaetaan potilaskohtaisiin annoksiin sairaala-apteekissa käyttämällä automaattista lääkkeenjakojärjestelmää. Automatisoidun lääkkeenjakojärjestelmän käyttö Suomessa on vasta alussa, ja sen ennustetaan lisääntyvän tulevina vuosina. Se jakaa uudella tavalla työtä terveydenhuollon kentällä. Perinteisesti lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin on kuulunut sairaanhoitajien toimenkuvaan. Farmaseutti Asta sanoo, että *”kyllä tätä toimintaa on jouduttu kovasti markkinoimaan ja ennakkoluulojakin on sairaanhoitajien puolelta tullut esille”*. Farmaseuttisen henkilökunnan mielestä automatisoitu lääkkeenjakojärjestelmä lisää lääketurvallisuutta. Sairaanhoitajien mielestä se huonontaa lääketurvallisuutta jossakin määrin, koska heidän kykynsä tunnistaa lääkkeet ulkonäöltä huononisi. Novek ym. (2000) päätyvät samansuuntaisiin tuloksiin sairaanhoitajien suhtautumisessa apteekin annosjakelupalveluun. Ojala ym. (2007, 128–133) tulkitsevat sairaanhoitajien vastustuksen apteekin annosjakelupalvelua kohtaan huoleksi oman työn muuttumisesta. Sairaala-apteekin näkökulmasta uusi palvelumuoto ja toimintatapa tuottaa kuitenkin selviä etuja. Apteekissa valmiiksi jaeltuihin annospusseihin on helppo liittää informaatiota potilaalle. Lisäksi farmaseuttinen henkilökunta tarkastaa muun muassa lääkkeiden yhteisvaikutukset ja oikeat antoajat. Tutkimuksen mukaan automatisoidun annosjakelun hyötyjä ovat olleet virheiden väheneminen ja kustannusten säästö (Nadzam ja Macklis 2001, Lovern 2001). Sairaanhoitaja Salme sanoo: *”Ehkä sairaala-apteekin annosjakelupalvelu kapeuttaa jossain määrin sairaanhoitajan työtä. Lääkkeiden jako on myös siistiä työtä.”* Sairaanhoitajan lausuman voi tulkita oman ammatillisen reviirin puolustamiseksi.

Potilaan lääkehoito on hoitamiseen liittyvä toiminto, joka suomalaisessa kulttuurissa on perinteisesti kuulunut sairaanhoitajan toimenkuvaan. Potilaan lääkehoidon toteuttaminen vaatii hyviä tietoja sekä teoriassa että käytännössä. Sairaanhoitajien työssä korostetaan sanontaa ”oikeaa lääkettä, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealla anto-

tavalla, oikealle potilaalle”. Lause kuvaa sairaanhoitajalta vaadittavaa laajaa osaamisprofiilia. Käytännössä lääkehoito saatetaan toteuttaa muiden hoitotoimenpiteiden yhteydessä melko rutiininomaisesti, vaikka se vaatisi enemmän aikaa. (Veräjänkorva 2003.) ”Oikeaa lääkettä, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealla antotavalla, oikealle potilaalle” on sekä sairaanhoitajien että farmaseuttisen henkilökunnan puhetta ja yhtä hyvin myös lääkärin puhetta. Laajemmin sen voi nähdä kaikkien lääkehoitoon osallistuvien retoriikkana. Sairaanhoitajien työssä painotetaan potilaan kokonaishoidon hallintaa. Pelkona on tämän kokonaisuuden pirstoutuminen, jos työ jakaantuu useamman ammattiryhmän kesken. Tämä kertoo rajanvedoista. Sairaanhoitajat haluavat lisätä yhteistyötä, mutta uudenlaisiin työkäytäntöihin ja muutoksiin suhtautumisessa on mukana epäilyjä, pelkoja ja ristiriitoja. Tutkimus on todentanut, että monialainen yhteistyö parantaa lääketurvallisuutta ja että töiden uusjakoa farmaseuttisen henkilökunnan ja sairaanhoitajien kesken voidaan tehdä ilman reviiriristiriitoja (Ridge ym. 1995, Gilbert 1997).

Sairaanhoitajien puheenvuoroissa ilmenee, että farmaseuttista henkilökuntaa luonnehtii tietynlainen ohjeiden taakse piiloutuminen. ”Kysymyksiin saa vastauksen ohjekirjeisiin, Pharmacaan nojautuen, ei mielellään kannanottoa siitä, mitä ’terveellä järjellä’ kyseinen työntekijä itse ajattelisi asiasta.” (yo.sair.sh 28) Farmaseuttinen henkilökunta kokee itsekin kysymyksiin vastaamisen joskus vaikeaksi ja hankalaksi. Kysymyksiin vastaaminen edellyttäisi joskus osastojen käytäntöjen parempaa tuntemista ja perehtyneisyyttä kyseessä oleviin ongelmiin. Tällaisissa tilanteissa farmaseuttisen työn erillisyyttä korostuu. Se huonontaa edellytyksiä antaa informaatiota ja tukea. Yhdessä työskentely käytännön tasolla luo paremmat mahdollisuudet asioiden taustalla olevien ongelmien ymmärtämiseksi ja ratkaisemiseksi.

8.3 ”Avoin vuorovaikutus on tärkeää ja mahdollistaa sitten muuta.”

Lääkärin teksteistä ja puheista löytyy samansuuntaisia elementtejä kuin sairaanhoitajilla. Lääkärit eivät mainitse periaatteellisia puutteita heidän ja sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen yhteistyössä mutta ilmaisevat odottavansa joskus aktiivisempaa tiedottamista. ”Kaikkiin kysymyksiin ja yhteistyöehdotuksiin on kyllä apteekista vastattu.” (yo.sair.lääk. 1) Lääkärit saavat mielestään tietoa aina kysyessään ja tarvitessaan. Informaatiota lääkärit haluavat lääkkeiden taloudellisesta käytöstä, lääkkeiden keskinäisistä hintavertailuista, uusista ja harvinaisista lääkkeistä ja eri vaihtoehtoista. Tietojen he haluavat pohjautuvan puolueettomiin lähteisiin. Aktiivisempi lääkeinformaatio tukisi lääkärin mielestä sekä heidän työtään että sairaanhoitajien työtä. Informaatio pitäisi suunnata sairaanhoitajille ja lääkäreille, ei niinkään vuodeosaston potilaille. Toisaalta teks-

teistä löytyy kannanottoja siitä, että farmaseuttien ja proviisorien roolin laajentuminen kohti potilaslähtoisempää työtä on monessa mielessä toivottava kehityssuunta. Yhdessä työskentelyn (fyysisesti samassa paikassa) katsotaan helpottavan kommunikaatiota ja lisäävän yhteistyötä. Farmaseutin tai proviisorin kuuluminen tiiviisti vuodeosaston työyhteisöön mahdollistaa läheisemmän yhteistyön ja tuo eri osapuolet lähemmäksi toisiaan: hyödyt punnitaan käytännössä. Farmaseuttisen henkilökunnan antama lääkeinformaatio vuodeosaston potilaille on seuraavan lääkärin mielestä jossakin määrin ongelmallinen asia. Pelkona on hoidon kokonaisuuden pilkkoutuminen. *”Hoito pirstoutuu? Usein ei ole kyse lääkeinformaation puutteesta vaan sen perillemenosta. Parhaiten tässä ehkä auttaa hyvä hoitosuhde, jota ei voi hajottaa monelle.”* (al.sair.lääk 11)

Itkonen (2000, 107–111) on pohdiskellut ongelmia, joita voi syntyä, kun potilas saa lääkeinformaatiota usealta eri ammattiryhmältä. Olemassa voi olla syitä, jolloin esimerkiksi tiettyjen lääkkeisiin liittyvien tietojen antamatta jättäminen saattaa olla aiheellista, ja niiden julki tulo aiheuttaa potilaalle vahinkoa. Kun eri osapuolilla ei ole kokonaistietoa potilaalle annetun lääkeinformaation sisällöstä, voi tilanne johtaa ristiriitaisuuksiin. Mutta tämä on vain yksi syy. Taustalla ovat myös vanhat ammatilliset perinteet eli perinteinen työnjako.

Vuodeosastolla sairaanhoitaja on usein luonteva lääkeinformaation antaja ja lääkärin potilaalle antamien ohjeiden tulkitsija ja selventäjä. Sairaanhoitajalla on käytössään kaikki potilastiedot ja sama koskee myös vuodeosastolla työskentelevää farmaseuttia tai proviisoria. Yhteinen konsensus potilaalle annettavasta lääkeinformaatiosta on periaatteessa helposti neuvoteltavissa ja saavutettavissa. Itse en käytännön työssä ole havainnut ristiriitoja lääkeinformaation antamisessa lääkäreiden ja sairaanhoitajien kesken eikä omaa työtäni lääkeinformaation antajana ole rajoitettu, vaan päinvastoin sen antamiseen on kehoitettu.

Farmaseuttisen ammattikunnan rooli lääkeinformaation antajana on 1980-luvun jälkeen lisääntynyt. Airaksisen (1996,76) tutkimuksessa avohuollon apteekkeissa annettavasta lääkeinformaatiosta käy ilmi, että asiakkaat luottavat apteekkien antamaan informaatioon ja ovat siihen tyytyväisiä. Lisäinformaatiolle on kuitenkin olemassa selvää tarvetta, erityisesti lääkkeiden sivuvaikutuksista ja lääkeaine-interaktioista. Itkonen (2000, 79–80) päätyy tutkimuksessaan samaan tulokseen. Asiakkaat haluavat tietoa lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksista, mutta saavat eniten tietoa lääkkeiden annostuksesta ja säilytyksestä. Itkonen pitää lääkeinformaatiota paternalistisena. Lääkeinformaation näkökulmasta tarkasteltuna asiakkaan autonomia toteutuu huonosti.

Työskentely yhdessä avaa farmaseuttisen henkilökunnan ja lääkärin yhteistyölle ja kommunikaatiolle uudenlaisia mahdollisuuksia. Puhuessaan yhteistyön esteistä lääkäri Marianne sanoo: *”Kyllä se on se tietämättömyys toisen tiedoista ja myös auttamishalukkuudesta. Ehkä lääkärit tuntevat farmaseuttien/proviisorien työnkuvan huonosti. Mah-*

dollisesti myös päinvastoin. Fyysisestikin ollaan eri paikoissa.” Yhteistyö ja sen käynnistäminen on alkuun totuttelua puolin ja toisin. Kysyminen on joka tapauksessa huomattavasti helpompaa, kun työskennellään fyysisesti samassa paikassa. Tuttuus ja läsnäolo helpottavat kysymistä. Aili (2002, 110–111) tuo tutkimuksessaan kätilöiden työstä esille, että hyvät suhteet muihin ammattiryhmiin, henkilökohtainen tuttuus ja suhteiden laadukkuus ovat tärkeitä resursseja. Työpaikan koko ja sijainti vaikuttavat suhteisiin, mutta myös se, miten näitä suhteita työstettiin ja millaisia niiden haluttiin olevan. Tutkimus on toisaalta osoittanut, että fyysinen läheisyys ei välttämättä muuta interprofessionaalista kommunikaatiota. Harding ja Taylor (1995) totesivat tutkimuksessaan englantilaisista yleislääkäreistä ja proviisoreista (pharmacist), jotka työskentelivät terveyskeskuksiin kiinteästi kuuluvissa apteekkeissa, että vaikka hyvät suhteet ovat tärkeitä, ne eivät ole interprofessionaalisen yhteistyön mitta. Ne ovat vain kommunikaation välineitä. Interprofessionaaliset suhteet perustuvat myös muihin huomionarvoisiin seikkoihin, kuten oikeudenmukaiseen ja vastavuoroiseen tiedon ja informaation vaihtoon. Terveyskeskusapteekkeissa työskentelevät proviisorit ovat kuitenkin olleet pioneereja rakentaessaan siltoja professioiden välille – erityisesti luomalla hyvät suhteet työn käytännöissä.

Elämme tietoyhteiskunnassa ja informaatiota on runsaasti saatavilla. Uusi teknologia on luonut aivan uudenlaisia tiedon hankkimisen tapoja. Sosiaalisten suhteiden merkitys tiedon hankinnassa on kuitenkin edelleen tärkeää. Sairaanhoitajat kysyvät neuvoa sairaanhoitajilta, lääkärit lääkäreiltä ja farmaseuttinen henkilökunta farmaseuttiselta henkilökunnalta. Kun tieto on pitkälle eriytynyttä, tämä onkin luonnollinen ja varma tapa toimia. Kysyminen oman ammattiryhmän jäseneltä saattaa olla helpompaa tai kysyttävän tiedon ei oleteta tai tiedetä kuuluvan toisen ammattiryhmän osaamisalueeseen, vaikka se itse asiassa olisi heidän osaamisensa ydintä. Aaltonen (1964, 122) toteaa, että kommunikaatiota sairaalassa tapahtuu lähinnä ammatillisia linjoja pitkin. Toisin sanoen esimerkiksi sairaalan osastoilla työskentelevät vaihtavat tietoja eniten omaan ryhmään kuuluvien kanssa. Kokemukseni mukaan näin tapahtuu vieläkin suuressa määrin.

Farmaseuttien visioissa tulee esille työ moniammatillisessa tiimissä tulevaisuudessa farmaseuttisena toimenkuvana. Tiimityö on tunnustettu yhdeksi keinoksi organisaatioiden toiminnan tehostamiseksi. Sen etuna pidetään erilaisten ajattelutapojen hyödyntämistä. Tiimityön periaatteena on, että se antaa kaikille tiimin jäsenille tasa-arvoisen mahdollisuuden toimia ja kehittää työtä. Toisaalta on myös niin, että organisaatioiden hierarkkiset rakenteet, valtasuhteet ja erilaiset kulttuuriset tavat toimia ovat luonnollinen osa tiimien toimintaa. Ne tuovat mukanaan ristiriitoja ja erimielisyyksiä, mutta saattavat myös edistää luovuutta ja ongelmaratkaisua. Abbott (1988, 109) näkee professioiden väliset vuorovaikutussuhteet ristiriitaisina ja jännitteisinä. Ammattien maailmassa käydään kamppailuja monista vallan muodoista, myös kulttuurisesta vallasta. Täydellinen

harmonia on mahdottomuus: vuorovaikutussuhteiden rakentumisessa on aina kyse neuvotteluista ja jonkinasteisen yhteisymmärryksen löytymisestä.

8.4 ”Etuja on vaikea nähdä ennen kuin työskennellään käytännössä yhdessä.”

”Asiakkaita ovat sairaalan vuodeosastot ja niiden potilaat sekä kotisairaanhoidopotilaat, tietyt avohuollon potilaat erityistarpeineen.” (yo.sair.r 12)

”Minun asiakkaitani ovat korkeat virkamiehet maakäräjillä, sairaalan johtaja, klinikoiden ja osastojen johtajat ja yleisö apteekin tiskillä.” (kesk.sair.a 18)

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit pitävät suurimpana asiakasryhmänään vuodeosastoja: niiden henkilökuntaa ja potilaita. Apteekkarit ovat työnkuvansa vuoksi paljon kanssakäymisissä organisaatioiden päättäjien ja virkamiesten kanssa. Työntekijän positio luo erilaisia asiakassuhteita. Yhteistyötä farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit tekevät eniten sairaanhoitajien ja lääkärien kanssa. Yhteistyön muotoja ovat erilaiset työryhmät ja yhteistyöprojektit. Yhteistyö on osallistumista erilaisiin lääketyöryhmiin, joissa sairaala-apteekin edustaja on usein sihteerinä. Sairaanhoitajien kanssa on toteutettu erilaisia projekteja, esimerkiksi lääkehuoneprojekteja. Asiakassuhteet ovat farmaseuttien ja (receptarie) ja apteekkarien mielestä viime vuosien aikana tiivistyneet ja myös asiakkaiden vaatimukset ovat lisääntyneet. Kontakteja ja kysymyksiä on enemmän, ihmiset ovat lukeneempia ja asettavat haasteita farmaseuttisen henkilökunnan kyvyille etsiä ja jakaa tietoa. Myös taloudellisista asioista keskustellaan enemmän. Asiakkaat ovat kiinnostuneita erityispalveluista: valmiiksi käyttökuntoon saatetuista solunsalpaajaliuoksista ja muista ”räätälintyönä” tehdyistä valmisteista. *”Ehkä lisääntynyt tieto kompetenssistamme on johtanut lisääntyviin toiveisiin myötävaikuttaa erilaisissa tilanteissa.”* (yo.sair.a 14)

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit korostavat yhteistyötä vuodeosastojen kanssa ja yhteistyön lisäämistä. Yhteistyö ja dialogi sairaala-apteekin ja vuodeosastojen välillä on viime vuosina lisääntynyt, mutta se on kuitenkin selvästi yksi niitä farmaseuttisen työn osa-alueita, johon farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit haluavat panostaa. Esteiksi yhteistyön lisäämiselle nähdään vanhat traditiot, kulttuuri, vanhahtavat ajattelutavat, vakiintuneet käytännöt ja menettelytavat. Selvää reviiriajatella on myös havaittavissa. *”Moni pitää kiinni omastaan, eikä halua, että toiset ammattiryhmät tömistävät heidän alueelleen.”* (yo.sair.r 2) Esimerkkinä mainitaan, että kun sairaala-apteekissa aloitettiin keskitetty sytostaattien käyttövalmiiksi saattaminen, jotkut sairaanhoitajat vastustivat sitä. Tämä työ oli aikaisemmin kuulunut sairaanhoitajan työnkuvaan ja farmaseuttisen henkilökunnan katsottiin astuvan sairaanhoitajien

reviirille. Samanlaista ajattelua oli ilmennyt myös silloin, kun ravitsemusliuosten käyttövalmiiksi saattaminen siirtyi sairaala-apteekin vastuulle. Enää sairaanhoitajat eivät haluaisi tehdä näitä tehtäviä. Yhdessä tekemisen ja suunnittelemisen ajateltiin häivyttävän ja poistavan esteitä ja ennakkoluuloja. Perinnettä tiiviistä yhteistyöstä ei juuri ole ollut ja sitä on jouduttu luomaan ja rakentamaan. Se, miten asioista neuvotellaan, on tällaisissa tilanteissa tärkeää.

”Emme työskentele osastoilla ja tämä merkitsee sitä, ettei aina ole helppo ymmärtää osastojen tilannetta. Heidänkään (siellä osastolla) ei ole helppo ymmärtää apteekkia. Tarvittaisiin enemmän tietoa toisten työstä ja tilanteista.” (yo.sair.r 13)

”Yhteistyön kehittämisen esteeksi näen toisten osaamisen huonon tuntemuksen ja ENNAKKOLUULOT ja REVIIRIAJATTELUN – puolin ja toisin – tiedän, varsinkin kun kumppanini työskentelee lääkärinä. Etuja on vaikea nähdä ennen kuin työskennellään käytännössä yhdessä.” (kesk.sair.a 5)

Farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden teksteissä tulee esille sama asia kuin suomalaisessakin aineistossa eli toisten ammattiryhmien tietojen ja taitojen huono tuntemus ja ennakkoluulot ammattiryhmien välillä. Toisen ammattiryhmän osaaminen on usein piilossa eikä sitä sen vuoksi välttämättä tunnisteta. Yhteistyön etuja on myös vaikea nähdä; edut näyttävät useimmiten vasta yhdessä työskenneltäessä. Apteekkari Anna sanoo, että *”kysymys on jossain määrin myös arvovallasta”*. Sairaala on hierarkkinen instituutio. Ruotsalaiset pyrkivät kovasti vakuuttamaan, ettei heillä ole hierarkioita. Ne ovat kuitenkin osa organisaatioiden toimintaa. Organisaatiossa toimitaessa on tiedettävä, miten asioissa edetään, missä järjestyksessä ja millä tavalla. Yhteistyön kehittämisen esteenä pidetään myös *”apteekkareiden varovaisuutta ja anteeksipyytävää asennetta”*. Vanhoja ammatillisia asenteita halutaan muuttaa ja toimia rohkeammin ja itsetietoisemmin. *”Matala profiili ei enää ole arvokasta.”*

”Erilaiset traditiot voidaan murtaa, jos me apteekkarit olemme kenttätyössä sairaiden hoidossa ja tapaamme potilaita.”(yo.sair.a 1)

”Rutiinimuutoksia tarvitaan, jäykkyys systeemissä estää yhteistyön kehittymistä.” (yo.sair.r 19)

Myös resurssien vähyys on este yhteistyön lisäämiselle. Uusien tehtävien vastaanottaminen edellyttäisi henkilökunnan lisäämistä. Oman organisaation katsotaan estävän palveluita, joita vuodeosastoille voitaisiin antaa, koska tulos- ja tehokkuusmittauksissa näitä palveluita ei lasketa lisäarvoksi. Sitä lisäarvoa, jota tiiviimpi yhteistyö vuodeosastojen kanssa mahdollisesti toisi mukaan, ei osata hinnoitella. Toisaalta Apoteket AB:n katsotaan tukevan yhteistyötä ja kliinisen farmasian kehitystä, mutta organisaation omat ongelmat ovat olleet esteenä.

8.5 ”Sairaala-apteekki on eristetty tärkeimmästä asiakkaastaan eli potilaasta.”

Ruotsalainen sairaanhoitaja (yo.sair.sj 4) kirjoittaa:

”Sairaala-apteekissa tehdään näkymätöntä työtä. Sairaala-apteekiksi sitä kutsutaan vain siksi, että se sattuu sijaitsemaan sairaala-alueella. Kuvaisin sitä työpaikaksi, joka on eristetty tärkeimmästä asiakkaastaan eli potilaasta. Sairaala-apteekin pitäisi olla lenkki lääkeyritysten ja potilaan/vuodeosaston/lääkärin/sairaanhoitajan välillä, kun kysymys on lääkeinformaatiosta ja -neuvonnasta, auttamisesta ja niin edelleen. Silloin olisi oikein kutsua sitä sairaala-apteekiksi. Farmaseuttien/apteekkareiden olisi hyödyllistä nähdä potilas siinä ympäristössä, missä hän on. Tällöin konkretisoituisivat lääkityksen liittyvät erilaiset käytännölliset ongelmat. Tämä lisäisi ymmärrystä monella tavalla. Ehkä se myös antaisi ideoita farmaseuttien ja proviisorien työn ja koulutuksen kehittämiseksi. Minkäänlaisia konkreettisia haittoja en näe, jos farmaseuttinen henkilökunta työskentelisi vuodeosastolla. Olen tavannut muutamia farmasian opiskelijoita, jotka ovat antaneet hyvin positiivista palautetta tutustumisestaan vuodeosastojen käytäntöihin, lääkkeiden käsittelyyn siellä ja erilaisiin niihin liittyviin ongelmiin. Myös omat näkemykseni farmaseuttista työstä ovat laajentuneet. Tämä on ollut hyvin hyödyllistä!”

Sairaanhoitaja toivoo sairaala-apteekin ja farmaseuttisen henkilökunnan kiinnittävän tiiviimmin osaksi potilaan hoitoa. Hän kyseenalaistaa sairaala-apteekin nimen, koska ei näe sen toiminnan liittyvän tarpeeksi kiinteästi vuodeosastojen toimintaan. Hän kutsuu farmaseuttista henkilökuntaa tutustumaan vuodeosastojen toimintaan ja lääkahoitojen ongelmiin. Käytännön toiminnan näkeminen auttaisi farmaseuttista henkilökuntaa oivaltamaan kehittämissideoita ja havaitsemaan yhteistyön tarpeita ja -tapoja.

Ruotsalaiset sairaanhoitajat näkevät sairaala-apteekin sen perinteisen ydintehtävän kautta. Sairaala-apteekki on lääkkeiden varastointi-, toimitus-, informaatio- ja valmistuspaikka. Sairaala-apteekki on palveluyksikkö, joka auttaa sairaalaa ja vuodeosastoja lääkehuollossa. Sairaanhoitajat kirjoittavat farmaseuteista (receptarie) ja apteekkareista farmasian asiantuntijoita, jotka jakavat tärkeää tietämystä, ovat luotettavia, tarkkoja ja palvelualttiita. Sairaanhoitajat eivät kyseenalaista farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden asiantuntemusta heidän ”omalla, vaikealla alueellaan”. Farmaseuttisen työn ajatellaan sisältävän paljon kontrollointia. Näkemys farmaseuttisesta toiminnasta näyttää sairanhoidajien näkökulmasta joskus kapea-alaisena: ”Farmaseutit ja apteekkarit ovat varastohenkilökuntaa. Tilaamme varastosta lääkkeitä, emme näe muuta toimintaa”. (yo. sair.sj 8)

Sairaala-apteekki on monesti kaukana vuodeosastoista. Tämä luo vierauden tunnetta tai sairaanhoitajat eivät ainakaan koe sairaala-apteekkia läheiseksi. Sairanhoitajat kertovat tietävänsä melko vähän sairaala-apteekin toiminnasta, vaikka joillakin oli melko paljon yhteistyötä farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden kanssa. Yhteistyö liittyi lääkeneuvontaan ja projekteihin uuden toiminnan käynnistämiseksi. Yhteistyöstä osastolla työskentelevän farmaseutin (receptarie) tai apteekkarin kanssa ei ole

kokemusta. Sairaanhoidajien on melko vaikea mieltää, millainen farmaseutin (receptarie) tai apteekkarin työnkuva osastolla voisi olla. Myös selvää reviiriajattelua on havaittavissa. Sairaanhoidaja kirjoittaa, että *”lääkkeiden jakaminen ja antaminen potilaalle on traditiotyö, joka kuuluu sairaanhoidajalle”*. (yo.sair.sh 3) Reviiriajatteluun törmäsin myös vieraillessani vuodeosastolla. Siellä kerrottiin, ettei osastolla ole minkäänlaista tarvetta farmaseutin (receptarie) tai apteekkarin työpanokselle. Jouduin ikävään tilanteeseen, koska olin esitellessäni itseäni kertonut työskenteleväni farmaseuttina samantyyppisellä vuodeosastolla. Toisaalta sairaanhoidajat toteavat, että farmaseuttisen henkilökunnan työskentelystä vuodeosastoilla olisi etua. Eduiksi nähdään lääkeinformaation parantuminen ja nopeus, parempi ymmärrys eri ammattiryhmien välillä ja sairaanhoidajan ajan käyttäminen enemmän hoitotyöhön.

Kysymykseni, onko farmaseuttinen henkilökunta kysynyt neuvoa hoitohenkilökunnalta, ihmetytti ruotsalaisia sairaanhoidajia. Esitin saman kysymyksen vieraillessani vuodeosastoilla. Neuvojen kysyminen osoittautui yksisuuntaiseksi. Hoitohenkilökunta kysyy neuvoa farmaseuttiselta henkilökunnalta. Sairaanhoidajat kertoivat, että farmaseuttinen henkilökunta tekee kysymyksiä vain kun on lääketilauksissa epäselvyyksiä. Eikö farmaseuttisella henkilökunnalla ole käyttöä sairaanhoidajien tiedoilla? Kysymysten yksisuuntaisuus kertoo läheisen yhteistyön vähyydestä. Sairaanhoidajien mukaan farmaseuttisella henkilökunnalla ja sairaanhoidajilla ei juurikaan ole yhteisiä, luonnollisia kohtaustilaisuuksia. Yhteisiä koulutustilaisuuksia ei ole tai niistä ei ainakaan tiedetty. Työnjako terveydenhuollon kentällä lokeroi terveydenhuollon eri ammattiryhmät suurelta osin omiin koulutustilaisuuksiinsa.

8.6 ”Farmaseuttien/apteekkareiden pitäisi tulla näkyvämmiksi vuodeosaston henkilökunnalle.”

”Mikään ei estä yhteistyön lisäämistä esimerkiksi lääkeinformaatiossa.”
(yo.sair.läk 1)

”Ei ole olemassa puutteita, jotka vaikuttaisivat päivittäiseen työskentelyyn sairaanhoidossa. Puutteita löytyy mahdollisesti, jos työskennellään enemmän toimintatavoitteellisesti.” (yo.sair.läk 6)

Ruotsalaiset lääkärit ovat suhteellisen tyytyväisiä siihen palvelun ja yhteistyön tasoon, jota sairaala-apteekki tarjoaa. Kokemusta yhteistyöstä on eniten kliinisiin tutkimuksiin ja lääkeinformaatioon liittyvissä asioissa. Yhteistyötä on tehty erilaisissa projekteissa ja työryhmissä, STRAMA:ssa (Strategigruppen för rationell antibiotika-användning och mot antibiotikaresistens), tutkimuksessa, opetuksessa, uusien rutiinien omaksumisessa, lääkkeiden käsittelyn ja valmistuksen kehittämisessä, lääkelainsäädäntöön liittyvissä

asioissa ja lääkestatistiikan kehittämisessä. Sairaala-apteekin lääkeinformaatiotoimintaa lääkärit pitivät hyvänä. Lääkärit esittivät toiveita tiiviimmästä yhteistyöstä. *”Apteekkarit voisivat avustaa omalla ammattispesifisellä taidollaan, niin että kokonaisuus tulisi paremmaksi. Olisi hyvä, jos apteekkarit voisivat olla aktiivisempia.”* (yo.sair.läk 5)

Lääkeinformaatioon liittyvän yhteistyön lisäämiselle lääkärit eivät näe esteitä. He toivoivat lääkeinformaatiota, sillä apteekkareiden asiantuntemus liittyy juuri lääkkeiden annostukseen, farmakokinetiikkaan ja -dynamiikkaan. Apteekkipalvelut voisivat laajentua lääkäreiden mielestä niin, että pääosa lääkkeistä toimitettaisiin käyttövalmiiksi saatettuina potilaille, jolloin lääkkeiden valmistaminen ja laimentaminen vuodeosastoilla vähenisi. Yhteistyössä eri ammattikategorioiden välillä on kuitenkin parantamisen varaa. *”Olen melko tyytyväinen yhteistyöhön tietyissä asioissa, en kuitenkaan kaikissa.”* (yo.sair.läk 4)

4) Apteekkareiden ammattitaidon vahvuudet tuovat lääkäreiden mielestä lisäarvoa ja hyötyä potilaiden hoitoon ja tukevat lääkäreiden työtä. Tätä farmaseuttista erityisosaamista pitäisi hyödyntää paremmin. Tiiviimpi yhteistyö voisi hyödyttää sekä lääketurvallisuutta että taloutta. Lääkärit toteavat, että eri ammattiryhmillä on erilaiset näkökulmat ongelmiin, erilainen koulutustausta ja myös erilainen toimeenpanovalta. Puutteita ei myöskään aina ole helppo nähdä. Asiat, jotka tapauksessa hoituvat tavalla tai toisella.

Lääkärit suhtautuvat myönteisesti farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden antamaan lääkeinformaatioon sairaanhoitajille ja lääkäreille. Viime kädessä potilaatkin tästä hyötyvät. Sen sijaan ajatus, että farmaseuttinen henkilökunta antaisi lääkeinformaatiota vuodeosaston potilaille, herättää lääkäreissä jonkinasteista vastarintaa. Yhdellä lääkärillä oli kokemusta yhteistyöstä vuodeosastolla työskentelevän apteekkarin kanssa, mutta ei Ruotsissa vaan Yhdysvalloissa. Hän näkee apteekkarin roolin vuodeosastolla mieluummin niin, että apteekkari informaation antajana on lähellä lääkäriä ja sairaanhoitajaa, ei potilasta. Lääkäreistä oli jotenkin hämmäntävää mieltä apteekkarin roolia vuodeosastotyössä. Heidän mielestään farmaseuttista henkilökuntaa ei tarvita kokopäiväisesti vuodeosastoilla. Toisaalta lääkärit kirjoittavat farmaseuttisen henkilökunnan näkymättömyydestä ja tuntemattomuudesta. Näkyvyys loisi yhteistyölle paremmat mahdollisuudet.

”Farmaseuttien/proviisorien pitäisi tulla näkyvimiksi vuodeosaston henkilökunnalle, mikä helpottaisi yhteistyötä. Mahdollisesti potilaita sekoittaisi se, että eri ammattiryhmät antaisivat erilaista informaatiota lääkkeistä. Joskus olen hämmästynyt, kun potilaat ovat kertoneet, millaisia neuvoja he ovat saaneet apteekista, kun ovat noutaneet lääkkeitään sieltä.” (yo.sair.läk 3)

”Näkinsin farmaseuttisen henkilökunnan lähellä sairaanhoitajaa ja lääkäriä, mutta ei lähellä potilasta. Olen ollut tiiviissä yhteistyössä tehtäessä klinisiä lääketutkimuksia. Osastolla oli myös joitakin vuosia sitten erittäin hyvä laatuprojekti sairaala-apteekin kanssa. Se koski sytostaattikuureja ja niiden käyttövalmiiksi saattamista. Tämänlaatuinen yhteistyö on toivottavaa.” (yo.sair.läk 1)

Farmaseuttisen työn näkyvyys ei lääkäreiden mielestä ollut lisääntynyt heidän työpaikallaan. Apteekki oli kyllä aktivoitunut lääketilaus- ja varastonpitorutiinien suhteen.

Esille tulee myös, että *”se on tullut sillä tavalla näkyvämmäksi, että apteekeissa suora neuvonta potilaille joskus häiritsee potilas-lääkäri suhdetta”*. Onko farmaseuttiselle henkilökunnalle sallittu paikka jossakin taustalla, ei potilaan vuoteen vieressä vaan sairaanhoitajan ja lääkärin resurssina? Haittoja ja hyötyjä on vaikea nähdä ennen kuin toimitaan käytännössä yhdessä. Uuden ammattikategorian ilmaantuminen vuodeosastolle saattaa uhata tuttua työyhteisöä ja työskentelytapoja. Kertooko tämä myös vaihtoehtomuudesta työnjaossa ja moniammatillisessa työssä? Lääkärit tekevät myös rajavetoja. He eivät varsinaisesti vastusta uudenlaista farmaseuttista orientaatiota, mutta asettavat rajoja määrittelemällä, millaista he haluavat sen olevan. Lääkärit arvostavat farmaseuttista erityisosaamista, ja tämä on tietysti yhteistyön lisäämiselle edellytys ja mahdollistaja. Yhteydenotto farmaseuttiseen henkilökuntaan *”olisi ehkä helpompaa, jos jokaisella klinikalla olisi oma henkilö, jonka puoleen kääntyä ensi tilassa”*. (yo.sair.läk 3) Tämänkin kannanotto kertoo siitä, että tuttuus helpottaisi ja mahdollisesti lisääisi yhteistyötä.

Uusien, kalliiden lääkkeiden tulo markkinoille on lisännyt kustannuspaineita. Tämä asia tulee esille lääkärin teksteissä, kun he kirjoittavat yhteistyöstä sairaala-apteekin kanssa. Sairaalassa järjestettiin kenttätyöjaksoni aikana laajapohjainen kokous lääkekustannusten kehityksestä. Kokouksessa peräänkuulutettiin selkeitä linjoja, valitettiin lääkkeiden käytön huonoa seurattavuutta ja korostettiin kustannusvastuuta. Kalliiden lääkkeiden nopea kehitys vaatisi lääkkeiden käytön parempaa seurattavuutta: tämänhetkinen seuranta on liian passiivista, retrospektiivistä ja työnä aliarvostettua. Tarvitaan puolueetonta tietoa lääkkeiden kustannushyötysuhteista ja hyvää dokumentaatiota. Sairaala-apteekin roolia tässä asiassa lääkärit pitävät tärkeänä. Toisaalta on kyse niin suuresta asiasta, että sen katsotaan vaativan laajamittaista yhteistyötä.

Väliyhteenveto

Suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien mielestä yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkärin kanssa on viime vuosina lisääntynyt. Keskinäistä yhteistyötä tarvitaan kuitenkin enemmän. Lääketurvallisuutta voidaan parantaa yhteistyöllä, ja myös taloudellisuuden ja tehokkuuden lisääntyneet vaatimukset asettavat haasteita yhteistyölle. Resurssien puute, asenteet, farmaseuttisen työn huono näkyvyys ja ennakkoluulot ovat esteinä yhteistyön kehittämiseksi. Myöskään *”perinnettä yhteistyöstä ei ole.”*(yo.sair.p 25) Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden yhteistyö ja dialogi lääkäreiden ja sairaanhoitajien kanssa on lisääntynyt. Esteitä yhteistyön kehittämiseksi ovat vanhat traditiot, vanhahtavat ajattelutavat, vakiintuneet käytännöt ja menettelytavat sekä ennakkoluulot ja reviiirijattelu. Myös Apoteket AB:n nähdään olevan yhteistyön

kehittämisen esteenä. Farmaseuttinen henkilökunta hakee sekä Suomessa että Ruotsissa uutta työnjaollista vaikuttamisen paikkaa pyrkimällä lisäämään yhteistyötä. Se on yksi farmaseuttisen työn kehittämisen kohde.

Suomalaiset sairaanhoitajat kokevat, että sairaala-apteekki tai lääkekeskus on liian kaukana osastojen toiminnasta. Tämä vaikeuttaa keskinäistä yhteistyötä. He pitävät farmaseuttista henkilökuntaa luotettavana ja asiantuntevana, mutta subjektiivisella tasolla kanssakäymisessä ja saadussa palvelussa on häiriöitä, jotka haittaavat yhteistyön rakentumista. Rajanvedot näiden kahden ammattiryhmän välillä eivät tule kovin selvästi esille, mutta viitteitä niistä on havaittavissa. Myös ruotsalaiset sairaanhoitajat tuovat esille sairaala-apteekin erillisyyden. Tämä erillisuus estää läheisemmän yhteistyön luomista. He pitävät farmaseuttista henkilökuntaa osaavana, luotettavana ja palvelualttiina. Selvää rajanvetoa kahden ammatillisen ryhmän välillä on nähtävissä.

Suomalaiset lääkärit esittävät toiveensa sairaala-apteekin/lääkekeskuksen aktiivisemmasta tiedottamisroolista. Lääkärien saama informaatio leimautuu passiiviseksi: he saavat tietoa aina kysyessään. Lääkärit pitävät sairaala-apteekkia/lääkekeskusta yhteistyömyönteisenä, mutta eivät aina olleet varmoja farmaseuttisen henkilökunnan auttamishalukkuudesta tai eivät ehkä välttämättä osanneet käyttää sairaala-apteekkia/lääkekeskusta informaation lähteenä. Ruotsalaiset lääkärit pitävät sairaala-apteekin lääkeinformaatiotoimintaa hyvänä, mutta toivovat aktiivisempaa tiedottamista ja aktiivisempia apteekkareita. Periaatteessa kyseessä on samanlainen kannanotto kuin suomalaisessa aineistossa. Yhteistyön tiivistämistä pidetään tarpeellisena, mutta ruotsalaiset lääkärit rajaavat ja määrittelevät yhteistyön muotoja ja tapoja merkittävästi.

9 Työn metaforat ja symbolit ja työn näytteille asettaminen

Tässä luvussa avaan ikkunaan farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuuriin tulkitsemalla metaforia ja tarkastelemalla symboleja. Pyrin myös esittelemään, miten farmaseutit ja proviisorit asettavat työnsä näytteille ja miltä tämä näytteille asettaminen näyttää lähiammattilaisten silmissä. Farmaseuteille ja proviisoreille kohdistamassani kyselyssä pyydän vastaajia luonnehtimaan työpaikkaansa vertauksella. Esitän kysymyksen sekä suomalaisille että ruotsalaisille farmaseuteille ja proviisoreille että myös ruotsalaisille sairaanhoitajille. Etsin metaforia myös muusta aineistosta. En tee eroa metaforan ja vertauksen välille. Tutkimuksessani ne palvelevat samaa tehtävää. Metaforat sekä kätkevät että paljastavat. On syytä painottaa niiden kontekstiyhteyttä, jotta ristiriitaiset tulkinnat olisivat vältettävissä. Kysyn aineistoiltani, millaisia metaforia farmaseutit ja proviisorit käyttävät kirjoittaessaan ja puhuessaan työstään ja miten he määrittelevät paikkaansa metaforien kautta tulkittuna. Tarkastelemalla aineistoissani esiin tulevia metaforia, symboleja ja työn näytteillepanoa, pyrin vastaamaan kysymykseen, millaisia arvoja ja merkityksiä farmaseutit ja proviisorit työhönsä liittävät. Tarkastelen myös sairaanhoitajien ja lääkäreiden käyttämiä metaforia. Tutkimuksessani metaforat ja symbolit toimivat reflektion välineinä, koska ne pakottavat ajattelemaan uudella tavalla.

9.1 Symbolit kulttuurin ilmentäjinä

Farmasian (lääkitsemisen) ammatti on vanha ammatti. Sairauksia on aina ollut ja lääkin-tätaitoa on tarvittu. Farmasiassa on käytössä traditionaalisia symboleita, jotka ovat hyvin vanhoja. Näitä symboleita näkee esimerkiksi farmasian tiedekuntien, ammattiyhdistyksien ja apteekkien painotuotteissa. Symboleita ovat myös vanhat esineet, joita apteekeissa pidetään esillä. Abbott (1988, 61) toteaa, että vanhat professiot pitävät yllä arkaismia, koska se tarjoaa yhdyssiteen romantisoituun menneisyyteen. Professiot, joilta puuttuu historia, eivät voi sitä tehdä. Farmasian vanhat symbolit ja esineet palvelevat tätä tehtävää. Ne tuovat menneisyyden läsnä olevaksi ja kuvaavat pysyvyyttä. Ne luovat yhdyssiteen romantisoituun menneisyyteen.

Symboli on merkki, tunnusmerkki tai tunnuskuva. Se on vertauskuva, joka esittää jotakin asian olennaista puolta, tai sitä kuvaava kuva tai esine. Käärme, kreikkalaisessa

mytologiassa lääkintätaidon jumalan Asklepioksen (lat. Aesculapius) pyhä eläin, on yksi farmasian yleisesti käytetyistä symboleista. Käärmeeseen on liitetty monissa kulttuurissa ihmeperantamisen kyky. Toinen farmasiaan kiinteästi liittyvä symboli on Hygieian malja. Kreikan mytologiassa Hygieia, terveyden jumalatar, oli Asklepioksen tytär. Hygieia pitää kädessään lääkejuomamaljaa, jonka ympärille on kietoutunut käärme. Hygieian maljan kautta naiset on liitetty jo kauan lääkitsemiseen. Käärmeen ja maljan ohella farmasiaa symboloi myös vaaka, täsmällisyyden ja tarkkuuden kuvaaja. Asklepioksen sauvan ympärille kietoutunut käärme on lääkäreiden ammattikunnan käyttämä symboli. Käärme on yhä lääkintätaidon tunnus. (Nokela 1998, 44–57, Slining 2000.)

Farmasiaan yleisesti liittyvä symboli on myös mortteli eli huhmar. Se on ollut väistyvä työväline¹⁶, jolla on symbolinen arvo. Mortteli ja pistilli eli survin ovat Suomen Farmasialiiton symbolisia tunnuskuvia. Aikaisempi Farmasialiiton tunnus käärme seppelieineen ei koskaan ollut virallisesti liiton merkki. Uusi tunnus otettiin käyttöön vuonna 1957. Farmasian laitoksen sigillissä on kuvattu myrkyä valuttava käärme, joka on kiertynyt kolme kertaa lääkemaljan jalan ympärille. Sigillissä on seppeli, jossa on digitaliksen eli sormustinkukan ja papaveriksen eli unikon lehtiä. Ne symboloivat elämää ja kuolemaa. Seppelikuvioiden vieressä on 12 alkemistimerkkiä. (Nokela 1998, 44–57.) Ruotsissa farmaseuttisen tiedekunnan esitteessä on kuvattu käärme ja lääkemalja. Samoin Apoteket AB:n symboli on käärmeen ja myrkkymaljan yhdistelmä. Vaaka on usein esillä apteekkien esitteissä ja painotuotteissa symbolina. Käärme symboloi parantamista. Tällä symbolilla farmasian ammattilaiset ovat liittäneet ja liittävät itsensä potilaan lääkitsemiseen ja parantamiseen. Suomalaisten proviisorien sormuksessa on kaksi käärmettä ja myrkkymalja. Vanha symboliikka on arkipäivässä läsnä. Käärme symbolina on myös side vanhaan, yhteiseen historiaan lääkärinkunnan kanssa. Käärme yhtenä symbolina on käytössä molemmilla ammattikunnilla. Symboleilla on rakennettu ja rakennetaan ammatin imagoa.

Virkapuvut ja muu ammatillinen vaatetus ovat syvästi symbolisia. Monissa ammateissa virkapukuun pukeutuminen on vihkiytymistä ammatilliseen rooliin kaikkineen velvollisuuksineen ja oikeuksineen. (Trice 1993, 211.) Symbolit ovat kulttuurin tulkitsijoita. Ne vahvistavat identiteettiä ja kuuluvuutta johonkin ryhmään. Valkoinen vaatetus on ehkä farmaseuttien ja proviisorien selvin symboli. Sairaalat ovat hierarkkisia organisaatioita ja erottelevat henkilökuntaa muun muassa pukukoodein. Valkoinen takki tai vaatetus on terveydenhuollon kentällä yksi roolipuku. Se symbolisoi puhtautta. Valkoisella takilla on lääketieteen historiassa hyvin pitkä perinne. Farmaseutit ja proviisorit käyttävät sekä Suomessa että Ruotsissa useimmiten valkoisia työvaatteita. Näin he

¹⁶ Mortteli ja pistilli ovat edelleen käytössä jonkin verran työvälineinä farmaseuttisessa työssä. Ne löytyvät myös vuodeosastojen lääkekaapeista ja niitä käytetään tablettien murskaamiseen ja jauhamiseen.

ilmaisevat vaatteiden kautta kuuluvansa terveydenhuoltohenkilöstöön. Vaatteilla viestitään myös työn tarkoitusta; potilaan hoitamiseen ja parantamiseen tähtäävää tehtävää.

Tutkimuskohteessani proviisorit käyttävät samanlaisia valkoisia takkeja kuin lääkärit. Farmaseutit ja lääketyöntekijät pukeutuvat samanlaisiin vaatteisiin kuin useimpien vuodeosastojen hoitajat. Kuva ei kuitenkaan ole yhtenäinen eikä sääntö ehdoton. Pukeutumistavallaan proviisorit pyrkivät tuomaan esille asemaansa hierarkian portailla ja samastumaan lääkäreihin. Monet työntekijöistä valitsevat työasukseen housupuvun. Se on suhteellisen uusi pukeutumistapa. Vielä 1990-luvun alussa housupuvun käyttö oli lähes tuntematonta; naistyöntekijät pukeutuivat naisten vaatteisiin. Joillakin sairaalan osastoilla on käytössä erilainen vaatetus, esimerkiksi vihreä asu. Tutkimuskohteessani anestesian teho-osastolla työskentelevät farmaseutit käyttävät samanlaista vihreää vaatetusta kuin teho-osaston työntekijät. Tällä he pyrkivät samastamaan itsensä osaston henkilökuntaan ja samalla erottautumaan sairaala-apteekin henkilökunnasta. Sairaala-apteekin lääkevalmistustiloissa työskentelevillä on erilainen vaatetus. Vaatteet ovat siniset tai vihreät. Pukeutuminen on hyvin tarkkaa aina alhaalta ylös asti GMP¹⁷-säännöistä johtuen. Tämä pukeutumistapa viestittää puhtautta ja laatutietoisuutta. Farmaseutti Anni sanoo, että *”aikaisemminkin oltiin hyvin tarkkoja pukeutumisen suhteen ja ulkonäönkin suhteen. Ei saanut käyttää meikkiä eikä koruja, eikä ollut suotavaa erottua hirveästi joukosta. Kun täältä lääketoimituksesta lähdettiin syömään ruokasaliin, kengätkin piti vaihtaa. On tämä ulkonäkö asia nyt ainakin jonkin verran muuttunut”*.

Ruotsalaisessa sairaala-apteekissa työskentelevä farmaseuttinen henkilökunta käyttää työnantajansa eli Apoteket AB:n vaatteita. Sekä apteekkarit että farmaseutit (receptarie) käyttävät samanlaista valkoista takkia. Opiskelijoilla työvaate on vihreä. Pukeutuminen erottaa sairaala-apteekin työntekijät sairaalan muista ammattiryhmistä. Farmaseutti (receptarie) Malin sanoo: *”Kun näyttäytyy vuodeosastolla Apoteket AB:n takissa tullaan kysymään monenlaisia asioita”*. Repliikki kertoo tärkeän asian: fyysinen vuorovaikutus on tarpeellista. Malin jatkaa: *”Pukeutumisessa on otettava huomioon Apoteket AB:n ohjeet ja suuntaviivat. Ei oikein suosita liiallista erottautumista, ehkä nyt pieniä variaatioita.”* Kulttuuri pitää yllä samankaltaisuuden ihannetta, liiallinen erottautuminen ei ole suotavaa. Yhdenmukaisilla pukeutumistavoilla viestitetään kuulumista ryhmään. Farmaseutit (receptarie) toteavat, että vaatetuksen ei välttämättä tarvitsisi olla valkoinen, mutta siitä on vaikea luopua, kun niin on aina tehty. Lääkevalmistuksessa työskentelevien farmaseuttien (receptarie) vaatteet ovat siniharmaat, ja pukeutuminen on tarkkaan säänneltyä ja ohjeistettua.

¹⁷ Good Manufacturing Practices.

Nimikehierarkia ja tittelit paikan määrittäjinä

Farmasian ammattinimikkeet ovat vanhaa perua. Sanat apteekki ja apteekkari pohjautuvat kreikan kieleen ja merkitsevät varastoa ja varastonhoitajaa. Sana proviisori tulee latinasta ja merkitsee huolenpitäjää. Angloamerikkalaisessa kontekstissa on siirrytty vanhasta apothecary-nimityksestä pharmacist-nimikkeeseen. Sekä Suomessa että Ruotsissa vanhat nimitykset ovat yhä käytössä. Suomalaisessa virallisessa ammattiluokituksessa proviisorit kuuluvat erityisasiantuntijoiden ja farmaseutit asiantuntijoiden ryhmään. Koulutus jakaa farmaseuttisen henkilökunnan kahteen statuskategoriaan. Uusia luokitteluja on syntynyt jatkuvasti, ja nimikehierarkia on runsas. Eri teksteistä on löydettävissä seuraavanlaisia virallisia ja epävirallisia nimityksiä: apteekkari, (apteekki)proviisori, (apteekki)farmaseutti, sairaala-apteekkari, sairaalaproviisori, sairaalafarmaseutti, terveyskeskusfarmaseutti, apulaisapteekkari, vastaava proviisori, apulaisproviisori, johtava farmaseutti, vastaava farmaseutti, osatoiminnoista vastaava farmaseutti, osastofarmaseutti, erikois(tunut) farmaseutti, erikois(tunut) proviisori ja farmasisti. Nimitykset erottelevat julkisella sektorilla toimivat avoimuuden apteekkeissa toimivista ja sairaalassa työskentelevät lääkekeskuksissa työskentelevistä.

Sairaala-apteekkeissa lääkekeskuksissa nimitykset ovat muuttuneet ja niitä on tullut lisää. Vastaava farmaseutti hoitaa sairaala-apteekkiin kuuluvaa mutta siitä fyysisesti erillään olevaa toimipistettä. Farmaseuttien toimenkuvia kuvaavat nimitykset lääkevalmistusfarmaseutti, sytostaattifarmaseutti, ostajafarmaseutti, kliinisistä tutkimuksista vastaava farmaseutti, toimitusfarmaseutti, atk-farmaseutti, annosjakelufarmaseutti ja koordinaatiofarmaseutti. Johtava farmaseutti on lääkekeskuksen toiminnasta vastaava farmaseutti. Nimitys on johtava farmaseutti, vaikka lääkekeskuksessa työskentelisi vain yksi ainoa farmaseutti. Erikois(tunut) farmaseutti ja proviisori ovat farmasian erikoistumisopinnot yliopistossa suorittaneita.

Nimitys farmasisti on ongelmallinen. Euroopan Unionissa Suomi ja Ruotsi ovat ainoat valtiot, joissa farmaseutin tutkinnolla on työelämävastaavuus. Euroopan yliopistoissa alempi korkeakoulututkinto (bachelor) on tavallinen, mutta farmasia tekee poikkeuksen; yliopistoissa voi suorittaa vain ylemmän korkeakoulututkinnon (pharmacist), jota Suomessa vastaa proviisorin tutkinto ja Ruotsissa apteekkarin (apotekare) tutkinto. Suomessa alettiin farmasian alan ammattilehdissä 1980-luvulla käyttää nimitystä farmasisti, mutta mikään virallinen nimitys se ei ole. Farmasisti-nimike kattaa sekä proviisorin tutkinnon suorittaneet että farmaseutin tutkinnon suorittaneet. Erilainen tutkintorakennejärjestelmä tuottaa ongelmia farmaseuteille kansainvälisissä yhteyksissä. Kysymys on statuseroista sekä koulutuksen että ammatillisen aseman tasolla. Se myös rajoittaa farmaseuttien työmahdollisuuksia Euroopan Unionissa. Farmasisti-nimike kertoo proviisorien ja farmaseuttien työtehtävien päällekkäisyydestä: tietyt tehtävät ovat

mahdollisia kummallekin ammattiryhmälle. Mielenkiintoista on, mitä farmasisti-nimikkeellä on tavoiteltu ja millä logiikalla sen käyttöön on päädytty. Sillä on analogia ruotsalaisessa terminologiassa. Siellä farmaceut-nimike kattaa sekä receptarie- että apteekkaritutkinnon suorittaneet. Nimityksellä yhdistetään kaksi amatillista status-kategoriaa. Nimikehierarkia määrittää ja sen kautta määritellään työntekijöiden paikkaa organisaatiossa ja työpisteissä. Ammattinimikkeet luovat merkityksiä ja arvostuksia. Bourdieu (1987) käyttää ilmaisua symbolinen pääoma koulutuksellisista kvalifikaatioista ja professionaalista titeleistä. Tällä pääoman lajilla ammattikunta pyrkii ja pystyykin lisäämään sekä autonomiaa että statusta.

Nimitykset kertovat myös farmaseuttisen työn sisällöistä. Tietyt työt vaativat lisäkoulutusta ja pidemmän harjaantumisaajan. Näin muodostuu hierarkkisia kategorioita. Toiset työtehtävät ovat myös arvostetumpia kuin toiset. Suomalaisessa kontekstissa lääkeinformaatiokin on jaettu erilaisiin tasoihin; vaativaan ja vähemmän vaativaan lääkeinformaatioon. Suomen Farmasialiitto ry:n julkiselle sektorille kehittämässä työn vaativuuden mittarissa esitetään farmaseuttisen tietouden vaativuuden kasvavan asiakaspalvelun kohderyhmien mukaan seuraavasti: potilasasiakas > hoitohenkilöstö > lääkäri > asiantuntijat > kollegat > viranomaiset > päättäjät > yritykset > lehdistö > ym. tiedotusvälineet. Mielestäni lääkeinformaation vaativuustaso on usein tilannesidonnaista. Potilasasiakkaat ovat modernissa maailmassa yhä tietävämpiä ja vaativampia. On myös niin, että terveydenhuollon ammattilaisen ja maallikon kohtaamisessa tietoa joudutaan usein tulkitsemaan. Se ei aina ole helppo tehtävä. Sairaanhoidajien/lääkärien ja farmaseuttien /proviisorien kohtaamisessa kyse on terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisesta. Nämä ryhmät elävät ainakin jossain määrin samanlaisissa maailmoissa.

Myös Ruotsissa erilaiset työn sisällöt muodostavat kategorioita ja tuottavat nimityksiä. Käytössä on muun muassa seuraavanlaisia nimikkeitä: informaatioapteekari, kip-farmaseutti (kipreceptarie) tai kip-apteekari (=kommunikativ, interaktiv, personlig), tutkimusapteekari ja kliinisistä tutkimuksista vastaava apteekari. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit painottivat minulle Ruotsissa ollessani, ”*ettei meillä ole hierarkioita*”. Ruotsalaisilla varmasti onkin kova pyrkimys tähän. Ihmisiä ei ole helppo saada puhumaan statuseroista. Ruotsissa se on mielestäni erittäin vaikeaa. Tutkinnot ja työn erilaiset sisällöt muodostavat kuitenkin kategorioita, jotka ovat perusolemukseltaan hierarkkisia. Jotkin työt vaativat lisäkoulutusta ja kokemusta. ”*Tutkintokysymys on se, joka erottelee kategorioita. Tietyt farmaseutit (receptarie) tekevät myös ex tempore-lääkevalmistusta, mikä voi tuoda ongelmia, siis osaamattomuuden tunnetta toisille.*” (kes.sair.a 18) Ruotsissa pidetään arvokkaana sitä, että apteekkarit osallistuvat myös arkipäivän käytännön rutiineihin eli esimerkiksi lääkkeiden toimitustyöhön. Suomessa sairaala-apteekin työn hierarkkiset rajat on vedetty tiukemmalla. Ruotsalaisilla apteek-kareilla säilyy kokemus käytännön työstä, ja se helpottaa käytännön tarpeiden mää-

rittelyä. Kentällä työskentelevät ovat monissa asioissa avainasemassa. He viestittävät tarpeista ja käytännön toiminnan sujumisesta tai sujumattomuudesta.

9.2 ”Auto ei toimi ilman bensiiniä, niin ei sairaalakaan ilman lääkkeitä.”

Suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa esiin tulevat metaforat ovat luontometaforia, mekaanista liikettä ja rakenteita kuvaavia metaforia, matkame-taforia, järjestykseen ja hierarkioihin liittyviä metaforia ja informaatioon liittyviä metaforia. Luontometaforia ovat ameba ja muurahainen. Ameba-vertauksella kuvataan työn jatkuvaa muutosta ja monimuotoisuutta. Muurahaispesä-metafora tulee teksteissä ja puheissa esille useamman kerran. Tällä vertauksella käsitteellistetään tarkasti järjestettyä toimintaa mutta myös kiirettä, joka ei salli minkäänlaista pysähtymistä. ”Pesä” ja sen kunnossa pito on tärkeää, samoin työntekijöiden keskinäinen yhteistyö ja sosiaalisuus omassa yksikössä. Vertaus pitää sisällään hierarkkisen työnjaon, kurinalaisen järjestyksen ja tarkkaan määritellyt työnkuvat ja toimintatavat. Lisäksi siihen liittyy erottelu muihin ”pesiin”. Farmaseutti kirjoittaa tuntemuksistaan tullessaan vuodeosastokäynniltä: ”Kun tulee vuodeosastolta omaan yksikköön, on kuin tulisi turvalliseen ja tuttuun pesään”. (yo.sair. f 21) Muurahaispesä-vertaukseen liittyy myös ahkeruuden ja tottelevaisuuden ihannointi perusarvona. Kurinalainen järjestys tulee esille myös muissa vertauksissa. Työpaikkaa farmaseutti kuvaa ”hyvin säädellyksi armeijanyksiköksi”. (yo.sair. f 8) Vertauksessa tottelevaisuus näyttäytyy pakkona ja säännöt ehdottomina. Käyttäytymistään sekä farmaseutit että proviisorit kuvaavat joskus ”pikkuvirkamiesmäiseksi tai virkamiesmäiseksi, liian poliisimaiseksi ja työntekijöitä lakipykälien orjiksi.” Työntekijät tuotetaan tällä vertauksella säännöille uskollisina, laillisuuden vartijoina ja lakien paikalleen kahlitsemina. Työyhteisön proviisori näkee ”isona perheenä.” (tk.-kaup.sair. p 10) Tämä vertaus korostaa läheisyyttä ja kiinteyttä, mutta siinä on sisäänrakennettuna hierarkkinen järjestelmä. Tämän saman perusrakenteen tuo esille myös tiimi-vertaus.

Työtään farmaseutti kuvaa sanomalla: ”Olen joka paikan höylä ja teen kaikkia töitä palvelen osastojen tarpeita”. (yo.sair.f 2) Vertauksesta on aistittavissa, että farmaseutin on tehtävä myös sellaisia töitä, jotka menevät ammatin raja-alueille. Työ on monimuotoista ja tehtävien kirjo laaja. Tietyissä tilanteissa on pystyttävä olemaan seka työmies. Sairaalan ja lääkehuoltoyksikön suhdetta farmaseutti kuvaa lauseella: ”Auto ei toimi ilman bensiiniä, niin ei sairaalakaan ilman lääkkeitä.” (tk. f 11)

Työpaikkaansa farmaseutit kuvaavat myös ”rautatieasemaksi, jossa ihmiset vaihtuvat” tai ”tavara-asemaksi ja metroasemaksi”. Sairaanhoitaja sanoo sairaala-apteekissa

asioidessaan: *”Tämähän on kuin R-kioski.”* Paikalla ollut proviisori tulkitsee asian niin, että apteekistahan saa kaikkea niin kuin R-kioskistakin. Itse tulkitseen tämän niin, että sairaanhoitaja näkee asiakastilan kioskimaisena, koska häntä palvellaan luukun kautta niin kuin ennen vanhaan R-kioskeissa. Hyvin osuvaksi voi luonnehtia vertausta autosta ilman bensiniä ja sairaalasta ilman lääkkeitä. Nykyaikaisessa sairaalassa lääkkeillä on tärkeä asema. Vertauksella farmaseutti tuo hyvin esille organisaation eri yksiköiden niveltymistä toisiinsa ja saumattoman yhteistyön merkityksen. Lääkehuollon toimivuudella on siinä oma keskeinen roolinsa sairaalan ja terveyskeskuksen muiden toimintojen rinnalla. Vertauksella farmaseutti tuo esille sairaalan ja terveyskeskuksen kokonaisuuden rakentumista. Kokonaisuutta ei ole olemassa ilman kaikkia osia. Vertauksella hän tuo varsin näyttävästi esille lääkehuollon asemaa. Hän on selvästi ylpeä oman työyksikönsä merkityksestä. Vertaus puhuttelee hyvin mitä tahansa yleisöä.

Farmaseutit ja proviisorit kuvaavat työpaikkaansa *”hermokeskukseksi, tietokeskukseksi ja ydinkeskukseksi”*. Sairaala-apteekkia he kutsuvat myös *”tiedon lähteeksi”*. Sairaala-apteekin remontin keskellä farmaseutti Seija sanoo: *”Miten meillä on aina näin huonot tilat, vaikka tämä apteekkitoimintahan on ihan hirmuisen tärkeää. Tämä apteekkihan on ihan sairaalan sydän”*. Sydän-vertauksella farmaseutti tuo esille apteekkia tärkeänä osana sairaalan toimintaa. Se kertoo oman työn arvostamisesta ja sen asettamisesta keskeiselle paikalle sairaalan toiminnassa. Siihen liittyy tunnelatausta, joka kertoo farmaseutin kokevan työpaikkansa todella elintärkeäksi sanan varsinaisessa merkityksessä. Myös *”keskus”* sanojen loppupäätteenä korostaa asian tärkeyttä ja merkitystä.

Monet vertauksista kertovat siitä, että farmaseutit ja proviisorit pitävät omaa työtään ja työyksikköään keskeisen tärkeänä organisaation toiminnan kannalta. Se on merkki oman työn arvostamisesta ja sen esille nostamisesta. Tässä mielessä puheet ja tekstit ovat hyvin arvolatautuneita ja retorisia. Retoriikka tulee esille myös sairaala-apteekin henkilökuntapalaverissa, jossa alueproviisorin tulevaa paikkaa ja toimenkuvaa hahmotellaan. Uutta tehtävää proviisori Tellervo kuvaa *”lähetysaarnajan tehtäväksi, vastapainoksi lääketeollisuuden agenteille”*. Toisessa yhteydessä informaatioproviisorin työstä käytetään vertausta *”matkasaarnaaja.”* Tällä vertauksella halutaan painottaa neutraalin asiantuntijan tehtävää, farmaseuttista missiota. Vertauksella tähdennetään farmaseuttisen työn ”puhtautta” ja puolueettomuutta – oikeaa professionaalisuutta. Vertaus taipuu kuvaamaan professionalismia eettisiä vaatimuksia: altruistista sitoutumista hyvän tekemiseen, potilaan parhaaksi toimimisen ensisijaisuutta ja päätöksenteon riippumattomuutta. Farmaseutti Maila sanoo pohdiskellessaan työtään sairaala-apteekissa, että *”tämä paikka on minulle leipäpuu, mutta on se minulle myös ammatillisen kunnianhimon kenttä”*. Työllä on länsimaisessa yhteiskunnassa keskeinen asema sekä aineellisessa että henkisessä mielessä. Työssä ihminen viettää hyvin suuren osan ajastaan. Se antaa toimeentulon. Hyvän työn piirteeksi ei riitä yksinomaan ansiotulo: tärkeää

on merkityksellisuuden kokeminen työntekijänä, vastuun ottaminen ja sen kokeminen. Farmaseutin puheessa on ammattilypeyttä. Työssä on riittävästi haasteita ja mahdollisuuksia kehittää sekä työtä että itseään.

Lääkehuoltoyksikön eristyneisyydestä ja suljetusta tilasta kertoo vertaus, jossa farmaseutti kuvaa sairaala-apteekin tunnelmaa ”*tarhakettumaiseksi*”. (yo.sair.f 6) Vertaus tuo esille työpaikan erillisyyden sairaala-ympäristössä. Se kertoo ehkä myös itsenäisyyden puutteesta, ja mahdollisuuksien rajoista ja työn aiheuttamasta stressistä. Osastofarmaseutti Miia kuvaa omaa työtään ”*tienviitoittajana*” vuodeosaston ja apteekin välillä. Osastofarmaseutti Irina taas sanoo että ”*tunnen olevani joskus aina sellaisena haukansilmänä. Tuo tarkastaminen ja varmistaminen on niin verissä. Mutta kyllä minä sen näen ihan hyvänä työn tekemisen kannalta. Yrittää varmistaa omaa virheettömyyttään ja toistenkin tai ainakin minimoida ja vähentää niitä. En minä tietenkään mihinkään täydelliseen virheettömyyteen usko. Sairaanhoitajat joskus sanovat, että älä holhoa meitä*”. Ammatillinen kulttuuri farmasian työkäytännöissä on painottanut varmistamista ja tarkistamista yhä uudelleen ja uudelleen. Aiemmin reseptilääkkeiden tarkistamiseen liittyi rituaali, jossa kaksi ihmistä tarkisti lääkkeen ennen asiakkaalle luovuttamista. Tämä rituaali saattaa elää vielä jossakin määrin ainakin ajatuksissa. Se on ”luota mutta tarkista” -kulttuuria.

Osastofarmasiaa käsittelevässä tilaisuudessa proviisori Aili tuo esille, että on tärkeää, millainen ”*tuote*” osastolle lähetetään. Sanalla ”*tuote*” ei tarkoiteta mitään varsinaista tuotetta, vaan farmaseuttia tai proviisoria. Vertauksessa näkyy tulosjohtamisen ja managerialismin ihanteet. Kaikki pyritään tuotteistamaan. Ihminenkin on tuote, jonka pitää olla tietynlainen; tarkoin suunniteltu, kelpolliseksi havaittu, laatusertifioitu ja asiantuntijaksi koulutettu. Näin erityisesti silloin, kun hänet lähetetään toisten reviirille. Vertaus sisältää myös ajatuksen työntekijöiden kloonamisesta. Työntekijän on pukeuduttava tiukkaan ammatilliseen kaapuun, jossa persoonallisuudelle ei jää paljon tilaa. Tämä vaatimus toi mieleen oman ammattihistoriani. Kun minut yli kymmenen vuotta sitten lähetettiin vuodeosastolle osastofarmaseutiksi, laatuvaatimuksena oli neutraalisuus ja vähän aggressioita herättävä olemus. Osastofarmasiaa käsittelevässä tilaisuudessa pohdittiin kliinisen farmasian tilaa sairaalassa, jolloin farmaseutti Maria totesi, ”*ettei kliininen farmasia ole vielä saanut vankkaa jalansijaa*”. Farmaseutti ajattelee kliinisen farmasian vielä hakevan tukevaa ja vakiintunutta paikkaa.

Suomalaisten sairaanhoitajien kirjoituksissa on runsaasti metaforia ja niitä tulee esille myös sairaanhoitajien puheissa. Sairanhoitajien kielenkäyttö on hyvin metaforista. Monet sairaanhoitajien käyttämistä metaforista kuvaavat lääkehuoltoyksiköiden fyysistä ja sosiaalista etäisyyttä vuodeosastoista. Sairanhoitaja kuvaa sairaala-apteekkia ”*omaksi pieneksi valtakunnaksi, joka on erillään muista yksiköistä*”. (yo.sair.sh 3) Tällä metaforalla sairaanhoitaja tuo esille ennen kaikkea sairaala-apteekin etäisyyttä,

erillisyyttä ja vierautta. Valtakuntien välillä on rajat. Niillä on myös omat sääntönsä, norminsa ja kulttuurinsa. Vierauden ja erillisyyden tunnetta on myös vertauksessa, jossa sairaanhoitaja kuvaa sairaala-apteekkia ”*lukkojen takana sijaitseväksi salatuksi maailmaksi*”. (yo.sair.sh 19) Monet organisaatiot pitävät ovensa lukittuina asiakkailta osan siitä ajasta, jonka työntekijät ovat paikalla. Syitä tähän on monia. Sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen suljettuja ovia perustellaan esimerkiksi turvallisuuskysymyksillä ja henkilökunnan vähäisyydellä. Sisälle pääsee kelloa soittamalla, mutta lukittujen ovien takana olevat tilat eivät kutsu luokseen ja asiakkaat tulkitsevat sitä omasta näkökulmastaan ja tarpeistaan käsin. Simmel (1984, 7–11) on esitellyt sisäänkäynnin symbolista ja faktista merkitystä esseessään ovista ja silloista. Silta edustaa tai ilmentää yhdistämistä, ovi samanaikaisesti sekä yhdistämistä että erottamista. Eräsaaren (1995, 112) mukaan suljetut ovet ovat byrokraattista puhetta, hierarkkista valtaa. Tulkitseen niin, että riskiyhteiskunnassa suljetut ovet eivät ehkä enää ole hierarkkista valtaa, mutta sitä ovat suositellut asiointiajat. Myös suljettuihin oviin liittyvä negatiivinen viesti voidaan poistaa kutsulla tiedottamisella. Suositellut asiointiajat ovat vallankäyttöä: asiointiajat määritellään oman toiminnan sujumisen kannalta, ei asiakkaan. Yhtenä hyvän palvelun kriteerinä pidetään palvelujen saavutettavuuden helppoutta. Se tarkoittaa sopivia aukioloaikoja, helppoa pääsyä palvelupaikkaan ja vaivatonta yhteydensaantia.

Sairanhoitaja kirjoittaa: ”*Aikaisemmin, ennen osastolla toimivaa farmaseuttia, koin apteekin etäisenä, kovin itsenäisenä ja varsin irrallisena toiminnoiltaan suhteessa vuodeosastoon. Tosin kattavaa tietoa sieltä kysyttäessä on aina saanut. Apteekki toimi alueellaan autoritaarisesti, erittäin kunnioitettavana ja suorastaan ‘pyhänä’ paikkana*”. (yo.sair.sh 16) Vertaus mystifioi sairaala-apteekin. Se on tuntematon ja salaperäinen tai ei ainakaan viestitä avoimuutta ja julkisuutta. Pyhä on kunnioitettavaa, mutta myös pelottavaa, ja pitää yllä välimatkaa. Sairanhoitaja on kokenut apteekin aikaisemmin ”pyhäksi” paikaksi. Pyhä paikka asettaa rajoituksia ja vaatii määrättyjä käyttäytymissääntöjä. Siihen liittyy mystiikkaa ja tuntemattomuutta. Muutosta on kuitenkin tapahtunut ja apteekki on ”maallistunut”. Pyhä paikka loi etäisyyttä ja hierarkkia, mutta imperfekti kertoo, ettei näin enää välttämättä ole. Pysyvyyttä on se, että asiantuntevaa tietoa apteekista on aina saanut. Sairanhoitaja Verna sanoo sairaala-apteekin olevan kuin ”*Siperia*”. Se on kaukana, matka sinne on pitkä ja maaperä tuntematon ja vähän pelottavakin. Lääkäri Marianne sanoo, että ”*apteekki on jotenkin syrjässä, sivussa vähän kuin sivuraiteella*”. Sairanhoitaja kuvaa ”*osastofarmaseutin toimivan polun pehmentäjänä apteekin ja vuodeosaston välillä*”. (yo.sair.sh 19) Sairanhoitaja kokee yhteydenoton lääkehuoltoyksikköön vaikeaksi, toisin sanoen polun kiviseksi. Vertaus on hyvin samanlainen kuin vuodeosastolla toimivan farmaseutin kuvaus työstään ”*tienviitoittajana*”.

Farmaseutit ja proviisorit kuvaavat toimintatapojaan joskus hieman liian virkamiesmäisiksi. Virkamiesmäisyys ja pikkutarkkuus näyttäytyvät myös sairaanhoitajien teksteissä. Sairaala-apteekin he kuvaavat toimivan ”*tarkastusvirastona*” (yo.sair.sh 33) ja henkilökunnan koostuvan ”*jäykistä pikkuvirkamiehistä*”. (yo.sair.sh 6) Näillä vertauksilla farmaseutit ja proviisorit luokitellaan byrokraattisiksi roolityypeiksi. Farmaseuttisen henkilökunnan tapaa noudattaa tarkkaan sääntöjä, ohjeita ja määräyksiä sairaanhoitaja kuvaa vertauksella, että ”*apteekki on todellinen pilkunviilaaja*”. (kes. sair. sh 36) Sairanhoitaja Ronja sanoo, että ”*apteekkilaiset ovat oikeita pilkuttajia*”. Sairanhoitajien käyttämissä vertauksissa toistuu lääkehuoltoyksikön erillisyys vuodeosastojen näkökulmasta. Farmaseutit pohdiskelevat itsekkin oman työpaikkansa suljettuja ovia, erillisyyttä ja tuntemattomuutta. ”*Uskon asiakkaan näkevän apteekin suljettujen ovien takana olevana etäisenä ja outona. Meidän ammattitaitoa kyllä pidetään hyvänä.*” (al.sair.f 14) ”*Luulen, että apteekki nähdään isona, hieman pelottavana paikkana, jossa työskentelee pikkutarkkoja ihmisiä.*” (yo.sair.f 21)

Sairanhoitajien vertaukset piirtävät lääkehuoltoyksiköstä kuvaa tuntemattomana, etäällä ja erillään olevana toimipisteenä. Se on vaikeasti lähestyttävä, piilossa oleva, arvoituksellinen terra incognita. Sairanhoitajat näkevät lääkehuoltoyksikön työntekijät asiantuntijoina, jotka ovat tarkkoja ja sääntöjen mukaan toimivia. Myös farmaseutit ja proviisorit tunnistavat näitä piirteitä itsessään ja toiminnassaan.

9.3 ”Sairaala-apteekki on lenkki, jota ilman potilaat ja sairaanhoito eivät voi olla.”

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden teksteissä on luontometaforia, rakennetta ja liikettä ilmaisevia metaforia ja informaatioon liittyviä metaforia. Eläinmetaforista esille tulevat solu, mustekala ja muurahaispesä. Mustekala-vertaus esiintyy teksteissä useamman kerran, samoin muurahaispesä. Työpaikkaa farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit kuvaavat ”*poissa tolaltaan olevaksi mustekalaksi, mustekalaksi akvaariossa ja mustekalaksi lonkeroineen*”. Näillä vertauksilla tuodaan esille sairaala-apteekin monimuotoista ja moniulotteista toimintaa: farmaseuttinen työ ulottuu koko sairaalaan ja sen ulkopuolellekin. Toimintasäde on pitkä. Työn monimuotoisuus tulee vertauksissa esille monella tapaa, samoin monimuotoisuuden tuottama ”*hyvin organisoitu kaaos. On kyettävä pitämään monta palloa ilmassa samaan aikaan*”. (yo.sair.r 7) ”*Toisinaan tuntee itsensä marionetiksi, yksi päivä sitä työtä, toinen päivä tätä työtä.*” (yo.sair.r 12) Työpäivä on joskus myös ”*kirjoittamaton lehti, joka tuo tullessaan vauhtia ja tuulenpuuskaa*”. (yo.sair.a 16) Farmaseutti (receptarie), joka työskentelee vuorotellen avohuollon apteekissa ja sairaala-apteekissa, sanoo olevansa

kuin ”*muuttolintu*” siirtyessään toimipisteestä toiseen. Vertaus tuo esille kahden erilaisen työpisteen erilaisuutta. Vertaukset kuvaavat rutiinien rikkoutumista, yllätyksellisyyttä ja kiirettä. ”*Sairaala-apteekki on kuin miljöö TV-sarjassa Tarkkailijat Hill Streetillä. Kaikkea voi tapahtua, pientä ja suurta. Tunnen itseni diplomipäällikkö-tarkastajaksi.*” (kes.sair.a 1)

Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit käyttävät useamman kerran vertausta sairaala-apteekista lenkinä, jota ilman potilaat ja sairaanhoito eivät voi olla. Apteekkari kuvaa sairaala-apteekkia ”*katalysaattoriksi. Tiedoilla ja ammattitaidolla se katalysoi sairaalan toimintaa*”. (yo.sair.a 14) Lenkki-vertauksella tuodaan näyttävästi esille sairaala-apteekin tärkeyttä. Vertaus on vahvaa retoriikkaa: lenkki ei saa katketa, muuten koko systeemi romahtaa. Katalysaattori-vertaus ilmentää toiminnan tukemista, tehostamista, helpottamista ja haluttujen tulosten saavuttamista. Farmaseutti (receptarie) Eva kutsuu työtä ja työpaikkaa arkipäivän rutiinien keskellä myös ”*liukuhihnaksi*”. Sairaala-apteekin tietyt työt saavat tässä vertauksessa teollisen liukuhihnatyön leiman. Tietyt sairaala-apteekin toiminnat voidaankin luokitella näin. Apteekkari kuvaa sairaala-apteekin toimintaa sanoilla ”*kovatavara (hårdvara)*”, jolla hän tarkoittaa lääkettä ja ”*pehmyttavara (mjukvara)*”, joka taas merkitsee informaatiota ja konsulttipalveluita. Molempia on oltava tarjolla parhaalla mahdollisella tavalla. Apteekkari (yo.sair.a 20) kuvaa sairaala-apteekin paikkaa niin, että ”*sen on oltava stabiliteetin, kompetenssin ja integriteetin saari sairaanhoidon ympäristössä. Aina ei näitä arvoja tunnisteta.*” Työ saa myös kuvaksen ”*kirjoituspöytätyö*”. (yo.sair.a 10)

Ruotsalaisten farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden vertaukset kertovat sairaala-apteekin tärkeästä merkityksestä koko sairaalan toiminnan kannalta. Uuden teknologian sanasto on ahkerassa käytössä, ja kuvaa farmaseuttisen toiminnan ydinasioita: lääkehuoltoa ja informaatiota. Vertaukset piirtävät kuvaa ammattiympäristöstä. Ne kertovat myös työn laaja-alaisuudesta, intensiteetistä ja tehokkuusajattelusta. Vertaukset tuovat esille myös työn yllätyksellisyyden, joustavuuden vaatimuksen ja ”toiseksi” muuttumisen välttämättömyyden arkipäivän toiminnassa.

Ruotsalaiset sairaanhoitajat kokivat aika vaikeaksi kuvata sairaala-apteekkia vertauksella. Vastaamisen vaikeutta he perustelevat sillä, että he tietävät liian vähän sairaala-apteekin toiminnasta, voidakseen käyttää vertausta. Kovasti sairaanhoitajat kyllä yrittävät. ”*Vaikeaa, mutta hyvin voisi kuvata työpaikkana, joka tuntuu olevan eristetty tärkeimmästä asiakkaastaan eli potilaasta.*” (yo.sair.sj 4) Sairaala-apteekin he kuvaavat olevan ”*kaukana ja siellä tehtävän työn olevan jossain määrin näkymätöntä*”. Vastauksissa tulee esille myös sama vertaus kuin farmaseuttien (receptarie) ja apteekkareiden teksteissä: sairaala-apteekki on ”*hyvin tärkeä lenkki pitkässä ketjussa*”. (yo.sair.sj 1) Myös sanaa ”*varasto*” käytettiin. ”*Sairaala-apteekki on varasto, samanlainen kuin ne varastot, joista me tilaamme teknisiä tavaroita ja muuta materiaalia.*”

(yo.sair.sj 9) Lääkkeiden tilaaminen ja toimittaminen sairaala-apteekista on se tapah-
tuma, joka tuo sairaala-apteekin olemassaolon sairaanhoitajien tietoisuuteen lähes joka
päivä ja kaikkein selvimmin. Vertaukset kertovat sairaala-apteekin tärkeydestä, mutta
myös vieraudesta ja erillisyydestä.

9.4 Farmaseuttisen työn näytteille asettaminen

Tilalla on sekä sosiaalinen että fyysinen merkitys. Nämä merkitykset määrittävät ryh-
män jäsenten yhteisiä oletuksia ympäristöstä ja myös heidän suhdettaan tilaan, ryhmän
muihin jäseniin ja ulkopuolisiin. (Schein 1987, 109.) Hallin (1966, 7–10) mukaan suh-
detta toisiin määrittää territoriaalisuus. Oma reviiri on usein osaksi tai kokonaan suljettu
muilta. Suhdetta muihin määrittää myös heihin pidetty fyysinen etäisyys. Goffman
(1971) puhuu ensivaikutelmaa luovasta fasadista, julkisivusta: puhetavoista, pukeutumi-
sesta ja fyysisistä palvelutiloista eli tapahtumien areenasta. Goffman tarkasteli kulttuu-
risten rakenteiden näyttämölle asettamista sekä arkielämässä että institutionaalisissa lai-
toksissa. Tapa, jolla työntekijät asettuvat olemaan ja asettavat itsensä ja työnsä näyt-
teille, on yksi tapa tuottaa ammatillista kulttuuria.

Suomalaisten avohuollon apteekkien ulkonäkö on muuttunut viime vuosikymme-
ninä paljon. Voi sanoa, että ne ovat kokeneet muodonmuutoksen. Avohuollon apteek-
kien ulkonäkö viestittää nykyisin avoimuutta ja asiakassuuntautuneisuutta. Aikaisem-
min apteekkien interiöörit viestittivät sulkeutuneisuutta. Apteekin asiakkaita palveltiin
aina tiskin takaa. Aiemmin juuri välimatka ja sulkeutuneisuus tuottivat statusta, mutta
nyt status pyritään ansaitsemaan avoimuudella. Avohuollon apteekit ovat näkyvillä
paikoilla, lähellä ihmisvirtoja. Ne viestittävät näkyvästi olemassaolostaan asiakkailleen.
Toisaalta avohuollon apteekkien sijainti on jossakin määrin hankala ajatellen terveyden-
huollon yksiköistä kotiutuvia potilaita. Avohuollon apteekit eivät yleensä sijaitse julki-
sen terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä.

Sairaalassa ja terveyskeskuksessa apteekki tai lääkekeskus on usein piilossa. Poti-
laille saattaa olla yllättävää kuulla, että sairaalassa on apteekki. He eivät ole tulleet ajatel-
leeksi sitä, mistä lääkkeet vuodeosastoille tulevat. Vain hyvin harvat potilasryhmät saa-
vat lääkkeensä sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta. Potilaat ehkä haluaisivatkin
joskus ostaa sairaalasta tai terveyskeskuksesta lähtiessään lääkkeensä sieltä. Sairaala-
apteekki ja lääkekeskus ovat potilaille tuntemattomia paikkoja. Sairaala- ja terveyskes-
kusfarmasian paikka ei ole sellainen, että potilaille voitaisiin heidän hoidosta poistues-
saan myydä lääkkeet. Uudellamaalla syksyllä 1992 ja keväällä 1993 tehty lääkehuolto-
yksiköiden palvelututkimus (Ämmälä 1996, 32) osoitti, että suuremmissa sairaaloissa
edes sairaalan henkilökunta ei ole perillä lääkehuoltoyksiköiden toiminnasta.

”Uskon asiakkaan näkevän lääkekeskuksen tänä päivänä ‘avoimempana’ kuin aikaisemmin. Lääkekeskukseen suunniteltiin ja toteutettiin asiakastila.” (tk.f 9)

Farmaseutti tuo ylpeänä esille, että lääkekeskuksessa on nyt asiakastila. Hän on tummentanut ja alleviivannut sanan tekstissä. Hän painottaa asian tärkeyttä ja merkitystä. Asiakastila viestittää nyt avoimuutta: se on kuin tervetulokutsu. Uusi viesti asiakkaille on annettu, sillä fyysisellä ympäristöllä, jossa palvelu ja kohtaaminen tapahtuvat, on tärkeä merkitys vuorovaikutustilanteille. Olemassa olevat tilat antavat ja luovat puitteet toiminnalle. Toiminnan muodot ja piirteet määrittävät tilan käyttöä. Sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa sekä lääkkeiden varastointi että asiakaspalvelu vaativat tai ainakin vaatisivat omat tilansa. Lisäksi lääkevalmistus määrittää sairaala-apteekin tilojen erityisluonnetta. Sairaala-organisaatiossa, jossa on monia eri toimipisteitä ja osastoja, tiloista joudutaan taistelemaan. Tilajärjestelyjä tehtäessä ja suunniteltaessa joudutaan priorisoimaan, kenen tarpeet ovat suurimmat ja kenelle mahdolliset uudet resurssit annetaan. Tilojen epäkäytännöllisyys saattaa olla seurausta myös toiminnan laajentumisesta ja muuttumisesta. Asiakastilojen puute ja ahtaus eivät houkuttele syvällisempään keskusteluun, ainoastaan nopeaan asiointiin. Tämä on saatettu unohtaa uusissakin tilajärjestelyissä, vaikka tilaa kunnolliseen ja viihtyisään asiakastilaan olisi ollut. Organisaatiolta saadut tilat ja sisäiset tilajärjestelyt ovat myös valtasuhteiden symboleita.

”Jossakin vaiheessa oli vaikea mennä apteekkiin, kun ei tiennyt otetaanko ystävällisesti vastaan. Kynnys oli korkea!” (kes.sair.sh 5) Sairaanhoidajan kommentista on vaikea sanoa, perustuuko vaikeus asioida apteekissa omiin aikaisempiin kokemuksiin, apteekista saatuun yleiseen stereotyyppiseen mielikuvaan tai oletuksiin vai kaikkiin näihin. Sairaanhoidaja on 55-vuotias ja hän on varmaankin työuransa aikana asioinut sairaala-apteekissa useamman kerran. Lause kertoo myös muutoksesta. Enää palvelu ei ole sellaista kuin aikaisemmin. Nyt uskaltaa ottaa yhteyttä, kynnys on madaltunut ja palvelu parantunut. Farmaseuttinen henkilökunta pohdiskelee samoja asioita. Sairaala-apteekin/lääkekeskuksen palvelua farmaseutit ja proviisorit pitävät joskus liian jäykkänä ja virallisena. Palvelun he haluaisivat olevan ystävällistä, luotettavaa ja joustavaa.

Sairaanhoidaja kirjoittaa: *”Sairaala-apteekkia kohtaan olen aina tuntenut pelonsekaista kunnioitusta. Lähestyminen on ollut vähän vaikeaa”.* (yo.sair.21) Tulkitsen asiaa niin, että sosiaalisen kassakäymisen vähäisyys sairaanhoidajien ja sairaala-apteekin henkilökunnan välillä on pitänyt yllä pelonsekaista kunnioituksen tunnetta. Etäisyyden ylläpito ja oman erillisyyden osittain tiedostamaton korostaminen ovat antaneet viestejä, jotka sairaanhoidajien mielestä ovat estäneet ja rajoittaneet yhteydenottoa. Farmaseuttinen ammattikulttuuri on korostanut jäykkää ja virallista käyttäytymistä, ei niinkään välitöntä ja epävirallista. Goffmanin (1971, 78) mukaan sosiaalisten kontaktien rajoittaminen ja selvän etäisyyden säilyttäminen muihin ihmisiin ovat keino herättää pelon-

sekaista kunnioitusta muissa ja pitää sitä yllä. Yleisö pidetään näin aavistelevan tietämättömänä esittäjästä.

”Sairaala-apteekki on siellä jossakin, yleensä kaukana osastoista (fyysisesti). Henkilökunta on melko vierasta – puhelimitse äänet ovat tuttuja. Apteekissa on siistiä, hyvät tilat – kaikille löytyy säilytyspaikka. Asioista ollaan kovin tarkkoja (säilytys, aakkosellisuus). Kiire ei näy ulospäin, jos sellaista on. Huolellisuutta arvostavat, vaativat – tosin on huomattu, että hekin ovat erehtyväisiä. Pystyvät keskittymään yhteen asiaan kerrallaan – eivät siedä hälinää ympärillään.” (kes.sair.sh 15)

Sairaanhoitaja tuo kirjoituksessaan esille sairaala-apteekin etäisyyden ja vierauden. Aivan tuntematon sairaala-apteekki ei kuitenkaan ole: työntekijöiden äänet ovat tuttuja mutta työntekijät ovat ehkä vähän ”kasvottomia”. Apteekin interiööri viestii sairaanhoitajan mielestä puhtautta ja järjestystä. Se viestii myös kiireettömyyttä, vaikka sairaanhoitaja epäileekin kiireettömyyden julkisivua: kiirettä ei ehkä vain näytetä ulospäin. Apteekin toimintaa leimaa huolellisuuden ja virheettömyyden vaatimus. Näitä ominaisuuksia vaaditaan sekä itseltä että muilta. Huolellisuuteen on kuitenkin tullut särö – on huomattu, että myös apteekissa ollaan erehtyväisiä. Sairaanhoitajan kirjoitus antaa ymmärtää, että sairaala-apteekissa pidetään yllä virheettömyyden myyttiä. Täydellinen virheettömyys inhimillisessä toiminnassa ei kuitenkaan ole mahdollista. Virheistä puhuminen on aina arka asia. Sairaanhoitaja kuvaa tekstissään myös tilanteellista tunnelmaa ja ilmapiiriä. Arvoitukseksi jää, millainen kohtaaminen apteekissa on luonut sairaanhoitajalle mielikuvan, että apteekin työntekijät pystyvät keskittymään vain yhteen asiaan kerralla hiljaisuuden vallitessa.

”Sairaalassamme toimivan apteekkihenkilökunnan palvelusta ei voi muuta sanoa kuin että se on hyvää. Aina ovat ystävällisesti auttaneet, etsineet tietoa, jos on ollut tarvetta. Yhteistyötaidot hyvää luokkaa, asiantuntemusta löytyy paljon. Apteekin henkilökunta tullut tutuksi kun käyntikontakteja sinne on ollut fyysisesti paljon. Myös joskus tullut tilanteita viikonloppuisin, että on tarvittu lääkettä, jota ei ole päivystysvarastossa, mutta löytyy apteekin tiloista. Kertaakaan eivät ole kieltäytyneet, kun kotoa on hälytetty lääkettä antamaan. Palvelu on myös silloin pelannut.” (kesk.sair.sh 12)

Sairaanhoitaja painottaa apteekkihenkilökunnan ystävällistä palvelua ja ammatillista asiantuntijuutta. Hänellä on ollut paljon kontakteja apteekkiin ja tuttuus on tehnyt asioinnin ja neuvojen pyytämisen helpoksi. Kirjoitus kertoo luottamuksesta apteekin henkilökunnan asiantuntemukseen ja auttamishalukkuuteen. Hän melkein ihmettelee, että viikonloppunakin on palvelu toiminut. Sairaala-apteekit eivät ole auki viikonloppuisin. Sairaaloissa on ohjeet sellaisten tilanteiden varalle, että tarvitaan viikonloppuna sairaala-apteekin/lääkekeskuksen palveluja. Farmaseuttisen henkilökunnan velvollisuus on hoitaa tällaiset tilanteet, jos sairaalasta sojitetaan. Se on ammatillista vastuuta ja velvollisuutta. Tästä velvollisuudesta ei ole edes mahdollisuutta kieltäytyä moraalisella tasolla. Asia on

hoidettava tavalla tai toisella. Sairaanhoitajan tekstiin sisältyy kuitenkin implisiittinen olemassa epäily, että asian hoitamisesta voi kieltäytyä.

”Apteekin henkilökunta koetaan usein etäiseksi ja heidän työtään tunnetaan vähän. Heidän työtänsä kuitenkin arvostetaan ja kunnioitetaan. Osaston näkökulmasta katsottuna apteekki elää omaa elämäänsä ja henkilökunnan kanssa ollaan hyvin vähän tekemisissä. Apteekin henkilökunta nähdään yleensä pikkutarkkana ja omassa erikoisosaamisessaan jollain tapaa sisäänpäin lämpiäväks.”
(tk.sh 27)

Lääkkeet ovat sairaalassa käytössä ja näkyvillä lähes kaikkialla. Osastot tilaavat tarvitsemansa lääkkeet sähköisesti tai manuaalisesti. Lääkkeet lähetetään lääkehuoltoyksiköstä lääkelaatikoissa osastoille. Tämän toiminnan eteen tehty farmaseuttinen työ ei näy tai sitä ei nähdä. Se on näkymätön itsestäänselvyys niin kauan kuin se toimii moitteettomasti. Farmaseuttinen palvelukulttuuri näyttäytyy sairaanhoitajien kirjoituksissa virkamiesmäisenä. Millaista asiantuntijuutta liiallinen virkamiesintoisuus esittää vai peitetäänkö sillä osaamattomuutta tai onko se merkki ymmärtämättömyydestä? Lähiammatillaiset odottavat selvästi joustavampaa, aktiivisempaa toimintaa ja vuorovaikutuksellisempaa palvelua. Kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin ja kulttuurisidonnainen asia. Terveystieteiden hoidossa on alettu yleisesti vaatia hoito- ja hoivakulttuurin rinnalle palvelukulttuuria. Toimintaa halutaan ohjata ulospäin suuntautuneempaan ja avoimempaan suuntaan. Vaatimuksena on aktiivisen asiantuntijan rooli, joka edellyttää oma-aloitteisuutta. On helppo yhtyä myös Kariston (1990) näkemyksiin palvelutapahtuman kokonaisuuden merkityksestä. Karisto ajattelee palvelujen symboliympäristön ja palvelujen käyttäjien subjektiivisten kokemusten jääneen palvelukulttuurissa liian vähäiselle huomiolle. Ihmiset pitävät tärkeänä palvelutapahtumaa kokonaisuutena – miten heihin suhtaudutaan asiakkaina ja miten kohtaaminen ja vuorovaikutus ylipäättään rakentuvat. Farmaseutit ja proviisorit tiedostivat lääkehuoltoyksikön erillisyyden. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa onkin pohdiskelua siitä, pitäisikö palvelua mainostaa. *”Onko meillä varaa mainostaa itseämme ja palvelujamme.”* (proviisori Rauni ja yo.sair.f 21) Itsensä mainostaminen auttaa määrittelemään omaa paikkaa ja tehtävää. Se on yksi ammatillinen strategia.

Ensimmäinen asia, jonka ruotsalaisen farmasian näytteillepanosta sairaalaympäristössä huomaa on se, että apteekki (öppen vård) on siellä julkisesti esillä. Apteekilla on sairaala-alueella yleisölle näkyvä paikka. Potilaille on mahdollisuus ostaa sairaalasta lähtiessään lääkkeensä siellä sijaitsevasta apteekista. Apteekki saattoi sijaita erillään tai se oli sairaalan sisäistä toimintaa palvelevan apteekin (sluten vård) yhteydessä. Sairaaloiden sisäistä toimintaa palvelevilla apteekkeilla oli vanhanaikaiset ja epämukavat tilat, mihin henkilökunta halusi muutosta. Asia puhutti farmaseutteja (receptarie) ja apteekkareita. Yhtenä syynä huonoihin fyysisiin tiloihin he pitivät sitä, että Apoteket AB on tähän asti panostanut enemmän avohuollon apteekkeihin kuin sairaala-apteekkeihin, myös

tilojen suhteen. Asia oli kuitenkin muuttumassa parempaan suuntaan. Huonoista fyysisistä tiloista huolimatta farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit uskoivat asiakkaiden olevan suhteellisen tyytyväisiä sairaala-apteekin palveluihin. Tehdyt palvelututkimukset olivat heidän mielestään osoittaneet tämän.

”Uskon, että asiakkaat kokevat meidät palveluhenkisenä, ammatillisena ja tehokkaana yhteistyökumppanina. Asiakkaat luottavat meihin. Luulen, että suhtautuminen on positiivisempaa kuin aikaisemmin. Olemme ongelmien ratkaisijoina, tukena ja resurssina lääkeongelmissa. Tiettyjä ongelmia löytyy, kuten viivytyksiä ja tämä voi vaikuttaa negatiivisesti kuvaan toiminnastamme.” (yo.sair.r 3)

9.5 Vastakkainasettelut

Vertailujen tekeminen joko tietoisesti tai tiedostamatta kuuluu ihmisluonteeseen. Vastakkainasettelut, erottelu meihin ja muihin, liittyy erottamattomasti ammattikulttuuriin. (Schein 1987, 56.) On olemassa meidän todellisuutemme ja toisten todellisuus. Vastakkainasettelut, erottelut ja rinnastukset ovat retorista kielenkäyttöä. Lääkäri (al.sair.lääk. 14) näkee farmaseutit ja proviisorit ”paperityöntekijöinä ja kirjoituspöydän takana työskentelijöinä”. Sairaanhoitaja (yo.sair.sh 19) kirjoittaa ihmisestä ja toivoo ”apteekin olevan ihmisen muodossa ja näkyvän enemmän potilaan luona”. Farmaseutit ja proviisorit pitävät paperityötä työnsä ja sen vaatiman dokumentaation välttämättömänä osana, mutta myös osana byrokratiaa. Proviisori Rauni ajattelee, että ”asioiden hoitaminen ja hoituminen ei ole joustavaa, kun joka asiasta pitää olla paperi”. Farmaseutti (yo.sair.f 7) kirjoittaa, että ”vaikka atk antaa uusia mahdollisuuksia lääkevaraston seurantaan ja dokumentointiin yleensä, on nykyisellään liikaa dokumentointia, siinä mielessä vaatimukset ovat kiristyneet ja ne hidastavat ja vaikeuttavat itse työntekoa”. Ruotsalainen apteekkari (yo.sair.a 10) kuvaa työtään mielenkiintoisena kirjoituspöytätyönä.

Farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammattilaistensa keskinäisessä dialogissa ajaututaan vastakkainasetteluun ihmisen ja paperin välillä. Sairaanhoitaja ja lääkäri näkevät farmaseuttisen työn oman työnsä viitekehyksen kautta. Heidän työssään painotetaan ihmisläheisyyttä ja inhimillistä vuorovaikutusta. Työ on hoitoa ja hoivaa. Vastakkainasettelu kiinnittyy käytäntöön; lääkärit ja sairaanhoitajat ovat potilastyössä, farmaseutit ja proviisorit yleensä eivät. Mutta paperityötä on myös lääkärin ja sairaanhoitajien työssä. Farmaseuttien ja proviisorien työssä korostuu enemmän lääke kuin potilas. Uuden farmaseuttisen ideologian kielessä onkin asetettu vastakkain lääkekeskeinen ja potilaskeskeinen toiminta. Seuraavassa tekstissä sairaanhoitaja kuvaa, miten yhteydenpitoakin apteekin ja vuodeosaston välillä tapahtuu pääasiassa paperin kautta.

”Omassa työyhteisössäni osaston ja apteekin välinen kanssakäyminen on päivittäistä, joskin se tapahtuu useimmiten tilauslomakkeen välityksellä. Jos kuitenkin kysymyksiä tulee ja lisälääkettä tilauksia, apteekkimme palvelee meitä välittömästi ja todella ystävällisesti. Etenkin puhelimitse. Kuitenkin toivoisin tulevaisuudessa että apteekki ja osasto vielä enempi lähestyisi. Ts. kanssakäyminen voisi tapahtua myös siten että osastolta mennään apteekkiin ja päinvastoin. Nykyisin tapaamisemme ja mielipiteiden vaihto erilaisista asioista on melko vähäistä, ainakin kasvoista kasvoihin.” (al.sair.sh 37)

Sairaanhoitajat ja lääkäri tuottavat farmaseutit/proviisorit kaukana potilaista olevina, kasvottomina työntekijöinä. Sairaanhoitajan lause ”*apteekista ihmisen muodossa*” on hyvin tunteeseen vetoava. Teksteissä kontrastoidaan voimakkaasti ihminen ja paperi. Inhimillinen kanssakäyntikin sairaanhoitajien ja farmaseuttien/proviisorien välillä on enemmän paperin ja puhelimen kautta välittyvää kuin aitoa kohtaamista. Tällainen vuorovaikutus on persoonatonta ja ”kylmää”. Sairaanhoitajien repliikit sisältävät selkeän toiveen. He haluavat nähdä kanssakäymisen sellaisena, että eri osapuolet kohtaavat toisensa aitoina ihmisinä. Sairaanhoitajat myös kutsuvat farmaseuttista henkilökuntaa osallistumaan enemmän potilaan hoitotapahtumaan. Paperilla on keskeinen merkitys myös seuraavassa sairaanhoitajan tekstissä.

”Sairaala-apteekin toiminta perustuu edelleen autoritaariseen kulttuuriin. Henkilökunta perustuu tai koostuu jäykistä pikkuvirkamiehistä. Jousto tuntuu olevan vieras käsite. Kaavakkeita ja kuponkeja rakastetaan apteekissa. Kiireisellä hetkellä kun apua todella tarvitaan byrokratia astuu mukaan. Yritäppä sanoa että täytät tilauskaavakkeen myöhemmin koska potilas tarvii tämän lääkkeen juuri nyt. Mistä mahtaa johtua osastoilla vallitseva asenne jossa aikuiset ihmiset kinaavat kuka uskaltaa soittaa apteekkiin apua tarvittaessa. Odotanpa vain sitä päivää jolloin sanontaan perustuen: pää tulee vetäjän käteen. Sitä saa mitä pyytää. Jos hoitohenkilökunta käyttäytyisi potilaita kohtaan apteekkihenkilökunnan tavoin niin kyllä olisi raskaita päiviä potilaille.” (yo.sair.sh 6)

Sairaanhoitajan teksti on sävyiltään hyvin voimakasta ja negatiivista. Se kertoo kahden osapuolen kohtaamisen epäonnistumisesta. Siinä on paljon tunnelatausta. Sairaanhoitaja stereotyyppioi kirjoituksessaan koko sairaala-apteekin henkilökunnan byrokrattiseksi, autoritaariseksi ja jäykiksi virkamiehiksi. Hän kontrastoi tilannetta vastakkainasettelulla paperi vastaan potilas tai byrokratia vastaan potilas. Hän kokee sairaala-apteekin joustamattomana: jousto on siellä peräti vieras käsite. Teksti pitää implisiitisesti sisällään sen, että vuodeosastolla toiminta on joustavaa, ainakin joustavampaa kuin sairaala-apteekissa. Kirjoituksessaan sairaanhoitaja esittää myös retorisen kysymyksen: *”Mistä mahtaa johtua osastoilla vallitseva asenne jossa aikuiset ihmiset kinaavat kuka uskaltaa soittaa apteekkiin apua tarvittaessa”*. Tällä kysymyksellä hän vetää muitakin osastoilla työskenteleviä mukaan keskusteluun. Hän liittää omat kokemuksensa myös toisten sairaanhoitajien kokemuksiksi. Kyse ei ole vain yhdestä mielipiteestä tai yhdestä osastosta: sairaanhoitaja käyttää monikkomuotoa. Sairaanhoitaja vertaa apteekkihenkilökunnan käyttäytymistä hoitohenkilökunnan käytökseen. Teksti tuottaa vastakkainasettelun ei-empaattinen ja empaattinen käytös.

”Mielestäni sairaala-apteekki on kulttuuriltaan byrokraattinen ja kaavamainen. Palvelu-ajattelu ei ole vahvimpia puolia. (Persoonakohtaisia eroja tosin on). Esimerkiksi päivystysajan palvelua ei ole, vaikka sairaala toimii 24 tuntia. Päiväsaikaankin on palveluja rajoitettu (asiointi tietyinä aikana) tai jopa suljettu koulutustilaisuuksien vuoksi. Osastoja ei voi sulkea samoin tai rajoittaa asiakkaiden tuloa!” (yo.sair.sh 33)

”Aina sairaala-apteekin kanssa asioidessani tunnen itseni lähes idiootiksi. En ymmärrä mitään, en osaa täyttää tilauslomaketta ym, ym. Asiointi on hankalaa aukioloaikojen (asiointiaikojen) takia. Tarpeet muuttuvat ja tilanteet vaihtuvat. Viikonlopun ovat kauhua. Osastollamme ei ole kristallipalloa, josta näkisi, paljonko ja mitä viikonlopun aikana tarvitaan. Perjantaista klo 16:sta maanantiaamuun on pitkä aika. Päivystysvarasto toki on, mutta siellä ei ole läheskään kaikkea. N-lääkkeet ovat erityisen ongelmallisia” (yo.sair. sh 32)

Nämä ovat sairaanhoitajien tekstejä kevättalvelta 1999. Niissä on monenlaisia elementtejä. Sairaanhoitajat kritisoivat sairaala-apteekin byrokraattisia aukioloaikoja. He pitävät tätä asetelmaa ongelmallisena vuodeostojen toiminnan kannalta. Sairaala toimii 24 tuntia vuorokaudessa seitsemänä päivänä viikossa, mutta sairaala-apteekki on auki virka-aikana viitenä päivänä viikossa ja lisäksi sairaala-apteekeissa saattaa olla suositellut asiointiajat. Sairaanhoitajat kantavat huolta lääkkeiden saatavuudesta. Potilaat eivät tule sairaalaan vain arkipäivinä ja virka-aikana, he tulevat myös lauantaisin ja sunnuntaisin, kaikkina vuorokauden aikoina. Sairaanhoitajan (yo.sair.sh 32) kuvaus ongelmasta on hyvin värikäs. Se on tunteeseen vetoavaa ja hyvin todeksi eletyn tuntuista. Teksti kertoo myös sairaanhoitajan ja sairaala-apteekin henkilökunnan kohtaamisen epäonnistumisesta. Asiointi on ongelmallista myös vuorovaikutuksellisella ja kulttuurisella tasolla. Tekstit asettavat vastakkain vuodeosaston ja sairaala-apteekin. Vuodeosasto on aina avoin, kun taas sairaala-apteekki toimii vain virka-aikana. Sairaanhoitajien puheissa tulee myös esille arvostelua siitä, että, *”apteekkilaiset palvelevat silloin kun heille sopii. Hoitajien on palveltava kellon ympäri ja palveluun kuuluu silloin farmaseuttisetkin hommat, koska apteekki on kiinni.”* (yo.sair.sh 19) Lääkäri Risto ajattelee, että ainakin yliopistosairaaloitten profiiliin pitäisi kuulua jatkuva farmaseuttinen päivystys. Tässä lausumassa farmaseuttinen työ on tärkeää ympäri vuorokauden. Suuntana lääkehuoltoyksiköiden palvelutuotannossa on ollut lisätä palvelujen tarjonta-aikaa. Resurssien puutetta on pidetty yhtenä esteenä palvelutuotannon laajentamiselle.

Sairaanhoitaja kirjoittaa sairaala-apteekissa asioimisestaan: *”Aukaistessani apteekin oven tunnen suurta kunnioitusta ja käyttäydyn hillitysti”.* (yo.sair.sh 19) Hän muuttaa käyttäytymistään mennessään sairaala-apteekkiin. Hän olettaa, että ”vapaa” käytös ei ehkä ole soveliasta. Hän erottaa kontrolloidun käyttäytymisen vapaasta käyttäytymisestä. Farmaseutit ja proviisorit uskovat itsekkin, että asiakkaat saattavat kokea heidät viileän asiallisina, tarkasti sääntöjä noudattavina, turhantarkkoina, liian virkaintoisina ja ”niuhoinkin”. Goffman (1971, 86–87) ei pidä statusta tai asemaa yhteisössä minään aineellisenä hyvänä, jonka voi saada haltuunsa ja asettaa näytteille: se on asiaankuuluvaa käyttäytymistä, yhtenäistä, hioutunutta ja pitkälle jäsentynyttä ja sitä toteutetaan tie-

toisesti tai tiedostamatta. Ammatillinen etiketti on rituaalinen runko, jolla pidetään yllä ammattikunnan yhteistä julkisivua (Hughes 1946, 273). Farmaseuttien ja proviisorien itsensä esittämisessä on muodollinen käyttäytyminen määräävämpää kuin epämuodollinen. Se saattaa olla heidän uskoaan ja käsitystään hyvästä palvelusta; keskittymistä itse asiaan, jolloin palvelutapahtumaan liittyvät asiakkaiden subjektiiviset kokemukset jäävät vähemmälle huomiolle. Normi ei pidä kaikkien kohdalla paikkaansa. Sairaanhoidajat mainitsevat, että persoonakohtaisia eroja on, mutta stereotyyppinen kuva farmaseuttisen palvelun jäykkyudestä elää sairaanhoitajien teksteissä ja puheissa.

”Sairaala-apteekin ammattikulttuurin suhteuttaminen muihin sairaalan ammattikulttuureihin: toimintaperiaatteet- ja tavat jäävät hämäräksi, tiedottaminen sairaala-apteekista käsin on kovin vaatimatonta. Ulospäin avautuva maailma sairaala-apteekista vaikuttaa kovin vaatimattomalta, lähes pyyteettömältä. Väheksyvätkö sairaala-apteekin työntekijät omaa työtänsä hierarkkisessa sairaalamailmassa vai onko ammatti-identiteetti (työtyytyväisyys) niin korkealla, että ei koeta tarvetta sitoa kontakteja ulospäin???? Sisäänpäin kääntynyt ammattikulttuuri.” (sh 20)

Näissä sairaanhoitajien teksteissä tulee esille vastakkainasettelu sisänpäinlämpiävyyden ja ulospäin suuntautuneisuuden välillä. Tekstit tuovat esille sairaala-apteekin erillisyyttä ja tuntemattomuutta. Tiedottamisessa ei sairaanhoitajien mielestä näy aktiivisuus eikä halu tiiviimpien suhteiden luomiseen muiden ammattiryhmien kanssa. Sekä lääkärien että sairaanhoitajien tekstit ja puheet tuovat esille sen, että tietoa farmaseutiselta henkilökunnalta on aina saanut – tarvittaessa ja kysyttäessä.

Farmaseutiselta henkilökunnalta saatua tietoa sairaanhoitajat pitävät luotettavana; ”mu-tu -tietoa” ei ole. Sairanhoitajat kuvaavat farmaseuttien/proviisorien tuottavan itsensä ”virheettöminä ja erehtymättöminä ja antavan itsestään kuvan, että vain he tietävät”. (yo.sair.sh 32) ”Apteekki ei myönnä tehneensä virhettä, vaikka on tehnyt, vaan syyttää osastoa.” (kes.sair.sh 36) Sairanhoitajien ja farmaseuttien/proviisorien keskinäisessä vuoropuhelussa ajaututaan vastakkainasetteluun siitä, kuka on oikeassa, kuka väärässä. Tekstit kertovat kulttuurisista yhteentörmäyksistä.

Eri ammattiryhmät kohdistavat muihin samassa organisaatiossa toimiviin ryhmiin odotuksia, joita on joskus vaikea täyttää. Ammatti ”kloonaa”, ja työntekijät käyttäytyvät tiedostamattaan usein näiden stereotyyppien mukaan. Ihmiset luovat helposti muista ammattistereotyyppioita ja myös yleistävät tietyn yksittäisen toimijan käyttäytymisen koko ammattiryhmän toiminnan piirteisiin kuuluvaksi. Mikäli vuorovaikutus on avointa, ristiriidat voivat lisätä professioiden joustavuutta ja yhdistää niitä. Konfliktit saattavat avata luovuuden ja innovatiivisuuden hetkiä, jotka voivat tuoda eri osapuolet lähemmäksi toisiaan. Raskaassa byrokraattis-hierarkkisessa organisaatiossa on tosin vaikea ”lentää”.

Ruotsalaisten sairaanhoitajien teksteissä vastakkainasettelut eivät tule niin selvästi esille. Osittain se johtuu aineistojen erilaisista keräystavoista. Teksteistä on kuitenkin

luettavissa samoja asioita kuin suomalaisten sairaanhoitajien teksteistä. Ne kertovat apteekin erillisyydestä, farmaseuttisen henkilökunnan vähäisistä kontakteista hoitohenkilökuntaan ja potilaisiin. Vastakkainasetteluna on lähellä potilaita ja kaukana potilaista. Ruotsalaiset sairaanhoitajat pitävät yhteydenottoa sairaala-apteekkiin subjektiivisella tasolla helppona. Kulttuuriset yhteentörmäykset eivät ole selvästi näkyvissä. Vastakkainasetteluna on kuitenkin sairaala-apteekin palvelu vain virka-aikana ja vuodeostojen palvelu ympäri vuorokauden. ”*Farmaseuttista palvelua saa vain konttoriaikoina, tarvittaisiin kyllä muulloinkin ja viikonloppuina. Osastojen toiminta ei lopu ns. virka-aikaan*”. (yo.sair.sj 8)

Väliyhteenvedo

Suomalaisten ja ruotsalaisten farmaseuttien ja proviisorien käyttämät vertaukset kertovat ammattiyllpeydestä ja oman työn arvostamisesta. Vertaukset tuovat esille lääkehuoltoyksikön tärkeää paikkaa sairaalan toiminnan kannalta: organismi ja mekanismi – metaforat kuvaavat kokonaisuutta, joka ei voi toimia ilman sen kaikkia osia ja järjestelmää, jossa kaikki osat ovat toiminnan kannalta välttämättömiä. Farmaseuttisen työn paikka on yksi osa tätä kokonaisuutta. Metaforat virittävät varsin hyvin yleisöä hyväksymään sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen tärkeän paikan. Ne ovat hyvin vakuuttavia. Myös suomalaisten ja ruotsalaisten sairaanhoitajien käyttämät vertaukset kertovat lääkehuollon tärkeästä paikasta sairaalassa. Ne kertovat myös lääkehuoltoyksikön erillisyydestä vuodeosastojen toimintaa ajatellen. Myös farmaseutit ja proviisorit tuovat vertauksissaan tätä lääkehuollon erillisyyttä ja vierautta esille.

Farmaseuttien ja proviisorien ammatilliset toimintatavat välittyvät vertauksissa byrokraattisina ja etäisyyttä ylläpitävinä. Tilajärjestelyt ja farmaseuttisen työn näytteille asettaminen tuottavat enemmän näkymättömyyttä kuin näkyvyyttä. Tutkijana käyttäisin vertausta, että sairaala-apteekki/lääkekeskus on kuin toukka kotelossa, josta tietyissä tilanteissa tulee perhonen. Sairaanhoitajien teksteissä tuodaan esille farmaseuttisen henkilökunnan tiedollinen asiantuntijuus ja luotettavuus. Palvelujen saatavuus ei aina ole sairaanhoitajien mielestä paras mahdollinen: sairaala-apteekki/lääkekeskus on kaukana sekä fyysisesti että sosiaalisesti. Farmaseuttisen henkilökunnan vieraus saa sairaanhoitajat epäröimään yhteydenottoa, vaikka kysymistä olisikin. Vieraus johtaa myös siihen, että palvelutapahtumaa ei aina koeta ystävälliseksi. Tämä subjektiivinen kokemus palvelun tasossa tulee esille suomalaisessa aineistossa. Sijainnilleen sairaala-apteekki/lääkekeskus ei voi mitään. Suurissa sairaaloissa se on useimmista vuodeosastoista kaukana. Farmaseuttisen henkilökunnan pukeutuminen viestittää kuulumista terveydenhuollon henkilöstöön. Suomessa proviisorien erilainen pukeutuminen verrattuna farmaseuttien pukeutumiseen kertoo hierarkiasta, jota pidetään yllä myös vaatteilla.

10 Naisammattilaisten areena

Tässä luvussa tarkastelen, miten farmaseutit ja proviisorit sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa puhuvat työstään naisten työnä. Millaisina työntekijöinä he itsensä näkevät, kun he puhuvat sukupuolesta? Millaista merkitystä he katsovat asemansa ja toimintatapojensa kannalta olevan sillä, että ovat naisia? Tutkimusaineistoni on lähes kokonaan naisten tuottamaa: suomalaiset farmaseutit ja proviisorit ovat kaikki naisia ja ruotsalaisessa aineistossa suurin osa farmaseuteista (receptarie) ja apteekkareista on naisia. Farmaseutit ja proviisorit eivät teksteissään juurikaan tuo esille jakoa naisiin ja miehiin. Tutkimusaineistoa kerätessäni olen joutunut kysymään asiasta ja tämän luvun aineisto muodostuu suurelta osin näistä keskusteluista. Siksi käsittelen sitä tässä erillisessä luvussa.

10.1 Näpertelyä vai tarkkuutta

Suomessa ja Ruotsissa suuri osa terveydenhuollon työvoimasta on naisia. Farmasian ammatit eivät tee poikkeusta. Farmaseutin ammatti on pääasiassa naisten ammatti. Proviisorin ammatti on sen sijaan myös miesten ammatti. Proviisoriopiskelija Reijan mukaan *”farmasiaa opiskelemaan tulevat miehet tähtäävät alun alkaen korkeammalle. He tulevat opiskelemaan proviisoreiksi eivät farmaseuteiksi”*. Ruotsissa, samoin kuin Suomessa, apteekkarin/proviisorin ammatti oli 1900-luvun alkuvuosikymmenet miesten ammatti. Suomessa keskeisillä naissektoreilla työntekijät ovat useimmiten ylimmistä tehtävistä alimpiin saakka naisia. Tämä pitää paikkansa myös sairaalafarmasian ammatillisella kentällä. Suomen viidestä yliopistosairaalasta neljässä on sairaala-apteekkarina nainen. Myös keskussairaaloiden apteekkarit ovat suurimmaksi osaksi naisia. Sairaalafarmasian hierarkkisilla statusportailla naiset ovat näkyvissä asemissa. Miesten vähyys selittyy pitkälti alan naisvaltaisuudella, mutta pohtia voi myös sitä, kiinnostaako tämä farmasian alue vähemmän miehiä kuin naisia. Monet sairaala-apteekkareina työskennelleet ovat siirtyneet yksityisapteekkien apteekkareiksi. Toisinpäin siirtymistä ei ole. Yksityisen ja julkisen sektorin raja on myös sukupuoliraja (Silius 1992). On myös niin, kuten Santamäki (2004) toteaa tutkimuksessaan sairaanhoitajien työttömyydestä, että tilastot eivät kerro kovin hyvin ammattikunnan lohkoutumisesta. Esimerkiksi sukupuolten välisiä eroja ei useinkaan ole tilastoitu. Ruotsissa miesapteekkarit, jotka työskentelevät

Apoteket AB:ssa, ovat yleensä työnjohtaja-asemissa tai virkamiehinä yrityksen toimistossa.

Suomalaiset farmaseutit ja proviisorit eivät painota sukupuolen merkitystä työssä. He tekevät työtä farmaseutteina ja proviisoreina. Arkipäivän työssä sukupuolen merkityksestä työkäytäntöihin ja toimintatapoihin on vaikea saada otetta. Työntekijät piiloutuvat neutreiksi ja sukupuoli on kätkeyty. Jokaisella meistä on kulttuurisidonnaiset käsityksemme naisten ja miesten toiminnasta. Elämme kulttuurisia käytäntöjä miehinä ja naisina, ja ehkä juuri tästä syystä sukupuolistuneita käytäntöjä on vaikea havaita. Kinunen ja Korvajärvi (1996) toteavat, että suomalaista työelämää kuvaa sukupuolineutraalisuus eikä sukupuolesta haluta puhua. Työelämän käytännöissä sukupuoli mielletään henkilökohtaisena ja yksityisenä asiana, joka ei vaikuta työntekoon. Suomalaiset farmaseutit ja proviisorit kuitenkin ajattelevat asiaa suoraan kysyttäessä, siitä puhuttaessa ja keskusteltaessa, että sukupuolella on vaikutusta työkäytäntöihin ja ajattelu- ja toimintatapoihin. Tämä käy ilmi myös ruotsalaisesta aineistosta. *”On sukupuolella ainakin jonkin verran merkitystä työn tekemisen tapoihin ja strategioiden valitsemiseen. Apoteket AB on naisvaltainen yritys ja naisvaltaisuus lisää samankaltaisuutta.”* (apteekkari Rea)

Suomalainen farmaseutti Helka sanoo, että *”eihän me kaikki olla samanlaisia. Minusta esimerkiksi joku meilläkin on sellainen, joka vetelee isolla sudilla eikä millään pikku pensselillä. Joskus kylläkin mietin sitä, että onko se enemmän miesmäistä käytöstä”*. On syytä painottaa, että on olemassa erilaisia miehiä ja erilaisia naisia. On olemassa erilaista maskuliinisuutta ja feminiinisyttä, eikä miehiä ja naisia voi näin ollen käsitellä dikotomisina ja sisäisesti homogeenisina ryhminä. (Cockburn ja Ormrod 1993.) Ihmisillä on taipumus lokeroida asioita herkästi. Näin syntyy stereotypioita, jotka jättävät huomioimatta yksilökohtaiset erot ja kulttuuriset variaatiot. Naisten ja miesten toimintatavoista ja niiden eroista puhuttaessa yksinkertaistetaan helposti ja toistetaan stereotyyppisiä ajattelukuvioita, jotka kuvaavat huonosti todellisuutta. Myös vertailuja tehdään helposti, sekä tietoisesti että tiedostamattomasti. Vertaamalla synnytetään herkästi pelkistettyjä kuvauksia ja jyrkkiä vastakkainasetteluja.

Puhuessaan ja kirjoittaessaan toimintatavoistaan erilaisissa tilanteissa suomalaiset farmaseutit käyttävät adjektiiveja tarkka, pikkutarkka, tunnontarkka, tunnollinen, tarkasti ja orjallisesti sääntöjä noudattava ja niuho. Farmaseutti Asta sanoo, että *”me nyt ollaan tällaisia pienen näpertäjiä ja tehdään pienestä asiasta joskus valtavan iso asia. Miehet eivät tämmöisiin asioihin kiinnittäisi huomiota”*. Edellä mainitut adjektiivit farmaseutit liittävät työhön naisten tekemänä. Farmaseutti puhuu me-muodossa ja liittää näpertelyn ammattikunnan naisiseksi ominaisuudeksi. Toisaalta vastapuheena on, että *”tämä on tarkkaa työtä ja miehet ovatkin joskus vähän holtittomia”*. (farmaseutti Seija) Holtittomuuden hän määrittää miehiseksi ominaisuudeksi. Miehiä farmaseutit pitävät

jonkin verran suurpiirteisempinä kuin naisia. Miehet eivät näpertele pikkuasioiden kanssa, vaan kohdistavat katseensa laajempiin kokonaisuuksiin, tuovat tullessaan löyhempää asennetta ja kyseenalaistavat helpommin luutuneita käytäntöjä. Farmaseutti Asta liittää miehiin johtajina adjektiivit ”*mukava, ei niuho ja reilu oma itsensä*”. Toisaalta tarkkuuden, tunnollisuuden ja säännöistä kiinnipitämisen farmaseutit yhdistävät enemmän ammattiin kuin sukupuoleen. Työtovereina oli harvoin ollut miehiä ja he olivat olleet erittäin tarkkoja ja tunnollisia. Mielenkiintoista on, että suomalaisten sairaanhoitajien teksteissä ja puheessa on samoja adjektiiveja kuin mitä farmaseuttien puheessa. Sairaanhoitaja (yo.sair.sh 11) kirjoittaa ”*apteekkineideistä, jotka ovat hiukan niuhoja ja pykälien mukaan eläviä*”.

Sairaanhoitajan lauseen voi helposti sijoittaa menneisyyteen, jolloin apteekkarit olivat miehiä ja apteekin muu henkilökunta suurelta osin naisia. Tekstissä sairaanhoitaja kategorisoi farmaseutit (proviisorit) naimattomien naisten ryhmään. Sairaanhoitajien kirjoituksissa ja puheissa tulee usein esille farmaseuttien tarkkuus ja sääntöjen mukaan toimiminen. Miessairaanhoitaja Olli toteaa, että ”*farmaseutteja pidetään tarkkoina ja vähän niuhoina ja luulen että näin heistä yleisemminkin ajatellaan*”. Sairaanhoitaja Olli liittää edellä mainitut ominaisuudet farmaseutteihin yleensä, ei naisfarmaseutteihin erityisesti. Näpertelyn ja tarkkuuden asioissa, joissa sen merkitys jää hämäräksi, voi nähdä myös vallankäytön mahdollisuutena ja muotona. Se saattaa olla toimintatapaa, jolla ohjataan muita ja muiden tapaa toimia. Proviisori toteaa, että ”*olemme ehkä vieläkin liian virkamiesintoisia*”. (yo.sair.p 25)

Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit yhdistävät itseensä ja kollegoihinsa työntekijöinä samoja ominaisuuksia kuin suomalaiset farmaseutit ja proviisorit. ”*Olemme pedanteja ja sääntöuskollisia, joskin on myös niitä, jotka uskaltavat tehdä poikkeuksia. Usein on velvollisuuksien täyttäminen ja sääntöjen noudattaminen tärkeämpää kuin lojaliteetti asiakkaita kohtaan. Niitä, jotka ovat sääntöuskollisia, pidetään läpeensä rehellisinä ja luotettavina täteinä sekä asiakkaiden että muiden silmissä.*” (receptarie Irene) Käytetyt adjektiivit liitetään naisiin farmaseutteina (receptarie) ja apteekkareina, mutta toisaalta myös vanhaan apteekikkulttuuriin. Farmaseutit (receptarie) liittävät työhönsä myös sanan näpertely. Tarkkuuden ja täsmällisyyden he katsovat tulevan traditiosta ja näitä ominaisuuksia he pitävät tärkeinä ja arvokkaina. Toisaalta tätä ”*peettisyyttä*” on heidän mielestään istutettu sellaisiinkin asioihin, joissa se ei enää ole tarkoituksenmukaista. Adjektiivit kertovat ammattikulttuurin vaatimuksista ja paineesta. Käyttäytymistapoja ja käytäntöjä halutaan murtaa, mutta samalla pelätään ajautumista ristiriitoihin ja myös leimautumista huolimattomaksi.

10.2 Sukupuoleen kohdistuvat odotukset ja oletukset

Suomalaiset farmaseutit esittävät puheessaan, että mies pystyy farmasian naisvaltaisella alalla saamaan ja rakentamaan itselleen erityisaseman. Miestä kuunnellaan toisella tavalla ja hänen statusasemansa muodostuu helposti korkeammaksi kuin naisten. Miehellä on paremmat vaikuttamisen mahdollisuudet ja mies tulee paremmin huomioon otetuksi ja kuulluksi. Toisaalta käy ilmi, että miehen persoonallisuudella on myös merkitystä erityisaseman saamisessa. Itsestäänselvyys se ei ole, pikemminkin hyvä mahdollisuus. Suomalaisten farmaseuttien puheessa tällaisen näkyvyyden katsotaan tuottavan miehelle selvästi erottautuvaa asemaa ja korkeampaa statusta naisten asemaan nähden farmasian ammatillisella kentällä. Toisaalta farmaseutti Soila sanoo, että ehkä on myös niin, että miehen odotetaan rakentavan itselleen muista erottuvaa paikkaa ja ottavan enemmän valtaa työyhteisössä. Tämä oletus saattaa helposti stereotypoida miehet ja vääristää kuvaa. Sairaala-apteekin työyhteisössä mies varmasti pystyy saamaan erityisen paikan ja paremman näkyvyyden kuin nainen. Kyseenalaista sen sijaan on, miten tämä onnistuu koko sairaalan kontekstissa. Siellä näkyvyyden saaminen ei ole niin suoraviivaista. Silius (1992, 273) tuo esille tutkimuksessaan naisjuristeista naisten erilaisen näkyvyyden, kun naisia on vähän miesten dominoimalla alueella. Naisten vähäisyys juristien ammattikunnassa tekee heistä hyvin näkyviä: kun heitä on enemmän, näkyvyys vähenee.

Suomalaiset farmaseutit ajattelevat, että miehet kyseenalaistavat helpommin luutuneita ja pinttyneitä käytäntöjä, mutta toisaalta tarkastelevat asioita yksipuolisesti. Farmaseutti Irmeli sanoo, että ”miehet ovat putkiaivoja, eivätkä osaa tarkastella asioita monesta näkökulmasta kuten naiset eivätkä tehdä useampaa työtä samanaikaisesti”. Farmaseutti käyttää stereotyyppistä ilmausta. Se kertoo vaikeudesta hahmottaa miesten ja naisten toimintatapojen eroja työelämässä. Farmaseutit ajattelevat naisina olevansa hitaampia kuin miehet kyseenalaistamaan vanhoja käytäntöjä, mutta toisaalta farmasian ammatin olemusta he pitävät sellaisena, ettei se edes suo paljon mahdollisuuksia erilaisille näkökulmille, ei varsinkaan luovuudelle ja innovatiivisuudelle. Ammatin luonnontieteellinen perusta ja ammatin säättely on asettanut ja muokannut institutionaaliset raamit. Yksi miesproviisoripiskelija oli ollut hyvin luova. Hänestä oli keskusteltu, että onko hän oikealla alalla ollenkaan. Luovuus ja kekseliäisyys menevät hukkaan tässä ammatissa. Tämä puhe antaa ymmärtää, että luovuuden käyttäminen farmasian ammatissa koetaan vaikeaksi. Farmasian tietopohja on eksakteissa tieteissä. Työssä on voitu tukeutua selviin faktoihin ja sääntöihin ja tämä on tuottanut tietynlaista käyttäytymistä.

Määritellään luovuutta Ruth (1985) tuo esille sen monikäsitteellisyys. Tavallisin luovuuden määritelmä on omaperäisyys, uuden oivaltaminen eli siis henkilökohtaisen tulkinnan vaatimus. Luovuudelle on toisaalta ominaista myös joustavuus, ajat-

telun rohkea siirtäminen totutuilta urilta uusiin ajatuksiin. Suomalaisten farmaseuttien puheista ja teksteistä ilmenee, että joskus oma uskallus ei riitä uuden kehittämiseen eikä rohkean askeleen ottamiseen. Ideoita ja ajatuksia toisin sanoen on, mutta niiden toteuttaminen käytännössä koetaan vaikeaksi. Luovuuden ja innovatiivisuuden käyttö työssä on yhtä vaikeaa farmaseuttien mielestä sekä miehille että naisille. Rohkeuden puutteen he sen sijaan yhdistävät enemmän naisiin. Kiltteyden, tottelevaisuuden ja kuuliaisuuden he määrittelevät enemmän naisiseksi ominaisuudeksi, mutta farmasian kentällä he liittävät sen jossakin määrin myös miehiin. Proviisori Veera sanoo, että *”ehkä farmasian alalle hakeutuu kilttejä miehiä”*. Ilmaisuu ei sinällään kerro, mitä tämä kiltteys tarkoittaa. Tulkitsen sen liittyvän muodollisiin menettelytapoihin, säännöistä kiinnipitämiseen ja niiden kyseenalaistamattomuuteen.

Ruotsalainen apteekkari Synnöve toteaa, että *”me olemme kilttejä, tottelevaisia, teemme pitkää päivää mukisematta ja joustamme aina tarvittaessa. Naisilta puuttuu aggressiivisuutta ja rohkeutta”*. Näitä ominaisuuksia apteekkari pitää jossakin määrin tarpeellisina, toivottavina ja arvokkaina. Nämä ominaisuudet hän yhdistää enemmän miehiin. Hän toisin sanoen ajattelee, että naiset tarvitsevat enemmän miesten käyttäytymiseen liitettyjä ominaisuuksia. Herää väistämättä kysymys siitä, että kokevatko naiset vaikeaksi toteuttaa itseänsä työssä naisina ja ovat näin ollen pakotettuja ottamaan käyttöönsä miehiksi luokiteltuja toimintamalleja. Apteekkari Synnöven mielestä on aika ottaa aggressiivisempi rooli. *”On kuitenkin oltava diplomaattinen ja sosiaalisia taitoja tarvitaan.”* Hän korostaa naisten vuorovaikutustaitoja ja niiden tärkeää merkitystä työn tekemisen ja suhteiden luomisen kannalta. Sosiaalisten taitojen tarpeen hän katsoo korostuvan erilaisissa kehittämis- ja muutostilanteissa, mutta näitä naisiin liitettyjä sosiaalisia taitoja ei juuri ole arvostettu. Toisaalta keskusteltaessa, mitä naisvaltaisuus on merkinnyt farmasian ammatillisen kehityksen kannalta, miesapteekkari Allan sanoo, että *”naiset ovat kärsivällisiä ja pitkäjännitteisiä ja malttavat odottaa tuloksia. Miehet taas saattavat olla nopeita käänöksissään ja tekevät nopeita päätöksiä. Näin syntyneet ideat saattavat olla huonoja, eivät tuota mitään tai ne voivat myös mennä niin sanotusti pieleen.”*

Puhe diplomatiasta heijastelee ruotsalaisen työelämän kulttuurista toimintatapaa yleisemminkin. Ruotsissa yleinen käytäntö työelämässä on keskustelu eri areenoilla työntekijöiden sitouttamiseksi ja päätösten ankkuroimiseksi. Nopeat päätökset eivät välttämättä ole arvostettuja eivätkä suotavia, vaan päätöksiä pyritään tekemään demokraattisesti ja eri osapuolten yhteistyöhön panostaen. Apteekkareiden puheesta ja teksteistä käy ilmi, että monilla on hyvin paljon tietoa, mutta että pula on lähinnä itseluottamuksesta ja rohkeudesta.

”Farmasian kehitys on ollut hidasta. Se on jäänyt jälkeen lääketieteen kehityksestä. Sairastuvuus ja sairaanhoito ovat muuttuneet mielettömällä vauhdilla viimeisten 25–30 vuoden aikana. Kysyä sopii, onko farmasia osallistunut ja tehnyt

voitavansa tässä muutoksessa. Mitä farmasiassa on tapahtunut tänä ajankohtana? Ei yhtään mitään. Samat työtavat, menetelmät, arvostukset ja ongelmat kuin 1970-luvulla ovat jäljellä. Kenen syytä tämä on, että tilanne on tällainen? Apteekkareiden itsensä. He eivät ole kriittisiä. He ovat tottelevaisia ja nöyriä työntekijöitä. Huimapäisyys, seikkailullisuus ja visiot työssä tuntuvat olevan kiellettyjä. Ettei tehtäisi virheitä ja että estettäisiin virheet näyttää oleva apteekkareiden tärkein tehtävä, ei se, että vähennettäisiin potilaiden kärsimystä, lisättäisiin tietämystä ja kehitettäisiin farmasiaa yhdensuuntaisesti nopeasti kehittyvän lääketieteen kanssa. Muut ammattiryhmät osaavat kantaa paremmin huolta farmasiasta.” (apteekkari Ola)

Tässä puheenvuorossa ruotsalainen miesapteekkari puhuu farmasian kehityksestä ja ammattikunnan roolista kehitykseen vaikuttajana. Hän ei puhu naisista ja miehistä erikseen, vaan apteekkareista yleensä. Apteekkari Ola määrittelee tottelevaisuuden ja nöyryyden ammattikunnan yhteiseksi kulttuuriseksi tunnusmerkiksi. Hän ei liitä näitä ominaisuuksia naisiin. Puhe on kriittistä. Se ei juuri kerro kehityksestä tai muutoksesta vaan pysyvyydestä ja muuttumattomuudesta. Puheessa apteekarit tuotetaan työntekijöinä, jotka ovat sitoutuneet toimimaan tottelevaisesti ja tunnollisesti, eivät toimintaa kehittävästi. Puhe tuo esille myös virheettömyyden kulttuurin hegemonisen aseman ammattikäytännöissä. Se on niin vallitseva, että sen eteen pyritään tekemään kaikki mahdollinen. Vertaus lääketieteen kehitykseen on varsin mielenkiintoinen. Se kertoo apteekkari Olan farmasian kehitykselle asettamista varsin kunnianhimoisista tavoitteista. Analogia apteekkari Olan puheelle löytyy suomalaisen farmaseutti Marinan puheesta.

”Tuntuu, että monilta farmasian alan ihmisiltä puuttuu sellainen luova hulluus ja asioiden eteenpäinviemisen ja kehittämisen palo. Pelätään omilla aivoilla ajattelemissa ja vastuunottoa. Koska meitä ohjaavat lukuisat lait ja asetukset, niihin on helppo nojata ja tukeutua eikä tarvitse miettiä ihan itse, miten jonkun asian voisi tehdä järkevämmän. Sitten jos jotain innovaattoreita alalle eksyykin, he saavat taistella tuulimyllyjä vastaan. Tai sitten heidät nujerretaan ja ohjataan kulkemaan laput silmillä niin kuin muutkin. Valitettavaa mutta totta. Tämä nyt lienee sellainen ikuisuuskyseminen, tuskinpa siihen todellakaan ihan äkkiä muutosta on luvassa. Kai apteekkiälälle hakeutuukin tietyn tyyppiset ihmiset, niitä pioneereja on todella harvassa.”

Suomalaiset ja ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit enemmänkin häivyttävät sukupuolta kuin tekevät sitä näkyväksi. Farmaseuttien ja proviisorien puheissa ja teksteissä ajaudutaan sukupuolistaviin ajatusrakennelmiin, stereotypioihin ja vastakkainasetteluihin. On pikkutarkka, niuhu nainen ja suurpiirteinen, ei-niuhu mies, rohkea mies ja ei-rohkea nainen. On asioita useammasta perspektiivistä tarkasteleva ja useampaa työtä kerralla tekevä nainen ja yhteen suuntaan katsova mies. On kaikkeen helposti suostuvainen, tottelevainen nainen ja helpommin kyseenalaistava ja vastarintaa rakentava mies. Farmaseutit ja proviisorit toivovat, että työpaikalla olisi enemmän miehiä. Yhdessä niistä sairaala-apteekeista, joissa kenttätyövaiheeni aikana Ruotsissa vierailin, työskenteli useampia miehiä ja miesten läsnäolo nähtiin yhdeksi työn hyväksi puoleksi. Kokouspalaverimuistioon oli kirjattu, että *”bra är tvåkönad arbetsplats”*. Miesten läsnäolo

vaikuttaa sekä suomalaisten että ruotsalaisten farmaseuttien ja proviisorien mielestä työilmapiiriin positiivisesti. Miehet toisin sanoen tuovat työpaikalle jotakin toisenlaista ja toivottavaa. Se kertoo erilaisuuden tarpeesta ja miesten katsotaan tuovan erilaisuutta naisvaltaiselle työpaikalle.

Suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien ajatuksissa lopputulemana on kuitenkin kysymys, että olisivatko työ, toimintatavat ja työn järjestämisen tavat kuitenkin yhtään erilaisempia kuin nytkään, vaikka miehiä olisi ja olisi ollut alalla enemmän. Tämän puheen voi tulkita niin, että naisten ja miesten toimintatavat, vaikka ne olisivatkin jollakin tavalla erilaisia, eivät farmasian ammatillisella kentällä merkitsisi ainakaan suurta eroa toiminnan ja toimintatapojen järjestämisen kannalta. Witz (1992) pitää tärkeänä sukupuolierojen ja sukupuolen merkityksen huomioimista jurisdiktionaalisten vaatimusten esittämisen tavoissa ja ammatillisten strategioiden muotoutumisessa. Jonkinasteinen analogia miesten ja naisten toimintatapojen erilaisuudesta on löydettävissä Kortteisen (1992, 200–205) tutkimuksesta pankkitoimihenkilöistä ja koneistajista. Kortteisen mukaan naisten ja miesten pärjäämisen ja reviirin rakentamisen strategioissa on selvä ero. Naisten strategia on vastuukulttuuri ja miesten taas vastakulttuuri. Miehet pyrkivät saavuttamaan tietyn itsellisyyden työssä luomalla työnantajasta riippumattoman kontrollialueen. Naiset taas pyrkivät tähän päämäärään vastuunoton ja moitteettoman työn kautta. Davies (1996) pitää autonomiaa erittäin keskeisenä käsitteenä sekä maskuliinisessa kulttuurissa että professioissa.

10.3 Tradition velvoittamat

Työpaikat ovat arkielämän kulttuurisia näyttämöitä. Näillä näyttämöillä työntekijöillä, miehillä ja naisilla, on tietyt tavat ja tottumukset toimia ja käyttäytyä, ja nämä käyttäytymistavat ovat muodostuneet pitkän ajan kuluessa. Kulttuuri auttaa selviytymään. Se jäsentää toimintaamme niin että on mielekästä elää ja olla.

Sukupuoli symbolijärjestelmänä pitää sisällään merkityksiä luovat kulttuuriset symbolit, normit, arvot, ajatusrakennelmat, ilmiöt ja esitykset, joiden avulla ymmärrämme itsemme ja toiset. Symbolijärjestelmään kuuluvat myös ne kulttuuriset koodit, jotka otetaan annettuina, luonnollisina ja itsestään selvinä ja joita ei kyseenalaisteta. (Silius 1992, 26–27.) Proviisorin (farmaseutin) ammatti on vanha ammatti, ja se on pitkän olemassaolonsa aikana luonut oman kulttuurinsa, joka on osoittautunut hyvin pysyväksi. Monet ominaisuudet, jotka liitetään naisten tapaan toimia, kumpuavat syvältä farmasian ammatin traditiosta. Nämä ominaisuudet ovat toisaalta kantaneet ammattia monella tavalla muuttuvassa toimintaympäristössä, mutta olleet myös muutosten esteinä. Ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit puhuvat ja kirjoittavat paljon muutoksesta

ja toisella tapaa toimimisesta. He ajattelevat, että sairaalafarmasian kentällä on tässä suhteessa ollut kauan hiljaista. Nyt on herätty muutokseen, ja yhtenä syynä he pitävät nuorempien ikäluokkien muutosvaatimuksia, mutta uudistusintoa löytyy myös vanhemmista ikäluokista. Sairaalafarmasialle halutaan nyt näkyvämpää roolia.

Suomalaisesta aineistosta käy ilmi, että uudet ikäluokat ovat tuoneet ammatikäytäntöihin ”*laveampaa*” työtapaa ja että näiden uusien työtapojen myötä häviää vanhaa käytäntöä. Nuorten arvostukset ovat erilaisia, ja vanhojen työtapojen tiukat muotovaatimukset saattavat tuntua rajoittavilta. Sairaala-apteekissa juuri aloittanut farmaseutti Selja sanoo: ”*Minua ihmetyttää ja hämmästyttää mitenkä täällä joskus pidetään vanhasta kiinni. Miehet kyllä ottavat helpommin uudet tavat käyttöön. Mitään vanhaa ei saa hävittää, sitä kun muka saatetaan vielä tarvita. Vanhaan tukeudutaan helposti, eikä uskalleta toimia uudella tavalla.*” Farmaseutti Selja liittyy vanhasta kiinnipitämisen tässä puheenvuorossa naisiseksi toimintatavaksi. Itse näen tässä vanhan ammattikulttuurin ja nuorempien työntekijöiden erilaisten ajattelutapojen yhteentörmäyksen. Nuoret kokevat vanhan säilyttämisen ja yhtenäisen kulttuurin vaatimuksen joskus turhan rajoittavana. Toisaalta vastakulttuuria on löydettävissä myös vanhempien ikäluokkien ajattelusta.

Nuorempien ikäluokkien uudenaikaisesta työorientaatiosta kertoo myös kanadalainen tutkimus. Tutkimuksessa (Tanner ym. 1998) pyrittiin löytämään vahvistusta oletukselle, että farmasian alalla toimivat naiset ovat orientoituneempia kliiniseen farmasiaan kuin miehet. Kliininen farmasia ammatillisena roolina ja ideologiana oli kuitenkin enemmän yhteydessä työympäristöön ja ikäluokkiin kuin sukupuoleen. Miesten ja naisten ollessa työnjaollisesti samanlaisissa asemissa, heidän näkemyksensä työstä olivat samanlaiset, myös ammatti-ideologisesti. Eniten laajentuneen farmaseuttisen roolin omaksumiseen vaikuttivat neuvotteluissa vietetty aika muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, ammattiin valmistumisvuosi, sairaala työpaikkana sekä aika, joka käytettiin potilaiden neuvomiseen. Amerikkalaisessa tutkimuksessa (Adamcik ym. 1986, 1198) on toisaalta havaittu, että nuoret naisproviisorit olivat se ryhmä, joka eniten kannatti kliinistä farmasiaa. Syyksi esitettiin, että naiset ovat interprofessionaalisissa vuorovaikutustilanteissa ”*kodikkaampia*” kuin miehet. Mieslääkärit eivät koe heitä uhkana auktoriteetilleen ja autonomialleen, mikä saattaa helpottaa naisproviisorien työskentelyä kliinisen farmasian alueella. Adamcik ym. eivät kuitenkaan pohdi sitä, mitä painoarvoa miesproviisori toisi tullessaan. Amerikkalaisten naisproviisorien retoriikkana on ollut esittää itsensä emotionaalisia, myötätuntoisia ja ymmärtävinä. Näiden piirteiden ajatellaan tuovan lisäarvoa proviisorien toimiessa kliinisessä potilastyössä. (Slining 2000, 950–954.) Vasta-argumentteina on Yhdysvalloissa esitetty pelkoa palkkojen laskusta, työvoiman vähenemisestä naisten jäädessä kotiin lapsia hoitamaan ja johtajuuden puutteesta, kun ammatti naisvaltaistuu (Henderson 2000).

Väliyhteenveto

Tutkimuksessani kuuluu pääasiassa naisten ääni. Miesten vähäisyyden vuoksi on vaikea pohtia sitä, miten sukupuoli on vaikuttanut ja vaikuttaa farmaseuttien ja proviisorien toimintatapoihin, ammatillisten strategioiden valintoihin ja oman paikan määrittelyihin. Toisaalta on helppo yhtyä Kortteisen (1992) tulkintaan, että naisten strategia on vastuukulttuuri. Paikka pyritään lunastamaan moitteettoman työn kautta. Varsinkin ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit painottavat tradition merkitystä toimintatapoihin. Sekä nais- että miesfarmaseutit (receptarie) ja apteekkarit ovat ammentaneet ajattelu- ja toimintatapoja tästä traditiosta, ja nämä tavat istuvat tiukasti arkipäivän käytännöissä. Määritellessään toimintatapojaan naisina sekä suomalaiset että ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit tuovat esille rohkeuden puutteen, kiltteyden, tottelevaisuuden ja sääntöuskollisuuden. Teksteissä ja puheissa todetaan, että on olemassa erilaisia naisia. Siksi kulttuuriset toimintatavatkaan eivät ole aina yhteneväisiä.

11 Pohdinta

11.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisen aineiston analyysin luotettavuutta arvioitaessa huomio kiinnitetään aineiston merkittävyyteen, yhteiskunnalliseen tai kulttuuriseen paikkaan, aineiston riittävyyteen, analyysin kattavuuteen ja toistettavuuteen (Mäkelä 1998). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti, ja tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on varsin keskeinen. Tutkijan position ja tutkimusprosessin tarkka kuvaaminen luovat perustan luotettavuuden arvioinnille. (Honkasalo 1994, Eskola ja Suoranta 1998, 211.) Kvalitatiivisen aineiston riittävästä ei voi esittää matemaattisia lukuja. Tärkeäksi asiaksi nousee aineiston monipuolisuus ja sen kylläntyminen. Toisin sanoen tutkijan olisi kyettävä saamaan ilmiöstä esille olennainen tieto. (Mäkelä 1998, 52.) Vaikka laadullisen aineiston tieteellinen kriteeri on sen laadussa eikä määrässä, niin näytteen koon on kuitenkin oltava riittävän edustava. Tärkeää tutkimuksen kannalta on, ettei tutkimus jää pelkäksi kuvailevaksi tekstiksi. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on pystyä rakentamaan teoreettisesti kestäviä näkökulmia. Laadullisen tutkimuksen kattavuudella tarkoitetaan sitä onnistumisen kokonaisuutta, jonka muodostavat aineisto, analyysi, tulkinta ja tutkimusteksti. (Eskola ja Suoranta 1998, 18–19, 60–62.)

Tutkimusaineistoa oli runsaasti. Aineistot olivat erityyppisiä, eri tavoin ja eri aikoina hankittuja. Erilaiset aineistot luovat rikkaampaa kuvaa kohteesta. Olen vakuutunut siitä, että ilman farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaisilta sekä Ruotsista kerättyä aineistoa kuva farmaseuttisen henkilökunnan toimivalta-alueesta ja ammattikulttuurista olisi jäänyt kapea-alaiseksi. Myös farmaseuttien ja proviisorien ja heidän lähiammattilaisensa vuorovaikutussuhteiden tarkastelu olisi jäänyt yksipuoliseksi. Erilaiset aineistot avasivat uuden ja hedelmällisen tarkastelunäkökulman ja ristivalottivat kohdetta. Läheskään kaikkia aineistoja en ole käyttänyt. Käyttämieni aineistolähteiden valikoinnissa pyrkimyksenäni on ollut saada esille oleellinen tieto tutkimuskohteestani. Olisin voinut keskittyä tutkimuksessani vain yhteen hyvin rajattuun näkökulmaan. Väitän kuitenkin, että erilaiset tulkintanäkökulmat ja eri ammattilaisten näkökulmat avaavat tutkittavaa ilmiötä laajemmin. Käytettävissäni on ollut suuri määrä erilaisia dokumentteja, kokouspöytäkirjoja ja arkipäivän työkäytännöissä ja koulutustilaisuuksissa esille tullutta tietoa. En ole voinut ottaa niitä kaikkia yksityiskohtaisen tarkastelun kohteeksi,

vaan olen joutunut valitsemaan käyttämäni tiedot tarkasti valikoiden, ottaen huomioon myös eettiset näkökohdat.

Olen lukenut aineistoa teorian johdattelemana, mutta olen antanut myös aineistoni puhua vapaasti. Teorian johdattelema lukutapa on toiminut hyvin ja auttanut löytämään niitä perusolettamuksia, arvoja, normeja ja merkityksiä, joita farmaseutit ja proviisorit toimintatapoihinsa liittävät. Työnjaollinen ja ammattikulttuurinen näkökulma ovat täydentäneet toisiaan. Ne ovat yhdessä auttaneet löytämään hyvin niitä ammatillisia toimintatapoja ja strategioita, joita farmaseutit ja proviisorit käyttävät määrittellessään, luodessaan, puolustaessaan ja pyrkiessään laajentamaan toimivalta-alueitaan. Olen mielestäni pystynyt saavuttamaan tutkimuskysymysteni kannalta olennaisen tiedon. Keskeytyminen tiettyihin aihealueisiin ja niiden asettaminen tarkemman tarkastelun kohteiksi on auttanut olennaisen tiedon esille saamisessa. Erialaisten aineistojen yhdistäminen on ollut tiedon saannin ja myös tutkimustulosten luotettavuuden kannalta erittäin tärkeää. Aineistojen ristikuulusteleminen on vahvistanut uskoani tutkimuksen luotettavuuteen. Metaforat ovat paljastaneet tutkimuskohteestani puolia, joita en virallisempien tekstien ja puheiden kautta olisi saanut selville. Ne ovat tuottaneet minulle tutkijana ja farmaseuttina myös yllätyksiä. Retoriikka-analyysi kriittisenä lukutapana on auttanut havaitsemaan eroja farmaseuttien ja proviisorien retorisen identiteetin ja autenttisen identiteetin välillä.

Kvalitatiivisen aineiston analyysin arvioitavuudella pyritään siihen, että lukijalla on mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä ja muodostaa näin oma näkökantansa. Tähän olen pyrkinyt ottamalla mukaan runsaasti suoria lainauksia farmaseuttien ja proviisorien teksteistä ja puheista ja kuvailemalla mahdollisimman tarkasti tutkimuksen suorittamista ja aineiston analyysia. Tutkittavat ovat antaneet minulle monipuolisen aineiston, ja pyrkimyksenäni on ollut rakentaa tutkimuskohteesta elävä ja rikas kuva. Tutkimukselle on hyödyksi, jos tutkimukseen osallistuneet lukevat tutkimustekstejä. Tämä on ollut mahdollista jossain määrin. Nämä keskustelut ja pohdiskelut ovat olleet hedelmällisiä. Olen saanut tukea tulkinnoilleni, mutta olen myös joutunut ajattelemaan asioita uudestaan. Nämä keskustelut ovat pakottaneet minut pohdiskelemaan yhä uudelleen farmaseutin ja tutkijan identiteettiäni. Jatko-opintoja suorittava sairaanhoitaja kertoi yliopiston tutkijaseminaarissa, että hän tunnistaa tutkimukseni sairaanhoitajien teksteissä itseänsä: *"Noin minäkin olen ajatellut ja tuntenut sairaala-apteekista"*.

Kvalitatiivisen analyysin toistettavuus on ongelmallinen asia. Mäkelän (1998) mukaan on mahdollista saavuttaa korkea luokitteluyksimielisyys kykenemättä silti sanomaan, mihin yksimielisyys perustuu. Kvalitatiivisen analyysin toistettavuudella kuitenkin tarkoitetaan sitä, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitelty niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija päätyy samaan tulokseen soveltamalla näitä sääntöjä. Sosiaalisen monimuotoisuuden vuoksi on kuitenkin epävarmaa, päätyisikö toinen tutkija täsmälleen

samanlaisiin johtopäätöksiin. Ongelma on suuri varsinkin silloin, kun toinen tutkija on sisäpuolinen ja toinen ulkopuolinen. Tutkimusta tehdessäni olen ollut sekä sisäpuolinen että ulkopuolinen. Asemasta sisäpuolisena tutkijana on ollut sekä etuja että haittoja. Sisäpuolisuuden eduksi katson sen, että minulla on pitkä kokemus tutkimusympäristöstä, sen historiasta ja myös farmaseutin ja proviisorin ammattien historiasta. Tämä on auttanut ymmärtämään nykytilannetta. Sisäpuolisena minulla on tutkimuskohteesta jo alun alkaen paljon tietoa. Katson myös, että sisäpuolisen tutkijan läsnäolo häiritsee vähiten tutkittavien toimintaa. Ruotsissa olin vieraalla maalla. Katson tämän sekä eri aineistojen kontrastoinnin lieventävän sisäpuolisuuden haittoja ja lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Sisäpuolisen tutkijan saattaa olla vaikeaa päästä itsestäänselvyyksien taakse, vaikka juuri niihin tutkijan pitää kiinnittää huomiota. Sisäpuolisena tutkijana minun on ollut helpompi löytää yhtäläisyyksiä kuin erilaisuuksia ammattikulttuurista. Farmaseuttina minut on sosiaalistettu ajattelu- ja toimintatapoihin, joissa on painotettu yhtenäisyyttä. Irtaantuminen perinteestä on vaatinut pitkän prosessin. Tutkimus- ja kenttäpäiväkirjani kertoo, että olen ajan myötä alkanut kirjata eri asioita kuin tutkimuksen alussa. Rohkeuskin on kasvanut. Ongelmaksi olen kokenut varsinkin sen, että ihmisiä on vaikea saada puhumaan ja kirjoittamaan statushierarkioista. Myös Einarsdottir (1999) tuo tämän asian esille. Statushierarkiat ovat kuitenkin osa sairaaloiden sosiaalista järjestelmää. Ne ovat myös osa tutkimieni ammattien sosiaalista rakennetta.

Se, mikä merkitys sukupuolella on farmaseuttien ja proviisorien asemaan ja ammattikulttuuriin ajattelu- ja toimintatapoihin, jää tässä tutkimuksessa rajallisesti tarkastelluksi. Tutkimusaineisto koostuu pääasiassa naisten puheista ja teksteistä. Tästä syystä on ollut vaikeaa löytää ja pohtia sukupuolen merkitystä farmasian ammatillisella kentällä sairaalakontekstissa. Olen myös pohtinut sitä, mikä merkitys tutkimuksellisesti on sillä, että olen naisfarmaseutti ja tehnyt työtä pääasiassa naisten kanssa. Tämä tutkijan positio rajoittaa tarkastelunäkökulmia, mutta toisaalta sisäpuolisuus naisena naisten joukossa edesauttaa havainnoinnissa. Farmaseutit ja proviisorit eivät työn käytännöissä tuo sukupuolta esille, ja jo tästä syystä siitä on ollut vaikeaa saada otetta. Korvajärvi (1996) tuo esille, että työn organisaation tasolla sukupuoli ei näytä merkitsevän mitään, kun tarkastellaan työntekijöiden selostuksia työn sisällöstä.

Yleistettävyyden sijasta laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tulosten siirrettävyydestä. Siirrettävyydessä arvioidaan, ovatko saadut tulokset sovellettavissa vastaavaan ilmiöön toisissa samantyyppisissä olosuhteissa. (Tynjälä 1991). Tässä tutkimuksessa tulokset eivät perustu yhteen ainoaan toimintayksikköön, vaan erilaisten ja eri tavalla hankittujen aineistojen avulla pyritään saamaan käsitys farmaseuttisen henkilökunnan työnjaollisesta paikasta ja ammattikulttuurista laajemmin. Kysymys liittyy jo metodologisiin valintoihini. Kontrastointi ruotsalaiseen aineistoon ja tulosten tarkastelu suhteessa aikaisempaan tutkimukseen antaa mielestäni tukea sille, että tulokset ovat jos-

sakin määrin siirrettävissä muihin samantyyppisiin konteksteihin. Tutkimus on tuonut esille, että terveydenhuollon ammattikulttuureilla on yhteisiä piirteitä. Terveydenhuollon organisaatiot ovat byrokraattisia ja hierarkkisia. Tämä heijastuu myös ammattikulttuureihin. Ammattiryhmien arvoissa saattaa olla eroja, mutta yhteisenä arvona ja tavoitteena on potilaan hyvä hoito. (Kinnunen 1990, Viitanen 1997, Martin 2000, Laakkonen 2004.) Potilaan ”*paras mahdollinen hoito*” on myös farmaseuttien ja proviisorien työn tavoitteena.

Farmaseuttien ja proviisorien työnjaollisen paikan ja ammattikulttuurin tarkastelu on mielestäni tärkeää. Ammattikulttuuristen toimintatapojen ja ammatillisen toimivalta-alueen tarkastelu on tärkeää farmaseuttisen työn kehittämisen kannalta. Ammattikulttuurilla on tärkeä merkitys tavoitteiden saavuttamisessa. Tärkeää on myös ammattiryhmän reflektiivinen ajattelu siitä, mihin omaa asiantuntijuutta kannattaa suunnata muuttuvassa toimintaympäristössä. Tämä tutkimus on minun tulkintani farmaseuttien ja proviisorien toimivalta-alueesta ja ammattikulttuurista sairaalakontekstissa tietynä historiallisena aikana. Foucault (1998, 41–59) kirjoittaa tulkinnan olemuksellisesta keskenäisyydestä, ja painottaa, että ei ole olemassa mitään absoluuttista ensimmäistä, jota tulkittaisiin, sillä pohjimmiltaan kaikki on jo tulkintaa. Mikään merkki ei itsessään ole tulkinnalle tarjoutuva asia, vaan tulkintaa toisista merkeistä. Foucault tuo esille, että kieli on herättänyt ainakin indoeurooppalaisissa kulttuureissa kahdenlaisia epäilyjä. Ensinnäkin epäilyksen siitä, että kieli ei sano täsmällisesti sitä, mitä se sanoo. Toiseksi kieli herättää epäilyksen, jonka mukaan se tavallaan ylittää oman varsinaisen verbaalisen muotonsa. Jokaisella kulttuurilla on omat tulkintasysteeminsä ja tekniikkansa epäillä kieltä, joka sanoo toista kuin sanoo ja epäillä, että kieltä on muuallakin kuin kielessä.

11.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Farmaseuttien ja proviisorien työn keskeiset toimivalta-alueet lääkevalmistus, lääkelogistiikka ja lääkeinformaatio ovat olleet kovassa muutoksessa. Lääkevalmistus, joka oli farmasian ammatillisen auktoriteetin ydinalue, on siirtynyt pääosin lääketeollisuudelle. Kansainvälisen lääketeollisuuden synty ja kehitys vaikuttivat suuresti apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan työhön. Se merkitsi sitä, että lääkevalmistus loppui suurelta osin apteekkeissa, joskaan ei kokonaan. Se on edelleen yksi sairaala-apteekin palvelumuodoista. Sisällöltään lääkevalmistus on muuttunut. Osa lääkevalmistuksesta määrittyy lääkkeiden käyttökuntoon saattamiseksi, joka kertoo sisällöllisestä muutoksesta. Solunsalpaajien käyttökuntoon saattaminen on nykyisin sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toimivalta-alueita. Aikaisemmin tämä työ kuului sairaanhoitajille. Haasteita sairaala-apteekin lääkevalmistukselle asettaa lääketehtaiden haluttomuus valmistaa lääk-

keitä pienten potilasryhmien erityistarpeisiin. Lääkevalmistus on osa sairaalafarmasian ammatillista kenttää ja tärkeä farmaseuttien ja proviisorien ammatti-identiteetille.

Lääkevalmistusosaamisen merkityksen vähentyessä farmasian toisen toimivalta-alueen eli lääkelogistiikan merkitys on kasvanut. Lääkemäärät ovat lisääntyneet ja uudet kalliit lääkkeet tulleet markkinoille. Nämä asettavat haasteita lääkelogistiikalle. Logistiikkaosaamisen merkitys kasvaa edelleen, ja kehittyvä teknologia muuttaa sitä. Tulevaisuudessa viivakoodin ja muiden tunnistamistekniikoiden hyödyntäminen lääkelogistiikassa ja sen myötä farmaseuttien vapautuminen/vapauttaminen rutiinilääketarkastustoiminnasta voi muuttaa radikaalisti farmaseuttien ja lääketyöntekijöiden välistä työnjakoa. Perinteisen lääkelogistiikan rinnalle on tullut uutena toimintana koneellinen annosjakelupalvelu eli koneen avulla tehtävä potilaskohtainen lääkejakelu. Annosjakelupalvelu merkitsee sairaanhoitajien ja farmaseuttien/proviisorien keskinäisen työnjaon uudelleen järjestämistä. Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin on ollut perinteisesti sairaanhoitajien työtä. Nyt sairaala-apteekki tarjoaa annosjakelupalvelua, tosin vasta muutamassa paikassa. Sairaala-apteekin annosjakelupalvelu ei ole yksinomaan logistiikkaa. Farmaseuttisen työn kannalta merkittävää on se, että potilaiden lääkitysprofiilit ovat annosjakelun ja siihen liittyvien tietojärjestelmien kautta farmaseuttisen henkilökunnan tarkasteltavissa. Kehittyvä informaatioteknologia ja toimintatapojen kehittäminen mullistavat tulevaisuudessa myös potilaan lääkitystietojen kokonaisuvaltaisen tarkastelun ja viestinnän organisaatorajojen ylitsekin sekä erilaisten tietokantojen hyödyntämisen.

Farmaseuttisen työn kolmannen keskeisen toimivalta-alueen eli lääkeinformaation tarve ja kysyntä ovat kasvaneet. Abbottin teoria professioiden järjestelmästä tuo esille, että ulkoiset tekijät voivat sekä avata että sulkea toimivalta-alueita tai professiot etsivät uusia toimivalta-alueita. Muutos yhdessä ammatissa vaikuttaa toiseen. Keskeistä on, mitkä voimat näihin muutoksiin vaikuttavat. (Abbott 1988, 90.) Kansainvälisen lääketieteellisuuden kehitys vaikutti suuresti apteekkien yhteen keskeiseen toimivalta-alueeseen eli lääkevalmistukseen. Toisaalta se vaikutti myös siihen, että lääkemäärien kasvaessa lääkeinformaation tarve lisääntyi. Lääkeinformaatiosta ja neuvojen antamisesta on tullut tärkeä osa farmaseuttista työtä. Sitkin ja Sutcliffe (1991) painottavat, että neuvojen antaminen ja lääkeinformaatio ovat nyt farmaseuttisen professionaalisuuden kulmakiviä ja kriittisen tärkeitä ammatin statuksen kannalta. Suomalaisessa kontekstissa merkittävää on se, että laki otti passiivisen kannan farmaseuttisen henkilökunnan antamaan informaatioon reseptilääkkeistä potilasasiakkaille. Neuvoja sai antaa kysyttäessä. Lääkeinformaatio oli lääkärin toimivalta-alueita. Vuonna 1983 lääkeinformaatiosta tuli farmaseuttisen henkilökunnan velvollisuus. Ruotsissa laki ei kieltänyt farmaseuttista henkilökuntaa antamasta tietoa reseptilääkkeistä, mutta siitä huolimatta käytäntö oli Ruotsissa vielä 1960-luvulla samanlainen kuin Suomessa. Asetelma kertoo rajanvedosta kahden ammatin välillä ja istuu hyvin tulkintaan proviisorin ammatin marginaaliasemasta. Lääkäri-

professio käytti sekä kulttuurista että lainsäädännön tuomaa valtaa pitääkseen yllä auktoriteettiasemaansa lääkeneuvonnassa.

Sairaalaorganisaatiossa farmaseuttien ja proviisorien antama lääkeinformaatio on suunnattu enemmän sairaanhoitajille ja lääkäreille kuin potilaille. Lääkeinformaation kysyntä lisääntyy monesta syystä. Lääkkeistä tarvitaan puolueetonta tietoa ja parempia kustannus- ja vaikuttavuustietoja (Sloan ym. 1997, Lyles ym. 1997). Sairaanhoitajat tarvitsevat työnsä tueksi lisää lääkeinformaatiota. Myös potilaat ovat muuttuneet. He ovat asiantuntevampia, vaativampia ja tiedonjanoisempia kuin aikaisemmin. Ihmisten koulutustaso on noussut ja tiedon käsittelykyky on kehittynyt. Hibbertin ym. (2002) mukaan potilasasiakkaiden käsitykset asiantuntijuudesta ovat haasteita proviisorien työlle.

Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen lääkeinformaatiotoiminta leimautuu enemmän passiiviseksi kuin aktiiviseksi: tietoa ja neuvoja saa aina kysyttäessä ja tarvittaessa. Aktiivisempi lääkeinformaatiotoiminta merkitsee farmaseuttien ja proviisorien astumista ulos sairaala-apteekista/lääkekeskuksesta erilaisiin organisaatiotason neuvotteluihin, lääkärinkokouksiin, vuodeosastojen kansliaan ja potilassängyn viereen. Lääkeinformaation tarpeen lisääntyminen ja sen tuomiin haasteisiin vastaaminen vaatii uusien, innovatiivisten informaatiokeinojen luomista ja käyttöönottamista. Farmaseutteihin ja proviisoreihin kohdistuu selvästi odotuksia ja haasteita lääkeinformaation antamisessa. Sekä suomalaiset että ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit pitävät lääkeinformaatiotoimintaa tärkeänä osana ammatillista kenttäänsä. Farmaseuttinen työ on marginaalista, jos se mielletään ja nähdään pelkästään lääkejakeluna. Lääkeinformaation ja neuvonnan korostaminen farmaseuttisessa työssä on Hughesin (1958) sanoin ammatin paremmaksi tekemistä, sen painoarvon ja merkityksen korostamista. Aktiivisempi lääkeinformaatiotoiminta merkitsee ammatillisten rajojen ylittämistä, uudenlaisia ammattikulttuurisia toimintatapoja ja asiantuntijuuden aktiivisempaa suuntaamista lääkeinformaatioon. Informaatioteknologian kehittyminen on muuttanut tiedon hankkimisen tapoja ja sen myötä terveydenhuollon ammattilaiset ovat menettäneet tiedon autonomiaansa. Tieto on nykyisin kaikkien saatavilla. Tämä asettaa asiantuntijat uusien haasteiden eteen kanssakäymisessä potilasasiakkaiden kanssa. Se merkitsee yksilöllistä informaatiota, erityisinformaatiota, tiedon popularisoimista ja hoitomyöntyvyyden lisäämistä. Lääkeinformaatiotoiminta edellyttää hyvää koulutusta, kykyä evaluoida saatavilla olevaa tietoa ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Se tarkoittaa myös moniammatillista yhteistyötä, proaktiivista toimintaa, specialisoitumista ja visionäärisyyttä. Lääkeinformaatiotoiminta on farmaseuttien, proviisorien ja heidän lähiammattilaistensa yhteistä toimivalta-aluetta.

Uutta toimivalta-aluetta sairaalafarmasian ammatillisella kentällä farmaseutit ja proviisorit hakevat osastofarmasian/kliinisen farmasian palvelujen kautta. Puheissa ja ajatuksissa kliinisen farmasian ideologia on ollut helppo hyväksyä, mutta käytännön

toteutus on ollut hidasta. Farmaseuttien ja proviisorien asennoitumista osastofarmasiaan/kliiniseen farmasiaan voi kuvata sisäiseksi kamppailuksi siitä, mikä työssä on tärkeää kehittämisen kannalta, mihin ja miten asiantuntijuutta halutaan suunnata. On myös kysyttävä sitä, miksi uuden työnjaollisen paikan luominen on edennyt hitaasti. Ovatko lääkelogistiikka, lääkeinformaatio, lääkevalmistus ja niiden kehittäminen tuottaneet jo riittävästi haasteita? On myös kysyttävä, ovatko farmaseutit ja proviisorit muuttuneet tarpeeksi pystyäkseen vastaamaan kliinisen farmasian tuomiin haasteisiin. Birenbaum (1985) toteaa tutkiessaan rajanvetoja kliinisen farmasian ja farmasian muiden aktiiviteettien välillä, että siirtyminen kohti lisääntyvää kulttuurista vaikutusvaltaa ja virkauramahdollisuuksia vaatii kliinisten palveluiden markkinointia, innovatiivisia projekteja, rajoitusten eliminointia, lisääntyvää vastuunottoa ja maksajaa.

Kliinisen farmasian hidas kehitys verrattuna angloamerikkalaiseen kontekstiin on nähtävissä sekä Suomessa että Ruotsissa. Syiksi esitetään resurssien puutetta, lainsäädäntöä, byrokraattisia valtasuhteita, koulutuksellisten valmiuksien puutetta ja reviiriristiriitoja. Lisäksi esteinä nähdään vanhat traditiot ja vakiintuneet menettelytavat. Kontekstien erilaisuudesta huolimatta kliinisen farmasian kehityskulussa on nähtävissä myös samankaltaisuutta. Angloamerikkalaisessa kontekstissa proviisorin ammatin muuttuminen antoi sysäysvoimaa kliiniselle farmasialle, ja proviisorit alkoivat aktiivisesti laajentaa rooliaan ja hankkia uusia työtehtäviä. Uudenlainen koulutus edisti kehitystä. Proviisorin ja farmaseutin työ muuttui radikaalisti myös Suomessa ja Ruotsissa, mutta paineet työn muuttamiseksi kliinisemmäksi eivät muodostuneet niin suuriksi kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa. Ruotsissa apteekkitoiminnan valtiollistaminen 1970-luvun alussa oli niin iso tapahtuma, että se vei resursseja muulta kehittämiseltä. Suomessa sairaala-apteekeissa ja lääkekeskuksissa sekä koulutuksellisten että henkilöstöresurssien puute hidasti kehitystä. Yhtäläisyyttä angloamerikkalaiseen kontekstiin on nähtävissä myös siinä, että kliinisen farmasian edistämiseksi on tarvittu farmaseuttisen ammattikunnan aktiivista toimintaa.

Ammattikunnan on itse pidettävä huolta siitä, että byrokratiassa valtaa käyttävät tulevat tietoisiksi toiminnan muutosten tarpeellisuudesta. Tämä tehtävä kuuluu ammattikunnan eliitille, mutta yhtä hyvin myös käytännön työntekijöille. Eliittiryhmän äänellä on enemmän kantavuutta. Yliopistojen farmaseuttiset tiedekunnat eivät suomalaisten farmaseuttien ja proviisorin mielestä ole pystyneet antamaan riittävästi valmiuksia ja tukea kliinisen farmasian kehittämiseksi ja vakiinnuttamiseksi sairaaloihin. Tarvitaan myös tutkimusta osastofarmasian/kliinisen farmasian hyödyistä. Tutkimus on tuonut esille, että vaikka kliinisellä farmasialla onkin angloamerikkalaisessa kontekstissa jo pitkät perinteet, lisää tutkimusta tarvitaan sen merkityksen ja hyötyjen osoittamiseksi (Indritz ja Artz 1999, Kaboli ym. 2006). Tutkimuksen merkitystä on painotettava, koska suomalainen farmasian ammattirakenne ja koulutus poikkeavat oleellisesti anglo-

amerikkalaisesta, eikä muualla tehty tutkimus ole sovellettavissa suoraan suomalaiseen kontekstiin. Tulevaisuudessa kliinisen farmasian kehityksen voi nähdä myös niin, että farmaseutit ja proviisorit markkinoivat kliinisen farmasian palveluita yksilöllisellä, spesifisellä asiantuntemuksellaan. Abbottin (1988) teoria professioiden järjestelmästä painottaa kilpailua työstä. Jossain määrin vastakkaiseksi tälle teorialle on nähtävissä se, että suomalaisissa sairaaloissa osastofarmasiatoiminta on lähtenyt usein liikkeelle osastohoitajien toivomuksesta. Tutkimus tuo esille, että osastofarmasiapalveluiden kysyntä on lisääntynyt, mutta resurssien puute estää niiden toteuttamista ja kehittämistä. Osastofarmasialla on ollut tärkeä merkitys farmaseuttisen työn näkyvyyden ja farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammattilaitensa yhteistyön kehittymisen kannalta.

Kulttuuri muovaa tapaamme toimia ja kulttuuri ja toiminta kietoutuvat yhteen. Ammatit joutuvat sopeutumaan kansallisiin, ylikansalliseen ja paikallisiin kulttuureihin ja toimintaympäristön muutoksiin. Apteekkitoiminnalla on Pohjoismaissa pitkä traditio, mutta sairaalafarmasian voi katsoa olevan suhteellisen uusi ilmiö. Monet tahot ovat määritelleet sairaalafarmasian ammatillista kenttää, se on joutunut taistelemaan paikkaan. Farmasian traditio, sairaalakonteksti, ammattilaisten yhteiset kokemukset ja sosiaalinen toiminta ovat rakentaneet ja muovanneet ammattikulttuuria sairaalafarmasiassa. Sitä on luotu viranomaisten sääntöjen ja määräysten viitoittamana. Makrotason määrittelyt piirtävät raamit sairaala-apteekin/lääkekeskuksen toiminnalle. Myös koulutus ja ammattiyhdistykset ovat muovanneet ammattikulttuuria. Ammattikulttuuri rakentaa farmaseuttien ja proviisorien ammatillista identiteettiä, tietoisuutta ammatin asemasta. Se myös rakentaa raamit työlle.

Työtä sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa ohjaavat rutiinit, traditio, sairaala ympäristönä, asiakkaat, organisaation ja viranomaisten vaatimukset sekä työpaikan johto ja sisäiset prosessit. Farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuurissa on tunnusmerkkejä byrokraattis-professionaalille organisaatiolle ominaisista piirteistä. Työnjako on pitkälle vietyä ja hierarkkisesti rakentunut, työ perustuu sääntöihin ja ohjeisiin. Ammattikulttuuria leimaa sääntöorientoituneisuus. Se pyrkii tuottamaan tiukkaa ryhmäajattelua. Vakiintuneet käytännöt ohjaavat työtä eivätkä anna vaihtoehtoja tehdä toisin. Naisvaltaisuus tuottaa myös samankaltaisuutta. Erimielisyydellä on tärkeä merkitys analyyttisen keskustelun ja aidon uudistuksen tuottamisessa. Ruotsalaisessa aineistossa tuodaan tätä erilaisuuden ja eritaitoisuuden tarvetta esille hahmottamalla sairaala-apteekkia myös muiden ammattikategorioiden työpaikkana. Työ on muuttunut niin paljon, että tarvetta saattaa olla myös muille professioille tai moniprofessionaalisuudelle. Sairaala on hierarkkinen ammattirakenteeltaan, ja sairaala-apteekilla/lääkekeskuksella on oma ammatillinen hierarkiensa. Hierarkia on sekä hallinnollista että professionaalista. Tämä luo käskyvaltasuhteet farmaseuttien ja proviisorien välille. Ruotsalainen konteksti poikkeaa suomalaisesta siinä mielessä, että siellä farmaseutit (receptarie)

ovat usein myös työnjohtoasemissa. Suomessa työnjohtoasemat ovat selvärajaisesti proviisorien toimivalta-aluetta, ja raja proviisorien ja farmaseuttien töiden välillä on tarkkarajaisempi. Ammattitehtävät ja erikoistehtävät luovat myös erilaisia asemia.

Sairaala toimintaympäristönä on suurten muutosten edessä. Näiden muutosten vaikutukset kohdistuvat myös farmaseuttien ja proviisorien työhön. Ammattikulttuuri on elänyt muutoksessa sekä toimintaympäristön että organisaation muutosten kautta. Perinteiset arvot eivät kuitenkaan ole hävinneet. Tarkkuus, huolellisuus, puhtaus, siisteys, järjestys, perusteellisuus, vakavuus, norminmukaisuus ja sääntöuskollisuus ovat edelleen merkityksellisiä. Ammattikulttuuria leimaa myös eristyneisyys. Perinteiset arvot tulevat esille myös ruotsalaisessa tutkimusaineistossa, ja samoin farmaseuttisen työn erillisyys vuodeosastojen näkökulmasta katsottuna. Farmasian uusi ideologia, osastofarmasia/kliininen farmasia, ja terveydenhuollon yleiset vaatimukset asiakaskeksyydestä ja eri ammattiryhmien yhteistyöstä ovat tuoneet vanhojen arvojen rinnalle uusia arvoja. Niitä ovat avoimuus, yhteistyö lähiammattilaisten kanssa ja potilas/asiakaskeksisyys. Tehokkuuden ja taloudellisuuden voimistuneet diskurssit haastavat myös vanhoja arvoja. Tehokkuuden ja toiminnan arvioinnista on tullut vaatimus. Uudet arvot ja perinteiset arvot elävät rinnakkain ja luovat jännitteitä työhön.

Farmaseuttien ja proviisorien lähiammattilaiset lääkärit ja sairaanhoitajat ajattelevat, että yhteistyössä sairaala-apteekin/lääkekeskuksen kanssa on kehittämisen tarvetta. Lääkärit toivovat aktiivisempaa farmaseuttista tiedottamista. Sairaanhoitajat kokevat, että farmaseuttinen toiminta ei liity riittävän tiiviisti vuodeosastojen toimintaan. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien suhtautuminen farmaseuttisen työn laajentumispyrkimykseen on suurimmaksi osaksi positiivista sekä Suomessa että Ruotsissa. Kyseessä on kuitenkin niin uudenlainen toiminta, että se herättää myös epäluuloista suhtautumista. Syynä tähän saattavat olla reviiiriritiriidat. Lääkärien ja sairaanhoitajien on joskus vaikea nähdä farmaseuttisen työn paikkaa vuodeosastolla. Tiiviimmän yhteistyön hyödyt kyllä nähdään, mutta se, miten tämä yhteistyö rakennetaan ja rakentuu, herättää kysymyksiä. Perinnettä yhdessä työskentelystä ei ole. Keely (2002) esittää, että yhteistyökumppanuussuhteella pystytään estämään mahdolliset ammattiryhmien väliset kiistat ja toimimaan laadun ja turvallisuuden edistämiseksi. Pitkäjärjenteisten ja läheisten sosiaalisten suhteiden rakentaminen lähiammattilaisten kanssa on farmaseuttisen työn kehittämisen kannalta tärkeää. Sennett (1999, 149–151) pitää pitkäjärjenteisiä sosiaalisia suhteita työssä merkityksellisinä; niiden kautta rakennetaan jaettua tulevaisuutta ja jaettua tätä päivää. Niiden kautta rakennetaan myös keskinäistä luottamusta ja suhteiden kestävyyttä.

Fyysinen erillisyys aiheuttaa eri ammattiryhmien välille sosiaalista erillisyyttä ja tämä heijastuu myös tunnetasolla. Erillisyys estää yhteistyötä. Lääkärit ja sairaanhoitajat tuovat esille farmaseuttisen työn näkyvyyden parantamisen. Tämä tulee ilmi sekä suomalaisessa että ruotsalaisessa aineistossa. Näkyvyys ja palvelu lisäävät kysyntää.

Farmaseuttinen henkilökunta tiedostaa tämän. Farmaseuttinen työ on enemmän erillään työskentelyä kuin yhteistyötä korostavaa. Potilashoitoa koskeva syvällisempi yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa on harvinaista. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden käsitteet farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuurista heijastelevat traditionaalisia näkemyksiä farmaseuttisesta työstä. Abbott (1988, 61) toteaa, että profession julkinen kuva on kohtalaisen kestävä ja että professionaalista saadulla ensivaikutelmalla on melko pysyvä luonne.

Lääkärit ja sairaanhoitajat odottavat farmaseuttiselta henkilökunnalta vuorovaikutuksellisempaa toimintaa. Odotukset kuvastavat siirtymistä virallisesta asiakassuhteesta enemmän yhteistyökumppanuuteen. Sairaala teknoprofessionaalisenä asiantuntijaorganisaationa pitää sisällään hierarkkisia vuorovaikutusjärjestelmiä, jotka ovat verraten pysyviä ja nämä ylläpitävät vakiintuneita käytäntöjä. Eri ammattiryhmien ammatillinen reviirijajottelu ja ammattiylpeys ovat esteinä yhteistyön kehittämiseksi ja innovaation edistämiseksi. Lehto (1991) esittää, että työntekijöiden mahdollisuudet ja edellytykset toimia toisin ovat usein jääneet huomioimatta. Aina ei ole edes olemassa sellaisia professionaalista toimintamalleja, joilla työntekijät voisivat korvata arvostellun nykykäytännön. Toisaalta kapea-alaiseksi leimautunut professionaalisuus saattaa olla seurausta työntekijöiden omista valinnoista tai se saattaa olla sitä, mitä muut heiltä odottavat.

Farmaseutit ja proviisorit näkevät itsensä tärkeä osana terveydenhuoltoa, eivät erillään olevana osana laajaa kokonaisuutta. Määrittelyyn liittyy retorinen elementti. Se kertoo, että he kokevat jossakin määrin erillisyyttä. Retorinen identifikaatio (Burke 1989, 181–182) kompensoi ihmisten erillisyyttä. Jos ihmiset eivät olisi erillään toisista, ei olisi mitään tarvetta kuuluttaa yhtenäisyyttä. Kommunikointi olisi mahdollista, eikä retoriikkaa tarvittaisi. Retoriikka liittyy ihmisryhmien välisiin ristiriitatilanteisiin. Siihen kätkeytyy myös valtapyrkimyksiä. Retoriikkaa on kaikessa, missä identifioituminen ja sen vastinpari, erottautuminen esiintyvät rinnan. (Burke 1969, 25.) Yhdysvalloissa sairaaloissa työskentelevät proviisorit (hospital pharmacist) ovat muuttaneet nimensä health care pharmacisteiksi. Tällä he pyrkivät painottamaan orientoitumistaan kliiniseen työhön. Se voidaan nähdä retoriseksi identifikaatioksi kuulua kiinteästi terveydenhuoltoon. Sama retorinen identifikaatio on läsnä myös suomalaisten ja ruotsalaisten farmaseuttien ja proviisorien puheessa. Toisaalta on myös niin, että eristyneisyys on voitu kokea enemmänkin positiiviseksi itsenäisyydeksi kuin negatiiviseksi eristäytyneisyydeksi.

Ulospäin suunnatussa ammattikulttuurissa farmaseutit ja proviisorit korostavat yhteisiä ammattikulttuurisia piirteitä: tarkkuutta, luotettavuutta, huolellisuutta, ammatitietoutta, taloudellisuutta ja oikeaa tietoa. Nämä ovat yhteisiä kulttuurisia arvoja. Tutkimus tuo esille myös olemassa olevia ammattikulttuurisia jännitteitä: mielipiteen vapauden puutetta ja muutosten hitautta. Uusien työtapojen käyttöönotto on hidasta, jos am-

mattikulttuuri ei kannusta siihen eikä pyri siihen systemaattisesti. Peruskysymykseksi muodostuu ihmisten suhtautuminen muutoksiin. Muutosvastaisuuteen liittyy myös vanhan työn säilyttämisen ääni ja omien reviirien puolustaminen. Sennett (1999, 156–157) pitää me-pronominia vaarallisena pronomina. Todellinen uudistus lähtee liikkeelle vasta sitten, kun tunnustetaan ja tunnustetaan erilaisuus ja toisin ajattelevat.

Kulttuurin muutos ja muuttaminen on hidaskäyttöprosessi. Foucault (1989, 50) pitää kulttuuristen ajattelutapojen muutosta problemaattisena asiana. Tietynlainen ajattelutapa voi jatkua kauan. Sitten se muuttuu, aletaan ajatella uudella tavalla. Muutos ajatteluun tulee todennäköisesti ulkopuolelta. Mitä sääntöjä kulttuurin pysyvyys tai katoaminen tottelee? Mitä itse asiassa merkitsee, ettei enää kyetä ajattelevaan tietyllä tavalla ja miten tuotetaan uutta ajattelutapaa? Milloin muutos alkaa tai on alkanut? Määrittäessämme sitä, toimimme aina enemmän tai vähemmän mielivaltaisesti.

11.3 Johtopäätökset

1. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen keskeisiä institutionaalisia toimivalta-alueita ovat lääkkeiden hankinta, varastointi, valmistus, tutkiminen, jakelu ja lääkeinformaatio. Lääkelaki ja lääkeasetukset säätelevät ja Lääkelaitos valvoo sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toimintaa. Lääkehuolto on ohjeistettu nykyisin lääkelaitoksissa, lääkeasetuksissa ja Lääkelaitoksen määräyksissä varsinkin yksityiskohtaisesti. Lääkelaki säätelee myös sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen henkilökunnan tehtäviä ja keskinäistä työnjakoa. Viranomaissäästöjen lisäksi sairaalan ja sairaanhoitopiirin ohjeet ja määräykset säätelevät työtä. Sairaala-apteekilla ja lääkekeskuksella on funktionaalinen autonomia, mutta organisaatio säätelee ja ohjaa toimintaa resurssien myöntämisen kautta. Sairaalaorganisaatio näkee sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminnan enemmän lääkelogistiikan kuin sen muun toiminnan kautta. Institutionaalinen konteksti on määrittänyt ja määrittää sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toimintaa. Se on rakentanut farmaseuttisen henkilökunnan työnkuvaa. Sairaaloiden lääkehuollon kehittäminen tapahtui hitaasti. Vasta 1960-luvulla suurempien sairaaloiden keskuslääkevarastot muuttuivat sairaala-apteekkeiksi eli saivat korkeamman statuksen. Makrotason määritykset ovat hidastaneet ja rajoittaneet sairaala-apteekien ja lääkekeskusten toiminnan kehittämistä, mutta myöhemmässä vaiheessa myös edistäneet sitä.
2. Farmaseutit ja proviisorit määrittelevät lääkehuollosta huolehtimisen ydintehtäväkseen. Lääkehuollon keskeiset osat ovat lääkevalmistus, lääkelogistiikka ja lääkeinformaatio. Farmaseutit ja proviisorit käsittävät työnsä laaja-alaisesti. Työ koostuu

monista tehtävä-alueista. Työnjako on hierarkkinen ja perustuu suurelta osin lakiin ja koulutukseen. Proviisorit vastaavat toiminnasta ja farmaseutit tekemästään työstä. Osastofarmasia/kliininen farmasia on uusi toimivalta-alue, jota farmaseutit ja proviisorit ovat rakentamassa ja vakiinnuttamassa. Farmaseutit ja proviisorit näkevät työnsä keskeisenä osana sairaalan toimintaa. Työtä kuvaavat metaforat tuovat tämän merkityksen hyvin esille. Sairaala-apteekkia he kuvaavat vertauksilla sairaalan sydän, tiedon lähde ja ydinkeskus.

3. Farmaseuttien ja proviisorien arvot, normit ja työtä koskevat perusolettamukset ovat yhdenmukaisia. Toiminta-ajatuksena on huolehtia lääkehuollosta turvallisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti ja niin että potilas saa parasta mahdollista lääkehoitoa. Tämä toteutuu yhteistyössä muiden professioiden kanssa. Farmaseutit ja proviisorit ovat työhönsä sitoutuneita ja arvostavat työtään. Heitä yhdistää yhteinen tunne ja kokemus, että he ovat sairaalafarmaseutteja ja -proviisoreita. Puheet ja tekstit kertovat ammattiympärydestä. Työssä he korostavat tieteellistä tietoa ja esittävät itsensä lääkealan asiantuntijoina. Ammattikulttuuri piirtyy byrokraattis-professionaalisenä, mikä on tyypillistä terveydenhuollon organisaatioille. Kulttuuria leimaa etnosentrisyys, mutta kulttuuri on muuttunut avoimempaan ja eri ammattiryhmien yhteistyötä painottavaan suuntaan. Ammattikulttuuri on pyrkinyt yhtenäisyyteen, mutta tämä tavoite on myös haastettu.
4. Sairaanhoidajien näkökulmasta farmaseutit ja proviisorit työntekijöinä näyttäytyvät tarkkoina, luotettavina ja huolellisina. Sairaanhoidajat eivät kyseenalaista farmaseuttisen henkilökunnan tiedollista asiantuntijuutta ja pitävät palvelua professionaalisenä. Farmaseuteilta ja proviisoreilta saatu tieto perustuu tutkittuun tietoon eikä ”mutu”-tietoon. Sairaanhoidajat korostavat palvelutapahtumassa myös vuorovaiikutuksellista aspektia, kun taas farmaseuttisen henkilökunnan omissa käsityksissä painottuu enemmän tieteellinen tieto. Nämä erilaiset näkökannat tuovat ristiriitoja kanssakäymiseen. Sairaanhoidajat kokevat sairaala-apteekin/lääkekeskuksen olevan liian kaukana vuodeosastojen toiminnasta. Fyysinen ja sosiaalinen etäisyys ja erillisyys vaikeuttavat yhteistyötä. Yhteistyö on viime vuosina kuitenkin lisääntynyt.
5. Lääkärit katsovat saavansa sairaala-apteekista ja lääkekeskuksesta tietoa aina kysyessään ja tarvitessaan. He eivät mainitse merkittäviä puutteita yhteistyössä farmaseuttisen henkilökunnan kanssa. Tulos kertoo enemmän yhteistyön vähäisyydestä. Fyysinen erillisyys ja tietämättömyys toisen osapuolen tiedoista ja työstä estää keskinäistä kommunikaatiota ja sen rakentumista. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että lääkärit eivät välttämättä ole tottuneet käyttämään lääkehuoltoyksikön informaatiopalveluja. Kommunikointi tapahtuu enemmän ammattiryhmän sisällä eli

lääkärit kysyvät neuvoa kollegoiltaan. Fyysinen läheisyys eli osastofarmasia on lisännyt lääkäreiden ja farmaseuttisen henkilökunnan välistä kommunikaatiota.

6. Apoteket Ab Ruotsissa on keskusjohtoinen yritys, jossa suuremmat päätökset tehdään organisaation tasolla. Huolimatta lääkehuoltojärjestelmien erilaisuudesta ruotsalaiset farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit määrittelevät työtehtävänsä ja työnteon paikkansa hyvin samansuuntaisesti kuin suomalaiset kollegansa. He arvostavat työtään sairaalassa. He ovat tarkkoja, huolellisia ja sääntöuskollisia. Ammattikulttuurissa korostuu virheettömyyden vaatimus. Sairaalfarmasian kehityksen katsotaan jääneen taustalle, organisaation ollessa suuntautunut enemmän avohuollon apteekkien kehittämiseen. Tilanne on kuitenkin muuttumassa. Ruotsalaiset sairaanhoitajat kokevat sairaala-apteekin erilliseksi työyhteisöksi ja toimintakulttuuriksi samalla tavalla kuin suomalaiset sairaanhoitajat. Farmaseutit (receptarie) ja apteekkarit nähdään palvelualttiina asiantuntijoina. Ruotsalaiset lääkärit tuovat vahvasti esille sairaala-apteekin hyvää lääkeinformaatiotoimintaa. Yhteistyö sairaala-apteekin ja lääkäreiden välillä on kehittynyt, ja lääkärit kertovat selkeästi, millainen yhteistyö olisi toivottavaa. Lääkäreiden mielestä farmaseuttisen henkilökunnan pitäisi tulla näkyvämmäksi vuodeosastolla. Samalla he kuitenkin rajaavat sen, millä tavalla näkyvämmäksi.

Epilogi

Liitän tähän loppuun seuraavan epilogin. Sen on kirjoittanut sairaala-apteekissa käytännön harjoittelunsa suorittanut miesproviisoriopiskelija. Mielestäni se kuvaa erittäin hyvin ja yhteenvedonomaaisesti farmaseuttista työtä sairaala-apteekissa.

”Parhaat ja letkeimmät hommat olivat mielestäni lääkevalmistuksessa. Työ on itsenäistä, haastavaa ja sain viettää siellä riittävän pitkän ajan. Oli piristävää huomata, että alkuaikojen perinteinen farmasistin duuni ei ole täysin kuolemassa pois teollisen vallankumouksen jyllätessä. Sytkymaestroja¹⁸ palvon. Itse olisin hommaan fyysisesti valmis, henkisestä puolesta en ole varma. Toimitustyöstä lopullinen mielipiteeni ei ole vielä hahmottunut. Tavallaan sekin on haastavaa. Moniko immeinen pystyy samanaikaisesti herpaantumatta palvelemaan asiakkaita, tarkistamaan tilauksia, puhumaan puhelimesta, tekemään atk-hommia ja niin edelleen? Analyysit onkin oma casensa, joka saa milteipä veden herahtamaan kielelleni. Yliveto juttu, että pääsin/pääsen tekemään niitä enkä jotain muuta. Nyt ei pidä ymmärtää väärin. En tarkoita, että pitäisin muita hommia vähäpätöisempinä tai eriarvoisina. Onhan kaikessa tekemässäni työssä sentään perimmäisenä pelinappulana potilaan terveys ja hyvinvointi. Vaan tarkoitan sitä, että tuo lisämotivaatiota tehdä työtä, jonka parissa tulen valmistumisen jälkeen viettämään ehkä osan elämästäni. Saas nährä, pysyykö pipetti kädessä. Lisäksi pr:n töistä olisi kiinnostavaa koittaa siipien kantavuutta ainakin lääkeinformaatiotehtävissä. Olkoonkin, että olen vasta orastava raakile. Sairaalamailma on tehnyt positiivisen vaikutuksen. Mielenkiintoista ja monipuolista. Vielä kun saisi palkan ylös ja paperisodan alas niin virne nassulla leviäisi edelleen.

Palavasti odotin näkeväni Chicagon lääkäreistä tuttua stetoskooppi kaulalla meininkiä. Ei ole näkynyt. Pohjaton pettymys. Yhteen epäkohtaan haluan puuttua. Nimittäin tässä työssä ei näe tekemästään raatamisesta aiheutuvia konkreettisia tuloksia. On palkitsevaa esimerkiksi raksalla todeta pystyttäneensä päivän aikana x seinäelementtiä tai paperitehtaalla huomata pyöräyttäneensä työvuoron aikana y somaa paperirullaa ja verrata tuloksia aikaisempiin tekeleisiin. Avoapteekissa näkee sentään tervehtyneiden ihmisten lottovoittajailmeitä, sairaala-apteekissa tuskin koskaan edes niitä. Niin ironiselta kuin se kuulostaakin massiivisen sairaalalaitoksen potilasmassan keskellä. No, itsepähän olen alani valinnut. Eri ammattikuntien vertailu on luonnollisesti yksi turhuuksien rovio, mutta tulipahan varmaan takaa-ajamani idea selväksi. Uskallan väittää, että oma työmotivaationi ja -tehoni paranisi, jos asialle olisi jotain tehtävissä. Se on saletti kuin Moskovon baletti. Ja korostan tuloksia nimenomaan muussa kuin numeerisessa ja graafisessa muodossa.”

¹⁸ Sytkymaestro= solunsalpaajia käyttökuntoon saattava farmaseutti.

Lähteet

- Aaltonen L (1964): Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologiaa. WSOY, Helsinki.
- Abbott A (1988): The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press, Chicago.
- Abbott A (1991): The Future of Professions: Occupation and Expertise in the Age of Organization. *Research in the Sociology of Organizations* 8: 17–42.
- Adamcik B, Ransford HE, Oppenheimer P, Brown J, Eagan P ja Weissman F (1986): New clinical roles for pharmacists: A study of role expansion. *Social Science & Medicine* 23: 1187–1200.
- Ahonen R (1989): Suomalaisen viljelijäväestön särkylääkkeiden käyttö. Raporttisarja. Kuopion aluetyöterveyslaitos, Kuopio.
- Ahonen R (1993): Särkylääkkeiden kulutus ja käyttö Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Helsinki.
- Ailasmaa R (2002): Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990–2000. Stakes, Helsinki.
- Aili C (2002): Autonomi, styrning och jurisdiktion. Barnmorskors tal om arbetet i mödrahälsovården. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm.
- Airaksinen M (1996): Customer Feedback as a Tool for Improving Pharmacy Services in Finland. *Pharmaceutical Sciences* 25, Kuopio University Publications A, Kuopio.
- Airaksinen M (2005): Onko lääkekaupan vapauttaminen kuluttajan etu? *Helsingin Sanomat* 19.10.
- Alasuutari P (1994a): Kulttuurintutkimus ja kulturalismi. Teoksessa *Kulttuurintutkimus*, s. 32–50. Toim. J Kupiainen ja E Sevänen, Gummerus, Jyväskylä.
- Alasuutari P (1994b): Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Allen D ja Pilnick A (2005): Making connections: healthcare as a case study in the social organisation of work. *Sociology of Health & Illness* 27: 683–700.
- American Pharmacist Association (2006): Haettu Internetistä 10.9.2006: http://www.aphanet.org/STUDENTS/careers/high_school/pharmacist_education.htm.
- Ammattiluokitus (2001): Työministeriön Pohjoismaiseen ammattiluokitukseen perustuva uudistettu laitos. Työministeriö, Helsinki.
- Anderson WK (2001): Pharmacists in the Health Care System. University at Buffalo School of Pharmacy and Pharmaceutical Science. Haettu Internetistä 24.10.2001: <http://pharmacy.buffalo.edu/about.paper.shtml>.
- Anttila K (1979): Lääkehuollon järjestämisestä sairaanhoitolaitoksissa. Sairaala no 5.
- Apoteket (2006): Haettu internetistä 29.9.2006: www.apoteket.se.
- Apteekkariliitto (2007): Haettu internetistä 29.3.2007: <http://www.apteekkariliitto.fi>.
- Apteekkitavaralaki 374/1935. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Apteekkitavara-asetus 139/1936. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Apteekkitavaralaki 659/1949. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.

- Arhinmäki J ja Rauhala P (1992): Ammattikäsitteen muutos ja ammatillinen socialisaatio. Teoksessa *Ammattikasvatus ja socialisaatio*, s. 107–147. Toim. A Heikkinen. Tampereen yliopiston Hämeenlinnan opettajankoulutuslaitos, Hämeenlinna.
- Aristoteles (2000): *Retoriikka*. Runousoppi. Gaudeamus, Helsinki.
- Aro J (1999): *Sosiologia ja kielenkäyttö*. Retoriikka, narratiivi, metafora. *Acta Universitatis Tamperensis* 654, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Asetus apteekkilaitoksesta annetun lain toimeenpanemisesta 326/1928. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Asetus farmaseuttisesta opetuksesta 228/1938. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Asetus farmasian tutkinnoista 297/1978. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Asetus farmasian tutkinnoista 239/1980. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Asetus farmasian tutkinnoista 246/1994. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Atkinson P (1992): *Understanding Ethnographic Texts*. Sage, London.
- Banner S ja Levine C (1991): Medicaid "Boycotts": Economics and Ethics in Conflict. Teoksessa *Pharmacy Ethics*, s. 243–247. Toim. M Smith, S Strauss, J Baldwin ja K Alberts. Pharmaceutical Products Press, New York.
- Benoit C (1998): *Conceptualizing Health Occupations: Confronting the Challenge of Comparative Research*. Paper presented at the research seminar "Welfare-state Occupations, Service Occupations" arranged by the Finnish Network for Qualitative Health Research (LATE) and Department of Sociology at Åbo Akademi University 11.12.1998, Åbo.
- Berg B L (1998): *Qualitative research methods for the social sciences*. Allyn & Bacon, Needham Heights.
- Berman A (1966): *Pharmaceutical Historiography*. American Institute of the History of Pharmacy. Madison.
- Birenbaum A (1982): *Reprofessionalization in Pharmacy*. *Social Science & Medicine* 16: 871–878.
- Birenbaum A (1985): *Cultural Authority and Boundary-Work: Creating Markets for Clinical Pharmacy*. Society for the Study of Social Problems (SSSP).
- Birenbaum A, Bolgh R ja Lesieur H (1987): *Reforms in pharmacy education and opportunity to practise clinical pharmacy*. *Sociology of Health & Illness* 9: 286–301.
- Bissel P, Traulsen JM ja Haugbølle LS (2001): *An introduction to sociology – and what it can do for pharmacy practice research*. *The International Journal of Pharmacy Practice* 9: 289–295.
- Bjornson D, Hiner W, Potyk R, Nelson B, Lombardo F, Morton T, Larson L, Martin B, Sikora R and Cammarata F (1993): *Effect of pharmacists on health care outcomes in hospitalized patients*. *Am J Hosp Pharm* 50: 1875–1884.
- Black M (1962): *Models and Metaphors: studies in language and philosophy*. Cornell University Press, Ithaca.
- The Bologna Declaration of 19 June 1999. Haettu Internetistä 31.12.2006: http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/bologna_declaration.pdf.
- Bond C, Raehl C ja Parry R (2004): *Evidence-Based Core Clinical Pharmacy Services in United States Hospitals in 2020: Services and Staffing*. *Pharmacotherapy* 24: 427–440.
- Bosk C (1979): *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. University of Chicago Press, Chicago.
- Bourdieu P (1987): *Sosiologian kysymyksiä*. Vastapaino, Tampere.

- Bourdieu P ja Wacquant L (1995): Refleksiiviseen sosiologiaan. Joensuu University Press, Joensuu.
- Brante T (1990): Professional types as a strategy of analysis. Teoksessa *Professions in Theory and History*, s. 40–53. Toim. M Burrage ja R Torstendahl, Sage, London.
- Broadhead R ja Facchinetti N (1985): Clinical clerkships in professional education: a study in pharmacy and other ancillary professions. *Social Science & Medicine* 20: 231–240.
- Brown RH (1977): *A Poetic for Sociology. Toward a Logic of Discovery for the Human Sciences*. University of Chicago Press, Chicago.
- Bruner JS (1976): Surprise, craft and creativity. Teoksessa *Play – Its role in development and evaluation*. Toim. JS Bruner, A Jully ja K Sylva. Basic Books, New York.
- Bruner JS (1986): *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press, Cambridge.
- Bruner JS (1990): *Acts of meaning*. Harvard University Press, Cambridge.
- Bucher R ja Strauss A (1961): Professions in Process. *American Journal of Sociology* 66: 325–334.
- Burke K (1945): *A Grammar of Motives*. Prentice Hall, New York.
- Burke K (1969): *A Rhetoric of Motives*. University of California Press, Berkeley.
- Burke K (1989): *On Symbols and Society*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Burr V (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge, London.
- Cancrinus-Matthijssse AM, Lindenberg SM, Bakker A ym. (1996): The quality of the professional practise of community pharmacists: what can still be improved in Europe? *Pharm – World – Sci.* 18: 217–228.
- Carr-Saunders AM ja Wilson PA (1933): *The Professions*. The Clarendon Press, Oxford.
- Claesson C (1989): Apotekaryrke i förändring. En socialfarmaceutisk studie av apotekarnas yrkesutveckling och professionella status. Uppsala Universitetet.
- Claesson C (1999): Farmaceutiska sammanslutningar. Teoksessa *Svensk farmaci under 1900-talet*, band III, s. 153–172. Toim. R Lönngrén, R Casslén, C Claesson, LH Eklund, R Ericsson ja M Härdelius. Apotekarsocieteten, Stockholm.
- Cockburn C ja Ormrod S (1993): *Gender & Technology in the Making*. Sage Publications, London.
- Coffey A ja Atkinson P (1994): *Occupational Socialization and Working Lives*. School of Social and Administrative Studies. University of Wales, Cardiff.
- Coffey A (1999): *The Ethnographic Self. Fieldwork and the Representation of Identity*. Sage, London.
- Collins R (1979): *The Credential Society*. Academic Press, New York.
- Collins R (1990): Market Closure and the Conflict Theory of the Professions. Teoksessa *Professions in Theory and History*. Toim. M Burrage ja R Torstendahl, Sage, London.
- Cronlund A ja Paalzow L (1999): Farmaceutisk utbildning. Teoksessa *Svensk farmaci under 1900-talet*, band II, s. 339–427. Toim. R Lönngrén, R Casslén, C Claesson, LH Eklund, R Ericsson ja M Härdelius, Apotekarsocieteten, Stockholm.
- Crompton R ja Sanderson K (1990): *Gendered Jobs & Social Change*. Unwin Hyman Ltd. London.
- Davies C (1979): Comparative Occupational Roles in Health Care. *Social Science and Medicine* 13A: 515–521.
- Davies C (1996): The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* 30: 661–678.

- Dubinskas F (1992): Culture and Conflict. The Cultural Roots of Discord. Teoksessa: Hidden Conflict in Organizations: Uncovering behind -the-scenes Disputes. Toim. D Kolb ja J Bartunek, Sage, London.
- Durkheim È (1990): Sosiaalisesta työnjaosta. Gummerus, Jyväskylä.
- Eaton G ja Webb B (1979): Boundary Encroachment: Pharmacists in the Clinical Setting. *Sociology of Health & Illness* 1(1): 69–88.
- Einarsdottir G (1999): The gendering of status and status of gender, the case of Swedish medical profession. Teoksessa *Professional Identities in Transition*, s. 175–194. Toim. I Hellberg, M Saks ja C Benoit, Göteborg University, Göteborg.
- Ekman A (2004): Learning Organizations in Theory and Practice: Apoteket Learns. Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet, Uppsala.
- Enlund H (1992): Sosiaalifarmasian jatkokoulutus ja tutkimus Yhdysvalloissa. *Farmaseuttinen Aikakauskirja Dosis* 8: 105–111.
- Enäkoski M (2002): ”Kun elämä satuttaa”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. *Farmaseuttiset tieteet*, Kuopion yliopiston julkaisuja A, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Eräsaari L (1995): Kohtaamisia byrokraattisella näyttämöllä. Gaudeamus, Helsinki.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere. ETY 85/432. Euroopan talousyhteisön direktiivi.
- Etzioni A (1969): *The Semi-professions and their Organization*. Collier-MacMillan, Toronto.
- Evertsson L (2000): The Swedish welfare state and emergence of female welfare state occupations. *Gender, work and occupations* 7: 230–241.
- Evetts J (1999): Professional Identities. State and international dynamics in engineering. Teoksessa *Professional Identities in Transition*, s. 13–25. Toim. I Hellberg, M Saks ja C Benoit, Göteborg University, Göteborg.
- Farmaseuttinen asetus 13/1983. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Farmasialiitto (2007): Haettu internetistä 29.3.2007: <http://www.farmasialiitto.fi>.
- Farmasian erikoistumiskoulutusta selvittävän työryhmän muistio (1989): Opetusministeriön työryhmien muistioita 67. Opetusministeriö, Helsinki.
- FIP statement of professional standards. Code of ethics for pharmacists. Council of the International Pharmaceutical Federation 5.9.1997.
- Forsius A (2007): Galenos (129 – n. 200) – myöhäisantiikin suuri lääkäri. Haettu internetistä 30.4.2007: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/galenos.html>.
- Forsström A ja Seiving B (2003): Sweden – healthcare in transition. Medicines provision in Sweden: Apoteket AB. *European Journal of Hospital Pharmacy* 9(5): 44–45.
- Foucault M (1989): *The Order of Things*. Routledge, London.
- Foucault M (1998): *Foucault/Nietzsche*. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Francke G N (1972): Clinical pharmacy. Teoksessa *Perspectives in Clinical Pharmacy*, s. 26–35. Toim. DE Francke ja HA Whitney jr., Hamilton Press, Illinois.
- Freidson E. (1970): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson E (1973): *The Professions and their Prospects*. Sage, London.
- Freidson E (1994): *Professionalism Reborn*. Polity Press, Cambridge.

- Gallelli J (1992): An Overview of Hospital Pharmacy in the United States. *European Journal of Hospital Pharmacy* 2: 48–53.
- Geertz C (1988): *Works and Lives: The Anthropologist as Author*. Polity Press, Cambridge.
- Gilbert L (1997): Pharmacist and nurse: a team approach towards primary health care or a convenient "therapeutic alliance"? *International Journal of Nursing Studies* 34: 367–374.
- Gilbert L (2001): To Diagnose, Prescribe and Dispense: Whose Right Is It? The Ongoing Struggle between Pharmacy and Medicine in South Africa. *Current Sociology* 49: 97–118.
- Goffman E (1969): *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista*. Marraskuun liike, Lohja.
- Goffman E (1971): *Arkielämän roolit*. WSOY, Helsinki.
- Gowan J, Roller L ja Lloyd A (1996): Interprofessional Relations in Drug Therapy Decisions. Teoksessa: *Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care*, s. 213–240. Toim. M Smith ja A Wertheimer, Pharmaceutical Products Press, London.
- Hague J (2003): The Dutch approach to medication safety. *European Journal of Hospital Pharmacy* 9(3): 52.
- Hall E (1966): *The Hidden Dimensions*. Doubleday, New York.
- Hall S (1999): *Identiteetti*. Vastapaino, Tampere.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi 33/1994.
- Hammersley M ja Atkinson P (1989): *Ethnography, Principles in Practice*. Routledge, London.
- Harding G ja Taylor K (1995): General practitioners and community pharmacists: Interprofessional relations in health centres. Teoksessa *Interprofessional Relations in Health Care*, s. 107–119. Toim. K Soothill, L Mackay ja C Webb, Athenaeum Press Ltd, Great Britain.
- Harding G ja Taylor K (1997): Responding to change: the case of community pharmacy in Great Britain. *Sociology of Health & Illness* 19: 547–560.
- Harinen M (1992): Jo 75 vuotta edunvalvontaa. *Semina* 7: 4–7.
- Hartvig P (1981): Förbättrad läkemedelshantering kräver en annan syn på patienten. *Svensk Farmaceutisk Tidskrift* 85: 12–15.
- Heiskala R (1998): Sosiologinen kulttuuritutkimus. Teoksessa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, s. 9–29. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Hellberg I (1978): *Studier i professionell organisation*. Göteborgs universitet, Göteborg.
- Hellberg I (1989): Könsutjämning och könspolarisering inom professionerna på dagens svenska arbetsmarknad. Teoksessa *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*, s. 167–182. Toim. S Selander, Studentlitteratur, Lund.
- Henderson M (2000): Women in Pharmacy: Twenty-Five Years of Growth. *The Annals of Pharmacotherapy* 34: 943–946.
- Henriksson L (1998): Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. *Tutkimuksia* 88: Stakes, Helsinki.
- Hepler CD ja Strand LM (1990): Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47: 533–543.

- Hibbert D, Bissell P ja Ward P R (2002): Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health & Illness* 24: 46–65.
- Hiitola P (2003): Kliinisen farmasian kehitys ja nykytila Suomessa. Pro gradu-tutkielma. Proviisorin koulutusohjelma. Sosiaalfarmasian laitos, Kuopion yliopisto.
- Holloway S W F, Jewson N D ja Mason D J (1986): Reprofessionalization or Occupational Imperialism?: Some reflections on Pharmacy in Britain. *Social Science & Medicine* 23: 323–331.
- Hongisto Y (1963): Ajatuksia osastojen lääkehuollosta. Sairaalfarmasian luentopäivät Helsingissä 25.8.1963.
- Honkasalo M-L (1994): Etnografia ja tutkiva subjekti – kertomuksia tiedonkeruumatkalta ja kenttätöystä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 15–23.
- Hornosty R (1989): The Development of Idealism in Pharmacy School. *Symbolic Interaction* 12: 121–136.
- Hornosty R, Muzzin L ja Brown G (1992): Faith in the Ideal of Clinical Pharmacy among Practicing Pharmacists Seven Years after Graduation from Pharmacy School. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 9: 87–96.
- Hughes E (1946): *Institutions. New Outlines of the Principles of Sociology*. Toim. AM Lee, Barnes and Noble, New York.
- Hughes E (1958): *Men and Their Work*. Free Press, New York.
- Hughes E (1984): *The Sociological Eye*. Transaction Books, London.
- Hyvärinen M (1998): Lukemisen neljä käännettä. Teoksessa *Liikkuvat erot*, s. 311–336. Toim. M Hyvärinen, A Vilkkonen ja E Peltonen, Vastapaino, Tampere.
- Indritz M ja Artz M (1999): Value added to health by pharmacists. *Social Science & Medicine* 48: 647–660.
- Itkonen J (2000): Autonomia ja paternalismi apteekin lääkeinformaatiossa. *Farmaseuttiset tieteet* 42, Kuopion yliopiston julkaisuja A, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Iso-Mustajärvi M, Lumme-Sandt K ja Lehtomäki J (2001): Lääkeinformaatiota sairaalasta potilaalle – mitä ja keneltä? *Farmaseuttinen aikakauslehti Dosis* 17: 65–73.
- Jarvis P (1986): *Professional Education*. Croom Helm, London.
- Jolicoeur L, Jones-Grizzle A ja Boyer JG (1992): Guidelines for performing a pharmacoeconomic analysis. *Am J Hosp Pharm* 49: 1741–1747.
- Johnson T (1972): *Professions and Power*. MacMillan, London.
- Julkunen R (2001): Ammatti jälkiammatillisessa työelämässä. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja* 3(2): 16–23.
- Julkunen R (2004): Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa *Hyvinvointityön ammatit*, s. 168–186. Toim. L Henriksson ja S Wrede, Gaudeamus, Helsinki.
- Junkkarinen M (2004): Suomalaisen farmasian murros. Hannu Turakka lääkealan uudistajana. Gummerus, Jyväskylä.
- Juurinen K (2003): Kartoitus osastofarmasian tilanteesta ja kehittämistarpeet. Erikoisfarmaseutin koulutusohjelmaan kuuluva projektityö. *Farmaseuttinen tiedekunta*, Kuopion yliopisto.
- Järviluoma E (2005): Lääkehuollon organisaatio. Teoksessa *Sairaalfarmasia*, s. 63–64. Toim. S Saano, T Naaranlahti, M Helin-Tanninen ja E Järviluoma, Farmasian opiskelijayhdistys Fortis ry. Kuopio.
- Kabat HF (1979): Evolution of clinical pharmacy practice. Teoksessa *Handbook of institutional pharmacy*, s. 401–406. Toim. MC Smith ja TR Brown, The Williams and Wilkins Company, Baltimore.

- Kaboli P, Hoth A, McClimon B ja Schnipper J (2006): Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine* 166: 955–964.
- Kaija P (1994): Farmaseuttien ja proviisorien työtyytyväisyys apteekissa. *Lisensiaattityö. Sosiaalifarmasian laitos, Kuopion yliopisto.*
- Kaitalo H ja Walls G (1978): Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. *Sosiaalipolitiikan laitos, Tampereen yliopisto.*
- Kalela J (2000): *Historian tutkimus ja historia.* Gaudeamus, Helsinki.
- Kansanaho H (2006): Implementation of the principles of patient counselling into practice in Finnish community pharmacies. *Division of Social Pharmacy, Faculty of Pharmacy, University of Helsinki.*
- Karisto A (1990): Hyvinvointivaltio ja uusi palvelukulttuuri. *Teoksessa Suomi 2017, s. 355–380. Toim. O Riihinen, Gummerus, Jyväskylä.*
- Karsten W (1937): Farmaseuttinen yhdistys viisikymmenvuotias. *Teoksessa Suomen farmaseuttisen yhdistyksen 50-vuotisjuhlajulkaisu 1887–1937, s. 5–11. Suomen farmaseuttinen yhdistys, Helsinki.*
- Katajavuori N (2005): Vangittu tieto vapaaksi – asiantuntijuus ja sen kehittyminen farmasiassa. *Sosiaalifarmasian osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto, Helsinki.*
- Kaukoranta M (1967): Puheenjohtajakavalkadi 1917–1967. *Semina* 17:415, 418–419, 426.
- Kaunistmaa P (1997): Keitä me olemme? Kollektiivisen identiteetin käsitteellisistä lähtökohdista. *Sosiologia* 3: 220–230.
- Keely JL (2002): Pharmacist Scope of Practice. *Annals of Internal Medicine* 136: 79–85.
- Kinnunen J (1990): Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. *Kuopion yliopiston julkaisuja* 4/1990, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Kinnunen J (1992): KYSin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa ympäristössä. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja* no 4/1992, Kuopio.
- Kinnunen M ja Korvajärvi P (1996): Johdanto: Naiset ja miehet työelämässä. *Teoksessa Työelämän sukupuolistavat käytännöt, s. 9–19. Toim. M Kinnunen ja P Korvajärvi, Vastapaino, Tampere.*
- Kinnunen M ja Korvajärvi P (1996): Työelämän sukupuolistaminen. *Teoksessa Työelämän sukupuolistavat käytännöt, s. 233–240. Toim. M Kinnunen ja P Korvajärvi. Vastapaino, Tampere.*
- Kinnunen M (2001): *Luokiteltu sukupuoli.* Vastapaino, Tampere.
- Knoblauch H (2001): Fokussierte Ethnographie. *Sozialer Sinn* 1: 123–141.
- Kolehmainen S (1999): Naisten ja miesten työt. *Työmarkkinoiden segregoituminen Suomessa 1970–1990. Tutkimuksia* 227. Tilastokeskus, Helsinki.
- Konttinen E (1989): Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? *Jyväskylän Yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja* 45.
- Konttinen E (1991): Perinteisesti moderniin. *Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa.* Vastapaino, Tampere.
- Konttinen E (1997): Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. *Teoksessa Muuttuva asiantuntijuus, s. 48–61. Toim. J Kirjonen, P Remes ja A Eteläpelto, Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto.*
- Konttinen E (1998): Professioiden aikakausi. *Teoksessa Asiantuntemuksen politiikka – professiot ja julkisvalta Suomessa, s. 29–47. Toim. J Mykkänen ja I Koskinen, Yliopistopaino, Helsinki.*
- Kortteinen M (1992): *Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona.* Hanki ja Jää, Helsinki.

- Korvajärvi P (1996): Sukupuoli työpaikalla. Teoksessa Työelämän sukupuolistavat käytännöt, s. 89–108. Toim. M Kinnunen ja P Korvajärvi, Vastapaino, Tampere.
- Korvajärvi P (1997): Working Within and Between Hierarchies. Teoksessa Gendered Practices in Working Life, s. 66–80. Toim. L Rantalaiho ja T Heiskanen, Macmillan Press, London.
- Kronus C (1981): Women in Pharmacy. Trends, Implications and Research Needs. Teoksessa Pharmacy Practice. Social and Behavioral Aspects, s. 61–74. Toim. A Wertheimer ja M Smith, University Park Press, Baltimore.
- Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2005–2007.
- Kuopion yliopisto, farmaseuttinen tiedekunta 2006. Tutkintorakenteen uudistus.
- Kälvemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P ja Arnetz B (2004): Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine* 58: 1075–1084.
- Kärkimaa E-L (2004): Osastofarmasia Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaalfarmasian laitos, Kuopion yliopisto.
- Köntti R (1977): Potilaskeskeinen farmasia. *Semina* 20: 549–552.
- Laakkonen A (2004): Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 996, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Lahtinen A ja Issakainen T (1997): *Fiat lege artis*. Suomen farmaseuttinen yhdistys. Gummerus, Jyväskylä.
- Laki apteekkilaitoksesta 4/1928. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki apteekkilaitoksesta annetun lain muuttamisesta 533/1964. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki apteekkilaitoksesta annetun lain 1078/1978 muuttamisesta. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki lääkelain muuttamisesta 853/2005. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki lääkelain muuttamisesta 22/2006. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Lakoff G ja Johnson M (1980): *Metaphors We Live By*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Lambert B (1996): Face and politeness in pharmacist-physician interaction. *Social Science & Medicine* 43: 1189–1198.
- Larkin G (1983): *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. Tavistock, London.
- Larson MS (1977): *The Rise of Professionalism*. University of California Press, Berkeley.
- Launis K (1994): Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arki-käytäntöjä. Helsingin yliopisto, Gummerus, Jyväskylä.
- Leape L (1994): Error in Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272: 1851–1857.
- Lehto J (1991): Professionaalisuuden ansa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 28(3): 181–185.
- Levinson B ja Holland D (1996): An introduction. Teoksessa *The Cultural Production of the Educated Person*, s. 1–54. Toim. B Levinson, D Foley ja D Holland, State University of New York Press, Albany.
- Lilja J (1987): The Nationalisation of the Swedish Pharmacies. *Social Science & Medicine* 24: 423–429.

- Lindqvist K (1996): Apoteksbolaget 25 år. Apoteksbolaget, Stockholm.
- Linjama L (1983): Lääkeneuvottelukunnat ja peruslääkevalikoimat. Pro gradu-tutkielma. Sosiaalifarmasian laitos, Kuopion korkeakoulu.
- Lovern E (2001): A dose of safety. *Modern healthcare* 31(19): p9, 3/4p, 1c.
- Lyles A, Luce B ja Rentz A (1997): Managed care pharmacy, socioeconomic assessments and drug adoption decisions. *Social Science & Medicine* 45: 511–521.
- Lähdesmäki K (2003): New public management ja julkisen sektorin uudistaminen: tutkimus tehokkuuseriaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelymistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Universitas Wasaensis, Vaasa.
- Lääkelaitoksen määräys 3.10.1997. Lääkelaitos.
- Lääkelaitoksen ohje 5/2001. Lääkelaitos.
- Lääkelaitoksen määräys 5/2002. Lääkelaitos.
- Lääkelaki 395/1987. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Lääkintöhallituksen yleiskirjeet apteekkeille 1963. Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallituksen yleiskirje 1556/1973. Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallituksen yleiskirje 1929/1987. Lääkintöhallitus.
- Malmstig E (2001): Arbetets organisering i vardagen – en sociologisk studie av elva öppenvårdsapotek. Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor. Score Rapportserie 13, Stockholm.
- Malmstig E (2004): Mera stat och mera profession? En exkursion med farmaceutprofessionen – från privata företagare till statstjänstemän i Apoteksbolag. Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor Score Rapportserie 2, Stockholm.
- Markkanen K ja Pokki H (1999): Kaivopuistosta Kaamaseen. Selvitys terveystieteiden keskuksista. Tehy ry, sarja B: Selvityksiä 4.
- Martin V (2000): Managing value conflicts. *Nursing management* 7: 26–29.
- Matowe L, Abahussain EA, Al-Saffar N, Bihzad SM, AL-Foraih A ja Al-Kandery AA (2006): Physicians' Perceptions and Expectations of Pharmacists' Professional Duties in Government Hospitals in Kuwait. *Medical Principles & Practice* 15: 185.
- McCormack T (1956): The Druggists' Dilemma: Problems of a Marginal Occupation. *American Journal of Sociology* 61: 308–315.
- Mesler MA (1989): Negotiated order and the clinical pharmacist: the ongoing process of structure. *Symbolic Interaction* 12: 139–157.
- Mesler MA (1991): Boundary encroachment and task delegation: clinical pharmacists on the medical team. *Sociology of Health & Illness* 13: 310–331.
- Metsämuuronen J (2000): Yhteiskunnan muutokset ja uudet kvalifikaatiot. *Työelämäntutkimus* 11: 9–18.
- MF 1962:126. Medicinalstyrelsens föreskrift. Medicinalstyrelsen.
- Miettinen M (1996): Yliopistosairaalan, terveystieteiden keskuksen ja yksityisen lääkärin aseman innovatiivisuuden edellytykset. *Yhteiskuntatieteet* 37, Kuopion yliopiston julkaisuja E, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Miller WL ja Crabtree BF (1999): Clinical research: a multimethod typology and qualitative roadmap. Teoksessa *Doing qualitative research*, s. 3–30. Toim. WL Miller ja BF Crabtree, Sage, Thousand Oaks.
- Mills CW (1982): Sosiologinen mielikuvitus. Gaudeamus, Helsinki.

- Molinsky A (1999): Sanding Down the Edges. Paradoxical Impediments to Organizational Change. *The Journal of Applied Behavioral Science* 35: 8–24.
- Morgall JM ja Almarsdóttir AB (1999): No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly. *Social Science & Medicine* 48: 1247–1258.
- Muzzin L, Brown G ja Hornosty R (1995): Gender, Educational Credentials, Contributions and Career Advancement: Results of a Follow-Up Study in Hospital Pharmacy. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology* 32: 151–168.
- Myllykangas U (2006): Pohjoismaiset sosiaalifarmasian tutkijat tiivistävät yhteistyötä. *Farmaseuttinen aikakauslehti Dosis* 22: 69–71.
- Mäkelä K (1998): Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, s. 44–61. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Naalsund L (2002): Tromsø University: A Pioneer in Hospital Pharmacy. *European Journal of Hospital Pharmacy* 8: 45.
- Nadzam DM ja Macklis RM (2001): Promoting patient safety: is technology the solution? *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 27: 430–436.
- Neuville S, Boyer J ja Germe A F (2003): Rôle du pharmacien dans la politique nutritionnelle à l'hôpital. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 17: 263–268.
- Niiniö E (2004): Farmaseutin työ sairaala-apteekissa 2000-luvun alussa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaalifarmasian laitos, Kuopion yliopisto.
- Nilsson T (1981): Changes in the Work Process and Labour Conflicts in Swedish Pharmacists. *Acta Sociologica* 24: 5–24.
- Nokela A (1998): Farmasiaan liittyvät symbolit. Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja, Helsinki.
- 1st Nordic Social Pharmacy and Health Services Research Conference 2004 (14.–15.10), Uppsala, Sweden.
- Novek J (1998): Clinical or Industrial Pharmacy? Case Studies of Hospital Pharmacy Automation in Canada and France. *International Journal of Health Services* 28: 445–465.
- Novek J (2000): Hospital pharmacy automation: collective mobility or collective control? *Social Science & Medicine* 51: 491–503.
- Novek J, Bettess S, Burke K ja Johnston P (2000): Nurses' perceptions of the reliability of an automated medication dispensing system. *Journal of Nursing Care Quality* 14: 1–13.
- Närhi U (2001): Implementing the Philosophy of Pharmaceutical Care into Community Pharmacy Services – Experiences with Asthma patients in Finland. *Pharmaceutical Sciences*, Kuopio University Publications A, Kuopio.
- Oddis JA (1997): Pharmacy: A Profession in Transition. *European Hospital Pharmacy* 3: 81–84.
- Ojala R, Liimatainen U ja Ahonen J (2007): Mitä palveluita lääkärit ja sairaanhoitajat odottavat sairaala-apteekilta? *Farmaseuttinen Aikakauslehti Dosis* 23: 128–133.
- Opetushallitus 2005. Haettu internetistä 26.3.2007: www.oph.fi.
- Osastofarmasiatyöryhmän raportti (2003): Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Suomen Farmasialiitto ry & Tehy ry. Helsinki.
- Palonen K ja Summa H (1998): Johdanto: Retorinen käänne? Teoksessa *Pelkkää retoriikkaa*, s. 7–19. Toim. K Palonen ja H Summa, Vastapaino, Tampere.
- Paronen P (1999): Farmasian tulevaisuus. Teoksessa: 2000-luvun lääkeosaajat. Farmasian päivät 1999. Yliopistopaino, Helsinki.
- Parsons T (1979): *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd, London.

- Peltonen M (1987): Apteekki suomalaisessa yhteiskunnassa. Suomen apteekkariyhdistys, Helsinki.
- Perelman C (1996): Retoriikan valtakunta. Vastapaino, Tampere.
- Pesonen N (1980): Terveiden puolesta – sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY, Porvoo.
- Pesonen S ja Pääskylä L (1966): Sairaaloiden lääkehuollosta meillä ja muualla. Sairaala no. 10.
- Pietarinen J (2002): Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat, s. 58–69. Toim. S Karjalainen, V Launis, R Pelkonen ja J Pietarinen, Gaudeamus, Helsinki.
- Pilnick A (2001): The interactional organization of pharmacist consultations in a hospital setting: A putative structure. *Journal of Pragmatics* 33:1927–1945.
- Pilnick A (2003): "Patient counselling" by pharmacists: four approaches to the delivery of counselling sequences and their interactional reception. *Social Science & Medicine* 56: 835–849.
- Pirttialo H (1997): Pharmakeús inter pares. Yhteiskuntapolitiikan pro gradu-tutkielma, Joensuun yliopisto.
- Poikela E (1994): Ammatti ja oppiminen: jatkuva oppiminen ja rakentajan ammatti. Tampereen yliopiston Hämeenlinnan opettajankoulutuslaitos, Hämeenlinna.
- Proviisoriyhdistys 2007. Haettu Internetistä 11.11.2006:
<http://www.proviisoriyhdistys.net/proviisoriyhdistys/index.htm>.
- Purasmaa R (1979): Sairaaloiden ja terveystieteiden lääkehuollon ongelmista. Sairaala 5.
- Purasmaa R ja Kyllönen S (1991): Lääkehuolto sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Teoksessa Sairaala-farmasia. Toim. L Eskelinen, K Kontra, I Kari ja J Ilkka, Farmasian opiskelijayhdistys Fortis, Kuopio.
- Puumalainen I (2005): Development of Instruments to Measure the Quality of Patient Counselling. *Pharmaceutical Sciences*, Kuopio University Publications A, Kuopio.
- Pyykkö R (2004): Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Hyvinvointityön ammatit, s. 110–143. Toim. L Henriksson ja S Wrede, Gaudeamus, Helsinki.
- Pääskylä E (1970): Sairaala-farmasiasta. *Suomen Apteekkarilehti* 22: 621–630.
- Pääskylä L (1976): Turun yliopistollisen keskussairaalan apteekki. *Lääkeuutiset* 3: 23–31.
- Rantalaiho L, Heiskanen T, Korvajärvi P ja Vehviläinen M (1997): Studying Gendered Practices. Teoksessa *Gendered Practices in Working Life*, s. 3–15. Toim. L Rantalaiho ja T Heiskanen, Macmillan Press, London.
- Regeringens proposition 1997/98: 109, 74–75.
- Ricoeur P (2000): Tulkinnan teoria. Diskurssi ja merkityksen lisä. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Ridge KW, Jenkins DB, Noyce PR ja Barber ND (1995): Medication errors during hospital drug rounds. *Quality in Health Care* 4: 240–243.
- Rinne R ja Jauhiainen A (1988): Koulutus, professionaalituminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. *Julkaisusarja A*: 128, Turku.
- Riska E (2001): *Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians*. Walter de Gruyter Inc., New York.
- Ritchey F, Raney M ja Keith T (1983): Physicians' Opinions of Expanded Clinical Pharmacy Services. *American Journal of Public Health* 73(1).

- Ritchey F ja Sommers D (1993): *Medical Rationalization and Professional Boundary Maintenance: Physicians and Clinical Pharmacists*. *Research in the Sociology of Health Care* 10: 117–139.
- Riukka L, Ojala R ja Saano S (2001): Lääkäreiden ja sairaanhoitajien odotukset sairaala-apteekkien lääkeinformaatiopalvelulta. *Suomen Lääkärilehti* 56: 2934–2937.
- Ruth J-E (1985): Luova persoona, prosessi ja tuote ja luovuuden kehitys elämänkaaren aikana. Teoksessa *Luovuuden ulottuvuudet*, s. 14–55. Toim. R Haavikko ja J-E Ruth, Weilin + Göös, Espoo.
- Ryynänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen JK ja Kuusi O (2004): Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004, Helsinki.
- Sahlstein P (1992): Sairaaloiden lääkehuolto muuttuvassa terveydenhuollossa – peruslääkevalikoiman ja lääkekustannusten kehittyminen. Pro gradu-tutkielma. Proviisorien koulutusohjelma. Sosiaalfarmasian laitos, Kuopion yliopisto.
- Santamäki K (2004): Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa *Hyvinvointityön ammatit*, s. 144–167. Toim. L Henriksson ja S Wrede, Gaudeamus, Helsinki.
- Sartre J-P (1981): Inho. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Savage DA (1994): *The Professions in Theory and History: the Case of Pharmacy*. A paper for the Business History Conference 1994 Meetings, Williamsburg, Virginia.
- Savela E (2003): Ammattitaidon ylläpitäminen apteekissa. Farmaseuttien ja proviisoreiden kouluttautuminen normiteorian viitekehyksessä. *Farmaseuttiset tieteet* 62, Kuopion yliopiston julkaisuja A. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Schein E (1987): *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen*. Weilin + Göös, Espoo.
- Schepers R (1988): Pharmacists and medical doctors in nineteenth-century Belgium. *Sociology of Health & Illness* 10: 68–88.
- Schön D (1999): *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. Ashgate Publishing Limited, Aldershot.
- Selander S (1989): Förvetenskapligande av yrken och professionaliseringsstrategier. Teoksessa *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*, s. 111–123, Toim. S Selander, Studentlitteratur, Lund.
- Selander S (1990): Associative strategies in the process of professionalization: professional strategies and scientification of occupations. Teoksessa *Professions in Theory and History*, s.139–150. Toim. M Burrage ja R Torstendahl, Sage, London.
- Semina (Suomen Farmasialiiton jäsenlehti). Vuosikerrat 1977–1978.
- SFS 1962: 701. Socialstyrelsens författningssamling. Socialstyrelsen.
- Sennett R (1999): Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta. Gummerus, Jyväskylä.
- Sihvo S ja Pirinen K (1996): Hoitohenkilöstö lääkeinformaation antajana. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* 8: 6–7.
- Silius H (1992): Den kringgårdade kvinnligheten. Att vara kvinnlig jurist i Finland. Åbo Akademis förlag. Åbo.
- Silverman D (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Sage, London.
- Simmel G (1984): *Das Individuum und die Freiheit*. Klaus Wagenbach, Berlin.

- Sitkin S ja Sutcliffe K (1991): Dispensing Legitimacy: the influence of professional, organizational, and legal controls on pharmacist behavior. *Research in the Sociology of Organizations* 8: 269–295.
- Slining J (2000): Women's Role in Pharmacy Practice in the Year 2000. *The Annals of Pharmacotherapy* 34: 950–954.
- Sloan FA, Whetten-Goldstein K ja Wilson A (1997): Hospital pharmacy decisions, cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis. *Social Science & Medicine* 45: 523–533.
- Sonnedecker G (1976): *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*, 4th edn. J. B. Lippincott, Philadelphia.
- STM 1968. Päätös no 555.
- STM 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi.
- STM 2003. Lääkepolitiikka 2010.
- STM 2004. Terveydenhuolto Suomessa.
- STM 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yliopistopaino 2006.
- STM 2005. Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa -osahanke. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveysshanke/tyonjako/tyonjakoindex.h>. Haettu Internetistä 7.12.2006.
- Starr P (1982): *The Social Transformation of American Medicine*. Basic, New York.
- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B ja Wiener C (1985): *Social Organization of Medical Work*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Ström S (1999): Sjukhusfarmaci. Teoksessa *Svensk farmaci under 1900- talet*, band II, s. 267–311. Toim. R Lönngren, R Casslén, C Claesson, LH Eklund, R Ericsson ja M Härdelius, Apotekarsocieteten, Stockholm.
- Suomen Apteekkarilehti. Vuosikerrat 1977–1978.
- Suomen Apteekkarilehti 1998. Eettiset ohjeet hyväksyttiin Apteekkariliiton syyskokouksessa. 1: 6–9.
- Suomen lääketilastot 1996–2005. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Svensson L (1989): Teori och praktik i professionellas vardagsarbete. Teoksessa *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*, s. 183–209. Toim. S Selander, Studentlitteratur, Lund.
- Sveriges Farmaceutförbunds etikråd, Etiska riktlinjer för farmaceuter 1994. *Farmaceutisk revy* 6: 25–26, 1996.
- Tanner J ja Cockerill R (1996): Gender, Social Change, and the Professions: The Case of Pharmacy. *Sociological Forum* 11 (4).
- Tanner J, Cockerill R, Barnsley J ja Williams A (1998): Gender and clinical pharmacy: The career of an occupational ideology. *Canadian Review of Sociology & Anthropology* 35 (4).
- Tanner J, Cockerill R, Barnsley J ja Williams A (1999a): Gender and income in pharmacy: human capital and gender stratification theories revisited. *British Journal of Sociology* 50: 97–117.
- Tanner J, Cockerill R, Barnsley J ja Williams A (1999b): Flight Paths and Revolving Doors: a Case Study of Gender Desegregation in Pharmacy. *Work, Employment & Society* 13: 275–293.
- Tarabusi C ja Vickery G (1993): Globalisation and Pharmaceuticals. *OECD Observer* 185: 41.

- Tiiri V (2005): Suomen sairaala- ja terveyskeskusfarmasian nykytila ja kehitystarpeet. Pro gradu-tutkielma. Farmasian tiedekunta, sosiaalifarmasian osasto, Helsingin yliopisto.
- Toivonen M ja Järviluoma E (1985): Kokemuksia sytostaattien laimentamisesta keskiteysti sairaala-apteekissa. Suomen Lääkärilehti 40: 1031–1034.
- Torniainen K (1996): TYKSin apteekki täyttää 30 vuotta. Tietyks 11:3.
- Torstendahl R (1990): Introduction: Promotion and Strategies of Knowledge-based Groups. Teoksessa *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, s. 1–10. Toim. R Torstendahl ja M Burrage, Sage, London.
- Trice H (1993): *Occupational Subcultures in the Workplace*. ILR Press, New York.
- Trice H ja Beyer JM (1993): *The Cultures of Work Organisations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Turakka H (1977): Clinical pharmacy – tomorrow's goal for Finnish Pharmacy? Teoksessa: *Clinical Pharmacy*. Toim. E van der Kleijn ym., North-Holland Biomedical Press, Elsevier.
- Turner B (1987): *Medical Power and Social Knowledge*. Sage Publications, London.
- Turunen J (2007): *Pain and Pain Management in Finnish General Population*. Pharmaceutical Sciences, Kuopio University Publications A, Kuopio.
- Tynjälä P (1991): Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22: 387–398.
- Vainio K (2004): Lääkeneuvonnan kehittäminen suomalaisissa apteekeissa. *Farmaseuttiset tieteet*, Kuopion yliopiston julkaisuja A. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Van Maanen J (1988): *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Van Maanen J (1995): An End to Innocence. *The Ethnography of Ethnography*. Teoksessa *Representation in Ethnography*, s. 1–35. Toim. J Van Maanen, Sage, London.
- Velvoitevarastointilaki 402/1984. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Veräjänkorva O (2003): Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopisto.
- Viitanen E (1997): Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 577, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Virkkunen E (2000): Farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuuri sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Virkkunen M (1962): Sairaala-apteekit lääkärin näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti no. 15.
- Vogel D (1998): The Globalisation of Pharmaceutical Regulation. *An International Journal of Policy and Administration* 11: 1–22.
- Wahlroos H (2003): Euroopan unionin lääkevalvonnan kehitys ja lääkeinformaatio-sisämarkkinoita vai kansanterveyttä? *Farmaseuttiset tieteet*, Kuopion Yliopiston julkaisuja A, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Wahlroos H (2005a): Lääkepolitiikkaan saatava kestävämpiä linjauksia. *Helsingin Sanomat* 21.11.
- Wahlroos H (2005b): Itsehoitolääkkeet – osa vastuullista terveydenhoitoa. *TABU* 1:3.
- Wallenius K (1989): Lääkeinformaatiopalvelujen organisoimisen tarve Suomen lääkehuollossa. *Sosiaalifarmasian laitos, Alkuperäistutkimukset* 1/1989, Kuopion yliopiston julkaisuja, Kuopio.
- Wallenius K, Kontra K, Pesonen J ja Muuranto L (1994): Kokemuksia osastofarmasiasta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. *Farmaseuttinen Aikakauslehti Dosis* 10: 19–25.

- Wardwell W (1979): Limited, marginal and quasi-practitioners. Teoksessa Handbook of Medical Sociology, s. 250–273. Toim. HE Freeman, S Levine ja LG Reeder, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Watanabe AS ja Conner CS (1978): Principles of drug information services. A syllabus of systematic concepts. Drug Intelligence Publications, Hamilton.
- WHO (1989): The Role and Function of the Pharmacist in Europe. Toim. I Lunde ja G Dukes, University of Groningen, Groningen.
- Wiili-Peltola E (2005): Sairaala muutosten ristipaineessa. HAUS-julkaisu 1/2005, Helsinki.
- Wingfield J, Bissel P ja Anderson C (2004): The scope of pharmacy ethics – an evaluation of the international research literature, 1990–2002. Social Science & Medicine 58: 2383–2396.
- Witz A (1992): Patriarchy and Professions. Routledge, London.
- Wrede S (2001): Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services. Åbo Akademis Förlag, Åbo.
- Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tietosuoja (1987): Suomen Akatemian julkaisu 1/1987, Helsinki.
- Young T J ja Prichard K W (1985): Sociological Analysis of Pharmacy as a Quasi-profession. Free Inquiry in Creative Sociology 13: 63–66.
- Ämmälä S (1996): Lääkehuoltoyksikköjen palvelututkimus Uudellamaalla. Erikoistyö, proviisorin koulutusohjelma. Sosiaalifarmasian laitos, Kuopion yliopisto.

Liitteet

Liite 1. Sosiologisia tutkimuksia proviisorin ja farmaseutin ammateista 1979–2006

Tekijä/t, vuosi, maa	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Eaton G. & Webb B. 1979, Britannia.	Selvittää proviisorien ja lääkärien keskinäistä rajanvetoa työssä.	N= 16 + 22 farmasian ja lääketieteen oppilaitokset.	Laadulliset menetelmät: haastattelut.	Lääkäriprofessio saattaa luovuttaa ja delegoida määrättyjä tehtäviä proviisoreille, mutta se ei merkitse lääkäriprofession hegemonian vähenemistä.
Nilsson T. 1981, Ruotsi.	Selvittää farmaseuttien (receptarie) ja lääketyöntekijöiden välistä työnjakokiistaa.	Dokumentit.	Dokumentti-analyysi.	Konfliktin syyt ryhmien erilaisissa positioissa työssä ja kuulumisessa eri ammattiorganisaatioihin.
Birenbaum A. 1982, USA.	Selvittää proviisorien ponnistuksia reprofessionalisoida ammattiaan.	Artikkelit, haastattelut farmasian kentällä.	Laadulliset menetelmät: tapaustutkimus.	Eniten reprofessionsalisaatiota ajavat farmasian opettajat. Lääkäreiden ja farmasian opiskelijoiden interaktio vähäistä ja sitä leimaa lääkäriprofession dominanssi.
Ritchey F. ym. 1983, USA.	Selvittää lääkärien asenteita kliiniseen farmasiaan.	N=180 lääkärit.	Tilastolliset menetelmät.	Nuoret perusterveydenhuollon lääkärit olivat myönteisempiä kliinistä farmasiaa kohtaan.
Broadhead R. & Facchinetti N. 1985, USA	Selvittää kliinisen farmasian opetustapoja.	Farmasian opiskelijat, opettajat, lääkärit ym.	Laadulliset tutkimusmenetelmät: havainnointi, haastattelut.	Professionaalisissa organisaatioissa toimittaessa tarvitaan teknisiä taitoja, roolin muodostamistaitoja ja interprofessionaalisia neuvottelutaitoja. Tiedekunta painotti teknistä osaamista ja oletti sen yksin riittävän roolin laajentamiseksi.
Adamcik B. ym. 1986, USA.	Selvittää lääkärien, proviisorien ja sairaanhoitajien suhtautumista proviisorien laajentuneeseen rooliin.	N=201 Proviisorit N=18 farmasian opettajat N=61 lääkärit N=82 sairaanhoitajat.	Tilastolliset menetelmät: kysely.	Eniten tukea proviisorien kliiniselle roolille antoivat farmasian opettajat, sitten proviisorit, sairaanhoitajat ja lääkärit. Sairanhoitajat ja lääkärit vastustivat kliinistä farmasiaa enemmän avoimuuden apteekkeissa kuin sairaaloissa.
Holloway S.W.F. ym. 1986, Britannia.	Selvittää proviisorien ammatillista statusta, identiteettiä, ammatillisia strategioita ja työnjaollista paikkaa.	N=12 Ammattiliiton aktiivijäsenet Farmaseuttiset lehdet.	Laadulliset menetelmät: haastattelut.	Proviisorit eivät muodosta yhtenäistä kategoriala: he työskentelevät hyvin erilaisilla työpaikoilla, eri olosuhteissa ja asemissa. Laillistaminen sitoo tämän ammattiryhmän yhteen ja tarjoaa suojan toisten ammattiryhmien usurpaatiostrategioita vastaan.

Birenbaum A. ym. 1987, USA.	Tutkia juuri laillistettujen proviisorien käsityksiä ja odotuksia työstä.	N=357 Vastikään laillistetut proviisorit.	Tilastolliset menetelmät.	Kliininen farmasia oli selvemmin yhdistettävissä sairaalassa työskentelyyn ja se myös vastasi todennäköisemmin vasta valmistuneiden odotuksia työstä.
Schepers R. 1988, Belgia.	Selvittää lääkärien ja proviisorien työnjakoa 1800-luvun Belgiassa.	Historialliset dokumentit.	Dokumentti-analyysi.	Lääkäriprofessio dominoiva, mutta proviisorit pystyivät saavuttamaan tunnustetun monopoliaseman lääkejakelellisessa.
Claesson C. 1989, Ruotsi.	Tutkia apteekkareiden ammatillista kehitystä, ammatin muutosta ja ammatillista statusta.	Erilaiset historialliset dokumentit, lehdet, juhla- ja kirjoitukset.	Dokumentti-analyysi.	Ammatilla oli suhteellisen korkea professiostatus 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä. Tämän jälkeen on tapahtunut deprofessionalisaatiota.
Hornosty R. 1989, Kanada.	Selvittää farmasian opiskelijoiden professionaalisen idealismin kehittymistä koulutuksen aikana.	Farmasian opiskelijat.	Laadulliset ja määrälliset menetelmät.	Potilaskeskeinen professionaalinen idealismi syntyi kehityskulkuna, jota selittivät yritykset reprofessionalisoida proviisorin ammatti.
Mesler M. 1989, USA.	Selvittää, miten proviisorit neuvottelevat itselleen enemmän kliinistä roolia lääketieteellisessä tiimissä.	Kaksi sairaalaa: proviisorit, muut tiimin jäsenet, apteekin johtajat, dekaani.	Laadulliset menetelmät; havainnointi, haastattelut.	Proviisorit menestyivät neuvotellessaan rooliaan; merkittävää oli yksilöllinen asiantuntemus ja käytetyt strategiat.
Mesler M. 1991, USA.	Selvittää kliinisten proviisorien työtä ja rajanvetokonflikteja lääketieteellisessä tiimissä sairaalassa.	Kaksi sairaalaa; proviisorit ja lääketieteellinen tiimi.	Laadulliset menetelmät; havainnointi.	Sekä lääkärit että sairaanhoitajat hyväksyivät proviisorien laajentuneen roolin: proviisorit pystyivät ottamaan roolin potilaan hoidossa ja tuomaan osaamistaan esille.
Sitkin S & Sutcliffe K. 1991, USA.	Selvittää lainmukaisten, organisaationaalisten ja professionaalisten tekijöiden vaikutusta proviisorien toimintatapoihin.	N=94 avoimuuden apteekin proviisorit.	Tilastolliset menetelmät.	Yksilöllisen vastuu työssä ja oman työn hallinta sekä asiakkaiden tyytyväisyys olivat proviisorien mielestä kriittisen tärkeitä ammatille ja sen statukselle.
Hornosty R. ym. 1992, Kanada.	Selvittää farmasian opiskelijoiden professionaalista sosialisoitumista.	N=160 farmasian opiskelijat. Jatkossa N=93 proviisorit.	Tilastolliset menetelmät: seuranta tutkimus.	Professionaalinen idealismi (uskollisuus kliinisen farmasian ihanteelle) lisääntyi viimeisinä opiskeluvuosina opiskelijoiden ollessa kosketuksessa kliinisiin yksiköihin. Seitsemän vuoden kuluttua valmistumisesta tätä idealismia pidettiin edelleen yllä.

Savage D. A. 1994, USA.	Tutkia proviisorin ammatin historiallista kehitystä ja suhdetta lääkäriprofessioon.	Historialliset dokumentit.	Dokumenttianaalyyysi.	Lääkkeiden myynnin säätely USA:ssa alkoi myöhään verrattuna mannermaiseen perinteeseen. Työnjako lääkäreiden ja proviisorien välillä selkeytyi. Farmasian ydinosaamiseksi Savage määrittää kyvyn vahvistaa lääkkeen vahvuus ja puhtaus.
Harding G. & Taylor K. 1995, Britannia.	Tutkia lääkäreiden ja proviisorien interprofessionaalaisia suhteita terveyskeskuksissa.	Terveyskeskuksen ja avohuollon apteekkien johtajat, lääkärit.	Laadulliset ja määrälliset menetelmät; kyselyt, haastattelut.	Fyysinen läheisyys ei välttämättä lisää interprofessionaalista kommunikaatiota. Hyvät suhteet ovat tärkeitä. Ne toimivat kommunikoinnin välineinä. Proviisorien tieto lääkkeistä ja niiden hinnoista lisää lääkkeiden käytön rationaalisuutta.
Muzzin L. ym. 1995, Kanada.	Tutkia naisproviisorien asemaa sairaalafarmasiassa.	N=1000 sairaalassa työskentelevät proviisorit.	Tilastolliset menetelmät.	Sairaalafarmasia on kiinnostanut naisia, ammattiuralla etenemisessä havaittavissa ghettoitumista.
Lambert B. L. 1996, USA.	Selvittää proviisorien ja lääkäreiden interprofessionaalisiin suhteisiin vaikuttavia tekijöitä.	N=210 avohuollon proviisorit N=112 sairaalaproviisorit.	Määrälliset menetelmät.	Vanhemmat proviisorit ja sairaalaproviisorit haastoivat helpommin lääkärin lääkesuosituksen.
Gilbert L. 1997, Etelä-Afrikka.	Selvittää sairaanhoitajien ja avohuollon proviisorien työnjakoa ja kumppanuuden kehittymistä.	N=15 sairaanhoitajat, N=53 avohuollon proviisorit, N=36 farmasian opiskelijat, dokumentit.	Määrälliset ja laadulliset menetelmät: haastattelut.	Kehitetty kumppanuus proviisorien ja sairaanhoitajien välillä mahdollisti proviisorien roolin laajentamisen tunkeutumatta sairaanhoitajien ammatilliselle alueelle. Se paransi apteekkien ja proviisorien imagoa monella tapaa.
Pirttisalo H. 1997, Suomi.	Selvittää farmaseuttien käsitys ammatistaan ja muista sosiaali ja terveydenhuollon ammateista.	N=30 avohuollon apteekkien farmaseutit.	Laadulliset ja määrälliset menetelmät: haastattelut, kyselyt.	Farmaseuttien ammattikulttuuri yhtenäinen. He näkevät itsensä profession harjoittajina.
Sloan F. A. ym. 1997, USA.	Selvittää sairaalaproviisorien toimintaa kustannusten hillitsemisessä.	N=103 sairaalat.	Tilastolliset menetelmät: survey.	Useimmissa sairaaloissa on ohjausta lääkkeiden valinnassa. Kustannus-hyötyanalyysien käyttö vähäistä, syynä tiedon ja sopivien tutkimustapojen puute.
Lyles A. ym. 1997, USA.	Selvittää päätöksiä lääkkeiden käytön otossa ja perusteita niiden arvioinnissa.	N=51 managed care organisaatiot.	Tilastolliset menetelmät: puhelinsurvey.	Erilaisia arviointimenetelmiä käytettiin yleisesti; kliinistä tehokkuutta ja kustannus-hyötytehokkuutta. Tulevaisuudessa arvioinnin merkitys kasvaa.
Novek J. 1998, Kanada ja Ranska.	Tutkia proviisorien suhtautumista automaattiseen lääkejakesysteemiin sairaalassa.	N=2 sairaalat, Kanada, N=1 sairaala, Ranska.	Laadulliset menetelmät: haastattelut ja havainnointi.	Ranskassa, missä sairaalafarmasia professiona on vähemmän kehittynyt, automaatio on saanut aikaan radikaalimpia muutoksia työssä.

Tanner J. ym. 1998, Kanada.	Tutkia, ovatko naiset pääasiallisia kliinisen farmasian arvojen eteenpäin viejiä.	N=463 proviisorit, 6 fokus-ryhmää, avaininformantit.	Määrälliset ja laadulliset menetelmät.	Myötämielistä suhtautumista kliiniseen farmasiaan ennusti paremmin työpaikka kuin sukupuoli.
Tanner J. ym. 1999a, Kanada.	Selvittää nais- ja miesproviisorien palkkaeroja.	3 proviisorit, fokus-ryhmää, informantit.	Määrälliset ja laadulliset menetelmät.	Pääsyy naisten huonompaan palkkatasoon on heidän jäämisensä työntekijä-asemaan.
Tanner J. ym. 1999b, Kanada.	Tutkia proviisorien reaktioita ammatin muuttuessa yhä enemmän naisten ammatiksi.	3 proviisorit, fokus-ryhmää, informantit.	Määrälliset ja laadulliset menetelmät.	Vertikaalisesti ja horisontaalisesti naiset ja miehet lohkoutuneet: koskee työpaikkoja, palkkoja ja asemaa. Naisproviisorit tyytyväisempiä työhönsä kuin miehet, mutta miehet eivät kuitenkaan ole suuremmissa määrin jättäneet ammattia.
Novak J. 2000, Kanada.	Selvittää, edistääkö teknologian kehitys (automaatio) farmasian kollektiivista liikkuvuutta ja muuttamista enemmän kliiniseksi kuin tekniseksi professioksi.	Kolme sairaala-apteekkia.	Laadulliset menetelmät.	Proviisorit vastustivat lääkejakelun periferisointumista; tekniset prosessit toimivat ammatillisen demarkaation ja yhteenkuuluvaisuuden vahvistajina suhteessa sairaalan hallintoon.
Pilnick A. 2001, Britannia.	Selvittää proviisorin ja potilaan välistä kommunikaatiota lääkitys ja hoito-ongelmissa.	N=45 konsultit; sairaalan onkologinen osasto.	Laadulliset menetelmät: keskusteluanalyysi.	Tärkeää on mahdollisuuksien luominen potilaiden ja proviisorien kohtaamisille ja tiedostaa, millaisia kommunikatiivisia taitoja ”laajentunut rooli” vaatii.
Gilbert L. 2001, Etelä-Afrikka.	Tutkia lääkärin ja proviisorien välisiä konfliktejä: rajanvetoa, autonomiaa, valtuutuksia ja dominanssia.	Lääkärit, proviisorit, dokumentit, lehdet, avaininformantit.	Laadulliset ja määrälliset menetelmät.	Lääkäriprofession on pystynyt pitämään itsellään sekä oikeuden proviisorien päätehtäväkentällä lääkejakelussa että estämään proviisorien yritykset laajentaa lääkkeiden määräämistä.
Malmstig E. 2001, Ruotsi.	Analysoida avohuollon apteekeissa tehtävän työn sisältöä ja organisointia, erityisesti eri työntekijäryhmien erilaisia rooleja.	N=11 avohuollon apteekit.	Laadulliset menetelmät.	Ryhmällä on erilainen koulutus ja valtuudet. Työtä ohjaavat sisäiset prosessit, asiakkaiden vaatimukset, Apoteket AB ja viranomaiset. Työn organisoinnille on luonteensa kaksinkertaiset hierarkiat ja rajat eri ammattiryhmien välillä, joita pidetään yllä vaihtelevassa laajuudessa.
Hibbert D. ym. 2002, Britannia.	Selvittää avohuollon apteekkien proviisorien roolia ja statusta.	N=10 avohuollon apteekkien henkilökunta, asiakkaat.	Laadulliset menetelmät: havainnointi ja haastattelut.	Asiakkaiden valta liikeasioissa ja käsitykset asiantunteuksesta asettavat haasteita farmasian ammatin professionaalisille strategioille.

Keely J. 2002, USA	Tutkia proviisorien toiminta-alaa ja yhteistyötä lääkärin kanssa laadun ja turvallisuuden edistämiseksi.	Kirjallisuus.	Katsausartikkeli.	Proviisorien toiminta-ala on laajenemassa. Yhteistyökumppanuussuhde kykenee estämään kiistat ja painottamaan pääasiallista missiota.
Pilnick A. 2003, Britannia.	Selvittää proviisorien antamaa neuvontaa potilaille sairaalan lastenosastolla.	N=45 proviisorien konsultaatiot.	Laadulliset menetelmät: keskusteluanalyysi.	Hienotunteisuus, moraalisuus ja pätevyys vaikuttivat neuvojen ja informaation antamiseen ja myös saamiseen.
Ekman A. 2004, Ruotsi.	Analysoida, miten Apoteket AB työskentelee realsoidakseen tavoitteensa kehittyä oppivana organisaationa.	Apoteket AB:n johtotehtävissä olevat henkilöt, dokumentit.	Laadulliset menetelmät: haastattelut.	Oppivan organisaation on kehityttävä oppiakseen toiminaan proaktiivisesti ja kyttäkseen vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Apoteket AB:n muutostyötä voidaan pitää radikaalina.
Kälvemark S. ym. 2004, Ruotsi.	Tutkia eettisiä dilemmoja työssä ja niiden aiheuttamaa stressiä.	Terveystenhoitohenkilökunta, myös farmasian ammatin edustajat.	Laadulliset menetelmät: ryhmähaastattelut.	Kaikki ammattiryhmät kokivat työssään moraalista ahdistusta. Sekä institutionaaliset pakotteet että lain määräykset johtivat moraalisiin ristiriitatilanteisiin.
Malmstig E. 2004, Ruotsi.	Selvittää apteekkijärjestelmän, valtion ja lääkäriprofession välillä tapahtuneiden muutosten vaikutusta farmasian ammatin autonomiaan.	Dokumentit.	Laadulliset menetelmät.	Apteekkijärjestelmän kansallistaminen on lisännyt farmasian ammatin mahdollisuuksia ja autonomiaa ja auttanut modernin farmasian ammatin luomisessa.
Wingfield J. ym. 2004, Britannia.	Selvittää, mitä tutkimusta on tehty eettisistä kysymyksistä farmasian käytännöissä.	Julkaistut tutkimukset vuosilta 1990–2002.	Kirjallisuuskatsaus.	Tutkimusta tehty vähän etiikasta farmasian käytännöissä ja filosofisista kysymyksistä ja arvoista farmasian etiikassa.
Matowe L. ym. 2006, Kuwait.	Selvittää lääkärin käsityksiä proviisorien toiminnasta.	N=120 sairaalalääkärit.	Määrälliset menetelmät: kyselyt.	Lääkärit pitivät proviisoreja lääketerapian asiantuntijoina, mutta näkivät, etteivät proviisorit aina tarjoa korkean tason farmaseuttisia palveluita.

Liite 2. Sosiaalifarmasian tutkimuksia sairaalafarmasiasta Suomessa

Tekijä/teki-jät, vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Wallenius K. 1989	Selvittää lääke-informaatiopalveluiden organisoinnin tarvetta Suomen lääkehuollossa	Apteekit, sairaala-apteekit, lääkekeskukset	Kyselyt, tilastolliset menetelmät	Materiaaliset informaatio-resurssit heikot. Sairaaloissa myös henkilöstöresurssit heikot.
Hiitola P. 2003	Tarkastella kliinisen farmasian kehitystä	N=13 Apteekkarit, proviisorit	Teemahaastattelut	Kl. farmasia tuli Suomeen ulkomaalaisten esimerkkien myötä. Neuvonta ja informaatio keskeistä.
Niiniö E. 2004	Selvittää farmaseuttien käsityksiä sairaala-apteekin palveluista ja farmaseuttisesta työstä	N=4 Sairaala-apteekit N=16 farmaseutit	Työpäiväkirjat, teemahaastattelut	Työ koostuu monista erilaisista tehtävistä, myös sellaisista, jotka eivät vaadi farmaseuttista koulutusta.
Kärkimaa E-L. 2004	Kuvata osastofarmasiaa yliopistollisessa sairaalassa	N=8 osastofarmaseutit, N=6 lääkärit, N= 6 osastonhoijat, N=6 sairaanhoitajat	Yksilöhaastattelut	Haastatellut kokivat osastofarmaseuttien työn hyödylliseksi. Työ saavuttanut paikkansa ja se kliinistyy koko ajan.
Tiira V. 2005	Kartoittaa Suomen lääkekeskusten toimintaa ja kehitystarpeita	N= 183 Lääkekeskukset N=70 Lääkekeskuksen hoitajat	Kaksi kyselyä, haastattelut, havainnointi	Vallitseva toimintamalli on logistinen. Lääkekeskusten hoitajilla vahva tahtotila siirtyä potilaskeskeiseen suuntaan työssä.

Liite 3. Esimerkkejä empiirisen aineiston tiivistämisestä ja analyysistä

Alkuperäisilmaisu farmaseuttien ja proviisorien teksteissä, puheissa	Yhdistävä kategoria
Työn hyvä puoli on itsenäisyys työssä, saa itse organisoida rutiinit, voin vaikuttaa, saa yksin vastata, on mahdollisuus, itsenäinen, lainsäädäntö estää, oma päätösvalta ja vastuu lisääntynyt, oman työn suunnittelu itsenäisempää, ulkopuoliset tahot ohjailevat liikaa toimintaa.	Professionaalisen autonomian tavoite ja ihanne.
Potilaan paras, potilaan etu ajaa edelle, potilasta varten täällä ollaan, taloudellisuus on tärkeä, mutta ei potilaan kustannuksella, taloudellisuus tärkeä, mutta laadusta tinkimättä, auttaminen, tukeminen.	Ammatillinen etiikka.
Lakipykälien orja, sääntöuskollisuus, ehkä liika virkamiesintoisuus, tiukasti sääntöjä noudattava, poliisimainen.	Ammatillisia vaatimuksia.
Dokumentoitu tieto, perusteellisuus, tieto kirjoihin perustuu, nopeasti hankittu tieto ei perusteellista, vastapainoksi lääketehtaiden agenteille, luotettavuus, tarkat ohjeet, apteekki on oikean tiedon paikka.	Korostaa tieteellistä, tutkittua tietoa, ihanteena puhdas professionaalisuus ja puolueettomuus.
Asiakaskeskeisyys, yhteistyö lähiammattilaisten kanssa, potilaskeskeisyys, osastofarmasia/kliininen farmasia, vuorovaikutus tärkeää, avoimempi kuin ennen, enemmän yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa, ulospäin suuntautuneempi kuin ennen, yhteistyötä yli ammattirajojen, asiakaslähtöisyys lisääntynyt, moniammatillista.	Uusi ammatillinen ideologia.
Neutraali käytös, jäykkä käytös, ystävällinen käytös, kontrolloitu käytös, ei voi tehdä poikkeusta, yhtenäiset määräykset isommasta yksiköstä eivät sovellu aina, en noudata määräyksiä kirjaimellisesti.	Yhtenäisen kulttuurin vaatimus
Tarkkuus, huolellisuus, farmaseutit ovat tarkkoja – virheitä harvoin tapahtuu, paljon kontrolloimista, tarkkuutta voidaan pitää nipottamisena, apteekissa työskentelee pikkutarkkoja ihmisiä, turhan tarkka, palvelualttius, vastuullisuus, luotettavuus.	Ammattikulttuurisia erityispiirteitä
Apteekista ei anneta mutu-tietoa, pilkuttaja, pilkunviilaaja, tieto perustuu ohjekirjoihin, asiallista tietoa on aina saanut, tarkkuus, huolellisuus, asiantuntevuus, selkeys ohjeissa ja neuvoissa, tarkkuus ja huolellisuus hyvin ominaista sairaala-apteekin työntekijöille, pikkutarkkuus, joka menee joskus ylitse ja jolloin toimintaa ohjaa nipotus, luotettavuus, asioihin paneudutaan erityisellä tarkkaavaisuudella ja huolella.	Farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuurisia piirteitä.
Apteekki erillään, kaukana vuodeosastoista, tuntematon, sisäänpäin lämpiävä, piilossa, irrallinen, näkymätön, kasvotonta tullut tutummaksi, yhteistyö kehittynyt, minulla ei ole mitään käsitystä, mitä sairaala-apteekissa tehdään, olen vähän joutunut/saanut olla tekemisissä apteekin kanssa.	Erillisyyttä tuottanut ammatillinen kulttuuri.
Ajoittain byrokraattinen, joustamaton, kaavamainen, ystävällinen, ei-ystävällinen, palvelu-alttius joskus puutteellinen, tullut läheisemmäksi – ei tarvitse enää jännittää, kun asioi, auttavat aina tarvittaessa, palvelu hyvää, jossakin vaiheessa oli vaikea mennä apteekkiin, kun ei tiennyt otetaanko ystävällisesti vastaan, yhteistyö mutkatonta.	Palvelukulttuurissa ei ole painotettu riittävässä määrin asiakkaiden subjektiivisten kokemusten merkitystä.
Oma farmaseutti osastolla olisi hyvä, farmaseutin tietoja ja taitoja tulisi enemmän käyttää suoraan potilaan eduksi, osastofarmasian myötä apteekki on henkilöitynyt ja saanut inhimillisyyden, osastofarmasian myötä turvallisuus on parantunut, yhteistyötä olisi hyvä olla enemmän nykyisin tapoissamme ja mielipiteiden vaihto ainakin kasvoista kasvoihin liian vähäistä.	Yhteistyön lisäämistä ja osastofarmasia avaavaa (vrt. uusi ammatillinen ideologia farmaseuttien ja proviisorien ilmaisuissa).

Liite 4. Kyselylomake suomalaisille farmaseuteille ja proviisoreille

Hyvä farmaseutti/proviisori

Oheinen kyselylomake sisältää 40 kysymystä. Pyydän Sinua vastaamaan niihin avoimesti ja kriittisesti. Kysely on osa pro gradu-tutkielmaa, joka käsittelee ammattikulttuuria sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa. Tulen käsittelemään antamastasi tiedot luottamuksellisesti. Kiitän etukäteen arvokkaasta avustasi!

Tämän lomakkeen voit palauttaa näiden koulutuspäivien aikana allekirjoittaneelle tai postitse mukana olevassa kirjekuoressa tämän kuun loppuun mennessä.

Eila Virkkunen

email:eila.virkkunen@tays.fi

Sairaala-apteekki

Tampereen yliopistollinen sairaala

PL 2000, 33521 Tampere

1. Onko työpaikkasi

- yliopistollinen sairaala
- keskussairaala
- aluesairaala
- terveyskeskuksen lääkekeskus
- muu, mikä ?

2. Mikä on koulutuksesi?

- proviisori
- farmaseutti

3. Mihinkä ikäryhmään kuulut?

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59
- yli 60

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?

- 1 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- 21 - 25
- 26 - 30
- yli 30

5. Miksi hakeuduit nykyiseen työpaikkaasi?
6. Mikä on sairaala-apteekin/lääkekeskuksen toiminta-ajatus, toiminnan tarkoitus ja/tai yhteiskunnallinen tehtävä?
7. Mitä Sinulle tulee ensimmäisenä mieleen, kun Sinulta kysytään, mitä teet sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa?
8. Millä vertauksella luonnehtisit työpaikkaasi?
9. Ketä kuuluu työyhteisöösi sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa? Millaiseksi luonnehtisit sitä?
10. Millainen on työjako eri työntekijäryhmien välillä työyhteisössäsi?
11. Mitkä seikat vaikuttavat ryhmien väliseen yhteistyöhön ja onko siinä ongelmia?
12. Kuvaa tyypillistä työpäivääsi!
13. Ovatko työviikkosi olennaisesti erilaisia? Miksi ja miten ne ovat erilaisia?
14. Missä määrin pystyt/voit vaikuttaa päivän rutiinitöiden suunnitteluun?
15. Entä missä määrin pystyt/voit vaikuttaa sairaala-apteekin/lääkekeskuksen pitkän tähtäyksen suunnitteluun?
16. Mitkä ovat työsi hyvät puolet?
17. Mitä huonoja puolia, ongelmia tai ristiriitoja näet työssäsi?
18. Millaista on työsi sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa verrattuna avohuollon apteekissa tehtävään työhön?
19. Keitä ovat asiakkaasi?
20. Ovatko asiakkaiden odotukset ja vaatimukset muuttuneet viiden viime vuoden aikana? Miten ne ovat muuttuneet?
21. Miten hyvin pystyt huomioimaan ja täyttämään asiakkaiden odotukset ja vaatimukset?
22. Millaisena uskot asiakkaan näkevän sairaala-apteekin/lääkekeskuksen?
23. Keiden (muut kuin sairaala-apteekin/lääkekeskuksen oman työyhteisön) kanssa olet tehnyt yhteistyötä, millaisissa asioissa ja mikä on roolisi tässä yhteistyössä?
24. Mitkä ovat mielestäsi yhteistyön kehittämisen esteet?
25. Millaisia yhteistyömahdollisuuksia näet sairaala-apteekin/lääkekeskuksen ja avohuollon apteekkien välillä?
26. Miten työsi sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa on mielestäsi muuttunut viimeisen viiden vuoden aikana?
27. Mitkä ovat myönteisiä muutoksia?
28. Mitkä ovat kielteisiä muutoksia?
29. Miten uusi teknologia on vaikuttanut työhösi?

30. Miten suhtaudut muutokseen? Onko niitä liikaa vai onko muutos mielestäsi liian hidasta?
31. Mitä haluaisit ehdottomasti muuttaa sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa?
32. Miten kuvaisit omaa asiantuntijuuttasi, mistä se rakentuu?
33. Onko Sinulla mielestäsi riittävästi koulutusta ja vastaako se ajan haasteisiin?
34. Mitä koulutusta kaipaisit?
35. Millainen on mielestäsi työsi arvostus ja mikä merkitys sillä on Sinulle?
36. Osallistutko ammattiyhdistystoimintaan ja onko Sinulla siellä luottamustehtäviä ja miten tärkeänä pidät ammattiyhdistystoimintaa?
37. Millaisena näet sairaala-apteekin/lääkekeskuksen tulevaisuuden?
38. Millaisena näet farmaseutin/proviisorin työn sairaala-apteekissa/lääkekeskuksessa tulevaisuudessa?
39. Mitkä ovat farmaseuttisen työn ominaisemmat piirteet sairaalassa/terveyskeskuksessa?
40. Voit vapaasti kertoa lisää ja kommentoida!

Liite 5. Kirjoitustehtävä suomalaisille sairaanhoitajille

Hyvä koulutuspäiville osallistuva sairaanhoitaja

Olen terveystieteen opiskelija ja teen pro gradu-tutkielmaa sairaala-apteekin/lääkekeskuksen ammattikulttuurista. Kulttuuriset mallit eivät ole vain malleja todellisuudesta, vaan toimintamalleja sosiaalisen todellisuuden luomiseksi. Kulttuuri on jatkuvaa ymmärtämisen ja tekemisen välistä vuorovaikutusta ja sen tärkeä osatekijä on, kuinka tehdään. Ammattikulttuuri on itse asiassa sitä, mitä tehdään. Se on toimintatapoja, käytäntöjä, puhetapoja, ihmissuhteita, jännitteitä, ammattistereotyyppioita, uskomuksia, rituaaleja, symboleja, myyttejä, hierarkioita ja niin edelleen.

Kirjoittaisitko, miten Sinun mielestäsi sairaala-apteekin ammattikulttuuri rakentuu, millaisia piirteitä Sinä siinä näet? Teksti saa olla täysin vapaamuotoista ja pituuden saat valita vapaasti. Olisin todella kiitollinen, jos voisit näin esittää mielipiteesi. Kiitän jo etukäteen arvokkaasta avustasi! Palauttaisitko vastauslomakkeen näiden koulutuspäivien aikana tai tämän kuun loppuun mennessä allekirjoittaneelle.

Eila Virkkunen
email:eila.virkkunen@tays.fi
Sairaala-apteekki
Tampereen yliopistollinen sairaala
PL 2000, 33521 Tampere

Täytä tämä ensin ja jatka tekstin kirjoittamisella! Merkitse rastilla, mikä on työpaikkasi!

- vastaajan ikä
- yliopistollinen sairaala
- keskussairaala
- aluesairaala
- muu, mikä?

Liite 6. Kyselylomake suomalaisille lääkäreille

Hyvä lääkäri

Teen tutkimusta sairaalassa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien ammattikulttuurista Suomessa ja Ruotsissa. Saadakseni laajempaa näkökulmaa vallitsevaan ammattikulttuuriin ja sen heijastumiin, on tarkoitukseni tuoda esille ulkopuolisten, myös lääkäreiden näkökulma. Tutkimus on puhdasta akateemista tutkimusta ja sen aineisto on tarkoitettu yksinomaan tutkijan käyttöön. Tutkimus liittyy kuitenkin osana sairaalan hallintaan ja sisäiseen sosiaaliseen elämään liittyviä tutkimushankkeita yhdistävään sateenvarjoprojektiin ”*Sairaala muuttavana toimintaorganisaationa*”. (Tampereen yliopiston terveystieteenlaitoksen tutkijat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä sairaaloiden toimintaorganisaatioihin ja hallintaan liittyvää tutkimusta tekevät.)

Oheinen kyselylomake sisältää 22 kysymystä. Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin avoimesti ja tarvittaessa kriittisesti. Vastaukset tulen käsittelemään luottamuksellisesti. Olisin todella kiitollinen, jos voisit esittää mielipiteesi.

Pyydän Sinua palauttamaan tämän kyselylomakkeen tammikuun 2002 loppuun mennessä sisäisessä postissa.

Eila Virkkunen, farmaseutti, TtM
email:eila.virkkunen@tays.fi
sairaala-apteekki
Tampereen yliopistollinen sairaala
PL 2000, 33521 Tampere

Kiitos avustasi!

1. Onko työpaikkasi

- yliopistollinen sairaala
 aluesairaala

2. Mihinkä ikäryhmään kuulut?

- 20-29
 30-39
 40-49
 50-59
 yli 60

3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- yli 30

4. Mikä on erikoistumisalueesi? -----

5. Mitä Sinulle tulee ensimmäisenä mieleen, kun Sinulta kysytään, mitä farmaseutit ja proviisorit tekevät sairaala-apteekissa?

6. Mikä on mielestäsi sairaalassa työskentelevien farmaseuttien/proviisorien ydin-tehtävä?

7. Vastaako työpaikkasi farmaseuttien/proviisorien toiminta niihin haasteisiin, mitä palvelujärjestelmälle asetetaan: asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus?

- kyllä
- ei

8. Onko työpaikkasi farmaseuttisen henkilökunnan tiedottaminen/lääkeinformaatio riittävää?

- kyllä
- ei

9. Pitäisikö farmaseuttien/proviisorien lisätä lääkeinformaation antamista?

- vuodeosaston potilaille
- sairaanhoitajille
- lääkäreille

10. Miten tärkeänä pidät sairaala-proviisorien/farmaseuttien roolia koskien lääkkeiden taloudellista käyttöä?

- erittäin tärkeänä
- tärkeänä
- jokseenkin tärkeänä
- ei tärkeänä

11. Minkä verran olet ollut yhteistyössä farmaseuttien/proviisorien kanssa sairaalassa?

- paljon
- jonkin verran
- vähän
- en ollenkaan

12. Millaisissa asioissa olet ollut yhteistyössä?
13. Onko Sinulla kokemusta yhteistyöstä vuodeosastolla työskentelevien farmaseuttien/proviisorien kanssa?
- kyllä
 ei
14. Millaisia etuja tai haittoja näet farmaseuttien/proviisorien roolin laajentumisessa sairaalassa kohti potilaslähtöisempää työtä?
15. Millaista tukea mahdollisesti toivoisit työhösi farmaseuttien/proviisorien taholta sairaalassa?
16. Kuinka usein olet kysynyt neuvoa farmaseuttiselta henkilökunnalta työpaikallasi?
- usein
 aika usein
 silloin tällöin
 en koskaan
17. Voitko lähemmin kertoa, millaisissa tilanteissa kysyit neuvoa?
18. Onko työpaikkasi farmaseuttinen henkilökunta kysynyt Sinulta neuvoa? Voitko lähemmin kertoa, millaisissa tilanteissa?
19. Järjestetäänkö työpaikallasi yhteisiä koulutustilaisuuksia lääkäreille ja sairaalafarmaseuteille/proviisoreille?
- kyllä
 ei
20. Onko mielestäsi puutteita lääkäreiden ja sairaalafarmaseuttien/proviisorien yhteistyössä? Jos mielestäsi puutteita esiintyy, mitkä seikat estävät yhteistyön sujumista tai parantamista?
21. Onko farmaseuttinen toiminta tullut näkyvämmäksi työpaikallasi? Miten se on tullut näkyvämmäksi?
22. Voit vapaasti kertoa lisää ja kommentoida!

Kiitos avustasi
Eila Virkkunen

Liite 7. Kyselylomake ruotsalaisille farmaseuteille (receptarie) ja apteekkareille

Bästa farmacevt/apotekare

Jag deltagar i ett forskningsprojekt om yrkeskulturen för sjukhusfarmaceuter och sjukhusapotekare i Finland och i Sverige. Forskningen är rent akademisk och materialet är ämnat enbart för forskarens eget bruk. Forskningen är en del av ett större forskningsområde som behandlar sjukhusets förvaltning och inre sociala liv. (*"Sjukhuset, en verksamhetsorganisation i förändring"*, en gemensam forskning med Tammerfors universitet och universitetssjukhuset i Tammerfors). Det bifogade frågeformuläret innehåller 39 frågor. Jag ber Dig vänligen att svara öppet och vid behov kritiskt. Jag kommer att behandla data konfidentiellt. Jag tackar i förväg för Din värdefulla hjälp! Jag samarbetar i Sverige med professor Per Hartvig vid sjukhusapoteket Akademiska sjukhuset i Uppsala, dit Du också kan sända Ditt svar.

Jag ber Dig returnera detta formulär senast.....

Per Hartvig, adj professor

Akademiska apoteket

Akademiska sjukhuset

75185 Uppsala (rörpost AF58 inom UAS)

Med tack för Din hjälp

Eila Virkkunen

e-post: eila.virkkunen@tays.fi

1. Din arbetsplats är

- universitetssjukhus
- centrallasarett
- länslasarett
- apotek vid vårdcentral

2. Din utbildning är

- receptarie
- apotekare

3. Du ingår i åldersgruppen

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- över 60

4. Hur många år har Du arbetat på Din nuvarande arbetsplats?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- över 30

5. Varför sökte Du Ditt nuvarande jobb?

6. Vad är enligt Din uppfattning sjukhusapotekets viktigaste mål, syftet med dess verksamhet och/eller sociala funktion?

7. Vad tänker Du först på om Du skall beskriva Ditt arbete på sjukhusapoteket?

8. Jag önskar att Du försöker beskriva sjukhusapoteket med en liknelse. Kan Du komma på en träffande liknelse?

9. Vilka hör till Ditt arbetsteam? Hur skulle Du beskriva samarbetet i Ditt arbetsteam?

10. Hur är arbetsfördelningen mellan de olika yrkesgrupperna på sjukhusapoteket?

11. Vilka faktorer påverkar samarbetet och finns det risk för samarbetsproblem?

12. Beskriv kort Din normala arbetsdag!

13. Skiljer sig Dina arbetsveckor från varandra? Varför och hur skiljer de sig?

14. Hur mycket kan Du påverka planeringen av dagens rutinarbete?

15. Hur mycket kan Du påverka långtidsplaneringen på Din arbetsplats?

16. Vilka positiva sidor ser Du i Ditt arbete?

17. Vilka problem eller konflikter kan uppstå i Ditt arbete?

18. Hur tror Du Ditt arbete är jämfört med arbetet på öppenvårdapotek?

19. Vilka är Dina kunder?

20. Har kundernas önskemål och krav förändrats under de senaste fem år? Hur har de förändrats?

21. Hur väl kan Du uppfylla kundernas förväntningar och krav?

22. Hur tror Du kunden upplever sjukhusapoteket?
23. Med vilka (förutom med de på Din egen arbetsplats) samarbetar Du/har samarbetat med på sjukhuset, i vilka ärenden och vilken är Din roll i samarbetet?
24. Vad anser Du hindrar utvecklingen av samarbetet mellan olika yrkesgrupper i sjukvården (dvs. farmaceuter/apotekare, sjuksköterskor och läkare) ?
25. Hur har Ditt arbete förändrats under de senaste fem åren?
26. Vilka positiva förändringar kan Du nämna?
27. Vilka negativa förändringar vill Du nämna?
28. Hur har den nya teknologin (IT, övriga tekniska hjälpmedel) påverkat Ditt arbete?
29. Hur reagerar Du på förändringar? Finns det för mycket av dem eller tycker Du att arbetet förändras för långsamt?
30. Vad vill Du definitivt förändra vid Din arbetsplats?
31. Hur skulle Du beskriva Din kompetens/Dina specialkunskaper?
32. Tycker Du att Din utbildning är tillräcklig och motsvarar den dagens krav?
33. Vilken typ av utbildning saknar Du?
34. Hur tror Du Ditt arbete uppskattas? Har denna värdering betydelse för Dig?
35. Deltar Du i fackligt arbete, är Du förtroendevald och hur värderar Du fackligt arbete?
36. Hur ser på Du framtiden för sjukhusapotek i Sverige?
37. Hur tror Du att arbetet för en sjukhusfarmaceut/sjukhusapotekare kan förändras i framtiden?
38. Vilka säregna egenskaper finns i sjukhusfarmaceutens/sjukhusapotekarens arbete?
39. Berätta och kommentera gärna mera!

Liite 8. Kyselylomake ruotsalaisille sairaanhoitajille

Bästa sjuksköterska

Jag deltagar i ett forskningsprojekt om yrkeskulturen för sjukhusfarmaceuter och sjukhusapotekare i Finland och i Sverige. För att få en bredare syn på den rådande yrkeskulturen är mitt syfte att framföra ”de andras, utomståendes” d.v.s. även sjuksköterskors synvinkel. Forskningen är rent akademisk och materialet är ämnat enbart för forskarens eget bruk. Forskningen är en del av ett större forskningsområde som behandlar sjukhusets förvaltning och inre sociala liv. (”Sjukhuset, en verksamhetsorganisation i förändring”, en gemensam forskning med Tammerfors universitet och universitetssjukhuset i Tammerfors.) Det bifogade frågeformuläret innehåller 23 frågor. Jag ber Dig vänligen att svara öppet och vid behov kritiskt. Jag kommer att behandla data konfidentiellt. Jag tackar i förväg för Din värdefulla hjälp! Jag samarbetar i Sverige med professor Per Hartvig vid sjukhusapoteket Akademiska sjukhuset i Uppsala, dit Du också kan sända Ditt svar.

Jag ber Dig returnera detta formulär senast.....

Per Hartvig, adj professor

Akademiska apoteket

Akademiska sjukhuset

75185 Uppsala (rörpost AF58 inom UAS)

Eila Virkkunen

e-post:eila.virkkunen@tays.fi

Ett stort tack för Din hjälp

1. Din arbetsplats är

- universitetssjukhus
- centrallasarett
- annat, vilket?

2. Du ingår i åldersgruppen

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- över 60

3. Hur många år har Du arbetat på Din nuvarande arbetsplats?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- över 30

4. Vad tänker Du först på om Du skall beskriva farmaceuternas/apotekarnas arbete på sjukhusapoteket?

5. Vad är enligt Din mening sjukhusfarmaceuternas/sjukhusapotekarnas viktigaste uppgift?

6. Jag önskar att Du försöker beskriva sjukhusapoteket med en liknelse. Kan Du komma på en träffande liknelse?

7. Hur mycket har Du samarbetat med sjukhusfarmaceuterna/sjukhusapotekarna?

- mycket
- i någon mån
- litet
- inte alls

8. Vad har samarbetet bestått av?

9. Har Du erfarenhet av samarbete med avdelningsfarmaceuter/apotekare?

10. Ser Du några fördelar eller nackdelar i att en farmaceut/apotekare arbetar på vårdavdelningen, i närheten av patienten? Vilka?

11. Finns det uppgifter som Du vill att farmaceutiska personalen skulle göra - uppgifter som de inte gör nu? Vilka uppgifter?

12. Svarar farmaceuternas/apotekarnas verksamhet vid Din arbetsplats på det krav som man i dag ställer på den farmaceutiska servicen, av vilka man önskar att betjäningen är patientinriktad/kundinriktad?

13. Vilka är de säregna egenskaper i sjukhusfarmaceutens/sjukhusapotekarens arbete?

14. Vilken typ av hjälp eller stöd i Ditt arbete önskar Du av farmaceuter/apotekare?

15. Hur ofta har Du frågat om råd av farmaceutiska personalen vid sjukhusapoteket?

- ofta
- ganska ofta
- någon gång
- aldrig

16. Kan Du närmare berätta om i vilka situationer Du bett om råd?

17. Är det lätt att kontakta den farmaceutiska personalen?

18. Är den information/läkemedelsinformation som den farmaceutiska personalen ger vårdavdelningarna tillräcklig vid Din arbetsplats?

19. Borde farmaceuterna/apotekarna öka läkemedelsinformation?

- för vårdavdelningens patienter
- för sjuksköterskor
- för läkare

20. Hur ofta frågar den farmaceutiska personalen om råd av vårdpersonalen? Kan Du närmare berätta om i vilka situationer de ber om råd?

21. Ordnar man i sjukhuset gemensamma utbildningstillfällen för vårdpersonalen och farmaceutiska personalen? Vilka?

22. Finns det brister i samarbetet mellan sjuksköterskor och farmaceuter/apotekare och om så är fallet, vilka faktorer hindrar en förbättring av samarbetet?

23. Berätta och kommentera gärna mera!

Liite 9. Kyselylomake ruotsalaisille lääkäreille

Bästa läkare

Jag deltar i ett forskningsprojekt om yrkeskulturen för sjukhusfarmaceuter och sjukhusapotekare i Finland och i Sverige. För att få en bredare syn på den rådande yrkeskulturen är mitt syfte att framföra ”de andras, utomståendes” d.v.s. även läkarnas synvinkel. Forskningen är rent akademisk och materialet är ämnat enbart för forskarens eget bruk. Forskningen är en del av ett större forskningsområde som behandlar sjukhusets förvaltning och inre sociala liv. (”Sjukhuset, en verksamhetsorganisation i förändring”, en gemensam forskning med Tammerfors universitet och universitets-sjukhuset i Tammerfors). Det bifogade frågeformuläret innehåller 22 frågor. Jag ber Dig vänligen att svara öppet och vid behov kritiskt. Jag kommer att behandla data konfidentiellt. Jag tackar i förväg för Din värdefulla hjälp! Jag samarbetar i Sverige med professor Per Hartvig vid sjukhusapoteket Akademiska sjukhuset i Uppsala, dit Du också kan sända Ditt svar.

Jag ber Dig returnera detta formulär senast.....

Per Hartvig, adj professor

Akademiska apoteket

Akademiska sjukhuset

75185 Uppsala (rörpost AF58 inom UAS)

Med tack för Din hjälp

Eila Virkkunen

e-post:eila.virkkunen@tays.fi

1. Din arbetsplats är

- universitetssjukhus
- centrallasarett
- annat, vilket?

2. Du ingår i åldersgruppen

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- över 60

3. Hur många år har Du arbetat på Din nuvarande arbetsplats?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- över 30

4. Du är specialist i.....?

5. Vad tänker Du först på om Du skall beskriva farmaceuternas/apotekarnas arbete på sjukhusapoteket?

6. Vad är enligt Din mening sjukhusfarmaceuternas/sjukhusapotekarnas viktigaste uppgift?

7. Svarar sjukhusapotekets verksamhet vid Din arbetsplats på det krav som man i dag ställer på den farmaceutiska servicen, av vilka man önskar att servicen är kundinriktad? Är det viktigt för vården att olika yrkesgrupper samarbetar?

8. Är den information/läkemedelsinformation som den farmaceutiska personalen ger vårdavdelningen tillräcklig vid Din arbetsplats?

9. Borde farmaceuterna/apotekarna informera mera om läkemedel?

- för vårdavdelningens patienter
- för sjuksköterskor
- för läkare

10. Hur viktig är sjukhusfarmaceuternas/apotekarnas roll för att medicinerna används och hanteras så ekonomiskt som möjligt?

- mycket viktig
- viktig
- tämligen viktig
- inte viktig

11. Hur mycket har Du samarbetat med sjukhusfarmaceuter/sjukhusapotekare?

- mycket
- i någon mån
- litet
- inte alls

12. Vad har samarbetet bestått av?

13. Har Du erfarenhet av samarbete med sjukhusfarmaceuter/sjukhusapotekare som arbetar på vårdavdelningen?

- ja
 nej

14. Ser Du några fördelar eller nackdelar i att en farmaceut/apotekare arbetar på vårdavdelningen, i närheten av patienten? Vilka?

15. Vilket stöd i Ditt arbete önskar Du eventuellt av farmaceuter/apotekare?

16. Hur ofta har Du rådfrågat den farmaceutiska personalen vid Din arbetsplats?

- ofta
 ganska ofta
 någon gång
 aldrig

17. Kan Du närmare berätta om, i vilka situationer Du bett om råd?

18. Har den farmaceutiska personalen frågat Dig om råd? Kan Du närmare berätta om i vilka situationer?

19. Ordnas det i Ditt sjukhus gemensam utbildning för läkare och sjukhusfarmaceuter /sjukhusapotekare?

20. Finns brister i samarbetet mellan läkare och sjukhusfarmaceuter/sjukhusapotekare? Om Du anser att det finns brister i samarbetet, vilka faktorer hindrar en förbättring av samarbetet?

21. Har sjukhusfarmaceuternas/sjukhusapotekarnas arbete blivit synligare än tidigare? På vilket sätt har det blivit synligare?

22. Berätta och kommentera gärna mera!