

PÄIVI ACHTÉ

# Asiakaspalautteet osana arjen työtä sairaalassa

Kategorisointi ja selonteot kirurgian alalla





PÄIVI ACHTÉ

Asiakaspalautteet osana  
arjen työtä sairaalassa

Kategorisointi ja selonteot kirurgian alalla



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston  
Pinni B:n luentosalissa 1100, Kanslerinrinne 1, Tampere,  
28. päivänä lokakuuta 2016 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

PÄIVI ACHTÉ

Asiakaspalautteet osana  
arjen työtä sairaalassa

Kategorisointi ja selonteot kirurgian alalla

*Acta Universitatis Tamperensis 2205*  
*Tampere University Press*  
*Tampere 2016*

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2016 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu  
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2205  
ISBN 978-952-03-0216-0 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1705  
ISBN 978-952-03-0217-7 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2016



# Kiitokset

On tullut aika saattaa päätökseen tämä monivuotinen tutkimusmatka sairaalan arkeen. Samalla on tullut myös kiitosten aika. Suurin kiitos kuuluu teille, jotka osallistuitte haastatteluihin ja mahdollistitte tämän tutkimuksen tekemisen.

Työni tukemisesta haluan kiittää ohjaajiani, ilman teitä tämä pitkä projekti ei olisi koskaan tullut valmiiksi. Ensiksi kiitän Lea Henrikssonia, kannustavan ja uskoa valavan suhtautumisesi ansioista uskalsin ylipäätään lähteä tähän työhön. Korvaamatonta oli, että otit minut myöhemmin mukaasi sosiologian laitokselle, oman heimoni pariin. Kiitokset myös tutkimusryhmälle, jossa sain olla mukana tutkimuksen alkuvaiheissa. Eila Virkkunen, Raija Pyykkö, Suvi Nieminen, Kirsti Santamäki ja Päivi Ahosola, kiitokset vertaistuesta, joka oli innostavaa, opettavaista ja hauskaa! Toista ohjaajaani Pirjo Nikanderia kiitän työn loppuun saattamisesta. Ilman sinua en olisi päässyt koskaan maaliin. Selkeä ja määrätietoinen suhtautumisesi sai minut ponnistelemaan työni eteen. Harri Meliniä haluan kiittää käytännöllisestä ja viisaasta tuesta työn loppuvaiheissa, juuri sitä tarvitsin. Eero Suonista kiitän tekstini lukemisesta ja kommentteista. Ne auttoivat työtäni eteenpäin kohti viimeistelyvaihetta. Abstraktin kieliasun tarkistamisesta kiitän Mary McDonald-Rissasta. Esitarkastajiani Ilka Haarnia ja Anu-Hanna Anttilaa haluan kiittää perusteellisista ja asiantuntevista kommentteista. Niiden avulla on ollut hyvä viimeistellä työtä julkaisukuntoon.

Tampereen kaupungin tiederahastoa kiitän saamastani taloudellisesta tuesta, sen turvin olen voinut tehdä tätä työtä myös täysipäiväisesti välillä.

Perheeni huokaa varmasti helpotuksesta, kun tämä vihdoinkin päättyi. Äitiäni Eeva-Maijaa haluan kiittää loputtoman kiinnostuneesta, viisaasta ja sitkeästä elämänasenteesta. Kiitän myös isääni Mattia ja sisartani Pirjoa, huumorintajusi ansiosta tässäkin työssä on ollut paljon nauramista. Puolisoani Hannua kiitän eleettömästä arjen pyörittämisestä, ammatillisella tyyneydellä olet suhtautunut työni tuottamaan tuskaan. Poikani Andreas ja Elias: teitä haluan kiittää olemassaolostanne ja onnesta, jonka olette tuoneet elämäni.

Työn ja opiskelun ohella on ollut myös muuta elämää, onneksi. Ystäviäni haluan kiittää siitä, että olen saanut jakaa kanssanne paljon hienoja hetkiä näiden vuosien aikana.



# Tiivistelmä

Tutkimukseni tarkastelee asiakaspalautteita osana arjen työtä sairaalassa. Palautteet ovat osa kansalaisen ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta. Samalla ne ovat osa terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintaa. Tutkimusta terveydenhuollon palautejärjestelmien rakentumisen sosiaalisista prosesseista on kuitenkin vähän.

Tutkimuksen kohteena on sairaalan työntekijöiden järkeily palautteista osana ammatillisia ja institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Empiirisenä ympäristönä on yhden suuren suomalaisen sairaalan kirurgian toimiala. Analysoitavana aineistona on 20 eri ammattiryhmien haastattelua. Haastatteluja tulkitaan vuorovaikutustilanteena, jossa sairaalan työntekijät tuovat esiin olennaisia ulottuvuuksia palautteista osana arjen työtä. Aineistoa analysoidaan jäsenkategoria-analyysin (MCA) avulla. Analyttinen avainkäsite on ammatillinen selontekovelvollisuus, joka työntekijöillä on tekemästään työstä.

Analyysi kohdistuu siihen, miten työntekijät antavat selontekoja omasta ja muiden toiminnasta puhuessaan palautteista työssä. Institutionaaliset kategoriat toimivat tässä reflektoinnin välineinä. Työstämällä kategorioita ja niihin kuuluvia aktiviteetteja tuotetaan versioita potilaan ja ammattilaisen oikeuksista ja velvollisuuksista. Rooli moniammatillisessa työnjaossa toimii joustavana resurssina tässä järkeilyssä. Kriittinen palaute herättää epäilyn ammatillisesta kompetenssista ja moraalisen järjestyksen rikkoutumisesta. Tätä jännitettä hallitaan puolustavien, oikeuttavien ja syyttävien selontekojen avulla. Etunäyttämön kehyksessä puolustetaan ja oikeutetaan omaa ja toisten toimintaa. Takanäyttämön kehyksessä tuotetaan myös syyttäviä selontekoja. Selontekojen avulla ylläpidetään ammatillisuutta ja sosiaalista järjestystä refleksiivisesti.

Tutkimus tuo esiin, miten palautteet jäsenyvät osana terveydenhuollon arjen ammatillista ja institutionaalista työtä ja tavoitteita. Se osoittaa kulttuuristen kategorisointien voiman sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisessä. Tutkimuksen tulokset antavat lisätietoa moniammatillisten asiantuntijaorganisaatioiden palautejärjestelmien kehittämiseen.

**Avainsanat:** asiakaspalautteet, ammatillinen selontekovelvollisuus, institutionaaliset kategoriat, jäsenkategoria-analyysi, sosiaalinen järjestys, moraalinen järjestys.





# Abstract

This study focuses on patient feedback as part of the everyday work in hospitals. Feedback systems are part of the interaction between citizens and professionals. At the same time both the citizen and the professional are part of the quality management in health care. However there is a lack of studies that focus on social processes which construct feedback systems in healthcare.

The focus in this study is on how professional workers make sense of feedback as part of professional and institutional action and aims. The empirical context of this study relates to surgical procedures in one major hospital in Finland. The material of study consists of 20 interviews with various professionals. Interview data is treated as interactional encounters, where professionals display relevant aspects of feedback as part of their everyday work. Data is analyzed by membership category analysis (MCA). A key analytical concept is the accountability professionals have for their work.

The analysis focuses on how workers account for their own and others activities when speaking about feedback at work. Institutional categories are used as a tool in this sense making. They are used in producing versions of rights and obligations between patient and professional. The professional role in the multiprofessional division of labor is used as a resource in this calculation. Critical feedback questions professional competence and moral order. This conflict is managed by excuses, justifications and accusations. In the frontstage frame there are mainly excuses and justifications for ones own and others activities. In the backstage frame there are also accusations. By accounting for action hospital workers maintain professional competence and social order reflexively.

The study highlights how feedback is constructed as part of everyday professional and institutional work in health care. It shows how cultural categorizations are powerful devices in maintaining social order. The results give information for developing feedback systems in multiprofessional expert organizations.

**Keywords:** patient feedback, client feedback, professional accountability, institutional categories, membership category analysis, social order, moral order



# Sisällys

1	Johdanto.....	11
2	Tutkimuksen tausta .....	18
2.1	Kansalaisen ja palvelujärjestelmän muuttuva suhde.....	18
2.2	Asiakaspalautejärjestelmät terveydenhuollossa .....	23
2.3	Yhteenveto .....	28
3	Etnometodologinen lähestymistapa palautteisiin sairaalassa.....	30
3.1	Kategoriat ja arjen järjelymenetelmät .....	36
3.2	Selontekovelvollisuus ja moraalisen järjestyksen ylläpitäminen.....	43
3.3	Yhteenveto .....	52
4	Tutkimuksen toteuttaminen.....	54
4.1	Tutkimusaineisto .....	54
4.2	Kenttätyötä sisäpuolisena.....	59
4.3	Kollegahaastattelut etnometodologisena aineistona.....	63
4.4	Tutkimuksen eettiset ulottuvuudet .....	70
4.5	Tutkimustehtävä ja tutkimuksen rakenne.....	73
5	Vuorovaikutus osana arjen työtä sairaalassa .....	76
5.1	Vuorovaikutus osana moniammatillista työtä.....	77
5.2	Tunteet ammatillisessa vuorovaikutuksessa .....	89
5.3	Institutionaaliset rutiinit vuorovaikutustilanteina .....	97
5.4	Yhteenveto .....	102
6	Ammatillisuuden ylläpitäminen puhuttaessa palautteista.....	105
6.1	Selonteot ristiriidoista odotusten ja tapahtuneen välillä .....	108
6.2	Selonteot moniammatillisen yhteistyön ongelmatilanteista.....	114
6.3	Selonteot kolmannen osapuolen toiminnasta .....	118
6.4	Yhteenveto .....	127
7	Asiakaspalautteet osana kirurgian toimialan työtä .....	128
7.1	Orientoituminen hallinnollisiin uudistuksiin .....	130
7.2	Kirjalliset palautteet osana arjen työtä.....	137
7.3	Suulliset palautteet osana arjen työtä .....	142

7.4	Yhteenveto .....	148
8	Yhteenveto ja pohdinta .....	150
9	Kirjallisuus .....	165

# 1 Johdanto

Tutkimukseni käsittelee asiakaspalautteita osana sairaalan arjen ammatillista työtä. Palautteet ovat osa kansalaisen ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta sairaalassa. Ne ovat myös yksi laadunhallinnan väline organisaation toiminnassa. Palautteisiin liittyvistä sosiaalisista prosesseista on kuitenkin saatavilla vähän tietoa. Tässä tutkimuksessa palautteita tarkastellaan arjen tasolla, osana kirurgian toimialan insitutionaalisten tehtävien toteuttamista. Tutkimuksen kohteena on työntekijöiden käytännöllinen järjely palautteista arjen työssä. Analysoin kollegahaastatteluihin tuotettuja selontekoja ja kategoriatyötä palautteista. Reflektoidessaan asiakaspalautteiden merkitystä, työntekijät samalla tuottavat ammatillista jäsenyyttä, moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä ja sosiaalista järjestystä kirurgian toimialalla. Tutkimukseni tarjoaa yhden vaihtoehdoisen lähestymistavan asiakaspalautteiden tarkastelemiseen sairaalan moniammatillisessa asiantuntijaorganisaatiossa.

Idea tämän tutkimuksen tekemiseen syntyi työskennellessäni sosiaalityöntekijänä sairaalassa. Ammatilliseen rooliini kuului tuolloin muun muassa potilaiden antaman palautteen vastaanottaminen. Palautteiden kuunteleminen ja työstäminen tarvittaessa kirjalliseen muotoon yhdessä potilaan kanssa oli osa työtäni. Mielestäni potilaat antoivat kriittistä palautetta vuosi vuodelta enemmän. Palautteiden kuvaukset sairaalan toiminnasta erosivat omista käsityksistäni niin paljon, että oli välillä vaikea uskoa, että puhuttiin samasta organisaatiosta. Näistä ristiriitaisista tulkinnoista syntyi ajatus saada monipuolisemmin tietoa palautteiden antamisesta ja vastaanottamisesta sairaalassa. Halusin saada lisää tietoa siitä, miten sairaalan työntekijät suhtautuvat palautteisiin ja millaisia sosiaalisia prosesseja palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyy. Terveystieteiden työntekijät näyttävät vastaanottavan myös tilastojen mukaan yhä enemmän palautetta työssään. Esimerkiksi muistutusten määrä on kasvanut ja potilasasiamiesten käsittelemät asiat lisääntyneet toimintakertomusten tietojen perusteella vuosittain ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)).

Tutkimukseni taustalla on keskustelu kansalaisen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksesta. Kansalaisilta toivotaan aktiivisuutta suhteessa palvelujärjestelmään ja ammattilaisilta uudenlaista asiantuntijuutta, johon kuuluu refleksiivisyys ja kumppanuus suhteessa kansalaisiin. Osallistumisen, asiakaskeskeisyyden ja kumppanuuden edistäminen ovat esimerkiksi sosiaali- ja

terveysministeriön keskeisiä strategisia tavoitteita (STM 2011: 16). Asiakaspalautekäytäntöjen kehittäminen organisaatioissa on näin osa laajempaa osallistumisen ja dialogisuuden tavoitetta kansalaisten ja palvelujärjestelmän välillä.

Asiakaspalautejärjestelmät ovat myös osa julkisen hallinnon modernisointia, jolla tavoitellaan muun muassa responsiivisuutta, läpinäkyvyyttä ja palvelujen laadun standardointia mahdollisimman tasalaatuisiksi. Tähän kuuluu työn laadun ja tulosten seuraaminen erilaisin mittarein. Asiakaspalautejärjestelmät ovat yksi mittari, jonka avulla näiden tavoitteiden toteutumista voidaan seurata. Palautejärjestelmät asettavat terveydenhuollon asiantuntijatiedon myös muiden arvioitavaksi. Ne ovat näin yksi osa julkisen sektorin responsiivisuuden vahvistamista, mutta samalla yksi väline seurata ja mitata toiminnan laatu. (Salmela 1997; Hogg 1999; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 104-108.)

Vuorovaikutuksen merkityksen vahvistuminen liittyy tähän muutokseen. Hoitoon osallistuminen ja jaettu päätöksenteko edellyttävät toimivaa vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä. Vuorovaikutuksen laadulla nähdään olevan olennainen merkitys potilaan kokemuksessa hoidon onnistumisesta. Hyvän vuorovaikutuksen on todettu parantavan hoitotuloksia ja lisäävän hoitotyytyväisyyttä. Toimivaa vuorovaikutusta ja asiakkaan kokemuksen ymmärtämistä ja arvostamista korostetaan siis tärkeänä osana hyvää hoitoa. (STM 2011:16; Koponen 2012.) Vuorovaikutus nostetaan esiin myös potilaiden antamissa palautteissa. Huonoksi koettu vuorovaikutus ammattilaisen ja potilaan välillä on yksi keskeinen kriittisten palautteiden aihe. (Kokkonen 1997; Mulcahy 2003; Koponen 2012, 11; [www.valvira.fi](http://www.valvira.fi).)

Palautteita, palautteiden antamista ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon on tarkasteltu pääasiassa tilastollisesti, osana terveydenhuollon johtamista. Tietoa palautteisiin liittyvistä sosiaalisista prosesseista on sen sijaan vähemmän. Tilastollisesti koottua tietoa on kritisoitu siitä, että asiakaspalautteita tarkastellaan etukäteen määriteltyjen luokitusten pohjalta. Tällöin ei ole voitu huomioida palautteiden toiminnallista kontekstia ja niitä sosiaalisia prosesseja, joiden pohjalta palautteiden antaminen ja vastaanottaminen rakentuu osana sairaalan institutionaalista toimintaa. Moniammatillisen asiantuntijatyön arjen käytännöillä on merkitystä myös palautejärjestelmien toimivuuden kannalta. Terveys sosiologista tutkimusta on ylipäättään tehty pääasiassa joko makro- tai mikrotasolla, jolloin toiminnallinen taso ja prosessit, joiden avulla institutionaalisia tehtäviä tehdään, jäävät huomiotta. Tutkimusta on tehty tällöin ikään kuin sosiaalisessa tyhjiössä, eikä toiminnallisen kontekstin merkitystä ole voitu huomioida riittävästi. (Currie & al. 2012; Griffiths 2003; Davies 2003; 179-190; Mulcahy 2003; Williams 1994.)

## Tämän tutkimuksen näkökulma ja keskeiset käsitteet

Tarkastelen palautteita toiminnallisesta näkökulmasta, arjen institutionaalisissa käytännöissä rakentuvana. Lähestymistapa antaa mahdollisuuden tuoda näkyväksi palautteet osana sairaalan ammatillisia käytäntöjä. Makrotasolta lähtevän tarkastelun sijaan pysytään arjen vuorovaikutuksessa ja sen analysoinnissa. Asiakaspalautteita tarkastellaan sairaalayhteisön jäsenten toiminnassa tuottamana, ei ulkoapäin valmiiksi määriteltynä kategoriana. Asiakaspalautteita ei siis oteta muuttujaksi, joka on etukäteen määritelty, vaan niitä tarkastellaan sairaalan työntekijöiden itse tuottamien merkitysten kautta. Palautteita tarkastellaan osana ammatillista työtä ja institutionaalisia tehtäviä, ei irrallisena ilmiönä. Analyysi kohdistuu siihen, miten palautteita ja palautteiden vastaanottamista kuvataan, selitetään, ymmärretään ja muotoillaan, toisin sanoen organisoidaan sairaalan kontekstissa.

Kiinnostuksen kohteena on:

- mitä ulottuvuuksia työntekijät nostavat relevanttina esiin palautteisiin liittyvästä työstä puhuttaessa
- miten osapuolten oikeuksia ja velvollisuuksia määritellään
- mitä ongelmia nostetaan esiin ja miten ongelmia hallitaan retorisin keinoin.

Lähestymistavan avulla voidaan tarkastella yhteiskuntapolittisten muutosten rakentumista paikallisena ilmiönä. Kategoriat, jotka otetaan yleensä sosiologiassa tutkimuksen lähtökohdiksi, kuten esimerkiksi sukupuoli, luokka, ammatti jne., ovat etnometodologisen lähestymistavan mukaan itse asiassa käytännöllisen toiminnan tuloksena syntyviä kategorioita. Tutkimuksen kohteena ovat ne käytännölliset aktiviteetit, joiden pohjalta nuo kategoriat ja niihin liitettävät aktiviteetit tuotetaan arjen rutiineissa.

Olen kiinnostunut kirurgian toimialan työntekijöiden omasta järkeilystä: siitä, miten arkipäivän sääntöjä ja normeja tuotetaan ammatillisessa työssä. Tutkimuksen kohteena ovat työntekijöiden kielelliset prosessit ja menetelmät, joilla arjen sosiaalista järjestystä pidetään yllä sairaalassa (Garfinkel 1967). Työntekijät rakentavat ammatillisia käytäntöjä puheessaan orientoituessaan asiakaskeskeisyyteen, asiakaspalautteiden vastaanottamiseen ja arjen käytännöllisiin tehtäviin. Asiakaspalautteisiin liittyvä kategorisointityö toimii yhtenä välineenä sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisessä. Palautteita tarkastellaan tällöin osana ammattilaisen ja potilaan välistä suhdeparia ja siihen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia. Tutkimuksen pääpaino on niiden kielellisten

prosessien tarkastelussa, joiden avulla palautteen kategorioita, ammatillista jäsenyyttä, kompetenssia ja moraalista toimijuutta tuotetaan kirurgian toimialalla. Kategorisoimalla omaa ja muiden toimintaa tuotetaan järjestystä palautteisiin liittyvään moniammatilliseen työhön sairaalassa.

Kollegahaastatteluuissa tuotettua puhetta työstä tarkastellaan selontekoina velvollisuuksista ja oikeuksista, joita instituution toimintaan osallistuvilla on. Selonteot ovat tästä näkökulmasta osa institutionaalisten käytäntöjen ylläpitämistä (Mäkitalo 2003, 495). Terveydenhuollon instituutiossa on moraalisia periaatteita, arvoja ja eettisiä ohjeita, jotka kuuluvat ammatilliseen työhön. Lisäksi on lakeihin sidottuja normatiivisia sääntöjä, joiden perusteella julkisen sektorin lakisääteisiä tehtäviä toteuttavassa instituutiossa työntekijöille syntyy erityinen selontekovelvollisuus työstään eri tahoille. (Buttny 1985, 60; Housley & Fitzgerald 2009.) Työntekijöillä on näin moraalinen velvollisuus täyttää velvollisuudet, joita ammatillinen jäsenyys sairaalassa edellyttää. On tunnistettava relevantit kategoriat, joita sairaalassa käytetään ja otettava huomioon arvot, kriteerit ja standardit joita yhteisön jäseneltä edellytetään erityisesti kirurgian toimialalla (Shotter 1984).

Puhuessaan palautteiden vastaanottamisesta työntekijät rakentavat samalla ammatillista jäsenyyttä ja asiakaskeskeisen työn käytäntöjä. Erityisesti puhuttaessa kriittisen palautteen vastaanottamiseen kuuluvasta työstä on käsiteltävä jotenkin kritiikin synnyttämää ristiriitaa odotusten ja tapahtuneen välille. Olennaista on se, mikä tulkitaan terveydenhuollon instituution, sairaalaorganisaation ja kirurgian toimialan tehtävien ja tavoitteiden kannalta relevantiksi, mikä vähemmän relevantiksi ja miten potilaan ja ammattilaisen välisiä oikeuksia ja velvollisuuksia jäsenetään tässä yhteydessä.

Työntekijät neuvottelevat haastattelupuheessa esimerkiksi hyvän ja huonon ammatillisen työn rajoista. Puheessa tuodaan esiin, miten asiakaskeskeisen ammatillisen työn ja ei-asiakaskeskeisen ammatillisen työn eroja jäsenetään erityisesti kirurgian toimialan ympäristössä. Täsmentämällä osapuolten vastuita ja velvollisuuksia jäsenetään sopivaa, toivottavaa, tai normaalia ammatillista toimintaa (Bergman 1999). Tutkimukseni keskeiset käsitteet ovat ammattilaisen ja potilaan välinen suhdepari ja tähän suhteeseen yhdistettävät oikeudet ja velvollisuudet, sekä ammatillinen selontekovelvollisuus, joka ammattilaisella on tekemästään työstä kirurgian toimialan jäsenenä sairaalassa.



## **Tutkimuksen tavoite**

Osallistun tällä tutkimuksella terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutokseen liittyvään keskusteluun. Työni tuo esiin palautteiden antamisen ja vastaanottamisen kulttuurisia käytäntöjä moniammatillisessa asiantuntijaorganisaatiossa. Sairaalan toiminnan tarkasteleminen palautteisiin liittyvän työn näkökulmasta tuo esiin arjen moniammatillisen järjestyksen rakentamisen prosesseja, joilla voi olla laajempaa merkitystä myös muiden julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden toiminnan tarkastelussa. Lähestymällä organisaation toimintaa palautteiden antamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta voidaan samalla arvioida lähestymistavan hyötyjä yleisemmin asiantuntijaorganisaatioiden toiminnan kehittämisen kannalta. Se tuo näin lisätietoa yhtäältä työkäytäntöjen kehittämiseen asiantuntijaorganisaatioissa ja toisaalta kansalaisten ja asiantuntijoiden välisen dialogin edistämiseen. Muutosta tarkastellaan tässä tutkimuksessa erityisesti kirurgian alan ammattilaisten näkökulmasta.

Yhdistämällä tutkimuksessani etnografisen tausta-aineiston kollegahaastattelujen tarkempaan jäsenkategoria-analyysiin, tuon esiin moniammatillisen järjestyksen ylläpitämisen prosesseja sairaalassa. Tutkimuksen analyttisenä kohteena on työntekijöiden suhtautuminen asiakaspalautteisiin: miten palautteisiin liittyviä ulottuvuuksia ja aktiviteetteja jäsennetään osana moniammatillisen työn arkea. Se, miten asiakaspalautteita vastaanotetaan, on sidoksissa kirurgian toimialan institutionaalisiiin tavoitteisiin, ammatillisiin tehtäviin ja moniammatilliseen työnjakoon.

## **Päätutkimuskysymys on:**

Miten kategorisoimalla omaa ja muiden toimintaa tuotetaan sosiaalista järjestystä sairaalassa?

## **Alakysymykset ovat:**

- Miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa vuorovaikutuksesta osana kirurgian toimialan moniammatillista työtä?
- Miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriitä?
- Miten asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana kirurgian toimialan tehtäviä ja tavoitteita?

## Tutkimuksen rakenne

Tutkimuksen aineisto on tuotettu 2000-luvun alussa eräässä suuressa suomalaisessa sairaalassa. Pääaineiston muodostavat eri ammattiryhmien kollegahaastattelut, jotka tein ollessani myös itse yhteisön ammatillinen jäsen. Tutkimuksen tausta-aineistona on osallistuvaan havainnointiin perustuvia muistutpanoja, joita kokosin mahdollisuuksien mukaan työni ohessa. Seurasin noin puolen vuoden ajan työni ohessa erilaisia tilanteita, joissa potilaat antoivat kriittistä palautetta työntekijöille. Luin lisäksi tekstejä, joita potilaat olivat kirjoittaneet osastoilla oleviin palautekortteihin ja keskustelin potilasasiamiehen ja sairaalan muiden klinikoiden sosiaalityöntekijöiden kanssa palautteista.

Esittelen tutkimukseni taustaa ja teoreettiset ja menetelmälliset valinnat luvussa kaksi ja kolme. Tuon esiin keskustelua, jota on käyty institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksen menetelmistä ja aineistoista. Täsmennän myös analyysitapaani oman aineistoni tulokinnassa. Luvussa neljä esittelen tutkimuksen toteuttamisprosessia. Pohdin asemaani tutkimusympäristön jäsenenä: miten yhteisön jäsenen tuottama kollegahaastattelu sopii etnometodologisen analyysin aineistoksi. Arvioin myös, mitä erityisesti yhteisön sisäpuolisen keräämä aineisto voi tuoda esiin sosiaalisen järjestyksen rakentumisen prosesseista moniammatillisessa asiantuntijaorganisaatiossa.

Luvussa viisi siirryn aineiston empiiriseen analyysiin. Aluksi tarkastelen vuorovaikutuksen merkitystä kirurgian toimialan moniammatillisessa työssä. Analyysi avaa näkymää siihen, miten ammatillinen rooli toimii diskursiivisena resurssina neuvoteltaessa ammatillaisen jäsenkategoriasta ja siihen kuuluvista oikeuksista ja velvollisuuksista, kuten ammatillisesta vuorovaikutuksesta arjen työssä.

Seuraavassa analyysiluvussa tarkastelen, miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä syntyy ristiriitaa. Analyysin kohteena on, miten ammatillista kompetenssia ja moraalisia toimijuutta ylläpidetään puhuttaessa ammatillisten velvollisuuksien ja arjen työn välisistä ristiriidoista. Näitä jännitteitä syntyy esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaat ovat antaneet kriittistä palautetta hoidosta.

Viimeisessä analyysiluvussa tuon esiin, miten erilaisiin asiakaspalautteisiin suhtaudutaan osana kirurgian toimialan ammatillisia ja institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Millaisia merkityksiä työn lisääntyvä hallinnollinen arviointi saa arjen järjestyksessä ja miten työntekijät suhtautuvat yhtäältä kirjallisiin palautteisiin ja toisaalta suullisiin palautteisiin osana arjen työtä kirurgian alalla.

Yhteenvedo- ja pohdintaluvussa arvioin etnometodologisen lähestymistavan toimivuutta tutkimuskysymysten kannalta ja pohdin, miten valitsemani menetelmät

sopivat asettamieni kysymysten vastaamiseen? Tiivistän tutkimuksen keskeiset tulokset ja pohdin tulosten merkitystä yhtäältä kansalaisen ja asiantuntijan välisen dialogin edistämisen kannalta ja toisaalta yleisemmin julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden palautekäytäntöjen kehittämisen kannalta.

Taulukko 1. Tutkimuksen analyysilukujen rakenne

<b>Luku</b>	<b>Kysymys</b>	<b>Menetelmällinen näkökulma</b>
Luku 5	Miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa ammatillisesta vuorovaikutuksesta	Kategorisoimalla omaa ja muiden toimintaa tuotetaan ammatillista jäsenyyttä, kompetenssia ja ammatillisuuden kriteerejä paikallisesti ja tilanteisesti
Luku 6	Miten moraalista järjestystä ja ammatillisuutta hallitaan tilanteissa joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriitaa	Ammatillisen kompetenssin ja moraalisen järjestyksen ylläpitäminen selontekojen avulla, tilanteisten kehysten mukaan
Luku 7	Miten asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana kirurgian toimialan työtä	Asiakaspalautteet osana kirurgian toimialan ammatillisia ja institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita

## 2 Tutkimuksen tausta

### 2.1 Kansalaisen ja palvelujärjestelmän muuttuva suhde

Kansalaisen ja terveydenhuollon välistä suhdetta koskeva keskustelu on saanut erilaisia painotuksia eri aikoina. 1960-luvulla puhuttiin kohteiden kapinasta, jolla viitattiin muun muassa potilaiden huonoon asemaan hoitolaitoksissa. Itsemääräämisoikeus ja potilaan subjektius olivat keskeisiä termejä 1980-luvun keskustelussa. 1990-luvulta lähtien on puhuttu kansalaisen oikeuksista, asiakkuudesta ja kuluttajuudesta terveydenhuollon yhteydessä. Kansalainen ja kuluttaja ovat keskeiset kategoriat, joiden avulla suhdetta palvelujärjestelmään jäsennetään tällä hetkellä. Kansalaisuuden kategoriaan yhdistetään kaikkien ihmisten tasa-arvoinen oikeus palveluihin sekä yhteisön yhteiset tavoitteet ja julkisuus. Kuluttajuuteen taas yhdistetään yksilöllisyys ja yksilön tarpeet, sekä tämän oikeus käyttää varojaan haluamallaan tavalla myös terveyspalveluihin. Kuluttaja arvioi palveluja ja tekee valintoja arvionsa mukaan. Valinnan mahdollisuus on keskeinen kuluttajuuteen yhdistetty teema keskustelussa. (Salmela 1997, 11-14; Valokivi 2008, Hogg 1999; Clarke, Newman, Smith & Westermarland 2007.) Kansalaisen ja kuluttajan kategorioiden päirteitä on tiivistetty seuraavalla tavalla (Clarke & al. 2007, 3).

#### **Kansalainen**

Valtio  
Julkisuus  
Poliittisuus  
Kollektiivisuus  
Ei-tuotteistaminen  
Oikeudet

#### **Kuluttaja**

Markkinat  
Yksityisyys  
Taloudellisuus  
Yksilöllisyys  
Tuotteistaminen  
Vaihtaminen

Suomalaisessa terveydenhuollossa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittelee kansalaisen asemaa terveydenhuollossa. Laissa määritellään institutionaalisella tasolla, mitä terveydenhuollon organisaatioissa tulee tehdä lain velvoitteiden toteuttamiseksi ja potilaan asemassa olevan oikeuksien toteutumiseksi. Institutionaalinen muutos potilaan asemassa on tapahtunut lain voimaan tulon myötä siten, että kansalaisen asema osapuolena on lainsäädännöllä määritelty suhteessa

terveydenhuollon palveluihin. Tämän on katsottu muuttaneen kansalaisen ja terveydenhuollon ammattilaisen suhdetta juridisempaan suuntaan. Laki korostaa potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa, itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tiedonsaantiin. Ammattilaisen on annettava potilaalle tietoa siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Laissa mainitaan myös potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun, jolla viitataan muun muassa ammattilaisten asianmukaiseen suhtautumiseen potilaisiin hoidon yhteydessä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) määrittelee asiakkaan asemaa sosiaalihuollon palveluissa.

Kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhdetta on tarkasteltu viime vuosina osallistumisen käsitteen avulla. Siihen liitetään keskusteluissa erilaisia näkökulmia ja tasoja (Valokivi 2008; Tritter 2009; STM 2011:16). Heli Valokivi (2008) tarkastelee väitöskirjassaan asiakkaan asemassa olevan kansalaisuutta suhteessa palvelujärjestelmään osallistumisen käsitteen avulla. Hän luokittelee muutokset palvelujärjestelmässä oikeudellistumisen, sopimuksellisuuden ja uusliberalistisen aktiivisen kansalaisuuden näkökulmiin. Oikeudellistumisella Valokivi viittaa jonkin yhteiskunnallisen ilmiön, asian tai alueen oikeudellisen säätelyn vahvistumiseen ja argumentoinnin siirtymiseen oikeudellisen diskurssin piiriin. Oikeudellinen ajattelutapa korostaa yksilön oikeuksia kansalaisena suhteessa palvelujärjestelmään. Sopimuksellisuus on Valokiven mukaan osa oikeudellistumiskehitystä, jossa ongelmiin pyritään varautumaan sopimalla asioista ennalta kirjallisesti. Esimerkkejä sopimuksellisuudesta ovat erilaiset asiakassuunnitelmat tai ostopalvelusopimukset, joissa sovitaan osapuolten vastuista ja velvollisuuksista. Puhuttaessa asiakkaan tai potilaan asemassa olevasta kansalaisesta uusliberaali kansalaisuus on Valokiven mukaan vallalla oleva diskurssi. Kansalaisen tulisi tällöin ensisijaisesti itse kantaa vastuuta ja olla aktiivinen suhteessa palvelujärjestelmään. Kansalaisen rooli potilaana halutaan tällöin nähdä aktiivisena ja osallistuvana ja käyttäjän näkökulmaa suhteessa palvelujärjestelmään korostetaan. Kansalaisten ei tulisi hyväksyä terveydenhuollossa lääketieteellisen mallin mukaista suhdetta, jossa potilas on alistuvainen ja riippuvainen asiantuntija-ammattilaisesta. Sen sijaan ammattilaisten palveluntuottajan roolia ja kansalaisen kuluttajaroolia tulisi vahvistaa. Kansalaisuutta tulkitaan tällöin rationaalisuuden ja hyötyjen maksimoinnin kautta. Kuluttajakansalainen osaa neuvotella palvelujärjestelmän kanssa omista palvelutarpeistaan ja tehdä valintoja. Alistuvan ja riippuvaisen kansalaisen rooli nähdään tällöin jopa epäsuotavana. (Emt. 73-79; Hogg 1999; Simmons & al. 2012, 7; Vidler & Clarke 2005; Clarke, Newman, Smith & Vidler 2007.)

Valokivi (2008) erittelee kansalaisen ja palvelujärjestelmän välistä suhdetta osallistumisen määrän jatkumolla. Kuluttajuutta lähellä oleva vaatimisen toimintatapa korostaa kansalaisten vahvaa ääntä suhteessa palvelujärjestelmään. Kansalainen on tietoinen laillisista oikeuksistaan ja vaatii niiden toteutumista myös käytännössä. Kumppanuutta korostavassa toimintatavassa korostetaan yhdessä toimimista ja dialogisuutta, jossa molempia osapuolia kuullaan ja päätökset tehdään yhdessä. Asiakas on tasavertainen neuvottelukumppani ammattilaisen kanssa ja vuorovaikutuksessa vallitsee luottamus. Alamaisuus kuvaa toimintatapaa, jossa asiakkaan osallistuminen on vähäistä ja ammattilainen on aktiivinen, kansalaisen ollessa kohteen ja vastaanottajan asemassa. Tämä liittyy usein esimerkiksi toimintakyvyn vajaukseen, jolloin asiakkaana oleva kansalainen ei voi ottaa aktiivisen toimijan roolia. (Emt. 62-68.)

Brittiläisessä terveydenhuollon ympäristössä kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhdetta osallistumisen näkökulmasta tutkinut Jonathan Tritter (2009) puolestaan jäsentää osallistumista yhtäältä yhteisölliseen ja poliittiseen toimintaan ja toisaalta yksilötason tilanteisiin kansalaisen ja palvelujärjestelmän välillä. Hän jakaa osallistumisen välilliseen ja suoraan osallistumiseen ja arvioi, että terveydenhuollon ympäristössä valtaosa osallistumisesta on välillistä. Vaikka potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia kartoitetaan, tekevät terveydenhuollon hallinto ja hoitohenkilökunta kuitenkin viime kädessä päätökset siitä, mitkä esimerkiksi potilaiden antamista palautteista tai toiveista lopulta huomioidaan. (Emt. 212.)

Taulukko 2. Osallistuminen matriisi (Tritter 2009, 213).

Yksilöllinen suora: hoitomuodon valinta	Yksilöllinen epäsuora: kirjallisen palautteen antaminen hoidosta
Yhteisöllinen suora: potilasjärjestöjen osallistuminen päätöksentekoon	Yhteisöllinen epäsuora: potilasjärjestön tuottama tieto hoidon kehittämiseksi

Tritter jäsentää osallistumisen ulottuvuuksia ja aktiviteetteja yllä olevan nelikentän avulla. Suora osallistuminen viittaa kansalaisen osallistumiseen terveydenhuollon päätöksentekoon. Esimerkki tästä on jonkin hoitomuodon valinta itselle. Potilasjärjestön osallistuminen hoidon suunnitteluun on yhteisöllistä suoraa osallistumista. Palautteen antaminen, esimerkiksi valituksen tai muistutuksen tekeminen on epäsuoraa yksilöllistä osallistumista. Yhteisöllisellä tasolla epäsuoraa osallistumista on esimerkiksi potilasjärjestön tuottama tieto hoidon kehittämiseksi. (Emt. 2009, 213.) Osallistumisen malleja voidaan myös Tritterin mukaan jäsentää kansalaisuuden ja kuluttajuuden ääripäiden välillä. Osallistumista perustellaan joko

kansalaisuudella ja siihen kuuluvilla perusoikeuksilla, tai yksilön oikeuksilla valita markkinoilla. Neuvottelua käydään siitä, halutaanko edistää ensisijaisesti kansalaisten valtaa vai markkinoiden oikeutusta (Emt. 217.) Kansalaisen ja ammattilaisen välinen suhde on myös poliittisesti latautunut. Tämä tulee esiin kansalaisen ja kuluttajan kategorioista käytävässä keskustelussa. Näiden kategorioiden perustelut rakentuvat eri lähtökohdista. Kansalaisen oikeuksia korostava lähtökohta perustuu logiikkaan, jonka mukaan kansalaisella on valtion jäsenenä juridinen oikeus terveyspalveluihin. Kuluttajuutta korostava lähtökohta taas lähtee yksilön oikeuksista: oikeudesta olla aktiivinen ja valita, mitä palvelua haluaa. Näiden lähestymistapojen välillä vallitsevat jännitteet käyvät ilmi esimerkiksi keskusteluissa terveyspalvelujen järjestämisestä. Molempien lähestymistapojen tavoitteena on kuitenkin lisätä kansalaisten osallistumista omaan hoitoonsa. (May 2007, 29-35; Tritter 2009, 216-217.)

Kansalaisen aseman muutos tuo muutoksia myös ammattilaisen asemaan. Keskustelua käydään siitä, miten ammatillinen asiantuntijuus muuttuu palvelujärjestelmän muuttuessa. Sairaala on byrokraattinen hierarkkinen asiantuntijaorganisaatio, jossa ammattiryhmien muodollinen auktoriteetti perustuu koulutuksen antamaan valtuutukseen. Erityisesti lääkäreiden ammattiryhmä on voinut suojella asemaansa markkinoiden logiikalta ammatillisen itsesäätelyn avulla. Manageriaalisten uudistusten myötä terveydenhuollon ammatillisen autonomian katsotaan vähenevän. Lääkäreiden ammatilliseen työhön kuulunut itsesäätely ja legitiimi kontrolli työn laadusta asettuu uuteen valoon. Vallan epäsymmetriaa potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa halutaan vähentää ja pyrkiä paternalismista kohti kumppanuutta. Paternalismilla viitataan suhteeseen, jossa ammattilainen tietää aina parhaiten hoidosta ja tekee päätökset potilaan puolesta, kumppanuudella taas suhteeseen, jossa päätöksenteko on jaettua ja myös potilaalla katsotaan olevan relevanttia tietoa sairaudestaan. (Freidson 1970; Elston 1999, 77-79; Hogg 1999.)

Carl May (2007, 29-45) on tarkastellut julkisen terveydenhuollon muutosta potilaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen suhdetta on aiemmin luonnehdittu kahdenvälisenä ja luottamuksellisenä, johon ulkopuolisilla tahoilla ei ole ollut kompetenssia eikä oikeutta puuttua. Mayn mukaan aiempi kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen ja luottamukseen perustuva suhde on tullut muutosten myötä julkisen arvioinnin kohteeksi. Hallinnolliset uudistukset ovat tuoneet terveydenhuollon ammatilliseen työhön uusia vaatimuksia, joihin työntekijöiden on orientoituttava työssään (Emt. 38). Näyttöön perustuva lääketiede ja laatuksiteerit ovat esimerkkejä tästä. Suhdetta säädellään ja arvioidaan hallinnollisesti, jolloin sitä tulisi Mayn mukaan tarkastella osana terveydenhuollon laajempaa kontekstia, ei vain kahdenkeskisenä suhteena. Tällöin huomiota kiinnitetään

kansalaisten ja ammattilaisten väliseen suhteeseen, ammattilaisten keskinäisiin suhteisiin ja ammattilaisten ja manageriaalisen johdon väliin suhteisiin.

Vuorovaikutus on noussut muutoksen myötä entistä tärkeämmäksi hoidon osaksi. Esimerkiksi lehtien yleisöosastoilla ja sosiaalisessa mediassa tuodaan esiin kokemuksia terveydenhuollon vuorovaikutuksesta. Kriittisissä puheenvuoroissa arvioidaan, että asiakaskeskeisyyttä ei ole huomioitu vuorovaikutustilanteessa, potilas ei ole esimerkiksi saanut tarpeeksi tietoa hoidostaan, eikä omaan hoitoon osallistuminen ole ollut mahdollista. (Koponen 2012, 11; Valokivi 2008.) Palautteiden antamisen mahdollisuus on muuttanut ammattilaisen ja potilaan välistä suhdetta ja vuorovaikutusta aiemmasta kahdenkeskisestä, luottamukseen perustuvasta suhteesta kohti julkisesti arvioitavaa tapahtumaa (Allsop & Mulcahy 1998, 804; May 2007, 29-45). Palautejärjestelmät asettavat asiantuntijatiedon myös laajemmin arvioitavaksi. Asiakaspalautteita voi tätä taustaa vasten tarkastella osana kansalaisten oikeuksien vahvistumista suhteessa terveydenhuollon palvelujärjestelmään sekä osana kansalaisten kuluttaja-asemaa ja osallistumista vahvistavia trendejä.

Jotta voidaan ymmärtää kansalaisen, kuluttajan, asiakkaan, potilaan ja ammattilaisen kategorioita ja niiden välisiä suhteita, on tarkasteltava, miten niihin yhdistettävistä oikeuksista ja velvollisuuksista neuvotellaan eri yhteyksissä. Näihin kategorioihin liittyy toisin sanoen myös moraalinen ulottuvuus siitä, mikä on hyväksyttävää ja sopivaa toimintaa kuhunkin kategoriaan kuuluvalla. Palautekäytännöt sairaalan arjen moniammatillisessa työssä asettuvat näin mielenkiintoisella tavalla juridisen, lääketieteellisen ja erilaisten yhteiskuntapoliittisten diskurssien risteyskohtaan.



## 2.2 Asiakaspalautejärjestelmät terveydenhuollossa

Asiakaspalautejärjestelmät ovat yksi esimerkki julkisen hallinnon responsiivisuuden ja refleksiivisuuden lisäämisestä. Hallinnon uudistamisen myötä ammattimainen johtaminen ja johtamistaitojen merkitys nähdään olennaisena tulosten saavuttamisessa, tehokkuudessa, tulosvastuullisuudessa, laadun parantamisessa ja asiakkaan näkökulman huomioimisessa. Tuotantotalouden logiikkaa on sovellettu terveydenhuollon palveluihin ja etsitty sitä kautta keinoja palvelujen tehostamiseen ja laadun parantamiseen. (Clarke & Newman 1997, 65; Lillrank et. al. 2004; Valokivi 2007, 73.) Terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta tähän muutokseen kuuluu sairaalassa tehtävän työn hahmottaminen laatuksien mukaisena palveluna ja tuotteina, joita on mahdollista arvioida. Hoitoa pyritään jäsentämään laatuksien mukaisina palvelutilanteina. (Lillrank & al. 2004; Herbert 2001, 128-142.) Johtamisen näkökulmasta palauteiden tavoitteena on toimia yhtenä välineenä palvelujen kehittämisessä ja laadun parantamisessa. Palveluliiketoiminnan yhteydessä korostetaan asiakkaiden kokemuksia toiminnan kehittämisessä, jolloin asiakas halutaan nähdä myös palvelujen kehittäjän roolissa. Asiakkaiden palautteella katsotaan olevan tärkeä merkitys palvelujen parantamisessa ja asiakkaiden toivotaan osallistuvan aktiivisesti palvelujen kehittämiseen. Esimerkiksi Teknologian ja innovaatioiden tutkimuskeskus TEKES on julkaissut useita selvityksiä asiakkaiden kokemusten hyödyntämisestä palvelujen kehittämisessä. (Larjovuori, Nuutinen, Heikkilä-Tammi & Manka 2012.) Sosiaalipalvelujen yhteydessä puhutaan kansalaiskehittämisestä ja kokemusasiatuntijuudesta, joilla viitataan palvelujen käyttäjien tiedon entistä parempaan hyödyntämiseen kehittämistyössä. (Rantanen & Toikko 2006, 403-410.)

Palautejärjestelmän käsitteellä viitataan hallinnolliseen prosessiin, joka on luotu palauteiden antamiseen, vastaanottamiseen, käsittelyyn ja hyödyntämiseen, (input-process-outcome). Tavoitteena on tällöin, että saatu palaute käsitellään organisaatiossa ja tehdään tarvittaessa toiminnalliset parannukset, joita palaute edellyttää. (Herbert 2001, 137.) Palautejärjestelmään katsotaan kuuluvan sekä erilaiset kirjalliset palautteet, että vuorovaikutustilanteissa annetut, suulliseksi ja spontaaneiksi kutsutut palautteet. Toiminnan kehittämisen näkökulmasta palautejärjestelmällä tulisi tavoitella dialogia, eli vuoropuhelua asiakkaan ja organisaation välillä, ei pelkkää palauteiden antamisen ja vastaanottamisen mahdollisuutta. Kirjallisten palautteiden lisäksi tulisi korostaa vuorovaikutuksen merkitystä palvelujen kehittämisessä ja palautteen antamisen ja

vastaanottamisen jäsentämistä vuorovaikutusprosessina. Jokainen vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa tulisi nähdä mahdollisena palautteen antamisen tilanteena ja palautteen antamisen tulisi olla mahdollisimman helppoa asiakkaalle. (Järvi 2003, 3-6; Ylikoski 2000, 38-45.) Palautteiden tulisi siis olla kiinteä osa vuorovaikutusta asiakkaan ja ammattilaisen välillä ja niitä tulisi myös hyödyntää organisaation toiminnan parantamisessa.

Terveydenhuollossa palautejärjestelmä kattaa yhtäältä lääketieteelliset ongelmat, joita varten on olemassa potilasvahinkovakuutus ja lääkevahinkovakuutus ja toisaalta yleisemmät, ei pelkästään lääketieteellisiin ongelmiin liittyvät palautteen antamisen muodot, kuten muistutukset ja kantelut. Muistutukset ovat terveydenhuollon organisaation sisäinen palautekeino, kantelu taas tehdään organisaation ulkopuolelle, aluehallintovirastoon (Palomäki & Vanhala 2016, 46). Myös suulliset, epävirallisiksi tulkittut palautteet luetaan mukaan osaksi palautejärjestelmää. Palautejärjestelmä kattaa siis sekä juridisia velvoitteita, että yleiseen terveydenhuollon toiminnan laatuun kohdistuvia velvoitteita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) on keskeinen kansalaisen ja ammattilaisten välistä suhdetta määrittelevä laki myös palautteiden näkökulmasta. Laissa todetaan palautteiden osalta, että ”Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä.” (Luku 3, § 10.) Laissa todetaan myös, että jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tulee olla potilasasiamies tuomassa esiin potilaan oikeuksia ja neuvomassa tarvittaessa potilaita muistutuksen tekemisessä.

Potilasvahinkolaki (1986) määrittelee tilanteet, joiden perusteella potilaalle suoritetaan korvausta terveyden ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneesta henkilövahingosta. Jokaisella terveydenhuollon yksiköllä on oltava tällainen potilasvahinkovakuutus. Lääkevahinkovakuutus puolestaan korvaa hoidon yhteydessä lääkkeiden käytöstä aiheutuneita vahinkoja.

Kantelun voi tehdä aluehallintovirastolle, jos henkilö katsoo kantelun kohteena olevan organisaation tai henkilön menettelyn tai toiminnan olevan lainvastaista, virheellistä tai epäasianmukaista ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)). Laissa määriteltyjen velvoitteiden lisäksi terveydenhuoltoon on luotu organisaatiotasolla paikallisia hallinnollisia ohjeita ja toimintamalleja siitä, miten mahdollisuus potilaan kuulemiseen ja mielipiteen ilmaisemiseen tulisi toteuttaa arjen työssä. Palautelaatikot, joihin voi laittaa nimettömästi palautetta ja verkkosivut palautteiden antamiseen ovat esimerkkejä organisaatioiden omista toimintavoista.

Taulukko 3. Asiakaspalautejärjestelmä terveydenhuollossa

Muistutus	Yksikön ylilääkäri
Kantelu	Aluehallintovirasto, Valvira, oikeusasiamies
Potilasvahinkoilmoitus	Potilasvakuutuskeskus
Lääkevahinkoilmoitus	Lääkevahinkovakuutus
Palautekortti	Palautelaatikot esimerkiksi osastoittain
Verkkosivut palautteelle	Sairaalan hallinto
Suullinen palaute	Hoitotilanteissa tai sen jälkeen eri yhteyksissä työntekijöille

### Tutkimuksia asiaskaspalautteista terveydenhuollon ympäristössä

Terveydenhuollon asiakaspalautteita käsittelevää sosiaalitieteellistä tutkimusta on tehty Euroopassa erityisesti brittiläisen palvelujärjestelmän ympäristössä. Tutkimuksissa on tarkasteltu yhtäältä palautteen antamisen mahdollisuuksia ja esteitä terveydenhuollon kontekstissa ja toisaalta luokiteltu annetun kriittisen palautteen syitä. Esittelen seuraavaksi oman tutkimukseni taustan kannalta keskeisiä tutkimuksia.

Erilaiset potilastytyväisyyskyselyt ovat keskeinen keino palautteiden keräämiseen (Mulcahy, 2003; Salmela 1997; Williams 1994, 509). Tyytyväisyyskyselyjen merkitystä relevantin tiedon saamisessa on kuitenkin kritisoitu. Kyselyjä on arvosteltu muun muassa siitä, että hoitokokemusten jäsentäminen tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kontrastiparin avulla on liian karkea jako kuvaamaan kokemuksia hoidosta. Tyytyväisyyden arviointiin liittyvä sosiaalinen tilanne ja sen vaikutus voi jäädä huomiotta. Lisäksi arviointiin voivat vaikuttaa tilanteen ohella terveydenhuollon ulkopuoliset seikat, kuten arvioijan ikä, sosiaalinen asema sekä odotukset ja tieto hoidosta. (Bleich, Özaltin & Murray 2009, 271-278; Williams 1994.) Potilastytyväisyyden käsitteen teoreettinen tausta nähdään ylipäättään ongelmallisena

(Gill & White 2009, 8-19; Williams 1994). Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on todettu, että kriittistä palautetta antaessaan kansalaiset eivät käytä yleisesti tyytymättömyyttä perusteluna, vaan viittaavat yksittäisiin asioihin, jotka tuottivat pettymyksen suhteessa odotuksiin (Coyle 1999, 96; Coyle & Williams 1999). Tyytyväisyyskyselyjen avulla ei siis saada välttämättä riittävästi konkreettista tietoa siitä, mitä pitäisi parantaa ja kehittää sairaalan toiminnassa ja ammatillisessa työssä.

Palautteiden antamista brittiläisessä ympäristössä tutkittaessa on todettu, että negatiivisia kokemuksia hoidosta ei yleensä ilmaista sairaalan työntekijöille (Carmel 1988, 263; Coyle 1999; Mulcahy & Tritter 1998). Terveystieteiden ympäristössä negatiivisten kokemusten ja näiden kokemusten ilmaisemisen välillä nähdään kulttuurisia esteitä. Kriitikin antamista hoidosta ei pidetä sopivana potilaan asemassa olevalle. Tämä tulee esiin esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaat kritiikkiä hoidosta antaessaan pyrkivät oikeuttamaan sen ja osoittamaan, että he ovat kompetentteja ja kyvykkäitä kritisomaan saamaansa hoitoa. (Allsop 1994; Coyle 1999; Coyle & Williams 1999; Mulcahy 2003.) Potilaiden näkökulmasta esteenä palautteiden antamiselle on nähty riippuvuus terveydenhuollosta ja halu ylläpitää positiivista suhdetta ammattilaisiin, jotka antavat hoitoa (Edwards & Staniszewska & Crichton 2004, 159). Kaiken kaikkiaan kriittisen palautteen antaminen ja vastaanottaminen terveydenhuollon ympäristössä on todettu olevan jännitteinen, moniulotteinen ja ristiriitainen asia (Coyle & Williams 1999; Coyle 1999; Hogg 1999, 30-32; Mulcahy 2003; Williams 1994).

Kirjallisten palautteiden on todettu olevan vain osa kaikesta hoidon yhteydessä annettusta palautteesta. Esimerkiksi muistutuksen kirjoittaminen on epätyypillinen tapa toimia tilanteessa, jossa ollaan tyytymättömiä saatuun hoitoon (Allsop & Mulcahy 1998, 804; Mulcahy 2003; Tritter 2009; Williams, Coyle & Healy 1998). Muistutuksia annetaan myös Suomessa verraten vähän suhteessa hoitajaksoihin (Palomäki & Vanhala, 2016, 46).

Valtaosa palautteesta annetaan siis suullisesti, hoidon yhteydessä. Kirjallista palautetta annetaan yleensä vasta sen jälkeen, kun suullinen vuorovaikutus on koettu epäonnistuneen (Kokkonen 1997, 69; Mulcahy 2003, 68; Koponen 2012, 11). Viralliset asiakaspalautejärjestelmät ja siihen liittyvät tehtävät ovat siis vain osa palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyvää toimintaa sairaalassa. Suullinen palaute ja siihen liittyvät ulottuvuudet ovat tästä näkökulmasta olennainen osa palautejärjestelmän kokonaisuutta arjen tasolla.

Keskeisimmät ongelmat asiakaspalautejärjestelmien toimivuudessa Brittein saarten kansallisessa terveydenhuollossa tehdyssä tutkimuksessa liittyivät mahdollisuuden päästä ylipäättään antamaan palautetta, palautteiden tutkimisen laatuun,

terveydenhuollon antamiin vastauksiin palautteista ja ylipäättään palautteiden hyödyntämiseen organisaation toiminnan parantamisessa. (Cowan & Anthony, 2008, 65.) Kriittisen palautteen syitä brittiläisessä terveydenhuollossa on eritellyt muun muassa Joanne Coyle (1999). Keskeinen kritiikin aihe liittyi potilaiden kokemukseen yksilöllisyyden mitätöimisestä. Potilaita ei huomioitu hoidon yhteydessä yksilöinä, vaan heitä kohdeltiin jonkin kategorian tyyppillisenä edustajana. Negatiivisia kokemuksia syntyy Coylen tutkimuksen mukaan myös siitä, että työntekijät eivät noudata kohteliaan ja kunnioittavan vuorovaikutuksen sääntöjä puhuessaan potilaiden kanssa. Lääketieteellisten ongelmien lisäksi kritiikki kohdistuu ennen kaikkea juuri vuorovaikutukseen liittyviin ulottuvuuksiin. (Emt. 97; Mulcahy 2003; Hogg 1999.)

Terveydenhuollon työntekijöiden orientoitumista kriittisen palautteen vastaanottamiseen ovat tarkastelleet Linda Mulcahy (2003) sekä Judith Allsop ja Linda Mulcahy (1998). He ovat analysoineet lääkäreiden suhtautumista kirjallisiin palautteisiin. Lääkärit pitivät heihin kohdistuvaa kritiikkiä pääosin epäoikeutettuna ja se tulkittiin uhkana asiantuntijuudelle ja kompetenssille. Kriittinen palaute herätti negatiivisia tunteita lääkäreissä ja kritiikkiin vastattiin ylläpitämällä ammatillista kompetenssia, auktoriteettia ja kontrollia. Ammatillista toimintaa puolustettiin esimerkiksi vetoamalla lääketieteen rajallisuuteen, potilaan odotusten epärealistisuuteen, toisten ammattilaisten vajaan työnpanokseen, ulkoisiin olosuhteisiin tai kritiikin antajan persoonallisiin piirteisiin tai sairauteen. Kriittistä palautetta neutralisoitiin myös vetoamalla kritiikin antajan psyykkiseen tilaan.

Charles Bosk (1979) on tutkinut etnografiassaan kirurgien orientoitumista virheisiin työssä. Bosk oli kiinnostunut siitä, miten kirurgit selviytyivät virheistä työssä ja tuo havaintojensa pohjalta esiin ammatillisen työn moraaliset ulottuvuudet. Moraali tulee esiin jaoteltaessa virheet teknisiin ja moraalisiin. Tekniset virheet tulkitaan väistämättömänä osana työn rutiinia, eikä niihin liitetty erityistä selontekovelvollisuutta. Sen sijaan moraalisten virheiden yhteydessä odotettiin korjaavaa selontekoa. Kirurgien keskeiset keinot selviytyä virheistä työssä olivat ammatillisuuden rajojen ylläpitäminen ja virheiden ymmärtäminen, selittäminen ja neutralisointi. Ammatillinen moraalinen oli tärkeä resurssi sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisessä.

Suomalaisen terveydenhuollon ympäristössä on tarkasteltu muistutuksia ja niihin annettuja vastauksia asiakkaan ja viranomaisen välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta (Palomäki & Vanhala 2015, 202-213). Tutkimuksessa pohdittiin muistutusten syitä, käsittelyä ja merkityksiä. Aineistona oli 229 muistutusta ja niihin annetut vastaukset. Kolme keskeisintä muistutusten aihetta olivat hoito ja menettely (190), kohtelu ja käytös (116) ja tiedonsaanti (62). Annetuissa muistutuksissa korostui kokemustieto ja

vastauksissa lääketieteellinen tieto ja potilaskertomusten kirjaukset. Palomäen ja Vanhalan analysoimissa terveydenhuollon vastauksissa muistutusten neutralisoiminen ja niissä esitettyjen argumenttien kyseenalaistaminen oli vallitsevaa. Vastauksissa esitettiin myös anteeksipyyntöjä, joskin ne esitettiin ehdollisina, ”jos olen käyttäytynyt huonosti, pyydän anteeksi”. Esimiehet näyttivät suhtautuvan neutraalisti saatuun muistutukseen ja saattoivat esimerkiksi pyytää työntekijän puolesta anteeksi vastauksessa.

Kirjallinen muistutusprosessi on potilaalle yksi keino tuoda oma näkemys hoidosta esiin ja kyseenalaistaa sen laatua. Annettujen vastausten perusteella potilaan argumentit eivät kuitenkaan näytä kumoavan ammattilaisten käsitystä hoidon laadusta. Ammatillaisen ja maallikon vuorovaikutus näyttää siis epäsymmetriseltä myös muistutusten valossa.

Susanna Palomäki ja Anni Vanhala (2016, 45-61) ovat analysoineet myös muistutuksen tehneiden kansalaisten arvioita palauteprosessin toimivuudesta. Aineistona oli muistutuksen tehneille asiakkaille suunnatun kyselyn vastaukset. Muistutus on yksi osa kansalaisen ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta ja muistutuksiin kohdistuu potilaiden taholta suuria odotuksia oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon näkökulmasta. Niihin odotetaan selontekoja, joissa organisaation puolelta tunnustetaan asiakkaan odotusten vastainen toiminta. Palomäen ja Vanhalan analysoimissa vastauksissa tapahtuneen pahoittelua pidettiin asiaankuuluvana vastauksena muistutukseen sairaalan taholta. Muistutusvastausten puolueettomuutta kuitenkin epäiltiin ja esiin nostettiin epäily vastausten puolueellisuudesta. Ammattilaisten keskinäisen kollegiaalisuuden arveltiin painavan epäkohdan korjaamista enemmän. Tärkeänä kuitenkin pidettiin muistutuksen merkitystä työtapojen kehittämisen kannalta. Muistutusten haluttiin toimivan työntekijöiden oppimisen välineenä organisaatiossa.

## 2.3 Yhteenveto

Olen tässä luvussa aluksi esitellyt makrotason keskustelua kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteesta oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta. Suhdetta tarkastellaan sosiaalitieteessä erityisesti kansalaisten osallistumisen näkökulmasta. Terveydenhuollon asiakaspalautejärjestelmät voi nähdä makrotason keskustelussa yhtäältä osana kansalaisten osallistumisen ja asiantuntijoiden refleksiivisyyden ja dialogisuuden edistämistä, toisaalta osana julkisen sektorin organisaatioiden manageriaalista johtamista ja laadunhallintaa.

Terveydenhuollon asiakaspalautteet voi jakaa julkiseksi määrittäviin kirjallisiin palautteisiin ja hoidon yhteydessä vastaanotettuihin suullisiin palautteisiin. Viralliset hallinnolliset palautteet, kuten muistutukset sairaalan johdolle, kantelut aluehallintovirastoon, potilasvahinkoilmoitukset ja yhteydenotot potilasasiamieheen ovat vain osa kaikesta palautteisiin liittyvästä vuorovaikutuksesta sairaalassa. Lisäksi on paljon hoidon yhteydessä ilmaistua spontaania suullista palautetta, joka ei tule esiin virallisten palautejärjestelmien kautta. Suullisen palautteen vastaanottaminen on kuitenkin yksi osa arjen työtä sairaalassa.

Palautteiden antaminen on olennaista kansalaisten osallistumisen näkökulmasta. Palautetta annetaankin terveydenhuollossa vuosi vuodelta enemmän. Tilastojen mukaan kriittisen palautteen määrä on kasvanut. Lääketieteellisten ongelmien lisäksi palautetta annetaan erityisesti vuorovaikutuksesta ammattilaisen ja potilaan välillä. Palautteiden antaminen näyttää olevan terveydenhuollon ympäristössä jännitteinen asia. Erityisesti kriittisen palautteen antamisessa nähdään olevan kulttuurisia esteitä. Palautejärjestelmät ovat kuitenkin tasa-arvon ja palvelujen kehittämisen näkökulmasta tärkeä vuorovaikutuksen osa.

### 3 Etnometodologinen lähestymistapa palautteisiin sairaalassa

*”Never criticise a man until you have walked a mile in his moccasins”*  
(Fielding 1993, 156)

Millaisin keinoin voidaan tutkia palautteiden vastaanottamista sosiaalisena prosessina, osana arjen moniammatillista työtä sairaalassa? Miten tuottaa tietoa työntekijöiden toiminnan ja sosiaalisten sääntöjen suhteesta arjen käytäntöjen tasolla? Etnografisen tausta-aineiston ja etnometodologisten analyysivälineiden yhdistäminen tuovat mielestäni hedelmällisiä välineitä näiden kysymysten vastaamiseen. Palautteisiin liittyvien sosiaalisten prosessien ymmärtämiseksi on tarkasteltava virallisen, julkisen organisaation lisäksi myös arjen käytäntöjä. Tällöin lähtökohtana on ajatus järjestyksen syntymisestä arjen rutiininomaisessa toiminnassa.

Pirjo Nikander (2008, 415-416) on eritellyt erilaisten diskurssianalyttisten lähestymistapojen piirteitä sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa. Diskurssianalyttisen lähestymistavan voi hänen mukaansa parhaiten hahmottaa sateenvarjokäsitteenä tutkimuksille, joille on yhteistä konstruktivistinen epistemologia. Kielen käyttö nähdään ensisijaisesti sosiaalisena toimintana, ei ulkoisen todellisuuden peilinä. Kyse on siis yleisestä epistemologisesta näkökulmasta sosiaaliseen elämään. Kolme yhteistä piirrettä on hahmotettavissa diskurssianalyttisille tutkimuksille. Ensinnäkin sosiaalista toimintaa tarkastellaan puheen ja tekstien avulla: miten toimintaa ja merkityksiä rakennetaan puheessa ja teksteissä. Tutkitaan, miten puhe ja teksti organisoituvat ja miten ihmisten välinen ymmärrys, sosiaalinen elämä ja erilaiset institutionaaliset käytännöt tuotetaan ja ylläpidetään puheen ja tekstien avulla. Toinen keskeinen idea on arkipäivän puheen ja tekstien merkitys todellisuuden rakentumisessa. Puhe on tavoitteellista toimintaa, jolla on seurauksia. Puhuessamme teemme samalla teon suhteessa ympäröivään maailmaan. Tutkimuksen tehtävänä on tunnistaa puheesta merkityksen antamisen prosesseja: kategorisointeja ja selontekoja. Samalla täsmennetään dynamiikkaa ja jännitteitä, joita puheessa tuotetaan ja tuodaan esiin, miten puheen avulla tuotetaan versioita ympäröivästä maailmasta. Kolmas yhteinen



teema on puheen ymmärtäminen retorisena ja suostuttelevana tekona. Tällöin myös puheen moraaliset ulottuvuudet ovat olennaisia, puheella tuotetaan moraalista järjestystä. Retoriikan tutkimus, kategoria-analyysi ja keskusteluanalyysi ovat esimerkkejä diskurssianalyysin sateenvarjon alle asettuvista empiirisistä analyysimenetelmistä.

Lähestymistapani asettuu siis diskurssianalyttisen tutkimuksen sateenvarjon alle. Tavoitteeni on tehdä paikallista kulttuuria ymmärrettäväksi niiden merkitysten kautta, jotka ovat olennaisia juuri tässä ympäristössä. Jokaisessa sosiaalisessa yhteisössä on omat erityispiirteensä ja järjelytapansa, jotka voimme tavoittaa menemällä lähelle yhteisön arjen toimintaa. Osallistumalla tutkittavan ympäristön elämään toimintaa voidaan tarkastella osallistujien ehdoilla. Tutkija on tällöin osa tätä kulttuuristen merkitysten verkkoa, jota pyrkii samalla ymmärtämään ja tulkitsemaan. Osallistuminen yhteisön arjen elämään ja tapahtumiin auttaa tutkijaa ymmärtämään tutkimuksen kohdetta monipuolisemmin. (Fielding 1993, 156; Honkasalo 2008, 4-5, 9.) Erving Goffmanin tutkimuksilla totaalisten instituutioiden arjesta on ollut vahva vaikutus organisaatioetnografioiden tutkimusperinteessä. Institutionaalisissa ympäristöissä tehtävä vuorovaikutuksen tutkimus pohjaa Goffmanin alun perin esiin tuomaan ajatukseen vuorovaikutuksen ensisijaisuudesta myös organisaatioiden toiminnassa. (Honkasalo 2008, 12.)

Etnometodologiassa ja etnografiassa on paljon yhteisiä piirteitä. Molempia lähestymistapoja hyödynnetään institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksessa. Lähestymistavoissa on kuitenkin joitakin eroja, joita kuvaan seuraavaksi, koska niillä on merkitystä tutkimukseni valintojen kannalta. Melvin Pollner ja Robert M. Emerson (2001, 118-135) ovat eritelleet etnografian ja etnometodologian eroja ja yhtäläisyyksiä. Yhteistä on, että molemmat ovat kiinnostuneita arkipäivän tapahtumista ja yhteisön jäsenten omista jäsenyyksistä. Yhteisön arjen tasolle meneminen nähdään myös olennaisena aineiston tuottamisessa. Molemmat pysyttelevät siis mikrososiologiassa. Yhteisön jäsenten omat merkitykset ja jäsentämisen tavat, yhteisön sisältäpäin lähtevä tarkastelu ja erojen, variaatioiden ja ulottuvuuksien esiin tuominen on myös keskeistä molemmille lähestymistavoille. Tärkeä menetelmällinen ja tutkimuseettinen ero on suhtautumisessa saatuun tietoon.

Perinteinen etnografi kuvaa yhteisön normeja ja sääntöjä. Etnometodologi sen sijaan kuvaa vuorovaikutusprosesseja, joiden avulla näitä normeja tuotetaan. Tutkimuksen kohde asettuu toisin sanoen eri tasolle. Etnometodologi ei nimeä esiin nousseita normeja, vaan tarkastelee niitä toimijoiden käytännöllisinä resursseina. Etnometodologin tavoitteena on siis kuvata ja täsmentää merkityksenannon prosesseja, joilla osallistumme yhteisen järjestyksen rakentamiseen. Tutkija ei voi

asettua tietäjäksi sen suhteen, miten asiat jossakin yhteisössä tai kulttuurissa ovat, vaan tuo havainnollisesti esiin prosessja, joilla järjestystä tuotetaan. Varsinkin myöhempi etnometodologinen tutkimus, kuten keskusteluanalyysi, korostaa empiirisesti havainnoitavaa elettyä järjestystä. Tällöin havainnoitavan vuorovaikutuksen ulkopuolinen konteksti ei ole analyysin piirissä. Etnometodologisesti orientoituneet tutkijat näkevät etnografisessa tutkimuksessa ongelmana, että kategoriat, joita tutkitusta yhteisöstä nostetaan esiin, eivät ole yhteisön omia kulttuurisia kategorioita, vaan tutkijan itsensä tuottamia luokituksia. Ne eivät tällöin välttämättä vastaa yhteisön omia kulttuurisia jäsennyksiä. Etnografinen tutkimus ei pysty myöskään havainnollistamaan yhteisön sosiaalisen järjestyksen rakentumista empiirisin esimerkein, jos etnografi toimii ikään kuin tulkkina raportoidessaan tekemistään havainnoista. Lukija joutuu luottamaan etnografin tulkintoihin ja muistiinpanoihin aineistosta (Peräkylä 1997). Kuvaus ympäristöstä ja sen tapahtumista voi näyttää faktuaaliselta kuvaukselta tutkijan ulkopuolisesta ympäristöstä. Tämän katsotaan aiheuttavan ongelmia tutkimuksen validiteetin näkökulmasta.

Emerson ja Pollner (2001, 118-135) arvioivat, että etnometodologisilla analyttisillä välineillä voidaan syventää etnografisen aineiston analyysia ja ratkaista menetelmällisiä ongelmia, joita etnografisessa lähestymistavassa nähdään olevan. He nostavat kolme keskeistä asiaa esille. Ensinnäkin yhteisön faktoja tulee tarkastella toiminnan tuloksina, toiseksi paikalliset kategoriat ja niiden käyttäminen tulee olla tutkimuksen analyttisena kohteena ja kolmanneksi tutkijan merkitys aktiivisena osallistujana on tunnistettava tutkimuksen eri vaiheissa. Etnografian ja etnometodologian eroja instituutioiden toiminnan tarkastelussa on tuonut esiin myös Pirjo Nikander (2008, 423). Olennaista tutkimuksen laadun kannalta on, että lukija saa empiirisen aineiston nähdäkseen ja voi myös itse arvioida aineistoa ja sen analysointia. Tässä on olennainen ero siihen, että lukija joutuisi tyytymään esimerkiksi pelkästään kenttäpäiväkirjan merkintöihin ja niistä tuotettuun tekstiin. Havaintojen kääntäminen tekstiksi nojaa silloin tutkijan valintoihin ja muistikuviin, eikä lukijalla ole tällöin pääsyä autenttisen vuorovaikutustilanteen dokumentaatioon.

Institutionaalisissa ympäristöissä tehtävän tutkimuksen piirissä on käyty keskustelua sosiaalisen kontekstin ja kielellisten käytäntöjen suhteesta. Analyttisesta näkökulmasta kyse on siitä, mikä on esimerkiksi sairaalan pysyvämpien käytäntöjen ja tilanteessa syntyvien selontekojen suhde. Tällä pysyvämpien kielellisten käytäntöjen ja tilanteisen puheen välisellä suhteella viitataan makro- ja mikrotason, tai tilanteisen ja historiallisen yhdistämiseen tutkimuksessa. Kyse on siitä, miten tätä pysyvämpien institutionaalisten käytäntöjen ja tilanteisen merkityksenannon välistä suhdetta voisi tuoda

havainnollisesti esiin tutkimuksessa. (Mäkitalo & Säljö 2002b, 58.) Kontekstin luonne ja merkitys institutionaalisen toiminnan tutkimuksessa on toisin sanoen keskeinen asia.

Etnografisen, diskurssianalyttisen ja keskusteluanalyttisen menetelmien välillä on eroja esimerkiksi sen suhteen, millaiset aineiston tuottamisen menetelmät nähdään relevantteina ja riittävinä institutionaalisisissa ympäristöissä tehtävässä tutkimuksessa. Muun muassa Tony Hak (1999, 427-451) on pohtinut tätä. Keskeinen analyttinen ongelma tiivistyy kontekstin merkitykseen. Institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksessa on suosittu ns. luonnollisia aineistoja, joilla viitataan autenttisiin institutionaalisiin vuorovaikutustilanteisiin. Tutkija ei ole osallisena aineiston tuottamistilanteessa. Tutkimuksen kohteena on vuorovaikutus institutionaalisten tavoitteiden toteuttamiseksi. Vuorovaikutustilanteen ulkopuolisen kontekstin katsotaan jäävän analysoitavan aineiston ulkopuolelle (Silverman 1999, 401-421). Etnografisen lähestymistavan puolesta puhuu se, että organisaatioissa on paljon myös muuta vuorovaikutusta asiakasvuorovaikutuksen lisäksi. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välillä tapahtuva vuorovaikutus asiakastilanteessa on vain yksi osa sairaalan kaikesta vuorovaikutuksesta, jota institutionaalisten tavoitteiden toteuttamiseksi tehdään. Asiakasvuorovaikutuksen lisäksi organisaatiossa tehdään myös paljon muuta työtä. Kun asiakasvuorovaikutustilannetta pidetään keskeisimpänä työvälteenä, niin organisaation kokonaisuuden ymmärtämisen näkökulmasta nousee esiin kysymys siitä, miten pitkälle yhtä vuorovaikutustilannetta analysoimalla voidaan kuvata esimerkiksi sairaalan monimutkaista toimintaa. Onko yhden vuorovaikutustilanteen tarkka analyysi riittävä tuomaan relevanttisesti esimerkiksi sairaalan moniulotteisen toimintaympäristön merkityksiä esiin? Tony Hak syyttää etnometodologiaa diskursiivisen katseen ylikorostamisesta ja arvioi, että pelkästään puheeseen keskittyvä tutkimus jättää huomiotta ulottuvuuksia organisaation toiminnasta. Organisaation fyysistä ja symbolista kontekstia ja sen merkitystä on esimerkiksi vaikea huomioida tarkasteltaessa vain puhetta. Etnografinen havainnointi voi tuoda esiin organisaation kommunikaatiotilanteiden moninaisuuden. Hoitoneuvottelu esimerkiksi on yksi vuorovaikutustilanne, potilaskierto huoneissa toinen ja suihkussa käynti hoitajan avustaessa kolmas erityinen vuorovaikutustilanne. Näiden tilanteiden vuorovaikutuskehykset ovat erilaiset. Näin ollen etnografinen havainnointi esimerkiksi sairaalan työkäytännöistä voi olla tutkimuksen kannalta hyödyllistä ennen empiirisen aineiston analyysiä. Yhdistämällä etnografista etukäteishavainnointia etnometodologiseen analyysiin on mahdollista saada monipuolisemmin käsitys institutionaalisisista käytännöistä ja sairaalan merkityksestä toiminnan kontekstina. (Hak 1999, 448; Emerson & Pollner 2001.)

Tässä tutkimuksessa aiheena on työntekijöiden orientoituminen palautteisiin osana ammatillisia ja institutionaalisia käytäntöjä, eikä esimerkiksi potilaan ja lääkärin välinen keskustelu palautteista. Tästä syystä etnografinen tausta- aineiston kerääminen ja kollegahaastattelujen tarkempi analyysi jäsenkategoria-analyysiä hyödyntäen on mielestäni hedelmällinen tapa tuoda empiirisesti esiin olennaista tietoa aiheesta. Näin voidaan tuoda esiin sekä pysyvämpää kulttuurisen kategoriatiedon käyttöä että tilanteisen merkityksen rakentamisen prosesseja kollegahaastatteluissa.

Etnometodologiassa kiinnostus on yhteisön jäsenten omissa tavoissa jäsentää ympäröivää maailmaa kielenkäytön avulla ja tehdä omaa ja muiden toimintaa ymmärrettäväksi vuorovaikutuksessa. Arjen käytännölliset aktiviteetit ja järkeily ovat tutkimuksen empiirisenä kohteena. Tavoitteena on tuoda esiin, miten ihmiset kielellisten valintojen avulla muotoilevat asioita ja tapahtumia tietyssä kontekstissa; miten ihmiset tuottavat omaa rooliaan, aktiviteettejaan ja järjestystä ympäristöön. Harold Garfinkelin (1967) mukaan rutiininomainen vuorovaikutus ja käytännöllinen järkeily ovat keskeisiä sosiaalisen järjestyksen rakentumisessa. Niiden avulla järjestystä tunnustetaan, tuotetaan ja ylläpidetään. Sen vuoksi empiirisen tutkimuksen huomio kiinnitetään siihen, mitä ihmiset tekevät arjessa ja miten he kuvaavat tekemäänsä. Yhteisön jäsenten omat keinot jäsentää organisaation toimintaa ovat tällöin analyysin kohteena. Garfinkel käyttää käsitettä **members methods** niistä arkisista järkeilyprosesseista, joiden avulla ihmiset merkityksellistävät ja järjestävät toimintaa ja ympäröivää maailmaa, kuten esimerkiksi sairaalan institutionaalisia käytäntöjä. Järjestyksen ylläpitäminen vaatii jatkuvaa tapahtumien arviointia ja refleksiivistä korjaamista. Puheen indeksikaalisuus, eli kontekstisidonnaisuus ja refleksiivisyys ovat olennaisia. Garfinkel viittaa indeksikaalisuudella siihen, että puheen merkityksen voi ymmärtää vain käyttöyhteydessään, ottamalla huomioon kuka puhuu, missä ja milloin, ja mitä on sanottu ennen sitä. Toisin sanoen puheen merkitys syntyy aina osana tilannetta ja toiminnallista kontekstia, jossa se on tuotettu. Indeksikaalisuuden ajatus on lähellä Erving Goffmanin (1974) kehyksen käsitettä. Hän viittaa kehyksellä toiminnalliseen tilanteeseen, jossa osapuolilla on yhteinen käsitys tilanteen luonteesta. Kuhunkin tilanteeseen yhdistyy myös sosiaalisia odotuksia siitä, mikä on sopivaa toimintaa tilanteessa. Osapuolten odotetaan ylläpitävän näitä odotuksia vuorovaikutuksessaan. Näin puhe sekä ylläpitää että muokkaa tilannetta, jossa se on tuotettu. Relevantteja ulottuvuuksia nostetaan esiin kontekstista ja näin samalla tuotetaan kontekstia. Sosiaalisen järjestyksen rakentumista voidaan tarkastella kielenkäytön avulla, koska toiminta on aina kielellisesti kuvattavissa ja näin samalla refleksiivisesti muokattavissa kielellisin valinnoin. (Garfinkel 1967; Goffman 1974; Heritage 1984, 142-143, 156; Edwards 1997, 65; Mäkitalo 2002, 15.)

Etnometodologinen lähestymistapa ei lähde siitä, että on jokin normi, järjestys tai rakenne, jota ihmiset seuraavat sellaisenaan. Päinvastoin mielenkiinnon kohteena on, miten yhteisön jäsenet orientoituvat yhteisön normeihin ja sääntöihin ja tuottavat samalla järjestystä kielellisillä valinnoillaan. Normit ja säännöt toimivat resursseina tässä yhteisessä järjestyksen paikallisessa tuottamisessa. Sen sijaan, että ihmiset pelkästään noudattaisivat sääntöjä ja normeja, he aktiivisesti synnyttävät ja muotoilevat normeja ja sääntöjä tulkitsemalla niitä siten, että ne sopivat kulloiseenkin käytännölliseen tarkoitukseen. Säännöt syntyvät toisin sanoen pikemminkin toiminnan tuloksena. Etnometodologisen analyysin katsotaankin sopivan menetelmäksi erityisen hyvin, kun tutkimuksen aiheena on sosiaaliseen järjestykseen ja normeihin liittyvät kysymykset. Sen avulla voidaan tuoda esiin, miten neuvotellaan sopivasta ja sopimattomasta toiminnasta ja miten samalla tuotetaan moraalista järjestystä puheen avulla. (Barnes 2001, 345; Housley 2002, 59; Lepper 2000, 32.)

Sairaala on byrokraattinen hierarkkinen organisaatio, jossa ammattiryhmien välinen työnjako jäsentää työtä. Perinteisesti ammattien välinen työnjako nähdään pysyvänä ja staattisena rakenteena, jonka pohjalta työtä tehdään. Etnometodologinen lähestymistapa lähtee siitä, että työnjako on arjen käytännöissä syntyvä. Esimerkiksi palautteiden vastaanottaminen on osa moniammatillista yhteistyötä, jossa jokainen työntekijä sovittaa omaa työtään toisten työhön ja samalla osaksi organisaation yleisiä tavoitteita (Francis & Hester 2004, 159). Tällöin tarkastellaan, miten palautteiden vastaanottamiseen liittyviä aktiviteetteja tuotetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Työntekijöiden puheesta etsitään tapoja, joiden avulla palautteiden vastaanottamiseen liittyviä aktiviteetteja jäsennetään ja samalla sovelletaan institutionaalisia sääntöjä tilanteisesti. Järkeillensä palautteiden vastaanottamiseen liittyviä tilanteita ja yhteistyötä, työntekijät refleктоivat omaa ja muiden toimintaa suhteessa institutionaalisin sääntöihin ja normeihin, tuottaen samalla järjestystä ja työnjaon käytäntöjä sairaalaan. Jokainen organisaation toimija osallistuu tähän paikallisen järjestyksen rakentamiseen myös asiakaspalautteiden vastaanottamisen työnjaon osalta. (Francis & Hester 2004, 162.)

Organisaation metatehtävä on institutionaalisen järjestyksen ylläpitäminen ja se vaatii jatkuvaa vuorovaikutuksen organisoimista. Järjestyksen ylläpitämisessä erilaiset ohjeet, strategiat ja visiot toimivat taustatietona ja resursseina sille, miten organisaation jäsenet selostavat tekemäänsä työtä ja esittävät itsensä suhteessa paikallisiin normatiivisiin odotuksiin. (Goffman 1959; Manning 2008, 683-684, 686.) Tällaiset institutionaaliset säännöt ja ohjeet ovat keskeisiä työssä, mutta eivät kuitenkaan deterministisessä mielessä, vaan toiminnan resursseina. Kaikkia tilanteita ei voida ennakoita niin, että institutionaaliset säännöt soveltuisivat sellaisenaan. Työntekijöiden

on näin ollen sovellettava sääntöjä jatkuvasti tilanteiden mukaan ja luotava käytännöllisiä merkityksiä ja tulkintoja institutionaalisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Francis & Hester 2004, 165.) Yhteisön jäseninä työntekijöillä on itsestään selvänä pidettyä tietoa siitä, miten missäkin tilanteessa toimitaan ja miten tietoa käytetään kussakin tilanteessa. Ohjeiden ja strategioiden paikallinen ja tilanteinen soveltaminen tulee esiin sairaalan kontekstissa esimerkiksi asiakaskeskeisen hoidon toteuttamisessa. Asiakaskeskeisen työn velvoite on niin yleinen, että se edellyttää työntekijältä aina tilanteista tulkintaa ja soveltamista. Asiakaskeskeytyttä jäsennetään esimerkiksi kirurgian toimialalla niiden institutionaalisten tavoitteiden mukaan, jotka ovat toimialalla olennaisia.

Lawrence Wieder (1974) yhdistää etnografiaa ja etnometodologista analyysia tutkimuksessaan päihdehoitokodin arjesta. Hän tuo esiin normien ja arjen toiminnan välisen suhteen ja sääntöjen merkityksen arjen toiminnan perusteluissa. Hoitokodin viralliset ohjeet ja säännöt korostivat yhteistyötä ja asiakaskeskeytyttä. Wieder tuo esiin, miten virallisten ohjeiden rinnalla yhteisön jäsenet käyttivät resursseinaan erilaisia epävirallisia, kirjoittamattomia sääntöjä perustellessaan toimintaansa. Sekä asiakkaat että työntekijät tunsivat nämä kirjoittamattomat säännöt, joihin vedottiin perusteltaessa toimintaa. Niiden avulla voitiin esimerkiksi selittää päihdehoidon epäonnistumista. (Wieder, 1974; Turowetz & Maynard, 505-506; Jameson & Oware 2006, 25-26.)

Anssi Peräkylä (1990) on myös yhdistänyt etnografiaa ja etnometodologiaa tutkimuksessaan kuoleman rakentumisesta sairaalassa. Hän tuo esiin, miten kuolema jäsenyi usealla tavalla osana sairaalan arkea. Yhtä yhtenäistä suhtautumistapaa ei näyttänyt arjen käytännöissä olevan. Erving Goffmanin (1974) kehysten käsitteen avulla hän analysoi, miten kuolemaan orientoitutaan eri tilanteissa. Peräkylä tunnisti havaintojensa pohjalta neljä erilaista kehystä, joiden mukaan kuolemaa jäsennettiin sairaalan toiminnassa. Lääketieteellisessä kehyksessä kuolema tulkittiin biologisten prosessien lakkaamiseksi, käytännöllisessä kehyksessä taas arkisen elämän toimien loppumiseksi, psykologisessa kehyksessä keskeistä oli kuolemaan liittyvien tunteiden ja kokemusten määrittäminen, maallikkokehyksessä keskeistä oli kuolemasta johtuvien tunteiden ilmaiseminen.

### 3.1 Kategoriat ja arjen järkeilymenetelmät

Kulttuuri käsitetään siis etnometodologiassa resurssina ja tietovarantona, joka on läsnä kaikkialla arjen rutiineissa. Kulttuurinen tietovaranto sisältää runsaasti kielellisiin

kategorioihin ja kategorisointiin liittyvää tietoa. Tätä varantoa hyödyntämällä ja työstämällä luodaan merkityksiä toiminnasta, itsestä ja toisista. Kategoriat toimivat välineinä tässä tulkintatyössä. Kategorioihin sitoutunut kulttuurinen tieto ei ole staattista ja etukäteen lukkoon lyötyä, vaan arjen käytännöissä ja tilanteissa muotoutuvaa. Koska kulttuurinen tieto on kategorioihin varastoitunutta, niin kulttuuri rakentuu näin ajatellen itse asiassa vasta toiminnassa ja toiminnan tuloksena. (Hester & Eglin 1997; Mäkitalo & Säljö 2002b, 62; Edwards 1997; Housley 2003, 87.)

Historiallisesta näkökulmasta kieli käsitetään ihmisten yhteisenä kollektiivisena välineenä, jonka avulla voidaan toimia arkipäivän käytännöissä. Kieli kehittyy jatkuvasti sosiaalisen toiminnan tuloksena. Kategoriat ovat siksi dialogisia sekä vuorovaikutustilanteen näkökulmasta, että laajemmin sosiaalkulttuuristen traditioiden näkökulmasta (Mäkitalo 2002, 20). Lähtökohtana on näin ollen ajatus sosiaalisen järjestyksen jatkuvasta rakentumisesta: järjestystä tuotetaan rutiinisti hetki hetkeltä arjen vuorovaikutuksessa. Selonteon käytännöt ja kategoriat ovat tässä sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisessä keskeisessä roolissa. (Heritage 1984, 229; Mäkitalo 2002.)

Toiminnan näkökulmasta sairaalan kaltaiset instituutiot voidaan hahmottaa rakenteiden ja yksilön välissä olevana tasona. Instituutiot asettuvat tähän sidoskohtaan ja ne ovat siksi mielenkiintoinen sosiaalitieteellisen tutkimuksen ympäristö. Teoreettisen keskustelun taustalla tässä yhteydessä on rakenteiden ja yksilön toiminnan välinen suhde. Åsa Mäkitalo (2002) on tarkastellut väitöskirjassaan menetelmällistä keskustelua, jota institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksessa käydään. Strukturalistinen ajattelu lähtee siitä, että rakenteet määrittelevät ensisijaisesti inhimillistä toimintaa ja sosiaalista järjestystä. Ajatellaan, että ulkoiset tekijät ovat ensisijaisia toiminnassa, ei esimerkiksi yksilön sisäinen maailma. Tämä lähtökohta ei kuitenkaan vielä valaise prosessia, jolla rakenteet käytännössä määrittelevät toimintaa ja yksilön ja rakenteiden välistä suhdetta. Åsa Mäkitalo (2006, 2) toteaa, että diskursiivisissa tutkimuksissa ei aina ole tuotu empiirisesti esiin vuorovaikutuksen merkitystä sosiaalisen järjestyksen rakentumisessa, jolloin rakenteiden ja toimijan välinen suhde on jäänyt epäselväksi. Tämän tyyppinen kritiikki on tuonut erilaiset etnometodologiset empiiriset menetelmät välineiksi institutionaalisen toiminnan tarkasteluun. Sosiaalisen järjestyksen rakentumista voidaan lähestymistavan avulla tarkastella vuorovaikutuksessa syntyvänä. Lähtökohtana on ajatus, että rakenteiksi hahmottamamme yhteiskunnalliset instituutiot ovat syntyneet inhimillisen yhteistyön tuloksena. Sosiaaliset faktat syntyvät kun sisäistämme kielellisiä kategorioita ja luokituksia, joita tuotamme yhteistyössä. Niistä muodostuu kollektiivisia käsityksiä, uskomuksia ja toimintatapoja, jotka näyttäytyvät meille ulkopuolisina faktoina. Nämä yhteisesti vuorovaikutuksessa rakennetut luokitukset ja kategoriat muodostavat

vakiintuessaan instituutioita. Näin luokittelut ja niihin liittyvä tieto näyttäytyvät annettuina ulkoisina faktoina yksilölle.

Instituutiossa on aina myös vallan ja auktoriteetin järjestys, joka toimii normatiivisena resurssina sopivaksi katsottavalle vuorovaikutukselle. Se tarjoaa osallistujille pohjan tulkita, ymmärtää ja antaa merkityksiä sille, mitä kulloinkin tapahtuu. Se tarjoaa myös ydinarvot, normit ja uskomukset, jotka muotoutuvat normatiivisina diskursseina instituution toiminnasta (Mäkitalo 2002). Institutionaalisten käytäntöjen ylläpitämisen voi hahmottaa sosiaalikultuurisesta näkökulmasta argumentaatiotraditioiden kautta. Argumentaatiotraditiot ovat instituutiossa vakiintuneita järkeilytapoja, joiden perusteella tiedetään, mikä on tärkeää ja mikä vähemmän tärkeää institutionaalisten tavoitteiden saavuttamisessa. Traditiot toimivat resurssina, jotka mahdollistavat osallistujien järkeilyn ja perustelut arjen toiminnassa. Osallistujien käytännöllinen järkeily ja ongelmien kategorisointi avaavat siis väylän tarkastella arjen tasolla institutionaalisten käytäntöjen tuottamista. Analyysi kohdistetaan siihen, miten yhteisön jäsenet käyttävät kategorioita järkeilyssään ja mihin kategorioiden käytöllä pyritään. (Mäkitalo 2002, 4-6; Nikander 2011; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012, 26.)

Kategoriat ovat terveydenhuollon instituutioissa täynnä juuri terveydenhuollolle ominaista kulttuurista tietoa. Ne toimivat merkityksellistämisen resurssina, mutta myös rajoittavat tapahtumien tulkintamahdollisuuksia. Tieto, jota kategoriat välittävät, on olennaista institutionaalisten ja ammatillisten tehtävien toteuttamisessa. Kategoriat, joilla instituutioissa luokitellaan ihmisiä, nostavat juuri siinä yhteydessä olennaisen ulottuvuuden ihmisestä esiin. Esimerkiksi terveydenhuollon työssä terveyteen liittyvät kategoriat ihmisestä ovat olennaisia. Kategoriat tuottavat samalla tietynlaisia tapauksia ihmisistä, jotka tulevat hoitoon sairaalaan tai menevät asiakkaiksi esimerkiksi työvoimatoimistoon tai sosiaalitoimistoon. Kategorisointi osana institutionaalisia käytäntöjä on ihmisten ja heidän ongelmiensa luokittelemista sellaisiksi, että instituutio voi tunnistaa ne ja toimia niiden mukaisesti. Tämä ihmisten sovittaminen kategorioihin on keskeinen, mutta hienovarainen tehtävä työntekijöille. (Mäkitalo & Säljö 2002a 162; Hjörne & Säljö 2004, 322.) Kategorisointityötä tarvitaan, jotta voidaan työstää ja selkeyttää ihmisten monimutkaisia tilanteita instituution tavoitteisiin sopiviksi, ratkaistaviksi ja hoidettaviksi tapauksiksi. Kategoriat ovat siksi sidoksissa instituution tavoitteisiin ja materiaalsiin resurssihin ja ne toimivat arjen käytännöissä diskursiivisina välineinä. (Mäkitalo & Säljö 2002a 161, 174.) Kategorioita käytetään esimerkiksi asiakkaiden luokitteluun, eli työstämiseen sellaisiin kategorioihin, jotka sopivat instituution tavoitteisiin (Prottas 1979). Jeffrey Prottas käyttää käsitettä People-Processing työstämisestä, jossa asiakkaista nostetaan esiin se puoli, joka on olennainen



institutionaalisten tehtävien ja tavoitteiden näkökulmasta. Esimerkiksi jatkohoidon suunnittelussa tällainen potilaiden työstäminen on keskeistä. (Latimer 1997; Nikander 2003; Kinni 2014, 27.)

Kun neuvotellaan ristiriidoista sairaalan arjen toiminnassa, kategoriat näyttävät olevan keskeisessä asemassa ongelmien ja tavoitteiden käsittelemisessä ja perustelemissa. Kategoriat toimivat työntekijöille analyttisinä välineinä neuvoteltaessa esimerkiksi yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden, ammatillisten velvollisuuksien ja kansalaisten oikeuksien ja velvollisuuksien välillä. Institutionaalinen konteksti tulee esiin, kun muotoilemalla kategorioita ongelma muotoillaan niin, että se on relevantti työn tavoitteiden kannalta. Osallistujien käyttämät kategoriat ovat näin keskeisessä roolissa institutionaalisten käytäntöjen rakentamisessa. Valitsemalla jokin kategoria valitaan myös tietynlainen sosiaalinen ja moraalinen järjestys yhteisöön. (Mäkitalo 2006, 10; Mäkitalo & Säljö 2002a, 161-162.) Kategorioita käytetään kuvaamaan ja arvioimaan esimerkiksi ammattilaiselle sopivaa tai sopimatonta toimintaa sairaalassa. Kategoriat ja niiden tuottamat institutionaaliset käytännöt liittyvät näin olennaisesti paikallisen sosiaalisen ja moraalisen järjestyksen ylläpitämiseen. (Jokinen 2012, 228; Mäkitalo 2014, 37.)

Miten selonteon käytännöt ja kategorioiden työstäminen asiakaspalautteista puhuttaessa voidaan sitten tuoda empiirisesti esiin? Organisaatioiden toimintaa etnometodologisesta näkökulmasta tarkastellut George Psathas (1999, 140-142) toteaa, että etnometodologisen tutkimuksen tehtävä on tuoda esiin, miten instituution ja organisaation itsestään selvinä pidetyt faktat tuodaan esiin vuorovaikutuksessa. Samalla voidaan havainnollistaa niiden merkitystä sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisen näkökulmasta. Lähtökohta on, että mikäli institutionaaliset roolit ja tehtävät ovat relevantteja haastattelutilanteessa, niin ne myös yleensä tuodaan esiin puheen valinnoissa. Näin voidaan tuoda empiirisesti esiin, miten institutionaalista työtä tehdään myös haastatteluvuorovaikutuksessa ja miten paikallista kontekstia tuotetaan puheella.

### **Jäsenkategoria-analyysi empiirisen analyysin työkaluna tässä tutkimuksessa**

Jäsenkategoria-analyysissa kysytään, miten merkityksiä rakennetaan kussakin tilanteessa ja miten kategorioita valitaan, määritellään ja työstetään puheessa ja teksteissä. Huomio on prosesseissa, joilla merkityksiä rakennetaan ja analyysi kohdistuu siihen, miten kategorioita käytetään vuorovaikutustilanteessa. (Lepper 2000, 14.) Menetelmä on alun perin Harvey Saksin (1992) kehittämä apuväline puheen ja vuorovaikutuksen erittelyyn ja analysoimiseen. Jäsenkategoria, jäsenkategorisointiväline,

kategoriasidonnaiset aktiviteetit ja kategoriapari ovat keskeiset käsitteet, joiden varaan Sacks rakensi analyysimenetelmää. Analyysin avulla voidaan tuoda esiin systemaattisesti merkityksenantotyötä puheessa ja teksteissä.

Sacksin kehittämä jäsenkategoria-analyysi keskittyi ensisijassa ihmisten luokittelua koskevaan järkeilyyn: miten ihmisten kategorisointia käytetään sosiaalisen yhteisymmärryksen ja toimijoiden tavoitteiden saavuttamisen välineinä. Jäsenkategoriat ovat sosiaalisia tyyppityksiä, joita käytetään kun luokitellaan muita ihmisiä ja itseä. Tällaisia ovat esimerkiksi poliisi, lääkäri, isoäiti jne. Jäsenkategoriatyötä tehdään määriteltäessä itseä johonkin kategoriaan kuuluvaksi. Näin tehdään samalla eroa johonkin toiseen jäsenkategoriaan. Kun sanon olevani nainen, niin teen samalla eron miehen jäsenkategoriaan. Kun sanon olevani ammattilainen, niin rakennan samalla eron maallikkojen kategorian jäsenyyteen. Sosiaaliset kategoriat toimivat näin orientoitumisen ja merkitysten jäsentämisen välineitä, niiden avulla voidaan luokitella ja järjestää ympäristön tapahtumia ja ihmisiä. Yksittäisen kategorian mainitseminen tai käyttö siis samalla herättää henkiin sen mahdolliset vastakohtat tai muut potentiaaliset kategorisoinnit.

Analyysissa tarkastellaan itsen ja toisten luokittelua, luokittelun tilanteista käyttöä ja toisten toiminnan arviointia kategoriajäsenyyksien perusteella. Voidaan tarkastella esimerkiksi, miten terveydenhuollon ammattilaisen tai omaisen kategoriaa ja niihin liittyviä aktiviteetteja käytetään merkitysten rakentamisessa. Sacks arvioi, että ihmisten käytännöllinen järkeily noudattaa tiettyjä formaaleja prosesseja ja sen vuoksi järkeilyä voi myös tarkastella formaalisti ja havainnollisesti. Sacksin kehittelemiä analyysivälineitä on myöhemmin viety eteenpäin ihmisten kategorisointiin liittyvästä analyysistä laajemmin merkitysten jäsentämisen tarkasteluun vuorovaikutuksessa. (Lepper 2000, 53-54; Housley 2009; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012; Nikander 2010; Stokoe 2012.)

Olennaista on, miten yhteisön jäsenet käyttävät kategorioita tehdessään toimintaansa ymmärrettäväksi muille. Kategorioiden käyttöä tarkastelemalla saadaan tietoa paikallisen sosiaalisen järjestyksen tuottamisesta ja esimerkiksi normien merkityksestä järjestyksen tuottamisessa. Se mikä kategoria otetaan kussakin yhteydessä käyttöön, kertoo myös siitä, mikä on kyseisessä tilanteessa relevantti sosiaalinen järjestys. (Lepper 2000; Nikunen 2005, 66.)

Tässä on ero kielitieteellisemmin orientoituneeseen kategoriattutkimukseen, jossa kielenkäytön konteksti ja tilanne eivät ole samalla tavoin kiinnostuksen kohteena. Etnometodologisessa analyysissa kategoriat saavat merkityksensä vasta käyttöyhteydessään. Siksi niiden merkitys kussakin tilanteessa on viime kädessä empiirinen asia. Kategoriat reflektivat näin sairaalan kontekstia ja samalla tuottavat

sitä uudelleen vuorovaikutuksessa. Kun tarkastellaan sairaalan käytäntöjä, niin analysoidaan, mikä merkitys juuri terveydenhuollon institutionaalisella ympäristöllä on merkitysten rakentumisessa. (Garfinkel 1967; Mäkitalo 2002, 13-15; Lepper 2000, 54-55.)

Kulloinenkin sosiaalinen tilanne vaikuttaa siihen, mitkä kategoriat ovat relevantteja ja miten ne nostetaan puheessa esiin. Esimerkiksi lääkärin vastaanotolle tuleva kansalainen luokitellaan ja ymmärretään potilaaksi. Tällaiset kategoriat ovat suhteellisen pysyviä, mutta tilanteisempia kategorisointeja rakennetaan esimerkiksi lisäämällä jokin määre kategoriaan; esimerkiksi ”hän on vakavasti sairas potilas”, ”hän on ammattitaitoinen lääkäri”. Ihminen voi itse sijoittaa itsensä johonkin tiettyyn kategoriaan ja toimia sen mukaisesti, mutta se ei välttämättä tarkoita, että muut tulkitsevat hänet juuri siihen kategoriaan kuuluvaksi tilanteessa. Muut voivat tulkita jonkin toisen kategorian relevantimmaksi tilanteessa. Näin vuorovaikutuksessa käydään ikään kuin jatkuvaa tilanteista neuvottelua kategorioiden käytöstä ja kunkin kategorijäsenyyden olennaisuudesta tilanteessa.

Jäsenkategoriat sisältävät paljon kulttuurista tietoa, ikään kuin vihjeitä siitä, mitä aktiviteetteja ja määreitä kuhunkin kategoriaan liittyy. Sacksin (1992) mukaan kategoriat sisältävät paljon vihjeitä siitä, mitä tilanteessa tapahtuu. Vihjeet auttavat meitä orientoitumaan kuhunkin tilanteeseen sen edellyttämällä tavalla. Kun mainitsemme kategorian kirurgi, niin se vihjaa heti tietoon siitä, että kirurgin ammatillinen aktiviteetti on leikkaaminen. Jäsenkategorioihin liitetään näin aktiviteetteja, joiden katsotaan kuuluvan juuri kyseiseen jäsenkategoriaan. Aktiviteettien perusteella jäsenyyttä kategoriaareja, jotka ovat suhteessa toisiinsa oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta. Usein käytetty esimerkki itkevästä vauvasta, jonka äiti nostaa syliinsä, tuo esiin kategoriaparin ja pariin kuuluvat oikeudet ja velvollisuudet. Äidin velvollisuus on huolehtia lapsensa tarpeista ja lapsella taas on oikeus itkeä. (Silverman 1998, 78; Lepper 2000, 14.) Kategoriapareihin yhdistetään siis moraalisia odotuksia, joiden suhteen olemme vastuullisia yhteisön jäseninä. Tällaiset suhdeparit synnyttävät myös normatiivisen resurssin oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta. Niiden pohjalta voimme orientoitua ympäristöön ja toimintaan refleksiivisesti. (Housley & Fitzgerald 2009, 347-349.) Kategoriapareihin yhdistettävät oikeudet ja velvollisuudet ovat moraalisesta järjestyksen kannalta olennaisia.

Tiivistän seuraavassa jäsenkategoria-analyysin käsitteellisiä välineitä, joita Harvey Sacks (1992), Hester & Eglin (1997), Georgia Lepper (2000), Elisabeth Stokoe (2012), Jokinen & al. (2012) ja George Psathas (1999) ovat esitelleet ja työstäneet.

**Jäsenkategoria** (membership category) Kategoriat sisältävät kulttuurista tietoa, jonka tunnistamme yhteisön jäseninä. Jäsenkategoriat antavat meille vihjeitä ja viittauksia orientoitumisessa kulloiseenkin tilanteeseen ja ympäristöön.

**Jäsenkategorisointiväline** (membership categorization device, MCD). Jäsenkategorisointiväline on tulkinnallinen apparaatti, jonka avulla tunnistamme kategoriakokoelmia. Jäsenkategoriakokoelma tarkoittaa kategorioita, joiden katsomme kuuluvan yhteen. Esimerkiksi kokoelma ”perhe” voi sisältää äidin, isän ja lapsen. Kategorisointivälineet ovat keskeisiä tilanteen kontekstin määrittelyssä, niiden avulla tulkitsemme puheen kontekstia. Kyse on päättelyvälineestä, jota osaamme soveltaa ja käyttää merkityksellistäessämme ympäröivää maailmaa, ihmisiä ja tapahtumia.

**Kategoriakokoelmat** (collection of categories) ovat osa kategorisointivälinettä, ne ovat ryhmiä, jotka tunnistamme yhteen kuuluviksi, esimerkiksi mainittaessa lapsi ja äiti, tulkitsemme että kyseessä ovat perheen kategoriakokoelmaan kuuluvat jäsenkategoriat. Puhuttaessa hoitajasta ja lääkäristä tulkitsemme, että kyseessä ovat sairaalaan ammattilaisten kategoriakokoelmaan kuuluvat jäsenkategoriat. Tunnistamme näitä kokoelmia kulttuuristen sovellussääntöjen perusteella.

**Kategoriaparit** (standard relational pairs) ovat suhdekategorioita, jotka liittyvät toisiinsa tulkitessamme ihmisten toimintaa. Terveystieteissä tunnistamme heti parit potilas -lääkäri, tai ammattilainen - maallikko. Kategoriapari herättää tietynlaisia odotuksia toiminnasta ja osaamisen alueista. Kategoriapareilla viitataan kategorioihin, joista toisen mainitseminen kutsuu myös toisen mukaan keskusteluun. Esimerkiksi potilaan kategoria kutsuu sairaalassa ammattilaisen kategorian mukaan. Kategoriat organisoituvat pareiksi oikeuksien ja velvollisuuksien kautta.

**Kategoriasidonnaisella toiminnalla** (category-bound activity) viitataan tiettyyn kategorijäsenyyteen kuuluvaan aktiviteettiin, jonka tunnistamme kulttuurisen tietomme pohjalta. Tiedämme että kirurgi tekee lääketieteellisiä leikkauksia ja kampaaja taas leikkaa hiuksia. Kategoriat ja aktiviteetit valikoituvat näin toisiinsa liittyviksi. Aktiviteetin perusteella saamme vastaavasti myös tietoa jäsenkategoriasta johon aktiviteetti näyttää kuuluvan. Kategoriasidonnaisen aktiviteetin käsitettä on Sacksin jälkeen tutkittu laajemmin eri näkökulmista ja kehitelty eteenpäin. Kategoriasidonnaisiksi katsotaan myös joukko kategoriasta johdettavia perusteluita toiminnalle, kuten motiiveja, oikeuksia, velvollisuuksia, vaatimuksia, tietoa ja kompetenssia, joilla voidaan kuvata jonkin kategorian edustajan toimintaa. Esimerkiksi asiakkaalla on tiettyjä oikeuksia suhteessa vaikkapa lakimieheen. Lakimiehellä taas on tiettyjä velvollisuuksia, tietoa ja kompetenssia työssään. Lääkärillä tai sairaanhoitajalla on tiettyjä velvollisuuksia ja kompetenssia suhteessa potilaaseen ja potilaalla tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia suhteessa lääkäriin tai sairaanhoitajaan.

Kategoriasidonnaisten aktiviteettien lisäksi kategorioihin liittyy myös määreitä tai piirteitä, kuten tietoa, oikeuksia, vastuita ja velvollisuuksia, jotka liitämme rutiinisti johonkin jäsenkategoriaan kuuluvaksi.

Tulkitessamme vuorovaikutusta käytämme tiettyjä sovellussääntöjä, joiden pohjalta tulkitsemme puheen kategorisointityötä. Tällaisia sovellussääntöjä ovat taloudellisuussääntö, johdonmukaisuussääntö ja kuulijan maksimi.

**Taloudellisuussäännön** (economy rule) mukaan tunnistamme henkilön kuuluvaksi johonkin jäsenkategoriaan jo yhden maininnan perusteella, se riittää tiedoksi yhdistämään henkilö johonkin tiettyyn jäsenkategoriaan.

**Johdonmukaisuussäännöllä** (consistency rule) viitataan siihen, että yhden kategorian käyttäminen kuvaamaan henkilön jäsenyyttä jostakin kokoelmasta auttaa kuvaamaan myös muita kokoelmaan kuuluvia jäseniä. Esimerkiksi kun puhutaan äidistä, niin arvaamme, että myös isä voi kuulua tähän kokoelmaan.

**Kuulijan maksimilla** (hearers maxim) tarkoitetaan, että kategoriasidonnainen aktiviteetti on relevantti väline, kun tunnistetaan henkilön kategorijäsenyyttä. Teemme päätelmiä ihmisten identiteetistä tulkitsemalla tiettyjen normien ja aktiviteettien liittyvän toisiinsa ja kategoriasidonnaisiin tehtäviin. Kun näemme poliisinasussa olevan ihmisen ottavan kiinni toisen ihmisen, niin näemme siinä normin mukaista, odotettua poliisin jäsenkategoriaan kuuluvaa aktiviteettia. Normit liittyvät näin rutiinitoimintaan ja jäsenkategorioiden tunnistamiseen.

Olennaista on, että kategorioilla on esityksellinen ja tavoitteellinen luonne, niitä käytetään tiettyjä tarkoituksia varten tilanteessa. Ne toimivat retorisisina resursseina jonkin asian tekemiseksi. Kategoriat synnyttävät aina odotuksia vuorovaikutukselle. Odotamme tietyn kategorian jäseneltä tietynlaista vuorovaikutusta tietyssä tilanteessa. Kategoriat oikeuttavat ja velvoittavat näin toimintaa. Niihin liittyy paljon tietoa, jonka perusteella voimme tehdä päätelmiä arkielämän yhteistyössä.

### 3.2 Selontekovelvollisuus ja moraalisen järjestyksen ylläpitäminen

Selonteko on etnometodologisessa lähestymistavassa yksi keskeinen käsite. Sosiaaliset suhteet ovat myös sosiaalisia sopimuksia ja ne tuottavat sen vuoksi selontekovelvollisuutta osapuolille. Selonteon käytäntöjen avulla ylläpidetään näitä suhteita. Kategorijäsenyys synnyttää selontekovelvollisuutta toiminnasta. Terveystieteiden ammattilaiselta esimerkiksi odotamme tietynlaisia aktiviteetteja ja tähän odotukseen yhdistyy selontekovelvollisuus toiminnasta muille. (Garfinkel 1967; Scott & Lyman 1968; Buttyn & Morris 2001, 286-287.) Käyn seuraavaksi tarkemmin

läpi selontekovelvollisuuden käsitettä tämän tutkimuksen kannalta ja kuvaan sen merkitystä sairaalan sosiaalisen ja moraalisen järjestyksen ylläpitämisessä.

Richard Buttny ja G.H. Morris (2001, 286) täsmentävät selonteon käsitettä erottelemalla kahdenlaisia selontekoja. **Account of actions** viittaa selontekoihin, joilla kuvataan tapahtunutta. Tällöin selonteolla tarkoitetaan yleisemmin merkityksen antamista, jolla puhuja tuottaa versionsa tapahtuneesta. Etnometodologisessa tutkimuksessa selonteolla viitataan yleensä tähän, yleiseen inhimillisen toiminnan selostettavuuteen (Garfinkel 1967). Harold Garfinkelin ajatus toiminnan yleisestä selostettavuudesta lähtee siitä, että toiminta on havainnoitavaa ja kuvattavaa. Ihmiset reflektoivat toimintaansa ja kuvaavat sitä muille. Refleksiiviset selonteot ovat yksi vuorovaikutuksen peruselementti. Selonteot ovat tässä mielessä osa jatkuvaa merkityksen antamisen ja järjestyksen ylläpitämisen prosessia. Selonteon käytännöt ovat sidoksissa arkipäivän aktiviteetteihin ja rutiineihin, ne ovat osa sosiaalisia käytäntöjä, joissa ne tuotetaan. Selontekoja annetaan vuorovaikutuksessa kaikkialla ja ne ovat olennainen osa sosiaalisen järjestyksen ylläpitämistä. (Garfinkel 1967; Heritage 1996; Juhila 2004, 159-163.) **Accounts for actions** taas viittaa selontekoihin, joilla vastataan ongelmalliseksi tulkittuun tapahtumaan. Tällöin selonteko on korjaavaa toimintaa suhteessa tapahtuneeseen. Scott ja Lyman (1968) käyttivät selonteon käsitettä erityisesti tässä kapeammassa merkityksessä tarkastellessaan oikeuttavia ja puolustavia selontekoja puheessa.

Selontekotyö on osa myös terveydenhuollon instituution toimintaa. Anne Warfield Rawls (2010, 99) tiivistää instituutioiden sosiaaliseen järjestykseen kuuluvat piirteet ja selontekojen merkitystä järjestyksen ylläpitämisessä. Ensinnäkin muodolliset kirjalliset ohjeet ja säännöt ovat toiminnan perusta. Työntekijät ovat selontekovelvollisia näiden ohjeiden ja sääntöjen noudattamisen suhteen. Koska säännöt ja ohjeet ovat yleisellä tasolla, työntekijöiden on selonteissaan suhteutettava toimintaa näihin sääntöihin ja ohjeisiin. Yleensä on myös jokin ylempi taho, joka määrittelee viime kädessä, mikä on oikeaa sääntöjen noudattamista ongelmallisissa tilanteissa. Instituution jäsenet eivät ole toisin sanoen tasavertaisia, vaan hierarkiassa ylempi taho määrittelee viime kädessä tilanteeseen sopivan selonteon. Terveydenhuollon ammattilaisilla on näin selontekovelvollisuus tekemästään työstä monella tasolla. Selontekovelvollisuus ammatillisessa työssä liittyy yhtäältä kansalaisyhteiskuntaan ja heidän oikeuksiinsa potilaana, toisaalta ammatillisiin eettisiin ohjeisiin hyvästä ammatillisesta työstä, ja kolmanneksi vastuisiin, joita työntekijöillä on suhteessa institutionaalisiin lakisääteisiin tehtäviin sairaalassa. Selontekovelvollisuutta syntyy siis suhteessa potilaisiin, suhteessa toisiin ammattilaisiin ja suhteessa organisaation johtoon. Sairaalan työntekijöillä on yhteisön jäsenenä moraalinen velvollisuus ja vastuu toimia ohjeiden ja sääntöjen mukaan

institutionaalisten tehtävien suorittamiseksi. Tämä vastuu on yhteisön jäsenille ikään kuin itsestään selvää institutionaalisen toiminnan arjessa. Toimintaa tulee osata kuvata niin, että se sopii yhteisön normeihin. Ammatillisella on kategoriasidonnainen velvollisuus selonteon antamiseen toiminnastaan esimerkiksi, jos näyttää siltä, että ammatilliselle kuuluvat velvollisuudet eivät ole toteutuneet. (Buttny 1985, 85; Mäkitalo 2002; Shotter 1984.) Selontekoja voidaan siis tarkastella tilanteisena tietämisenä siitä, miten esimerkiksi ammatillisen tulee toimia kompetentisti sairaalassa. Selonteolla tuodaan myös esiin, mitkä asiat artikuloidaan ristiriidoiksi ja ongelmiksi. Niiden avulla voidaan jäsentää esimerkiksi sairaalan paikallisiin rutiineihin liittyviä ongelmia, jännitteitä, tehtäviä sekä kompetenssia. Ammatillinen jäsenyys toimii resurssina työntekijöille annettaessa selontekoja tapahtumista, joissa omaa ja toisten toimintaa kuvataan ja arvioidaan. (Edward 1997, 18; Mäkitalo 2003, 496.) Olennaista on tällöin, miten institutionaalinen ympäristö synnyttää selontekovelvollisuutta ja millaisia selontekoja tuotetaan juuri sairaalan toiminnassa. Selonteon antaminen on yhteydessä velvollisuuksiin ja vastuisiin joita yhteisön jäsenillä on. Ne ovat retorisia välineitä, joiden avulla tuodaan tilanteen moraaliset ulottuvuudet esiin, puhujan asemoituessa moraalisesti suhteessa tapahtumiin ja muihin ihmisiin. Normatiiviset odotukset tulevat näin esiin selontekoja annettaessa. Selontekojen retorinen luonne tässä yhteydessä on keskeistä, niiden avulla pyritään vakuuttamaan toisia osapuolia ja tuomaan esiin oma versio tapahtumista. (Buttny, 2001; Orbach 1997, 455-478; Housley 2009; Nikander 2003.)

Erving Goffmanin (1959, 1967) ajatukset vuorovaikutusjärjestyksestä ja erityisesti osapuolten kasvojen ylläpitämisestä vuorovaikutuksessa ovat lähellä selontekovelvollisuuden käsitettä. Rutiiniodotusten rikkoutuessa annettu selonteko on kasvoja säilyttävää työtä. Kasvot voidaan määritellä positiiviseksi sosiaalisiksi arvoksi vuorovaikutustilanteessa. Positiivisten kasvojen ylläpitäminen vuorovaikutuksessa on yhteydessä moraalisesti sanktioituihin sosiaalisiin odotuksiin. Mikäli positiiviset kasvot joutuvat tilanteessa uhatuksi syystä tai toisesta, niin pyrimme korjaamaan tilannetta erilaisin retorisin keinoin. Jos esimerkiksi moraalinen toimijuus on uhattuna, korjaava selonteko on yksi keino positiivisten kasvojen säilyttämiseksi ja vuorovaikutuksen harmoniseksi etenemiseksi. Selonteot toimivat näin korjaavina välineinä tilanteissa, joissa osallistujien normaalivuorovaikutuksen rutiinit häiriintyvät ja moraalinen toimijuus joutuu arvioinnin kohteeksi. Selontekojen avulla arvioidaan velvollisuuksia ja vastuita suhteessa toisiin osapuoliin, kuten potilaisiin ja kollegoihin ja hallitaan samalla ammatillista vastuuta ja moraalista toimijuutta. Selontekojen tavoite on siis ylläpitää ammatillisten kasvojen lisäksi sosiaalista ja moraalista järjestystä sairaalassa. (Emt. 1967, 5-13; Scott & Lyman 1968; Juhila 2012, 139-142.)

Moraalisen järjestyksen ylläpitäminen, vuorovaikutusjärjestys ja ammatillinen selontekovelvollisuus ovat arjen käytäntöjen tarkastelussa lähellä toisiaan. Moraalista järjestystä rakennetaan, kun eri tilanteissa neuvotellaan osapuolten toiminnasta suhteessa sairaalan, ja erityisesti kirurgian toimialan kulttuurisiin odotuksiin ja normeihin, kuten hyvään ammatilliseen työhön tai asiakaskeskeisyyteen. Selonteoissa on kyse yhtäältä sairaalan normaalin arjen ja rutiinien ylläpitämisestä, toisaalta sitä muuttavasta toiminnasta. Moraalinen järjestys tulee esiin, kun jokapäiväiset rutiinit rikkoutuvat ja jotakin arjen rutiiniodotuksista poikkeavaa tapahtuu. Tällöin moraalii liittyy erityisesti kategoriasidonnaisiin oikeuksiin ja velvollisuuksiin, joita osapuolilla on suhteessa toisiinsa. Voimme esimerkiksi ylistää tai paheksua jotakin toimintaa suhteessa henkilön vastuisiin ja velvollisuuksiin. Kun arvioimme toiminnan hyväksyttävyyttä tai paheksuttavuutta, toisten osapuolten moraalista luonnetta, henkilön luotettavuutta tai ammatillista kompetenssia, niin samalla rakennamme moraalista järjestystä. Järkeilemällä ja arvioimalla tapahtumia ja omaa tai toisten toimintaa tehdään siis samalla moraalista työtä. Arvioimme esimerkiksi toiminnan sopivuutta, rehellisyyttä tai oikeellisuutta. (Drew 1998, 295-296; Linell & Rommetveit 1998, 468-469; Juhila 2012, 132-133.)

Potilaan antama kriittinen palaute on yksi esimerkki moraalisen järjestyksen esiin tulemisesta. Asiakaskeskeisen työn rutiini rikkoutuu tällöin ja työntekijän moraalinen toimijuus asettuu arvioinnin kohteeksi, mikä synnyttää selontekovelvollisuutta. Tätä moraalisen järjestyksen ylläpitämistä, rikkoutumista ja korjaamista tehdään jatkuvasti myös sairaalassa, kuten muissakin institutionaalisissa ympäristöissä. (Bergman 1998; Drew 1998; Nikander 2002, 2007; Jokinen et. al. 2012; Shotter 1984, 12.)

Moraalisen järjestyksen käsitettä voidaan täsmentää viittaamalla kasvokkaisen vuorovaikutuksen tasolla oleviin osapuolten vastuisiin ja velvollisuuksiin. Tällöin liikutaan vuorovaikutuksen rituaalisella tasolla. Toisaalta moraalilla järjestyksellä viitataan laajempaan vuorovaikutuksen ulottuvuuteen, jonka resurssina ovat laajemmat kulttuuriset tietovarannot. Moraaliset ulottuvuudet ja moraalisen järjestyksen ylläpitäminen ovat näin mukana vuorovaikutuksessa sekä rituaalisella tasolla, että laajemmassa mielessä. Jokainen aktiviteetti on myös suhteessa vastuisiin ja velvollisuuksiin joita meillä on suhteessa toisiin osapuoliin. (Goffman 1959; Jayyusi, 1991, 243-244; Nikander 2002; Linell & Rommetveit 1998, 466-469; Heritage & Lindström 1998, 397; Kurri 2005, 11-12; Rawls 2010.)

Jörg Bergmann (1998) on tutkinut vuorovaikutuksen moraalisia ulottuvuuksia. Hänen mukaansa tilanteen moraalii tulee esiin, kun toiset osapuolet joko hyväksyvät tai paheksuvat toimintaa suhteessa normeihin. Esimerkiksi arvioitaessa omaa tai toisten työntekijöiden työtä suhteessa institutionaalsiin tavoitteisiin, tehdään moraalista työtä.



Ydinasia moraalisen järjestyksen kannalta liittyy Bergmannin mukaan valinnanmahdollisuuteen joka ihmisellä on. Pitäessämme itseämme ja toisia kykenevinä valitsemaan erilaisten vaihtoehtojen välillä, niin samalla asetumme vastuulliseksi valitusta toiminnasta ja sen seurauksista. Vastuu valitusta toiminnasta ja sen seurauksista on siis perustavanlaatuinen moraalinen ulottuvuus vuorovaikutuksessa. (Emt. 284.) Potilas ja terveydenhuollon ammattilainen ovat esimerkki kategoriaparista, johon liitetään voimakkaita moraalisia odotuksia. Ammattilaisen kategoriaan liitetään velvollisuuksia ja kompetensseja suhteessa potilaisiin ja toisaalta potilaan kategoriaan yhdistetään oikeuksia ja velvollisuuksia suhteessa terveydenhuollon ammattilaisiin. (Mäkitalo 2003; Nikander 2003; Stokoe 2012, 281.)

Asiakaskeskeisen työn velvoite on keskeinen sairaalan moraalisen järjestyksen ylläpitämisen näkökulmasta. Meillä on suomalaisen kulttuurin jäsenenä ikään kuin itsestään selvä odotus siitä, että terveydenhuollon ammattilaisen kuuluu tehdä parhaansa potilaan hyväksi ja tervehtymiseksi ja toimia työssään aina potilaan parasta ajatellen. Eettisissä ohjeissa korostetaan asiakaskeskeisyyden periaatetta ammatillisessa työssä. Ammattilaisen kategoriaan yhdistetään näin asiakaskeskeisyyden velvoite kuin itsestään selvänä asiana. Kuuluakseen ammattilaisen kategoriaan työntekijän tulee toimia asiakaskeskeisesti työssään. Asiakaskeskeinen ammattilainen on ikään kuin ammattilaisen kategoriaan kuuluva väistämätön määre. Kohdistamme terveydenhuollon ammattilaisen työhön vahvoja moraalisia odotuksia tässä suhteessa. Potilaan hyvinvointia korostavan moraalin tuo esiin sairaanhoitajien ammatillisuutta tutkinut Susan Eriksson (2003, 82). Hoitajien puheessa potilaan parhaaksi toimiminen oli ammatillisen työn tärkein velvoite. Hoitajan ammatilliseen kategoriaan yhdistettiin vahva asiakaskeskeisyyden moraalinen velvollisuus.

Esittelen seuraavaksi empiiristä tutkimusta, jota ammatillisista käytännöistä ja moraalisen järjestyksen ylläpitämisestä on tehty institutionaalisissa ympäristöissä. Yhteistä näille tutkimuksille on, että institutionaalista toimintaa tarkastellaan arjen käytännöissä syntyvänä. Työntekijät soveltavat institutionaalisia sääntöjä ja ohjeita ammatillisen osaamisensa pohjalta yksittäisiin tilanteisiin työssä ja ylläpitävät näin samalla sosiaalista järjestystä (Heritage 1984, 6; Francis & Hester 2004, 168).

Harold Garfinkelin tutkimus potilastietojen kirjaamisen käytännöistä, ”Good” organizational reasons for ”bad” clinic records (1967, 186-207) tuo esiin, miten institutionaaliset ja ammatilliset velvollisuudet yhdistyvät potilastietojen kirjaamisen käytännöissä. Potilastiedon tuottamista ei voi erottaa toiminnallisesta kontekstista. Potilastietojen kirjaaminen on työntekijöiden institutionaalinen velvollisuus, mutta se, miten kirjaaminen käytännössä tehdään, rakentuu työntekijöiden ammatillisissa käytännöissä. Garfinkel tuo esiin, miten kirjaaminen tehdään työntekijöiden

ammattillisen osaamisen ja järkeilyn pohjalta kussakin tilanteessa, huomioiden ammatillinen selontekovelvollisuus. Olennaista kirjaamisessa ammatillaisen näkökulmasta on selontekovelvollisuus työstä. Potilastietoja kirjatessaan ammatillaiset samalla oikeuttavat tehdyt toimenpiteet ja hoidon asianmukaisuuden.

Åsa Mäkitalo (2002) tarkastelee väitöskirjassaan moraalisen järjestyksen rakentumista työvoimatoimiston neuvontatyön kontekstissa. Moraalisesti arkaluontoisista asioista neuvotellaan myös työvoimatoimiston asiakastilanteissa. Arkaluontoiset asiat liittyvät tutkimuksessa asiakkaiden epäonnistumisiin työllistymisuralla. Moraalinen odotus on, että työnhakija etenee aktiivisesti kohti työllistymistä, mutta näin ei aina kuitenkaan tapahdu. Mäkitalo tuo empiirisiin esimerkeihin esiin, miten asiakas ja työntekijä keskustellessaan yhdessä pyrkivät normalisoimaan asiakkaan epäonnistumisia. Näiden keskustelujen tavoite on selontekojen avulla hallita työnhakijan moraalista asemaa vastuullisena, tulevaisuudestaan huolehtivana, työllistymään pyrkivänä henkilönä epäonnistumisista huolimatta.

Oikeudenkäyntien kontekstissa moraalisen toimijuuden ylläpitämistä on tarkastellut muun muassa Melvin Pollner (1974, 35-54). Oikeudenkäynneistä koottujen aineistojen avulla Pollner tuo esiin tilanteita, joissa todellisuus näyttäytyy osapuolille erilaisena ja tilanteessa tarvitaan korjaavia selontekoja. Hän kuvaa esimerkiksi tilannetta, jossa autonkuljettajaa syytetään oikeudessa ylinopeudella ajamisesta. Kuljettaja puolustautuu syytökseen antamalla selonteon, jossa hän ilmoittaa ylinopeuden syyksi rikkinäisen nopeusmittarin, jonka mukaan hän on ajanut. Tällä puolustavalla selonteolla hän voi siirtää vastuuta omasta toiminnastaan kohdistumaan rikkinäiseen nopeusmittariin ja samalla ylläpitää itsestään käsitystä liikennesääntöjä noudattavana kuljettajana. Selonteolla voidaan näin hallita moraalista toimijuutta rakentamalla uudelleen merkityksiä tapahtumista, joissa toimijuus on joutunut arvioinnin kohteeksi.

Lastensuojelutyön ja tuetun asumisen ympäristöissä osapuolten selontekovelvollisuutta, vanhempien ja asiakkaiden kategoriasidonnaista kompetenssia ja moraalisen järjestyksen yhteistä tuottamista ovat tarkastelleet muun muassa Slembrouck ja Hall (2003), Hall, Slembrouck ja Sarangi (2006) ja Juhila, Hall ja Raitakari (2010). Kouluympäristössä työntekijöiden ja vanhempien selontekoja, kategorisointia ja moraalisen järjestyksen rakentamista ovat tutkineet muun muassa Carolyn Baker (1997) ja Eva Hjörne ja Roger Säljö (2004), terapiatyön kontekstissa muun muassa Katja Kurri (2005). Outi Välimaa (2011) on tarkastellut väitöskirjassaan työvoimapalvelujen kontekstissa, miten kategorisointityöllä ylläpidetään sosiaalista järjestystä ja neuvotellaan pitkäaikaistyöttömän kategoriasta tilanteisesti.

Moniammatillisen työn näkökulmasta selontekoja epäonnistumisista on tarkastellut Gale Miller (1989, 30-49). Hän kuvaa, miten työntekijät määrittelevät hyvää työtä ja hallitsevat samalla ammatillisuutta moniammatillisessa projektissa. Työntekijät reflektoivat työn tavoitteita ja hyvin tehdyn työn ideaalia suhteessa arjen työhön ja ristiriitoihin odotusten ja tapahtuneen välillä. Reflektointia tehdään arvioimalla omaa ja toisten työtä suhteessa organisaation julkilausuttuihin tavoitteisiin ja ammatilliseen ideaaliin. Syntyneisiin ristiriitoihin vastataan käytännöllisin keinoin, esimerkiksi arvioimalla toisia ammattiryhmiä tehdystä tai tekemättömästä työstä. Tällä tavalla jäsenetään ongelmatilanteita ja luodaan käytännöllisiä merkityksiä ongelmille, joita moniammatillisessa työssä syntyy.

Moraalisen järjestyksen rakentumista terveydenhuollossa on tarkastellut Geoffrey Baruch (1981). Oikeudet ja velvollisuudet nousevat terveydenhuollossa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa esiin myös asiakkaita velvoittavana. Tämä tulee esiin Baruchin tutkimuksessa, jossa tarkastellaan vanhempien kertomuksia kohtaamisistaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Baruch on analysoinut erityisesti tilanteita, joissa lapsen hoito ei ole mennyt kuten oli odotettu. Tällöin tapahtuneen ja odotusten välille syntyy ristiriita, jota on käsiteltävä vanhempien ja ammattilaisten välillä. Yhteistä vanhempien kertomuksille tällaisissa tilanteissa oli, että kategorisointityötä tehtiin vanhempien huolehtivaisuuden ja moraalisen toimijuuden esiin tuomiseksi. Kategoriasidonnaiset moraaliset velvollisuudet, joita vanhemmuuden kategoriaan liitetään heräävät henkiin tilanteessa. Vanhemmat pyrkivät esittämään itsensä normaaleina, huolehtivaisina ja hyvinä vanhempina, jotka toimivat suhteessa lapseensa kuten tuon kategorian jäsenen kuuluu. Kertomuksia jäsensivät moraaliset odotukset, joita vanhempana olemiseen liitetään suhteessa lapsiin. Baruch tuo näin empiirisesti esiin, miten vanhemmuuteen liitettävät kulttuuriset odotukset tuottavat moraalisen jännitteen, joka jäsentää puhetta terveydenhuollon työntekijöiden kanssa ja tuottaa selontekovelvollisuutta vanhemmille. David Silverman (1987) on tarkastellut diabetesklinikan asiakastyön kontekstissa vanhempien itsensä tuottamista huolehtivina ja kompetentteina vanhempina, kun lapsi sairastaa diabetesta. John Heritage ja Anna Lindström (1998) tuovat omassa tutkimuksessaan esiin, miten äidin kategoriasidonnaiset moraaliset velvollisuudet nousevat puheessa esiin äitiysvastaanotolla, vaikka ne eivät ole suoranaisesti esillä keskustelussa. Äidin ja ammattilaisen kategorioiden oikeudet ja velvollisuudet tulevat epäsuorasti esiin kategoriavalinnoissa ja niihin liitetyissä aktiviteeteissa ja kompetensseissa vastaanoton vuorovaikutustilanteessa. Patrick Dillon (2011) puolestaan tuo tutkimuksessaan esiin, miten omasta terveydestä huolehtimisen moraaliset ulottuvuudet nousevat esiin perusterveydenhuollon vastaanottotilanteissa. Kategoriasidonnaiset oikeudet ja

velvollisuudet, sekä moraalisen toimijuuden ylläpitäminen nostetaan esiin selonteissa terveydentilasta. Kun asiakkaan terveydentilassa on esimerkiksi tapahtunut jotakin epäsuotavaa, neuvotellaan asiakkaan vastuusta suhteessa tapahtuneeseen. Puolustava täsmentäminen ja vaihtoehtoisten kategorioiden esiin nostaminen toimivat retorisisina välineinä puhuttaessa asiakkaan terveydentilasta ja siihen johtaneista tapahtumista. Näiden keinojen avulla asiakas voi esittää itsensä vastuullisena ja itsestään huolehtivana ihmisenä sairastumisesta huolimatta.

Kaikissa näissä tutkimuksissa tuodaan esiin, miten selontekovelvollisuus ja moraalisen järjestyksen ylläpitäminen liittyvät toisiinsa erilaisissa institutionaalisissa konteksteissa. Sosiaaliset odotukset, joita kategorioiden jäseniin liitetään kussakin tilanteessa synnyttävät selontekovelvollisuutta. Selontekojen avulla osapuolet hallitsevat moraalista toimijuutta ja kompetenssia tilanteisesti ja paikallisesti. Lisäämällä kategorioihin esimerkiksi tilanteisia määreitä, voidaan täsmentää omaa näkökulmaa tapahtuneesta. Selonteilla voidaan näin hallita moraalista toimijuutta ja ylläpitää sosiaalista järjestystä.

### **Oikeuttavat, puolustavat ja syyttävät selonteot moraalisen järjestyksen ylläpitämisessä**

Tarkastelen seuraavaksi lähemmin selontekoja, joilla vastataan erityisesti ongelmalliseksi koettuihin asioihin (**accounts for actions**). Selontekoja ja niissä käytettyjä retorisia keinoja on eritelty erityisesti rutini-odotusten rikkoutuessa ja toiminnan joutuessa arvioinnin kohteeksi.

”By an account we mean a statement made by a social actor to explain unanticipated or untoward behaviour - whether that behaviour is our own or that of others, and whether the proximate cause for the statement arises from the actor himself or from someone else”

(Scott & Lyman 1968, 46).

Selontekoihin liittyy siis arvioiva ulottuvuus, jolla on merkitystä moraalisen toimijuuden ja sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisen kannalta. Esimerkiksi kun työntekijä myöhästyy töistä, niin hänelle syntyy selontekovelvollisuus siitä, miksi hän myöhästyi töistä ja rikkoi samalla työntekijän moraalista velvollisuutta tulla töihin sovittuun aikaan. Epäily normatiivisen odotuksen rikkomisesta synnyttää selonteon. Jos vastuu tapahtumasta liitetään omaan toimintaan, niin selonteko voi sisältää esimerkiksi tunnustuksia, anteeksipyyntöjä tai puolustuksia ja oikeutuksia. Jos vastuu liitetään toisiin, niin selonteot voivat sisältää ylistämistä tai syytöksiä. Selontekojen on

katsottu kulkevan lieventämisen (mitigation) ja suurentelun (aggravation) välisellä alueella. (Bergmann 1998, 286-287; Buttny 1985, 59; Juhila 2012, 136-143.)

Marvin Scott ja Stanford Lyman (1968) ovat analysoineet yksityiskohtaisemmin tilanteita, joissa toiminta tulee moraalisen arvioinnin kohteeksi. Tällöin selonteissa ikään kuin vastataan implisiittiseen syytökseen tai kritiikkiin. Scott ja Lyman jakavat selonteot kahteen pääkategoriaan, oikeuttaviin ja puolustaviin. Puolustavien (excuse) ja oikeuttavien (justification) selontekojen avulla neuvotellaan vastuista, velvollisuuksista ja oikeuksista, joita ristiriita moraalisten odotusten ja tapahtuneen välillä tuo esiin. Molempia voi pitää neutralisoinnin keinoina, joilla tuotetaan moraalisesti hyväksyttävämpi versio tapahtuneesta. Tapahtunut voidaan tulkita näin sosiaalisesti hyväksyttävämmäksi ja toimijoiden positiivisia kasvoja ylläpitäväksi. Selonteon avulla voidaan siis retorisesti korjata syntyneitä negatiivista käsitystä tapahtuneesta. Oikeuttavien ja puolustavien selontekojen ero tulee esiin esimerkiksi tilanteessa, jossa sotilas on tappanut toisen ihmisen. Sotilas myöntää tappaneensa toisen ihmisen, mutta kieltää teon moraalisen paheksuttavuuden täsmentämällä, että hänen kuuluikin kuolla, koska hän oli vihollisen edustaja. Tällä täsmennyksellä hän oikeuttaa tekemäänsä tekoa. Jos sotilas sen sijaan myöntää, että tappaminen oli väärin, mutta hän teki sen koska hänen on käsketty tappaa, niin kyseessä on puolustava selonteko. Sotilas myöntää tällöin teon paheksuttavuuden, mutta kieltää omaa vastuutaan teosta. Vastuu on johtajilla, joiden ohjeita hänen on noudatettava. (Emt. 47.)

**Puolustavat selonteot (excuses)** ovat siis sosiaalisesti hyväksytyjä puhetapoja, joilla lievennetään vastuuta tapahtuneesta toiminnan joutuessa kriittisen arvioinnin kohteeksi. Puolustavassa selonteossa siis hyväksytään teon sopimattomuus, mutta kielletään kokonaisvastuu teosta ja pyritään neutralisoimaan tekoa. Scott ja Lyman (1968, 48-51) ovat eritelleet tyypillisten puolustavien selontekojen rakennetta. Tapahtunut voidaan tulkita esimerkiksi vahingoksi tai sattumaksi. Paheksuttavaa tekoa ei tehdä jatkuvasti. Vetoamalla tapahtuneen kohtalomaisuuteen ja ulkopuolisiin voimiin voidaan myös vähentää vastuuta teosta. Biologisiin seikkoihin vetoamalla voidaan esimerkiksi todeta, että väsymys tai muut ruumiilliset seikat olivat syynä tapahtuneeseen. Puolustavassa selonteossa voidaan viitata esimerkiksi siihen, ettei tekohetkellä ollut tarpeeksi tietoa asiasta, tai ettei asianomaisella ollut vapaata tahtoa päättää asiasta, vaan teko toteutettiin toisen tahon päätöksellä. Näin omaa vastuuta tapahtuneesta voidaan vähentää. Vedottaessa syntipukkiin puolustetaan kyseenalaista toimintaa sanomalla oman teon olleen vain reagointia jonkun toisen toimintaan. Näillä kaikilla retorisisilla keinoilla voidaan vähentää omaa vastuuta tapahtuneesta, neutralisoida tapahtuneen paheksuttavuutta ja samalla ylläpitää kompetenttia yhteisön jäsenyyttä ja moraalisesti hyväksyttäviä kasvoja.

Paul Drewn (1998) käyttämä käsite puolustava täsmentäminen (defensive detailing) on yksi esimerkki retorisesta työstä jota tehdään, kun pyritään hallitsemaan vastuuta suhteessa moraalisesti epäilystä herättäviin tapahtumiin. Täsmentämällä omaa ja toisten toimintaa arvioidaan tapahtuneen suhdetta sosiaalisiin odotuksiin ja yhteisön toiminnan standardeihin. Täsmentämisen avulla voidaan esimerkiksi osoittaa tapahtuneen ongelmallisuus, mutta samalla tuoda esiin, ettei normatiivisia odotuksia ole rikottu. (Emt. 297). Esimerkiksi epäammattilliseksi arvioitua tekoa voidaan näin jälkikäteen täsmentää ja pyrkiä muuttamaan vastuusuhteita tapahtuneesta.

**Oikeuttavat selonteot (justifications)** rakentuvat puhetavoista, joilla neutralisoidaan tapahtunutta tekoa ja sen seurauksia. Oikeuttavan selonteon tavoitteena on yhdistää tehtyyn tekoon positiivinen arvo kyseenalaisen sijaan. Oikeuttavassa selonteossa otetaan vastuu teosta, ja tunnustetaan yleisellä tasolla, että teko on sopimatonta. Puhuja hyväksyy vastuun tapahtuneesta, mutta ei teon paheksuttavaa merkitystä. Oikeuttavia neutralisoinnin tapoja ovat esimerkiksi vahingon kieltäminen, jolloin tekijä myöntää teon, mutta vetoaa siihen, että se oli sopivaa ja hyväksyttävää, koska ei aiheuttanut haittaa kenellekään. Esimerkiksi sanomalla ”lainasin vain pyörää, en varastanut,” kielletään mahdollinen vahinko. Uhrin kieltämisellä taas asetetaan asemaan, jossa teko oli sallittu, koska uhri ansaitsikin saada vahingon. Uhri esitetään tällöin moitittavassa valossa. Uhrin kategoriaan yhdistetään moraalinen paheksuttavuus. Moraalisesti paheksuttavien kategoriaan kuuluvien vahingoittaminen saadaan oikeuttavan selonteon avulla näyttämään hyväksyttävältä. (Scott & Lyman 1986, 51.) Teon moraalista merkitystä voidaan näin pyrkiä muuttamaan retorisesti.

Marvin Scott ja Stanford Lyman (1968) korostavat, että yhteisön jäsenten on tunnistettava sosiaalisesti hyväksyttävät selonteon käytännöt ollakseen yhteisön kompetentteja jäseniä. Selonteon käytännöt ovat näin osa paikallisen järjestyksen ylläpitämisen rutiineja (Emt. 52). Selontekojen tilanteinen luonne on olennainen, selonteot ovat aina vastauksia kussakin tilanteessa syntyviin odotuksiin. Haastatteluja palautteiden vastaanottamisesta arjen työssä on siis analysoitava yhteisön jäsenten paikallisina ja tilanteisina selontekoina. Ne ovat kirurgian toimialalla relevantteja selontekoja tapahtumista.

### 3.3 Yhteenveto

Se, miten asiakaspalautteisiin orientoidutaan arjen työssä ja miten potilaiden antamat palautteet asettuvat moniammatillisiin käytäntöihin sairaalassa, on olennaista sekä

kansalaisten osallistumisen tavoitteiden edistämisen kannalta että terveydenhuollon palvelujen kehittämisen näkökulmasta. Tarkastelemalla palautteita osana arjen käytäntöjä voidaan saada lisää tietoa näiden tavoitteiden edistämiseksi. Etnometodologinen lähestymistapa antaa menetelmällisiä välineitä aiheen tarkasteluun arjen käytäntöjen tasolla. Menetelmä tuo havainnollisesti esiin sen, miten palautteet rakentuvat osana arjen toimintaa ja miten asiakaskeskeinen hoito tai ammatillinen jäsenyys ja siihen liitettävät määreet syntyvät vuorovaikutuksen tuloksena.

Puhuttaessa palautteista neuvotellaan samalla kansalaisen ja ammattilaisen välisestä suhteesta. Kategorioiden pysyvyys ja tilanteisuus tulee neuvottelussa esiin. Pysyvämmät kategoriat, kuten potilas ja ammattilainen saavat tilanteisempia määreitä, kuten aktiivinen potilas tai refleksiivinen ammattilainen. Tilanteinen kategorioiden työstäminen on olennaista yhteisön jäsenten järkeillä tapahtumia. Kategorioita työstämällä voidaan reflektoida muutosta, joka palvelujärjestelmässä on meneillään. Työstämällä esimerkiksi potilaan ja ammattilaisen kategorioita tilanteisesti ja antamalla niille lisämääreitä, voidaan järkeillä muutosten merkitystä arjen työssä.

Ammatillinen selontekovelvollisuus liittyy kategoriasidonnaisiin aktiviteetteihin ja oikeuksiin, velvollisuuksiin ja vastuisiin, joita terveydenhuollon ammattilaisen kategoriaan yhdistetään. Selontekojen avulla neuvotellaan vastuiden jakautumisesta ja oikeuksista ja velvollisuuksista, joita kullakin työntekijällä on sairaalan toiminnassa. Selontekoja tarkastellaan yleensä joko laajempina yleisenä tapahtumien reflektoisena, jolla tarkoitetaan yleistä selontekovelvollisuutta (Garfinkel 1967), tai rajatummissa tarkoituksessa, jolloin selonteolla viitataan erityisesti ongelmallisten tapahtumien reflektointiin ja jäsentämiseen. (Scott & Lyman 1968.) Analysoidessani puhetta kriittisen palautteen vastaanottamisesta, hyödynnän selonteon käsitettä jälkimmäisellä tavalla. Kriittisen palautteen vastaanottamisen käytäntöjä sairaalassa voidaan näin tuoda havainnollisesti esiin tarkastelemalla työntekijöiden selontekoja ja arjen järkeilyä. Selonteot toimivat haastatteluissa merkityksen rakentamisen ja ristiriitojen jäsentämisen välineinä. Samalla tuotetaan sosiaalista ja moraalista järjestystä kirurgian toimialalla.

# 4 Tutkimuksen toteuttaminen

## 4.1 Tutkimusaineisto

Tutkimukseni pääaineisto koostuu nauhoitetuista sairaalan työntekijöiden haastatteluista. Haastatteluihin osallistui kirurgian toimialan työntekijöitä eri ammattiryhmistä. Tausta-aineistona on osallistuvan havainnoin aikana koottuja muistiinpanoja, keskusteluja sosiaalityöntekijäkollegojen ja potilasasiamiehen kanssa sekä potilaiden antamien palautekorttien tekstejä.

Tutkimuksen ympäristö on yhden suuren suomalaisen sairaalan kirurgian toimiala, jolla hoidetaan tuki- ja liikuntaelinsairauksia sekä tapaturmia. Aineiston kokoamisen aikaan, 2000-luvun alussa tutkimusympäristönä olevilla kahdella osastolla ja poliklinikalla hoidettiin sekä päivystyspotilaita, että leikkausjonosta tulevia, niin sanottuja kiireettömiä potilaita. Päivystyspotilaiden hoitoon tulon syynä on yleensä jonkinlainen tapaturma, esimerkiksi liikenneonnettomuus, kaatuminen, putoaminen tai jonkin koneen käytön yhteydessä sattunut tapaturma. Leikkausjonosta potilaat taas tulevat useimmiten jonkin liikuntaelimen korjaustoimenpiteeseen, kuten esimerkiksi lonkka- tai polviproteesin asettamista varten. Tuki- ja liikuntaelinkirurgia keskittyy toimenpiteisiin, ja sen vuoksi potilaiden osastolla viettämä aika on lyhyt: keskimäärin 4-5- vuorokautta. Hoitoaikojen lyhyden vuoksi arjen työ on nopeatempoista ja potilaat vaihtuvat viikottain. Nyt, vuonna 2016 hoitoajat ovat keskimäärin muutamia päiviä. Haastatteluissa osastoja kuvattiin seuraavasti:

*”Tää on päivystysosasto, se on semmonen, joka muokkaa tätä työyhteisöä, elikkä tää on semmonen kiireinen, asiat muuttuu kokoajan”. ”Meil on osastolla aika paljo tämmönen, äkkiä sinne, äkkiä tänne, äkkiä sinne, tänne, tonne ja sun pitää olla viidessä paikassa yhtä aikaa ja kaikki vaatii esimerkiks”. ”Hotellipalveluja ei tarjota”.*

Työntekijöiden haastatteluja on yhteensä 20 kappaletta. Jokaiseen haastatteluun osallistui vain yhden ammattiryhmän jäseniä kerrallaan. Yksilöhaastatteluja on 12 ja ryhmähaastatteluja 8. Haastatteluihin käytetty aika vaihteli puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. Kaikki haastattelut äänitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan, lukuun ottamatta ensimmäistä tehtyä kolmen hengen ryhmähaastattelua



fysioterapeuttien kanssa, josta kirjoitin vain muistiinpanot. Tein haastatteluja työni ohessa, silloin kun mahdollisuus siihen tarjoutui. Yksilö- tai ryhmähaastattelu valittiin sen mukaan, miten kukin piti luontevana tulla mukaan haastatteluun, tai mikä sopi parhaiten työaikatauluihin. Valinta tehtiin siis käytännöllisin perustein, tilanteen mukaan.

Haastattelujen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten ammattiryhmien jäsenet tekevät ymmärrettäväksi asiakaspalautteita ja siihen liittyvää työtä kirurgian toimialalla. Miten asiakaspalautteiden vastaanottamiseen orientoidutaan osana moniammatillista työtä ja institutionaalisia tavoitteita. Haastatteluja voi pitää institutionaalisen vuorovaikutuksen näkökulmasta takanäyttämöllä tuotettuina. Kyseessä ei ollut asiakastilanne tai virallinen hoitoneuvottelu potilaista, vaan työntekijöiden keskinäinen puhe työstä ja potilaista (Sarangi & Roberts, 1999, 22-23). Vuorovaikutuksessa oli kuitenkin myös julkisen tilanteen piirteitä, koska haastattelut äänitettiin ja niistä oli tulossa analysoitavaa aineistoa väitöskirjaan. Rooliani haastattelijana voi kuvata yhteisön jäseneksi ja kollegaksi, joka osallistui aktiivisesti aineiston tuottamiseen. Haastattelut olivat keskustelunomaisia tilanteita kollegojen kesken, vaikka niissä käytiinkin läpi etukäteen laadittuja kysymyksiä, joiden pohjalta keskustelu eteni.

Taulukko 4. Haastatteluaineisto

Ammattiryhmä	Yksilöhaastattelu	Ryhmähaastattelu	Henkilömäärä
perushoitaja	x		1
perushoitaja	x		1
osastonhoitaja	x		1
sairaanhoidaja	x		1
fysioterapeutti	x		1
erikoislääkäri	x		1
erikoislääkäri	x		1
ylilääkäri	x		1
ylilääkäri	x		1
ylivoitaja	x		1
osastonsihtööri	x		1
osastonsihtööri	x		1
sairaala-huoltajat		x	2
sairaalahuoltajat		x	2

erikoistuvat lääkärit		x	2
fysioterapeutit		x	2
fysioterapeutit		x	3
puhelinvaihteen työntekijät		x	3
sairaanhoitajat		x	6
sairaanhoitajat		x	6

Haastatteluihin osallistui yhteensä 38 henkilöä. Ne litteroitiin sanasta sanaan. Valtaosan litterointityöstä teki yhden osaston sihteeri, neljä haastattelua litteroin itse. Aineisto on kokonaisuudessaan koottu vuosien 2000 - 2001 aikana. Tausta-aineistona on keskustelija sairaalan potilasasiamiehen ja muiden osastojen sosiaalityöntekijöiden kanssa. Ne toimivat itselleni taustoittavana ja orientoivana tietona, niitä ei äänitetty tai kirjattu sanasta sanaan systemaattisesti. Luin myös potilaiden osastoille jättämien palautekorttien sisällöt läpi. Ryhdyin myös työni ohessa havainnoimaan arkisia tilanteita, joissa potilaat antoivat suullisesti palautetta työntekijöille. Kiinnostukseni kohteena olivat erityisesti tilanteet, joissa potilaat antoivat kriittistä palautetta hoidostaan. Halusin saada käsityksen siitä, mitä tilanteissa tapahtuu ja miten vuorovaikutus yleensä etenee näissä tilanteissa. Nämä havainnot toimivat myös tausta-aineistona palautteisiin liittyvien vuorovaikutuskäytäntöjen ymmärtämiseksi. Sain käsityksen siitä, miten ne näyttivät rakentuvan osana arjen rutiinivaihtelua ja millaisia kirurgian toimialalle tyypillisiä piirteitä niihin näytti kuuluvan.

Kirjasin muutamilta potilaskierroilta vuorovaikutuksen kulkua sen verran kun ehdin, saadakseni yksityiskohtaisemman käsityksen yhdestä keskeisestä vuodeosaston vuorovaikutusrutiinista. Havainnointi auttoi vuorovaikutustilanteiden analysoimisen oppimisessa ja sosiaalityöntekijän roolista etääntymisessä. Havainnoinnin myötä opin vähitellen kiinnittämän huomioni vuorovaikutuksen yksityiskohtiin potilaiden ja ammattilaisten välillä. Kirjoitin myös jonkin verran muistiinpanoja aineiston kokoamisen herättämistä ajatuksista sekä kokemuksista. Tein samalla ammatillista työtäni osastoilla ja tämä kahden roolin yhdistäminen herätti paljon ajatuksia. Kirjoitin sosiaalityöntekijän ja aineiston keräämisen yhdistämiseen liittyvistä ongelmista. Roolien yhdistäminen sai aikaan ristiriitaisia ajatuksia. Sisä- ja ulkopuolisuuden kokemukset näyttivät olevan keskeinen ristiriita, jonka tunnistin tässä vaiheessa. Siirtyminen kohti ulkopuolisuutta tapahtui vähitellen. Olen kirjoittanut muistiinpanoihin 18.1.2001: ”tajuun jotenkin, että sosiaalityöntekijäisyys on vain yksi sosiaalinen identiteetti, eikä se määrittele minua, jos en itse halua.” Tässä vaiheessa olen ehkä kyennyt tarkastelemaan

sairaalan toimintaa jo enemmän kokonaisuutena, en pelkästään sosiaalityöntekijän roolista katsoen.

Taulukko 5. Pääaineisto ja tausta-aineistot

Pääaineisto	Tausta-aineistot
20 kollegahaastattelua eri ammattiryhmien jäsenten kanssa	Osallistuvaa havainnointia palautetilanteista työn ohessa puolen vuoden ajan, muistiinpanoja havainnoista ja aineiston tuottamisen herättämistä ajatuksista
	Potilaiden antamien palautekorttien läpikäynti
	Keskusteluja potilasasiamiehen ja muiden sairaalan sosiaalityöntekijöiden kanssa
	Potilaiden antama palaute osana rutiinityötä

Aineistoksi oli tarkoitus saada myös kirjallisia muistutuksia. Sairaalan eettinen toimikunta ei kuitenkaan antanut tuolloin, 2000-luvun alussa lupaa muistutusten näkemiseen. Perusteluina kielteiselle päätökselle oli, että kirjallinen lupa muistutusten tutkimiseen olisi pitänyt pyytää myös muistutusten antajilta ja lisäksi muistutuksissa näkyi muistutusten kohteena olevien työntekijöiden nimet, jota ei pidetty hyvänä asiana. Eettisen toimikunnan päätös vaikutti tutkimuskysymysten muotoutumiseen ja tutkimuksen lopullisiin kysymyksiin. Keskityin tutkimuksessani haastatteluaineistojen analyysiin.

Pääaineisto muodostuu siis työntekijöiden haastatteluista. Olen poiminut myös havaintopäiväkirjasta muutamia esimerkkejä esille. Havainnointiaineistoja en ole halunnut tuoda laajemmin esille, koska mielestäni sisäpuolisuuden ansiosta saamani mahdollisuus ei oikeuta minua tuomaan havaintoja julki. Niiden merkitys aineistojen analyysin taustana on kuitenkin tärkeä. Palatessani havainnointimateriaaleihin tutkimuksen loppuvaiheessa saatoin huomata niiden olevan samansuuntaisia haastattelu-esimerkkien kanssa. Havainnoilla on siis ollut paikkansa tutkimusprosessin kokonaisuudessa. Haastattelut on numeroitu siten, että jokaisen luvun aineisto-otteet alkavat numerosta 1. Tällöin saman haastateltavan puhetta voi olla eri luvuissa eri

numeron alla, eikä puhujaa voi yksilöidä. Ammattiryhmän jäsenyys on ilmoitettu aina kunkin otteen kohdalla.

### **Kollegahaastattelut työn ohessa**

Aineiston kokoamiseksi ryhdyin päivittäisen työni ohessa haastattelemaan työtovereitani palautteista. Haastattelutilanteissa keskustelimme etukäteen valmistelemani teema/kysymyslistan pohjalta siitä, miten potilaiden antamat palautteet ja siihen liittyvä työ nähtiin yhtäältä osana omaa ammatillista työtä ja toisaalta osana moniammatillista työnjakoa ja institutionaalisia tavoitteita. Haastattelutilanteissa oli siis vain yhden ammattiryhmän jäsen tai jäseniä paikalla. Ne tehtiin useimmiten osastoilla, muilta suojatussa tilassa.

Aloitin haastattelemisen fysioterapeuteista, koska se tuntui helpoilmalta: he olivat mielestäni asemaltaan lähinnä sosiaalityöntekijää. Fysioterapeutit eivät kuuluneet hallinnollisesti osastojen työntekijöihin, kuten eivät sosiaalityöntekijäkään, vaikka työtä tehtiinkin osastoilla. Olin alustavasti arvioinut, että lääkäreitä olisi vaikeaa rekrytoida mukaan haastatteluun, hoitajia sen sijaan helppoa. Käytännössä asia oli toisinpäin. Lääkäreiden kanssa haastattelut etenivät, mutta hoitajien kanssa ei edistytty. Hoitajilla oli yleensä kesken jokin työ tai tulossa uusia tehtäviä juuri, kun olimme sopineet haastattelun alkavan. Jouduimme perumaan useita haastatteluajoja, ja lopulta sovittiinkin hoitajille ryhmähaastattelut ns. osastotunneille, joka on hoitajien yhteinen viikoittainen kokoontuminen ajankohtaisten asioiden käsittelyä varten. Hoitajat toivoivat molemmilla osastoilla myös osastonhoitajan tulevan mukaan ryhmähaastatteluun. Ryhmähaastattelut syntyivät siis käytännöllisten seikkojen perusteella ja ne olivat kaikki sellaisia, joissa oli vain yhden ammattiryhmän jäseniä mukana.

Osa haastatteluista tehtiin siis kahden kesken ja osa ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastatteluihin osallistui kahdesta kuuteen työntekijää. Jälkeenpäin analyysivaiheessa mietin, että olisi ollut kiinnostavaa tehdä myös sellaisia haastatteluja, jossa on useamman ammattiryhmän edustajia yhtä aikaa mukana. Sairaalan sisäpuolisen asemasta käsin ammattiryhmittäinen jako tuntui kuitenkin luontevimmalta, enkä osannut kuvitella tällaista haastattelutilannetta. Oletin todennäköisesti, että keskustelut ovat vapautuneempia, kun haastattelen vain yhden ammattiryhmän edustajia kerrallaan. Ammattiryhmät jäsensivät käsitystäni moniammatillisesta työstä niin vahvasti, että en osannut kuvitella muunlaisia kokoonpanoja haastattelutilanteisiin. Tämä tulkinta kertoo myös

vuorovaikutuskäytännöistä kirurgian toimialalla. Ammatillinen jäsenyys määrittelee arjen vuorovaikutusta vahvasti.

Organisoidessani haastatteluja kysyin työtovereilta osastoilla, ketä minun kannattaisi heidän mielestään haastatella palautteista. Lähes aina kehoitettiin haastattelemaan ylilääkäreitä. Tämä viitanee siihen, että aihepiiri nähtiin ennen kaikkea hallinnollisena asiana ja sen vuoksi eniten tietoa asiasta katsottiin olevan ylilääkärin asemassa olevalla. Tämä voi kertoa myös hierarkian ylläpitämisestä, johtavassa asemassa olevan vastuulle kuuluu puhua palautteista sairaalan ulkopuolisille tahoille.

## 4.2 Kenttätyötä sisäpuolisena

*”Missäs huoneessa se pirstaleinen nilkka olikaan?”*

(Kirurgi kysyy käytävällä olevilta hoitajilta tullessaan osaston ovesta sisään)

Etnografiseen tutkimusprosessiin kuuluu piirteitä, joiden pohtiminen on tärkeää tutkimuksen laadun kannalta. Tutkijan on oltava tietoinen omasta positiostaan ja tuotava esiin sen merkitys tutkimukselle ja tutkimussuhteelle (Rastas 2005, 95). Se, että olin valmiiksi sisäpuolinen ja yhteisön jäsen tutkimusympäristössä on tärkeä asia tutkimuksen menetelmällisestä näkökulmasta.

Etnografinen tutkimus voidaan nähdä kapeammin vain aineiston keruutapana, tai laajemmin, kokonaisvaltaisena lähestymistapana tutkimuksen tekemiseen (Honkasalo 2008, 4; Huttunen 2010, 39). Etnografisen tutkijan vahvuus on arjen prosesseihin lähelle pääsemisessä. Tämä edellyttää yleensä pitkäaikaisempaa osallistumista tutkimusympäristön arkeen. Olennaista on kentällä oleminen ja aineiston tuottaminen yhdessä tutkimukseen osallistuvien kanssa. Henkilökohtainen vuorovaikutus ja luottamus ovat edellytyksiä aineiston tuottamiselle ja tutkijan suhde kenttään voi muodostua läheiseksi. Tämä tekee etnografisesta aineiston tuottamisesta kokonaisvaltaisen prosessin, jossa tutkijan asema muuttuu tutkimuksen edetessä. Tutkija siirtyy kontekstista toiseen tutkimuksen edetessä kenttätyöstä analyysivaiheeseen. Tutkijan aseman tunnistaminen eri vaiheissa on siksi tärkeä. Kentän tulkitseminen kulttuurisena konstruktiona auttaa oman paikan reflektoinnissa tutkimuksen eri vaiheissa. (Honkasalo 2008, 6; Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014.)

Kentän käsite on keskeinen etnografisessa tutkimuksessa. Kenttätyötä on perinteisesti tehty muualla, vieraassa kontekstissa. Kentän käsitteen avulla on voitu reflektoida aineiston tuottamisen prosessia, joka on keskeistä etnografisessa

tutkimuksessa. Etnografian kenttinä ovat nykyisin esimerkiksi koulut, sairaalat, työvoimatoimistot, yritykset ja erilaiset sosiaalihuollon yksiköt, joiden arkisia käytäntöjä analysoidaan etnografisen aineiston avulla. Aineiston analyysissä voidaan hyödyntää hyvinkin erilaisia teoreettisia ja analyttisiä välineitä. Kentän voikin nykyetnografiassa tulkita joustavana käsitteenä, jolla viitataan erilaisiin toiminnan konteksteihin. Sillä voidaan viitata fyysiseen paikkaan, mutta yhtälailla kulttuurisiin konteksteihin ja tulkintayhteisöihin. (Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014; Fabian & deRoij 2008, 614.)

Sisäpuolisuuden ja ulkopuolisuuden dynamiikka on keskeinen etnografista tutkimusta jäsentävä asia. Sisäpuolisuuden tuomaa kulttuurista tietoa onkin hyödynnetty uudemmissa etnografioissa esimerkiksi terveydenhuollon toimintaa tutkittaessa (Allen 2004). Toinen etnografista tutkimusta jäsentävä ulottuvuus on etäisyys ja läheisyys. Tutkimusprosessin edetessä tutkija yleensä siirtyy sisäpuolisesta ulkopuoliseksi ja samalla läheisyydestä siirrytään etämmälle. Etäntymisen prosessi kuuluu analyysivaiheeseen. Läheisyys vähenee tulkintakontekstin muuttuessa, siirryttäessä aineiston tuottamisesta analyysivaiheeseen.

Etnografi tulee yleensä tutkimansa yhteisön ulkopuolelta. Ensimmäinen tehtävä on tällöin päästä asettumaan sisälle tutkimusympäristöön ja yhteisöön. Mahdollisimman sisäpuoliseksi pääseminen ja takanäyttämön tapahtumiin osallistuminen nähdään tärkeänä aineiston tuottamisen kannalta. Luottamuksen syntyminen yhteisön jäsenten ja tutkijan välillä nähdään ratkaisevana. Yhteisöön sisällepääsyyn liittyvät kertomukset ovat olennaisia tutkimusprosessia kuvattaessa. Niiden avulla lukija saa käsityksen, millaiseen tietoon tutkijalla on ollut pääsy. (Anspach & Mizrahi 2006, 721; Huttunen 2010, 57.)

Tässä tutkimuksessa olin valmiiksi yhteisön sisäpuolinen toimija, jolloin sisäpuolisen asemaa ei tarvinnut tavoitella erikseen. Aineiston tuottamisen prosessi oli erilainen, kuin organisaation ulkopuolelta tulevan tutkijan kannalta olisi ollut. Aloittaessani aineiston kokoamisen olin valmiiksi legitiimi yhteisön jäsen ja sisäpuolinen toimija. Minulla oli pääsy takanäyttämön tapahtumiin ammatillisen roolini ansioista. Osasin aineistoa tuottaessani ilmaista asioita samalla kielellä muiden sairaalan työntekijöiden kanssa. Se oli juuri näille osastoille ominainen kieli, jonka saattoi oppia vain yhteisön jäsenyyden kautta. Tunnistin kulttuurisen tietovarannon, jonka varassa arjessa toimittiin. Osasin myös käytännöllisen logiikan ja toimintatavat, jota työn suorittaminen näillä osastoilla edellytti. Minulla oli arkipäivän sujumisen kannalta olennaista paikallista tietoa, jonka varaan yhteisön kompetentti jäsenyys rakentuu. Yhteisön sisäpuoliseksi pyrkimiseen liittyviä vaiheita ei tarvinnut näin ollen tehdä, vaan saatoin ryhtyä aineiston kokoamiseen työni ohessa. Luottamussuhde työtovereihin oli

jo olemassa, koska minulla oli legitiimi asema ja paikka työntekijänä institutionaalisten tehtävien toteuttamisessa. Tehtäväni oli enemmänkin kyetä siirtymään etäämmälle ja ulkopuolisemmaksi yhteisöstä.

Ryhtyessäni kokoamaan aineistoja olin muiden työntekijöiden tavoin tietämätön aiheen teoreettisista jäsennyksistä. En ollut tutkimusyhteisöstä tuleva tutkija, jolla olisi ollut käytössä teoreettiset käsitteet esimerkiksi sairaalaorganisaation hierarkiasta, vuorovaikutustavoista tai relevanteista sosiologisista kategorioista. Haastattelujen teematkin on näin ollen koottu sairaalayhteisön jäsenen näkökulmasta. Tavoitteeni oli saada mahdollisimman paljon tietoa palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyvistä arkisista käytännöistä muiden sairaalan työntekijöiden kuvaamana ja arvioimana. Halusin tietää enemmän siitä, miten palautteisiin orientoitutaan osana ammatillista ja institutionaalista työtä kirurgian toimialalla.

Vaikka olin siis teoreettisesta näkökulmasta sisäpuolisen asemassa, kokemukseni mukaan olin kuitenkin siinä mielessä ulkopuolinen, että en kuulunut osastojen henkilökuntaan, olin vain päivittäinen vierailija osastoilla. Edustin lisäksi mielestäni sosiaalityöntekijänä viitekehystä, jota kellään muulla ei ollut osastojen työyhteisössä ja se toi ulkopuolisuuden kokemuksen päivittäiseen työhön.

Sairaalan legitiiminä jäsenenä läsnäoloni eri tilanteissa ei vaikuttanut osastojen arkisiin rutiineihin ja puheisiin millään tavalla, toisin kuin ulkopuolisen tutkijan läsnäolo olisi ehkä vaikuttanut. Potilaiden antamasta kriittisestä palautteesta kiinnostuminen nähtiin todennäköisesti sosiaalityöntekijän ammatilliseen rooliin kuuluvana asiana. Sosiaalityöntekijä on usein apuna esimerkiksi potilasvahinkoilmoitusten tekemisessä ja sosiaalityöntekijän työhön kuuluu myös potilaiden auttaminen kirjallisten palautteiden kirjoittamisessa.

Aineiston tuottamista yhteisön sisäpuolisen asemasta on pohdittu tutkimuksen laadun kannalta (Neyland 2008; Allen 2004; Fabian & deRoos 2008; Hammersley 1992, 143-146). Yhteisön jäsenyydestä katsotaan olevan sekä etuja että haittoja. Eduksi nähdään se, että sisäpuolisella on selkeä yhteys oman työnsä tavoitteisiin ja perusteluihin. Sisäpuolisten ymmärrys työstä voi olla syvempää ja monipuolisempaa kuin ulkopuolisella tutkijalla. Sisäpuolisella on yleensä myös pitkä kokemus tutkimusympäristöstä ja sen historiasta, jolloin on helpompi ymmärtää, mitä eri tilanteissa tapahtuu. Sisäpuolisella on myös valmiiksi suhteet toisiin tutkimusympäristön toimijoihin. Nämä ulottuvuudet voi tulkita niin, että sisäpuolisuudesta on etua tutkimuksen toteuttamisen kannalta. Martyn Hammersley (1992, 143-146) arvioi sisäpuolisuuden tuottavan myös ongelmia. Vaikka ymmärrys työstä olisi syvempää, sisäpuolisen käsitykset yhteisön kokonaisuudesta ja ongelmista voivat olla osittaisia. Pitkä kokemus tutkimusympäristöstä voi olla myös este.

Paikalliset kulttuuriset jäsenyydet ja merkitykset voivat olla niin itsestään selviä, että niiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Itsestään selvien rutiinitilanteiden ymmärtäminen keskeiseksi tutkimusaineistoksi voi olla myös vaikeaa yhteisön jäsenelle.

Näistä Hammersleyn ajatuksista voi tunnistaa myös tämän tutkimuksen aineiston kokoamisen etuja ja ongelmia. Sisäpuolisuudestani oli etua aineiston tuottamisen kannalta sen vuoksi, että sairaalat ovat kulttuurisesti suljettuja yhteisöjä. Ulkopuolisen on vaikea saada tietoa varsinkaan arkaluonteisiksi katsotuista aiheista, tai päästä ylipäätään seuraamaan takanäyttämön tapahtumia ilman legitimiä asemaa sairaalan yhteisössä. Työntekijänä ja sisäpuolisena minulla oli osallistumisoikeus tilanteisiin ja asioihin, joihin ulkopuolisena ei olisi voinut päästä. Sisäpuolisuuden näen etuna myös siitä syystä, että saatoimme jakaa kollegojen kesken yhteisön sisäpuolisten kokemuksia. Minulle ei puhuttu haastatteluissa pelkästään sairaalan ulkopuolisille tarkoitettua julkista retoriikkaa, vaan jaettiin arkisia kokemuksia työstä. Kuuluin osaksi ”meitä” sairaalan yhteisössä ja kaikki tiesivät, että haastattelijan roolista huolimatta minulla oli kulttuurista tietoa ja ymmärrystä yhteisen arkisen työn suorittamiseen juuri sisäpuolisen käytännöllisen järjeilyn kannalta. Sen vuoksi kokemuksia oli helpompi jakaa haastattelutilanteessa. Kun olin tehnyt enemmän haastatteluja, minulta kysyttiin joskus jopa neuvoa, miten olisi viisasta vastata potilaalta tulleeseen valitukseen. Olin saanut tutkimuksen myötä roolin, johon ajateltiin kuuluvan myös tällaista osaamista.

Martyn Hammersley (1992, 143-146) viittaa myös sisäpuolisen osittaiseen ja näkökulmaiseen tietoon yhteisöstä ja sen käytännöistä. Tietoni tutkimusympäristöstä oli näkökulmaista ja osittaista ryhtyessäni kokoamaan aineistoa. Tämän saattoi huomata siitä, että käsitykseni palautteiden vastaanottamiseen liittyvästä työstä sairaalassa muuttui, kun sain laajemmin tietoa eri työntekijöiden orientoitumisesta asiakaspalautteisiin. Olin aluksi kuvitellut sosiaalityöntekijänä olevani lähes ainoa kriittisen palautteen vastaanottaja, mutta saatoin pian huomata, että kaikki työntekijät olivat työssään osallisena palautteiden vastaanottamistyössä tavalla tai toisella. Huomasin myös, miten vahvasti ammatilliset roolit jäsensivät orientoitumista asiakaspalautteisiin kaikilla sairaalan työntekijöillä.

Haastattelujen alkuvaiheessa sosiaalityöntekijän roolini oli vahva ja perustelin haastattelukysymyksiäni sosiaalityöntekijän roolista. Kun työ eteni, kykenin mielestäni olemaan neutraalimpi. Tällöin esimerkiksi hierarkioiden esiin tuominen puheessa ei ollut yhtä runsasta, kuin alkuvaiheessa. Alussa esitin haastatteluissa kommentteja, jotka kumpusivat eri ammattiryhmiin liittyvistä odotuksista, joita minulla yhteisön jäsenenä oli. Esimerkiksi lääkärille saatoin sanoa: ”en minä nyt tarkoita, että lääkäreistä



erityisesti tulisi valituksia mulle”, josta voi päätellä sosiaalisen odotuksen, jonka haluan kumota.

Kokonaisuuden hahmottamiseen ja analyysivaiheeseen liittyy tutkijan etäisyyden ottamisen prosessi. Kentälläolon läheisyys ja analyysivaiheen edellyttämä etäisyyden ottaminen on väistämätöntä. Prosessi eteni kohdallani niin, että aluksi oli hankalaa edes havainnoida vuorovaikutustilanteita. Olin niin täynnä sosiaalityöntekijän roolia tilanteissa, ettei tilaa jäänyt havainnoinnille. Vähitellen opin etääntymään ammatillisesta roolistani ja ikään kuin jakautua kahteen rooliin ja seurata osaston tapahtumia myös kesken työni. Kuljin muistivihkon kanssa muutenkin osastoilla. Saatoin jäädä kirjoittamaan yht’äkkiä jotakin asiaa muistivihkooni, esimerkiksi kun eteen tuli tilanne, jossa kriittistä palautetta annettiin ja vastaanotettiin. Kykenin vähitellen olemaan neutraalimpi myös haastattelutilanteissa. Etääntymisen avainkokemus syntyi, kun seurasin yhtä kiivasta palautetilannetta osaston käytävällä ja minulle tuli tunne näytelmästä, jossa osallistujien puheenvuorot noudattivat kuin etukäteen sovittua käsikirjoitusta. Tässä vaiheessa tunnistin myös petollisuuden tunteen: en ollut enää täysin lojaali osallinen. Olin etääntynyt sisäpuolisuudestani. Minulla oli ikäänkuin salaisuus, jota en voinut jakaa muiden työntekijöiden kanssa.

Kentällä olo ja sieltä lähteminen ovat keskeisiä siirtymiä etnografisessa tutkimusprosessissa. Liikkuminen eri kenttien välillä voi olla kokonaisvaltainen prosessi. Kenttien erilaiset kontekstit voivat tuottaa tutkijalle ristiriitoja, joiden suhteen on tehtävä valintoja. Reneé Anspach ja Nissmin Mizrahi (2006, 729) kuvaavat terveydenhuollon ja akateemisen sosiologian kenttien välisiä eroja ja eettisiä ristiriitoja, joita kentältä toiselle siirtyminen voi aiheuttaa. Tutkijan aseman näkyväksi tekeminen on siksi olennainen osa etnografista tutkimusta (Honkasalo 2008, 6). Tässä tutkimuksessa kenttätöön kontekstista pois siirtyminen ja etäisyyden ottaminen olivat varsin konkreettisia siirtyessäni pois terveydenhuollon ammatillisesta työstä aineiston kokoamisen jälkeen. Kentän kontekstista etääntymisen ja ulkopuoliseksi siirtyminen tapahtui kohdallani varsin luontevalla tavalla. Tutkimuksen lopputulos ei lopulta myöskään ole varsinaisesti etnografiaa, koska aineistojen analyysi kohdistuu kollegahaastattelujen selontekoihin.

### 4.3 Kollegahaastattelut etnometodologisena aineistona

Tutkijan osuuden tunnistaminen aineistojen tuottamisessa on menetelmällisesti tärkeä asia. Haastattelu on erilainen aineiston tuottamisen tapa, kuin ns. luonnollinen aineisto. Luonnollisena aineistona pidetään esimerkiksi videoitua materiaalia institutionaalisesta

rutiinistyöstä. Tutkija ei ole tällöin vuorovaikutuksessa mukana vaikuttamassa siihen, millaiseksi aineisto muodostuu. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 10-11.) Haastattelutilanne on erikseen järjestetty vuorovaikutustilanne, jossa tutkijan rooli osapuolena on olennainen. Haastatteluaineistojen luonne on siis tunnistettava ja viime kädessä tutkimuskysymys määrittelee haastatteluaineiston merkitystä ja tulkintaa tutkimuksessa (Ruusuvuori & al. 2010, 11). Haastatteluja voi kuitenkin tarkastella yhtenä vuorovaikutustilanteena, jossa merkityksiä ja järjestystä tuotetaan. Huomiota kiinnitetään tällöin myös vuorovaikutusprosessiin, jonka kuluessa haastattelu syntyy. Kiinnostuksen kohteena on, miten haastatteluaineistoa tehdään yhdessä, miten neuvotellaan osapuolten toimijuudesta ja miten aiheena olevaa teemaa jäsennetään tilanteessa. (Baker 2002; Rapley 2001, 318.)

Institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksessa on keskusteltu, miten haastatteluaineistoa tulisi tarkastella analyttisesti niin, että se on relevanttia ja luontevassa suhteessa tutkimuskysymyksiin. Haastatteluaineistoja on kritisoitu siitä, että aineisto on tutkijan avustuksella erikseen tuotettua, eikä institutionaalisissa käytännöissä syntynyttä. Haastatteluaineiston ongelmaksi analyysin näkökulmasta nähdään myös, että tutkijan tai haastattelijan osuutta ja vaikutusta aineiston syntymiseen on hankala huomioida analyysissä riittävästi. Aineistoa käsitellään esimerkiksi autenttisenä kuvauksena haastattelutilanteen ulkopuolisesta maailmasta, eikä problematisoida haastattelutilannetta erityisenä vuorovaikutustilanteena, jolla on oma logiikkansa ja merkityksensä aineiston muodostumisessa. Tällöin ei tunnisteta haastattelijan aktiivista osuutta aineiston lopputuloksen kannalta. Haastattelutilanteen merkitystä vuorovaikutustilanteena ei oteta esiin, vaikka tutkijalla on keskeinen rooli aineiston tuottamisessa. (Rapley 2001, 304; Nikander 2012.)

Erving Goffmanin (1959; 1967) vuorovaikutusjärjestyksen käsite sopii haastattelutilanteen ulottuvuuksien tarkempaan erittelemiseen. Goffmanin mukaan vuorovaikutuksessa noudatetaan järjestystä, jonka voi rinnastaa muihin yhteiskunnallisiin instituutioihin. Vuorovaikutusjärjestys rakentuu monimutkaisesta oikeuksien ja velvollisuuksien kokoelmasta, joka on yhteydessä yhtäältä osallistujien tilanteeseen sopivaan itsensä esittämiseen ja toisaalta laajempiin yhteiskunnallisiin instituutioihin. Osallistujien keskinäinen luottamus ja arvokkuuden ylläpitäminen ovat keskeiset moraaliset arvot vuorovaikutustilanteessa. Vuorovaikutusta voidaan näiden perusteella tarkastella omana institutionaalisenä järjestyksenään. Keskeinen piirre vuorovaikutustilanteissa on itsen esiin tuominen tilanteeseen sopivalla tavalla. Goffman käytti teatteriesityksen metaforaa vuorovaikutustilanteiden tarkastelemiseen. Vuorovaikutustilanteita voi analysoida erilaisten kehysten, kuten etu- ja takanäyttämöjen avulla, osapuolten arvokkuuden, eli kasvojen ylläpitämisen

näkökulmasta, sekä yleisön, alueiden, tiimin ja roolin käsitteiden avulla. (Goffman 1959, 1967; Heritage & Clayman 2010; Kvåle, Synnes & Jacobsen 2015.) Näitä Goffmanin ajatuksia voi hyödyntää myös haastattelutilanteiden rakentumisen analysoimiseen. Haastattelut tulkitaan yhteistoiminnassa tuotettuina muiden vuorovaikutustilanteiden tavoin. Pyrkimys vuorovaikutuksen harmoniseen etenemiseen, osapuolten kasvojen ylläpitämisen ja yhteisymmärryksen ovat keskeisiä piirteitä. Haastattelutilanteen luonteeseen kuuluu, että vaikka osallistujien näkökulmat olisivat erilaiset, niin yleensä pyritään yhteisymmärryksen rakentamiseen (Goffman 1967; Ruusuvaori & Tiittula, 2005, 36). Osapuolilla on yhteinen käsitys siitä, miten vuorovaikutus etenee ja sen mukaan pyritään toimimaan. Haastatteluvuorovaikutusta tarkastellaan yhtenä tilanteisena sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisen areenana, ei erillisenä neutraalina tiedon keräämisenä ulkopuolisesta maailmasta. Kollegahaastatteluja sairaalassa voi tarkastella näin yhtenä vuorovaikutustilanteena, jossa noudatetaan sairaalan ympäristöön ja haastattelutilanteeseen sopivaa vuorovaikutusjärjestystä.

Eero Suonisen (1999, 111-150) yhden perheenäidin haastattelun analyysi on kuvaava esimerkki haastatteluvuorovaikutuksen etenemisestä ja haastattelijan osuudesta aineiston tuottamisessa. Hän tuo esiin, miten hyvinkin pienet jännitteet voivat olla olennaisia haastattelun etenemisessä. Haastattelijan puheenvuoro voidaan tulkita esimerkiksi kriittisenä huomautuksena, jolloin haastatteluun syntyy syytös-vastatodistelu -pari. Sosiaalista järjestystä rakennetaan haastattelutilanteessa, kun vahvat kulttuuriset merkitykset nousevat puheenvuoroissa esiin. Näin käy esimerkiksi, kun annetaan vastaselityksiä silloinkin, kun niitä ei pyydetä. Tällöin haastateltava vastaa ikään kuin potentiaaliseen kritiikkiin puheessaan. Samalla tavoin sairaalan työntekijöiden haastatteluissa saatettiin tulkita potentiaalista arvostelua ammatillisesta työstä ja kriittisistä palautteista puhuttaessa. Epäily siitä, että ammatillisuuden normit eivät aina täyty työssä, nousi esiin, vaikka haastattelija ei sitä suoraan kysynyt. Puolustavien ja oikeuttavien selontekojen antaminen tuo vahvat kulttuuriset merkitykset esiin tilanteessa.

Etnometodologiset analyttiset käsitteet antavat siis välineitä tarkastella haastatteluja systemaattisesti. Analyysi kohdistuu siihen, miten haastattelutilanteessa tehdään selkoa itsestä ja muista, ja miten neuvotellaan sairaalan toiminnasta, paikallisista kulttuurisista merkityksistä, jäsenkategorioista ja niihin liittyvistä aktiviteeteista. Selonteot itsestä ja muista saavat resurssinsa laajemmasta kulttuurisesta tiedosta, kuvattaessa ja organisoitaessa erilaisia sosiaalisia kategorioita ja aktiviteetteja sairaalassa. Selontekotyö, kulttuuriset resurssit ja järkeilyt haastattelupuheessa ovat analyysin ydintä (Nikander 2010, 403). Tutkimuksen lähtökohdaksi ei tällöin oteta

jotakin kategorialla, esimerkiksi lääkärinä tai potilasta, joka määrittelee analyysin kulkua, vaan päinvastoin tarkastellaan, miten lääkärin tai potilaan kategorian jäsenyyttä työstetään puheessa. Analysoidaan, miten sairaalan toiminnassa mukana olevat reflektoivat ja rakentavat jäsenyyttään tai ulkopuolisuuttaan erilaisiin sosiaalisiin kategorioihin ja miten haastattelutilanteessa rakennetaan versioita todellisuudesta tuottaen samalla järjestystä ympäristöön. Olennaista analyysin kannalta on, miten osallistujat tuovat esiin haastattelutilanteessa yhteisön kulttuurista tietoutta ja sitä, miten kunkin kategorian jäsen rutiinisti puhuu tilanteesta. (Nikander 2011; Baker 2002.) Puhetta tarkastellaan selontekoina henkilöltä, joka on jonkin kategorian edustaja ja jolla on selontekovelvollisuus haastattelutilanteessa. Tämä selontekotyö on analyysin ytimessä. Huomio on haastatteluselonteon kategorisointivälineiden käytössä. Kuten jo aiemmin olen todennut, kysymykset ovat etnometodologisesta näkökulmasta katsoen olennainen osa haastatteluaineistoa, koska ne muovaavat sitä, mitä kategorioita puhujat käyttävät ja mistä kategoriasta käsin puhujat selostavat tapahtumia. Kaikki haastattelun osapuolet osallistuivat näin yhteisen version tuottamiseen sairaalan sosiaalisesta todellisuudesta. (Baker 2002, 781; Nikander 2010; Rapley 2001, 319; Ten Have 2004, 74-85.)

Pirjo Nikander (2010, 254-255) tiivistää Carolyn Bakeriin nojaten haastatteluaineiston luonteen laadullisessa tutkimuksessa seuraavasti:

- 1) haastattelut ovat selontekoja jostakin aiheesta, eivät pelkkää raportointia todellisuudesta,
- 2) haastattelu on erityinen vuorovaikutustilanne jossa sekä kysymykset että haastattelijan osallistuminen ovat keskeinen osa aineistoa,
- 3) aineistoa analysoidaan sekä tilanteisesti rakentuvana, että esimerkkinä laajemmasta kulttuurisesta tiedosta, logiikasta ja merkitysten rakentamisesta.

Haastattelutilanne on toisin sanoen yksi tilanteisesti rakentunut neuvotteluareena siitä, miten asiakaspalautteisiin suhtaudutaan sairaalassa. Tilanteessa synnytetään palautteiden vastaanottamiseen liittyvää sosiaalista järjestystä ja ammatillista toimijuutta paikallisesti. Haastattelujen lähtökohtana ja keskustelun kehyksenä on asiakaspalautteiden vastaanottamiseen liittyvä moniammatillinen työ sairaalassa. Kaikki haastatteluun osallistuvat olivat mukana ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisen roolissa. Ammattilaisen kategorijäsenyys, sairaalan sisäpuolisuus ja institutionaalisten tavoitteiden ja tehtävien toteuttaminen olivat keskeisiä puhetta jäsentäviä resursseja. Haastatteluissa oli tietenkin myös tilanteita, joissa vaihdettiin puhujapositiona.

Esimerkiksi kun haluttiin puhua omista kokemuksista potilaana, puhuja vaihtoi näkökulmaansa. Näin tapahtui erityisesti tilanteissa, joissa haluttiin kertoa omista huonoista kokemuksista terveydenhuollossa. Tällöin potilaan kategorijäsenyyden nostettiin esiin ja ammattilaisten toimintaa arvioitiin potilaan kategorijäsenyyden kautta.

Goffmanin analyttisiä käsitteitä on hyödynnetty paljon asiakaspalveluorganisaatioiden vuorovaikutusta tarkastelevissa tutkimuksissa. Erityisesti jaottelu etu- ja takanäyttämöjen kehyksiin on nähty hedelmällisenä asiakaspalveluorganisaatioiden toiminnan tarkastelussa. Etunäyttämön kehyksessä nähdään olennaisena ammatillisen kompetenssin ilmaiseminen ja virallisten standardien esiin tuominen. Takanäyttämöllä, valmisteltaessa etunäyttämön tehtäviä, on sallittua myös puhe, jonka ei katsota sopivan asiakastilanteisiin. Takanäyttämön kehyksessä voidaan olla rennommin, puhua vapaammin ja ilmaista erilaisia tunteita. Arvioivaa ulkopuolista yleisöä ei ole tällöin läsnä. (Goffman 1959; 111-113, 122-128.) Sairaalassa tilanteet, joissa potilas, tai muita organisaation ulkopuoliseksi tulkittavia on läsnä, voidaan tulkita etunäyttämöksi. Ammatilliset kriteerit täyttävä vuorovaikutus on tilanteessa olennaista. Työntekijöiden keskinäinen vuorovaikutus taas jäsentyy takanäyttämöksi suhteessa ulkopuolisiin tahoihin. (Roberts & Sarangi, 1999; Mäkitalo 2002.) Takanäyttämön tilanteet voivat olla myös fyysisesti taustalla. Sairaalassa on esimerkiksi tiloja, joiden ovessa lukee ”vain henkilökunnalle” kuten esimerkiksi kahvihuone, joka on yksi työntekijöiden takanäyttämön tila. Tähän rajaan liittyy dramaturginen lojaliteetti, jota noudatetaan tiimin ulkopuolisten läsnä ollessa, etunäyttämöllä. (Goffman 1967.)

Haastattelujeni kontekstina oli siis Goffmanin analyttistä jakoa mukaillen takanäyttämön kehys. Haastattelut tehtiin tiimin jäsenten ja kollegojen keskinäisessä vuorovaikutuksessa, ilman ulkopuolisia (Sarangi & Roberts 1999, 22). Ne olivat keskustelunomaisia tilanteita, joissa kaksi tai useampi kollega pohtii palautteiden vastaanottamiseen liittyviä kokemuksia ja toimintatapoja työssään. Läsnä ei ollut organisaation ulkopuolisia tai muita yhteisön ulkopuolisia tahoja, joiden pohjalta vuorovaikutus jäsentyisi julkiseksi etunäyttämön tilanteeksi. Haastatteluissa ei puhuta potilaille vaan potilaista. Tutkimuksen haastattelut voi nähdä yhtenä osana sairaalan takanäyttämön toimintaa, vaikka ne ovatkin tuotettu tutkimuksen aineistoksi. (Goffman 1967; Sarangi & Roberts 1999, 21-22.) Kyse oli sairaalayhteisön sisäpuolisten, kollegojen keskusteluista, mutta niissä oli myös julkisen esityksen piirteitä. Ne äänitettiin ja niistä oli tulossa tutkimusaineistoa. Osalle työntekijöistä tällä ei tuntunut olevan suurempaa merkitystä, mutta joillekin äänittäminen oli syy kieltäytyä haastattelusta. Tallentimen läsnäolo toi vuorovaikutukseen etunäyttämön piirteitä. Etu-

ja takanäyttämöjen ero tuli esiin esimerkiksi tilanteessa, kun tallennin suljettiin: palattiin takaisin arkisempaan puhetyyliin, jota ei ole tarkoitettu nauhoitettavaksi, muiden kuultavaksi puheeksi. Haastattelujen jälkeen, kun tallennin oli sammutettu, monet työntekijät sanoivat suurempia sanoja aiheesta. Palattiin ikään kuin työkavereiden keskinäiseen puheeseen. Samalla tehtiin eroa sen suhteen, miten puhutaan julkisesti yleisölle ja miten ”me työkaverit puhutaan keskenämme”. Dramaturginen lojaliteetti ikään kuin muuttui, kun äänittäminen lopetettiin. Ryhmähaastatteluissa tämä ero hälveni jonkin verran, koska työntekijät keskustelivat myös keskenään aiheesta, jolloin puhetta leimasi takanäyttämölle tyypillinen kollegojen keskinäinen puhe. Yksilöllinen vastuu puheenvuorosta ei ollut yhtä selkeä, kuin kahden kesken tehdyissä haastatteluissa.

Haastattelut olivat kaiken kaikkiaan keskustelunomaisia ja sujuivat rennosti. Ne sisälsivät tunteiden ilmaisuja, naurua, vitsejä ja yhteistä kokemusten jakamista. Perustelin yleensä haastattelutilanteen alussa tutkimustyöni aloittamista kertomalla jonkun palautteen vastaanottamiseen liittyvän kokemuksen omasta työstäni ja jatkoin sitten, että halusin kuulla muilta heidän työnsä näkökulmasta palautteiden vastaanottamisesta. Roolini kollegana ja haastattelijana oli siis aineiston tuottamisen suhteen aktiivinen ja moraalista selontekovelvollisuutta synnyttävä. Haastatteluja voi tulkita selontekotilanteiksi, joissa neuvotellaan moraalista toimijuudesta, asiakaskeksisyyden velvollisuudesta, ammatillisesta kompetenssista ja institutionaalisista tavoitteista kollegojen kesken.

### **Yksilö- ja ryhmähaastattelut aineistoina**

Tutkimuksen aineistona on sekä yksilö-, että ryhmähaastatteluja. Kahdessa ryhmähaastattelussa oli mukana kuusi henkeä, muissa oli mukana aina kaksi ammattiryhmän edustajaa. Yhdessä haastattelussa oli kolme edustajaa. Yksilö- ja ryhmähaastattelujen erot vuorovaikutustilanteina on syytä tunnistaa, ne ovat aineistoina erilaisia (Pietilä 2010). Yksilöhaastatteluissa puhujan moraalinen vastuu selonteosta on yksin puhujan vastuulla. Ryhmätilanteessa puhuja joutuu aina ottamaan haastattelijan lisäksi huomioon ryhmän muut jäsenet. Tällöin mielipiteistä käydään neuvottelua. Puhe on ryhmätilanteessa suunnattu sekä haastattelijalle, että muille osallistujille. Yksilöllinen vastuu puhua normatiivisten odotusten mukaan on vähäisempi ja on todettu, että ryhmähaastatteluissa tuotetaan usein myös vastarintapuhetta suhteessa normatiivisiin odotuksiin. (Emt. 212-241; Valtonen 2005, 235-236.)

Omassa aineistossani voi huomata samankaltaisia eroja yksilö - ja ryhmähaastattelujen välillä. Kahden kesken järjestetyissä haastatteluissa keskustelut olivat henkilökohtaisempia, eikä niiden kielenkäyttö ollut yhtä vitsikästä tai roisia kuin ryhmähaastatteluissa. Yksilöhaastatteluissa työntekijä saattoi kertoa omista huonoista kokemuksistaan ollessaan potilaan roolissa, jolloin oman ammattiryhmän jäsenyys jäi taka-alalle ja tuotiin esiin potilaan roolissa saatuja kokemuksia. Ryhmähaastatteluissa taas yhden osallistujan kommentti herätti toisissa ajatuksia myös toisesta näkökulmasta ja keskustelu oli kaiken kaikkiaan räväkämpää ja usein vitsien siivittämää.

### **Aineistosta analyysiin: puheesta tekstiksi**

Aineiston analyysin ja kirjoitustyön eteneminen edellyttävät siirtymistä kenttätyön kontekstista pois. Analyysivaiheessa tulkintayhteisö muuttuu ja tutkijan positio voi muuttua varsin paljon (Honkasalo 2008, 8). Läheisyyden ja etäisyyden välinen jännite syntyy näissä siirtymävaiheissa. Tutkimusoppaissa analyttisen prosessin eteneminen kuvataan vaiheittaisena. Käytännössä eri vaiheet kietoutuivat toisiinsa koko prosessin ajan. Tutkimuskysymysten lopullinen muotoilukin etenee laadullisessa tutkimuksessa vasta tutkimuksen edetessä. Käsitteiden ja aineiston välinen vuoropuhelu vie tutkimusta eteenpäin kohti täsmentyviä kysymyksiä ja teoreettisia käsitteitä. Oma asemani muuttui konkreettisesti kenttätyön jälkeen, kun siirryin yhteisön legitimoimista jäsenyydestä ulkopuoliseksi, siirtyessäni muunlaisiin töihin. Analyysityö eteni ajoittaisena ja tulkintayhteisöni oli jatko-opiskelijoiden ryhmä, jossa tuimme toisiamme tutkimustyössämme. Tunnistin ongelmat, joita yhteisön sisäpuolisen tekemään tutkimukseen yhdistettiin tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta. Siksi en aluksi löytänyt analyttistä juontaa aineistojeni tulkintaan. Pehdyttyäni etnometodologiaan ja jäsenkategoria-analyysiin saatoin mielestäni ratkaista aineiston tuottamiseen liittyvät menetelmälliset ongelmat ja edetä analyysissa. Etnometodologinen painotus vahvistui ja päätin jättää havainnointiaineistot taustalle. Niiden merkitys on silti ollut tärkeä tutkimusaiheen kokonaisuuden ymmärtämisessä ja tulkintatyön taustana.

Aloitin aineistojen jäsentämisen ryhmittelemällä yhtäläisyyksiä, eroja ja ulottuvuuksia, joita nostettiin esiin puheessa. Ammatillisen työn normatiivinen luonne, moniammatillisen työn työnjaolliset kysymykset ja palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyvät käytännölliset ulottuvuudet hahmottuivat puhetta jäsentäviksi kokonaisuuksiksi.

Menetelmälliset valinnat toivat lopulta kirkkautta siihen, miten voin analysoida haastatteluja systemaattisesti tutkimusaiheeni näkökulmasta ja millaisiin kysymyksiin voin ylipäätään vastata aineistollani. Haastattelutekstien analyysissa hyödynsin

jäsenkategoria-analyysin välineitä: etsin puheesta kategorioiden käyttöä ja niihin liitettäviä aktiviteetteja. Kategoria-analyysin käyttämisestä ei ole olemassa kovin paljon menetelmäoppaita. Tutustuin Georgia Lepperin (2000) *Categories in text and talk* -kirjaan, jota pidetään keskeisimpänä menetelmän harjoittelamisen kannalta. Tutustuin Elisabeth Stokoen (2012) tiivistämiin analyysivälineisiin ja kävin aineistoja läpi uudelleen. Kategoriat, kulttuuri & moraali. Johdatus kategoria-analyysiin, (Jokinen & al. 2012) toimi myös hyvänä oppaana hahmottaessani, mistä kategoria-analyysissa on kyse. Kirjan avulla sain oivalluksia siitä, miten analysoisin aineistoani tarkemmin ja mitkä ovat keskeiset johtolankani etsiessäni vastauksia kysymyksiini. Olen siis hyödyntänyt kategoria-analyysin välineitä, mutta en kovin tiukassa mielessä. Aineistolainauksia ei ole esimerkiksi numeroitu riveittäin. Analysoidessani työntekijöiden järjkeilyä, tuon esiin aineisto-otteista kategorioiden, aktiviteettien ja määreiden työstämistä ja niiden työstämisen avulla syntyviä puolustavia, oikeuttavia ja syyttäviä selontekoja sekä ammatillisen toimijuuden rakentamista.

Ammatillinen selontekovelvollisuus ja ajatus sairaalan sosiaalisesta ja moraalista järjestyksestä arjen toiminnassa syntyvänä olivat keskeisinä analyttisiä oivalluksia, joiden pohjalta saatoinkin edetä täsmentämään työtäni kohti lopullista muotoaan. Sairaalan kontekstissa keskeinen pysyvämpi kategoriapari ammatillainen-potilas ja tuon suhdeparin tilanteinen työstäminen työntekijöiden reflektoidessa asiakaspalautteita työssä oli lopulta analyttinen johtolankani. Etsin puheesta perusteluja omalle ja toisten toiminnalle, puolustuksia, oikeutuksia ja syytöksiä, kontrastirakenteita, äärimmäisiä ilmaisuja ja vastuuden määrittelyjä. Kategorioiden työstämisen tunnistaminen puheesta oli keskeistä aineiston lähiluennassa. Esimerkiksi hoitajan työstäessä ammatillaisen kategoriaa haastattelutilanteessa kuvaamalla hoitajan työtä tulkkinä ja välittäjänä, on kyse nimenomaan kategorioiden työstämisestä tilanteisesti ja paikallisesti. Moraalista kategorisointia tehdään puheessa arvioitaessa esimerkiksi hyvän kirurgian alan ammatillaisen piirteitä ja aktiviteetteja.

Sen lisäksi, että hyödynnän jäsenkategoria-analyysia aineiston lähiluennassa, hyödynnän Scottin ja Lymanin (1968) analyttisiä välineitä selontekojen rakenteiden erittelemisessä. Erityisesti luvussa kuusi analysoin puolustavia ja oikeuttavia selontekoja, joita työntekijät antavat puhuttaessa ongelmallisista tilanteista arjen työssä.

## 4.4 Tutkimuksen eettiset ulottuvuudet

Eettiset kysymykset laadullisessa tutkimuksessa koskevat yhtäältä aineiston tuottamista ja toisaalta raportin kirjoittamista. Tutkijan asema osana tutkimusympäristöä ja se,



miten kirjoitetaan yhteisöstä, joka on tutkimuksen ympäristönä, ovat eettisestä näkökulmasta tärkeitä. Tärkeää on tunnistaa myös tutkimuksen tarkoitus: mitä tavoitteita ja millaista maailmankuvaa tutkimuksella halutaan edistää ja miten tasapaino eri näkökulmien välillä pidetään yllä. Menetelmälliset, analyyttiset ja eettiset ulottuvuudet ovat kaikki sidoksissa toisiinsa tutkimuksessa (Ryen 2009).

Se, että valitsin aiheekseni työntekijöiden orientoitumisen asiakaspalautteisiin, on jo eettinen valinta. Halusin tuoda esiin sitä hiljaista tietoa, jota sairaalan työntekijöillä on työstään. Halusin myös osoittaa, että pelkästään hallinnollisin keinoin ei voida saada riittävästi relevanttia tietoa potilaiden osallistumisen edellytyksistä sairaalassa. Lähestymistavan valinnalla uskon tuovani lisää ymmärrystä asiakaspalautteiden merkityksestä moniammatillisessa asiantuntijatyössä. Aloittaessani tutkimusta tavoitteeni oli edistää potilaiden osallistumista hoitoonsa, koska olin työssäni kuullut niin paljon negatiivista palautetta potilaiden taholta. Toivon tutkimukseni tuovan tietoa kansalaisten osallistumisen mahdollisuuksista sairaalassa myös moniammatillisen työn arjen näkökulmasta. Huomioimalla sosiaaliset prosessit, joiden pohjalta institutionaalista työtä tehdään, voidaan saada arvokasta tietoa työn kehittämiseen.

Sain luvan tutkimukseni tekemiseen tutkimusympäristönä olevan sairaalan eettiseltä toimikunnalta. Toimikunnan lupa tuli haastattelujen tekemiseen, mutta se ei kattanut toivomiani kirjallisia aineistoja, eli muistutuksia. Kielteistä päätöstä muistutusten osalta eettinen toimikunta perustelu tuolloin sillä, että ne käsittelivät henkilöitä, toisin sanoen henkilöiden nimet mainittiin muistutuksissa. Tällaisen tiedon näyttämistä asianosaisten ulkopuolisille tahoille ei pidetty eettisesti sopivana. Tunnistamisen mahdollisuus nähtiin tässä ehkä riskinä. Toimikunnan päätös tietenkin vaikutti tutkimuksen lopputulokseen ja niihin ratkaisuihin, joihin olen päätenyt työni kuluessa. Tutkimuskysymykset muotoutuivat lopulta erilaisiksi, koska muistutukset eivät olleet aineistonani.

Analysoidessani kollegojen haastatteluja ja kirjoittaessani tutkimusta lopulliseen muotoon lojaaliuden kysymykset kulkivat mukana. Seminaaritalanteissa minulta kysyttiin usein, että kenelle olen solidaarinen ja lojaali tutkimuksessani. Etnografisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu äänen antaminen niille, joiden on vaikea saada ääntään kuuluville. Aineistoa kootessani lähtökohtani oli ajatus siitä, että potilaiden tulisi saada sairaalassa äänensä paremmin kuuluviin ja pystyä osallistumaan hoitoonsa enemmän. Halusin toisin sanoen edistää asiakaskeskeistä työtä sairaalassa ja kuvittelin ehkä sosiaalityöntekijänä olevani varsinainen lipunkantaja tässä asiassa. Kun tietoa muiden työntekijöiden toiminnasta kertyi enemmän ja organisaation kokonaisuus hahmottui paremmin, myös käsitykseni muuttui. Tunnistin, että kaikki yhteisön jäsenet olivat samojen ongelmien keskellä sen suhteen, miten työtä voitaisiin tehdä paremmin

ja asiakaskeskeisemmin. Sairaalan toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen lisäsi ymmärrystäni myös asiakaskeskeisyyden näkökulmasta. Kaikkien ammattilaisten keskeinen tavoite oli toimia asiakkaiden parhaaksi, siitä ei ollut epäilystäkään haastattelujen jälkeen. Sen sijaan todellisuuden monitulkintaisuus ja erilaiset versiot siitä, mitä missäkin tilanteessa tapahtuu, tulivat konkreettisesti ja havainnollisesti esiin tutkimuksen edetessä.

Tutkimusetiikan näkökulmasta on tärkeää, että tutkimuksella ei vahingoiteta millään tavoin siihen osallistuvia ihmisiä. Klaus Mäkelä (2005, 386-395) pohtii sosiaalitieteellisen tutkimuksen sääntelyä ja korostaa, että sosiaalitieteellisen ja biolääketieteellisen tutkimuksen suhteen eettisessä sääntelyssä on eroja. Lääketieteellinen tutkimus voi kohdistua paljon konkreettisemmin henkilön yksityisyyteen, kuin tyypillinen sosiaalitieteellinen tutkimus. Siksi lääketieteellisessä tutkimuksessa osallistuja tarvitsee yksityiskohtaisempaa tietoa tutkimukseen osallistumisesta, kuin vaikkapa lomaketutkimukseen osallistuva. Laadullisessa tutkimuksessa kysymyksenasettelut ovat yleensä väljempää alkuvaiheessa, eikä osallistujille pystytä antamaan yhtä tarkkaa selvitystä tutkimuksen täsmällisistä lopputuloksista. Pääperiaate on, että osallistujia ei saa vahingoittaa tutkimuksella. Yhteisöä tai yksittäistä henkilöä vanhingoittavaa tietoa ei saa julkaista. Tärkeää on myös tutkimukseen osallistuvien tietosuojasta huolehtiminen. Osallistujien tunnistettavuuden estäminen on tällöin keskeistä.

Yksi esimerkki eettisestä ongelmasta omien aineistojeni tuottamisessa olivat potilashuoneissa tehtävät kierrot, joita havainnoin työni ohessa. Osallistujat, sen enempiä potilaat, kuin työntekijätäkään eivät voineet tietää olevansa havainnoinnin kohteena. Nämä aineistot ovat tutkimuksen tausta-aineistona, eikä niitä ole tuotu esiin väitöskirjassa. Ne olivat kuitenkin hyvää harjoitusta vuorovaikutustilanteiden erittelyyn ja etäisyyden saamiseen. Muistan tunnistaneeeni hetken, jossa koin olevani petturi, kirjatessani muistikirjaani tilanteesta, joissa vastaanotettiin kriittistä palautetta. Yhteisön jäsenyys ja lojaalius tiimille oli selvästi hyvin kokonaisvaltaista.

Aineisto-otteiden valinnassa olen pyrkinyt siihen, että katkelmia, joista voisi tunnistaa puhujan, ei ole otettu mukaan. Aineistoesimerkit on myös numeroitu alkamaan jokaisessa luvussa erikseen, jolloin saman henkilön puhetta voi olla esillä useamman numeron alla. Puhujan ammattiryhmä tuodaan esiin jokaisessa esimerkissä. Se, että aineisto on koottu yli kymmenen vuotta sitten, auttaa tunnistettavuuden ongelman ratkaisemisessa osaltaan. Olen tietoisesti jättänyt havainnointiaineistojen esiin tuomisen vähemmälle, koska se ei mielestäni ole eettisesti sopivaa. Tärkeää on ollut myös nostaa tutkimuskysymykset riittävän teoreettiselle tasolle.

Yhteisön sisäpuolisena hyödyn aineistoa kootessani luottamussuhteesta, joka vallitsi kollegojen kesken. Olen pohtinut, että olenko varmasti osannut käyttää sisäpuolisen asemaani yhteisten tavoitteiden edistämiseen. Ovatko esimerkiksi aineistosta tekemäni tulkinnat sellaisia, että myös osallistujat voivat tunnistaa ne relevanteiksi. Olenko tehnyt tutkimusta organisaatiolle, eli onko tekstistäni hyötyä ammatilliselle työlle. Mielestäni olisi tärkeää, että tutkimuksesta olisi hyötyä myös moniammatillisen asiantuntijatyön kehittämisessä.

## 4.5 Tutkimustehtävä ja tutkimuksen rakenne

Analysoin tutkimuksessani sairaalan työntekijöiden suhtautumista asiakaspalautteisiin osana arjen työtä. Tehtävänä on tuoda empirisesti esiin sairaalan työntekijöiden käytännöllisiä järjelyprosesseja palautteiden antamisesta ja vastaanottamisesta. Analysoin kielellisiä käytäntöjä, joilla asiakaspalautteiden merkityksiä jäsennetään osana työtä ja tuotetaan samalla sosiaalista ja moraalista järjestystä sairaalaan. Asiakaspalautteet ja niiden vastaanottaminen eivät ole sellaisenaan tutkimuksen kohteena, vaan niiden tilanteinen ja paikallinen jäsentämistyö haastattelutilanteen kehyksessä. Analysoin, miten ja millaisia kategorioita nostetaan esiin puhuttaessa asiakaspalautteista osana sairaalan moniammatillista työtä. Miten selostetaan asiakaspalautetöihin liittyviä arjen tilanteita ja tuotetaan samalla moniammatillisen työn järjestystä sairaalassa. Keskeiset tutkimusta jäsentävät ajatukset ovat ammatillinen selontekovelvollisuus ja sosiaalisen järjestyksen ylläpitäminen vuorovaikutuksessa.

### **Päättökysymys on:**

Miten kategorisoimalla omaa ja muiden toimintaa tuotetaan sosiaalista järjestystä sairaalassa?

### **Alakysymykset ovat:**

Miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa vuorovaikutuksesta osana kirurgian toimialan moniammatillista työtä?

Miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriita?

Miten asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana kirurgian toimialan tehtäviä ja tavoitteita?

## Analyysilukujen rakenne

Ensimmäisessä analyysiluvussa viisi tarkastelen vuorovaikutuksen merkitystä kirurgian toimialan ammatillisessa työssä. Kysyn, miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa vuorovaikutuksesta osana kirurgian toimialan työtä. Analysoin, miten työntekijät neuvottelevat ammatillisesta vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa yhtäältä osana ammatillista työtä ja toisaalta osana moniammatillista työnjakoa ja institutionaalisia tehtäviä. Analyysi avaa näkymää siihen, miten ammatillinen rooli toimii diskursiivisena resurssina neuvoteltaessa ammattilaisen jäsenkategoriasta ja siihen kuuluvista oikeuksista ja velvollisuuksista, kuten ammatillisesta vuorovaikutuksesta työssä.

Analyysiluvussa kuusi tarkastelen, miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä syntyy ristiriitaa. Kysyn, miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriita. Analyysin avulla kuvaan, miten työntekijät hallitsevat retorisin keinoin ammatillista kompetenssia ja moraalista vastuutaan. Analyysin kohteena on, miten ammatillista kompetenssia ja moraalisia toimijuutta ylläpidetään puhuttaessa ammatillisten velvollisuuksien ja arjen työn välisistä ristiriidoista, joita syntyy esimerkiksi juuri tilanteissa, joissa potilaat ovat antaneet kriittistä palautetta hoidosta. Kriittinen palaute synnyttää ajatuksen, että toiminta ei ole täyttänyt sille asetettuja odotuksia. Puhuttaessa näistä ristiriidoista tuotetaan samalla sosiaalista ja moraalista järjestystä sairaalaan.

Viimeisessä analyysiluvussa seitsemän tarkastelen, miten erilaisiin asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana kirurgian toimialan institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Analysoin erilaisten palautteiden vastaanottamista erityisesti ammattilaisen ja potilaan väliseen suhdepariin kuuluvien oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta. Miten työntekijät suhtautuvat yhtäältä spontaaneihin suullisiin palautteisiin ja toisaalta, miten kirjallisiin palautteisiin ja työn lisääntyvään hallinnolliseen arviointiin orientoidutaan osana ammattilaisen työtä. Neuvottelua käydään siitä, mikä on relevanttia juuri kirurgian toimialan institutionaalisessa työssä ja millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia ammattilaisella ja potilaalla on tässä yhteydessä.

Yhteenvedo- ja pohdintaluvussa kahdeksan arvioin yhteisön sisäpuolisena tuotetun aineiston ja etnometodologisen analyysimenetelmän toimivuutta tutkimuskysymysteni kannalta ja pohdin, miten valitsemallani lähestymistavalla voi vastata asettamiini kysymyksiin. Arvioin, mitä uutta tietoa olen tuottanut ajatellen terveydenhuollon moniammatillisen asiantuntijatyön kehittämistä ja julkisen sektorin palvelujen dialogisuuden tavoitteen edistämistä. Arvioin myös tutkimukseni tuottaman tiedon

hyötyä laajemmin julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden palautekäytäntöjen kehittämisen ja palautteiden tehokkaamman hyödyntämisen kannalta.

## 5 Vuorovaikutus osana arjen työtä sairaalassa

Kuten luvussa kaksi olen tuonut esiin, vuorovaikutuksen merkitys nähdään yhä tärkeämpänä terveydenhuollon ammatillisessa työssä ja siitä on tullut yksi laadunarvioinnin ulottuvuus. Myös ammattilaisten omat eettiset ohjeet korostavat hyvää ja toimivaa vuorovaikutusta asiakkaan kanssa yhtenä ammatillisuuden kulmakivenä ja osana laadukasta palvelua (Vuori 2013, 89). Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja pidetään esimerkiksi lääkäreiden keskuudessa yhtenä tärkeimmistä työssä tarvittavista taidoista. Eniten vuorovaikutustaitoja on katsottu tarvittavan yleislääketieteessä ja psykiatrissa ja vähiten ortopediassa ja radiologiassa. Kirurgiassa vuorovaikutuksen merkitystä hyvän hoidon kannalta ei toisin sanoen pidetä yhtä tärkeänä, kuin esimerkiksi yleislääketieteessä. (Koponen 2012, 15-16.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittelee myös vuorovaikutuksen laatua potilaan ja ammattilaisen välillä. Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat ovat yksi keskeinen syy potilaiden antaessa kriittistä palautetta hoidostaan (Coyle 1999; Mulcahy 2003; Kokkonen 1997, 69). Voi siis sanoa, että vuorovaikutus potilaiden kanssa on monella tavalla selontekovelvollisuutta tuottava asia terveydenhuollossa, niin kasvokkaisen vuorovaikutuksen näkökulmasta, kuin laajempänä institutionaalisenä ja kulttuurisena selontekovelvollisuutena ammatillisesta työstä (Garfinkel 1967; Scott & Lyman 1968; Hogg 1999; Rawls 2010, 99).

Terveydenhuollon vuorovaikutusta on tarkasteltu erityisesti lääkärin ja potilaan välillä. Lähtökohtana on ollut ajatus suhteen epäsymmetriasta. Vastaanottotilanteessa lääkärillä on enemmän tietoa ja kulttuurisia resursseja kuin potilaalla, ja tämä synnyttää epäsymmetrisen valta-asetelman (Freidson 1970; Atkinson 2008, 34). Sairaalahoidossa vastaanottotilanne on kuitenkin vain yksi vuorovaikutustilanne moniammatillisen hoidon kokonaisuudessa. Sen vuoksi vuorovaikutusta on hedelmällistä tarkastella myös laajemmasta näkökulmasta, osana moniammatillista hoitoa.

Tämän luvun tavoitteena on tuoda esiin, miten sairaalan työntekijät orientoituvat ammatilliseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Tuon esiin työntekijöiden käytännöllistä järkeytä ammatillisen vuorovaikutuksen merkityksestä työssä. Tarkoitukseni ei ole määritellä hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen kriteerejä. Sen sijaan tuon esiin, miten sairaalan työntekijät jäsentävät ammatillista vuorovaikutusta ja institutionaalisia tilanteita oman työnsä näkökulmasta. Ammatillinen asema

moniammatillisessa työyhteisössä näyttää toimivan yhtenä diskursiivisena resurssina. arvioitaessa vuorovaikutusta osana työtä. Samalla neuvotellaan moniammatillisten käytäntöjen ylläpitämisestä ja ammattilaisen kategorian jäsenyydestä ja rajoista sairaalassa. Analyysini pääpaino on kategorisointityössä, jonka avulla työntekijät järjelevät vuorovaikutuksen merkitystä osana ammatillisia ja institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Selonteot, joiden avulla ammatillista vuorovaikutusta arvioidaan, ovat analyysin kohteena. (Garfinkel 1967; Hester & Eglin 1997; Jokinen & al. 2012.) Tuon esiin, miten työntekijät arvioivat potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutussuhdetta ja ammatillisen vuorovaikutuksen merkitystä osana moniammatillista työtä.

Aluksi analysoin, miten ammatillista roolia hyödynnetään yhtenä keskeisenä resurssina puhuttaessa vuorovaikutuksesta osana moniammatillista työtä. sn jälkeen analysoin, miten tunnekatgorioita käytetään välineinä neuvoteltaessa ammatillisesti hyväksyttävästä vuorovaikutuksesta ja rakennettaessa eroa maallikkoihin. Tuon esiin, miten tunnekatgorioita käytetään neuvoteltaessa kompetentista ammattilaisuudesta. Viimeiseksi analysoin, miten työntekijät arvioivat erilaisia institutionaalisia rutüneja potilaan ja ammattilaisen välisinä vuorovaikutustilanteina.

Puhuttaessa vuorovaikutuksen ulottuvuuksista terveydenhuollon arjen työssä reflektoidaan samalla yhteiskuntapoliittista muutosta ja tuotetaan paikallisesti ja tilanteisesti järjestystä moniammatilliseen työhön sairaalassa. Tämän luvun tutkimuskysymys on: Miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa vuorovaikutuksesta osana kirurgian toimialan työtä.

## 5.1 Vuorovaikutus osana moniammatillista työtä

Puhuessaan haastatteluissa vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa työntekijät samalla jäsentävät omaa paikkaansa moniammatillisessa työssä ja neuvottelevat kompetentin ammatillisen vuorovaikutuksen sisällöistä. Oma ammatti ja institutionaaliset tehtävät toimivat yhtenä jäsentämisen resurssina tässä reflektoinnissa. Ammatillinen rooli on puhujalle diskursiivinen resurssi, jota hyödynnetään neuvoteltaessa asiakaskeskeisestä ammatillisesta vuorovaikutuksesta, ammattilaisen ja potilaan jäsenkategoriasta ja tähän suhteeseen liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista arjen käytännöissä.

Ammatilliseen rooliin puheen resurssina liittyy ajatus siitä, että puhuja asettuu johonkin asemaan suhteessa tapahtumiin, joista puhutaan. Asema riippuu siitä, miten puhuja näkee itsensä suhteessa tapahtumiin. Työntekijät ottavat toisen sanoen position suhteessa haastattelun aiheeseen (Hester & Eglin 1997; Antaki & Widdicombe 1998).

Samasta tapahtumasta voidaan puhua eri tavoin riippuen siitä, mikä suhde puhujalla on siihen. Ammatillinen jäsenyys toimii näin tulkinnallisena resurssina, jonka kautta lähestytään työtilanteita. Työn sisältö ja tehtävät ovat tästä näkökulmasta yksi keskeinen resurssi orientoiduttaessa ympäristöön työyhteisössä.

Puhuttaessa ammatillisesta vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa reflektoidaan samalla sitä, mitkä ominaisuudet, piirteet ja aktiviteetit kuuluvat ammattilaisen kategoriaan. Millainen vuorovaikutus esimerkiksi kuuluu ammattilaisen kategoriaan ja millainen ei. Ammatillista jäsenyyttä rakennetaan esimerkiksi määrittelemällä omaa ja toisten asiantuntijuuden ja kompetenssin aluetta: me olemme tällaisia ja nuo toiset ovat sellaisia. Keskeistä tässä on erojen ja yhtäläisyyksien etsiminen moniammatillisen työn näkökulmasta: miten minä olen erilainen tai samanlainen kuin muut, tai miten me olemme samanlaisia tai erilaisia kuin muut. Ammatillinen rooli toimii puhetta organisoivana välineenä ja resurssina. (Housley 1999; Davies & Harre 2007.) Kategorioiden ja niihin yhdistettävien aktiviteettien avulla voidaan neuvotella siitä, mikä on hyväksyttävää, toivottavaa tai paheksuttavaa vuorovaikutusta potilaiden kanssa. Samalla voidaan jäsentää sairaalan tapahtumia, omaa ammatillista paikkaa, kompetensseja, velvollisuuksia ja oikeuksia, sekä omaa moraalista toimijuutta.

Kategorisointityöllä on merkitystä moniammatillisen työnjaon ja valtasuhteiden ylläpitämisen kannalta. Esimerkiksi luokittelemalla tietynlainen vuorovaikutus joko omaan ammatilliseen työhön kuuluvaksi, tai sen ulkopuolelle, rakennetaan samalla työnjaon käytäntöjä. Neuvottelua ammattien valtasuhteista käydään näin arjen tasolla.

Terveydenhuollon moniammatillisen tiimityön kontekstissa ammatillista roolia resurssina ja osana arkisen työn tavoitteiden saavuttamista on tarkastellut muun muassa Pirjo Nikander (2003). Nikanderin tutkimuksessa tulee esiin, miten ammatillinen rooli toimii joustavana resurssina arkisissa päätöksentekoprosesseissa. Kielelliset kuvaukset, asiakkaiden luokittelut ja kategorisoinnit ovat käytännön välineitä, joilla kokouksiin osallistuvat eri ammattiryhmien jäsenet tekevät työtään Kategorisoimalla asiakkaita ja nostamalla tiettyjä kategorioita esiin moniammatillisessa hoitoneuvottelussa eri ammattiryhmät tuottavat päätöksenteon kriteerejä ja toimintalogiikkaa, jolle arjen käytäntöjä rakennetaan. (Emt. 282-283.)

Brittiläisen terveydenhuollon moniammatillisen tiimikokouksen ympäristössä ammatillisen roolin merkitystä on tarkastellut William Housley (1999). Hän tuo myös esiin, miten omaa ammatillista roolia käytetään tilanteisena resurssina jäsenettäessä työyhteisön tapahtumia ja toimintaa. Ammatillinen rooli toimii välineenä ja resurssina, jonka avulla voidaan jäsentää tapahtumia ja reflektoida ristiriitoja ja normeja työssä. Ammatillinen rooli on tässä yhteydessä organisoiva käsite, jonka avulla annetaan selontekoja yhteisössä ja luodaan järjestystä arjen työhön. Housley tuo esiin, miten



viittaamalla kategorioihin ja niihin yhdistettäviin aktiviteetteihin rakennetaan eroja muihin ammattiryhmiin ja ominaisuuksiin ja kompetensseihin, joita kuhunkin ammattiryhmään liitetään. Omaa ja toisten työntekijöiden roolia ja kompetenssia arvioidaan samalla suhteessa organisaation institutionaalisiin tavoitteisiin ja niiden toteutumiseen.

Seuraavaksi tuon esiin oman aineistoni esimerkein, miten potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta jäsenetään ja miten ammatillinen rooli toimii resurssina tässä kategorisointityössä. Analyysi kohdistuu siihen, mitä aktiviteetteja ja kategoriasidonnaisia ominaisuuksia nostetaan esiin relevantteina puhuttaessa vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa osana omaa ammatillista työtä ja institutionaalisia tavoitteita. Retorisina keinoina haastatteluissa työntekijät käyttävät esimerkiksi vastakkaisten kategoriaparien ja kontrastien rakentamista, kategoriasidonnaisten aktiviteettien määrittelyä, kategorijäsenyyden vastustamista ja äärimmäisiä ilmaisuja (Sacks 1992; Lepper 2000; Drew 1998; Pomerantz 1986; Leudar & al. 2004).

### **Tasavertaisuus ammatillisen vuorovaikutuksen jäsentäjänä**

Seuraavassa aineisto-otteessa perushoitaja arvioi vuorovaikutusta potilaiden kanssa. Keskustelunaiheena haastattelussa oli kuvata työyhteisöä ja sen erityispiirteitä oman työn näkökulmasta. Keskustelussa käytiin läpi sitä, mitä hyvää omassa työssä ja ammatissa on potilasvuorovaikutuksen kannalta verrattuna muiden ammattiryhmien työhön.

#### **Aineisto-ote 1:**

*Ph: No mun mielestä aina kumminkin, on se nyt, ennen perushoitajat-apuhoidajat, nykyään lähihoidajat, meitä on aina pidetty semmosena ihmisläheisimpänä ammattiryhmänä.*

*Et noin, et.*

*Erityisesti, kun on aina lääkäreitä pelätty ja on varmaan sairaanhoitajia aikoinaan pelätty mutta perushoitaja on aina ollu semmonen, tavallaan arjen puurtaja.*

*M: Mm*

*Ph: se joka vie pissa-astian ja pyyhkii sen pyllyn ja semmonen. Monet ihmiset kokee että perushoitajille on esimerkiksi helpompi puhua.*

*M: Mm*

*Ph: Ne joskus pelkää puhua jopa sairaanhoitajalle,*

*ehkä tää ero on nykyään niinku tää ero kaventunu, mutta.*

*M: Nii*

*Ph: Mää oon sen ennen kokenu paljon niin että*

*että perushoitaja monta kertaa toimii*

*semmosena tulkkina*

*jopa iban potilaan ja sairaanhoitajan välillä*

*saatikka nykyään*

*potilaan ja lääkärin välillä.*

*PA: Mm.*

*Ph: Et ihmiset ei uskalla sanoa,*

*me ollaan kumminki semmone työntekijä-,*

*semmonen duunariporras, perushoitajat paljon*

*että ihmiset ei vierasta meitä.*

*(H1)*

Tässä aineisto-otteessa perushoitaja jäsentää paikkaansa moniammatillisessa yhteisössä ja rakentaa samalla ammatillista jäsenyyttä. Keskeinen kontrastipari tässä on me - muut ammattiryhmät, joka synnytetään jo haastattelun kysymyksessä, koska keskustelun aiheena on, mitä hyvää omassa työssä on vuorovaikutuksen näkökulmasta verrattuna muihin ammattiryhmiin. Kontrastiparin me - muut ammattiryhmät avulla puhuja tuo esiin oman ammattiryhmän eroa muihin, *meitä on aina pidetty semmosena ihmisläheisimpänä ammattiryhmänä*. Perushoitaja rakentaa oman ja muiden ammattiryhmien välille eron, jonka avulla vuorovaikutusta osana työtä voidaan kuvata. Me - he kontrastiparin tuottaminen on yleinen reflektoinnin tapa arvioitaessa tapahtumia ja ihmisiä (Davies & Harre 2007, 43-63; Leudar & al. 2004). Me- kategoriaan voidaan yhdistää tiettyjä aktiviteetteja ja määreitä ja samalla tuottaa samojen aktiviteettien ja määreiden puuttuminen he -ryhmän jäseniltä. Rakentamalla kontrasti kategorioiden välille *ihmisläheisyyden* määreen avulla voidaan jäsentää eroa oman ja muiden ammattiryhmien välillä. Ihmisläheisyys on yksi ominaisuus joka yhdistetään erityisesti perushoitajan kategoriaan, mutta ei yhtä lailla muihin ammattiryhmiin. Viittaamalla ihmisten käsitykseen perushoitajista, *meitä on pidetty..*, argumentin vakuuttavuutta voidaan vahvistaa. Kyse ei ole kategorian jäsenen omasta arviosta, vaan yleisemmästä käsityksestä. Näin voidaan tuottaa objektiivisuuden vaikutelmaa ja legitimitettä tälle argumentille.

Vuorovaikutuksen arviointia jatketaan työstämällä eteenpäin perushoitajan kategoriaa. Perushoitajaa kuvataan täsmennyksellä *arjen puurtaja*, jonka työhön kuuluu arkisia tehtäviä, *se joka vie pissa-astian ja pyyhkii sen pyllyn*. Tällä täsmennyksellä perushoitajan ja potilaan välisen suhteen arkinen luonne nostetaan esiin olennaisena

asiana myös vuorovaikutuksen näkökulmasta. Arjen puurtajuus ja puhumisen helppous yhdistetään näin toisiinsa. Pissa-astian vieminen ja pyllyn pyyhkiminen kuuluvat perushoitajan kategoriasidonnaisiin aktiviteetteihin sairaalassa. Täsmennyksen avulla voidaan tuoda esiin myös perushoitajan eroa suhteessa sairaanhoitajiin, jotka eivät ehkä kuulu yhtä lailla tähän arjen puurtajien kategoriaan. Yhdistämällä nämä täsmennykset kontrastipariin me perushoitajat - muut ammattiryhmät, ja nostamalla erityisesti lääkärin ammattiryhmä esimerkiksi ammattiryhmästä, jota potilaat pelkäävät, herätetään henkiin merkitys, jonka mukaan perushoitajat ovat ihmisläheisiä, mutta muut ammattiryhmät, varsinkin lääkärit, ehkä eivät. Ihmisläheisyys liitetään arkisiin tehtäviin, joita erityisesti perushoitaja tekee. Puhuja lieventää kuitenkin tätä me – muut -kontrastia suhteessa sairaanhoitajien kategoriaan täsmenämällä asiaa ennen – nykyään kontrastiparin avulla. Perushoitajien ja sairaanhoitajien välistä eroa täsmennetään jatkamalla *ja on varmaan sairaanhoitajakin aikoinaan pelätty*. Tähän vertailuun eri sairaanhoitajakategorioiden välillä palataan vielä myöhemmin katkelmassa, jolloin viitataan uudelleen muutokseen, joka on tapahtunut sairaanhoitajien ja potilaiden suhteessa, *ehkä tää ero on nykyään niinku tää ero kaventunu* [eri hoitajaryhmien välillä suhteessa potilaisiin]. Näiden täsmennysten avulla puhuja tuottaa tulkinnan, jonka mukaan potilaiden on helpompi puhua perushoitajille kuin muille ammattiryhmille. Perushoitajien työtehtävien arkisuus ja ihmisläheisyys ovat käytännön työn näkökulmasta perustelua sille, että juuri heille on potilaiden helppo puhua. Käytännölliset työtehtävät ja hyvä vuorovaikutus yhdistetään näin toisiinsa.

Puhuja nostaa edelleen tulkin kategorian esiin kuvaamaan perushoitajan aktiviteetteja moniammatillisessa tiimissä. Yhdistämällä perushoitajat tulkkien kategoriaan nostetaan esiin yksi ammatillisen vuorovaikutuksen ulottuvuus perushoitajan työssä. Kategorian avulla puhuja herättää henkiin ymmärtämisen ja tiedon välittämisen aktiviteetit. Ne yhdistetään yhtäältä osaksi potilaan ja ammatillaisen välistä suhdetta ja toisaalta osaksi moniammatillista työyhteisöä. Liittämällä tulkin tehtävät yhdeksi perushoitajan tehtäväksi ja asettamalla perushoitajat potilaan ja muiden ammatillaisten väliin tulkin roolissa, puhuja rakentaa samalla kontrastiparin joka vihjaa, että muiden ammattiryhmien ja potilaan välillä on puutteita vuorovaikutuksessa juuri ymmärtämisen osalta, *perushoitaja monta kertaa toimii semmosena tulkeina jopa ihan potilaan ja sairaanhoitajan välillä, saatikka nykyään potilaan ja lääkärin välillä*. Näin rakennetaan eroa perushoitajien ja sairaanhoitajien välille ja erityisesti lääkärin ja perushoitajan välille. Samalla perushoitajan ammatillinen toimijuus asettuu asiakaskeskeisen hoidon näkökulmasta moraalisesti hyväksyttävämmäksi kuin muiden ammattiryhmien. Perushoitajalla on ammattiroolinsa vuoksi kompetenssia ymmärtää

potilaita paremmin kuin muilla ammattiryhmillä. Samalla tuotetaan muut ammattiryhmät sellaisiksi, joilla tätä ominaisuutta näyttäisi olevan vähemmän.

Katkelman lopussa puhuja työstää edelleen perushoitajan kategoriaa perustellakseen vielä lisää, miksi juuri perushoitajat voidaan ymmärtää tulkkeina suhteessa potilaisiin. Tämä tehdään yhdistämällä perushoitajat laajempaan duunareiden kategoriaan. Aiemmin puhuja nosti esiin arjen puurtajan kuvaamaan perushoitajan työtä ja tätä kategorian työstämistä jatketaan siis vielä liittämällä perushoitajan kategoria duunareiden kokoelmaan. Sairaalayhteisön ulkopuoliseen kategoriaan viittaamalla voidaan vahvistaa tasavertaisuuteen liittyvää ulottuvuutta potilaan ja ammattilaisen välisessä suhdeparissa ja samalla kuvata perushoitajan paikkaa sairaalan moniammatillisessa työnjaossa. Liittämällä perushoitajat osaksi laajempaa duunareiden kategoriaa syntyy viittaus ammattien keskinäiseen hierarkiaan ja työnjakoihin.

Arjen puurtajan, tulkin ja duunarin kategoriat toimivat kaikki välineinä refleктоitavassa perushoitajan ammatillista paikkaa sairaalan moniammatillisessa työnjaossa. Niihin yhdistettävien aktiviteettien avulla työstetään myös vuorovaikutussuhdetta potilaisiin. Samalla tuotetaan kontrastipari, jossa on yhtäältä perushoitajat, joille potilaiden on helppo puhua ja toisaalta muut ammattiryhmät, joille ei ole yhtä helppo puhua. Tasavertaisuus ja ymmärtäminen nostetaan olennaisiksi ulottuvuuksiksi potilaan ja ammattilaisen suhdeparissa hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Samalla tuotetaan oma työ ammatillisesti kompetenttina asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Seuraavassa aineisto-otteessa sairaalahuoltaja arvioi vuorovaikutusta osana omaa työtään vertaamalla sitä muiden ammattiryhmien vuorovaikutukseen. Keskustelun aiheena myös tässä katkelmassa on, mitä hyvää omassa työssä on potilasvuorovaikutuksen näkökulmasta.

## **Aineisto-ote 2:**

*Sa: No semmone mul on käyny mielessä joskus että ne ninku tosiaan meille juttelee paljon helpommin kun hoitohenkilökunnalle esimerkiksi tai näin, että ne ninku ilmeisesti pitää meitä ihan samanvertasina ku aika monella on vielä semmosta et on hoitaja ja lääkäri niin ne on tuolla jossain korkeella.*

*PA: Nii just, joo.*

*Sa: Ja sit potilaat aika paljon uskaltaa, että ne ninku pyytää, semmoset aremmat potilaat,*

*PA: Just.*

*Sa: ninku meiltä pieniä toivomuksia et ne ei kehtaa eikä uskalla pyytää hoitajilta että.*

PA: *Just.*

Sa: *Et niil on niin kiire niin ei me voida niiltä pyytää. (Naurua).*

(H3)

Tässä aineisto-otteessa sairaalahuoltaja pohtii potilaan ja ammattilaisen suhdetasa-arvon ja hierarkian näkökulmasta. Myös tässä katkelmassa tuotetaan heti aluksi kontrastipari me ja muut: me sairaalahuoltajat ja muu hoitohenkilökunta. Käyttämällä kategorialaajaa hoitohenkilökunta tehdään jako hoitotyötä tekevien ammattiryhmien ja muiden työntekijöiden välille. Myös tässä esimerkissä puhuja nostaa esiin vuorovaikutuksen hierarkkiset ulottuvuudet jäsentääkseen ammatillista vuorovaikutusta ja omaa paikkaansa moniammatillisessa työssä. Nostamalla samanvertaisuus osaksi sairaalahuoltajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta ja yhdistämällä samanvertaisuus siihen, että on helppo puhua, voidaan tuoda esiin oman työn asiakaskeskeisiä puolia suhteessa muihin ammattiryhmiin. *Ne ninku tosiaan meille juttelee paljon helpommin, kun hoitohenkilökunnalle... ne ninku ilmeisesti pitää meitä ihan samanvertaisena.* Potilaat puhuvat sairaalahuoltajille helpommin kuin muille ammattiryhmille nimenomaan siksi, että pitävät heitä samanvertaisina. Puhumisen helppous yhdistetään samanvertaiseen suhteeseen. Sairaalahuoltaja jatkaa suhteen arviointia täsmennyksellä *aika monella on vielä semmosta et hoitaja ja lääkäri, niin ne on tuolla jossain korkeella.* Tätä argumenttia lievennetään kuitenkin tarkennuksella *aika monella on.* Se tuo esiin, että muitakin tulkintoja voi olla, *aika monella* täsmennyksellä viitataan siihen, että tämä ei ehkä kuitenkaan koske kaikkia potilaita. Viittaamalla muutokseen, jota on tapahtunut ajan kuluessa, *aika monella on vielä semmosta*, sairaalahuoltaja tuo esiin muutoksen, joka on meneillään potilaan ja ammattilaisen välisessä suhteessa. Suhde on muuttumassa tasavertaisempaan suuntaan. Silti on edelleen potilaita, jotka pitävät hoitajia ja lääkäreitä hierarkiassa korkealla, *hoitaja ja lääkäri, niin ne on tuolla jossain korkeella.* Konkreettisella paikan ilmauksella *korkeella*, syntyy havainnollinen kuva hierarkiasta. Omaa ammattiroolia täsmennetään edelleen viittaamalla potilaiden tapaan pyytää pieniä palveluksia juuri sairaalahuoltajilta. Täsmennyksellä vielä potilaiden kategorialaajaa tässä yhteydessä määreellä *aremmat potilaat*, synnytetään kategoriapari *aremmat ja rohkeammat potilaat*, joista *arempien* aktiviteetiksi erityisesti liitetään palveluksien pyytäminen juuri sairaalahuoltajilta. *Semmoset aremmat potilaat, ninku meiltä pieniä toivomuksia [pyytää].* Tätä väitettä legitimoidaan vielä lainaamalla potilaan puheita oman puheen tueksi. Potilaat sanovat sairaalahuoltajille että *niil [hoitajilla] on niin kiire, niin ei me voida niiltä pyytää.* Samalla liitetään uusi määre hoitajien kategorialaajaan, hoitajat ovat kiireisiä ja se toimii myös yhtenä erottavana tekijänä sairaalahuoltajien ja hoitajien välillä vuorovaikutusmahdollisuuksien näkökulmasta. Palveluksia voidaan ja

uskalletaan pyytää juuri sairaalahuoltajilta ja heille voi puhua helpommin, koska heillä on enemmän aikaa ja he ovat tasavertaisessa suhteessa potilaiden kanssa.

Otteessa sairaalahuoltaja jäsentää vuorovaikutusta potilaiden kanssa tasavertaisuuden ja hierarkisuuden kontrastiparin avulla. Samalla hän jäsentää omaa rooliaan suhteessa potilaisiin ja muihin ammattiryhmiin. Tasavertaisuus potilaiden kanssa nostetaan keskeiseksi ulottuvuudeksi hyvän vuorovaikutuksen kannalta. Hyvä ammatillinen vuorovaikutus liittyy tasavertaiseen suhteeseen potilaiden kanssa ja on osa asiakaskeskeistä hoitoa. Oma ammatillinen rooli toimii tässä resurssina niin, että omaa työtä voidaan reflektoida asiakaskeskeisyyden ja vuorovaikutuksen laadun näkökulmasta. Tasavertaisuuden ja hierarkian välinen kontrastipari toimii yhtenä jäsentämisen välineenä arvioinnissa.

Molemmissa aineisto-otteissa työntekijät käyttävät omaa ammatillista rooliaan resurssina arvioidessaan hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Määrittelemällä oman ammattiryhmän vuorovaikutussuhdetta ja sen piirteitä voidaan tuoda samalla esiin oman ammattiryhmän kompetenssia suhteessa muihin ammattiryhmiin. Työntekijät käyttävät tällä tavoin ammatillista roolia resurssinaan arvioidessaan omaa ja muiden toimintaa. Oman ammattiryhmän vuorovaikutus potilaiden kanssa arvioidaan erilaiseksi kuin muiden työntekijöiden. Ammatillinen selontekovelvollisuus ja moraalisen toimijuuden ylläpitäminen tulee esiin, kun oman ammattiryhmän vuorovaikutusta pidetään asiakaskeskeisempänä kuin muiden. Oman ammattiryhmän ammatillinen vuorovaikutus tuodaan esiin sellaisena, että se täyttää asiakaskeskeisyyden vaatimukset paremmin kuin muiden. Keskeinen retorinen keino näissä kahdessa esimerkissä on hierarkisuuden ja tasavertaisuuden kontrastiparin työstäminen potilaan ja ammattilaisen välisessä suhteessa. Vuorovaikutussuhdetta kuvataan yhtäältä potilaan ja oman ammattiryhmän välillä ja toisaalta suhteessa muihin ammattiryhmiin.

### **Sosiaalinen etäisyys ja läheisyys ammatillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksina**

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi arvioi vuorovaikutuksen roolia työnsä näkökulmasta. Vuorovaikutuksen merkitystä omassa työssä jäsennetään eri tavoin tässä otteessa, kuin kahdessa aiemmassa.

#### **Aineisto-ote 3:**

*L: Nää kysymykset on paljon tässä semmosia tietysti, että ihmiset, jotka täällä on ninku koko ajan noitten potilaitten kanssa tekemisissä*

*niin tuota  
heil ois enempiä vastattavaa,  
että mä,  
meil se on kuitenkin enempi semmone virallinen subde potilaisiin.  
(H7)*

Tässä aineisto-otteessa kirurgi ottaa haastattelukysymyksen välineeksi täsmentäessään omaa rooliaan moniammatillisessa työnjaossa. Viittaamalla siihen, että ei ole kompetentti vastaamaan vuorovaikutusta koskeviin kysymyksiin, hän työstää samalla kirurgin kategoriaan kuuluvia velvollisuuksia ja vastuita moniammatillisen työnjaon näkökulmasta. Vuorovaikutuksen merkitystä kirurgin työssä jäsenetään jakamalla terveydenhuollon ammattilaiset kahteen kategoriaan ja niihin kategorioihin yhdistettäviin aktiviteetteihin. Kategoria, jonka jäsenet ovat tekemisissä potilaiden kanssa ja kategoria, jonka jäsenet eivät ole. Näihin kategorioihin yhdistetään erilaiset vastuut: toinen ryhmä on potilaiden kanssa kokoajan tekemisissä olevat ja toinen ryhmä ne, jotka eivät ole. *Ihmiset jotka ovat ninku koko ajan noitten potilaitten kanssa tekemisissä* -ryhmään yhdistetään kompetenssi, joka liittyy kykyyn vastata esitettyihin kysymyksiin vuorovaikutuksesta. Heillä on *enempiä vastattavaa* vuorovaikutukseen liittyviin asioihin. Tämä kompetenssi perustuu siihen, että he ovat enemmän tekemisissä potilaiden kanssa. Kategorioiden ja kompetenssin kontrastia vahvistetaan vielä käyttämällä ääri-ilmaisua *koko ajan tekemisissä*. Kirurgi sijoittaa jaossa itsensä siihen ryhmään, joka ei ole tekemisissä potilaiden kanssa koko ajan ja yhdistää tähän kyvyttömyyden vastata kysymyksiin vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa. Ammatillista vuorovaikutusta suhteessa potilaisiin täsmennetään edelleen määrittelemällä kirurgin ja potilaan välisen suhteen laatua, *meillä se on kuitenkin enempi semmone virallisempi subde potilaisiin*. Määrittelemällä kategoriaparin potilas – kirurgi suhde viralliseksi, voidaan samalla määritellä suhdetriiniin kuuluvia vastuita ja velvollisuuksia.

Rajaamalla näin vuorovaikutukseen liittyviä ulottuvuuksia ulos oman ammatillisen työn piiristä voidaan työstää moniammatillisen työnjaon rajoja käytännössä. Vuorovaikutukseen liittyvä tieto ja kompetenssi yhdistetään siihen kategoriaan, joka ovat jatkuvasti tekemisissä potilaiden kanssa. Näin kirurgi rakentaa tilanteessa sosiaalista etäisyyttä suhteessa potilaisiin. Samalla hän määrittelee omaa paikkaansa ja vastuita kirurgian moniammatillisessa työnjaossa. Esimerkki tuo havainnollisesti esiin, miten työstämällä kategorioita ja niihin kuuluvia vastuita ja velvollisuuksia voidaan rajata joitakin tehtäviä tai kompetensseja oman ammatillisen työn ulkopuolelle ja tuottaa samalla moniammatillisen työnjaon käytäntöjä.

Seuraavassa aineistokatkelmassa arvioidaan myös vuorovaikutusta potilaiden kanssa sosiaalisen etäisyyden ja läheisyyden näkökulmasta. Katkelmassa hoitajat keskustelevat

ryhmähaastattelussa siitä, mitä hyvää heidän työssään on vuorovaikutuksen näkökulmasta.

#### **Aineisto-ote 4:**

*H: No ainakin se että ninku on sillai koko aika lähellä näitä potilaita että tulee jotain muutakin puhuttua kun jotain hoitotyötä vaan, että puhutaan ninkun muitakin asioita että se tuo hirveesti sitä rikekautta siihen työhön.*

*Kaikeista kulttuureista, eri ikäryhmistä ja tää on ninku sitä mistä nyt jotain saa.*

*H: Ihmissubdeasiat tulee hoidettua työpaikalla, ei illalla enää tartte haeskella mistään mitään.*

*M: Nii.*

*H: Olla vaan.*

*M: Nii justiin, tulee luontaisetuna.*

*H: Läbellä olo.*

*M: Nii just.*

*H: Ja samaten niitä elää niitten potilaitten ilot ja surut mukana.*

*H: Se mun mielestä varmasti just erottaakin kun aattelee muita ammattiryhmiä ninkun osastonsihtööri tai sairaalabuoltaja tai lääkäri niin hoitaja on on varmasti siinä ninku potilaan arjessa.*

*M: Nii.*

*H: On ninku osallisena tai kanssa että mun mielestä se erottaa just se.*

*(H4)*

Tässäkin aineisto-otteessa jäsennetään vuorovaikutuksen merkitystä työssä etäisyyden ja läheisyyden kontrastiparin avulla. Vuorovaikutusta hoitajan työssä reflektoidaan synnyttämällä ammatillisista kontrastipari potilaan arjessa lähellä olevat ammatilliset ja ammatilliset, jotka eivät ole potilaan arjessa mukana. Liittämällä hoitajat kategoriaan lähellä potilasta olevat, ja muut ammattiryhmät ei yhtä lailla potilaan arjessa mukana olevat –kategoriaan, voidaan verrata hoitajien ammatillista vuorovaikutusta potilaiden kanssa suhteessa muihin ammattiryhmiin.

Vuorovaikutusta täsmennetään edelleen hoitotyöhön kuuluvaan vuorovaikutukseen ja muuhun vuorovaikutukseen. Yhdistämällä lähellä potilasta oleminen siihen, että puhutaan muustakin kuin hoidosta, synnytetään tulkinta, jonka mukaan potilaan lähellä



oleminen ja muusta kuin hoitoon kuuluvista asioista puhuminen liittyvät toisiinsa. Muu kuin hoitoon kuuluva vuorovaikutus määritellään työn merkityksen kannalta tärkeäksi asiaksi hoitajan työssä. Muu vuorovaikutus on sitä, mikä on arvokasta hoitajan työssä, *se tuo hirveesti rikkautta siihen työhön*. Näin synnytetään päättelyketju, jonka mukaan potilaan lähellä oleminen on erityisen arvokasta ja antoisaa hoitajan työssä. Vuorovaikutus potilaiden kanssa nostetaan keskeiseen asemaan hoitajan työssä. Nostamalla potilaiden kulttuuri- ja ikäryhmät esiin merkittävänä asiana, synnytetään käsitys vuorovaikutuksen monipuolisuudesta työssä nimenomaan potilasryhmien heterogeenisuuden vuoksi.

Vuorovaikutuksen merkitystä työtetään edelleen jakamalla työ- ja vapaa-aika hoitajan elämässä. Jaon avulla voidaan perustella ja täsmentää, miten olennaista vuorovaikutus on hoitajan elämässä. Vuorovaikutusta on työaikana niin paljon, että se täyttää jopa vapaa-ajan osalta vuorovaikutuksen tarpeita. Syntyy vihaus jopa vuorovaikutuksen liiallisuudesta. Lähellä olemista on niin paljon työroolissa, että vapaa-ajan roolissa ei ole tarvetta tällaiselle aktiviteetille. Vuorovaikutuksen luonne jäsentyy samanlaiseksi sekä työssä, että vapaa-ajalla, *elää niitten potilaitten ilot ja surut mukana*. Täsmennyksellä nostetaan mukana eläminen ja läheisyys erottavaksi tekijäksi muihin työntekijäryhmiin nähden. Tunnekategorian avulla voidaan näin täsmentää etäisyyden ja läheisyyden välistä eroa ammatillisessa vuorovaikutuksessa.

Vertailua eri ammattiryhmien työn välillä tehdään myös sen perusteella, miten lähellä potilaan arkea vuorovaikutus on, *se mun mielestä varmasti just erottaakin kun aattelee muita ammattiryhmiä ninkun osastonsihtööri tai sairaalahuoltaja tai lääkäri niin hoitaja on, on varmasti siinä ninku potilaan arjessa*. Potilaan arjessa mukana oleminen on pürre, joka erottaa hoitajien ammattiryhmän muista ammattiryhmistä.

Ryhmähaastattelussa oli mukana sekä perushoitajia, että sairaanhoitajia. Tämä seikka näkyy siinä, että ryhmähaastattelussa ei pohdittu eroja eri hoitajaryhmien välillä, vaan keskityttiin pohtimaan eroja hoitajien ja muiden ammattiryhmien välillä. Ryhmähaastattelujen tyypillinen pürre onkin, että ryhmää yhdistävät tekijät nostetaan esille puheessa erottavien sijaan (Pietilä 2010, 223).

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi arvioi vuorovaikutustaitojen ja kirurgisten taitojen välistä suhdetta hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta.

### **Aineisto-ote 5:**

*L:Se, se on hämmästyttävää, miten iso merkitys on sillä miten ihmistä puhuttelee ja kohteliaan käytöksen merkitys, vaikka lääkäri ois vaikka kuinka taitava ja mitä tahansa hallitsis temppuja, jos se on töykee, niin sille tulee huonoa palautetta..*

PA: mm.

L: verrattuna siihen, että se saa olla vähän vähemmänki taitava kun sillä on kyky kohdata potilaat ihmisinä ja se pärjää siinä hommassaan paremmin

PA: mm.

L: ja on hoitotulokseksikin, ihan aidostikkekin semmosella lääkäriellä joka niinku hoitaa potilaita myönteisesti ja ihmisinä niin, eikä minään niinkun varsinaisina objekteina, vaan ihan kokonaisvaltaisesti pyrkii... niin se saa hyviä tuloksia.

(H6)

Tässä aineisto-otteessa lääkäri arvioi vuorovaikutuksen merkitystä erityisesti kirurgin ammatillisen kompetenssin näkökulmasta. Nostamalla vuorovaikutustaidot ja leikkaustaidot vertailuun synnytetään kontrastipari kyky kohdata ihmiset ja tekniset taidot. Näiden taitojen merkitystä arvioidaan hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta. Kirurgi, jolla on sekä hyvät leikkaustaidot, että vuorovaikutustaitoja, on kompetentimpi ja hoidon lopputulos on parempi, kuin sellaisella kirurgilla, jolla on vain leikkaustaitoja. Tätä argumenttia legitimoidaan vielä täsmennyksellä *ihan aidostikkekin*, jonka avulla täsmennetään arvioita yhdistämällä aito tieto hoidon lopputuloksesta lääketieteelliseen arviointiin. Pelkkä hyvä vuorovaikutus ja potilaan palaute ei ole vielä riittävä mittari hyvälle hoitotulokselle, vaan lääketieteellinen lopputulos on varsinaisen arvioinnin kriteeri. Aito lopputulos kuuluu lääketieteellisen arvioinnin piiriin.

Arvioimalla kirurgista hoitoa vielä kontrastiparilla myönteinen, kokonaisvaltainen hoito ja objektina hoitaminen, synnytetään tulkinta, jonka avulla kokonaisvaltainen potilaan hoito voidaan yhdistää hyvään lääketieteelliseen lopputulokseen. Hyvää kirurgista hoitoa täsmennetään jakamalla se joko sellaiseksi, jossa potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti, tai sellaiseksi, jossa potilas on objekti. Kokonaisvaltaiseen hoitoon yhdistetään paremmat hoitotulokset. Liittämällä kokonaisvaltainen hoito hyvin hoitotuloksiin, *ja on hoitotulokseksikin, ihan aidostikkekin semmosella lääkäriellä.. niin se saa hyviä tuloksia*, nostetaan kuitenkin hoidon lääketieteellinen lopputulos legitimiiksi mittariksi hoidon arvioinnissa.

Kaikissa näissä viidessä aineisto-otteessa tulee esiin, miten työstämällä kategorioita ja niihin kuuluvia aktiviteetteja työntekijät jäsentävät omaa ja muiden toimintaa, omaa paikkaansa, vastuitaan, oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan. Näin voidaan arvioida vuorovaikutusta osana ammatillista työtä ja potilaan ja ammattilaisen välistä suhdetta haastattelutilanteessa. Esimerkkien perusteella olen tuonut esiin, miten oma ammatillinen rooli toimii yhtenä resurssina neuvottelussa vuorovaikutuksen merkityksestä osana ammatillista työtä sairaalassa. Kaikissa esimerkeissä omaa

ammattillista roolia käytetään joustavasti resurssina, arvioitaessa ammatillista vuorovaikutusta ja potilaan ja ammattilaisen välistä suhdetta. Keskeinen retorinen keino tässä on vertailu muiden ammattiryhmien toimintaan ja erojen ja kontrastiparien rakentaminen oman ja muiden ammattiryhmien toiminnan ja ominaisuuksien välille.

## 5.2 Tunteet ammatillisessa vuorovaikutuksessa

Arvioitaessa ammatillista vuorovaikutusta käydään samalla neuvottelua ammattilaisen kategorian jäsenyyden rajoista. Tunnekkategorioiden työstäminen on yksi keino neuvottelussa vuorovaikutuksen merkityksestä työssä ja sopivasta tai sopimattomasta toiminnasta ammatillisessa työssä.

Tunteita pidetään yleensä ikään kuin vastakohtana rationaaliselle toiminnalle organisaatiossa. Niiden katsotaan sotkevan instituution tavoitteellista toimintaa. (Fineman 2000; Nikander 2007, 51.) Tämän tyyppiset, vastakohtiksi asettuvat kontrastirakenteet ovat tyyppillisiä arvioitaessa tunteiden merkitystä työelämän kontekstissa (Edwards 1997, 194-195). Tunnekkategorioita käytetään tällöin esimerkiksi rationaalisen ja irrationaalisen välistä suhdetta pohdittaessa, puolustavissa selonteoissa, syytöksien rakentamisessa ja ylipäätään moraalisen toimijuuden hallinnassa. Tunnekkategorioita käytetään retorisina välineinä myös neuvoteltaessa sopivasta ja sopimattomasta ammatillisesta toiminnasta. Niiden avulla voidaan kuvata toimintaa ja työntekijöiden ja potilaiden välisiä suhteita ja ne toimivat yhtenä välineenä määriteltäessä ammatillisen toiminnan rajoja. (Edwards 1997, 170-171.)

Tunteiden ilmaisemisen merkityksiä asiakaspalvelutyössä on tarkastellut muun muassa Arlie Hochschild (2003). Hochschild analysoi ponnistelua, jota työntekijät tekevät ilmaistakseen työnantajayrityksen tavoitteisiin ja tehtäviin sopivia tunteita asiakastilanteissa. Hän tuo esiin ammatillisesti sopivien tunneilmaisujen merkityksen asiakastyössä. Olennaista Hochschildin mukaan on, että työntekijät ilmaisevat yrityksen tavoitteiden kannalta relevantteja tunteita asiakkaille ja osaavat toimia kompetentisti asiakastilanteen edellyttämällä tavalla. Erving Goffmanin (1967) ajatukset erilaisista vuorovaikutuksen kehyksistä sopivat myös Hochschildin tarkasteluun asiakastilanteista. Ollakseen kompetentti ammattilainen työntekijän tulee tunnistaa tilanteiset vuorovaikutuksen kehykset ja hallita tunteitaan niiden mukaisesti. Vain tilanteeseen sopivia tunneilmaisuja tulisi tuoda esiin esimerkiksi asiakastilanteissa.

Tunteiden hallinta ja tunnettyö ovat keskeisiä lähtökohtia tarkasteltaessa tunteiden merkitystä terveydenhuollon toiminnassa. (Hunter 2008, 236-239.) Tunteita on tarkasteltu terveydenhuollossa esimerkiksi ammatillisesti sopivan vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Ammatilliseen kompetenssiin ja institutionaalisiin sääntöihin ja ohjeisiin katsotaan kuuluvan muun muassa mahdollisimman neutraali suhtautuminen potilaisiin. Tällöin ajatellaan, että henkilökohtaiset tunteet vaarantavat ammatillista työtä ja siksi ne tulisi pitää siitä erillään. (Parsons 1951; Freidson 1988; Nikander 2007, 51.) Tarkasteltaessa tunteita organisaation toiminnassa etnometodologisesta näkökulmasta ne nähdään osana käytännöllisiä institutionaalisia tavoitteita ja tehtäviä. Tunnekkategorioiden avulla voidaan tuoda esimerkiksi esiin, mikä on relevanttia kyseisessä tilanteessa institutionaalisen tavoitteiden kannalta.

Pirjo Nikander (2007) on tarkastellut tunnekkategorioiden käyttöä terveydenhuollon moniammatillisen tiimikokouksen päätöksenteon ympäristössä. Tutkimus tuo havainnollisesti esiin, miten tunnekkategorioita nostetaan kokouksessa puheeseen, kuvataan tai liitetään asiakkaisiin tai toisiin ammatilaisiin. Tunnekkategorioita käytetään kun neuvotellaan, järkeillään ja oikeutetaan päätöksiä kokouksessa. Viittaukset omiin tai toisten tunteisiin toimivat käytännöllisinä resursseina päätöksenteossa. Tunnekkategorioiden toiminnallinen luonne tulee tässä esiin. Niitä käytetään työssä osana institutionaalisten tavoitteiden saavuttamista. Esimerkiksi huolen kategoria voidaan nostaa esiin perusteluna ja oikeutuksena potilaan hoitamiseksi jollakin tietyllä tavalla. Tunnekkategorioita voi näin tarkastella osana institutionaalisia käytäntöjä ja ammatillisten tehtävien toteuttamista. Tällöin tarkastellaan, miten tunnekkategorioita käytetään esimerkiksi oikeuttamaan tai puolustamaan toimintaa, erottelemaan kategoriajäsenyyksiä ja legitimoimaan omaa toimintaa.

Analysoin aineistoni empiiristen esimerkkien avulla, miten työntekijät käyttävät tunnekkategorioita puhuttaessa ammatillisesta vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa. Tällöin neuvotellaan siitä, millaiset tunneilmaisut ovat sopivia ammatillaisen kategorian jäsenelle, ja millaiset eivät. Tunnekkategorioita käytetään välineenä esimerkiksi kun määritellään hyväksyttävän ja kompetenttien ammatillisen vuorovaikutuksen rajoja suhteessa epäammatilliseen vuorovaikutukseen, tai kun määritellään tunteiden ilmaisua potilaan aktiviteettina. Kompetenttia ammatillista vuorovaikutusta arvioidaan puheessa tekemällä eroa ammatillisen ja ei-ammattillisen toiminnan välillä. Samalla synnytetään rajaa ammatillaisen ja ei-ammattillaisen kategorioihin ja niihin kuuluviin aktiviteetteihin.

Haastatteluissa tunnekkategoriat nostetaan esiin useissa yhteyksissä pohdittaessa vuorovaikutusta ammatillaisen ja potilaan välillä. Yleisin yhteys on arvioitaessa ammatillista kompetenssia ja tunteiden hallinnan ja neutraaliuden merkitystä osana ammatillaisen kategorian jäsenyyttä. Vuorovaikutuksen moraaliset ulottuvuudet tulevat tässä yhteydessä esiin: millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia tunteiden ilmaisun suhteen eri osapuolilla on sairaalan kontekstissa. Olennaista neuvottelussa on myös eronteko suhteessa maallikkoihin, potilaisiin ja muihin sairaalan ulkopuolisiin tahoihin.

## Neutraalius tavoitteena ammatillisessa vuorovaikutuksessa

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi kuvaa ammatilaisen velvollisuuksia tunneilmaisujen suhteen. Puhuja arvioi, millainen vuorovaikutus potilaan kanssa on sallittua ammattilaiselle ja millainen ei. Samalla hän täsmentää velvollisuuksia ja oikeuksia joita osapuolilla on vuorovaikutuksessa.

### Aineisto-ote 6:

*L: Kun se on vähän semmone,  
potilaat on joskus ihan selvästiki  
inbottavia ninku  
ja kurjia ihmisiä ja sitte kun ammatti-  
tuota ammattilaiset,  
ei sais niihin ninku vibastua  
kun ne ei sitte oo enää ammattilaisia.*

*PA: Mm, nii.*

*L: Se on tota,  
se on, se on,  
tämä väistämätön juttu,  
että näin aina sillon käy.*

*(H5)*

Aineisto-otteessa kirurgi arvioi potilaan ja ammatilaisen välistä kategoriaparia osapuolten oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta: mitä potilas voi tehdä ja mitä ammatilainen voi tehdä. Potilaan kategoriaan kuuluvalla on oikeus ilmaista itseään niin, että häntä voidaan pitää jopa kurjana ihmisenä, mutta se ei saa vaikuttaa ammatilaisen tunneilmaisuihin vuorovaikutustilanteessa. Potilaan ilmaisemilla negatiivisilla tunteilla ei saa olla vaikutusta ammatilaisen vuorovaikutukseen. Kirurgi täsmentää tätä vielä omalla moraalaisella arviollaan potilaista, ”*jotkut potilaat on ihan selvästikin inbottavia ninku, ja kurjia ihmisiä*”. Hän rakentaa samalla säännön ammatilaisen vuorovaikutukseen: ammatilaisen kategoriaan kuuluva ei vihastu potilaalle, vaikka potilaan tulkittaisiin olevan millainen tahansa. Ammatilaisen velvollisuus on näyttää vain ammatillisesti hyväksyttäviä tunteita potilaalle vuorovaikutustilanteessa. Vihastuminen potilaalle osoittaisi yksiselitteisesti, että työntekijä ei täytä ammatillisen kompetenssin kriteerejä, ei kuulu ammatilaisten kategoriaan. Tunteiden hallinta vuorovaikutustilanteissa potilaan kanssa nostetaan katkelmassa ammatillisen jäsenyyden keskeiseksi kriteeriksi. Kirurgi puhuu

ammattilaisten kategoriasta, ei erityisesti lääkärin ammattiryhmästä, jolloin velvoite koskee kaikkia ammattilaisia. Viittauksella, *ku ne ei oo sitte enää ammattilaisia* [jos vihastuu potilaalle], hän viittaa tunteiden hallinnan kuuluvan yleisesti ammattilaisten velvollisuuksiin vuorovaikutustilanteessa potilaiden kanssa.

Seuraavassa aineisto-otteessa toinen kirurgi arvioi tunteiden hallinnan merkitystä ja siihen liittyviä ulottuvuuksia suhteessa ammattilaisen velvollisuuksiin. Tässä katkelmassa on mielenkiintoista myös etu- ja takanäyttämön rakentaminen tunteiden hallinnan näkökulmasta.

### **Aineisto-ote 7:**

*L: Varsinkin potilasasioissa, jos sä potilaalle suutut nii peli on menetetty.*

*PA: Mm*

*L: Se on, sillon lääkäri on aina heikoilla, ku se suuttuu potilaalle.*

*PA: Mm*

*L: Niin kauan ku lääkäri pystyy pitää ittensä viileenä  
nii se on aina asiantuntija ja se on aina niinku  
mä muistan ku toi Virtanen opetti meille,  
mitä me kauheesti kritisoiitiin kandiaikaan,  
että se on aina potilaan yläpuolella.*

*Sehän ei tarkoita sitä että ihmisarvoltaan se ois se lääkäri jotenkin  
merkittävämpi kun se potilas  
vaan sitä subdeta.*

*(H6)*

Tässä aineisto-otteessa kirurgi rakentaa myös suhdeparin ammattilainen – maallikko ja arvioi oikeuksia ja velvollisuuksia, joita osapuolilla on tunteiden ilmaisun osalta vuorovaikutustilanteessa. Tunteiden hallinta, *ittensä viileenä pitäminen* on se, mikä pitää lääkärin asiantuntija-asemaa yllä suhteessa potilaaseen. Puhuja työstää suhdeparia vielä tuomalla esiin suhteeseen kuuluvia moraalisia velvollisuuksia. Puhuja viittaa suhdeparin moraaliseen ulottuvuuteen, jonka mukaan lääkärin velvollisuus tunteiden hallintaan on moraalisesti ehdottomalla tavalla velvoittavampaa kuin potilaan, *että se[lääkäri] on aina potilaan yläpuolella*. Käyttämällä ilmausta yläpuolella, viitataan moraaliseen vastuuseen tilanteessa. Lääkäriltä ammattilaisena vaaditaan moraalisesti enemmän kuin potilaalta. Käyttämällä äärimmäistä muotoilua *aina potilaan yläpuolella*, vahvistetaan vielä potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa olevan moraalisen velvollisuuden ehdottomuutta.

Mielenkiintoinen ulottuvuus tässä aineisto-otteessa syntyy siitä, että kirurgi tekee heti alussa jaon kahdenlaiseen vuorovaikutukseen, vuorovaikutuksen potilaiden kanssa ja vuorovaikutukseen muiden ammattilaisten kanssa. Aloittamalla lause täsmennyksellä *varsinkin potilasasioissa* syntyy vihjaus, jonka mukaan muissa kuin potilastilanteissa ammattilaisen velvollisuus tunteiden hallintaan ei ole yhtä ehdoton. Viittaus nostaa esiin tulkinnan, jonka mukaan työntekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa tunteiden hallinnan velvollisuus ei ehkä olekaan yhtä ehdoton. Työntekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa voidaan sallia tunteiden ilmaisemista, eikä se ole yhtä kohtalokasta ammatillisen jäsenyyden ja kompetenssin näkökulmasta, kuin potilastilanteissa. Samalla synnytetään ammatillisten velvollisuuksien rajaa eri tilanteisiin, yhtäältä tilanteisiin potilaiden kanssa ja toisaalta työntekijöiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. Näin synnytetään erilaisia tilannekohtaisia oikeuksia ja velvollisuuksia, joita työntekijöillä on tunteiden ilmaisun osalta sairaalassa. Katkelmassa on tunnistettavissa Goffmanin (1967) jaottelu etu- ja takanäyttämöjen kehyksiin ja niiden erilaisiin sääntöihin asiakaspalvelutyössä.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitaja arvioi potilaan oikeuksia tunteiden ilmaisuun. Katkelmassa työstetään potilaan ja ammattilaisen välistä suhdeparia ja siihen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia, yhtäältä tunteiden ilmaisemisen ja toisaalta niiden tulkitsemisen näkökulmasta.

### **Aineisto-ote 8:**

*H: Kun ihmine, kun on kipee ja sille on sattunu jotain, se hän on yliherkkä.*

*M: Mm.*

*H: Jokainen kasvonilme, äänensävy punnitaan.*

*M: Mm. Mm.*

*H: Mää oon joskus miettiny että minkälaisen suurennuslasin alla me työskennellään.*

*M: Mm.*

*H: Ja meillä saattaa olla ihan muut ajatukset mielessä ja me rypistetään kulmaa, kun me muistetaan että kotona oli joku asia, joka paino.*

*M: Joo.*

*H: Ja se potilas luulee, että nyt mä rypistän hänelle kulmaa.*

*M: Nää joo, just näinhän se varmaan on, joo.*

*H: Et joskus aina aattelee, että ninku aattelee, et me ollaan tavallaan tietynlaisia näyttelijöitä, me ollaan katsomon edessä koko ajan.*

*No mees ny huoneeseen, ni kolme päätä kääntyy, mua arvostellaan, mun ilmeitä, mun sanomisia.*

M: Mm.

H: Että loppujen lopuks aikamoisen linssin alla me päivät pääkäsytysten työskennellään

M: Mm.

H: Mut onneks sitä ei ajattele koko aikaa.

(H1)

Tässä otteessa lähdetään liikkeelle ihmisen kategoriasta ja sen työstämisestä arvioitaessa vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä. *Kun ihmine, kun on kipee ja sille on sattunu jotain, sehän on yliherkkä.* Nostamalla esiin sairaan kategorian ja yhdistämällä sairaan kategoriaan yliherkkyyden piirteen, puhuja täsmentää potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta. Yliherkkyys kuuluu sairaan kategoriaan ja sen avulla voidaan täsmentää ja perustella potilaana olevan oikeuksia tunneilmaisuihin sairaalassa. Hoitaja jatkaa kuvaamalla yliherkän sairaan kategoriaan kuuluvia aktiviteetteja sairaalassa, *kun ihmine, kun on kipee ja sille on sattunu jotain, sehän on yliherkkä, jokainen kasvonilme, äänensävy punnitaan.* Hoitaja yhdistää näin sairaan kategoriaan yliherkkyyden ja perustelee sillä potilaana olevien toimintaa. Potilaat seuraavat tarkasti työntekijöiden ilmeitä ja tunteiden ilmaisuja nimenomaan sen vuoksi, että ovat kipeitä ja siksi yliherkkiä. Samalla rakennetaan kontrastipari terveet - sairaat ja yliherkkyyden ominaisuus liitetään sairaiden ja samalla potilaiden kategoriaan kuuluvaksi. Näin hyödyntämällä tunnekategoriaa hoitaja tekee ymmärrettäväksi ja oikeuttaa potilaan toimintaa sairaalassa vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Ammattilaisen kategoriaa työstetään puolestaan rinnastamalla terveydenhuollon ammattilaiset näyttelijän kategoriaan, *me ollaan tavallaan tietynlaisia näyttelijöitä.* Näyttelijän kategoriaa hyödyntämällä voidaan täsmentää ammattilaisten näkökulmasta vuorovaikutuksen ulottuvuuksia suhteessa potilaisiin. Viittaamalla yhtäläisyyksiin sairaalan työntekijöiden ja näyttämöllä olevien näyttelijöiden työn välillä, *et me ollaan, me ollaan katsomon edessä koko ajan* syntyy havainnollinen kuvaus ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen luonteesta. Potilaat rinnastetaan teatterin katsojiin ja työntekijät näyttelijöihin. Esityksellinen ulottuvuus vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tulee esiin myös viittauksessa työntekijän kulmien ryppistyksestä ja siitä, miten potilas voi tulkita ilmettä, *me ryppistetään kulmaa, kun me muistetaan että kotona oli joku asia joka paino.* Koska potilas on yliherkkä, hän voi tulkita hoitajan kulman ryppistyksen kohdistuvan juuri häneen, vaikka kyse olisi muuhun yhteyteen liittyvästä asiasta. Näin kategorioihin kuuluvat oikeudet ja velvollisuudet tulevat esiin vuorovaikutustilanteessa. Viittaus nostaa esiin myös etu- ja takanäyttämön välisen jännitteen ammattilaisen työssä. Ajatellessaan jotakin kotona tapahtunutta asiaa ja ilmaistessaan ilmeillään siihen liittyvää tunnetta, hoitaja on ikään kuin takanäyttämön kehyksessä, mutta potilas tulkitsee ilmettä omasta näkökulmastaan etunäyttämön kehyksen tilanteena, jossa



hoitaja on vain potilasta varten. Etunäyttämön kehys ja potilaiden arvioiva rooli määritellään vaativaksi osaksi työtä. *Aikamoisen linssin alla me päivät pääkäsytysten työskennellään.* Tämän vaatimuksen merkitystä lievennetään täsmennyksellä *mut onneks sitä ei ajattele koko aikaa.* Samalla häivytetään etu- ja takanäyttämön kehysten merkitystä omassa työssä. Jos työntekijä ajattelisi olevansa jatkuvasti arvioinnin ja tarkkailun kohteena, se olisi raskaampaa, kuin ettei ajattele asiaa jatkuvasti.

### **Kategorian vastustaminen keinona vuorovaikutussuhteen määrittelyssä**

Ammatillisesta jäsenyydestä ja paikasta moniammatillisessa työnjaossa neuvotellaan myös vastustamalla tarjottua jäsenkategoriaa. Sen lisäksi, että itse kategorisoimme toisia ihmisiä ja tapahtumia jäsentääksemme ympäröivää maailmaa, myös muut kategorisoivat meitä ja tarjoavat jäsenyysskategorioita ja niihin liittyviä aktiviteetteja. Arjen järjestyksessä reflektioimme näitä tarjottuja kategorijäsenyyksiä ja otamme niitä vastaan tai torjumme. Asetamme esimerkiksi jonkin vaihtoehdoisen kategorijäsenyyden etusijalle tarjotun kategorian sijaan. Seuraavassa aineisto-otteesta kirurgi arvioi erityisesti lääkärin ammatillisia velvollisuuksia suhteessa potilaaseen käyttämällä kategorian vastustamista välineenä. Tarjotun kategorian vastustaminen on yksi tapa jäsentää kompetenttia ammatillisuutta ja ammattilaisen velvollisuuksia. Samalla synnytetään rajaa suhteessa toisiin ammattiryhmiin ja maallikkoihin. Tunnekategorioita hyödynnetään rakennettaessa lääkärin ammatillisen kompetenssin kriteerejä.

#### **Aineisto-ote 9:**

*L: Mä en oo potilaan asianajaja.*

*PA: Mm*

*L: Se on niinku yks mikä on aina muistettava näissä hommissa että lääkäri ei oo koskaan potilaan asianajaja. Asianajaja on ihan eri juttu, se on ihan eri rooli ajaa sun asioita.*

*PA: Mm, mm*

*L: Joku omainen voi olla sun asianajaja ja sitten sulla voi olla asianajaja ihan niinku kunnan asianajaja, joku juristi joka.*

*Mutta lääkäri on aina potilaasta irrallinen,*

*koska jos se rupee asianajajaksi niin sen se loppukin objektiivisuus on kadonnu*

*ja mitään kunnollista hoito- (naputtaa pöytään) kannanottoo sen potilaan niinku hoitoon ei voi tulla.*

*Se menee ihan mössöks.*

*Sä meet liian lähelle sitä ihmistä ja sen jälkeen*

*ku sä oot niin lähellä niin sää et enää voi olla objektiivinen.*

*L: Mut kun sä katot asioita paperilta niin sää oot,*

*sä oot huomattavasti helpommin objektiivinen.*

*Näin se menee.*

*Eli tunteet sotkis sen valitettavasti.*

*(H6)*

Otteessa kirurgi arvioi lääkärin roolia ja velvollisuuksia potilaan ja ammattilaisen suhdeparin osapuolena. Keinoina käytetään objektiivisuuden ja subjektiivisuuden kontrastiparia, etäisyyden ja läheisyyden kontrastiparia ja kategorijäsenyyden vastustamista. Tunnekatteeriat toimivat tässä myös yhtenä täsmentämisen välineenä.

Nostamalla esiin asianajajan kategorian ja siihen kuuluvat aktiviteetit, puhuja täsmentää lääkärin velvollisuuksia potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa. Asianajajan kategorian jäsenyyttä vastustetaan vertaamalla yhtäältä niitä aktiviteetteja, joita kuuluu asianajajan työhön ja toisaalta niitä aktiviteetteja, joita kuuluu lääkärin työhön. Samalla synnytetään kontrastipari, jossa asianajajuuteen yhdistetään subjektiivisuus ja lääkäriyteen objektiivisuus. Lääkäri ei voi kuulua asianajajien kategoriaan ammatillisten velvollisuuksiensa vuoksi, koska lääkärin velvollisuus on pyrkiä objektiiviseen hoitoon. Lääkärin ja potilaan suhde on erilainen kuin asianajajan ja hänen asiakkaansa. Näihin suhdepareihin liittyvät vastuut ja velvollisuudet ovat myös erilaiset. Asianajajan kategoriaan voivat kuulua esimerkiksi potilaan omaiset tai ne, jotka tekevät ammatilliseksi työkseen asianajotehtäviä. Puhuja rakentaa näin kontrastiparin, jossa asianajaja edustaa ei-objektiivista, toisin sanoen subjektiivista suhdetta asiakkaaseen ja lääkäri taas objektiivista suhdetta asiakkaaseen. Lääkärin ammatillinen velvollisuus on olla objektiivinen ja se edellyttää irrallisuutta ja etäisyyttä asiakkaasta. Ero lääkärin ja asianajan välillä suhteessa asiakkaisiin syntyy käytännössä siitä, että lääkäri on *potilaasta irrallinen*. Tällä viitataan myös siihen, että vain olemalla irrallinen voi olla objektiivinen. Objektiviinen lääketieteellinen hoitokannanotto on lääkärin kategoriasidonnainen velvollisuus ja se ei toteudu, jos lääkäri ei ole potilaasta irrallinen. Etäisyys yhdistetään objektiivisuuteen viittaamalla siihen, että asianajajan roolissa mennään liian lähelle asiakasta. Läheisyys aiheuttaa sen, ettei ammattilainen pysty olemaan objektiivinen. Tätä perustellaan vielä nostamalla kirjalliset potilastiedot sellaisiksi, joiden perusteella lääkärin on helpointa olla objektiivinen ja tehdä objektiivinen hoitokannanotto. Paperilla oleva tieto on sen verran etäällä, että objektiivinen kannanotto on ammattilaiselle helpompaa. Tässä yhteydessä lääkäri kuitenkin täsmentää, että täydellinen objektiivisuus ei ole ehkä mahdollista edes lääkärin työssä, *jos se [lääkäri] rupee asianajajaksi niin sen se loppukin objektiivisuus on kadonnu*. Katkelman viimeisessä lauseessa vedetään vielä ikään kuin yhteen argumentti objektiivisuuden vaatimuksesta

lääkärin ammatillisessa työssä. Tunteet nostetaan tässä yhteydessä objektiivisuutta sotkevaksi asiaksi potilaan ja ammattilaisen välisessä suhteessa. Tunteet sotkevat lääkäriin ammatillista velvollisuutta tuottaa kunnollisia lääketieteellisiä hoitokannanottoja, *se menee ihan mössöks*. Objektiivinen lääketieteellinen hoito nostetaan näin keskeisimmäksi ammatilliseksi velvollisuudeksi lääkäriin työssä. Tämän velvollisuuden toteuttaminen edellyttää lääkäriltä etäisyyttä ja irrallisuutta suhteessa potilaisiin. Tunteet sotkevat tätä objektiivisuuden vaatimusta. Näin lääkäri samalla oikeuttaa etäisyyden ylläpitämistä potilaisiin ammatillisilla tehtävillään.

### 5.3 Institutionaaliset rutiinit vuorovaikutustilanteina

Institutionaalisten tavoitteiden toteuttaminen edellyttää sairaalan arjessa suuren määrän erilaisia tehtäviä ja tilanteita, jotka ovat samalla vuorovaikutustilanteita potilaan ja työntekijän välillä. Erilaiset työtilanteet rakentuvat erilaisiksi myös ammattilaisen ja potilaan välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Aamuisin potilashuoneissa tehtävä kierto, jossa on potilaiden lisäksi läsnä lääkäreitä ja hoitajia, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti, on erilainen vuorovaikutustilanne, kuin esimerkiksi potilaan suihkussa käyminen hoitajan auttamana. Näitä tilanteita voi tulkita myös erilaisina diskursiivisina tilanteina tai vuorovaikutuksen kehyksinä, joissa on erilaiset tilannekohtaiset normatiiviset piirteet.

Muun muassa Anssi Peräkylä (1990) on hyödyntänyt tilanteiden kehysten käsitettä tutkimuksessaan kuoleman rakentumisesta sairaalan arjen käytännöissä. Hän havainnollistaa etnografiaa ja etnometodologiaa yhdistävässä tutkimuksessaan, miten työntekijät jäsentävät potilaan kuolemaa monella tavalla työssään. Tulkinnat ovat sidoksissa kehykseen, jossa työtä kulloinkin tehdään. Työtilanteissa liikutaan kehyksestä toiseen, sen mukaan mitä tehtäviä ollaan suorittamassa. Tulkinnalliset kehykset vaihtelevat näin tilanteiden mukaan. Samalla tavalla vuorovaikutustilanteet myös palautteiden antaminen ja vastaanottaminen näkökulmasta jäsentyvät eri tavoin sen mukaan, millaisesta institutionaalisesta tilanteesta ja tehtävästä on kyse.

Tuon tässä luvussa esiin, miten työntekijät jäsentävät erityyppisiä työtilanteita vuorovaikutustilanteina ja analysoin, miten työtilanteita jäsennetään erityisesti palautteiden antamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta. Tämä oli yhtenä keskustelun aiheena haastatteluissa. Samalla kun työntekijät arvioivat näitä tilanteita, he rakentavat ammatillisia käytäntöjä palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen.

Yhtä keskeistä institutionaalista rutiinia, potilashuoneissa tehtävää kiertoa on tutkittu paljon myös vuorovaikutuksen näkökulmasta. Kiertojen katsotaan rakentuvan

vuorovaikutustilanteina erityisesti lääkärin työn lähtökohdista, eikä potilaana olevalla ole tilanteessa kovin paljon mahdollisuuksia vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. (Fox 1993, 16-42; Hak, 1994; Lämsä 2013, 79-103.)

### **Kierrot vuorovaikutustilanteena**

Potilashuoneissa aamuisin tehtävä kierto on siis yksi keskeinen päivittäinen rutiini ja vuorovaikutustilanne, jonka avulla institutionaalisia tehtäviä toteutetaan. Tilanteessa käydään läpi huone huoneelta jokaisen potilaan terveydentila, tehdyt lääketieteelliset toimenpiteet ja neuvotellaan hoidon jatkosta ja kotiutumisesta. Kiertoihin osallistuu yleensä yksi tai useampi lääkäri ja hoitaja, sekä erityistyöntekijöitä, kuten esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Tämän tutkimuksen toteuttamispaikkana olleella osastolla potilashuoneissa oli tuolloin 2-3 vuodetta. Jokainen potilas kuuli siksi myös muiden huoneessa olevien potilaiden asioiden käsittelyä. Lääkäri toimii kiertotilanteissa ikään kuin puheenjohtajan roolissa ja muut osallistujat vastaavat lääkärin esittämiin kysymyksiin. Seuraavissa aineisto-otteissa analysoin, miten työntekijät arvioivat kiertoja potilaan ja ammattilaisten välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Seuraavassa aineisto-otteesta kirurgi arvioi kiertoja oman työnsä näkökulmasta.

#### **Aineisto-ote 10:**

*L: No kyllä tietysti potilaskierrolla tulee,  
mutta että kyl mä tiedän että potilaat ei siinä meille paljo,  
paljo uskalla  
tai huomaakaan kertoo kaikkia asioita,  
mutta useimmiten se tulee se palaute sitte aina kun potilas ottaa joskus aina jälkeen,  
kiertojen jälkeen haluaa  
jotain henkilökohtasta kontaktia ni.  
(H7)*

Työntekijöiden yleinen käsitys on, että huoneissa tehtävät kierrot ovat potilaan osallistumisen näkökulmasta vaikeita tilanteita. Tässä oteesta lääkäri määritteleeikin itsensä heti aluksi tietäjänä sen suhteen, että kiertoja pidetään yleisesti ongelmallisina tilanteina potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Vaikka kierrolla voi tulla palautetta potilailta, niin tätä argumenttia lievennetään heti perään, *no kyllä tietysti potilaskierrolla tulee, mutta että kyl mä tiedän, että potilaat ei siinä meille paljo*. Näin

lääkäri osoittaa heti keskustelun aluksi tietävänsä, että kierrot ovat potilaan näkökulmasta vaikeita vuorovaikutustilanteita.

Käyttämällä sanavalintaa *uskalla*, syntyy käsitys, että kierto on potilaan näkökulmasta vuorovaikutustilanteena pelottava, mutta tätä lievennetään täsmennyksellä, jonka mukaan kyse voi olla myös potilaan kykyjen puutteesta tai unohtamisesta, *potilaat ei siinä meille paljo, paljo uskalla, tai huomaakaan kertoo kaikkia asioita*. Täsmennyksellä lääkäri tuo esiin potilaan vastuuta kysyä hoitoonsa kuuluvista asioista. Potilaan velvollisuus on kertoa hoitavalle ammattilaiselle olennaiset asiat, mutta potilas ei aina huomaa tehdä sitä, [*potilas ei*] *huomaakaan kertoo kaikkia asioita*.

Kirurgi jäsentää edelleen kiertoa institutionaalisenä rutiinina sellaiseksi, johon ei liity henkilökohtaista kontaktia, vaan *useimmiten se tulee se palaute sitte aina ku potilas ottaa joskus aina jälkeen, kiertojen jälkeen haluaa jotain henkilökohtasta kontaktia*. Samalla synnytetään palautteiden antamisen käytäntöihin paikallinen ja tilanteinen merkitys yhdistämällä palautteiden antaminen henkilökohtaiseen, kahdenkeskiseen vuorovaikutustilanteeseen kuuluvaksi asiaksi sairaalassa. Samalla syntyy myös jako kahdenlaisiin vuorovaikutustilanteisiin palautteiden antamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta: kierron kaltaisiin tilanteisiin, joissa on läsnä useampi ammattilainen ja kahdenkeskisiin tilanteisiin. Palautteiden antaminen yhdistetään kahdenkeskisiin tilanteisiin potilaan kanssa. Jaon avulla voidaan näin täsmentää palautteiden antamisen ja vastaanottamisen käytäntöjä sairaalassa.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitaja arvioi kiertojen vuorovaikutusta erityisesti sen suhteen, miten potilaat saavat tietoa omasta hoidostaan ja ymmärtävät ammattilaisten puhetta ja saatuja hoito-ohjeita.

### **Aineisto-ote 11:**

*Ph: Vallankin jos sillon kun niitä kiertää useampi ihminen,  
jos yks tai kaks kiertää, ni sillon ne määräykset tulee selkeesti  
ja potilaalle selitetään ymmärtäen.*

*M: Mm*

*Ph: Mut sit kun niit on koko lössi  
ni ne potilaat on ihan huuli pyöreenä että,*

*M: mm, ne puhuu toisilleen sit enempi?*

*Ph: Ne puhuu vaan toisilleen ja unohtaa  
sen potilaan  
ja sitten se potilas kysylee hoitajalta*

*että tota, mitä se ne sano,*

*M: mm*

*Ph: Et pääseeks hän nyt kotia ja*

*M: mm*

*Ph: ja mitä tässä nyt jatkot ja*

*M: mm*

*Ph: se ärsyttää mua kaikkein eniten.*

*(H10)*

Aineisto-otteessa hoitaja jakaa kierrot kahteen kategoriaan tiedonkulun suhteen. On kierrot, joissa on yksi tai kaksi lääkäriä kiertämässä, ja ne kierrot, joissa on enemmän lääkäreitä mukana. Kierrot, joissa on vain yksi tai kaksi lääkäriä mukana, ovat sellaisia, joissa vuorovaikutus potilaiden toimii paremmin tiedonkulun näkökulmasta. Tällöin potilaat ymmärtävät mitä lääkärit sanovat heille. Kierrot, jossa on useampi lääkäri yhtä aikaa paikalla, nostetaan esiin ongelmallisina tilanteina vuorovaikutuksen kannalta. Haastattelija tekee tässä vaiheessa täsmentävän kysymyksen kierroista, joissa on useampi lääkäri yhtä aikaa paikalla. *Ne puhuu toisilleen sit enempi*, ja hoitaja vahvistaa kysymyksessä synnytetyn oletuksen täsmentämällä sitä käyttäen äärimmäistä ilmaisua, *ne puhuu vaan toisilleen ja unohtaa sen potilaan*. Syntyy tulkinta, että lääkärit käyttävät kiertotilannetta keskinäiseen kommunikointiin, mutta eivät puhu potilaille tilanteessa. Hoitaja synnyttää tässä asiakaskeskeisen hoidon velvoitteen näkökulmasta syytöksen lääkäreiden toimintaa kohtaan, *ne unohtaa sen potilaan*. Tämän seurauksena syntyy hoitajille lisätyötä. Potilaat eivät ole ymmärtäneet, mitä lääkärit ovat puhuneet kiertotilanteessa ja kysyvät sen vuoksi hoitajilta jälkikäteen, mitä kierrolla sovittiin esimerkiksi kotiin pääsyn osalta. Kuvaamalla näitä tiedon kulun ongelmia äärimmäisellä ilmaisulla *se ärsyttää mua kaikkein eniten*, hoitaja vahvistaa tällaisen toimintatavan paheksuttavuutta. Samalla vahvistetaan syytöstä lääkäreiden toimintaa kohtaan näissä tilanteissa. Se ei täytä ammattiryhmälle kuuluvia institutionaalisia velvollisuuksia potilasta kohtaan hoitajan arvioin mukaan.

### **Kahdenkeskiset tilanteet vuorovaikutustilanteena**

Toinen institutionaalinen työtilanne, joka nostettiin kiertojen lisäksi esiin haastatteluissa palautteen antamiseen ja vastaanottamiseen näkökulmasta, oli kahdenkeskinen hoitotilanne potilaan kanssa. Kahdenkeskiset tilanteet määriteltiin sellaisiksi, joissa potilaalla on mahdollisuus antaa palautetta. Tilanteen kahdenkeskisyyden nostetaan olennaiseksi asiaksi vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Seuraavassa fysioterapeuttien kahden hengen haastattelussa arvioidaan näitä kahdenkeskisiä tilanteita asiakaskeskeisyyden näkökulmasta.

## Aineisto-ote 12:

*F: no siinä kuitenkin aina, usein,  
on tavallaan kaksistaan sen potilaan kanssa  
vaikka nyt oltaisikin potilasbuoneessa,  
mut voidaan olla jossain muussakin huoneessa  
ja me yleensä viiñytään siinä potilaan luona ehkä vähän pidempään  
kun joku muu, ei tietenkään aina.  
Ja potilas voi siinä niñku,  
siñnä kertoo sitten joskus semmosia asioita,  
joita se ei kenellekään muulle kerrokaan,  
joita siñnä tilanteessa tulee esille.  
Ja siñnä nyt varsinkin, mikä nyt kiñkuttaa,  
niñ sitten kun potilas rupee kyselemään,  
että mites se onkaan se asia,  
kun hän ei oo uskaltanu kysyä keltään muulta  
kun ne on niñ kiireisiä ja tuota,  
siñnä sitten joutuu olemaan selvillä hyvin kokonaisvaltaisesti  
sen potilaan hoidosta ja sitte huomaamaan sen,  
että eihän tälle potilaalle  
oo hoitaja selvittäny mitään,  
eikä lääkäri selvittäny mitään,  
mutta että myöskin olla niñ,  
että potilaan omat resursit ei oo riittäny,  
riittäneetkään sitten kysymysten esittämiseen niñku siltä tabolta,  
että hän kokee sen tilanteen semmosena,  
ettei uskaltaudu kysymään  
ja aina tietysti tulee myöskin siñnä mielessä hyvä mieli, että  
no on se hyvä,  
että uskaltautuu joltain kysymään  
(H15)*

Otteessa toinen fysioterapeuteista kuvaa työhön kuuluvan paljon kahdenkeskistä vuorovaikutusta potilaan kanssa, harjoiteltaessa kävelyä tai liikeratoja. Fysioterapeutit käyttävät paljon aikaa kahdenkeskiseen työhön potilaan kanssa. *Ja me yleensä viiñytään siñnä potilaan luona ehkä vähän pidempään kun joku muu, ei tietenkään aina.* Potilaan kanssa vietetty aika antaa potilaalle mahdollisuuden kertoa fysioterapeutille asioita, joita ei muille työntekijöille kerrota. *Ja potilas voi siñnä niñku, siñnä kertoo sitten joskus semmosia asioita, joita se ei kenellekään muulle kerrokaan, joita siñnä tilanteessa tulee esille.* Äärimmäisellä

ilmaisulla *ei kenellekään muulle kerrokaan*, korostetaan kahdenkeskisyyden merkitystä vuorovaikutuksessa. Puhuja synnyttää ammattilaisista kontrastiparin kiireiset - aikaa antavat. Kiireiset ammattilaiset ovat sellaisia, joilta potilas ei uskalla kysyä. Linaamalla potilaan puhetta, *kun hän ei oo uskaltanu kysyä keltään muulta kun ne on niin kiireisiä*, voidaan vahvistaa tätä argumenttia. Kyse on potilaan tulkinnasta, ei fysioterapeutin omasta arviosta. Fysioterapeutti voi näin liittää itsensä aikaa antavien ammattilaisten kategoriaan ja muut ammattiryhmät kiireisten ryhmään. Samalla voidaan yhdistää ammattiryhmä asiakaskeskeisyyden velvoitteet täyttävien ammattilaisten kategoriaan.

Puhuja kuvaa vielä tilannetta, jossa on käynyt ilmi, että potilas ei tiedä omaa hoitoaan koskevista asioista. Tilanteeseen johtaneita tapahtumia arvioidaan jäsentämällä toimijoiden vastuita. Fysioterapeutti nostaa esiin moniammatillisen työnjaon ja työtehtävien sisällön jännitteet täsmentäessään tilannetta potilaan kanssa, *siinä sitten joutuu olemaan selvillä hyvin kokonaisvaltaisesti sen potilaan hoidosta*, jolloin syntyy vihjaus, että puhuja joutuu ylittämään ammatillisten velvollisuuksiensa rajoja näissä tilanteissa. Puhuja rakentaa ensin syytöksen hoitajien ja lääkäreiden suuntaan. He eivät ole kertoneet potilaille riittävästi ja ammatilliset velvollisuudet on siis jätetty tekemättä, mutta syytöstä lievennetään viittaamalla myös potilaan vastuuseen. Nostamalla potilaan kyvyt yhdeksi syyksi siihen, että hän ei tiedä riittävästi omasta hoidostaan, voidaan jakaa vastuuta tapahtuneesta. *Voi olla, että potilaan resurssit ei ole riittäneekään kysymiseen siltä tabolta, että hän kokee sen tilanteen semmosena, ettei uskaltaudu kysymään*. Näin syy sille, että tavoitteet eivät ole toteutuneet, siirtyy koskemaan myös vuorovaikutustilannetta ja potilaan resursseja näissä tilanteissa. Työntekijät eivät siis ole välttämättä jättäneet tekemättä velvollisuuksiaan, vaan kyse voi olla myös siitä, että potilas ei ole kyennyt suoriutumaan omista velvollisuuksistaan aiemmissa vuorovaikutustilanteissa ammattilaisten kanssa. Oman ammatillisen työn merkitystä osana moniammatillista työtä korostetaan lopuksi toteamalla, että *aina tietysti tulee myöskin siinä mielessä hyvä mieli, että no on se hyvä, että uskaltautuu joltain kysymään*. Näin potilas saa kuitenkin hänelle kuuluvan palvelun joltakin tiimin jäseneltä.

## 5.4 Yhteenveto

Olen tuonut esiin tässä luvussa, miten työntekijät jäsentävät vuorovaikutusta potilaiden kanssa osana ammatillisia ja institutionaalista tehtäviä ja tavoitteita. Vuorovaikutusta arvioidaan kollegahaastattelussa osana työn käytännöllisiä tavoitteita. Ammatillinen rooli toimii järkeilyn resurssina arvioitaessa potilaan ja ammattilaisen välistä suhdetta ja suhteeseen kuuluvia oikeuksia ja velvollisuuksia. Ammatilliset velvollisuudet, joita



potilaiden hyvään hoitoon yhdistetään, jäsentävät puhetta, ne toimivat yhtenä välineenä neuvottelussa vuorovaikutuksen merkityksestä hoidossa. Ammatilliseen jäsenyyteen vedotaan, kun tehdään esimerkiksi rajaa ammatillisen ja ei-ammattillisen toiminnan välillä. Yhdistämällä moraalisia velvollisuuksia ja aktiviteetteja ammatilliseen jäsenyyteen voidaan neuvotella tilanteisesti siitä, millaista on kompetentti ammatillinen työ. Vuorovaikutukselle annettavat merkitykset ammatillisessa työssä näyttävät jäsenyvän ammatillisen jäsenkategorian mukaan. Analyysi osoittaa, että oma rooli moniammatillisessa työnjaossa toimii tässä tulkinnan resurssina. Ammatillisen vuorovaikutuksen merkityksestä tuotetaan toisin sanoen erilaisia versioita. Kategoriasidonnaiset oikeudet ja velvollisuudet tulkitaan ammatillisen jäsenyyden kautta. Esimerkiksi kirurgin ammatilliseen kategoriaan vuorovaikutus potilaiden kanssa ei näytä kuuluvan yhtä keskeisesti kuin hoitajan kategoriaan.

Neuvoteltaessa omasta paikasta, vastuista ja kompetensseista moniammatillisessa työssä rakennetaan työnjakoa ja järjestystä suhteessa palautteiden vastaanottamiseen. Järjestystä rakennetaan yhtäältä suhteessa toisiin ammattiryhmiin ja toisaalta suhteessa potilaisiin ja maallikkoihin. Rakentamalla me - muut ammattiryhmät ja me ammatillaiset - maallikot -kategoriapareja, voidaan täsmentää omaa ammatillista työtä. Neuvottelua ammatillisesta vuorovaikutuksesta käydään jäsentämällä sitä, mikä kuuluu kenenkin oikeuksiin, velvollisuuksiin ja vastuisiin. Yhtenä ammatillisen jäsenyyden rakentamisen välineenä käytetään tunnekategoriota. Niiden avulla rakennetaan eroa suhteessa maallikkoihin. Esimerkiksi rakentamalla kontrasti tunteiden ilmaisemisen ja tunteiden hallinnan välillä tuodaan esiin yksi ammatillista jäsenyyttä määrittelevä tekijänä työssä. Ammatilainen hallitsee tunteiden ilmaisemisen vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Potilaalla sen sijaan on oikeus ilmaista monipuolisemmin tunteita ammatilliselle. Ammatillisen ja maallikon eron rakentaminen on keskeinen asia määriteltäessä ammatillista vuorovaikutusta. Tunnekategorioita käytetään tässä ammatillisen jäsenyyden rakentamisessa yhtenä välineenä. Ammatillisen kategoriasidonnaisia velvollisuuksia määritellään myös tilanteen kehyksen mukaan. Tilanteissa, joissa on asiakkaita tai potilaita läsnä, ammatillisen velvollisuus on hallita tunteita. Työntekijöiden keskinäisissä vuorovaikutustilanteissa tämä velvollisuus ei ole yhtä ehdoton. Keskeinen diskursiivinen jako näyttää rakentuvan sen mukaan, onko tilanteessa läsnä ulkopuolisia, kuten potilaita, vai ollaanko työntekijöiden, tiimin, kesken. Potilaan läsnäolo tilanteessa on näin yksi tekijä, joka muuttaa vuorovaikutuksen normatiivista kehystä ja ammatillisen velvollisuuksia.

Olen myös tuonut esiin, miten työntekijät arvioivat institutionaalisia rutiineja vuorovaikutustilanteina palautteiden antamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta. Institutionaalisia rutiineja voi tulkita erilaisina diskursiivisina tilanteina tai

tulkintakehyksinä, joissa on erilaiset vuorovaikutuksen säännöt. Kierrot, joissa on läsnä paljon ihmisiä ja lääketieteelliset asiat ovat ensisijaisesti esillä, jäsenyvät etunäyttämön kehyksen mukaisiksi tilanteiksi. Niissä noudatetaan etukäteen tarkasti määriteltyjä rutiineja vuorovaikutuksessa. Tähän institutionaaliseen tilanteeseen ei yhdistetä henkilökohtaisempaa vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä. Sen sijaan kahdenkeskiset tilanteet potilaan ja ammattilaisen välillä jäsennetään epävirallisiksi ja luottamuksellisiksi, joissa voidaan puhua vapaammin. Palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen arvioidaan olevan silloin enemmän tilaa. Suullisen palautteen antamisen mahdollisuus yhdistetään siis ensisijaisesti kahdenkeskisiin tilanteisiin potilaan ja ammattilaisen välillä.

## 6 Ammatillisuuden ylläpitäminen puhuttaessa palautteista

Tässä luvussa tarkastelun kohteena ovat selonteot tilanteissa, jossa ammatillinen kompetenssi ja jäsenyys on arvioinnin kohteena. Aineistona on työntekijöiden puhe tilanteista, joissa ammatillisten velvollisuuksien ja institutionaalisten tavoitteiden ja tapahtuneen välillä nähdään ristiriitaa. Tällaisia tilanteita syntyy arvioitaessa arjen työtä suhteessa ammatillisiin ja institutionaalisiin tavoitteisiin. Myös kriittisestä palautteesta puhuminen synnyttää tällaista ristiriitaa.

Erving Goffmanin (1967) ajatukset vuorovaikutuksen moraalista ulottuvuuksista sopivat myös kriittisen palautteen tarkasteluun. Positiivisten kasvojen ylläpitämisen periaate on ristiriidassa kriittisen palautteen antamisen kanssa. Harmoninen vuorovaikutus ja tilanteen moraalinen järjestys voi häiriintyä annettaessa kritiikkiä toisille osapuolille. Kritiikin aiheen käsittely voi olla helpompaa toisessa tilanteessa. Kritiikki ei silloin ole uhkaamassa osallistujien positiivisia kasvoja ja tilanteen moraalista järjestystä. Vuorovaikutusjärjestyksen moraalisiin näyttää siis kuuluvan, että erityisesti kriittistä palautetta on helpompaa antaa ikään kuin takanäyttämöllä. Näitä ajatuksia voi soveltaa myös sairaalan toimintaympäristöön.

Toinen Goffmanin (1959, 95) esiin tuoma vuorovaikutusjärjestykseen liittyvä yleinen piirre näyttää olevan tiimiksi jäsenyvän ryhmän pyrkimys yhteiseen johdonmukaiseen esitykseen ulkopuolisille. Ulkopuolisten läsnäollessa ei ole sopivaa, että tiimin jäsenet esimerkiksi epäilevät toistensa ammatillista kompetenssia. Goffman viittaa esimerkiksi tilanteeseen, jossa koululaisen vanhemmat valittavat koulun rehtorille opettajan toiminnasta. Koulun yhteinen dramaturginen lojaliteetti edellyttää, että rehtori asettuu tällaisessa tilanteessa tukemaan opettajan toimintaa, eikä ryhdy vanhempien läsnä ollessa kritisoimaan opettajan toimintaa. Tämä dramaturginen sääntö suojelee organisaation jäsenten ammatillisia kasvoja ja ylläpitää samalla institutionaalista legitimitteettiä ja sosiaalista järjestystä. Tällainen etunäyttämön kehysten dramaturginen lojaliteetti näyttää toimivan myös laajemmin asiakaspalveluorganisaatioissa. Samanlaisia sääntöjä on tunnistettavissa terveydenhuollon institutionaalisisessa ympäristössä.

## Moraalisen järjestyksen rikkoutuminen ja korjaavat selonteot

Olen luvussa kaksi tuonut esiin, miten terveydenhuollon institutionaalista toimintaa jäsenetään kategoriasidonnaisesti. Tiettyihin kategorioihin liitetään ikään kuin luonnostaan tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia. Asiakaskeskeisyys on yksi tällainen kategoriasidonnainen velvollisuus terveydenhuollon ammatillisessa työssä. Työn tekeminen asiakkaan parhaaksi on olennainen osa kompetenttia ammatillisuutta. Samalla se on keskeinen ammatillisen jäsenyyden kriteeri. Terveydenhuollon ammattilainen tekee aina työtä asiakkaan parasta ajatellen ja se on ehdoton velvoite työssä. Kriittisen palautteen vastaanottaminen on tästä näkökulmasta tapahtuma, joka nostaa esiin ristiriidan ammatilliseen jäsenyyteen kuuluvat velvoitteet ja ammatillisen suhteessa tapahtuneeseen. Potilaiden kriittisen palautteen vastaanottaminen keskustelunaiheena nostaa esiin eettiset ja moraaliset jännitteet arjen työssä. Kriittisen palautteen vastaanottaminen on haastattelun aiheena sensitiivinen. Kriittinen palaute potilaalta indikoi, että asiakaskeskeisen ammatillisen työn velvollisuuksia on rikottu. Tämä ristiriita nostaa esiin refleksiiviset tulkinnat ammatillisuudesta, kompetenssista ja moraalista ulottuvuuksista työssä. Ammatillinen jäsenyys ja siihen liittyvät velvollisuudet, oikeudet ja vastuut ovat tällöin neuvottelussa. (Sacks 1992; Goffman 1967.) Arvioitaessa palautteita osana työtä toiminnan normatiiviset ja moraaliset ulottuvuudet nostetaan esiin. Samalla työntekijät tekevät moraalista työtä, tuottamalla tilanteisesti moraalista järjestystä organisaatioon (Psathas 1999, 144).

Ottamalla kriittisten palautteiden vastaanottamisen haastattelun yhdeksi aiheeksi, nostin haastattelijana esiin ongelman, johon orientoidutaan refleктоimalla tapahtumia yhtäältä suhteessa ammatillisiin velvollisuuksiin ja kompetenssiin ja toisaalta suhteessa institutionaalisten tavoitteiden toteuttamiseen. Tällöin selonteoissa perustellaan omaa ja toisten toimintaa ja sitä, miksi ei pystytä toimimaan kuten haluttaisiin. Selonteot omasta ja muiden toiminnasta toimivat esiin nousseen ristiriidan käsittelyn välineinä. (Buttny 1985; Scott & Lyman 1968.)

Asiakkaan antaman kriittisen palautteen voi tulkita etnometodologisista lähtökohdista vastaukseksi puuttuvalle kategoriasidonnaiselle aktiviteetille. Kategoriasidonnaisen aktiviteetin puuttuminen aiheuttaa tyytymättömyyttä muissa osapuolissa. Jos odotusten mukainen aktiviteetti jää puuttumaan jossakin tilanteessa, toivomme selitystä aktiviteetin puuttumiselle (Stokoe 2012, 281). Näin voi käydä esimerkiksi, kun odotus hyvästä hoidosta ei ole toteutunut. Kun ammattilainen ei ole potilaan tulkinnan mukaan toiminut ammattilaiselle kuuluvien odotuksen mukaisesti, potilas vastaa tähän toiminnan puuttumiseen antamalla kritiikkiä ja odottamalla selontekoa odotusten vastaisesta tapahtumasta. Odotusten vastainen toiminta tuottaa

näin selontekovelvollisuutta ja moraalista vastuuta työntekijälle. Selontekojen avulla pyritään retorisesti korjaamaan ja neutralisoimaan ristiriitoja odotusten ja tapahtuneen välillä (Buttny 1985, 60-61).

Työntekijät hallitsevat haastatteluissa retorisesti moraalista vastuuta, jota epäily odotusten vastaisesta toiminnasta synnyttää. Analyysin kohteena ovat episodit, joissa reflektoidaan tällaisia arkisia työtilanteita ja rakennetaan oikeuttavia, puolustavia ja syyttäviä selontekoja. Analyysi keskittyy siihen, miten kategorioita nostetaan esiin osoittamaan olennaiset asiat tilanteessa, jossa on ristiriitaa sosiaalisten ja moraalisten odotusten ja tapahtuneen välillä. Luvun pääpaino on näiden selontekojen analyysissa. Erittelen, miten ja millaisia selontekoja rakennetaan puhuttaessa edellä mainituista ristiriitatilanteista. Etnometodologisia periaatteita noudattaen tarkastelen, miten kompetenttia ammatillisuutta ja moraalista järjestystä ylläpidetään puheella: miten asiakaskeskeisen ammatillisuuden velvoitetta rikkovia tapahtumia tulkitaan, selitetään ja muotoillaan, eli toisin sanoen hallitaan (Hester & Eglin 1997).

Tutkimuskysymyksenäni tässä luvussa on: Miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriita. Käytän analyysin apuna Marvin B. Scottin ja Stanford M. Lymanin (1968) kehittämiä analyttisiä välineitä. Tässä yhteydessä selonteon käsite on rajattu nimenomaan sosiaalisen odotuksen ja tapahtuneen välisen ristiriidan korjaamiseksi annettavasta selonteosta (account for action), ei yleisemmästä tapahtumien kuvaamiseksi annettavasta selonteosta (Garfinkel 1967). Kuten olen luvussa kaksi tuonut esiin, Scott ja Lyman (1968) jakavat selonteot kahteen pääkategoriaan, puolustaviin (excuses) ja oikeuttaviin (justifications). Niiden avulla neuvotellaan vastuista, velvollisuuksista ja oikeuksista, joita ristiriita odotusten ja tapahtuneen välillä nostaa esiin. Molempia voi pitää neutralisoimisen keinoina, joilla teon merkitystä muutetaan sosiaalisesti hyväksyttävämmäksi. Näiden kahden lisäksi kolmatta selonteon tyyppiä voi kutsua syyttäväksi selonteoksi (Buttny & Morris 2001; Juhila 2012, 137). Syyttävässä selonteossa teon katsotaan olevan sekä toimijan vastuulla, että hänen syytään ja se tuodaan esiin. Selonteissa neuvotellaan moraalisen vastuun jakautumisesta tapahtuman suhteen. Ollakseen kompetentti ammattilainen ja sairaalayhteisön jäsen, terveydenhuollon työntekijän tulee tunnistaa toimialalla hyväksyttävät selonteot kussakin tilanteessa. Selontekojen tilanteinen ja paikallinen luonne on näin ollen olennaista, selonteot ovat aina vastauksia kussakin tilanteessa syntyviin odotuksiin. (Scott & Lyman 1968; Shotter 1984).

Selonteissa käytetään erilaisia retorisia keinoja, joiden avulla oikeuttavia, puolustavia ja syyttäviä selontekoja rakennetaan. Kategorioiden ja aktiviteettien työstäminen on tässä keskeistä. Refleктоimalla tapahtumia ja toimijoita niin, että

tapahtuman merkitys muuttuu ja toimijoiden vastuut muuttuvat, voidaan tapahtunutta arvioida ja määritellä uudelleen. Kategorioita liikuttelemalla rakennetaan puolustuksia ja oikeutuksia omalle toiminnalle ja pyritään samalla esimerkiksi vähentämään omaa vastuuta tapahtuneesta. Selostettaessa toimintaa, joka on joutunut moraalisesti epäilyttävään valoon, voidaan esimerkiksi pienentää omaa vastuuta tapahtuneesta väheksymällä omaa osuutta tapahtuneesta. Tapahtunut voidaan näin määritellä omalta kannalta suotuisammaksi (Buttny 1985, 60).

Yksi yleinen ja voimakas retorinen keino syytöksen kohteeksi jouduttaessa on tavoitella tavallisen ihmisen kategorialla, ”doing being ordinary” (Sacks 1984). Tavallisuuteen pyrkiminen liittyy erityisesti tilanteisiin, joissa pyritään pois ulkoapäin tarjotusta negatiivisesta kategoriasta, joka on sosiaalisesti epäsuotuisa. Korostamalla tapahtuneen tavallisuutta ja rutiininomaisuutta voidaan vähentää toiminnan tai tapahtuman negatiivisia implikaatioita. Vaihtoehtoisten kategorioiden esiin nostaminen on myös yleinen retorinen keino esimerkiksi tilanteissa, joissa ulkoapäin annettua kategorialla halutaan vastustaa. Nostamalla toinen jäsenkategoria relevantiksi tapahtumassa voidaan vähentää syytöksen alaiseksi joutumista ja ikään kuin vaihtaa tapahtuman kontekstia toiseksi, jolloin toiminnan perustelut ja siihen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet muuttuvat. (Buttny 1985; Dillon 2011; Paoletti 2001.)

## 6.1 Selonteot ristiriidoista odotusten ja tapahtuneen välillä

Seuraavissa aineisto-otteissa tuon esiin, miten oikeuttavia, puolustavia tai syyttäviä selontekoja rakennetaan kuvattaessa työtilanteita, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriitaa. Keskustelun aiheena haastatteluissa on potilailta saatu kriittinen palaute ja palautteeseen johtaneiden syiden pohtiminen. Yleinen esiin tuotu arvio oli, että työtä ei pystytä tekemään niin hyvin kuin haluttaisiin. Sen vuoksi potilaat eivät saa niin hyvää hoitoa kuin heille kuuluisi. Tämä tuotiin esiin lähes kaikissa haastatteluissa.

Analysoin esimerkkien avulla, miten tähän ristiriitaan liittyviä moraalisia ongelmia jäsennetään ja miten samalla ylläpidetään ammatillista jäsenyyttä ja moraalista toimijuutta. Ristiriitoja ja jännitteitä työstetään suhteessa asiakaskeskeisyyden ja hyvän ammatillisen hoidon toteutumiseen. Puheessa tehdään samalla näkyväksi paikallista moraalista järjestystä, eli sitä, mikä on kirurgian toimialalla hyväksyttävää ja tavoiteltavaa ammatillista toimintaa ja mikä ei. (Bergman 1998; Juhila 2012, 191.)

## Oikeuttavat, puolustavat ja syyttävät selonteot tapahtumista

Haastattelussa puhuttiin siitä, mitä hyviä ja huonoja puolia omassa työssä on, ja mitkä asiat kiukuttavat eniten työssä. Haastattelun teema siis jo kutsuu lähestymään asiaa oman ammatillisen työn näkökulmasta, osana moniammatillista yhteistyötä. Ensimmäisessä aineisto-otteessa perushoitaja arvioi arjen työn ja oman ammatillisen ideaalin välistä ristiriitaa.

### Aineisto-ote 1:

*Pb: No mitkä asiat kiukuttaa,  
kiukuttaa se, ettei saa tehdä työtänsä kunnolla,  
se kiukuttaa nykyään aina kaikista eniten.*

*M: Mm*

*Pb: Ei ne ihmiset, ei se työ.*

*Sit se kiukuttaa, että meistä hoitajista ei pidetä huolta.*

*Työnantaja ei pidä meistä huolta.*

*Et aattele, että puristetaan niin kauan kun mehua riittää.*

*M:Mm*

*(H1)*

Tunnekatgorian ja äärimmäisen ilmaisun avulla hoitaja synnyttää tulkinnan, jonka mukaan joku estää työn kunnolla tekemisen, *kiukuttaa se, että ei saa tehdä työtänsä kunnolla, se kiukuttaa nykyään kaikista eniten*. Äärimmäisellä ilmaisulla *kiukuttaa kaikista eniten* korostetaan, että kysymys on tärkeästä asiasta. Tärkeintä olisi se, että voisi tehdä omaa työtään kunnolla. Aikamääreellä *nykyään* vihjataan vielä siihen, että on menty tässä suhteessa huonompaan suuntaan: aiemmin työtä oli mahdollista tehdä paremmin. Hoitaja rakentaa hierarkian, joka viittaa siihen, että joku tai jokin estää työn hyvin tekemisen. Ilmaisulla *ei saa tehdä* synnytetään hierarkkinen toimijasuhde. On olemassa joku ylempi taho, joka antaa tai ei anna lupaa tai mahdollisuutta työn kunnolla tekemiseen. Rakentamalla suhdepari työnantaja - työntekijä hoitaja liittää oman työn kunnolla tekemisen ja työnantajan työntekijöistään huolehtimisen tämän kategoriaparin toisistaan riippuvaisiksi velvollisuuksiksi. Samalla synnytetään kategoriapariin liittyvät moraaliset velvollisuudet. Työnantajan velvollisuus on huolehtia työntekijöistään ja työntekijän velvollisuus ja oikeus on tällöin tehdä työnsä kunnolla. Kun työnantaja jättää tekemättä velvollisuutensa, se yhdistyy työntekijän mahdollisuuksiin suorittaa omaa ammatillista velvollisuuttaan. Että *ei saa* tehdä omaa

työtään kunnolla johtuu siitä, että työnantaja ei huolehdi omista velvollisuuksistaan. Samalla moraalinen vastuu ammatillisen ideaalin ja arjen työn välisestä ristiriidasta siirtyy oman toiminnan ulkopuolelle, sille taholle, joka estää työn kunnolla tekemisen.

Oman ammattiryhmän jäsenyys nostetaan esiin täsmennyksellä *meistä hoitajista ei pidetä huolta*. Samalla syntyy ajatus, että juuri hoitajat ovat ryhmä, josta työnantaja ei huolehdi. Syntyy myös vihjaus, että tämä ei kenties koske samassa määrin muita ammattiryhmiä. Hoitaja konkretisoi vielä työnantajan toimintaa, *et [työnantaja] aattelee, et puristetaan niin kauan, kun mehua riittää*. Näin vahvistetaan argumenttia työnantajan paheksuttavasta toiminnasta ja rakennetaan kontrasti huolehtiva työnantaja - kaikki mehut työntekijöistä puristava työnantaja, ja liitetään oman työnantajan toiminta ryhmään kaikki mehut työntekijöistä puristavat työnantajat. Näin työnantajan toiminta tuodaan havainnollisesti esiin moraalisesti paheksuttavana. Työnantajan toiminta ei ole huolehtimista, kuten työnantajan velvollisuus kuuluisi, vaan itse asiassa päinvastaista toimintaa, työntekijöiden kuiviin puristamista, joka on moraalisesti paheksuttavaa.

Aineisto-otteessa synnytetään kategoriapari työntekijät - työnantaja, jolla on keskinäisiä velvollisuuksia ja vastuita. Työnantajan toiminta rakentuu puheessa sellaiseksi, mikä ei täytä työnantajan moraalisia velvollisuuksia suhteessa työntekijään. Kategoriapari syyllinen - uhri on myös tunnistettavissa tässä yhteydessä (Juhila 2012, 168). Arvioimalla työnantajan ja työntekijän välistä suhdetta tuomalla esiin työnantajan moraalisien velvollisuuksien tekemättä jättäminen synnytetään samalla puolustava selonteko sen suhteen, ettei itse voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisi. Yhdistämällä nämä kaksi asiaa toisiinsa saadaan synnytettyä sekä puolustava että syyttävä selonteko. Niiden avulla voidaan jäsentää ristiriitaa siitä, että ei pysty tekemään työtään niin hyvin kuin haluaisi ja ammatillinen ideaali velvoittaisi. Samalla vastuusuhteet muotoillaan niin, että vastuu ammatillisen velvoitteen rikkomisesta on itse asiassa työnantajalla.

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi rakentaa selkeän syytöksen potilaiden antamaa kritiikkiä pohtiessaan. Keskustelun aiheena haastattelussa on tässä yhteydessä potilaiden antaman kriittisen palautteen syyt työntekijän näkökulmasta.

## **Aineisto-ote 2:**

*L: Siitä johtuu suurin osa [kritiikistä], jos ei pääse hoitoon  
silloin kun ne on luvattu täällä hoitaa  
Varsinkin päivystyspotilaat,  
jotka joutuu odottaan päivästä toiseen  
jotain pientä asiaa,  
joka olis helppo korjata.*



*M: Mm.*

*L: Talon organisaatiosta johtuen se ei toimi.*

*(H12)*

Myös tässä otteessa odotusten ja tapahtuneen välistä ristiriitaa jäsennetään työstämällä kategoriasidonnaisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Katkelmassa nostetaan esiin sairaalan institutionaalinen velvollisuus hoitaa potilaita heille on luvatussa aikataulussa. Täsmentämällä tämän velvollisuuden koskevan erityisesti päivystystoimintaa ja päivystyspotilaiden oikeuksia saada nopeasti hoitoa, päivystyspotilaat nostetaan esiin erityisenä ryhmänä, joiden osalta kategoriasidonnaiset oikeudet jäävät toteuttamatta.

Kirurgi rakentaa edelleen kontrastin päivystyspotilaiden tilanteesta arvioivalla täsmennyksellä *pienää asiaa joka olisi helppo korjata, joutuu odottaan päivästä toiseen*. Kuvauksella jossa pienet helposti tehtävät toimenpiteet ja monen päivän odotus asetetaan rinnakkain, synnytetään moraalinen arvio työn johtamisesta ja organisoinnista. Asiantila saadaan näyttämään odotusten ja velvollisuuksien vastaiselta. Syy tähän odotusten toteutumatta jäämiseen yhdistetään työn johtamiseen. *Talon organisaatio* nostetaan perusteluksi tälle. *Talon organisaatiosta johtuen se ei toimi*. Potilaat joutuvat odottamaan pieniä leikkauksia päivästä toiseen työn organisoinnin vuoksi. Potilaiden antaman kritiikin katsotaan johtuvan ennen kaikkea tästä. Samalla synnytetään institutionaalisten velvollisuuksien näkökulmasta odotusten vastainen tilanne. Työn organisointi itse asiassa viivyttää potilaiden hoitamista, vaikka velvollisuus olisi hoitaa mahdollisimman nopeasti. Vastuu odotusten vastaisesta toiminnasta on talon organisaatiolla, johdolla, joka ei tee velvollisuuttaan. Tässä rakennetaan myös yksiselitteinen syytös johtoa ja työn organisointia kohtaan potilaiden antamasta kritiikistä. Samalla syntyy puolustava täsmentäminen potilaiden antaman kritiikin suhteen. Kritiikin syy ei ole esimerkiksi yksittäisen lääkärin toiminnassa, vaan sairaalan työn organisoinnissa ja johtamisessa kokonaisuutena.

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi arvioi potilaiden antaman kritiikin syitä yleisellä tasolla ja rakentaa samalla puolustavan selonteon omasta ammatillisesta toiminnastaan.

### **Aineisto-ote 3:**

*L: Eli tuo kritiikki on useimmiten johtunu juuri tämmöisestä, ihan kohtelusta, käyttäytymisestä, ihan normaalista henkilökehiästä, mitä tulee aina tämmösesä,*

*PA: Mm, mm*

L: *Tämmösissä asioissa.*

PA: *Mm, mm, mm.*

L: *Harvoin nykyisin hoidon tasosta sillä lailla*

PA: *ni.*

L: *valitetaan suoraan.*

(H7)

Otteessa kirurgi jäsentää saatuja palautteita jakamalla kriittisen palautteen vuorovaikutukseen liittyvään palautteeseen ja hoitoon liittyvään palautteeseen. Hän täsmentää tätä jakoa yhdistämällä myös sairaalan vuorovaikutuksen osaksi laajempaa, kaikkialla tapahtuvaa vuorovaikutusta, johon liittyy aina henkilöiden väliseen suhteeseen, *henkilökemiaan* kuuluvia asioita. Äärimmäisellä ilmaisulla, *ihan normaalista henkilökemiasta, mitä aina tulee tämmösessä* vahvistetaan vielä argumentin todistusvoimaa siitä, että tällaiset asiat kuuluvat kaikkeen vuorovaikutukseen. Kohteluun ja käyttäytymiseen liittyvät ulottuvuudet yhdistetään näin normaaliin henkilöiden välisiin suhteisiin kuuluviksi asioiksi, jolloin niihin liittyvät aktiviteetit eivät jäseny mitenkään erityisesti lääkärin kategoriasidonnaisiksi velvollisuuksiksi tai kompetenssin piiriin kuuluviksi asioiksi. Ne kuuluvat kaikkeen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen laatu rajataan näin ulos erityisesti lääkärin ammatilliseen kompetenssiin kuuluvasta alueesta. Asia liitetään yleisemmin ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja henkilöiden välisiin suhteisiin. Yhdistämällä kritiikin syy, potilaan kohtelu ja käyttäytyminen *normaaliin henkilökemiaan* kuuluvaksi asiaksi erotetaan kritiikin aihe lääkärin ammatillisista velvollisuuksista. Näin voidaan normalisoida saatua kritiikkiä yleistämällä potilaiden antaman kritiikin kuuluvan kaikkiin vuorovaikutussuhteisiin, ei erityisesti lääkärin kompetenssiin ja velvollisuuksiin kuuluvaksi asiaksi. Täsmennyksellä *tämmösissä asioissa* viitataan kuitenkin siihen, että nämä vuorovaikutuksen piirteet kuuluvat toki myös potilaan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksesta annetaan kritiikkiä, mutta se ei kohdistu erityisesti ammatilliseen kompetenssiin tai sen tasoon, eikä näin ollen ole myöskään kritiikkiä lääkärin ammatillisuutta kohtaan.

Palautteen kategoriaa työstetään edelleen erottamalla hoidon taso omaksi kategoriakseen kritiikin kohteena *harvoin nykyisin hoidon tasosta sillä lailla... valitetaan suoraan*. Selonteossa jäsennetään hoito ja vuorovaikutus eri aktiviteeteiksi, joista vain hoidon taso näyttäisi kuuluvan varsinaisesti lääkärin ammatillisen velvollisuuksien piiriin. Aikakategorialla *nykyisin* puhuja viittaa kenties siihen, että klinisen hoidon taso on parantunut ajan myötä niin, ettei siinä olekaan valittamisen aihetta. Lääkäri täsmentää vielä palautteen antamisen tapaa sanomalla *harvoin valitetaan suoraan*. Tällä viitataan ehkä siihen, että mikäli hoidon tasosta joskus valitetaan lääkärille, niin se

tehdään epäsuorasti, esimerkiksi kirjallisella valituksella, tai jotenkin muuten kuin kasvokkaisuissa vuorovaikutuksissa.

Määrittelemällä potilaan ja kirurgin välinen vuorovaikutus osaksi yleisinhimillisiä vuorovaikutussuhteita, johon kuuluu tiettyjä piirteitä, kuten esimerkiksi erilaiset henkilökemiat ihmisten välillä, voidaan samalla jäsentää kohteluun ja käyttäytymiseen liittyvät aktiviteetit niin laajasti, että niihin liittyvät ristiriidat eivät kuulu suoranaisesti lääkärin ammatillisen velvollisuuksien ja kompetenssin piiriin. Samalla syntyy puolustava täsmennys annetun kriittisen palautteen suhteen, joka koskee kohtelua tai käyttäytymistä.

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi arvioi omaa vuorovaikutustyyliään ja sen merkitystä potilaan hoidon kannalta. Selonteko on sekä puolustava että oikeuttava oman toiminnan suhteen.

#### **Aineisto-ote 4.**

*L: Muutaman kerran mä oon joutunu meneen pyytään potilaalta anteeks kierron jälkeen kun mä oon ollu liian suorasukanen ja ihminen on loukkaantunu, vaikka mä en tietenkään halua ketään loukata, ei mulla oo mitään intressii, mä pyrin niinku saamaan niinku sen prosessin sillalailta vietyä läpi, et se sopivalla tavalla herättelee ihmistä ja hyödyttää sitä et se niin saa jotain siitä,*

*M: Mmm*

*L: Ja sitte taas niinku toisella puolella et se on riittävän tiedottavaa, et sille kerrotaan se mikä sen ongelma on.*

*M: Mm*

*L: Mut ei asioita joskus voi ilmoittaa muuta kuin suoraan.*

*Ei niitä auta kierrellä, ei se mitään hyödytä, yrittää kaunistella juttuja, siit ei tuu mitään, et multa puuttuu kyllä semmonen avu, et mä osaisin niinku jotenkin kääriä asioita kauniisiin paketteihin, sitä mä en osaa, enkä mä haluakaan osata.*

*M: Mm*

*L: Se vois tietysti tuottaa joskus vähemmän tuskaa mutta niin tota pitkällä tähtäyksellä siit ei oo mitään hyötyä, asioitten kaunistelusta.*

*(H6)*

Aineisto-otteessa kirurgi arvioi potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen näkökulmasta omaa vuorovaikutustyyliään. Vuorovaikutusta tarkastellaan osana lääketieteellisen hoidon tavoitteiden saavuttamista. Lääkäri aloittaa tunnustuksella ja sanoo saaneensa kriittistä palautetta nimenomaan vuorovaikutustyylistään, *oon ollu liian suorasukainen*, ja toistaa vielä myöhemmin saman, *et multa puuttuu kyl semmonen avu, et mä osaisin niinku jotenkin kääriä asioita kauniisiin paketteihin*. Tätä hän tunnustaa myös pyytäneensä anteeksi potilaalta, *oon joutunu meneen pyytään potilaalta anteeks kierron jälkeen*. Hän rakentaa tunnustuksen lisäksi omaa toimintaansa oikeuttavan selonteon vetoamalla toiminnan hyötyyn potilaan kannalta. Kirurgin toiminta on tarkoitettu potilaan parhaaksi, *mä pyrin niinku saamaan niinku sen prosessin sillalailla vietyä läpi, et se sopivalla tavalla herättelee ihmistä ja hyödyttää sitä, et se niin saa jotain siitä, ja sitte taas niinku toisella puolella, et se on riittävän tiedottavaa, et sille kerrotaan se, mikä sen ongelma on*. Toiminta on tarkoitettu potilaan hoitotavoitteiden saavuttamiseksi ja näin ollen potilaan parhaaksi ja tällöin hyvä tarkoitus ikään kuin pyhittää keinot. Oman toiminnan motiiveja vielä puolustetaan ja täsmennetään kieltämällä, että kyse olisi tarkoituksellisesta loukkaamisesta, *vaikka mä en tietenkään halua ketään loukata, ei mulla oo mitään intressii*. Puhuja rakentaa erilaisista vuorovaikutustavoista kontrastiparin asioiden kaunistelu - asioiden suoraan sanominen ja vertaa näiden tapojen hyötyjä potilaan hoitotavoitteiden kannalta, oikeuttaakseen omaa ammatillista toimintaansa. Suoraan sanominen asetetaan potilaan hoitotavoitteiden kannalta moraalisesti paremmaksi vaihtoehdoksi. Tämä tehdään arvioimalla asiaa hoidon kokonaisuuden näkökulmasta, *pitkällä tähtäyksellä siit ei oo mitään hyötyä, asiointen kaunistelusta*. Näin voidaan samalla tehdä omasta toiminnasta moraalisesti hyväksyttävää ja lääkärin ammatilliset velvollisuudet täyttävää.

## 6.2 Selonteot moniammatillisen yhteistyön ongelmatilanteista

Institutionaaliset tavoitteet ja velvollisuudet toteutetaan sairaalan monimutkaisessa organisaatiossa moniammatillisen yhteistyön avulla. Tavoitteiden toteuttamiseen tarvitaan eri ammattiryhmien tekemiä tehtäviä, jotka limittyvät toisiinsa potilaan hoidon kokonaisuudessa. Vastuualueet ja työtehtävät on määritelty hallinnollisesti eri ammattiryhmien kesken. Ammatilliseen koulutukseen pohjaava, virallisesti määritelty työnjako ohjaa sitä, mitä kunkin ammattiryhmän tehtäviin kuuluu. Tällöin työntekijät ovat myös riippuvaisia toistensa työtehtävien suorittamisesta. Hoidon kokonaisuus syntyy arjen yhteistyön tuloksena. Viralliset työnjakosuhteet ja arjen käytännöt voivat kuitenkin poiketa toisistaan. Yhteistyöhön liittyy näin ollen usein käytännöllisiä

ongelmia, jotka on ratkaistava tavoitteiden saavuttamiseksi. Selonteot näistä käytännöllisistä ongelmista ja niiden ratkaisuista ovat tämän luvun analyysin kohteena.

Haastatteluissa kuvattiin usein ongelmallisena tilanteita, joissa tehtäviä on hoitamatta tai asiat eivät ole menneet odotusten mukaisesti. Joitakin potilaan hoitoon kuuluvia tehtäviä on esimerkiksi vielä tekemättä ja työntekijä on ikäänkuin vastuussa potilaille tilanteesta. Tämä asettaa työntekijän ristiriitaiseen rooliin suhteessa potilaaseen. Tällaisia tilanteita kuvattiin olevan usein työssä.

Seuraavassa aineisto-otteessa perushoitaja kuvaa tilannetta, jossa potilasta ollaan kotiuttamassa mutta asiat eivät ole menneet odotusten mukaisesti. Osa tehtävistä on vielä tekemättä. Yhteistyöhön ja työnjakoon liittyvät käytännölliset ongelmat nostetaan tällöin esiin.

### ***Aineisto-ote 5:***

*H: Ja sitten se ku pitäis niitä potilasohjeita tai siis ninku kotiuttaa potilasta ku ne asiat on ihan riippaapin.*

*PA: Mm, mm. Nii, nii.*

*H: Just viime viikolla*

*ku mä olin töissä*

*ni piti kotiuttaa potilaita*

*ni puuttu todistusta ja soita lääkärille ja ketään ei oo osastolla*

*ja potilaalla on kiire junalle ja*

*PA: mm, joo*

*H: ku se ei mun mielestä kuulu hoitajan tehtäviin.*

*M: Mm*

*Ph: Ni ei mejän kuulu niitä*

*mut mejän eteenhän se tulee,*

*ku me viiään niitä papereita*

*ja tästä puuttuu.*

(H10)

Perushoitaja arvioi otteessa hoidon tavoitteiden toteutumista omien tehtäviensä näkökulmasta. Tilanteessa sekä potilas, että hoitaja ovat riippuvaisia siitä, että toisen ammattiryhmän jäsen tekee hänelle virallisessa työnjaossa määritellyn tehtävän. Hoitojakso saadaan potilaan kannalta päättymään onnistuneesti ja hänet voidaan kotiuttaa vasta sen jälkeen. Potilaan tulisi saada hänelle kuuluvat hoito-ohjeet ja todistukset, jotta hän voi lähteä kotiin, mutta hän ei ole saanut niitä. Nostamalla esiin potilaan näkökulmasta tavoitteiden toteutumatta jäämisen puhuja havainnollistaa

yhden moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvän käytännöllisen ongelmatilanteen. Toisen ammattiryhmän edustaja on selontekovelvollisuudessa potilaalle toisen puolesta tilanteessa.

Perushoitajalla on vastuu potilaan kotiuttamisesta, mutta hän ei kuitenkaan pysty yksin toteuttamaan kotiuttamista, antamaan tarvittavia hoito-ohjeita tai todistuksia, vaan siihen tarvitaan toisen ammattiryhmän työpanosta. Potilas tarvitsee hänelle kuuluvan todistuksen ja hoito-ohjeet ja hänellä on kiire junalle, mutta hoitajalla ei ilmeisesti ole mahdollisuutta tehdä näitä todistuksia. Tätä ristiriitaista tilannetta hän täsmentää sulkemalla tehtävän vielä ammatillisten velvollisuuksiensa ulkopuolelle, *ku se ei mun mielestä kuulu hoitajan tehtäviin.*

Täsmennyksellä *ku se ei mun mielestä kuulu hoitajan tehtäviin*, viitataan kenties siihen, että vaikka jokin tehtävä kuuluu virallisesti yhden ammattiryhmän tehtäviin, niin käytännössä myös muut ammattiryhmät tekevät näitä tehtäviä. Samalla vihjataan moraaliseen ristiriitaan, joka syntyy hoitajalle tilanteessa, jossa joudutaan tekemään toisten työntekijöiden puolesta tehtäviä. Jotta voitaisiin täyttää hoidon institutionaaliset tehtävät, kuten kotiuttaa potilas sovitusti, joudutaan tekemään myös muille ammattiryhmille kuuluvia tehtäviä. Tässä rakentuu samalla myös hienovireinen syytös. Ristiriitaa odotusten ja tapahtuneen välillä selitetään sillä, että toisten ammattiryhmien jäsenet eivät ole tehneet heille kuuluvia velvollisuuksiaan. Syytös kohdistetaan toisen ammattiryhmän tekemättä jättämiin ammatillisiin velvollisuuksiin, kuten todistusten kirjoittamiseen. Työnjaon arjen käytännöt tuodaan esiin viittauksella, *mut meidän eteenhän se tulee, ku me viiään niitä papereita ja tästä puuttuu.* Näin käydään samalla moraalista neuvottelua työnjaon käytännöllisistä ongelmista hoitajien ja lääkäreiden ammattiryhmän välillä.

Seuraavassa hoitajien yhteishaastattelussa kuvataan tyypilliseksi nimettyä moniammatillisen työn palautetilannetta.

### ***Aineisto-ote 6:***

*PA: No minkälaisista asioista potilaat teille sitten niinkun antaa varmasti antavat kehuja, se nyt on ihan varma, mutta mua kiinnostaa tavallaan nää negatiivisetki asiat, et mitä ne sanoo.*

*Parannusehdotuksia tai mitä, minkälaisia asioita esimerkiksi, mitä tulis mieleen, vaikka nyt jossain suihkutilanteessa justiin tai?*

*H: No ainakin jos ei suihkuun mennä, niin päivystyspotilaitten kohdalla, nii meillehän ne valittaa silleen, että ne ei pääse leikkaukseen ajoissa tai joutuvat odottaan monta päivää tai päivän tai kaksi.*

*Sehän ei niinku hoitajasta, tai niinku osastonhoitajasta, meistä oo kiinni*

*PA: Mmm*

*H: Vaan sehän on leikkaussalin tilanne ja sieltä ei informoida riittävän säännöllisesti, et missä mennään ja potilas ei sitä tiedä, ja saattaa olla monta päivää tai kaks, olla ravinnotta.*

*PA: Joo, joo*

*H: Et kyllä niinku nykyään on lisääntyny paljo semmonen että ubataan oikeussaleilla.*

*Että hän, omaiset uhkaa ja potilaat uhkaa,*

*et semmonen vaatimus,*

*et jos ei hoideta asianmukaisesti*

*niin oikeussaliin menee. Joo, se on lisääntyny.*

*(H8)*

Otteessa neuvotellaan syytösten ja vastuiden jakautumisesta tilanteessa, josta potilaat antavat usein kriittistä palautetta. Osastonhoitaja nostaa esiin päivystyspotilaan oikeuden päästä nopeasti toimenpiteeseen. Potilaiden kritiikki siitä, että he eivät pääse riittävän nopeasti leikkaukseen, kohdistetaan osastolla oleville hoitajille, *niin päivystyspotilaitten kohdalla, nii meillehän ne valittaa silleen, että ne ei pääse leikkaukseen ajoissa, tai joutuvat odottaan monta päivää tai päivän tai kaksi.* Tässä yhteydessä synnytetään puolustava selonteko rajaamalla vastuu syntyneestä ristiriidasta oman työn ulkopuolelle. *Sehän ei niinku hoitajasta, tai niinku osastonhoitajasta, meistä oo kiinni* ja kohdistetaan vastuu leikkaussalin työntekijöihin ja leikkaussalin tilanteeseen. Samalla rakennetaan myös syytös leikkaussalin odotusten vastaisesta toiminnasta *sieltä ei informoida riittävän säännöllisesti, et missä mennään* ja potilaan kritiikkiä oikeutetaan vielä täsmentämällä tilannetta, johon potilas joutuu. *Ja potilas ei sitä tiedä, ja saattaa olla monta päivää tai kaks, olla ravinnotta.* Päivystyspotilaiden antama kriittinen palaute siitä, että ei pääse riittävän nopeasti toimenpiteeseen on näin oikeutettua, mutta osavastuu tästä kriittistä yhdistetään siihen, että leikkaussalissa työskentelevät eivät hoida sinne kuuluvia velvollisuuksia, kuten riittävää tiedottamista tilanteesta. Otteen lopuksi osastonhoitaja vetää vielä yhteen tilanteen palautteiden vastaanottamisesta. Aikakategorian avulla hän kuvaa muutosta palautteiden vastaanottamisessa, *et kyllä niinku nykyään on lisääntyny paljo semmonen että ubataan oikeussaleilla.* Samalla nostetaan esiin potilaiden käyttämä oikeudellinen kehys, johon potilaiden sanotaan vetoavan kriittistä palautetta antaessaan. Potilaat nostavat lakiin perustuvat oikeutensa esiin perusteluna kritiikilleen. Toiminnan oikeudellinen ulottuvuus nostetaan tällöin esiin. Potilaiden ja omaisten sanotaan uhkailevan hoitajia sairaalassa ollessaan, *omaiset uhkaa ja potilaat uhkaa, et semmonen vaatimus, et jos ei hoideta asianmukaisesti niin oikeussaliin menee.*

Kansalaisten oikeuksien juridiset ulottuvuudet tulevat esiin näissä hoitajan kuvaamissa kritiikin perusteluissa. Oteesta näkyy myös aineiston tuottamisen ajankohta. Hoitotakuu ei ollut vielä tuolloin voimassa ja leikkausjonot olivat pitkät. Lääkärikunta oli myös lakossa 2000 luvun alussa, jolloin leikkaustoiminta oli vajaateholla.

## 6.3 Selonteot kolmannen osapuolen toiminnasta

Haastattelujen yhtenä teemana oli keskustella siitä, miten työntekijät puhuvat potilaiden kanssa tilanteissa, joissa annettu kritiikki kohdistuu kolmannen osapuolen toimintaan. Tällöin keskusteltiin tilanteista, joissa potilas esimerkiksi kritisoi toisen työntekijän tai toisen sairaalan toimintaa. Haastattelussa annettiin siis selontekoja siitä, miten potilaalle puhutaan tilanteissa, joissa potilas on kritisoinut toisen työntekijän työtä ja tuonut näin esiin epäilyn siitä, että toinen työntekijä on rikkonut hyvän hoidon velvoitetta, tai toiminut vastoin institutionaalisia tavoitteita työssä. Kritiikkiä vastaanottanut työntekijä joutuu tällöin selontekovelvolliseksi potilaalle yhtäältä toisen työntekijän ammatillisesta työstä, toisaalta koko organisaation puolesta.

Tämän alaluvun analyysin kohteena on, miten työntekijät reflektivat näitä tilanteita ja kuvaavat toimivansa antaessaan selontekoja potilaille näissä tilanteissa. Analyysin kohteena ovat toisin sanoen selonteot selonteosta potilaille tällaisissa tilanteissa. Miten työntekijät järkeilevät tällaisia tilanteita ja samalla rakentavat moraalista järjestystä sen suhteen, miten tulisi toimia asiakaskeskeisesti ja kompetentisti ammatilaisena ja organisaation edustajana näissä tilanteissa.

Haastattelujen perusteella saattoi todeta, että jokainen työntekijä vastaanottaa kriittistä palautetta myös muualla organisaatiossa tehdystä työstä tai toisten työntekijöiden tekemästä työstä. Sairaalan monimutkaisten työnjakojen takia potilaana olevalla ei myöskään voi olla aivan täsmällistä tietoa työntekijöiden työnjaoista ja vastuista. Esimerkiksi tieto siitä, mitkä tehtävät tarkkaan ottaen kuuluvat kunkin ammatilaisen työhön on vain työntekijöillä itsellään. Potilaan on helpointa antaa palautetta sille työntekijälle, joka on paikalla, kun palaute tulee mieleen ja se halutaan sanoa julki. Potilaana oleva voi esimerkiksi ihmetellä tai paheksua jotakin tapahtunutta ja kysyä perusteluja tapahtuneelle. Hän voi ihmetellä työntekijälle, miksi joku työntekijä teki jotakin, tai miksi joku asia tapahtui niin kuin tapahtui. Tällaista suullista arvioivaa palautetta annetaan arjen hoidon yhteydessä paljon. Työntekijä, joka vastaanottaa tätä palautetta, tulee tällöin selontekovelvolliseksi koko organisaation puolesta. Potilaan ilmaisema palaute voi herättää epäilyn, että toiminta ei ole ollut institutionaalisten tavoitteiden ja sääntöjen mukaista. Tällöin työntekijöille syntyy selontekovelvollisuus



palautteen antajalle siitä, mitä on tapahtunut ja miksi asia ei ole esimerkiksi mennyt odotusten mukaisesti. (Hester & Eglin 1997; Jokinen et. al 2012; Mäkitalo 2003; Välimaa 2011.) Puolustavat ja oikeuttavat selonteot ovat yksi esimerkki tällaisesta tiimin yhteisestä rutiininomaisesta korjaavasta työstä, jonka avulla moraalista järjestystä ylläpidetään.

### **Asiakaskeskeisyyttä ylläpitävät selonteot ja tiimin yhteinen esitys**

Seuraavassa aineisto-otteessa osastosihteeri kertoo tilanteesta, jossa aiemmin kotiutunut potilas on soittanut osastosihteerille kotoa ja ihmetelty, miksei ole vielääkään saanut hänelle luvattuja sairauskertomuspapereita itselleen postissa kotiin, vaikka kotiutumisesta on kulunut jo kauan aikaa.

#### **Aineisto-ote 7:**

*PA: tota et, miten sää niinku puhut sitte potilaalle  
jos se kritiikki kohdistuu niinku toisen työntekijän toimintaan,  
niinku esimerkiksi just tommonen epikriisijuttu,  
niin miten sä niinku tavallaan puhut sille potilaalle siitä sitte että?*

*S: Mm, no kyllä en mä suoraan siis sillai sano,  
että no ei se oo vielä (naurahdus) saneltu.*

*PA: (Naurahdus) nii.*

*S: Vaan kyllä mä melkein sanon sit et mää tarkistan asian, tai sillai et*

*PA: nii just joo.*

*S: En mää sille töksäytä, että siellä se lojuu vieläkin.*

(H2)

Otteessa osastosihteeri kuvaa, miten puhuu potilaalle tilanteessa, jossa potilaan esiin nostama asia on vielä tekemättä. Potilaan sairaskertomuspapereita ei ole vielä saneltu, eikä kirjoitettu valmiiksi ja potilas kysyy jo puhelimitse, mikseivät ne ole vielä tulleet postissa. Asianlaitaa ei ilmaista potilaalle sellaisena, *emmä suoraan siis sillai sano, että ei se oo vielä (naurahdus) saneltu*, tällä puhuja viittaa ehkä siihen, että ei ole sopivaa sanoa potilaalle pelkästään, että häntä koskevat tehtävät ovat edelleen tekemättä. Naurahduksella, jonka sekä puhuja että haastattelija yhdessä ilmaisevat tilanteessa, jaetaan ehkä yhteistä tietoa siitä, että potilasasiakirjojen valmistuminen kestää usein kauan ja tilanne on yleinen sairaalassa, mutta sitä ei kuulu sanoa suoraan.

Osastosihteeri täsmentää vielä toimintaansa sanomalla potilaalle *mää tarkistan asian*. Lupauksen avulla voidaan välttää sillä hetkellä tarkempi selontekovelvollisuus ja

annetaan samalla potilaalle lupaus korjata odotusten vastainen tilanne, jossa epikriisi ei olekaan vielä valmis. Tehtävän toteuttaminen edellyttää sihteerin mukaan toisen ammattiryhmän jäsenen työtä. Vastuu siitä, että potilasasiakirjoja ei ole voitu toimittaa vielä potilaalle on tässä tapauksessa ollut toisen ammattiryhmän jäsenellä. Selonteollaan puhuja voi samalla suojella toisen työntekijän moraalista toimijuutta ja tuottaa tiimin yhteisen, moraalista järjestystä ylläpitävän esityksen potilaalle.

Osastosihteerä arvioi vielä lopuksi toimintaansa sen suhteen, miten potilaan kanssa tulisi puhua tällaisessa tilanteessa. Hän määrittelee asian todellisen tilanteen kertomisen potilaalle *töksäyttämiseksi*. Niin ei toisin sanoen kuulu tehdä. Osastosihteerä synnyttää lisäksi epäsuoran syytöksen sitä työntekijää kohtaan, jonka vastuulle potilasasiakirjojen sanelu kuuluu jatkamalla, että hän ei *töksäytä* potilaalle, että *siellä se lojuu vieläkin*. Arvioimalla tilannetta moraalilla sanavalinnoilla, kuten *lojuu*, hän samalla tuo esiin tilanteen paheksuttavuuden asiakaskeskeisyyden näkökulmasta. Asiakaskeskeisen moraalisen järjestyksen näkökulmasta ei ole sopivaa, että potilaan asiat ovat hoitamatta liian kauan. Asian tarkemmin kertominen potilaalle sisältäisi kuitenkin kritiikkiä toista työntekijää kohtaan ja asettaisi samalla koko tiimin toiminnan moraalisesti epäsuotuisaan valoon. Lupauksella selvittää asia synnytetään asiakaskeskeisyyttä ylläpitävä selonteko potilaalle.

Seuraavassa aineisto-otteessa puhelinvaihteen työntekijät kuvaavat tyypillistä tilannetta työssään. Puhelinvaihteen työntekijät toimivat yhteistyössä kaikkien organisaation yksikköjen kanssa yhdistäessään asiakkaiden puheluja eri osastoille ja työntekijöille. Heidän odotetaan olevan vuorovaikutuksessaan ystävällisiä ja välittävän positiivisen vaikutelman sairaalasta. Ystävällinen ja avulias palvelu on puhelinvaihteen työntekijöiden työssä keskeistä. Puhelinvaihteeseen soitetaan esimerkiksi, kun tavoitellaan jotakuta sairaalan työntekijää tai osaston edustajaa puhelimitse, joko ennen tai jälkeen hoitojakson. Sairaalaan otetaan paljon yhteyttä puhelimitse myös kotiutumisen jälkeen, koska hoitojaksot ovat lyhyitä.

Otteessa puhelinvaihteen työntekijät kuvaavat tilannetta, jossa asiakas toivoo puhelun yhdistettävän tietylle osastolle, mutta kukaan osastolla ei vastaa soivaan puhelimeen, ja tällöin puhelin yhdistyy takaisin vaihteeseen ja vaihteen työntekijän on vastattava asiakkaalle, miksi yhteyttä osastolle ei saada. Puhelinvaihteen työntekijät kuvaavat katkelmassa selontekotyötä, jota he tekevät tällaisessa tyypillisessä tilanteessa. Haastattelutilanteessa oli läsnä kolme puhelinvaihteen työntekijää, joista yksi puhuu tässä.

### **Aineisto-ote 8:**

*Pvh: Joo ja arvaa miltä asiakkaasta tuntuu,*

*ja se stressaa meitä,  
kun se puhelimen pirahduttaa aina takasin tänne meille  
joka kymmenen sekunnin välein,  
ja sit täytyy aina joku selitys kekksiä,  
mitä ne nyt,  
ehkä heillä on nyt niin kiire,  
ehkä siellä on nyt ruuan jakelu, ehkä se on... tämmöset  
eikä aina tämmöstäkään [voi sanoa] että ei vastaa puhelimeen, ni ei vastaa.  
(H 16)*

Puhelinvaihteenhoitajan kuvaamassa tilanteessa sujuvan palvelun odotus ei toteudu, ja puhelinvaihteen työntekijän ammatillinen velvollisuus auttaa asiakasta uhkaa jäädä suorittamatta. Puhelinvaihteen työntekijöiden on annettava asiakkaalle selonteko tähän ristiriitaan. Aineisto-otteesta on paljon elementtejä, joiden perusteella puhetta voi tulkita kollegojen keskinäiseksi takanäyttämön puheeksi. Tunnekategorian avulla tuotetaan aluksi puhelinvaihteenhoitajien ja haastattelijan yhteisyyttä, *arvaa miltä asiakkaasta tuntuu, ja se stressaa meitä*. Samalla synnytetään heti alkuun kontrastipari me-he, jossa asiakkaat ja puhelinvaihteen työntekijät sekä haastattelija kuuluvat me-ryhmään ja osaston työntekijät he-ryhmään. Yhteisyys ja jako kahteen ryhmään tilanteessa rakennetaan sen perusteella, että asiakkaat ja puhelinvaihteen työntekijät joutuvat tyytymään yhdessä siihen, että kolmas osapuoli, osasto, ei noudata velvollisuuttaan vastata puhelimeen sen soidessa. Osastolla ei vastata puhelimeen, vaikka siihen kuuluu vastata sen soidessa. Me- ja he- jaottelua, jossa me-kategoriaan kuuluvat asiakkaat ja puhelinvaihteen työntekijät ja he- kategoriaan osastojen työntekijät, vahvistetaan kuvaamalla tilanteen stressaavuutta puhelinvaihteen näkökulmasta. Asiakasta tulisi palvella, mutta tehtävää ei ole mahdollista suorittaa loppuun osaston toiminnan vuoksi.

Asiakaskeskeisyyden ylläpitämiseksi puhelinvaihteen työntekijä tuottaa tällaisessa tilanteessa asiakkaalle selonteon, jolla hän voi puolustaa ja oikeuttaa sosiaalisia odotuksia rikkovaa toimintaa. Osaston työntekijöiden toimintaa puolustetaan tuomalla esiin mahdollisia vaihtoehtoisia velvollisuuksia, jotka toimivat lieventävänä perusteluna sille, että puhelimeen ei vastata osastolla, vaikka siihen kuuluu vastata. *Heillä on nyt niin kiire, ehkä siellä on nyt ruuan jakelu*. Vetoamalla näin osaston työntekijöiden vaihtoehtoisiin velvollisuuksiin ja aktiviteetteihin voidaan lieventää tapahtuneen paheksuttavuutta. Se, että osastolla ei vastata puhelimeen, johtuu jostakin moraalisesti hyväksyttävästä syystä, kuten vaihtoehtoisista velvollisuuksista, jotka työntekijöiden on suoritettava ensin.

Otteessa työntekijä tuo esiin, että asiakkaalle tulisi antaa institutionaalista järjestystä ja asiakaskeskeisyyden moraalialia ylläpitävä selonteko. Täsmennyksellä *eikä aina tämmöstäkään* [voi sanoa], *että ei vastaa puhelimeen ni ei vastaa*, viitataan tähän velvollisuuteen. Tällainen vastaus, ilman odotuksen ja tapahtuneen välisen ristiriidan korjaavan selonteon antamista, rikkoisi sosiaalista odotusta ja asettaisi samalla osaston työntekijät ja koko organisaation toiminnan moraalisesti epäsuotuisaan valoon asiakaskeskeisyyden velvoitteen näkökulmasta. Selonteon puolustava ja asiakaskeskeisyyden moraalista järjestystä ylläpitävä funktio tulee tässä esiin.

Puhelinvaihteen työntekijä rakentaa otteessa mielenkiintoisesti etu- ja takanäyttämöjen kehysten jakoja. Toinen osa on tarkoitettu takanäyttämölle, kollegojen kesken haastattelutilanteeseen, jolloin kuvataan omaa työn ristiriitoja ja tuodaan tunnekategorioiden avulla jännitteitä esiin. Tällöin asiakkaat, puhelinvaihteen työntekijät ja haastattelijat yhdistetään samaan me -kategoriaan ja he -kategoriassa ovat osastojen työntekijät, jotka eivät ole suorittaneet heille kuuluvia velvollisuuksiaan. Sensijaan kuvattaessa puhetta asiakkaalle jako rakennetaan toisella tavalla. Silloin me-he jako rakennetaan niin, että me -kategoriaa edustavat sairaalan työntekijät ja organisaatio, ja he -kategoriaa asiakkaat, jotka soittavat sairaalaan ja joille on annettava tiimin yhteinen toimintaa puolustava selonteko ongelmallisesta tilanteesta. Etunäyttämön kehyksessä, asiakkaalle puhuttaessa, ylläpidetään asiakaskeskeisyyden moraalista järjestystä, jossa myös osaston toiminta kuvataan asiakaskeskeisyyden velvoitteet täyttävänä.

Molemmissa aineisto-otteissa tuotiin siis esiin yhtäältä etunäyttämön järjestystä ylläpitävää puhetta ja toisaalta takanäyttämölle tyypillisempää syyttävää ja tunteita ilmaisevaa puhetta. Koska olin haastattelijana sisäpuolinen ja kollega, tätä takanäyttämön epävirallista puhetta tuotiin myös esiin haastatteluissa enemmän, kuin ehkä ulkopuoliselle haastattelijalle olisi ilmaistu. Sisäpuolisuuteni saattoi siis edesauttaa tämän jaon syntymistä haastatteluihin. Kollegat arvioivat ehkä keskinäisessä puheessa vapaammin ja kriittisemmin toisten työntekijöiden toimintaa asiakaskeskeisyyden näkökulmasta, kuin mitä ulkopuolisen haastattelijan kanssa olisi arvioitu.

Seuraavassa hoitajien ryhmähaastattelussa keskustellaan yleisesti potilaiden antamasta kriittisestä palautteesta ja siitä, miten kritiikkiin suhtaudutaan osana arjen rutiineja. Keskustelun aiheena oli myös se, miten saadusta kritiikistä puhutaan kollegojen kanssa.

### **Aineisto-ote 9:**

*H: Yleensähan ihmiset ninku harva ninkun kasvotusten valittaa.*

*Et yleensähan se et puhutaan takanapäin pahaa,*

*kyllähän siinä ninku ainakin koittaa siis tottakai täytyy kuunnella mutta siis sillai  
olla kollegiaalinen et ei lähe tota ninku  
siihen valitukseen mukaan.*

*Elikä kuuntelee sen ja ottaa sen asiallisesti ja.*

*H: Se jää kyllä sitte,*

*että ei sitä nyt mene, että toi sano että sulla oli niin hapan ilme*

*että täytyy olla sen verran kollegiaalinen*

*sitä toista kohtaa*

*että ei sitä voi mennä suoraan sanoon*

*että pistä vähän ilosempi ilme. (Naurua).*

*OH: Oisko se, mitä se tarkoittaa jos sanos?*

*H: Millä sitä pistää ilosempi ilme*

*jos ei kerran ole ilonen,*

*jos ei kerran oo ilonen ja kerran batuttaa niin ei se kerta kaikkiaan,*

*ei se muutu siitä, ei se muutu. Ni.*

*Ja sen sallii sille työkaverille*

*että no niin että nyt mul on tänään ny herne nenässä (naurua)*

*että mul on niin paha että,*

*se on ninku oikeutettua ja sen hyväksyy,*

*koska potilaatkin on välillä,*

*mutta ei sitä ny mee sinne heti juoruuan että*

*pst tää nyt sano (naurua) tällai.*

*(H4)*

Aineisto-otteessa viitataan kasvokkaisen vuorovaikutuksen yleisiin sääntöihin perusteluna sille, että kriittistä palautetta ei anneta suoraan asianomaiselle henkilölle, *et yleensä puhutaan takanapäin paha*, ja näin yhdistetään palaute laajempiin, yleisiin vuorovaikutuksen sääntöihin, ei vain sairaalan ammatillista vuorovaikutusta koskevaksi asiaksi.

Moraalista järjestystä rakennetaan viittaamalla siihen, että työntekijän ammatillinen velvollisuus on kuunnella potilaan antamaa palautetta myös silloin, kun se koskee kolmatta osapuolta. Tähän ei tulisi kuitenkaan mennä mukaan, vaan palautteeseen tulee suhtautua neutraalisti. *Tottakai täytyy kuunnella mutta*, täsmennyksellä viitataan velvollisuuteen kuunnella aina potilasta. Se, mitä aktiviteetteja kuuntelemisen jälkeen tehdään, tulee esiin, kun otteessa nostetaan esiin työntekijöiden keskinäinen kollegiasuhde. Keskinäiseen suhteeseen liittyvät oikeudet nostetaan esiin perusteluna sille, että potilaan antamaa palautetta ei esimerkiksi viedä eteenpäin asianomaiselle kollegalle. *Sen sallii sille työkaverille, että no niin, että nyt mul on tänään ny herne nenässä*

(*naurua*). Työntekijöillä on myös oikeus huonoihin päiviin ja pahaan oloon, ja sen ilmaisemiseen. Tästä muodostuu myös ammattilaisen toimintaa oikeuttava selonteko. Vetoamalla potilaiden ja hoitajien väliseen suhteeseen ja suhteeseen kuuluviin oikeuksiin, *koska potilaatkin on välillä*, viitataan siihen, että koska potilailla on oikeus pahaan oloon ja sen ilmaisemiseen, niin myös työntekijöillä voi olla oikeus siihen. Joskus on paha olo ja se on työkavereiden puolesta sallittua näyttää myös ulospäin. Ryhmähaastattelun merkitys vuorovaikutustilanteena näkyy tässä aineisto-otteessa ehkä juuri siinä, että kollegiaalisuus nostetaan olennaisena asiana tässä yhteydessä esiin ja korostetaan sitä, että sallitaan muiden työntekijöiden toiminta, vaikka se olisikin kyseenalaista asiakaskeskeisyyden velvoitteen näkökulmasta.

Mielenkiintoista on, että osastonhoitajan roolissa oleva nostaa esiin mahdollisuuden tehdä niin, että kerrottaisiin asianomaiselle työntekijälle, että potilas on antanut kriittistä palautetta. Osastonhoitaja ottaa tässä ehkä hallinnollisen roolin nostamalla esiin tällaisen mahdollisuuden. Muut keskustelun osapuolet eivät hyväksy osastonhoitajan toimintamalliehdotusta, vaan korostavat edelleen tunnetilan väijäämättömyyttä ja oikeutta sen esiin tuomiseen. *Jos ei kerran oo ilonen ja kerran hatuttaa, niin ei se kerta kaikkiaan, ei se muutu siitä, ei se muutu.* Tällä täsmennyksellä voidaan puolustaa hoitajien toimintaa suhteessa asiakaskeskeisyyden vaatimuksiin. Ryhmähaastattelutilanteen merkitys on tässä todennäköisesti olennainen, hoitajat voivat olla yhteistuumin hyväksymättä osastonhoitajan ehdotusta keskustelussa ja perustella toimintaansa yhdessä.

Seuraavassa aineisto-otteessa fysioterapeutti kertoo yleisesti korjaavasta työstä, jota tiimi tekee institutionaalisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

### **Aineisto-ote 10:**

*Ft: Ja sitten kyllä osaston henki voittaa niin paljon,  
että sitte se ei häitää, vaikka meillä on joukossa  
vaikka...vähän välillä sattuuakin,  
ni aina joku korjaa potin kotiin.*

*Elikkä tällainen kokonaisvaltainen paikkaus vähän toimii toinen toistaan kohtaan,  
mikä voi loppujen lopuksi olla hyväkin siltä osin,  
mutta että...*

*kyllä osa sitte taas ilmoittaa kirjoittavansa suoraan lehteen tai jonnekin muihin taboihin,  
että ne ei välttämättä sitte  
pistä ees tohon palautelaatikkoon.*

(H18)

Tässä aineisto-otteessa fysioterapeutti nostaa tiimin yhteishengen ja solidaarisuuden ensisijaiseksi perusteluksi sille, että asiakaskeskeinen hoito toteutuu osaston työssä. *Ja sitten kyllä osaston henki voittaa niin paljon, että sitte se ei haittaa, vaikka meillä on joukossa, vaikka...vähän välillä sattunkin.* Puhuja on nimeämäsillään persoonan kategorian, aloittamalla *vaikka meillä on joukossa*, mutta vaihtaa ilmauksen passiivimuotoon. Sanomalla *vaikka välillä vähän sattunkin*, jolla ei viitata mihinkään yksittäiseen kategoriaan, vaan sen sijaan viitataan yleisellä tasolla siihen, että asiakaskeskeisyyden velvoite ei aina toteudu työssä. Asiakaskeskeisyys saadaan kuitenkin toteutumaan paikkaamalla toinen toistensa työtä. Lopputulos on potilaan kokonaisuhoiton kannalta hyvä. Yhteistyössä tehtävän korjaavan työn merkitystä perustellaan esimerkillä potilaiden kokemusten muuttumisesta hoidon edetessä. Tyytymättömyys ja halu antaa kriittistä palautetta muuttuu hoidon kuluessa niin, että palautetta ei anneta lainkaan. Tätä muutosta perustellaan tiimin yhteisellä työllä. Potilaat saattavat sanoa suullisesti työntekijöille kirjoittavansa esimerkiksi sanomalehteen valituksen hoidosta, mutta eivät sitten lopulta anna lainkaan palautetta, edes osaston omaan palautelaatikkoon. Näin kuvataan työntekijöiden yhteistyön onnistumista ja vahvistetaan sitä kuvauksella, jossa potilaan toiminta muuttuu tiimin hyvän yhteistyön ansioista.

Näissä neljässä aineistokatkelmassa olen analysoinut, miten sairaalan työntekijät ylläpitävät asiakaskeskeistä moraalista järjestystä puolustavien ja oikeuttavien selontekojen avulla tilanteissa, joissa ollaan selontekovelvollisia koko organisaation puolesta. Tällä tavalla rakennetut selonteot ovat aineistossani yleisin tapa puhua ongelmatilanteissa, joita potilaiden antama kriittinen palaute synnyttää.

### **Syyttävät selonteot muiden toiminnasta**

Puolustavat ja oikeuttavat selonteot olivat siis aineistossani yleisin tapa, jolla työntekijät kuvaavat puhuvansa potilaille tilanteissa joissa kritiikkiä vastaanotetaan toisten toiminnasta, tai kun muuten ollaan tilanteessa, jossa ollaan selontekovelvollisia organisaation toiminnasta potilaille. Aineistossa on kuitenkin myös kuvauksia, joissa kerrotaan toimittavan toisella tavalla. Näissä tuodaan esiin, että tiimin yhteistä ammatillista esitystä ei pidetä yllä potilaille kaikissa tilanteissa. Tässä yhteydessä negatiiviset moraaliset arvioinnit toisten työntekijöiden ammatillisesta työstä sanotaan tuotavan esiin myös potilaille.

Seuraavassa aineisto-otteessa perushoitaja kuvaa oman toimintansa muuttumista tilanteessa jossa potilas on antanut kritiikkiä hoidosta hänelle.

## Aineisto-ote 11:

*H: Joo, sitte on joskus,  
jos se kritiikki kobdistuu tähän systeemiin, tähän sairaalaan  
eikä meidän työhömmä ja hoitajiin,  
mää nykyään paljon sanon  
valittakaa, kirjottakaa,  
mää en enää.  
Mää en enää esimerkiksi,  
joskus ninku,  
mää kaubeesti huomasi puolustelevani lääkäreitä, että niil on kiirettä ja että ne tekee paljon ja leikkaa  
ja näin.  
Mää en enää,  
mää sanon että puhu lääkärin kanssa, kirjota kirje, valita, tuol on niitä potilaspalauttekaavakeita,  
mää en enää ninku katso  
että mun tehtäväni on antaa alibeja jollekin joka on käyttäytyny huonosti.  
(H1)*

Kriittisen palautteen kohteet jaetaan aineisto-otteessa kahteen kategoriaan, yhtäältä sairaalan johtamiseen ja organisointiin ja toisaalta ammattilaisten toimintaan liittyvään kritiikkiin. Perushoitaja täsmentää tätä jakoa hoitajien ammattiryhmän ja muiden työntekijöiden välillä kritiikin vastaanottamisen osalta *jos se kritiikki kobdistuu tähän systeemiin, tähän sairaalaan eikä meidän työhömmä ja hoitajiin*. Hän kuvaa aikakategorian avulla muuttunutta toimintatapaansa palautteiden vastaanottajana. Käyttämällä tässä yhteydessä aikakategoriaa *mää en enää*, hän viittaa oman toimintansa muuttuneen. Aiemmin hän on työssään antanut puolustavia selontekoja vastaanottaessaan potilailta kritiikkiä muiden työstä, mutta ei enää. *Mää kaubeesti huomasi puolustelevani lääkäreitä, että niil on kiirettä ja ne tekee paljon ja leikkaa ja näin*. Tällaisessa tilanteessa hän ei enää anna puolustavaa tai oikeuttavaa selontekoa potilaille, vaan päinvastoin kehottaa potilasta antamaan julkisesti ja virallisesti palautetta. Hän nostaa esiin ammatilliset velvollisuutensa, joihin ei kuulu toisten ammattiryhmien toiminnan puolustaminen, *en enää ninku katso että mun tehtäväni on antaa alibeja jollekin, joka on käyttäytyny huonosti*. Ammatillinen velvollisuus jäsennetään tässä yhteydessä hoitajien ammattiryhmän mukaan. Mikäli kritiikki koskee jotakin muuta kuin hoitajien työtä, niin työntekijä asettuu kritiikkiä antaneen potilaan kanssa ikään kuin samaan me-ryhmään kehottamalla potilasta tekemään suullisesta palautteesta kirjallisen ja julkisen. Hän kuvaa sanovansa tällaisessa tilanteessa potilaille *valittakaa, kirjottakaa*. Perushoitaja



tuottaa itsensä näin asiakaskeskeisenä ammattilaisena, jolla on itsenäinen ammatillinen ja eettinen koodi, jota hän noudattaa.

## 6.4 Yhteenveto

Olen tässä luvussa analysoinut työntekijöiden selontekoja tilanteista, joissa institutionaalisten tavoitteiden ja tapahtuneen välillä on ristiriita. Näiden selontekojen avulla hallitaan retorisesti arjen työssä syntyviä jännitteitä. Asiakaskeskeisyyden moraalinen odotus ja ammatillinen kompetenssi joutuvat epäilyksenalaiseksi puhuttaessa näistä ristiriitatilanteista. Se tuottaa selontekovelvollisuutta työntekijälle. Ammatillinen jäsenyys ja siihen yhdistettävät aktiviteetit toimivat resursseina neuvoteltaessa näistä ristiriidoista. Ongelmallisia tilanteita jäsenetään arvioimalla omaa ja muiden työtä suhteessa asiakaskeskeisyyden ja institutionaalisten tavoitteiden toteutumiseen. Samalla neuvotellaan ammatillisesta kompetenssista sekä vastuista ja velvollisuuksista. Moraalista toimijuutta hallitaan keskustelussa rakentamalla oikeuttavia, puolustavia tai syyttäviä selontekoja. Selonteoissa on yhteistä se, että moraalista toimijuutta ja ammatillista kompetenssia hallitaan tuottamalla oma toiminta ammatillisuuden ja asiakaskeskeisyyden velvoitteen täyttävänä. Selontekojen rakenne näytti olevan erilainen riippuen siitä, kuvataanko etunäyttämön kehykseen kuuluvaa tilannetta, jossa puhutaan potilaalle, vai omaa kokemusta kollegojen kesken, takanäyttämön kehyksessä. Kuvattaessa etunäyttämön kehyksessä tapahtuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa tavoitteena näytti olevan koko tiimin yhteisen asiakaskeskeisen esityksen ylläpitäminen, kollegojen keskinäiseksi tarkoitettussa arvioinnissa taas tavoitteena oli enemmän oman ammatillisen kompetenssin esiin tuominen. Selonteot, joissa muihin työntekijöihin kohdistetaan negatiivista moraalista arviointia, näyttävät olevan takanäyttämön kehykseen kuuluvaa puhetta, kollegojen keskinäistä arviointia. Sen sijaan puhuttaessa ongelmallisesta tilanteesta potilaalle, selonteot sisältävät yleensä puolustuksia ja oikeutuksia toisten ammattilaisten toiminnasta. Selonteot ovat siis etunäyttämön kehyksessä pääasiassa muiden työntekijöiden toimintaa oikeuttavia ja puolustavia.

Työntekijät käyttivät sekä ammatillista roolia että tiimin jäsenyyttä resurssinaan arvioidessaan ristiriitatilanteita ammatillisessa työssä. Puhuttaessa potilaalle tiimin jäsenyys näyttää olevan keskeinen selontekoa organisoiva asia. Sen sijaan arvioitaessa kollegojen kesken toimintaa, ammatillinen jäsenyys nousee keskeisemmäksi puheessa. Näin vuorovaikutustilanteen kehykset näyttävät organisoivan kategorijäsenyyksiä ja selontekojen rakennetta puheessa.

## 7 Asiakaspalautteet osana kirurgian toimialan työtä

Tässä luvussa analyysin kohteena on työntekijöiden suhtautuminen erilaisiin asiakaspalautteisiin. Asiakaspalauttejärjestelmät ovat yksi esimerkki manageriaalisen johtamisen välineistä terveydenhuollossa. Ne voidaan nähdä osana työn arviointimenetelmiä ja organisaation laadunhallintaa: saadun asiakaspalautteen perusteella on mahdollista arvioida ja parantaa työn laatua. Kansalaisen näkökulmasta palautteen antaminen on potilaana olevalle laissa määritelty oikeus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992).

Asiakaspalautteet jaetaan yleensä kirjallisiin, virallisiksi määrittyviin palautteisiin ja suullisiin hoidon yhteydessä annettuihin palautteisiin. Kirjalliset palautteet voi tulkita instituution virallisiksi dokumenteiksi, ne ovat osa instituution hallinnollisesti määriteltyä toimintaa. Tällöin ne voidaan tulkita Erving Goffmanin (1967) ajatusten mukaan etunäyttämön kehykseen kuuluvaksi. Kirjalliset asiakaspalautteet, kuten muistutukset ja niihin laaditut vastaukset ovat esimerkkejä organisaation etunäyttämön virallisista teksteistä. Sen sijaan suulliset palautteet voi nähdä takanäyttämön kehyksessä tapahtuvana, epävirallisempana vuorovaikutuksena. (Sarangi & Roberts 1999, 22-23.)

Terveydenhuollon asiakaspalautteita koskevissa tutkimuksissa on tuotu esiin, että vaikka potilaiden antama kirjallisten palautteiden määrä on kasvanut vuosi vuodelta, kirjallisesti annetut palautteet ovat silti vain pieni osa kaikesta potilaiden antamasta palautteesta. Suullinen, hoidon lomassa annettu epäviralliseksi jäsenyvä palaute muodostaa itse asiassa valtaosan palautteesta, jota potilaat antavat hoidostaan. Suurin osa annetusta palautteesta on siis suullista. (Mulcahy 2003; Tritter 2009.) Työntekijöiden palautteiden vastaanottamiseen liittyvä arjen työ koskee siis sekä suullisia palautteita että kirjallisia palautteita, joita käsitellään hallinnollisten prosessien mukaisesti.

Analysoin tässä luvussa työntekijöiden suhtautumista yhtäältä suulliseen ja toisaalta kirjalliseen palautteeseen osana arjen työtä. Huomio on siinä, millaisia olennaisia ulottuvuuksia nostetaan esiin puhuttaessa palautteiden antamisesta ja vastaanottamisesta. Samalla neuvotellaan potilaan ja ammattilaisen oikeuksista ja velvollisuuksista. Jäsenettäessä palautteita osana arjen rutineja työestetään myös potilaan ja ammattilaisen kategoriaa tilanteisesti ja paikallisesti. Tutkimuskysymys tässä

luvussa on: miten asiakaspalautteisiin orientoitutaan osana kirurgian toimialan tehtäviä ja tavoitteita.

Aluksi analysoin, miten työntekijät orientoituvat hallinnollisiin uudistuksiin yhtäältä oman ammatillisen työnsä tavoitteiden näkökulmasta ja toisaalta laajemmin osana terveydenhuollon institutionaalisia tavoitteita. Seuraavaksi analyysin kohteena on työntekijöiden orientoituminen erityisesti kirjallisiin, hallinnollisiin palautteisiin. Viimeiseksi analysoin, miten suulliseen palautteeseen ja sen antamiseen suhtaudutaan. Tämän luvun tavoitteena on tuoda esiin, miten kirurgian toimiala ympäristönä nostetaan esiin palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyvissä selonteissa. Mitkä kategoriat ja aktiviteetit nähdään olennaisina juuri kirurgisessa hoidossa.

Kuten luvussa kaksi toin esiin, institutionaaliset kategoriat ovat historian myötä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyneitä, mutta samalla aina tilanteisesti neuvoteltavissa. Institutionaaliset kategoriat ovat täynnä päätelmämahdollisuuksia ja ne toimivat joustavina välineinä neuvoteltaessa kulloinkin esillä olevasta kysymyksestä tai ongelmasta (Mäkitalo 2002). Kategorioihin on varastoitunut paikallista kulttuurista tietoa ja ne toimivat näin välineinä, joiden avulla voidaan käsitellä esimerkiksi palautteita ja jännitteitä, joita palautteiden antamiseen ja vastaanottamiseen liittyy juuri kirurgian toimialan kontekstissa. Sairaana kategorioita on esimerkiksi suhteellisen pysyvistä ja vakiintuneista kategorioista. Kulttuurimme jäsenenä meillä on käsitys siitä, mitä piirteitä ja aktiviteetteja sairaana olevan kategoriaan kuuluu eri yhteyksissä. (Parsons 1951.)

Ammattilainen ja potilas muodostavat suhteeseen, johon liittyvät oikeudet, velvollisuudet ja vastuut ovat sidoksissa toisiinsa. Työstämällä toisen kategorian velvollisuuksia, oikeuksia, vastuita ja kompetensseja voidaan työstää myös toista kategoriaa ja siihen liittyviä piirteitä ja aktiviteetteja. Yhdistämällä piirteitä ja aktiviteetteja potilaan kategoriaan, voidaan reflektoida myös ammattilaisen kategoriaa ja siihen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia.

Harvey Sacks (1992) on tuonut esiin, miten ihmiset voivat kuulua eri kategorioihin tilanteen mukaan. Sairaanhoidossa voi kuulua esimerkiksi hoitajan kategoriaan, alaisen kategoriaan, tai miehen tai naisen kategoriaan. Asioissaan palvelujärjestelmän edustajien kanssa kansalainen voidaan yhdistää esimerkiksi asiakkaan, kuluttajan, palvelun käyttäjän ja potilaan kategorioihin. (Valokivi 2008; Tritter 2010.) Se, mikä kategoria nostetaan kussakin tilanteessa relevanttina esiin, tuottaa samalla tilanteisen ja paikallisen tulkinnan asiasta (Mäkitalo 2002). Järkeiltäessä kategoriasidonnaisia oikeuksia ja velvollisuuksia kategoriaan liitettävät aktiviteetit voivat toimia tulkinnan apuna sille, mihin kategoriaan jokin aktiviteetti liitetään ja mikä kategoria nostetaan kussakin tilanteessa relevanttina esiin. (Silverman 1998, 83.) Kiinnostavaa onkin

tarkastella, miten potilaan kategoriaan ja siihen kuuluvia aktiviteetteja työstetään puhuttaessa palautteiden antamisesta osana ammatillista toimintaa ja institutionaalisia tavoitteita. Mitä ulottuvuuksia potilaan kategoriassa nostetaan esiin erityisesti kirurgian toimialalla. Neuvoteltaessa palautteiden antamisesta potilaan aktiviteettina, neuvotellaan samalla potilaan institutionaalisesta kategoriasta.

Ammattilaisen ja asiakkaan suhdeparin mobilisoimista suhteessa omaan ammatilliseen työhön ovat tarkastelleet muun muassa Hall, Sarangi ja Slembrouck (1999, 293-322). He tuovat lastensuojelutyön kontekstiin sijoittuvassa tutkimuksessaan esiin, miten työntekijät voivat perustella ammatillista toimintaansa esimerkiksi nostamalla erityisesti vanhemmuuden tai äitiyden ja siihen liittyvät kategoriasidonnaiset velvollisuudet relevantiksi asiakkaan elämässä. Kategoriavalinnoilla voidaan näin perustella ja oikeuttaa asiakkaan institutionaalisen avun tarve. Nostamalla äidin kategoria ja siihen liittyvät velvollisuudet relevanttina esiin voidaan perustella ja oikeuttaa juuri lastensuojelun ammatillista avun tarvetta ja kompetenssia. Potilaan kategorian työstäminen nostamalla tiettyjä aktiviteetteja esiin potilaan hoidon yhteydessä, toimii myös ammatillisen työn organisoimisen välineenä puhuttaessa palautteiden antamisesta ja vastaanottamisesta. Joanna Latimer (2000) on tutkinut työntekijöiden kategorisointikäytäntöjä iäkkäiden ihmisten tullessa ensiapuun. Hän osoittaa, miten kategorisoimalla ongelma sosiaalisesti voidaan sulkea iäkäs ihminen terveydenhuollon institutionalisten velvollisuuksien piiristä. Isabella Paoletti (2001) on puolestaan tarkastellut, miten iäkkään vanhemman hoitamiseen liittyvät velvollisuudet jakautuvat lasten kesken Italiassa. Hän osoittaa, miten sukupuolen kategorian avulla tyttäriin yhdistetään suurempi velvollisuus huolehtia vanhemmista kuin poikiin. Kategorisointikäytännöllä tuotetaan näin velvollisuuksia ja oikeuksia osallistujille.

## 7.1 Orientoituminen hallinnollisiin uudistuksiin

Manageriaalisen johtamisen merkitystä terveydenhuollon ammatilliselle työlle on tutkittu paljon. Esimerkiksi Justin Waring (2007) on tarkastellut kliinistä työtä tekevien lääkäreiden suhtautumista potilasturvallisuusjärjestelmiin. Waringin haastattelemat lääkärit jäsensivät orientoitumistaan uudistuksiin me - he - kontrastiparin avulla, joka rakentui kliinistä työtä tekevien ja hallinnon kesken. Waringin haastattelemat lääkärit kritisoivat hallinnollisten prosessien legitimiyyttä ja kyseenalaistivat uudenlaisen hallinnon merkityksen ammatillisessa työssä (emt. 171). Tällaisen me ammatilliset-hallinto, kontrastiparin jäsentyminen on tuotu esiin useissa terveydenhuollon hallinnollisia uudistuksia tarkastelevissa tutkimuksissa.

Haastatteluisissa tämä teema oli myös esillä. Puhuttiin uudistuksista, joita terveydenhuollossa on tehty ja keskusteltiin niiden merkityksestä arjen työssä. Muutosten merkitystä arvioitiin yhtäältä osana omaa työtä ja toisaalta potilaan hyvän hoidon näkökulmasta. Tällöin puheessa rakennettiin relevanssihierarkioita esimerkiksi sen suhteen, mikä on tärkeää ja mikä vähemmän tärkeää potilaan parhaan mahdollisen hoidon kannalta. Potilaan kategorian oikeudet ja ammattilaisen kategorian velvollisuudet ja vastuut olivat tällöin erityisesti reflektoinnin kohteena. Hierarkkisia relevanssisuhteita käytetään samalla luomaan hoidon moraalista järjestystä (Lepper 2000, 40). Analysoin seuraavissa aineisto-otteissa työntekijöiden järkeilyä hallinnollisten uudistusten merkityksestä käytännön työssä.

Ensimmäisessä aineisto-otteessa kirurgi arvioi hallinnollisten uudistusten merkitystä oman työnsä näkökulmasta.

### **Aineisto-ote 1:**

*L: Tää on musta tää prosessijattelu mitä nyt on tungettu tänne lääketieteeseen ja sairaalaan ni se on omiaan hämärtämään sitä että tota vaikka sen pitäis helpottaa niin se, että se on omiaan hämärtämään sitte sitä esimerkiksi kirurgisen potilaan hoitamista siinä mielessä että jos ajattelee että potilas tulee vaikka sormileikkaukseen tai tyräleikkaukseen, että hänellä on ongelma, hän on tyrä.*

*Hän tulee näyttämään sitä poliklinikalle että hänellä on tyrä, sitte kirurgi sanoo että tää leikataan tällä ja tällä tavalla ja tuutte leikkaukseen sitte, leikkaus tehdään ja potilas lähtee sitten leikkauksen jälkeen kotiin. Siellä kotona hänellä ei oo tyrää jos leikkaus on mennyt hyvin, jos leikkaus menee huonosti hänellä on uus tyrä.*

*PA: Mm.*

*L: Ja tuota se on se on se kaikkein tärkein asia sen potilaan kannalta. Nyt kun tää tehdään tämmöseks prosessiks että on laatikoita, on tulohaastattelut, menohaastattelut, välihaastattelut ja kaikki tälläiset ja näistä laatikoista tehdään jonkinlaisen ns. työpaikkademokratian tai jonkun hoitotiedefilosofian myötä yhtä tärkeitä jotta ihmiset jaksais kun jostain syystä ninku sairaanhoitajat jossain mielessä, taikka yhteiskunta.. ja sitten tehdään, tehdään tulohaastattelusta, vuodeosastohoidosta, kotiinlähtihaastattelusta kaikista yhtä tärkeitä laatikoita kun se leikkaus, ja sanotaan, että se leikkaus on vain pieni osa tätä hoitoprosessia*

*PA: Mm.*

*L: Niin sitte siinä hämärtyy se, että tota mikä siinä on tärkeintä.*

*Et se voi se prosessi mennä jos kaikki laatikot on tasa-arvosia, sitte aatellaan noin jos meni tulohaastattelu pieleen*

*PA: (naurabdu)*

*L: Ei se häittää, mutta jos leikkaus menee pieleen sillä on se uus tyrä.  
(H5).*

Aineisto-otteessa kirurgi synnyttää kontrastiparin hoitoprosessiin kuuluvista tehtävistä ja arvioi kontrastiparin avulla uudistusten toimivuutta potilaan hoidossa. Arvioimalla prosessiin kuuluvia tehtäviä, hän samalla rakentaa tärkeysjärjestystä sen suhteen, mitkä tehtävät ovat olennaisia potilaan hoidon kannalta. Esimerkkitarinan avulla hän tuo esiin, mikä prosessiin kuuluvien tehtävien merkitysjärjestys tulisi olla. Lääketieteellinen toimenpide on potilaan kannalta tärkein. *Jos meni tulohaastattelu pieleen, ..ei se häittää, mutta jos leikkaus menee pieleen sillä on se uus tyrä. Ja tuota, se on, se on se kaikkein tärkein asia sen potilaan kannalta.* Näin potilaan kategoriaan kuuluvien oikeuksien avulla kirurgi havainnollistaa, mikä on hoidon olennainen tavoite kirurgian toimialalla hänen näkökulmastaan. Käyttämällä äärimmäistä ilmaisua *kaikkein tärkein asia*, hän vielä vahvistaa argumenttiaan. Asettamalla näin potilaille tehtävät haastattelut ja lääketieteellisen toimenpiteen tulokset rinnakkain ja vertailemalla seurauksia niiden epäonnistuessa saadaan hallinnolliset uudistukset näyttämään vähemmän tärkeitä potilaan hoidon näkökulmasta. Samalla nostetaan lääketieteellinen toimenpide potilaan kannalta olennaiseksi asiaksi verrattuna muihin tehtäviin sairaalassa. Näin voidaan havainnollisesti tuoda esiin, mikä on potilaan kannalta keskeistä kirurgisessa hoidossa.

Vastuu tällaisten uudenlaisten hoitoprosessien syntymisestä yhdistetään moniammatilliseen työhön. Erityisesti hoitotiede ja siihen kuuluva ajattelu, *hoitotiedefilosofia* nostetaan vastuulliseksi uudistuksista, joissa hoitoprosessin kaikki tehtävät tulkitaan yhtä tärkeinä, *sanotaan, että se leikkaus on vain pieni osa tätä hoitoprosessia, niin sitten hämärtyy mikä siinä on tärkeintä.* Viittaamalla työpaikkademokratiaan vihjataan vielä, että uudistuksessa ei ole kyse potilaan edusta, vaan uudistusten lähtökohtana on ollut työntekijöiden keskinäisiin suhteisiin kuuluvat poliittiset intressit, kuten työpaikkademokratia. Työpaikkademokratia ja hoitotiedefilosofia ovat syynä siihen, että lääketieteellinen hoito ja erilaiset potilaan haastattelut on asetettu hallinnollisesti yhtä tärkeiksi asioiksi potilaan hoidossa.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitaja kuvaa muutoksia, joita uusi hallinnollinen seuranta on tuonut työhön.

## Aineisto-ote 2:

H: Ja ninku sanoin, meille on jääny semmonen vaihde myös päälle eli jos on ykskin hiljane päivä, me ei osata siitä yhtään nauttia.

PA: Nii just.

H: Joo, meillä on ensinnäkin hirveen syyllinen olo, kaubeeta meillä on kuormitusprosentti näin vähänen, joo ja nyt ei tu ketään ja meillä on ihan tämmönen olo, että ninku.

PA: Joo.

H: Apua.

PA: Joo.

H: Eli me ei osata ees enää, me ollaan niin menty jo pitkälle että me ei osata ees ninku enää nauttia ja käyttää sitä hyväkseen.

PA: Mm.

H: Mennä sillon sen potilaan luo.

PA: Mm.

H: Ei.

PA: Ei, ei niin.

H: Ei me osata enää, meillä on se hirvee semmone höyryjunameininki vaan ninku päällä, että sitten vaikka tuliskin se hiljanen hetki, sitä ei osata hyödyntää.

PA: Nii, nii just. Sitte on tavallaan, joo.

H: Meillä on ihan buono omatunto, meijät on siitäkin niin oivallisesti syyllistetty (naurua).

(H1)

Perushoitaja arvioi muutosten synnyttämiä ristiriitoja työssä rakentamalla kontrastiparin tulosvastuullinen hoito -potilaan luona oleminen. Tulosvastuullisuus asetetaan tässä kontrastin avulla perusteluksi sille, että hoitajat eivät mene enää potilaan luo, kuten aiemmin. Hallinnollisen tulosvastuu synnyttää hoitajalle syyllisyyttä siitä, että vaadittavia määrällisiä velvoitteita, kuten kuormitusprosenttia, ei pystytä täyttämään. Hän tuo samalla näin esiin ristiriidan, joka ammatillisten velvollisuuksien ja tulosvastuun välille syntyy.

Oman ammatillisten työn velvoitteiden kannalta olisi tärkeää, että potilaan luona oltaisiin. Viittaamalla aikakategoriaan, *ei me osata enää, meillä on se, hirvee semmone höyryjunameininki vaan ninku päällä*, tuodaan muutoksen seuraukset esiin. Aiempaa ammatillista osaamista on menetetty hallinnollisten uudistusten myötä. Samalla

synnytetään kontrastipari hirveen höyryjunameininki - hiljainen hetki kuvaamaan työtä tällä hetkellä. Kiireinen ja suorituksia vaativa tunnelma on niin vallitseva, että hiljaisiakaan hetkiä ei osata enää hyödyntää menemällä potilaan luo. Tämä tuottaa ammatillisesta näkökulmasta huonoa omaatuntoa. Hoitaja rakentaa tästä ristiriidasta viimeisessä lauseessa vielä syytöksen, *meijät on siittäkin niin oivallisesti syyllistetty*. Hän viittaa yhtäältä kuormitusprosenttiin, joka on saatava pysymään korkealla ja toisaalta hoitajan ammatillisiin tavoitteisiin olla potilaan luona. Syyllisyyttä syntyy sekä siitä, että kuormitusprosentit eivät ole riittävän korkealla, että siitä, ettei potilaan luona ei ehditä olla riittävästi.

Näissä kahdessa aineistokatkelmassa uudistuksia arvioidaan rakentamalla kontrastipari ammatillinen työ - hallinnolliset uudistukset, ja arvioimalla hallinnollisten uudistusten merkitystä oman ammatillisen työn tavoitteiden näkökulmasta. Esimerkeissä nostetaan potilaan hoito tärkeimmäksi ammatilliseksi velvollisuudeksi. Hallinnollisten uudistusten tulkitaan itse asiassa hankaloittavan ammatillisia tavoitteita. Kontrastiparin avulla muutosta voidaan jäsentää ja arvioida osana kirurgian toimialan arkea.

Seuraavassa kahden kirurgin yhteishaastattelussa arvioidaan palautteisiin liittyvän työn muutosta viime vuosina.

### **Aineisto-ote 3:**

*PA: No toi seuraava kysymys, nyt ei teitä kauheesti koske... lähinnä että kuinka paljon hoitajilta menee aikaa tämmöseen, miten mä nyt sanoisin, ilmausten selvittämiseen, mutta että,*

*L1: Mun mielestä siinä sen verran, että että melkein voi sanoa, että vuosi vuodelta enemmän, enemmän menee aikaa siinä, että*

*kyllä aika paljon viime vuosina on tämmösiä, että ihmiset tulee lankoja pitkin kyllä*

*PA: Mmm*

*L1: ja kirjallisia vastineita*

*PA: No onko teidän mielestä just sillai, että ne niinku tulee jälkikäteen tavallaan, koska sekin on yksi mielenkiintoinen asia, että kun ne ei tuu tässä, ni tuleeeko ne sit ku ihmiset on kotona?*

*L2: Osin ja sitte toinen mikä on, niin aika paljon tämmösiä aktiivisia omaisia tai tämmösiä joilla yleensä on yhteinen tekijä,*



*että joku tutun tuttu on terveydenhoitoalalla  
joka on sitte ottanu jokun kannan asioihin,  
että niitä ruvetaan sitte inttämään ja penäämään,*

*PA: Mmm*

*L2: sieltä takakautta, jotka ei niinku asiaan millään tavalla oo kosketuksissa.*

*(H14)*

Kriittisen palautteen lisääntyminen ja siihen liittyvän työn lisääntyminen nostetaan tässä aineisto-otteessa esiin yhdeksi muutoksen ulottuvuudeksi, *melkein voi sanoa, että vuosi vuodelta enemmän, enemmän menee aikaa siinä.* Palautteisiin liittyvä lisääntynyt työ koskee sekä puhelimesta annettua suullista palautetta, että kirjallisia palautteita, joihin on kirjoitettava vastine. Lääkäri arvioi palautteen antajia oman työnsä näkökulmasta. Palautteen antajia yhdistää yksi yhteinen piirre, *aktiivisia omaisia tai tämmösiä, joilla on yleensä yhteinen tekijä, että joku tutun tuttu on terveydenhoitoalalla.* Tutun tuttu on terveydenhuoltoalalla -kategorijäsenyydellä viitataan siihen, että tällaisen ryhmän jäsenillä on omasta mielestään kompetenssia arvioida ja antaa palautetta hoidosta. Tämän kategorijäsenyyden tuoma kompetenssi kuitenkin kyseenalaistetaan täsmennyksellä. Samalla tuotetaan hienovireinen syytös tällaista toimintaa kohtaan. Äärimmäisellä ilmaisulla, *jotka ei niinku asiaan millään tavalla oo kosketuksissa,* korostetaan, että terveydenhuollon ammatillinen jäsenyys ei tällaisessa yhteydessä ole riittävä kompetenssi ottamaan kantaa omaisten tai tuttavien hoitoon. Tämän kategorian edustajat määrittellään hoitosuhteen ulkopuolisiksi täsmennyksellä *asiaan millään tavalla oo kosketuksissa.* Toiminnan kyseenalaisuus nostetaan esiin määrittelemällä tällainen palautteen antaminen takakautta toimimiseksi. Tällä täsmennyksellä palautteen antaja asetetaan samalla epämoraaliseen valoon. Toiminta ei täytä normaalin sosiaalisen järjestyksen mukaisia odotuksia ammattilaisen ja potilaan välillä. Palautteen antamista kuvataan täsmennyksellä inttaminen ja penääminen. Näin synnytetään vihje palautteen antajasta, joka ei usko tai ymmärrä, mitä ammattilainen sanoo, vaan inttää ja penää. Näin syntyy kategoriapari tietävästä ammattilaisesta ja omaisesta tai tuttavasta, joka ei ymmärrä. Palautteen antaminen tällaisesta hoitosuhteen ulkopuolisen kategoriasta rikkoo potilaan ja ammattilaisen välisiä rutiiniodotuksia. Se sotkee kahdenvälistä hoitosuhdetta ja asiantuntijuutta ammattilaisen ja potilaan välillä.

Palautteisiin vastaamista jäsennetään tässä katkelmassa myös ajanhukkaan vetoamalla. Työaikaa menee yhä enemmän sellaisiin tehtäviin, jotka nähdään ammatillisen työn tavoitteiden näkökulmasta epätoivottavana ja ylimääräisenä.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitaja arvioi muutoksia pidemmällä aikavälillä potilaan hoidon ja kohtelun kannalta. Keskustelun aiheena ovat terveydenhuollon

muutokset ja niiden vaikutukset käytännön työlle, jolloin aikakategoriaa hyödynnetään jo haastattelijan kysymyksessä.

#### **Aineisto-ote 4:**

*PA: Miten sää kokonaisuutena, et just tota kohtelua ninku jos miettii nyt vähän vaikka sanotaan 10 vuoden aikaperspektiivillä,*

*miten sitä yleisesti talossa kohdellaan potilaita*

*hyvin vai huonosti, miten niitä kohdellaan*

*ja miltä osin hyvin tai huonosti,*

*et ninku tää on nyt hirmu yleinen kysymys*

*mut että minkälainen tuntuma sulla itelläs on että.*

*Oh: Kyllä minä näen että kuitenkin ollaan,*

*mä nyt puhun hoito ja hoitohenkilökunnan, no siihen lii liittyy myös lääkärit,*

*mut sanotaan et*

*10 vuoden takaista aikaa jos katson*

*niin parempaan suuntaan,*

*et ihmiset kuitenkin jollain tavalla nähhään yksilönä nyt*

*ja tuota potilaalla*

*on jonkunnäkönen sanan mahdollisuus,*

*että hekin voivat osallistua siihen hoitoon*

*ja että on hui huikeasti mun mielestä on parempaan suuntaan ollaan menossa, että.*

*PA: Just.*

*Oh: Et tuota, et potilaalle kerrotaan asioita enemmän*

*ja sekii että on, sanotaan nyt että hoitotyön ja lääketieteen tämmönen yhteinen,*

*tää on ninku yhteinen asia,*

*niin se on mun mielestä paljon vaikuttanu*

*myös siihen että et potilaskin on on tavallaan ninku noussu näkyväksi siinä sängyssä että.*

*PA: Nii.*

*Oh: Vaikka ei tarpeeksi.*

*PA: Nii just, joo.*

*Oh: Mm, mut et on mun mielestä ihan selkeästi tapahtunu tässä muutosta.*

*(H13)*

Otteessa osastonhoitajan roolissa oleva hoitaja hyödyntää haastattelijan kysymykseen sisältyvän aikakategorian käyttämällä myös itse aikakategoriaa arvioidessaan potilaan asemaa sairaalassa, *10 vuoden takaista aikaa jos katson, niin parempaan suuntaan.* Potilaan aseman parantumista kuvataan vetoamalla yksilön kategoriaan, *ihmiset kuitenkin jollain*

*tavalla nähhään yksilönä nyt.* Yksilön kategorian käyttäminen tässä yhteydessä nostaa esiin asiakaskeskeisen hoidon ja potilaan aseman kannalta positiivisia asioita. Potilaan jäsentäminen yksilönä pitää sisällään paljon aktiviteetteja ja määreitä, jotka voidaan tulkita potilaan aseman kannalta parannuksina. Täsmennyksellä *nyt* tuodaan esiin, että aiemmin näin ei ole ollut. Potilaan aseman parantumista kuvaavina täsmentävinä aktiviteetteina nostetaan esiin *sanan mahdollisuus ja boitoon osallistuminen*, jotka yhdistetään potilaan kategoriaan.

Toinen asia, jonka hoitaja nostaa esiin perusteluna potilaan aseman parantumiseen, on moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisen yhteistyön rajoissa on tapahtunut muutos, *avoimuutta on tullut tähän työyhteisöön*, ja sekä hoitajat että lääkärit näkevät potilaan yksilöllinen hoito tärkeänä asiana, *sanotaan nyt, että hoitotyön ja lääketieteen tämmönen yhteinen, tää on ninku yhteinen asia.* Ammattiryhmien yhteiset tavoitteet ovat yhtenä perusteluna potilaan aseman parantumiseen. Yhteinen näkemys on parantunut potilaan asemaa käytännön tasolla. Avoimuuden työyhteisössä voi tulkita viittaavan avoimuuteen suhteessa potilaisiin, mutta myös moniammatilliseen yhteistyöhön. Hoitaja täsmentää potilaan aseman parantumista vielä nostamalla potilassängyt muutoksen kuvaajaksi. Asema on parantunut, koska sängyssä huomataan myös potilas, *potilaskin on on tavallaan ninku nousu näkyväksi siinä sängyssä että.* Täsmennyksellä syntyy tulkinta, jonka mukaan aiemmin huomattiin vain sängyt, jotka olivat joko tyhjiä tai täysiä, mutta nyt huomioidaan myös sängyssä oleva potilas. Hoitaja kuitenkin täsmentää lopuksi, että parannusta ei ole vielä tapahtunut tarpeeksi ja vihjaa samalla, että tilanne ei ole riittävän hyvä potilaan aseman kannalta, vaikka muutosta parempaan onkin tapahtunut.

Kontrastiparien rakentaminen on keskeinen retorinen keino kaikissa näissä aineisto-otteissa. Kontrastien avulla käydään neuvottelua siitä, mikä on olennaista ja mikä vähemmän olennaista hyvässä ammatillisessa hoidossa. Tässä yhteydessä aikakategoriat nostetaan esille jäsentämisen välineiksi täsmentämään muutoksia käytännön työssä.

## 7.2 Kirjalliset palautteet osana arjen työtä

Tilastojen mukaan kirjalliset palautteet ovat kohdistuneet ensisijaisesti lääkäreiden toimintaan, mutta myös muiden ammattiryhmien toimintaan liittyvät palautteet ovat lisääntyneet viime vuosina ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)). Kirjalliset palautteet, kuten muistutukset osoitetaan yleensä sairaalan hallintoon. Muistutus edellyttää sairaalalta aina kirjallisen

vastineen antamista. Vastinetta varten sairaalassa on selvitettävä tapahtumien kulkua jälkikäteen, jotta vastine voidaan kirjoittaa.

Olen aiemmin tuonut esille, että kirjallisia palautteita pidetään organisaation julkisina ja virallisina teksteinä, suullinen palaute sen sijaan tulkitaan epäviralliseksi aktiviteetiksi. Analysoin seuraavaksi haastatteluesimerkkien avulla, miten kirjallisiin palautteisiin ja niihin liittyvään työhön orientoidutaan, mitä ulottuvuuksia nostetaan esiin olennaisina arjen työn näkökulmasta.

Seuraavassa aineisto-otteessa kirurgi kuvaa tilannetta, jossa potilaan omainen on ottanut yhteyttä sairaalan johtoon äitinsä asiassa. Kyseessä on tilanne, jossa kirjallista valitusta ei ole tehty, mutta sen antaminen on ollut ikään kuin uhkana ilmassa. Keskustelunaiheena oli, voiko työntekijä vaikuttaa saatuun palautteeseen.

### **Aineisto-ote 5:**

*L: Esimerkeiks mul oli äsken just semmonen potilas tuolla polilla joka valitti, jonka tytär valitti suoraan johtajalääkärille.*

*Nii tota siibe että, että mää sanoin että saa saa tulla vasta niinku tammikuussa polille.*

*PA: Mmm.*

*L: Ja kiistatta aika kipee ihmine mutta ku poliaikoja ei ollu, mää jouduin sitten ottaan sen ylimääräisenä että välttäs valitukset.*

*PA: Mmm.*

*L: Mä pystyin vaikuttaan siiben ettei tarttenu tehdä mitään selvityksiä jokin valituksiin, se tietysti tuntuu, sehän on väärin jos ajatellaan niitä maan maan hiljasia kohtaan jotka odottaa tua kiltisti vuoroonsa ja sitten ku on tämmösiä marisjoita*

*PA: Mmm.*

*L:nii ne pääsee aina obi, mutta tää on realiteetti myös.*

*Mää en ainakaan kirjota mitään tunnin pakinoita jostain valituksista, jos mä voin välttää sen puolen tunnin keskustelulla potilaan kanssa.*

*PA: Mmm.*

*L: Mä yritän järjestää sen puolen tunnin keskustelun ylimääräisenä, sillä siisti.*

*Eli mä, eli mä kyllä todella pystyn vaikuttaan näihin asioihin.*

*PA: Mmm.*

*L: Tietyltä osin.*

*(H6)*

Kirurgi kuvaa tilannetta, jossa potilaan omainen on ottanut yhteyttä sairaalan hallinnossa ylemmälle tasolle ja vaatinut, että hänen äitinsä pääsisi nopeammin hoitoon. Poliklinikka-aika on annettu omaisen mielestä liian pitkän ajan päähän,

omainen on ollut tyytymätön saatuun aikaan ja ottanut sen vuoksi yhteyttä klinikan johtoon. Tilanne on ristiriitainen työntekijän näkökulmasta ja tätä ristiriitaa arvioidaan otteessa.

Kirurgi arvioi ja perustelee toimintaansa rakentamalla kontrastiparin kirjalliseen valitukseen vastaaminen - ylimääräisellä ajalla potilaan vastaanotolle ottaminen. Tätä kontrastiparia hän täsmentää vielä vertaamalla käytettyä työaikaa vaihtoehtojen välillä *puolen tunnin keskustelu potilaan kanssa ja tunnin pakina valituksesta*. Täsmennyksen avulla puhuja voi perustella valintaansa käytännöllisesti: työaikaa säästyy sillä, että ottaa potilaan ylimääräisenä vastaan poliklinikalla. On järkevämpää ottaa potilas ylimääräisenä, kuin käyttää työaikaa valitukseen vastaamiseen, *mää en ainakaan kirjota mitään tunnin pakinoita jostain valituksista, jos mä voin välttää sen puolen tunnin keskustelulla potilaan kanssa*. Näin kirjallisen valituksen uhka saa aikaan sen, että työntekijä ottaa potilaan vastaan ylimääräisenä. Tässä yhteydessä kirurgi tuo esiin myös, että hän voi vaikuttaa palautteiden vastaanottamiseen tällä valinnallaan. Kirjallista palautetta ei anneta, kun hän ottaa potilaan ylimääräisenä vastaan.

Kirurgi paheksuu kuitenkin tällaista potilaan toimintaa. Hän rakentaa potilaista kontrastiparin *maanhiijaset*, jotka odottavat vuoroaan ja *marisijat*, jotka pääsevät jonojen ohi. Tämän kontrastiparin avulla tuodaan esiin oikeudenmukaisuuteen liittyvä jännite, joka syntyy, kun kansalainen on ikään kuin vaativan asiakkaan roolissa julkisessa terveydenhuollossa. Samalla syntyy aktiiviset potilaat - passiiviset potilaat -jako ja moraalinen paheksunta yhdistetään aktiivisiin potilaisiin. Käyttämällä täsmennystä marisijat potilaista, jotka ovat aktiivisia, asetetaan aktiiviset potilaat moraalisesti paheksuttavaan valoon. Aktiiviset ja passiiviset kansalaiset joutuvat kilpailemaan keskenään resursseista ja passiiviset kansalaiset joutuvat kärsimään aktiivisten kustannuksella, koska aktiiviset pääsevät passiivisten ohi hoitoon. Puhuja täsmentää vielä *että ne pääsee aina obi, mutta tää on realiteetti myös*, jolloin asiantila saadaan näyttämään ikään kuin vääjämättömältä. Tämä asiantila yhdistetään äärimmäisen ilmaisun avulla osaksi laajempaa kulttuurista järjestystä, *ne pääsee aina obi*. Samalla rakentuu omaa toimintaa puolustava selonteko tässä kansalaisten tasa-arvon kannalta ristiriitaisessa tilanteessa.

Seuraavassa aineisto-otteessa nostetaan omaiset keskeisenä toimijana esiin palautteiden antamisen näkökulmasta. Osastonhoitaja arvioi palautteiden antamisen yleisyyttä osastollaan katkelmassa.

### **Aineisto-ote 6:**

*Ob: Minusta se on hämmästyttävää että ihmiset tyytyy siihen,*

*et ne, mitä mää nyt oon tässä vuosia seurannu  
ni useimmiten on kuitenkin,  
vaikka onpa suorastaan jossain vaiheessa aktivoitukin ihmisiä  
tekemään tästä kirjallista palautetta,  
niin sitä hirvittävän vähän tehdään  
että ja ne mitä tehdään, ni ne on usein omaiset sitte,  
aktiiviset omaiset, nuoremmat ihmiset,  
koska nää on aika iäkkäitä suurin osa näistä potilaista.*

*PA: Mm, nii.*

*(H13)*

Tässä otteessa hoitaja nostaa potilaan oikeudet hyvään hoitoon keskeiseksi viittauksella *hämmästyttävää että ihmiset tyytyy siihen*, [huonoon hoitoon] ja tunnustaa näin, että kriittiselle palautteelle on aihetta. Potilaiden oikeuksien toteutumattomuuteen viitataan sanomalla, potilailla olisi hoitajan arvion mukaan perusteita valittaa enemmänkin hoidostaan, kuin mitä he nyt tekevät. Huomauttamalla, että työntekijät ovat jopa aktivoineet potilaita antamaan kirjallista palautetta, tuotetaan samalla työntekijät moraalisesti kompetentteina toimijoina. Myös työntekijät ovat sitä mieltä, että hoito ei ole aina riittävän hyvää, vaan siitä olisi aihetta antaa kriittistä palautetta. Täsmennys synnyttää yhteisen me-ryhmän potilaiden kanssa. Kyseessä on ryhmä, joiden mielestä potilaiden oikeudet hyvään hoitoon eivät aina toteudu. Hoitaja jatkaa arviointia toteamalla, että potilaiden aktivointi palautteiden antamiseen ei ole kuitenkaan lisännyt kirjallisten palautteiden määrää. Tätä puuttuvan aktiviteetin ongelmaa hoitaja perustelee vetoamalla ikäkategoriioihin. Viittaamalla ikäkategoriioihin kuuluviin sosiaalisiin odotuksiin synnytetään samalla iäkkäiden ja nuorempien kontrastipari, jossa palautteen antaminen yhdistetään nuorempien kategoriaan. Palautteiden antaminen kuuluu erityisesti nuorten omaisten kategoriaan ja tätä kategoriaa täsmennetään vielä määreellä *aktiiviset, aktiiviset omaiset, nuoremmat ihmiset*. Syntyy kontrastipari *aktiiviset nuoret - passiiviset vanhat*. Näin syyksi palautteen vähäisyyteen täsmennyy lopulta hoidossa olevien potilaiden iäkkyyys.

Seuraavassa aineisto-otteessa kirjallisten palautteiden merkitystä arvioidaan omien ammatillisten velvollisuuksien näkökulmasta. Samalla tuotetaan kontrastipari ammattilaiset ja sairaalan johto ja hallinto.

### **Aineisto-ote 7:**

*H: Mut kyl tää palautteen antaminen,  
on tää käsittely niinku parantunu kaikin puolin tässä,*

*nyt viime vuonnakin, että,  
ja mulla on se ohje sitte aina ollut että,  
ja jokainen ylilääkäri samalla tavalla, että,  
pitäs niinkun kaikin keinoin välttää sitä,  
että potilas tekee kirjallisen valituksen, hoitaa se asia, et esimes loppuarvioinnissa,  
kun potilaan kanssa käydään hoitoa läpi niin,  
käydään nää asiat läpi, et onko potilaalla jotakin,  
et hän ei pääsis pois ilman että asia on käsitelty.  
(H17)*

Hallinnollisessa asemassa oleva hoitaja arvioi otteessa palautejärjestelmän parantuneen. Palautteiden käsittely toimintaprossessina on parantunut sairaalassa. Hän nostaa otteessa esiin ylihoitajien ja ylilääkäreiden yhteisen tavoitteen, *mulla on se ohje sitte aina ollut että, ja jokainen ylilääkäri samalla tavalla.* Työntekijöiden tulisi toimia niin, että potilaat eivät antaisi palautetta kirjallisesti. Potilaiden kanssa tulisi käydä kasvokkaisen vuorovaikutuksen tasolla läpi hoitoa niin, että potilas voisi tuoda myös mahdollista kritiikkiä aiheuttavat asiat esiin ja asia voidaan käsitellä ennen kuin potilas kotiutuu. Näin ilmaistaan selkeästi suositeltava toimintatapa. Suullinen vuorovaikutus on ensisijaista kriittisen palautteen vastaanottamisessa. *Kun potilaan kanssa käydään hoitoa läpi niin, käydään nää asiat läpi, et onko potilaalla jotakin, et hän ei pääsis pois ilman että asia on käsitelty.* Ammattilaisten tulee tehdä sen eteen työtä, että asiat voidaan selvittää suullisesti. Kritiikkiä aiheuttanut tapahtuma tulisi selvittää suullisesti niin, ettei tapahtuman johdosta tehdä kirjallista palautetta. Tämän toimintatavan tärkeyttä vahvistetaan vielä äärimmäisellä ilmaisulla, *pitäs niinkun kaikin keinoin välttää sitä, että potilas tekee kirjallisen valituksen.*

Kirurgi arvioi oman työnsä näkökulmasta samanlaista toimintatapaa seuraavassa otteessa.

### **Aineisto-ote 8:**

*L: Sen takia ninku näitä yritetään aina näitä asioita hoitaa sillai,  
et ei tarttis ninku ton hallinnon,  
johdon kanssa keskustella.*

*PA: Mmm, joo.*

*L: Aina kun sinne, sinne tulee jotain viestejä  
ni semmosia negatiivisia,  
ni sehän on tietynlainen epäonnistuminen.*

*(H6)*

Tässä otteessa nostetaan esiin sama tavoite kuin edellisessäkin. Kirjallisen palautteen meneminen sairaalan johdolle on tapahtuma, jota tulee välttää. Tällaisen palautteen vastaanottaminen on tulkittava ammatillisen työn näkökulmasta epäonnistumiseksi. Se yhdistetään ammatillisten velvollisuuksien epäonnistumiseen, *aina kun sinne, sinne tulee jotain viestejä, ni semmosia negatiivisia, ni sehän on tietynlainen epäonnistuminen*. Palautetilanteet tulisi hoitaa niin, että sairaalan hallinto ja johto eivät tule osapuoliksi tapahtumaan, *näitä yritetään aina näitä asioita hoitaa sillai, et ei tarttis ninku ton hallinnon, johdon kanssa keskustella*. Näin synnytetään yhteisön sisäinen sääntö, jonka mukaan palautteita pyritään käsittelemään potilaan kanssa, niin että potilas ei antaisi kirjallista palautetta sairaalan johdolle hoidostaan. Passiivi-ilmaisu *yritetään hoitaa*, viittaa ehkä siihen, että kyseessä on yleinen toimintatapa ja tavoite ammatillisessa työssä mutta siinä ei aina onnistuta.

Molemmissa aineisto-otteissa synnytetään palautteiden vastaanottamisen suhteen me- he -jako sairaalan johdon ja käytännön ammatillisen työn välille. Molemmissa otteissa nostetaan esiin selontekovelvollisuus suhteessa sairaalan johtoon. Ammatilliset ovat selontekovelvollisia potilaille työstään, mutta kirjallisten palautteiden osalta selontekovelvollisuus sairaalan johdolle nostetaan esiin olennaisena asiana käytännön työssä. Molempien otteiden puhujat ovat myös hallinnollisessa roolissa työssään. He ovat ammattilaisten ja sairaalan johdon välissä selontekovelvollisia työstään. Potilaan antama kriittinen palaute sairaalan johdolle on julkinen osoitus siitä, että potilaan odotukset hoidosta eivät ole täyttyneet ja syntyy samalla epäily siitä, että hoito ei ole ollut ammatillisten vaatimusten mukaista. Potilaan oikeutta ilmaista tyytymättömyyttään ei tässä yhteydessä kyseenalaisteta. Palautteen antaminen kirjallisesti synnyttää kuitenkin asetelman, jossa sairaalan johdolle syntyy epäily ammatillisen työn epäonnistumisesta. Johto-alaiset -kategoriaparin vastuut ja velvollisuudet heräävät tällaisissa tilanteissa esiin ja siksi niitä tulisi välttää.

### 7.3 Suulliset palautteet osana arjen työtä

Tämän alaluvun analyysin kohteena on työntekijöiden suhtautuminen potilaiden antamaan suulliseen palautteeseen. Tuon esiin seuraavissa aineistoesimerkeissä, miten työntekijät järkelevät suullisten palautteiden antamista yhtäältä potilaan aktiviteettina ja toisaalta palautteiden vastaanottamista ammattilaisen aktiviteettina ja osana ammatillisia ja institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Huomio on kategorisointityössä, jonka avulla työntekijät synnyttävät käytännöllisiä merkityksiä ja järjestystä puhuttaessa suullisista palautteista osana kirurgian toimialan työtä.



## Kriittisen palautteen antaminen osana sairaudesta toipumista

Seuraavassa kahdessa aineisto-otteessa työntekijät arvioivat potilaiden antamaa suullista palautetta osana potilaan tapaturmaa ja siitä toipumista. Kritiikin syitä pohditaan osana tapaturman seurauksia.

### Aineisto-ote 9:

*L: Mut se on vähän subteellista  
että jos potilas haukekuu tossa ja sitte  
jos se mun mielestä haukekuu nyt sitten väärää puuta  
ni sitten mä ymmärrän  
että se potilas on jotenki käsiteltyt niitä asioita  
sillä tavalla  
että ne menee tavallaan sekasi.*

*PA: Mm.*

*L: Ja se että on itte sählänny jossain, sitä ei voi myöntää,  
pisti kätensä sirkkeliin,  
sitten aatellaan että syytetään yhteiskuntaa, lääkäreitä ja muuta, tää on*

*PA: Mm, mm.*

*L: ninku hyvin yleinen reaktio mutta tota,*

*PA: Mm, mm.*

*L: se on ihan normaalia että sillon tietysti voi aatella et se ei oikeestaan ookeaan ees kritiikkiä  
(H5)*

Potilaan antama kritiikki tulkitaan tässä otteessa ensisijassa sairaan kategoriaan kuuluvaksi normaaliksi toiminnaksi sairaalassa. Aktiviteetissa on kyse potilaan reaktiosta tapaturmaan. Kritiikin antaminen on osa potilaan henkilökohtaista psykologista työstämisestä, jonka lähtökohtana on hänelle sattunut tapaturma. Tapaturman aiheuttama sairastuminen aiheuttaa sen, että potilaan on työstettävä odottamatonta tapahtumaa. Tämä tapahtuu niin, että työstettäessä tapahtunutta asiat menevät sillä tavoin sekaisin, että *potilas haukekuu väärää puuta*. Annettu kritiikki, joka kohdistuu sairaalan toimintaan, ei ole itse asiassa tarkoitettu kohdistumaan siihen. Täsmentämällä vielä, että kyseessä on *hyvin yleinen reaktio*, tulkitaan tällainen sairaana olevan normaaliksi toiminnaksi. Potilaat tekevät yleensä näin, ja se on osa sairauteen kuuluvaa henkilökohtaista prosessointia. Sairaan kategoriaan kuuluvalla on oikeus käsitellä sairastumisestaan antamalla kritiikkiä esimerkiksi sairaalan toimintaa kohtaan. Kriittisen palautteen antamiselle synnytetään näin tilanteinen ja paikallinen tulkinta,

jonka mukaan kritiikin antaminen on osa sairaan kategoriaan kuuluvaa rutiinotoimintaa. Kriittinen palaute saa näin tulkittuna vaihtoehdoisen paikallisen tulkinnan. Tällainen potilaan antama kriittinen palaute ei kuulu näin ollen esimerkiksi hallinnollisten palautteiden kategoriaan, vaan se liitetään sairaan kategoriaan kuuluvaksi rutiiniksi, osaksi tervehtymisen prosessia. Yhdistämällä kritiikki reaktioksi tapaturmaan, toipuminen tapaturmasta määritellään samalla syyksi kritiikin antamiseen. Kritiikki on itse asiassa tapaturmasta johtuva aktiviteetti: potilaan henkilökohtainen reaktio siihen, että hän on aiheuttanut itselleen tapaturman. Näin syntyy päättelyketju, jossa kritiikin varsinainen syy on potilaassa itsessään, hän on itse aiheuttanut itselleen ongelman, johon reagoi kritisoidulla esimerkiksi terveydenhuollon toimintaa. Vastuuta määritellään täsmennyksellä *on itte säblänny jossain, sitä ei voi myöntää*. Kyseessä on tapaturman synnyttämä seuraus. Yhdistämällä kritisoinnin aktiviteetti näin osaksi sairaan normaalia toimintaa voidaan sanoa, että *se ei oikeastaan ookekaan ees kritiikkiä*. Tämä esimerkki tuo havainnollisesti esiin, miten yhdistämällä tietyt aktiviteetit tiettyihin jäsenkategorioihin voidaan tuottaa merkityksiä tapahtuneelle tilanteisesti ja paikallisesti. Samalla rakennetaan yksi versio siitä, miten kriittisen palautteen antamista ja vastaanottamista tulkitaan osana potilaan ja ammattilaisen välistä suhdeparia ja siihen liitettäviä vastuita, oikeuksia ja velvollisuuksia kirurgian alalla.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitajat keskustelevat ryhmähaastattelussa potilaiden palautteista. Myös tässä katkelmassa palautteen antaminen yhdistetään osaksi normaalia sairaan toimintaa, osaksi tervehtymisen prosessia.

### **Aineisto-ote 10:**

*PA: No mitä te arvioitte noin yleisesti, et mitä potilaat niinku aattelee semmosen palautteen antamisesta?*

*Aatteleks ne, että kannattaa, onks siitä hyötyä, et arvostelee jotakin,*

*jos on niinkun tyytymätön johonkin asiaan?*

*H: Mää luulen, että se on monta kertaa ihan semmosta oman, siis potilaan pahan olon purkamista elikkä on kipee,*

*on kauan joutunu leikkaussaliin odottaa*

*taikka yleensä tänne tai jotain*

*niin se tavallaan*

*sitten kohdistetaan johonkin se paha olo.*

*Kyllähän ne uhoo,*

*että tästä tulee poliisijuttu*

*kun mulle laitetaan tämmöset lepovyöt tai jotain  
että uboo  
mutta unohtuuko se sitte  
kun sairaalan oven sulkee, ettei tuu  
ettei siitä enää sitte kuule mitään.  
(H4)*

Tässäkin aineisto-otteessa kriittisen palautteen antaminen yhdistetään potilaan sairaana olemiseen, osaksi kategoriaan kuuluvia normaaleja aktiviteetteja. Tunnekattegoria paha olo nostetaan tässä yhteydessä esiin yhtenä perusteluna kritiikille. Kriittisen palautteen antaminen yhdistetään potilaan tunnetilaan: potilas purkaa pahaa oloaan ja yksi tapa purkaa tätä pahaa oloa on antaa kriittistä palautetta hoidosta. Pahan olon ilmaiseminen antamalla kritiikkiä on potilaan oikeus. *Mää luulen, että se on monta kertaa ihan semmosta oman, siis potilaan pahan olon purkamista.* Kyse on sairaana olemiseen kuuluvasta pahasta olostä, *on kipeä* ja pahan olon purkaminen on silloin normaalia. Arviointi aloitetaan täsmennyksellä *mää luulen*, jolla halutaan ehkä tuoda esiin asian moniulotteisuus ja ristiriitaisuus. Hoitaja nostaa esiin myös odottamisen konkreettisenä kritiikin syyinä. Tätä odottamista ei kuitenkaan tulkita kritiikin varsinaiseksi syyksi, vaan kyse on ensisijassa pahan olon purkamisesta, joka kohdistetaan tässä tapauksessa leikkaukseen pääsyn odottamiseen. Syy on se, että *on kipeä*. Kritiikin antaminen yhdistetään tässä sairaan kategoriaan tunnekattegorian avulla *paha olo*. Yhdistämällä paha olo, kritiikin antaminen ja pahan olon purkaminen sairaana olevan normaaleihin aktiviteetteihin, voidaan tulkita kriittisen palautteen antaminen potilaan kategoriaan kuuluvaksi tunteiden purkamiseksi. Hallinnollisen kehyksen mukaista tulkintaa kriittisen palautteen antamisesta ei nosteta tässä yhteydessä esiin. Yhdistämällä kritiikki ensisijaisesti osaksi potilaan henkilökohtaista toipumisen prosessia, synnytetään paikallinen ja tilanteinen tulkinta palautteen kategoriasta. Palautteiden merkityksiä järjeilläään näin osana kirurgian alan institutionaalista käytäntöjä.

Kiinnostavaa molemmissa aineisto-otteissa on, että kriittisen palautteen antamista ei tulkita kansalaisen oikeuksiin tai asiakkuuteen liittyvänä aktiviteettina. Relevantimpana tulkintana tässä yhteydessä nostetaan esiin potilaan kategoria ja siihen kuuluvat aktiviteetit sairaalassa. Molemmissa otteissa kriittinen suullinen palaute jäsenetään osaksi sairaan kategoriasidonnaista aktiviteettia ja osaksi potilaan normaalia, henkilökohtaista toipumisen prosessia. Kriittinen palaute jäsenyy yksilön sairauteen ja toipumiseen liittyväksi asiaksi hoidon arjen käytännöissä. Näin tulkittuna suullisen kriittisen palautteen ei nähdä myöskään rikkovan rutiininomaista sosiaalista järjestystä sairaalassa. Se ei aseta ammatillista kompetenssia ja sairaalan toimintaa

samalla tavoin arvioinnin kohteeksi, kuin kirjallinen, julkiseksi tuleva hallinnollinen palaute näyttää tekevän.

Seuraavassa aineisto-otteessa hoitaja kuvaa tilannetta, jossa hän on saanut kriittistä suullista palautetta potilaalta ja auttanut potilasta muuttamaan palautteen kirjalliseen, viralliseen muotoon.

### **Aineisto-ote 11:**

*Ph: Tota kyllä mä ybelle miehelleki sanoin,  
kun se oikein mesos sillon,  
tästä on nyt aikaa jo muutama vuosi,  
ku hää odotti ja  
hän ol niin paljo maksanu veroja että kaupungil,  
se oli joku tämmöne herra,  
ni mää sit sanoin hänelle, että mää kyl ihan väärä ihmine  
kenelle sää ninku tätä vibaa purat,  
että hän sitte sano, että mitä hän tekee.  
Mä sanoin, että mää tuon sulle paperin ja kynän,  
pistä paperille, ni mie laitan sen eteenpäin.  
No ke-kelle se laitetaan?  
Ni mää sanoin et kyllä tää nyt lähinnä ylilääkärin asia on.  
No tuo äkkiä se kynä tänne ja ylilääkärin nimi on varmaan [nimi poistettu]  
Ph: Ja hän pisti palautetta.  
(H10)*

Hoitajan kuvaamassa palautetilanteessa potilas vetoaa kritiikissään kansalaisen oikeuksiin. Kansalaisen ja terveydenhuollon keskinäiset oikeudet ja velvollisuudet nostetaan perusteluksi kritiikille. Verojen maksaminen on kansalaisen velvollisuus ja sen vastineeksi kansalaisella on oikeus saada hoitoa terveydenhuollosta. Kuvatussa palautteessa vedotaan kansalaisen ja terveydenhuollon välisiin oikeuksiin ja velvollisuuksiin.

Palautteen antamisen merkitystä vahvistetaan nostamalla potilaan tunteiden ilmaiseminen esiin, *se oikein mesos*. Palautteen antajan asemaa täsmennetään vielä nostamalla potilasryhmien hierarkia esiin, *se oli joku tämmöne herra*. Asettamalla palautteen antaja johtajan asemaan halutaan ehkä nostaa esiin perusteluja sille, miksi palautteen antaja vetosi vaatimuksessaan hoitoon pääsystä nimenomaan veronmaksajan kategorian jäsenyyteen. Koska palautteen antaja on maksanut paljon veroja, hänellä on oikeus saada hoitoa. Näiden asioiden esiin nostaminen voi olla myös

yksi syy siihen, että hoitaja on tulkinut saadun kritiikin sellaiseksi, että se on syytä muokata kirjalliseksi, viralliseksi palautteeksi.

Hoitaja määrittelee tällaisen palautteen vastaanottamisen kuitenkin oman työnsä velvollisuuksien ulkopuolelle. Täsmentämällä potilaalle, että *mää on kyl ihan väärä ihminen kenelle sä vihaa purat*, hän kuvaa siirtävänsä vastuun palautteen sisältämästä syytöksestä sairaalan hallinnolliselle johdolle. Tämän hän kuvaa tehneensä myös konkreettisesti. Hän on auttanut potilasta tekemään kirjallisen palautteen hallinnolliselle johdolle. Muokkaamalla palaute yhdessä potilaan kanssa kirjalliseksi, siitä on tullut virallista hallinnollista palautetta suullisen sijaan. Suullinen palaute on näin muunnettu yhdessä kirjalliseen muotoon, hallinnollisen kehyksen mukaiseksi palautteeksi.

Seuraava aineisto-ote on osa kahden lääkärin yhteishaastattelua. Oteessa lääkärit työstävät asiakaspalautteen kategoriaa ortopedisen toimialan näkökulmasta ja jäsentävät samalla kirurgin ja potilaan välistä suhdetta oikeuksien ja velvollisuuksien osalta.

### **Aineisto-ote 12:**

*L1: Mut et se on  
just niin, että ne positiivisekkin,  
niin tulee just jonkun mutkan kautta sitte  
että et joku toine sano,  
et oli jotain toista boitanu,  
joka kehu sitte  
mut ei ne kyllä ikinä  
ninku oikeen henkilökohtasesti puhu*

*PA: Joo, just*

*L2: Toisaalta ortopediahan on siitä hyvä, kun sä saat sitte itte  
jo palautteen röntgenkuvasta.*

*PA: (Naurua) Nii joo, se sit se teijän palaute*

*L2: Joo.*

*(H14)*

Otteessa toinen lääkäristä arvioi palautteen antamista erityisesti osana potilaan ja kirurgin välistä hoitosuhdetta. Palautteen antaminen kahdenkeskisessä vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa ei ole potilaan tavallinen aktiviteetti, *ei ne kyllä ikinä ninku oikeen henkilökohtasesti puhu*. Äärimmäisellä ilmaisulla *ikinä*, vielä vahvistetaan tätä puuttuvaa aktiviteettia. Palautteet saadusta hoidosta annetaan kirurgin arvion mukaan

muille, ei lääkärille itselleen. Aiemmin potilaana olleet arvioivat saamaansa hoitoa muille ja tämä aiempi positiivinen arvio kerrotaan kirurgille positiivisena palautteena, kun tullaan vastaanotolle, *et joku toinen sano, et oli jotain toista hoitanu, joka kehu sitte.*

Tämä suoran palautteen puuttuminen tulkitaan ehkä puutteeksi sosiaalisten odotusten näkökulmasta, koska siihen rakennetaan ikään kuin vasta-argumentti kirurgin ammatillisen työn tavoitteiden perusteella. Puhuja täsmentää palautteen kategoriaa kirurgian näkökulmasta, *toisaalta ortopediaban on siitä hyvä, kun sä saat sitte itte jo palautteen röntgenkuvasta.* Näin tarjotaan vaihtoehtoista tulkintaa palautteen kategorialle. Yhdistämällä ortopedisessa ammatillisessa työssä palaute röntgenkuvaan, nostetaan kirurgin työn näkökulmasta relevantti tulkinta esiin. Tällöin potilaan ja ammattilaisen suhdeparissa nostetaan erityisesti fyysisen toimenpiteen merkitys olennaisena asiana esiin. Hoidon ydin on fyysisen ongelman korjaamisessa ja siitä ortopedi saa palautetta röntgenkuvasta. Röntgenkuva, jossa näkyy leikkauksen tulos, on ortopedille olennainen palaute tehdystä työstä. Haastattelija tukee vielä tätä tulkintaa sanomalla *niin joo sit se teijän palante,* jolla vahvistetaan kirurgien ammatillisen toiminnan eroa suhteessa muihin.

## 7.4 Yhteenveto

Olen tässä luvussa analysoinut työntekijöiden suhtautumista hallinnollisiin uudistuksiin ja asiakaspalautteisiin. Olen tuonut esimerkkien avulla esiin, miten arvioimalla potilaan ja ammattilaisen suhdepariin kuuluvia oikeuksia ja velvollisuuksia työntekijät samalla neuvottelevat palautteiden merkityksestä osana institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita. Arjen käytäntöjen näkökulmasta olennaiset ulottuvuudet nostetaan esiin. Instituution edustajina ammattilaisilla on velvollisuuksia ja vastuuta, joihin vedotaan järkeilyssä. Nämä ammatilliseen jäsenyyteen yhdistettävät vastuut ja velvollisuudet toimivat perusteluina selonteoissa palautteisiin liittyvästä työstä. Esimerkit tuovat esiin, miten asiakaspalautteita tulkitaan osana kirurgian alan arjen käytäntöjä.

Terveydenhuollon hallinnollisia uudistuksia arvioidessaan työntekijät asettavat hallinnolliset tehtävät vastakohdaksi ammatilliselle työlle. Niiden tulkitaan haittaavan ammatillisen työn tekemistä hyvin. Sairaalan johto ja hallinto nostetaan yhdeksi selontekovelvollisuuden tahoksi. Tähän selontekovelvollisuuteen kuuluvia vastuuta työstetään me ammattilaiset – sairaalan johto -kontrastiparin avulla. Kirjalliset palautteet jäsentyvät yhdeksi välineeksi, joka herättää henkiin alaisen ja johdon välisen suhdeparin vastuut ja velvollisuudet. Kirjalliset palautteet ovat yksi selontekovelvollisuutta tuottava asia suhteessa sairaalan johtoon.

Suullisia palautteita jäsenetään potilaan kategorian kautta. Tällöin kriittisen palautteen antaminen yhdistetään osaksi potilaan toipumisen prosessia. Kirurgian toimialan arjen työssä suullista kriittistä palautetta tulkitaan ensisijassa hoidollisen kehyksen näkökulmasta, potilaan sairaudesta toipumiseen kuuluvana aktiviteettina.

Potilaan kategoriaa täsmentävillä määreillä ja aktiviteeteilla voidaan arvioida, mikä on olennaista omassa ammatillisessa työssä. Ristiriidoissa ja jännitteissä, joita kriittinen palaute synnyttää, realisoituvat osapuolten kategoriasidonnaiset oikeudet ja velvollisuudet. Esimerkiksi potilaan vedotessa kritiikissään veronmaksajan kategoriaan ja siihen kuuluviin oikeuksiin, työstetään potilaan ja ammattilaisen välisiä oikeuksia ja velvollisuuksia. Haastattelupuheessa suhteutetaan näin yksittäisiä tilanteita laajempiin kulttuurisiin resursseihin potilaan ja ammattilaisen suhteesta sairaalassa.

## 8 Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimukseni tavoitteena on ollut tehdä näkyväksi sosiaalisia prosesseja, joiden avulla moniammatillisen asiantuntijatyön järjestystä ylläpidetään sairaalassa. Empiirisenä tutkimuskohteena on ollut työntekijöiden suhtautuminen palautteisiin arjen työssä. Tilastotietoa palautteista on saatavilla, sen sijaan tietoa palautteiden merkityksestä osana arjen moniammatillista asiantuntijatyötä on vähän. Tilastollinen tutkimus ei tuo näkyviin prosesseja, joiden pohjalta palautteet asettuvat osaksi institutionaalisia tehtäviä ja tavoitteita arjen tasolla. Tutkimukseni anti onkin palautejärjestelmien arjen tason näkyväksi tekemisessä.

Analysoin tutkimuksessani työntekijöiden näkemyksiä asiakaspalautteista kollegahaastattelujen avulla. Lähtökohtana on ajatus siitä, että organisaation institutionaalista järjestystä ylläpidetään toimintaa ja käytäntöjä koskevien selontekojen kautta (Garfinkel 1967; Francis & Hester 2004; Rawls 2010, 108, 111; Manning 2008). Päättökysymykseni oli, miten kategorisoimalla omaa ja muiden toimintaa samalla tuotetaan sosiaalista järjestystä sairaalassa. Analyysin kohteena oli, miten eri ammattiryhmien jäsenet arvioivat ja järjelevät kollegahaastatteluissa asiakaspalautteiden vastaanottamista kirurgian toimialan työssä. Tutkimuksessa lähestytään siis institutionaalisen käytäntöjen rakentumisen dynamiikkaa erityisesti palautteiden antamisen ja vastaanottamisen näkökulmasta.

Tutkimukseni tuo lisää tietoa seuraavista teemoista:

- Kansalaisen ja terveydenhuollon ammattilaisen välisestä suhteesta
- Asiantuntijaorganisaatioiden palautejärjestelmistä
- Moniammatillisen asiantuntijatyön sosiaalisen järjestyksen rakentumisen prosesseista



Taulukko 6. Tutkimuksen näkökulma ja menetelmät

<b>Perinteinen tutkimus asiakaspalautteista</b>	<b>Tämän tutkimuksen näkökulma</b>
Palautteet staattisena kategoriana	Palautteet osana ammatillista ja institutionaalista toimintaa kirurgian toimialalla
Palautteet tilastollisena ilmiönä	Palautteet vuorovaikutuksessa rakentuvina

Pohdin seuraavaksi, millaisia johtopäätöksiä tutkimukseni perusteella voi tehdä. Olen tarkastellut palautteita arjen toiminnassa rakentuvana ilmiönä. Olen halunnut tuoda esiin yhden esimerkin siitä, miten palautekäytännöt rakentuvat arjen työssä. Tutkimukseni perusteella voi tiivistää, että kirurgian toimialan arjen käytännöissä palautetyötä ei voi erottaa hoidon kokonaisuudesta. Palautteita tulkitaan ensisijaisesti osana potilaan ja ammattilaisen välistä arkista hoidollista vuorovaikutusta. Niitä ei jäsennetä esimerkiksi kuluttajan kategorian kautta, vaan osana potilaan hoitoa ja toipumisen prosessia. Institutionaalisten tilanteiden nähdään vaikuttavan vahvasti palautteen antamisen ja vastaanottamisen edellytyksiin. Erityisesti suullinen palaute jäsennetään osaksi potilaan ja ammattilaisen välistä kahdenkeskistä luottamuksellista vuorovaikutusta. Näiden kahdenkeskisten tilanteiden vähäisyyden nähdään vähentävän mahdollisuuksia palautteen antamiseen. Kirjalliset palautteet sen sijaan jäsenytyvät arjen työssä ensisijaisesti hallinnollisen kehyksen kautta, osaksi hallinnollista johtamista. Ne kuuluvat hallinnon velvollisuuksien piiriin.

Palautteilla näyttää olevan merkitystä paikallisen moraalisen järjestyksen ylläpitämisessä. Erityisesti kriittiset palautteet nostavat esiin moraalisen järjestyksen ulottuvuuksia arjen työssä. Normatiiviset odotukset potilaan ja ammattilaisen välisessä suhteessa, ammattilaisten keskinäisissä suhteissa ja asiantuntijoiden ja johdon välisessä suhteessa aktivoituvat puhuttaessa palautteista. Odotusten vastainen toiminta synnyttää selontekovelvollisuutta näihin suhteisiin. Tätä jännitettä hallitaan toimintaa puolustavien ja oikeuttavien selontekojen avulla. Samalla ylläpidetään yhtäältä ammattilaisten ja maallikkojen välistä sosiaalista järjestystä ja toisaalta ammattilaisten keskinäistä työnjakoa ja hierarkiaa.

Keskeinen tutkimustani jäsentävä analyttinen käsite on ammatillinen selontekovelvollisuus. Asiakaspalaute on potentiaalisesti sensitiivinen keskustelunaihe ammattilaiselle. Erityisesti kriittisestä palautteesta puhuminen kutsuu arvioimaan

ammattillista kompetenssia, asiakaskeskeisyyden velvoitetta ja institutionaalisten tavoitteiden toteutumista työssä. Ammatillisuutta ja asiakaskeskeisyyttä arvioidaan tällöin osana kirurgian toimialan arjen käytäntöjä. Neuvottelua käydään ammattilaisen ja potilaan kategorioiden jäsenyyksistä ja niihin liittyvistä oikeuksista, velvollisuuksista ja aktiviteeteista. Samalla työstetään uusia kategorioita, aktiviteetteja, oikeuksia ja velvollisuuksia. Nimeämällä röntgenkuvan yhdeksi palautteeksi tehdystä työstä täsmennetään palautteiden merkitystä osana kirurgian toimialan tavoitteita. Rakentamalla kontrastipari maan hiljainen – öykkäri arvioidaan palautteen antajaa moraalisesta näkökulmasta. Tilanteinen kategorioiden ja aktiviteettien työstäminen on samalla terveydenhuollon sosiaalisen ja moraalisen järjestyksen tuottamista. Palautejärjestelmän tarkasteleminen arjen tasolla tuo näin esiin arjen järjelyn merkityksen sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisessä.

Tarkastelemalla moniammatillisen työyhteisön takanäyttämön toimintaa olen voinut tuoda esiin asiantuntijaorganisaation järjestyksen rakentamisen prosesseja. Moniammatillisen työnjaon merkitys palautejärjestelmän rakentumisessa tulee näin näkyväksi. Institutionaalisten käytäntöjen tutkimuksessa tarvitaankin etunäyttämön vuorovaikutuksen tarkastelemisen lisäksi myös takanäyttämön toiminnan analysoimista. Näin saadaan monipuolisempi käsitys prosesseista, joiden pohjalta institutionaalista järjestystä ylläpidetään. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että arjen työn tasolla suullista palautetyötä tekevät eniten ammatillisen hierarkian alapäässä olevat ammattiryhmät. Heillä ei kuitenkaan ole yleensä muodollista päätösvaltaa vaikuttaa kritiikin aiheisiin. Palautetyön sosiaalisten prosessien tarkasteleminen tuo näin esiin myös moniammatillisen asiantuntijatyön arjen dynamiikkaa ja työnjakojen rakentumista.

Tutkimukseni osoittaa, että kirurgian toimialan työssä suullista palautetta tulkitaan ensisijassa hoidollisen kehyksen näkökulmasta, osana toipumisen prosessia. Tämä tulkinta tuo paikallisen institutionaalisen kontekstin esiin. Työntekijät jäsentävät kriittisen suullisen palautteen osaksi potilaan kategoriasidonnaisia aktiviteetteja, osaksi toipumisen prosessia. Esimerkiksi arvioitaessa potilaan antaman kriittisen palautteen olevan sairaudesta johtuvaa pahan olon purkamista, yhdistetään palaute osaksi potilaan toipumisprosessia. Palautetta ei tällöin tulkita esimerkiksi kuluttajan kategorian kautta tai kehittämisspuheena, kuten makrotason keskusteluissa usein esitetään. Palautteet näyttävät siis jäsentyvän kirurgian alan arjen työssä eri tavoin kuin makrotason keskusteluissa. Palautteille annetaan paikallisessa institutionaalisisessa toiminnassa syntyviä merkityksiä. Palautteiden tulkitseminen osana potilaan toipumisen prosessia ylläpitää asiantuntijan ja maallikon välistä järjestystä sairaalassa. Näin kategorisointikäytännöt ylläpitävät toimintakäytäntöjä ja sosiaalista järjestystä.

Palautteen tarkasteleminen toiminnassa rakentuvana nostaa esiin käsitteen moniulotteisuuden ja sosiaaliset prosessit, joiden varassa sitä tulkitaan tilanteisesti ja paikallisesti.

Institutionaaliset kategoriat näyttävät olevan keskeisessä asemassa siinä, miten palautteet asettuvat osaksi arjen työtä ja miten ammatillisesta kompetenssista ja kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista neuvotellaan. Valitsemalla jokin kategoria valitaan samalla tietynlainen moraalinen järjestys kussakin tilanteessa. Institutionaalisten kategorioiden pysyvyys ja tilanteisuus tulevat näin havainnollisesti esiin. Täsmentämällä osapuolten oikeuksia ja velvollisuuksia puhuttaessa palautteista tuotetaan samalla yhteiskuntapoliittista muutosta arjen tasolla.

Seuraavaksi tiivistän tutkimuksen aineistoluvuista syntyneitä havaintoja ja arvioin tuloksia suhteessa laajempiin keskusteluihin. Ensimmäinen alakysymykseni oli, **miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoltaessa vuorovaikutuksesta osana kirurgian toimialan moniammatillista työtä**. Käsittelin tätä kysymystä luvussa viisi. Analyysi osoittaa, että kategoriasidonnaiset velvollisuudet jäsentävät puhetta. Kompetenttiin ammatilliseen vuorovaikutukseen yhdistettävät velvollisuudet nostetaan esiin. Asema moniammatillisessa työnjaossa toimii keskeisenä tulkinnan resurssina järjestyksessä. Vuorovaikutuksen merkitystä työssä määriteltiin ammatillisen kategorijäsenyyden kautta. Esimerkiksi kirurgin jäsenkategoriassa vuorovaikutus ei näyttänyt olevan oman työn kannalta yhtä keskeisessä asemassa kuin hoitajan kategoriassa.

Arvioitaessa vastuita ja kompetensseja moniammatillisessa työssä, rakennetaan työnjakoa myös vuorovaikutuksen osalta. Analyysi osoittaa, että jakoa rakennetaan yhtäältä suhteessa toisiin ammattiryhmiin ja toisaalta suhteessa potilaisiin ja maallikoihin. Tällöin synnytetään kategoriapareja me - muut ammattiryhmät ja me kirurgian alan ammatilliset – maallikot. Näitä suhteita arvioimalla täsmennettiin ammatillista jäsenyyttä. Tunnekatteeriat nostettiin esiin erityisesti rakennettaessa eroa suhteessa maallikoihin. Ammatillainen hallitsee tunteensa vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa. Potilaalla sen sijaan on oikeus ilmaista vapaammin myös negatiivisia tunteita ammatilliselle. Tunteiden hallinnan velvoitetta täsmennettiin institutionaalisten tilanteiden mukaan. Velvollisuus tunteiden hallintaan vaihteli tilanteen kehyksen mukaan. Keskeinen jako näytti rakentuvan sen mukaan, onko tilanteessa läsnä potilaita, vai ollaanko vain työntekijöiden kesken. Potilaan läsnäolo tilanteessa on vihje, joka muuttaa vuorovaikutuksen kehyksen etunäyttämöksi. Silloin ammatillaisen kuuluu hallita varsinkin negatiivisten tunteiden ilmaisemista. Työntekijöiden keskenäisessä vuorovaikutuksessa sen sijaan kielteisten tunteiden ilmaiseminen on sallitumpaa myös ammatillisen kategorian jäsenelle.

Institutionaaliset rutiinit jäsentävät palautevuorovaikutuksen mahdollisuuksia. Kierroilla on läsnä useita työntekijöitä ja hoidon lääketieteelliset ulottuvuudet ovat ensisijaisesti esillä. Silloin vuorovaikutuksessa noudatetaan etukäteen määriteltyjä rutiineja. Tähän institutionaaliseen tilanteeseen ei yhdistetä henkilökohtaisempaa vuorovaikutusta ammattilaisten ja potilaan välillä. Sen sijaan kahdenkeskisiä tilanteita ammattilaisen ja potilaan välillä tulkitaan palautevuorovaikutuksen kannalta suotuisiksi. Niissä ei noudateta yhtä tiukasti etukäteen määriteltyä käsikirjoitusta. Suullisen palautteen antamisen mahdollisuus yhdistettiin ensisijaisesti näihin kahdenkeskisiin tilanteisiin, joissa on mahdollisuus luottamukselliseen vuorovaikutukseen.

Toinen alakysymykseni koski moraalisen toimijuuden ylläpitämistä. Kysyin, **miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa tilanteista, joissa odotusten ja tapahtuneen välillä on ristiriita.** Luvussa kuusi tarkastelin tätä kysymystä. Hyödynsin analyysissa Scottin ja Lymanin (1968) ajatuksia puolustavista ja oikeuttavista selonteista. Tällöin selonteon käsite on rajattu koskemaan erityisesti odotusten ja tapahtuneen välisten ristiriitatilanteiden arviointia puheessa. Selonteot koskivat erityisesti kriittisen palautteen vastaanottamista ja moniammatillisen yhteistyön ongelmatilanteita. Analyysi osoitti, että institutionaalisiin kategorioihin yhdistettävät oikeudet ja velvollisuudet toimivat perusteluina toiminnalle. Ongelmallisia tilanteita jäsenettiin arvioimalla omaa ja muiden toimintaa suhteessa asiakaskeskeisyyden ja institutionaalisten tavoitteiden toteutumiseen. Pohtimalla tapahtumien syitä ja seurauksia ja arvioimalla toiminnan hyväksyttävyyttä tai paheksuttavuutta tuotettiin järjestystä tapahtumiin refleksiivisesti. Rutiineja rikkovia tilanteita korjattiin usein täsmentävillä selonteilla, esimerkiksi tuottamalla oma toiminta ammatillisuuden ja asiakaskeskeisyyden veloitteen täyttävänä. Työntekijöiden selonteot toimivat tällä tavoin myös moraalisen järjestyksen ylläpitämisen välineenä. Moraalista järjestystä ja ammatillista kompetenssia ylläpidetään selontekojen avulla refleksiivisesti.

Oikeuttavat ja puolustavat selonteot näyttivät rakentuvan suhteessa kategorijäsenyyksiin. Me- kategoriaan kuuluvien toiminnasta puhuttaessa työntekijät käyttävät ensisijassa puolustavia ja oikeuttavia selontekoja, kun taas he- kategorian toiminnasta puhuttaessa selonteot rakentuvat myös syyttäväksi. Selonteot, joissa muihin työntekijöihin kohdistetaan negatiivista moraalista arviointia, näyttävät olevan takanäyttämölle kuuluvaa kollegojen keskinäistä arviointia. Niissä arvioidaan institutionaalisten ja ammatillisten tavoitteiden toteutumista käytännössä. Tällöin puheessa oli enemmän syyttäviä selontekoja toisten osapuolten toiminnasta. Sen sijaan potilaille puhuttaessa selonteot sisälsivät yleensä puolustuksia ja oikeutuksia muiden toiminnasta.

Taulukko 7. Yhteenvedo ongelmatilanteiden selonteista

Etunäyttämön kehyksen selonteot	Me - he -jako etunäyttämön kehyksessä	Takanäyttämön kehyksen selonteot	Me - he -jako takanäyttämön kehyksessä
Tiimin yhteinen esitys. Meidän kaikkien tavoitteena on asiakaskeskeinen ammatillinen hoito	Me: ammattilaiset.	Meidän ammattiryhmämme tekee asiakaskeskeistä ammatillista työtä	Me: oman ammattiryhmän jäsenet
Sairaalan työntekijöiden toimintaa puolustavat ja oikeuttavat selonteot yleisimpiä	He: potilaat ja muut maallikot	Muiden ammattiryhmien jäsenten toimintaa syyttäviä selontekoja mukana	He: muiden ammattiryhmien jäsenet

Kolmas alakysymykseni kohdistui siihen, miten työntekijät suhtautuvat hallinnollisiin uudistuksiin ja erilaisiin asiakaspalautteiden vastaanottamiseen. Kysyin, **miten asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana kirurgian toimialan tehtäviä ja tavoitteita**. Seitsemännessä luvussa käsitelin tätä. Analyysi osoittaa, että palautteisiin suhtaudutaan kirurgian toimialan käytännöllisten tavoitteiden näkökulmasta. Samalla neuvotellaan siitä, mikä on olennaisinta kirurgian toimialan ammatillisessa ja institutionaalisessa työssä. Keskeinen retorinen apuväline arvioinnissa näytti olevan kontrastiparien synnyttäminen. Niiden avulla reflektoitii sitä, mikä on olennaista ja vähemmän olennaista ammatillisessa työssä. Samalla tuotetaan sosiaalista järjestystä kirurgian toimialan työhön.

Sairaalan johto ja hallinto nostettiin palautetyössä yhdeksi selontekovelvollisuuden tahoksi. Tähän selontekovelvollisuuteen kuuluvia vastuuta työstettiin me ammattilaiset – sairaalan johto -kontrastiparin avulla. Kirjalliset palautteet herättävät henkiin johtajan ja alaisen välisen suhdeparin vastuut ja velvollisuudet. Ne ovat työntekijöille yksi selontekovelvollisuutta tuottava asia suhteessa sairaalan johtoon. Hallinnolliset palautejärjestelmät ovat luoneet työntekijöille uuden selontekovelvollisuuden tahon, joka liittyy sairaalan hallinnollinen johto – alaiset -väliseen suhteeseen ja tähän

suhteeseen yhdistyviin velvollisuuksiin ja vastuisiin. Sairaalan johdon vastaanottama kirjallinen palaute asettaa työntekijöiden ammatillisen kompetenssin epäilyksen alaiseksi ja tuottaa samalla selontekovelvollisuutta työntekijöille suhteessa sairaalan johtoon. Kirjallisiin palautteisiin liittyvä työ jäsennetään tehtäväksi, joka tehdään ensisijaisesti hallinnollista johtoa varten, johdon vakuuttamiseksi työn ammatillisten standardien mukaisuudesta.

Taulukko 8. Yhteenveto analyysilukujen keskeisistä havainnoista

<b>Tutkimuskysymys</b>	<b>Sisällöllinen tulos</b>	<b>Menetelmällinen tulos</b>
Luku 5: Miten ammatillinen rooli toimii resurssina neuvoteltaessa vuorovaikutuksesta osana työtä kirurgian toimialalla	Vuorovaikutuksen merkitys työssä vaihtelee ammatillisen jäsenkategorian mukaan moniammatillisessa työnjaossa.	Ammatillinen rooli ja tehtävät toimivat diskursiivisena resurssina vuorovaikutusta jäsennettäessä
	Luottamuksellinen kahdenkeskinen vuorovaikutus nähdään potilaan osallistumisen ja dialogin kannalta olennaisena	Erilaiset tilanteiset institutionaaliset kehykset jäsentävät vuorovaikutuksen edellytyksiä arjen työssä
Luku 6. Miten moraalista järjestystä ylläpidetään puhuttaessa odotusten ja tapahtuneen välisistä ristiriidoista	Kriittisen palautteen synnyttämä jännite tuottaa oikeuttavia, puolustavia tai syyttäviä selontekoja.	Moraalisen järjestyksen ja ammatillisen kompetenssin hallitseminen selontekojen avulla refleksiivisesti.
	Kategoriajäsenyys ja ulkopuolisten ja sisäpuolisten rajan ylläpitäminen on keskeistä selontekotyössä	Vuorovaikutuksen kehykset jäsentävät selontekojen tavoitteita ja ryhmäjäsenyyksiä
Luku 7. Miten Asiakaspalautteisiin orientoidutaan osana	Palaute ammatillisissa käytännöissä jäsenyytensä ensisijaisesti hoidollisen	Sairaalan palautejärjestelmä on toiminnallisessa

kirurgian toimialan tehtäviä ja tavoitteita.	kehyksen kautta. Palautetyö kuuluu tiiviisti osaksi arjen hoitoa ja vuorovaikutusta.	kontekstissa rakentuva, osa institutionaalista vuorovaikutusta
	Kirjalliset palautteet synnyttävät selontekovelvollisuutta sairaalan johtoon ja aktivoivat alainen-johto kategoriasuhteen velvollisuudet asiantuntijatyöhön	Ammatillinen selontekovelvollisuus laajenevana ja täsmentyvänä velvollisuutena

Tutkimukseni asettuu lääketieteellisen, juridisen ja erilaisten yhteiskuntapoliittisten diskurssien risteyskohtaan. Sillä onkin yhtymäkohtia useisiin mielenkiintoisiin keskusteluihin. Yksi keskeinen on keskustelu julkisen sektorin asiantuntijuuden muutoksesta. Manageriaalisessa toimintaympäristössä asiantuntijuutta organisoidaan uudella tavalla. Palautejärjestelmät ovat yksi osa tätä uutta organisointia. Velvollisuus refleksiivisyyteen ja avoimuuteen tulee esiin palautejärjestelmien kautta. Ne haastavat neuvottelemaan asiantuntijatiedon legitimitetistä ja asemasta suhteessa maallikkotietoon. Asiantuntijatyön tulisi olla sellaista, että sekä ammatilaiset että muut tunnistavat sen täyttävän asiantuntijuuden kriteerit. Kompetenssin esiin tuominen toimii näin yhtenä kuria ylläpitävänä logiikkana muutoksessa. Näistä tulkinnoista voi tunnistaa yhtäläisyyksiä esimerkiksi Valerie Fournierin (1999, 280-307) esittämiin ajatuksiin ammatillisuudesta yhtenä liberaalin itsehallinnan välineenä.

Palautejärjestelmät ovat yksi arena, jossa asiantuntijatiedon legitimitetistä ja asiantuntija-aseman auktoriteetista neuvotellaan. Arja Haapakorven (2009) mukaan asiantuntijoiden on käytävä jatkuvaa keskustelua asemastaan yhteiskunnan ja työmarkkinoiden muutoksessa. Hän on tarkastellut asiantuntija-aseman yhteiskunnallista rakentumista legitimaation ja auktoriteetin käsitteiden kautta. Ammatillinen sulkeuma on pysyvä, mutta muodoltaan muuttuva. Markkinoiden ehtoilla toimivilla asiantuntija-aloilla asiantuntijavaltuus rakentuu löyhemmin ja edellyttää kaikkien osapuolten hyväksymistä. Muuttuvat kulttuuriset odotukset tuovat uusia velvoitteita asiantuntijatyöhön ja niistä on neuvoteltava eri tasoilla.

Ammatillisen toiminnan kulttuuristen ehtojen ymmärtäminen edellyttää lähestymistapaa, joka huomioi myös ammattien välisten suhteiden dynamiikkaa. Yksittäisten ammattiryhmien tarkastelun lisäksi on syytä kiinnittää huomio myös moniammatillisen työn prosesseihin. Sairaala on tyypillinen hierarkkinen

asiantuntijaorganisaatio, jossa ammatillinen legitimitetti perustuu koulutuksen antamaan valtuutukseen. Työn rajoista neuvotellaan kuitenkin jatkuvasti. Tätä neuvottelua toimialueista käydään yhteiskunnan eri tasoilla. Lainsäädännön ja julkisen keskustelun ohella ammattien välisistä työnjaoista neuvotellaan arjen työn tasolla. (Abbott 1988.) Määrittelemällä ammatillisen työn rajoja voidaan siirtää tehtäviä oman ammatin toimialueeseen tai sen ulkopuolelle. Puhutaan rajatyöstä, (boundary work) jonka avulla neuvotellaan kunkin ammattiryhmän asiantuntija-alueesta ja siihen kuuluvista tehtävistä. Rajakiistat ovat keskeisiä tässä neuvottelussa (Allen 2000; Fournier 1999, 282; Abbott 1988; Pyykkö 2011, 23-29). Erottautuminen muista ammattiryhmistä toimii yhtenä keinona neuvottelussa. Tutkimukseni tuo näkyväksi, miten tätä neuvottelua käydään arjen tasolla ja ylläpidetään samalla ammattien työnjaon järjestystä. Palautetyönjaon rakentuminen sairaalan arjessa on yksi esimerkki rajakiistasta, jossa neuvotellaan moniammatillisen työn järjestyksestä ja sen ylläpitämisestä. Tutkimukseni tulokset tukevat tulkintaa, jonka mukaan lääkäreillä on muita ammattiryhmiä enemmän legitimitettiä määritellä oman työnsä rajoja sairaalan moniammatillisessa työssä.

### **Tutkimuksen arviointi**

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista, että aineistolla vastataan esitettyihin kysymyksiin: aineistoa tulee tulkita niin, että merkitykset ja jäsentämisen käsitteet ovat sellaisia, että ne kertovat tutkitusta ilmiöstä jotakin relevanttia. Tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä, toisin sanoen niiden soveltuvuus muiden vastaavien kontekstien käyttöön on myös olennaista. Tutkijan tulee pohtia vastuutaan: tunnistavatko yhteisön jäsenet tehdyt tulkinnat ja onko tulkinnoista hyötyä työn kannalta? Onko tutkimuksella jotakin annettavaa tutkitulle yhteisölle? Tärkeää on myös pohtia, mitä seurauksia tutkimuksella on. Vahvistaako se joitakin esioletuksia ja jättääkö huomiotta joitakin toisia? Tutkimuksen tulisi edistää yhteistä etua.

Tutkimukseni lähtökohtana oli saada tietoa palautteiden organisoitumisesta, toisin sanoen palautetyöstä moniammatillisessa ympäristössä. Olen päässyt tarkastelemaan organisaation takanäyttämön toimintaa. Olenko osannut hyödyntää tuota asemaa relevantilla tavalla? Pohdin seuraavaksi, millaisia mahdollisuuksia valitsemani lähestymistapa on tarjonnut tutkimuksen aiheen ja tutkimuskysymysten kannalta ja miten olen onnistunut vastaamaan esittämiini kysymyksiin.

Palaan vielä tutkimukseni alkukohtaan. Pohdin tuolloin miten on mahdollista, että potilaiden palautteissa sairaalan toiminta näytti niin erilaiselta kuin työntekijän tulkinnoissa. Tutkimukseni yhtenä tavoitteena oli saada lisää ymmärrystä tähän



ristiriitaan. Erving Goffmanin (1959, 1967) ajatuksista löysin mielestäni sopivia välineitä tuon ristiriidan tarkastelemiseen. Asiakaspalautteiden analysoiminen moraalisen järjestyksen ylläpitämisen kannalta perustuu Erving Goffmanin lähestymistapaan. Hän oli kiinnostunut erityisesti vuorovaikutuksen moraalista ulottuvuuksista organisaation toiminnassa. Hänen keskeinen ajatuksensa on, että orientoidumme ulkomaailmaan suhteessa kunkin tilanteen järjestykseen ja sääntöihin. Kun ihmiset kohtaavat toisensa, vuorovaikutuksen normatiiviset puolet ovat aina läsnä ja käytössä. Pyrimme esiintymään toisin sanoen tilanteessa sen edellyttämällä tavalla ja odotamme kaikkien osapuolten toimivan yhteisesti hyväksyttävällä tavalla. Näin toimitaan myös institutionaalisessa vuorovaikutuksessa. Jos tilanteen normatiivisia odotuksia rikotaan, niitä pyritään korjaamaan retorisin keinoin moraalisen järjestyksen ylläpitämiseksi. Vuorovaikutuksen ja moraalisen järjestyksen yhteys tulee näkyväksi korjaavissa selonteissa.

Goffmanin ajatukset sopivat mielestäni hyvin vuorovaikutuksen normatiivisten ulottuvuuksien näkyväksi tekemiseen. Potilaiden antama kritiikki vihjaa, että tilanteen normatiiviset odotukset eivät ole toteutuneet. Kriittinen palaute näyttää näin yhdistyvän osapuolten erilaisiin odotuksiin vuorovaikutuksen etenemisestä tilanteessa. Keskeistä näyttää olevan myös sairaalan työn jäsentäminen erilaisten normatiivisten kehysten kautta. Jako etu- ja takanäyttämöjen kehyksiin tekee näkyväksi moniammatillisen asiakaspalvelutyön arjen dynamiikkaa ja erilaiset tulkintakehykset, joita työssä hyödynnetään.

Palautejärjestelmän tarkasteleminen osana arjen työtä tuo mielenkiintoisella tavalla esiin selontekovelvollisuuden ulottuvuuksia sairaalassa. Harold Garfinkelin (1967) johtopäätökset ammatillisen ja institutionaalisen työn välisestä dynamiikasta lisäävät ymmärrystä myös sairaalan palautustyöstä. Kuvaukset omasta työstä sovitetaan selontekovelvollisuuden mukaisesti ammatillisiin ja institutionaalisiin tavoitteisiin. Kirjalliset dokumentit, kuten vastaukset palautteisiin, kertovat erityisesti siitä, miten organisaatio haluaa esittää itsensä jälkikäteen julkisesti. Ne kertovat toisin sanoen siitä, mistä organisaatio on selontekovelvollinen.

Olen tarkastellut palautteiden organisoimisen prosesseja vuorovaikutuksessa syntyvänä ilmiönä. Etnometodologinen lähestymistapa on avannut näkymää siihen, miten vakiintuneet selonteon käytännöt terveydenhuollon instituutiossa tuotetaan puheen avulla. Hyödynsin analyysissa jäsenkategoria-analyysin välineitä. Lähestymistapa avaa tarkastelunäkökulman mikrotasolle, siihen miten merkityksiä ja ihmisten välisiä suhteita jäsennetään ja organisoidaan vuorovaikutuksessa.

Yhteisön sisäpuolisen asema mahdollisti kollegahaastattelujen tekemisen. Kokosin aluksi tausta-aineistoa osallistuvan havainnoinnin avulla tunnistaakseni paremmin

vuorovaikutuksen toistuvia piirteitä palautetilanteissa. Sen jälkeen tein kollegahaastattelut, jotka ovat empiirisen analyysini aineistona. Kollegahaastattelut tulkitsen yhtenä vuorovaikutustilanteena, jossa noudatettiin tilanteelle ominaisia vuorovaikutuksen sääntöjä. Ne eivät ole vuorovaikutusta institutionaalisten rutiinitehtävien toteuttamiseksi, vaan erikseen toiminnan reflektointia varten järjestetty tilanne. Tällainen tilanne asettuu Goffmanin (1967) dramaturgisen jaottelun näkökulmasta organisaation takanäyttämön kehykseen, vaikka haastattelut nauhoitettiin tutkimusta varten. Sisäpuolisen asema on mahdollistanut vapaamuotoisen keskustelun työntekijöiden kesken. Se on todennäköisesti myös vaikuttanut keskustelun sisältöön siten, että moniammatillisen työn arjen ongelmatilanteista puhuttiin eri tavoin kuin olisi puhuttu ulkopuolisen tutkijan läsnäollessa. Tähän viittaa esimerkiksi se, että puheessa moniammatillisen yhteistyön ongelmatilanteista oli usein myös syyttäviä selontekoja.

Aineisto on tuotettu 2000-luvun alussa, ja sitä voi pitää vanhentuneena joidenkin kysymysten vastaamiseen. Aineiston käyttökelpoisuus riippuu kuitenkin tutkimuskysymyksistä. Palautteisiin liittyvien selonteon käytäntöjen näkyväksi tekemisen kannalta aineisto ei ole menettänyt arvoaan. Palautejärjestelmillä on edelleen keskeinen tehtävä sairaalan laadunhallinnan ja asiakkaiden osallistumisen edistämisen kannalta. Voiko aineistolle ylipäätään asettaa viimeistä käyttöpäivää?

Haastatteluaineisto voisi olla sisällöltään hieman erilainen, jos se olisi tuoreempi. Terveydenhuollon työn yhteiskunnallinen konteksti on osin muuttunut. Instituutionaaliset käytännöt ovat kuitenkin suhteellisen pysyviä. Terveydenhuollon ammatillisen ja institutionaalisen työn logiikka muuttuu hitaasti. Tästä kertoo esimerkiksi tuore analyysi terveydenhuollon antamista vastauksista asiakkaiden muistutuksiin (Palomäki & Vanhala 2015). Toimintaa puolustavat ja oikeuttavat selonteot ovat yleisimpiä vastauksia kriittiseen palautteeseen myös vuonna 2012 kootun aineiston perusteella. Työntekijöiden suhtautuminen palautteisiin noudattaa siis samanlaista logiikkaa.

Tutkimukseni aineisto on koottu managerialistisen johtamisen tehdessä tuloaan suomalaisen terveydenhuoltoon. Sen hetkinen yhteiskunnallinen tilanne oli erilainen. Tehokkuus- ja taloudellisuuspuhe on vallitsevampaa nykyisin. Esimerkki tästä on havaintomuistiinpanoissani. Muistiinpanoissani on useita merkintöjä siitä, miten potilaat ja heidän omaisensa ovat pahoittaneet mieltänsä työntekijöiden kertoessa heille hoidon tai lääkityksen kustannuksista. Potilaat tulkitsivat tuolloin puheen arvoa alentavana, taloudellisen kulun asemaan asettamisena. Hoidon kustannuksista puhumista pidettiin loukkaavana 2000-luvun alussa. Nykyisin sen sijaan näyttää olevan yleistä, että puhutaan hoidon todellisista kustannuksista myös asiakkaille.

Kehittämispuheen vähäisyys aineistossa herättää kysymyksiä. Vaikka työn kehittäminen ja laadunhallintapuhe oli arkipäivää 2000-luvun alussa, niin aineistossani sitä ei nosteta erityisesti esiin. Olen pohtinut, mistä tämä johtuu. Yksi perustelu voi olla aineiston keruun ajankohta. Tuolloin ei ehkä ollut tapana, että työntekijät pohtivat kehittämiskeskustelun kautta omaa työtään. Johtaja-asemassa olevat, kuten osastonhoitajat puhuivat jonkin verran työprosessien hallinnollisesta kehittämisestä haastatteluissa. Toinen, tärkeämpi perustelu on mielestäni se, että haastattelut ovat takanäyttämön kehyksessä syntyneitä. Puhe oli kollegojen keskinäistä ammatillisen ja institutionaalisen toiminnan arviointia. Valittava puhetapa (vocabulary of complaint) on tyypillistä käsiteltäessä ongelmia työyhteisöjen takanäyttämöillä (Mills 1940; Miller 1989, Turner 1986). Valittavalla puhetavalla tuotetaan työntekijöiden yhteisyyttä tilanteessa. Ristiriidat ideaalisen ammatillisen työn ja arjen mahdollisuuksien välillä synnyttävät työntekijöiden keskinäisiä puhetapoja, joilla ongelmia hallitaan. Ammattiryhmien valtasuhteiden epätasapainoa ja epäoikeudenmukaiseksi koettua työnjakoa käsitellään näillä keinoilla. Hoitajien ja lääkäreiden välisessä työnjaossa esimerkiksi on tyypillistä, että hoitaja tekee arjen työnjaossa tehtäviä, jotka kuuluvat virallisessa työnjaossa lääkärin toimialueeseen. Virallisesti lääkäri vastaa hoidosta, mutta käytännön toteutus on hoitajien vastuulla monelta osin. Tämän ristiriidan synnyttämiä käytännöllisiä ongelmia on käsiteltävä. Puhetavan tavoitteena on näin yhdistää tiimin jäseniä suhteessa ulkopuolisiin ja kyseenalaistaa työpaikan hierarkkisia suhteita. (Turner 1986, 368-386.) Kehittämispuheen katsotaan myös yleensä kuuluvan enemmän julkiseen puheeseen, etunäyttämölle, kuin takanäyttämön tilanteisiin (Eriksson-Piela 2003, 195).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimusprosessin läpinäkyvyys on tärkeää. Yksi läpinäkyvyyden kannalta olennainen seikka on, että myös lukija voi tutustua analysoituun aineistoon. Olen asettanut haastattelujen aineisto-otteet esille lukijan arvioitavaksi ja haastattelukysymykset olen laittanut liitteeksi. Olen myös arvioinut sisäpuolisen asemaani aineiston tuottamisessa ja kuvannut analyysiprosessin vaiheita. Näillä keinoilla olen pyrkinyt tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseen.

Tutkimukseni yksi rajoitus on, että analysoitavaksi aineistoksi tuli lopulta vain kollegahaastatteluja, muu aineisto jäi taustamateriaaliksi. Tausta-aineistolla on ollut kuitenkin tärkeä merkitys tutkimuksen kokonaisuuden kannalta. Havainnoinnin merkitys vuorovaikutuksen logiikan ymmärtämisessä oli tärkeää. Palatessani havaintomuistiinpanojen pariin tutkimuksen loppuvaiheessa saatoinkin todeta, että haastattelujen tulkinnat olivat hyvin samankaltaisia havaintomuistiinpanojen huomioiden kanssa. Palautetyön käytäntöjen kuvaaminen myös havainnointiin perustuvien muistiinpanojen avulla olisi ehkä voinut antaa monipuolisemman kuvan

ilmiöstä. Tästä luopuminen oli tietoinen valinta tutkimuksen edetessä. Etnometodologinen aineiston analyysi oli vakuuttavampi vaihtoehto kohdallani. Sisäpuolisen tekemä etnografinen tutkimus olisi ollut mielestäni epäeettistä. Sisäpuolisen asemasta tehtyä etnografiaa pidetään myös tutkimuksen luotettavuuden kannalta huonona ratkaisuna. (Neyland 2008.)

Tutkimukseni puute on myös sukupuolinäkökulman huomiotta jättäminen. Sukupuolen kategorialla on olennainen merkitys terveydenhuollon ammatillisen järjestyksen ja valtasuhteiden muodostumisen kannalta. Esimerkiksi hoivatyön asemaa terveydenhuollon ammattien järjestelmässä on tarkasteltu paljon juuri sukupuolen kautta.

Tulosten tarkastelussa on huomioitava, että tutkimus rajoittuu kirurgian toimialan käytäntöihin. Terveydenhuollon toiminta jakautuu moniin erikoisaloihin ja tulokset olisivat voineet olla toisenlaisia esimerkiksi sisätautien tai psykiatrian toimialalla. Pitkäaikaissairauksien hoidossa potilaan ja ammattilaisen välinen suhde on monella tavalla erilainen. Diabeteksen, verenpainetaudin tai psyykkisten ongelmien kohdalla potilaan ja ammattilaisen oikeudet ja velvollisuudet rakentuvat monelta osin eri tavoin kuin kirurgiassa. Yksityisen terveydenhuollon toimintaympäristö on myös tutkimukseni ulkopuolella.

### **Tutkimuksen hyöty käytännön työlle**

Vaikka tutkimukseni tarkoitus ei ole tuottaa yleistyksiä samalla tavoin kuin määrällisen tutkimuksen, niin on syytä pohtia, missä määrin tulokset ilmentävät julkisen terveydenhuollon moniammatillisten asiantuntijaorganisaatioiden dynamiikkaa laajemmin. Palautteiden, ammatillisuuden ja asiakaskeskeisyyden tulkinnat syntyvät institutionaalisen arjen käytännöissä. Lähestymistavan avulla voidaan mielestäni saada relevanttia tietoa moniammatillisen asiantuntijatyön järjestyksen ylläpitämisestä myös muissa vastaavissa ympäristöissä.

Tutkimukseni anti on sairaalan työntekijöiden arjen järjelyn esiin tuomisessa. Kansalaisten osallistumisen edistämiseksi ja asiantuntijatyön kehittämiseksi tarvitaan konkreettista tietoa siitä, miten yhteiskuntapoliittisia tavoitteita tulkitaan osana ammatillisia ja institutionaalisia käytäntöjä. Organisaation takanäyttämön moniammatillisista vuorovaikutusprosesseista tarvitaan sen vuoksi myös tietoa. Esimerkiksi valtasuhteiden merkitys palautetyössä voi jäädä muuten huomiotta. Vähenevät terveydenhuollon resurssit suhteessa kansalaisten oikeuksiin saada hoitoa asettavat työntekijät jännitteeseen tilanteeseen työssä ja se tulee esiin myös annetuissa palautteissa. Toivon, että tutkimukseni on tuottanut tietoa, jonka avulla työntekijät

saavat välineitä näihin arjen työn ristiriitojen käsittelemiseen. Moniammatillisen työn valtasuhteiden näkyväksi tekeminen voi tuottaa avoimempia ja tasavertaisempia työkäytäntöjä. Työ ei ole yksilöiden rationaalista toimintaa tai organisaation johdon sääntöjen noudattamista, vaan yhteistyön tulosta. Valta, etiikka ja moraalit yhdistyvät toisiinsa arjen työssä. Sen vuoksi institutionaalisen vuorovaikutuksen näkeminen myös moraalisenä asiana on olennaista. Jokainen vuorovaikutustekijä tuottaa moraalista järjestystä. Etiikka toteutuu niissä moraalisisissa valinnoissa, joita arjen työssä tehdään (Raitakari & Juhila 2011, 189-214).

Palautejärjestelmien toimivuudella on kansalaisen ja palvelujärjestelmän välisen luottamuksen kannalta olennainen merkitys. Arjen käytäntöjen tarkastelu osoittaa, että palautetyötä ei voida delegoida esimerkiksi potilasasiamiehelle. Palautetyötä näyttää kuuluvan jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen arjen työhön. Palauteiden käsittelyprosesseja olisi mielestäni tärkeää analysoida liiketaloudellisen käsitteiden ohella myös yhteiskuntatieteellisesti. Liiketalouden käsitteillä ei saada välttämättä riittävästi tietoa palautejärjestelmien rakentumisen dynamiikasta. Tulevaisuudessa asiakaspalauteiden merkitys tulee kasvamaan, kansalaisten valitessa entistä laajemmin palveluntuottajien välillä. Palauteiden antamisen sosiaalisiin prosesseihin tulisi siksi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Saatamme esimerkiksi osallistua asiakkaina jo tällä hetkellä tietämättämme yrityksen markkinointiin. Annettu positiivinen palaute voi olla pian esillä yrityksen verkkosivuilla.

Tutkimukseni teemoista avautuu mielenkiintoisia jatkotutkimuksen kysymyksiä, joista olisi kiinnostavaa saada tietoa. Miten muissa vastaavissa julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioissa tulkitaan responsiivisuutta tai asiantuntijatyön dialogisuutta? Tutkimukseni lähestymistapaa olisi mielestäni hedelmällistä hyödyntää muiden moniammatillisten asiantuntijaorganisaatioiden toiminnan analysoimiseen. Jäsenkategoria-analyysin välineet sopivat hyvin viranomaiskäytäntöjen tarkasteluun. Asiakkaiden kategorisointi on vahvaa vallankäyttöä, jolla on seurauksia. Päätöksenteon taustalla olevien sosiaalisten prosessien näkyväksi tekeminen voi tuottaa lisää avoimuutta julkisen sektorin toimintaan. Muutosprosessien tarkasteleminen kategoriatyön avulla avaa näkymää arjen moraalisen järjestyksen rakentumiseen yksityiskohtaisesti. Kiinnostavaa olisi esimerkiksi analysoida miten osapuolten velvollisuuksista ja oikeuksista neuvotellaan työvoimahallinnon muuttuvassa ympäristössä. Palautejärjestelmien merkitys yksityisen terveydenhuollon toimintaympäristössä olisi myös kiinnostava vertailukohta. Tämä tutkimus on keskittynyt ammattilaisten kategoriatyöhön, mutta työn kehittämisen kannalta olisi hyödyllistä tarkastella myös kansalaisten arviointia ammattilaisista.

Tutkimukseni tulokset antavat aiheen pohtia laajemmin palautejärjestelmien merkitystä osana kansalaisen ja asiantuntijaorganisaatioiden vuorovaikutusta. Hyödynnetäänkö palautteita palvelujen kehittämiseksi asiakaslähtöisempään suuntaan? Tämän tutkimuksen perusteella ei näytä siltä, että asiakaspalautejärjestelmät täyttäisivät niille asetettuja tavoitteita esimerkiksi toiminnan kehittämisen kannalta. Millainen merkitys palautejärjestelmillä on asiantuntijatyön refleksiivisen kehittämisen ja organisaation toimintatapojen parantamisen kannalta? Voidaanko palautejärjestelmien avulla lisätä dialogia kansalaisten ja palvelujärjestelmän välillä ja vahvistaa kansalaisten osallistumista? Toimivatko ne asiantuntijatiedon reflektoinnin ja työn kehittämisen välineenä, kuten niiden odotetaan toimivan? Näihin kysymyksiin olisi kiinnostavaa saada lisää ymmärrystä. Palautteiden hyödyntämisestä organisaatioiden kehittämistyön välineenä tulisi saada lisää tietoa.

Huomioitava on myös, että terveydenhuollon palautejärjestelmien tutkiminen jättää taloudelliset ulottuvuudet ulkopuolelle. Palautejärjestelmillä ei ole suoraa yhteyttä resurssien jakamiseen. Palautejärjestelmät eivät ota kantaa esimerkiksi hoitoon pääsyn taloudellisiin ja poliittisiin ulottuvuuksiin keskittyessään yksittäisten asiakastilanteiden ratkaisemiseen.

Tutkimukseni tavoitteena ei ole ollut antaa tyhjentäviä vastauksia palautejärjestelmistä, vaan tuoda niiden rakentumisen sosiaalisia prosesseja näkyväksi. Tutkimus on täyttänyt mielestäni tavoitteensa, jos olen pystynyt nostamaan esiin kulttuuristen ehtojen merkityksen moniammatillisen asiantuntijaorganisaation palautejärjestelmien rakentumisessa.

## 9 Kirjallisuus

Abbot, Andrew (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor* London: University Press of California.

Allen, Davina (2000) Doing Occupational Demarcation. The “Boundary Work” of Nurse Managers in a District General Hospital. *Journal of Contemporary Ethnography* 29 (3), 326-356.

Allen, Davina (2004) Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nursing Inquiry* 11(1), 14-24.

Allsop, Judith & Mulcahy, Linda (1998) Maintaining professional identity: doctors responses to complaints. *Sociology of Health & Illness* 20 (6), 802-824.

Anspach, Renee & Mizrahi, Nissim (2006) The field worker’s fields: ethics, ethnography and medical sociology. *Sociology of Health & Illness* 28 (6), 713-731.

Antaki, Charles & Widdicombe Sue (1998) Identity as an Achievement and as a Tool. Teoksessa Charles Antaki & Sue Widdicombe (toim.) *Identities in Talk*. London: Sage, 1-14.

Asiakaslaki. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Atkinson, J. M. & Drew, Paul (1979) *Order in Court. The Organisation of Verbal Interaction in Judicial Settings*. London: Macmillan.

Atkinson, Paul (2008) *The Sociological Construction of Medicine*. Teoksessa Sarah Earle & Gayle Letherby (edited) *The Sociology of Healthcare. A Reader for Health Professionals*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 33-39.

Austin, John L. (1962) *How to Do Things with Words*. New York: Oxford University Press.

Baker, Carolyn (1997) Ticketing Rules: Categorization and Moral Ordering in School Staff Meeting. Teoksessa Stephen Hester & Peter Eglin (toim.) (1997) *Culture in Action. Studies in Membership Categorization Analysis*. Washington, D.C.: International Institute for Ethnometodology and Conversation Analysis.

Baker, Carolyn (2002) Ethnomethodological Analyses of Interviews. Teoksessa Jaber F. Gubrium & James A. Holstein & (toim.) *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Thousand Oaks: Sage.

Baker, Carolyn (2004) Membership Categorization and Interview Accounts. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage, 162–176.

Barnes, Barry (2001) The Macro/Micro Problem and the Problem of Structure and Agency. Teoksessa George Ritzer & Smart Barry (toim.) *Handbook of Social Theory*. London: Sage, 339-352.

Baruch, Geoffrey (1981) Moral tales: parents' stories of encounters with health professions. *Sociology of Health & Illness* 3 (3), 275–295.

Bergmann, Jörg R. (1998) Introduction: Morality in Discourse. *Research on Language and Social Interaction* 31 (3 & 4), 279–294.

Billig, Michael & al. (1988) *Ideological Dilemmas. A Social Psychology of everyday thinking*. London: Sage.

Bittner, Egon (1965) The concept of organization. *Social research* 32 (3), 239-255.

Bleich, Sara, Emre Özaltın & Christopher Murray (2009) How does satisfaction with health- care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 87(4), 271-278.

Bosk, Charles (1979) *Forgive and Remember. Managing Medical Failure*. Chigago: University of Chigago Press.

Buttny, Richard (1985) Accounts as a Reconstruction of an Event's Context. *Communication Monographs* 52 (1), 57-77.



Buttny, Richard & Morris G.H. (2001) Accounting. Teoksessa Peter W. Robinson & Howard Giles (toim.) *The New Handbook of Language and Social Psychology*. Chicago: John Wiley & Sons Ltd, 285-301.

Carmel, Sara (1988) Hospital Patients' responses to dissatisfaction. *Sociology of Health & Illness* 10(3), 262-281.

Clarke, John & Newman, Janet (1997) *The Managerial State. Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London: Sage.

Clarke, John (2005) New Labour's citizens: activated, empowered, responsabilized, abandoned? *Critical Social Policy* 25(4), 447-463.

Clarke, John & Newman, Janet & Smith, Nick & Vidler, Elizabeth & Westermarland Louise (2007) *Creating Citizen-Consumers. Changing Publics, and changing Public services*. London: Sage.

Cowan, Jane & Sandy Anthony (2008) Problems with complainthandling: exceptions and outcomes. *Clinical Governance: An International Journal*. 13 (2), 164-168.

Coyle, Joanne & Williams, Brian (1999) Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Leadership in Health Services* 12 (4), 1-8.

Coyle, Joanne (1999) Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'. *Sociology of Health & Illness* 21(1), 95-123.

Currie, Graeme & Dingwall, Robert & Kitchener, Martin & Waring, Justin (2012) Let's dance: Organization studies, medical sociology and health policy. *Social Science & Medicine* 74(3) 273-280.

Davies, Celia (2003) Some Concepts are missing: Reflections on the Absence of a Sociology of Health and illness. *Sociology of Health & Illness* 25 (39), 179-190.

Davies, Bronwyn & Harre, Rom (2007) Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 20(1), 43-63.

Dillon, Patrick J. (2011) Moral accounts and membership categorization in primary care medical interviews. *Communication & Medicine* 8 (3), 211-221.

Douglas, Mary (1986) *How institutions think*. Syracuse, N.Y: Syracuse University Press.

Drew, Paul (1998) Complaints about Transgressions and Misconduct. *Research on Language and Interaction* 25 (3-4), 295-325.

Edwards, Derek (1997) *Discourse & Cognition*. London: Sage

Edwards, Carol & Stanizweska, Sophie & Crichton, Nicola (2004) Investigation of the ways in which patients reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health & Illness* 26 (2), 159-183.

Elston, Mary Ann (1999) The Politics of professional power: medicine in a changing health service. Teoksessa Jonathan Gabe, Michael Calnan & Michael Bury (toim.) *The Sociology of Health Service*. London: Routledge, 58-88.

Eriksson-Piela, Susan (2003) Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampereen yliopisto: Acta Universitatis Tamperensis 929.

Fabian, Johannes & de Rooij, Vincent (2008) *Ethnography*. Teoksessa T. Bennett & J. Frow (toim.) *The Sage handbook of cultural analysis*. Los Angeles: Sage.

Fielding, Nigel (1993) *Ethnography*. Teoksessa Gilbert Nigel (toim.) *Researching social life*. London: Sage.

Fineman, Stephen (2000) *Emotion in Organizations*. London: Sage

Fournier, Valérie (1999) The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism. *Sociological Review* 47(2), 280-307.

Fournier, Valerie (2000) *Boundary Work and the (un)making of the professions*. Teoksessa Nigel Malin (toim.) *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge.

Fox, J. Nicholas (1993) Discourse, organisation and the surgical ward round. *Sociology of Health & Illness* 15 (1), 16-42.

Francis, David & Hester, Stephen (2004) *An Invitation to Ethnomethodology. Language, Society and Social Interaction*. London: Sage.

Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.

Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.

Gill, Liz & White, Lesley (2009) A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 22 (1), 8-19.

Goffman, Erving (1959) *The presentation of self in everyday Life*. New York: Doubleday, Garden City.

Goffman, Erving (1967) *Interaction ritual. Essays on face-to-face behaviour*. New York: Pantheon Books.

Goffman, Erving (1974) *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Cambridge: Harvard University Press.

Griffiths, Lesley (2003) Making connections: studies in the organisation of health care. *Sociology of Health & Illness* 25(3), 155-171.

Haapakorpi, Arja (2009) *Sulkeuman ja neuvottelun ehdoilla: asiantuntija-aseman rakentuminen työelämässä*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hak, Tony (1994) The interactional form of professional dominance. *Sociology of Health & Illness* 16 (4), 466-488.

Hak, Tony (1995) Ethnomethodology and institutional context. *Human Studies* 18 (2), 109-137.

Hak, Tony (1999) "Text" and "con-text": Talk bias in studies of health care work. Teoksessa Srikant Sarangi & Celia Roberts (toim.) *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. New York: Mouton de Gruyter, 427-451.

Hall, Christopher & Juhila, Kirsi & Matarese, Maureen & Van Nijnatten, Carolus (2014) *Analysing social work communication. Discourse in practice*. Milton Park: Routledge.

Hall, Christopher & Slembrouck, Stef & Sarangi, Srikant (2006) *Language Practices in Social Work: Categorisation and accountability in child welfare*. London: Routledge.

- Hammersley, Martyn (1992) What`s wrong with Ethnography? London: Routledge.
- Hassard, John (1990) Ethnomethodology and organizational research: an introduction. Teoksessa Jon Hassard & Dennis Pym (toim.) The Theory and Philosophy of Organizations: Critical Issues and New Perspectives. New York: Routledge.
- Herbert, David (2001) Clinical Governance. Teoksessa Kerry Johnson & Kevan Scholes (toim.) Exploring Public Sector Strategy. Essex: Pearson Education Ltd., 128-142.
- Heritage, John (1984) Garfinkel and Ethnomethodology. Oxford: Polity Press.
- Heritage, John & Lindström Anna (1998) Motherhood, Medicine, and Morality: Scenes from a Medical Encounter. *Research on Language and Social Interaction* 31(3-4), 397-438.
- Heritage, John & Clayman, Steven (2010) Talk in action. Interactions, Identities and Institutions. West-Sussex: Wiley-Blackwell.
- Hester, Stephen & Eglin Peter (toim) (1997) Culture in Action. Studies in Membership Categorization Analysis. Washington, D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis.
- Hester, Stephen & Francis, David (2004) an Invitation to Ethnomethodology. Language, Society and Interaction. London: Sage.
- Hjörne, Eva & Säljö, Roger (2004) The pupil welfare team as a discourse community: Accounting for school problems. *Linguistics and Education* 15 (4), 321-338.
- Hochschild, Arlie R. (2003) The managed heart: The Commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press.
- Hogg, Christine (1999) Patients, power and politics: from patients to citizens. London: Sage.
- Honkasalo, Maisa (2008) Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 45 (1), 4-17.
- Housley, William (1999) Role as an Interactional Device and Resource in Multidisciplinary Meetings. *Sociological Research Online* 4(3).

Housley, William & Fitzgerald, Richard (2002) The reconsidered model of membership categorization analysis. *Qualitative Research* 2 (1), 59-83.

Housley, William & Fitzgerald, Richard (2009) Membership categorization, culture and norms in action. *Discourse & Society* 20 (3), 345-362.

Hunter, Billie (2008) Emotion Work in Midwifery. Teoksessa Earle, Sarah & Letherby, Gayle (edited) *The Sociology of Healthcare. A Reader for Health Professionals*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 235-243.

Huttunen, Laura (2010) Tiheä kontekstointi: haastattelu osana etnografista tutkimusta. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere. Vastapaino, 39-63.

Hämeenaho, Pilvi & Koskinen-Koivisto, Eerika (2014) Etnografian ulottuvuudet ja mahdollisuudet. Teoksessa Pilvi Hämeenaho & Eerika Koskinen-Koivisto (toim.) *Moniulotteinen etnografia*. Ethnos-toimite 17. Helsinki: Ethnos ry, 7-31.

Jayysi, Lena (1991) Values and moral judgement: communicative praxis as moral order. Teoksessa Graham Button (toim.) *Ethnomethodology and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 227-251.

Jenkins, Richard (2000) Categorization: Identity, Social Process and Epistemology. *Current Sociology* 48 (3), 7-25.

Jimerson, Jason & Mathew Oware (2006) Telling the Code of the Street. An ethnomethodological Ethnography. *Journal of Contemporary Ethnography* 35 (1), 24-50.

Jokinen, Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoria - analyysiin. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus* 12(2), 155-183.

Juhila, Kirsi & Hall, Christopher & Raitakari, Suvi (2010) Accounting for Clients' Troublesome Behaviour in a Supporting Housing Unit. *Journal of Social Work* 10(1), 59-79.

Juhila, Kirsi (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Suoninen Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoriianalyysiin. Tampere: Vastapaino, 131-172.

Julkunen, Raija (2008) Sosiaalipolitiikan kansalainen – aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Gaudeamus, 183-220.

Järvi, Pentti (2003) Spontaani asiakaspalaute ja asiakasdialogi päivittäistavarakaupassa. Jyväskylän yliopisto taloustieteiden tiedekunta. Working Paper N:o 259/2003. Jyväskylä 2003.

Kaseva, Kaisa (2011) Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2011:16.

Kinni, Riitta-Liisa (2014) Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointi sairaalan moniammatillisessa työssä Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 92. Itä-Suomen Yliopisto.

Kokkonen, Paula (1997) Terveydenhuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Teoksessa Salmela Tuula (toim.) Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta? Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.

Koponen, Jonna (2012) Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1734.

Kurri, Katja (2005) The Invisible Moral Order. Agency, Accountability and Responsibility in Therapy Talk. Jyväskylä: Studies in education, psychology and social research. 260. University of Jyväskylä.

Larjovuori, Riitta-Liisa & al. Asiakkaat kuntapalvelujen kehittäjiksi: opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Saatavilla:

[www.tekes.fi/julkaisut/asiakkaat\\_kuntapalvelujen\\_kehittajiksi.pdf](http://www.tekes.fi/julkaisut/asiakkaat_kuntapalvelujen_kehittajiksi.pdf) 11(2012):2014

Latimer Joanna (1997) Giving patients a future: the constituting of classes in an acute medical unit. *Sociology of Health & Illness* 19 (2), 160-185.

Latimer, Joanna (2000) Socialising disease: medical categories and inclusion of the aged. *Sociological Review* 48 (3), 383-407.

Lepper, Georgia (2000) *Categories in Text and Talk*. London: Sage Publications.

Leudar, Ivan, Marsland, Victoria & Nekvapil, Jiri (2004) On Membership Categorization: 'Us', 'Them' and 'Doing Violence' in Political Discourse. *Discourse & Society* 15(2+3), 243-266.

Lillrank, Paul & Kujala, Jaakko & Parvinen, Petri (2004) *Keskeneräinen potilas. Terveystuon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum.

Linell, Per & Rommetveit, Ragnar (1998) The Many Forms and Facets of Morality in Dialogue: Epilogue for the Special Issue. *Research on Language and Social Interaction* 31(3-4), 465-473.

Lämsä, Riikka (2013) *Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä*. Tutkimus 99. Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos THL. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

Malone, Martin J. (1997) *Worlds of Talk. The Presentation of Self in Everyday Conversation*. Cambridge: Polity Press.

Manning, Peter, K. (2008) Goffman on Organizations. *Organization Studies* 29(5), 677-699.

May, Carl (2007) The Clinical Encounter and the Problem of Context. *Sociology* 41(1), 29-45.

Miller, Gale (1989) Defining Proper Work Performance. Complaint-Making and Negotiation in a Work Incentive Program. *Journal of Contemporary Ethnography* 18(1), 30-49.

Mills C. Wright (1940) Situated Actions and Vocabularies of Motivation. *American Sociological Review* 5 (6), 904-913.

Mulcahy, Linda (2003) *Disputing Doctors: The Socio-legal Dynamics of Complaints about Medical Care*. Berkshire: Open University Press.

Mulcahy, Linda & Tritter, Jonathan (1998) Pathways, Pyramids, Icebergs? Mapping the Links between Dissatisfaction and Complaints. *Sociology of Health & Illness* 20(6), 825-847.

Mäkelä, Klaus (2005) Sosiaalitutkimuksen eettinen sääätely. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(4), 386-395.

Mäkitalo, Åsa (2002) *Categorizing Work: Knowing, Arguing, and Social Dilemmas in Vocational Guidance*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Mäkitalo Åsa (2003) Accounting Practices as situated knowing: dilemmas and dynamics in institutional categorization. *Discourse Studies* 5(4), 495-516.

Mäkitalo Åsa & Säljö Roger (2002a) Invisible People: Institutional Reasoning and Reflexivity in the Production of Services and "Social Facts" in Public Employment Agencies. *Mind, Culture and Acitivity* 9 (3), 160-178.

Mäkitalo Åsa & Säljö Roger (2002b) Talk in Insitutional context and institutional context in talk: Categories as situated practises. *Text* 22(1), 57-82.

Mäkitalo Åsa (2014) *Categorisation*. Teoksessa Christopher Hall, Kirsi Juhila, Maureen Matarese & Carolus Van Nijnatten (toim.) *Analysing social work communication*. Discourse in practice. Milton Park: Routlegde.

Neyland, Daniel (2008) *Organizational Ethnography*. London: Sage.

Nikander, Pirjo (2002) Age in Action. Membership Work and Stage of Life Categories in Talk. Helsinki: Suomalaisen tiedeakatemia toimituksia. *Humaniora* 321.

Nikander Pirjo (2003) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40, 279-290.

Nikander, Pirjo (2007) Emotions in meeting talk. Teoksessa Alexa Hepburn & Sally Wiggins (toim.) *Discourse Research in Practice: New Approaches to Psychology and Interaction*. Gambridge: Gambridge University Press, 50-67.

Nikander, Pirjo (2008) Constructionism and Discourse Analysis. Teoksessa J. A. Holstein & J.F. Gubrium (toim.) *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guildford Press, 413-428.



Nikander, Pirjo (2010) Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset järjestykset. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 242-268.

Nikander, Pirjo (2012) Interviews as Discourse Data. Teoksessa Gubrium, Jay, Holstein, James, Mackinney-Marvasti, Karyn & Marvasti, Amir (toim.) Handbook of Interview Research 2nd Edition. London: Sage.

Nikunen, Minna (2005) Surman jälkeen itsemurha. Kulttuuriset luokitukset rikosuutisissa. Tampere: Tampere University Press.

Orbuch, Terri L. (1997) Peoples accounts count. The sociology of accounts. Annual review of sociology 23, 455-478.

Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2015) Muistutus institutionaalisenä vuorovaikutuksena terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 52 (3), 202-213.

Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016) Terveystuollon muistutus asiakkaan arvioimana käytäntönä. Janus 24 (1), 45-61.

Paoletti Isabella (2001) Membership Categories and Time Appraisal in Interviews with Family Caregivers of Disabled Elderly. Human Studies 24 (4), 293-325.

Parsons, Talcott (1951) Illness and the role of the physician: a sociological perspective. American journal of Orthopsychiatry 21 (3), 452-460.

Peräkylä, Anssi (1990) Kuoleman monet kasvot: identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Tampere: Vastapaino.

Peräkylä, Anssi (1997) Realibility and Validity in Research Based on Tapes and Transcripts. Teoksessa David Silverman (toim.) Qualitative Research Theory, method and practice, London: Sage, 201- 220.

Peräkylä, Anssi (2001) Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Helena Ylijoki (toim). Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Tampere: Vastapaino, 347-364.

Peräkylä, Anssi (2001) Erving Goffman – sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili- Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino, 347-364.

Pietilä, Ilkka (2010) Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212-241.

Pollner, Melvin (1974) Mundane Reasoning. *Philosophy of the Social Sciences* 4(1), 35-54.

Pollner, Melvin & Robert. M. Emerson (2001) *Ethnomethodology and Ethnography*. Teoksessa Paul Atkinson, Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland & Lyn Lofland (toim.) *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

Pomerantz A.M. (1986) Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. *Human Studies* 9(2), 219-229.

Potilaslaki. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Potilasvahinkolaki 1986/585. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860585>

Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987) *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.

Psathas George (1999) Studying the Organization in Action: Membership Categorization and Interaction Analysis. *Human Studies* 22 (2), 139-162.

Pyykkö, Raija (2011) Hengellisen ja maallisen rajalla. Kamppailu seurakuntien diakoniatyöntekijöiden sosiaalisesta ja kulttuurisesta toimialueesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1670. Tampere: Tampere University Press.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011) Moraalinen järjestys ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja*. Juva: PS-kustannus, 189-214.

Rantanen, Teemu & Toikko, Timo (2006) Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. *Janus* 14 (4), 403-410.

Rapley, Timothy John (2001) The (art)fulness of open-ended interviewing: some considerations on analysing interviews. *Qualitative Research* 1(3), 303-323.

Rapley Mark & McCarthy, David & McHoul, Alec (2003) Mentality or morality? Membership categorization, multiple meanings and mass murder. *British Journal of Social Psychology* 42 (3), 427-444.

Rastas, Anna (2005) Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 78–102.

Rawls, Anne Warfield (1989) Language, self, and social order: A reformulation of Goffman and Sacks. *Human Studies* 12 (1), 147-172.

Rawls, Anne Warfield (2010) Social Order as Moral Order. Teoksessa Hitlin, Steven & Vaisey Stephen (Edited) *Handbook of The Sociology of Morality*. New York: Springer Science+Business Media, 95-121.

Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili- Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino, 383-405.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005) Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22-56.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 9-36.

Ryen, Anne (2009) *Ethnography: Constitutive practice and Research Ethics*. Teoksessa D. Mertens & P. Ginsbeg (toim.) *The Handbook of Social Research Ethics*. Thousand Oaks: Sage

Sacks, Harvey (1984) On Doing "Being Ordinary". Teoksessa J.M. Atkinson & J. Heritage (toim.) *Structures of Social Action: Studies in conversation analysis*. London MacMillan, 413-429.

Sacks, Harvey (1992) Lectures on conversation Vol 1+2. Toim. Gail Jefferson. Oxford: Basil Blackwell.

Salmela, Tuula (1997) Alkusanat. Teoksessa Tuula Salmela (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 11-12.

Salmela, Tuula (1997) Muuttuva potilas- lääkärisuhde. Teoksessa Tuula Salmela (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 52-63.

Sarangi, Srikant & Roberts, Celia (1999) The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. Teoksessa Srikant Sarangi & Celia Roberts (toim.) Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Berlin: Mouton de Gruyter.

Scott, Marvin B. & Lyman, Stanford M. (1968) Accounts. *American Sociological Review* 33 (1), 46–62.

Shotter, John (1984) Social accountability and selfhood. Oxford: Blackwell.

Silverman, David (1987) Communication and Medical Practice. *Social Relations in the Clinic*. London: Sage.

Silverman, David (1998) Harvey Sacks: Social Science and Conversation Analysis. New York: Oxford University Press.

Silverman, David (1999) Warriors or collaborators. Reworking methodological controversies in the study of institutional interaction. Teoksessa Srikant Sarangi & Celia Roberts (toim.) Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Berlin: Mouton de Gruyter.

Silverman, David (2001) (toim.) Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. London: Sage.

Silverman, David (2005) Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. London: Sage.

Silverman, David (2007) A Very Short, Fairly Interesting and Reasonably Cheap Book about Qualitative Research. London: Sage.

Simmons, Richard & Birchall, Johnston & Prout, Alan (2012) User involvement in public services: "choice about voice". *Public Policy and Administration* 27 (1), 3-29.

Slembrouck, Stef & Hall, Christopher (2003) Caring but not coping: fashioning a legitimate parent identity. Teoksessa Chris Hall, Kirsi Juhila, Nigel Parton & Tarja Pösö (toim.) *Constructing clienthood in social work and human services: Interaction, identities and practices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 44-61.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino 1999.

Stokoe, Elisabeth (2012) Moving forward with membership categorization analysis: Methods for systematic analysis. *Discourse Studies* 14 (3), 277-303.

Suoninen, Eero (2001) Harold Garfinkel. Etnometodologia ja sosiaaliset järkeilytavat. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino, 365–382.

Suoninen, Eero (1993) Mistä perheenäidit on tehty? Haastattelupuheen analyysi. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 111-140.

Ten Have, Paul (1995) Medical ethnomethodology: An overview. *Human Studies* 18(2), 245-261.

Tritter, Jonathan (2009) Vallankumous vai hidaskuutos –Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja kuutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, Helsinki University Press.

Turner, Bryan S. (1986) *The Vocabulary of complaints: Nursing, Professionalism and Job Context*. *Australian and New Zealand Journal of Sociology* 22(3), 368-386.

Turowetz, Jason & Maynard, Douglas W. (2010) *Morality in the Social Interactional and Discursive World of Everyday Life*. Teoksessa Steven Hitlin & Stephen Vaisey (toim.) *Handbook of Sociology of Morality*. New York: Springer Science+Business Media, 503-526.

Vahingonkorvauslaki 1974/412 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1974/19740412>

Valokivi Heli (2008) Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis. 1286. Tampere University Press.

Valtonen, Anu (2005) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 223-241.

Valvira (2012). Potilaan oikeudet. Esitteet 1.

Vidler, Elisabeth & Clarke, John (2005) Creating Citizen-Consumers: New Labour and the Remaking of Public Services. *Public Policy and Administration*. 20 (2), 19-33.

Vuori, Hannu (2013) Terveystieteiden laatu- ja kehityksen tutkimus Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50 (1), 87-95.

Välimaa, Outi (2011) Kategoriat ongelman selontekoina. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottelemisen ja sen rakentumisen haastattelupuheessa. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1589. Tampere University Press.

Waring, Justin (2007) Adaptive regulation and governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine. *Sociology of Health & Illness* 29(2), 163-179.

Widdicombe, Sue & Wooffitt, Robin (1995) *The Language of Youth Subcultures. Social Identity in Action*. New York: Harvester Wheatsheaf.

Widdicombe, Sue (1998) 'But You Don't Class Yourself': The Interactional Management of Membership and Non-membership. Teoksessa Charles Antaki & Sue Widdicombe (toim.) *Identities in Talk*. London: Sage, 52–70.

Wieder, Lawrence (1974) *Language and Social Reality- The Case of Telling the Convict Code*. The Hague: Mouton.

Williams, Brian (1994) Patient Satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine* 38 (4), 509-516.

Williams, Brian, & Coyle, Joanne & Healy, David (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 47 (9), 1351-1359.

Ylikoski Tuire (2000) Unohtuiko asiakas? Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

## LIITE 1. Haastattelukysymykset

Haastattelurunko kaikille ammattiryhmille:

1. Miten kuvaisit työyhteisöäsi ja sen erityispiirteitä oman työsi näkökulmasta?
2. Minkä arvelet olevan erityisesti hyvää omassa ammatissasi potilasvuorovaikutuksen kannalta, jos vertaat sitä muiden töihin?
3. Saatko mielestäsi paljon palautetta, ja minkälaisista asioista potilaat antavat positiivisia/negatiivisia kommentteja sinulle/teille hoidon yhteydessä?
4. Minkälaiset asiat potilastyössä ovat niitä, mistä tulee hyvämieli, mitkä niitä jotka liikuttavat?
5. Miksi potilas kertoi mielestäsi asiasta juuri sinulle/teille? Eikä muille henkilökunnan jäsenille
6. Minkälaisissa tilanteissa potilaat erityisesti antavat (positiivista - negatiivista) palautetta?  
  
Esimerkkejä, joita muistuu mieleen?
7. Milloin potilaiden kommentit tulkitaan palautteeksi?
8. Negatiivisten kommenttien osalta:
9. Oliko kritiikki aiheellista vai aiheetonta mielestäsi? Mistä kritiikki johtui omasta mielestäsi?
10. Pystyitkö vaikuttamaan kritiikin syyhyn, pystyitkö tekemään asialle jotakin? Mitä?
11. Millainen on kiitollinen potilas viestijänä, entä epäkiitollinen/hankala?
12. Kuinka paljon työajastasi menee tyytymättömyyden ilmausten selvittämiseen potilaiden kanssa?



13. Onko tilanteissa päästy yhteisymmärrykseen mielestäsi, tai miten asia on voitu ratkaista?
14. Myös yleisemmin: mistä potilaiden ärtymys tai kritiikki yleensä on johtunut sinun käsityksesi mukaan?
15. Antavatko toiset potilaat herkemmin negatiivista palautetta kuin toiset, vaikka tilanne olisi samanlainen? Ketkä antavat, ketkä eivät?
16. Jos joku on "valittanut" jostakin, niin puhutko siitä jonkun muun työntekijän kanssa? Kenen?
17. Miten käsittelet asiaa potilaan kanssa, jos kritiikki kohdistuu erityisesti toisen työntekijän toimintaan?
18. Mitä luulet potilaiden yleensä ajattelevan kielteisen palautteen antamisesta?
19. Ovatko potilaat valmiita antamaan palautetta - onko tilanne muuttunut viime vuosina (90-luvun aikana esimerkiksi)?
20. Onko potilaiden asema kokemuksiesi mukaan huonontunut vai parantunut?
21. Onko sinulla parannusehdotuksia palautteen käytön edistämiseksi?