



SUSAN ERIKSSON-PIELA

# Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa?

Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston  
päärakennuksen luentosalissa A1, Kalevantie 4, Tampere,  
30. päivänä toukokuuta 2003 klo 12.

English summary

*Acta Universitatis Tampereensis 929*

*Tampereen yliopisto  
Tampere 2003*

# AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
Työsuojelurahasto

Myynti



Tampereen yliopiston  
Tiedekirjakauppa TAJU  
PL 617  
33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 215 6055  
Fax (03) 215 7685  
taju@uta.fi  
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu  
Juha Siro

Painettu väitöskirja  
Acta Universitatis Tamperensis 929  
ISBN 951-44-5664-5  
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja  
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 252  
ISBN 951-44-5665-3  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print  
Tampere 2003

## **English Summary**

### **Emotion, knowledge or hierarchy? The multiplicity of professionalism in nursing**

The dissertation concerns how nurses and auxiliary nurses in cardiology construct their professional position in the hospital hierarchy. The theoretical starting-point deals with professional theories including the significance of power. Interview data is examined using rhetorical discourse analysis with an analytic eye on power relations. These research perspectives constitute the bases for the analysis, which are professional knowledge, professional responsibilities and moral standards, professional relations with patients, work community and gender relations. The research shows that the professional identity of the nurses in question is constructed with the hierarchical aspect in all of these areas. The analysis shows that the power relations that are constructed and maintained in various social relations seem to be a crucial point of the professional self. These conclusions give a perspective for future research, for example in a wide range of studies of professional interaction, studies of workplace cultures and studies for expertise and professionalism.

## Kiitokset

Kiitän ohjaajiani Pertti Alasuutaria ja Anssi Peräkylää sekä työn esitarkastajia Lea Henrikssonia ja Esa Konttista asiantuntevista ja rakentavista huomioista ja kommentteista.

Ilman Päivi Korvajärven, Merja Kinnusen ja Riitta Järvisen toimihenkilötyötä koskevaa tutkimusprojektia minulla ei olisi ollut mahdollisuutta ajautua tämän tutkimusaiheen pariin eikä liioin tutkijaopiskelijaksi. Heille välitän nöyryimmät kiitokseni. Erityisesti on kiitettävä Riitta Järvistä, jonka keräämää tutkimusaineistoa olen voinut hyödyntää työssäni.

Innostuksesta ja kannustuksesta tutkimustyöhön kiitän maanlaajuista sosiologiyhteisöä. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos ja sen henkilökunta ja opiskelijat ovat tarjonneet haasteellisen ja virikkeellisen työskentely-ympäristön. Valtakunnallisen sosiaalitieteiden tutkijakoulu SOVAKO:n opiskelijat antoivat runsaasti ajattelemisen aihetta, joista erityisesti Marko Salonen diskurssianalyysin metodologiaa koskevine huomioineen. Analyyttisestä innostavuudesta haluan kiittää myös laadullisten aineistojen erittelyyn tähtäävää metodologista tutkijakoulutusta kehittäneitä tahoja, joiden ansiosta minulla on ollut mahdollisuus opiskella kansainvälisesti arvostettujen diskurssianalyttikkojen kursseilla. Nämä kurssit sysäsivät tutkimusprosessin käyntiin.

Kiitän kaikkia heitä, jotka lukivat käsikirjoitusta ja sen osia prosessin eri vaiheissa. Ilkka Pirttilää ja sosiologisen asiantuntijatutkimuksen verkoston jäseniä kiitän lukuisista hyödyllisistä keskusteluista. Tampereen yliopiston naistutkimuksen laitoksen ihmisiä ja Tieteentekijöiden liitossa vaikuttavia yhteiskunta-aktivisteja kiitän kaikenlaisesta tsempestä.

Tutkimusta rahoittivat Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, valtakunnallinen tutkijakoulu SOVAKO, Tampereen yliopiston H. Weijola –säätiö, Työsuojelurahasto ja Tampereen kaupungin kulttuuri- ja tiederahasto. Kiitän sydämellisesti näitä tahoja. Kirjan painatukseen liittyvästä työstä kiitän Tampereen yliopiston julkaisukeskusta ja esityöstä Helsingin Yliopistopainoa.

Kiitän läheisiäni ja ystäviäni tuesta työprosessin eri vaiheissa. Hellimmät kiitokseni annan pojalleni Paavo Pielalle, joka sai minut vihdoon laittamaan työlle pisteen.

Omistan kirjan erityisesti sairaanhoitajille ja perushoitajille, mutta myös kaikille muillekin suomalaisille ammattilaisille, jotka katsovat tekevänsä asiantuntijatyötä.

Helsingissä 15.4.2003

Susan Eriksson-Piela

# Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus

<b>1. Johdatus tutkimukseen</b>	<b>8</b>
1.1. Tutkimusasetelma: asiantuntijuus ja ammatillinen asema	10
1.2. Tutkimusaineiston luonne	14
1.3. Professio, asiantuntijuus ja valta identiteetin rakennusaineina: tutkimuksen teoreettinen tausta	20
1.3.1. Professio ja valtasuhteet	22
1.3.2. Asiantuntijuus ja valtasuhteet	25
1.3.3. Identiteetti hoitotyössä	28
1.4. Tutkimuksen metodologia: institutionaalinen kielenkäyttö ja kielellinen vallankäyttö	31
1.4.1. Instituutio ja valtasuhteet kielenkäyttönä	33
1.4.2. Valtasuhteet hegemoniana, ideologiana ja subjektiasemina	34
1.4.3. Valtasuhteet, semiotiikka ja syntaksi	37
1.5. Haastatteluaineiston asettamat rajat ja mahdollisuudet tutkijan tulkinnoille – tutkimuksen yleistettävyyys	40
1.6. Tutkimuksen rakenne	46
<b>2. ”Empaattisuus on ajattelemista toisen lähtökohdista” – asiantuntemus ja hoitokäytäntö</b>	<b>48</b>
2.1. Hoitokäytäntö ja arkipäivän ammatillinen tietämys	50
2.1.1. Lääketiede arjen rutiinina	51
2.1.2. Lääketiede asiantuntemuksen lähteenä	53
2.1.3. Hoitotyö instituutiona	55
2.2. Hoitokäytäntö ja ideaalinen ammatillinen tietämys	58
2.2.1. Hoitotiede asiantuntemuksen lähteenä	59
2.2.2. Hoitotiede instituutiona	64
2.2.3. Hoitotiede arvioinnin kohteena	66
2.3. Tietämys ja ammattikulttuuri asiantuntijaidentiteetin perusteena	69
<b>3. ”Kaikkien pitää työskennellä yhdessä potilaan parhaaksi” – velvollisuus ja moraal</b>	<b>72</b>
3.1. Asiantuntemus ja ammatilliset vaatimukset	73
3.1.1. Taitojen hallintaa vai itsensä kehittämistä?	74
3.1.2. Asiantuntemuksen hallintaa vai itsensä kehittämistä?	79
3.2. Moraali ja ammatilliset vaatimukset	82
3.2.1. Potilaan etu ja yksilömoraali	83
3.2.2. Potilaan etu ja kollektiivinen moraal	86
3.3. Asiantuntemus ja humanismi – paradoksiko?	89

<b>4. ”Että asiakas tuntisi olevansa luotettavissa käsissä” – potilas ammatillisen identiteetin rakentajana</b>	<b>93</b>
4.1. Potilas ja arkipäivän asiantuntijuus	95
4.1.1. Potilas on kohde tai potilas on sairaus – hoitotyön käytäntö	96
4.1.2. Olematon potilas – hoitotyön rutiini	99
4.2. Potilas ja ideaalinen asiantuntijuus	101
4.2.1. Potilas on ihminen – hoitotyö ja kunnioitus	102
4.2.2. Potilas on asiakas – hoitotyö palveluna	108
4.3. Potilaan merkitys sairaanhoidon diskursseissa – läsnäoloa vai poissaoloa?	112
<b>5. ”Että yhdessä kehitettäisiin sitä osaston toimintaa” – hoitotyö ja työyhteisö</b>	<b>116</b>
5.1. Ammattiryhmien väliset suhteet – konsensuksesta konfliktiin	119
5.1.1. Perushoitajan asema – pätevyyttä vai asenteiden sanelemaa hierarkiaa?	120
5.1.2. Sairaanhoitajan asema – yhteistyötä vai päätösvallan sanelemaa hierarkiaa?	126
5.2. Johtajuus ja työyhteisö: konfliktista konsensukseen	133
5.2.1. Esimies ja alaiset – palaute ja luottamus	134
5.2.2. Johto ja alaiset – määräys ja kehittäminen	138
5.3 Asiantuntijat työyhteisössä – saumatonta yhteistyötäkö?	145
<b>6. ”Olisiko se naisille luonteenomaisempaa?” – sukupuolen merkitys hoitotyössä</b>	<b>149</b>
6.1. Sukupuolierot sairaanhoidossa	151
6.1.1. Ahkera nainen – laiska mies	151
6.1.2. Hoivaava nainen – tekninen mies	156
6.2. ”Niissä saattaa olla pikkuisen naismaisuuutta joukossa...” - Onko mieshoitaja maskuliini vai feminiini?	160
6.3. Sukupuoli työyhteisössä: konsensus ja konflikti	170
6.3.1. Niuhottava nainen – tasapainottava mies	170
6.3.2. Häiritty nainen – häiritsevä mies	173
6.4. Hoitotyö ja sukupuoli – harmoniaa vai hierarkiaa?	176
<b>7. Tutkimuksen päätös: sairaanhoidon ammatillisuus valtasuhteiden moninaisuutena</b>	<b>181</b>
7.1. Tietämyksen merkitys ja professionaalinen valta	183
7.2. Moraalin merkitys ja kontrollivalta	187
7.3. Työnjaon merkitys ja institutionaalinen valta	190
7.4. Sukupuolen merkitys ja rakenteellinen valta	196
Lähdekirjallisuus	203
Muut lähteet	216

# 1. Johdatus tutkimukseen

Nykyajan työelämässä asiantuntemusta vaaditaan melkein alalla kuin alalla. Erilaisissa asiantuntijaorganisaatioissa korostetaan ammattitaidon merkitystä ja yksilöllistä osaamista luonnehditaan organisaation olennaiseksi voimavaraksi. Jos vilkaisemme esimerkiksi valtion työnantajien henkilöstöstrategioita, huomaamme, että useissa näistä julkilausumista painotetaan yksittäisten työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Tämä asettaa sekä työnantajalle että työntekijälle erityisiä velvollisuuksia: työnantajan on huolehdittava asianmukaisista työolosuhteista henkilöstön hyvinvoinnin takaamiseksi ja henkilöstön on vastaavasti pyrittävä sitoutumaan työnantajan tavoitteisiin. Vain näiden edellytysten vallitessa jokaisen asiantuntemusta voidaan hyödyntää täysipainoisesti.

Sairaala on asiantuntijaorganisaatio, joka koostuu useista eri ammattiryhmistä. Yksittäisellä vuodeosastolla työskentelee lääkäreitä, osastonhoitaja, sairaanhoitajia, perushoitajia, sairaala-apulaisia ja osastosihteereitä. Tämän lisäksi eri ammattiryhmien edustajat ovat voineet erikoistua tiettyihin tehtäviin. Vaikka kunkin ammattiryhmän edustajat toimivat suoraan tai välillisesti potilashoidossa, monenlaiset tekijät erottavat näitä ryhmiä toisistaan. Koulutuspohja, työtehtävien luonne ja erilaiset ammattikuväsäännökset pitävät yllä ammattiryhmien välistä työnjakoa. Se mahdollistaa tehokkaan potilashoidon siltä osin, että kukin työntekijä suorittaa vain tiettyjä tehtäviä. Tämänkaltaiset erottelut tekevät sairaalasta hierarkkisen asiantuntijaorganisaation.

Sairaalan asiantuntijaorganisaatioluonnetta kuvaa myös se, että Tilastokeskuksen ammattiluokituksen mukaan sekä lääkärit että sairaanhoitajat kuuluvat asiantuntijatyöntekijöiden luokkaan. Työn vaativuutta perustellaan siihen tarvittavalla koulutuksella ja ammattitaidolla. Työtehtävien laatu, vaativuus ja ammattitaito ovatkin niitä määreitä, jotka ylipäänsä sijoittavat yksilön tietyn ammattiryhmän edustajaksi (Ammattiluokitus 2001, 6). Vaativuusluokituksilla on olennainen rooli esimerkiksi palkkataistelussa ja työnvälityksessä.

Kun ammattiluokituksessa määritellään ammattiryhmien ”luokka-asemaa” työtehtävien laadun ja ammattitaidon mukaan, ammatit tullaan samalla asettaneeksi hierarkkiseen kehikkoon.



Ammattiluokitus tulee siis omalta osaltaan ylläpitäneeksi sellaisia yhteiskunnallista ja kulttuurista ajattelua, jossa jotkut ammatit sijoitetaan statusasemaltaan ylemmäksi kuin jotkut toiset ja jossa ammattien arvostus määräytyy tämän statusaseman mukaan. Luokitushierarkiassa ylimpänä ovat ne ammattiryhmät, joiden työtehtävien vaativuus, koulutustaso ja ammattitaito katsotaan korkeimmaksi. (Kinnunen M. 2001, 72, 106-114.) Terveystieteiden ammattiryhmien kohdalla hierarkia merkitsee nykyisellään sitä, että lääkärit, ylihoitajat ja osastonhoitajat asettuvat korkeimman statuksen kantajiksi, sillä he ovat ”erityisasiantuntijatyön” luokassa. Seuraavaksi tulevat sairaanhoitajat, koska heidät katsotaan kelpaaviksi ”asiantuntijatyön” luokkaan. Perushoitajia ei puolestaan luokitella asiantuntijoiksi, vaan heidät on sijoitettu ”hoitotyöntekijöiden” luokkaan. Sairaala- ja laitospöytäisten kohdalla kysymys on luokasta ”muut palvelutyöntekijät”. (Ammattiluokitus 2001, 12-22.) Ammattiryhmien välisiä hierarkioita aikaansaavat luokitteluperusteet ovat toki keinotekoisia ja sopimuksenvaraisia. Kysymys on totunnaisista käsityksistä, jotka legitimoivat yhteiskunnallisia jakoja.

Samaan aikaan niin sosiaali- ja terveysalalla kuin muuallakin julkisella sektorilla on jouduttu sopeutumaan muutoksiin, jotka perustuvat kustannustehokkuuden korostumiselle. Paula Könnilä esittää, että eräs keskeinen muutos 1990-luvulla on ollut keskusjohtoisuuden purkaminen ja sen tarkoituksena on parantaa palvelujen laatua. Pyrkimys on kunnallisen itsehallinnon vahvistamiseen, joka merkitsee nykyisessä talouspoliittisessa tilanteessa myös sitä, että resurssien käytöstä huolehtiminen on aiempaa enemmän kuntien vastuulla. Keskusjohtoisen säätelyn vähetessä paikallistasolla lisääntyy liikkumavapaus, mutta myös tehostamisen tarve. Kunnat joutuvat etsimään uusia ja joustavampia palvelutuotannon tapoja.

Tämä on aiheuttanut muun muassa tarpeen arvioida uudelleen sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden henkilöstörakennetta ja työmenetelmiä. On peräänkuulutettu uudenlaista toimintakulttuuria, jossa korostetaan asiakaslähtöisyyden ja eri ammattiryhmien tasa-arvoisen yhteistyötä. Könnilän mukaan tämänkaltainen kulttuurinen muutos tuottaa tarpeen myös asenteiden muuttumiselle asiantuntijaorganisaatioissa. Yhteistavoitteellisuudesta ja yhteistyöstä on tullut avainkäsitteitä, joiden kautta työkuultuureja pyritään muuttamaan aiempaa joustavammiksi. Myös henkilöstöjohtamisen kehittämistä korostetaan. Esteinä näille myönteisille kehityskuluille sosiaali- ja terveysalojen asiantuntijaorganisaatioissa Könnilä näkee kuitenkin jäykät hierarkkiset rakenteet, pitkälle viedyn työnjaon ammattien kesken ja eriytyneen päätöksentekomenettelyn, tiedonvälityksen ja vuorovaikutuksen puutteen sekä yksittäisten tehtävien korostamisen. (1999, 67.)

Nähdäkseni juuri nämä seikat ovat kuitenkin moniammatillisten asiantuntijaorganisaatioiden ja siten myös sairaalalaitoksen erityispiirteitä.

Tämän nykyproblematiikan valossa on kiinnostavaa pohtia, miten hoitajat itse määrittelevät työtään ja siinä toimimista hierarkkisessa sairaalaorganisaatiossa, jossa ammattitaidon ja asiantuntijuuden merkitys on olennainen. Tutkimuksen ytimenä on selvittää, millä tavoin hoitotyössä toimiva henkilö perustelee ammatillista asemaansa sairaalahierarkiassa.

## **1.1. Tutkimusasetelma: asiantuntijuus ja ammatillinen asema**

Kun pohditaan, mitä sairaalaorganisaation hierarkkinen järjestys käytännössä merkitsee, voi tulla mieleen vaikkapa lääkäreiden ja sairaanhoitajien muodostamat ammattikollektiivit sekä näiden kollektiivien väliset jännitteelliset suhteet. Tätä kirjoitettaessa viimeisin näitä suhteita koskeva lukemani keskustelu on käyty Helsingin Sanomissa<sup>1</sup>, jossa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen puheenjohtaja Jaana Laitinen-Pesola kommentoi peruspalveluministeri Osmo Soininvaaran huolta julkisen sektorin lääkäripulasta. Soininvaara on esittänyt ajatuksen, että sairaanhoitajilla tulisi olla mahdollisuus tehdä pieniä lääketieteellisiä toimenpiteitä siinä määrin kuin heidän ammattitaitonsa katsotaan siihen riittäväksi. Laitinen-Pesola huomauttaa tähän, että ”kysymystä terveydenhuollon tehtäväsiirroista ei voi käsitellä yksinkertaisena tempujen tekemisen siirtämisenä ammattiryhmältä toiselle”, sillä ammattiryhmien tehtäväkentät ovat tarkoin määriteltyjä sen mukaan, minkälaista tietämystä ja ammattitaitoa se vaatii.

Tätä argumenttia on mahdollista tulkita myös käänteisesti siten, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden tietämys ja ammattitaito ovat tarkoin sidottuja virallisesti säädelyihin ammatillisiin toimenkuviin ja tämä virallisesti määritelty ”lupa tietää” säätelee sairaalaosastojen eri ammattiryhmien toimintaa. Näyttää siis siltä, että terveydenhuollon ammatillisia hierarkioita pidetään yllä laajemminkin yhteiskuntatasolla ja julkisessa keskustelussa eikä vain yksittäisissä sairaaloissa. Lääkäreiden ja

sairaanhoitajien välinen jännitteellinen suhde ei kerro vain sairaanhoitajien pyrkimyksestä oman ammattitaitonsa tunnustamiseen lääkäreiden rinnalla vaan myös siitä, että lääkäreiden itseoikeutettu asema professionaalisen ammattiryhmänä on erittäin sitkeästi juurtunut käsityksiin ammattikuntien välisistä hierarkkisista asetelmista. Koska lääkärit ovat lääketieteen itseoikeutettuja asiantuntijoita, sairaanhoitajien lääketieteellistä pätevyyttä tullaan automaattisesti verranneeksi lääkäreiden pätevyyteen. Toisaalta keskustelua voi tulkita myös siten, että puhuminen lääketieteestä sairaanhoitotoiminnan yhteydessä kertoo jotakin tämän ammattikunnan varsinaisesta kompetenssista; juuri tämänkaltaisen keskustelun kautta tuo kompetenssi tulee näkyväksi ja määritellyksi.

Kun puhutaan ammattikunnan professionaalistumisesta tai ammatillistumisesta, viitataan tuon ammattikunnan kehittymiseen ja sen statuksen paranemiseen yhteiskunnallisella arvoasteikolla. Tämänkaltaista prosessia on luonnehdittu ideologiseksi ja kehittymisen ajatusta professioiden kohdalla mytologiseksi. (Crompton 1990.) Professio määritellään itsenäiseksi asiantuntija-ammattiksi, jonka toiminta perustuu tieteellisen ja teoreettisen tiedon käytölle ja jolla on yhteiskuntaa palveleva funktio sekä yhteiskunnallista arvostusta (esim. Parsons 1954; Freidson 1970). Esimerkiksi hoitajien kohdalla ammatillistuminen merkitsee sitä, että heidän asiantuntijuutensa tulee virallisesti tunnustetuksi erilaisilla viranomaistahoilla, kuten vaikkapa juuri ammattiluokituksissa.

Väitetään, että esimerkiksi sairaanhoitajan asiantuntijan aseman saavuttaminen on vaatinut sitkeää kehittämistyötä, joka jatkuu edelleen (Könnilä 1999, 66). Ammatillistumisella tai professionaalistumisella on olennaista merkitystä ammattikunnan yhteiskunnallisen arvostuksen kohottamisessa ja se voi ilmetä esimerkiksi palkkojen nostamisena ja kunnioituksen lisääntymisenä terveydenhuoltopalveluja käyttävän yleisön silmissä. Aina on kuitenkin tärkeää tavoitella arvostusta myös työpaikka- ja työyhteisötasolla. Erilaiset sosiaaliset jaot sairaalaorganisaatioissa perustuvat pitkälti juuri ammattiryhmien välisille hierarkkisille suhteille, jotka lopulta voivat olla esteenä niin työntekijän ammatillisille kuin yksilöllisillekin pyrkimyksille.

Nämä syyt antavat aihetta tutkia, miten hierarkkisessa organisaatioissa määritellään henkilökohtaista ammatillista asemaa silloin, kun puhutaan omasta työstä. Tämänkaltaisen tutkimus antaa mahdollisuuden selvittää sitä, mitkä ylipäänsä ovat ne perusteet, joiden takia tietyn ammattikunnan

---

<sup>1</sup> Kysymyksessä on Vieraskynä-palstan artikkeli ”Hoitoalan työnjakoa harkittava” (15.1.2002).

edustajat uskovat, että heidän työnsä palkkausta ja arvostusta tulisi nostaa. Työstä puhuminen antaa viitteitä siitä, miten yksilö suuntautuu omaan ammatilliseen toimintaansa ja viitteitä myös siitä, minkälaisien tekijöiden varassa rakennetaan ammatillista identiteettiä. Se, millä tavalla omaa ammatillista toimintaa määritellään, antaa niin ikään vihjeitä siitä, mikä on leimallista nykyaikaiselle asiantuntijakulttuurille ja minkälaisien käsitysten kautta asiantuntijakulttuureja pidetään yllä.

Näitä seikkoja tarkastellakseni olen valinnut tutkimusaineistoksi erään suomalaisen sairaalan kardiologisen eli sydäntautiosaston hoitohenkilökunnan haastatteluja. Niissä sairaanhoitajat ja perushoitajat kertovat laajassa merkityksessä työstään ja siinä toimimisesta. Kertoessaan työstään hoitajat puhuvat potilashoidosta ja muista työtehtävistään, työn asettamista vaatimuksista ja velvoitteista, työyhteisötekijöistä ja sukupuolesta. Nämä tekijät kantavat mukanaan elementtejä, joiden kautta suhdetta omaan työhön ja suhdetta sairaanhoitoon muokataan mielekkääksi.

Työministeriön ylläpitämä ammattikuvausjärjestelmä<sup>2</sup> luonnehtii sekä sairaanhoitajan että perushoitajan työtä hoitotyöksi, joka tähtää potilaan terveyden edistämiseen ja tukemiseen. Sairaanhoitajan ammatin kelpoisuusvaatimuksena on sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto ja vastaavasti perushoitajan tulee suorittaa sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto tai lähihoitajan tutkinto, jotta muodollinen kelpoisuusehto täyttyy. Molemmat hoitotyön ammattiryhmät työskentelevät moniammatillisessa organisaatiossa ja tämän perusteella ammattikuvausmääritelmässä korostetaan yhteistyötaitojen merkitystä. Ammattikuvauksen mukaan sekä sairaanhoitajat että perushoitajat avustavat lääkäriä toimenpiteissään ja seuraavat potilaan vointia. Molemmilla ammattiryhmillä on oltava käden taitoja potilasta avustavia toimia varten, kuten potilaan auttamiseen ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa ja liikkumisessa. Myös teknologiset valmiudet ja tiedonvälitykseen liittyvät tehtävät kuuluvat molempien ammattiryhmien työhön.

Ammattikuvauksissa kerrotaan niin ikään, että sekä sairaanhoitajilla että perushoitajilla tulee olla taidot teoreettisen tiedon hallintaan ja käytäntöön soveltamiseen. Sairaanhoitajan kohdalla mainitaan kuitenkin erikseen, että heillä on oltava valmiuksia tutkimustyöhön ja hoitotyön

---

<sup>2</sup> Ammattikuvausjärjestelmässä käytetään lähteenä työhallinnon koulutus- ja ammattitietopalvelua. Sairaanhoitajan työn kuvaus löytyy sivulta <http://www.mol.fi/webammatti.cgi?ammattinumero=10315&kieli=00> ja perushoitajan työn kuvaus sivulta <http://www.mol.fi/webammatti.cgi?ammattinumero=10610&kieli=00>.

kehittämiseen. Ihmissuhdetaidot ja myötäelämiskyky potilastyössä nousevat ammattikuvauksissa olennaisimmiksi vaatimuksiksi molempien ammattiryhmien kohdalla. Tässä kohtaa ammattiryhmien välillä on se ero, että sairaanhoitajien kohdalla korostetaan heidän neuvoa antavaa ja keskustelevaa rooliaan. Kuitenkin perushoitajien kohdalla mainitaan, että tämä ammattiryhmä on koko hoitohenkilökunnasta ”lähinnä potilasta”.

Ammattikuvauksissa muistutetaan, että työnkuva muodostuu kyseessä olevan laitoksen luonteen ja työpaikkakohtaisen työskentelyjärjestyksen mukaiseksi. Kardiologinen hoitotyö on luonteeltaan erittäin vaativaa. Tutkimuskohteenani olevalla osastolla sekä sairaanhoitajilla että perushoitajilla on oltava valmiudet sydänpotilaan tilan tarkkailuun ja seurantaan, joka muodostaa kardiologisen sairaanhoidon perustan. Käytännössä työtehtävät eivät aina erottele näitä ammattiryhmiä hierarkkisesti toisistaan kyseisen sydäntautiosaston arjessa. Esimerkiksi perushoitaja voi yhtä hyvin tarkkailla potilaan sydämen rytmikäyrää kuin sairaanhoitaja pestä ja pukea potilaan.

Vaikka keskustelu sairaalaorganisaatiossa työskentelevien ammattiryhmien kompetenssista käykin kiivaana esimerkiksi työpaikka- ja ammattiliittotasolla, tässä tutkimuksessa ei arvioida sairaanhoitajien ja perushoitajien pätevyyttä kardiologisessa hoitotyössä. Minulla ei olisi siihen ammatillisia välineitäkään. Koska yritän pyrkiä mahdollisimman suureen puolueettomuuteen näiden kahden ammattiryhmän pätevyyttä koskevien kiistojen ja keskustelujen suhteen, aion kohdella sekä sairaanhoitajien että perushoitajien haastattelupuhetta analyttisellä tasolla tasavertaisesti. Tarkoituksenani on tehdä näkyviksi yleisiä, monia muitakin asiantuntijaorganisaatioita ja työyhteisöjä luonnehtivia sosiaalisia mekanismeja. En siis nostaa sairaanhoitajan ja perushoitajan välisiä eroja esiin muutoin kuin silloin, mikäli se on analyttisten tutkimuskysymysten kannalta relevanttia ja ne ehdottomasti pistävät silmään haastatteluaineistossa.<sup>3</sup> Tämän linjanvedon myötä pyrin siihen, että molempien ammattiryhmien kompetenssi kardiologisen hoidon ammattilaisena tulee jo lähtökohtaisesti tunnustetuksi.

Haastattelupuheen seikkaperäinen tarkasteleminen on nähdäkseni paras keino tehdä tutkimusta silloin, jos haluaa selvittää sitä, minkälaiset tekijät muokkaavat yksilön suhdetta omaan työhönsä. Näissä selonteoissa tullaan antaneeksi viitteitä erilaisista identiteeteistä, jotka jäsentävät yksilön suuntautumista ammattitoimintaansa. Nämä ovat sosiaalisia identiteettejä, joiden muotoutumiseen

---

<sup>3</sup> Tämä on toki tutkimuspoliittisesti delikaattia. Joku voi lukea tekstiäni kuitenkin ammattiryhmiä hierarkkisesti erottelevasta näkökulmasta, vaikka en sitä niin missään nimessä tarkoittaisi. Toki on kuitenkin ajateltava myös siten, että tutkijan ja yhteiskuntatieteilijän positiosta käsin kerrotut asiat ovat sinällään yhteiskunnallinen kannanotto.

vaikuttavat niin henkilökohtaiset käsitykset ammatin asettamista vaatimuksista kuin yhteisöllisestikin jäsentyvät merkitykset ammatillisesta toiminnasta. Katson, että identiteetti muodostuu julkilausuttujen työn vaatimusten ja eettisten säännösten noudattamisen kautta, mutta sitä muodostetaan myös kulttuurisin käsityksin siitä, mikä on ammatillisesti olennaista ja miten ammatillista toimintaa tulee toteuttaa.

Puhe omasta ammatista kertoo myös niistä kollektiivisista malleista, joiden mukaan työssä toimitaan. Identiteettejä tuotetaan ja ylläpidetään tietyissä diskursseissa, jotka tekevät omaa ja muiden toimintaa ymmärrettäväksi (esim. Potter & Wetherell 1989). Näin myös ammatillinen identiteetti on mahdollista ymmärtää erilaisissa ammatillisissa diskursseissa rakentuvana ja jatkuvasti uusinnettavana projektina. (k. esim. Holstein & Gubrium 2000.) Tutkimuksessa pyrin tuomaan esiin mahdollisimman havainnollisesti sitä sosiaalista todellisuutta, jonka varassa kardiologisen osaston hoitohenkilökunnan edustajat rakentavat identiteettiään. Esimerkiksi vaikkapa sairaanhoitajien tapa puhua muiden ammattiryhmien edustajista ja heidän työstään sekä muiden ammattiryhmien puhe sairaanhoitajista antaa kuvan osaston ammatillisista suhteista ja viitteitä siitä, minkälaisia sosiaalisia jakoja tässä asiantuntijakulttuurissa pidetään yllä. Haastattelupuhetta tarkastellaan siis siitä näkökulmasta, mitkä merkityselementit nousevat olennaisimmiksi ammatillisen aseman määrittelykentiksi.

## 1.2. Tutkimusaineiston luonne

Aineisto on koottu erään keskussairaalan kardiologisella vuodeosastolla tutkimusprojektin yhteydessä, jossa kartoitettiin muutoksia toimihenkilötyössä kymmenen vuoden seurantajaksolla. ”Muutokset toimihenkilöiden työpaikoilla” -projektin<sup>4</sup> tutkimustyöpaikat olivat pankki-, vakuutus-, metalli-, työvoimatoimisto-, verotoimisto- ja sosiaalitoimisto- ja sairaanhoitoaloilla. Aineistoa näillä

---

<sup>4</sup> Projektin vastuullisena tahona toimi Tampereen yliopiston Työelämän tutkimuskeskus. Se tuotti väliraportin vuodelta 1987 (Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja & Järvinen, Riitta: ”Työ, toimihenkilöt ja muutokset”, TVK r.y.) sekä vuodelta 1990 (Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja & Järvinen, Riitta: ”Muutokset kiireen keskellä”, Työelämän tutkimuskeskus, sarja T7/1990). Loppuraportin projekti tuotti vuonna 1999 (Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja: ”Toimihenkilötyö vuosituhannen vaihteen Suomessa”, loppuraportti Työsuojelurahastolle, käsikirjoitus). Kirjoitin raporttiin luvun ”Tilannesidonnainen asiantuntijuus: esimerkkinä hoitotyö”, jossa käsittelin kymmenen vuoden ajalla tapahtuneita muutoksia kardiologisen sairaalaosaston työssä.

työpaikoilla kerättiin vuosina 1985-1986, 1989 sekä 1996. Projektissa pyrittiin kokonaiskuvan hahmottamiseen siitä, mitä muutokset merkitsevät jokapäiväisen työn kannalta.

Aineistonkeruumenetelminä hyödynnettiin sekä joukkokyselynä toteutettua survey-metodia että etnografisen tutkimusperinteen mukaan havainnointi- ja haastattelumenetelmää.

Aineistonkeruuvaiheessa edettiin siten, että kyselylomakkeet lähetettiin tai vietiin paikan päälle etukäteen ja niihin vastaamiseen annettiin aikaa. Myöhemmin tutkija vietti tutkimustyöpaikalla muutamia päiviä havainnoiden ja haastatellen sekä pitäen havaintopäiväkirjaa. Tässä tutkimuksessa hyödynnän pääasiallisesti kardiologisella osastolla kerättyä haastatteluaineistoa, mutta myös jonkin verran havaintoaineistoa ja kyselylomakkeiden avovastauksia. Avovastaukset ovat niitä vastauksia, joita tutkittavien on ollut mahdollista antaa lomakkeelle kirjoittamalla. Aineistoa sairaalaosastolla keräsi Riitta Järvinen vuosina 1986 ja 1989 ja itse keräsin sitä joulukuussa 1996 toimiessani toimihenkilöitä koskevassa projektissa tutkimusapulaisena.

Sairaalan kardiologisella vuodeosastolla pyrittiin haastattelemaan kaikkien henkilöstöryhmien edustajia sekä johdon edustajia. Vuodeosaston työntekijöistä on vuosien varrella haastateltu ylihoitajaa, osastonhoitajaa, sairaanhoitajia, perushoitajia (aiemmin apuhoitajia), sairaala-apulaista ja osastonlääkäreitä. Kun ylihoitaja ja osastonhoitaja lasketaan mukaan, käytössäni on sairaanhoitajan koulutuksen saaneiden haastatteltavien haastatteluja yhteensä seitsemän kappaletta ja perushoitajan koulutuksen saaneiden haastatteluja yhteensä viisi kappaletta<sup>5</sup>. Haastateltavat ovat valtaosaltaan naisia ja käytössäni on vain yksi miespuolisen sairaanhoitajan haastattelu. Otan kuitenkin huomioon myös muiden ammattiryhmien edustajien puhetta, mikäli haastatteluissa ilmenee seikkoja, jotka ovat tämän tutkimuksen näkökulman kannalta relevantteja.

Haastatteluaineisto on kokonaisuudessaan äänitetty ja sen jälkeen saatettu kirjalliseen muotoon. Ajallisesti haastattelut kestävät 20 minuutista yli kahteen tuntiin, kuitenkin keskimäärin n. 1,5 tuntia. Kirjoitusliuskoina haastattelut ovat keskimäärin 25-30 liuskan mittaisia riippuen kunakin ajankohtana käytössä olleesta kirjoituskoneesta, sen kirjasintyypistä sekä litteroimisen tavasta.

---

<sup>5</sup> Vuonna 1986 haastateltiin osastonlääkäreitä, erikoissairaanhoitajaa, apuhoitajaa luottamusmiehen ominaisuudessa, apuhoitajaa ja sairaala-apulaista. Vuonna 1989 haastateltiin ylihoitajaa, erikoissairaanhoitajaa, perushoitajaa luottamusmiehen ominaisuudessa, perushoitajaa työsuojeluvaltuutetun ominaisuudessa, sosiaalityöntekijää ja sairaala-apulaista. Vuonna 1996 haastateltiin osastonhoitajaa, osastonlääkäreitä, kolmea sairaanhoitajaa, perushoitajaa ja sairaala-apulaista. Nimikkeet vastaavat eri aikoina käytössä olleita ammattinimikkeitä.

Vaikka aineistonkeruuaikanani joulukuussa 1996 osastolla oli kiire, kenttätyökokemukseni mukaan melkein kaikki tulivat mielellään haastateltaviksi eikä kukaan kieltänyt nauhoittamasta haastattelua. Vietin osastolla yhteensä neljä päivää. Osastonhoitaja luovutti työhuoneensa käyttöön haastatteluja varten ja kaikki haastattelut tehtiinkin siellä, paitsi yksi, joka tehtiin toimenpidehuoneessa. Useimmat tutkittavat vastailivat kysymyksiin varsin laveasanaisesti ja polveilevasti. Useimmat toivat esteettä esiin myös työnsä ja työyhteisönsä ongelmakohtia. Eräs haastateltava kielsi minua kertomasta työtovereilleen esiin tulleista asioista. Muistan olleeni tyytyväinen siihen, että haastateltavien suhteesta tutkijaan muodostui melko luottamuksellinen.

Etnografisessa tutkimusperinteessä lähdetäänkin siitä, että tutkijan on pyrittävä tarkastelemaan tutkittaviensa toimintalogiikkaa sen arvomaailman ehdoilla, johon tutkittava kuuluu (Alasuutari 1989). Esimerkki tilanteesta, jossa tutkijan oli kunnioitettava tutkittavien toimintakulttuuria ja edettävä sen mahdollistamissa puitteissa oli se, että haastatteluajankohdat oli mukautettava sairaalaosaston työrytmiin ja tehtävä ne silloin, kun henkilökunnalla oli aikaa. Kaikkia haastateltavaksi haluttuja henkilöitä ei osaston kiireiden vuoksi ollut mahdollista puhuttaa.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoina teemahaastatteluina. Tutkijalla oli mielessään joukko haastatteluteemoja, jotka toimivat johdatuksena keskusteluun tutkittavan kanssa.

Haastattelukohtaisessa kysymyksenasettelussa näkyi kunakin vuonna tutkijan kiinnostuneisuus tietyistä teemoista tai erityiskysymyksistä, mutta huomio kohdistettiin näihin kysymyksiin siten, että pyrittiin pysyttelemään haastateltavan ammatillisessa kehyksessä. Haastatteluissa näkyy jonkin verran erilaisia painotuksia, joita kumpikin on tahollaan tehnyt. Nämä painotuserot eivät tämän tutkimuksen kannalta kuitenkaan ole kovin merkittäviä. Esimerkiksi tutkijakollegani tyyli on keskustelelevampi ja vapaampi eikä hänellä nähtävästi ollut käytössään tiukan samanlaista kysymyspatteria eri haastateltavien kohdalla. Itse pitäydyin melko pitkälti näiden teemojen pohjalta muotoilluissa samantyyppisissä kysymyksissä. Jokaisena vuonna haastattelukysymyksissä sovellettiin seuraavia aihepiirejä:

- haastateltavan elämäntilanne ja työhistoria
- kokemukset muutoksista työssä ja työyhteisössä
- työn vaatimukset
- valta ja vastuu
- ammattiasema, ammattitaito ja ammatti-identiteetti
- kokemukset työn arvostuksesta



- työn sisältö ja työyhteisö: asiakas/potilastyön piirteet ja työyhteisöön liittyvät arvostukset, yhteistyö ja kilpailuasetelmat
- työpaikkademokratia
- palautejärjestelmä
- kokemukset työn koneellistumisesta
- valvonta, kontrolli ja johtaminen
- sukupuolijakauman merkitys työssä
- toimintatavat ongelmatilanteissa<sup>6</sup>

Edellä mainitut teemakokonaisuudet toimivat johdattelevina viitteinä aiheeseen. Tutkimusta tekevä haastattelija ei katsonut tarkoituksenmukaiseksi keskeyttää haastateltavan tarinointia noudattaakseen orjallisesti kysymyssarjaa. Omassa kenttätutkimuksessani haastateltavien kanssa oli usein sovittava tarkat ajankohdat haastattelujen toteuttamiselle, ettei sairaalaosaston työrytmi häiriinny. Käytettävissä olevan ajan puitteissa halusin kohdistaa huomiota kaikkiin teemoihin, sillä tutkimusprojektin luonne vaati sitä: oli kartoitettava kaikkia niitä muutostekijöitä, joita ilmeni näiden teemojen suhteen.

Luonnollisesti kysymysten muotoiluun ja haastattelupuheeseen ovat vaikuttaneet tutkimusajanjaksolla tapahtuneet asiat, kuten esimerkiksi yhteiskunta- ja työpoliittiset murrokset. Kun talouslama alkoi vallita 1990-luvun alussa, niukkenevien resurssien mukanaan tuomia ongelmia pyrittiin ratkaisemaan tulosjohtamisjärjestelmän käyttöönoton myötä julkisellakin sektorilla. Tutkimuskohteena olleessa sairaalassa siirryttiin tulosjohtamisjärjestelmään 1990-luvun alussa. Sairaalan hallintoa pyrittiin yksinkertaistamaan jakamalla sairaalan yksiköjä omavastuisiksi tulosvastuuyksiköiksi, joille nimettiin johtaja. Yleensä johtajaksi nimitettiin osastonlääkäri. Osastonhoitaja oli määrätty johtajan työpariksi. Valta oli haluttu keskittää osastolle siten, että henkilöstöhallinnon asiat tulisivat osastonhoitajan hoidettavaksi. Tulosjohtamiseen siirtyminen näkyy vuoden 1996 haastattelurungossa muun muassa siten, että haastateltavilta kysytään, mitä tekijöitä he mieltävät työnsä ”tulokseksi”.

Kyseisessä sairaalaorganisaatiossa kardiologinen osasto kuuluu konservatiiviseen tulosalueeseen ja sisätautien tulosityksikköön. Kardiologinen vuodeosasto on yksi sisätautien tulosityksikön

---

<sup>6</sup> Näitä teemoja kartoittavat kysymykset on muotoiltu Päivi Korvajärven, Merja Kinnusen ja Riitta Järvisen toimesta.

vastuuyksiköistä. Tulosyksiköiden ylin johtaminen on ylilääkäreiden vastuulla. Hoitohenkilökunnan ylimmästä johdosta vastaa puolestaan ylihoitaja. Kunkin vastuuyksikön johtaja ja lähin esimies on osastonlääkäri ja hoitajien esimiehenä toimii osastonhoitaja. Osastonhoitaja ottaa kuitenkin vastuun koko osaston johdosta silloin, jos osastonlääkäri on poissa. Osastolla työskentelee kaksi erikoislääkärää, kaksi erikoistumisvaiheen lääkäriä, kymmenen sairaanhoitajaa ja kahdeksan perushoitajaa.

Yleisimpiä tällä osastolla hoidettavia sydänsairauksia ovat sydäninfarkti ja rytmihäiriö. Potilaat tulevat osastoille pääosin päivystyksestä, joten elvytystilanteisiin joudutaan vuodeosastolla yhä harvemmin. Elvytystilanteiden harveneminen johtuu kuitenkin myös teknologisista parannuksista. Esimerkiksi telemetrialaitteilla havaitaan yhä pienemmän informaation perusteella mahdollisia muutoksia potilaan tilassa. Osaston potilaskuormitus on likimain sataprosenttista, mikä johtuu paljolti väestön ikääntymisestä ja siten siitä, että joukossa on aina yhä huonommassa kunnossa olevia potilaita sekä niitä potilaita, joilla on muita sairauksia osastolle tullessaan. Jonotuspotilaiden hoito tällä osastolla vähenee jatkuvasti juuri siitä syystä, että päivystyspotilaat kuormittavat osaston. Potilaspaikkoja osastolla on 34 ja yhtä potilasta hoidetaan keskimäärin yhdeksän vuorokauden ajan.

Hoitotyö tällä kardiologisella vuodeosastolla käsittää pääasiallisesti potilaan sydämen rytmikäyrän seuraamista telemetrialaitteiden avulla ja välitöntä tiedottamista, mikäli rytmissä tapahtuu muutoksia. Osastonhoitajan mukaan<sup>7</sup> useita potilaalle vaarallisia tilanteita on kyetty havaitsemaan ajoissa näiden laitteiden kautta. Sairaanhoitajat ja perushoitajat työskentelevät niin kutsutussa moduulissa, mikä merkitsee yhtä sairaanhoitaja-perushoitaja –paria tiettyä potilasmäärää kohti. Lääkäri tekee hoitopäätökset hoitajien keräämän informaation perusteella.

Oleskellessani osastolla havaitsin, että potilaiden hoitoarki koostuu erilaisista totunnaisista käytännöistä ja rutiineista, mutta myös jatkuvasta valmiudesta nopeaan toimintaan ja joustavuuteen kiireellisten ja vaikeiden potilastilanteiden ratkaisemiseksi. Sairaanhoidon pääasiallinen ydin tällä osastolla on tiedon kerääminen teknisten apuvälineiden avulla ja sen perusteella tehtävät hoitotoimenpiteet. Hoitosuunnitelmia tehdään muiden ammattiryhmien kanssa. Sen lisäksi hoitajat päivittävät potilastietoja tietokoneohjelman avulla, auttavat potilaita jokapäiväisissä toimissa,

---

<sup>7</sup> Päivitin osastoa koskevat tietoni 15.2.2003 soittamalla osastonhoitajalle. Tiedot toimivat tässä taustatietojen merkityksessä ja yleisluontoisuutensa vuoksi niillä ei ole merkitystä analyysieni tai johtopäätösteni kannalta.

jakavat lääkkeitä, neuvovat kotiutuvia potilaita kotona selviytymisessä, suunnittelevat jatkohoitoa ja opettavat osastolla vierailevia sairaanhoidon opiskelijoita.

Havainnointikokemukseni olivat pääosin myönteisiä: henkilökunta jutteli kanssani ja kyseli tutkimuksestamme ja roolistani siinä. Välillä ilmapiirissä oli kuitenkin havaittavissa kiirettä ja tiettyä kireyttä. Pysin pysyttelemään poissa potilashuoneista, koska en halunnut häiritä hoitotoimenpiteitä. Lääkärinkiertoa seurasin ovensuusta. Välillä vetäydyin johonkin rauhalliseen nurkkaukseen tekemään havaintomuistiinpanoja.

Kanslia oli osaston eräänlainen keskuspaikka, johon hoitajat ja lääkärit välillä poikkesivat neuvottelemaan potilaiden asioista. Osastosihteerit työskentelivät siellä koko päivän ja työvuorosta riippuen myös yhden sairaanhoitajan vastuulla oli päivittää potilastietoja ajan tasalle. Kansliassa sijaitti telemetrialaitteiden monitorit, joista oli mahdollista seurata potilaan sydämen rytmikäyryä. Laitteiden ääressä istuikin usein joku. Kansliasta oli kuitenkin välillä poistuttava sen vuoksi, etten olisi kenenkään tiellä, koska tilat olivat verrattain ahtaat. Tähän oli kuitenkin vuodenvaihteessa 1997 tulossa parannus: osasto oli muuttamassa suurempiin tiloihin ja kaikki tuntuivat odottavan muuttoa mielenkiinnolla.

Kiireisimmät ajat ajoittuivat varhaiseen aamuun sekä lääkärinkierron jälkeen keskipäivään. Osaston henkilökuntahuone toimi puolestaan sekä sosiaali- ja virkistätymistiloina että kopiokonehuoneena. Osaston työrytmi oli kuitenkin niin kiireinen, ettei siellä pistäydytty kuin pari kertaa päivän aikana. Useimmiten kirjoitin muistiinpanojani juuri siellä, koska siellä sitä sai tehdä kenenkään häiriintymättä. Vaikka välillä jouduinkin perustelevaan ”haastattelijan” rooliani joillekin osaston henkilökunnan edustajille melko huolellisesti, kenttätyökokemukseni tässä toimihenkilötutkimusprojektissa oli yleisesti ottaen myönteinen. Havaintopäiväkirjat muodostuivat muutaman liuskan mittaisiksi kertomuksiksi päivän tapahtumista ja henkilökunnan kanssa käydyistä keskusteluista.

Yleisesti ottaen tehtävänäimme ”Muutokset toimihenkilöiden työpaikoilla” –projektissa oli kartoittaa keskeisiä muutoksia kymmenen vuoden seuranta-ajalla kerättyä aineistoa hyödyntäen. Havaittiin muun muassa työtahdin kiristymistä, työssä tarvittavan teknologian parantumista ja työtehtävien monipuolistumista (k. Järvinen 1990). Tässä tutkimuksessa tarkoituksenani ei ole tarkastella kovin seikkaperäisesti muutoksia esimerkiksi kyseisessä sairaalaorganisaatiossa tai hoitohenkilökunnan tehtävissä tällä kymmenen vuoden aikavälillä. Vaikka tarkastelenkin kolmena

eri vuonna tehtyjä haastatteluja, asettamani kysymykset ovat kuitenkin sen kaltaisia, ettei aineisto anna välttämättä aihetta yrittää pohtia kaikkea tällä aikajänteellä tapahtunutta<sup>8</sup>. Luonnollisesti käsittelen tutkimuksessani myös muutosproblematiikkaa, mikäli aineisto osoittaa selviä muutostendenssejä suhteessa tutkimuskysymyksiini. Tutkimuksen painopiste on kaiken aikaa kuitenkin siinä, minkälaista sosiaalista todellisuutta haastattelupuhe omalta osaltaan rakentaa kyseiseltä sairaalaaosastolta, joten seikkaperäinen muutosfaktujen luettelointi ole tässä tutkimuksessa relevanttia.

Aineistolähtöinen tutkimusote nähdäkseni suorastaan edellyttää tutkijalta tietynasteista ”viattomuutta” tutkimuskohteen suhteen. Lähestyn aineistoani viitekehuksesta, jossa haastattelupuhe, sen merkitysrakenteet, puhettavat ja diskurssit saavat olennaisimman roolin, sillä puheen merkityselementit rakentavat sairaalamaailmasta tietynlaista todellisuutta. Tämä viitekehys on vanhastaan tulkittu sosiaalis-konstruktionistiseksi peruseriaatteeksi. (Berger & Luckmann 1991.) Koska sairaalamaailma on ontologisessa merkityksessä kuitenkin varsin fyysis-materiaalista ja hyvin keskeistä sosiaalis-yhteiskunnallista todellisuutta, tässä tutkimuksessa ei ole syytä pitäytyä vain konstruktionistisiin metodis-tulkinnallisiin ehtoihin. On myös pohdittava, mitä haastattelupuhe ja haastateltavien rakentama todellisuus konkreettisesti kertoo tästä ja muista julkisen sektorin sairaalaorganisaatioista sekä yleensä hierarkkisista asiantuntijaorganisaatioista. On kysyttävä, mitä tuonkaltainen puhe merkitsee laajemmissa yhteiskunnallisissa ja työmarkkinapoliittisissa konteksteissa. Tutkimuksen haastattelupuheaineisto muodostaa siis varsin perinteisen sosiologisen tutkimuskohteen.

### **1.3. Professio, asiantuntijuus ja valta identiteetin rakennusaineina: tutkimuksen teoreettinen tausta**

Sosiologisessa mielessä ammatillisessa toiminnassa on kysymys tietystä sosiaalisen toiminnan muodosta. Tutkiessa ammatillista toimintaa kiinnitetään huomiota ennen kaikkea siihen,

---

<sup>8</sup> Projektin vastuuhenkilöt Päivi Korvajärvi ja Merja Kinnunen ovat työstäneet kirjan käsikirjoituksen loppuraporttinsa käsikirjoituksesta vuonna 2002. Kirja ilmestyy piakkoin ja on kaiketi nimeltään ”Toimihenkilötyö vuosituhannen vaihteen Suomessa”. Muutostematikasta kiinnostuneen on syytä lukea tämä kirja.

minkälaisia sosiaalisia merkityksiä toiminta kantaa. Kysytään, miten yksilöiden väliset sosiaaliset suhteet rakentuvat ja mitä ne voisivat kertoa muiden vastaavankaltaisten yhteisöjen sosiaalisista suhteista tai koko yhteiskunnasta. (esim. Sulkunen 1998, 18-19.) Vastaavalla tavalla etsin tutkimuksessani niitä sosiaalisia ja kulttuurisia säännönmukaisuuksia, jotka vallitsevat ammatillisessa toiminnassa.

En tule siis pohtimaan asiantuntijuutta yksilöllisenä ja kognitiivisina prosessina enkä ammatillista identiteettiä yksilökehitykseen viittaavassa psykologisessa merkityksessä. En myöskään yritä tyhjentävästi kartoittaa sairaanhoidon asiantuntemuksen osa-alueita, joten tätä tutkimusta ei kannata lukea hoitotyön oppikirjana. Sen sijaan pyrin luotaamaan osaston hoitohenkilökunnan tuottamaa ammatillista todellisuutta siltä kannalta, mitä se kertoo sekä ammatillisesta toiminnasta yhtenä sosiaalisen toiminnan tyyppinä että ammatillisista suhteista yhtenä sosiaalisten suhteiden muotona.

Tutkimus voidaan paikantaa sellaiselle sosiologiselle kentälle, jossa asiantuntijatutkimusta tehdään mikrososiologisen kulttuurintutkimuksen keinoin. Kardiologisen hoitotyön tekijöiden kohdalla on kysymys hyvin vaativaa työtä tekevästä ammattikunnasta ja he soveltavat työssään myös tieteellistä asiantuntemusta. Etsin ja problematisoin niitä kulttuurisia itsestäänselvyksiä, jotka hallitsevat kardiologisten hoitajien käsityksiä ammatillisesta toiminnastaan. Muun muassa semioottiselle kulttuuriteorialle perustuvassa kulttuurintutkimuksen suuntauksessa kiinnitetään huomiota toiminnan merkitysvälittyneisyyteen, merkitysten artikulaatioon tai ilmaisutapoihin, joiden uskotaan kertovan olennaisin osin vallitsevan todellisuuden rakentuneisuudesta (esim. Hall 1992, 83-84; Heiskala 2000). Haluni on tutkia asiantuntijuutta juuri tästä näkökulmasta.

Professionaalista toimintaa on keskeisin osin teoretisoitu ja analysoitu sitä ajatellen, että siinä tuotetaan, käytetään ja sovelletaan jotakin tietoutta. Asiantuntijuutta on sosiologisissa professioteorioissa totuttu pitämään tietyn professionaalisen ammattikunnan ja sen edustajien ominaisuutena. Professionäkökulmassa kohdistetaan huomiota siihen, kuinka järjestäytynyt ammattikunta suuntaa tieteellistä asiantuntijuutta ja sen käytäntöä. (esim. Konttinen 1997, 52.) Asiantuntijuutta voi luonnehtia esimerkiksi erityistietämykseksi, joka legitimoit erilaisten sosiaalisten instituutioiden toiminnan ja olemassaolon, kuten esimerkiksi sairaalalaitoksen. Asiantuntijajärjestelmä ja yksittäiset asiantuntija-asetat luovat ja muokkaavat myös näiden instituutioiden valtarakennelmaa. (Freidson 1970; Abbott 1988.) Tämän tutkimuksen ydinkysymyshän kuuluu, miten hoitotyössä toimivat henkilöt perustelevat, tai paremminkin, miten hoitotyön ammatillisuutta ja ammatillista asemaa tullaan perustelleeksi sairaalassa, joka on varsin

tyypillinen hierarkkinen asiantuntijaorganisaatio. Sen vuoksi tutkimukseni teoreettiset lähtökohdat ovat keskustelussa asiantuntijuudesta professioiden yhtenä ominaispiirteenä sekä siitä, mikä valtasuhteiden merkitys on tässä problematiikassa.

Merkityksellisiä tämän tutkimuksen kannalta ovat etenkin ne argumentit, joiden mukaan professionaalinen tietämys vaikuttaa ammatillisten toimijoiden statusasemiin ja samalla luo sosiaalisia arvohierarkioita (esim. Freidson 1970; 1986). Keskustelun kautta voi hahmottaa myös sen, miten asiantuntemuksen legitimoimat hierarkiat ylläpitävät itsestään selviä ja kyseenalaistamattomia ammatillisia toimintatapoja sekä kulttuurisia ajattelumalleja. Edelleen tämä keskustelu antaa eväitä tutkia, miten erilaisia institutionaalisia toimintatapoja voidaan hyödyntää statusasemien ja valtasuhteiden ylläpitämisessä ja miten valtasuhteiden kautta rakennetaan ja ylläpidetään ammatillista identiteettiä. Tässä yhteydessä voimme puhua myös asiantuntijavaltaistumisesta.

### **1.3.1. Professio ja valtasuhteet**

Hoitotyön asemaa terveydenhuollon ammatillisissa hierarkioissa on tarkasteltu esimerkiksi historiallisesta perspektiivistä. Silloin on pohdittu niitä tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet hoitajien sosiaaliseen asemaan terveydenhuollon muiden toimijoiden rinnalla (kuten Henriksson 1998 ja Wicks 1998). Tutkimuksissa painotetaan naisten ammatillisen toiminnan erityistä luonnetta. Naisvaltaisten alojen katsotaan jääneen miehisen professiokehityksen jalkoihin siinä merkityksessä, että teoreettista keskustelua hallitsee vahva miehisuus. Tätä tapahtuu niin siinä, millä kriteereillä ammatti mielletään professioksi kuin siinäkin, mitä ammatteja ylipäänsä on kelpuutettu professiotutkimuksen piiriin. (Henriksson 2000, 87-90, 93-97.)

Sukupuolijärjestelmästä johtuvat tekijät on nähty eräänä syynä siihen, miksi hoitotyötä ei ole mielletty oikeaksi professioksi. Naistoimijuutta on pidetty kotipuolella puuhailuna, mikä juontuu kulttuurisesta taipumuksesta sijoittaa nainen mieluummin yksityisen kuin julkisen sosiaalisen toiminnan alueelle. Tämä on nähty yhtenä patriarkaalisen sukupuolijärjestelmän osatekijänä.

(Turner 1995, 146; Julkunen 1995.) Hoivatyöammattien tutkimisesta on tullut pääosin naisten aluetta ja se on saanut myös poliittisia ja emansipatorisia piirteitä.

Max Weberin ajatteluun nojaavissa professionaalisuuden teoreettisissa kehittämissä vallan merkitys korostuu olennaisimpana yhteiskunnan rakentumiseen vaikuttavana tekijänä. Uusweberiläisen koulukunnan teorioissa professionaali näyttäytyy vallan keskiössä, sillä heillä on tiedollinen monopoli. Sosiaalisesti sulkeumaksi (social closure) kutsutaan sitä, että ammattiryhmän sisällä pyritään edistämään ryhmän omia etuja ja intressejä. Ryhmään kuulumisen varmistetaan ammatillisen tutkinnon avulla se oikeuttaa luvan myös ammatin harjoittamiseen. (Brante 1988.) Eliot Freidsonin mukaan professiot tulevat hyödyntäneeksi toiminnassaan erilaisia sosiaalisia statusominaisuuksia. Hän myös argumentoi, että ne sosiaalista prestiisiä tuottavat ominaisuudet, jotka professiot katsovat yksinoikeudekseen, eivät kuitenkaan ole määriteltyjä objektiivisesti tai yksinoikeudella vain professionaaleille. Itse asiassa ne ovat keinotekoisia ja tekevät sosiaalisesti merkityksellisiksi ainoastaan professioiden edustajien omia tarkoitusperiä. (Freidson 1970, 83.)

Ajatus professioille ominaisista statusominaisuuksista on tutkimukseni kannalta merkityksellinen, sillä pyrin osoittamaan, että tietyt kielelliset valinnat vaikuttavat siihen, miten ammattikuntien statusasemat muokkaantuvat ja miten niitä pidetään yllä. Tuo statusasemia muokkaava arvomaailma ei ole kovinkaan kaukana ajatuksista, joissa määritellään ”oikeaa” tai ”aitoa” professionaalista toimintaa. Myös sukupuolta voidaan tehdä ymmärrettäväksi erilaisten statusasemien kautta, jotka asettavat eri toimijat hierarkkiseen perspektiiviin. Tämä näkökulma antaa mahdollisuuden tutkia hoivatyön sukupuolta paitsi rakenteellisiin ja historiallisiin seikkoihin kytkeytyvänä tekijänä, mutta myös sellaisena sosiaalisena kategoriana, jolla työpaikkakohtaista merkitystä ammatillisen toiminnan ja statusaseman määrittelyssä.

Hoitotyön ammatteja tutkittaessa sosiaalisen sulkeuman on katsottu perustuvan sekä tutkintojärjestelmään että tietoihin ja taitoihin, mutta myös hoitotyön ja muiden ammattien välisiin suhteisiin sekä ammattien herättämien yleisten mielikuvien ylläpitämiseen. Nämä voidaan tulkita myös ammateista kulttuurisesti omaksutuiksi käsityksiksi. (Hugman 1991, 83.) Läheisesti sosiaalisen sulkeuman käsitteeseen liittyy sosiaalisen ulossulkemisen käsite (social exclusion), jolla tarkoitetaan sitä, että professionaalisen tiedon ja käytäntöjen monopoli on vain tietyllä ryhmällä, jolloin muut ryhmät tulevat suljetuiksi ulkopuolelle. Ryhmän sisäiset ammatilliset normit ja säännökset muodostavat ne käytännöt, jotka legitimoivat muihin kohdistuvat toimenpiteet. (Brante

1988, 127-128.) Asiantuntijoiden muuhun yhteisöön kohdistama vallankäyttö oikeutetaan siis näissä normatiivisissa prosesseissa.

Nykyisin argumentoidaan, että pitäisi tutkia juuri sitä, millä tavoin jotkut piirteet ovat ylipäättään tulleet sosiaalisesti hyväksytyiksi tiettyjen ammattien ominaisuuksiksi. On myös kritisoitu, että professioteoreettisessa kirjallisuudessa jonkin tiedon alueen oletetaan olevan ikään kuin profession omaisuutta ilman että se asetettaisiin kyseenalaiseksi. Kritiikin mukaan tiedolle oletetaan myös implisiittisesti essentialistinen luonne eikä sitä ole ymmärretty sosiaalisesti ja historiallisesti konstruoituneeksi. (Hugman 1991, 2-3, 86.) Tiedon sosiaalinen ja historiallinen luonne on kuitenkin keskeistä Bergerin ja Luckmannin teoreettisessa viitekehyksessä todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta, sillä siinä esitetään, että tieteellinen tieto kielenkäyttönä organisoii sosiaalisia käytäntöjä ja sitä myöten tieteellistä toimintaa. Teorian mukaan tieto on myös hierarkkisesti organisoituvaa: asiantuntijatieto ja -käytännöt erotetaan muusta tiedosta hierarkkisesti korkeimmaksi tietämisen muodoksi. (Berger & Luckmann 1991, 110-122.) Foucault`n mukaan puolestaan se, mitä kutsutaan asiantuntijatiedoksi, vaihtelee aikakaudesta toiseen. Se on sidoksissa totuuteen ja sen sallimiseen, mitä kulloinkin on mahdollista tietää. (Foucault 1980, 139-142.)

Kun tieto kytkeytyy totuuteen, kysymys on myös vallasta: totuus on kytköksissä kunkin aikakauden hegemonisiin ajattelutapoihin, jotka tuotetaan diskursiivisessa (Fairclough 1992, 91-96). Valta diskursivoituu, eli vallan mekanismit ovat vallan ja tiedon välisiä mekanismeja (Helén 1995, 182). Esimerkiksi lääketieteellinen tieto on ymmärretty erääksi nyky-yhteiskunnassa vallitsevista hegemonisista episteemeista. Se määrittelee ”normaalin” ja on sen myötä eräs keino hallita yksilöä. (Tuomainen ym. 1999; k. myös Kärki 1998.) Hegemonista tietoa tuotetaan lääketieteellisen tutkimuksen ja ammatillisten käytäntöjen välisessä dialogissa. Karkeasti voidaan sanoa, että lääketieteen asiantuntijoiksi kutsutaan niitä henkilöitä, jotka professionaalisten nimittämiskäytäntöjen kautta ovat legitimoituja tiettyjen ammattien harjoittamiseen ja tiedon välittämiseen sekä siten normaaliuden määrittelemiseen.

Eräissä terveydenhuoltoa koskevissa professiotutkimuksissa (esim. Wicks 1998) on sovellettu tuottavan vallan ajatusta, jolla taas viitataan tilaan, jossa valta on kaikkialla eikä tietyissä keskittymissä. Kysymys ei siis ole vallasta vain monoliittina vaan myös erilaisina diskursiivisina asemina, joita toimijat voivat varata. (Foucault 1982, 209.) Näin esimerkiksi lääketieteen ja hoitotieteen väliset jännitteet on ollut mahdollista nähdä jatkuvana kamppailuna määrittelyvallasta (Wicks 1998). Lääketieteen arvovaltakin on tullut kyseenalaistetuksi muiden asiantuntijoiden



toimesta, sillä terveydenhuollon ammatillinen kenttä on laajentunut ja moniarvoistunut (Kangas & Karvonen 2000, 182).

Näkökulma antaa mahdollisuuden tarkastella hoitajien ammattikuntaa sen kautta, miten tiedon kautta muodostuvat valta-asetat legitimoituvat yhteiskunnallisten neuvottelusuhteiden sekä tilanteiden määrittelykamppailujen seurauksena. Näkemys tiedosta sidoksissa sosiaaliseen järjestykseen istuu analyttiseen viitekehyyseeni, koska pyrin tuomaan esiin erilaisten sairaanhoidon ammatillisuuden määrittelykenttien kontekstisidonnaista muuntuvuutta. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että pyrkisin esittelemään näitä määrittelykenttiä historiallisesta perspektiivistä. Sitä ovat muut jo tehneet.<sup>9</sup> Sen sijaan kiinnitän huomiota erilaisiin tietovarantoihin hoitajien ammatillisen identiteetin tasolla ja millä tavoin valtasuhteet tähän asettuvat. On siis myös syytä ottaa huomioon sitäkin keskustelua, jota käydään asiantuntijuudesta vallan näkökulmasta.

### **1.3.2. Asiantuntijuus ja valtasuhteet**

Sosiologisessa tutkimuksessa asiantuntemusta ei ole nähty ongelmaratkaisuna tai tiedon käsittelynä eikä sitä ole sidottu yksittäisten ihmisten ajatteluun, kuten esimerkiksi kognitiivisessa psykologiassa. Pikemminkin se on haluttu nähdä erityisenä sosiaalisena rakenteena, joka muokkaa sekä asiantuntijan itsensä että asiakkaan toimintatapoja. (Pirttilä 2002, 8.) Asiantuntemuksella viitataan yleensä tietämykseen tietyltä ammattialalta: professiokeskustelussa sillä voidaan viitata tieteelliseen tai muuhun tietämysperustaan tai esimerkiksi koulutukseen ja sen pituuteen (esim. Rinne & Jauhiainen 1988; Konttinen 1997, 51-52). Asiantuntemuksen käsite on nähty eräänlaisena suhdekäsitteenä, jolloin asiantuntemuksesta ei voi tutkimuksessa puhua ilman, että puhuttaisiin tietyn alan asiantuntemuksesta tai asiantuntijasta suhteessa maallikoihin tai muiden alojen edustajiin.

Etzioni teki hierarkioita erilaisten asiantuntijatoimintojen välille väittäen aikoinaan, että hoitajien ammattikunta on vain puolittainen professio (1964, 115-116) ja kommunikaatio asiakkaiden tai

---

<sup>9</sup> Esimerkiksi Deidre Wicks (1998) ja Lea Henriksson (1998).

potilaiden kanssa lähinnä puolittaisen asiantuntijaorganisaation erityispiirre (emt., 128).

Asiakaspalvelu tai maallikon mielipiteet eivät siis saaneet tässä perspektiivissä kovin suurta arvoa: se että ollaan ihmisten kanssa tekemisissä, ei näyttäytynyt uskottavana asiantuntijatoimintana.

Uusimmassa asiantuntijuudesta käydyssä keskustelussa puolestaan väitetään, että asiantuntijuutta ei olisi olemassakaan ilman asiantuntijatoimintaan kohdistettua luottamusta ja tämä luottamussuhde oikeutetaan erilaisissa vuorovaikutusprosesseissa (esim. Giddens 1995; Eräsaari R. 2002).

Asiantuntijatutkimusta on paikoin vaivannut liiallinen essentialistisuus sen suhteen, miten tieto ja tietäminen ymmärretään. Pahimmillaan kyseenlaistamaton näkemys tiedosta on johtanut siihen, että joistakin tutkimuksista on tullut asiantuntijoiden itsehoito-oppaita sen suhteen, miten tulla hyväksi asiantuntijaksi. Eräät tutkijat ovat kyseenalaistaneet näkökulman, jossa asiantuntijuutta määritellään yksipuolisesti tieteellisen tiedon tuottamisen ja käyttämisen kautta. Asiantuntijuuden on väitetty muuttuneen: yhä enemmän puhutaan sen räätälöimisestä asiakaslähtöisiin tarpeisiin, eikä sitä haluta enää ajatella tietyn profession yksityisenä omaisuutena. Uudella asiantuntijuudella tarkoitetaan pääasiassa sitä, että asiakaslähtöiset käytännöt muokkaavat itse asiantuntemusta ja asiantuntijakulttuureita. (esim. Haapakorpi 2002; Peltomäki ym. 2002.)

Asiakaslähtöisyyttä korostaa myös Mutka (1998), joka tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöistä peräänkuuluttaa tiedon uudenlaista ymmärtämisen tapaa. Sen pitäisi perustua asiakaskäytäntöihin asiantuntemuksen muokkaajina niin, ettei tiedon käyttö jäisi pelkäksi oppikirjatiedon ulkokohtaiseksi soveltamiseksi. Asiakas olisi siis ikään kuin kutsuttu mukaan asiantuntijatoimintaan eikä hän olisi ainoastaan passiivinen tietämisen kohde. Kommunikaatiolla on tässä keskustelussa olennaista merkitystä, sillä erilaisten kommunikatiivisten prosessien katsotaan jopa oikeuttavan koko asiantuntijajärjestelmän olemassaolon (Eräsaari R. 2002).

Se, että asiantuntemuksen katsotaan legitimoituvan vasta kun se saavuttaa asiakkaiden hyväksynnän kommunikatiivisissa prosesseissa, liittyy käsityksiin emansipoituneesta yksilöstä modernissa yhteiskunnassa, jolla on jopa lupa kyseenalaistaa ja valikoida tarjottua asiantuntemusta ja tietoa. Tämä voi kuitenkin olla liian toiveikas näkemys yksilön kannalta: on väitetty, että erilaisten asiantuntijuuksien tekemät sosiaaliset hierarkiat eivät häviä siinä, että niistä puhutaan. Kyse on olennaisesti valtasuhteista ja siitä, kenelle on annettu asiantuntijan valtuudet. (Bauman 1997, 144-145; Saaristo 2000, 146.)

Hoitotyön asiantuntijuus on liitetty sekä ammattitaitoon ja - pätevyyteen että erilaisiin näkymättömiin tai piiloiisiin työn sisältöihin, joissa korostetaan sosiaalisten ja ihmissuhdetaitojen merkitystä (kuten Pelttari 1997). Asiantuntijuudelle on näin annettu uudenlaisia merkitysisältöjä: tieteellinen tieto asiantuntemuksen rakentajana on saanut rinnalleen merkityksiä kokemuksellisesta ja intuitiivisesta tietämisestä sekä keskusteleavuudesta ja jatkuvuuden ylläpitämisestä (esim. Svensson 1990, 62-65; k. myös Korvajärvi 1998). Tässä on yhtymäkohtia uudesta asiantuntijuudesta käytyyn keskusteluun, jossa asiakassuhteiden merkitys asiantuntemuksen muodostajana on olennaista.

Paikalliskulttuurin käsite olisi eräiden tutkijoiden mukaan käyttökelpoinen muuttuvan asiantuntijatoiminnan tutkimuksessa. Asiantuntijuuden murroksesta keskusteltaessa on kiinnitetty huomiota pääasiassa asiantuntijatoiminnan merkitysten muuttumiseen auktoriteettisuhteista erityisiksi asiantuntija-asiakassuhteiksi, joissa pääpaino on toimijoiden keskinäisessä riippuvuudessa (Giddens 1995; Mutka 1998; Eräsaari R. 2002). Koska asiantuntijatoiminta on laajentunut ja lisääntynyt niin, ettei enää voida osoittaa vain joidenkin tiettyjen ammattikuntien hallitsevan sitä, niin identiteettejä kuin asiantuntijakulttuureitakin olisi syytä tarkastella paikallistuneina käytäntöinä (Peltomäki ym. 2002). Kulttuuri merkitsisi tässä kontekstissa sellaista merkityksenannon kokonaisuutta, joka muodostuu enemmän tai vähemmän säännöllisistä paikallisen ymmärtämisen tavoista sekä asioiden esittämisen tavoista (Gubrium & Holstein 2000, 161). Ammatillinen identiteetti voidaan tämän lähestymistavan puitteissa ymmärtää liikkuvaksi tekijäksi, joka rakentuu kulttuuristen tulkintaresurssien muodossa.

Viimeaikaisessa teoreettisessa keskustelussa asiantuntijuus on nähty siis tilanteisesti muokkaantuvana ja toiminnallisena ulottuvuutena (esim. Eräsaari R. 1996; Saaristo 2000). Vaikka esimerkiksi asiakaslähtöisten asiantuntijakäytäntöjen merkitystä korostetaankin näissä puheenvuoroissa, ne jättävät usein huomiotta sen, millä keinoin nämä käytännöt itse asiassa rakentuvat. Parhaiten tämän konstruktionistisen idean tilanteisesti määräytyneestä ja paikallistuneesta asiantuntijatietämyksestä ja - käytännöstä tavoittaa yksityiskohtaisella kielenkäytön analyysillä. Identiteetin käsite nousee näin melko olennaiseksi käsitteeksi.

### 1.3.3. Identiteetti hoitotyössä

Sosiologisessa kulttuurintutkimuksessa ja interaktionistisessa tutkimuksessa identiteetin käsitteellä tarkoitetaan niitä yksilöiden, asioiden ja olioiden merkitykselliseksi tekemisen tapoja, jotka tuotetaan erilaisissa vuorovaikutussuhteissa. Ne ovat käsityksiä, joita rakennetaan itsestä ja muista toimijoista sekä toimijoiden ominaisuuksista. (Suoninen 1997, 124.) Kuten sosiaalisissa kollektiiveissa yleensäkin, sairaalayehteisössä vallitsee säännönmukaisia käytäntöjä, jotka pitävät yllä tietynlaisia hoitotyön rutiineja sekä totunnaisia toiminta- ja ajattelutapoja. Vastaavasti nämä käytännöt muokkaavat yksilön asemaa ammattinsa edustajana.

Suomessa on tutkittu ammatillista identiteettiä muun muassa ammattikuvan ja työorientaation käsitteiden kautta. Ammattikuva kytketään yleensä niihin mielikuviiin, joita ammatin harjoittajalle on työstään muodostunut. Outi Ketola on tarkastellut terveydenhuollon toimijoiden ammattikuvien rakentumista haastatteluaineistossa. Ketola näkee hoitajan ammattikunnan itseoikeutetusti professionalisoituneena ammattikuntana, sillä sitä edellyttää pitkä koulutus ja voimakas ammattiin sitoutuminen (Ketola & Kevätsalo 1994).

Työorientaation käsitteellä on puolestaan pyritty hahmottamaan sellaista työhön suhtautumisen kokonaisuutta, johon liitetään myös työn asema henkilökohtaisessa elämässä. Työorientaation käsitteen valossa hoitotyölle on annettu esimerkiksi taloudellisen toimeentulon välineen, kutsumuksen ja pakollisen toiminnan merkityksiä. (Ketola & Kevätsalo 1994, 77-78; k. myös Korvajärvi & Kinnunen & Järvinen 1990, 140-146 ja Kivinen 1994.) Eräiden tutkimusten mukaan hoitajat määrittelevät työtään sen tavoitteiden suhteen liittämällä siihen muun muassa seuraavia määreitä: kyky empatiaan, emotionaaliset valmiudet sekä vastuullisuus. Hoitotyön keskeisimpinä toimintoina nähdään huolenpito, auttaminen ja oleminen toista varten. (Ketola & Kovanen & Suominen 1995, 11.) Näissä tutkimuksissa ammatissa toimimista lähestytään työntekijän yksilöllisten piirteiden ja ominaisuuksien kautta. Yksilö näyttäytyy eräänlaisena institutionaalituneena minänä, joka on sitoutunut työnantajan tavoitteisiin ja toimii hoitotyön ideaalikäsitysten puitteissa.

Tässä tutkimuksessa ammatillinen identiteetti ymmärretään ennen kaikkea sosiaalisiksi identiteetiksi: tuotetaanhan sitä työpaikalla ja työkäytännöissä. Peruslähtökohta on se, että

sosiaalisia identiteettejä pidetään yllä merkitysvälitteisesti (Burkitt 1991). Jokainen toiminto sairaala-arjessa on merkitysvälitteistä toimintaa, oli kyseessä sitten potilaalle tehtävä hoitopäätös tai kiireinen hoitotoimenpide. Sosiaaliset identiteetit muotoutuvat näiden merkitysten kautta vuorovaikutuksessa toimijoiden kesken. (Peräkylä 1990.) Vielä silloinkin, kun toiminnasta kerrotaan jälkeinpäin muille, käydään läpi erilaisia merkityksenannon prosesseja. Nämä prosessit perustuvat kielellisiin valintoihin, joiden kautta puhetta tehdään ymmärrettäväksi. (Vilkko 1988; Hänninen 1999). Merkityksiä ammennetaan aktiivisesti kulttuurisista konventioista (esim. Alasuutari 1994) ja ne ovat ennen kaikkea erilaisten vuorovaikutusprosessien tuotoksia.

Merkitysten kollektiivisesta luonteesta huolimatta yksilöt antavat toiminnalleen useita erilaisia ja vieläpä keskenään ristiriitaisiakin merkityksiä (esim. Billig ym. 1988; Potter 1996). Esimerkiksi vaikka sairaanhoitaja luonnehtisikin kyselylomakevastauksessa työtään enemmän kutsumukselliseksi toiminnaksi kuin pakoksi, hän saattaa haastattelun aikana tuottaa merkityksiä näistä molemmista ja sen lisäksi vielä korostaa ammattitaidon tärkeyttä. Nämä erilaiset merkitykset omassa ammatissa toimimisesta tuottavat puhujalle erilaisia identiteettejä. Identiteetti voidaan siis ymmärtää vaihtelevaksi ulottuvuudeksi, joka kytkeytyy erilaisiin merkityksenannon prosesseihin. Mikäli identiteetti ymmärretään tällä tavoin liikkuvaksi ja erilaisissa sosiaalisissa prosesseissa muotoutuvaksi ulottuvuudeksi, voidaan tavoittaa useitakin nyansseja hoitotyön ammatillisesta todellisuudesta.

Hoitohenkilökunta on jatkuvassa vuorovaikutuksessa muiden toimijoiden, kuten esimerkiksi potilaiden, muiden ammattiryhmien, hallinnon ja muiden ammattialojen edustajien kanssa. Toimintaa muokkaavat erilaiset institutionaaliset rakenteet ja sekä vaihtelevat että vakiintuneet toimintatavat. Institutionaalsiin käytäntöihin vaikuttavat olennaisesti valtasuhteet ja ne toiminnalliset asemat, jotka niitä muodostavat (Burkitt 1991, 53). Kun ammatillinen identiteetti kytkeytyy tiettyyn toiminta-alueeseen ja työyhteisöön, sitä rakentavat ennen kaikkea sosiaaliset suhteet. Näitä suhteita voidaan sekä aktiivisesti hyödyntää että ylläpitää huomaamattomasti. Tällöin identiteetti voi hahmottua myös sosiaalisena yhteenkuuluvuus- tai erottautumispyrkimyksenä ja sen myötä ammatillisena selviytymisstrategiana. Siten ammatillinen identiteetti ei koostu vain tietyistä taidoista eikä se myöskään ole vain työssä tarvittava erillinen rooli: sitä tuotetaan merkitysrakenteina, jotka jäsentävät yksilön asemaa yhteisönsä edustajana.

Anssi Peräkylä (1990) on tutkimuksessaan potilaiden hoidosta hyödyntänyt tämänkaltaista ajattelua tavoittelemalla sosiaalisen identiteetin tilanteista ja kontekstille herkkää muuntuvuutta. Peräkylän

mukaan hoitotoimintaa jäsentävät erilaiset osin kielenkäytön kautta ylläpidettävät kehykset, joissa toimijoilla on tiettyjä rooleja. Kuitenkaan nämä kehykset eivät sulje toisiaan pois vaan ne voivat esiintyä samassakin hoitoyhteydessä. Myös Ritva Engeströmin tutkimus lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta terveyskeskuksen vastaanotoilla keskittyy terminologian tilanteiseen vaihteluun: Engeströmin mukaan puhetta jäsentävät muun muassa terveydenhuollon ja sen hallinnon tuottamat diskursiiviset luokittelut, kuten esimerkiksi tautiluokitukset (Engeström 1999, 64-77).

Peräkylän ja Engeströmin tutkimukset perustuvat pääasiassa hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisen vuorovaikutuksen tarkastelulle. Vaikka erilaisia ammatillisia identiteettejä tuotetaan myös näissä vuorovaikutustilanteissa, kysymys ei ole niinkään niistä merkityksistä, joiden kautta hoitajat omakohtaisesti refleктоivat ammatissaan toimimista. Tutkimukseni perusta on juuri siinä subjektiivisessa merkityksenannossa, jota hoitajat kohdistavat omaan ja muiden toimintaan. Tämän perspektiivin kautta on mahdollista avata henkilökohtaisia merkitysmaailmoja, joissa voi esiintyä jännitteitäkin suhteessa siihen, mitä yksilö yhtäältä työltään toivoo ja mitä häneltä siinä toisaalta odotetaan.

Ammatillisten identiteettien subjektiivisia ulottuvuuksia sivuaa esimerkiksi Ulla Mutka (1998), joka on tutkinut sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuutta siitä näkökulmasta, kuinka se on muuttunut asiantuntijakeskeisyydestä asiakaskeskeiseen suuntaan. Sosiaalityöntekijöiden haastatteluja analysoidaan historiatietoisesti ja asiantuntijuudessa tapahtuneita murrosvaiheita etsien. Merja Borgman (1998) on puolestaan tutkinut sosiaalityöntekijöiden ammatillisten tulkintojen rakentumista kertomuksissa, joita he ovat kirjoittaneet työstään. Borgman esittää, että ”koulutuksessa rakentuvasta julkisesta kertomuksesta ja alan sisälle tarkoitettu ihannetarinarista yhdessä muodostuu se näkökulma ja koodisto, jolla työntekijät tulkitsevat omaa työtään ja toimintaansa”. Borgman kuvaa tätä ”kokemuksellisten, intersubjektiivisten ja yhteisten merkitysten muodostamaa kokonaisuutta” tulkintakehyksen termillä. Hänen näkemyksensä mukaan tulkintakehyks konstruoituu yhdenmukaiseksi ja sillä on ammatillista identiteettiä yhtenäistävä funktio. (emt., 32-33.)

Tämä näkökulma on suhteellisen lähellä omaani, koska allekirjoitan sen, että ammatillisia identiteetteillä on myös kollektiivinen luonteensa. Omalle toiminnalle kuitenkin annetaan myös toisistaan poikkeavia tulkintoja erilaisissa asiayhteyksissä (Billig ym. 1988; Potter 1996). Kun tarkastelee keskenään ristiriitaisia merkitystulkintoja, on mahdollista kiinnittää huomiota

ristiriitaisuuksiin myös niissä kulttuurisissa ja sosiaalisissa rakenteissa, joiden puitteissa ammatillinen toiminta tapahtuu. Tämä lähestymistapa antaa mahdollisuuden pohtia nykyaikaiselle asiantuntijatyöntekijälle asetettuja vaatimuksia, jotka heijastuvat näissä tulkinnoissa sekä ristiriitoja niissä olosuhteissa, joissa vaatimukset pitäisi täyttää.

#### **1.4. Tutkimuksen metodologia: institutionaalinen kielenkäyttö ja kielellinen vallankäyttö**

Niin terveydenhuoltojärjestelmässä kuin muissakin yhteiskunnallisissa instituutioissa toimintaa organisoidaan erityisten sääntöjen ja normien mukaan. Normatiiviset ja institutionaaliset säädökset määräävät muun muassa potilashoidon sisältöä ja toteuttamistapoja. Esimerkiksi lääkärintoiminta ja elvytystoimenpiteet ovat osa kardiologisen osaston institutionaalisesti säädeltyjä ja ylläpidettäviä käytäntöjä, osa sen käytännöllistä toimintaa.

Sosiaalis-konstruktionistisessa viitekehyksessä kielenkäyttö nähdään olennaisena sosiaalisia käytäntöjä rakentavana ja rakenteistavana tekijänä. Argumentoidaan jopa niin, että kielenkäyttö suoranaisesti tuottaa sosiaalisia käytäntöjä. (Berger & Luckmann 1991.) Sairaalan toiminnassa se voisi tarkoittaa vaikkapa raporttitilanteita, joissa hoitajat välittävät toisille hoitajille informaatiota potilaiden voinnista: nehen tuotetaan tietynkaltaisessa institutionaalisessa kielenkäytössä, kuten potilaan terveydentilan kuvailussa.

Tutkimukseni teoreettinen lähtökohta on se, että sosiaalista todellisuutta tuotetaan ja pidetään yllä merkitysvälitteisesti ja kielenkäytön kautta. Tästä huolimatta hyväksyn luonnollisesti sen ontologisen periaatteen, että tiettyjä käytäntöjä ei rakenneta vain kielellisesti: esimerkiksi vaikka elvytystoimenpiteet ovat osa kardiologisen osaston sosiaalista todellisuutta, niillä on ennen kaikkea varsin fyysisiä seurauksia: potilashan toipuu näiden toimenpiteiden myötä sydäninfarktista. Otan siis tutkimuksessani huomioon myös sen, että osastolla toimitaan tämänkaltaisissa fyysisissä ja materiaalisissa puitteissa. Tarkasteluni painopiste on kuitenkin siinä, millä tavoin tästä

nimenomaisesta todellisuudesta kerrotaan; siinä, minkälaista sosiaalista todellisuutta juuri haastattelupuheessa tuotetaan.

Kielenkäytön analyysi onkin ollut olennaisessa asemassa erilaisissa sosiaalitieteellisissä asiantuntijakäytäntöjen tutkimuksissa, kuten sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden (Jokinen & Suoninen 2000), perheneuvojien ja asiakkaiden (Suoninen 1997) sekä lääkärien ja potilaiden (Ruusuvuori 2000) välisissä vuorovaikutustilanteissa. Nämä tutkimukset luokitellaan nykyisin etnometodologisiksi professio- tai asiantuntijatutkimuksiksi ja kysymys onkin olennaisesta osa-alueesta interaktionistisen asiantuntijatutkimuksen kentällä (Pirttilä 2002, 14).

Omakin tutkimukseni edustaa interaktionistista asiantuntijatutkimusta, sillä analysoin sitä, miten ammatillisia identiteettejä rakennetaan haastattelutekstien puhetavoissa, diskursseissa, merkitysjärjestelmissä ja retoriikassa (emt.). Tutkimukseni sijoittuu mikrososiologisen vuorovaikutuksen tutkimuksen (tässä tapauksessa tutkijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutus) sekä kulttuuritutkimuksen muodostamaan maastoon.

Tutkin siis sitä, millaisin kielellisin keinoin työtä ja ammatillista toimintaa tehdään ymmärrettäväksi ja lähdän siitä, että ammatillinen identiteetti on sidoksissa erilaisiin puhetapoihin ja retoriikkoihin. En näe identiteettejä staattisina ulottuvuuksina, vaan näen niiden kytkeytyvän puheen kontekstuaaliseen vaihteluun ja niihin toiminnallisiin asemiin, joita puheessa tuotetaan (kuten esim. Jokinen ym. 1993; Jokinen & Suoninen 2000). Erilaisten puhetapojen ja retoristen valintojen kautta käy ilmi myös se, minkälaiden kulttuuristen konventioiden kautta ammatillista toimintaa jäsennetään eli minkälaiset kulttuuriset käsitykset tuntuvat puheessa hallitsevilta. Viime kädessä näen kielenkäytön vielä muodostavan hierarkioita ja valtasuhteita eri toimijoiden välille.

Sellaiset merkitysrakenteet lienevätkin sosiaalisesti varsin vakiintuneita, joissa omaa työtä luonnehditaan esimerkiksi kertomalla, mitä siinä vaaditaan ja miten siihen suhtautuu henkilökohtaisesti. On todennäköistä, että tämänkaltaiset diskurssit konstruoivat yleisemminkin työelämässä toimimisen sosiaalista todellisuutta. Retoriikan valinta on ensisijaisesti vakuuttamisen tai vaikuttamisen pyrkimystä: sillä tuotetaan ja perustellaan asiointiloja sekä oikeutetaan niitä (Perelman 1995). Myöskään hoitajan ammatillinen identiteetti ei siten näyttäytyä staattisena työelämäroolina, joka tuottaisi toimintaa tiettyjen rakenteiden puitteissa. Pikemminkin se näyttäytyy retorisisina ulottuvuuksina, joita vaihdellaan tilanteisesti ja usein tietoisestikin sairaalayhteisön sosiaalista todellisuutta rakentavissa konteksteissa.



### 1.4.1. Instituutio ja valtasuhteet kielenkäyttönä

Kuten Lyotard on asian esittänyt, instituution määrittämät rajat potentiaalisia kielipelejä varten eivät ole koskaan vakiintuneita (1984, 17). Tästä syystä kiinnitän tutkimuksessani huomiota ennen kaikkea siihen, että kielenkäyttö muodostaa, muokkaa ja vakiinnuttaa sosiaalisia käytäntöjä ja sillä on siten valtaa muuttaa institutionaalisia rajoja ja vaihdella niiden paikkaa. En tarkoita sitä, etteikö sairaalainstituutiossa olisi vakiintuneita organisatorisia käytäntöjä, jotka pitkälti määrittävät kielenkäyttöä sen sisällä. Pikemminkin haluan painottaa sitä, että ei ole syytä väheksyä kielenkäytön sosiaalis-faktista voimaa sosiaalisten käytäntöjen muokkaajana.

Esimerkiksi voidaan ottaa esimies-alaiskeskustelut, joita voidaan käydä työpaikoilla, joissa on otettu käyttöön managerialistinen tulosjohtamisjärjestelmä. Nämä ovat erityisiä kommunikaatiokäytäntöjä, joiden kautta pidetään yllä esimiesten ja alaisten välisiä henkilösuhteita ja välitetään informaatiota esimerkiksi organisaation tavoitteista ja käytössä olevista resursseista. Tämänkaltaiset sosiaaliset käytännöt ovat näin vakiintuneet ja institutionaalistuneet juuri kielenkäytössä ja sen kautta: niitä eli olisikaan ilman tietynlaisia diskursiivisia sisältöjä.

Useissa institutionaalisen kielenkäytön tutkimuksissa (esim. Ruusuvuori edellä) institutionaalisella viitataan virallisesti määriteltyihin ja sanktioituihin keskustelukäytäntöihin, kuten juuri sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden välisiin kommunikaatiotilanteisiin. (Peräkylä 1997; k. myös Holstein & Gubrium 153-161.) Tutkimuksessani määrittelen institutionaalisen siten, että se on kielenkäytön vakiintunut ja institutionaalisesti legitimoitu kielenkäytön piirre, mutta en kytke sitä virallisiin asiantuntijoiden ja asiakkaiden välisiin vuorovaikutuskäytäntöihin. Pikemminkin näen sen sarjana yleisesti hyväksytyjä, jaettuina ja vakiintuneita käsityksiä ja käsitteitä, jotka toimivat tulkintaresursseina kielenkäytössä. Tosin nämä resurssit ovat rajoiltaan avoimia: institutionaalistunut käytäntö ei välttämättä determinoi yksilön diskursiivisia valintoja. (vrt. Lyotard edellä.)

Tutkimuksessa kerron, mitkä puhumisen tavat esiintyvät hoitajien haastattelupuheessa kulttuurisesti vakiintuneina merkityksenannon tapoina. Jos ajatellaan esimerkiksi ajatusta työyhteisön kehittämisestä ja sitä konstruoivia käytäntöjä, kuten kehittämiskeskusteluja, -seminaareja ja luentoja työyhteisön hyvinvoinnista, voidaan yhtä hyvin puhua ”kehittämiskeskustelusta” kuin

”kehittämiretoriikastakin<sup>10</sup>”. Tämänkaltaisilla haastattelupuheen kielenkäytön ominaispiirteitä kuvaavilla termeillä viitataan puhetaiposten säännönmukaisuuksiin ja kulttuurisesti vakiintuneisiin piirteisiin.

Metodologinen otteeni sisältää useita tapoja etsiä näitä säännönmukaisuuksia. Haravoin aineistosta sellaisia merkityksenannon tapoja, jotka esiintyvät toistuvasti haastattelu haastattelulta, kuten diskurssianalyysissä usein tehdään. Tutkimukseni on eräänlaista valtasuhteita painottavaa retorista diskurssianalyysia, sillä kiinnitän paljon huomiota yksittäisiin ilmaisuihin ja sanavalintoihin sekä siihen, miten näiden sanavalintojen kautta rakennetaan erilaisia asemia erilaisille toimijoille. Onkin tunnustettu, että retoriikan traditiot ovat niin moninaisia, ettei kysymys ole vain yhdestä oppirakennelmasta tai metodista (kuten Summa & Palonen 1997, 7). Retorisessä analyysissä käytänkin apuvälineinä lähinnä kriittisen diskurssianalyysin, semioottisen kielenkäytön teorian sekä syntaktisen analyysin tarjoamia mahdollisuuksia.

#### 1.4.2. Valtasuhteet hegemoniana, ideologiana ja subjektiasemina

Sijoitan itseni tässä tutkimuksessa kielellisestä vallankäytöstä kiinnostuneiden retorisen diskurssianalyysin harjoittajien joukkoon. Jokisen mukaan (1999, 40-41) diskurssianalyttisessä tutkimuksessa valitaan tutkimuskohteeksi ne kielelliset prosessit ja niiden tuotokset, joissa ja joiden kautta sosiaalinen todellisuutemme ja kanssakäymisemme rakentuvat. Kriittisen diskurssianalyysin (CDA<sup>11</sup>) piirissä kiinnitetään tuossa rakentumisessa huomiota etenkin kielen tarjoamiin mahdollisuuksiin ja sen rajoitteisiin, joilla katsotaan olevan konkreettista merkitystä yksilön toiminnassa ja laajemmin yhteiskunnassa. (esim. Fairclough 1992; 1997; Wodak 1996.)

Kriittisen diskurssianalyysin piirissä on tarkasteltu muun muassa sitä, miten mediassa rakennetaan asiantuntijuutta ja sitä, minkälaisia ideologisia vaikutuksia sillä on yhteiskunnallisiin valtasuhteisiin

---

<sup>10</sup> Karin Filander (1999, 352-357) käyttää ”kehittämiretoriikan” käsitettä artikkelissaan julkisen sektorin asiantuntijahaastatteluista.

<sup>11</sup> Lyhenne engl. ilmaisusta Critical Discourse Analysis.

(Fairclough 1997), työttömyyden konstruktioita europarlamentaarikkojen puheenvuoroissa (Muntigl & Weiss & Wodak 1999) ja seksuaaliselle häirinnälle annettuja merkityksiä (Kitzinger & Thomas 1995, 32-48). Kaikissa näissä tutkimuksissa on huomattu, että sinänsä viattomalta tai neutraalilta vaikuttava kielenkäyttö voi pitää yllä tiettyjä yhteisöllisiä tai yhteiskunnallisia voimasuhteita. Näiden tutkimusten tapaan painotan omassani sitä, että kieli tuottaa erilaisia asiointiloja ja sen kautta pidetään yllä myös sosiaalisia suhteita. Oletan että kielenkäyttö samanaikaisesti sekä mahdollistaa että rajoittaa: jotkut vakiintuneet merkityksenannon tavat rajoittavat meitä, mutta kieli tekee kuitenkin mahdolliseksi näiden käytäntöjen muuttamisen. Näen kielenkäytön siis olennaisena tekijänä rakentamassa yhteiskuntaelämää.

Niinpä analysoin määrittelyvaltaa muun muassa sellaisen ajattelun kautta, jota diskurssianalyttisessa kirjallisuudessa kutsutaan ontologiseksi konstruktionismiksi (Parker 1992, 23-41; Juhila 1999, 162-163). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että abstrakteja asioita kohdellaan kielenkäytössä ikään kuin niillä olisi ontologinen, reaalisesti olemassaoloon perustuva substanssi. Tämänkaltaisia ontologisen substanssin ja hegemonisen käyttötavan saaneita, merkityksellisiä käsitteitä ovat esimerkiksi *sairaanhoito* ja *asiiantuntemus*. Sovellan ontologisen konstruktionismin ideaa sairaanhoitotoiminnan organisatoriseen ja kulttuuriseen todellisuuteen etsimällä aineistosta tämänkaltaisia hegemonisia tai vallitsevia merkitysjäsennyksiä.

Hegemonialla viitataan diskurssianalyysin teoriassa siihen oletukseen, että sosiaalinen todellisuus kantaa mukanaan vakiintuneita merkitysrakenteita, joiden varassa yhteiselämä toimii. Sosiaalista merkityksenantoa tietyllä tapaa hallitsevina nämä hegemoniset rakenteet ikään kuin sulkevat ulos muut tavat määrittellä todellisuutta. (esim. Jokinen & Juhila 1991; Juhila 1993, 89.) Sosiaalis-konstruktionistisen viitekehyksen piirissä kulttuuri määrittelläänkin juuri kollektiiviseksi merkitysten, symbolien ja maailman hahmottamisen tavoiksi sekä toiminnan merkitysvälittyydeksi (esim. Hall 1992). Vaikka haastatteluaineistossa esiintyvän ”vaihtoehdottoman” todellisuuden tutkiminen voidaankin näin mieltää kielellisen vallankäytön analyysiksi, samalla se luonnollisesti edellyttää kulttuurisesti vallitsevien, yhteiselämän mahdollistavien merkitysten tarkastelua. Siten esimerkiksi vaatimus toimia kaiken aikaa potilaan parhaaksi näyttäytyy aineistossa hegemonisena ja vaihtoehdottomana eettisenä ja ammatillisena todellisuutena, joka mahdollistaa harmonisen yhteistoiminnan. Etsimällä aineistosta juuri tämänkaltaisia hegemonisia merkitysrakenteita pyrin paljastamaan niitä kulttuurisia konventioita, joiden varassa yhteistoiminta on mahdollista.

Toinen tekijä, johon kiinnitän huomiota, ovat tietynlaiset ristiriitaisuudet noiden konventioiden välillä. Michael Billig (1988) määrittelee nämä ristiriitaisuudet eräänlaisiksi ideologisiksi dilemmoiksi, joita puheessa esiintyy silloin, kun yksilöt tekevät ymmärrettäväksi sosiaalista todellisuutta. Esimerkiksi jos sairaanhoitaja kertoo ammattitaitonsa vastaavan menen tullen lääkärin pätevyyttä silloin kun määritellään potilaan terveydentilaa, hän saattaa siitä huolimatta tuottaa lääkärin suvereenina, kaikkien yläpuolella olevana tahona lääketieteellisen tietämyksen suhteen. Tämänkaltaisten dilemموjen etsiminen tekee mahdolliseksi sairaanhoidon ammatti-identiteettien kriittisen tarkastelun.

Näiden metodien lisäksi tarkastelen valtasuhteita sen kautta, minkälaisia subjektiviteettia ja kielellisiä asemia haastattelupuheessa tuotetaan erilaisille tahoille. Tässä tarkastelutavassa kielellinen vallankäyttö on ikään kuin toiminnallisempaa: lähestymistapa vie huomion karkeasti sanoen siihen, ettei määrittelyvalta ei ole vain kulttuurissa, vaan määrittelijän itsensä käsissä. Subjektiposition tai subjektiaseman termillä viitataan siihen, että kielessä tuotetaan erilaisia asemia erilaisille toimijoille ja toiminnallisille subjekteille. Kirsi Juhila antaa esimerkin asunnottomille tuotetuista subjektipositioista viranomaispuheessa: heidät tuotetaan esimerkiksi huollettavina, kuntoutettavina ja omatoimisina (1993, 87-88). Juhilan mukaan viranomaisten määrittelyvaltaa korostaa entisestään se, ettei asunnottomalle ole samantekevää, mihin näistä kategorioista tulee sijoitetuksi (emt., 88). Tämä luultavasti siksi, että luokittelu vaikuttaa välittömästi heidän sosiaaliseen asemaansa.

Tutkimuksessani viitataan toimijuuden käsitteellä toiminnan inhimillisiin osapuoliin, kuten eri ammattiryhmien edustajiin ja potilaisiin. Ymmärrän toiminnallisen aseman lähinnä asiointilana, joka tuotetaan puheessa. Juhilan asunnottomien esimerkkiä käyttäen termeillä *huollettava* ja *kuntoutettava* yksilölle tuotetaan eräänlainen toimenpiteiden kohteen asema: esimerkiksi *huollettava* voidaan kääntää muotoon *henkilö, jota pitää huoltaa*. Sitä myöten yksilölle rakennetaan tietynlaista avuttomuutta. Vastaavalla tavalla pyrin erittelemään aineistossani esiintyviä toimijapositioita. Tämänkaltaisen tarkastelutapa on olennainen sen takia, että se paljastaa, kenen suhteen ja minkälaisia roolipositioita tai sosiaalisia asemia tullaan hyödyntäneeksi silloin kun tullaan perustelleeksi ja ideologisella tasolla legitimoineeksi omaa ammatillista asemaa ja rakentaneeksi ammatillista identiteettiä.

Subjektiasemat sekä tuottavat identiteettejä että legitimoivat asiantiloja, valtasuhteita ja sosiaalisia hierarkioita. Subjektiasemia analysoimalla on siis mahdollista löytää erilaisia kielen ideologia

vaikutuksia ja nämä ilmenevät muun muassa siinä, miten erilaiset sosiaaliset jaot ja sosiaaliset käytännöt tullaan oikeutetuiksi tiettyjen kielenkäytön tapojen kautta. (Fairclough 1992, 86-91.) Ideologiset oletukset tuottavat asioita itsestään selviksi ja kyseenalaistamattomiksi ja niiden kiinnityspinta on diskursiivisessa. (van Dijk 1998; Heikkinen 1999, 85-86.) Norman Fairclough'n ajatusta mukaillen (1992, 87) esimerkiksi valtasuhteen tietty epäsymmetrisyys asiantuntijan ja maallikon välillä on mahdollista mieltää ideologiseksi suhteeksi, sillä asiantuntijan auktoriteettiasema tekee tuon epätasapainon ikään kuin luonnolliseksi. Siten ideologiset merkitykset uusintavat ja ylläpitävät sosiaalista todellisuutta ja legitimoivat asiaintiloja. Niiden sosiaalista todellisuutta legitimoiva funktio kytkeytyy usein institutionaaliseen kielenkäyttöön.

van Dijkin (1998, 256) mukaan yksilöt oikeuttavat toimiaan selittämällä ratkaisujaan ja legitimaatio on puolestaan tämänkaltaisten oikeuttamisten institutionaalinen vastine. Näin esimerkiksi asiantuntijakieli näyttäytyy sellaisena diskursiivisena alueena, joka luo ja oikeuttaa asiaintiloja ja tuottaa niitä itsestään selviksi ja kyseenalaistamattomiksi. Kriittisen diskurssianalyysin piirissä tämänkaltainen lähtökohtaolettamus asiantuntijakielestä on varsin yleinen (esim. Larson 1990, 32-40). Siten on mahdollista ajatella, että se, miten asiantuntijuutta hyödynnetään tai tuotetaan haastattelupuheessa, saa institutionaalisen itsestäänselvyyden aseman ja se toimii ikään kuin yhteisesti hyväksyttynä ammatillisista asemaa legitimoivana tekijänä.

#### 1.4.3. Valtasuhteet, semiotiikka ja syntaksi

Valtasuhteita painottavalla retorisella analyysillä on yksittäisiin ilmaisuihin kytkeytyvä funktio tutkimuksessani. Sen kautta tarkastelen sekä merkitysrakenteiden muodostumista että niiden vakiintuneisuutta. Esimerkiksi silloin, kun hoitaja puhuu konkreettisista hoitotoimenpiteistä, on kyse ammatillisista käytännöistä. Ammatillisista käytännöistä voi kuitenkin katsoa kysymyksen olevan myös silloin, kun hoitaja puhuu käyttäen retoriikkaa, joka voisi olla peräisin esimerkiksi hoitohenkilökuntaa velvoittavista eettisistä säännöistä. Asiapaperi on siis virallistanut tai institutionalisoinut sitä, mitä hoitaja käytännössä tekee. Kun analysoin haastattelupuheen retoriikkaa, se tarkoittaa muun muassa tämänkaltaisia arjen ja instituution välisiä kytkeitä, joilla on merkitystä hoitotyön ammatissa.

Väitetään, että mitkään tavat tehdä merkitykselliseksi sosiaalista todellisuutta eivät ole arvovapaita: sosiaalisen todellisuuden ymmärrettäväksi tekeminen tuottaa siihen arvoja ja nämä arvot ilmenevät tekstissä ja puheessa (Sulkunen 1997, 14). Ideologisten merkitysten katsotaan suoranaisesti edellyttävän tietynkaltaista normi- ja arvomaailmaa (van Dijk 1998, 255). Arvojen tuottaminen ei ole yksinomaan vaikuttamiseen ja vakuuttamiseen tähtäävän kielenkäytön piirre, kuten esimerkiksi sen, miten poliittinen retoriikka on totuttu käsittämään. (esim. Suojanen 1997; Hyvärinen 1996). On havaittu, ettei myöskään asiantuntijakieli ole arvovapaita siinä mielessä, että puhuja tai lukija voi hyvinkin vedota kuulijan tai lukijan hyväksyttävänä pitämiin käsityksiin osoittaakseen vakuuttavuutensa (kuten Aro 1999, 94-102). Hoitohenkilökunta tekee tätä suhteessa haastattelijaan, mikä on kiinteässä kytköksessä ammatilliseen itsemäärittelyyn. Sairaanhoidotoiminnasta puhuminenkin on siten arvottavien lausumien ja moraalisten arvioiden läpäisemää. Tarkoituksenani on etsiä puheesta näitä arvottavia kiinnityspintoja, jotka tuottavat moraalialainesta siihen, mitä työstä ja ammatista puhutaan ja jotka pitävät yllä tiettyjä kollektiivisia käsityksiä sairaanhoidon ammattikulttuurista.

Merkityksenannon arvosidonnaisuutta tarkastellessa semioottinen teoria on varsin käyttökelpoinen. Sulkusen mukaan semioottiseen teoriaan perustuva käsitteistö ottaa huomioon perinteistä sosiologiaa tarkemmin sen, että sosiaalisen todellisuuden ymmärrettäväksi tekeminen tuottaa siihen arvoja ja nämä arvot ovat piirtyneet tekstiin ja puheeseen (1997, 14). Semioottisen kielenkäytön teorian mukaan sosiaalista todellisuutta rakennetaan esimerkiksi kielellisten modaalisuusasteiden kautta. Greimasin<sup>12</sup> teoreettista kehittelyä mukailleen Sulkunen ja Törrönen esittävät, että pragmaattisista modaliteeteista on erotettavissa toisistaan ainakin neljä pääryhmää: haluaminen (tahtominen), täytyminen, kykeneminen ja osaaminen (Sulkunen & Törrönen 1997, 83-86). Kunkin pragmaattisen modaliteetin alle on luettavissa niiden eri aspekteihin viittaavia ilmauksia, kuten täytymisen ryhmässä pakko, käsky, velvoite ja sallittu.

Haluamisen ryhmään viittaa tahdon ja tahdottomuuden eri asteet. Kykeneminen ilmaisee tilannekohtaisia resursseja, kun taas osaamisen modaalinen ryhmä ilmentää hankittua ja sisäistettyä kompetenssia. (Törrönen 2000, 249.) Nämä modaalisuusasteet tuottavat merkityksen subjektin toiminnalle. Modaalisuusasteet muodostavat puheessa toimijoille myös erilaisia subjektiaseimia, joiden mukaan heidän valta-asemansa määräytyy (emt.). Haastattelupuheessa voidaan esimerkiksi

---

<sup>12</sup> Pour une théorie des modalités. Teoksessa du Sens 2. Essais Sémiotiques, 67-91. Paris, Éditions du Seuil.

ilmaista, että joku ei hallitse jotakin tietämystä tai jollakin ei ole lupaa suorittaa jotakin tehtävää. Näin puheen tulkitsija voi saada esimerkiksi sellaisen mielikuvan, että asianomainen taho on epäkompetentti kyseisissä tehtävissä.

Semioottista teoriaa mukaillen analysoin aineistosta yksittäisiä modaalaisia ilmaisuja. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi ”täytymispuhetta”. Sillä viitataan tilanteisiin, joissa haastateltava esittää asioita, joita työssä pitäisi, itse pitäisi tai työyhteisössä pitäisi tehdä sekä muita vastaavankaltaisia täytymistä merkitseviä ilmaisuja. Se, mitä haastateltava ilmaisee työn edellyttävän häneltä tai olevan työssä tärkeää, rakentaa olennaisin osin hoitotyön ammatillista todellisuutta. Nähdäkseni kielessä tuotetaan sekä erilaisia arvoja että konstruoidaan moraalialueita tämällytyypisessä merkityksenannossa (k. myös Alasuutari 1992, 107-108).

Tiettyssä, mutta kuitenkin marginaalisessa määrin analysoin myös tapoja puhua ammatillisesta toiminnasta erilaisten syntaktisten ratkaisujen kautta. Diskursiivisen psykologian koulukunnan piirissä tähdennetään muun muassa sitä, että sosiaalisia identiteettejä konstruoidaan lauserakenteeseen liittyvien kielellisten vaihtelujen myötä. (Edwards & Potter 1992).

Tämällykaltaisen syntaktisen analyysin kautta on tutkittu muun muassa virkakieltä (Heikkinen & Hiidenmaa & Tiililä 2000). Näin pyrin tuomaan esiin sitä, minkälaisen toimijoiden kesken rakennetaan muun muassa ammatillista kollektiivisuutta.

Hoitaja voi esimerkiksi puhua vain tiettyjen ammattiryhmien edustajien kohdalla ”meistä”, jolloin tämä sanavalinta kertoo työpaikan sosiaalisten suhteiden luonteesta. Myös se on valtasuhteiden analyysin ja tulkinnan kannalta merkityksellistä, käytetäänkö joissakin konteksteissa aktiivi- vai passiivimuotoa ja onko tietty taho esimerkiksi lauseen subjektin tai objektin asemassa. Tässä merkityksessä kiinnitän huomiota myös lause- ja kieliopillisiin seikkoihin, jotka konstruovat todellisuutta ymmärrettävään muotoon ja jotka ovat sinänsä merkitysten materiaalia. (kuten Heikkinen 2000, 197.) Jos esimerkiksi potilaalle rakennetaan puheessa tekijyyttä ja toiminnallinen asema, implikoi se valtasuhteiden kannalta eri asioita kuin silloin, jos potilas esiintyy kielenkäytössä osana sairaanhoidon lääketieteellistä asiantuntemusta. Syntaktinen ja semioottinen analyysi ovat minulle siis tapa tutkia ennen kaikkea vallankäytön näkökulmasta sitä, miten hoitotyössä toimivien henkilöiden ammatillinen todellisuus rakentuu.

Koska tutkin hoitajien ammatillista asemaa analysoimalla sitä, kuinka he tekevät työtään ymmärrettäväksi ja merkitykselliseksi, olennaisiksi elementeiksi nousevat siis sellaiset aineiston

lähilukutavat, jotka paljastavat kulttuurisesti konventionaalisia ja väliin kyseenalaistamattomiakin tapoja tuottaa ammatillista todellisuutta. Luvussa olen esitellyt tämän lukutavan kannalta olennaisimpia piirteitä. Otan siis huomioon kielenkäytön vallan tuottaa asiointiloja ja sosiaalisia suhteita erilaisten institutionaalisten puitteiden sisällä. Katson, että juuri näiden mekanismien varassa tuota todellisuutta pidetään yllä.

### **1.5. Haastatteluaineiston asettamat rajat ja mahdollisuudet tutkijan tulkinnoille - tutkimuksen yleistettävyys**

Koska sosiaalisen todellisuuden tuottaminen ei kuitenkaan ole arvovapaata eikä puhekielikään tässä merkityksessä viatonta, on syytä kiinnittää huomiota vielä siihen, minkälaisia vaateita tämän ajatuksen hyväksyminen asettaa haastatteluaineiston analyysille ja tulkinnalle. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa yksilöt suuntautuvat omaan ja muiden toimintaan sen mukaan, minkälaisia merkityksiä toiminta kantaa. Tämä pätee myös keskusteluun sosiaalisen toiminnan ja vuorovaikutuksen muotona. (esim. Peräkylä 1992).

Haastattelu on eräs institutionaalisen keskustelun muoto, jonka tarkasteleminen asettaa retorisen tai kielellisen analyysin tekemiselle tiettyjä rajoja ja edellytyksiä. Aineistonkeruumenetelmänä usein aikaisemminkin käytetty haastattelu voidaan ymmärtää erityisenä diskurssina, jossa vuorovaikutustilanteen osapuolet, eli haastattelijat ja haastateltavat noudattavat tiettyjä tilanteeseen orientoivia sääntöjä. Yksi näistä säännöistä on puheenvuorojen jaksottaisuus, joka kytkeytyy puhetilanteessa omaksuttuihin rooleihin (esim. Schegloff 1991). Muodollisesti haastattelijalla on valta määrätä aiheet, joista puhutaan ja haastateltava pyrkii pääasiassa vastaamaan siihen, mitä kysytään.

Kuitenkin haastattelutilanteessa, kuten vuorovaikutustilanteissa yleensä, edetään sen mukaan, millaisia tilanteeseen suuntaavia elementtejä osapuolet esittelevät toisilleen. Vuorovaikutussuhde, joka muotoutuu osanottajille määräytyneissä tehtävissä ja rooleissa, strukturoi haastattelutilanteen juuri haastattelutilanteeksi, mutta nämä ennalta annetut tilannetta sääntelevät tehtävät eivät



lopullisesti määrää tapahtumien kulkua. Osapuolet voivat erilaisin strategioiden<sup>13</sup> tehdä tilanteesta oletetusta poikkeavan. Haastateltava voi esimerkiksi joko puhua jostain aivan muusta kuin halutusta aiheesta tai muuttaa tilannetta ottamalla toisenlaisen toiminta - aseman. Tästä perspektiivistä identiteettikin näyttäytyy eräänlaisena toimintapositiona tai tietynä asian esittämisen tapana, joka muodostuu keskustelu- tai puhetilanteessa. Vuorovaikutustilanteeseen osallistujat voivat hyödyntää tilanteen kuluessa useampiakin identiteettejä tai roolipositioita. (Potter & Wetherell 1989; Jokinen, Juhila & Suoninen 1993;1999; 2000).

Tilannesidonnaiset identiteetit eivät ilmene vain suhteessa vuorovaikutustilannetta suuntaaviin muodollisiin normeihin, vaan myös haastattelussa tuotettuihin sisällöllisiin tekijöihin eli siihen, mitä puhutaan. Toimijalla on mahdollisuus tuottaa erilaisia identiteettejä sekä itselleen että toisille, eivätkä ne aina ole riippuvaisia tarjotuista konteksteista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita mielivaltaisuutta: toimijat pyrkivät yhteisymmärrykseen nojaten yhteisiin sopimuksiin vallitsevasta todellisuudesta, jotta vuorovaikutustilanne olisi mahdollinen. Yhteisymmärryksen saavuttamisen edellytyksenä on se, että maailman ymmärrettäväksi tekemisen tavat jaetaan kollektiivisesti. (Berger & Luckmann 1991.) Myös identiteetit määräytyvät tilannekohtaisissa diskursseissa kollektiivisen yhteisymmärryksen funktiona. Siten niillä on sosiaalista todellisuutta rakentava ja sitä ylläpitävä luonne.

Tämän tutkimuksen perustana on siis se, että hoitohenkilökunnan haastattelupuheessa kannetaan elementtejä ammatillisesta identiteetistä ja siitä, mitä sen suhteen halutaan välittää tai tullaan välittäneeksi. Sairaanhoidaja voi kuitenkin saman puheenvuoron aikana tuottaa itsensä niin lääketieteellisenä asiantuntijana kuin lääkärin avustajanakin. Koska puheessa esiintyy tämänkaltaisia keskenään ristiriitaisilta tuntuvia elementtejä, olennaisimmaksi tehtäväksi tuleekin juuri sen osoittaminen, miten ja missä tilanteissa näitä erilaisia ja toisiinsa nähden ristiriitaisia diskursseja käytetään ja hyödynnetään. Identiteettityössä väitetään olevan pyrkimys identiteetin jatkuvaan yksilölliseen rakentamiseen ja sen määrittelemiseen mahdollisimman myönteisesti (kuten Sulkunen 1998, 72-73). Tämän ajatuksen valossa voi päätellä, ettei ammatillista minuuttakaan välttämättä haluta ylläpitää esittelemällä vain sirpalemainen sarja omaan ammattiin kohdistuvia totuuksia. Kyse lienee pitkälti siitä, että myös omasta ammatillisesta asemasta puhuttaessa halutaan

---

<sup>13</sup> Diskursiivisten valtasuhteiden muodostumisesta puhuttaessa käytetään usein sodankäyntiä kuvaavia metaforia, kuten esimerkiksi ”strategia” ja ”kentällä varatut asemat”, vaikka kysymys ei olisikaan vuorovaikutustilanteesta tapahtuvasta konfliktista. Asiantuntijateksteissä sotametaforat ovat siis yllättävän yleisiä (k. myös Hautamäki 2002). Diskursiiviset valtasuhteet pyritään ymmärtämään pääasiassa toiminnallisina asemina, toimintakyvykkyutenä tai mahdollisuuksina

nivoa erilaiset diskurssit kokonaisuudeksi, joka olisi mahdollisimman mielekäs ja joka tulisi muille ymmärrettäväksi – vaikka sitten näiden ristiriitojen ja jännitteiden puitteissa tai sitten niistä huolimatta. Haastattelija toimii tietynlaisena kontrolloivana tekijänä siihen nähden, mitä yksilö haluaa kertoa itsestään.

Tutkija-haastattelija ja haastateltavat pyrkivät yhteisymmärryksen löytämiseen ensinnäkin siten, että orientoiduttiin vuorovaikutustilannetta strukturoiviin sääntöihin: sitouduttiin erityisiin konteksteihin haastattelun kuluessa ja siten tuotettiin toiselle osapuolelle erityisiä toiminnallisia asemia. Toiseksi etsittiin yhteisymmärrystä kielenkäyttöön ja tiettyihin diskursiivisiin ulottuvuuksiin nähden pyrkimällä tuottamaan sellaisia merkitysmaailmoja, jotka ovat kulttuurisesti ja kollektiivisesti jaettavissa. Hoitajan ja tutkijan puheessa ei esimerkiksi esiintynyt kovin paljoa sellaista ammattiterminologiaa, jonka ymmärtäminen vaatii erityisen ammatillisen pätevyyden, sillä keskustelun toinen osapuoli oli jokaisena haastatteluajankohtana maallikko suhteessa tähän tietouteen.

Kardiologisen hoidon asiantuntijan ja tutkijan välillä pyrittiin siis kollektiiviseen yhteisymmärrykseen sekä keskustelun muodollisissa että sisällöllisissä strategioissa. Oletan, että työelämässä toimimista tehdään haastattelutilanteissa ymmärrettäväksi samankaltaisin diskurssein riippumatta siitä mitä ammattia toimija edustaa. Työn tekeminen tai ammatissa toimiminenhan kytkeytyy samankaltaisiin sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin: ammatin ympärille on muodostunut lainmukainen organisaatio, jonka puitteissa määritellään muun muassa ammatissa tarvittava koulutus, myönnettävä palkkaus, vaadittavat velvollisuudet, käytettävä työaika, erillinen työtila, ammatillista toimintaa organisoiva hallinto sekä ammatin harjoittamiselle relevantit yhteistyökumppanit.

Diskursiivisessa organisaatiotutkimuksessa on tultu johtopäätelmiin, joiden mukaan nämä tekijät toimivatkin eräänlaisena tulkintojen ”ylärakenteena” ja ne asettavat yksilön tiettyyn toiminnalliseen positioon. Kuitenkaan ne eivät normatiivisesti determinoi yksilön toimintaa: pikemminkin ne ovat suuntautumisen apuvälineitä. (esim. Silverman 1998.) Vaikka aineistoni haastattelut kulkevatkin suhteellisen samankaltaisten teemojen ja kysymystenasettelujen kautta, ne kertovat myös siitä, mitä asioita pidetään kulttuurisesti tärkeinä ja olennaisina ja mitkä asiat näyttäytyvät konventionaalisina työelämää jäsentävinä merkityksinä.

---

toimia (Foucault 1980). Vuorovaikutustilanteen kulttuurista konsensusaspektia puolestaan kuvataan esimerkiksi metaforalla ”tanssi” (kuten Suoninen 1997.)

Olen jo aiemmin painottanut katsovani tärkeäksi metodologiseksi periaatteeksi sen, että kieli sekä tarjoaa mahdollisuuksia että rajoittaa. Erilaiset institutionaaliset puhetavat asettavat myös kielenkäytön tutkijalle tiettyjä rajoituksia: minun on ensinnäkin pitäydyttävä niissä haastatteluaineiston tarjoamissa puitteissa, joissa tutkija-haastattelija saattaa olennaisin osin vaikuttaa haastateltavan vastaukseen. Sen lisäksi on vielä pidettävä mielessä, että kysymysten muotoiluun ja vastauksiin ovat vaikuttaneet myös erilaiset sairaalaorganisaatioon kytkeytyvät säännökset ja edellytykset ja viime kädessä kyse on toisen tutkimuksen piiriin tarkoitetuista haastattelukysymyksistä. Näistä tekijöistä huolimatta nojaan siihen periaatteeseen, että diskurssianalyttisessä viitekehyksessä ei ole tarkoitus lukita ajatteluaan tämänkaltaisiin rajoituksiin. Lähdän mielelläni siitä, että tulkintojen mahdollisuus on periaatteessa rajaton, sillä kielenkäyttö sisältää useita sosiaalisen todellisuuden tasoja ja useita merkityksiä eikä se deterministisessä mielessä ole sidoksissa mihinkään institutionaalisiin puitteisiin.

Tästä huolimatta tutkijan on kuitenkin tehtävä valintansa sen suhteen, minkälaisen analyysin katsoo merkitykselliseksi tutkimuskysymyksensä kannalta ja minkälaisen todellisuuden kuvaamisen kaikkein olennaisimmaksi. Koska diskurssianalyysissä pyritään edes jollakin tasolla vangitsemaan tuota merkitysten monipuolisuutta ja moninaisuutta, valinta on väistämättä poliittinen – joku muu tutkija voisi tehdä toisenlaisen valinnan. Vaikka tulkintojen mahdollisuus onkin rajaton, en voi sellaisia rajattomasti esittää. Luonnollisesti lähdän siis ennen kaikkea siitä, että päättelyni raportointi on yhtäpitävää tutkimuskysymysteni ja teoreettisten lähtökohtien kanssa ja että päättelyni seuraa valitsemiani metodisia ratkaisuja. Laadullisen tutkimuksen kohdalla tällä viitataan tutkimuksen sisäisen validiteetin vaatimukseen. (kuten Eskola & Suoranta 1998, 215-222.) Kulttuurintutkimuksessa sovelletaankin usein laadullisia aineistoja, joten validiteetin vaatimukset kytketään itse tutkimuksen sisäiseen eheyteen ja koherenssiin.

Kulttuurintutkimuksen piirissä kulttuurin käsite kytketään toiminnan merkitysvälittyneisyyteen ja huomio on siinä kohdistunut niihin identiteettejä konstruoiviin merkityksiin, joita esimerkiksi puhutussa kielessä tai kirjoitetuissa teksteissä tuotetaan (Alasuutari 1994). Haastattelupuheen seikkaperäinen analyysi on tapa tehdä ymmärrettäväksi tutkimuskohteeni merkitysvälittyneisyyttä, joten tulkinnan oikeellisuuden arviointi muodostuu näin olennaiseksi yleistettävyyden välineeksi. Lähtökohtani on, että yksilöt eivät työpaikallakaan ole niiden kulttuurisesti ja kollektiivisesti jaettujen käsitysten ulkopuolella, joiden kautta maailmaa hahmotetaan ja joka tekee muiden yksilöiden toiminnan suhteellisen ennustettavaksi. Toisin sanoen haastatteluissa tuotettu identiteetti

ei ole vain kooste institutionaalistuneista puhetavoista ja ammattiterminologiasta, vaan yksilö kantaa mukanaan kaikkea siihen asti työpaikalla ja muussa elämässään kokemaansa. Puheessa saatetaan asiat tiettyyn valoon, saatetaan ne näyttämään joltakin. Näin tutkittavien puhe kytkeytyy yleiseen kulttuurisiin konventioihin ja tapoihin jäsentää työelämässä toimimista.

Olen kuitenkin myös sitä mieltä, että kulttuuriset konventiot ohjaavat myös tutkijan orientaatiota tutkimustyöhönsä sekä useita hänen etukäteisolettamuksiaan. Yksi tapa, jolla tulkinnan oikeellisuutta voi mitata, on pyrkiä tulkintaan, jonka muutkin tiedeyhteisön edustajat voivat hyväksyä relevantiksi tulkinnaksi tämän aineiston suhteen. Paikallisen selittämisen idea onkin tutkimukseni tärkeä validiuden määrittäjä. Silloin, kun ilmiötä selitetään paikallisesti, pyritään tuomaan esiin niin paljon relevanttia empiiristä tietoa käsiteltävästä ilmiöstä kuin suinkin. Nähdäkseni vain siten on mahdollista tulkiten ymmärtää sosiaalisen toiminnan mieltä. (kuten Weber 1980). Niinpä tarkastelen hoitajien ammatillisen aseman rakentumista niin asiantuntemuksen ja sen kohteen, työn vaatimusten ja moraalisten tekijöiden, työyhteisöproblematiikan kuin sukupuolenkin suhteen. Aineistokatkelmia huolellisesti analysoimalla pyrin siihen, että aineisto tuo esiin kysymyksenasettelun kannalta keskeiset elementit. En aio uuvuttaa lukijaa aineistokatkelmien runsaudella tulkinnan hyväksymiseksi vaan luotan siihen, että aineistoesimerkit tukevat mahdollisimman kattavasti paikallisen selittämisen ideaa. Tällöin jokaisen yksittäisen katkelman suhteen on syytä tavoitella herkkyyttä kaikille niille nyansseille ja ristiriidoille, joita haastateltava ilmaisee puheessaan: silloin relevanttia informaatiota ei myöskään häviä.

Kun puhutaan luotettavuudesta ja yleistettävyydestä silloin, kun tutkimusaineistoa analysoidaan laadullisin menetelmin, vallalla on näkemys siitä, että tutkijan selityksen tulee olla yleisesti hyväksyttävissä ja perusteltavissa. (Alasuutari 1993, 193-196.) Erityisesti silloin, kun asiantuntija tutkii muita asiantuntijoita, katsotaan tutkimustulosten luotettavuuden osoittaminen erityisen tärkeäksi. Viime kädessä tämä näyttäytyy tutkijan itsensä harjoittaman asiantuntijatoiminnan ja sen relevanssin arvioitavuuden vaatimuksena. (Eriksson & Valkonen 2001, 50-51; Pirttilä 2002, 153, 159-161; Eriksson 2002, 170.) Pietteettisimmässä mielessä luotettavuuden vaatimus näyttäytyy vaatimuksena hallita niin perusteellinen ymmärrys tutkittavasta asiantuntijatoiminnasta kuin suinkin.

Tätä tutkimusta varten en kuitenkaan katso tarpeelliseksi tietää niin paljon kardiologisesta terveydenhuollosta ja hoitokäytännöistä kuin tutkimani hoitajat. Uskoakseni minulla on riittävää kulttuurista esiymmärrystä tutkimuskohteesta sen vuoksi, että olen toiminut sairaala- ja

laitosapulaisena ennen yliopisto-opintojani. Sosiologiselle tutkimukselle on puolestaan ominaista juuri se, että pyritään näkemään tutkittavan ilmiön yhteiskunnallisia ja kulttuurisia yhteyksiä. Siten tutkiessani tätä tiettyä asiantuntijaympäristöä pyrin siihen, että tulokset ovat yleistettävissä esimerkiksi niiden sosiaalisten rakenteiden suhteen, jotka vallitsevat nykyaikaisessa asiantuntijakulttuurissa ja niiden mekanismien suhteen, joiden kautta ylläpidetään ammatillisia hierarkioita. (k. myös Eriksson 2002, 170.) Pyrin kuvaamaan tutkimuskohdettani siten, että tutkimukseni tuottaisi sosiologista ymmärrystä siitä, mikä näyttäytyy merkityksellisenä nykyisessä asiantuntijatyössä ja -työpaikoilla.

Katson, että kardiologisen hoitohenkilökunnan kiireinen ja vaativa työelämä on kirkaahko ikkuna nykysuomalaiseen asiantuntijatodellisuuteen, jossa managerialistinen tulosvastuujärjestelmä on läpäissyt erilaisia organisaatioita. Näin 2000-luvun alkupuolella meillä edelleen käydään keskustelua siitä, kuinka tarkoituksenmukainen tämä järjestelmä ylipäänsä on julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden kohdalla. Järjestelmän käyttöönotto ei ole ollut eikä sen soveltaminen edelleenkään ole kivutonta. Esimerkiksi tulosvastuuajattelun lietsoma osaamisen markkinointi ja erilaiset tehokkuuden vaatimukset tuntuvat usein olevan ristiriidassa sen kanssa, miten henkisen työn tekijät ymmärtävät työnsä sisällön ja merkityksen. Koska tutkimukseni myötä avautuu mahdollisuus tarkastella asiantuntijaorganisaatiota tämän nykyvirtauksen näkökulmasta, tutkimustuloksiani voitaneen soveltaa sekä julkisen sektorin sairaalaorganisaatioiden että muiden asiantuntijaorganisaatioiden tilanteeseen.

Puhe työstä ei ole vain yksittäinen tapa työstää maailmaa tai antaa sille merkityksiä, vaan siinä esiintyy useitakin sosiaalisen todellisuuden tasoja. Kysymys on toiminnasta, jossa yksilö kantaa mukanaan kaikkea tietämäänsä, kokemaansa ja pohtimaansa ja viime kädessä yksilö tuottaa asiat sellaisina kuin näkee ne merkityksellisiksi ja arvokkaiksi. Hoitotyön merkitysmaailman tarkasteleminen antaa mahdollisuuden osoittaa niitä tekijöitä, jotka hallitsevat asiantuntijaorganisaatioiden ammatillisuudessa niin yksilöllisellä asiantuntijatasolla kuin työyhteisön sosiaalisten suhteidenkin tasolla. Niin ikään hoitotyön merkitysmaailman kautta on mahdollista osoittaa ongelmakohtia nykyaikaisessa työelämässä ja siten myös esittää yhteiskuntakriittinen puheenvuoro.

## 1.6. Tutkimuksen rakenne

Tutkimuksessa halutaan selvittää, miten hoitotyössä toimivat henkilöt perustelevat ammatillista asemaansa sairaalan hierarkkisessa järjestelmässä. Ensimmäiseksi tutkin sitä, miten hoitajat tekevät ymmärrettäväksi ammatillista asemaansa puhumalla ammatillisista käytännöistään. Tämä tapahtuu erittelemällä sitä, *mitä työssä tehdään*. Hoitajat tarvitsevat työssään monenlaista ammatillista tietämystä ja tarkastelen sitä, miten hoitaja rakentaa asiantuntijan ja ammattitaitoisen työntekijän identiteettiä lääketieteen ja hoitotieteen kautta. Kysyn, minkälaisia funktioita näillä tietovarannoilla on hoitajan työkäytäntöjen kannalta ja miten ne ilmentävät hoitotyön sosiaalisesti vakiintuneita tai institutionaalistuneita käytäntöjä.

Tämän jälkeen tutkin, miten asiantuntijuus sisältyy hoitajan työn velvoitteisiin. Hoitajat rakentavat käsityksiä työhönsä kohdistuvista ammatillisista ja moraalisisista vaatimuksista puhetavassa, joka muodostuu tietynkaltaisen velvoitteenomaisen kehyksen kautta. Se tekee ymmärrettäväksi, *mitä pitää tehdä ja miksi tehdään* niin kuin tehdään. Moraaliset aspektit kertovat myös henkilökohtaisesta työssä selviytymisestä ja siitä, *miltä tehdessä tuntuu*. Tutkin, minkälaista relevanssia yhtäältä ammatillinen ja toisaalta moraalinen aines saavat tässä velvoitteellisessa tulkintakehyksessä ja kysyn, minkälaiset vaatimukset muodostuvat merkityksellisiksi hoitajan ammattitoiminnan kohdalla.

Ammattitietoutta rakentavissa diskursseissa potilashoitoa tehdään merkitykselliseksi erilaisista näkökulmista. Kolmannessa analyysiluvussa tutkinkin sitä, minkälaisia sosiaalisia asemia potilaat saavat erilaisissa tietovarannoissa ja mitä merkitystä erilaisilla potilasta koskevilla diskursseilla on hoitajan ammatillisen aseman kannalta. Tällä määrittelykentällä puhe jäsentyy siis sen kautta, *kenelle tehdään*. Tarkastelun keskiössä on se seikka, miten potilaalle tuotettuja subjektiasemia tullaan hyödyntäneeksi asiantuntijaidentiteetin ylläpitämiseksi<sup>14</sup>.

Potilaskeskeinen ajattelu hallitsee sairaalaosaston työkuultuuria sekä ammatillisessa että moraalisisessa mielessä ja se myös yhdistää eri ammattiryhmien intressejä. Tästä huolimatta

---

<sup>14</sup> Olen käsitellyt joitakin lukujen 1-3 asioita artikkelissa ”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka” – sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat” Ilkka Pirttilän kanssa toimittamassani teoksessa ”Asiantuntijoiden areenat” (2002, SoPhi, Jyväskylä).

ammattiryhmien välillä vallitsee melko tarkoin säädelty työnjako. Tutkimuksen viidennessä luvussa analysoin työyhteisösuhteista tuotettuja merkityksiä haastattelupuheissa, jotka jäsenyivät ammattiryhmien välisten työnjakosuhteiden eli sen kautta, *mitä on lupa tehdä*. Kysyn, minkälainen puhe rakentaa ammattiryhmien välille hierarkkisia suhteita ja mitä nämä suhteet kertovat hoitajien ammatillisesta asemasta kardiologisen osaston työyhteisössä.

Osastolla työskentelee hoitotehtävissä sekä naisia että miehiä. Sen perusteella voisimme ajatella, että työyhteisössä pyritään tasa-arvoon sukupuolen suhteen. Hoitohenkilökunnan keskuudessa tehdään kuitenkin useita sosiaalisia erontekoja sukupuolta koskevassa puheessa. Se, mitä sukupuolta hoitaja edustaa, näyttää merkitykselliseltä sekä ammattitaidon että työyhteisön sosiaalisten suhteiden kannalta. Tarkastelen tätä problematiikkaa tutkimuksen kuudennessa luvussa nais- ja mieshoitajista vallitsevien käsitysten valossa, mikä täsmentyy sen kysymyksen kautta, *ketkä tekevät*. Lopuksi pohdin niitä yhteyksiä, joita erilaisilla sosiaalisilla ja hierarkkisilla jaotteluilla on siihen nähden, mitä asiantuntijuudesta nykyisin keskustellaan teoriassa ja käytännössä.

## 2. ”Empaattisuus on ajattelemista toisen lähtökohdista” – asiantuntemus ja hoitokäytäntö

Työn sisältö on yksi keskeinen teema hoitajien haastatteluissa. He puhuvat paljon siitä, minkälaisen työtehtävien kautta työpäivä järjestyy ja mitä toimenpiteitä se pitää sisällään. Puhe työtehtävistä ja siinä tarvittavasta tietämyksestä kertoo sydäntautiosaston arjesta ja osaston toiminnasta. Näen tämän puheen muodostavan oman itsenäisen merkityksellisen kokonaisuutensa.

Puhetta työn sisällöstä tehdään ymmärrettäväksi muun muassa sellaisen terminologian kautta, joka on peräisin niistä ammatillisista tietovarannoista, joita tarvitaan kardiologisessa hoitotyössä. Lääketieteellisen tietämyksen tarve on itsestään selvä sydäntautiosaston hoitajien kohdalla: infarktipotilaita tuskin kyettäisiin hoitamaan ilman tietoja kardiologisista sairauksista.

Vaikka lääketieteellinen tietämys onkin työssä olennaista, hoitohenkilökunta ottaa usein esiin myös hoitotieteellisen tiedon merkityksen. Hoitotiede on itsenäinen tieteenala, jossa määritellään hoitotyön normeja ja koodistoa. Esimerkiksi Paula Könnilä esittää, että vaikeasti sairaan potilaan kohdalla hoitajan tehtävään liittyy konkreettisten hoitotehtävien lisäksi myös potilaan ja hänen omaistensa tukemista. Tämä vaatii vahvaa hoitotieteellistä osaamista, kuten rohkaisua, tukemista ja yhteistyön taitoja (1999, 58). Myös haastateltujen hoitajien mukaan vuorovaikutustaidot ovat yksi hoitotyön olennaisimpia ja haasteellisimpia osa-alueita. Voimme näiden määritelmien valossa ajatella vuorovaikutustaitojen osaamisen edustavan hoitotieteellistä tietämystä.

Haluan tässä vaiheessa tehdä pari täsmennystä, jotka liittyvät käyttämiini *hoitotyön* ja *hoitotieteen* käsitteisiin. Vaikka hoitotyö määritelläänkin ammatilliseksi toiminnaksi, väitetään, että se tulisi kuitenkin ymmärtää pikemminkin filosofiselta kuin käytännölliseltä pohjalta ja ymmärtää se potilaan ja hoitajan välisenä ihmissuhteena. Hoitotieteessä korostetaan humanistista ihmiskäsitystä, joka kytkeytyy potilaan yksilöllisyyttä kunnioittaviin periaatteisiin sairaanhoidossa. (Könnilä 1999, 49-50, 59.) Hoitotyön ja hoitotieteen käsitteellinen sisältö muodostuu siten pitkälti samantyyppiseksi, sillä molempien käsitteiden määritelmässä sanotaan ponnistettavan liikkeelle



humanistisesta ihmiskäsityksestä käsin. Hoitotiede on ymmärrettävissä pyrkimyksiksi ammentaa hoitotyölle käsitteellinen ja teoreettinen pohja.

Hoitotieteellä katsotaan olevan merkitystä hoitajien ammatillistumisen prosessissa: se antaa mahdollisuuden ammatilliseen pätevytykseen korkeamman kouluttautumisen muodossa. Sen lisäksi hoitotiede antaa mahdollisuuden tarkastella hoitamistoimintaa omalla osastolla opillisesta näkökulmasta. Siten se tarjoaa hoitajille eväitä sekä kyseisen osaston hoitopraktiikan kehittämiseen että kehittymiseen henkilökohtaisessa työssä.

Tässä luvussa tutkin lääketieteellisen tietämyksen ja hoitotieteellisen tietämyksen roolia kardiologisessa hoitotyössä analysoimalla niitä kielellisiä ja retorisia tekijöitä, joita sairaanhoitajat ja perushoitajat hyödyntävät haastattelupuheessa: kysyn, missä yhteyksissä hoitajat turvautuvat lääketieteelliseen terminologiaan ja missä taas hoitotyön ja hoitotieteen terminologiaan silloin, kun puhe on ammatillisista käytännöistä. Tämä näkökulma tarjoaa mahdollisuuden sen pohtimiseen, miten erityistietämykseen perustuva asiantuntemus ilmenee sairaanhoidossa.

Kielenkäytön retoriikassa yleensäkin väitetään olevan kysymys vakuuttamisen ja vaikuttamisen pyrkimyksestä. Pyrkimys vaikuttaa kuulijaan tai saada hänet vakuuttuneeksi jostakin ilmenee puheessa tai tekstissä tiettyjen sana- ja ilmaisuvalintojen kautta (esim. Perelman 1995; Summa 1996; Summa & Palonen 1996; Aro 1999). Asiantuntijateksti ja –puhe on yksi kielenkäytön muoto, jossa pyritään vakuuttavuuteen. Asiantuntijätietämyksen kautta pyritään uskottavuuteen ja siihen, että oma argumentti saa painoarvoa. (Fairclough 1997; Vuori Jaana 2001). Kun tässä jaksossa tarkastelen hoitajien haastattelupuhetta, kiinnitän huomiota juuri tähän hoitajan asiantuntijätietämystä osoittavaan terminologiseen vaihteluun.

Kardiologisella osastolla työskentelee useitakin ammattilaisryhmiä, jotka ovat vastuussa potilaan hoitoprosessin toteutumisesta ja tämä kuuluu luonnollisesti myös hoitajien puheessa. Analysoin tässä luvussa myös sitä, minkälaiseen valoon hoitajat tulevat asettaneeksi itsensä ja muut toimijat silloin, kun puhutaan hoitotyön käytännöistä. Käytännössä erittelen niitä syntaktisia ratkaisuja, joiden varassa toimija-asemia rakennetaan. Yksittäisten sanavalintojen erittely auttaa kaiken kaikkiaan hahmottamaan sekä sitä, mitä ylipäänsä tuotetaan hoitotyön asiantuntemukseksi ja myös sitä, minkälaisia hierarkkisia asemia tämä asiantuntijuus edellyttää.

Ensimmäiseksi tarkastelen niitä yhteyksiä, joissa hoitajat käyttävät lääketieteellistä terminologiaa tutkien, mitä merkitystä näillä käyttötavoilla on kardiologisen osaston ammatillisille käytännöille. Sen jälkeen tarkastelen hoitotyön ja hoitotieteen terminologiaa samasta näkökulmasta. Pyrin näissä yhteyksissä osoittamaan, ettei asiantuntijan identiteetti kytkeydy vain tietämyksen eri lajeihin vaan myös siihen, minkälaisiin asemiin sairaanhoidon eri toimijat asetetaan. Lopuksi pohdin, miten keskustelu lääketieteen ja hoitotieteen välisestä jännitteestä sijoittuu näihin tekijöihin.

## **2.1. Hoitokäytäntö ja arkipäivän ammatillinen tietämys**

Sydäntautiosaston sairaanhoitopäivä rakentuu olennaisin osin rutiininomaisissa toiminnoissa. Sairaanhoitajien ja perushoitajien päivän kulkua määrittävät erilaiset potilashoitoon liittyvät tehtävät. Ne voivat liittyä esimerkiksi nopeaan elvytystoimintaan yksittäisen potilaan kohdalla eli kardiologisen sairaanhoidon perustoimintoihin. Sen lisäksi ne liittyvät päivittäiseen potilasosaston elämään, kuten vaikkapa potilasruokailuun. Näistä rutiininomaisista seikoista puhutaan usein haastatteluissakin.

Kun hoitajat tekevät haastattelupuheessa ymmärrettäväksi potilashoidon käytäntöjä, terminologinen vaihtelu on suurta. Silloin kun puhetta jäsentää lääketieteellinen terminologia, kysymys näyttää olevan kahdesta erilaisesta käytöstavasta. Ensinnäkin lääketieteellisten termien kautta tehdään ymmärrettäväksi juuri hoitokäytäntöjä: tällöin lääketiede palvelee lähinnä niitä arkipäivän kulkuun liittyviä potilasrutiineja, jotka muodostavat työn perustan. Toiseksi lääketieteelliset termit kytkeytyvät suoranaiseen asiantuntijan puhuja-asemaan, jossa on tarkoitus välittää maallikolle sairaanhoidon tietämystä.

Tämän lisäksi hoitokäytännöistä puhutaan tavoin, jotka kuvastavat hoitotyötä ammatillisesti hierarkkisena toimintana. Näiden merkitysten kautta hoitajat tulevat luoneeksi rajoja osastolla toimivien ammattitahojen välille sekä myös paikantaneeksi itsensä tiettyyn ammatilliseen yhteisöön tai kollektiiviin. Tarkastelenkin nyt lähemmin näitä arjen hoitokäytäntöjä koskevia puhetapoja.

### 2.1.1. Lääketiede arjen rutiinina

Yleisesti on väitetty, että lääketiede tai lääketieteellinen merkitysjärjestelmä on sairaalaorganisaatioissa hallitseva tietämyksen tyyppi. Lääketieteen ympärille on muodostunut oma byrokraattinen järjestelmänsä, joka ylläpitää koko sairaalaorganisaatiota. (Freidson 1970; Foucault 1989.) Hoitajien haastatteluissa lääketieteellinen terminologia ei kuitenkaan ole hegemonisessa tai hallitsevassa asemassa, vaikka tietämys sairauksista ja potilaille tehtävistä toimenpiteistä muodostaakin kardiologisen hoitotyön ytimen.

Tulkitsen lääketieteelliseksi terminologiaksi esimerkiksi sen terminologian, jonka kautta hoitajat kuvailevat potilaalle tehtäviä toimenpiteitä tai nimeävät sairauksia (kuten Haakana & Raevaara & Ruusuvoori 2001, 196-197). Tämänkaltainen puhe esiintyy haastatteluteksteissä suhteellisen yleisenä tulkintakehyksenä, jonka puitteissa osaston toimintaa tehdään ymmärrettäväksi. Se tekee selkoa hoitotyön sisällöllisestä perustasta ja jäsentää hoitotyön ominaispiirteitä.

SH: Viikonloppuna on niin kirjava se henkilökunta kun ei ole ihmiset töissä, niiden työt pitää tehdä.

H: Tavallaan täytyy viikonloppuna samoja asioita hoitaa kuin viikollakin.

SH: Kyllä. Aamulla yöhoitaja pitää mulle ja sitten mun perushoitajakaverille semmoisen muodollisen, sen lyhyen yöraportin. Jos on opiskelijoita ne pitää ottaa tietysti mukaan. (...) Akuutin potilaan huonovointisuuskohtaukset pitää heti hoitaa. Jos on kipuja niin se on siitä päästä lähdettävä. Ja organisointikykyä siinä työssä täytyy olla että sen työn määrän saa tavallaan tehtyä ja potilaat voi optimaalisesti hyvin. Sitten me lähdetään viemään aamulääkkeitä ja katsotaan mikä vointi on ja sitten tää IV-lääkityksen laittoa ja tiputukseen laittoa ja konsultoin ton sydänvalvonnan kanssa ja usein näiden erityistyöntekijöiden kanssa, kuntoutusohjaajien kanssa. Potilaan katsomista, kuka on tullut, kuka tarttee infarktineuvontaa, kuka on ohitusleikattu, kuka angina pectoris, kuka läppäpotilas. Tämmöistä yhteistyötä, ja sosiaalityöntekijän kanssa. Me lähdetään kahdeksalta aamupesulle perushoitajan kanssa että me osallistutaan myös tuohon perushoittoon. Minäkin tykkään, että mä en ole pelkkä paperihoitaja, että minä haluan tietää sen potilaan voinnin, josta me yhdessä vastataan. (...) Meillä on aina kiirus rytmi kun me pestään näitä potilaita ja katsotaan ne perusasiatkin että on tämä hygieniapuoli kunnossa. (SairaanhoitajaA16.12.1996/SE.)

Aineistoesimerkissä tehdään selkoa erilaisista päivittäisiä käytännön tehtävistä, kuten *aamulääkkeiden viennistä*. Retoriikka liikkuu siis konkreettisten toimien tasolla ja hoitaja asemoi

itsensä osaksi sairaalan arkipäivän toimintaa. *IV-lääkityksen*<sup>15</sup> ja *tiputukseen laiton* termeissä on kysymys medikaalisesta tietämyksestä ja sen soveltamisesta. Termeillä on tässä kontekstissa kuitenkin hoitotoimia jäsentävä funktio, eli se kertoo hoitotoiminnan arkirutiinista. Potilas ei kuitenkaan tule mainituksi, vaikka kysymys onkin potilaille tehtävistä toimenpiteistä: tämä välittää mielikuvan hyvin rutinoituneesta työnteosta. Sen sijaan lausumassa *kuka tarttee infarktineuvontaa, kuka on ohitusleikattu, kuka angina pectoris, kuka läppäpotilas* potilas tulee merkityksi sairauksiensa ja tarpeidensa kautta, joita nimetään lääketieteellisin termein.

Sairaanhoitajan ammattikäytännöt näyttävät tässä kytkeytyvän konkreettisiin toimenpiteisiin. Hän muun muassa *hoitaa akuutin potilaan huonovointisuuskohtauksia*. Lääketieteellinen retoriikka kytkeytyy muun muassa potilaan taudinkuvan luokitukseen, kuten edellä. Tulkitsen lääketieteellisiksi merkityksiksi potilaan tilaa kuvaavat termit, kuten esimerkiksi *angina pectoris* ja *ohitusleikattu*. Tässä yhteydessä termit kytkeytyvät potilaan tilan seuraamiseen, eli sairaanhoidon alueelle. Lausuma *annetaan IV-lääkitystä* liittyy potilaan lääkitystehtäviin ja siten niin ikään sairaanhoitokäytäntöihin. Tulkitsen, että tämänkaltaisen ammatillista tietämystä erittelevän retoriikan kautta sairaanhoitaja rakentaa itselleen ammatissaan kompetentin työntekijän identiteettiä.

Perushoitajan kohdalla kysymyksessä on niin ikään oman työn tunteminen niin, että haastateltava näyttäytyy ammatillisesti hyvinkin pätevänä. Myös perushoitaja kytkee lääketieteellisen terminologian hoitorutiineissa syntyneeseen ammattitaitoon.

H: Tämän perushoitajan oman työn vastuullisuuden, mitä kaikkea se sisältää?  
PH: (...) Siinä saa olla, mitä me on kuultu potilaalta. Vaikka joku kipuilleva, niin kyllä sen nyt näkee, mitä siinä vaaditaan. Pitää olla näyttöä niistä asioista, että tietää jo vähän etukäteen mitä voit ottaa. Vaikka jonkun verenpaineen tai kokeen ja tämmöistä seurantaan ihan. (Perushoitaja 21.2.1989/RJ.)

Tulkitsen lausuman *verenpaineen tai kokeen ottamisesta* medikaalisiksi toimenpiteiksi, joissa tarvitaan lääketieteellistä tietämystä. Tässä katkelmassa on kuitenkin huomattavaa, että perushoitaja tuottaa itsensä varsin rutinoituneeksi työntekijäksi, joka näkee nopeasti, minkä tyyppistä hoitoa

---

<sup>15</sup> Suonensisäinen lääkitys (lyhennys engl. termistä intravenios).

potilas tarvitsee. Hän kykenee aikaisemman *näytön* ja tietämyspohjansa perusteella tekemään oikeita hoitotoimenpiteitä.

Lääketieteellisellä retoriikalla näyttää siis olevan merkitystä muun muassa siinä suhteessa, että sen kautta tehdään ymmärrettäväksi hoitokäytäntöjen sisältöjä, organisoidaan arkipäivää ja ylläpidetään sairaalaosaston toimintaa. Lääketieteellistä toimintaa konstruoiva kielenkäyttö tuntuu jäsentävän siis myös sairaanhoidon käytäntöjä: kyse ei ole siis siitä, että ainoastaan lääkärit hyödyntäisivät näitä termejä. Potilaiden nimeäminen tautiluokituksen ja heille tehtyjen lääketieteellisten toimenpiteiden mukaan liittyy nähdäkseni siihen, että hoitajat kykenevät näiden tietojen perusteella tekemään oikeita ratkaisuja. Tiedolla potilaalle tehdyistä operaatioista on merkitystä sen suhteen, miten sairaanhoidossa edetään.

### 2.1.2. Lääketiede asiantuntemuksena

Hoitajien haastattelupuheessa lääketieteellinen terminologia kytkeytyy sairaanhoidon alueelle ja siihen, minkälaisia ratkaisuja esimerkiksi tietyt potilassairaudet edellyttävät sairaanhoitotoiminnassa. Myös seuraavassa esimerkissä esiintyy tätä terminologiaa. Tässä sairaanhoitajan subjektiasema rakentuu kuitenkin erityistietämyksen kautta ja tätä tietämystä halutaan välittää haastattelijalle. Esimerkin sairaanhoitaja näyttää siis olevan asiantuntijan asemassa suhteessa haastattelijaan ja nimenomaisesti lääketieteen asiantuntijan roolissa.

H: Miten muuten sinä koet työssäsi tuon tuloksellisuuden, mikä on tulosta?

SH: Joo... se tulos... minä näen sen laajempina kokonaisuutena. Me hoidetaan tässä aika laajaa yhteiskunta-aluetta ja tää sydänpotilaiden sairausalue on kauhean suuri. Se pitäisi nähdä se tulos sillä tavalla, että otetaan vastaan tänne sellaisia potilaita, jotka lääkärit kanssa tänne lähettää. Ja meidän pitäisi osata katsoa tää potilaan tilanne. Niin että se tulis hoidettua sillai kiitettävästi. Että ne potilaat jotka esimerkiksi pärjää lääkehoidolla jatkoon ja sellaiset jotka vaatii leikkausta... siinä on hoitajalla suuri osuus näitten oireiden kartoittamisessa että lääkäri vaan käy huoneessa. Meidän pitää löytää just ne... se voi olla pienikin kipu joka ratkaisee, meneekö potilas aortografiaan siis varjoainekuvaukseen ja leikkaukseen. Että se pitää nähdä sellaisena laajempina kokonaisuutena että nää potilaat voi mennä... tietyllä lailla vaan käymässä että se erikoistieto on täällä. (SairanhoitajaA16.12.1996/SE)

Tulosvastuun aikakaudella haastatteli ja haluaa tietää, mitä sairaanhoitajan työssä olisi mahdollista mieltää työn tulokseksi. Tämä kontekstuaalinen tarjous tuottaa sairaanhoitajalta pohtivaa puhetta työn tavoitteista ja sen laajemmista merkityksistä. Lausuman *me hoidetaan tässä aika laajaa yhteiskunta-aluetta ja tää sydänpotilaiden sairausalue on kauhean suuri* voi tulkita asiantuntijan toteamukseksi. Lausumassa välitetty asiantuntemus koskee pääasiassa kyseisen osaston toimintakenttää, mutta siitä on hahmotettavissa myös merkitys lääketieteellisestä tietämyksestä: esimerkiksi lausuma *sydänpotilaiden sairausalue on suuri* on tulkittavissa sellaiseksi.

Lausuma *se voi olla pienikin kipu joka ratkaisee, meneekö potilas aortografiaan, siis varjoainekuvaukseen ja leikkaukseen* on niin ikään lääketieteen asiantuntijan puhetta. Sairaanhoitaja välittää haastattelijalle lääketieteellisiin käytäntöihin liittyvän syy-seuraussuhteen: *pienikin kipu ratkaisee* sen, mitä potilaalle seuraavaksi tapahtuu. Kysymys on tässäkin sairaanhoidon periaatteista: lausumasta on luettavissa se, että sairaanhoitajan tehtävänä on seurata potilaan tilaa, jotta voidaan suunnitella jatkotoimenpiteitä. Ennen kaikkea lausuma on tulkittavissa lääketieteelliseksi tietämykseksi: kysymyksessä on tieto kivun merkityksestä sille, ovatko jatkotoimenpiteet tarpeen. Sairaanhoitajan subjektiase ma näyttäytyy tässä siis lääketieteen asiantuntijan asemana.

Lausumassa *siinä on hoitajalla suuri osuus näitten oireiden kartoittamisessa, että lääkäri vaan käy huoneessa* sairaanhoitaja rakentaa hoitajien subjektiase man suhteuttamalla hoitajan toimintaa lääkärin tekoihin. Lausuma implikoi, että oireiden kartoittamisessa lääkärillä on luonnollisesti on oma roolinsa, mutta koska lääkäri vain käy huoneessa, hoitajan osuus tehtävässä on suuri. Hoitajan tehtävät ikään kuin määräytyvät suhteessa lääkärin tehtäviin.

Huomionarvoista on ennen kaikkea se, että haastattelupuheessa esiintyessään lääketieteellinen terminologia kytkeytyy juuri sairaanhoidollisiin käytäntöihin. Lääketiede toimii osaston sairaanhoitopraktiikkaa suuntaavana käytännöllisenä elementtinä ja se on osa hoitajien toiminnallista ja teknistä asiantuntemusta, arjen rutiineja. Aineistoesimerkkien hoitajat voivat asettua myös asiantuntijan tai tietäjän positioon tuottaessaan haastatteluissa lääketieteellistä terminologiaa, mutta nämäkin termit tekevät tässä yhteydessä ymmärrettäväksi pääasiassa sitä, mitä sairaanhoidon tehtäväkenttään kuuluu.

On argumentoitu, että professiotutkimuksissa hoitajia on kohdeltu pikemminkin lääkäreitä avustavana henkilökuntana kuin professionaalisen ammattikuntana (Henriksson 1998; 2000). Käsitelmä lääkäristä lääketieteen yksinoikeutettuna hyödyntäjänä on kuitenkin muuttumassa: muun muassa ajatus asiantuntijavallasta kytketään nykyisin kaikkiin terveydenhuollon toimijoihin (esim. Tuomainen ym. 1999; Kangas & Karvonen 2000). Hoitajien lääketieteellisen tietämyksen hallinnan tarve on todettu varsin kiistattomasti (kuten Peltari 1997), vaikka potilaita koskevat hoitopäätökset tehdään edelleen lääkäreiden tietämyksen nojalla. Kun haastattelupuheissa esiintyy lääketieteellistä retoriikkaa, niillä tehdään ymmärrettäväksi juuri sairaanhoidon käytäntöjä. Koska näitä merkityksiä esiintyy juuri hoidollisissa yhteyksissä, tulkitsen, että hoitajan lääketieteellinen tietämys rakentaa pääosin sairaanhoidon asiantuntemusta ja se on osa kardiologisen osaston hoitokulttuuria.

### 2.1.3. Hoitotyö instituutina

Vaikka lääketieteellinen asiantuntemus on olennaista hoitotyön arjessa, se ei kuitenkaan terminologisella tasolla ole hallitsevaa silloin, kun sairaanhoitajat puhuvat työkäytännöistään. Sairaalan vuodeosasto on useiden eri ammattiryhmien muodostama kollektiivi ja hoitokäytännöt ovat vakiintuneet ammattiryhmäkohtaisten työtehtäväkenttien mukaisesti. Potilaan tilan seuraaminen ja hoidon suunnittelu edellyttää neuvonpitoa ja pohdintaa muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Hoitajan ammatillisista asemia ei haastattelussa rakenneta vain lääketieteellisen asiantuntijuuden nojalla, vaan myös erilaisissa neuvottelusuhhteissa ja ammattiryhmien keskinäisessä toiminnassa.

Jos palataan sydäntautiosaston arkea kuvaavaan aineistoesimerkkiin ja tarkastellaan siinä hoitajan ammatillisista subjektiaseamia, se näyttää siinä rakentuvan sekä itsenäiseksi että kollektiiviseksi. Arkipäivän toiminta ilmenee sekä yksilöllisinä että yhteisöllisinä suorituksina.

H: Tavallaan täytyy viikonloppuna samoja asioita hoitaa kuin viikollakin.

SH: (...) Aamulla yöhoitaja pitää mulle ja sitten mun perushoitajakaverille semmoisen muodollisen, sen lyhyen yöraportin. Jos on opiskelijoita ne pitää ottaa tietysti mukaan.

(...) Sitten me lähdetään viemään aamulääkkeitä ja katsotaan mikä vointi on ja sitten tää IV-lääkityksen laittoa ja tiputukseen laittoa ja konsultoin ton sydänvalvonnan kanssa ja

usein näiden erityistyöntekijöiden kanssa, kuntoutusohjaajien kanssa. Potilaan katsomista, kuka on tullut, kuka tarttee infarktineuvontaa, kuka on ohitusleikattu, kuka angina pectoris kuka läppäpotilas. Tämmöistä yhteistyötä, ja sosiaalityöntekijän kanssa. Me lähdetään kahdeksalta aamupesulle perushoitajan kanssa, että me osallistutaan myös tuohon perushoittoon. Minäkin tykkään, että mä en ole pelkkä paperihoitaja, että minä haluan tietää sen potilaan voinnin, josta me yhdessä vastataan. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE.)

Lausumassa *konsultoin tuon sydänvalvonnan kanssa* sairaanhoitaja näyttäytyy itsenäisenä toimijana, joka neuvottelee muiden tahojen kanssa. Myös *sydänvalvonta, perushoitajakaveri, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä* asemoidaan yhteistyökumppaneiksi. Tämä kumppanuus ikään kuin rakentaa itse kunkin ammattiryhmän ammatillisen position itsenäiseksi: kysymys ei ole yhtenäisestä ammatillisesta kollektiivista. Lausumassa *me lähdetään aamupesulle perushoitajan kanssa* perushoitaja näyttäytyy yhtä lailla itsenäisenä yhteistyökumppanina, sillä hänet mainitaan erikseen toisen ammattiryhmän edustajana.

Lausuma *sitten me lähdetään viemään aamulääkkeitä* ilmentää puolestaan päivän järjestymistä kollektiivisena tekemisenä. Lausumassa *me osallistutaan myös tuohon perushoittoon* sairaanhoitaja viitanee persoonapronominilla *me* itseensä ja muihin sairaanhoitajiin. Kollektiivi, johon hän asemoi itsensä koostuu siis muista sairaanhoitajista. On väitetty, että persoonapronominien käyttö kertoo olennaisin osin puhujan sosiaalisesta identifikaatiosta ja siitä, minkälaisen yhteisön tai kulttuurin edustajaksi mieluiten haluaa kuulua (Potter 1996; Heikkinen 2000). Lausumassa niin ikään implikoidaan, että perushoidon ei yleensä katsota kuuluvaksi sairaanhoitajille, koska hän ottaa esille sen, että sairaanhoitajat osallistuvat *myös* siihen.

Lausumassa *minäkin haluan tietää sen potilaan voinnin* sairaanhoitaja näyttäytyy jälleen itsenäisenä toimijana. Tämä itsenäinen positio rakentuu tahtomisen modaaliasteen, eli haluamisen kautta (vrt. Sulkunen & Törrönen 1997, 84). Siinä implikoidaan, että muutoin hän ei tulisi potilaan vointia välittömästi päivän alkaessa tietämään, ellei lähtisi suorittamaan aamupesuja perushoitajan kanssa. Ammattiryhmien välinen työnjako näyttäytyy merkittävänä tekijänä osaston toimintakulttuurissa juuri siitä syystä, että hoitaja haluaa mainita sen, että myös perushoittoon osallistutaan. Lausumassa *minäkin tykkään että mä en ole pelkkä paperihoitaja* hoitaja tuottaa itsensä potilaan kannalta moraalisenä toimijana: ajatuksella ”pelkästä paperihoitajasta” voidaan katsoa viitattavan hoitajaan, joka vain tutkii potilaspapereita kansliassa eikä näyttäydy ollenkaan potilashuoneessa. Kuitenkin ajatus ”paperihoitajasta” kertoo myös sairaanhoitajan melko erilaisesta toimenkuvasta perushoitajan toimenkuvaan verrattuna.



*Perushoidon* kaltaisessa terminologiassa on kysymyksessä tietty esioletus, jossa nojataan siihen sopimukseen, että yleisempi perushoidon käsite edustaa sarjaa yksittäisiä toimenpiteitä, kuten esimerkiksi potilaan aamupesua. Tällaiset termit ovat vakiintuneet sairaalamaailman ammatillisessa kielenkäytössä ja ne ovat muotoutuneet osaksi hoitajien ammatiterminologiaa. Vakiintuneisuudella tarkoitan tässä yhteydessä sitä, että esimerkiksi *perushoidon* käsitettä käytetään referentiaalisesti eli sillä viitataan sellaisenaan olemassa olevaan todellisuuteen. Asiantuntijatekstien yleinen piirre on se, että abstrakteja termejä käytetään ikään kuin niillä olisi konkreettinen vastine todellisuudessa (Summa 1989, 79-81). Kuitenkin tämänkaltaiset abstrahoinnit rakentavat tuota sosiaalista todellisuutta itsessään ja järjestävät sitä mielekkääksi: sairaanhoitaja käyttää haastatteluesimerkissä perushoidon käsitettä hyvin luonnollisessa, hoitokäytäntöjä erittelevässä merkityksessä.

Sairaanhoitajan subjektiasema rakentui esimerkissä itsenäisen toiminnan ja yhteistyön kautta, mutta esimerkissä havaitsin myös sen, että muut sairaanhoitajat ovat kuitenkin se ammatillinen kollektiivi, johon hoitaja katsoo itsensä kuuluvaksi. Aikaisemmin huomattiin, että sairaanhoitajat suhteuttavat työpanostaan lääkärien tekemisiin silloin, kun kartoitetaan potilaiden oireita. Tässä havainnossa on yhtymäkohta siihen, että ammattiryhmän asemaa rakennetaan tietyin sairaanhoidon instituutiota rakentavin merkityksin, kuten puheessa sairaanhoidosta ja perushoidosta sekä näiden välisissä eroissa. Tulkitsen tilanteen osoituksena siitä, että muiden ammattiryhmien olemassaolo ja toiminta määrittelevät omaa ammatillista positiota.

Tämänkaltaisen retoriikka rakentaa hoitamistyötä institutionaalisiksi käytännöiksi, jotka organisoivat sairaalan toimintakulttuuria ja arjen rutiineja. Väitetään, että instituutio ei sinällään merkitse tiettyä sosiaalisen organisaation muotoa, vaan sen funktio on muokata ja organisoida sosiaalisia suhteita. Se on eräänlainen vallankäytön apparaatti. (Smith 1987, 160.) Tämän nojalla voidaan väittää, että kun hoitotoimintaa organisoidaan institutionaalisen kielenkäytön kautta, kysymys on tietynlaisesta valtaistavasta prosesseista: toimijoille tarjoutuu tietty luokittelu- ja käsitejärjestelmä, joka ylläpitää tätä instituutiota. Sairaanhoitajien ammatillinen asema rakentuu arkirutiineissa sekä sairaanhoitajien yhteisessä kollektiivissa että suhteessa muihin ammattiryhmiin. Nämä suhteet näyttävät organisoituvan erillisille työtehtäväkentille perustuvien termien kautta ja tätä erillisyyttä pidetään yllä esimerkiksi institutionaalistunein puhetavoin.

## 2.2. Hoitokäytäntö ja ideaalinen ammatillinen tietämys

Olemme havainneet, että sairaanhoitajat tekevät ymmärrettäväksi työnsä sisältöä ja arkipäivän työtehtäviä käytännöllisen tulkintakehyksen kautta. Tässä tulkintakehyksessä myös lääketieteellisellä terminologialla on merkitystä erityisesti sairaanhoidon kannalta. Arjelle annetaan rutiininomaisia merkityksiä myös hoitotyön institutionaalistuneissa puhetavoissa.

Hoitotyötä jäsennetään haastattelupuheessa kuitenkin myös sellaisen terminologian kautta, jossa potilashoitoa kuvaillaan hyvin ihmisystävällisin termein. Vaikka puhetta esiintyykin niin ikään käytännön konteksteissa, ne eroavat esimerkiksi lääketieteellisen merkityksenannon tavoista sen suhteen, että siinä hyödynnetään eräänlaisia humanistisia ja eettisiä elementtejä. Tätä terminologiaa hyödynnetään melko usein silloin, kun kuvataan potilashoitoa. Kun hoitaja turvautuu tämänkaltaiseen eettis-humanistiseen terminologiaan, näyttää siltä että termeillä on kolmenlaista merkitystä. Ensiksikin ne tuntuvat toimivan asiantuntijuuden yhtenä resurssina ja toisekseen niiden kautta pidetään yllä hoitotyön institutionaalisia rakenteita.

Hoitotieteen oppien sanotaan koostuvan vastaavankaltaisista humanistis-eettisistä merkityselementeistä, sillä hoitotieteessä eräänlainen humanistis-eksistentiaalinen viitekehys katsotaan tärkeimmäksi (kuten Munnukka 1997; Stenfors 1999). Hoitajilla on kuitenkin tapana myös kritisoida hoitotieteen relevanssia omassa työyhteisössään. Vaikka hoitotiede tuntuukin eettisenä ja opillisena ohjenuorana organisoivan potilashoidon periaatteita, siitä puhumalla asetutaan myös kriittiseen positioon työn vaatimuksia kohtaan. Tällöin he ikään kuin pyrkivät asettumaan sellaisen ideaalisen tai ideologisen merkitysmaailman ulkopuolelle, jota vaatimukset ihmisläheisestä potilashoidosta näyttävät edellyttävän. Tarkastelen seuraavaksi perusteellisemmin sitä, miten hoitajat hyödyntävät tämänkaltaisia eettisiä ja ideaalisia merkityselementtejä ja tutkin, minkälaisia funktioita niillä on hoitajien ammattikäytännöissä.

## 2.2.1. Hoitotiede asiantuntemuksen ja ammattitaidon lähteenä

Hoitotieteen oppijärjestelmän diskursiivinen maisema näyttäytyy inhimillisyyden periaatteita painottavana todellisuutena ja sitä rakentaa tietynkaltainen humanistinen ja eettinen merkitysmaailma. Sellaisilla käsitteillä kuin *kunnioittaminen*, *vastuullisuus*, *luottamus*, *läsnäolo* ja *olemassaolokokemus* katsotaan olevan terveyttä edistäviä funktioita (Sonninen ym. 1998). Muun muassa *ilon*, *surun* ja vaikkapa *kateuden* käsitteet määritellään ulottuvuuksiksi, jotka koskevat ihmisen terveyttä ja sairautta (emt.; Majjala 1998, 57). Siten hoitotieteellinen terminologia tuntuu koostuvan myös eräänlaisista maallikkopsykologisista elementeistä.

Tämänkaltaiset arki ajattelussa yleiset käsitteet nähdään hoitotieteellisessä kirjallisuudessa osana humanistis-teoreettisia suuntauksia, hoitoetiikkaa ja hengellisyyttä. Esimerkiksi *luottamuksen* käsite saa hoitotieteellisessä kontekstissa määritelmiä, joiden mukaan se on ”turvallisuuden, läheisyyden, uskon ja toivon kokemusta” (Sirikka 1998, 82). Tässä termi *usko* ja *toivo* saavat aikaan hengellisen vaikutelman<sup>16</sup>. Useissa yhteyksissä korostetaan eettisiä näkökulmia: esimerkiksi termi *läsnäolo* tulkitaan ”ihmisen kohtaamiseksi, joka sisältää potilaan oikeuden omaan olemassaoloonsa ja potilaan kunnioittamisen ihmisenä” (Huotari 1998, 88). Näitä humanistisia ja paikoin varsin idealistisiaakin merkitysjäsennyksiä tuotetaan myös haastatteluaineistossa erilaisista hoitokäytännöistä puhuttaessa.

H: Entäs tää eriytyminen, onko se hyvä vai paha? Mikä siinä on hyvää, mikä pahaa? Siis toisaalta kärsii siitä, että ei ole mahdollisuutta olla potilaitten kanssa, tapahtuu enemmän tätä välillistä työtä papereitten kautta. Mikä siinä mahdollisesti olisi hyvää?

SH: Kokonaiskäsitys on tietysti vahvempi ja hallinnassa, kun sen näkee ihan dokumentaation kautta ja sitten sen ajan puitteissa myöskin voi olla henkilökohtaisesti potilaan kannalta.

H: Siinä on mahdollisuus kokonaisuuksienkin hallintaan.

SH: Niin tän kautta. Että se nyt voisi olla edullista eli mitä siinä hyvää näkee.

H: Entä huonoa?

SH: Se vähäinen aika siellä siihen ohjaukseen ja potilaan kanssa vuorovaikutussuhteen luomiseen.

H: Asettuuko siinä silloin osittain potilaan asemaan ja ajattelee, että se on potilaan kannalta huono homma?

---

<sup>16</sup> esim. Raamattu 1. Kor. 13.13. Artikkelikokoelmassa, josta viittaukset ovat peräisin, viitataan nimenomaan *sairaanhoidon* ammattikielen kehittämiseen. Nähdäkseni myös tämä on osoitus siitä, että riippumatta, viitataanko potilashoittoon hoitotyönä, sairaanhoitona vai hoitotieteenä, toimintaa jäsennetään pitkälti samankaltaisten humanistiseen ihmiskäsitykseen pohjautuvien opillisten elementtien kautta.

SH: Niin koska kuitenkin tää työ edellyttää myös tiettyä empaattisuutta ja empaattisuus on niinkun sen toisen lähtökohdista ajattelemista. Niinkun osittain sitä niin kuitenkin sen potilaan tavallaan pääomasta aina kaikessa kysymys. (Sairaanhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Haastattelija viitanee *eriytymisellä* työn eriytymiseen yhtäältä potilastyöksi ja toisaalta paperityöksi, vaikka näitä termejä ei haastattelun kulussa tuodakaan aikaisemmin esille.

Lausumassa *kokonaiskäsitys on vahvempi ja hallinnassa* kysymyksessä on arvioiva puhetapa: työtä arvioidaan sen tarkoituksenmukaisuuden kannalta. Seuraavassa lausumassa *sen näkee ihan dokumentaation kautta* tuotetaan varsin virkamiesmäistä retoriikkaa *dokumentaation* käsitteellä. Tämänkaltainen kielenkäyttö ei ole kytköksissä sairaanhoidon alaan, vaan on melko lailla kaikille yhteistä virastokieltä.

Hoitotieteelliseksi retoriikaksi voi puolestaan tulkita myöhemmän lausuman *potilaan kanssa vuorovaikutussuhteen luominen*. Käytännössä kysymys voisi olla esimerkiksi keskustelemisesta. Termi *vuorovaikutussuhteen luominen* tuntuu ikään kuin mystifioivan tätä todellisuutta: kontaktin muodostaminen potilaaseen saa erityisen merkityksen tiettyä luomisen kykyä vaativana erityistoimena, vaikka kyse olisikin vaikkapa mutkattomasta juttelusta potilaan kanssa.

Sitten haastateltava tarjoaa hoitajalle välittävää ja inhimillistä identiteettiä lausumassa *asettuuko siinä potilaan asemaan ja ajatteleeko siinä, että se on potilaan kannalta huono homma*. Hoitaja ei kuitenkaan tartu tarjottuun position, vaan jäsentää suhdetta potilaaseen ammatillisesti käyttäen hoitotieteellisiä käsitteitä, joiksi tulkitseen psykologiseen terminologiaan viittaavan *empaattisuuden* käsitteen sekä sen, että se määritellään *toisen lähtökohdista ajattelemiseksi*. Potilaasta välittäminen näyttäytyy siten hoitotieteellisenä asiantuntemuksena. Termillä *toinen* on tässä kontekstissa ihmisläheinen merkitys: kyseessä on toinen ihminen. Erityistä tässä on juuri se, että tunnelautuneet merkitykset saavat asiantuntijakielen aseman. *Potilaan pääoma* lienee niin ikään osa hoitotyön ammatillista terminologiaa.

Apuhoitajalta kysytään seuraavassa esimerkissä hänen ammatillisista vaatimuksistaan. Myös hänen puheessaan esiintyy hoitotieteellisiä tai hoitotyön humanistiseen ihmiskäsitykseen viittaavia merkityselementtejä.

H: No mitä ominaisuuksia ja taitoja sun mielestä sun työsi vaatii?

AH: Kyllä se vaatii taitoa lähestyä erilaisia ihmisiä ja sitten justiin toi, että ne on elämän kiireen keskellä yks kaks sairastunut ja joutuu nyt tänne ja sitten se justiin, että se hoito-

ohjelma ei aina edisty sen mukaan, kun se on suunniteltu, siinä tulee takapakkeja. Ja kohdata sitä potilasta, sen mä koen kaikkein vaativimpana. Kohdata jatkuvasti ahdistunutta ihmistä ja kuolemanpelkoista ja. (Apuhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Lausumassa *se vaatii taitoa lähestyä erilaisia ihmisiä* ja lausumassa *kohdata ahdistunutta ihmistä* ihmisyksilö tuotetaan arvokkaaksi sellaisten ilmaisujen kautta, joissa ollaan ikään kuin kunnioittavan välimatkan päässä tuosta yksilöstä. Ilmaisut ”lähestyä” ja ”kohdata” implikoivat tilannetta, jossa ei suin päin rynnätä päin asianomaista kohdetta, vaan kontaktia otetaan harkitusti ja hitaasti edeten. Tämänkaltaisen harkitun etenemisen tekevät myös velvoitteenomaiseksi ilmaisut *vaatii taitoa lähestyä ja kohdata sitä potilasta, sen mä koen kaikkein vaativimpana*.

Hoitotieteellisissä opeissa puhutaan yleisesti ”kohtaamisesta” ja ”läsnäolosta” kun halutaan kuvata potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutustilannetta (esim. Huotari 1998, 85-90; Utriainen 1999). Haastatteluesimerkissä näyttää olevan siis terminologista yhteneväisyyttä potilas- ja asiakastyön ammatillisen retoriikkaan nähden tämänkaltaisissa ihmisarvoa kunnioittavissa retorisisissa elementeissä.

Haastateltujen hoitajien puheessa esiintyy siis intertekstuaalisuutta hoitotyön ja hoitotieteellisten tekstien kanssa: potilashoitoa jäsentäviin diskursseihin nivoutuu tai niihin artikuloituu elementtejä hoitotieteestä. Intertekstuaalisuudella viitataan yleisesti siihen, että tietyssä puheessa tai tekstissä esiintyy jostakin toisesta tekstityypistä tunnistettavia elementtejä (esim. Frow 1990, 45). Myös diskurssien keskinäinen artikulaation teoria on lähellä tätä määritelmää (Laclau & Mouffe 1985). Hoitotieteellisten elementtien ja hoitajien puheen välillä kysymys on pääasiassa yksittäisistä termeistä ja erilaisista institutionaalistuneiden käytäntöjen ilmaisuista, jotka artikuloituvat tai sekoittuvat potilashoitoa koskevaan puheeseen. Tämä osoittaa hoitotieteellisten periaatteiden vakiinnuttaneen asemansa potilashoidossa.

Sairaanhoitaja ja perushoitaja rakentavat esimerkissä asiantuntijuuttaan sekä hoitokäytäntöjen toimivuutta arvioivan puhettavan että hoitotieteellisen asiantuntemuksen kautta. Esimerkissä käytännölliset, potilaan etuja painottavat sekä tietopohjaista ja hallinnallista asiantuntijuutta konstruoivat diskurssitkin artikuloituvat keskenään. Esimerkiksi sairaanhoitaja näkee *vuorovaikutussuhteen luomisen potilaan kanssa* erityisenä työkäytäntönä: se on siis tulkittavissa puheeksi ammatillisista käytännöistä, vaikka siinä käytetäänkin humanistista ihmiskäsitystä

painottavaa retoriikkaa. Sen jälkeen hoitaja korostaa potilaan olennaista roolia näissä käytännöissä ja hoitotieteelliset käsitteet ovat tällöinkin keskeisessä asemassa.

Potilashoito näyttäytyy haastattelupuheessa inhimillisyyttä korostavien ajatusten kautta hoitotieteellisenä merkitysmaailmana. Hoitotiede on kuitenkin osa hoitoalan ammattien asiantuntemuksen tiedollista substanssia ja tätä asiantuntemusta tuottava puhetapa rakentaa hoitajalle asiantuntijaidentiteettiä myös niissä konteksteissa, joissa kysymys on potilaan asemaan asettumisesta ja potilaasta välittämisestä myös henkilökohtaisessa mielessä. Näyttää siltä, että potilas- ja asiakastyössä henkilökohtaisten tuntemusten suhteen on tiettyä ambivalenssia: yhtäältä työskennellään oman inhimillisyyden tarjoamin resurssein (Rekola 1994), mutta toisaalta omiin tuntemuksiin tulisi säilyttää tietty välimatka, jotta työssä selviydyttäisiin. Tekninen ja tieteellinen asiantuntemus ja niitä konstruoiva asiantuntijakieli rakentavat identiteettejä, jotka mahdollistavat ammatillisen suuntautumisen ja välimatkan tekemisen.

H: Mites, onko teillä täällä, tällä osastolla sitten paljon kuolevia potilaita? Onks teillä esim syöpäjuttuja?

SH: Ei tällä osastolla ei oo, tavallaan harvemmin sellaisia pitkään valmisteltuja kuoleman odotuksia, mutta äkillisiä muutamien päivien niinku jälkeen tapahtuvia, mutta ei viikkokausia odotuksessa olevia.

H: Siinä on tämmönen ero.

SH: Tämmöset sydänvajaatoimintapotilaat ja huonokuntoiset, niin se on jo niin lopullista, ettei siinä kauaa sitten odotella, kun on turvotukset ja sydän eikä keuhkot jaksa toimia.

H: Joo, no tota. Nää on siis ilmeisesti. Mutta katsoisitko sä juuri sitä, että toisaalta kaiken tämän huomion kiinnittäminen on nimenomaan hoitotyön juttua, että ilman teidän näkemystä tilanne olisi ennallaan eli lääkärikunta ei kiinnitä huomiota tämän tyyppiseen asiaan?

SH: Niin kyllä se varmaan sieltä hoitotieteen puolelta tulee. Se että lääkärikunnalle se asia tuli lääkintöhallituksesta käsin, ylhäältä käsin.

H: Määräyksenä?

SH: Niin. Mutta että käytännössä kun sitä toteuttaa täällä niin kyllä siitä täältä hoitotyön puolelta sitten tulee nämä vaiheet. Kysytään lähinnä kun tulee tämmöinen vaihe, että onko sydämellä tai ei, ja jos on sydämellä, niin se on niinku saa kaikessa rauhassa kuolla ja hoidetaan ja omaisia tuetaan ja ilmoitellaan niinku pidetään ajan tasalla, ei elvytellä eikä rynkytellä ja saa arvokkaan kuoleman. (Sairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Lausumassa *kaiken tämän huomion kiinnittäminen* haastattelija viitanee esimerkinomaisesti kuolevaan potilaaseen kohdistettuihin hoidon elementteihin ja esittää oletuksen siitä *nimenomaan hoitotyön juttuna*. Sitten haastattelija katsoo näiden elementtien olevan hoitohenkilökunnan omaksumia piirteitä lausumassa *että ilman teidän näkemystä tilanne olisi ennallaan*. Haastattelija näkee siis lääkärit välinpitämättöminä hoitotyön suhteen. Sairaanhoitaja tarttuu haastattelijan

esittämään kontekstuaaliseen tarjoukseen lausumassa *kyllä se varmaan sieltä hoitotieteen puolelta tulee*.

Sitten hoitaja asemoi Lääkintöhallituksen vallankäyttäjäksi, joka antaa lääkäreille määräyksiä hoidollisista asioista. Siinä hoitaja tekee kiinnostavan diskursiivisen siirtymän poiketen vähäksi aikaa haastattelijan kontekstista lausumassa *lääkärikunnalle se tuli ylhäältä käsin*. Sitten palataan takaisin alkuperäiseen kontekstiin lausumassa *mutta käytännössä hoitotyön puolelta tulee nämä vaiheet*. Nämä erityiset siirtymät tuottavat sen seikan, että Lääkintöhallituksen määräykset ja hoitotyön asiat ovat kuin ovatkin ikään kuin toisistaan erillisiä maailmoja, vaikka kysymys onkin koko henkilökuntaa koskevista sairaanhoidollisista määräyksistä.

Sen jälkeen hoitaja vaihtaa uudelleen kontekstia ja ryhtyy puhumaan *hoitotyön vaiheista*. Siinä siirrytään käytännölliseen tulkintakehykseen. Ammattislangia hyödyntävässä lausumassa *kysytään, onko sydämellä* viitattaneen lääkäreiden ja hoitajien väliseen tiedonvaihtoon kuvitteellisen potilaan kohdalla. Lääkäriin positio näyttää olevan tietäjän positio: häneltä *kysytään*. Praktisessa tulkintakehyksessä pysytellään edelleen vielä vaiheessa, jolloin ilmaisulla *elvytellä* ja onomatopoeettisella ilmaisulla *rynkytellä* tuotetaan mahdolliset elvytystoimenpiteet epämoraalisiksi tilanteessa, jossa potilaan tulisi *saada arvokas kuolema*. Tämä merkityselementti konstruoi potilashoidon humanistis-eettisiä periaatteita.

Hoitajat rakentavat siis asiantuntijaidentiteettiä myös hoitotieteellisen retoriikan kautta, joka jäsenyy paitsi osaksi hoitotyön käytäntöjä, myös sairaanhoidon eettisiksi toimintamalleiksi. Lämpöä ja inhimillisyyttä korostavat merkitykset saavat aikaan sen vaikutelman, että hoitotieteellisellä retoriikalla on vahva emotionaalinen lataus. Emotionaalisten merkitysten esiintuminen puheessa ja ei-verbaalisessa viestinnässä erilaisissa ammatillisissa konteksteissa on määritelty feminiiniseksi ominaispiirteeksi (Coates 1996, 24-30; Niemeier 1997, 277-301). Koska kardiologiset hoitajat sisällyttävät emotionaalista ainesta juuri ammatilliseen yhteyteen, tästä aineksesta huolimatta syntyy mielikuva kuivakkaasta asiantuntijasta tai ainakin hyvin rutinoituneesta työntekijästä.

Humanistis-eettistä retoriikkaa käytetään myös melko ideaalisessa merkityksessä painotettaessa sitä, mitä erilaisia periaatteita potilashoidossa tulee ottaa huomioon. Jos asiaa ajatellaan hoitotyön asiantuntijuuden kannalta, näillä merkityksillä on selkeä ammattitietämyksen funktio, mutta kuitenkin ne voidaan samalla tulkita yleisiksi humanistisiksi peruseriaateiksi. Merkitykset

esiintyvät haastattelupuheissa preskriptiivisesti siten, että periaatteiden ikään kuin tulisi koskea kaikkea ihmisasiantuntijuutta: siten ne näyttävät myös yleisinä toimintamalleina.

Kuitenkin se, että näitä periaatteita esiintyy haastattelupuheessa juuri käytännöllisessä tulkintakehyksessä on osoitus siitä, että niiden rooli sairaanhoidon ammattikäytännöissä on melko olennainen. Vaikkei periaatteita välttämättä voi hahmottaa kovin konkreettiseksi toiminnaksi esimerkiksi silloin kun puhutaan potilaasta, jonka kanssa *luodaan vuorovaikutussuhde* tai joka saa *arvokkaan kuoleman*, nämä asiakokonaisuudet näyttävät retorisella tasolla hyvin ongelmattomina ja luonnollistuneina. Tilanne, jossa asiantuntijaterminologiaa käytetään luontevasti rakentaa toimijalle varsin eksplisiittisen asiantuntijaidentiteetin.

Lääkäri tulee kuitenkin asemoiduksi hoitotyön asiantuntijaidentiteettien ulkopuolelle, kuten esimerkin valossa huomattiin. Tiettyjen hoito-ohjeistusten kerrottiin tulleen lääkäreille juuri Lääkintöhallituksen taholta eikä esimerkiksi hoitotieteellisten oppien kautta. Hoito-ohjeiden ei siis nähty koskettavan lääkärikuntaa muuten kuin Lääkintöhallituksen auktoriteetin myötä. Väitin edellisessä jaksossa, että lääketieteen ja hoitotieteen välinen jännite ei ilmene ainakaan erillisinä tietämyksellisinä kategorioina hoitajien haastattelupuheissa, koska lääketieteellinen tietämys suuntaa olennaisesti myös sairaanhoidollisia käytäntöjä. Kysymyksessä voi kuitenkin olla myös se, että tietynlaista yhteensulautumista ammattiryhmien välillä tapahtuukin vain lääketieteellisen tietämyksen kohdalla: hoitotyön asiantuntemus näyttävät haastatteluissa puolestaan vain hoitajien alueena.

### 2.2.2. Hoitotiede instituutiona

Humanistiset merkitysjäsennykset näyttävät olevan tärkeä tulkinnallinen resurssi silloin, kun tehdään ymmärrettäväksi sairaanhoitoa. Vaikka terminologiassa voidaan tuottaa niin psykologisia kuin eettisiä ja hengellisiäkin merkityksiä, se voi esiintyä puheessa myös hyvin käytännöllisissä konteksteissa. Humanistinen lähestymistapa potilasta kohtaan näyttää olevan osa sairaanhoidon tieteellistä asiantuntemusta, mutta nämä elementit esiintyvät puheessa myös eettisinä ja tietyllä tavalla ideaalisina ohjesääntöinä.



Esitin aiemmin, että konkreettiset hoitokäytännöt tuntuvat järjestyvän puheessa abstraktimmiksi kokonaisuuksiksi, kuten käsitteeksi *perushoito*. Tämänkaltaisin käsittein pidetään yllä hoitotyön institutionaalista todellisuutta ja kyetään suunnistamaan ammatillisesti tuossa todellisuudessa. Hoitamiskäytännöt näyttäytyvät institutionaalisina järjestelminä kuitenkin myös hoitotieteellisellä tasolla. Tämä ilmenee retoriikkana, jossa hahmotetaan tiettyjä hoitotieteellisiä periaatteita sellaisina kokonaisuuksina, jotka organisoivat toimintaa ideologisesti. Kyseessä voivat olla vaikkapa erilaiset hoitofilosofiat, joihin tiettyjen toiminnallisten piirteiden katsotaan sisältyvän, kuten esimerkiksi juuri sen, että ”kohdataan potilas kokonaisvaltaisesti”. Institutionaalistuneen hoitotieteen retoriikalla tuntuu olevan merkitystä sillä tasolla, jolla hoitotyötä toteutetaan erityisten oppirakennelmien mukaan. Rakennelmat toimivat sairaanhoidon tieteellisinä ja eettisinä dogmeina.

H: Miten nyt kun teille tämä moduuli uusi työtapaa tullut niin kun aikaisemmin silloin 1986 ja 1989 on puhuttu tästä omahoitajasysteemistä ja siitä on myös ollut jonkinlaista kritiikkiä, että se ei oikein toimi. Että sitä on kokeiltu mutta aika ei riitä. Onko se sitten tavallaan tullut sen tilalle?

OH: On tavallaan tullut että niinkun meillä yks pian valmistuva sairaanhoidon opiskelija kysyi, että onko teillä yksilövastuullinen, kun tämä filosofia on kuitenkin aika pitkälle yksilövastuullista. Mutta kun ajattelee että työvuorot on sikäli muuttuneet. (...) Mutta meillä on kuitenkin nyt taas viriämässä tämä lähinnä mitä nyt noissa valtakunnallisissa koulutuksissa tämä yksilövastuullinen hoitotyö. Ja sitten on ollut väkeä näissä yksilövastuullisen hoitotyön koulutuksissa. Kun tämä tuntuu olevan ainut suunta kuitenkin tällainen jos on hyvin moniongelmainen niin siihen kannattaa perehtyä hyvin yhden sairaanhoitajan. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)

Haastattelija käyttää ilmaisuja *moduuli*, *työtapa* ja *omahoitajasysteemi*. Samalla liikutaan sellaisessa tulkinnallisessa kehyksessä, jossa hahmotellaan hoitotoimintaa laajemmiksi järjestelmiksi kuin yksittäiset toimenpiteet. Osastonhoitaja tuottaa samantapaisia ideologisia kokonaisuuksia hoitotieteellisessä diskurssissa lausumassa *meillä on taas viriämässä tämä yksilövastuullinen hoitotyö*. Ne osoittavat, että hoitotieteelliset oppirakennelmat ovat kotiutuneet sairaalayhteisön arkeen. Seuraavaksi osastonhoitaja jatkaa lausumalla *tämä tuntuu olevan ainut suunta, jos on hyvin moniongelmainen niin siihen kannattaa perehtyä hyvin yhden sairaanhoitajan*. Se, että välittömästi tuodaan esiin käytännön merkityksiä tietystä hoitofilosofisesta suunnasta puhuttaessa saa aikaan sellaisen vaikutelman, että hoitotieteelliset opit konkreettisesti vievät jonnekin ja että niiden kautta käytännön hoitotoiminta jäsentyy luontevasti.

Hoitotieteen terminologian kautta tuotetaan siis konkreettisia työkäytäntöjen sisältöjä: *yksilövastuullinen hoitotyö* näyttää merkitsevän toiminnallisella tasolla ajatuksia potilaan yksilöllisyyden kunnioittamisesta ja kokonaisvaltaista perehtymisestä potilaan elämäntilanteeseen. Sanotaan, että diskurssin valtamekanismeissa onkin pitkälti kysymys sen sosiaalisia seurauksia tuottavasta luonteesta (Fairclough 1989). Tulkitsen, että silloin kun hoitotieteen retoriikkaa tuotetaan käytännöllisessä kontekstissa, se on jo vakiintunut piirre sairaanhoitajien kielenkäytössä. *Yksilövastuullinen hoitotyö* sisältää erityisiä toimintakäytäntöjä ja tämältyyppisen hoitofilosofian vaatimus asettaa toimijat jo positioon, jossa täytyisi kyetä toteuttamaan tuota filosofiaa.

Hoivatyössä ja ihmissuhdeammateissa äänettömien taitojen osuus katsotaan tärkeäksi ammattitaidon sisällöksi. (Ketola & Kevätsalo 1994; Pelttari 1997.) Tiettyjen hoitotieteellisten periaatteiden huomioonottaminen vuorovaikutuksessa potilaan kanssa voisi tulkita osaksi näitä äänettämiä taitoja. Siten hoitotieteellisen terminologian käytöllä on ideologista relevanssia hoivatyön osoittamiseksi asiantuntijatyöksi, joka vaatii erityistä tieteellistä ammattitaitoa. Tässä mielessä ideologia voidaan ymmärtää strategiseksi käytännöksi (McCarthy 1996, 31), jossa tuotetaan diskursiivisesti sen subjekteille tietty valta-asema ja jonka kautta sitä pyritään ylläpitämään ja vahvistamaan.

### 2.2.3. Hoitotiede arvioinnin kohteena

Näyttää siis siltä, että hoitotieteen merkitys on hoitajan ammatilliselle ja asiantuntijan asemalle hyvin olennainen. Hoitotieteestä tulevaa terminologiaa käytetään luontevasti jäsentämään sairaanhoitokäytäntöjä. Siitä syystä onkin mielenkiintoista, että hoitotieteelliset opit saavat hoitajilta osakseen myös melko kriittistä spekulatiota. Hoitajat arvioivat muun muassa oppien käytännön relevanssia ja toimivuutta.

Usein kysymyksessä on tietynkaltainen konflikti hoitotieteellisten periaatteiden ja työn käytännöllisen toteuttamisen välillä. Koska arvioivaa puhetapaa esiintyy runsaasti juuri hoitotieteellisissä yhteyksissä, väitän, että sillä on implikaationsa juuri sen suhteen, että hoitotieteelliset opit itse asiassa nähdäänkin jostakin ”ulkoapäin” tuotettuina ja tietyllä tapaa vain

ohjeellisina. Konkreettiset työkäytännöt, toimenkuvat ja tavat tehdä työtä voivat olla toisinaan ristiriidassa näiden erilaisten ideaalisten doktriinien kanssa.

H: Joo. Ja tähän liittyy sitten tää työajan lyhennysproblematiikka, josta paljon on puhuttu. Että kun kerta kaikkiaan ei ehdi lähteä pois töistä.

SH: Joo.

H: Ja tää tuntuu tietysti näin ihan hassulta, että ei ehdi lähteä pois töistä, mutta sehän on tän.

SH: Joo. Ja tää on niinku semmonen uusi asia, mitä on kokeiltu. Onhan tähän saatu budjetistakin tietty määrä varojakin tähän omahoitajajärjestelmään ja se jo edellyttää sitten, että se olisi pitänyt kyllä saada sitten näyttöäkin, kun on rahaa annettu niin näyttää, että miten se on tuottanut tulosta, ettei se ole sitten vaan sellaista teoriahahattelua.

H: Joo, näinhän siinä sitten on. Ja sitten tämä puoli, että onkos siinä sairaaloitten kesken vähän tämmöistä kilpailua, että missä on jo omahoitajajärjestelmä?

SH: Ei sairaaloitten kesken vaan tässä osastojen kesken, ehkä tän talon vastuualueen osastojen kesken saattaa olla jonkinlaista kilpailua, joka ei ole tullut osastolta käsin, muutakin toimintaa käsitellään, ja vaikka kuinka hienosti hoitotieteellisesti. Se ei oo osastolta käsin, se on muualta. (Erikoissairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Lausumassa *onhan saatu budjetistakin tietty määrä varojakin tähän omahoitajajärjestelmään* tuotetaan hallinnollista puhetapaa, jossa ”omahoitajajärjestelmä” edustaa hallinnollisten päätösten alaista toimintatapojen kokonaisuutta. Samassa diskurssissa jatketaan lausumassa *näyttää, miten se on tuottanut tulosta*. Seuraavassa lausumassa *ettei se ole vaan sellaista teoriahahattelua* hoitotyön omahoitajajärjestelmällä viitataan teoreettiseen ja siten epäuskottavaan ja utopistiseen ajatukseen, jolla ei ole mitään tekemistä käytännön toimivuuden kanssa.

Sairaanhoitaja jatkaa samassa hallinnollisessa diskurssissa puhumalla *talon vastuualueista*. Termit *tuottaa tulosta* ja *vastuualue* ovat byrokraattis-hallinnollista retoriikkaa, joka saa merkityksensä nykyajan organisaatioita yhdistävästä tulosvastuujärjestelmästä (kuten esim. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999). Tehokkuuden merkitysten korostamisen hallintokielessä on väitetty kytkeytyvän erilaisiin hallinnon kehittämisyrityksiin, joiden institutionaalistuneiksi kielikuviksi tämänkaltaiset ”tuloksellisuuden” termit ovat vakiintuneet. Ideologisesti se merkitsee sitä, että virkamiehen tulisi olla vastuussa toimintansa tuloksista. (Stenvall 1997, 193-194.) Sairaanhoidon järjestelmät organisoituvat tässä puhettavassa osaksi hallinnon kehittämistä ja tuloksellisuuden arviointia.

Osastojen välinen *kilpailu* ja väite siitä, että sen alkuperä on *muualla* osoittaa yleisesti esiintyvän ajatuksen siitä, että byrokraattiset järjestelmät ja hoitotyön käytäntöjä koskevat hallinnolliset päätökset ovat varsin etäällä kentän toimijoista. Lausumassa *vaikka kuinka hienosti hoitotieteellisesti* tehdään edelleen tätä etäisyyttä sen kautta, että hoitotiede nähdään ikään kuin hienostuneena ja tärkeilevänä toimintana, joka on kaukana käytännöstä. Tuo ilmaisu sekä ilmaisu *teoriahaihuttelu* voidaan tulkita merkityksiksi eräänlaisesta vastadiskurssista (Foucault 1980, 101-102), jolla on funktionsa irrottautua hoitotieteellisestä hegemoniasta ja tuottaa sen kautta identiteetti, jossa osaston hoitotyötoimintaa kyetään kritisoimaan.

Hoitotieteen ympärille rakentuneen asiantuntemuksen voidaan tulkita hoitajan pääasialliseksi asiantuntemuksen alueeksi sen perusteella, että institutionaalistunutta retoriikkaa käytetään yhteyksissä, joissa kyetään arvioimaan tieteen sovellutuksia käytännössä. Lääketieteellisessä kontekstissa tämänkaltaista arviointia ei esiinny. Hoitokäytäntöjen institutionaalistuneiden rakenteiden diskursiivinen ylläpitäminen siis edellyttää hoitotieteellistä ja siten ammatillista perustaa. Kuitenkin instituutioiden olemassaolo myös legitimoivat tämän tietoperustan soveltamisen. (Sarangi & Roberts 1999, 17.) Ammatillinen ja institutionaalinen kieli ovat siis kytkeytyneet yhteen siten, että yhtäältä ilman tiettyä ammatillista tietosubstanssia sen ympärille ei muodostuisi käytäntöä, mutta toisaalta käytännöt myös legitimoivat ammatillisen kielen käyttöä (emt., 70-71).

Näyttää siis siltä, että hoitajan ammatillista identiteettiä rakennetaan hoitotyön toiminnallisissa aspekteissa, lääketieteen sairaanhoitokäytäntöjä orientoivien normien puitteissa sekä hoitotieteen asiantuntemuksessa. Identiteettiä pyritään vahvistamaan korostamalla hoitotyössä tarvittavien inhimillisten vuorovaikutustaitojen ideaalisten periaatteiden, kuten empatian ja myötäelämiskyvyn merkitystä ammatillisena substanssina. Ammatillinen identiteetti tulee siis konstruoiduksi prosessissa, jossa erilaiset tiedolliset ja toiminnalliset ainekset rakentavat tietyn ammattiryhmän asiantuntemuksen ominaislaatua. Huomionarvoista on kuitenkin myös se, että asiantuntemusta tuottavien järjestelmien toimivuudesta pyritään tekemään jatkuvia arvioita, jolloin asiantuntijaidentiteetti muodostuu itse asiantuntemusta kaiken aikaa reflektoivaksi identiteetiksi.

### 2.3. Tietämys ja ammattikulttuuri asiantuntijaidentiteetin perusteena

Tässä luvussa on eritelty sitä, minkälaisia rooleja lääketieteellisellä ja hoitotieteellisellä terminologialla on kardiologisten hoitajien puheessa ammattikäytännöistään. Halusin selvittää, millä tavoin yhtäältä lääketieteellinen ja toisaalta hoitotyön tietämys rakentavat hoitajien ammatti-identiteettiä. Tutkimusaineiston tarkasteleminen tästä näkökulmasta on osoittanut, että näillä tietämyksen tyypeillä on erilaisia funktioita sairaanhoitokäytännöissä, mutta niitä voidaan hyödyntää varsin samankaltaisiin tarkoituksiin.

Yhteistä lääketieteelle ja hoitotieteelle on se, että hoitajat rakentavat itselleen molempien tieteenalojen kautta asiantuntijan puhuja-asemia: kumpikin tietämystyyppi siis rakentaa heidän asiantuntijuuttaan. Lääketieteellinen terminologia tekee ymmärrettäväksi lähinnä hoitopraktiikkaa siinä, miten se ilmenee arjen rutiineina potilashoidossa. Hoitotiedettä konstruoivat humanistiset merkityselementit sen sijaan näyttävät hoitotyön ihmisläheisinä ihanteina ja eettisinä ohjeistuksina. Hoitajan lääketieteellinen asiantuntijatietämys esiintyy arjen toiminnallisuutena ja ytimellisenä osana kardiologista potilashoitoa, kun taas hoitotieteellinen retoriikka kytkeytyy potilashoidon inhimillisyyksivaatimuksiin.

Tässä yhteydessä on kiintoisaa jäädä pohtimaan sitä, miten asiantuntijatutkimuksen nykykeskustelussa vuorovaikutustaitojen ja äänettömien taitojen merkitys on noussut esiin varsin olennaisena seikkana. Käsitykset vuorovaikutustaitojen relevanssista liittyvät pitkälti asiakas- ja tarvelähtöisyyttä peräviin näkemyksiin asiantuntijatoiminnassa. Se, että hoitajat kertovat potilashoidosta soveltaen tätä retoriikkaa, osoittaa sen, että hoitotyö on luonteeltaan ammatillista toimintaa, jonka on suorastaan perustuttava tuolle tarvelähtöisyydelle. Sosiaaliset taidot ovat siten ymmärrettävissä hyvin olennaisina asiantuntijuuden ja ammatillisuuden lähteinä hoitajien kohdalla.

Kuitenkaan ajatus siitä, että lääketieteellisen tietämyksen ja hoitotieteellisen tietämyksen välillä esiintyisi huomattavia jännitteitä, ei ainakaan näissä sairaanhoitajien työkäytäntöihin kytkeytyvissä merkitysjäsenyksissä saa tukea osakseen. Kysymys näyttää olevan tuiki erilaisista diskursseista: lääketiede kytkeytyy potilashoidon toiminnalliseen sisältöön sairaanhoitajan asiantuntemuksessa ja hoitotieteellä on puolestaan hoitotyön etiikkaan rinnastettava rooli. Hoitajan puheessa lääketieteelliset merkitykset tekevät ymmärrettäväksi potilaan ruumiillisia sairauksia ja ruumiiseen

kohdistuvia hoitotoimenpiteitä, kun taas hoitotieteelliset merkitykset kiinnittyvät potilaan henkisen hyvinvoinnin ideaaliin.

Tietämyksellistä eriytyneisyyttä ei kuitenkaan kannata tulkita siten, että se jakautuisi sievästi esimerkiksi eri ammattiryhmien kesken. Hoitajan panos potilaan tilan tarkkailussa on kardiologisella osastolla vähintään yhtä olennainen kuin lääkärinkin. Myös potilashoitoa koskevia eettisiä ohjeita tulee noudattaa sekä lääkärien että hoitohenkilökunnan. Hoitajien puheessa korostuu kuitenkin se seikka, että hoitotyön asiantuntemus on oma tietämyksen lajinsa, jonka implikoidaan olevan juuri hoitajien erityistietämystä. Tämä ilmenee esimerkiksi siinä, että hoitotiedettä kritisoidaan ja hoitokäytäntöjä arvioidaan niiden toimivuuden kannalta, kun taas lääketieteellisiä toimenpiteitä arvioivia merkityksiä ei esiinny. Tämä kytkeytynee kuitenkin myös hoitotieteen idealistisiin aineksiin potilaan kanssa käytävässä vuorovaikutuksessa. Nämä periaatteet voivat olla melko teoreettisia ja siten vaikeasti hahmotettavissa.

Puhe ammattiosaamisesta ja hoitotoiminnasta sekä rakentaa hoitajalle ammattilaisen identiteettiä että muokkaa sairaalaosaston sosiaalisia suhteita. Tähän mennessä näyttää siltä, että sairaanhoitajien ammatillinen kollektiivisuus määrittyy identifioitumalla muihin sairaanhoitajiin. Se kollektiivi, johon samastutaan, määrittää pitkälle organisaation ammattikulttuurisia piirteitä (Trice 1993). Vuorovaikutusta lääkäreiden ja potilaiden kanssa ei juurikaan kuvailta kollektiivisin määrittein, kuten puheena ”meistä”. Vaikka hoitajien lääketieteellinen tietämys näyttäytyy hyvin olennaisena asiantuntijuuden lähteenä, lääkärit näyttäytyvät pikemminkin päätöksentekijöinä tai konsultaatiokumppaneina kuin sellaisina työtovereina, joiden joukkoon sairaanhoitajat katsoisivat kuuluvansa.

Kulttuurintutkimuksen piirissä on väitetty, että sosiaaliset identiteetit rakentuvat toiminnallisissa kulttuureissa (e. Gubrium & Holstein 2000). Kardiologisella osastolla institutionaalistunut tietämys näyttäytyy yhtenä toimintakulttuurisena aspektina ja ilmenee tiettyinä kielellisinä ilmauksina. Näitä ovat esimerkiksi hoitotyön jakaminen sairaanhoitoon ja perushoittoon, erillisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä kielenkäytön muoto järjestää konkreettisia työkäytäntöjä ja myös ylläpitää erillisyyttä.

Näyttää siltä, että kun hoitajat tekevät selkoa ammatillisista käytännöistään, muiden ammattiryhmien roolilla on erilaisia funktioita. Haastatteluesimerkkien perushoitajat ja sairaanhoitajat käyttävät ammattiterminologiaa hyvinkin samankaltaisesti: molempien puheesta on erotettavissa sekä puhetta ammattirutiineista, joiden ytimenä ovat lääketieteelliset toimenpiteet että

puhetta humanistisista prinssiipeistä potilashoidossa. Tämä osoittaa, että molempien ammattiryhmien kohdalla on kysymys sairaanhoidon asiantuntemuksesta. Tästä huolimatta puheessa viljellään myös ammattiryhmäkohtaisten työtehtäväkenttien erillisyyttä ja ammatillista eriytyneisyyttä. Tällöin muita ammattiryhmiä edustavilla yhteistyökumppaneilla on tehtävänsä hoitajan oman ammatillisen position hahmottamisessa. Tämä on mielestäni osoitus siitä, ettei ammatillinen asiantuntijuus tai ammatti-identiteetti rakennu vain erityistietämyksen kautta: asiantuntijaidentiteettiä rakennetaan myös niissä institutionaalisissa yhteyksissä, joiden kautta pidetään yllä asiantuntijaorganisaation kulttuurisia ominaispiirteitä, kuten esimerkiksi ammattiryhmien keskinäisiä hierarkioita.

Näiden johtopäätösten valossa onkin syytä miettiä sitä, miten tärkeää ammattiryhmien välinen erillisuus onkaan oman ammatti-identiteetin kannalta. Tutkimusaineistossa ilmenee, että ammattiryhmät peilaavat omaa ammattitaitoaan muiden ammattiryhmien työn sisältöihin kuvailemalla töitään ja velvollisuuksiaan suhteessa muiden töihin. Tulkitsen tämän niin, että ammatti-identiteetti tulee kaiken kaikkiaan näkyväksi vasta suhteessa muiden ammattiryhmien toimenkuviin ja niihin työkäytäntöihin, joiden toteuttaminen voi kytkeytyä ammatillisiin hierarkioihin. Aineisto esimerkiksi osoittaa, että hoitotyö oletetaan juuri hoitajien omimmaksi alueeksi, vaikka lääkärit joutuvatkin kohtelemaan potilasta samoista, hoitavista lähtökohdista käsin. Onko vastaavasti mahdollista, että lääketieteellisen tietämyksen merkitystä hoitajien kohdalla voidaan joissakin yhteyksissä vähätellä juuri siksi, että lääkärit ovat sen itseoikeutettuja haltijoita? Mikäli näin on, tämä johtaa edelleen ajatukseen siitä, että ammattiryhmien välistä erillisyyttä ylläpitävät mekanismit ja tulkintakehykset ovatkin itse asiassa ammatillisen itsellisyyden ja identiteetin eräs välttämätön piirre.

### **3. ”Kaikkien pitää työskennellä yhdessä potilaan parhaaksi” - velvollisuus ja moraalit**

Ammatillisista käytännöistään puhumalla hoitajat esiintyvät alansa asiantuntijoina, tekevät selkoa oman ammattiryhmänsä ominaislaadusta ja ylläpitävät työkuultuuriaan. Tietämyksen osoittaminen ei kuitenkaan näyttäyty tutkimusaineistossa ainoana tapana tehdä ymmärrettäväksi omaa ammatillista kompetenssia tai rakentaa ammatillista identiteettiä. Haastattelupuheissa tulee usein esiin myös se, mitä vaatimuksia työhön kohdistetaan ja minkälaisia taitoja ja ominaisuuksia työ edellyttää kardiologisilta hoitajilta. Tapa puhua työstä tällä tavoin osoittaa tietynkaltaista velvollisuudentuntoista suhtautumista siihen. Oletankin, että velvoitteellinen puhe rakentaa olennaisin osin työyhteisön moraalikulttuuria ja ammatillista identiteettiä siltä osin, kuin se näyttäytyy eräänlaisena ihanteellisena ja moraalisesti hyveellisenä ammatillisena minänä.

Moraaliset tekijät näyttävät olevan yhtä olennaisia sairaanhoidon ja työyhteisön toiminnan kannalta kuin henkilökunnan ammatillinen pätevyyskin. Lääketieteellisten termien kautta kerrotaan sairaanhoidon arkirutiineista, kun taas hoitotieteellinen tietämys vaikuttaa pääasiassa humanistis-eettisinä ohjeistuksina potilashoidossa. Tämänkaltaisissa työn sisällön kuvauksissa hoitaja tekee ymmärrettäväksi kyvykkyyttään ja pätevyyttään sairaanhoitajana. Ääni ammattitaidosta ja monipuolisesta osaamisesta kuuluu ylipäätään nykyaikaisessa työelämässä ja on itsestään selvää, etteivät hoitajatkaan ole tämän hegemonian ulkopuolella.

Tämä johdattaa pohtimaan sitä, miten yhtäältä lääketieteelliset ja toisaalta hoitotieteelliset käytännöt asettuvat niihin ammatillisiin ja moraalisiin tavoitteisiin, joita sairaanhoitoon kohdistetaan. Minkälaista relevanssia yhtäältä lääketieteellä ja toisaalta hoitotieteellä on silloin, kun puhutaan ammatillisista vaatimuksista ja moraalisisista velvoitteista? Selvittääkseni kysymystä tarkastelen puhetta, jossa tehdään selväksi niitä asioita, joita hoitajat kokevat sairaanhoitotyön heiltä edellyttävän. Ne eivät liity ainoastaan yksittäisten työtehtävien hallintaan, vaan myös niissä tarvittaviin taitoihin ja hoitajan yksilöllisiin ominaisuuksiin. Tämä velvoitteellisen tulkintakehyksen kautta jäsentävä merkitysmaailma on tulkittavissa myös eräänlaiseksi kompetenssipuheeksi, sillä tämän kehyksen kautta hoitaja tulee osoittaneeksi olevansa pätevä kyseessä oleviin tehtäviin.



Katson, että kyseessä on erityinen puhetapa tai diskurssi, jossa ilmentetään tiettyä velvoitteenomaisuutta suhteessa työhön. Analyttisessä mielessä tarkoitan sellaisia velvoitteita tai vaateita, joita tehdään merkityksellisiksi esimerkiksi pakon tai täytymisen ilmaisujen kautta. Näitä kutsutaan velvoitetta koskeviksi modaaliasteiksi ja ne oletetaan jonkun ulkopuolisen antamiksi tai aikaansaamiksi toiminnan motiiveiksi ja voimavaroiksi (esim. Sulkunen & Törrönen 1997, 83-86). Kiinnitän huomiota sellaisiin yksittäisiin sanavalintoihin, jotka rakentavat ammatillista identiteettiä työn asettamien haasteiden myötä. Kysymys on puhetavasta, jossa omaa ammatillista pätevyyttä ja ammatissa toimimista legitimoidaan tiettyjä ilmaisuja käyttämällä, kuten esimerkiksi puhumalla oman tai kollegan asiantuntemuksesta ja ammattitaidosta.

Luvun keskeinen pohdinnan kohde on siis se, miten ammatilliset käytännöt ja potilashoidon eettiset periaatteet asettuvat toisiinsa nähden sairaanhoidon ammatillisissa vaatimuksissa ja moraalijärjestyksessä. Ensimmäisessä jaksossa tarkastelen niitä vaatimuksia, jotka liittyvät ammattitaitoon ja asiantuntemukseen sekä niiden kehittämiseen. Kohdistan huomion pääasiassa siihen, miten ne kytkeytyvät sekä henkilökohtaisiin kehittymisen tarpeisiin että organisaation taholta tuleviin yleisiin vaatimuksiin. Nämä tekijät eivät kuitenkaan aina nivoudu saumattomasti yhteen potilastyön eettisten lähtökohtien kanssa. Luvun toisessa jaksossa keskitynkin siihen, minkälaisia eettisiä ja moraalisia vaatimuksia velvoitepuhe tekee ymmärrettäväksi ja mitä puhe merkitsee ammatillisen identiteetin kannalta. Lopuksi pohdin, miksi puhe ammattitaidosta ja ammatillisesta kehittämisestä sekä potilashoidon yhteisöllistä moraalista rakentava puhe vaikuttavat toisinaan ristiriitaisilta keskenään ja mitä tämä kertoo kardiologisen osaston toimintakulttuurista.

### **3.1. Asiantuntemus ja ammatilliset vaatimukset**

Kun hoitajat puhuvat ammatillisista vaatimuksistaan, he kuvailevat niitä vaihtelevin tavoin. Voidaan puhua esimerkiksi työtehtäviin liittyvistä velvollisuuksista, kuten päivittäisestä potilashoidosta. Sen lisäksi hoitajat voivat puhua taitoihin liittyvistä velvollisuuksista, kuten

teknisten taitojen hallitsemisesta. Näiden lisäksi he näkevät ammatilliset velvollisuudet fyysisinä tai psyykkisinä ominaisuuksina, joita he katsovat kardiologisen hoitotyön edellyttävän.

Velvoitteellisella puheella näyttää olevan kahtalaisia funktioita: ensinnäkin se liittyy niihin taitovaatimuksiin sekä tiedollisiin vaatimuksiin, jotka on asetettu ulkoapäin, virallisen sairaanhoitojärjestelmän taholta. Toiseksi velvoitepuhe kytkeytyy omaan itseen ja siihen, miten oma persoona kykenee vastaamaan noihin vaatimuksiin. Ajatus erilaisten taitojen tai asiantuntemuksen kehittamisestä on usein esillä velvoitteellisessa puheessa, mutta tämä saatetaan rinnastaa ajatukseen itsensä tai oman persoonan kehittamisestä. Velvoitteellisen puheen kehyksessä hoitajat esittävät itsensä usein kompetentteina, ammattitaitoisina hoitajina.

Ulkoapäin asetettujen tavoitteiden ja henkilökohtaisten tavoitteiden rinnasteisuus ilmenee myös tavassa, jolla käytetään asiantuntemuksen käsitettä. Se näyttää olevan termi, jota käytetään itsenäisesti eikä sitä eritellä tietyntyyppiseksi tietoudeksi eikä taidoiksi. Asiantuntemus tuntuu kardiologisten hoitajien kohdalla merkitsevän yksilöllisiin ominaisuuksiin kytkeytyvää kyvykkyyttä hyvin abstraktissa mielessä.

### 3.1.1. Taitojen hallintaa vai itsensä kehittämistä?

Sydäntautiosaston hoitajat kokevat sisäistetyksi velvollisuudekseen monenlaisten taitojen osaamisen. Hoitajat ovat ylpeitä siitä, että osaavat hyvin sen, mitä heiltä edellytetäänkin. Nähdäkseni tämänkaltaiset omaa ammatillista pätevyyttä korostavat puhetavat ovat eräs osoitus kompetenssin olennaisesta merkityksestä ammatilliselle omanarvontunnolle. Seuraavassa esimerkissä tekninen kyvykkyys näyttäytyy yhtenä vaadittavista taidoista ja tämä ilmenee puheen ollessa tietojenkäsittelyjärjestelmän aiheuttamista työtapojen muutoksista.

H: No miten jos palataan näihin muutoksiin, niin tuo ATK, niin tämä on varmaan muuttunut kymmenessä vuodessa.

SH: On se varmaan tullut tänne niin...tuo laboratorioarvot tuli paperilla niin kirjoitettiin vain kynällä paperille kaavakkeille. Kyllä se on mulle helppoa ei ole mitään ongelmaa.

Se on helpottanut työtä mutta siinä pitää olla tietty taso ja se täytyy hallita tarpeeksi hyvin ennen kuin siitä mitään tajuaa. (SairaanhoitajaB 16.12.1996/SE.)

Haastattelija tarjoaa sairaanhoitajalle merkityskontekstin työn tietokoneistumisen aiheuttamista muutoksista. Ensin hoitaja muistelee aikaa ennen tietokoneita jolloin laboratorioarvot merkittiin käsin. Sen jälkeen lausumassa *kyllä se on mulle helppoa, ei ole mitään ongelmaa* hoitaja tuottaa omaa, henkilökohtaista pätevyyttään tietokoneiden käytön suhteen. Samalla tullaan implikoineeksi, ettei tietokoneilla operointi suju välttämättä kaikilta.

Viimeinen lausuma *mutta siinä pitää olla tietty taso ja se täytyy hallita tarpeeksi hyvin ennen kuin siitä mitään tajuaa* hoitaja tuottaa merkityksen ammatillisista vaatimuksista, jotka eivät välittömästi kytkeydy henkilökohtaiseen kyvykkyyteen. Kysymys on pikemminkin niistä tietokoneistumisen asettamista vaatimuksista, jotka ovat olemassa riippumatta siitä, osaako itse käyttää tietokonetta vai ei. Sairaanhoitaja näkee itsensä kompetenttina tietokoneitten kanssa: operointi on hänelle helppoa, vaikka siinä vaaditaankin tiettyä pätevyytensä. Teknologisia taitoja koskevassa haastattelupuheessa kiinnostavaa on se, että tietojenkäsittelytaidot koetaan taidoiksi, jotka joko hallitaan tai ei hallita tai jotka täytyy opetella. Näiden merkitysten liittäminen juuri tietojenkäsittelytehtäviin osoittaa sen, että työelämässä nopeasti ja laajalti tapahtuneen tietokoneistumisen myötä ammattitaitoon liittyvät vaatimukset kytkeytyvät nykyisin entistä enemmän monimutkaisen teknologian hallintaan, joka edellyttää erityisosaamista (esim. Vehviläinen 1997).

Vaikka teknillisissä taidoissakin voidaan kehittyä ja osoittaa asiantuntemusta, niihin ei sairaanhoitajien haastattelupuheessa kuitenkaan liitetä kehittymisen merkitystä. Hoito- ja vuorovaikutustaitoihin sen sijaan liitetään merkitys tietystä ammatillisen kehittymisen ideaalista. Ihmisten kanssa toimeen tuleminen nähdään taitona, jonka täydellinen hallitseminen ikään kuin vain häilyy jossain tavoiteltavana ihanteena ja jota täytyy kaiken aikaa tavoitella lisää. Inhimillisenä subjektina toimiminen kytkeytyy tähän merkityksmaailmaan, sillä vuorovaikutustaitojen koetaan liittyvän yksilön psykososiaalisiin ominaisuuksiin.

H: Mitä ihan sulle päällimmäiseksi tulee mieleen, mitä sä itse mielestäsi tarvitset tässä työssäsi? Minä tyyppisiä taitoja?

SH: Ammattitiedon, mutta myös humanistisen ihmiskäsityksen. Ja tosiaan taitoa. Tiedot sairauksien hoitamisesta ja keinoista, lääkkeistä, tuommoisista tutkimuksista eli niinkun tiedot ja hoitosuunnitelma niihin. Ja tiedon toteuttaminen ja seuranta toteuttamisesta. Ja tietysti niinkun sitten harkintaa. Mutta myöskin tärkeintä on tuo humanistinen

ihmiskäsitys, vuorovaikutus. Koetan työskennellä potilaan kanssa ja omaisten kanssa.  
(Sairaanhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Haastattelijan lausumassa *minkä tyyppisiä taitoja itse mielestäsi tarvitset tässä työssä* tarjoutuu mahdollisuus antaa henkilökohtainen näkemys hoitajana työskentelyyn. Sairaanhoitaja katsoo tarvitsevansa *ammattitiedon, mutta myös humanistisen ihmiskäsityksen*. Lausumassa on havaittavissa se kiintoinen seikka, että ”ammattitieto” näyttyy eri asiana kuin ”humanistinen ihmiskäsitys”. Aiemmin havaittiin, että humanistisia periaatteita korostava hoitotieteellinen asiantuntijakieli rakentaa hoitajalle asiantuntijaidentiteettiä, joten siinä merkityksessään se voisi olla tulkittavissa ammattitietoudeksi. Tässä sairaanhoitaja näkee kuitenkin vain teknis-lääketieteellisen tietouden ammattitietoudeksi ja vuorovaikutuksen potilaan kanssa puolestaan osaksi työssä vaadittavaa humanistista ihmiskäsitystä. Kun hoitaja selvittää, mitä katsoo ammattitietoonsa liittyväksi, kysymyksessä näyttää olevan pitkälti tieto potilaalle tehdyistä lääketieteellisistä operaatioista ja kyky tehdä niiden perusteella hoitosuunnitelmia sekä seurata hoidon toteutumista.

Lausumassa *myöskin tärkeintä on tuo humanistinen ihmiskäsitys, vuorovaikutus* hoitaja antaa ymmärtää, että hoitotieteelliset periaatteet ovat olennaisia elementtejä hänen työssään. Kuitenkin viimeisessä lausumassa *koetan työskennellä potilaan kanssa ja omaisten kanssa* esiintyy termi *koetan*, joka osoittaa tiettyä ideaalitulannetta tässä työskentelyssä. Se on ikään kuin vaikeaa, mutta sitä tulee vain yrittää. Hoitaja käyttää tässä ensimmäistä kertaa puheenvuoronsa aikana yksikön ensimmäistä persoonamuotoa puhumalla itsestään. Kun kysymys on vuorovaikutuksesta, tilanteessa toimii lähinnä oma persoona, kun taas omaa teknis-tieteellistä asiantuntemusta kuvataan passiivimuodossa. Termillä *työskennellä* pyritään tässä yhteydessä kaiketi mahdollisimman kattavaan ilmaukseen potilaan ja omaisten kanssa tapahtuvan kommunikaatiotodellisuuden suhteen. Seuraavassa esimerkissä perushoitajakin osoittaa, että kommunikaatiotilanteen onnistuminen potilaan kanssa tuntuu olevan jonkinlainen ihanteellinen asiantila, jota kohti pyritään.

H: No mitä sä näet et sun työ vaatii sulta minkälaisia taitoja ja ominaisuuksia?

PH: No kyllähän tietysti vaatii semmoista että ammatti-...tuota tietoutta pitäisi pitää koko ajan yllä. Koska täähän on niin, valtavan nopeasti menee eteenpäin. Että sitä tietotaitoa pitää koko ajan lisätä. Ja mitä pitäisin myös hyvin olennaisena niin jonkun näköistä ihmistuntemusta. Pitää osata tiettyyn rajaan saakka mennä siihen potilaan rooliin.  
(Perushoitaja 17.12.1996/SE.)

Lausumassa *ammattitietoutta pitäisi pitää koko ajan yllä* velvoitemodaaliaste *pitäisi* ilmentää sitä, että haastateltava tarttuu tarjottuun kontekstiin ammatillisista vaatimuksista. Lausuma *valtavan nopeasti menee eteenpäin* viitanee kyseisen lääketieteellisen alan ja sitä myöten hoitomuotojen kehittymiseen. Sen myötä *tietotaitoa pitää koko ajan lisätä*. Kiinnostavaa kuitenkin on, että edellisen esimerkin lailla ihmistuntemusta ei tässäkään esimerkissä katsota kuuluvan varsinaiseen ammattitietouteen. Se, että osaa *mennä potilaan rooliin* kytketään osaksi ”ihmistuntemuksen” psykologisväritteistä käsitettä, vaikka lausuma saakin asianomaisen vaikuttamaan ammatillisesti varsin kompetentilta hoitajalta.

Tämä onkin huomionarvoista siinä suhteessa, että aikaisemmin totesin hoitotieteellisten käsitteiden jäsentävän luontevalla tavalla hoitokäytäntöjen arkea. Hoitotieteellinen tietous muodostaa siis suuren osan hoitajien asiantuntemuksesta. Näiden kahden esimerkin valossa näyttää kuitenkin siltä, että hoitajat mieltävät ”ammattitietouden” koostuvan pääosin käytännöllisestä tietämyksestä ja tämän nojalla tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Humanistista ihmiskäsitystä pidetään myös tärkeänä, mutta sitä ei oikeastaan katsota osaksi varsinaista potilashoidon asiantuntemusta.

Tilanteessa näyttääkin vallitsevan kiinnostava ristiriita: tieteellisen kielen artikuloituminen puheeseen silloin, kun puhutaan omasta ammatista kaiketi merkitsee tuon tieteen olennaista asemaa kyseisen ammatin asiantuntemuksessa, mutta hoitajat eivät kaikilta osin tunnu mieltävän hoitotieteellisiä periaatteita varsinaiseksi ammatilliseksi tietämykseksi. Ehkä ajatukset ihmissuhdetaidoista ovat niin lähellä yleisesti vallitsevia käsityksiä yksilön psykososiaalisista kyvyistä, että hoitajatkin näyttävät orientoituvan työhönsä tämänkaltaisen kulttuurisen ymmärryksen kautta. Potilassairauksiin liittyvä tietämys ja sen mukaiset tehtävät puolestaan edustavat käsityksiä ammattitiedosta ja siten ne saavat ammatillisen tietämyksen statuksen.

On myös huomioitava, että ne työssä vaadittavat tekijät, joita hoitajat korostavat, näyttävät nivelyvän sellaisiin virallisiin ammatillisiin tavoitteisiin, joita tapaa esimerkiksi ammattikuvausten määrittelyissä<sup>17</sup>. Asiantuntemuksen, tietotaidon ja kehittymisen painottaminen tuntuvat olevan näille tavoitteille yhteistä retoriikkaa. Kiinnostavin piirre on kuitenkin se, että ammatillisen kehittymisen ajatus saa merkityksiä ihmisenä kasvamisesta tai kehittymisestä. ”Hyvänä ihmisenä” toimiminen kytketään juuri vuorovaikutustaitoihin.

---

<sup>17</sup> K. esim. sairaanhoitajan ammattikuvaus Työministeriön sivuilta <http://www.mol.fi/webammatti.cgi?ammattinumero=10315&kieli=00>

H: No nyt kun mä olen paljon kaikenlaista kysynyt tästä työn ympäriltä niin jäikö jotain oleellista pois millä olisi ollut merkitystä?

PH: En minä tiedä mitä ois voinut... kyllä sitä aina ajattelee ei muuta mutta itsensä kehittäminen paremmaksi ihmiseksi. Sitä me kaikki halutaan.

H: Niin työn puitteissa

PH: Niin et olis semmoinen... ainut mitä mä kaipaisin olis että pääsisi tällaiseen henkilökohtaiseen työnohjaukseen mutta mulla ei ole vielä arpa suosinut sitä. Että se olisi pelkästään mielenkiintoista että jos sieltä löytyisi itsestään jotain semmoista. (...) Se voisi antaa jotain uutta tähän työhönkin sitten kuitenkin että jos on jotain salaisia ominaisuuksia jotka ei ole päässeet esiin tai... kyllä sen mä tiedän mikä minussa olisi suuri korjaamisen vara olisi se että minusta tulisi oppilasystävällisempi. (Perushoitaja 17.12.1996/SE.)

Lausumassa *itsensä kehittäminen paremmaksi ihmiseksi* viitataan ihmisen persoonalliseen kehittymiseen. Lausumassa *sitä me kaikki halutaan* vedotaan siihen, että ihmisenä kehittymisen toive on kollektiivinen. Haastattelija kuitenkin haluaa varmistaa, että kysymys on työkontekstista lausumassa *niin työn puitteissa*. Perushoitaja tarttuu kontekstiin ja puhuu mahdollisuudesta päästä työnohjaukseen, kun taas lausumassa *jos itsestään löytyisi jotain semmoista* palaa yksilölliseen kontekstiin. Lausumassa *jos on jotain salaisia ominaisuuksia jotka ei vielä ole päässeet esiin* liikutaan edelleen yksilökeskeisellä alueella. Oma itse nähdään salamyhkäisenä ulottuvuutena, jossa on ennalta tuntemattomia piirteitä. Lausumassa *minussa on suuri korjaamisen vara, se että minusta tulisi oppilasystävällisempi* näyttää siltä, että yksilöllisyys ja työn konteksti yhdistyvät hyvinkin luontevasti. Yksilö on *korjattavissa* työn vaatimuksia vastaavaksi yksilöksi.

Esimerkki osoittaa sen, että vuorovaikutukseen ja kommunikointiin kytkeytyvät taidot käsitetään yksilön sisäisiksi ominaisuuksiksi. Niitä täytyy kehittää kehittymällä ihmisenä paremmaksi: esimerkin mukaan ystävällisemmäksi tulemalla. Ajatus itsensä kehittämisestä salaisia kykyjä ammentamalla oman mielen uumenista lienee nykyaikaista psykoretoriikkaa, jonka väitetään olevan kulttuurisesti hegemonisessa asemassa (kuten Kivivuori 1992). Kysymyksessä on tietty ideaalitila, jota kohti voi vain pyrkiä, sillä vuorovaikutustaidoissa kehittymistä on epäilemättä hankalaa empiirisesti todentaa ja mitata. Omasta itsestä tulee tuon kehittymisen salaperäinen resurssi.

Asiantuntijaorganisaatioissa määritellyt ammatilliset vaatimukset ja yksilöllinen kompetenssi näyttävät siis yhteneväisiltä siinä, että ammatissa kehittyminen samastetaan itsensä kehittämiseen. Hoitotyön kontekstissa näyttää erityisen kiinnostavalta, että huolimatta hoitotieteen hoitotyötä professionaalistavasta funktiosta hoitajat eivät välttämättä anna hoitotieteelliselle tiedolle

ammattitiedon statusta: vain lääketieteellinen tieto sairauksista ja niiden vaatimat hoitotoimenpiteet tuntuvat kantavan työssä tarvittavan ammattitiedon merkityksiä. Ihmissuhdetaitojen on väitetty olevan ”äänettämiä” tai ”sosiaalisesti vaiettuina” (kuten Kivinen 1994, 25-26). On siis erikoista, etteivät hoitajat anna vuorovaikutustaidoille ammattitiedon statusta vaikka vuorovaikutustaidot nähdään selkeästi yhtenä ammatillisena tekijänä. Kiinnostavaa se on myös sitä taustaa vasten, että vastaavankaltaisia äänettämiä taitoja on juuri pyrittykin tuomaan näkyville hoitotieteellisen terminologian ja erilaisten hoitofilosofioiden myötä.

### 3.1.2. Asiantuntemuksen hallintaa vai itsensä kehittämistä?

Hoitajat katsovat siis varsinaiseksi ammatilliseksi tietämykseksi sairaanhoidon käytännölliseen ytimeen liittyvän tietouden. Termit ”ammattitieto” ja ”-tietous” sekä ”tietotaito” näyttävät elävän usein itsenäistä elämää haastattelupuheissa. Silloin tällöin voidaan eritellä, minkälaisia tietoja ja taitoja ammattitietous pitää sisällään, mutta yleensä sitä ei tehdä.

Ammatillinen tietämys ja se, mitä kaikkea siihen kuuluukaan, rinnastetaan usein ”asiantuntemuksen” tai ”ammattitaidon” termeihin. Näitä käsitteitä käytetään hoitajien haastattelupuheissa autonomisessa merkityksessä. Kysymyksessä on erityinen puhetapa, jossa asiantuntemusta korostetaan sen itsensä vuoksi, eikä sitä aina eritellä sisällöllisesti. Seuraavassa esimerkissä kerrotaan päivän kulusta hyödyntäen tätä terminologiaa: asiantuntemuksen käsite tuotetaan referentiaalisena tilana, joka jo sinällään viittaa olemassa olevaan todellisuuteen, eikä sen luonnetta määritellä tai suhteuteta sitä mihinkään konkreettiseen käytäntöön.

SH: Ja lähdetään yhdessä lääkärinkierrolle sitten. Perushoitajakin on siinä, meillä on oikein hyvät perushoitajat, vahva ammattitaito on heillä. Sitten lääkärin kanssa on yleensä aika hyvä yhteistyö ja. Kierretään ja katsotaan se tilanne aina potilaskohtaisesti. Hoitajan asiantuntemus on siinä aika vankka. (SairaanhoitajaA16.12.1996/SE.)

Tässä käytännöllisessä kontekstissa sekä perushoitajat että hoitajat yleensä tuotetaan kompetentteina työntekijöinä. Lausuma *oikein hyvät perushoitajat, vahva ammattitaito on heillä* tuottaa perushoitajien ammattiryhmän perin juurin päteväksi, mutta se tehdään viittaamalla vahvaan ammattitaitoon, mikä oikeuttaa tämän kompetenssin. Ammattitaito tuntuu olevan määrite, joka josinällään kertoo kaiken asianomaisen pätevydestä ilman, että sitä tarvitsisi eritellä. Sama tilanne on lausumassa *hoitajan asiantuntemus on siinä aika vankka*. Kyse tuntuu olevan asiantuntemuksesta potilaskierrolla, mutta lausumassa luotetaan kuitenkin siihen, että asiantuntemuksen käsite itsessään pitää sisällään kaiken sen, mitä tuohon potilaskierrolla ilmenevään tietämykseen sitten kuuluukaan.

Edellä esitin, että hoitajien puheessa ammatillinen kehittyminen kytkeytyy ajatukseen ihmisenä kasvamisesta silloin kun kysymyksessä on vuorovaikutus potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Esitin, että ”äännettömille” vuorovaikutustaidoille on vaikeaa osoittaa konkreettista toiminnallista perustaa ja siten niissä kehittyminen on ikään kuin jonkinlaisen ideaalitalan tavoittelua. Vuorovaikutustaidot kytetään usein yksilön sisäsyntyisiin ominaisuuksiin, joten niissä kehittyminen edellyttää ”ihmisenä kehittämistä”. Seuraavassa esimerkissä itsensä kehittämisen ajatus kytkeytyy ammatissa tarvittavaan tiedolliseen substanssiin.

H: No miten arvostus tässä työyhteisössä, sinun työ ja hoitajan työ täällä ja sitten koko organisaatio, koko sairaalaa. Miten se näkyy?

SH: (...) Tää sydänpuoli on vaan erityisesti ollut nyt pinnalla kun on olleet nää ohitusleikkaukset ja liuotushoidot. Tähän asti hoidettu kaikki että kyllä tää tällaista kehittyvää aluetta on ollut viimeiset kymmenen vuotta. Tää on ollut ihan huimaa muutosta koko ajan että sillä lailla varmaan kaiken kaikkiaan aika arvostettua aluetta on sairaalassa ollut. Mutta ei kuitenkaan sen kummemmin kuin minkään muunkaan yksikön... meillä itsellämme on niin paljon sellaista kehittämistä ja uusien asioiden sisäistämistä. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE)

Ammatillinen kehittyminen kytkeytyy tässäkin esimerkissä itsensä kehittämisen näkemykseen, joka esiintyy viimeisessä lausumassa. Vaikka hoitaja viitanee tässä sydänsairauksien hoitomuotoihin eli työn käytännölliseen sisältöön, niitä koskevien taitojen ylläpitäminen kytkeytyy kuitenkin oman persoonan kehittämiseen. Yksilöllinen kehittämiskyky ei siis vallitse hegemonisena puhetapana ainoastaan vuorovaikutustaitojen kohdalla, vaan se näyttää koskevan myös teknis-tieteellistä asiantuntemusta.



Näiden esimerkkien valossa asiantuntemuksen kehittäminen näyttäytyy jatkuvana opiskeluna ja tietyn ideaalitalan tavoitteluna. Voi olla, että tämä kytkeytyy asiantuntemuksen käsitteen autonomiseen käyttötapaan eli siihen, ettei sitä sidota työn konkreettisiin sisältöihin. Tällä on yhtymäkohtia niihin tekijöihin työelämäpolitiikassa, jotka liittyvät jatkuvaan kouluttautumiseen ja elinikäiseen oppimiseen - työpaikoillahan järjestetään monenlaisia mahdollisuuksia ammatilliseen kehittämiseen. Työntekijä on ikään kuin velvollinen kehittämään juuri itseään, vaikka kyse olisikin ammattitaidon kartuttamisesta.

Koska ammattitaito ja tietous kuitenkin kytketään työn velvoitteisiin, voi tehdä sen päätelmän, että henkilökohtaisen asiantuntemuksen hallitseminen on yhtäpitävä myös sairaanhoitoa virallisesti koskevien vaatimusten kanssa. Vaikka taito kytketäänkin selonteoissa yksilöllisiin kompetensseihin, ne nähdään myös osana sairaanhoito-organisaation toiminnallisia tavoitteita. Tulosjohtamisjärjestelmää rakentavassa retoriikassa puhutaan työntekijän sitoutumisesta työnantajan tavoitteisiin: osaamisen ja kehittymisen termit esiintyvät yleisesti tässä retoriikassa. (esim. Stenvall 1997; Filander 1999). Hoitajien tapa käyttää asiantuntemuksen ja kehittymisen retoriikkaa työn asettamia vaatimuksia koskevissa konteksteissa osoittaa ainakin sen, että yksilöllinen kompetenssi tuntuu olennaisesti jäsentävän sairaalan toiminnallista ja institutionaalista todellisuutta.

Väitän, että erilaisten taitojen, pätevyyden ja kyvykkyyksien hallinnan vaatimus hoitotyössä on eräs yleisimpiä työelämän rakenteellisten muutosten ilmenemismuotoja. Nämä muutokset heijastuvat kulttuurisiin käsityksiin itsestä siinä toiminnassa ja vuorovaikutuksessa, jota työpaikalla tapahtuu. Diskurssissa, jossa yhteiskunnan väitetään muuttuneen tietoyhteiskunnaksi tai informaationaaliseksi yhteiskunnaksi tähdennetään asiantuntijoiden eli tiedon tuottajien ja käyttäjien roolia (esim. Beck & Giddens & Lash 1995). Tiedon merkityksen korostaminen on johtanut siihen, että yhä useampi kokee olevansa velvollinen hallitsemaan työssään ainakin jonkin tyyppistä asiantuntemusta. Uskonkin, että ajatus asiantuntemuksen hallinnasta antaa työlle paitsi korkeamman kulttuurisen, myös moraalisen statuksen.

Asiantuntemusta ei tunnuta kuitenkaan hallittavan ilman jatkuvaa kehittymistä. Nämä käsitykset kytkeytyvät usein itsensä kehittämiseen sekä kehittymiseen ihmisenä ja siten moraalisen subjektina. Näyttää siltä, että ammatillisessa elämässä toimiminen saa sisältöä lähinnä yksityisiltä elämäalueilta. Työ näyttää olevan yhtä itsen kanssa ja se on yksi itsensä toteuttamisen areenoista (Beck 1999; Hoikkala 1999.) Psykoretoriikan tapaaminen työelämää käsittelevissä yhteyksissä on

yksi osoitus siitä. Huomionarvoisinta lienee kuitenkin se, että ammateissa toimijat ovat jollakin tavalla sisäistäneet ammatillisen kehittymisen ajatuksen heitä moraalisesti kontrolloivaksi vaatimukseksi. Tämä voi olla seurausta muutoksista ammatillisten organisaatioiden johtamisjärjestelmissä. Nykyisissä järjestelmissä korostetaan yksilöllistä ammatillista kompetenssia ja sitä pyritään sovittamaan työnantajan tavoitteisiin. Siten omasta itsestä tulee organisaation olennaisin voimavara: ammatillinen ja yksilöllinen kehittyminen näyttäytyvät yhtenä ja samana ulottuvuutena.

### **3.2. Moraali ja ammatilliset vaatimukset**

Asiantuntemuksen ylläpitäminen ja yksilöllinen kehittyminen sen puitteissa näyttäytyy siis yhtenä kardiologista hoitajaa moraalisestikin velvoittavana vaatimuksena. Se seikka, että sairaalaorganisaation asettamat velvollisuudet asettuvat yhtäpitäviksi niiden velvoitteiden kanssa, jotka edesauttavat hoitajan persoonallista kehittymistä, lienee osoitus erityisestä henkilökohtaisen sitoutuneisuuden tärkeydestä, jota nykyajan asiantuntijaorganisaatioissa edellytetään.

Sairaalayhteisöjen moraaliset normit kytkeytyvät kuitenkin sellaisiin potilaan hyvinvointia ja tasokasta potilashoitoa koskeviin vaatimuksiin, joilla on merkitystä sen kannalta, miten työtehtävissä on katsottu onnistutun. Keskeistä tässä puhettavassa on se, että potilaan edut näyttäytyvät ensisijaisina ja kaikki muu tehdään niille alisteiseksi. Vaikka tiukan ammatillinen näkemys katsotaankin tärkeäksi, oletetaan silti, ettei se saa olla itseisarvo. Tälle potilaan etuja korostavalle diskurssille on ominaista se, että moraalijärjestys ikään kuin asettuu siinä kahdenlaiselle ulottuvuudelle: joko yksilömoraaliselle tai kollektiivista moraalialueelle rakentavalle.

Sekä yksilöllinen että kollektiivinen moraalijärjestys perustuvat siis vaatimukseen potilaan etujen ensisijaisuudesta. Tästä huolimatta niiden kautta voidaan ajaa toisilleen vastakkaisia asioita. Yhtäältä niiden kautta voidaan asettua moraalisemmaksi kuin työtoverit. Toisaalta niiden kautta pidetään yllä yhteenkuuluvaisuutta työtovereiden kanssa ja siten edesautetaan omaa työssä selviytymistä. Kiinnostavaa on kuitenkin se, että vaikka asiantuntemuksen kehittäminen koetaankin velvoittavana asiana, se voi moraalisten tekijöiden valossa asettua arveluttavaan valoon.

### 3.2.1. Potilaan etu ja yksilömoraali

Potilaan hyvinvoinnista huolehtiminen koskee luonnollisesti koko kardiologisen osaston hoitajayhteisöä. Hoitajilla on kuitenkin myös henkilökohtaisia, omaa itseä koskevia moraalisia vaateita ja niitä ilmennetään puhumalla työhön ja työtilanteisiin liittyvistä tuntemuksista. Silloin käydään läpi omaa toimintaa, pohditaan vaihtoehtoisia toimintatapoja sekä mietitään, mitä mahdollisia seurauksia toiminnalla on muita kohtaan. Hoitajat kertovat myös omakohtaisista tuntemuksistaan ja tutkistelevat niitä psykologisesti. Usein tämä kytkeytyy työssä selviytymisen ja siinä jaksamisen ajatukseen. Kysymys on laajassa merkityksessä yksilön tunnetiloihin kytkeytyvistä kokemuksista.

Ne voidaan kytkeä merkitykseen työssä selviytymisestä, jolloin reflektoidaan itseä ja omia toimintatapoja niihin vaatimuksiin nähden, joita työ on asettanut. Se on nähdäkseni myös ammatillinen tekijä: hoitajat, kuten muidenkin ammattien edustajat, ovat ennenkaikkea inhimillisiä subjekteja työtä tehdessään ja erilaisten työn arjessa koettujen tuntemusten kuvailu on yksi tapa tuottaa merkityksiä ammatissa toimimisesta. Seuraavassa otan esimerkiksi apuhoitajan kertomuksen, jossa hän omaa kokemusmaailmaansa eritellen tuottaa omat toimensa moraaliksiksi ja se näyttäytyy eräänlaisena sisäsyntyisenä kontrollina siitä, missä on toimittu oikein tai väärin.

H: Elikkä silloin kuka sen huomaa niin ottaa tietysti yhteyttä hoitavaan lääkäriin, mutta siinä kuluu aikaa.

AH: Se on semmoinen tilanne, että se on aina uusi. Että siinä ei niinkun tietysti, tämä perustaito mitä elvytyksestä annetaan, niin se on olemassa, mutta se että miten me toimitaan siellä siinä tilanteessa, se on aina uusi (...) Kyllä mä nyt kun mä tulin lomalta niin mulla oli ensimmäinen elvytys, kun mä olen ollut yöllä töissä, että meitä oli vaan kaksi ja mä löysin sen. Oon kaksi kertaa löytänyt potilaan, mä olen ollut ensimmäinen, joka on joutunut paikalle niin jotenkin koen sillai, että se ei mennyt, mä en ollut tyytyväinen itseeni siinä. Vaikka toiset sano, että se meni ihan hyvin ja me tultiin nopeesti. Mutta sitten ajateltiin sen jälkeen, että ehkä se ihminen, joka aina niinkun löytää, niin kokee sen shokin. (Apuhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Ensin apuhoitaja puhuu elvytystilanteiden yleisestä merkityksestä ammatilliselle suoriutumiselle. Apuhoitaja toteaa, että *tämä perustaito mitä elvytyksestä annetaan, on aina olemassa*. Nähtävästi hän lukee muiden hoitajien ohella myös itsensä elvytyksessä kompetenttien hoitajien joukkoon,

vaikka käyttääkin tässä passiivimuotoa. Kuitenkin hän ikään kuin lieventää tuottamaansa kompetenssia kiirehtimällä sanomaan, että kuitenkin *tilanne on aina uusi*. Uudet työtilanteethan eivät tietävästi ole otollisimpia oman ammattitaidon osoittamiseksi. Sen jälkeen hän vaihtaa narratiiviseen kontekstiin jostakin erityisestä elvytystilanteesta. Tämän kertomuksen yhteydessä hän siirtyy itsereflektointiin ja erittelee toimintatapojaan ja sen aiheuttamia tuntemuksia lausumassa *jotenkin koen sillai, että se ei mennyt, mä en ollut tyytyväinen itseeni siinä*. Pohtimalla omaa selviytymistään elvytystilanteessa hoitaja kohdistaa moraalista kontrollia omaan itseensä. Näyttää siis siltä, että selviytyminen käytännöllis-teknisissä toimenpiteissä on yksi olennainen moraalisen kontrollin ulottuvuus.

Sen jälkeen hoitaja ulottaa refleктоivan puhutavan muihinkin hoitajiin lausumassa *vaikka toiset sanoit että me tultiin nopeasti* sekä lausumassa *mutta sitten ajateltiin*. Tässä hoitaja tuottaa hoitotoiminnan yhteisöllisenä tekemisenä: työn herättämiä tuntemuksiakin koetaan jakaa kollektiivisesti. Hoitaja on ikään kuin tuonut omaan työmoraaliinsa liittyviä dilemmoja yhteisen pohdinnan alaiseksi. Viimeisessä lausumassa *ehkä se ihminen, joka aina löytää, kokee sen shokin* korostetaan hoitohenkilökunnan inhimillistä subjektiviteettia ammatillisessa toiminnassa ja sitä, että työtilanteissa voi ilmetä erilaisia psyykkisiä tiloja.

Psykologisen pohdiskelun myötä työn arki tuotetaan inhimillisen kokemuksen värittämänä henkilökohtaisena todellisuutena. Tunnetilojen erittelyn kautta tehdään ymmärrettäväksi työssä selviytymistä, rakennetaan yksilöllistä moraalialia ammatillisessa toiminnassa ja pidetään yllä myös yhteisöllisyyttä. Hoitajat tuottavat tässä puhutavassa itsensä ensisijaisesti ihmisinä kuin välttämättä kompetentteina hoitajina. Tässä yhteydessä voikin pohtia sitä, missä määrin moraalinen subjektiviteetti kytkeytyy omaan moraaliseen itseen ja missä määrin taas ammatin vaatimaan moraaliiin.

Näiden ei kuitenkaan välttämättä tarvitse olla toisilleen vastakkaisia asioita: kyse voi olla vaihtelevista moraalisisista identiteeteistä, jotka muotoutuvat itsestä kerrotuissa tarinoissa riippuen siitä toiminnallisesta kulttuurista, jota tarina koskee. Hännisen mukaan (1999, 61) refleктоitu minätarina välittää toimijaminien ja moraalisen identiteetin suhdetta: tilanteiden tulkinta antaa tilaa itsekunnioituksen säilyttämiselle satunnaisista henkilökohtaisten normien rikkomisesta huolimatta. Hoitaja refleктоi työn kautta syntyviä moraalisia dilemmoja tuottamalla itselleen ja toiminnalleen inhimillisen, erehtyväisenkin ihmisen merkityksiä. Ammatillinen identiteetti ei näyttäydä siis erillisenä roolina, vaan omaa itseä ja omakohtaista toimintaa refleктоidaan myös ammatillisissa

yhteyksissä. Moraalijärjestystä pidetään yllä ajatuksilla siitä, mitä pitää ja mitä ei saa silloin, kun pitäisi antaa hyvää potilashoitoa.

Inhimillisen potilashoidon vaatimusten synnyttämää moraalialainesta esiintyykin haastattelupuheessa usein ja siten se näyttäytyy sairaanhoidon toimintakulttuurissa vallitsevana normina. Usein nämä ilmaisut formuloidaan humanististen elementtien kautta, jotka ovat palautettavissa erilaisiin hoitoeettisiin periaatteisiin. Niissä korostetaan ihmisarvon kunnioittamista ja ihmisoikeuksia sen kaikissa muodoissaan.

Seuraavassa esimerkissä ammattitaidon vaatimukset kytkeytyvät potilaan etuja korostavaan moraaliseen puhetapaan. Sairaanhoitajalla on käytössään samankaltainen repertuaari, kun on puhe kuolevasta potilaasta ja hänen omaisistaan.

H: Voiko sitä kuolemaa sitten pitää epäonnistumisena

SH: Sitä voi pitää joo epäonnistumisena mutta joskus se on myös helpotus. (...) Mutta se on tietysti sitten se omaisten kohtaaminen kun se potilas on kuolemaisillaan niin se omaisten tuska ja hätä ja... kaikki sellainen tottakai sen täytyy kohdistua johonkin ja kehenkäs muuten se kohdistuu kuin hoitajiin. Koska ne on siinä niinku lähellä ja jotenkin se syyttely ja sellainen, niin sen on pakko kohdistua johonkin, ja se on sitten hoitajiin. Ja jotenki se on... niinku semmosta jotenkin raskasta se omaisten kohtaaminen yleensä. Ei näin niinku muuten, mut just sen kuolevan potilaan... tai oikein vakavasti sairaan potilaan kohdalla niin se on mikä vie takin tyhjäksi kyllä siinä työvuorossa. (Sairaanhoitaja 18.12.1996/SE.)

Sairaanhoitaja ei tässä varsinaisesti katso asiaa oman ammattitaitonsa kannalta, vaan tarttuu haastattelijan esittelemään kontekstiin siitä, että voi ajatella hoidossa epäonnistutun, jos potilas on menehtynyt. Itse asiassa sairaanhoitajan jatkolausuma *mutta joskus se on myös helpotus* osoittaa, ettei kuolemaa voida ottaa vain osaston henkilökunnan yhteisenä epäonnistumisena, vaan on mahdollista nähdä se potilaan kannalta helpottavana tapahtumana.

Itserefleksiivistä tuntemusten erittelyä esiintyy vasta silloin, kun hoitaja kertoo vaikeasti sairaiden potilaiden omaisten kohtaamisesta. Hoitaja toteaa, että *jotenkin se on semmoista raskasta se omaisten kohtaaminen yleensä*. Hän painottaa, että työn raskaus liittyy juuri kuolevan potilaan omaisten kohtaamiseen, koska heidän taholtaan hoitajien ammattikunta saa syyttelyä osakseen. Vaikkei sitä tuodakaan esimerkissä esiin, tästä yhteydestä voi tehdä myös tulkinnan, että omaisten taholta tapahtuu hoitajien ammattitaidon kyseenalaistamista: onhan heidän omaisensa menehtynyt juuri näiden hoitajien läsnä ollessa. Kiinnostavaa esimerkissä on myös se, että omaisten katsotaan

kokevan *tuskaa ja hätää*: nämä ilmaisut ovat virallisessa käytössä hoitotieteellisessäkin ammattikielessä (k. esim. Jokinen, Riikonen & Turunen 1998, 120-126). Ajatus siitä, että omaiset kokevat näitä tuntemuksia ja sen tuominen tässä yhteydessä esiin tekee heidän toiminnastaan normaalia: hoitajiin kohdistuva syyttelykin tulisi ottaa kuoleman aiheuttaman surun käsittelytyönä ja siten se rakennetaan luonnolliseksi ammatilliseksi prosessiksi hoitotyössä. Ehkä syytöksetkin on helpompi ottaa vastaan, jos se nähdään yhtenä alueena kuolevan potilaan *omaisten kohtaamista* ja siten osana ammattikäytäntöä.

Oman toiminnan pohdiskelu liittyy siis kiinteästi siihen, miten potilashoitotilanteissa selviydytään ja mitä se hoitajalta vaatii. Potilasvastuulle perustuvan omakohtaisen moraalisen kontrollin ulottuvuus esiintyy myös yhteyksissä, joissa korostetaan moraalijärjestyksen merkitystä yhteisöä kollektiivisesti velvoittavana, kuten käy ilmi seuraavasta.

### 3.2.2. Potilaan etu ja kollektiivinen moraal

Yhteisöllinen kontrolli ilmenee usein ammatillisten identiteettien ja potilaan etujen välisinä moraalisinä konflikteina. Kiinnostavaa tässä on se, että vaikka potilaan etujen hyväksi toimiminen onkin eräs olennainen ammatillinen vaatimus hoitajan työssä, tällä diskurssilla tuntuu olevan myös ammatillista kehittymistä rajoittava funktio. Käsillä on kiinnostava kontrasti siinä, miten oman ammattitaidon ylläpitämisen ajatus näyttäytyy kaikesta sen korostamisesta huolimatta hyvinkin egoistisena potilaiden ensisijaisena pidettyyn asemaan nähden.

Kardiologisten hoitajien moraalisten velvoitteiden sisällön muodostavat juuri humanistiset, potilaan huomioonottamiseen liittyvät näkökohdat. Ne ovat kauttaaltaan toistuvia elementtejä hoitajan ammatillisen itseymmärryksen ja työn merkityksen rakentamisessa. Kuitenkin moraalilla aspektilla on mahdollista legitimoida myös toisilleen vastakkaisia näkemyksiä potilashoidon ympäriltä. Myös niissä konteksteissa, joissa hoitotieteellisiä periaatteita kritisoidaan, potilashoitoa koskevalla moraalikäsitteillä on keskeinen osuus. Tällöin puhetapa oikeuttaa ajatuksen, että yksilökohtaiset ammatilliset tavoitteet hoitotyössä ovat epäedullisia potilashoidossa.

Aineistossani esiintyy myös puhetapa, jossa henkilökohtaisia ammatillisia tavoitteita pidetään moraalisesti arveluttavina potilastyössä. Tämä moraalinen pohdinta perustuu potilaseettisille periaatteille ja sille, että potilaiden tarpeiden huomioonottamisen uskotaan olevan pääasiallinen työtä normittava tekijä. Vastustus suuntautuu oman edun tavoitteluun, jonka katsotaan kytkeytyvän erilaisiin työn tuloksellisuuden mittaamiseen liittyviin seikkoihin. Oman edun tavoittelusta katsotaan osin olevan kysymys myös hoitotieteellisten oppien noudattamisessa, kuten seuraavasta muistiinpanokatkelmasta ilmenee.

Kysäisen sitten mitä mieltä naiset ovat hoitotiedekeskusteluista (mukaan on tullut naisapuhoitaja myös). Tästä kaikki naiset ovat samaa mieltä siinä, että on menty vähän liian lujaa ja on tarvis jarrutella. Kovastikaan nämä naiset eivät tunnu sitä arvostavan, kritisoidaan erityisesti sitä, että potilas siinä vain on unohdettu kun omia hoitotyön tavoitteita vain rakennellaan. (...) Vaarana siis se, että kokonaan potilas unohdetaan vain hoitotiedettä häiritsevänä tekijänä! (Havaintomuistiinpanot 19.5.1989/RJ.)

Esimerkin lausuma *potilas siinä vain on unohdettu kun omia hoitotyön tavoitteita vain rakennellaan* vaikuttaa varsin ironiselta. Ironia näyttää syntyvän strategiassa, jossa potilaan ja hoitajan edut nähdään toisilleen vastakkaisina: *potilaan unohtaminen* on seuraus siitä, että *omia hoitotyön tavoitteita* pidetään tärkeänä. Ironinen vaikutelma saadaan siis aikaan järjenvastaisen syy- ja seuraussuhteen kautta. Keskeinen kielellinen strategia ironisen vaikutelman aikaansaamiseksi onkin juuri se, että implikoidaan juuri päinvastaista kuin sosiaaliset odotukset olisivat kyseisessä asiassa (Hartung 1998, 163). Viimeiseksi tutkija asettaa potilaan ja koko hoitotieteen vastakkain. Ilmaisulla potilaasta ”häiritsemässä” hoitotiedettä annetaan ymmärtää, että hoitotieteellisellä ajattelulla olisi merkitystä vain itseisarvona vailla kytkentää sairaalan toimintatodellisuuteen ja potilaiden hyvinvointiin.

Ironia ja ihmettely nousevat tässä niistä moraalisisista oletuksista, joita potilashoittoon liitetään. Hoitotieteellinen ajattelu tuotetaan epämoraaliseksi näkemällä se potilaasta huolehtimisen vastaisena toimintana. Ilmaisussa *omia tavoitteita vain rakennellaan* tämä aspekti näkyy erityisen selvästi: mahdollisten hoitajan omienkin ammatillisten tavoitteiden olemassaolo ei istu siihen kulttuuriseen ajatusmaailmaan, jota hyvän potilashoidon moraalinen perspektiivi rakentaa. Yksilösuoritukset eivät siis näyttäytyä hyväksyttävänä. Hoitaja, jolla on ambitiesi kehittyä ammatillisesti ja myös siihen rohkaiseva kannustusjärjestelmä nähdään varsin arveluttavina tässä moraalikulttuurissa.

H: No minkälaisiin ihan tommosiin päämääriin sä työssäsi pyrit? Mikä susta on kaikkein tärkeintä?

AH: Kyllä se on tietenkin tää potilaan hyvinvointi. Että ei mulla ainakaan ole minkään laatuista kilpailua niinkun henkilökunnan kesken, niinkun sanotaan nyt tätä kannustusrahaa niin kyllä musta tuntuu, että se on vähän vaikuttanut negatiivisesti, että siis se potilas herkästi unohtuu ja.

H: Teillä on otettu käyttöön se?

AH: Joo. Potilas herkästi mun mielestä unohtuu siinä tapauksessa että ruvetaan sitä itseä tuomaan esille ja silloin sanotaan, että me-henki jollain tavalla kärsii tai ei jollain tavalla, vaan se kärsii, koska me työskennellään yhdessä, kaikkien pitäisi työskennellä yhtä hyvin potilaan parhaaksi, potilaan hyvinvoinnin eteen niin tällöinen kannustusrahajärjestelmä on mun mielestäni, musta se on tosiaan hölmö. (Apuhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Esimerkissä haastateltavalle tarjoutuu konteksti puhua hänen henkilökohtaisista ammatillisista päämääristään. Hoitaja kytkee nämä päämäärät potilaan hyvinvointiin. Sen jälkeen lausumassa *että ei mulla ainakaan ole minkään laatuista kilpailua henkilökunnan kesken* hoitaja tuottaa itselleen identiteetin, jossa arvokkaasti sanoutuu irti henkilökunnan keskinäisestä kilpailusta: potilaan hyvinvointi toimii tämän moraaliperustan oikeutuksena. Lausumassa *potilas herkästi unohtuu että ruvetaan sitä itseä tuomaan esille* esiintyy eksplisiittinen oletus siitä, että omat ammatilliset päämäärät ovat haitaksi hyvälle potilashoidolle. Ilmaisuuksella *itsen tuominen esille* implikoi sitä, että hoitajan pitäisi ollakin ikään kuin taustalla potilaaseen nähden.

Kannustusrahajärjestelmä nähdään esimerkissä varsin problemaattisena hoitajien keskinäisen yhteisöllisyyden kannalta. Ilmaisulla *siinä me-henki kärsii ja me työskennellään yhdessä* tuotetaan sairaanhoidon arkeen ennen kaikkea kollektiivista eetosellisuutta. Lausumassa *kaikkien pitäisi työskennellä yhtä hyvin potilaan parhaaksi* tämä yhteisöllisyys halutaan legitimoida potilaan etujen kautta rakentuvalla moraalilaineksella. Aineksen myötä hoitajien keskinäinen yhteisöllisyys näyttäytyy entistä arvokkaampana tekijänä, jota kannustusrahajärjestelmä ei saisi vaarantaa.

Sekä havaintomuistiinpanoissa että apuhoitajan haastattelukatkelmassa ammatissa kehittyminen sysätään sivuun potilaan etujen ensisijaisuuden tieltä. Tämä moraalinen kuilu näyttää saavan perustelua myös individualistisen ja kollektiivisen eetoksen välisestä ristiriidasta, jolloin yhteisöllisyys saa korkeamman arvon. Vaatimuksella siitä, että kaikkien tulisi toimia yhdessä potilaan parhaaksi eikä itsekkäästi ajatella omia etujaan, on epäilemättä merkitystä myös työyhteisön jäsenten keskinäisen moraalisen kontrollin kannalta. Näyttää siltä, että yksilöllisyys on



sallittua vain potilaille: eettisiä periaatteita konstruoiva retoriikka rakentaa potilaalle yksilöllisyyttä hänen inhimillisten tarpeidensa kautta, joita tulee kunnioittaa. Vastaavasti hoitajien keskuuteen rakennetaan kollektiivisia arvoja, jotka perustuvat vastuuseen potilaan kunnioittamisesta ja sitä kontrolloidaan yhteisöllisen moraalin kautta. Hoitajan itseys alistetaan näin potilaan itseyden alle.

Potilaan itseyttä rakennetaan humanistisissa periaatteissa. Tässä arvomaailmassa korostetaan elämää, terveyttä ja hyvinvointia. Hoitotiede on kudottu näiden arvojen ja normatiivisten oletusten ympärille ja niiden mukaan muodostetaan erilaisia hyvän hoidon malleja. Humanistisella retoriikalla on kuitenkin toisilleen vastakkaisia funktioita hoitajien selonteoissa. Yhtäältä niissä määritellään hyvä potilashoito sellaisin termein, jotka nousevat humanistisista perspektiiveistä, mutta toisaalta niiden kautta kritisoidaan tuota järjestelmää argumentoimalla, että professionaaliset tavoitteet eivät ole tarkoituksenmukaisia potilashoidossa, sillä potilaan tarpeet voivat hukkua näiden tavoitteiden toteuttamisyrityksiin.

Mielestäni se on osoitus siitä, että humanistiset periaatteet kytkeytyvät työn kollektiiviseen, kiinteyttä ylläpitävään ulottuvuuteen ja ovat siten vastakkaisia yksilöllisen ammattipätevyyden arvon kanssa. Henkilökohtainen työssä pätevytyminen tuntuu ikään kuin ylipäänsä egoistiselta puuhalta ja se on näin yhteisöllisen hyvinvoinnin arvomaailman vastainen. Siten hoitajan ammatissa voi potilaan etuja korostamalla syntyvällä moraaliaineeksella osoittaa kritiikkiä tämänkaltaista egoismia kohtaan.

### **3.3. Asiantuntemus ja humanismi - paradoksiko?**

Tämän luvun keskeinen pohdinnan kohde on ollut se, mitä lääketieteelliset ja hoitotieteelliset käytännöt merkitsevät hoitajien ammatillisten vaatimusten kannalta ja miten ne asettuvat sairaanhoidon moraalijärjestykseen. Potilaan hyvinvoinnista huolehtiminen näyttäytyy yhtenä työnteon normatiivisena sisältönä ja se on myös yksi niistä tärkeimmistä tekijöistä, joiden

perusteella hoitajan ammattitaitovaatimukset määräytyvät. Potilaan optimaalinen hyvinvointi on eettinen ohjenuora sekä lääke- että hoitotieteessä.

Henkilökohtaiset ammatilliset vaatimukset liittyvätkin usein ammattitaitoon ja – tietämykseen. Ne ovat usein yhteneviä niiden vaatimusten kanssa, joita hoitajaan kohdistetaan sairaanhoitojärjestelmässä. Ammattitiedon merkitys on tärkeä asiantuntijaidentiteetin ja oman kompetenssin kannalta ja tiedon hallitseminen nähdään velvoitteenomaisena tekijänä. Tietämys sairauksista ja lääketieteellisistä tutkimuksista nähdään olennaisimpana ammattitietoutena; vaikka humanistisia näkemyksiä ja potilaan kokonaisvaltaiseen huomioonottamiseen kytkeytyviä käsityksiä pidetään myös tärkeinä, ne eivät kuitenkaan aina saa haastattelupuheessa ammattitiedon statusta. Tältä näyttää sekä sairaanhoitajien että perushoitajien kohdalla.

Tilanne tuntuu kuitenkin paradoksaaliselta siihen nähden, että lääketiede ja hoitotiede eivät näyttäneet olevan keskenään hierarkkisissa asetelmissä siinä merkitysmaailmassa, jossa hoitaja rakentaa asiantuntijan asemaansa. Potilashoitoa koskevassa asiantuntijakielessä esiintyy elementtejä molemmista tietovarannoista ja molempien tietämystyyppien kautta oli mahdollista asettua asiantuntijan asemaan. Tätä vasten onkin kiintoisaa huomata, etteivät tietämystyypit olekaan enää tasavertaisia silloin, kun puhutaan siitä, mikä on ”tietoa”. Humanistiset elementit, joille hoitotiedekin pitkälti perustuu, saavat ”ihmiskäsityksen” statuksen: ne näyttäytyvät pikemminkin jonkinlaisina henkilökohtaisina moraalisisina velvoitteina eivätkä oikeana ammatillisena tietona.

Näyttää siis siltä, ettei lääketieteen ja hoitotieteen välinen rinnakkaiselo välttämättä ole aina harmoninen silloin kuin hoitajat tekevät työtään ymmärrettäväksi. Kysymys ei enää ole vain lääkärin ja hoitajien keskinäisistä eroista suhteessa näihin tietovarantoihin, vaan myös siitä, että hoitajienkin käsitys ”ammattitiedosta” kytkeytyy sairaanhoidon teknis-tieteelliseen ytimeen. Vaikka humanististen retoriikankin kautta voidaan asettua asiantuntijan asemaan, näitä merkityksiä ei kuitenkaan aina mielletä ”oikeaksi” asiantuntemukseksi. Oma ammatillista asemaa perustellaan tietämyksen ja asiantuntemuksen käsitteitä viljelemällä, jotka tuntuvat lopulta tarkoittavan juuri sairaanhoidon teknillistä tietämystä.

Haastatteluaineisto on lisäksi osoittanut, että ammatillinen kehittyminen ja ihmisenä kehittyminen näyttäytyvät yhtä lailla velvoittavina asioina. Vuorovaikutustaidot, jotka katsotaan olennaisiksi hoitotyössä, kehittyvät ihmisenä kehittymisen myötä. Asiantuntemuksen ja ammattitaidon käsitteet ovat sinälläänkin merkityksellisiä ammatillisen identiteetin määrittelyssä ja niillä viitataan

lääketieteellisiin toimiin, mutta tätäkin artikuloidaan kehittämisretoriikan kautta. Siten näidenkin alueiden kehittäminen näyttäytyy ihmisenä kehittymisenä. Tämänkaltainen puhe on eräs osoitus siitä yhteiskunnallisesta murroksesta, joka liittyy yksilöllisyyden ja yksilöllisten ratkaisujen korostumiseen keskustelussa työstä. Työstä on tullut työelämänpolitiikkaa. (esim. Julkunen 2000, 218-237. ) Yksilöllisen asiantuntemuksen kautta hahmottuva ammatillistumisen ideologia rakentaa diskursiivisesti nykyaikaista työelämää ja tekee asiantuntemuksen ja ammattitaidon hallinnan myös välttämättömäksi.

Siinä kun sairaanhoidossa tarvittava lääketieteellinen tietämys on osoittautunut tärkeämmäksi asiantuntijuuden kannalta kuin hoitotieteellinen tietämys, molemmat käytännöt tuntuvat kuitenkin olevan yhtä olennaisia sairaanhoidon moraalijärjestykseen nähden. Teknis-lääkinnällisissä toimenpiteissä selviytyminen asetetaan moraalisen pohdinnan alaiseksi aivan yhtä lailla kuin potilaan inhimillisyyden kunnioittaminenkin. Erityistä näyttää kuitenkin olevan se, että potilaan hyvinvoinnin vaatimus on keskeisesti esillä etenkin silloin, kun ylläpidetään työyhteisöllistä moraalijärjestystä.

Tilanne muuttuu siis yhä kiinnostavammaksi silloin, kun humanistiset periaatteet toimivat moraalisisina oikeutuksina hyvän potilashoidon puolesta. Tällöin humanistinen perspektiivi näyttäytyy sekä mahdollisuutena että esteenä suhteessa asiantuntijaidentiteettiin. Se antaa merkityksen ja tarkoituksen työlle, mutta näyttää siltä, että sitä käytetään myös moraalisen ylevöitymisen päämääriin esimerkiksi silloin, kun kollegalla olisi suunnitelmia kehittyä ammatillisesti. Tällöin asetelma on pikemminkin työyhteisöllinen eikä niinkään ammatillinen. Näyttää siis siltä, että potilashoitoa koskevilla moraalikäsitteillä voidaan saada aikaan ja legitimoida myös työyhteisön ristiriitatilanteita.

Huolimatta asiantuntijana olemisen vaatimuksesta moraalisten velvoitteiden kollektiivinen merkitys, joka edellyttää lähes uhrautuvaa sitoutuneisuutta potilaan hyvinvointiin, näyttää muodostavan hoitajan ammatin perustan. Moderni ajatus yksilöllisestä asiantuntemuksesta ja sen kehittämisestä asettuu vastakkain kollektiivisesti velvoittavan moraalin ja siten yhteisöllisten arvojen kanssa. Kritisoidessaan hoitotiedettä hoitajat ovat siis huolissaan potilaasta: hoitamistyön humanisuus katoaa, jos se valjastetaan yhdeksi ammatillisista tavoitteista. Voidaanko niin ollen tehdä sellainen tulkinta, että huolimatta niistä ponnisteluista, joita hoitajien ammatillistamiseen on suunnattu, he kuitenkin jäsentävät hoitotyötä altruististen arvojen kautta niin, että vaikuttaa epäeettiseltä nähdä hoitamistoiminta henkilökohtaisina ammatillisina päämäärinä? Tilanne on

ristiriitainen siihen nähden, että hoitotieteellinen diskurssi näyttää pitkälti jäsenyvän juuri näiden humanististen merkityselementtien kautta ja hoitajien ammatillistamisprojekti perustuu pitkälti humanististen argumenttien esittämiseen, kun ihmissuhdetaidot esitetään hoitajien erityisinä vahvuuksina.

Hoitajat siis kritisoivat hoitotiedettä perustaen argumenttinsa samankaltaisiin eettisiin oppeihin. Tämä on nähdäkseni osoitus altruististen arvojen työpaikkakulttuurisesti merkittävästä asemasta: vaikka hoitajat käyttäisivätkin arvoja hyväkseen omaa ammattiasemaansa korostaessaan, he eivät kuitenkaan ole sen uhrautuvan arvomaailman ulkopuolella, jonka avulla hoitotoimintaa yleisestikin jäsenetään. Tämä arvomaailma puolestaan näyttäytyy vastakkaisena työn tuottavuudelle ja tavoitteisuudelle perustuvien arvojen kanssa. Tällaisilla väitteillä voi myös olla implisiittinen funktio näyttää, miten luotettavia he ovat silloin kun kysymyksessä on ihmisten terveys: jopa omat henkilökohtaiset työn tavoitteet ovat alisteisia hyvän potilashoidon kollektiiviselle normille. Kysymys voi olla siis pitkälti uskottavuuden luomisesta asiantuntijayhteiskunnassa näissä kulttuurisesti hyväksyttävissä periaatteissa.

Tilannetta voisi tulkita myös siten, että huolimatta yksilöllisten ammattikyvykkyyksien painotuksista sairaanhoidossa on vieläkin vallalla uhrauksen tai epäitsekkyuden eetos ja se liittyy läheisesti uskomukseen hoitotyöstä kutsumusammattina. Väitän, että kritiikki henkilökohtaisia professionaalaisia tavoitteita kohtaan implikoi sitä, että ne arvot työmarkkinoilla, joissa painotetaan yksilöllistä pätevyyttä, ovat vastakkaisia sille kollektiiviselle uhrautuvuuden eetokselle, joka on osaltaan vaikuttanut myös kutsumuseetoksen hegemoniaan. Näin humanistiset merkitykset asettuvat niiden ideologisten etukäteisoletusten väliselle akselille, jotka korostavat yhteisöllisen hyvän ja yksilöllisen oman edun tavoittelun välistä ristiriitaa.

Kuitenkin hoitajat näyttävät suvereenisti rakentavan ammatillista identiteettiään keskenään näinkin ristiriitaisten merkitysmailmojen puitteissa. Vaikka asiantuntemus ja kompetenssi potilashoidossa sekä niiden kehittäminen onkin varsin tärkeää, hoitaja on kuitenkin velvollinen asettamaan potilaan edut omiensa edelle. Tämä luonnehtii nähdäkseni olennaisin osin sairaanhoidon ammattikulttuuria: asiantuntemuksen ja ammattitaidon kehittymiselle ei lähtökohtaisesti aseteta minkäänlaisia rajoja, mutta ammatillisuuttaan tulee toteuttaa vain niiden raamien sisällä, jota inhimillinen ja tarkoituksenmukainen potilashoito edellyttää. Ammatillisesta itsensä kehittämisestä ei tule tehdä itsetarkoitusta.

#### **4. ”Että asiakas tuntisi olevansa luotettavissa käsissä” – potilas ammatillisen identiteetin rakentajana**

Potilashoidossa velvoittavien altruististen arvojen olennaisesta merkityksestä huolimatta viime aikoina sairaanhoidon ja sairaalahoidon todellisuudesta on välitetty varsin vaihtelevia mielikuvia. Päivälehtikirjoittelussa on tuotu esiin epäkohtia muun muassa puhumalla kriittiseen sävyyn potilashoidon laadusta ja potilaan pelinappulan asemasta sairaaloiden hoito- ja tutkimuskäytännöissä. Terveydenhuollon ammattitoimijat ovat puolestaan tuoneet esiin sen, että alalla on liian vähän työntekijöitä työmäärään nähden ja palkka on liian pieni työn vaativuuteen nähden, joten näissä olosuhteissa heidän on vaikeaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin he haluaisivat. Valtion budjetista ei ole liennyt tarpeeksi rahaa julkiseen terveydenhoitoon, mikä on nähty suurimpana syyllisenä kurjistuneeseen tilanteeseen.

Julkisuudessa on toki puhuttu hyvästäkin: on korostettu työn henkistä vaativuutta ja vastuullisuutta ja painotettu, että olosuhteisiin nähden hoitajat tekevät työnsä niin hyvin kuin vain voivat. Hoidon laatua pyritään valvomaan potilaspalauttein, mikä osoittaa, ettei työhön suhtauduta välinpitämättömästi. Erilaiset potilastyytyväisyyskyselyt ovat yksi, nykyisin usein käytetty tapa testata hoitotyön laatua.

Vaatus mahdollisimman laadukkaasta potilashoidosta on keskeinen sairaanhoitajien ammattitoimintaan vaikuttava tekijä. Hoitajat perustelevat ammattitaitoaan ja –tietouttaan teknislääketieteellisellä tietämyksellä, humanistisella ihmiskäsityksellä ja uhrautuvuudella potilaan hyvinvoinnin vuoksi. Hyvän potilashoidon ihannetta ylläpitämällä valvotaan työyhteisön toimintaa: potilaan hyvinvointiin liittyvät seikat näyttäytyvät siten paitsi keskeisenä ammatillisena vaatimuksena, myös moraaliseen kontrollin välineenä omassa työyhteisössä.

Vaikka tietämys potilaan tilasta ja hänen parhaastaan osoittaakin henkilökunnan ammattitaitoa ja vaikka potilaan hyvinvointi onkin keskeinen moraalisen kontrollin lähde, minua kiinnostaa selvittää vielä hiukan tarkemmin sitä, minkälainen merkitys potilaalla on hoitajan ammatillisen

identiteetin rakentamisessa ja ylläpitämisessä. Tässä yhteydessä kysyn, minkälaiset potilasta koskevat puhutavat palvelevat hoitajan ammatillista identiteettiä ja asemaa asiantuntijana.

Selvitän tätä kysymystä erittelemällä, millä tavoin hoitajat puhuvat potilaasta ja minkälaisia toimija-asemia potilas saa tässä puheessa. Kiinnitän huomiota niihin subjektipositioihin, joita potilaalle osoitetaan. Nämä positiot ilmenevät erilaisina kielellisinä valintoina diskursseissa, jotka rakentavat kardiologisen sairaalaosaston toimintakulttuuria. Kun hoitajat tekevät ymmärrettäväksi työpaikkansa toimintaa, potilasta tullaan samalla luonnehtineeksi vaihtelevilla tavoilla. Terminologinen vaihtelu määrittää potilaalle erilaisia subjektiaseimia tai toimintapositioita ja siten se asettaa sekä potilaan että hoitajan itsensä vaihteleviin sosiaalisiin asemiin sairaanhoitoprosesseissa.

Määrittelyvallan on väitetty olevan yksi diskursiivisen vallankäytön ominaispiirteistä (Foucault 1982, 209; Fairclough 1992, 50; Jokinen & Juhila 1993, 77). Valtasuhteet ovat kuitenkin alttiita muutoksille, sillä vastarinnan mahdollisuus on aina olemassa (Foucault 1980, 101-102).

Subjektipositiolla viitataan sellaisiin kielellisiin asemointeihin, joiden kautta toimija näyttäytyy tietyssä valossa: toimijalle ikään kuin on osoitettu oma paikkansa jollakin diskursiivisella kentällä (Fairclough 1989). Väitetään myös, että kielellisten subjektipositioiden kautta muodostuvilla identiteeteillä on ideologinen funktio, koska niillä on konkreettisia sosiaalisia seurauksia (Potter & Wetherell 1989, 108-109; Jokinen & Juhila 1993, 96-107). Tämänkaltaisen keskustelun ja analyysin myötä tulen osoittamaan, että tietyt potilaalle tarkoitetut asemat ovat keskeisiä sairaanhoitajan ammatti-identiteetin ja ammatillisen aseman ylläpitämisen kannalta.

Luvun ensimmäisessä jaksossa tarkastelen niitä subjektiaseimia, joita potilaalle varataan käytännöllisessä diskurssissa eli silloin kun tehdään ymmärrettäväksi hoitotyön arkipäivää. Aiemmin osoitin, että arkipäivän toimintaa konstituoii lähinnä sairaanhoidon käytännöllinen tietämys, mutta sitä tekee merkitykselliseksi myös puhe, jossa tuotetaan sairaanhoidon institutionaalista todellisuutta. Niin ollen tutkin, miten puheessa tehdään ymmärrettäväksi potilaan roolia sairaanhoidon ja sairaalayhteisön institutionaalisissa käytännöissä, joita leimaa hoitajan asiantuntijuus.

Arkipäivän asiantuntemusta ja hoitotyön potilaskeskeistä ideaaliasiantuntemusta rakentavat diskurssit ovat kuitenkin keskenään ristiriitaisia potilaan kannalta: luvun toisessa jaksossa tarkastelen potilaan roolia niissä puhutavoissa, jotka ylläpitävät ideaalista asiantuntemusta ja siinä

kehkeytyvää moraalijärjestystä. Vertailemalla näitä erilaisia hoitotyön tulkintakehyksiä osoitan, että potilaan merkitys hoitajan asiantuntijaidentiteetin kannalta ei lopultakaan ole riippuvainen siitä, miten passiiviseen tai aktiiviseen asemaan potilas puheessa asetetaan. Kyse on pikemminkin ammatillisten identiteettien joustavuudesta ja vaihtelevuudesta suhteessa siihen, minkälaisia omaan ammatilliseen asemaan ja uskottavuuteen liittyviä tarkoitusperiä halutaan tehdä ymmärrettäväksi erilaisissa potilasta koskevissa kysymyksissä. Lopuksi pohdin, mitä havaintoni merkitsevät nykykeskustelussa asiantuntijasta ja asiakkaasta tietyissä institutionaalisissa käytännöissä sekä niissä kehittyvistä luottamus- ja valtasuhteista.

#### **4.1. Potilas ja arkipäivän asiantuntijuus**

Aikaisemmin olen esittänyt, että kun hoitajat puhuvat arkipäivän toimia kuvaavassa käytännöllisessä diskurssissa, he tekevät samalla ymmärrettäväksi arjen asiantuntijuuttaan potilashoidossa. Lääketieteellinen ja hoitotieteellinen tietämys näyttäytyvät potilashoidon arkikäytäntöjä jäsentävinä elementteinä. Kun potilas tulee osastolle hoidettavaksi, pyritään mahdollisuuksien mukaan parantamaan potilasta vaivaava sydänsairaus, jolloin lääketieteellinen tieto on olennaisessa asemassa. Kun taas halutaan potilaan kokevan, että hänestä välitetään, sovelletaan tiettyjä eettis-humanistisia periaatteita, joiden puitteissa voidaan asettaa myös asiantuntijan asemaan. Kun tarkastelee haastatteluaineiston puhetta sen kannalta, minkälaisia asemia potilas saa, näkökulma kiinnittyy väistämättä siihen, että nämä kaksi erilaista määrittelykenttää tuottavat varsin erilaisia potilaita.

Esimerkiksi kun hoitotyön arkipäivän käytännöistä tehdään selkoa, potilas ei puheessa ole useinkaan läsnä erityisenä henkilönä tai persoonana. Käytännöllisessä kontekstissa on harvemmin kysymys sellaisesta merkitysmaailmasta, jossa korostetaan potilaan inhimillistä arvokkuutta ja sen kunnioittamista. Tässä tulkintakehyksessä potilas näyttäytyy pikemminkin sairaalan institutionalisoituneiden käytäntöjen fokuksena.

Arkikäytännön selonteoissa potilas saa lähinnä kolmenlaisia subjektiaseamia. Ensinnäkin hänet asetetaan lääketieteellisten ja sairaanhoidollisten toimenpiteiden kohteen asemaan. Näissä selonteoissa hoitaja on aktiivinen ja toiminnallinen osapuoli, kun taas potilas on passiivisessa roolissa. Toiseksi potilas näyttäytyy osana sairaanhoidon ja sen asiantuntijuuden institutionaalisia rakenteita. Kysymys ei silloinkaan ole yksittäisistä hoitoa saavista henkilöistä, vaan potilasta kuvaavat termit ilmentävät lähinnä kardiologisen osaston kokonaistoimintaa.

Aineistossa esiintyy vielä sellainen merkityksenannon tapa, jossa potilaalle tehtävät toimenpiteet tulevat kyllä mainituiksi, mutta potilas itsessään ei. Voidaan mainita, että tietty toimenpide tehdään, mutta jätetään mainitsematta se, että näillä toimenpiteillä on kohde. Katsonkin, että nämä kolme puhetapaa, joissa potilasta ei ikään kuin ole yksilönä olemassa, muokkaavat sairaanhoidon asiantuntijuutta rutiininomaiseksi ja funktionaaliseksi toimintatodellisuudeksi. Seuraavassa erittelen tarkemmin näitä potilasasemointeja ja sitä, minkälaiseen sosiaaliseen asemaan potilas tulee asetetuksi silloin, kun tehdään merkitykselliseksi omaa ammatillista identiteettiä.

#### 4.1.1. Potilas on kohde tai potilas on sairaus - hoitotyön käytäntö

Hoitajien selonteoissa lääketieteellinen terminologia kytkeytyy sairaanhoidon alueelle. Lääketieteellinen tietämys koetaan olennaiseksi kardiologisessa hoitotyössä ja hoitajat esittävätkin, että sen hallinta on yksi tärkeimpiä ammattitaidon elementtejä. Erilaisten sairauksien tai lääketieteellisten toimenpiteiden nimeäminen rakentaa myös potilaalle erityisen subjektiaseaman. Potilas voidaan esimerkiksi *viedä leikkaukseen* tai hänelle voidaan *antaa liuotushoitoa*.

Näissä yhteyksissä hoitaja esiintyy siis toiminnallisena, aktiivisena osapuolena ja potilas luonnollisesti näiden toimintojen kohteena. Näin on myös silloin, kun kysymys on hoitotyön toimenpiteistä. Silloin potilas määritellään joko potilaaksi tai sitten käytetään muita lääketieteen ja hoitotyön ammatilliseen terminologiaan liittyviä määritelmiä, kuten esimerkiksi *sydänvajaatoimintainen*, *vuodepestävä* tai *perushoidettava*. Potilaan asema määräytyy siinä terminologiassa, joka liittyy vakiintuneisiin hoitamisprosesseihin.



AH: Ennen leukemiat hoidettiin aika pitkälle samassa huoneessa kuin muut potilaat, kun ei ollut eristystä. Mutta nyt kun on eristys huoneita niin eristetään ja ne työllistää sitten. (Apuhoitaja 21.5.1986.)

SH: (...) kyllä pitää olla se kipulääkitys mikä pitää olla potilaalla että annetaan. Että se on pääasia että saadaan potilas kivuttomaksi. (Sairaanhoitaja 18.12.1996.)

Kuten huomaamme, potilas konstruoidaan näissä esimerkeissä erilaisten työkäytäntöjä koskevien teonsanojen objektiksi: potilasta *hoidetaan*, hänet *eristetään* tai hänelle *annetaan kipulääkitys*. Parhaimmassa tapauksessa potilas *saadaan kivuttomaksi*. Potilaille tehtävät hoitotoimenpiteet näkyvät kielenkäytössäkin siis subjekti-predikaatti-objekti –suhteena. On osoitettu, että potilas sijoitetaan kohteen asemaan varsin yleisesti siinä asiantuntijakielessä, jossa kerrotaan tietyistä sairauksista ja niiden optimaalisista hoitomuodoista. Kysymys on aina jotakin tahoja tai henkilöä *koskevista* toimenpidesuosituksista tai valistuksesta. (k. Hautamäki 2002, 188-196.)

Kiintoisinta apuhoitajan haastattelusta peräisin olevassa aineistoesimerkissä on kuitenkin se, että lausumassa *ennen leukemiat hoidettiin samassa huoneessa kuin muut potilaat* apuhoitaja kuvaa leukemiapotilasta sairaustermillä *leukemia*, joten on havaittavissa, miten sairaudesta on tullut potilasta edustava metonymia. Metonymialla tarkoitetaan ilmaisua, jossa kuvattavan kohteen jokin ominaisuus edustaa koko kohdetta (Lakoff & Johnson 1980, 35-40). Potilas saa identiteettinsä tai sosiaalisen asemansa leukemia-sairaudesta kautta.

Tietämys sairauksista on olennaista hoitajien ammatillisessa asiantuntemuksessa, sillä sen perusteella suunnitellaan oikeat hoitotoimenpiteet. Ensimmäinen haastattelukatkelma on esimerkki siitä, että sairausterminologiaa voidaan artikuloida muihinkin konteksteihin: lausumassahan on lopulta kysymys siitä, että leukemiapotilaat sijoitetaan nykyisin eristys huoneisiin, jolloin luvassa on erityistoimenpiteitä ja siten myös enemmän työtä. Kysymys lienee pikemminkin halusta kertoa työn kuormitustekijöistä kuin siitä, että halutaan esitellä potilasmateriaalia. Niinpä potilaasta käytetty leukemia-nimitys osoittaa tässä yhteydessä hoitajien rutiininomaista ammatillista tietämystä. Tämänkaltainen tietämys on tullut niin itsestään selväksi, että sen kantamat merkitykset voivat esiintyä myös konteksteissa, joissa ei ole kysymys sairauksien diagnosoinnista. Leukemia-nimityksen ”luonnollistumisen” potilasta koskevaksi nimitykseksi voi tulkita yhdeksi piirteeksi osaston institutionalisoituneita toimintatapoja.

Käytännöllisessä tulkintakehyksessä eli silloin kun kuvaillaan konkreettisia hoitotoimenpiteitä potilas määrittyy siis toimenpiteiden kohteeksi. Käytännön yhteyksissä potilas saa myös lääketieteellisiä subjektiasemia, kuten esimerkiksi silloin kun hänestä käytetään termejä *sydänvajaatoimintainen*, *yleismedisiininen* tai *angina pectoris*. Lääketieteellisen terminologian kautta potilaalle määritellään identiteetti, joka määrää häntä koskevat hoitokäytännöt: leukemiapotilaan hoidossa toimitaan tietyissä suhteissa eri tavalla kuin muiden potilaiden hoidossa. Sairauksien kautta rakennetut subjektiasemat ovat merkityksellisiä siinä mielessä, että niiden kautta hoitohenkilökunta kykenee toimimaan oikein jokaisen potilaan kohdalla.

Professionaalinen ja institutionaalinen diskurssi kytkeytyvät siis toisiinsa: potilaalle tuotettu identiteetti hänelle diagnosoidun sairauden kautta on osoitus ammatillisen merkitysjärjestelmän hegemoniasta kyseisessä toimintaympäristössä. Se tekee ymmärrettäväksi käytäntöjä, jotka osaltaan muodostavat sairaalaosaston institutionaalista toimintakulttuuria. Sairauksiin ja niiden hoitoon kytkeytyvä ammatillinen jargon rakentaa sitä sairaalaosaston institutionaalista järjestystä, joka muodostuu erilaisista totunnaisista työ- ja vuorovaikutuskäytännöistä. (esim. Berger & Luckmann 1991, 83; Sarangi & Roberts 1999, 17.)

Asiantuntemuksen kohde tehdään merkitykselliseksi erilaisissa nimeämisprosesseissa: yksilö määritellään niiden ominaisuuksien kautta, jotka ovat kyseisessä asiantuntemuskontekstissa relevantteja. Sillä on kytköksensä kielen ideologiseen valtaan tuottaa asiantiloja ja rakentaa yksilön identiteettiä viranomaistarkoituksia vastaavaksi. (Heikkinen 2000, 323-324; k. myös Jokinen & Juhila 1993, 99-100). Yksilön nimeäminen esimerkiksi *yleismedisiiniseksi* tai *perushoidettavaksi* ei luonnollisesti ole mielekästä muualla kuin terveydenhuollon kontekstissa. Tämänkaltaisten nimeämisprosessien myötä terveydenhuollon toimintakulttuureja osaltaan pidetään myös yllä.

Väitetään, että lääketieteellisessä tulkintakehyksessä yksilö määritellään potilaaksi, joka on yhtä kuin ruumiinsa tapahtumat (Peräkylä 1990, 67). Väitetään myös, että lääketieteellisen retoriikan käyttö olisi yksi syyllinen siihen, että potilas tuntee itsensä syrjäytetyksi oman tilanteensa seurannasta ja siten asiantuntijan vallankäytön kohteeksi (Tuomainen ym. 1999). Kysymys tuntuu olevan sellaisista lääketieteellisen terminologian ideologisista vaikutuksista, jotka implikoivat jonkinlaista yksilöllisyyden menetystä silloin kun terminologia kuvaa yksinomaan ruumiin tapahtumia.

Tämänkaltainen puhetapa on kuitenkin funktionaalinen potilashoidon toimintakulttuurissa: sen kautta ammatillinen toiminta jäsentyy luontevasti ja tarkoituksenmukaisesti. Ilman sitä arjen tietämystä, jossa potilaan sairaus on keskeinen, hoitajat eivät kykenisi toimimaan asiantuntevasti. Koska sairauksien tunnistamisella ja niiden kautta määräytyvillä oikeilla hoitotoimenpiteillä on olennaista merkitystä potilaan tervehtymisen kannalta, tämänkaltainen kielenkäytön tapa on varsin luonnollinen tapa tehdä potilashoitoa merkitykselliseksi. Se on hoitajien asiantuntijakielen ominaispiirre ja sen kautta ilmenetään henkilökohtaista ammattilaisen identiteettiä.

#### 4.1.2. Olematon potilas – hoitotyön rutiini

Arkipäivän käytäntöjä kuvaavassa puheessa potilaan asettamisella toimenpiteiden kohteeksi tai kantamakseen sairaudeksi näyttää olevan merkitystä muun muassa siinä suhteessa, että sen kautta potilas hahmottuu osaksi hoitajan päivittäistä asiantuntemusta. Käytännöllisissä konteksteissa esiintyy myös sellainen merkityksenannon tapa, että potilasta ei mainita ollenkaan, vaikka kysymys onkin juuri potilashoidosta: näin on asianlaita esimerkiksi termeissä *lääkkeenjako* ja *terminaalihoito*. Tämänkaltaisen terminologian lisäksi hoitamisesta voidaan puhua myös siten, että nähdään se tiettyjen asioiden tekemisenä, mutta kuitenkin passiivimuodossa ilman, että mainitaan potilasta.

H: Tavallaan täytyy viikonloppuna hoitaa samoja asioita kuin viikollakin.

SH: Kyllä. Lääkärinkiertojahan ei ole. (...) Ja laboratorionhoitajaa ei ole, kaikki sydänfilmit ja kaikki pitää ottaa itse. Mutta se meillä on monipuolista työtä niinkun... aamulla yöhoitaja pitää mulle ja mun perushoitajakaverille semmoisen muodollisen lyhyen yöraportin. Jos on opiskelijoita ne pitää ottaa tietysti mukaan. Mutta opiskelijan ei tarte pitää raporttia. Vaan että se oppii myös siinä lukemaan niistä papereista itsekin ja hakemaan sitä tietoa. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE.)

Esimerkissä potilashoidon ympärille rakentuneita käytäntöjä tehdään ymmärrettäväksi käyttämällä termejä *lääkärinkierto* ja *yöraportti*. Potilas ei ole läsnä näissä termeissä, vaikka potilas onkin se

taho, jota käytäntö koskee. Lausumassa *kaikki sydänfilmit ja kaikki pitää ottaa itse* ei myöskään käy ilmi, että niitä otetaan juuri potilailta. Näin siitä huolimatta, että kysymys on konkreettisista hoitotoimenpiteistä.

Kysymys on varmaankin siitä, että pyritään säästeliäämpään kielenkäyttöön siinä mielessä, ettei potilasta huoli mainita erikseen jokaisella kerralla, kun puhutaan vaikkapa *verenpaineen ottamisesta*. Säästeliäästä kielenkäytöstä lienee osaltaan kysymys myös sen tapauksen kohdalla, jolloin potilasta kutsuttiin termillä *leukemia* sen sijaan, että olisi käytetty esimerkiksi termiä *leukemiapotilas*. Potilaan poissaolo erilaisissa selonteoissa näyttäisi tämän tulkinnan mukaan ilmentävän ennen kaikkea sitä, että tietyt potilashoidon käytännöt ovat rutiininomaisia ja vakiintuneita.

AH: Kun ajatellaan, että meidän pitäisi pyrkiä omatoimisuuteen ja omatoimisuuden ohjaamiseen ja kun oli kotiin lähtevästä potilaasta kysymys ja hän oli marissut justiin siitä, että kun hän ei saa apua tällaisessa toimenpiteessä, millä hänen pitää illalla pärjätä kotona niin tästä tuli heti välittömästi hyvin jyrkkä negatiivinen palaute. (Apuhoitaja 21.5.1986/RJ.)

Potilas tehdään näkyväksi esimerkin lausumassa *ja kun oli kotiin lähtevästä potilaasta kysymys ja hän oli marissut justiin siitä*. Tässä lausumassa potilas saa toiminnallisen aseman, jonka toimilla on ollut konkreettista merkitystä osaston myöhemmille tapahtumille. Esimerkissä tekijä tai toimija ei ole kuitenkaan läsnä termissä *omatoimisuuden ohjaaminen*. Termillä ei myöskään viitata konkreettisiin toimintoihin. Asiantuntijakielessä väitetäänkin olevan yleistä, että persoonalliset tekijät häipyvät nominalisaation kautta, jossa verbeistä tehdään substantiiveja. Näin saadaan aikaan vaikutelma, että prosessit, joihin asiantuntijakielessä viitataan, ikään kuin olisivat olemassa itsenäisesti vailla erityistä tekijää. Tällä on yhteytensä tiettyyn objektiivisuuteen ja totuudellisuuteen pyrkimiseen. (Fairclough 1997.) Maallikolle ei synny kovin konkreettista mielikuvaa siitä, mitä *omatoimisuuden ohjaaminen* tarkoittaa, jos sitä ei erityisesti selitetä. Asiantuntijatekstien kohdalla yleensäkin joudutaan olettamaan, että kuvatuilla toiminnoilla on olemassa konkreettinen perusta (kuten Vuori Jaana 2001).

Puheessa käytetään hyväksi hoitotyön terminologiaa ikään kuin itsestään selvänä tai ennalta annettuna lausumassa *kun ajatellaan, että meidän pitäisi pyrkiä omatoimisuuden ohjaamiseen*.

Nähdäkseni tämä osoittaa erilaisten hoitotyön ammattikäytäntöjen ohjaavan hoitajaa potilasta koskevassa päätöksenteossa. Näiden käytäntöjen esiintyminen erilaisissa selonteoissa tuottaa hoitajalle professionaalista identiteettiä. Sanotaan, että hoitotyö ja hoitotiede ovat institutionaalistuessaan muodostaneet hoitohenkilökunnalle tiettyjä toimintatapoja, joita toteutetaan myös itsetarkoituksellisesti. (Cook-Gumperz & Messerman 1999, 160.) Esimerkin hoitaja tuo esiin dilemman, jonka oli kohdannut osaston arjessa: omatoimisuuden tukeminen osoittautui toimintatapana sittenkin epätarkoituksenmukaisiksi tietyn potilaan kohdalla. Siitä huolimatta se ”luonnollistunut” vaikutelma, joka tulee termin käyttöyhteydestä osoittaa sen, että tämä työkäytäntö on osa hoitajan hyödyntämää sairaanhoidon asiantuntemusta.

Hoitajien puhe työstään on olennaisin osin hoitajien puhetta työkäytännöistään. Potilas on näissä merkityksenannon tavoissa vain implisiittisesti läsnä. Väitetään, että häivyttämällä puheesta tai tekstistä konkreettinen toimijuus luodaan sellainen diskursiivinen maailma, jossa toimijuuden oletetaan sisältyvän erityistä selittämistä vaativiin termeihin ja käsitteisiin. Se on tietynkaltaista ”passiivisen äänen” sisällyttämistä kielenkäyttöön, mutta kuitenkin sillä on funktionsa tietyn uskottavuuden ja tärkeän vaikutelman aikaansaamiseksi. (Wodak 1989, 141-143.) Tässä yhteydessä potilaan poissaolo osoittaa sitä, että jotkut sairaanhoidon ammattikäytännöt ovat vakiintuneita ja niissä ollaan niin rutinoituneita, ettei ole enää merkityksellistä ottaa potilasta mukaan niitä koskevaan puheeseen.

#### **4.2. Potilas ja ideaalinen asiantuntijuus**

Arkipäivän teknisesti ja tietämyksellisesti orientoituneen asiantuntijuuden lisäksi potilashoito näyttää hoitajien puheessa myös ideaalis-eettisinä ohjeistuksina, kuten aiemmin huomasimme. Potilaan inhimillistä arvokkuutta pyritään kunnioittamaan myös sillä tasolla, jolla potilaasta puhutaan: hänet otetaan aina mukaan häntä koskevaan puheeseen päinvastoin kuin käytännöllisessä kontekstissa, jossa itse tietämys tai itse toimenpide nousee keskeiseen asemaan. Sen lisäksi näistä potilasta kunnioittavista puhetavoista saa usein vaikutelman, että asiantuntijuuden tulee ikään kuin

olla ulkopuolisten kontrolloitavissa. Tämä ilmenee esimerkiksi hyvän potilashoidon vaatimuksina ja erilaisina asiakastytyväisyyttä mittaavina periaatteina.

Näissä merkitysmaailmoissa potilaan asemaa muokataan kahdenlaisissa diskursiivisissa toimintakentissä: ensinnäkin potilas saa subjektiviteettinsa siinä hoitotieteen retorisessa maisemassa, jossa yksilöllisyyttä ja inhimillisyyttä pidetään yhtenä ihmiselämän arvokkuuden ilmenemismuotona. Puhetavassa tuotetaan sellainen potilas, jolla on erilaisia sairaanhoitoon ja elämäntapoihin liittyviä yksilöllisiä tarpeita. Toiseksi potilaalle tarjotaan roolia eräänlaisena hoitotyön laadun valvojana.

Näiden subjektiasemien kautta puheessa rakennetaan tietynkaltaista hoitajan ja potilaan välisten luottamussuhteiden problematiikkaa, joka on keskeisesti esillä nykykeskustelussa asiantuntijoiden ja asiakkaiden välisistä vuorovaikutussuhteista. Hoitajat puhuvat esimerkiksi siinä diskurssissa, että hoitotyö on mahdollista mieltää eräänlaisena asiantuntevana asiakaspalveluna. Tällöin keskeistä on tietty tasavertaisuus asiantuntijan ja asiakkaan välisissä keskustelu- ja vuorovaikutuskäytännöissä.

On kiinnostavaa, että kun potilaalle asemoidaan yksilöllisyyttä, aktiivista toiminnallisuutta ja tasavertaisuutta puheen tasolla, vaikuttaa siltä kuin että hoitajan oma tietämys tai asiantuntemus jäisi alisteiseksi kaikelle sille, mitä potilaan yksilöllisyyteen liittyy. Näen tämänkaltaisen puheen kaksinaisena hoitotyön asiantuntijaidentiteettien kannalta: yhtäällä potilas näyttäytyy hoitajan oman ammatillisuuden ja asiantuntijuuden lähtökohtana ja resurssina, mutta toisaalta hän kuitenkin toimii jonkinlaisena sairaanhoidon asiantuntemuksen ja henkilökohtaisen ammatillisen kehittymisen valvontaelimenä. Ideaa hyvästä ja laadukkaasta potilashoidosta on vain tavoiteltava hoitotoiminnassa, vaikka henkilökohtainen ammatillinen pätevyys siinä asettuisikin kyseenalaiseksi.

#### 4.2.1. Potilas on ihminen – hoitotyö ja kunnioitus

Hoitotyötä määrittävät tiukat eettiset säännökset, joiden puitteissa työ voidaan toteuttaa ja niissä painotetaan inhimillisyyttä sen kaikissa muodoissa. Hoitotieteen ihmiskäsitys nähdään ns.

eksistentiaalisen humanismin viitekehyksen puitteissa (Stenfors 1997), jonka mukaan ihmisyyksilö tulee ottaa huomioon ei vain parannettavan sairauden, vaan myös hänen kokonaiselämäntilanteensa raameissa. Haastatteluissa nämä hoito-opilliset vaatimukset rinnastuvat moraalisiin vaatimuksiin potilaan kunnioittamisesta hoitotyön arjessa.

Seuraavassa esimerkissä potilashoitoon viitataan neuvottelu- ja vuorovaikutussuhteena hoitajan ja potilaan välillä. Sitä tehdään ymmärrettäväksi muun muassa puheessa *valistamisesta* ja *terveyskasvatuksesta*.

H: No jos sä ajattelet ihan tätä ”Aikaa ihmiselle” - kampanjaa jota Tehy kampanjoi niin minkälaisia ajatuksia sulle siitä syntyy?

SH: Silloinhan tehtiin oikein hyvin sitä työtä, mistä nyt kyllä sitten taas aina vähän jäi niinkun pois osia. Mutta kyllä se tiesi ylitöitä ja tuota kyllä hyvähän se oli. (...) Kyllä siinä tarvetta olisi potilaitten kanssa selvitellä monenlaisia asioita, et kun ne loppujen lopuksi on niin vieraita ja ne tarvii erilaista valistusta ja terveyskasvatusta ja silloin sitä oli, silloin sitä annettiin. Ja ne oli hirveen tyytyväisiä. (Erikoissairaanhoidaja 23.2.1989/RJ.)

Esimerkissä potilas on sekä taho, joka *tarvitsee terveyskasvatusta* että taho, jolle sitä annetaan.

Potilas konstruoidaan tässä sekä toiminnan kohteena että subjektina, jolla on tarpeita.

Terveyskasvatuksen antamistilanne tarkoittanee asetelmaa, jossa hoitaja neuvoo potilasta hänen elämäntapojaan koskevissa asioissa. Samassa puheenvuorossa potilas näyttäytyy kuitenkin myös eräänlaisena yhteistyökumppanina: hän on taho, *jonka kanssa selvitellään monenlaisia asioita*.

Haastattelijan mainitsema ammattiliiton kampanja nimeltä ”Aikaa ihmiselle” on eräs esimerkki potilaan yksilöllisyyden kunnioittamiseen tähtäävistä käytännöistä. Potilasta ei konstruoida jotakin sairautta kantavana potilaana vaan inhimillisenä olentona, joka tarvitsee asioilleen aikaa.

Sairaanhoitajan viimeisessä lausumassa *ja ne oli hirveen tyytyväisiä* korostetaan sitä, että terveyskasvatuksen antaminen on ollut potilaan kannalta tärkeää. Tämän perusteella voi tulkita, että potilaan tyytyväisyys toimii tiettyjen ammatillisten käytäntöjen oikeuttajana.

Puolestaan lausumassa *mutta kyllä se tiesi ylitöitä ja tuota kyllä hyvähän se oli* ilmenee kiinnostavaa kaksinaisuutta: ”Aikaa ihmiselle” - kampanja on aiheuttanut hoitajille ylitöitä, mutta se on kuitenkin ollut potilaan kannalta hyvä asia. Näen lausuman *mutta kyllä se tiesi ylitöitä* osoituksena siitä, ettei työmäärän lisääntyminen ole ollut miellyttävää, koska työpäivät ovat

muutenkin täysiä. Välittömästi seuraava lausuma *ja tuota kyllä hyvähän se oli* osoittaa puolestaan, miten haastateltava haluaa ilmaista, että hän hoitajana on potilaan tyytyväisyyden kannalla, vaikka työmäärä tässä lisääntyikin. Keskustelunanalyttisessä kirjallisuudessa puhutaan, että yksilöt toimivat sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa refleksiivisesti, joka ilmenee esimerkiksi siinä, että sekä tarkkaillaan että korjaillaan omaa puhetta ja toimintaa (Garfinkel 1984). Tämänkaltaiset potilaskeskeiset erityiskäytännöt ovat siis aiheuttaneet lisäkuormitusta, mutta hoitajalle syntyy moraalinen velvollisuus antaa ymmärtää tässä haastattelutilanteessa, että käytännöt ovat olleet kuitenkin hyvin tärkeitä.

Esimerkissä potilas siis konstruoidaan toiminnalliseksi osapuoleksi, joka tietyllä tavalla valvoo työntekoa ja erilaisia ammattikäytäntöjä. Hänet asemoidaan eräänlaiseksi yhteistyökumppaniksi, jonka kanssa neuvotellaan ja selvitetään erilaisia asioita. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde näyttäytyy siten tasavertaisena suhteena, jossa potilas on ennen kaikkea ihminen, joka osallistuu keskusteluun omasta tilanteestaan. Tämä onkin yksi asiakaslähtöisen asiantuntijuuden tavoiteltavista ihanteista: joissakin ammatillisissa viitekehyksissä pyritään tietoisesti pois ajattelusta, jossa asiantuntija itse olisi ainoa mahdollinen tietävä osapuoli. Asiakkaan katsotaan luovan kokonaan uutta ymmärrystä häntä koskevaan asiantuntemukseen. (esim. Mutka 1998; Peltomäki ym. 2002.) Kardiologisten hoitajien kohdalla tilanne on tietenkin sikäli erityinen, että sydänsairaat potilaat tuskin akuutissa tilassa kysyvät ensimmäiseksi tasavertaisia neuvottelusuhteita. Heidän koko eloonjäämisensä voi riippua siitä, kuinka hyvin hoitajat osaavat asiansa. Tilanne on kuitenkin erilainen niissä käytännöissä, joissa jo kuntoutuvalla potilaalla on mahdollisuus osallistua häntä koskeviin hoitoneuvotteluihin.

Pyrkimys tasavertaisiin vuorovaikutussuhteisiin ilmentää halua kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä ja sitä myöten toimia potilaan parhaaksi. Asemoinnit voivat kuitenkin vaihdella sen mukaan, miten hoitaja itse asettuu suhteessa inhimillisyytsvaatimuksiin: puhutaan joko yleisesti potilaan etujen puolesta tai koetaan myötäeläen potilaan tilanne ikään kuin omana. Seuraavassa esimerkissä hoitaja ajattelee potilaan etuja sen henkilökohtaisen moraliteetin kautta, joka syntyy työn vaatimuksista.

AH: Ja koska nykyään painotetaan siihen potilaan psyykeen hoitoonkin pitäisi painottaa aika paljon (...) että meidän pitäisi potilaan ääressä jutella.

H: Niin, eli sekin olisi ihan mahdollista jos olisi aikaa?

AH: Se olisi mahdollista. Ja justiin silloin tuli mieleen vaan, että ne olisi voinut jättää ne kanslian EKG-nauhat ja labran arvot merkkäämättä ja olla sekin aika potilaan vieressä. (Apuhoitaja 21.5.1986/RJ.)



Ilmaisussa *potilaan psyykeen hoito* potilas tulee mainitukseksi hoitomuodon mukana: kyse on nimenomaan *potilaan hoidosta* eikä vain esimerkiksi *psyykeen hoidosta*. Modaalinen ilmaisu *pitäisi* ilmentää tässä velvoitetta antaa mahdollisimman paljon aikaa potilaalle. Potilas on taho, jonka *ääressä* tai *vieressä* vietetään aikaa. Hoitotyölle asetetut velvoitteet realisoituvat vaatimuksena ottaa huomioon myös potilaan terveydentilaan vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä. Potilaan subjektiasema rakentuu siis työn haasteiden kautta. Seuraavassa esimerkissä ilmenee, että hoitotyön kehittämisen vaatimukset kytkeytyvät olennaisesti potilaan parempaan hoitoon.

SH: Hoitotyön laadun kohottamista, sitä on tehty koko ajan samoilla resurssimäärillä, enempi niinkun erilaisia toimintoja hoitotyössä.

H: Ahaa, sano joku esimerkki.

SH: Esimerkiksi omahoitajasysteemi ja moduulijärjestelmä eli ryhmätyöskentelyä intensiivisesti, joka ei ole käytännössä kumminkaan voinut toteutua, kun ei ole niinkun väkeä. Ja tää omahoitaja- ja aina enempi aikaa potilaalle, just tätä laadun kohottamista. (Erikoissairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Työn *laadun kohottaminen* on yleinen termi nykyaikaisessa hallinnollisessa tulosvastuuretoriikassa. Kuitenkin esimerkissä annetaan ymmärtää, että *sitä on tehty koko ajan samoilla resurssimäärillä*. Tässä tuotetaan jälleen sitä kaksinaisuutta, joka laadukkaan potilashoidon vaatimuksen suhteen katsotaan vallitsevan: hoitajien työkuormitus tulee suuremmaksi, kun pitäisi pyrkiä potilaskeskeisiin erityiskäytäntöihin. *Koko ajan samat resurssimäärät* suhteessa siihen, että *on enempi erilaisia toimintoja* osoittaa lausumana sitä asiantuntijaorganisaatioissa yleisesti vallitsevaa kriittisyyttä erilaisten laadunvarmistamisprojektien suhteen: ei ole tarpeeksi työntekijöitä siihen nähden, että pitäisi tehdä laadukasta tulosta.

Haastattelija kiinnostuu kuulemaan, mistä hoitotyön toiminnoista on kysymys: tämä kontekstuaalinen tarjous saa aikaan varsin abstrakteja työkäytäntöihin liittyviä termejä, kuten *omahoitajasysteemi* ja *moduulijärjestelmä*. Ilmaisussa *ryhmätyöskentelyä intensiivisesti* työntekoa jäsennetään työn toteuttamistapoihin liittyvinä käytäntöinä, joiden alkuperä lienee virallisissa ohjeistuksissa työn organisoimiseksi. Viimeisessä lausumassa työn *laadun kohottamisen* erityiseksi sisällöksi tuotetaan pyrkimys antaa potilaalle enemmän aikaa. Tämä on tulkittavissa tulosvastuujalle tyypilliseksi vaatimukseksi.

Kun potilaalle asemoidaan tila hoitotieteellisessä keskustelussa, hän saa yksilöllistä toimijuutta myös tietynkaltaisen yhteistyökumppanuuden kautta.

SH: Se vähäinen aika siellä niinkun siihen ohjaukseen ja tiedon antamiseen ja potilaan kanssa vuorovaikutussuhteen luomiseen.

H: Asettuuko siinä silloin osittain potilaan asemaan ja ajattelee, että se on potilaan kannalta huono homma?

SH: Niin koska kuitenkin tää työ edellyttää myös tiettyä empaattisuutta ja empaattisuus on niinkun sen toisen lähtökohdista ajattelemista. Niinkun osittain sitä niin kuitenkin sen potilaan tavallaan pääomasta aina on kaikessa kysymys. Sen asemasta ja terveydestä, sairaudesta tai terveyden menettämisestä ja sen takaisin saavuttamisesta ja tietysti siinä pitäisi pystyä antamaan mahdollisimman parhaat mahdollisuudet sen takaisin saavuttamiseen. Ja potilaan kanssa vuorovaikutuksessa työskennellen sen motiivintiedon antaminen, asennekasvatus ja kaikki tuo vaikuttaa siihen tietysti. (Erikoissairaanhoitaja 20.5.1986/RJ)

Esimerkissä potilas on taho, jonka *kanssa luodaan vuorovaikutussuhde*. Potilaalle tuotetaan itsellinen asema sen kautta, että hänet nähdään kommunikaatiokumppanina. Subjektiviteettia rakennetaan myös siten, että potilaan katsotaan omistavan asioita, kuten *pääomaa, aseman, terveyden tai sairauden*. Potilas on myös toimija, joka *menettää* terveytensä ja *saavuttaa* sen takaisin. Puheenvuorossa hoitaja ei siis paranna tai hoida, vaan *antaa mahdollisuuksia terveyden takaisin saavuttamiseen*. Tämä terminologinen valinta osoittaa jälleen nykyaikaisten asiakaslähtöisten puhetapojen piirteitä: pyritään potilaan kunnioittamiseen esimerkiksi välttämällä sellaista kielenkäyttöä, joka osoittaisi asiantuntijan ehdottomasti tietävän sen, mikä potilaalle on parasta. Hoitaja on vain antamassa mahdollisuuksia paranemiselle, jolloin viimekätinen vastuu tervehtymisestä ikään kuin jää potilaalle itselleen. Tähän liittyy myös ajatus siitä, että tulisi tietyllä tavalla houkutella esiin asiakkaan omia voimavaroja (kuten Vanhala 2001, 256-264).

Hoitaja ei siis ole yksipuolisesti vain parantajan asemassa, vaan myös avustamassa potilasta.

Hoitaja ei myöskään ole taho, joka yksipuolisesti antaa asennekasvatusta, vaan sen täytyy tapahtua *potilaan kanssa vuorovaikutuksessa työskennellen*. Potilaan toiminnallisen ja yksilöllisen aseman tunnustamisen ja sen ylläpitämisen vaatimus on hoitotieteellisessä keskustelussa hoitohenkilöstöä velvoittava tekijä. Tämänkaltainen suhtautuminen potilaaseen on eräs keskeinen elementti hoitotieteellisessä asiantuntijakielessä.

Potilaan itsellisyyden tunnustaminen ja sen vuoksi uhrautuminen voidaan kuitenkin nähdä myös olennaisena osoituksena omasta ammattitaidosta. Näin siitä huolimatta, että ammattitaito

yhdistetään lähinnä lääketieteellisiin ja teknisiin toimenpiteisiin ja humanistisia käsityksiä ihmisestä ei nähdä varsinaisena ammattitietona. Tätä taustaa vasten on yllättävää, että hoitajan oman persoonallisuuden ja ammatillisen tietämyksen uhraaminen näyttäytyy osana kaivattua ammatillista pätevyyttä, kuten seuraavassa esimerkissä.

SH: En tiedä, aika iäkkäitä on potilaat täällä, ja niinkun vuode- tai se niinkun nousee se keskitasoikä, niin onko ne niin vanhanaikaisia, että ne vielä kunnioittavat täällä tai onko tää outoa tää ympäristö, ettei oikein rohkene kysyä. Niin sitten olla siinä välittäjänä, että potilaalle tulisi tiedoksi ne asiat, mitä siinä kerrotaan, kun ensin ollaan kerrottu sille hoitavalle lääkärille, mitä ongelmia on, kun odotetaan että kertooko potilas ja kun ei, niin ne on sitten tuotava esiin. (...) Siinä on tehtävä potilaan vuoksi työtä niin pitkälle, että oman persoonallisuuden ja itsensä nolaamiseen asti. Mutta se on toissijainen asia silloin, koska sen potilaan edut on kuitenkin ensisijaiset. Siinä on piittaamatta mitä itsestä ajatellaan, kun suutansa aukaisee tai jotain, itsestään piittaamatta siinä on tuotava ne asiat esille.

H: Se itsensä nolaaminenko tarkoittaa, että siinä joutuu jopa tyhmänkin rooliin joskus?

SH: Juu juu. Pitää miettiä, että mitenkä ne asiat nyt vois oikein tuoda esille.

H: Eiks se ole sitä diplomatiaa?

H: Niin no mitä sitten lie, mutta monta kertaa pitää tyhmänäkin kysyä, tyhmää esittää.

”Kuinkas tämä on? Mitenkä tämän asian kanssa on?” Vaikka vois tietääkin mutta ei, vaan että se asia tulisi potilaan kannalta.

H: No siinäkö juuri tarvitaan tätä vahvaa ammatti-imagoa?

SH: Kyllä.

H: Että voi asettua tyhmänkin rooliin.

SH: Kyllä. (Erikoissairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Esimerkissä potilaan edun huomioonottaminen esiintyy yhteismitallisena oman ammatillisuuden kanssa. Preesensin aikamuodossa nesessiivinen lausuma *on tehtävä* saa aikaan vaikutelman, että *oman persoonallisuuden ja itsensä nolaaminen* on välttämätöntä ja kaikkia hoitajia koskevaa. Sairaanhoitaja kokee oman itsensä unohtamisen potilaan hyväksi eräänä ammatillisuuden kriteerinä. Tässä ammatillisessa identiteetissä ei ainakaan äkkituntumalta tunnu olevan alistuvaa kutsumuksellisuutta tai uhrautuvuutta: ajatuksella *tyhmän esittämisestä* ja siitä, että täytyy teeskennellä tietämätöntä sairaanhoitajaa saa oman älykkyytensä uhraamisen näyttämään erityisenä oman ammattitaidon osoituksena ja ammatillisena resurssina. Vaikka potilaan etu joudutaankin asettamaan tärkeämmäksi kuin mitä oma reaalin tietämystaso olisi, se konstruoidaan kuitenkin vaadittavan ammattitaidon elementiksi.

Esimerkissä sairaanhoitaja käyttää itsensä ja pätevyytensä uhraamista implikoivia ilmauksia, kuten *pitää esittää tyhmää, pitää kysyä tyhmänä, ihan itsensä ja persoonallisuutensa nolaamiseen asti ja ihan itsestään piittaamatta tuoda asiat esille*. Nämä ilmaisut saavat aikaan asiantilan, että todellisen

ammattipätevyyden ja työn luonteen välillä on varsin perustavan tuntuista ristiriitaa.

Ammattitietämys näyttäytyy näiden termien kautta henkilökohtaisena asiana, joka on osa omaa itseä. Syntyy vaikutelma, että vaatimus teeskennellä tietämätöntä tuntuu hyvinkin kivuliaalta.

Kuitenkin annetaan ymmärtää, että tämän kivun kestäminen on yksi potilashoidon tärkeä osa-alue ja oman kompetenssin osatekijä. Potilaan etujen ensisijaisuus nähdään velvoitteenomaisena seikkana, joka sitoo hoitajia, jolloin oma nolatuksi tuleminen tunne pitää jättää toissijaiseksi. Tämä rakentaa hoitajalle tietynlaista sankarillista ammatti-identiteettiä.

Näyttää siis siltä, että silloin kun potilas saa puheessa omaehtoisen ja yksilöllisen toimija-aseman ja hänen vastuunsa ja vaikutusmahdollisuutensa omaa terveyttään kohtaan tunnustetaan, hoitajan määrä on olla ambivalentissa suhteessa omaan ammattitaitoonsa. Potilaan kunnioittamista edellytetään niinkin pitkälle, että joissakin hoitokäytännöissä sairaanhoitajan on uhrattava tietämystasonsa potilaan hyväksi niin, että tämä saa lääkärintierolla varmasti kaiken tarvitsemansa tiedon omasta tilastaan suoraan lääkäriltä. Potilaan kunnioittaminen ja inhimillisyyden korostaminen hoitotieteellisessä kielessä on toki yksi tapa tuottaa ammatillista asiantuntijuutta ja ammatillista kompetenssia, mutta tietyssä merkityksessä se edellyttää myös henkilökohtaisen professionaalien identiteetin unohtamista, jolloin tämänkaltaisen uhrautuvuus on nivottava osaksi itse ammatillista pätevyyttä ja arjen sankaruutta.

#### 4.2.2. Potilas on asiakas - hoitotyö palveluna

Haastatteluissa annetaan siis ymmärtää, että hoitotyössä edellytetään tiettyä uhrautuvuutta potilaan vuoksi, vaikka se tuntuu olevan vaikeaa siihen nähden, mihin ammattipätevyys antaisi mahdollisuuden. Hoitotyö mielletään nykyisin yhtä useammin asiakaspalveluksi, jossa on kysymys asiantuntijan ja asiakkaan välisestä tasaveroisesta vuorovaikutussuhteesta ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioonottamisesta. Nykyaikaiselle asiakaspalvelutoiminnalle on kuitenkin ominaista se, että asiakaskunnalle annetaan mahdollisuus kontrolloida palvelutarjontaa. Tämä on synnyttänyt uusia asiakastytyväisyyttä mittaavia käytäntöjä ja näiden käytäntöjen toteuttaminen on myös kardiologisen vuodeosaston arkipäivää, sillä osastolla pyritään muun muassa erilaisin kyselyin

mittaamaan potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Väitetään, että tämäntyyppinen toiminta versoo tulosvastuuajattelusta, joka on omaksuttu myös julkisen sektorin potilashoitoon. (Kivinen 1994.)

Tulosvastuujärjestelmään siirtyminen onkin ollut yksi keskeinen viimeaikainen rakennemuutos työelämässä ja tutkimuskohteena olevassa sairaalassa siirtymä oli toteutettu 1990-luvun taitteessa. Tulosvastuujärjestelmän peruserä on se, että organisaation toiminnan tuloksia pyritään mittaamaan tietyillä kriteereillä ja toiminnan laadun arviointi kytkeytyy olennaisesti tuloksellisuuden mittaamisprosesseihin (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999). Eräänlaiset toiminnan tuotteistamisen merkitykset ovat lähellä tätä ajattelumaailmaa: myös auttamistyössä joudutaan pyrkimään siihen, että organisaatio tarjoaa mahdollisimman korkealaatuista palvelua.

Tämänkaltainen nykyhegemonia heijastuu myös hoitajien haastatteluissa, sillä potilas asemoidaan niissä myös palveluja käyttäväksi asiakkaaksi, jonka vaatimuksia ja toiveita pitää kunnioittaa. Erityistä tässä potilasasemoinnissa on se, ettei potilas olekaan enää vain apua, hyvää hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva ihminen, jonka puolesta tulee uhrautua, vaan potilas on kuka tahansa meistä, joka ehdottomasti haluaakin hyvää hoitoa ja osaa myös vaatia sitä.

H: Niin sitten tuohon palautteeseen liittyvää niin teillä oli tuo potilastyytyväisyyskysely.  
OH: (...) sitten me pidetään nyt joulukuun aikana vihkoa että laitetaan potilaitten ja omaisten kommentteista positiiviset ja negatiiviset palautteet. Eihän sitä jaksa jatkuvasti pitää että henkilökuntahan turtuu siihen mutta kuukauden otanta silloin tällöin. Toisaalta tuntuu että paljon ne potilaat alistuukin tähän, niin kuin meillekin on tullut niitä kutsuttuja ja sitten ylipaikoille. Että kutsu tulee että ”Teille on varattu paikka”, niin kyllä minä vähän odotan että koska joku hyppää pöydälle että missä mun paikka on. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)

*Potilastyytyväisyyskysely* voidaan rinnastaa asiakastyytyväisyyden mittaamiskäytäntöön, jonka kautta pyritään olemaan tietoisia asiakkaan toiveista. Vaikka hoidolliset palvelut eivät olekaan yhteiskunnassamme siinä määrin tuotteistettuja kuin jotkin muut asiakaspalvelut, tämä retoriikka näyttää ulottuvan sairaanhoidonkin alueelle. Tosin eräiden tutkimusten mukaan hoitajat mieltävät hoitotyön yhä useammin juuri asiakaspalveluksi (kuten Järvinen 1990). *Potilaiden ja omaisten kommentit* ja heiltä saatava *palautte* näyttää olevan olennaista pyrkimyksissä pitää asiakkaat tyytyväisinä. Esimerkissä osastonhoitaja varaa potilaalle aktiivisen aseman pohtimalla esimerkiksi

sitä, miten *toisaalta potilaat paljon alistuvat* hankalien olosuhteiden, kuten osaston liian suuren potilaskuormituksen edessä, vaikka heidän olisi mahdollista antaa tästäkin asiasta kielteistä palautetta.

Vaikka potilaalle rakennetaan tässäkin varsin omaehtoista toimijuutta, kyseinen diskursiivinen kenttä on erilainen verrattuna edellä esitettyyn, inhimillisyydsretoriikkaa viljelevään kenttään: potilas nähdään tässä myös palautteeseen kykenevänä ja siten hoitotyötä kontrolloivana tahona. Hänestä tehdään vallankäyttäjää, joka kyseenalaistaa hoitokäytäntöjä.

SH: Potilasvaihto on isompi ja aina vaan vanhempia ja huonokuntoisempia hoidetaan ja sama jengi kuitenkin tekee työt. On tullut lisää kiirettä ja se että tehdään periaatteessa samat työt. Tilanne on hirveen huono, huonompi kuin ennen. Meille on niin paljon puhuttu potilaiden oikeuksista että siitä tulee semmoinen illuusio että terveyskeskuksissa ei osata hoitaa, eikä hoideta, että se näkyy vaatimuksina päästä ylemmälle portaalle hoitoon. Useimmiten omaiset vaativat vanhusten puolesta. (Sairaanhoitaja B16.12.1996/SE.)

Tässä merkitysmaailmassa vallankäytöllä potilaan taholta on myös konkreettisia seurauksia: esimerkissä ilmaistaan, miten potilaiden taholta tullut palaute terveyskeskusten toimintaa kohtaan on aiheuttanut sydäntauteihin erikoistuneelle osastolle lisäkuormitusta. Potilas ei tässä diskurssissa ole vain toimenpiteiden kohde, sairauden kantaja, erilaisten sosiaalisten ja institutionaalisten rakenteiden ylläpitäjä tai hoitajan ammatillisen kompetenssin mahdollistaja, vaan myös vaativa kuluttaja, jolla on valtaa valita paikka, minne haluaa hoidettavaksi. Potilas tuotetaan valintoihin ja vallankäyttöön kykenevänä subjektina, jonka sana pitää ottaa huomioon.

Edellisissä esimerkeissä potilaan toimijuus on korostetussa asemassa. Potilas asemoidaan aktiiviseksi osapuoleksi, joka *tulee, alistuu* tai *hyppää* sekä antaa *palautetta* ja esittää *vaatimuksia*. Retoriset valinnat kuvastavat nykytilannetta asiantuntijoiden ja asiakkaiden välisten suhteiden käynnissä olevista määrittelyistä: paineet hyvien asiakassuhteiden ylläpitämiselle terveydenhuoltoalalla heijastuu tuossa retoriikassa. Niitä koetetaan ylläpitää esimerkiksi olemalla kaiken aikaa selvillä potilaan mielenliikkeistä sen suhteen, mitä hän potilashoidolta ja asiakaspalvelulta odottaa.

Seuraavassa esimerkissä potilaan asemaan ikään kuin pyritään asettumaan omakohtaisesti, joka rakentaa hoitotyöhön tietynkaltaista yksilö- ja asiakaskeskeisyyttä. Tämä ei tarkoita välttämättä sitä, että haastateltava pyrkisi kyseenalaistamaan omaksumiaan työkäytäntöjä, vaan pikemminkin asettumalla potilaan asemaan perustelee tiettyjen käytäntöjen tarpeellisuutta. Hän vetoaa tiettyyn yleisyyteen niin, että potilas näyttäytyy ikään kuin kenenä tahansa meistä.

H: Tuossakin kun tuli uusi potilas äsken osastolle niin kaikki puuhasteli sen asian kanssa.

SH: Joo se on merkki että on semmoisia... hoidon... en tiedä onko sillä merkitystä mutta uuden ihmisen tapaaminen, se alkuvaikutelma on aika paljon se, että millä tavalla sitä jatkoa voidaan... että jos se menee kohtuullisen hyvin että me saadaan sellainen luottamus ja kontakti niin sillä on paljon merkitystä.

H: Niin että se on kokonaisvaltaista.

SH: Niin siinä pitäisi pystyä tekemään se että... yleensä melkein aina tekeekin että se asiakas tuntisi olevansa tavallaan luotettavissa käsissä. Että siinä jos on muutenkin säikähtänyt ja huonossa kunnossa niin siinä ei paljon tarvii, kun tarvii ruveta pelkäämään että saakohan tässä hoitoa. (Sairaanhoitaja B16.12.1996/SE.)

Esimerkistä huomaa, miten sairaanhoitaja tulkitsee osaston arjen tapahtumia asiantuntemuksensa kehyksessä ja eri tavalla kuin haastattelija: tutkijan havainto, jossa ”kaikki” puuhailevat juuri tulleen potilaan kanssa merkitsee hoitajalle tiettyjä hoidollisia periaatteita, joiden uskotaan synnyttävän luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Henkilökunta pyrkii osoittautumaan uuden potilaan luottamuksen arvoiseksi ottamalla tietynlaista kontaktia häneen. Tämänkaltaisen toimintatapa lienee auttamistoiminnassa melko yleinen. (esim. Suoninen 2000, 281.) Sairaanhoitaja ikään kuin tuottaa vuorovaikutustilanteen potilaan kanssa erityisenä strategisena toimintana ja samalla tulee esittäneeksi itsensä taitavana ihmisten käsittelijänä.

Esimerkissä potilaalle tuotetaan asema, jossa hänen etunsa huomioiminen merkitsee ammatillista moraalijärjestystä hyvästä potilashoidosta. Se ilmenee siinä, että haastateltava esittää pyrkivänsä toimimaan niin, että *asiakas tuntisi olevansa luotettavissa käsissä*. Viimeisessä lausumassa *siinä ei paljon tarvii, kun tarvii ruveta pelkäämään että saakohan tässä hoitoa* sairaanhoitaja tekee asiantilan yleiseksi ja kaikkia koskevaksi. Preesensissä olevaa passiivimuotoa käytetään tässä yhteydessä sen asiantilan saavuttamiseksi, että itse asiassa potilaaksi voi kuka tahansa tulla koska tahansa. Puhutaan erityisestä retorisesta keinosta vedota kaikkia yleisesti koskettaviin tekijöihin (Heikkinen 2000, 136).

Potilaan asiakkuudelle, kuluttajuudelle ja yleisinhimilliselle toimijuudelle perustuva merkitysmaailma tuottaa potilaan terveystalouden kontrolloijana ja siten vallankäyttäjänä. Hoitajan se asettaa puolestaan asemaan, jossa he ovat tiettyjen organisatoristen ja rakenteellisten kehityskulkujen armoilla suhteessa terveydenhuoltojärjestelmään ja sen johtamiskäytäntöihin. Potilas on näissä diskursseissa eräänlainen yleistetty potilas, joka ei ole tietyn sairauden kantaja tai ihminen, joka saa yksilöllistä hoitoa, vaan henkilö, joka kykenee antamaan palautetta saamastaan hoidosta. Potilaan antaman palautteen mahdollisuudella voi olla merkitystä myös sille, miten pätevänä hoitaja pitää itseään. Tässä mielessä asiakaspotilas näyttäytyy sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden mittaajana ja työnantajaan verrattavissa olevana kontrolloijana.

#### **4.3. Potilaan merkitys sairaanhoidon diskursseissa - läsnäoloa vai poissaoloa?**

Olen pyrkinyt selvittämään, minkälainen rooli potilaalle tuotetaan silloin, kun kardiologinen hoitaja tekee ymmärrettäväksi työtään. Olen osoittanut, että riippumatta siitä, esiintyykö potilas tässä puheessa omaehtoisena toimijana vai ei, kysymys on yhtä kaikki sairaanhoidon ammatillisista määrittelykentistä: hoitajan ammatillinen identiteetti näyttää muotoutuvan sen mukaan, onko kyse potilasta koskevasta asiantuntijatietämyksestä vai vaatimuksista kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä. Yhtäältä potilas voi näyttäytyä lääketieteellisen tietämyksen kohteena ja siten oman asiantuntemuksen lähteenä, mutta toisaalta myös potilaan vallankäyttäjän aseman huomioiminen ja oman tietäjän aseman uhraaminen potilaan hyvinvoinnin hyväksi rakennetaan osoitukseksi omasta ammatillisesta kyvykkyydestä.

Hoitajat näyttäytyvät potilashoidon asiantuntijoina ja parhain mahdollinen hoito on tämän asiantuntemuksen ydin ja normatiivinen sisältö. Vaikka yksilön kunnioittamista vaaditaankin moraalisisessa merkityksessä, havaitsin, että sairaanhoidon asiantuntemusta rakennetaan myös puhutavoissa, joissa potilas on etäännytetty tai jopa kokonaan häivytetty häntä koskevista käytännöistä.



Lääketieteellinen terminologia määrittää potilaan asemaa sen kautta, minkälaiset sairaudet häntä ovat kohdanneet ja minkälaisia hoitotoimia ne edellyttävät. Rooliasemaa ei kuitenkaan aina rakenneta vain sellaisten konkreettisten toimien kautta, jotka muodostavat hoitotyön arjen ytimen: potilasta koskevan puheen kautta tehdään ymmärrettäväksi myös sairaanhoidon institutionaalisia toimintatapoja. Katson, että potilaan toimijuuden häivyttäminen häntä koskevasta puheesta on eräs rutinoituneen ja funktionaaliseksi osoittautuneen asiantuntijuuden osoitin, jolla on olennaista merkitystä arjen pyörittämisessä.

Potilaan rooli siis vaihtelee sen mukaan, minkälaista ammatillista todellisuutta tuotetaan. Yhtäältä potilas luo kaikille ammattiryhmille yhteistä eettistä säännöstöä, jota on noudatettava. Tällöin potilas on taho, jota *kohdellaan inhimillisesti*. Tämän moraalisisänsäntöön kautta on mahdollista kohdistaa myös kollegaa kohtaan moraalista kontrollia ja se on yksi väline pitää yllä yhteisöllistä kiinteyttä. Toisaalta potilas on taho, jonka tilasta *tiedetään*: tällöin kysymys on ammattitaidosta ja asiantuntemuksesta sekä sen ammatillisen aseman todistamisesta, jota pidetään yllä tämänkaltaisen yhteisesti tunnustetun kompetenssin kautta. Kolmanneksi potilas voi näyttäytyä yhtenä tahona siinä valvontaelimessä, joka pitää huolta siitä, että sairaanhoitajan on jatkuvasti kehityttävä työssään ja tehtävä asiat aina vain inhimillisemmin ja paremmin. Silloin hän on taho, jota *kunnioitetaan asiakkaana*. Tämä lienee pitkälti eräänlaista palveluhenkistä moraalista, jonka kautta omaa ammatillista toimintaa arvioidaan ja reflektoidaan.

Kaiken kaikkiaan haastattelupuhe tuntuu paikantavan potilaan eräänlaiselle läsnäolon ja poissaolon jatkumolle. Tällöin arjen käytännöllinen potilashoito näyttäisi paradoksaalisesti tuottavan vain etäisyyttä hoitajan ja potilaan välille kun taas yksilöllisyyttä näyttäisi potilaan kohdalla syntyvän silloin, kun sydäntautiosastolle hoitoon tuleva henkilö saa yhteistyökumppanin tai jopa vallankäyttäjän ja työnteon kontrolloijan rooliposition. Potilas näyttäytyy siis sekä hoitotyön kohteena, hoitotieteellisten moraaliperiaatteiden kulminoitumana ja institutionaalisten käytäntöjen ylläpitäjänä, että yksilöllisenä asiakkaana, joka voisi olla kuka tahansa meistä. Tämänkaltaisen puhe potilaasta rakentaa henkilökohtaista ammatillista toimintaa ja sen omakohtaista reflektointia uskottavaksi ja moraaliseksi.

Kielellisen muutoksen potilaasta asiakkaaksi on sanottu kuvastavan suuntausta, jonka myötä liiketaloudelliset arvot nousevat julkisellakin sektorilla yhä keskeisemmäksi, vaikka kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän kollektiivisen hyvän ideologinen asema onkin edelleen vankka. Profioiden kehittyminen skandinaavisissa maissa on kiinnittynyt hyvinvointivaltion

rakentamisen perustalle (Konttinen 1991), jolloin eräänlaisen altruistisen motiivin voidaan katsoa vallinneen (Julkunen 1994, 200). Katsanto professionaalien altruistisesta yleisöpalveluhenkisydestä on ollut olennainen anglosaksisissakin professioteorioissa (kuten Parsons 1954).

Ideaali professioista kollektiivisen hyvinvoinnin turvaajina on kuitenkin kokenut romahduksen myöhemmässä teoreettisessa keskustelussa, jossa painotetaan sitä, että professiot suojaavat etuoikeuksiaan monopolisoimalla omaa asiantuntijuuttaan (Freidson 1970; Brante 1988; Konttinen 1989). Erityistiedon spesifioituminen erillisille ammattiryhmille on ollut osaltaan vaikuttamassa siihen, että kollektiivisia arvoja painottava palveluhenkisyys sairaalamaailmassa on muuntumassa yksilöllisesti räätälöityjen hoivapalvelujen markkinointihenkisyydeksi.

Tässä merkityksessä hoitoalan ammattilaisilla on palvelujen tarjoajan ja potilaalla valikoivan kuluttajan rooli. Suuntausta kutsutaan konsumeristiseksi ideologiaksi terveydenhuollossa, joka ilmenee palvelujen tuotteistamisessa tekemällä ne asiakkaille houkuttelevaksi. Sitä osoittaa keskusteleavuuden tai vuorovaikutteisuuden lisääntyminen erilaisissa potilaan ja henkilöstön välisissä institutionaalisissa käytännöissä. (Sarangi & Slembrouck 1996, 137-141; Hall, & Sarangi & Slembrouck 1999, 295.) Potilastyytyväisyyskyselyt ovat yksi osoitus siitä, että terveyspalvelujen tasoa kontrolloidaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tätä sosiaalista muutosta kuvaa asiakkuuden, palvelun ja laadun käsitteiden käyttö suhteessa hoitoon ja hoivaan.

Valtasuhde potilaan ja hoitajan välillä näyttäytyy tässä retorisessa muutostendenssissä tasa-arvoisempana kuin aikaisemmin juuri sen kautta, että potilas on kuluttajan roolissa. Potilas on palveluja tarvitseva asiakas ja hoitaja palvelujen asiantuntija, mutta hoitaja on kuitenkin riippuvainen asiakkaan odotuksista. (Järvinen 1990, 117; Hugman 1991, 5.) Nuo odotukset antavat hoitajan työlle myös moraalista sisältöä. Voi olla aihetta spekuloida laajemminkin sitä, missä määrin aikomukset tarkkailla hoidon laatua kytkeytyvät hoitajan henkilökohtaisiin päämääriin esiintyä yleisölle moraalisenä subjektina, joka on vastuussa tekemisistään. Yhteiskunnan asiantuntijavaltaistuminen ei siis ole ainoastaan yksipuolinen valtasuhde: vastavalta realisoituu asiakkaissa ja kuluttajissa, joilla on vapaus valita erilaisten asiantuntijapalvelujen välillä ja joille joudutaan eri tavoin markkinoimaan luottamusta näihin palveluihin.

Asiantuntijavaltaistumista on tulkittu siitä näkökulmasta, että esimerkiksi juuri terveydenhuoltopalvelujen käyttäjä joutuu alistumaan siihen, että hänelle sekä tuotetaan tarpeet että

tarjotaan niihin ratkaisumalleja (Bauman 1997, 145). Asiantuntijuuden korostuminen ja erikoistuminen terveydenhoitoammateissa johtaa siihen problematiikkaan, että sosiaaliset kysymykset eriytetään tarkkarajaisiksi ongelmiksi, jolloin myös normaalin rajat asetetaan entistä varmemmin ammatillisten auktoriteettien toimesta (Julkunen 1994, 201; Eräsaari R. 1996). Terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemuksessa muodostetaan ne raamit, joiden sisällä rakentuu kulttuurinen ymmärrys ongelmista ja niiden ratkaisumahdollisuuksista.

Sairaalamaailmassa se merkitsee hoitajan kumppanuutta potilaan kanssa. Hoitajat saavuttavat oman ammatillisen itsenäisyytensä erilaisten hoitokäytäntöjen sekä niiden erityisongelmien ratkomisen kautta, joita vuorovaikutusprosessissa tullaan tuottaneiksi. (Witz 1994, 31; Rinne ja Jauhiainen 1988, 43-47.) Vaikka sairaanhoitajat tuottavat asiantuntijuuttaan erilaisissa potilashoidon määrittelyprosesseissa ja yksilön kunnioittaminen esiintyy niiden yhtenä elementtinä, kyseessä ei aina välttämättä ole hierarkioiden liudentuminen tai tasavertainen asiantuntija-asiakas -suhde. Siitä huolimatta, että auttamistyön idea lieneekin tasaveroisuuteen pyrkimisessä, on pidettävä mielessä, että asiantuntijalla on kuitenkin valtaa määritellä sairaanhoitokäytäntöjen sisältöjä ja puhetapoja sekä tämän myötä konstruoida niin asiantuntijuutta kuin asiakkuuttakin.

## 5. ”Että yhdessä kehitettäisiin sitä osaston toimintaa” – hoitotyö ja työyhteisö

Tähän mennessä olen käsitellyt sairaanhoitoa pääasiassa siitä näkökulmasta, miten työtehtävissä tarvittava tietämys rakentaa asiantuntijuutta ja miten se samalla pitää yllä ammatillista moraalijärjestystä. Hoitajan ammatillisen identiteetin ja moraalisen identiteetin keskinäissuhde näyttäytyy kuitenkin verrattain kaksinaisena: asiantuntijuus voi tuottaa ja legitimoida hoitajan ja potilaan välisiä hierarkkisia suhteita, vaikka ammatillisissa käytännöissä pyritäänkin tasavertaisuuteen.

Hoitajien ja potilaiden keskinäiset sosiaaliset suhteet voidaan tulkita joko harmonisiksi tai hierarkkiseksi riippuen siitä, rakennetaanko ne ammatillisen tietämyksen vai potilashoitoa koskevien moraalisten mittapuiden mukaan. Kardiologisen osaston hoitajien haastatteluista on havaittavissa kuitenkin myös erityinen temaattinen kokonaisuus, jossa puhutaan siitä, miten tullaan toimeen työtovereiden ja esimiesten kanssa. Näissä yhteyksissä käydään myös yleistä keskustelua työyhteisöstä ja sen ominaispiirteistä. Onkin aiheellista kysyä, miten asiantuntemus ja moraalijärjestys rakentavat ammattiryhmien välisiä sosiaalisia suhteita kardiologisen osaston työyhteisössä. Minkälaisia funktioita tai tehtäviä ammatillisilla ja moraalilla tulkintakehyksillä on hoitajien puheessa työyhteisön sosiaalisista suhteista? Tässä luvussa pyrin antamaan vastauksen kysymykseen tutkimalla, minkälaisin merkityksenannon tavoin hoitajat tekevät ymmärrettäväksi työyhteisöproblematiikkaa.

Kysymyksellä on ajankohtaista relevanssia, sillä työpaikkojen sosiaalisista suhteista ja työyhteisöjen hyvinvoinnista keskustellaan nykyisin runsaasti. Vuorovaikutustaitoihin tarjotaan lisääntyvässä määrin erilaista henkilöstökoulutusta erityisesti niillä aloilla, joissa työ perustuu työntekijän ja asiakkaan välisille suhteille. Sen lisäksi useilla työpaikoilla korostetaan ihmissuhdetaitojen merkitystä niin työnjohdon ja henkilöstön välillä kuin henkilöstön keskinäisissä suhteissakin. Tähän yhteyteen liitetään myös puhetta työkyvystä ja sen ylläpitämisestä. Taustalla on oletus siitä, että jos työntekijät voivat työssään hyvin, he kykenevät myös paremmin sopeutumaan

organisaatiossa tapahtuviin muutoksiin ja työelämän vaatimuksiin sekä myös tekemään työssään parempaa tulosta. (Borgman 1998, 168; Nakari 1996, 12).

Tulosvastuukäytäntöjen käyttöönotto eri organisaatioissa tuntuu vaativan enemmän kommunikaatiota esimiesten ja alaisten välillä (Lumijärvi 1991). Sosiaali- ja terveystalalla on jouduttu niin ikään vastaamaan tulosvastuujattelun haasteisiin suhteessa asiakaspalveluun (Sinkkonen 1994). Tämä on vaatinut henkilöstöltä keskinäisen kommunikaation lisäämistä ja erilaisten uusien yhteistyömuotojen laatimista (esim. Wickström ym. 1998). Käydään erilaisia tulos- ja kehittämiskeskusteluja, joiden puitteissa työnantajan ja työntekijöiden tavoitteita pyritään sovittamaan yhteen.

Esimiehiltä edellytetään hyvää johtamista, johon katsotaan kuuluvaksi erityisiä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Työntekijöiltä puolestaan edellytetään sitoutumista erilaisiin yhteistyöhankkeisiin, kuten esimerkiksi palvelujen laadunvarmistusjärjestelmän kehittämiseen. Nämä edelleen vaativat erilliset kommunikatiiviset toimintatapansa. Tulosvastuuideologista repertuaaria toistetaan työpaikkojen henkilöstöpoliittisissa ohjelmissa, joissa painotetaan esimerkiksi toiminnan laadukkuutta ja tehokkuutta. Tuloksellisen toiminnan katsotaan riippuvan työyhteisön ja työilmapiirin kannustavuudesta.

Tulosvastuuaikakaudelle on ominaista myös se, että henkilöstöpoliittisissa ohjelmissa painotetaan työpaikkakulttuuristen tekijöiden merkitystä työyhteisön hyvinvoinnille. Työpaikkakulttuuri voidaan ymmärtää paikalliseksi kulttuuriksi, jossa vallitsee suhteelliseen vakiintuneita arvojen, normien ja uskomusten kokonaisuuksia sekä paikallisen ymmärtämisen tapoja. Paikallisessa kulttuurissa yksilö omaksuu tiettyjä institutionaalistuneita identiteettejä (Gubrium 1986, 94-97; Gubrium & Holstein 2000, 161). Sairaalaorganisaation yhtenä kulttuurisena erityispiirteenä on moniammatillisuus: organisaatiossa ei toimi ainoastaan hoitohenkilöstö, vaan myös esimerkiksi väline- ja ruokahuolto, siivous- ja tekninen toimi sekä hallintohenkilökunta. Eri yksiköissä on lisäksi oma työyhteisökohtainen työpaikkakulttuurinsa.

Sydäntautien vuodeosastolla työpaikkakulttuurin muodostaa pääasiallisesti lääkäreiden, sairaanhoitajien, perushoitajien, sairaala-apulaisten ja osastosihteerien muodostama työyhteisö. Henkilöstön muodostamien ryhmien kulttuuriset perusolettamukset määrittävät monin tavoin hoitoprosessin luonnetta ja sisältöä (Kinnunen J. 1990, 3). Työpaikkakulttuurin arvojärjestelmän muodostumiseen sairaalaosastolla vaikuttaa olennaisesti henkilöstön hierarkkisten suhteiden luonne.

Kardiologisen sairaalaosastonkin työyhteisölliset piirteet voidaan hahmottaa yhtenäisenä toimintakulttuurisena ulottuvuutena. Hoitajien haastattelupuheessa työyhteisöön liittyvä tematiikka näyttää paikantuvan puheeseen ammattiryhmien keskinäisistä sekä esimiesten ja alaisten välisistä suhteista ja puheessa ilmenetään usein näiden suhteiden hierarkkisuutta. Näin ei toki aina ole: puheessa korostetaan myös yhteistyötä eri tahojen, kuten ammattiryhmien kesken sekä hoitajien ja potilaiden välillä.

Tarkastelen puhetta työyhteisöllisestä hierarkiasta ja harmoniasta edelleen semioottisesta sosiologiasta käydyn keskustelun kautta. Tähän mennessä olen tulkinnut haastattelupuhetta lähinnä velvoitepuheen merkityksessä. Pragmaattisista modaaliteeteista täytymisen tai pakon modaalinen ryhmä sisältää myös puheen sallitun ilmauksista: kysymys on niistä asioista, mitä saa tai ei saa tehdä. Haluamisen modaaliseen ryhmään lukeutuu puolestaan ilmauksia, jotka määrittävät tahtomisen ja ei-tahtomisen eri astein. (Törrönen 2000, 249.) Tulen tarkastelemaan hoitajien puhetta lähinnä sen mukaan, miten se asettuu sallitun ja ei-sallitun sekä haluamisen jatkumoille. Katson näiden kielellisten tekijöiden kertovan oleellisesti ammattiryhmien sekä esimiesten ja alaisten välisten suhteiden luonteesta kardiologisella osastolla.

Luvun ensimmäisessä jaksossa tarkastelen ammattiryhmien välisiä sosiaalisia suhteita. Ensin tutkin, miten perushoitajat hahmottavat asemaansa työyhteisössä ja sen jälkeen sitä, miten sairaanhoitajat suhteuttavat ammatillista asemaansa lääkärien asemaan. Tässä jaksossa näyttäytyy huomionarvoisena se, miten työnjako määrää hoitajien hierarkkista asemaa työyhteisössä ja miten työnjako voi myös toimia harmonisten suhteiden ylläpitäjänä. Luvun toisessa jaksossa tarkastelen sitä, miten tämänkaltaiset hierarkkiset tai harmoniset asemoinnit määrittävät suhteita esimiesten ja alaisten välillä. Voitaisiin olettaa, että toimivan työyhteisön sosiaalisissa suhteissa ei ole konfliktille sijaa tai sen mahdollisuus pyritään minimoimaan. Luvun lopussa pohdin, miksi aineiston valossa näyttää kuitenkin siltä, että konsensus ja konflikti ikään kuin edellyttävät toisiaan. Pohdin myös, miten hierarkkiset työnjakosuhteet ja johtaminen sijoittuvat kunkin ammattiryhmän asiantuntijuudesta käytävään kamppailuun.

## 5.1. Ammattiryhmien väliset suhteet - konsensuksesta konfliktiin

Vaikka hoitajien haastattelupuheessa tuodaankin esiin ajatuksia toimivasta ja demokraattisesta työyhteisöstä, haastateltavat tuovat toki esiin myös erilaisia epäkohtia ja kertovat konfliktitilanteista. Sen lisäksi he tulevat tuottaneeksi keskuuteensa erilaisia hierarkkisia suhteita, näin myös yhteistyötä ja harmoniaa konstruoivassa puheessa. Puhe työpaikan sosiaalisista suhteista näyttää hahmottuvan konsensuksen ja konfliktin väliselle jatkumolle, jossa työyhteisösuhteiden sosiaalisia sisältöjä ja hierarkioita joko tuotetaan tai sitten niitä reflektoidaan, eli pyritään kuvailemaan työyhteisöproblematiikkaa ikään kuin ulkopuolelta.

Työyhteisöproblematiikka paikantuu tiettyihin konteksteihin konsensuksen ja konfliktin välisellä jatkumolla. Tärkeimmät paikannukset liittyvät ammattiryhmien välisiin työnjakohierarkioihin, esimiesten ja alaisten välisiin suhteisiin sekä sukupuolten välisiin suhteisiin<sup>18</sup>. Tässä osuudessa keskityn siihen reviiirinmäärittelyyn, jota tapahtuu sairaanhoitajien ja perushoitajien haastattelupuheessa. Perushoitajat määrittelevät sosiaalista asemaansa ja työnsä arvostusta suhteessa muihin ammattiryhmiin, mutta myös siihen, miten potilaat ja sairaanhoidon opiskelijat ovat heidän asemaansa määritelleet.

Sairanhoitajat määrittävät omaa sosiaalista asemaansa suhteessa perushoitajiin, mutta myös suhteessa lääkäreihin. Ammattiryhmien välistä hierarkiaa tuotetaan pääasiassa työn sisältöihin, työnjakoon ja koulutukseen liittyvien tekijöiden painottamisella. Hierarkian tuottaminen on usein implisiittistä: se voi näkyä vain joidenkin kielellisten konventioiden tasolla, jotka vahvistavat jakoa meidän, eli oman ammattiryhmän sekä heidän, toisen ammattiryhmän edustajien välillä.

Ammatillinen identiteetti kytkeytyy pitkälti ammattiryhmän muodostamaan kollektiiviin, jota pidetään yllä tekemällä eroa muihin. Uskon, että vaikka tällä tavalla tuotetaankin ammattiryhmien välisiä hierarkioita, se on myös keino selviytyä työn arjessa ja tapa suuntautua mielekkäästi työn asettamiin vaatimuksiin.

---

<sup>18</sup> Sukupuolen sosiaalisia merkityksiä tarkastelen kappaleessa 6.

### 5.1.1. Perushoitajan asema - pätevyyttä vai asenteiden sanelemaa hierarkiaa?

Perushoitajien ammatillinen asema kardiologisella osastolla on varsin hyvä: perushoidon lisäksi he osallistuvat vaativiin potilashoitoa koskeviin tehtäviin, kuten elvytystoimenpiteisiin ja sydänvalvontaan. Sen lisäksi he myös suorittavat lääkkeenjakoja, vaikka se monilla tahoilla katsotaankin kuuluvaksi sairaanhoitajien tehtäviin. Näistä vaativista tehtävistä huolimatta työyhteisössä tuntuu vallitsevan sellaisia moraalisia näkökulmia ja käsityksiä, joiden kautta perushoitajan asema pätevänä työntekijänä voidaan myös kyseenalaistaa. Itse asiassa perushoitajat tekevät tätä myös itse.

Tämänkaltaista työntekijään kohdistuvaa moraalijärjestystä tuodaan ilmi seuraavassa apuhoitajan haastatteluesimerkissä, jossa hoitaja tuottaa itsensä potilaan omaiselle vastuussa olevana moraalisen subjektina työtehtävissään. Potilaan omainen asetetaan siinä vallankäyttäjän asemaan.

H: Joo nää on semmoisia jänniä puolia nämä kunkin ammattiryhmän nämä omat ammatilliset rajat, joita aina on. Mutta mainitsit tästä, että teillä on tällainen hyvin toimiva työyhteisö niin ilmeisesti teillä on hyväksytyt nämä teidän työn laajennus osaston sisällä?

AH: Kyllä se on hyväksytyt. (...) Tuo oli tuo tippojen sulkeminen oli sellanen juttu, että sairaanhoitajat ei sitä silloin niinku tahtonu hyväksyä, että me ei voida sulkea niitä. Mutta koska lääkintöhallituksessa myöskin ne kieltää meitä niinku laittamasta lääkettä suoneen ja niinku laittamasta noita tippoja sun muita niin siihen nojaten niiden oli hyväksyttävä se, koska se lisäsi niitten työtä aika paljon, kun ne joutui itse käymään sulkemassa ne tipat ja laittamaan ainakin niinku tiputukset alkuun. Mutta tämäkin tehtiin ihan siltä pohjalta, että meillä on kaikennäköisiä, potilaille tulee kaikennäköisiä omaisia ja ne voi olla hyvinkin tietoisia tästä lääkintöhallituksen yleiskirjeestä ja jos ne näkee että se on apuhoitaja, joka hänen isänsä tai äitinsä suonilla nyt on niin vois tulla aika hankala tilanne. (Apuhoitaja 21.5.1986/RJ.)

Esimerkissä haastattelija tuottaa työyhteisöllisiä hierarkioita puhumalla *ammattillisista rajoista*. Sen jälkeen puhutaan *toimivasta työyhteisöstä* eli tuotetaan työyhteisöllistä konsensusta. Apuhoitaja tuo esiin eräitä ammattiryhmien väliseen työnjakoon liittyviä aspekteja. Samalla hän tulee erilaisin pragmaattisin modaliteetein konstruoineeksi sairaanhoitajille toiminnallisemman tai aktiivisemman



position kuin oman ammattikuntansa edustajille: sairaanhoitaja *ei tahtonut hyväksyä sitä, että me* (apuhoitajat) *ei voida sulkea niitä* (tippoja). Sairaanhoitajalle tuotetaan tahtomista ja haluamista osoittava modaliteetti, kun taas apuhoitajalle kiellon modaliteetti. Samoin on tilanne seuraavassa lausumassa, jonka mukaan *lääkintöhallitus kieltää meitä* (apuhoitajia). Sen jälkeen sairaanhoitajien kohdalla tapahtuukin modaalinen käänne: sairaanhoitajan on lääkintöhallituksen määräyksen nojalla *hyväksyttävä se* ja työt olivat lisääntyneet, koska *ne* (sairaanhoitajat) *joutui itse käymään sulkemassa ne tipat*. Tässä sairaanhoitaja asemoidaankin pakon modaliteettiasteen kautta. Lääkintöhallitus konstruoidaan tahoksi, jolla on valtaa sekä apuhoitajiin että sairaanhoitajiin nähden.

Sitten apuhoitaja rakentaa sosiaalisen suhteen oman ammattiryhmänsä ja potilaiden omaisten välille. Hän tulee tuottaneeksi asiointilan, jossa potilaan omainen on viimekätinen kontrolloija siinä, noudatetaanko Lääkintöhallituksen päätöksiä sen suhteen, mitä apuhoitajien on mahdollista tehdä ja mitä ei. Potilaan omainen on puheenvuorossa kuitenkin vain potentiaalinen kontrolloija: hän *voi hyvinkin olla tietoinen* Lääkintöhallituksen ohjeesta ja *jos ne* (omaiset) *näkevät apuhoitajan isänsä tai äitinsä suonilla niin voisi tulla hankala tilanne*. Apuhoitaja tuottaa ammattikuntaansa kohdistuvaa moraaliaspektia kuvitteellisen tilanteen kautta, jossa ammattiryhmän edustaja jää kiinni kielletyistä asioista. Lausumassa tuotetaan myös tietynlainen moraalisen kontrollin vaade tai legitimaatio sen kautta, että sukulaista kohtaan suunnattu hoitotoiminta tehdään omaiselle hyvin henkilökohtaiseksi asiaksi puhumalla *hänen isästään tai äidistään*. Omainen on siis itse asiassa oikeutettu tämän tyyppiseen kontrolliin.

Potilaan omaiselle tullaan rakentaneeksi valta-asemaa sen kautta, että hänelle suodaan mahdollisuus olla tietoinen hoitotoimintaa yleisesti kontrolloivan tahon ohjeista koskien hänen isänsä tai äitinsä suoniin kohdistuvia toimenpiteitä. *Kaikennäköisiä omaisia* voi tässä yhteydessä merkitä sitä, että omaiset voivat kenenkään tietämättä olla vaikkapa asiantuntijoita suhteessa näihin toimenpiteisiin ja hoitajien rooliin niissä. Tuottamalla potilaan omainen potentiaalisena lainvartijana hänet konstruoidaan asiantuntijatoimintaa kontrolloivaksi ”julkiseksi”, jolle ollaan vastuussa (Eräsaari R. 2002; myös 1996, 8).

Omainen näyttäytyy siis vallankäyttäjänä. Vaikka potilas esimerkissä asemoitiinkin toimenpiteiden kohteeksi, hän edustaa kuitenkin hoitohenkilökuntaan ja koko terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvia moraalivaatimuksia. Sen sijaan seuraavassa esimerkissä potilas on aktiivinen subjekti,

jolla on mielipiteitä ja asenteita. Potilaan ja hoitajan välistä sosiaalista suhdetta tehdään näkyväksi sen kautta, miten apuhoitajan ammatillinen rooli asettuu osaston arjessa.

H: No onko sun mielestä sun ammatti yhteiskunnallisesti arvostettu?

AH: Kyllä mun mielestä jokainen joka arvostaa omaa työtänsä on yhteiskunnallisestikin arvostettu. Jos itsekkin halveksii omaa työtänsä niin ei voi edellyttää, että toinenkaan sitä arvostaa. En mä ainakaan koe sitä, että se ei olisi arvostettu. Niinkuin tänä aamuna justiin, kun oltiin yhdessä toimenpiteessä niin potilas sanoi, että mikäs on sun ammattisi. Sanoin että minä olen apuhoitaja, sanoi että sä olet niin alhaalta. Mä sanoin että mä olen alainen tässä ja tähän aion jäädä, että mielestäni en ole alhainen. Mutta se on justiin tämä asennekysymys. Vanhemmilla ihmisillä on se tietty asennekysymys, että kun on apuhoitaja niin on apuhoitaja ja sairaanhoitaja on nytkin sairaanhoitaja. Että tää on tää asennekysymys vanhemmilla ihmisillä, joita on turha mennä muutteleen, ei se muutu. Että siinä on itse otettava oma asenteensa ja ihan niinku tän miehen kanssa ihan fiksusti, taikka tietysti kun minä nyt avustin ylilääkäreitä niin ehkä se, että vain apuhoitaja avustaa niin ... se ei häiritte sinänsä. Ei se tee sitä työtä huonommaksi ja meillähän on ollut ammatinimikkeen muutos tässä just vireillä. (Apuhoitaja 20.5.1986/RJ.)

Puheenvuorossa apuhoitaja määrittelee ikään kuin yleisellä tasolla työn arvostuksen tulevan sen kautta, jos työntekijä itsekkin arvostaa sitä. Sen jälkeen hän sanoo, *ettei ainakaan koe etteikö se* (apuhoitajan ammatti) *ole arvostettu*. Hän siis oikeuttaa käsityksen arvostuksesta oman kokemuksen kautta. Sen jälkeen hän aloittaa lausumalla *niin kuin tänä aamuna justiin*. Tämä tuntuu ilmentävän narratiivista koherenssia suhteessa aiemmin sanottuun: voisi olettaa, että sen jälkeen seuraa tarina, joka tukee omaa kokemusta työn arvostuksesta. Sen sijaan kerrotaankin tarina, jossa potilas oli osoittanut apuhoitajan ammatin olevan *alhaalla*. Tarina jatkuu puolustusasemissa: apuhoitaja kertoo tilanteessa kyseenalaistaneensa potilaan näkemyksen ammattikuntansa alhaisuudesta. Sitten hän toteaa, että kyseessä on *justiin tämä asennekysymys*. Hän konstruoi hierarkisoivat asenteet olemassa oleviksi ajattelumalleiksi ja ottaa ne tulkinnalliseksi resurssikseen.

Lausumassa *vanhemmilla ihmisillä on tämä asennekysymys* ja toistamalla lausuma implikoidaan, ettei kaikilla potilailta ole vastaavia hierarkisoivia asenteita, että kyseessä on oikeastaan poikkeus. Lausumassa *niitä on turha mennä muuttelemaan* annetaan ymmärtää, että nämä ajattelumallit ovat pysyviä. Sen jälkeen puheenvuorossa tulee kiinnostava vaihe, kun apuhoitaja kertoo avustaneensa tilanteessa ylilääkäreitä. Lausumassa *niin ehkä se, että vain apuhoitaja avustaa* tullaan ikään kuin legitimoineeksi ne hierarkkiset asenteet, joiden kohteeksi ollaan jouduttu. Se seikka, että työskenneltiin ylilääkärin kanssa, tuotetaan ikään kuin lieventäväksi asianhaaraksi potilaan käytöksessä. Kuitenkin tässä tullaan samanaikaisesti tunnustaneeksi hierarkian olemassaolo ja ikään kuin legitimoineeksi näitä asenteita. Sen jälkeen apuhoitaja on jälleen puolustusasemissa: *se ei*

*häiritse sinänsä ja se ei tee sitä työtä huonommaksi* ovat lausumia, joilla ammattia puolustetaan muiden asenteita vastaan. Lausumassa *meillähän on ollut tässä ammattinimikkeen muutos vireillä* puhuja on edelleen puolustusalueella: vireillä olleen nimikkeen muutoksen kautta apuhoitajasta perushoitajaksi implikoidaan arvostuksen nousemista, koska oman ammattikunnan suhteen päästään terminologisella tasolla pois ajatuksesta vain muita avustavasta hoitajasta.

Apu- tai perushoitajat tuntuvat määrittelevän hierarkkista asemaansa positioimalla itsensä sellaiseen kulttuuriseen tulkintakehikkoon, joka implikoi oman ammattiryhmän alhaisempaa arvostusta, kuten molemmissa tekstinäytteissä kävi ilmi. Koulutus ja sen pituus tuntuukin olevan yksi olennainen hierarkkinen merkittäjä työelämässä. Se seikka, että pitemmän koulutuksen saanut ammattiryhmää arvostetaan työyhteisöllisessä hierarkiassa enemmän, lienee eräs yleisimpiä työpaikkakulttuureja jäsentäviä tulkintakehikoita (Korvajärvi ym. 1990). Ammattiryhmien väliset hierarkiat näyttävät tulevan vastaan jo suhteessa sairaanhoidon opiskelijoihin.

H: Joo kun teillä on opiskelijoiden ohjausta eräänä alueena

PH: Niin kun niitä saattaa olla siis kymmenen toistakymmentä samalla vuorolla. Niin ei millään niinkun, ja jos vielä on oikein kiire niin ei resurssit niinkun riitä semmoseen tavallaan repimiseen että vielä pitäisi osata ohjata. (...) Nää on tämän päivän opiskelijat tietysti vielä sitten...kun ne on sairaanhoidon opiskelijoita niin niillä on se lähtökohta hiukan... että mitä tuo perushoitaja mua nyt tulee opettamaan kun minusta kerran tulee erikoissairaanhoitaja. Se on hiukan...että ne haluaisi että heitä aina ohjaisi sairaanhoitaja mutta eihän se ole mitenkään mahdollista. Kun niitä on niin paljon. (Perushoitaja 17.12.1996/SE.)

Perushoitajat tekevät ammattiryhmien välistä hierarkiaa näkyväksi positioiden itsensä menettäväksi osapuoleksi tässä työpaikkakulttuurisessa tulkintakehikossa. He joutuvat olemaan ikään kuin puolustusasemissa työhönsä kohdistuneita asenteita vastaan. Edellisessä esimerkissä hoitaja tulee tuottaneeksi itselleen täytymisen modaliteettiasteen suhteessa omaan osaamiseen lausumassa *vielä pitäisi osata ohjata*. Hoitaja konstruoi häneen kohdistunutta velvollisuutta olla ammattitaitoinen. Keskenpäiseksi jätetty lausuma *niillä on se lähtökohta hiukan* osoittaa tietyn hierarkkisen ajattelumallin vaikutusta sairaanhoidon opiskelijoiden ja perushoitajien välisiin suhteisiin. Sen jälkeen perushoitaja tuottaa sairaanhoidon opiskelijalle tahtomisen modaliteettiasteen lausumassa *ne (opiskelijat) haluaisi että heitä aina ohjaisi sairaanhoitaja*. Lausumassa *mutta eihän se ole mahdollista kun niitä* (opiskelijoita) *on niin paljon* hän tuottaa objektiivisten, hänestä itsestään tai muista riippumattomien olosuhteiden sanelemaksi ja luonnolliseksi sen tilanteen, että opiskelijan tulee ottaa vastaan perushoitajan ohjausta.

Apu- ja perushoitajat määrittelevät asemaansa työyhteisössä niiden hierarkkisten olettamusten kautta, jotka perustuvat ammatillisen koulutuksen, työn vaativuuden, osaamisen ja työkokemuksen jakautumiseen eri ammattiryhmien välille. Nämä tekijät vaikuttavat myös ammatin arvostukseen ja ammatin yhteiskunnalliseen ja palkkaukselliseen asemaan, jotka edelleen heijastuvat ammattiryhmän asemaan työyhteisössä. Nähdäkseni ei tästä syystä ole sattumaa, että ammatin arvostuksesta kysyttäessä perushoitajat uskovat arvostuksen lähtevän ennen kaikkea omasta itsestä ja sen kautta potentiaalisesti ”tarttuvan” myös muihin. Vaikka sydäntautiosaston perushoitajat tekevätkin vaativampia tehtäviä kuin perushoitajat muilla osastoilla, ammattiryhmäjako näyttää kuitenkin vaikuttavan olennaisesti työyhteisösuhteisiin.

Sairaanhoitajat tuottavat haastattelupuheissaan ammattiryhmien välisiä hierarkioita sekä eksplisiittisesti että implisiittisesti. He eivät puheessa nosta itseään, mutta tulevat kuitenkin tuottaneeksi kulttuurista ja työyhteisöllistä hierarkiaa puhumalla esimerkiksi sairaanhoitajien pitemmästä koulutusajasta tai perusteellisemmasta asiantuntemuksesta. Tämä tapahtuu esimerkiksi määrittelemällä hoitajien toimenkuvia tai tekemällä eroja heidän velvollisuuksiinsa nähden, kuten seuraavassa.

H: No miten te saatte palautetta omasta työstänne tässä esimerkiksi sanotaan nyt ylempältä taholta tai alemmalta että miten se toimii?

OH: (...) Tossa mä aivan tota sain viime kesänä perushoitajalta niin rankkaa palautetta, vielä mielestäni asiatonta että jotenkin tuntuu että ... on hyvin vaikea... ottaa vastaan kun tuntuu että ei ole asiaakaan. Niin jollakin tavalla kokee sitten vielä että on toisen sairaanhoitajan puolella kun on itse sairaanhoitaja ja tämmöistä näin. Ja kun heillä ei kuitenkaan ole sitä laajempaa näkemystä että mihin sitä sairaanhoitajaa tarvitaan, siis kyllähän meillä hyvin taitavia perushoitajia on, en minä sitä kiellä, mutta tiettyä työtä ne ei voi tehdä eikä saa tehdä koulutuksensa perusteella. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)

Perushoitajat tuotetaan vääryyttä omakohtaisesti *kokevina* olentoina: sairaanhoitajien ja perushoitajien väliset hierarkkiset rajat tuotetaan perushoitajien taholta koettuina. Osastonhoitaja asemoi itsensä sairaanhoitajaksi, jonka sen takia oletetaan olevan toisten *sairaanhoitajien puolella*. Puhe jonkun ammattiryhmän ”puolella olemisesta” on tapa konstruoida kiistatilannetta, jossa hierarkkiset rajat ovat konstruktion eräs resurssi. Sen jälkeen puheenvuorossa tapahtuu diskursiivinen käänne: lausumassa *kun heillä* (perushoitajilla) *ei kuitenkaan ole sitä laajempaa näkemystä että mihin sitä sairaanhoitajaa tarvitaan* vertaillaan perushoitajia ja sairaanhoitajia ammattitaidon suhteen ja oikeutetaan näitä hierarkioita. Lausuma konstruoi sairaanhoitajalle

parempaa asiantuntemusta. Perushoitajan ammattitaito tuotetaan suhteutuneena sairaanhoitajan asiantuntemukseen. Sen jälkeen lausumassa *kyllä meillä taitavia perushoitajia on, en minä sitä kiellä* perushoitajille rakennetaankin ammattitaitoista identiteettiä. Viimeiseksi perushoitajat asemoidaan kiellon modaliteetin kautta lausumassa *tiettyä työtä ne ei voi tehdä eikä saa tehdä koulutuksensa perusteella*. Perushoitajan asema työyhteisössä näyttää rakentuvan erilaisten rajoitusten kautta.

Kiintoisaa esimerkeissä on se, että niissä tunnustetaan hierarkkisten jakojen olemassaolo ammattiryhmien välillä. Se tuotetaan kuitenkin toisten tahojen, kuten potilaiden, omaisten tai muiden ammattiryhmien ajatteluna: itse siihen ei haluta asemoitua. Tämän lisäksi se tuotetaan muiden ammattiryhmien kokemuspäiriin kuuluvaksi seikaksi, kuten osastonhoitaja tekee. Hierarkkinen tulkintakehikko pyritään asemoimaan muille, toiseuttamaan. Kuitenkin muualla puheessa hierarkioita tullaan itsekin tuottaneeksi esimerkiksi vertaamalla eri ammattiryhmien ammattitaitoa tai vetoamalla eroihin koulutustasossa. Hierarkkinen järjestelmä, kuten vallan epätasainen jakautuminen yleensäkin (Iannello 1992, 15) tuotetaan asiana, johon ei haluta omakohtaisesti sitoutua. Tästä huolimatta erilaisia rajoja vedetään ja ylläpidetään esimerkiksi ammattitaitoa ja koulutustaustaa koskevien jäsenysten kautta.

Vaikka tarkoitus ei kuitenkaan olisi osoittaa puutteita kenenkään ammattitaidossa ja vaikka työyhteisösuhteet tuotetaan harmonisina, hierarkkisia rajoja tullaan kuitenkin rakentaneeksi ammattiryhmien välille, kuten seuraavassa.

H: Mites teillä sitten on että perushoitajatkin osallistuu sitten tuohon valvontaan vai

SH: Elikkä tähän omahoitaja-

H: Ei vaan tuota mitä puhuit aikaisemmin

SH: Kyllä joo se on sillai että kyllä perushoitajat valvoo. (...) Ja meidän perushoitajat ne on vanhoja konkareita. Ne on päteviä ja niiltä voi aina uusi sairaanhoitaja kysyä että ”minä en nyt tätä asiaa, kuinkahan tämä tulee” niin ne tietää sanoa sen aina tasan tarkkaan. (Sairaanhoitaja 18.12.1996/SE.)

Esimerkissä korostetaan perushoitajan tietämystä sairaanhoitajan tietämättömyyden kustannuksella. Tämä voi tulkita kunnianosoitukseksi. Kuitenkin perushoitajan ammattitaitoa tullaan jälleen vertaileeksi sairaanhoitajan tietämykseen, mikä osoittaa sen, että merkitykset ammattiryhmien välisistä eroista ammattitaidossa ja - tietoudessa jäsentää yhtenä yleisenä tulkintakehikkona

sairaalan työpaikkakulttuuria. Esimerkissä perushoitajista käytetään metaforista ilmaisua *ne on vanhoja konkareita*. Tämä ilmaisulla kuvataan huomattavaa kokeneisuutta ja rutiininomaista taitoa jossakin asiassa. Sitä seuraa lausuma *ne (perushoitajat) on päteviä ja niiltä voi aina uusi sairaanhoitaja kysyä*. Jo pitkään työssä olleen pätevän perushoitajan ammattitaito tullaan suhteutetuksi vastatulleen kokemattomamman sairaanhoitajan tietämykseen. Työkokemus siis jäsentää tässä ammattipätevyyttä. Perushoitajien subjektiaseema tulee kuitenkin määräytyneeksi sairaanhoitajien aseman kautta: perushoitajan ammattitaidosta ei ikään kuin voida puhua ilman, että se suhteutetaan siihen, mitä sairaanhoitaja osaa tai tietää.

Ammattiryhmien välisiä suhteita tehdään ymmärrettäväksi myös tuottamalla yhteisöllistä konsensusta, kuten esimerkiksi niissä esimerkeissä, joissa sairaanhoitajat kehuvat perushoitajien taitavuutta. Kuitenkin kehumalla vähemmän koulutetun ammattiryhmän ammattitaitoa ylläpidetään ammatillisia rajoja ja siten tuotetaan hierarkiaa. Se seikka, että perushoitajan ammattitaito tehdään erityisen ymmärrettäväksi, määrittää perushoitajan hierarkkiseksi toiseksi: ikään kuin ammattitaitoinen perushoitaja olisi poikkeama jostain yleisestä normista perushoitajien suhteen.

Muiden ammattiryhmien ammattitaidon esiintuominen voidaan tulkita osoituksena työyhteisölliseen konsensukseen pyrkimisestä haastattelupuheen tasolla, mikä kytkeytyy haastateltavan haluun tuottaa itsensä kompetenttina ja moraalisen subjektina haastattelutilanteessa (Holstein & Gubrium 2000, 131). Kuitenkin ylipäänsä se, että henkilökunnasta puhutaan tiukasti erillisinä ammattiryhminä osoittaa, että ammattiryhmien välisiä rajankäyntejä on olemassa: tämä on yksi tapa tehdä niitä näkyviksi. Konsensukseen pyritään tilassa, jossa konfliktin mahdollisuutta pyritään minimoimaan käyttämällä ylistäviä ilmaisuja toisen ammattiryhmän suhteen tai vähätteleviä merkityksiä hierarkkisten rajojen olemassaolosta.

### 5.1.2. Sairaanhoitajan asema - yhteistyötä vai päätösvallan sanelemaa hierarkiaa?

Perushoitajat tekevät siis näkyväksi omaa asemaansa työyhteisössä paikantamalla itsensä hierarkkiseen tulkintakehikkoon. Hierarkiaa tuotetaan ylemmissä asemassa oleviksi tulkittuihin ammattiryhmiin nähden myös sairaanhoitajien ammatillisessa itsemäärittelyssä. Kertomuksissa

työyhteisöllistä konfliktia tuotetaan juuri ammattiryhmien välisten rajankäyntien kautta. Yhtenä erona perushoitajien kertomuksiin näissä diskursseissa on se, että sairaanhoitajat eivät kuvaile työnsä velvoitteita kieltojen määrein: he eivät tuota ammatillista identiteettiään sen kautta, mitä kaikkea he eivät saa tehdä. Sen sijaan he kuvailevat työtään kertomalla, minkälaisia tietoja, taitoja ja kompetensseja se mahdollistaa. Sen lisäksi sairaanhoitajat puhuvat usein yhteistyöstä muiden ammattiryhmien kanssa.

Yhteistyöretoriikkaa tuntui esiintyvän pääosin 1996 tehdyissä sairaanhoitajien haastatteluissa. Seuraavassa esimerkissä konfliktitilanteen mahdollisuus tunnustetaan, mutta tämä mahdollisuus minimoidaan ja pyritään tuottamaan ammattiryhmien väliset suhteet mahdollisimman harmonisiksi.

H: No entä kun aikaisemmin puhuit tuosta arvostuksesta että se on siinä mielessä lisääntynyt että hoitajat on nykyisin tasavertaisempia lääkärien kanssa. Niin se on vissiin aikaisemmin ollut sillä tavalla että hoitaja ei ole ollut tämmöisessä asiantuntijan roolissa.

SH: Niin minä sen ainakin kokisin että kyllä siinä ikäkin varmaan vaikuttaa kun on nuori ja kokemusta on vähemmän, vaikka tietysti jos on koulusta justiin tullut niin monta kertaa on omalla alalla hyvinkin paljon sitä tietoa mutta jotenkin se on muuttunut. Että ei sitä ennen hoitajat voinut sanoa lääkärille että ei tämä näin ole... vaan piti ajatella että ahaa näin on. Mutta jos potilaskierrollakin joku asia niin ei voinut mennä sanomaan mitään. Mutta nyt voi sanoa että tää on näin. Tai jos on joku nuorempi lääkäri jos ei tiedä asioista, jos se määrää väärin, niin eihän sitä mene toteuttamaan vaan sanoo että asia on näin. Että jos kerran tietää omasta alueestaan niin sillä on oikeus sanoa. (...) eikä se tarkoita sitä että vasten sitä lääkäriä, vaan tehdään yhteistyössä. Että kyllä se on lisääntynyt ja kyllä minusta tuntuu että nämä nuoremmat lääkäritkin saa toisenlaisen opin. Että sitä vanhaa kauheeta auktoriteettia arvoasetelmaa ei meillä kyllä ole mun mielestä ollenkaan. Ja myöskin perushoitajat saa sanoa niillä on oma tietämys. Kyllä mun mielestä näissä vuosissa on tullut se muutos. Kasvua on tietysti tullut itseensäkin mutta ihan niinku... eihän se voi ollakaan että me lääkäreitten juoksutyttöjä ollaan. Ei meitä siihen ole kasvatettu vaan potilaitten asioita viemään. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE.)

Haastattelija tarjoaa sairaanhoitajalle kontekstin hoitajien aiempaa tasaveroisemmasta asemasta lääkäreihin nähden. Haastateltava ensinnäkin paikantaa omaan kokemuspäiriinsä sen, että iän mukanaan tuoma työn tuntemus vaikuttaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisiin suhteisiin. Sen jälkeen hän myöntää, että *koulusta justiin tulleella on hyvinkin paljon alalta tietoa*. Sitten haastateltava tarttuukin tutkijan tarjoamaan kontekstiin lausumassa *mutta jotenkin se on muuttunut*. Sen jälkeen seuraa pitkä erittely siitä, miten lääkärien kanssa potilaskierrolla on nykyisin mahdollista sanoa ääneen, mikäli mielestään tietää jonkin asian lääkäriä paremmin. Hoitaja ei kuitenkaan spesifioi ajankohtaa, jossa muutos asenteissa on tapahtunut, vaan hän käyttää vain imperfekti-ilmaisuja *sitä ennen ei voinut mennä sanomaan ja piti ajatella*. Sitten aikamuoto

muuttuu preesenssiin, jossa ovat muun muassa lausumat *nyt voi sanoa että tää on näin ja jos on nuorempi lääkäri joka ei tiedä asioista*. Tämä pitkäkö selonteko osoittaa sen, että lääkärin ja sairaanhoitajien välinen tiedonvaihto on sidoksissa yksittäisiin potilastilanteisiin ja siinä tapahtuvaan kommunikaatioon. Tietämyksen osoittaminen kohdentuu tilannekohtaisiin lääkärin antamien määräysten arviointiin.

Sairaanhoitaja korostaa näiden tilanteiden harmoniaa lausumassa *eikä se tarkoita että vasten sitä lääkäriä, vaan tehdään yhteistyössä*. Tilanteen harmonisuutta korostaa vielä entisestään se, että *myöskin perushoitajat saa sanoa, niillä on oma tietämys*. Hierarkkista järjestelmää yleisenä tulkintakehikkona tullaan konstruoineeksi sitä kautta, että tunnustetaan *vanhan, kauhean auktoriteetti arvoasetelman* olemassaolo. Kuitenkin painotetaan sitä, että *meillä sitä ei ole ollenkaan*. ”Meillä” viittaa luultavasti kyseiseen sairaalaosastoon. Lausumassa *näissä vuosissa on tullut se muutos* osoitetaan, että arvomaailma on muuttunut hiljalleen itsekseen, mutta tämän rinnalla *kasvua on tietysti tullut itseensäkin*. Viimeiseksi sairaanhoitaja vaihtaa repertuaaria ja esittää itsestään selväksi tosiasiksi sen, että *ei voi ollakaan niin, että me lääkäreiden juoksutyttöjä ollaan*. Juoksutyttön metaforalla haastateltava tuottaa ajatuksen hoitajasta apulaisena, joka joutuu juoksemaan hoitamassa muiden asioita ja samalla rakennetaan hierarkkista asetelmaa. Ajatuksella potilaiden *asioiden viennistä* potilaan hoito jäsentyy työn moraaliseksi sisällöksi siitäkin huolimatta, että kyse on ”asiamiehen” asemasta suhteessa heihin.

Kiinnostavaa tässä ja aikaisemmissa haastatteluesimerkissä on se, miten sairaanhoitajan tietotaitoa peilataan vastavalmistuneen lääkärin tietämättömyyteen ja vastaavasti perushoitajan tietotaitoa vastatulleen sairaanhoitajan tietämättömyyteen. Puhe työkokemuksesta näyttää olennaisin osin määrittelevän asemaa työyhteisöhierarkiassa. Ammatillisen hierarkian rajat ovat kuitenkin selkeästi sairaalaosaston työpaikkakulttuuria jäsentävä tekijä, koska niitä tuotetaan puheessa sekä määrittelemään jonkun ammattitaitoa että esimerkiksi perustelemaan konfliktitilanteita. Ammattiryhmien välinen erottelu tuntuu siis toimivan varsin monitahoisena selittäjänä: hierarkia konstruoi konfliktitilanteita, mutta sen kautta tuotetaan myös työyhteisöllistä konsensusta. Korostetaan, että eri ammattiryhmien edustajat muodostavat keskenään saumattoman yhteistyötiimin ja siten rakennetaan työyhteisön toimivuutta.

Ammattitaidon karttumiselle annetaan myös merkityksiä *kasvusta*, jonka voi rinnastaa myös merkitykseen ihmisenä kasvamisesta. Aiemmin esitin, että tämäntyyppisen retoriikan ilmeneminen



työelämäyhteyksissä on eräs osoitus tietynlaisesta työn yksilöllistymisen suuntauksesta: työssäkin keskitytään itsensä kehittämiseen aivan kuin muillakin elämäalueilla. Kysymys on kuitenkin myös työn merkityksen muuttumisesta elämänsisältönä: väitetään, että yhä useammalle työnteko on keino toteuttaa itseään. (Beck 1999; Julkunen 2000, 223.) Asiantuntemuksen ja tietotaidon kehittämisen onkin lopulta melko lähellä itsensä kehittämisen ajatusta, koska kehittämistä ja kehittymistä voi tapahtua ikään kuin alasta tai yksilöstä riippumatta. Kehittymisen merkitys on kulttuurisesti vakiintunut tulkintaresurssi, koska se artikuloi useita diskursiivisia alueita. Esimerkiksi hallintokielessä se on varsin yleistä (Stenvall 1997; Filander 2000). Ajatus ammatissa kehittämisestä edesauttaa kokemusta työnteon mielekkyydestä.

Aikaisemmin havainnollistin, miten perushoitajien ammattiryhmässä työn arvostus kanavoidaan omasta itsestä lähteviin mielekkyyden kokemuksiin. Hierarkia työpaikkakulttuurisena tulkintaresurssina jäsentää heidän työyhteisöllistä asemaansa. Sairaanhoidajien kohdalla tilanne näyttäytyy hieman erilaisena: vaikka he peilaavat ammatillista asemaansa lääkäreiden tietämykseen ja ammattitaitoon, he tulevat näissä yhteyksissä kuitenkin konstruoineeksi tasaveroisia yhteistyösuhteita.

H: No jos sinä sitten tosiaan ajattelisit vielä tätä saisit muuttaa sitä omaa työtäsi niin mitä sinä ensimmäiseksi muuttaisit?

ESH: Niin, mä kyllä tosiaan haluaisin potilaalle hoitavan lääkärin joka hoitaa potilasta eikä kavereita. Ja sen lääkärin kanssa työskennellä, tehdä kiertoa. (Erikoissairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Esimerkissä sairaanhoitaja asemoi lääkärin toiminnaltaan moraalisesti arveluttavaksi osapuoleksi: ensimmäisessä lausumassa implikoidaan, että lääkärit eivät tällä hetkellä hoida potilaita riittävästi vaan heidän *kaverinsa* ovat potilaita tärkeämpiä. Kavereilla voidaan olettaa viitattavan muihin lääkäreihin. Ideaalinen *hoitava lääkäri* olisi myös hyvä työtoveri. *Työskentely* täsmennetään *kierron tekemiseksi*, mikä kertoo siitä, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen yhteistyö on sidoksissa yksittäisiin kommunikointitilanteisiin, kuten potilaskohtaiseen lääkärinkiertoon. Huomattavaa on, ettei sairaanhoitaja asemoi itseään hierarkkisen tulkintakehikon sisälle. Lääkäreitä ei positoida hierarkkisesti ylemmäksi, vaan tarkastellaan ammattiryhmää ikään kuin tasaveroisena yhteistyö- tai kiistakumppanina.

Tulkintani mukaan hoitotieteen ja hoitotyön asiantuntemuksen substanssi mahdollistaa hoitajille itsenäisen asiantuntijan aseman: hoitajat eivät tämän nojalla sijoitukaan yleisten asenteiden kautta

rakentuviin hierarkkisiin raameihin vaan he ovat ikään kuin eri viivalla lääkäreihin nähden. Hoitotyön asiantuntemus mahdollistaa sen, että he voivat käyttää sitä myös moraalisen perusteena oikeaoppiselle työnteolle tällä osastolla niin, että nämä periaatteet koskevat myös lääkäreitä. Perinteisiä lääkäreiden ja hoitajien välisiä hierarkiasuhteita pyritään näin kyseenalaistamaan. En käy arvailemaan sitä, kertooko sairaanhoitajien puheessa esiintyvä yhteistyöretoriikka enemmän yhteistyöhalukkuudesta lääkäreiden kanssa kuin työyhteisön harmonisesta todellisuudesta, jossa perinteisiä hierarkiasuhteita ei enää ole olemassa. On jopa mahdollista, että sairaanhoitajien puhetapa juontuu tulosjohtamiskäytännöistä tulleesta retoriikasta, jossa yhteistyön merkitystä pyritään korostamaan (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 59). Tämä liittyy myös aiemmin mainitsemini seikkoihin muun muassa tarpeesta muuttaa työkuultuureita palvelukeskeisemmiksi sosiaali- ja terveysalalla, johon katsotaan tarvittavan ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

Yhteistyötä korostava puhe voi hyvinkin toimia ennen kaikkea retorisenä julkisivuna, koska sairaanhoitajien kohdalla päätösvalta tai sen puute on kuitenkin eräs tekijä, joka tuntuu olennaisesti rajoittavan työn tekemisen itsenäisyyttä. Tässä merkityksessä suhteet lääkäreihin eivät enää näyttäydy tasavertaisina yhteistyösuhteina. Aineistossa esiintyi melko paljon seuraavaa esimerkkiä vastaavia puhetilanteita.

SH: Se kuuluu asiaan että vastaa tekemisistään. Sitten kun tietää ettei se kuulu mun päätösvaltaan niin etsii sellaisen jonka päätösvaltaan se kuuluu. Mutta kyllä sitä joskus tietysti mietti että.. jossain päätöksenteossa että kutsunko mä jonkun viskaalin paikalle tässä tapauksessa lääkärin. Vai että päätänkö mä tehdä niinku mä itse ajattelen.  
(SairaanhoitajaB 16.12.1996/SE)

Tässä sairaanhoitaja tuo esiin ne hierarkkiset rajat, jotka heillä on olemassa päätösvallan suhteen lääkäreihin nähden. *Joku viskaali* edustaa tässä vallankäyttäjää, jolla on viimeinen sana päätöksentekoa vaativassa hoitotilanteessa. Kyse ei kuitenkaan ole siitä, etteikö hoitaja tietäisi, mitä potilaalle pitää tehdä: nämä seikat eivät vain välttämättä kuulu hänen päätösvaltansa piiriin. Esimerkissä tulee kuitenkin implisiittisesti esiin se, että kussakin tapauksessa mietitään erikseen, vaatiiko tapaus lääkärin paikalle kutsumista vai tehdäänkö omakohtainen päätös oman kokemuksen nojalla. Yhtä kaikki lääkärin virallinen valta tehdä hoitopäätöksiä toimii tekijänä, joka voi rajoittaa asiantuntijana toimimista, vaikka ammattitaito riittäisikin.

Osoitin perushoitajan määrittelevän asemaansa erilaisten toimivaltaan liittyvien rajoitteiden kautta. Sairaanhoidajilla on olemassa toiminnan esteitä ja rajoitteita suhteessa päätösvaltaan ja sen kautta ammattiryhmien väliset hierarkkiset suhteet tulevat jälleen näkyviksi. Hierarkioita legitimoidaan sen oikeuden kautta, joka asianomaisella on potilashoitoa koskevaan päätösvaltaan nähden. Vaikka lääkäreiden suhteen korostetaankin yhteistyötä, ammattiryhmien välisille eroille perustuva hierarkkinen tulkintakehys vaikuttaa olennaisesti työyhteisön sosiaalisten suhteiden luonteeseen, sillä sitä tuotetaan taajaan erilaisissa haastattelukonteksteissa. Viime kädessä ne näyttävät virallisiin päätös- ja toimeenpanovaltaan liittyvinä ammattiryhmäkohtaisina eroina.

Näkemykseni mukaan rajojen määrittelyn kautta tuotetaan kuitenkin myös oman ammattiryhmän erityislaatua ja pidetään yllä yhteisöllisyyttä sen sisällä. Yhdessä käsittelemässäni esimerkissä sairaanhoitaja ilmaisee erään varsin yleisen tavan tuottaa konfliktia, eli toisen työntekijän asemoimisen paikkaan, missä ei toimita kuten pitäisi. Lääkärit eivät hänen mukaansa tällä hetkellä hoida potilasta eivätkä siis toimita velvollisuuksiaan niin kuin heidän tulisi. Useissa haastatteluissa konfliktia tuotetaan paikantamalla muita sen perusteella, mitä he jättävät tekemättä tai mitä olennaista he eivät ota työnteossa huomioon. Tämä puhetapa on olennainen työmoraalia ja työyhteisön moraalista järjestystä ylläpitävä aspekti. Puhetapa kytkeytyy aineistossa niin ammattiryhmien kuin yksilöidenkin välisiin sosiaalisiin suhteisiin.

Työn eri velvoitteista koostuva moraliteetti tuntuu olevan työyhteisössä vallitsevien moraalisääntöjen perustavin kategoria ja hyvän potilashoidon merkitys on tuon moraalin keskeinen sisältö. Vaikka moraalisääntöjen noudattaminen pitääkin yllä yhteisön koheesiota (Durkheim 1990), säännöt ovat myös olennainen yhteisöllisen vallankäytön väline. Yhteisön jäsenille tuotetaan erilaisia sosiaalisia asemia vallitsevassa moraalijärjestyksessä (Foucault 1998). Sairaalayhteisön työmoraalia pidetään yllä hyvän potilashoidon säännösten kautta; henkilöstöä arvioidaan haastattelupuheessa sen mukaan, mihin paikkaan he sijoittuvat potilaan kanssa käytävässä vuorovaikutuksessa.

Ammattiryhmien välisten hierarkioiden suhteen työmoraalin säännöksillä on kuitenkin myös poliittista, omien etujen ajamiseen ja niiden säilyttämiseen liittyvää merkitystä. Kun hoitotiede vakiintui hoitotyön tieteelliseksi oppijärjestelmäksi, tieteen korostama vuorovaikutustaitojen osaaminen potilashoidossa muodostui hoitajien keskeiseksi ammatilliseksi normiksi. Edellisessä haastattelukatkelmassa sairaanhoitaja haluaisi sanojensa mukaan työskennellä hoitavan lääkärin kanssa: tässä vedotaan hyvän potilashoidon konstruoimaan moraalisääntöön ja sen kautta tuotetaan

lääkäreille välinpitämätön ja yksinomaan omaan ammattikuntaansa sitoutunut identiteetti. Lausumassa tuotetaan konfliktia ammattiryhmien välille ja tämä tapahtuu oman asiantuntijan aseman korostamisen kautta. Se osoittaa myös tietynlaisen asiantuntemuksen mukanaan tuomaa yhteisöllisyyden kokemusta hoitajien kesken.

Haastattelukatkelmissa oma hierarkkinen asema tullaan määritellyksi pitkälti suhteessa muiden ammattiryhmien edustajiin. Perushoitaja peilaa asemaansa suhteessa kulttuurisesti tuotettuihin hierarkkisiin järjestyksiin ja kuvaa työtehtäviään erilaisten rajoitteiden kautta. Haastatellut sairaanhoitajat taasen paikantavat itsensä usein ammatillisen osaamisen kentälle konstruoimalla muut ammattiryhmät joko päteviksi yhteistyökumppaneiksi tai itseään taitamattommiksi potilashoidossa. Kun sairaanhoitaja asettaa itsensä hierarkkiselle kentälle, hän puhuu päätösvallosta ja sen rajoista, mutta ei perushoitajien tapaan hierarkioita rakentavista asenteista. Tässä näkyy olennainen ero sairaanhoitajan ja perushoitajan asemassa kyseisessä työyhteisössä. Sairaanhoitajan työn vapausasteet näyttävät laajempina ja ammatillaisen rooli eksplisiittisempänä kuin perushoitajan. Koska asemaa määritellään kuvailemalla työyhteisöllisiä konflikteja ja kiistoja ja tuottamalla niitä, voidaan olettaa että työyhteisön hierarkkiset rajat ovat yhteisöllistä toimintaa jäykistävä ja muureja ylläpitävä elementti. Kuitenkin rajojen pystyttämisellä ja vaalimisella voidaan olettaa olevan merkitystä myös työntekijän ammatillisen omanarvontunnon kannalta (Korvajärvi 1998).

Työyhteisösuhteita tehdään näkyviksi työnjaon ja työtehtävien kautta, jotka puolestaan määrittävät työntekijän asemaa hierarkiassa. Työpaikan sosiaaliset suhteet muotoutuvat työnjaon mukaan ja niissä tapahtuvat konfliktit kytkeytyvät usein työnjakoon liittyviin seikkoihin. Mitä alempana työntekijä hierarkiassa on, sitä useammin hän paikantaa asemansa ikään kuin olemassa olevien ja muiden tekemien sosiaalisten rajojen sisään. Yhteistyön ja työpaikan hyvinvoinnin retoriikalla ylläpidetään yhteisöllistä konsensusta, mutta ammattiryhmien välisiä hierarkioita tuotetaan erilaisin diskursiivisin strategioin. Eräs näistä strategioista on työmoraaliin vetoaminen siten, että osoitetaan muiden suhtautuvan välinpitämättömästi olennaisiin asioihin tai jättävän tekemättä tiettyjä töitä.

Vaikka puheessa siis tuotetaankin ammattiryhmien välille harmonisia suhteita, niissä varataan ja tuotetaan erilaisia hierarkkisia asemia. Tässä merkityksessä konsensus ja konflikti työpaikan sosiaalisissa suhteissa tuntuvat vallitsevan samanaikaisesti sillä diskursiivisella kentällä, jolla työyhteisösuhteita tehdään ymmärrettäväksi. Valtasuhteet muodostuvat niiden toiminta-asemien kautta, joita vuorovaikutustilanteessa synnytetään. Toimintapositiot ovat kuitenkin muuttuvissa

suhteissa toisiinsa eivätkä valtasuhteet näin ole välttämättä pysyviä, vaikka tiettyjä asemoiteja näytetäänkin ylläpidettävän.

## **5.2. Johtajuus ja työyhteisö: konfliktista konsensukseen**

Yksi olennainen konteksti työyhteisön sosiaalisten suhteiden kuvauksissa liittyy esimiesten ja alaisten välisiin suhteisiin. Haastattelupuheessa ilmennetään pääosin kahta eri tasoa näihin suhteisiin liittyen: vuorovaikutusta lähimmän esimiehen kanssa ja suhdetta organisaation johtoon. Näihin puheenvuoroihin liittyy myös eräänlainen lieventämisen strategia, kuten esimerkiksi sen väittäminen, että kiistoista huolimatta välit ovat hyvät.

Puheessa johtajien ja alaisten välisistä suhteista ei myöskään ylläpidetä vain tiettyjä asemia, vaan se joko paikantuu demokraattisia ja tasaveroisia suhteita painottavaan konsensukseen tilaan tai sitten epäluuloja ilmentävään konfliktitilaan. Tutkimusaineiston valossa näyttää ehkä kuitenkin siltä, että esimiehen ja alaisten välisiä suhteita kuvataan haastattelupuheessa pääasiassa ongelmia esittelemällä. Vaikka kyseessä olisikin harmoninen suhde, se rakennetaan ongelmien mahdollisuuden kautta. Kriisitilanteiden katsotaan uhkaavan työyhteisöllistä viihtyvyyttä, mutta viihtyvyyden katsottaisiin paranevan, jos suhteet johtoon olisi mahdollista kokea vuorovaikutteisiksi ja tasaveroisiksi.

Työnjohdon ja alaisten välisiä suhteita kuvataan myös siten, ettei osoiteta ketään erityistä henkilöä työnjohdon edustajaksi. Tämän kaltaista puhetta haastateltavat tuottavat esimerkiksi silloin, kun reagoidaan ”ylhäällä” tehtyihin päätöksiin. Johto edustaa kasvotonta tahoja, jonka kanssa ei olla suoranaisesti vuorovaikutuksessa, vaan yhteydenotto ja päätöksiin reagoiminen tapahtuu jonkinlaisten välikäsien kautta tai vaihtoehtoisesti minkäänlaista vuorovaikutusta ei osoiteta olevan. Erityistä näissä konteksteissa on se, että vaikka osoitettaisiinkin, että tullaan toimeen johdon kanssa, esimiesten ja alaisten välisiä suhteita näyttää kuitenkin leimaavan tietynlainen luottamuksen ja epäluottamuksen välinen jännite.

### 5.2.1. Esimies ja alaiset - palaute ja luottamus

Suhteita työnjohtoon kuvataan hoitajien haastattelupuheessa siis hahmottamalla johto joko inhimilliseksi toimijaksi tai persoonattomaksi ylätahon edustajaksi. Lähimmistä esimiehestä käytetään henkilöä kuvaavia termejä, kuten ylihoitaja ja osastonhoitaja. Suhdetta organisaation johtoon kuvataan puolestaan käyttämällä esimerkiksi abstraktia johdon termiä tai puhumalla ylemmistä tahoista. Kuitenkin suhdetta johtoon voidaan sekä esimiehen että organisaation kohdalla tehdä ymmärrettäväksi siten, että puhutaan passiivimuodossa, jolloin persoonakohtainen toimijuus häipyä puheesta. Johtosuhteita kuvaillaan usein kertomalla yksittäisistä tapahtumista ja vuorovaikutustilanteista lähimmän esimiehen tai alaisten kanssa.

H: Mitä tapahtuu, jos sä teet virheen?

AH: (...) Se riippuu, minkälaisesta asiasta on kysymys, mutta jos esimerkiksi me vedetään väärä aine ruiskuun ja lääkäri sen pistää kun laitetaan steriili pöytä, kun ne pistetään niin moneen paikkaan niin kuka siitä vastaa sitten? Kyllä se vastaa, joka on se aineen vetänyt sinne ruiskuun. Että kyllä siinä vastuunsa täytyy tuntea.

H: Mutta että se säteilee myös semmoissa toimenpiteissä, joissa ei ole sitten ihan tämmöistä hengenmenovaaraakin, että se säteilee kaikessa.

AH: Kyllä se säteilee. Ja se säteilee ehkä sen takia, että me saadaan, täällä tulee aina negatiivinen palaute tulee välittömästi, mutta jos me kiitosta odotetaan niin sitä on turha odottaa. Sitä tulee niin harvoin. Yleensä sitä ei tuu, joskus potilaitten kohdalta tulee, mutta niinkun tässä viime viikollakin tuli sellainen negatiivinen palaute, jota kun ajatellaan, että meidän pitäisi pyrkiä omatoimisuuteen ja omatoimisuuden ohjaamiseen ja kun oli kotia lähtevästä potilaasta kysymys ja hän oli marissut justiin siitä, että kun hän ei saa apua tällaisessa toimenpiteessä, millä hänen pitää illalla pärjätä kotona niin tästä tuli heti välittömästi hyvin jyrkkä negatiivinen palaute.

H: Oliko sen joka sen palautteen

AH: Se tuli ihan osastonhoitajan taholta ja se tuli niinkun meidän ammattiryhmälle, siis jotka oli olleet niinkun illalla ja aamulla töissä. Että siinä sai suuri osa sitä palautetta. (Apuhoitaja 21.5.1986/RJ.)

Esimerkissä apuhoitaja kytkee virheen tekemisen ajatuksen työn vastuullisuuden merkitykseen.

Kuitenkin hän näkee esimiehen viimekätisenä virheiden kontrolloijana. Suhde johtoon tai esimieheen esiintyy ensimmäisen kerran lausumassa *täällä tulee aina negatiivinen palaute välittömästi*. Apuhoitaja tuottaa tätä suhdetta samankaltaisessa passiivimuodossa aina siihen saakka, kunnes haastattelija johdattaa ilmaisemaan, miltä taholta palaute oikeastaan tuli lausumassa *oliko sen joka sen palautteen*. Vasta tämän jälkeen johto personoidaan lausumassa *se tuli ihan osastonhoitajan taholta*.

Tällä diskursiivisella tasolla esimiesten ja alaisten välisiä konflikteja tehdään näkyväksi kytkemällä se retoriikkaan työyhteisöissä vallitsevista palautteenantokäytännöistä. Termi *hyvin jyrkkä negatiivinen palaute* sisältää tässä oletuksen esimiehen ja alaisen välisestä kiistasta.

Palautejärjestelmän nimellä kulkeva merkitysjäsennys näyttää kattavan aineistossa suuren osan esimiesten ja alaisten välisten suhteiden todellisuudesta.

Mielestäni on aika kiinnostava ilmiö, että palautteen käsitteen kautta tehdään työyhteisösuhteet persoonattomiksi ja vältetään merkitsemästä ketään erityistä henkilöä kiistan osapuoleksi ellei sitä erityisesti haluta. Vaikka esimerkissä tuotettiin konfliktipuhetta kertomalla selkeästä kiistatilanteesta, palautteen antamisen ja saamisen ajatus ikään kuin lieventää tuota konfliktia merkitystasolla. Eihän apuhoitaja käytä esimerkiksi ilmaisua ”osastonhoitaja huusi meille”. Tässä mielessä palautteen merkitys voidaan lukea osaksi sellaista hallinnollista retoriikkaa, jossa käytetään mahdollisimman neutraalia tai ketään loukkaamatonta kieltä. Tämänkaltaisella kielenkäytöllä pyritään ikään kuin hakemaan harmoniaa konfliktialttiilla alueilla, jollaisia esimiesten ja alaisten väliset suhteetkin välttämättä ovat.

Palautteenannon termillä on kuitenkin funktionsa neutralisoida suhteita työnjohtoon, koska haastateltava käyttää passiivimuotoa myös lausumassa *kiitosta on turha odottaa ja yleensä sitä ei tule*. Koska kysymys on kuitenkin kielteisistä asioista sosiaalisissa suhteissa, passiivimuodon käytössä on epäilemättä pyrkimys jättää kohdentamatta kehenkään näitä kielteisiä seikkoja ja siten pyrkimys säilyttää tasapaino tai olla aiheuttamatta ainakaan lisää kiistoja. Tämä ei ole kuitenkaan mikään diskursiivinen sääntö: seuraavassa esimerkissä esimies personoi negatiivisen palautteen antajat ylihoitajaksi ja perushoitajaksi.

H: No miten te saatte palautetta omasta työstänne tässä esimerkiksi sanotaan nyt ylemmältä taholta tai alemmalta että miten se toimii?

OH: No...no tuloskeskustelu mitä meillä ylihoitajan kanssa on, niin siinä tulee sekä positiivista että negatiivista, että yleensä tulee niin ne negatiiviset. (tauko) Tossa mä aivan tota sain viime kesänä perushoitajalta niin rankkaa palautetta, vielä mielestäni asiatonta että jotenkin tuntuu että ... on hyvin vaikea... ottaa vastaan kun tuntuu että ei ole asiaakaan. Niin jollakin tavalla kokee sitten vielä että on toisen sairaanhoitajan puolella kun on itse sairaanhoitaja ja tämmöistä näin. Ja kun heillä ei kuitenkaan ole sitä laajempaa näkemystä että mihin sitä sairaanhoitajaa tarvitaan, siis kyllähän meillä hyvin taitavia perushoitajia on, en minä sitä kiellä, mutta tiettyä työtä ne ei voi tehdä eikä saa tehdä koulutuksensa perusteella. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)

Esimerkissä haastatteliija itse esittelee erityisen työyhteisöllisen merkityskontekstin puhumalla palautteenannosta. Lisäksi hän tuottaa hierarkioita ammatillisin statusperustein puhumalla *ylemmistä ja alemmista tahoista*. Osastonhoitaja tarttuu tähän kontekstiin kertomalla ensin esimiehensä kanssa käymistään *tuloskeskusteluista*, joissa *tulee positiivista ja negatiivista* palautetta. Tulosjohtamisjärjestelmään liittyvät tuloskeskustelukäytännöt tuntuvat siis merkitystasollakin jäsentävän esimiesten ja alaisten välisiä työyhteisösuhteita. Tarinassa perushoitajan edelliskesän antamasta *rankasta ja vielä asiattomasta palautteesta* puheessa korostuvat henkilökohtaiset tuntemukset, kuten lausumissa *jotenkin tuntuu että on hyvin vaikea ottaa vastaan*. Näiden lausumien kautta osastonhoitaja tuottaa itsensä inhimillisenä olentona, joka on pitänyt tilannetta ikävänä. Vaikka osastonhoitaja kertookin palautteen antajan olleen perushoitajan, hän ei kuitenkaan osoita ketään tiettyä perushoitajaa: tässä mielessä konfliktitilannetta ei kohdenneta kenenkään erityisen henkilön aiheuttamaksi.

Vaikka osastonhoitajan kertomuksessa perushoitajan kielteisestä palautteenannosta tuotetaan konflikti näiden ammattiryhmien välille, konfliktia pyritään lieventämään kehuen perushoitajia taitaviksi. Erään tulkinnan mukaan on olemassa erityinen diskursiivinen strategia, jossa äärimmäisiä mielipiteitä pyritään usein jollakin tavoin maltillistamaan vielä saman puheenvuoron aikana. (Billig ym.1988, 19.) Vuorovaikutustilanteissa vallitsee sosiaalisia moraal sääntöjä vastapuolen tai keskustelun kohteena olevan tahon kasvojen säilyttämiseksi (Goffman 1984). Myös omat kasvot pyritään säilyttämään pidättäytymällä asettamasta puheen kohteena olevaa tahoja kokonaan arveluttavaan asemaan. Esimiehiin kohdistuukin aseman tuoma moraalinen vaatimus säilyttää uskottavuus ja luotettavuus suhteessa johtamiseen ja työyhteisön toimintaan.

Aineiston valossa näyttää siltä, että palautteenannon merkitysjärjestelmän puitteissa tuodaan helpommin esiin työyhteisöllisiä konflikteja: retoriikka mahdollistaa vaikeista asioista puhumisen suhteellisen neutraaliin sävyyn. Kuten edellä olen esittänyt, konsensuspuhetta tuotetaan kuitenkin pääosin yhteistyöretoriikassa, kun tehdään ymmärrettäväksi ammattiryhmien välisiä suhteita. Retoriikkaa tunnutaan hyödynnettävän myös silloin, kun puhutaan suhteista lähimpään esimieheen.

H: No miten sä käytät valtaa työpaikalla?

SH: Kyllä sitä valtaa pystyy omalla laillansa käyttämään se ei ole mitään hirveän näkyvää. (...) Mitenkä mä sen sanoisin. Se koostuu pienistä asioista. Tietysti sitä onkin



siinä alaista tavallisesti perushoitajat. Minä olen niinku ryhmänjohtajana tavallisesti jos siinä ei ole muita, niin työnjako tavallaan kuuluu mulle vaikka mä yhteistyötä teen. Meillä ei osastonhoitaja silloin kun ne moduulit ja kaikki on, niin se katsoo että me ollaan aikuisia ihmisiä että me pystytään se työ tekemään, jakamaan. Ja sairaanhoitajan pitää tietysti sitten osata hoitaa se asia niin että ne tulee tehtyä. Ja osastonhoitaja luottaa meihin että se ei tule jakamaan niitä. Että se on meille jakanut sitä valtaa. Ja kyllä tietysti jonkinlaista vallankäyttöä potilasiinkin nähden on. Mutta enemmän tietysti pitäisi potilaittenkin kanssa olla sitä yhteistyötä. (...) Tottakai siihen työhön liittyy tietty vallankäyttö. Se ei ole näkyvää eikä sen tarvitse ollakaan. Siinä paljon enemmän tarvitaan yhteistyökykyä. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE.)

Haastateltu asettaa vallankäytön ajatuksen vastakkain yhteistyön ajatuksen kanssa lausumassa *työnjako kuuluu mulle vaikka mä yhteistyötä teen*. Sen lisäksi hän asemoi esimiehensä eli osastonhoitajan eräänlaiseksi yhteistyökumppaniksi, joka *katsoo että me ollaan aikuisia ihmisiä ja luottaa meihin sekä on meille (sairaanhoitajille) jakanut sitä valtaa*. Tästä huolimatta haastateltava tunnustaa osastonhoitajan esimiesaseman lausumassa (hän) *katsoo, että me pystytään se työ tekemään ja sairaanhoitajan pitää tietysti osata hoitaa se asia*. Sairaanhoitajille varatuin täytymistä ja kykenemistä osoittavin modaalisiin määreihin esimies asemoidaan viimekätiseksi työn kontrolloijaksi.

Kiinnostavaa tässä ja seuraavassa esimerkissä on kuitenkin se, että perushoitajien ammattiryhmä mielletään myös sairaanhoitajien alaiseksi, vaikka kysymys ei ole organisatorisesti määritellystä valtasuhteesta tai ainakaan siitä, että sairaanhoitaja todella olisi perushoitajan esimies. Lausumassa *tietysti sitä onkin siinä alaista tavalliset perushoitajat* haastateltava tuo esiin oman *ryhmänjohtajan* valta-asemansa. Lausumassa *työnjako kuuluu mulle vaikka mä yhteistyötä teen* osoittaa pyrkimyksen tehdä tätä valtasuhdetta tasavertaisemmaksi käyttäen hyväksi yhteistyöretoriikkaa. Sairaanhoitajat tuottavat puheessaan ammattiryhmien välisiä hierarkkisia rajoja määrittelemällä tietyn ammattiryhmän edustaja omaksi alaisekseen. Seuraavassa esimerkissä tämä tapahtuu reflektoiden samalla tämän hierarkkisen järjestelmän olemassaoloa.

H: No mitäs sitten miten sä käytät valtaa?

SH: No valtaa ja valtaa. Tää on kuitenkin aika demokraattinen yhteisö että jos nyt ruvetaan hierarkkioita laskemaan niin jossain mielessä on joku perushoitaja alainen taikka...no käyttäähän sitä tiettyssä mielessä valtaa noihinkin potilasiin että joutuu eväämään joltakin esimerkiksi jonkun liikunnan tai kyllä siinä mielessä vallankäyttöä. Mutta sekin tehdään sitten nojautuen sitten johonkin tämmöiseen oletukseen hyvästä tarkoituksesta. (SairaanhoitajaB 16.12.1996/SE.)

Lausuma *no valtaa ja valtaa* osoittaa sen, ettei haastateltava oikeastaan halua mieltää itseään vallankäyttäjäksi: vallankäyttö nähdään ambivalenttina asiana. Puhumalla työyhteisöstään *aika demokraattisena yhteisönä* sosiaaliset suhteet tuotetaan tasavertaisiksi. Sitten haastateltava ottaa ajatuksen *hierarkiasta* tulkinnalliseksi resurssikseen ja lausumassa *jossain mielessä on joku perushoitaja alainen* tuottaa hierarkkisen ajattelumallin olemassaoloa sitä vähättelevässä merkityksessä: ikään kuin tunnustetaan, että tämä ajattelumalli on olemassa, mutta ei sitouduta siihen henkilökohtaisesti. Seuraavassa lausumassa pienen miettimistauon jälkeen haastateltava myöntää, että *sitä käyttää tietyssä mielessä valtaa noihinkin potilaisiin*. Tässäkin vallankäyttö tuotetaan niin ikään ambivalenttina tai repressiivisenä, koska haastateltava pyrkii lieventämään lausumaa termillä *tietyssä mielessä* ja jatkamalla puhumalla *oletuksista hyvästä tarkoitusperästä*. Vallankäytön moraalista epämieluisuutta osoittaa myös velvoitteen deonttinen määre lausumassa *joutuu eväämään joltakin liikunnan*.

Haastateltava tuottaa merkityksiä hierarkkisesta tulkintakehikosta ja asemoi itsensä perushoitajaa ylemmäksi tämän kehikon sisällä, mutta välttelee suoranaisesti tuottamasta tätä hierarkiaa. Kahdessa edellisessä esimerkissä on kuitenkin merkillepantavaa, että ammattiryhmien välinen töiden jakaminen tulee tilanteessa tulkituksi johto-alaissuhteena, vaikka osastolla on erillinen esimies. Johtosuhteiden merkitykset tuntuvat siis jäsentävän myös ammattiryhmien välisiä suhteita. Valtasuhteiden merkitysmaailmaa tunnutaan luontevimmin hahmotettavan vertikaalisesti erilaisten statusasemien kautta: sitä osoittavat myös ne puhetilanteet, joissa valta ja yhteistyö mielletään vastakkaisiksi asioiksi.

### 5.2.2. Johto ja alaiset - määräys ja kehittäminen

Esimies-alaissuhteet sairaalan sydäntautiosastolla näyttäytyvät paikoin ongelmallisina ja paikoin harmonisina. Samalla tavalla annetaan merkityksiä myös suhteille organisatorisen johdon tai abstraktin ”ylätahon” kanssa. Ylätahon ja johdon termien kautta tehdään kuitenkin ymmärrettäväksi

myös suhdetta esimiehiin eikä puhekonteksteista aina käykään esiin, milloin on kysymys johdosta esimiehenä tai ylihoitajana ja milloin johdosta sairaalan hallintona, kuten esimerkiksi seuraavassa näytteessä. Näyttää kuitenkin siltä, että myös abstraktin johdon kontekstissa käytetään persoonattomia termejä konfliktitilanteista kerrottaessa.

H: Miten teillä ratkaistaan, jos on ihan tämmöisiä työtovereihin liittyviä ongelmia? (...)  
Onko mitään yleistä tapaa vai onko se sitten todella niin, että suu suppuun ja takanapäin puhutaan?  
SH: Ei, se on nyt ihan erikseen. Näin joo varmasti, ehkä eniten jos ajattelee, niin kai se voi olla vähän, että minkä ammattiryhmän työntekijästä on kysymys suhtautuminenkin. Mutta ylöspäin se on niin, että takanapäin supistaan ettei niinkun suoraa tasoa sitten keskustella synny.  
H: Aha, maton alle lakastaan asiat.  
SH: Ja se on sitten, toiset sanoo, toiset ei suoraan, mutta se on niin kummallista että tästä on ollut juuri puhe, että miksei voi kertoa niin esim ylöspäin tämmöisiä ongelmia niin täytyy näyttää kiltiltä, jotta saa työtä ja kiltti on se, joka pitää suunsa kiinni.  
(Sairaanhoitaja 23.2.1989/RJ.)

Esimerkin sairaanhoitaja kytkee katsoo ongelmatilanteiden ratkaisemisen olevan ammattiryhmäkohtaista, mikä osoittaa työyhteisösuhteiden hierarkkista luonnetta. Sekä tutkija että haastateltava rakentavat konfliktitilannetta käyttämällä paljon tiloja, suuntia ja liikkeitä osoittavia määreitä, kuten ilmaisuja *supista takanapäin, ei suoraa tasoa keskustella, lakaista asiat maton alle, kertoa ongelmia ylöspäin, näyttää kiltiltä ja pitää suu kiinni*. Tämä merkityksenannon tapa on kiintoisa sikäli, että niissä työtovereiden väliset konfliktitilanteet rakennetaan tietyllä tavalla mystisiksi: vertauskuvia käytetään lähinnä gestiikan ja mimiikan alueelta. Toki näillä määreillä osoitetaan myös, että puhumattomuus ongelmatilanteista on työyhteisön reaalityodellisuutta. Lausumat *suoraa tasoa keskustella ei synny ja miksei voi kertoa ylöspäin* implikoivat, että suorat keskustelusuhteet johdon kanssa olisivat kuitenkin toivottavia.

Viimeisessä lausumassa sairaanhoitaja esittää, että *tästä on juuri ollut puhe että täytyy näyttää kiltiltä jotta saa työtä ja kiltti on se joka pitää suunsa kiinni*. Työyhteisössä on siis kuitenkin kollektiivisesti pohdittu näiden asioiden ongelmallisuutta: on jopa esitetty, että työyhteisöllisistä ongelmista puhuminen voi jopa suorastaan vaarantaa työntekijän aseman. Tämä osoittaa sen, miten työyhteisösuhteet ovat konflikteille altista aluetta ja miten tasapainoa ja omaa asemaa työyhteisössä pyritään pitämään yllä juuri sen kautta, että tunnustetaan suoran toiminnan vaikeus, sillä kukaan ei halua leimautua hankalaksi tyyppiä. Jari Vuoren (1997, 216-217) mukaan sairaalan toimintakulttuurissa tässä on kysymys julkisivun varjelusta, koska sairaaloissa on oltava

luottamuksen arvoinen. Aineistoesimerkissäni implikoidaan kuitenkin, että rehdit keskustelusuhteet olisivat toivottavia. Keskustelun ja neuvottelun tarvetta ilmennetään seuraavassakin esimerkissä, jossa työnjohtoa kuvataan tahoksi *siellä ylhäällä*.

SH: Työpaikkademokratia...kyllähän niitä saisi olla enemmän näitä yhteisiä kokouksia. Enkä tiedä sitten mitenkä se on näin isossa sairaalassa niin vaikea mutta monesti ne asiat vain tuodaan sieltä ylhäältä, että näin tämä asia nyt on, näin ruvetaan. Eikä siitä edes neuvotella. Eikä sitä tarvita kuin kysyä että mitä mieltä te olisitte. Jos tälle asialle näin tehtäisi että voitasko kokeilla. Mutta kun ne asiat vain tuodaan heti niin pöydälle. (Sairaanhoitaja 18.12.1996/SE.)

Kuten edellisessä, myös tässä esimerkissä implikoidaan puheen ja keskustelun merkitystä johdon ja alaisten välisissä suhteissa: se ilmenee lausumissa *saisi olla enemmänkin näitä yhteisiä kokouksia, eikä siitä edes neuvotella ja eikä sitä tarvita kuin kysyä*. Molemmissa haastattelukäytännöissä johdon ja alaisten välisiä suhteita näyttävät jäsentävän erilaiset puhe- ja keskustelukäytännöt, aivan kuin taannoin oli myös esimerkissä palautteenannon merkityksestä. Esimies- ja alaisuusuhteet näyttävät siis toteutuvan osaston arjessa merkityksinä erilaisista puhekäytännöistä ja vuorovaikutuskontakteista tai merkityksinä niiden puutteesta.

Esimerkeissä sairaalan ja työyhteisön johdolle annetaan suuntaan viittaavia merkityksiä *ylhäällä ja ylöspäin*. Hierarkkiset suhteet hahmottuvat usein tilan kautta: byrokraattista ja institutionaalista vallankäyttöä kuvataan arkikielessäkin spatiaalis-vertikaalisesti, eli johtajat ovat ylhäällä ja muut työntekijät alempana. (Eräsaari L. 1995, 120.) Esimerkeissä välittyy myös diskursiivinen strategia, jossa tuodaan esiin myös vaihtoehdon mahdollisuus: vaikka asiat tuntuvatkin olevan tietyllä tavalla, niiden pitäisi olla mahdollista muuttua. Tällaista puhetta tuotetaan aineistossa pääasiassa silloin, kun kuvataan johtoa epäpersoonallisina termein.

Tämä liittyy vuorovaikutustilanteissa vallitseviin moraal sääntöihin: ehkä persoonakohtaisia, tietylle esimiestasoiselle henkilölle suunnattuja vaatimuksia on moraalisesti hankalampaa osoittaa, vaikka kyseinen henkilö ei olisikaan keskustelussa läsnä. Kuitenkin mitä etäisempi tai vieraampi taho on kyseessä, kasvojen menettämisen mahdollisuus vähenee ja kritiikin esittäminen tulee helpommaksi (Goffman 1981). Esimerkeissäni viittaamalla *ylempiin* tahoihin luodaan esimiehen ja alaisen välille hierarkkista etäisyyttä, jolloin ristiriitoja on helpompi tuoda julki.

Kortteisen (1992) mukaan arvostelemalla työnjohdon toimintaa pidetään yllä ammattiryhmän sisäistä kiinteyttä ja kunniaa. Aineistossani tuotetaan konflikteja suhteessa työnjohtoon ja näen sen kytkeytyvän ammattiryhmän sisäisen kiinteiden ja yhteisöllisyyden ylläpitämiseen. Kun työyhteisön sosiaalisia rajoja tuotetaan, niitä jäsennetään vertikaalisten valtasuhteiden kautta. Edellisissä esimerkeissä työnjohtoa kuvataan epäpersoonallisina ilmauksina, minkä kautta oma asema yhteisössä tulee ikään kuin selkeämmin paikannetuksi muiden suorittavien työntekijöiden joukkoon, osaksi *meitä*. Nämä puhuvat sisältävät myös muutoksen mahdollisuuden suhteessa työyhteisön toimintakäytäntöihin.

Ammattiryhmän muodostama kollektiivi näyttää olevan keskeisin yhteisöllisyyttä ylläpitävä tekijä tässä työpaikkakulttuurissa. Tämä ei ole kuitenkaan yksiselitteinen tekijä: myös suhde muihin ammattiryhmiin ja johtoon sekä siihen, mistä johtamisen tasosta ja tahosta on kysymys, näyttää synnyttävän kollektiivisuuden kokemuksia. Ammattiryhmän sanelema kollektiivisuus ei myöskään ole sidottu fyysisen osaston muodostamaan työyhteisöön. Seuraavassa esimerkissä muistellaan tulosjohtamisjärjestelmään siirtymisen aiheuttamia ongelmatilanteita. Koska johto merkitsee tässä kontekstissa johtoa sairaalahallintona, osastonhoitaja paikantaakin itsensä sairaalan muiden osastonhoitajien joukkoon, eikä esimerkiksi oman osastonsa muodostamaan työyhteisöön.

H: Minkälaisia muutoksia jos ajatellaan tämän sairaalaorganisaation kannalta  
OH: Niin tämä tulosjohtamiseen siirtyminen... siitä oli ensin kyselyt ja mitä siitä informaatiota oli ja tämä on kans jotenkin sellainen että se ei sairaalaan sovi millään. Siinä on tota ensinnäkin siinä tuli vastuulliset johtajan nimittämiset, suurimmaksi osaksihan ne on ylilääkäreitä ja osastonlääkäreitä ja näin. Ja sitten tällä sisätaudillakin osastonhoitajan asema sitten, että meille tuli siinä vaiheessa että mitä me nyt ollaan mitä me tehdään mitä meille kuuluu. Ja sitten se tavallaan se valta mureni että kuitenkin me teemme niitä samoja. (...) että tottakai henkilökunta, kun taas on uutta muutosta tulossa tämä tulosjohtaminen ja osastolta viedään sitä valtaa, niin tottakai henkilökunta siihenkin reagoi että kuka meidän puolta pitää. Ja lääkärit saattoi silloin letkautella tällaisia ihan henkilökunnan aikana että miten ei hoitajat tee muuta kun käytävää mittaa ja tällaista. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)

Tulosjohtamisjärjestelmä saa osastonhoitajalta runsaasti kritiikkiä osakseen. Lausumassa *se ei sairaalaan sovi millään* osastonhoitaja esittää asiasta yleisen tason mielipiteensä. Sitten hän siirtyy narratiiviseen kontekstiin, jossa hän rakentaa konfliktitilanteen kertoessaan niistä vaiheista, joissa tulosjohtamisjärjestelyyn siirryttiin. Ylilääkäri ja osastonlääkärit asemoidaan vallankäyttäjiksi, joita vasten osastonhoitajien asemaa peilataan. Osastonhoitaja asemoi itsensä muiden osastonhoitajien joukkoon kuuluvaksi: tässä kontekstissa joukkoa yhdistää aseman epävarmuus johtajalääkäreihin

nähdän. Haastateltava jäsentää konfliktikertomustaan *aseman* ja *vallan* käsitteillä, mutta tekee nämä käsitteet merkityksellisiksi osastonhoitajien yhteisen kokemuspöydän kautta, kuten lausumissa *mitä me tehdään, mitä meille kuuluu ja kuitenkin me teemme niitä samoja*.

Myöhemmin osastonhoitaja käyttää hoitohenkilökunnasta yhtenäistä käsitettä *henkilökunta* ja *hoitajat*. Tässä kontekstissa hoitajia ei siis erotella ammattiryhmien mukaan: tarinan personoituina aktanteina toimivat lääkärit ja osastonhoitajat, joiden toiminnan seurauksista on osaltaan kysymys. Hoitajat saavat narratiivisen toimijuuden yhtenäisenä ryhmänä. Lausumassa *tottakai henkilökunta reagoi että kuka meidän puolta pitää* hoitohenkilökunta asemoidaan tahoksi, josta ollaan moraalisesti vastuussa. Viimeisessä lausumassa *lääkäreiden letkautukset* tuotetaan moraalisesti tuomittavina myös siksi, että ne on lausuttu *ihan henkilökunnan aikana*.

Ammattiryhmien välistä hierarkkista erottelua tuotetaan siis konfliktikertomuksen kautta. Tarinan lääkärit asemoituvat osastonhoitajien valta-aseman menetystä korostaviksi vastasubjekteiksi, jotka ovat niin huumaantuneita tulosjohtamisjärjestelmän mahdollistamasta vallasta, että käyttäytyvät henkilökuntaa kohtaan moraalittomasti. Haastattelukatkelmassa tuotetaan merkityksiä myös persoonattomasta ”johdosta”, jonka suhteen toimintaa kuvataan passiivimuodossa, kuten esimerkiksi lausumassa *siitä* (tulosjohtamisjärjestelmästä) *oli ensin kyselyt ja mitä siitä informaatiota oli* sekä lausumassa *osastolta viedään sitä valtaa*. Myös konfliktitilanteet tuotetaan merkityksellisiksi ammattiryhmien välisen hierarkian kautta: hierarkia on tulkinnallinen resurssi myös siinä mielessä, jos halutaan kyseenalaistaa moraalisesti arveluttavaa toimintaa työyhteisössä.

Esitin, että johdon ja alaisten väliset suhteet saavat sairaalakulttuurissa merkityksiä erilaisista puhekäytännöistä. Tulosjohtamisjärjestelmään siirtyminen julkisella sektorilla 1990-luvulla on lisännyt keskustelu- ja neuvottelukäytäntöjen terminologiaa. Yhdeksi työpaikkakulttuureja jäsentävistä puhekäytännöistä on vakiintunut merkitys tulos-, tavoite- tai esimiesalaiseskusteluista, joita työpaikoilla pyritään käymään työnantajan tavoitteiden ja niiden saavuttamisen ympäriltä. Tämä sidotaan näkemykseen työntekijän sitouttamisesta näihin tavoitteisiin työn tehokkuuden parantamiseksi. Edelleen yhtenä edellytyksenä sitouttamiselle nähdään ilmapiirin kehittäminen. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 58.) Työyhteisön sosiaalinen vuorovaikutus saa siis taloudellisten ja yhteiskunnallisten muutosten myötävaikutuksella uusia toimintamuotoja, joita pidetään yllä erityisellä retoriikalla. Sydäntautiosaston hoitohenkilökunta on niin ikään omaksunut tätä hallinnollista retoriikkaa.

H: Palautetta kuitenkin tulee?

SH: Tulee ja onhan se palautetta, jos ei ole mitään suoraa palautetta yleensä. Se ainakin tuntuu tässä hierarkiassa ja tässä tämän laitoksen systeemeissä että menee hyvin kun ei oikeastaan kuulu mitään. Että ei se ainakaan tulosjohtamisen kulmakivi ole että annetaan positiivista palautetta ja saadaan tekemään työtä vielä kovemmin. Ellei näitä sellaisia katsota semmoiseksi palautteeksi nämä tuloskeskustelut. Ne on enemmän tai vähemmän sellainen pakollinen kuvio ja siitä sitten kuullaan. Älä soita tätä kasettia osastonhoitajalle. Ei vaan tää oli vitsi. (SairaanhoitajaB 16.12.1996/SE.)

Sairaanhoitaja esittää muuallakin haastatteluissa yleisesti esiintyvän käsityksen siitä, että positiivista palautetta tai kiitosta ei johdon taholta juurikaan tunnu tulevan. Sitten hän asettaa palautteen puutteen ja tulosjohtamisen ideologian vastakkain ja lausuu ironisessa merkityksessä, että *ei se ainakaan tulosjohtamisen kulmakivi ole että annetaan positiivista palautetta ja saadaan tekemään työtä vielä kovemmin*. Päinvastoin voisi ajatella, että esimiesten ja alaisten välinen kannustava kommunikaatio olisi juuri tuo ”tulosjohtamisen kulmakivi”. Tuloskeskustelut saavat pakollisen käytännön merkityksen. Kontekstista käy ilmi, että ne ovat *pakollinen kuvio* juuri johtajalle eikä esimerkiksi henkilökunnalle. Lopussa hoitaja antaa esittämälleen kritiikille merkityksen siitä, että se voisi olla johdon suhteen epätoivottua, koska kieltää haastattelijaa soittamasta haastattelunauhaa osastonhoitajalle. Kuitenkin hän kumoo ajatuksen kritiikin epäkorrektiudesta lausumassa *ei vaan tää oli vitsi*. Johto asemoidaan tässä näytteessä kuitenkin yksipuolisesti palautteenantajaksi, päinvastoin kuin seuraavassa esimerkissä, jossa tuloskeskustelu nähdään molemminpuolisena kommunikaatioyhteytenä.

SH: Meillä on osastonhoitajan kanssa keskustelut vuosittain tai tuloskeskustelut. Se on minusta hyvä. Siinä saa puolin ja toisin tietysti

H: Tavallaan osastonhoitaja arvioi pitkin vuotta.

SH: Joo. Sitä lähinnä sitä työtä. Ja mitä on suunnitteilla, mitä itse haluaisi kehittää ja mihinkä haluaisi opiskelemaan ja mitä sillä osastonhoitajalla on mielessä ja mitä se on niinkun kattonut. Siinä tulee sitä arviointia että siinä tulee hyviä asioita missä voisi kehittää itseään. Minusta se on ihan hyvä. Minäkin olen näin kauan ollut ja rutinoitunut. Oikein hyvä. (SairaanhoitajaA 16.12.1996/SE.)

Tässä esimerkissä tuotetaan konsensuspuhetta eli esimiehen ja alaisen välistä työyhteisöllistä harmoniaa rakennetaan myönteisin arvioin tulosjohtamisjärjestelmästä. Niin ikään tuotetaan tulosvastuuajatteluun kytkeytynyttä erityistä kehittämisretoriikkaa: tässä kehittämisen merkitys liittyy työn kehittämiseen ja työssä kehittymiseen. Lausuma *siinä* (tuloskeskustelussa) *tulee hyviä*

*asioita missä voisi kehittää itseään* saa sairaanhoitajan vaikuttamaan paraatiesimerkiltä työnantajan tavoitteisiin sitoutuneesta työntekijästä. Kuitenkin itsensä kehittämisen ajatus suhteessa työssä kehittymiseen on osoitus myös yksilöllisyyden arvojen hegemoniasta työelämässä. Implisiittinen oletus siitä, että tavoitteisiin sitouttamisen prosessissa työntekijä joutuu ikään kuin laittamaan itsensä kokonaan likoon työnantajan puolesta, saa tukea tästä lausumasta. Merkitys työntekijän panoksesta yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi ilmenee lausumassa *mitä itse haluaisi kehittää*. Vastoin edellistä esimerkkiä, tässä tuotetaan yhteisöllisyyttä esimiehen ja alaisen välisissä suhteissa ja ne näyttävät tasavertaisina yhteistyösuhteina. Tulosjohtamisjärjestelmän aineksiin kuuluu lisäksi myös se, että työyhteisöjen sosiaalisia suhteita pyritään kehittämään erilaisin toiminnallisin keinoin. Kehittämistoriikka ulottuu haastatteluissa myös työyhteisöllisiin asioihin.

SH: (...) Elikä niinkun mä sanoin niin tällaisia kokouksia olisi välillä ihan hyvä pitää. Että yhdessä pohdittaisi asioita ja puitaisi ongelmatilanteita ja kehitettäis sitä osaston toimintaa yhdessä ettei se olisi vaan yhden tahon määräyksiä. (Sairaanhoitaja 18.12.1996/SE.)

Konsensuspuhe rakentuu tässä ja edellisessä esimerkeissä erityisen tasa-arvoa ja demokratiaa tuottavan tulkintakehikon sisällä, johon liittyvät yhteisyyteen ja yhdessä tekemiseen kytkeytyvät merkitykset, joita rakennetaan työyhteisöjen kehittämistoriikalla. Tämänkaltaisen yhteisöllisyyspuheen kautta tuotetaan myös esimiesten ja alaisten välisiä suhteita. Yhteisyysretoriikan omaksumisen myötä työpaikan ilmapiiri vaikuttaa paradoksaalisesti myönteiseltä 1990-luvulla, vaikka talouslaman seurauksena työtaakka on kasvanut ja siitä johtuva kiire ja uupumus on huomattavasti lisääntynyt, mikä haastateltujen mukaan edelleen on kiristänyt hoitohenkilökunnan sekä esimiesten ja alaisten välejä. Pyrkimykset työkuultuurien muutoksiin terveys- ja sosiaalialalla on tuonut kuitenkin mukanaan tuon työyhteisöjen kehittämistoriikan, mikä selittää sen, ettei 1980-luvun haastatteluaineistossa sitä juurikaan tuoteta. Paradoksi työyhteisön ilmapiirissä 1990-luvulla on kuitenkin myös tunnustettu tosiasia.

OH: Kas kun tämä työtahti on kiristynyt että se on tavallaan raadollistunut ja epäkypemmäksi tullut se työyhteisö. Että toisaalta tietoa ja taitoa ja kaikkea on näitä koulutuksia ja ihmissuhdeasioita vuorovaikutusta ja kaikkea tätä on paljon enempi. Niin luulis että me ollaan paljon kypsempiä. Mutta me on taannuttu. Että ollaan itsekkäämpiä. (Osastonhoitaja 11.12.1996/SE.)



Esimerkissä osastonhoitajalla työyhteisöasia on itsessään reflektion kohteena, eli pohditaan muutoksia työpaikan sosiaalisissa suhteissa. Esimerkissä pohditaan myös sosiaalisten suhteiden hoitoon liittyviä koulutusmuotoja, mikä on osoitus ideologisen ilmapiirin muutoksesta suhteessa ihmissuhdetaitojen merkitykseen. Tämä kytkeytyy sekä ammatilliseen että työyhteisön hyvinvoinnin kontekstiin. Yhteistyöretoriikka on eräs sosiaalisen muutoksen indikaattori: vuorovaikutustaitojen hallitseminen sekä ammatin sisällä että työyhteisöllisellä tasolla koetaan nykyisin tärkeäksi. Henkilösuhteita luonnehditaan erilaisin tiimi- ja yhteistyörepertuaarein sekä korostetaan koulutuksen merkitystä sosiaalisissa taidoissa.

Haastatteluissa johdon ja alaisten väliset suhteet hahmottuvat konsensuksen ja konfliktin väliselle jatkumolle: johtoa tai alaisia ei mielellään henkilöidä kun puheessa rakennetaan konfliktitilanteita, mikä helpottaa epäkohtien esiintuomista. Esimiesten ja alaisten väliset suhteet näyttävät keskittyvän merkityksiin erilaisista puhe- ja vuorovaikutuskäytännöistä, kuten palautejärjestelmästä. Tulosjohtamiskäytäntö on puolestaan tuonut mukanaan huolen työyhteisön hyvinvoinnista ja lisännyt esimiesten ja alaisten välistä keskustelua ja yhteistyötä implikoivia käytäntöjä. Nämä käytännöt ovat organisoituneet myönteisen retoriikan ympärille työstä ja työyhteisösuhteista puhuttaessa. Edellisessä kappaleessa esitin, että ammattiryhmien välisiä hierarkkisia rajoja tuotetaan puheessa kuitenkin huolimatta siitä, että korostetaan itsenäisten osaajien keskinäistä yhteistyötä. Vastaavasti erilaiset hierarkkiset johtamiskäytännöt näyttävät retorisisella tasolla rakentavan työyhteisöllistä konsensusta, mikä epäilemättä onkin tulosvastuuideologian eräs elementti.

### **5.3. Asiantuntijat työyhteisössä – saumatonta yhteistyötäkö?**

Olen kysynyt, millä tavoin asiantuntemus ja moraaliset tekijät rakentavat työyhteisön sosiaalisia suhteita hoitajien haastattelupuheessa. Puhetta työyhteisösuhteista tehdään ymmärrettäväksi muun muassa ajatuksella ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä, mutta ammattiryhmien väliset hierarkiat näyttävät kuitenkin merkityksellisinä työyhteisön toiminnassa. Hierarkkinen tulkintakehys

paikannetaan sekä työnjakoon että eroihin asiantuntemuksessa ja koulutuksessa. Tällöin tullaan samalla tuottaneeksi konfliktipuhetta. Yhteistyöretoriikkaa ja konsensuspuhetta esiintyy puolestaan silloin, kun on kysymys pätevyydestä ja kyvykkyydestä tai ammattiryhmän itsenäisestä toiminnasta.

Haastattelupuheissa tehdään ymmärrettäväksi työyhteisöproblematiikkaa sen työpaikkakulttuurisen perusolettamuksen kautta, että siellä vallitsee hierarkkisia suhteita. Hoitajat määrittelevät asemansa usein tässä tulkintakehikossa. Perushoitajat määrittelevät asemaansa muiden taholta kohdistuvien asenteiden kautta, kun taas sairaanhoitajat näkevät asemansa pitkälti toiminnallisina mahdollisuuksina. Yhtä kaikki molemmat ammattiryhmät puhuvat tekemisistään ja asemastaan sairaalaorganisaation hierarkkisilla rappusilla seisoen. Riitta Järvinen havaitsikin toimihenkilöprojektin yhteydessä, että rajoja pyritään madaltamaan suhteessa hierarkiassa ylempänä oleviin, mutta vahvistamaan suhteessa alempana oleviin (1990, 127-128). Nähdäkseni tällä on paljon merkitystä ammatillisen kompetenssin kokemuksiin nähden ja se voidaan tulkita pyrkimyksinä vahvistaa ammatillista identiteettiä ja sosiaalista asemaa työyhteisössä. Siitä huolimatta, että viimeisen vuosikymmenen aikana sairaalaosaston sosiaalisia suhteita tehdään ymmärrettäväksi pääasiassa yhteistyö- ja kehittämisretoriikan kautta, sairaanhoitajat kuitenkin oikeuttavat itselleen hierarkkisen erityisaseman korostamalla ammatin vaatiman spesiaalitiedon ja koulutuksen merkitystä.

Sairanhoitajat tuottavat identiteettiään toisilleen ristiriitaisten merkitysjärjestelmien puitteissa työyhteisösuhteiden kontekstissa. Yhtäältä identiteetti määrittyy asiantuntijuuden legitimoiman hierarkian kautta ja toisaalta hierarkioiden olemassaolo kielletään painottamalla kollektiivista työskentelyä. Yhteistyöretoriikalla ikään kuin tuotetaan työyhteisöllistä harmoniaa niiden hierarkiasuhteiden keskelle, jotka asiantuntijuudella legitimoidaan. Näistä konsensukseen pyrkivistä elementeistä huolimatta sairaanhoitajien ja lääkärien väliset erot päätösvalan suhteen on merkittävä esimerkki työyhteisön jäykistä hierarkioista, jotka vaikuttavat asianomaisen sosiaaliseen asemaan.

Konfliktin ja konsensuksen välinen jatkumo esimiesten ja alaisten välisissä suhteissa sisältää epäluulon, konfliktien välttämisen sekä tyytyväisyyden perspektiivejä. Konfliktia esimies-alaisuudessa tuotetaan pääasiassa kuvailemalla johto abstraktein ”ylätahon” termein, jolloin vaikeudet työyhteisötasolla paikannetaan suhteisiin johdon kanssa. Työyhteisöllinen konsensuspuhe saa merkityksensä osin samalla diskursiivisella kentällä, jolla työyhteisötason ongelmia puidaan: kytkemällä ilmapiirin kiristyminen laajempiin joko työssä jaksamisen tai yhteiskunnallisiin

yhteyksiin, vältetään merkitsemästä ketään erityistä työntekijää konfliktin aiheuttajaksi. Tämän voi tulkita ylläpitävän yhteisöllistä kiinteyttä.

Erityinen tapa tuottaa työyhteisöllistä konsensusta esiintyy 1990-luvulla tehdyissä haastatteluissa, jolloin yhteistyöretoriikka on olennaisessa asemassa. Tämä tematiikka oli esillä tutkimukseni johdannossa, jossa esitin palveluhenkisen kustannustehokkuuden jouduttaneen myös pyrkimyksiä työkuultuurien muuttamiseen yhteistyökeskeisempään suuntaan 1990-luvulla. Näkemykseni mukaan retoriikalla on eräänlainen konfliktien välttämisen funktio: painottamalla yhteistyön merkitystä ammattiryhmien välillä sekä korostamalla keskustelun tärkeyttä työnjohdon ja alaisten välisissä suhteissa voidaan tuottaa konsensusta konfliktialttiille alueelle. Tämä ei kuitenkaan muuta sitä tosiasiaa, että hierarkkisia mekanismeja kuitenkin ylläpidetään: ammattiryhmien välisiä hierarkkisia rajoja ja työnjakoa tuotetaan haastattelupuheenkin tasolla tekemällä eroja ammattiryhmien välille esimerkiksi koulutuksen, ammattitaidon ja päätösvalan suhteen. Myös esimies-alaisuudet näyttävät monin paikoin ongelmallisina, vaikka kiistat puetaan palautteenantojärjestelmän terminologiaan.

Yhteistyötä ja kollektiivista tekemistä painottavan merkitysjärjestelmän sisällä kudotaan myös työntekijöiden ja johdon välisiä suhteita. Kun sairaanhoitajat tekevät ymmärrettäväksi tulosjohtamiskäytäntöihin liittyviä merkityksiä, henkilökohtaisen työn kehittäminen yhdessä osastonhoitajan kanssa nousee päällimmäiseksi aspektiksi. Esimies- alaisuusia määrittelee nykyisin yhteisiin tavoitteisiin sitoutumisen merkitys, jonka puitteissa suhteet näyttävät usein harmonisina. Yhteistyökäytäntöjen olemassaolo jäsentää olennaisesti sairaanhoitajan työyhteisösuhteille antamia merkityksiä.

Retoriikka on käytössä laajemminkin työelämän eri ulottuvuuksilla: työyhteisöjen toimintaperiaatteet kytketään monipuolisen osaamisen ja useiden eri asiantuntijuuksien väliselle yhteistyölle perustuville käytännöille, joita tuossa merkityskentässä luodaan ja vakiinnutetaan. Yksilölle tuotetaan nykyisin useita mahdollisuuksia ammatilliseen kehittämiseen ja erilaisten taitojen opetteluun. Vuorovaikutustaitojen koulutustarjonta ei ole kaikkein vähäisintä. Jatkuvasti kehittyvälle työntekijälle tuotetaan yhä yksilöllisempi osa työelämässä ja tämä subjektiviteetti otetaan huomioon laatimalla erilaisia tasavertaisiin neuvottelusuhteisiin tähtääviä käytäntöjä.

Ansiotyön arvostus saa yhä useammin merkityksensä henkilökohtaisen itsensä kehittämisen kontekstista. Keskustelussa elämänpolitiikasta työ kytketään nykyisin enemmänkin yksilöllisiä kuin

kollektiivisia tarpeita tyydyttäväksi elämänsisällöksi. (Julkunen 2000.) Sen sijaan henkilökohtainen työhön sitoutuminen kytetään näinä päivinä olennaisesti työn institutionaalisiin tavoitteisiin ja sitä pidetään yllä kehittämisen ja tuloksellisuuden diskursseilla (vrt. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 57-59). Nämä aspektit näyttävät palvelevan toisiaan: korostamalla työntekijän omakohtaista ammatillista kehittymistä ja osoittamalla sen olevan olennaista koko organisaation kannalta hyötysuhde on moninkertainen. Koko palkansaajakunnassa ansiotyön arvostus näyttää nousseen 1990-luvulla (Lehto 1999, 52). Tämä voi osittain olla myös osoitus korostetusta sitoutumisen ideologiasta, jossa työn merkitystä elämänsisältönä rakennetaan erilaisin yksilöllisen kehittymisen diskursiivisin keinoin. Sitoutumisen ideologia ikään kuin nivoo yhteen yhtäältä työssä yksilöitymisen ja toisaalta yhteisöllisen konsensuksen tuon sitoutuneisuuden puolesta.

## 6. ”Olisiko se naisille luonteenomaisempaa” – sukupuolen merkitys hoitotyössä

Hoitotyö katsotaan kulttuurisesti naisten työksi. Kardiologisella vuodeosastollakin valtaisa enemmistö sairaanhoitajista ja perushoitajista on naisia: sairaanhoidossa työskentelee vain muutamia miehiä. Tämän luvun keskeinen pohdinnan kohde onkin se, millä tavoin hoitajat ymmärtävät sukupuolen merkityksen hoitotyössä ja työyhteisössä. Tarkoitukseni on jäljittää sellaisia merkityksenannon tapoja, jotka vallitsevat yhtäällä käsityksissä sukupuolesta ja hoitotyöstä ja toisaalla käsityksissä sukupuolesta ja työyhteisön sosiaalisista suhteista.

Sukupuolen sosiaalisten merkitysten ilmenemismuotoja on tutkittu tätä aikaisemmin jo melko runsaasti työelämäntutkijoiden piirissä<sup>19</sup>. Tutkijoiden mukaan työelämän sukupuolta ei tule nähdä substantiivisena kategoriana, vaan pikemminkin tekemistä korostavana käsitteenä, teosanaana. (Davies 1995a, 44; Korvajärvi 1997, 66 ja 1998.) Tämä tarkoittaa sitä, että sukupuolta tuotetaan ja uusinnetaan eri tavoin yksilön työssä, työyhteisössä ja yhteiskunnallisten palkkatyösuhteiden verkostossa. Sukupuolen tuottaminen tulkitaan sekä näkyväksi että piiloiseksi prosessiksi, joka on sidonnainen paikallisiin sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin (mm. Witz 1992; Rantalaiho 1997, 25-28; Korvajärvi 1997, 77; Heiskanen & Rantalaiho 1997, 191). Itsekin pyrin näkemään sukupuolen jatkuvasti uusinnettavana ja ”tehtävänä”, mutta pyrin ottamaan huomioon ennen kaikkea hoitajien keskinäisten valtasuhteiden merkityksen siinä kun ne vaikuttavat sukupuolen tekemisen prosesseihin.

Kardiologisen osaston työyhteisön sosiaaliset suhteet ovat väistämättä myös valtasuhteita. Hierarkkinen asema työyhteisössä määrittelee pitkälti sitä, miten henkilö tuottaa identiteettiään haastattelupuheessa. Asemaa voidaan korostaa painottamalla omaa ammattitaitoa ja sen erityislaatua, mutta oma asema voidaan paikantaa myös muiden tekemien hierarkkisten rajojen sisään, kuten perushoitajien kohdalla. Myös sukupuoli on olennainen tekijä hierarkkisten asemien määrittelyssä työyhteisössä, vaikka nämä prosessit voivatkin usein olla piiloisia (Korvajärvi 1998).

Tästä syystä keskeinen kysymykseni onkin, miten sukupuolella perustellaan hierarkkisia asemia ammatillisissa ja sosiaalisissa yhteyksissä kardiologisten hoitajien haastattelupuheessa. Tutkin sitä, minkälaisia käsityksiä sukupuolesta luodaan, mitä käsityksiä sukupuolen kautta perustellaan ja minkälaisia asiointiloja se oikeuttaa.

Lähtökohtani on ajatus kulttuurisesti tuotetusta työelämän sukupuolesta (kuten Sipilä 1994; Kinnunen & Korvajärvi 1996; Rantalaiho 1997; Korvajärvi 1998; Tiainen 2001). Kun puhutaan sukupuolen kulttuurisesta rakentumisesta työelämäkonteksteissa, näkisin tutkijan positioni tässä keskustelussa kiteytyvän siinä oletuksessa, että sukupuolta tuotetaan merkitysvälitteisesti erilaisissa puheakteissa: nais- ja mieshoitajista rakennetut mielikuvat luovat käsityksiä siitä, miten sukupuolten väliset suhteet asettuvat hoitotyön arjessa. Käytän hyväkseni kriittisen diskurssianalyysin oletuksia valtasuhteiden merkityksestä silloin, kun ne ilmenevät subjektiasemissa, joihin toimijat asetetaan (Fairclough 1992; Wodak 1996). Analysoin siis sitä, minkälaisia toiminnallisia asemia nais- ja miespuolisille hoitajille osoitetaan haastattelupuheessa.

Aluksi tarkastelen sukupuolen ja ammattilaisuuden välisiä yhteyksiä. Se tapahtuu tutkimalla puhetta hoitokäytännöistä ja kartoittamalla niitä tekijöitä, jotka määrittävät nais- ja miespuolisten hoitajien suhdetta työtehtäviin ja niissä vaadittaviin kompetensseihin. Sen jälkeen tarkastelen sitä, miten hoitokäytäntöön liittyvät tekijät kytkeytyvät erilaisiin tulkintarepertuaareihin feminiinisyydestä ja maskuliinisuudesta. Luvun toisessa jaksossa tarkastelen tulkintoja feminiinisyydestä ja maskuliinisuudesta työyhteisön ilmapiiriin liittyvissä kysymyksissä. Lopuksi pohdin sitä, mistä syistä sukupuolimäärittelyjen kautta on mahdollista oikeuttaa niin monenlaisia näkemyksiä silloin, kun on kysymys yksilöiden välisistä ammatillisista ja sosiaalisista suhteista työpaikalla.

---

<sup>19</sup> Esimerkiksi Marja Vehviläinen (1996;1997) ja Tarja Tiainen (2001) sukupuolesta atk-ammateissa, Merja Kinnunen ja Päivi Korvajärvi sukupuolesta toimihenkilötyössä (1990; 1996; 1999) ja Johanna Lammi-Taskula sukupuolesta mm. päiväkotityössä (1994). Myös yliopiston tutkijoita on tutkittu sukupuolen kannalta (Wager 1994, Husu 2001).

## 6.1. Sukupuolierot sairaanhoidossa

Sukupuolesta esitetyille käsityksille näyttää olevan ominaista se, että ryhdytään miettimään nais- ja mieshoitajien välisiä eroja. Sukupuolieroja paikannetaan niin biologisiin kuin psyykkisiin ominaisuuksiin, mutta myös toiminta- ja käytöstapoihin ja yleisempiin sosiaalisiin eroihin työelämässä. Hoitajien käsitykset sukupuolesta ovat yllättävän yhdenmukaisia: ne näyttävät olennaisin osin rakentavan kollektiivista ymmärrystä hoitotyön luonteesta ja siinä tarvittavista kyvyistä.

Ammatillisista sukupuolta tulkitaan kulttuurisin käsityksin naisten töistä ja miesten töistä. Tämä perinteinen työelämää sukupuolittava näkemys näyttää jäsentävän myös niitä ajattelutapoja, joiden kautta kardiologisen osaston sukupuolten väliset suhteet asettuvat. Miesten ja naisten töistä vallitsevat käsitykset legitimoivat sukupuolieroja mitä vaihtelevimpien ominaisuuksien kohdalla. Haastattelupuheessa näyttää esiintyvän ensinnäkin senkaltaisia työelämän sukupuolieroihin perustuvia merkityksenantotapoja, joiden perusteella miehet näyttäytyvät soveltumattomina hoitotyöhön. Sen lisäksi sukupuolieroja paikannetaan erilaisiin kykyihin ja kompetensseihin, jotka edelleen saavat merkityksiä miesten ja naisten töistä: näitä erityiskompetensseja ovat naisten hoivataidot ja miesten tekniset taidot. Seuraavaksi käsittelen lähemmin käsityksiä ammatillisista sukupuolieroista.

### 6.1.1. Ahkera nainen - laiska mies

Hoitotyöyhteisön sosiaaliset suhteet rakentuvat työnjaon ja työnjakoreviirien ympärille. Tätä taustaa vasten sukupuoli näyttäytyy varsin kiinnostavana kysymyksenä: työnjakoa ei saisi itse asiassa ollakaan silloin, jos se perustuu ”naisten ja miesten töille” niiden perinteisessä kulttuurisessa merkityksessä. Tämä ei silti tarkoita sitä, että naisten ja miesten töitä erottelevia merkityksiä ei

tuotettaisi: eronteot riippuvat niistä työmoraalia rakentavista arvoista, joka sukupuolierojen kautta halutaan oikeuttaa.

Naispuolisten hoitajien haastatteluissa esiintyy usein väite siitä, etteivät mieshoitajat ryhdy osastolla kaikkiin heille kuuluviin töihin. Tällainen väite kytkeytyy ainakin kahteen eri ajatukseen: ensinnäkin voidaan implikoida, etteivät miespuoliset hoitajat välitä naisten työksi mielletyistä tehtävistä ja kieltäytyminen esimerkiksi siivoamasta on maskuliinisen ylemmyyden osoitus. Toiseksi annetaan ymmärtää, etteivät kaikki miehet ylipäättään ole soveliaita hoitotyöhön: sellaisesta miehestä ei ole hoitajaksi, jolla luuta ei pysy kädessä.

H: No mitä vaikuttaa että tänne tulee yksi mieshoitaja naisporukkaan?

ESH: En minä osaa sanoa.

H: Vai vaikuttaako mitenkään

ESH: Ei, sen se vaikuttaa, että se on myöskin semmoinen henkilökysymys varmaankin.

Meillä tekee yhtä keikkaa yksi terveydenhoitaja, joka tekee mukavasti kaikkea työtä ja tarttuu kaikkeen. Mutta toiset ei tartu. Kyllä ne on naisten töitä ja on sitten miesten töitä.

Eli eikä siihen ei nyt tarvi, kyllä sitä viimeisimmäksi tartutaan johonkin

lakanankulmaan tai suihkunvarteen mieshoitajat. Että kyllä ne odottaa, että kyllä nuo naiset varmaan tekee, että ne voi kulkea perässä ja siloitella paikkoja tai olla jotenkin sinnepäin apuna petaamisessa. (Erikoissairaanhoidaja, nainen, 23.2.1989/RJ.)

Aluksi hoitaja ei osaa sanoa, onko sukupuolella merkitystä kyseisessä työyhteisössä vai ei. Sitten hän päätyy siihen, että sukupuolen merkitys on *varmaankin henkilökysymys*, eli ei aivan kokonaan yleistettävissä. Tätä näkemystään hän perustelee kertomuksessaan tietystä miespuolisesta terveydenhoitajasta, joka tekee kaikkea työtä. Sen jälkeisissä lausumissa sukupuoli näyttäytyy kuitenkin kollektiivisena kategoriana: kaikki muut mieshoitajat ovat niitä, jotka mieltävät esimerkiksi potilasvuoteiden sijaamisen naisten työksi eivätkä siksi tartu siihen. Kontrasti ilmaistaan nostamalla *yksi terveydenhoitaja vastakkain toisten* kanssa, jotka saavat identiteettinsä kategoriasta *mieshoitajat*. Sukupuoli saa kollektiivisia merkityksiä sekä miesten että naisten kohdalla: on olemassa *mieshoitajat*, jotka eivät tee *naisten* töitä, koska *ne odottaa, että nuo naiset varmaan tekee*.

Esimerkin hoitaja puhuu sukupuolten välisen työnjaon tulkintakehyksessä lausumassa *kyllä ne on naisten töitä ja on sitten miesten töitä*. Se toimii puheessa kulttuurisena tulkintaresurssina.

Joidenkin mieshoitajien haluttomuus sijata vuoteita ja kylvettää potilaita perustellaan tämän tulkintakehyksen kautta, joka oletetaan kulttuurisesti vallitsevaksi. Ilmaisut *kulkea perässä*,



*siloitella paikkoja ja olla jotenkin sinnepäin apuna* tuottavat mielikuvan tietyytyypisistä myötäilijästä, joka koettaa ikään kuin muodon vuoksi olla hengessä mukana, vaikka ei varsinaisiin töihin osallistukaan. Tämänkaltaisen diskursiivisen asemoinnin kautta mieshoitajat tuotetaan laiskanpuoleisiksi implikoiden samalla, että naiset ovat juuri niitä, jotka tekevät sen varsinaisen työn, jonka jälkiä miehet sitten voivat siloitella. Tuotetaan käsitys siitä, että mieshoitaja ikään kuin käyttäisi hyväkseen vallitsevaa käsitystä sukupuolten välisestä työnjaosta välttyäkseen petauspuuhilta.

Sukupuolten väliselle työnjaolle perustuvilla kulttuurisilla erotteluilla voidaan siten vahvistaa tai legitimoida erilaisia käsityksiä naisten työstä: yhtäältä on hyvä, että kulttuurisia naistyön merkityksiä on olemassa, koska niiden kautta voidaan ylläpitää ammatillista omanarvontuntoa ja yhteisöllisyyttä. Toisaalta on kuitenkin valitettavaa, etteivät miehet tee kaikkia osaston töitä, koska sillä taas koetaan ylläpidettävän naisten työn kulttuurisesti vähempiarvoista statusta.

Sukupuolten välinen työnjaon funktio on siis erilainen kuin ammattiryhmien välisen työnjaon: se näyttäytyy naisia kohtaan epäedullisena, koska naiset joutuvat tekemään enemmän töitä miesten haluttomuuden takia. Kysymys ei ole ammattitaidon asteista tai siitä, etteivätkö kaikki hoitajat näitä osaisi tehdä koulutuksensa perusteella, kuten on ammattiryhmien välisen työnjaon kohdalla. Sukupuolten välisen työnjaon suhteen näyttää vallitsevan myös oletus, jonka mukaan naisten työssä on raatamisen tuntu enemmän kuin että se olisi mielekäs kokemus.

H: No sitten tällainen asia, että miksi sun mielestä ei miehet hakeudu apuhoitajiksi tai ole hakeutunut?

AH: Yleensä tätä työtä pidetään kauhean likaisena. Yks syy on varmasti se. (...) Ja toinen juttu on, että tähän on aika lailla, kun ajattelee monen miehen työtä, niin tää on hirvittävän sitova työ. Täältä ei lähdetä työaikana mihinkään eikä täältä lähdetä aikaisemmin pois. (...) ja sitten justiin tuo, että miehet ei monta kertaa tekisi niin paljon kun tähän joutuu tekeen. Ei ainakaan sisätaudilla.

H: No täällä ei todella ole.

AH: Meillä on yks mies sairaanhoitajana.

H: Yks on. Tuolla ei ollut ketään tuolla alakerrassa ja.

AH: Meillä on yksi poikaopiskelija tässä nyt ollut ja mä olen katsonut sitä, ettei se tule ainakaan sisätaudille apuhoitajaksi.

H: Onks se sanonut kans?

AH: Ei oo sanonut, mutta on tyylä se, että ei varmaan tule. Se ei kädet taskussa tuolla kulje, jos se olisi sellainen, joka tulee apuhoitajaksi sisätaudille. (Apuhoitaja, nainen, 21.5.1986/RJ.)

Miessukupuolen ominaisuuksiksi siis oletetaan tässä esimerkissä muun muassa työpaikalta aikaisemmin poistuminen sekä se, ettei töitä haluttaisi tehdä kovin paljoa. *Kädet taskuissa kulkeminen* työpaikalla näyttäytyy miesten laiskuuden metaforana. Vaikka haastattelija tekeekin sellaisen oletuksen, ettei kyseinen mies itse halua tulla osastolle töihin, apuhoitaja ilmaisee heti napakasti, ettei kysymys ole siitä: lausumassa *on tyyli se, ettei varmaan tule* ilmaistaan epäsuorasti, että hänet on kerta kaikkiaan todettu liian laiskaksi sisätautiosaston apuhoitajan työhön.

Lausumassa *miehet ei monta kertaa tekisi niin paljon kun tähän joutuu tekemään* miehet näyttäytyvät niin ikään laiskoina työntekijöinä ja tämä käsitys yleistetään koskemaan kaikkia miespuolisia henkilöitä. Merkityseroja naisten ja miesten töiden välillä tuotetaan esimerkissä siinä, että sanotaan miesten töissä olevan vapaampaa, kun taas apuhoitajan työ on *hervittävän sitovaa*. Vaikka esimerkistä ei käy ilmi, minkälaisista miesten töiden vapausaspekteista on kyse, lausuma saa aikaan vaikutelman, että naisilla on työssään ylipäänsä monin verroin hankalampaa kuin miehillä. Lisäksi oletetaan, että koska apuhoitajan työtä *pidetään likaisena*, miehet eivät ryhdy tekemään sitä. Työn likaisuudella viitattaneen tässä yhteydessä potilaan ruumiintoimintoihin liittyvään likaisuuteen. Onkin osoitettu, ettei miessukupuolta pidetä luontevana toimijana tämänäntyyppisessä hoivatyössä. (Tedre 1999, 76-77.)

Miehet saavat siis laiskempien työntekijöiden identiteettejä niissä konteksteissa, joissa naiset luonnehtivat oman työnsä ominaislaatuja. Naiset oletetaan vastaavasti miehiä ahkerammiksi, kuten seuraavassa kyselylomakkeen avovastauksessa.

”Soveltuuko työsi yhtä hyvin naisille ja miehille?”

”Soveltuu paremmin naisille, koska naiset ovat empaattisempia ja ahkerampia.”

Jo tutkijan esittämässä kysymyksessä konstruoidaan potentiaalinen sukupuoli-ero työhön soveltuvuudessa. Vastaaja antaa naissukupuolelle ahkeruuden ominaisuuden lisäksi empaattisuuden ominaisuuden, jota hoivatyössä on katsottu tarvittavan, kuten havaitsin aikaisemmin.<sup>20</sup> Tässä mielessä naispuolinen vastaaja uusintaa käsitystä, jonka mukaan naisen empatiakyky olisi parempi kuin miehen ja sitä myöten käsitystä, että naiset jo luontaisilta ominaisuuksiltaan sopisivat paremmin hoivatyöhön. Tämänkaltaisen merkityksenannon myötä naiset ikään kuin säilyttävät

---

<sup>20</sup> Empaattisuudesta hoitotieteellisenä käsitteenä k. kpl. 2.

keskinäisen yhteisyytensä tuntua vetoamalla ahkeruuden moraalisiin arvoihin ja samalla he rakentavat käsitystä siitä, että hoivatyö on juuri naisten erityisosaamisen aluetta.

Sukupuolten välisellä työnjaolla on näyttää siis olevan keskenään vastakkaisia seurauksia. Yhtäältä annetaan ymmärtää, että kulttuurinen naisten ja miesten työn välinen erottelu on kielteinen aspekti, jolla ainoastaan uusinnetaan kielteisiä merkityksiä maskuliinisesta ylemmyydestä suhteessa naisten työksi miellettyyn työhön. Toisaalta erottelu tehdään myönteiseksi osoittamalla, että miehet eivät naisten työhön oikeastaan sovellukaan. Nähdäkseni tällä saadaan aikaan tietynlainen vastaargumentti tuota ylemmyyttä kohtaan ja sen kautta hoivatyö nähdään erityisiä kvaliteetteja vaativana, juuri naisille sopivana työnä. Sukupuolten väliset valtasuhteet eivät näyttäytyä siis yksipuolisina eivätkä determinoituneina alistussuhteina – niiden kautta voidaan oikeuttaa myös moraalisia tarkoituksia.

Sukupuolten välisiä valtasuhteita kuvastaa myös esimerkkien implikaatiot ahkerasta ja kovasta työnteosta, jonka on tulkittu olevan eräs perustavimmista länsimaisen yhteiskuntajärjestyksen kiinteyttä ylläpitävistä tekijöistä (kuten Weber 1980 ja myös Kortteinen 1992). Paljon työn ja työn likaisuuden katsotaan pelottavan miehiä pois apuhoitajan työstä. Esimerkissä puhuttiin myös tietyn poikaopiskelijan tavasta kulkea kädet taskussa. Tietynlaista ammattiyllpeyttä osoittaa se, että kyseinen haastateltava antaa ymmärtää, ettei apuhoitajan työhön otetakaan ketään, joka osoittaa käytöksessään laiskuuden merkkejä. Kulttuurista statuseroa naisten ja miesten töiden välillä tunnutaan siis mitattavan ahkeruuden ja laiskuuden mittareilla, jolloin kovan ja paljon työn arvostus nostaa naistyön statusta.

Apuhoitajat tuotettiin tahoksi, joka *joutuu* tekemään työtä enemmän kuin miehet yleensä. Tulkitsen tämän pakon modaliteettiasteen (k. esim. Törrönen 2000, 249) kautta tehdyn sananvalinnan tietynlaiseksi uhrautuvuuden osoitukseksi. Uhrautuvuus on tulkittu yhdeksi työorientaation piirteeksi naissukupuolen kohdalla (Kortteinen 1992<sup>21</sup>, 123-131.) Kiintoisaa on kuitenkin se, että työn kovuus ja tietynlainen olosuhteiden ankaruus hoivatyössä korostuu juuri sukupuolen kontekstissa: suuren työmäärän ja ahkeruuden sekä tätä kautta syntyvän uhrautuvuuden ”eetosta” käytetään hyväksi, kun puhutaan työnjakosuhteista mieshoitajien kanssa. Miessukupuoleen kohdistuneiden sananvalintojen tietynlainen rankkuus osoittaa sen, että näissä

---

<sup>21</sup> Matti Kortteinen (1992) kytkee kovan työn tekemisen ja uhrautuvuuden aspektit työntekijöiden ja työnjohdon välisiin suhteisiin. Miestyöntekijöiden suhde työnjohtoon rakentuu luottamuksen ja epäluottamuksen kautta, kun taas naiset ovat uhrautuvaisia työnjohtoa ja työnantajiaan kohtaan.

tulkintarepertuaareissa on vahva työmoraaliin liittyvä lataus: puhe tiettyjen töiden tekemättä jättämisestä osoittautui myös ammattiryhmien välisissä rajankäynneissä erääksi konfliktialttiiksi alueeksi ja myös tavaksi rakentaa muiden toimintaa epämoraaliseksi.

Uhrautuvuus ammatillisen identiteetin rakennuspuuna näyttäytyy kuitenkin varsin ristiriitaisena individualistisen asiantuntijaidentiteetin vaatimuksen kanssa. Vaikuttaa siltä, että sukupuolen kontekstissa ammatillista omanarvontuntoa konstruoidaan juuri naisten työlle annettujen määritelmien ja naisille oletettujen luontaisten ominaisuuksien kautta: asiantuntemukseen ja erityistietämykseen perustuvat taidot eivät tunnu saavan painoarvoa sukupuolen kontekstissa. Raskaassa työssä selviytyminen kytkeytyy siihen moraaliseenkin yhteisöllisyyteen, jota naiset pitävät yllä mieshoitajien kustannuksella.

#### 6.1.2. Hoivaava nainen - tekninen mies

Vaikka hoitotyössä toimii miehiäkin, työn merkityksiä tuntuvat kuitenkin leimaavan erilaiset naisten työhön kytkeytyvät käsitykset, kuten edellä huomattiin. Naisten työlle annettujen määreiden kautta voidaan paradoksaalisesti saada aikaan sosiaalista ylemmyyttä sekä mies- että naissukupuolelle. Naisten työ saa kielteisiä ominaisuuksia silloin, kun niiden kautta perustellaan miesten työhaluttomuutta, kuten esimerkiksi puheessa työn raskaudesta ja likaisuudesta. Myönteisten määreiden kautta taas legitimoidaan naisten asemaa hoitotaitojen luontaisina hallitsijoina sekä ahkerampina työntekijöinä.

Naisten ja miesten töiden välinen kulttuurinen merkitysero ja tälle erottelulle perustuva työnjako ilmenee haastatteluissa myös siinä, mieshoitajat nähdään varsin teknologiakeskeisinä työntekijöinä. Näin tuntuu olevan sekä nais- että miespuolisten hoitajien kohdalla. Puheessa annetaan ymmärtää, että erityisesti miespuoliset sairaanhoitajat tuntevat kiinnostusta uuteen teknologiaan ja heitä myös rohkaistaan kehittämään tietoteknisiä taitojaan. Kardiologisella osastolla teknologia on kehittynyt muun muassa siten, että potilastiedot tuotiin jo vuonna 1996 keskitetysti tietokoneelle ja laboratorion ja potilasosastojen välinen yhteys oli niin ikään tietokoneistunut. Telemetrialaitteiden

kautta on mahdollista seurata potilaan sydämen rytmikäyrrää. Nämäkin laitteet olivat vastikään uudistuneet ja uudet laitteet myös sisälsivät enemmän toimintoja.

Toimihenkilötyössä työn sisällöllisen muuttumisen on katsottu aiheuttavan sukupuolen mukaista eriytymistä työtehtävissä (Korvajärvi 1998). Haastatteluissa painotettiin paperityön lisääntymistä sairaanhoitajien kohdalla. Tällä tarkoitettiin myös tietokoneistumisen aiheuttamaa työn sisällön muuttumista. Henkilökunta ilmaisi huolestuneisuutta sen vuoksi, etteivät sairaanhoitajat paperityön lisääntymisen myötä ehdi työskennellä enää niin usein kasvokkaisissa potilaskontakteissa. Vaikka tietokoneen äärellä työskentelivät sekä nais- että mieshoitajat ja vaikka osaston atk-yhdyshenkilönä toimi naispuolinen sairaanhoitaja, mieshoitajat olivat kuitenkin niitä, jotka nähtiin teknisesti orientoituneina työntekijöinä.

H: Minkälaista merkitystä sillä on sinun mielestä ollut, että on enemmän naisia... jos ajatellaan sellaista sukupuolijakaumaa kuin täällä

SH: (...) En mä tiedä kun niitä sijaisia valitaan, että kuinka paljon siinä on hakijoita miehissä ollut, mutta ei niitä varmaan tämän enempää muillakaan osastoilla. Että onko vähemmän sitten että...sydänvalvontahan on aina vetänyt miehiä. Ja sitten myös meille jonkin verran, aina meillä on ollut joku... koska se on sellaista ollut se hoitotyö...jos lukee nää miehet hoitajaksi niin kyllä tää aika kiinnostava tää alue sillai... miespuolisille. Tässä on vähän näitä laitteita ja apparaatteja. Että siinä on semmoista mielenkiintoa. Tälle puolelle ois varmaan tulossa enemmänkin... (---) Siinä pitää tekniikkaakin, sen kanssa pelata. (---) Sit noi rytmi- kun niissä pitää joskus hyvinkin paljon käyttää näitä aivonystyröitä, kun meillä on semmoisia käppyröitä tai siis rytmiä potilailla että jos se potilaan tila pitää katsoo. Ei aina pystykään sanomaan että mikä tämä on että siinä pitää aina hieroo (nauraa) että se ei ole pelkästään sitä otsan pyyhkimistä. (Sairanhoitaja, nainen, 16.12.1996/SE.)

Haastateltava esittää mieshoitajien olevan kiinnostuneita tekniikasta, mikä tuotetaan potentiaalisesti syyksi siihen, että sydäntautiosastolle hakeutuu enemmän miehiä töihin kuin muualle sairaalaan. Lausumassa *niissä pitää joskus hyvinkin paljon käyttää näitä aivonystyröitä* hoitaja ilmaisee että koska kyseisen osaston hoitotyössä vaaditaan järjen käyttöä, se tekee työn mielekkäämmäksi miesten kannalta. Miesten ei implisiittisesti oleteta arvostavan hoivatyötä, jos sen sisältönä on pääasiassa *sitä otsan pyyhkimistä*. Tällä metaforalla haastateltava tuotti traditionaalisen käsityksen sairaanhoitajasta avustajana ja potilaan lohduttajana hoitotapahtumassa. Sen, että kyseisellä osastolla joudutaan myös tekemään rationaalisia huomioita potilaan tilasta, oletetaan herättävän kiinnostusta myös miespuolisissa työntekijöissä. Sitäkin voidaan pitää kulttuurisesti itsepintaisena käsityksenä sukupuolten välisistä eroista työelämäkyvyissä: rationaalisuuden ja

tavoitesuuntautuneisuuden katsotaan perinteisesti olevan maskuliinisuutta osoittavia aspekteja (Davies 1995b, 23-25).

Erityiseksi tämän esimerkin tekee se, että naishoitajat eivät muualla haastattelupuheessa tuota sairaanhoidosta sellaisia käsityksiä, että se olisi *vain sitä otsan pyyhkimistä* eli vähättelevässä mielessä hoivaavaa toimintaa. Sukupuolen konteksti on ainoa paikka, jossa tämänkaltaisia vähätteleviä merkityksiä esiintyy. Seuraavassa aineistoesimerkissä hoivaaminen oletetaan jopa biologisesti määräytyneeksi ominaisuudeksi: kysymys ei todella ole enää yksilöllisestä asiantuntemuksesta.

H: Mutta onko sulla käsitystä siitä, että niinkun naisia puollettaisiin?

SH: Ne miehet niin etupäässä työskentelee, ne on poliklinikatyössä, leikkaussaleissa, anestesiassa, tällaisissa teknisissä ja toimenpidekeskeisissä tehtävissä. Täällä sen sijaan kun sattuu olemaan yksi mies niin se on harvinaista näin vuodeosastolla, hoitotyössä. Että olisiko se naisille luonteenomaisempaa. Onhan se jo perintötekijöissä niinkun ero. Geneissä, mikä nainen aina ja mies. Että siihen toiseen kromosomiin ilmeisesti kuuluu se hoivaaminen. (Erikoissairaanhoitaja, nainen, 20.5.1986/RJ.)

Sairaanhoitaja esittää, että *se hoivaaminen kuuluu ilmeisesti siihen toiseen kromosomiin*. Naisten suuntautuminen hoivaan on käsityksen mukaan jo geneettisen perimän tulosta. Haastateltava tuottaa hoivaamisen naisten alueeksi perustellen sitä sukupuolten välisillä biologisilla eroilla. Lausuma hoivan *luonteenomaisuudesta* naisten kohdalla näyttäisi puolestaan viittaavan psykologisiin ominaisuuksiin. Käsitys naisellisesta hoivavietistä, jonka voi lopulta paikantaa biologiaan, lienee psykoteoreettisena diskurssina luonnollistunut ja sitä myöten ideologisoitunut arkiajattelussa. On esitetty, että naisten hoivatoiminta tulisi ennen kaikkea nähdä sosiaalisesti muotoutuneena aspektina eikä naisille sisäsyntyisenä ominaisuutena (Rose 1983, 83-84). Uskomus tiettyjen sosiaalisen toiminnan muotojen sisäsyntyisyydestä näyttää kuitenkin olevan kulttuurisesti merkityksellinen. Tämänkaltaisen sisäsyntyisyys, joka oletetaan olevan sosiaalistenkin sukupuolierojen taustalla, otetaan esimerkissä tulkintarepertuaariksi.

Nämä tulkinnalliset lähteet näyttäytyvät hyvin erilaisina suhteessa niihin tulkintakehyksiin, joissa painotettiin raakaa ammattitaitoa ja ammatillista kompetenssia. Myös kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet, joihin liittyy potilaan huomioonottaminen yksilönä eikä vain sairauden kantajana, ovat osa hoitajien ammatillista diskurssia, heidän eettistä asiantuntijuuttaan. Hoivaa ei kuvailta siellä

vähättelevässä, kielteisessä tai luonnolliseksi tehdyssä merkityksessä, kuten edellisissä esimerkeissä ilmeni ja kuten sukupuolen kontekstissa usein muutenkin näyttää olevan laita.

Kun naishoitajat tuottavat itsensä hoivan ammattilaisiksi, mieshoitaja puolestaan tuottaa itsensä tekniikan ammattilaisena. Seuraavassa esimerkissä mieshoitaja esittää olevansa erityisen kiinnostunut operoimaan työssä tarvittavien teknisten laitteiden kanssa ja korostaa ammattitaitoaan suhteessa niihin.

H: Miten sinä ajattelet, että sun työtä arvostetaan? Sun työtä ensinnäkin ja sitten... tai mieluummin niin päin että miten sinä itse arvostat itseäsi ja miten sinä koet että tässä työyhteisössä arvostetaan sun työtäsi ja sitten vielä kolmantena yhteiskunnallinen arvostus.

SH: Se alku oli että miten

H: Itse arvostat

SH: No kyllä mä pidän sitä tärkeänä osana elämää, arvostan sitä mitä mä teen ihan korkealle. Uskon olevani ihan kohtuullisen hyvä siinä että mielestäni olen aika ammattitaitoinen, että mun ei tarvi häpeillä kenellekään sanoa olevani sairaanhoitaja. Myöskään keneltäkään kollegalta. No siinä on ollut joskus puhetta vertaispiirissä että kyllähän täällä tulee sellaisia että jokaisella on vähän omat mielenkiinnon aiheensa. Niin niitä on sitten sovittukin että täällä saa sitten käyttää jos on erityistä kiinnostusta ja kyvykkyyttä aina käyttää hyväkseen niissä asioissa. Ja minä olen kiinnostunut ja olen hyväkin koneen kanssa ja muidenkin mielestä aika hyvä. (Sairaanhoitaja, mies, 16.12.1996/SE.)

Mieshoitaja konstruoi ammatillista omanarvontuntoaan sairaanhoitajana ajatuksella siitä, että *mun ei tarvi häpeillä kenellekään sanoa olevani sairaanhoitaja*. Sairaanhoitajana oleminen voi siis potentiaalisesti olla miehelle häpeän aihe. Haastateltavan täytyy miehenä erityisesti perustella ammatinvalintaansa. Välittömästi sen jälkeen hän esittää itsensä teknillisenä asiantuntijana osoittaen siten olevansa pätevä oikeastaan juuri maskuliinisiksi katsotuissa taidoissa. Hän oikeuttaa teknisen innostuksensa esittämällä, että *jos on erityistä kiinnostusta, on sovittukin, että voi käyttää hyväkseen*. Mieshoitaja on siis työyhteisön taholta saanut luvan erikoistua teknisiin laitteisiin. Hän perustelee teknistä orientoitumistaan kollektiivisella hyväksynnällä myös sanomalla olevansa *muidenkin mielestä aika hyvä koneiden kanssa*. Muiden hyväksyntä ikään kuin tuottaa toiminnan moraaliseksi.

Teknologiakeskeisyyden uskotaan kytkeytyvän pääasiassa miesten ammattilaisidentiteetteihin, kun taas naisille tyypillisen ammattitaidon väitetään kehkeytyneen hoivan ja palvelun alueella (Julkunen 1991). Aineistoni osoittaa, että myös hoivatyöammattien sisällä miehet rakentavat ja miehille rakennetaan teknillistä identiteettiä. Sen perusteella tulkitsen, että sukupuolittunut työnjako vallitsee

myös naisvaltaisissa ammateissa. Tekninen taituruus kytetään miesten työhön tai maskuliinisuuteen aivan kuten hoivataidot kytetään naisten työhön. Vaikka kyseisellä sydäntautiosastolla sukupuolten välinen sisällöllinen työnjako osin onkin reaalinen, on selvää, että näillä käsityksillä on myös kulttuurista merkitystä sukupuolten välisten suhteiden tulkitsemisessa.

Haastatteluissa tehdään siis sukupuolieroja tiettyjen kulttuuristen kategorioiden kautta. Nämä kulttuuriset eronteot näyttäytyvät haastatteluissa sukupuolen tulkinnallisina kehyksinä. Niissä sitoudutaan merkitysjäsenyyksiin, joiden mukaan mies ei yksinkertaisesti ole kiinnostunut naisille luonteenomaisiksi mielletyistä tehtävistä, kuten potilasvuoteiden sijaamisesta, vaan hakeutuu mieluummin maskuliiniseksi mielletyn toiminnan pariin, kuten teknologisiin tehtäviin. Sen lisäksi olen havainnut, että jotkut naishoitajat painottavat naisten olevan hoitotyöhön soveliaampia biologisten ominaisuuksiensa perusteella. Nähdäkseni sillä ylläpidetään naisten keskinäistä yhteisöllisyyttä: he ikään kuin haluavat säilyttää maineensa hoivatyön erityisosajina antaessaan ymmärtää, etteivät miehet oikeastaan välitä potilastyöstä eivätkä osaa sitä. Naishoitajat oikeuttavat asiantilan moraalilla käsityksillä oikeasta potilashoidosta, joka perustuu naissukupuolen erityisominaisuuksiin.

6.2. ”Niissä saattaa olla pikkuisen naismaisuuutta joukossa...” - onko mieshoitaja maskuliini vai feminiini?

Tulkinnallinen kehys siitä, mikä on maskuliinisuutta ja mikä feminiinisyyttä sekä sitoutuminen tiettyyn pakonomaisuuteen näiden kategorioiden olemassaolosta ja luonnollisuudesta tuntuu niin ikään tekevän sukupuolta merkitykselliseksi. Nämä kategoriat esiintyvät usein sisällöllisinä ulottuvuuksina: esimerkiksi feminiinisyyttä nähdään jonakin, jota yksilössä saattaa olla riippumatta siitä, onko hän nainen vai mies. Tällöin feminiinisyyttä ja maskuliinisuutta paikannetaan esimerkiksi yksilön käyttäytymisen muotoihin tai merkkien symboliikkaan. Myös sosioekonomiset tekijät rakentavat näitä kategorioita, sillä yksilöt mielletään joko feminiinisiksi tai maskuliinisiksi myös ammattinsa tai työpaikkansa perusteella.



Haastatellut hoitajat eivät lainkaan problematisoi muiden ammattiryhmien sukupuolijakaumaa tai pohdi sosiaalisia suhteitaan muiden ammattiryhmien edustajiin nähden sukupuolen kontekstissa. Seuraavassa esimerkissä lääkäri pohtii sairaanhoitajien sukupuolta, mutta haastattelijan tekemän kontekstuaalisen tarjouksen kautta. Olemme huomanneet, että kun on kysymyksessä tietyt työtehtävät, nais- ja mieshoitajien välillä nähdään eroja, jotka perustuvat naisten ja miesten työlle annetuille määrityksille. Naisista tehdään hoivaajia ja kodinhoitotyön tekijöitä ja miehistä teknologian ymmärtäjiä. Tilanne ei ole kuitenkaan vielä näin yksioikoinen sukupuolen suhteen: vaikka mieshoitajat oletetaan teknologiakeskeisiksi työntekijöiksi, heidät nähdään kuitenkin naismaisina miehinä siksi, että ylipäänsä ovat hakeutuneet sairaanhoitoalalle.

H: No sitten pikkusen vielä tästä sukupuolirakenteesta elikkä tämä on erittäin naisvaltaista tämä hoitotyö ja nyt on kyllä miessairaanhoitajia alkanut viime aikoina tulla, mutta tuota ei niitä kuitenkaan nyt niin paljon ole, niin mitä eroa on sun mielestäsi johtaa naisvaltaista työyhteisöä kuin jos ajattelisit, että johtaisit miesvaltaista työyhteisöä?

L: En mä usko, että siinä on mitään eroa. Sairaanhoitajaksi lähtevät miehet ovat jo naisistuneita miehiä. Siinä ei ole oikeastaan mitään eroa. (...) Siis jos puhutaan naislääkäri ja mieslääkäri niin siinä ei ole mitään sinänsä. Molemmilla pitää olla tietty tietomäärä, joka sovelletaan tietyllä älykkyystasolla potilaisiin ja kaikki potilaat kysyy sataprosenttista hoitopäätöstä. Että silloin on potilaan kannalta ihan sama kuka tekee sen hoitopäätöksen. Mutta nyt niinkun mies- ja naissairaanhoitajan kohdalla, että siinä on tietty kulttuurista syntynyt rooliajattelu, että tällä hetkellä ei voi välttyä ajatukselta, että jos mies menee sairaanhoitajakouluun niin se on naisistunut. Mutta ei se siinä sitten käytännössä mitään tunnu, että samat toimenpiteet ja tiedonkeruun se tekee kuin nainenkin, ei siinä sen kummempaa. (Lääkäri, mies, 20.5.1986/RJ.)

Ensinnäkin *sairaanhoitajiksi lähtevät miehet ovat* lääkärin mukaan *jo naisistuneita miehiä* eli miehen naismaisuus selittää sairaanhoitajaksi hakeutumisen. Sukupuolittuneet piirteet siis määrittävät yksilön ammatinvalintaa. Nais- ja miessairaanhoitajilla ei siten ole *mitään eroa*, koska mies on naisistunut jo sairaanhoitajakouluun hakeutuessaan. Sitten lääkäri vertaa hoitajia mies- ja naislääkäreihin, joiden välillä hän ei myöskään näe eroa, koska heidän kohdallaan kysymys on *tietystä tietomäärästä, jota sovelletaan tietyllä älykkyystasolla*.

Katkelman loppupuolella haastateltu lääkäri perustelee omaa ehdottoman oloista väittämäänsä sairaanhoitajamiesten naismaisuuudesta esittäen, että oletus naisistuneesta miehestä on *kulttuurista syntyneen rooliajattelun* tulosta. Vuorovaikutustilanteissa on nähty sellainen piirre, että ehdottomia väittämiä pyritään maltillistamaan vielä saman puheenvuoron aikana. Se kytkeytyy haluun esittää

itsensä mahdollisimman edullisessa valossa. (Goffman 1981). ”Kulttuurinen rooliajattelu” tuntuu pätevän kuitenkin vain sairaanhoitajiin, kun taas lääkäreiden kohdalla kyse on tiedosta ja älykkyydestä. Sukupuolten välinen samankaltaisuus ammatillisessa mielessä nousee lääkäreiden kohdalla siitä, että sovelletaan samaa ammattitietoutta, kun taas sairaanhoitajien kohdalla samankaltaisuus perustuu eritoten molempien sukupuolten feminiinisyyteen.

Sukupuolta koskevassa tutkimuksessa ei enää puhuta yksittäisestä maskuliinisuudesta, joka koskisi kaikkia, vaan erityisistä piirteistä maskuliinisuudessa - jopa erityisistä maskuliinisuuksista. Niiden välillä on nähty alistussuhteita ja hierarkkisia eroja, jotka kytkeytyvät sosiaaliseen asemaan. (Connell 1995, 78-79.) Sairaanhoitajan ammatti tulkitaan selkeästi feminiiniseksi ammatiksi, mikä ilmenee lausumassa *sairaanhoitajaksi lähtevät miehet ovat jo naisistuneita miehiä*. Sairaanhoitajien maskuliinisuus kyseenalaistetaan, kun taas lääkäreitä ei tuoteta sukupuolierityisinä. Professionaalisesti korkeampi asema sekä miesten että naisten kohdalla näyttää antavan tilaa vapautua sukupuolittavista määrittelyistä.

Hoitotyössä toimivien miesten feminiinisyyttä pidetään sairaanhoitajienkin keskuudessa yhtenä erityisenä syynä sille, miksi alalla toimii joitakin miehiä. Kun lääkäri väittää kaikkien hoitoalalle hakeutuvien miesten olevan naisellisia perustaen näkemyksensä kulttuuriseen rooliajatteluun, naishoitaja puolestaan tekee yleistyksen vain kyseisen sairaalan miestyöntekijöiden suhteen ja perustaa tuon yleistyksen sille, että asiaa on mietiskely muiden naishoitajien kanssa.

H: No mikä sun mielestä on syynä siihen että miehiä on edelleenkin aika vähän hoitajissa?

SH: No en tiedä oisko se sitten tuo palkka. Vaikea sanoa, niin mä olen aina kuvitellut että se on aina se palkka, en mä ole sitä niin edes ajatellutkaan. Tietysti se on, tuossa ollaan sitä ajateltu että ne miehet jotka on tässä sairaalassa töissä niin ehkä niissä saattaa olla jotakin pikkusen semmoista naismaisuuutta joukossa että ne niinku...että ne vähän laillansa kuitenkin vaikka ne on erilaisia, niin ne antaa sitä piristystä, mutta kuitenkin ne sulautuu siihen naisporukkaan sitten paremmin. En tiedä sitten. (Sairaanhoitaja, nainen, 18.12.1996/SE.)

Esimerkin naishoitaja uskoo miesten vähäisyyden hoitoalalla johtuvan palkkauksesta: lausumassa *niin mä olen aina kuvitellut että se on aina se palkka* hoitaja näkee luonnollisena tosiasiana sen, että palkkauksen riittävyys on merkittävin tekijä miesten ammatinvalinnassa ja että sairaanhoitajan palkan pienuus pelottaa miehiä hakeutumasta alalle. Sitten hän siirtyykin pohtimaan, miksi

kyseisessä sairaalassa työskentelee miehiä hoitotyössä ja olettaa sen johtuvan näiden miesten naismaisuuudesta.

Lausuma *tuossa ollaan sitä ajateltu* osoittaa sen, että asiaa on pohdiskeltu myös kollektiivisesti, todennäköisesti naisten kesken. Lausuma *pikkusen naismaisuuutta joukossa* saa aikaan mielikuvan, että yksilö on sekoitus erilaisia ainesosia: hoitotyössä toimivissa miehissä on rahtunen naismaisuuutta mausteena. Miehet tuovat mukanaan myös *piristystä*, koska ovat *erilaisia*: miehiä on kardiologisella osastolla kuitenkin niin vähän, että he saavat haastattelukontekstissa yksilöllistä erittelyä osakseen. Nainen oletetaan taas vallitsevaksi normiksi työyhteisössä lausumassa *kuitenkin ne sulautuu siihen naisporukkaan sitten paremmin*. Metafora *sulautua* saa aikaan vaikutelman, että naiset hoitajakollektiivina ovat tiettyä massaa, johon tietyntyypinen mies paremmin sulautuu. ”Sulautumisen” metafora implikoi kuitenkin harmonista tapahtumaa.

Tällaiset näkemykset antavat ymmärtää, että naisvaltaisessa työyhteisössä työskenteleminen ikään kuin faktuaalisesti tekee miehen feminiinisemmäksi. Lääkäriin haastatteluesimerkissä miehelle tuotettu feminiinisyyttä tehdään luonnolliseksi myös käsityksessä, jonka mukaan sairaalaan töihin hakeutuvat miehet ovat jo alunperin feminiinisempiä, koska he tuskin muuten näihin töihin hakeutuisivat. Feminiinisyydellä näyttää olevan vähäarvoinen status juuri työelämäkonteksteissa. Sitä osoittaa seuraavakin esimerkki, jossa miessairaanhoidaja reflektoi sekä maskuliinisuutta että feminiinisyyttä työyhteisöyhteyksissä. Pohdintaa tuntuvat aiheuttavan etenkin ne feminiiniset määreet, joita häneen on kohdistettu.

H: Mites jos ajattelet jotain miesvaltaista alaa niin eroaako ne toisistaan?

SH: Kyllä mä uskon että ne eroaa. Semmosen... miesten alan kommunikaatioilmapiiri on toisenlainen. Olen ollut sellaisessa hoitotyössä jossa minoriteetti on naisia. Kyllä se on ihan toisenlaista.

H: Mitkä asiat sen tekee erilaiseksi?

SH: Ne on ihan pelkästään jo ne asiat mistä miehet juttelee. Tämmöset... en ole sitä pohtinut sillä lailla. Se on aina sellainen jonkunlainen todistamisen ilmapiiri, että ”pitää olla niin miestä” niinkuin sanotaan. Niin puheessa se... niin toisaalta puuttuu se... kyllähän toisaalta sitten nuoret naiset on tiettyssä mielessä aina että ne muistaa sen naisellisuutensa myöskin että. Joskus oltiin ryhmätyönohjauksessa ja joku vaan heitti vitsinä siinä että rupeen kohta olemaan kuin yks työstä, en tiedä oliko se sitten hyvä juttu vai huono juttu. Kai se oli jonkinlainen luottamuksen osoitus. (Sairaanhoitaja, mies, 16.12.1996/SE.)

Sairaanhoitaja näkee välittömästi eroja nais- ja miesvaltaisissa työyhteisöissä ja jäsentää näitä kulttuurisin merkityksin. Miesvaltaista hoitoalaa illustroidaan ajatuksella *todistamisen ilmapiiristä*, johon liittyy se merkityselementti, että ”*pitää olla niin miestä*”. Tämäntyyppisiin johtopäätöksiin on tultu myös tutkimuksessa, sillä tämänkaltaisten elementtien on väitetty kuvaavan jonkinlaista maskuliinista työelämäkulttuuria. (Willis 1984; Kortteinen 1992, esim. 163.) Sairaanhoitaja tekee nämä käsitykset kulttuurisesti yleispäteviksi tukeutuen siihen, että näin *sanotaan*. Tässä, kuten esimerkissä, jossa lääkäri arveli mieshoitajien feminiinisyyden johtuvan *kulttuurisesta rooliajattelusta*, kulttuuriset ajattelumallit otetaan reflektion kohteeksi: tiedostetaan, että nämä ajattelumallit jäsentävät omaakin ajattelua tai merkityksenantoa.

Esimerkin mieshoitaja esittää myös, että *myöskin nuoret naiset muistavat naisellisuutensa*. Molemmat sukupuolet siis tekevät näkyviksi sukupuoleensa kytkeytyviä ominaisuuksia työyhteisössä; se ei ole vain miesten tapana. Sukupuolisten ominaisuuksien, kuten naisellisuuden performointi oletetaan tulevan juuri nuorten naisten taholta. Sitten hoitaja antaa esimerkin itseensä kohdistuneesta vitsistä siitä, että hän *rupeaa kohta olemaan kuin yksi tytöistä*. Tämä ilmaisu osoittaa naisten keskinäisen yhteisöllisyyden tässä työyhteisössä. Näen ilmaisussa myös yhtymäkohdan naispuolisen haastatellun ilmaisuun *naisporukkaan sulautumisesta*. Lausumat kuvaavat naisvaltaisuutta hoitotyöyhteisön vallitsevana tilana, josta mieshoitaja on poikkeus. Porukkaan sulautuminen ja yhtenä tytöistä oleminen näyttävät määrätelmässä kollektiivisuuden osoituksina.

Mieshoitaja pohtii kuitenkin häneen kohdistunutta vitsiä ihmetellessään, onko *yhtenä tytöistä oleminen hyvä vai huono juttu*. Feminiinisyys näyttää tässä määreenä, jota miehen täytyy erityisesti reflektoida. Jos mies määrittellään kuuluvaksi tyttöihin, se voi potentiaalisesti olla huonokin asia. Mieshoitaja päätyy työyhteisölliseen konsensukseen tullessaan lopulta siihen tulokseen, että se on ollut *kai luottamuksen osoitus*. Esimerkki osoittaa sen, että vaikka naishoitajat määrittelevätkin keskinäisissä pohdintoissaan mieshoitajia naismaisiksi, he kohdistavat feminiinisiä määreitä myös suoraan miehiin arkipäivän yhteyksissä. Olennainen tapa tuottaa nainen hoitotyön vallitsevana normina ja mies poikkeuksena siitä on ylläpitää käsitystä siitä, että hoitotyöhön hakeutunut mies on feminiininen. Tämänkaltaisella ajattelulla on merkitystä myös valtasuhteiden ylläpitämisessä.

Maskuliinisuuden ja feminiinisyyden määritteillä on kuitenkin erilaisia funktioita ja arvolatauksia erilaisissa asiayhteyksissä. Huolimatta siitä, että hoitotyöhön hakeutuvat miehet määrittellään

mielellään naismaisiksi, mies näyttää kuitenkin olevan pääasiassa maskuliininen olento silloin, jos hän ohittaa naishakijan virantäytössä.

H: Mutta sitten ihan tällainen kysymys, että otetaanko sinuun yhteyttä koskaan tällaisissa asioissa, että tapahtus tämmöstä sukupuoleen kohdistuvaa häirintää? (...)

PH: Joo. Mutta kun täähän on naisvaltainen ala niin tähän tuskin naisia, että mä olettaisin että ei mihinkään suuntaan. Tässä sanottiin kyllä valittiin yhdestä viran valinnasta taikka tultiin sanomaan mulle siitä, mutta toisaalta taas niinkun sanottiin, että sillä oli sen takia siihen, että sillä on munat, mutta tota niin mä tiedän, että tällä pojalla on hirvittävän hyvät paperit ja hän on varmaan aika hyvä työntekijä kans. Että tuskin se oli ainut kriteeri siihen. Koska tää poikahan oli meidän osastolla opiskelijana ja hän opiskeluaikana oli erittäin pätevän tuntuinen.

H: Niin no kun sulle tultiin siitä valittamaan niin mitä sä teit?

PH: Mä kysyin tän henkilön paperia, joka tuli valittamaan, että minkälaiset paperit on, kun mä tiedän että tässä talossa arvostetaan hirveästi papereita. Ainakin noissa virkavalinnoissa niin yleensä varmaan mennään papereilla ylitte. (...) Niin olen saanut palautetta siitä asiasta ja sanottiin, että se oli niinkun ihan osastonhoitajan valinta. Mutta tosiaan kun hänellä on paremmat paperit. Että sille ei sille asialle oikeastaan voi mitään. (Perushoitaja, pääluottamus mies, nainen, 23.2.1989/RJ.)

Esimerkissä ilmenee se, miten virantäyttöprosessissa valitsematta jäänyt taho on uskonut, että miespuolisen hakijan valitseminen on johtunut hänen sukupuolestaan, eli siitä, että hänellä *on munat*. Seikka on kiinnostava sitä taustaa vasten, että sairaanhoitoa on tehty ymmärrettäväksi pääasiassa naistyön merkityksin ja hoitotyön normiksi on tuotettu nainen. Jos miespuolinen henkilö valitaan hoitajan virkaan naispuolisen hakijan kustannuksella, sen katsotaankin johtuvan sukupuolisesta syrjinnästä ja osoittavan maskuliinista dominanssia.

Haastatteluesimerkin perushoitaja pääluottamusmiehen ominaisuudessa toteaa miehellä olevan *hirvittävän hyvät paperit*, eli hän vetoaa virkaan valitun ammattitaitoon. Perushoitaja pohtii, *että tuskin sukupuoli oli ainut kriteeri siihen*. Sukupuoli oli siis kuitenkin yksi kriteeri, mutta se ei ollut ainoa. Sillä on hyvistä papereista huolimatta ollut vaikutusta. Viimeiseksi hoitaja toteaa, että *sille asialle ei oikeastaan voi mitään*, että poika on papereiden perusteella katsottu pätevämmäksi. Tämäkin voi merkitä sitä, että miespuolisen henkilön valinta on tuntunut epäilyttävältä.

Vaikka hoitaja perusteleekin miespuolisen hakijan valintaa hänen ammattipätevyydellään, näillä sanavalinnoilla asiantila saatetaan kuitenkin hiukan ikävänpuoleiseksi. Tämä on tietysti voinut johtua siitä, että perushoitaja on ollut pääluottamusmiehen asemassa ja hän on kuunnellut juuri vastapuolen tarinaa siitä, miten on sukupuolensa perusteella tullut syrjäytetyksi. Kuitenkin se

seikka, että perushoitaja on ottanut tämän tapahtuman esimerkiksi vastatessaan haastattelijan kysymykseen sukupuolisesta *häirinnästä*, osoittaa sen, että sukupuolten väliset suhteet ovat työpaikoilla jännitteisiä ja kytkeytyvät myös kysymyksiin työntekijän asemasta ammattikuntansa edustajana.

Tulkitsen, että miessukupuolen ammattitaito hoitotyössä nostetaan esiin juuri tässä yhteydessä, koska miespuolinen henkilö on sattunut syrjäyttämään naispuolisen hakijan virantäytössä. Tämä on ainoita yhteyksiä koko haastatteluaineistossa, jossa miehen esimerkillinen pätevyys hoitajana tulee esiin. Se seikka, että mieshoitajan ammattitaito nostetaan eksplisiittisesti esiin, on jälleen eräs osoitus hoitoalan naisnormatiivisuudesta. Tilannetta voi verrata siihen, miten sairaanhoitajien puheessa rakennetaan hierarkioita ammattiryhmien välille esimerkiksi painottamalla perushoitajien ammattitaitoa, kuten aikaisemmin havaitsimme. Se perustuu implikaatiolle siitä, että perushoitajia yleensä pidetään tai voitaisiin pitää ammattitaidottomina. Samoin tulkitsen, että mieshoitajan ammattitaitoa painotetaan siksi, ettei mieshoitajan ammattitaidon hoitotyössä yleisesti oleteta olevan ainakaan paremman naisten taitoihin nähden.

Vaikka sukupuolten välille rakennetaan näin myös ammattitaitoon perustuvia hierarkioita, kiintoisinta esimerkissä on kuitenkin se, että työssä menestymistä perustellaan miessukupuolella ja sen dominanssilla, vaikka kysymys onkin naisvaltaisesta ammatista. Aiemmissä esimerkeissä hoitoalalla toimiva mies tuotettiin naismaisena, mutta menestyvänä hoitoalan ammattilaisena hänet tuotetaankin jo maskuliinisin määrein.

Sukupuoli tai feminiinisyys ja maskuliinisuus näyttävät siis ennen kaikkea resursseilta, joita hyödynnetään eri tarkoituksiperiin eri konteksteissa. Maskuliinisuuden kielteiset puolet kytkeytyvät miesdominanssiin ja naisten työn vähäisempään arvostukseen, joka jäsentää haastateltavien puhetta kulttuurisena tulkintakehyksenä. Samoin feminiinisyys nähdään sekä myönteisissä että kielteisissä merkityksissä: kielteisissä silloin, kun ne kytkeytyvät patriarkaaliseen herruuteen vallitsevana ja valitettavana kulttuurisena ajattelumallina ja myönteisissä silloin, kun niillä pyritään kyseenalaistamaan tuota herruutta.

Esittämiäni esimerkkien valossa sairaalaosaston sukupuolijärjestelmä voidaan ymmärtää myös sellaisena diskursiivisena kenttänä, jossa feminiinisyys saa hegemonista merkittävyyttä hoitotyötä määrittävänä merkitysjäsennyksenä. Valta-asemat muodostuvat tällä kentällä erilaisten feminiinisyysien ja maskuliinisuuksien kautta ja nämä ulottuvuudet muodostavat tilanteisen ja

diskursiivisesti prosessoituvan sukupuolijärjestelmän. Valtasuhteet eivät sukupuolten välillä välttämättä realisoidukaan siten, että naista aina alistetaan: naiset ovat selkeässä vallankäyttäjän asemassa määrittäessään miespuoliselle työntekijälle eriarvoisia identiteettejä ja määritellään hoivan juuri naisille sopivaksi työksi. Vallankäyttöä tapahtuu myös niissä prosesseissa, joissa maskuliinisuuden katsotaan olevan syynä työpaikalla tapahtuville kielteisille asioille.

Riippumatta naisille tuotetuista dominoivista asemista naiseus on alistetun ja kulttuurisesti vähäarvoisen ulottuvuuden asemassa, koska rationaalisuus, järjenkäyttö ja teknologinen taituruus kytketään maskuliiniseen maailmaan. Tällainen alistettu feminiinisyys ilmenee esimerkiksi tilanteessa, jossa mieshoitaja pohdiskeli feminiinisyttä suhteessa omaan maskuliinisuuteensa ihmettelemällä, onko ”yhtenä työstä” oleminen ”hyvä vai huono juttu”. Miehellä tuotettu naisellisuus on siis tila, jota täytyy erityisesti reflektoida. Eronteko feminiinisuuden ja maskuliinisuuden välillä kytkeytyy myös ammattiryhmien välisiin hierarkioihin: esimerkin lääkäri pohtii kulttuurista rooliajattelua sukupuolen suhteen sairaanhoitajan ammatissa, mutta samassa puheenvuorossa hän tuottaa oman ammattikuntansa sukupuolineutraalina tai sukupuolen mukaisesti tasa-arvoisena.

Hierarkioita tehdään kuitenkin myös sukupuolten välille siinä, että miesten hoitotaitoja kyseenalaistetaan: tällä tavoin ylläpidetään hoitoalan naisnormatiivisuutta. Feminiinisuuden ja maskuliinisuuden kategorioin pidetään sinällään yllä myös käsitystä ”naisten työstä”, joka edelleen määrittää maskuliinisuutta joksikin, jota esimerkiksi hoivatyössä toimiminen ei ainakaan ole. Hoivatyön merkitykset ovat läpeensä femininisoituneet: miehet eivät kuulu tälle alueelle, koska se ei ole mielikuvatasolla ”miesten työtä” (Applegate & Kaye 1993; 159). Käsitys siitä, että naisten työtä tekevät miehet ovat naismaisia, on kulttuurisesti merkityksellinen: naismaisuuksella on ideologista relevanssia eriarvoistavassa ja vähättelevässä mielessä. Tällä on esimerkiksi sen suuntaisia seurauksia, että miehet eivät ehkä lopullisessa mielessä tulekaan hakeutuneeksi ammatteihin, joka leimaa heidät ”akkamaisiksi” (Lammi-Taskula 1994, 129). Näin uusinnetaan kulttuurista kahtiajakoa maskuliinisuuteen ja feminiinisyyteen ja sitä kautta miesten ja naisten väliseen työnjakoon.

Haastatteluissa ilmenee myös potilaiden tuottamia merkityksiä sukupuolittuneesta työnjaosta, joissa hoitotyö katsotaan niin ikään naisten työksi. Näissä käsityksissä lääkärin ammatti puolestaan katsotaan miesten ammatiksi.

H: Niin mites kun tää perushoitajaporukka on usein naisvaltaista niin oisko sillä jotain merkitystä, että teillä olisi miehiä tässä enempi? Sairaanhoitajissahan on

PH: Joo. No se on aika jännä kun jos miessairaanhoitaja menee huoneeseen ja kysyy onko siellä semmoisia jotka tarttee pesuapua. Niin ei yhtään löydy. Mutta sitten kun menee naishoitaja niin sitten (kuiskaten) ”kyllä minäkin oisin mutta en minä millään tuolle miehelle”. Ja useinhan ne on lääkäreitä sitten. Iäkkäät ihmiset kokevat sen että kun on mieshoitaja niin ”enhän minä nyt lääkärin kanssa pesulle”. (...) Ja ehkä kuitenkin... en mäkään varmaan mielelläni yhtäkkiä jos mieshoitaja tänne tulee sua suihkuttaa niin. En mä tiedä oisko siinä, että kyllä siinä varmaan mieluummin ottaa tuolta jonkun tytön tueksi ja turvakseen. Kuin mieshoitajan. Että tommonen vanha mummo joka nyt ei varmaan ole itseensä paljon tuota... kyllä nuo vanhemmat miehet menee sitten Taistonkin<sup>22</sup> kanssa. Että ei siinä mitään. Mutta kyllä muutamat naiset on, että ei millään sitten. (Perushoitaja, nainen, 17.12.1996/SE.)

Perushoitaja esittää, että *useinhan* mieshoitajat ovat potilaiden mielikuvissa *lääkäreitä sitten* eikä heidän kanssaan voi siksi mennä pesulle. Lääkäri on oletusarvoisesti miespuolisen henkilö ja perushoitajan mukaan tämä on etenkin iäkkäämpien potilaiden käsitys. Tämänkaltaiset näkemykset kytkeytyvät sosiaalisiin statushierarkioihin: iäkäs ihminen ei tohdi mennä lääkärin kanssa pesulle, mikä osoittaa sekä pesutapahtuman intimitteettiä että sen soveltumattomuutta lääkärin arvokkuudelle. Koska mies nähdään oletusarvoisesti lääkärinä, voidaan tarinaa pitää esimerkkinä siitä, että miessukupuoli kytketään korkeampaan professionaaliseen statukseen. Tämä on eräs tapa tuottaa sellaista hegemonista maskuliinisuutta, joka kytkeytyy patriarkaalisen sukupuolijärjestyksen oikeuttamisprosesseihin (Connell 1995, 77).

On esitetty, että naisvaltaisille aloille hakeutuneet miehet edustavat alistettua maskuliinisuutta, joka rakentuu suhteessa niiden perinteisen miehiseksi katsottujen alojen asemaan, jotka osoittavat hegemonista maskuliinisuutta (Sipilä 1994, 20). Edellä lääkäri tuotti mieshoitajan naismaiseksi mutta naislääkärin sukupuolineutraaliksi. Perushoitajan haastatteluesimerkki osoittaa kuitenkin sen, että myös oletetuissa alistetuissa asemassa maskuliinisuus saa kulttuurisilla statushierarkkisilla rappusilla kunnioitusta osakseen: potilashuoneeseen saapuneen mieshenkilön tulkitaan välittömästi olevan korkeassa sosiaalisessa asemassa.

Haastatteluesimerkissä hoitaja pohtii mieshoitajia perushoidossa myös omakohtaisten asenteiden kautta lausumassa *en mäkään varmaan mielelläni yhtäkkiä, jos mieshoitaja tulee sua suihkuttaa*. Hoitaja *ottaisi* mieluummin *jonkun tytön tueksi ja turvakseen*. Tämä osoittaa nähdäkseni sitä, että intiimit hoitotoimet uskotaankin mieluummin naisten haltuun: miehet ikään kuin suljetaan ulos intiimien asioiden ympäriltä. Intiimin avun tarpeesta huolehtiminen kytkeytyy olennaisesti ruumiillisuuteen. (Tedre 1999, 76-78.) Ruumiin likaisuus ja liasta puhdistautuminen saa tabun

---

<sup>22</sup> Nimi muutettu.



merkityksiä sosiaalisissa konteksteissa (Douglas 1966), mikä ilmenee hoitajan puhuessa *vanhasta mummosta, joka ei varmaan ole itseään paljon tuota*.

Lauseen jättäminen kesken on osoitus sukupuoliseen ruumiillisuuteen kohdistuvasta vaikenemisestä. Koska perushoito kytketään ruumiillisuuteen ja arkaluontoisuuteen, nainen katsotaan luonnolliseksi toimijaksi siinä. (Tedre 1999, 161.) Naisen on katsottu edustavan ruumiillisuutta ja myös ruumiin likaisuutta ja tämän uskotaan olevan eräs sukupuolista eriarvoisuutta konstruoiva aspekti (Douglas 1966). Haastattelukatkelma osoittaa kuitenkin sen, että ruumiillisen avun tarpeista huolehtimisen ja naissukupuolen kytkös on siinäkin määrin luonnollinen, ettei hoitaja itsekään välttämättä haluaisi miehen apua, jos olisi potilaan asemassa.

Aikaisemmin annettiin ymmärtää, etteivät miehet mielellään tee perushoidon tehtäviä. Perushoitajan haastattelussa kävi kuitenkin ilmi se, ettei miesten välttämättä edes annettaisi tehdä niitä, koska kysymys on usein arkaluontoisista toimista. Myös tämä osoittaa sukupuolten välisten valtasuhteiden dynaamisuutta. Nähdäkseni se on jälleen eräs osoitus sukupuolittavien ajattelumallien merkityksellisyydestä: toiset niistä näyttäytyvät hyvinkin luonnollisina. Intiimiä ruumiillisuutta koskevan työn kytkeytyminen naiseuteen on yksi luonnollistunut sukupuolikoodi, joka ylläpitää sukupuolittunutta työnjakoa tai luo sille merkityksiä.

Tämänkaltaisilla työnjakoa ylläpitävillä käsityksillä voidaan kuitenkin pitää yllä sukupuolen sisäistä yhteisöllisyyttä ja muodostaa valtasuhteita sulkemalla toinen sukupuoli tuon yhteisöllisyyden ulkopuolelle. Teoreettisessa professiokeskustelussa puhutaan kaksoissulkeumasta: ammattikunta pyrkii vastustamaan hierarkkisesti ylhäältä heihin kohdistuvaa dominanssia laajentamalla omaa aluettaan, mutta samanaikaisesti se myös pyrkii rajoittamaan muiden pääsyä omalle alueelleen (Witz 1992, 201). Tietyntylaisia sosiaalisen sulkemisen strategioita on nähtävissä myös sukupuolten välisissä ammatillisissa suhteissa.

### 6.3. Sukupuoli työyhteisössä: konsensus ja konflikti

Siinä kun ammattiryhmien väliset suhteet sekä esimies-alaisuudet koetaan sekä harmonisiksi että jännitteisiksi, näin on sukupuolten välisten suhteidenkin kohdalla. Sukupuolierojen kulttuurisia merkityksiä käytetään myös sellaisina tulkinnallisina repertuaareina, joiden kautta jäsenetään kokemuksia nais- ja mieshoitajien välisestä työyhteisötodellisuudesta.

Naiset antavat ymmärtää, että kyvykkyys hoitotoiminnassa johtuu heidän sukupuolestaan. Mieshoitajat eivät saa kovin paljon suosiota ainakaan hoivataitojen osaajina. Vaikka hoitotyö oletetaan feminiinisen kompetenssin areenaksi ja miessukupuoli nähdään pätevänä lähinnä teknisissä toimissa, sosiaalisten suhteiden alueella tilanne näyttää yllättäen erilaisena. Miehet koetaan ehdottoman kompetentteina työyhteisökysymyksissä, mutta naiset pitävät oman sukupuolensa edustajia tässä suhteessa kyvyttöminä ja alttiina työyhteisöllisille kiistoille.

Tämä on kuitenkin vain yksi käsitys sukupuolten välisistä eroista työyhteisöelämässä kardiologisella osastolla: kysymykset sukupuolisesta syrjinnästä ja häirinnästä tuntuvat olevan eräs tekijä, joiden kautta sukupuolten välisiä työyhteisösuhteita tehdään nykyisin merkitykselliseksi. Tutkija nostaa esiin näitä kysymyksiä haastattelutilanteissa ja ne tuottavat edelleen puhetta sukupuolieroista, maskuliinisuudesta ja feminiinisydestä. Käsitteillä sukupuolesta näyttää siis työyhteisön sosiaalisissa suhteissakin olevan melko kaksinaisia funktioita: niiden kautta voidaan perustella sekä työyhteisön harmonista että disharmonista ilmapiiriä tai luoda se tietynlaiseksi. Tarkastelen seuraavaksi lähemmin sitä työyhteisöpuhetta, jota tehdään ymmärrettäväksi sukupuolen kautta.

#### 6.3.1. Niuhattava nainen - tasapainottava mies

Sairaanhoitotyötä koskevissa yhteyksissä sukupuolta tehdään kulttuuristen erottelujen ja niille perustuvien hierarkioiden verkostossa. Samoin näyttää olevan laita työyhteisön sosiaalisten

suhteiden kontekstissa. Erityistä tässä puheessa on kuitenkin se, että vaikka siinäkin tuotetaan sukupuolten välisiä eroja, työyhteisölliset suhteet näyttäytyvät pääasiassa harmonisina naisten ja miesten välillä.

Haastatteluteksteissä esiintyi huomattavan paljon työyhteisöllistä harmoniapuhetta juuri sukupuolen kontekstissa. Useissa haastatteluissa todettiin, että miespuolisia hoitajia pitäisi itse asiassa olla osastolla enemmän. Miesten katsottiin tekevän työilmapiirin paremmaksi ja heidät nähtiin rennompina siinä suhteessa, etteivät he osallistu työyhteisöllisiin konflikteihin. Oman sukupuolensa naiset puolestaan näkivät konflikteille herkkänä osapuolena.

H: Minkälaista merkitystä sillä on sinun mielestä ollut että on enemmän naisia... jos ajatellaan sellaista sukupuolijakaumaa kuin täällä

SH: Joo. No en mä tiedä tuota ehkä ne vois myös tasapainottaa. Tai en mä tiedä onko se vaan sanonta, että naisten välillä on helpommasti... naiset vähän eri tyylillä vie joskus asioita... se tasapainottaa jos siellä on mieshoitaja mukana että en mä tiedä, ei minun mielestä sinä aikana ole mitään vaikeuksia ollut. Kyllä nämä miehet on ihan sopeutuneet tähän työyhteisöön. Mielummin ne tasapainottaa sillä lailla, että jos tulee jotain pientä kärinää niin ne ei ota siihen kantaa. Että kyllä miehet varmaan sopii yhtä hyvin. Saisi olla vaikka enemmänkin. (Sairaanhoitaja, nainen, 16.12.1996/SE.)

Naispuolinen hoitaja esittää vaivihkaa sen, että *naisten välillä on helpommasti esimerkiksi pientä kärinää* ja että naiset *vähän eri tyylillä vie joskus asioita*. Kuitenkin hän reflektoi naisten konfliktiherkkyyttä pääasiassa kulttuurisena ajattelumallina lausumassa *tai en mä tiedä onko se vaan sanonta*. Miesten *tasapainottava* vaikutus syntyy siitä huolimatta juuri suhteessa tämänkaltaisiin työpaikkakonflikteihin, joihin he *eivät ota kantaa*. Tämän perusteella naishoitaja lopulta olettaa *miesten sopivan varmaan yhtä hyvin* hoitotyöhön.

Vaikuttaa kiinnostavalta, että vaikka miesten soveltuvuutta hoitotyöhön on kyseenalaistettu usealla taholla työsuoritteisiin ja hoitotaitoihin liittyvissä konteksteissa, oletetaan kuitenkin, että työyhteisön ilmapiirin vuoksi miespuolisten henkilöiden olisi suotavaa työskennellä osastolla, sillä he tuovat työyhteisön ilmapiiriin tiettyä rentoutta (k. myös Korvajärvi 1998, 69-70). Sukupuolten väliset erot tai miesten totaalinen erilaisuus nähdään työyhteisökontekstissa myönteisenä asiana. Naissukupuolen edustajat tuotetaan näissä yhteyksissä melko hankalina työtovereina eli kielteisin merkityksin.

H: No mitäs sä ajattelisit että minkälaiseksi tekisi tämän työnteon tai ilmapiirin tai tällaisen jos olisi miehiä enemmän?

SA: Joo no en mä.. se voisi olla hyväkin sillä tavalla kun akkavalta on aina sellainen että siellä on sellaisia niuhottajia paremmin. Mä olen ollut miesvaltaisessa työpaikassa. Kyllä siellä sanottiin jos oli sanomista ja sillä sipuli. Siellä ei sitten niuhotettu yhtään mistään. (...) Että se olisi hyvä tällaiseen työpaikkaan ottaa muutama mies. (...) Ei yhtään varmaan pahitteeksi olisi jos olisi vähän enemmänkin. (Sairaala-apulainen, nainen, 17.12.1996/SE.)

Esimerkin sairaala-apulainen esittää naisten keskuudesta löytyvän *niuhottajia*. Hänen tuntemassaan miesvaltaisessa työpaikassa sen sijaan niuhottajia ei ollut. Työyhteisön kontekstissa sukupuolten välinen vastakkainasettelu on hyvin selkeä: miehet oletetaan suuremmiksi, rennommiksi ja rauhaa rakastaviksi työtovereiksi, kun taas naisten välillä annetaan ymmärtää olevan kaikenlaista riitaa. Arkiajattelussa keskinäisen nahistelun ja yhteistyökyvyttömyyden katsotaan olevan luonteenomaista juuri naisille. Sairaala-apulainen käyttää myös ilmaisua *akkavalta*. ”Akoittelu” voidaan tulkita seksistiseksi kielenkäytöksi (Cameron 1996, 136-138). Edellisessä jaksossa esitin, että naiset tuottavat melko vähätteleviäkin merkityksiä hoivaamisen piirteistä silloin, kun kysymyksessä ovat sukupuolittuneet piirteet. Kuten hoitotyön kontekstissa, myös työyhteisöön liittyvissä kysymyksissä naiset tuntuvat jäsentävän omaa toimintaansa kielteisten sukupuolittavien määreiden kautta.

Haastatteluaineistossa ilmenee siis ristiriitaisuuksia sen suhteen, millaista merkitystä miespuolisilla hoitajilla on työpaikan arkipäivässä. Joissakin kyselylomakevastauksissa hoitotyön ei oikein katsota soveltuvan miehille, mutta haastatteluissa välitetään mielikuva, että työyhteisön ilmapiiri paranisi, jos miespuolisia hoitajia saataisiin joukkoon enemmän. Sukupuolieroa tehdään siinä, että uskotaan naisten olevan herkempiä työyhteisöllisille kiistoille kuin miesten. Naishoitajat itse tekevät naisista konflikteille alttiin osapuolen ja antavat ymmärtää, että miehet ovat tässä suhteessa reilumpia työtovereita.

Sukupuolten keskinäisessä harmoniapuheessa tuntuu olevan yhtymäkohtia siihen nähden, mitä edellisessä luvussa esitin työyhteisöllisestä harmoniasta. Haastattelupuheessa on esiintynyt myös ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja työyhteisöllistä hyvinvointia koskevia diskursseja. Työyhteisöllinen konsensus tuntuu sukupuolen kontekstissa syntyvän sukupuolten välisen täydentävyyden myötä: miehet parantavat työyhteisön ilmapiiriä. Yhteistyön ja tasapainon korostamisesta huolimatta haastattelupuheessa sitoudutaan sukupuolieroja tuottaviin

merkitysjäsennyksiin työpaikkakontekstissa siten, että uskotaan juuri miesten ja naisten erilaisuuden mahdollistavan harmonian.

### 6.3.2. Häiritty nainen - häiritsevä mies

Hoitotyön työtehtävät rakennetaan sukupuolten mukaan eriytyneiksi, mikä implikoi myös työyhteisöllisten konfliktien mahdollisuutta. Kun taas puhutaan viihtyvyydestä työpaikalla, sukupuolten välillä ei näytä periaatteessa olevan konfliktia. Harmonian edellytykset näyttävät kuitenkin sukupuolispesifeinä: miesten ja naisten työyhteisöllinen toiminta jäsenetään harmoniaa korostavissa puhetavoissa sukupuolten välisten erottelujen kautta.

Sosiaalinen konsensus naisvaltaisessa työyhteisössä miesten kanssa löytyy siitä, että miehet toimivat jos eivät nyt kiistojen sovittelijoina, niin ainakin ilmapiirin puhdistajina, koska eivät ota turhiin kiistoihin osaa. Konsensus ei kuitenkaan näytä olevan aina vallitseva asiointila sairaalaosaston käytävillä. Sukupuolinen syrjintä ja häirintä esiintyy joissakin haastatteluissa erillisenä sukupuoleen kytkeytyvänä teemana. Tässä sukupuolten välille tuotetaan jo lähtökohtaisesti konflikti työyhteisösuhteissa.

Käsittelin edellisessä jaksossa haastatteluesimerkin kautta tapausta, jossa haastateltu perushoitaja luottamusmiehen asemassa esitti erään virantäyttöprosessin johtaneen valitukseen sukupuolisesta syrjinnästä. Tutkija esittää kysymyksen häirinnän teemasta myös ylihoitajalle. Sukupuolinen häirintä on määritelty ei-toivotuksi seksuaalisten vaatimusten esittämiseksi epätasapainoisessa valtasuhteessa (Varsa 1996, 125). Haastateltava kertoo sukupuolisen häirinnän kontekstissa tapauksen, jossa miespuolinen hoitaja oli ryhtynyt käyttämään naisten pukuhuonetta.

H: No tota sitten tämmöinen kysymys, joka voi tuntua vähän kummalliselta tämmösessä työyhteisössä, mutta... niin tapahtuuko sun mielestä täällä ja onko tullut esiin tämmöistä sukupuoleen kohdistuvaa häirintää? Ahdistelua?

YH: Siis työpaikalla?

H: Niin.

YH: En minä kyllä ole koskaan kuullut semmoisesta. Ei mulle oikeastaan tullut edes mieleen, että ei varmaan ole silloin kun...

H: Joo. Se on tietysti, kun tilannehan on se, että täällähän on erittäin vähän toista sukupuolta. Mutta on nyt kuitenkin. Mutta ei sitten myöskään ole tullut sulle valituksia, että naiset olis käynyt sulle valittamassa tällaisia osastolta?

YH: No joskus on semmoinen, mutta en mä tiedä kyllä että se ei varmaan nyt kyllä liity tähän, mutta sellainen mikä tuli nyt mieleen niinkuin meillähän on niinkun naistyöntekijöillä ja miestyöntekijöillä omat pukuhuonetilat tuolla, missä vaihdetaan työvaatteita. Niin sinne asettautui kerran yksi mies niinku pukemaan. Ja se henkilökunta, jotka siellä puki niin oli sille kyllä sanonut, että etkö nyt voisi katsella muualta jostain pukukaapin. Ja kun se ei niinkun tästä kehotuksesta sieltä siirtynyt niin silloin sitten tultiin mulle, että mee nyt sinä sanomaan sille että sen on sieltä häivyttävä. Että tällanen. Ei se siis ole tällaista, mutta en tiedä oisko siinä ollut jotain tällaista tirkistelymielenkiintoa tai jotain semmoista tällä tyypillä ollut, että halusi siellä sitten pukea vaan.

H: Itsepintaisesti.

YH: Itsepintaisesti vaikka se joukko sitten niinku anto ymmärtää, että.

H: Joo. Ja sitten tätähän ei ilmeisesti ei näillä aloilla myöskään tule, että potilaat häiritsisi sukupuolisesti?

YH: Ei varmaan. Ja se on sitten kyllä ihan tällaisesta sekavuudesta tai jostain johtuvaa, jos on tällaista tuota niin. Ei kyllä sellaista.

H: Siitäkään ei ole tullut sulle?

YH: Ei ole kyllä tullut. Eikä ole miehetkään valittanu, että naiset olis ahdistellu. Kyllähän se näinkin päin taas sitten että.

H: Kyllä, joo. (Ylihoitaja 22.2.1989/RJ.)

Esimerkin pitkäkö johdattelu aiheeseen ennen kuin päästään varsinaiseen asiaan sukupuolisesta häirinnästä osoittaa sen, että asia katsotaan arkaluontoiseksi. Tutkija valmistelee haastateltavaa kyseiseen teemaan toteamalla, että seuraa *kysymys, joka voi tuntua vähän kummalliselta tällaisessa työyhteisössä*. Siinä pohditaan kysymyksen relevanttiutta luultavasti siksi, että miehiä työskentelee sairaalamaailmassa suhteellisen vähän. Haastateltava ikään kuin punnitsee asiaa sen suhteen, onko se luokiteltavissa häirintätapaukseksi, mikä ilmenee lausumassa *ei se varmaan kyllä liity tähän*. On havaittu, että haastattelutilanteissa epämiellyttävien asioiden kohdalla haastateltava pyrkii esittämään asiat mahdollisimman parhain päin. Kysymys on tietynlaisesta ”onnellisuusmuurista”, joka voi haastattelutilanteen edetessä murtuakin. (Roos 1987.) Ylihoitajan kohdalla tämä merkitsee sitä, että hän kieltää ensin häirintätapauksia esiintyneen, mutta lopulta kertoo kuitenkin pukuhuonetapauksen.

Haastattelija kysyy, *onko naiset käyneet valittamassa sinulle tällaisia osastolta*. Sukupuolista häirintää kohdistuu siis käsityksen mukaan naisiin: naiset ovat tässä oletusarvoisesti häirinnän kohteita. Ylihoitaja kuitenkin muistuttaa lopussa, että myöskään miehet eivät ole valittaneet, että naiset olisivat ahdistelleet, koska *kyllähän se on näinkin päin taas sitten*. Oletusarvo naisista pääasiallisina häirinnän kohteina tulee tässä esiin käänteisesti: otetaan erityisesti esiin se, että naisetkin toki voivat ahdistella sukupuolisesti niin, ettei se ole vain miesten käyttäytymisongelma.

Kysymys on kuitenkin konsensuksen mahdollisuudesta keskellä konfliktikenttää: se seikka, että naisetkin voivat ahdistella, saattaa tilanteen tasapainoisemmaksi, kuin mitä sen ensin oletettiin olevan. Koska ylihoitaja ottaa sen esiin vielä sen jälkeen, kun on puhuttu potilaiden potentiaalisesta ahdistelusta, korostaa sitä, että tämä kompensatioaspekti tuntui välttämättömältä. Myös alun varovaisen suhtautumisen asiaan ja se, että tilanne nähdään harmonisena voidaan tulkita osoittavan pyrkimystä konsensukseen konfliktialueella.

Varsinaisista syrjintä- ja häirintätapauksista kerrottaessa näyttää olevan lupa värikkäällekin retoriikalle, kuten apuhoitajan kertomuksessa miespuolinen henkilön virkaan valinnasta *siksi, että sillä on munat* ja ylihoitajan pohdiskelussa sitä, *olisikohan ollut tirkistelymielenkiintoa tällä tyypillä*, joka asettautui pukemaan naisten pukuhuoneeseen. ”Tyypä” - ilmaisun käyttö kyseisestä henkilöstä tuottaa hänen toimintansa poikkeavaksi tai vähintään kummalliseksi. Sukupuolisen syrjinnän ja häirinnän ehdoton sosiaalinen tuomittavuus rakennetaan tämänkaltaisten sanavalintojen kautta.

Kiintoisaa haastatteluesimerkissä on kuitenkin se, että työyhteisöllinen konflikti tuotetaan sukupuolten välille jo lähtökohtaisesti nostamalla esiin miesten naisiin kohdistaman potentiaalisen häirinnän. Tämä siitä huolimatta, että eräiden tutkimusten mukaan työpaikoillaan ainoina toimivia miehiä tai naisia, kuten esimerkiksi miessairaanhoitajia, ahdistellaan enemmän kuin niitä, jotka toimivat sukupuolirakenteeltaan yhtenäisemmillä työpaikoilla (Högbacka ym. 1987; Haavio-Mannila 1991). Naisvaltaisella sydäntautiosastolla pitäisi siis tutkimustulosten mukaan käydä juuri päinvastoin kuin mitä haastattelukatkelmassa annetaan ymmärtää. Esimerkin valossa vaikuttaakin siltä, että nainen seksuaalisuuden kohteena tai sen uhrina on myös yksi kulttuurisesti vallitseva sukupuolittava käsitys.

Erikoista katkelmassa on tutkijan oletus siitä, että *näillä aloilla ei myöskään tule sitä, että potilaat häiritsisivät sukupuolisesti*. Ylihoitajakin kieltää melko jyrkästi sen, että potilaiden taholta olisi ollut olemassa häirintätapauksia. Potilaiden hoitohenkilökuntaan kohdistamaa sukupuolista ahdistelua on tutkittu muun muassa mielisairaanhoitajien keskuudessa (Mankkinen 1994). On ilmennyt, ettei henkilökunta kovin usein määrittele potilaiden taholta heihin kohdistuvaa ei-toivottua seksuaalista käyttäytymistä sukupuoliseksi häirinnäksi tai ahdisteluksi. Tämän on katsottu johtuvan siitä, että häirintä kytkeytyy vallankäyttöön: potilaalla ei ole henkilökuntaan nähden muodollista valtaa eikä potilaita haluta mieltää vallankäyttäjiksi myöskään tässä merkityksessä. Haastattelukatkelman ylihoitaja väittää, että jos häirintätapauksia ilmenee, *se on sitten kyllä ihan*

*tämmöisestä sekavuudesta tai jostain johtuvaa.* Potilaan ahdistelevalle käytökselle annetaan siis medikaalinen syy. Potilasta ei tässäkin konstruoida vallankäyttäjäksi vaan syyntakeettomaksi osapuoleksi.

Sukupuolisesta syrjinnästä ja häirinnästä kysyttiin aineistossa ainoastaan vuonna 1989 ja on sinällään kiinnostavaa, että haastateltavat nostivat esiin juuri nämä kaksi tapausta. Niiden valossa näyttää siltä, että sukupuolisen syrjinnän ja häirinnän kontekstissa sukupuolten väliset suhteet tuotetaan lähtökohtaisesti konflikteille alttiina ja epätasa-arvoisina. Puhe sukupuolisesta syrjinnästä ja häirinnästä on yksi vallitseva diskursiivinen tapa tuottaa ja jäsentää sukupuolten välisiä jännitteitä työyhteisösuhteissa. Tästä huolimatta tilanne pyritään näkemään siten, ettei vain yhtä osapuolta voida pitää konfliktien aiheuttajana: mahdollisuus siihen, että häirintään voi syyllistyä yhtä hyvin nainenkin näyttäytyy ikään kuin pyrkimyksenä palauttaa tasapaino konfliktialttiilla alueella.

Tämä kytkeytyy muuhunkin puheeseen työpaikan sosiaalisista suhteista: henkilöstöryhmien ja erillisten työntekijöiden välistä tasa-arvoisuutta tai yhteistyötä korostava merkitysjäsennys on melko tärkeässä asemassa. Nähdäkseni kyse ei kuitenkaan kaikilta osin ole erityisestä nyky-yrityksestä tulkita sukupuolten väliset suhteetkin tietyn sosiaalisen konsensuksen ideologisten merkitysten kautta. Kyse lienee ehkä lähinnä siitä, että sukupuolten välisissä suhteissa on pyrkimys täydentävyyteen tai tiettyihin kompensatioaspekteihin työyhteisöelämän alueella. Miestähän ei esimerkiksi työtoverina tuomita, vaan häntä pidetään hyvin tervetulleena työyhteisöön. Sen sijaan työelämän arjessa tilanne muuttuu olennaisesti, kun lähdetään tekemään erilaisiin kompetenssiin liittyvää identiteettityötä – silloin sukupuoleen perustuvat erot toimivat sosiaalisena erotteluperusteena ja valtataistelun areenana.

#### 6.4. Sukupuoli ja hoitotyö - harmoniaa vai hierarkiaa?

Luvussa olen halunnut selvittää, miten asemaa ammatillisessa ja sosiaalisessa hierarkiassa perustellaan sukupuolen kautta kardiologisten hoitajien haastattelupuheessa. Olen löytänyt erilaisia



tapoja määritellä, ymmärtää tai tuottaa sukupuolieroja, mikä kertoo näiden kulttuuristen rajanvetojen vaihtelevuudesta, mutta ennen kaikkea niiden merkityksellisyydestä työelämässä.

Sukupuolikonstruktiot näyttäytyvät aineistossa kulttuurin tarjoamina tulkintakehyksinä, jotka vaihtelevat erilaisissa sosiaalisissa yhteyksissä: niillä voidaan sekä perustella ja oikeuttaa erilaisia ajattelu- ja toimintatapoja että kyseenalaistaa niitä. Sydäntautiosastolla tehdyissä haastatteluissa sukupuolen mukaisia erotteluja tehdään pääasiassa työnjaon ja työyhteisön sosiaalisten suhteiden konteksteissa. Sukupuolierot saavat merkityksiä sen mukaan, mitä myönteistä tai kielteistä niillä on: mitä sosiaalisia tulkintoja ja käytäntöjä ne yhtäällä oikeuttavat ja mahdollistavat ja mitä ne toisaalla rajoittavat.

Olen osoittanut, että sukupuoli on olennainen ammatillisen kompetenssin ja omanarvontunnon lähde: naisten työn ja miesten työn kulttuuriset kategoriat tuntuvat toimivan tärkeinä resursseina silloin, kun työlle haetaan mielekkyyttä. Oma sukupuoli on siten tärkeä samastumiskohde myös ammatillisessa mielessä. Erityistä on se, että tätä mielekkyyttä haetaan kulttuurisesti vallitsevista käsityksistä sukupuolesta ja niitä hyödynnetään erilaisiin tarkoituksiin. Sukupuolikäsitteiden kautta voidaan saattaa oma tai muiden toiminta moraaliseksi tai kyseenalaiseksi.

Naissukupuolisten hoitajien kesken rakennetaan yhteisöllisyyttä tuottamalla naiset ahkerammiksi ja hoitotyöhön soveliaammiksi. Toisaalta yhteisöllisyyttä rakennetaan myös sukupuolten välille luokittelemalla sairaalassa työskentelevät miehet naismaisiksi tai ”yksiksi tytöistä”. Kaiken kaikkiaan hoitotyössä toimimista jäsenetään eräänlaisen naisnormatiivisuuden mukaan. Naisvaltaisuudesta huolimatta hoitotyön piiristä implikoidaan löytyvän myös maskuliinista dominanssia sukupuolisen syrjinnän ja teknologiakeskeisyyden myötä. Konfliktit sekä työnjaon että työyhteisön tasolla syntyvät miehelle oletetun hänen sukupuolestaan johtuvan aseman kautta. Karkeasti sanoen maskuliinisuudella perustellaan kielteisiä vaikutuksia ja feminiinisyydellä myönteisiä. Tämä pätee kaikkiin muihin konteksteihin, paitsi työyhteisösuhteisiin: työyhteisökonfliktin uhatessa maskuliininen rentous nähdään myönteisenä asiana.

Sairaanhoitajien keskinäistä yhteisöllisyyttä pidetään kuitenkin yllä myös sukupuolittuneesti: käsityksillä naisten työstä oikeutetaan sitä yhteisöllisyyttä, joka muodostetaan muutamaan mieshoitajaan nähden. sukupuoli on olennainen resurssi sekä ammatillisen identiteetin että myös sen identiteetin kannalta, jota rakennetaan työssä selviytymisessä ja työyhteisöllisessä toiminnassa. Naiset painottavat sitä, että hoitotyössä tarvitaan juuri niitä kykyjä, joiden kulttuurisesti katsotaan

olevan luonteenomaisia naisille. Tällä on yhtymäkohtia myös tulkintaan siitä, että hoitotiede muodostuu diskursseista, jotka korostavat naisten hoivataidon merkitystä hoitajan ammatissa. (Witz 1994, 37, 39.) Se johtaa käsitykseen, että sukupuoli ei ole vain miehisen dominanssin ja naisten alistamisen kenttä: sukupuolierojen painottaminen on olennainen elementti hoitajien omanarvontunnon ja ammattiaseman vahvistamisessa.

Samankaltaisista diskursiivisista valtaistumisen prosesseista on kysymys myös haastattelupuheissa esiintyneestä tavasta esittää mies teknologisesti orientoituvana työntekijänä hoitotyön arjessa. Nainen hoivan ammattilaisena saa kulttuuriseksi stereotyyppiaparikseen tekniikan miesammattilaisen. Orientaatio erilaisiin työtehtäviin tuottaa sukupuolten välistä segregaatiota sekä edelleen konfliktin aineksia, kun taas harmoniaa ja keskinäistä täydentävyyttä ilmennetään pääasiassa työyhteisön sosiaalisten suhteiden tasolla. Aiemmin esitin, että yhteistyöretoriikka ammattiryhmien välillä on hegemonisessa asemassa. Samankaltaista harmoniaa tuotetaan myös olettamuksiin sukupuolten välisistä sosiaalisista suhteista.

Vaikka miehet koetaankin työyhteisössä diplomaattisemmiksi kuin naiset, miehet ovat kuitenkin tietyssä marginaalissa hoitohenkilökunnan keskuudessa. Käsitykset naismaisista miehistä hoitotöissä tuottavat sellaista feminiinisyyteen perustuvaa maskuliinisuutta, joka on mielletty alistetuksi. Sen lisäksi rakennetaan myös sukupuolittunutta ammattiryhmien välistä hierarkiaa esittämällä mieshoitaja tiettyinä kummajaisena siinä kun lääkärin ammattikunta näyttäytyy sukupuolineutraalina.

Käsitykseni mukaan tämä on eräs osoitus feminiinisyyden alistetusta asemasta sukupuolijärjestelmässä: naisten työn tulkintakehyksen kautta ilmennetään aliarvostusta sillä kentällä, jolla hoitotyölle annetaan merkityksiä. Alistuminen ja alistaminen saavat merkityksensä feminiinisyydestä ja maskuliinisuudesta sekä siitä, miten näille ulottuvuuksille perustuvia käsityksiä tuotetaan erilaisissa selonteoissa. Sukupuolittuneita ominaisuuksia ei voida suoranaisesti palauttaa reaaliseseen mies- tai naissukupuoleen, vaan siihen, miten niitä rakennetaan erilaisissa käsityksissä mieheydestä ja naiseudesta. Valtasuhteita tuotetaan ja ylläpidetään niillä diskursiivisilla kentillä, joissa näkemykset sukupuolesta elävät.

Naiset tuottavat oman sukupuolensa naistyölle ja naisten luontaisille ominaisuuksille perustuvien kulttuurisin määrein. Tätä tapahtuu sekä myönteisissä naisten erityislaatua korostavissa pyrkimyksissä että kielteisissä implikaatioissa siitä, että miehet eivät arvosta naisten työtä, hoivaa

eivätkä otsan pyyhkimistä. Naisten työn vähäinen arvostus juontuneen sen epäproduktiivisesta luonteesta. Naisen yhteiskunnallinen asema on määrittynyt reproduktiivisen toiminnan kautta: kotitaloustyö on ollut perinteisesti naisten aluetta. Hoivatyötä on tarkasteltu niin ikään reproduktiivisena naisten työnä. (esim. Julkunen 1986; Henriksson 1998, 33.)

Sukupuolijärjestelmän katsotaankin muotoutuneen juuri niiden tehtävien kautta, jotka miehille ja naisille ovat historiallisesti määrättyneet. (esim. Rantalaiho 1986.) Sukupuolittavat tekijät sairaalatyössä ovat kuitenkin osin muuttuneet: vaikka myös lääkärin työ voidaan määritellä reproduktiiviseksi ja työvoimaa uusintavaksi työksi (Hugman 1991, 20), sitä ei enää nykyisin mielletä sukupuolispesifiksi ammatiksi. Lääkärin ammatti perinteiseksi asiantuntijaprofessioksi mielletynä sisältää sosiaalista ja kulttuurista prestiisiä ja Kolehmainen mukaan (1999, 109) se on muuttunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana tasa-ammattiksi sukupuolen suhteen. Sen sijaan hoitotyöhön liittyy edelleen vahvoja sukupuolikonnaatioita, joita käytetään hyväksi kulttuurisina tulkintaresursseina.

Eräiden näkemysten mukaan on vaikeaa määritellä, selitetäänkö maskuliinisuuden ja feminiinisuuden kulttuurisilla koodeilla tai representaatioilla jotakin olemassa olevaa vai konstruoivatko ne itsessään kohteensa. (Davies 1995a; Wicks 1998, 9, 14.) Hoitajien haastatteluissa esiintyvät sukupuolen kulttuuriset koodit, kuten nais- ja miestyölle annetut merkitykset konstruoivat maskuliinisuutta ja feminiinisuutta aina erilaisiksi erilaisissa konteksteissa: prosessilla on esimerkiksi se vaikutus, että näiden konstruktioiden kautta sukupuolten välille rakennetaan erilaisia valtasuhteita ja niitä edelleen ylläpidetään tiettyjen käsitysten kautta maskuliinisuudesta ja feminiinisuudesta.

Esimerkiksi ammattitaitoinen hoiva määritellään näkymättömäksi osaamiseksi, jossa interpersonaalilla kyvyillä on ratkaiseva osuus potilaan taudinkuvan ymmärtämisessä. Sanotaan muun muassa, että pelkkä oppikirjatieto ei riitä taitoon diagnosoida potilaan vaiva sen kokonaistilanteen kautta, jonka hoitaja hahmottaa työskentelemällä toistuvissa potilaskontakteissa. (Davies 1995b, 21-22.) Aineistossa naishoitajat käyttävät hyväkseen kulttuurisesti sinnikästä käsitystä siitä, että naiset ovat tällaisten interpersonaalisten taitojen luontaisia osaajia. Tämänkaltaisella merkityksenannolla on nähdäkseni olennaista merkitystä työssä selviytymisen ja yhteisöllisen kiinteyden ylläpitämisen kannalta. Identiteetin suhteen tällä on olennaista arvoa ja erottelu osoittaakin, että myös sukupuolten väliset suhteet ovat niitä valtasuhteita, joiden kautta ammatillisuutta peilataan ja tehdään merkitykselliseksi.

Vaikka esimerkiksi hegemoninen maskuliinisuus kytetäänkin sosiaaliseen statukseen, näkemykseni mukaan mieshoitajien positioiminen teknologisiin ja ratkaisukeskeisiin toimiin on niin ikään eräs hegemonisen maskuliinisuuden ilmenemismuoto, joka taas voidaan kytkeä keskusteluun profession päämäärärationaalisen luonteen ja maskuliinisuuden välisestä yhteydestä (Wajcman 1991, 151-159; Davies 1995b). Tässä yhteydessä hegemonisen maskuliinisuuden voidaan katsoa liittyvän hoitotyöprofession teknologiakeskeisiin kehitysnäkymiin. Valta-asetat ovat siis sukupuolen suhteen jatkuvassa määrittelyn tilassa, eikä erilaisia toimintapositioneita voida kytkeä kiinteisiin valta- ja alistussuhteisiin.

## 7. Tutkimuksen päätös: sairaanhoidon ammatillisuus valtasuhteiden moninaisuutena

Tutkimuksen johdannossa esitin, että Tilastokeskuksen ammattiluokituksessa sairaanhoito katsotaan asiantuntijatyöksi ja perushoito hoitotyöksi. Analyysini osoittavat, että sekä kardiologisten sairaanhoitajien että perushoitajien ammatillisuus perustuu vaativalle asiantuntemukselle ja tietämykselle. Vaikka tämä seikka onkin hyvin tärkeä molempien ammattiryhmien ammatillisuuden kannalta, tutkimusprosessin aikana olen kuitenkin saanut selville olennaisia seikkoja siitä, minkälaisen elementtien varaan näiden ammattiryhmien sosiaalinen asema rakentuu. Olen osoittanut, että ammatillista asemaa perustellaan ja identiteettiä rakennetaan suurelta osin valtasuhteiden kautta niissä sosiaalisissa suhteissa, jotka ovat ammatillisesti olennaisia.

Valtasuhteet näyttäytyvät erilaisina sosiaalisina jakoina ja erotteluina kielenkäytössä. Näiden luokittelevien ja kategorisoivien mekanismien kautta tuotetaan erilaisia hierarkkisia asemia yhteisön sosiaalisten suhteiden keskelle, mutta erilaiset kielelliset luokittelut ja eronteot ovat funktionaalisia myös vallitsevien hierarkkisten suhteiden ylläpitämiseksi. Ammatillinen identiteetti rakentuu siis ennen kaikkea siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa asianomainen työskentelee. Pätevänä asiantuntevana ammattilaisena oleminen ei tällöin riitä esimerkiksi sairaanhoitajien tai perushoitajien aseman perusteeksi, vaan olennaisinta merkitystä on juuri sillä, miten valtasuhteet järjestävät tätä ammatillisuutta siinä yhteisössä, jossa työskennellään. Viime kädessä asiantuntijayhteisön toimintaa sanelevat erilaiset organisatoriset, mutta myös yhteiskunnalliset reunaehdot, jotka mahdollistavat mielekkään asiantuntijatoiminnan. Näitä ovat muun muassa ammattiryhmien välinen työnjako ja koulutus pohja. Näin asiantuntijaorganisaatioiden ylläpitämät vaatimukset asiantuntemuksesta, osaamisesta ja ammattitaidosta alkavat näyttäytyä enemmän tai vähemmän retorisenä julkisivuna, joka virallisesti esitetään ulkomaailmalle.

Niin sairaanhoitajan kuin perushoitajankin ammatillisuus näyttää elävän käsityksissä potilashoidosta ja ammatillisesta osaamisesta, ammatillisesta moraalista, vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa ja työyhteisön jäsenten sekä sukupuolten välisistä suhteista. Hoitajat tekevät näihin tekijöihin liittyvien teemojen, diskurssien ja merkitysrakenteiden kautta ymmärrettäväksi

ammattillista identiteettiään sosiaalisessa ja kulttuurisessa mielessä. Nämä tekijät näyttäytyvät erilaisina sosiaalisina kenttinä, joissa määritellään ammatillisia asemia.

Moraalisen aineksen myötä pidetään yllä potilashoidon asiantuntijuutta tekemällä ymmärrettäväksi inhimillisen ja laadukkaan potilashoidon periaatteita, mutta moraalisten käsitysten kautta perustellaan myös ammattiryhmä- ja sukupuolikohtaisia jakoja. Moraalinen ulottuvuus näyttää siis toimivan sekä kollektiivisessa että yhteisöä erottelevissa merkityksissä. Kardiologinen sairaanhoito on useassa eri suhteessa kollektiivista toimintaa ja näyttää siltä, että tällä osastolla kollektiivisuutta määrittävät lähinnä ammattiryhmäjoille perustuvat käsitykset työn luonteesta sekä (nais)sukupuoli. Yksilöllisetkin suoritukset toki sallitaan, mutta potilaan hyvinvointi tuotetaan moraalisenä normina, joka säätelee osaston toimintaa sekä ammatillisessa että yhteisöllisessä mielessä. Ammatillista kehittymistä pidetään tärkeänä, mutta sen ikään kuin tulee kuitenkin olla alisteinen tietynasteiselle uhrautuvuudelle potilaan eteen. Tämä on hyvin keskeinen ammatillista yhteisöllisyyttä ylläpitävä tekijä.

Työpaikan henkilögalleriassa haetaan omaa paikkaa suhteessa ammattikuviin ja työtehtäviin sekä ammatillisen kompetenssin ulottuvuuksiin, joiden kautta muokataan sosiaalisia asemia niin ammatillisessa kuin moraalisessakin mielessä. Ammattiryhmä ja sukupuoli toimivat olennaisina ammattitoimintaa jäsentävinä sosiaalisina kategorioina. Periaatteessa voisi tehdä sellaisen varsin yksinkertaistavan tulkinnan, että tietämyksellä ja asiantuntemuksella on olennaista merkitystä juuri ammatillisten arkikäytäntöjen ja sosiaalisten suhteiden kannalta. Tämä siksi, että ammatillista osaamista vertaillaan jatkuvasti muiden osaamiseen ja omalla asiantuntemuksella pyritään myönteisessä mielessä erottautumaan muista.

Tässä merkityksessä tulkitsisin asiantuntemuksenkin erääksi sosiaalisen pääoman muodoksi, joka jäsentää ja ilmentää erilaisia sosiaalisia tiloja. Pierre Bourdieun mukaan ”sosiaalinen tila on näkymätön todellisuus, jota ei voi osoittaa sormella eikä koskea ja joka järjestää toimijoiden käytännöt ja esitykset” (1998, 20). Tämä sosiaalisen tilan määritelmä kuvaa nähdäkseni hyvin asiantuntijaorganisaatiossa työskentelevien ihmisten todellisuutta, jossa erilaisten osaamis- ja tietämiskompetenssien kautta tehdään jatkuvaa kategorisointia ja luokittelua niin, että niiden merkitys on olennainen sosiaalisten suhteiden ja statusjärjestelmän kannalta. Samalla ne ovat tulkittavissa todelliseksi vallankäytön lähteeksi niin professionaalisessa kuin yhteisöllisessäkin merkityksessä.

## 7.1. Tietämyksen merkitys ja professionaalinen valta

Mitä hoitotyöhön tulee, kardiologisen sairaanhoidon tuntemus kantaa hoitajien keskuudessa varsinaisen ammattitiedon statusta. Kokonaisvaltaista potilashoitoa koskevat periaatteet puolestaan näyttelevät eettisten periaatteiden roolia. Tämä tilanne vaikuttaa hyvin ”foucault ’laiselta”:

on kaksi eri tieto- tai uskomusjärjestelmää, joiden rooli vaihtelee sen mukaisesti, minkälaisen statuksen ne saavat erilaisissa asiayhteyksissä. Lääketieteellinen tietämys näyttäytyy työn kovana ytimenä, jota ei sovi arvioida, kyseenalaistaa eikä tehdä merkityksettömäksi. Hoitotyön tieto puolestaan näyttäytyy eräänlaisena itsestäänselvyytenä sekin, mutta sen merkitys on pikemminkin moraalinen kuin ammatillinen. Yhtä kaikki molempien tietojärjestelmien myötä voidaan asettua asiantuntijan asemaan ja esittäytyä rutinoituneena ammatillisena. Hoitotieteellisen tiedon emotionaaliset sävyt vaikuttavat selkeän ammatillisilta diskursseilta.

Yksi tutkimustehtäväni oli pohtia näiden hoitajien hyödyntämien tietojärjestelmien välisiä jännitteitä. Asetelma saattoi olla tietyllä tavalla päämääräinenkin, mutta analyysi antoi kiinnostavaa tietoa siitä, millä eri tavoin ”asiantuntijaintieto” voidaan ymmärtää. Se on ammattitietoutta, jota välitetään, mutta ammattitieto voidaan toki rinnastaa myös ammatissa vallitseviin eettisiin periaatteisiin, jotka ovat niin ikään tulkittavissa ammatillisiksi tietämykseksi. Kolmas tapa tehdä asiantuntijuutta tai asiantuntijaidentiteettiä merkitykselliseksi on puhua yleisesti ottaen vain työn vaatimasta ”asiantuntemuksesta”.

Tämä merkitysmaailma alkoi näyttäytyä kuitenkin paljon kiinnostavammalta siinä vaiheessa, kun havaitsin, että jännitteet elävät ennen kaikkea tiedon kantajien keskuudessa sekä tietäjän ja tietämisen kohteen välisessä vuorovaikutuksessa. Tietämyksen merkitys ammattiaseman kannalta tulee siis reaaliseksi vasta organisaation sosiaalisissa suhteissa. Lääketieteen ja hoitotieteen asema vertautuu melko suoranaisesti siihen, kenellä on lupa kantaa niiden asiantuntijan statusta. Kardiologisten hoitajien ammatillinen tietämys on luonnollisesti kuitenkin merkityksellisintä tuon tiedon kohteelle eli potilaalle.

Kysymys on olennaisesti asiantuntijavallan merkityksestä sosiaalisille suhteille. Väitänkin, että asiantuntijuus ja asiantuntijoiden harjoittama valta elää hyvinkin pitkälle sillä retorisisella tasolla, jolla asiantuntijan asema rakennetaan ja jolla sitä pidetään yllä. Siten vallan merkitys näyttäytyy

epistemologisina suhteina ja asemina, jotka ovat sidoksissa tietojärjestelmien ja diskurssien välisiin suhteisiin (Foucault 1972). Lääketieteellä ja teknis-lääkinnällisellä tietämyksellä on perinteisesti hyvin vankka asema ja se on sidoksissa professionaaliin rooleihin, mutta hoitotieteen kautta tuota asemaa on pyritty haastamaan.

Pohdin analyysieni yhteydessä myös sitä, miksi sekä sairaanhoitajat että perushoitajat kuitenkin antavat lääketieteelle perustuvalla tietämyksellään ammattitietouden aseman, vaikka humanistiseen ihmiskäsitykseen perustuva hoitotyön tiedon pitäisi vankistaa heidän professionaalista asemaansa. Yksi vastaus tähän voikin olla juuri tuo väitteeni siitä, että vaikka asiantuntijuus onkin käytännön ”tietotekniikkaa”, se on myös retoriikkaa. Hoitotieteellinen käytäntö tuntuu elävän sillä retorisisella tasolla, jossa painotetaan potilaan inhimillistä kohtaamista ja hänen kunnioittamistaan. Koska hoitaminen ja potilaan kanssa vuorovaikutuksessa oleminen saa näin retorista erityissisältöä, se kyetään näkemään myös erityistoimena, joka vaatii oman professionaalisen kenttensä ja erityistä ammattitaitoa.

Ihmisen kunnioittamisen vaatimus ja muu vuorovaikutustaitoja erittelevä problematiikka on toki rinnastettavissa potilashoitoa muutenkin koordinoiviin eettisiin säännöksiin, sillä sieltä tätä ammatillista retoriikkaa juuri ammennetaankin. Rinne ja Jauhiainen ovat esittäneet, että hoitajien ammatillistumispyrkimykset perustuvatkin juuri sosiaalisten taitojen tieteellistämiseksi (1988, 159). Ehkäpä tämä ajatus on yhtenä perusteena niille kiistoille, joka esitetään hoitotieteen ja lääketieteen välisenä ”valtataisteluna”. Potilaan kunnioittamista koskeville säännöksille ei haluta välttämättä antaa ammattitiedon tai professionaalista statusta, koska ne ovat eettisten sääntöjen muodossa joka tapauksessa olemassa.

Nämä seikat vahvistavat sitä näkemystäni, että professionaaliset kiistat ja rajanvedot ovat kytköksissä ennen kaikkea olemassa oleviin, jähmeisiinkin professionaaliin asemiin. Vaikka asiantuntijuus haluttaisiinkin mielellään nähdä liukuvina ja tilanteisina positioina ja erilaisina epistemologisina siirtyilyinä, tätä ei todella tapahdu ilman olemassa oleville valtarakenteille perustuvia diskursiivisia teknologioita, joissa näitä kamppailuja ja valtataisteluita realisoidaan.

Asiantuntijavalta merkitsisi tutkimustulosteni valossa siis mahdollisuutta asettua asiantuntijan asemaan diskursiivisella tasolla. Tutkimuksen johdannossa olen esittänyt myös, että puhe asiakaslähtöisistä asiantuntijakäytännöistä liitetään asiantuntijatutkimuksessa keskusteluun uudesta tai avoimesta asiantuntijuudesta, jossa asiakas on itse olennaisena osapuolena vaikuttamassa itseään



koskevaan asiantuntemukseen. Näillä periaatteilla pyritään muuntamaan asiantuntemusta tarvelähtöiseksi ja valtasuhteita tasa-arvoisemmiksi asiantuntijan ja asiakkaan välillä. (esim. Mutka 1998; Peltomäki ym. 2002.) Voinemme ajatella siten, että tutkimuskohteeni suhteen asiakkaan valtaistaminen tapahtuu hoitotieteen retorisella tasolla, jossa painotetaan inhimillisiä piirteitä, otetaan asiakkaaseen kunnioittavaa etäisyyttä ja saatetaan hänet arvokkaaksi tahoksi, jolla on oikeus vaatia hyvää palvelua. Nämä periaatteet ovat hyvin keskeisessä asemassa sillä tasolla, jossa ammatillista toimintaa tehdään ymmärrettäväksi.

Analyysini osoittavat myös, että itse asiassa asiakaslähtöisyyttä konstruoivien kielellisten elementtien kautta ammatillista toimintaa tuotetaan moraaliseksi. Siten asiakas tai potilas on mahdollista nähdä paitsi asiakaslähtöisen asiantuntijuuden, mutta ennen kaikkea myös yhtenä henkilökohtaisen ja kollektiivisen moraalisen kontrollin ulottuvuutena. Valtasuhteet eivät siis näyttäyty vain asiantuntijan vallankäyttönä vaan myös sen vallankäyttönä sen asiantuntemuksen käyttöä valvovan henkilön taholta, joka on tilapäisessä potilaan roolissa. Siten valtasuhteet näyttäytyvät keskeisinä myös sen tematiikan kohdalla, joka liittyy hoitajan puheeseen potilaasta.

Teoreettisessa keskustelussa asiantuntijuudesta onkin korostettu asiantuntijuutta juuri sosiaalisena positiona tai asemana (esim. Giddens 1995; Eräsaari R. 1996). Tämän voi kytkeä modernisaatiokeskusteluun paikallisista identiteeteistä, joita yksilö hyödyntää eri tavoin erilaisissa konteksteissa (Bauman 1997). Harvemmin on kuitenkin empiirisellä tasolla pohdittu, miten asiantuntijuutta tullaan hyödyntäneeksi erilaisia identiteettiprojekteja varten. Olen ikään kuin avannut keskustelun tällä tasolla ja tuonut esiin sen, että ammatillisia pyrkimyksiä legitimoidaan lähinnä erilaisten sosiaalisten ulottuvuuksien kautta. Moraalinen identiteetti ammatillisissa yhteyksissä ei oikeuta esimerkiksi vain hyvänä ammattilaisena olemista vaan se saa tukea ennen kaikkea käsityksistämme siitä, miten meidän tulisi toimia yhteisössämme ollaksemme hyviä ihmisiä.

Hyvä asiantuntijuus ja hyvä ihmisyyys ei kuitenkaan ole koko ajan tapetilla siinä, mitä terveydenhuollon ammattitoimintaan tulee: viime aikoina on käyty runsaasti keskustelua muun muassa medikalisaatiosta, joka on puolestaan kytketty merkityksiin asiantuntijavaltaistumisesta. Medikalisaatiokeskustelun mukaan terveydenhuollon toimijoilla on huomattavaa valtaa yksilön yli: asiantuntija voi määritellä yksilön normaaliutta esimerkiksi erilaisten terveystalustuksen muotojen kautta. (Tuomainen ym. 1999). Tällä on kytköksensä siihen ajatukseen, että asiakkuuden määrittelyvalta on lopulta asiantuntijalla itsellään: vaikka asiakas tai potilas olisikin oman elämänsä

asiantuntija, asiantuntijalla on kuitenkin valtaa määritellä se, mitä asiakas tarvitsee. On myös osoitettu, ettei asiakas omilla avuntarvekäsityksillään tai -pyynnöillään juurikaan voi vaikuttaa niihin ammattikäytäntöihin, joiden puitteissa asiakkaan tarpeet ylipäätään on muotoiltu (ks. Juhila & Pösö 2000, 57<sup>23</sup>). Tämä johtaa ajatukseen, että vaikka auttamistoiminnan asiantuntijuus nähdäänkin nykykeskustelussa alistettuna asiakkaan omalle hyväksynnälle, itse asiakkuus ja sen sisältö tulee kuitenkin määritellyksi juuri asiantuntijan toimesta. Vaikka asiakkaan valta-asemaa pyritäänkin siis vahvistamaan, sellaiset asiantuntija-aseman legitimoimat hierarkkiset suhteet eivät lennä romukoppaan, jotka ovat välttämättä olemassa lakisääteisessä asiantuntijatoiminnassa.

Nyky sosiologinen keskustelu asiantuntemuksesta koskee kuitenkin suuressa määrin asiantuntijuuden legitimaatiokriisiä, vaikka asiantuntijavaltaistumisesta puhutaankin (esim. Saaristo 2000; Eräsaari R. 2002). Väitetään, että modernilla yksilöllä on valtaa vapaasti valita erilaisten totuuksien välillä eikä ole olemassa yhtä ainoaa suurta asiantuntijakertomusta. Koska moderni yksilö osaa poimia relevanttia tietoa valtavasta valikoimasta ja myös kyseenalaistaa sitä, asiantuntijat joutuvat jatkuvasti reflektoimaan toimintaansa saattamalla asiantuntemustaan asiakkaiden arvioitavaksi. Eräs esimerkki tästä ovat asiakastyytyväisyyttä mittaavat käytännöt.

Näyttääkin siltä, että olemme siirtyneet asiantuntijayhteiskunnasta arviointiyhteiskuntaan, jossa kaikki yhteiskunnallinen toiminta saatetaan yleisön reflektoitavaksi: se nähdään ainoana mahdollisuutena toiminnan hyväksyttävyydelle ja yhteiskunnan jäsenten keskinäisen luottamuksen ylläpitämiseksi. Tosin on osoitettu, että asiakastyytyväisyyttä ja palvelujen tasoa mittaavat toimet saatetaan mieltää työntekijän taholta vain tietynlaiseksi organisaation puolelta syötettäväksi ”pakkopullaksi”, jolla ei välttämättä ole kovin paljoa käytännön relevanssia (Mäntysaari 1991.) Tämä osoittaa, että paitsi muuttuvaa asiantuntijuutta, työn tekemisen tavat ja asiakaspalvelun käytännöt sisältävät paljon myös totunnaisuutta, rutiinia ja siten muuttumattomuutta. Tässä suhteessa keskustelua asiakaslähtöisyyden kaiken muuttavasta asiantuntijuudesta voidaan myös kyseenalaistaa.

Keskustelua voisi avata myös siihen suuntaan, että nämä asiakastyytyväisyyttä kartoittavat käytännöt olisivat pitkälti markkinaperusteisten tehokkuusvaatimusten synnyttämiä keinotekoisia ”mittareita”, joilla työn tuloksellisuutta voidaan ylipäätään käsitteellistää ja tehdä sitä merkitykselliseksi juuri julkisella sektorilla. Tehokkuuttahan ei ole moraalista mitata yksioikoisesti

---

<sup>23</sup> Tutkimuksessa on kysymys kriisityön asiantuntijoiden ja heidän asiakkaitensa välisten vuorovaikutuskäytäntöjen diskurssianalyttisestä tarkastelusta.

ihmisten sairauksina, joten sen sijalla voidaan korostaa asiakastyytyvyyden merkitystä. Tämän ajatuksen todentaminen vaatisi kuitenkin enemmän empiiristä ja vertailevaa tutkimusta, kuin mihin oma aineistoni on antanut mahdollisuuksia. Johdannossa esitin, että tutkimani haastattelupuheet antavat ajankohtaisen kuvan tulosjohtamisen puristuksessa olevista asiantuntijaorganisaatioista. Analyysini on kuitenkin tuottanut pikemminkin yleisempää sosiaalitieteellistä tietoa asiantuntijuudesta identiteettitasolla ja työyhteisöjen merkityksestä näille identiteeteille, kuin niinkään tulosjohtamisen vaikutuksista. Tulosjohtamisen merkitys julkiselle sektorille ja sen asiantuntijoille olisi nykynäkökulmasta olennainen tutkimusalue, jota soisi myös mikrososiologisella ja tässä tutkimuksessa käymälläni tasolla hyödynnettävän.

## **7.2. Moraalin merkitys ja kontrollivalta**

Modernisaatiokeskustelussa väitetään, että yksilö on vapaa valitsemaan elämäntyylinsä ja identiteettinsä (esim. Beck, Giddens & Lash 1995; Hall 1999). Siten yksilö olisi vapaa valitsemaan myös siitä asiantuntija-avun tarjonnasta, jonka haluaa itseään koskettavan. Tämä seikka tuottaa valta-aseman juuri asiakkaalle ja saa asiantuntijan jatkuvasti arvioimaan omaa toimintaansa. Olen havainnut, että tuonkaltaista itsearviointia tapahtuu aika runsaasti. Olen kuitenkin osoittanut, että tämänkaltaisella arvioivalla puheella on pitkälti moraalinen ulottuvuus. Sillä on tietynlainen itsekontrollin funktio ja sen kautta pyritään legitimoimaan omaa ja muiden toimintaa ammatillisten suhteiden verkostoissa. Uskoisin, että kun ammatillisuus saa ulottuvuuksia myös moraalisisista identiteeteistä, asiantuntijatoiminta voidaan näin hyväksyttää moraalisenä toimintana myös julkisessa merkityksessä.

Monipuolisesta tiedollisesta asiantuntemuksesta huolimatta auttamis- ja palvelutyössä ollaan voimakkaasti sidoksissa eräänlaiseen eettiseen humanistisuuteen, joka jäsentää toimintaa vallitsevana kulttuurisena viitekehyksenä. Tämä moraalikoodi saa sisältönsä esimerkiksi hyvän ja ihmisläheisen hoidon vaatimuksista. Auttamistoiminnassa joudutaan siis kamppailemaan uhrautuvan hoivaidentiteetin sekä nykyaikaisen, tulosvastuullisen ammatti-identiteetin välillä siinä, millaisia merkityksiä omalle työlle annetaan. Yhtäällä moraalivaatimukset asiakasta kohtaan ja toisaalla koettu omakohtainen ammattipätevyys näyttävät jatkuvasti törmäilevän toisiinsa erilaisissa

konteksteissa. Michael Billigin (1988) mukaan kyse on ideologisista dilemmoista, joita tuotamme jatkuvasti tehdessämme ymmärrettäväksi toimintaamme. Tutkimuksen myötä on ollut hyödyllistä huomata, että näitä dilemmoita tullaan tuottaneeksi myös sellaisia moraalisia tarkoituksia varten, joilla on merkitystä työyhteisön sosiaalisten suhteiden kannalta.

Tulkintani mukaan hyvän potilashoidon vaatimuksella voidaan oikeuttaa varsin erilaisia ideologisia käsityksiä: sekä ammattilaisuuden merkityksiä potilashoidon asiantuntemukseen nähden, mutta myös kritiikkiä tuota ammatillistumista kohtaan. Eräissä perinteisissä professioteorioissa ammattilaisten yhtenä tehtävänä nähdään juuri yleisön palveleminen ja yhteisen hyvän vuoksi ponnisteleminen (k. Parsons 1954). Professioteoreettisessa keskustelussa egoismi ja altruismi on nähty vastakkaisina toimintalogiikoina suhteessa niitä hyödyntäviin yhteisöihin. Egoistinen toiminta kytetään yritystoimintaan, jossa tuotetaan henkilökohtaista voittoa, kun taas altruistinen toiminta on kytketty professionaaliseen toimintaan, jossa pyritään yhteisöllisen hyvinvoinnin edistämiseen. (Parsons 1954, 36; Hellberg 1999, 27.) Moraalista ulottuvuutta käytetään hyväksi myös ammattiliittojen edunvalvonnassa ja sillä on ollut olennainen merkitys hoitotyön ammatillisen arvostuksen nostamisessa. (Rinne & Jauhiainen 1988, 160-161.) Niin ikään kriittiset näkemykset työelämän tulosvastuupolitiikkaa kohtaan ponnistavat moraalista aspektista: väitetään, ettei ajattelumalli sovellu julkiselle sektorille, koska kysymys on humanista toiminnasta.

Yhtäällä kysymys on asiakastyölle annetuista kulttuurisista arvoista: toiminta on altruistista sen puhtaimmassa merkityksessään. Ammatillisen kehittymisen ideaali puolestaan näyttäytyy professionaalisenä toimintana hyvin ilmeisesti. Yhtä kaikki molemmilla tekijöillä on roolinsa luotettavuuden osoittamiseksi kyseisessä asiantuntijatoiminnassa. Tutkimukseni perusteella näen kuitenkin sen, että egoismi ja altruismi kytkeytyvät paljolti siihen tasoon, jolla näiden moraalisten dilemموjen kautta voidaan muokata myös työyhteisön sosiaalisia suhteita. Valta näyttäytyy siten moraalisen kontrollin valtana. Yhteisön jäsenet pitävät keskenään huolen sosiaalisesta kontrollista sen suhteen, näyttäytykö toiminta moraalisesti hyväksyttävänä asiantuntijatoimintana.

Moraalinen kontrolli on yksi perustavista sosiaalisen vallan muodoista ja sitä tapahtuu kaikissa sosiaalisissa yhteisöissä. Moraalikäsityksillä ja moraalilla normeilla pidetään yllä yhteisiä uskomuksia yhteistoiminnan mielekkyydestä ja siten yhteisöllistä kiinteyttä. (Durkheim 1990.) Silloin, jos työtoveri pyrkii etenemään urallaan ja muut työyhteisön jäsenet kokevat tilanteen uhkaavaksi, toiminnan tuomitsemiselle voidaan etsiä oikeutusta erilaisten moraalisten tekijöiden kautta. Tällöin työhön liitetystä uhrautuvaisesta eetoksellisuudesta syntyy työyhteisöllisten

ongelmien tai ristiriitatilanteiden kohotusainetta ja epäitsekkäis uhrautuvuus tarjoaa mahdollisuuden vaikkapa juuri moraaliseen ylevöitymiseen suhteessa työtovereihin. Työn laadun kriteerein kytetään siis perustelemaan monenlaisia toimintatapoja ja tarkoituksia, jotka ovat sekä ammatillisia että yhteisöllisiä. Moraalisista periaatteista muodostuu siten yksi sosiaalista tilaa määrittävä ulottuvuus, jolla on merkitystä ammatilliselle identiteetille.

On toki olemassa muutakin diskurssi- ja kielenanalyttistä tutkimusta siitä, miten sosiaalisia identiteettejä muodostetaan erilaisissa moraalisisissa puhujapositioneissa ja moraalikäsitelmissä (esim. Hänninen 1999). Sosiologisessa merkityksessä moraalit näyttävät normina, joka säätelee yksilöiden toimintaa ja mahdollistaa yhteiselämän. Samalla se kuitenkin näyttävät myös paikallisina identiteettituotteina ja -ilmentyminä, jotka kyseenalaistavat tai legitimoivat toimintaa. On ollut antoisaa tarkastella juuri ammatillisista merkityksimaailmaa erilaisina kielellisinä ilmauksina, joiden kautta jotkut työhön ja työntekoon liittyvät ajattelu- ja toimintatavat saadaan vaikuttamaan hyväksytyinä ja tavoiteltavina ja toiset taas tuomittavina.

Kiintoisinta on ollut kuitenkin havaita, että moraalikäsitelysten kautta voidaan legitimoita käsiteljiä, jotka eivät näytä tukevan ainakaan asiakastyön ammatillistumispyrkimyksiä. Kysymys on kulttuurissa elävästä käsitelksestä siitä, että hoiva ja ihmisten auttaminen liittyy omakohtaiseen kutsumukseen (esim. Alasuutari 1996, 130-131). Tämä implikoi, ettei kutsumusammattista tule vaatia suuria rahallisia korvauksia siksi, että on oikeastaan etuoikeus työskennellä ihmisten hyväksi. Tätä kulttuurista ajattelumallia on yritetty murtaa siltä osin, että katsotaan muun muassa hoitajien tekevän tietoa, vahvaa ammattitaitoa ja erikoisasiantuntemusta vaativaa työtä (Pelttari 1997), josta pitäisi maksaa myös asianmukainen palkka. Erilaisten palkkaetujen saavuttamiseen liittyvissä pyrkimyksissä käytetään hyväksi sitä vankan professionalistista ilmapiiiriä, joka vallitsee niillä diskursiivisilla kentillä, joissa työlle luodaan merkityksiä erikoistumisesta, asiantuntijuudesta ja ammattitaidosta. (k. myös Julkunen 1991 ja Silius 1995.) Kuten olemme huomanneet, nämä tekijät eivät välttämättä saa painoarvoa silloin, kun pohditaan työn mielekkyyttä ja yleistä merkitystä, sillä mielekkyyden kokemukset kytkeytyvät usein asiakastyön altruistisiin ideaaleihin.

Tämä voisi olla kuitenkin yksi avain tulosjohtamisen vaikutusten tutkimiseen julkisissa asiantuntijaorganisaatioissa. Ajatusta voisi kehitellä vaikkapa asiakkuudesta käsin. Tässä yhteydessä asiakas näyttävät niin työntekojen mahdollistajana, kuin sen kontrolloijanakin erilaisten eettisten säännösten noudattamisen vaatimuksessa. Asiakkaan tahtoa noudattava altruistinen

ideologia toimii työn sisältönä ja suojamuurina ulkopuolelta tulevia muutospaineita vastaan, kuten juuri tulosjohtamisen käyttöönottoa sairaalaorganisaatiossa.

Olen havainnut, että vaikka hyvä potilashoito yhtäältä onkin hoitajan ammattilaisuuden ja asiantuntemuksen peruslähtökohta ja ammattitaito koetaan sinänsä tärkeäksi asiaksi, ammatissa kehittyminen ja urasuuntautuminen nähdään toisaalta usein ristiriidassa hyvän potilashoidon kanssa sen itsekkyyden takia, jonka uralla kehittymiseen katsotaan liittyvän. Asiakastyön tekijät joutuvat siis kamppailemaan ammatillisuutensa suhteen eräänlaisella altruismin ja egoismin välisellä akselilla, jossa kulttuurisesti ja historiallisesti määräytynyt uhrautuva hoivaidentiteetti törmää jatkuvasti kehittyvällä asiantuntijätiedolla operoivaan nykyaikaiseen tulosvastuulliseen ammattilaisidentiteettiin. Näin sellainen väite voisi saada tukea, että tulosjohtamisen käyttöönotto julkisella sektorilla on aktivoinut ideologisen tason törmäyspisteitä ammatillisuutta tukevien käsitysten ja ammatti-identiteettien tasolla.

### **7.3. Työnjaon merkitys ja institutionaalinen valta**

Moraaliset ulottuvuudet ovat siis keskeisiä niillä diskursiivisilla kentillä, joissa ammatillisuutta rakennetaan erilaisissa sosiaalisissa suhteissa. Tutkimukseni on osoittanut, että diskursiivisten erottelujen kautta ylläpidetään erilaisia sosiaalisia asemia. On esimerkiksi luontevaa jakaa hoitotyö sairaalaosastolla sairaanhoitoon ja perushoitoon ja perustella tätä jakoa eroilla työtehtäväkentässä ja siihen vaadittavassa koulutusohjassa, mutta näillä argumenteilla on välttämätöntä merkitystä myös ammatillisten reviirien suojelun ja siten oman ammatillisen aseman kannalta.

Tätä myötä voimme pohtia laajemminkin toimenkuvien ja työtehtävien luonteen sosiaalista funktiota ammattitoiminnassa, sillä nämä tekijät näyttävät tutkimuksessani hyvin olennaisina ammatillista asemaa ylläpitävinä tekijöinä. Katson, että kyse on olennaisin osin institutionaalisesta vallasta, jossa vallitsevat institutionaaliset rakenteet ja näiden rakenteiden ”puhuma” ammattikieli ylläpitää sosiaalisia jakoja esimerkiksi ammattiryhmien välillä. Institutionaalisten rakenteiden kautta tehdään selkoa muun muassa työnjaosta, mikä asettaa toimijat välittömästi erilaisiin

sosiaalisiin asemiin. Kysymystä on teoretisoitu esimerkiksi Andrew Abbottin toimesta, joka on kiinnittänyt huomiota statusjärjestelmiin ammattien keskinäisessä hierarkiassa (1988). Katsoisin tämän problematiikan suhteen olennaisimmaksi löydökseksi kuitenkin sen, että työnjakoa voidaan kielenkäytössä sekä pitää yllä että kehittää ja löytää sille aina vain uusia perusteita ja elementtejä erilaisissa sosiaalisissa yhteyksissä. Näkisin tämän juuri institutionaalisiin rakenteisiin kytkeytyvänä valtana, mutta myös kielenkäyttöön kytkeytyvänä määrittelyvaltana. Näistä vallankäytön muodosta on mielestäni perustavasti kysymys myös ammatti- ja ammattikuvaluokituksissa.

Työnjakoon, velvollisuuksiin, ammattiryhmien erilaisiin asemiin, koulutukseen ja tietämykseen perustuvia jaotteluja hyödynnetään aktiivisesti. Tämänkaltaisen ammatillisiin suhteisiin liittyvän kielenkäytön itsestäänselvyyksinä ne toimivat tehokkaina hierarkkisine erottelijoina. Sairaalaorganisaatioissa vallitsevat hierarkkiset suhteet tunnustetaan ja tämä näyttäytyy perushoitajien puheessa ennen kaikkea toimintaa rajoittavana institutionaalisen rakenteena. Sairaanhoidtajien kohdalla tilanne näyttää puolestaan usein erilaisina toimintamahdollisuuksina ja pyrkimyksenä tasavertaisiin suhteisiin hierarkioista huolimatta. Tässä suhteessa emme parhaimmalla mahdollaakaan voida väittää, että näiden ammattiryhmien ammatillinen asema olisi tasavertainen. Siinä, kun institutionaalinen puhe esimerkiksi koulutusohjasta antaa toisille mahdollisuuksia tai luo rajoittamattoman toimintakentän, sitä käytetään myös sulkemaan toimijoita tiiviisiin karsinointeihin, joissa toimenkuvan rajoja ei saa ylittää. Hierarkkinen erottelu liittyy siis pitkälti olemassa oleviin institutionaalisiin rakenteisiin, kuten tietyn ammattiryhmän asemaan virkahierarkiassa.

Vaikka henkilöstön keskuudessa siis väitettäisiinkin olevan hyvät ja esimerkilliset välit, sosiaalisia jakoja pidetään kuitenkin yllä tekemällä jatkuvaa erottelua erilaisten asiantuntijan asemaa legitimoivien seikkojen kautta. Kriittinen diskurssianalyysi siinä suhteessa kuin siinä tarkastellaan kielen valtaa tehdä ja rakentaa erilaisia sosiaalisia asemia on osoittautunut käyttökelpoiseksi sellaisten erottelujen paljastamisessa, joilla on välitöntä vaikutusta elämään työyhteisössä. Kriittisen diskurssianalyysin eräs funktio on sinänsä viattomalta vaikuttavien kielenkäyttötapojen purkaminen, sillä juuri tämänkaltaisten itsestäänselvyksien tasolla voidaan ylläpitää valtasuhteiden epätasapainoa.

Sairaalaorganisaatio on toki hierarkkinen asiantuntijaorganisaatio, jonka virkahierarkiaa legitimoidaan muun muassa kredentiaalisella eli tutkinto- ja kelpoisuusvaatimusjärjestelmään

perustuvilla säädöksillä. Se mikä itselleni on tutkimukseni perusteella yllättävää on se, että näitä hierarkkisia kytköksiä pidetään niin voimakkaasti yllä puheessa arkikäytännöistä. Puhe ei toimi vain tasolla, jossa hierarkkinen järjestelmä tunnustettaisiin ironisesti hymynkare suupielessä, vaan ammatillista identiteettiä todella taotaan vallitsevien institutionaalisten puitteiden sisään. Erilaisia sosiaalisia asemia siis legitimoidaan vallitsevien institutionaalisten käytäntöjen kautta. Omasta työstä eikä päätösvallasta ei ikään kuin voida puhua ilman, että suhteutetaan sitä muiden ammattiryhmien työhön ja päätösvaltaan.

Vaikka analyysissäni olenkin etsinyt vallitsevia tapoja pitää yllä institutionaalista todellisuutta, en ole tutkimuksessani kuitenkaan analyttisellä tasolla perehtynyt niihin institutionaalisiin reunaehtoihin, jotka ovat työyhteiskunnan olennaisia rakenteita, kuten esimerkiksi työajan ja työaikalain sekä palkkojen merkitykseen<sup>24</sup>. Aineistoni olisi antanut ehkä joitakin viitteitä näiden seikkojen käsittelemiselle, mutta tutkimusprosessin aikana katsoin kuitenkin voivani rajata ne asiantuntijuutta käsittelevän tematiikan ulkopuolelle. Nämä tekijät vaikuttavat toki henkilöstön sosiaaliseen asemaan varsin oleellisilla tavoilla, mutta en ollut ollenkaan varma siitä, että ne olisivat asettuneet relevanteiksi tekijöiksi suhteessa kysymyksiini esimerkiksi asiantuntija- asemista. Työaika- ja palkkaproblematiikan systemaattinen analysoiminen olisi vaatinut toisenlaisia, ehkä ammattiyhdistystoimintaan liittyviä tutkimusaineistoja. Olen tutkimuksessani lähinnä purkanut sitä arkista tematiikkaa, jossa ammattiryhmää koskevat sosiaaliset erottelut näyttävät institutionaalistuneina rakenteina kielenkäytössä, joita emme välttämättä tule kyseenalaistaneeksi ylläpitäessämme ammatillisia ja sosiaalisia identiteettejämme ja reviierejämme.

Tässä vaiheessa tutkimustulokseni viittaavat siihen, että käsitykset ammattitiedosta ja -taidosta eivät palvele vain ammatillisia erityiskompetensseja, vaan näiden tekijöiden kautta perustellaan myös asemaa työyhteisössä ja muodostetaan tuo asema tietynlaiseksi. Ammatillisen tietämyksen legitimoiman aseman kautta pyritään rakentamaan tasa-arvoa hierarkkisten työyhteisösuhteiden keskelle. Erityistietämykseen liittyvä kompetenssi ei kuitenkaan välttämättä muuta muodollisia valta-asetelmia organisaation hierarkiassa, koska joidenkin ammattiryhmien auktoriteettiasema on kuitenkin tunnustettava. Nähdäkseni tämä ajatus on adekvaatti myös muissa asiantuntijaorganisaatioissa, kuten esimerkiksi yliopistoyhteisössä. Asemaa ammatillisessa

---

<sup>24</sup> Työajan merkityksestä sairaalassa on olemassa tutkimustietoa toimihenkilöprojektin väliraportissa (Korvajärvi & Kinnunen & Järvinen 1990, 74-76). Palkkaus sairaalassa järjestyy virkaehto- ja työehtosopimuslain mukaan ja sen lisäksi käytössä on lisäjärjestelmä. Kannustuspalkkauskokeilu puhutti joitakin hoitajia vuonna 1986. Aineistossa ilmenee, että ko. sairaalassa oli ryhdytty toimiin tulospalkkauskokeilua varten vuonna 1996, mutta tästä ei ole olemassa haastattelutietoa hoitotyöntekijöiden taholta.



hierarkiassa määrittää esimerkiksi suoritettujen tutkinnon luonne eikä kyky tuottaa itselleen asiantuntijan identiteettiä tällöin välttämättä muuta vallitsevia valta-asemia.

Hoitajien kohdalla tilanne on kuitenkin siinä mielessä erilainen, että hoitotieteellinen tietämys ja sille perustuvien hoitokäytäntöjen hallinta katsotaan alueeksi, joka on pääasiassa hoitohenkilökunnan asiantuntemusta. Hoitotieteellisen tietämyksen ei juurikaan katsota koskettavan lääkäreiden ammattiryhmää. Näin hoitajat saavat hoitotieteellisten periaatteiden asiantuntija-aseman ja siten tietynkaltaista ammattiryhmäkohtaista itsenäisyyttä asiantuntijatyöntekijöinä. Tähän johtopäätökseen on tullut myös Riitta Järvinen toimihenkilötutkimuksen väliraportissa, jossa hän väittää, että sairaanhoitajat tekevät itsemäärittystä muihin ammattiryhmiin nähden ja ”perustelevat mandaattiaan teoretisoimalla hoitotyötä hoitotieteeksi” (1990, 127-128.) Vaikka asetelman voidaan ajatella tukevan pyrkimyksiä tasavertaiseen asemaan lääkäreiden kanssa, hoitotieteen asiantuntijan asemaa voidaan käyttää myös hyväksi antamalla ymmärtää, että heillä on hallussaan jotakin sellaista potilashoitoon liittyvää tietoa, jota lääkäreiden ammattiryhmä ei työssään hallitse. Tämä saa hoitajat siis haastamaan muita ammattiryhmiä ja niiden kompetenssia. Tämä tilanne lienee kuitenkin tyypillinen vain moniammatillisille asiantuntijaorganisaatioille, joissa jokainen ammattiryhmä soveltaa eriasteisille ammattitutkinnoille perustuvaa tietämystä.

Nähdäkseni hoitajien asettamaa haastetta motivoi kuitenkin vaatimus arvostaa omaa ammatillista asemaa. Tämä arvostuksen vaatimus legitimoidaan moraalisten tekijöiden kautta, jotka liittyvät ideaalisesti parempaan potilashoittoon ja -kohteluun. Tässä kehikossa onkin kiinnostavaa koettaa tulkita nykykeskustelua sairaanhoitajien muuntokoulutuksesta lääkäreiksi. Sairaanhoitajien asemaa lääketieteen tuntijoina on lähdetty virallisesti työstämään julkisessa keskustelussa. Idea on lähtöisin opetusministeri Maija Raskin ajatuksesta, että osalla nykyisistä sairaanhoitajista on pätevää ammattiainesta lääkärin ammattiin ja heidän pätevoitymisensä voitaisiin hoitaa lisäkoulutuksella joidenkin yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa. Samalla helpotettaisiin valtakunnallista pulaa pätevistä lääkäreistä. Eilisissä uutisissa<sup>25</sup> kerrottiin, että lääketieteen opiskelijat olivat marssineet ulos neljästä yliopistosta vastalauseena opetuksen laadun huononemiselle ja myös sille, että sairaanhoitajien lääkärinkoulutus on päätetty aloittaa.

Argumenttitasolla uutislähetyksessä vedottiin muun muassa siihen, että erilaiset pääsykokeet sairaanhoitajia varten lietsovat opiskelijoiden välistä epätasa-arvoa yliopisto-opiskelijaksi valitessa.

---

<sup>25</sup> Esimerkiksi Yleisradion TV-uutiset 19.3.2003 klo 18.00

Myös lääkäreiden keskuudessa ollaan huolissaan siitä, että lääkäreitä tulee tulevaisuudessa olemaan kahta eri pätevyystasoa sairaanhoitajien kouluttauduttua. Voisimme pohtia analyysieni perusteella sitä, miten näissä puheenvuoroissa piirretään hierarkkisia rajoja ammattiryhmien välille vetoamalla koulutus pohjan erilaisuuteen ja erilaisiin pätevyystasoihin. On ollut syytä herätä, jos muutenkin paremmiksi potilaan hoitajiksi itseään luonnehtivat sairaanhoitajat haluavat työntyä niille professionaalisille kentille, joille heidän koulutus pohjansa ei ole sinällään antanut mahdollisuutta. Julkinen keskustelu muuntokoulutuksesta osoittaa, että nämä ammattiryhmäkohtaiset rajanvedot ovat erittäin merkityksellisiä erilaisilla työmarkkina- ja koulutuspolitiikkaan liittyvillä areenoilla.

Tässä yhteydessä on hyvä palauttaa mieliin, että uusweberiläisten professio- ja asiantuntijuustutkimusten mukaan professioilla on omia etuja ajava intressinsä (esim. Brante 1988; Freidson 1970). Esimerkiksi lääkäreiden järjestäytynyt ammattikunta ikään kuin omistaa monopolin lääketieteen harjoittamiseen: siten myös ”lupa tietää” on määrittynyt professionaalisten rajojen sisään. Tutkimukseni osoittaa, että nämä lääketieteelliset auktoriteettisuhteet ovat kuitenkin olennaisia hoitajien määrittellessä paikkaansa hierarkiassa, vaikka tämän lajin tieto ei olekaan vain lääkäreiden yksinoikeus. Vaikka hoitajat tuottavatkin itsensä tietämyksensä nojalla päteviksi ammattilaisiksi, he suhteuttavat tietämystään jatkuvasti lääkärin tietämykseen. Toisaalta hoitotyön yksinoikeutettuina haltijoina esimerkiksi sairaanhoitajat, jotka virallisestikin on tunnustettu asiantuntijatyötä tekeväksi ammattikunnaksi, pitävät kiinni ammatillisista rajoistaan juuri erityistietämyksen nojalla.

Tutkimukseni osoittaa, että virallisesti tunnustettu asiantuntemus tuo työlle toivottua sosiaalista statusta, mutta asiantuntemuksen tuomaa statusta hyödynnetään myös aktiivisesti oman ammatillisen aseman tai sosiaalisen tilan hahmottamisessa ja ylläpitämisessä. Väitetään, että professionalismin laajenemisella on juuri se seuraus, että ammattilaisille syntyy juuri oman ammattikuntansa mukaisia intressejä riippumatta asianomaisen organisaation intresseistä (Grint 1991, 115). Arvostuksen tavoittelu ja pyrkimykset prestiisiin ylläpitämiseen lienevätkin eräs ammatillistumisen seuraus. Tämä ilmenee erityisten ammatillisten oikeuksien eksplikoimisena esimerkiksi juuri erityistietämyksen korostamisen kautta.

Sairaalaa sosiaalisena organisaationa luonnehtivat kuitenkin paitsi professionalistiset ja sen myötä vallitsevat hierarkkiset ulottuvuudet, myös se piirre, että johtoasemat ovat ammattiryhmäkohtaisia. Tämä seikka tuo luonnollisesti omat jännitteensä työyhteisöön. Esimerkiksi osastonhoitajalla, jolla on sairaanhoitajan koulutus, on esimiesasemassa suhteessa perushoitajiin. Nämä jännitteet olisivat



sen kautta, onko toimihenkilöllä mahdollisuuksia suunnitella omaa työtään. Mitä vähemmän on mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, sitä alemmalla hierarkkisella portaalla ollaan. (Korvajärvi & Kinnunen & Järvinen 1990, 39.) Ammattiryhmien välinen hierarkkinen kehikko on kuitenkin olennainen ontologisessa mielessä: sen olemassaolo tunnustetaan, sillä se ikään kuin ”tunnetaan omista nahoista”. Erityisen selväksi oman tutkimusprosessini aikana kävi se, että mitä ”alemmalla” tasolla ammattiryhmä katsoo itsensä hierarkiassa olevan, sen selkeämmin hierarkian olemassaolo tunnetaan ja sitä arvostellaan. Oman ammattiryhmän edustajat muodostavat kollektiivin, joka toimii ammatillisen identiteetin sosiaalisena perustana. Muut ammattiryhmät toimivat vertailukohtana oman ammatillisuuden suhteen ja muita ammattiryhmiä vasten voidaan peilata myös henkilökohtaista kompetenssia ja sen ominaislaatua. Ennen kaikkea asiantuntemus on olennainen tekijä silloin, kun määritellään asemaa hierarkiassa: sosiaalista tilaa muodostetaan muiden ammattiryhmien ja niiden joko suvereeniin tai kyseenalaiseen kompetenssiin nähden.

#### **7.4. Sukupuolen merkitys ja rakenteellinen valta**

Siitä huolimatta, että ammatillista identiteettiä paikannetaan suhteuttamalla tietämystä ja päätösvaltaa muiden ammattiryhmien tietämykseen ja auktoriteettiin, asiantuntijat eivät kuitenkaan näe toimivansa vain avustamassa muita asiantuntijoita, vaan kokevat omaavansa itsenäistä asiantuntijakompetenssia. Useiden asiantuntijaorganisaatioiden toimintaan kuuluu myös työkäytäntöjen kehittäminen. Hoitoalan ammattilaiset toimivat siis kehittämis- ja suunnittelutehtävissä omassa työssään, eli ovat työnsä asiantuntijoita. Tässäkin mielessä hoitotyölle voidaan antaa määreitä, jotka osoittavat työn professioluonnetta.

Hoitotieteen esiinnousua on hyödynnetty myös poliittisiin päämääriin. Hoitajista suurin osa on edelleen naisia ja tässä mielessä hoitotieteen voidaan sanoa kehitetyn naisten työstä löydettyjen merkitysten varaan. Hoitajan työssä on nostettu keskeisiksi elementeiksi sellaiset taidot ja ominaisuudet, joita kulttuurisesti voidaan pitää naissukupuolen luontaisina tehtävinä. Tästä perspektiivistä käsin hoitotieteellisen diskurssin voidaan sanoa olevan sukupuolittunut.

Olen osoittanut, että kulttuurisesti naiselliseen ominaislaatuun liittyvät merkitykset nähdään hoitokäytäntöjen vahvuuksina: tämä tekee mahdolliseksi sosiaaliset eronteot myös sellaisten ominaisuuksien kautta, joita voidaan luonnehtia myös sukupuolisiksi stereotyyppioiksi. Kuten edellä on huomattu, potilaan hoitaminen pyritään hahmottamaan kuitenkin itsenäiseksi ammattikäytännöksi puhumalla siitä ohjelmallisena ja säänneltävänä prosessina: silloin se myös tehdään näkyväksi. Vaikka hoitamisen kulttuuriset implikaatiot liittyvätkin siis vuorovaikutustaitojen näkymättömään dynamiikkaan, hoitotyön voidaan ajatella maskulinisoituvan, jos se nähdään professiona, jota konstruoivat erilliset asiantuntijaopit. Ammatillistumisen edellytykset eli asiantuntijatiedon hallinta ja sitä kontrolloiva kredentiaallinen järjestelmä kytketään usein patriarkaaliseen sukupuolijärjestelmään. (esim. Witz 1992; Wicks 1998.) Aineistossani naispuoliset hoitajat osoittavat naissukupuolelle kulttuurisesti annettujen ominaisuuksien olevan olennaisia ammattitaitonsa elementtejä ja siten tuottavat ammatillisia diskursseja feminiinisiksi katsotuin ehdoin.

Hardingin (1986, 159) mukaan kulttuuri suosii tiettyjä identiteetin tuottamisen muotoja ja sukupuolen tuottaminen on yksi näistä vakiintuneista käytännöistä. Identiteetti paikantuu lähinnä kokemuksissa ja sosiaalisissa suhteissa. Olenkin esittänyt, että ammatillinen identiteetti rakentuu yhtäältä ammattikäytäntöjen sanelemien ja toisaalta muiden, sosiaalisille ja kulttuurisille tekijöille perustuvan asemoinnin myötä. Kulttuuriset sukupuolikonstruktiot näyttävät merkityksellisiltä myös ammatillisen identiteetin kannalta: ne kytkeytyvät sekä työkäytäntöihin että työyhteisön sosiaalisiin suhteisiin ja niitä tuotetaan kulttuurista maskuliinisuutta ja feminiinisyttä rakentavissa prosesseissa. Väitetään, että sukupuolijärjestelmää pidetään yllä erilaisin sosiaalisin ja institutionaalisin kytköksin ja etenkin Suomessa järjestelmän katsotaan kytkeytyvän sukupuolittuneeseen työnjakoon (Liljeström 1996, 128). Tutkimukseni valossa näyttää siltä, että sukupuolijärjestelmä ilmenee kielenkäytössä erilaisina sinnikkäinä ja itsestäänselvyyksien tasolla kulkevinä sukupuolikytkentöinä, joita voidaan hyödyntää esimerkiksi ammatillistumispyrkimyksiin. Tämä näyttäytyy rakenteellisena valtana ja sukupuolijärjestelmä eräänä olennaisena työmarkkinapolitiikkaa sanelevana sosiaalisena rakenteena.

Olen osoittanut, että työtä koskevassa puheessa tehdään eroa muihin toimijoihin, kuten juuri muihin ammattiryhmiin ja vastakkaisen sukupuolen edustajiin, mutta nämä eronteot kytkeytyvät ammatilliseen kompetenssiin ja toiminnan moraalisuuteen. Sukupuolta ei nähdäkseni ole aikaisemmin tarkasteltu toiminnan moraalisuuden kannalta ainakaan mitenkään eksplisiittisesti. Havaitsin esimerkiksi, että naisten keskuudessa määritellään miespuolisia toimijoita laiskoiksi tai

huonommiksi ja naisia paremmiksi työntekijöiksi. Myös Päivi Korvajärvi on tullut tämälantapaisiin johtopäätöksiin tutkiessaan sukupuolen ”tekemistä” muun muassa työvoimaviranomaisten keskuudessa (1998, 70). Kyse lienee loputtomasta ammatillisen identiteetin määrittelytyöstä, jota tehdään pitämällä yllä ammatillisia reviiirejä oman (nais)kollektiivin keskuudessa. Sellaiset määrittelykentät, joissa muiden kollektiivien toiminta nähdään epämoraalisena, ovat osoittautuneet eräiksi välineiksi reviirien pystyttämässä. Sukupuoli tuotetaan yhtenä sosiaalisena kategoriana, jonka suhteen tuota erottautumista voi tehdä. Sitä tehdään lähinnä tukeutuen kulttuurisiin stereotyyppioihin naisten ja miesten erilaisista työelämäominaisuuksista.

Asiantuntijuus ja kompetenssi on toinen määrittelykenttä, jonka suhteen tehdään sukupuolen mukaisia erotteluja. Asiantuntijuuteen liitetään yleensä määreitä, jotka liittyvät tiedon suvereeniin hallintaan, perusteelliseen koulutukseen ja työtehtävän neuvoa-antavaan luonteeseen (esim. Freidson 1994, 43). Hoiva- ja muiden naisammattien asiantuntijaluonnetta määriteltessä sitoudutaan myös käsityksiin äänettömistä tai piiloisista taidoista (tacit knowledge), joita ei ole virallisesti muotoiltu toimenkuviin (Kivinen 1994, 71). Tämä ääneton tieto sisältää yleensä sellaisia asiakastyöhön liittyviä interpersonaalisia taitoja, joihin naisten sanotaan olevan kykenevämpiä kuin miesten. Hoitotieteellinen retoriikka arvottaa hoitotyötä niistä lähtökohdista käsin, joilla on naisten työhön ja erityisesti hoivataitoon liittyvä kulttuurinen merkitys. Retoriikassa korostetaan näitä interpersonaalisia ominaisuuksia työn keskeisenä elementteinä. Naisten erityislaadusta pyritään tekemään hoivatyön erityisasiantuntijuuden lähde.

Kun on tarkasteltu naisten toimimista asiantuntijan tehtävissä, on muun muassa väitetty, että nainen on helpommin määriteltävissä asiantuntijaksi kulttuurisesti maskuliinisiksi mielletyissä ammateissa toimiessaan, kuten esimerkiksi juristina tai aiemmin lääkärinä (Julkunen 1994, 203; myös Silius 1995). Naistutkimuksessa on kuitenkin pyritty tekemään eroa asiantuntijuuden maskuliinisiin määreisiin. Asiantuntijuutta ei tällöin nähdä vain määrittelyvaltana tai erityiseen tietojärjestelmään nojautuvana professiona, vaan haetaan sisältöä enemmänkin positionaalisuudesta. Puhutaan paikannetusta tiedosta hegemonisten asiantuntijuusmääritelmien sisällä. Mitä joustavampia työn suunnittelustrategiat naisten kannalta ovat, sitä selvemmin esimerkiksi toimistotyöntekijöillä on oma asemansa suhteessa vallitsevaan asiantuntijuuden määrittelyyn tai tietojärjestelmään: heillä on oma ”äänensä”. (Vehviläinen 1997, 139.) Tästä voidaan päätellä, että mitä pitemmälle profession sisällä on mahdollista erikoistua tai mitä enemmän profession sisälle syntyy erityisaloja, myös työntekijöiden toimintamahdollisuudet lisääntyvät.

Naispuolisten asiantuntijoiden harjoittamissa keskustelukäytännöissä on väitetty kielellisin valinnoin tähdättävän asiakkaan huomioonottamiseen (Coates 1995, 29-30). Hoitotieteellinen diskurssi ammentaa inhimilliseen vuorovaikutukseen perustuvista ”pehmeistä” käsitteistä, kuten juuri empatiasta, yhteisyydestä ja auttamisesta (kuten Sonninen ym. 1998). Tieteellisen kielen on väitetty vilisevän sukupuolittuneita metaforia. Luonnontieteellistä rationaalia on pidetty maskuliinisena ja muiden tieteiden legitimaatioperusteiden on väitetty syntyneen maskuliinisessa käsitteistössä. (Fox Keller 1985.) Voisimme vastaavasti ajatella varsin stereotyyppisesti, että hoitotieteellinen diskurssi rakentuu hoivaa eli ”naisten työtä” konstruoivista, onnistuneista vuorovaikutustilanteista kuvaavista käsitteistä ja sanamuodoista. Tässä merkityksessä voi ajatella, että hoitotiede on standpoint-tietoa eli naisten kokemusten tietoista arvostuspyrkimystä. (Matero 1996, 256.) Hoitotieteellinen tieto perustuu hoitotyön käytännöille ja sitä kehitetään käytännön kokemusten kautta: kokemuksellisuus on siinä siis olennaista.

Deborah Cameronin mukaan kielenkäytössä ylläpidetään sukupuolittuneita valtasuhteita (1997). Tutkimukseni valossa näyttää siltä, että valtasuhteet näyttäytyvät kielenkäytössä vankkoina ja itsestäänselvyyksien tasolla kulkevana sukupuolilytkentöinä. Vaikka hoivatyön professionaali- ja asiantuntijatyöluonnetta on pyrittykin tuottamaan muun muassa tutkimuksissa erilaisilla työn sisältöihin, vastuuseen ja tiedonkäyttöön liittyvillä määrittelyillä, olen omassani osoittanut, että sukupuolieroihin kytkeytyvät stereotypiat naisten paremmista hoivataidoista ja miesten teknisestä kyvykkyydestä on olennainen resurssi hoitajien professionaalisen identiteetin ylläpitämisessä ja ammatillisessa itsearvostuksessa. Painottamalla miesten kyvykkyyttä teknologiassa ja koneiden käytössä hoitajat tulevat luoneeksi käsityksen miesten ja naisten välisestä työnjaosta hoitotyön sisällä. Näin he oikeastaan tulevat vahvistaneeksi omaa asemaansa juuri hoivataidon osaajina. Nähdäkseni tämäkin on tapa saavuttaa valtaa työyhteisössä ja olennainen tapa ylläpitää professionaalista identiteettiä. Vallankäytön muoto on tällöin sidoksissa sukupuolijärjestelmän rakenteeseen.

Niin sukupuolittuneesta tiedosta, kuin sukupuolittuneesta asiantuntemuksestakaan sairaalamaailmassa ei voida kuitenkaan puhua ottamatta huomioon myös ammattiryhmien välisiä hierarkkisia suhteita sekä niitä taloudellisyhteiskunnallisia muutossuuntauksia, joihin työelämässä on jouduttu sopeutumaan. Emme voi jättäytyä kannattamaan esimerkiksi sitä tulkintaa, että lääketiede edustaa maskuliinista valtaa ja hoitotiede feminiinistä, sillä työnjako ei ole enää niin vahvasti eriytynyt sukupuolen mukaan. Asiantuntemukselle perustuva työnjako on jatkuvassa

käymistilassa ja sosiaalisen tilan hakeminen henkilökohtaisen kompetenssin kautta on olennaista juuri identiteettityön tasolla.

Kun ajattelemme sitä, että samaan aikaan tehokkuus- ja markkinointiajattelu työelämässä on vaikuttanut terveydenhuoltojärjestelmään muun muassa sillä jo aiemmin mainitsemallani seurauksella, että potilas nähdään terveyspalveluista maksavana asiakkaana. Luonnollisesti tämä on luonut uusia vaatimuksia hoidon toteuttamiselle<sup>27</sup>. Suuntaus on vaikuttanut myös lääkäreiden keskuudessa käytävään työn laadun kehittämiskeskusteluun: julkisissa puheenvuoroissa painotetaan potilaan oikeuksia laadukkaaseen hoitoon ja korostetaan lääkäreiden hoivataitojen kehittämistä.

Potilaskeskeisyys on siis tulosvastuuajattelun lähtökohta terveydenhuollossa: jos potilas voi hyvin, hän ostaa palvelun, ja potilas voi hyvin, jos hoito on laadukasta ja hänet otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon. Tämä suuntaa ajattelun painopistettä instrumentaalista potilaskäsityksestä holistiseen käsitykseen, jota omaksuttaessa hoidolliset periaatteet ovat myös lääkäreiden ammattitaidon kannalta yhä tärkeämpiä. Tässä merkityksessä asiakastyön eettisillä periaatteilla voi olla laajempaa poliittista relevanssia. Parempaan asiakastyytyväisyyteen liittyvää etiikkaa ja moraalista kontrollia voidaan käyttää muun muassa työmarkkinoiden alueella, kuten esimerkiksi virallisia ammattikuvia määriteltäessä ja vaikkapa jo työhön rekrytoitaessa mittaamalla asiakastyöhön soveltuvuutta.

Valtasuhteet ovat siis jatkuvassa uudelleenorganisoinnissa terveydenhuoltoinstituutioissa ja niissä vallitsevilla diskursiivisilla kentillä. Valta-asemien järjestymisen dynaamisuus ilmenee myös sukupuolen suhteen: ammatillisten ideologioiden muuntumiseen on epäilemättä osaltaan vaikuttanut myös se, että naispuolisten lääkäreiden määrä on lisääntynyt huomasti. Suomessa lääkärin ammatti nähdään sukupuolen mukaan jo tasa-ammattina (Kolehmainen 1999). Hoivataito on mahdollista nähdä myös sellaisena ammatillisena asiantuntemuksen alueena, joka ei ole vastakkainen lääketieteellisen tietämyksen kanssa, vaan sen voidaan katsoa täydentävän erityistä lääketieteellistä spesialiteettia. Tässä valossa hoivan ja lääketieteen välisen jännitteen voidaan siis tulkita toimivan pääasiassa ideologisella tasolla, jolla pyritään etenkin naisvaltaisten alojen vahvistamiseen. Kuitenkin tämä jännite on ennen kaikkea ammattiryhmiä erotteleva tekijä, vaikka se osaltaan edelleen muokkaa myös sukupuolijärjestelmää.

---

<sup>27</sup> Erilaisia laadunvarmistusjärjestelmiä käytetään myös sairaanhoitajan työn arvioinnissa. Ks. esim. International Council of Nurses: Ohjeita kansallisille sairaanhoitajakärjstöille: Sairaanhoitajakoulutuksen ja käytännön



Työelämässä näyttää kuitenkin olevan vallalla erityinen sosiaaliseen konsensukseen perustuva ideologia, joka ilmenee esimerkiksi vaatimuksina ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä. Niiden myötä pyritään saattamaan työyhteisösuhteet hierarkiatkin ylittäväksi harmoniseksi kokonaisuudeksi. Koska ammattiryhmien väliset hierarkkiset asetelmat eivät ole kuitenkaan vielä tätä kirjoitettaessa hävinneet mihinkään, pyrkimys tasa-arvoon kulkenee vielä pitkälti erilaisiin työtyytyväisyyteen tai –hyvinvointiin liittyvinä ohjeistuksina tai yleisluontoisina tasa-arvostrategioina. Sukupuolijärjestelmä asiantuntijaorganisaatioissa ei vaikuta vain ammatillisen segregaaation kautta, vaan sitä rakentavat myös kulttuurisesti vakiintuneet merkitykset feminiinisyyden ja maskuliinisuuden ilmenemismuodoista työelämässä.

Tutkimukseni myötä aloin nähdä sukupuolen pikemminkin ammatillistumisen resurssina, kuin professionaalisen alistamisen kenttänä. Tulkitsen, että arkiajatteluun perustuvat käsitykset naissukupuolen ominaisuuksista toimivat eräänlaisena moraalisen selviytymisstrategiana siinä voimainkoitossa, jossa naisvaltaisille aloille pyritään saavuttamaan enemmän statusta ja arvostusta. Naisten ja miesten välinen epätasa-arvo esimerkiksi palkkojen suhteen on kuitenkin ongelma, jonka ratkaiseminen vaatii vielä valtavasti työtä. Asiakastyöhön liittyviin taitoihin ja kompetensseihin vetoaminen lienee riittämätön argumentti tilanteessa, jossa naisvaltaisten alojen palkkausta on vaikea kohottaa muun muassa siksi, että alat ovat muutenkin huonosti palkatulla julkisella sektorilla. Matala palkkaus ja naisvaltaisuus toimii jopa yhtenä oikeutusperusteena sille, ettei kaikkien asiakastyön tekijöiden asiantuntijuutta virallisesti suostuta tunnustamaan (Kinnunen 2001).

Vaikka yhteiskuntatieteilijän vaikutusmahdollisuudet ovat usein rajallisia rakenteellista epätasa-arvoa osoittavien ongelmien kohdalla, esimerkiksi tämä tutkimus on vähintään antanut tietoa siitä moninaisuudesta, jolla ammatillisuus kytkeytyy sekä yhteiskunnan legitimoimiin valtasuhteisiin että niihin valtarakenteisiin, joita se pyrkii purkamaan. Valtasuhteiden kautta rakennetaan ammatillista kompetenssia ja osoitetaan omakohtaista pätevyyttä, toimitaan moraalisisina subjekteina ja harjoitetaan moraalista kontrollia, ylläpidetään vallitsevia hierarkioita ja pyritään muokkaamaan niitä sekä pidetään yllä yhteisöllisyyden tuntua ja yhteistoiminnan mielekkyyttä. Tätä voidaan kaikeksi olettaa tapahtuvan jokaisella työpaikalla.

Valtasuhteet eivät siis ole vain repressiivisiä tai lamaannuttavia, sillä ne ovat myös vaikuttamista ja toimintakyvykkyyttä, kamppailua ja aluevaltauksia. Työmarkkinapolitiikka on yksi niistä toimintakentistä, jossa yritetään kytkeä yhteen monenlaisia professionaalisia, eturyhmäkohtaisia ja sosiaalisia kerrostumia koskevia intressejä. Vaikka tämä näyttäytyisikin loppumattomana valtataisteluna ja eri intressiryhmien välisenä nollasummapelinä, on kuitenkin syytä olla mahdollisuuksia myös uuden luomiseksi niillä sosiaalisilla ja yhteiskunnallisilla kentillä, joilla vallitsevat sosiaaliset rakenteet voivat yhtä lailla toimia eriarvoisuutta lisäävästi päinvastaisista pyrkimyksistä huolimatta. Epäkohtien ratkaisemiseksi olisi niin ikään syytä kehittää sen kaltaisia menetelmiä ja toimintastrategioita, jotka eivät jää vain virallisen puheen tasolle, ”pelkäksi retoriikaksi”.

## Lähdekirjallisuus

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press, Chicago.

Alasuutari, Pertti (1989): *Erinomaista, rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Hanki ja Jää, Helsinki.

Alasuutari, Pertti (1992): *Terveyskasvatus kulttuuri-ilmionä*. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.): *Terveys sosiologia*. WSOY.

Alasuutari, Pertti (1993): *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino, Tampere

Alasuutari, Pertti (1994): *Kulttuurintutkimus ja kulturalismi*. Teoksessa Kupiainen, Jari & Sevänen, Erkki (toim.): *Kulttuurintutkimus: johdanto*. SKS, Helsinki

Alasuutari, Pertti (1996): *Toinen tasavalta. Suomi 1946-1994*. Vastapaino, Tampere.

Ammattiluokitus 2001 (2001): *Käsikirjoja 14*. Tilastokeskus, Hakapaino Oy, Helsinki.

Applegate, Jeffrey S. & Kaye, Lenard W. (1993): *Male Elder Caregivers*. Teoksessa Williams, Christine L. (toim.): *Doing "Women`s Work": Men in Nontraditional Occupations*. Sage Publications, London.

Aro, Jari (1999): *Sosiologia ja kielenkäyttö*. Acta Universitatis Tamperensis 654, Tampereen yliopisto.

Bauman, Zygmunt (1997): *Postmodernin lumo*. Vastapaino, Tampere.

Beck, Ulrich & Giddens, Anthony & Lash, Scott (1995): *Nykyajan jäljillä*. Vastapaino, Tampere.

Beck, Ulrich (1999): *Työyhteiskunnan tuolla puolen*. Janus 1999, 7, 3, 257-266.

Berger Peter & Luckmann, Thomas (1991): *The Social Construction of Reality - A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Penguin Books.

Billig, Michael (1988): *Ideological Dilemmas : A Social Psychology of Everyday Thinking*. Sage, London.

Borgman, Merja (1998): *Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat?* Stakes, Tutkimuksia 95, Helsinki.

Bourdieu, Pierre (1998): *Järjen käytännöllisyys*. Vastapaino, Tampere.

- Brante, Thomas (1988): Sociological approaches to the Professions. *Acta Sociologica* (31), 2: 119-142.
- Burkitt, Ian (1991): *Social Selves. Theories of the Social Formation of Personality*. Sage Publications, London.
- Cameron, Deborah (1996): *Sukupuoli ja kieli. Feminismi ja kielentutkimus. Vastapaino, Tampere*.
- Coates, Jennifer (1996): *Language, Gender and Career*. Teoksessa Mills, Sara (toim.): *Language and Gender: Interdisciplinary perspectives*. Longman, London.
- Connell, R.W.(1995): *Masculinities*. Polity Press, Cambridge.
- Cook-Gumperz, Jenny & Messerman, Lawrence (1999): *Local Identities and Institutional Practices: Constructing the Record of Professional Collaboration*. Teoksessa Sarangi, Srikant & Celia Roberts (toim.): *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*. Mouton de Gruyter, Berlin & New York.
- Crompton, Rosemary (1987): *Gender, Status and Professionalism*. *Sociology* 3, 413-428.
- Davies, Celia (1995b): *Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited*. *Acta Sociologica*, 38: 17-31.
- Davies, Celia (1995a): *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Douglas, Mary (1966): *Purity and Danger. An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge, London - New York.
- Durkheim, Émile (1990): *Sosiaalisesta työnjaosta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Edwards, Derek & Potter, Jonathan (1992): *Discursive Psychology*. Sage, London.
- Engeström, Ritva (1999): *Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus terveyskeskusvastaanottojen keskusteluista*. Helsinki University Press, Helsinki.
- Eriksson, Susan (1999): *Tilannesidonnainen asiantuntijuus: esimerkkinä hoitotyö*. Teoksessa Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja: *Toimihenkilötyö vuosituhanen vaihteen Suomessa*. loppuraportti Työsuojelurahastolle, käsikirjoitus, maaliskuu 1999
- Eriksson, Susan (2002): *”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka” – sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat*. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi, Jyväskylä, 41-58.
- Eriksson, Susan (2002): *Kommunikaatio, moraalit ja valta modernissa asiantuntijuudessa*. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): *Asiantuntijoiden areenat*. SoPhi, Jyväskylä, 167-174.
- Eriksson, Susan & Valkonen, Jarno (2001): *Keskustelua asiantuntijuudesta ja ympäristöstä. Kaksi puheenvuoroa Kimmo Saariston teoksesta ”Avoin asiantuntijuus”*: *Kulttuurintutkimus* 18 (2001): 2, Jyväskylä.

- Eräsaari, Leena (1995): Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Gaudeamus, Helsinki.
- Eräsaari, Risto (1996): Keskustelua asiantuntijaposition muotoutumisesta. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan työpapereita. No. 94. Jyväskylä.
- Eräsaari, Risto (2002): Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 21-38.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Etzioni, Amitai (1968): Nykyajan organisaatiot. Tammi, Helsinki.
- Fairclough, Norman (1989): Language and Power. Longman, London.
- Fairclough, Norman (1992): Discourse and Social Change. Polity Press, Cambridge.
- Fairclough, Norman (1997): Miten media puhuu? Vastapaino, Tampere.
- Filander, Karin (1999): Julkisen sektorin kehittämisspuhe ja vastarinnan strategiat. Yhteiskuntapolitiikka, 352-358.
- Filander, Karin (2000): Kehittämistyö murroksessa. Acta Universitatis Tamperensis 777, Tampere.
- Foucault, Michel (1980): The History of Sexuality. Volume 1. An Introduction. Penguin Books, London.
- Foucault, Michel (1982): The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language. Pantheon, New York.
- Foucault, Michel (1989): The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception. Routledge, London.
- Foucault, Michel (1998): Seksuaalisuuden historia: tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä. Gaudeamus, Helsinki.
- Freidson, Eliot (1970): Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. The University of Chicago Press. Chicago & London.
- Freidson, Eliot (1986): Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. The University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson, Eliot (1994): Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Cambridge University Press, Cambridge.
- Frow, John (1990): Intertextuality and ontology. Teoksessa Worton, Michael & Still, Judith: Intertextuality. Theories and Practices. Manchester University Press, Manchester & New York.
- Garfinkel, Harold (1984): Studies in Ethnomethodology. Cambridge University Press, Cambridge.

- Giddens, Anthony (1995): Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Beck, Ulrich & Giddens, Anthony & Lash, Scott: Nykyaajan jäljillä. Vastapaino, Tampere.
- Goffman, Erving (1981): Forms of Talk. Blackwell, Oxford.
- Greimas, Algirdas Julien (1983): Pour une théorie des modalités. Teoksessa du Sens 2. Essais Sémiotiques, 67-91. Paris, Éditions du Seuil.
- Grint, Keith (1991) : The Sociology of Work. An Introduction. Polity Press, Cambridge.
- Gubrium, Jaber (1986): Local Cultures and Service Policy. Teoksessa Gubrium, Jaber & Silverman, David (toim.): The Politics of Field Research. Sage Publications, London.
- Haakana, Markku & Raevaara, Liisa & Ruusuvaori, Johanna (2001): Lääketieteen termit lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Teoksessa Ruusuvaori, Johanna & Haakana, Markku & Raevaara, Liisa (toim.): Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Tietolipas 173, SKS, Helsinki.
- Haapakorpi, Arja (2002): Suuren ja pienen tarinan välissä - uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen. Teoksessa Eriksson, Susan & Pirttilä, Ilkka (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 105-118.
- Haavio-Mannila, Elina (1991): Työpaikan sukupuolikoostumus, työn luonne ja sukupuolten suhteet. Työ ja ihminen 5: 3, 197-217.
- Hall, Christopher, Srikant Sarangi & Slembrouck, Stefaan (1999): The legitimation of the client and the profession: Identities and roles in social work discourse. Teoksessa Sarangi, Srikant & Celia Roberts (toim.): Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings. Mouton de Gruyter, Berlin & New York.
- Hall, Stuart (1992): Kulttuurin ja politiikan murroksia. Vastapaino, Tampere.
- Hall, Stuart (1999): Identiteetti. Vastapaino, Tampere.
- Harding, Sandra (1986): The Science Question in Feminism. Cornell University Press. Ithaca and London.
- Hartung, Martin (1998): Ironie in der Alltagssprache. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Hautamäki, Tiina (2002): Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset. Tampere University Press, Tampere.
- Heikkinen, Vesa (1999): Ideologinen merkitys kriittisen tekstintutkimuksen teoriassa ja käytännössä. SKS, Helsinki.
- Heikkinen, Vesa (2000): Teksteihin tunkeutuvat todellisuudet. Teoksessa Heikkinen, Vesa & Hiidenmaa, Pirjo & Tiililä, Ulla (toim.): Teksti työnä, virka kielenä. Gaudeamus, Helsinki.

Heikkinen, Vesa (2000): Virallisen ideologiaa. Teoksessa Heikkinen, Vesa & Hiidenmaa, Pirjo & Tiililä, Ulla (toim.): Teksti työnä, virka kielenä. Gaudeamus, Helsinki.

Heikkinen, Vesa & Hiidenmaa, Pirjo & Tiililä, Ulla (2000): Teksti työnä, virka kielenä. Gaudeamus, Helsinki.

Heiskala, Risto (2000): Toiminta, tapa ja rakenne. Kohti konstruktionistista synteisiä yhteiskuntateoriassa. Gaudeamus, Helsinki.

Heiskanen, Tuula & Rantalaiho, Liisa (1997): Persistence and Change of Gendered Practices. Teoksessa Heiskanen, Tuula & Rantalaiho, Liisa (toim.): Gendered Practices in Working Life. Macmillan Press, London.

Helén, Ilpo (1995): Michel Foucault'n valta-analytiikka. Teoksessa Heiskala, Risto (toim.): Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Gaudeamus, Helsinki.

Hellberg, Inga (1999): Altruism and Utility: Two Logics of Professional Action. Teoksessa Hellberg, Inga & Saks, Mike & Benoit, Cecilia (toim.): Professional Identities in Transition. Cross-cultural dimensions. Monograph from the Department of Sociology, No 71. Göteborg University, Göteborg.

Henriksson, Lea (1994): Ammatillisen sisaruuden uudet jaot - sota terveystyön taitekohtana. Teoksessa Anttonen Anneli, Henriksson Lea ja Nätkin Ritva (toim.): Naisten hyvinvointivaltio Vastapaino, Tampere.

Henriksson, Lea (1998): Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Stakes, Tutkimuksia 88, Helsinki

Henriksson, Lea (2000): Profiitit ja sukupuolten välinen työnjako terveystyössä. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.): Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki

Hoikkala, Tommi (1999): Suuret ikäluokat ja työ. Teoksessa Parikka, Raimo (toim.): Suomalaisen työn historiaa. SKS, Helsinki.

Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (2000): The Self We Live By. Narrative Identity in a Postmodern World. Oxford University Press. New York, Oxford

Hugman, Richard (1991): Power in Caring Professions. MacMillan, London

Huotari, Päivi (1998): Läsnaolo. Teoksessa Sonninen, Anna-Liisa ym. (toim.): Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.

Husu, Liisa (2001): Sexism, Survival and Support in Academia. Academic Women and Hidden Discrimination in Finland. University of Helsinki, Helsinki.

Hyvärinen, Matti (1996): Vallan retorinen konstruointi. Teoksessa Palonen, Kari & Summa, Hilikka (toim.): Pelkkää retoriikkaa. Vastapaino, Tampere.

- Hänninen, Vilma (1999): Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696, Tampereen yliopisto.
- Högbacka, Riitta (1987): Sukupuolinen ahdistelu ja häirintä. Kansainvälinen katsaus tutkimuksiin, lainsäädäntöön ja sopimuksiin. Tasa-arvoasiain neuvottelukunnan monisteita 1/1987.
- Iannello, Kathleen, P.(1992): Desicions without Hierarchy. Feminist Interventions in Organization Theory and Practice. Routledge, London.
- International Council of Nurses (1994): Ohjeita kansallisille sairaanhoitajajärjestöille: sairaanhoitajakoulutuksen ja käytännön laatuvaatimusten kehittäminen. Suomen sairaanhoitajaliitto.
- International Council of Nurses (1996): Ohjeita kansallisille sairaanhoitajajärjestöille: Parempaan terveyteen hoitotieteellisen tutkimuksen avulla. Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Janatuinen, Anna-Liisa (1998): Kokonaisvaltainen hoito. Teoksessa Sonninen, Anna-Liisa ym. (toim.): Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.
- Jokinen, Arja (1999): Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1999): Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1991): Diskursseja rakentamassa. Näkökulma sosiaalisten käytäntöjen tutkimiseen. Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia, sarja A, n:o 2, Tampere
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993): Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1999): Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja & Suoninen, Eero toim. (2000): Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Pirkko & Riikonen, Marita & Turunen, Päivi (1998): Suru. Teoksessa Sonninen, Anna-Liisa ym. (toim.): Hoitotyön ulottuvuuksia: näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.
- Juhila, Kirsi (1993): Miten tarinasta tulee tosi: faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa Jokinen, Arja, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.): Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere.
- Juhila, Kirsi (1999): Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero: Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina. Vastapaino, Tampere.



- Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (2000): Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (toim.): Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (1986): Miestieteen uusintaminen. Teoria ilman sukupuolijärjestelmää. Teoksessa Rantalaiho, Liisa (toim.): Miesten tiede, naisten puuhut. Vastapaino, Tampere 1986.
- Julkunen, Raija (1991): Hoiva ja professionalismi. Sosiologia 2: 75-83.
- Julkunen, Raija (1994): Hyvinvointivaltiollisen professioprojektin katkos. Tiede ja edistys 3/1994.
- Julkunen, Raija (1995): Feministiseen analyysiin. Teoksessa Eräsaari, Leena & Julkunen, Raija & Silius, Harriet (toim.): Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (2000): Työelämänpolitiikka. Teoksessa Hoikkala, Tommi & Roos, J.P. (toim.): 2000-luvun elämä. Sosiologisia teorioita vuosituhannen vaihteesta. Gaudeamus, Helsinki
- Järvinen, Riitta (1990): Asiakastyö - vuorovaikutusta ja tilannetaajua. Teoksessa Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja & Järvinen, Riitta: Muutokset kiireen keskellä. Seurantatutkimus muutoksista toimihenkilöiden työpaikoilla 1980-luvulla. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tutkimuslaitos, Työelämän tutkimuskeskus, sarja T7, Tampere
- Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari (2000): Terveys sosiologia ja postmoderni. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.): Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki
- Keller, Evelyn Fox (1985): Tieteen sisaruoli. Vastapaino, Tampere
- Ketola; Outi & Kevätsalo, Kimmo (1994): Ammatti vai elämäntehtävä? Sosiaali- ja terveydenhuollon työ ja organisaatiot murroksessa. Painatuskeskus Oy, Helsinki.
- Ketola, Outi & Kovasin, Merja & Suominen, Tarja (1995): Peiton alta. Hoitaminen kulttuurisena ilmiönä. Painatuskeskus Oy, Helsinki
- Kinnunen, Juha (1990): Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Kinnunen, Merja (2001): Luokiteltu sukupuoli. Vastapaino, Tampere.
- Kinnunen, Merja & Korvajärvi, Päivi toim. (1996): Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino, Tampere.
- Kitzinger, Celia & Thomas, Alison (1995): Sexual Harrasment: A Discursive Approach. Teoksessa Wilkinson, Sue & Kitzinger, Celia (toim.): Feminism and Discourse. Psychological Perspectives. Sage Publications, London
- Kivinen, Kirsti (1994): ”Orjat ja sankarit”. Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat kvalifikaatiovaatimukset. Tehy ry., sarja A: Tutkimusraportteja 1/1994.
- Kivivuori, Janne (1992): Psykokulttuuri. Hanki ja jää, Helsinki.

- Kolehmainen, Sirpa (1999): Naisten ja miesten työt. Työmarkkinoiden segregoituminen Suomessa 1970-1990. Tutkimuksia 227, Tilastokeskus, Helsinki
- Konttinen, Esa (1989): Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? Professionien sosiologian funktionalistisen ja uusweberiläisen valtasuuntauksen tarkastelua. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja. 45/1989.
- Konttinen, Esa (1991): Perinteisesti moderniin: professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Konttinen, Esa (1997): Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Kortteinen, Matti (1992): Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hanki ja jää, Helsinki.
- Korvajärvi, Päivi (1997): Working Within and Between Hierarchies. Teoksessa Heiskanen, Tuula & Liisa Rantalaiho (toim.): Gendered Practices in Working Life. Macmillan Press, London.
- Korvajärvi, Päivi (1998): Gendering Dynamics in White-Collar Work Organizations. University of Tampere, Tampere.
- Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja (1999): Toimihenkilötyö vuosituhannen vaihteen Suomessa. Loppuraportti Työsuojelurahastolle, käsikirjoitus, maaliskuu 1999
- Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja & Järvinen, Riitta (1987): Työ, toimihenkilöt ja muutokset. Väli raportti projektista Pitkäaikaisseuranta työelämän muutoksista toimihenkilöaloilla. Toimihenkilö- ja virkamiesjärjestöjen keskusliitto TVK ry., Helsinki
- Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja & Järvinen, Riitta (1990): Muutokset kiireen keskellä. Seurantatutkimus muutoksista toimihenkilöiden työpaikoilla 1980-luvulla. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tutkimuslaitos, Työelämän tutkimuskeskus, sarja T7, Tampere
- Kärki, Riitta (1998): Lääketiede julkisuudessa. Prometheus vai Frankenstein? Vastapaino, Tampere.
- Könnilä, Paula (1999): Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. Acta Universitatis Tamperensis 646, Tampereen yliopisto.
- Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (1985): Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics. London Verso.
- Lakoff; George & Johnson, Mark (1980): Metaphors We Live By. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Lammi-Taskula, Johanna (1994): Päiväkotien moninaiset miehet. Teoksessa Sipilä, Jorma & Tiihonen, Arto (toim.): Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan. Vastapaino, Tampere.

Larson, Magali Sarfatti (1990): In the matter of Experts and Professionals, or how impossible it is to leave nothing unsaid. Teoksessa Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael (toim.): The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy. Sage, London.

Lehto, Anna-Maija (1999): Tasa-arvo työoloissa. Tilastokeskus, Helsinki.

Liljeström, Marianne (1996): Sukupuolijärjestelmä. Teoksessa Koivunen, Anu & Marianne Liljeström (toim.): Avainsanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1996, 111-138.

Lumijärvi, Ismo (1991): Tulosarvioinnin kehittämisen tutkimisesta. Näkökulmia viitekehyksen ja tutkimusmetodiikan täsmentämiseksi liittyen kunnallisten palveluorganisaatioiden työelämän laadun tutkimushankkeeseen. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Työelämän tutkimuskeskus, Työraportteja 22. Tampereen yliopisto.

Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi (1999): Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamisen haasteena. Gaudeamus, Helsinki.

Lyotard, Jean Francois (1984): Tieto post-modernissa yhteiskunnassa. Vastapaino, Tampere

Maijala, Hanna (1998): Kateus. Teoksessa Sonninen, Anna-Liisa ym. (toim.): Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. 56-62. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.

Mankkinen, Teija (1994): Sukupuolisen häirinnän ja ahdistelun teoreettinen rekonstruktio mielisairaalaan koskevan tapausanalyysin valossa. Sosiologian pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto.

Matero, Johanna: Tieto. Teoksessa Koivunen, Anu & Marianne Liljeström (toim.): Avainsanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1996.

McCarthy, E. Doyle (1996): Knowledge as Culture. The New Sociology of Knowledge. Routledge, London.

Munnukka, Terttu (1997): Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Acta Universitatis Tamperensis 579, Tampere.

Muntigl, Peter & Weiss, Gilbert & Wodak, Ruth (2000): European Union Discourses on un/employment: An Interdisciplinary Approach to Employment Policy Making and Organizational Change. John Benjamins, Amsterdam.

Mutka, Ulla (1998): Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylän yliopisto, SoPhi, Jyväskylä

Mäntysaari, Mikko (1991): Sosiaalibyrokratia asiakkaan valvojana. Vastapaino, Tampere.

Nakari, Risto (1996): Työelämän monet kasvot - kuntatyöyhteisö 1995. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Niemeier, Susanne (1997): Nonverbal Expression of Emotions in a Business Negotiation. Teoksessa Niemeier, Susanne & Dirven, René (toim.): The Language of Emotions.

Conceptualization, Expression and Theoretical Foundation. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia.

Parker, Ian (1992): Discourse Dynamics. Critical Analysis for Social and Individual Psychology. Routledge, London.

Parsons, Talcott (1954): The Professions and Social Structure. Teoksessa Parsons, Talcott: Essays in Sociological Theory. The Free Press, London.

Peltomäki, Päivi & Harjumäki, Piia & Husman, Kaj (2002): Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus - kriisityön ja työterveyshuoltotoiminnan tarkastelua. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 81-104.

Pelttari, Paula (1997): Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes, Tutkimuksia 80, Helsinki.

Perelman, Chaim (1996): Retoriikan valtakunta. Vastapaino, Tampere.

Peräkylä, Anssi (1990): Kuoleman monet kasvot. Tutkimus identiteettien tuottamisesta kuolevan potilaan hoidossa. Vastapaino, Tampere.

Peräkylä, Anssi (1992): Toiminta, rakenne ja intersubjektiviteetti keskustelunalyysissa. Sosiologia 29, 264-276.

Peräkylä, Anssi (1997): Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Tainio, Liisa (toim.): Keskustelunalyysin perusteet. Vastapaino, Tampere.

Pirttilä, Ilkka (2002): Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 11-20.

Pirttilä, Ilkka (2002): Mitä, miten ja miksi? Asiantuntijat väitöskirjoissa 1990-luvulla. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 137-163.

Potter, Jonathan (1996): Representing Reality Discourse, Rhetoric and Social Construction. Sage Publications, London.

Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1989): Discourse and Social Psychology. Sage Publications, London.

Pyhä Raamattu (1993): Vanha testamentti, Uusi testamentti. Gummerus, Jyväskylä.

Rantalaiho, Liisa (1986): Reproduktion maisema. Teoksessa Rantalaiho, Liisa (toim.): Miesten tiede, naisten puuhut. Vastapaino, Tampere.

Rantalaiho, Liisa (1997): Contextualizing Gender. Teoksessa Heiskanen, Tuula & Liisa Rantalaiho (toim.): Gendered Practices in Working Life. MacMillan Press.

Rekola, Juhani (1994): Hoitosuhteen kehittäminen : Balint-ryhmätöiminnan kokemuksia perusterveydenhuollossa. Stakes, Helsinki.

- Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto (1988): Koulutus, professionalisoituminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja A 128.
- Roos, J.P. (1987): Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. SKS, 454, Helsinki.
- Rose, Hilary (1983): Hand, Brain and Heart: A Feminist Epistemology for the Natural Sciences. *Signs: Journal for Women in Culture and Society*. 9:1.
- Ruusuvuori, Johanna (2000): Control in the Medical Consultation: Practices of Giving and Receiving the Reason for the Visit in Primary Health Care. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16, Tampere
- Saaristo, Kimmo (2000): Avoin asiantuntijuus. Kulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 66, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Sarangi, Srikant & Roberts, Celia (1999): The Dynamics of Interactional and Institutional Orders in Work-Related Settings. 1-60. Teoksessa Sarangi, Srikant & Roberts, Celia (toim.): *Talk, Work and Institutional Order*. Mouton de Gruyter, Berlin & New York.
- Sarangi, Srikant & Slembrouck, Stefaan (1996): *Language, Bureaucracy and Social Control*. Longman, London and New York.
- Schegloff, EA (1991): Reflections on Talk and Social Structure. Teoksessa Boden D. & Zimmerman, D (toim.): *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Polity Press, Cambridge.
- Silius, Harriet (1995): Sukupuolitetun ammatillisuuden julkisuus ja yksityisyys. Teoksessa Eräsaari, Leena & Julkunen, Raija & Silius, Harriet (toim.): *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Vastapaino, Tampere
- Silverman, David (1998): *Harvey Sacks. Social Science And Conversation Analysis*. Oxford University Press, New York
- Sinkkonen, Merja (1994): Tulosjohtaminen terveydenhuollossa ja erityisesti sen vaikutukset hoitohenkilökunnan asemaan. *Tehy ry., sarja B: Selvityksiä 3/1994*.
- Sipilä, Jorma (1994): Miestutkimus - säröjä hegemonisessa maskuliinisuudessa. Teoksessa Sipilä, Jorma & Arto Tiihonen (toim.): *Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan*. Vastapaino, Tampere.
- Sirkka, Kari A. (1998): Luottamus. Teoksessa Sonninen, Anna-Liisa ym. (toim.): *Hoitotyön ulottuvuuksia: näkökulmia ammattikieleen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.
- Smith, Dorothy (1987): *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Boston Northeastern University Press.

Sonninen, Anna-Liisa & Grönlund, Elina & Haarala, Risto & Holopainen, Arja & Kiikkala, Irma & Wilskman, Kaarina (toim.): Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki, 1998.

Stenfors, Paula (1999): Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa: seurantatutkimus sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksesta. Tampereen yliopisto, Tampere.

Stenvall, Jari (1997): Yhteisöllisyydestä erottautumiseen. Hallinnon kehittämisen kieli. Teoksessa Mälkiä, Matti & Stenvall, Jari (toim.): Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampere University Press, Tampere.

Sulkunen, Pekka (1997): Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Gaudeamus, Helsinki, 13-53.

Sulkunen, Pekka (1998): Johdatus sosiologiaan. Käsitteitä ja näkökulmia. WSOY, Helsinki.

Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (1997): Arvot ja modaalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentumisessa. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): Semioottisen sosiologian näkökulmia. Gaudeamus, Helsinki.

Summa, Hilikka (1989): Hyvinvointipolitiikka ja suunnitteluretoriikka: tapaus asuntopolitiikka. Teknillinen korkeakoulu, Espoo.

Summa, Hilikka (1996): Kolme näkökulmaa uuteen retoriikkaan. Teoksessa Summa, Hilikka & Palonen, Kari (toim.): Pelkkää retoriikkaa. Vastapaino, Tampere.

Summa, Hilikka & Palonen, Kari (1996): Retorinen käänne? Teoksessa Summa, Hilikka & Palonen, Kari (toim.): Pelkkää retoriikkaa. Vastapaino, Tampere.

Suojanen, Päivikki (1997): Etnografisia havaintoja politiikan ja uskonnon ammattikielistä Suomessa. Suostuttelevan viestinnän valta. Teoksessa Mälkiä, Matti & Stenvall, Jari (toim.): Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampere University Press, Tampere.

Suoninen, Eero (1997): Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä. Acta Universitatis Tamperensis 580, Tampere.

Suoninen, Eero (2000): Ammattiauttajat ja tutkijat dialogissa. Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen, Eero: Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino, Tampere.

Svensson, Lennart G. (1990): Knowledge as a Professional Resource: Case Studies of Psychologists and Architects at Work. Teoksessa Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael (toim.): The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy. Sage Publications, London.

Tedre, Silva (1999): Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. N:o 40, Joensuu.

- Tiainen, Tarja (2002): Piilotettu maskuliinisuus atk-asiantuntijuudessa. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä.
- Trice, Harrison (1993): Occupational Subcultures In the Workplace. ILR Press, Ithaca, New York.
- Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (toim.) (1999): Medikalisaatio - aikamme sairaus. Vastapaino, Tampere
- Turner, Bryan S. (1995): Medical Power and Social Knowledge. Sage Publications, London
- Törrönen, Jukka (2000): Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa. Sosiologia 3: 243-255.
- Töyry, Eeva (2001): Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Utriainen, Terhi (1999): Läsä, riisuttu, puhdas: uskontoantropologinen tutkimus naisista kuolevan vierellä. SKS, Helsinki.
- Van Dijk, Teun (1998): Ideology. A Multidisciplinary Approach. Sage Publications, London.
- Vanhala, Anni (2001): Ongelmapuhe ja voimavarapuhe asiakkuuden määrittymisessä. Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen, Eero: Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino, Tampere.
- Varsa, Hannele (1996): Sukupuolisen häirinnän ja ahdistelun prosessi. Teoksessa Kinnunen, Merja & Korvajärvi, Päivi (toim.): Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino, Tampere.
- Vehviläinen, Marja (1996): ”Maailmoista ilman naisia” tietotekniikan sukupuolieroihin. Teoksessa Kinnunen Merja & Päivi Korvajärvi (toim.): Työelämän sukupuolistavat käytännöt. Vastapaino, Tampere.
- Vehviläinen, Marja (1997): One`s own information systems. Teoksessa Heiskanen, Tuula & Rantalaiho, Liisa (toim.): Gendered Practices in Working Life. Macmillan Press, London 1997.
- Vilkko, Anni (1988): Tarina tarinasta. Erään naisomaelämäkerta-aineiston tarkastelua. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Virtanen, Mika (1998): Olemassaolokokemus. Teoksessa Sonninen, Grönlund, Haarala, Holopainen, Kiikkala ja Wilskman (toim.): Hoitotyön olottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. 98-104. Suomen sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki.
- Vuori, Jaana (2000): Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere University Press, Tampere.
- Vuori, Jari (1995): Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Ankkurikustannus, Vaasa.

- Vuori, Jari (1997): ”Vaihda taloa, jos ei tahti maita.” Syllisyysilmaisut sairaalaorganisaatioissa. Teoksessa Mälkiä, Matti & Stenvall, Jari (toim.): Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampere University Press, Tampere.
- Vähäaho, Tarja (2002): Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. SoPhi, Jyväskylä, 59-80
- Wager, Maaret (1993): Construction of Femininity in Academic Women. Continuity between Private and Professional Identity. University of Ulster, Jordanstown.
- Wajcman, Judy (1991): Feminism Confronts Technology. Polity Press, Cambridge.
- Weber, Max (1980): Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki. WSOY, Porvoo-Helsinki-Juva.
- Wicks, Deidre (1998): Nurses and Doctors at Work. Rethinking Professional Boundaries. Open University Press, Buckingham
- Wickström, Gustav & Helelä, Leena & Joki, Marjut & Laine, Marjukka & Pentti, Jaana & Soininen, Marjaana & Tamminen-Peter, Leena (1998): Työyhteisöjen toimintakyvyn säilyttäminen ja kehittäminen hoitotyössä. Hanke 93062. Loppuraportti Työsuojelurahastolle. Turun aluetyöterveyslaitos 30.6.1998.
- Willis, Paul (1984): Koulunpenkiltä palkkatyöhön. Vastapaino, Tampere.
- Witz, Anne (1992): Professions and Patriarchy. Routledge, London.
- Witz, Anne (1994): The Challenge of Nursing. Teoksessa Gabe, Jonathan & Kelleher, David & Williams, Gareth (toim.): Challenging Medicine. Routledge, London.
- Wodak, Ruth (1989): Language, Power and Ideology. Studies in Political Discourse. Benjamin, Amsterdam.
- Wodak, Ruth (1996): Disorders of Discourse. Longman, London.

### **Muut lähteet:**

- Laitinen-Pesola, Jaana (2002): Hoitoalan työnjakoa harkittava. Helsingin Sanomat, Vieraskynäpalsta 15.1.2002.
- Yleisradion tv-uutiset, TV2, 19.3.2003 klo 18.00



