

LÄÄKÄRIN TYÖ JA EETTISET ONGELMAT

Lääkärityön nykytilan arviointia *Lääkärien eettisen foorumin* tapausten perusteella

Katri Hietala 76895

Sosiologian pro gradu-
tutkielma

Kesäkuu 2007

Sosiologian ja
sosiaalipsykologian laitos
Tampereen Yliopisto

TAMPEREEN YLIOPISTO

Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos

HIETALA, KATRI: Lääkäriin työ ja eettiset ongelmat.

Lääkärityön nykytilan arviointia *Lääkärien eettisen foorumin* tapausten perusteella.

Pro gradu -tutkielma, 104 s., 2 liites.

Sosiologia

Kesäkuu 2007

Lääkärien eettinen foorumi on Suomen lääkärijärjestöjen yhteistyössä perustama foorumi, jonne lääkärit voivat lähettää kollegoiden pohdittavaksi työssään vastaan tulleita eettisiä ongelmatapauksia. *Foorumi* on tilannut tämän pro gradu -tutkielman selvittääkseen, mitä tällainen eettisistä ongelmatapauksista koostuva aineisto kertoo lääkäriityön nykyisistä ongelmista ja haasteista. Aineistona on *Eettisen foorumin* käsittelemät tapaukset vuosilta 2004-2006.

Tämän tutkielman tarkoituksena on jäsentää *Lääkärien eettisen foorumin* käsittelemiä tapauksia ja arvioida niiden perusteella lääkäriityön nykytilaa. Näkökulma on työntutkimuksellinen ja teoreettiset lähtökohdat kiinnittyvät kehittävään työntutkimukseen. Aineisto on käsitelty kehittävän työntutkimuksen keskeisimmän analyysivälineen eli toimintajärjestelmän rakennemallin avulla. Eettisten ongelmatapausten asettaminen lääkäriityötä kuvaavaan toimintajärjestelmän malliin auttoi jäsentämään käytännön lääkäriityössä esiintyviä ongelmia ja tekemään näkyväksi vaikeammin havaittavia ristiriitaisuuksia.

Tämä tutkielma ei ole varsinainen kehittämistutkimus, vaan tavoitteena on mahdollisten kehitystarpeiden näkyväksi tekeminen. Tämän aineiston perusteella merkittävimmät käytännön lääkäriityötä hankaloittavat *konkreettiset* ongelmat liittyvät vaikeuksiin lääkäriin, potilaan ja omaisten välisessä vuorovaikutuksessa, epäselvyyksiin työn- ja vastuunjaossa sekä ristiriitaisuuksiin työtä ohjaavissa säännöissä. Nämä ongelmat ovat jo saaneet huomiota osakseen. Niihin haetaan ratkaisua tutkimuksen ja kehitysprojektien avulla.

Aineistosta esiin nousseet *abstraktimmat* ongelmat eivät liity suoranaisesti käytännön työhön, vaan ennemminkin lääkärien ammattikunnan – profession – nykytilaan. Tähän liittyviä ongelmia ovat lääkärien epävarmuus sääntöjen tulkitsemisessa ja päätöksenteossa, lääkäriyhteisön sisäinen epäluottamus ja lääkäriyhteisön yhtenäisyyden puute. *Eettinen foorumi* korostaa kiinteän ja yhtenäisen professioyhteisön tärkeyttä. Tämän tutkielman perusteella lääkäriiprofessio näyttäisi olevan kehityksen ja päivittyksen tarpeessa.

Sisältö

1 Johdanto	1
2 Lääkärin etiikasta	6
2.1 Eettinen tukitoiminta	8
2.2 <i>Lääkärin eettinen foorumi</i>	10
2.3 Aineiston esittely	12
3 Analyysiyksikkönä toimintajärjestelmä	16
3.1 Toiminnan teoria	17
3.2 Kehittävä työntutkimus ja toimintajärjestelmän rakennemalli	18
3.3 Toimintajärjestelmä lääkäriyöhön sovellettuna	20
3.4 Toimintajärjestelmien verkot ja ristiriidat	22
3.5 Ekspansiivinen oppimissykli	25
3.6 Kehittävän työntutkimuksen rooli tässä tutkielmassa	27
3.7 Tutkimusasetelma	29
4 Eettisen foorumin kysymysten luokittelu	31
4.1 Ongelmalliset hoitopäätökset	36
4.2 Kertominen vai salaaminen	37
4.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?	38
4.4 Oikeat toimintatavat	40
4.5 Lääkäri henkilönä	42
5 Toimintajärjestelmän ristiriidat kysymysten taustalla	44
5.1 Ongelmalliset hoitopäätökset	45
5.2 Kertominen vai salaaminen	55
5.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?	58
5.4 Oikeat toimintatavat	62
5.5 Lääkäri henkilönä	67

5.6 Yhteenveto kysymysten ristiriidoista	68
6 Vastaukset toimintajärjestelmän rakennemallissa	72
6.1 Ongelmalliset hoitopäätökset	73
6.2 Kertominen vai salaaminen	79
6.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?	81
6.4 Oikeat toimintatavat	83
6.5 Lääkäri henkilönä	87
6.6 Yhteenveto vastauksista	90
7 Lääkärityön nykytilan arviointia	92
7.1 Yhteenveto analyysista	92
7.2 Aineiston ja menetelmän arviointia	95
7.3 Johtopäätökset	97
7.4 Mahdollisia jatkotutkimusaiheita	99
Lähteet	101
Liite 1. Eettisen foorumin käsittelemät tapaukset 2004-2006	

1 JOHDANTO

”Lääkäri tekee työssään valintoja ja päätöksiä monilla ihmisen keskeisillä elämänaalueilla. Joskus nämä päätökset ovat eettisesti vaikeita. Paraskaan tieteellinen tieto ei ratkaise kaikkia ongelmia. Joskus on vain huonoja vaihtoehtoja ja vähän miettimisaikaa.” (www.duodecim.fi)

Näillä sanoilla alkaa *Lääkärien eettisen foorumin* nettisivusto. *Lääkärien eettinen foorumi* on Suomen lääkärijärjestöjen yhteistyössä perustama foorumi, jonne lääkärit voivat lähettää kollegoiden pohdittavaksi työssään vastaan tulleita eettisiä ongelmatapauksia. Tämän tutkielman tarkoituksena on jäsentää foorumille lähetettyjä eettisiä ongelmia ja nostaa esiin niissä ilmeneviä lääkäriyön ristiriitaisuuksia. Sen pohjalta on pyrkimyksenä analysoida lääkäriyön nykytilaa eli tutkielman näkökulma on työntutkimuksellinen.¹

Samuli Saarni (2007, 7) kuvaa useita mahdollisia näkökulmia lääkäriyön eettisten ongelmien tutkimiseen. Ensinnäkin voidaan tarkastella eettisiin ongelmiin liittyviä arvoja ja moraalisen päättelyn eri tapoja. Toiseksi voidaan tarkastella eettistä herkkyyttä eli lääkäreiden kykyä havaita eettisiä ongelmia. Kolmas tapa on tarkastella eettistä epävarmuutta eli tilanteita, joissa lääkäri on epävarma siitä, mikä toimintatapa on eettisesti perustelluin. Tämä näkökulma on perinteisesti käytössä kliinisessä etiikassa sekä lääkäreiden etiikan opetuksessa. Neljäs näkökulma on eettisten dilemmojen tarkastelu. Dilemma tarkoittaa sitä, että useat eettiset periaatteet ovat ristiriidassa keskenään. Tämä näkökulma on erityisen mielenkiintoinen teoreettisen etiikan kannalta. Viidenneksi eettisten ongelmien ja sitä kautta hankalien tilanteiden aiheuttamaa ahdistusta voidaan tutkia osana työhön liittyviä stressiä.

Kuudentena näkökulmana Saarni (2007, 7) esittää eettisten ongelmatilanteiden esiintyvyyden tutkimisen. Hän on myös tehnyt aiheesta laajan kyselytutkimuksen

¹ *Lääkärien eettinen foorumi* on tilannut tämän tutkielman selvittääkseen, mitä foorumille kertynyt aineisto kertoo lääkäriyön nykyisistä ongelmista, kipupisteistä ja haasteista (Peltola 2006).

suomalaisille lääkäreille. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, ketkä ovat kokeneet ja millaisia eettisesti ongelmallisia tilanteita työssään. Erityistä tutkimuksessa oli sen yleinen näkökulma. Aiemmat vastaavantyyppiset tutkimukset olivat keskittyneet joko määrätynlaisiin eettisiin ongelmatilanteisiin tai ennalta määriteltyihin erikoisaloihin. Saarnin tutkimuksessa kysely lähetettiin postitse kaikille työelämässä oleville laillistetuille lääkäreille Suomessa. Kävi ilmi, että nuoret lääkärit kokivat tehneensä huomattavasti enemmän eettisesti ongelmallisia hoitopäätöksiä kuin vanhemmat. Alle 30-vuotiaista 60% ilmoittaa tehneensä eettisesti ongelmallisia hoitopäätöksiä, kun yli 63-vuotiaista vain 21% on sitä mieltä. Saarnin mukaan tämä saattaa johtua joko siitä, että vanhemmat lääkärit eivät koe niin paljoa eettisiä ongelmia, koska he pystyvät ne työkokemuksensa pohjalta ratkaisemaan tai siitä, että heidän eettinen herkkyytensä eli kykynsä havaita eettisiä ongelmatilanteita on matalampi.

Saarni (2007) oli tehnyt kirjallisuuden pohjalta luokittelun lääkärin työssä esiintyvistä eettisistä ongelmatilanteista ja niiden syistä. Kysymyskaavake perustui tähän luokitteluun. Eniten eettistä ongelmallisuutta suomalaiset lääkärit kokivat siinä, että suorittivat tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja. Syyksi tähän nähtiin potilaiden ja omaisten painostus. Myös tarpeellisten hoitojen epääminen koettiin eettisesti ongelmallisena. Tähän syyksi nähtiin liian niukat resurssit. Yleisesti ottaen nuoret lääkärit kokivat, että heitä painostetaan suorittamaan liikaa hoitoja, kun taas vanhemmat kokivat, etteivät pysty tekemään tarpeeksi puutteellisten resurssien takia. Saarnin näkemys on, että vanhemmat lääkärit voisivat hyötyä koulutuksista, joissa heräteltäisiin herkkyyttä tunnistaa eettisiä ongelmia, koska heidän opiskeluaikanaan etiikka ei kuulunut lääkärin opintoihin. Nuoremmat lääkärit voisivat puolestaan hyötyä eettisestä tukitoiminnasta, joka auttaisi vastustamaan potilaan tai omaisten painostusta lääkäreiden turhina pitämiin hoitoihin.

Tämän tutkielman aineiston tuottaja, Lääkärinen eettinen foorumi, on juuri tällaista eettistä tukitoimintaa. Se on rantautunut Yhdysvalloista Euroopan kautta myös Suomeen. Suomessa eettisten tukitoimintojen käyttöä koskevia tutkimuksia ei ole tehty, koska toiminta on vielä nuorta. Siksi esimerkkinä eettisten tukitoimintojen tutkimuksesta

esitellään yhdysvaltalainen tutkimus, jossa selvitettiin millaiset tilanteet johtavat yhteydenottoon eettiseen tukitoimintaan. Kuudeltasadalta satunnaisesti valitulta lääkäriltä kysyttiin puhelinhaastattelussa millainen oli hänen kokemansa edellinen tilanne, joka johti yhteydenottoon eettiseen tukitoimintaan sekä mikä tekijä tilanteessa johti siihen, että eettistä tukea tarvittiin. Tutkimustuloksena muodostui lista koetuista eettisistä ongelmatilanteista. Yleisimmät ongelmat liittyivät elämän loppuvaiheen hoitoihin, potilaan autonomiaan sekä konflikteihin tilanteessa vaikuttavien henkilöiden kesken. Tutkijat mainitsevat listan hankaluudeksi eettisten ongelmien päällekkäisyyden. Esimerkiksi jos potilaan kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen elämän loppuvaiheen hoidoista, kaikki yllämainitut ongelmat esiintyvät samassa ongelmatapauksessa. (Du Val et al. 2001.)

Merkittävimmät tekijät, jotka tämän tutkimuksen mukaan johtivat yhteydenottoon eettiseen tukeen olivat avoimet konfliktitilanteet, kommunikaatio-ongelmat vaikeiden potilaiden ja omaisten kanssa sekä muut tunteita herättävät tilanteet. Yli puolet yhteydenotoista liittyivät tällaisiin tilanteisiin. Myös vähemmän tunnelatausta sisältäviin vaikeisiin päätöksentekotilanteisiin ja hoidon suunnitteluun haettiin tukea. Tutkijoiden mukaan eettisen tuen tarpeessa on tapahtunut laadullinen muutos. Nyt yli puolet yhteydenotoista liittyivät vahvan tunnelatauksen sisältäviin konfliktitilanteisiin, kun aiemmin painopiste oli ollut eettisten dilemmausten pohdinnassa. Tutkijat vetävät johtopäätöksen, että on tärkeää, että perinteisen eettisten ongelmien analysoinnin lisäksi eettisillä tukitoiminnoilla on mahdollisuus tarjota myös konfliktin- ja kriisinhallintataitoja sekä tukea henkisesti raskaisiin tilanteisiin. (Du Val et al. 2001.)

Tässä tutkielmassa ei ole tarkoituksena tutkia eettisiä ongelmatilanteita mistään aiemmin mainituista näkökulmista. Tarkoituksena ei myöskään ole tutkia Lääkärien eettisen foorumin eettistä tukitoimintaa sinänsä, vaikkakin yhteydenottoon johtaneet tapaukset tulevat tutkielmassa luokitelluiksi. Saarnin mainitsema työn stressaavuuteen liittyvä näkökulma eettisiin ongelmiin on ainoa työntutkimuksen näkökulmaan viittaava maininta. Tämän tutkielman työntutkimuksellisen näkökulman yhdistäminen eettisistä

ongelmatilanteista koostuvaan aineistoon on siis varsin tuore ja koskematon. Vastaavaa yhdistelmää ei liene koskaan käytetty.

Lääkärin työ on varsin tutkittu aihe. Lääkäriprofession syntyhistoriaa ja kehittymistä on tutkittu (Konttinen 1991; MacDonald 1995). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on ollut aktiivisen tutkimuksen kohteena jo monen vuoden ajan (ks. mm. Ruusuvuori 2000). Kehittävän työntutkimuksen keinoin lääkärin työtä on tutkittu esimerkiksi LEVIKE-projektissa, josta kerrotaan lisää kehittävästä työntutkimuksesta käsittelevässä luvussa (ks. Engeström et al. 1987). Lääkärin työtä on tutkittu myös työssä jaksamisen ja työkyvyn ylläpitämisen näkökulmasta (Mäenpää 1999). Näille tutkimuksille on yhteistä se, että ne joko kuvaavat lääkäriyössä tapahtunutta kehitystä tai pyrkivät kehittämään sitä edelleen. Tässä tutkielmassa huomio kohdistuu vain nykyhetkeen, kun tarkastellaan millaisen kuvan *Eettisen foorumin* aineisto luo lääkäriyön nykytilasta.

Tutkielman rakenne

Tutkielman aluksi käydään läpi lääkärin etiikan kehityksen kulmakivet. Sitten tarkastellaan nykyisten eettisten ohjeistojen ja virallisen eettisen valvonnan juridista asemaa ja perusteita. Seuraavaksi käydään läpi viime vuosina Euroopassa yleistyneiden epävirallisten eettisten tukitoimintojen kehitystä sekä niiden erilaisia muotoja ja toimintatapoja. Eettiset tukitoiminnot eivät ole suoranaisesti tämän tutkielman aiheena, mutta ne ovat tärkeässä roolissa, koska eräs sellainen – *Lääkärien eettinen foorumi* – on tuottanut tämän tutkielman aineiston.

Tutkielman teoreettiset lähtökohdat kiinnittyvät kehittävään työntutkimukseen. Ensin hahmotellaan toiminnan teoriaa ja siitä työtoimintojen tutkimukseen tehtyä sovellusta, kehittävästä työntutkimuksesta. Sen jälkeen määritellään käsitteitä eli siirrytään kuvaamaan kehittävän työntutkimuksen ja tämän tutkielman analyysiyksikköä – toimintajärjestelmää – ja siinä mahdollisesti ilmeneviä ristiriitoja. Sitten käydään läpi kehittävän työntutkimuksen ja toimintajärjestelmän käsitteen soveltamista lääkäriyön kontekstiin

sekä pohditaan niiden osuutta tässä tutkielmassa. Näiden pohjalta esitellään tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset.

Luvussa 4 kuvaillaan aineisto ja luokitellaan sitä helpommin käsiteltävään muotoon jatkoanalyysin kannalta. Seuraavissa luvuissa aineiston kysymykset ja vastaukset käydään läpi kehittävän työntutkimuksen analyysivälineiden avulla. Jokainen kysymys asetetaan toimintajärjestelmän rakennemalliin ja pyritään tekemään näkyväksi kysymyksessä esitetyn ongelman taustalla vaikuttava työssä esiintyvä ristiriitaisuus. Vastauksista analysoidaan, kuinka foorumin raati näitä ristiriitaisuuksia käsittelee. Lopuksi lääkäriyön nykytilaa kuvataan luomalla katsaus työssä esiintyviin ongelmakohtiin ja kuvaamalla sitä, kuinka lääkäriyhteisö ongelmiin reagoi.

2 LÄÄKÄRIN ETIIKASTA

Suomen Lääkäriliiton mukaan lääkärin työ on antiikin ajoista alkaen perustunut vankkoihin toimintaa ohjaaviin moraaliarvoihin, lääkärin etiikkaan.

Kreikkalaisperäinen sana etiikka tarkoittaa alunperin tapoja tai oppia tavoista. Etiikan isänä pidetään 400-luvulla eaa. elänyttä Sokratesta. Hän piti oikean toiminnan välttämättömänä edellytyksenä tietoa oikeasta ja väärästä. Sokrateen aikalaisen Hippokrateen nimiin on pantu varhaisin tunnettu lääkärin eettinen ohje, *Hippokrateen vala*. Se on nykyäänkin tarkasteltuna varsin edistyksellinen. Se ottaa kantaa humanismin perusarvoihin, kuten elämän säilyttämiseen ja kunnioittamiseen sekä kehottaa lääkäriä torjumaan kaiken, mikä voi olla vahingoksi tai tuhoksi. Lääkärin etiikalla on siis juuret pitkällä länsimaisen yhteiskunnan historiassa. (Äärimaa 1989, 6; 2005, 12.)

Aivan uuden merkityksen lääkärin etiikka sai toisen maailmansodan jälkeen, kun kävi ilmi, että natsien keskitysleireillä lääkärit olivat tehneet epäinhimillisiä ihmiskokeita lääketieteen nimissä. Nürnbergin oikeudenkäynti 1947 olikin lääkärin etiikan kehityksen tärkeä kulmakivi. Useita natsi-lääkäreitä tuomittiin kuolemaan rikoksista ihmisyyttä vastaan. Maailman lääkärit reagoivat nopeasti huonoon julkisuuteen ja samana vuonna useiden maiden lääkäriliittojen edustajat perustivat Maailman Lääkäriliiton WMA:n (World Medical Association), joka tuomitsi jyrkästi saksalaisten lääkäreiden teot keskitysleireillä. WMA:n tärkeimmäksi tehtäväksi nähtiin eettisten ohjeiden luominen lääkäreille. Tuloksena syntyi *Geneven julistus* (1948), joka sisälsi tuolloin tärkeänä pidetyt lääkärin etiikan pääperiaatteet uudistetun *Hippokrateen valan* muodossa. Erityinen uudistus valassa oli painava velvoite kunnioittaa elämää. Seuraavana vuonna WMA:n yleiskokouksessa hyväksytty *International Code of Medical Ethics* täsmensi *Geneven julistuksen* ohjeita. Nämä asiakirjat muodostavat edelleen lääkärin etiikan perussäännösten. (Äärimaa 1989, 6-7; 2005, 13.) Lääkärin etiikka on siis ollut olemassa jo vuosituhansia, mutta nykyisen muotonsa se on saavuttanut vain muutama vuosikymmen sitten. Etiikan ja oikein toimimisen periaate on varsin ajaton, mutta lääkärin etiikka heijastaa myös aina oman aikansa yhteiskunnallisia ajankohtaisuuksia ja moraalikäsitteitä.

Useimmissa Euroopan maissa valtiovalta on antanut lääkäreille itselleen oikeuden myöntää ammatinharjoittamisluvat sekä valvoa ammattikunnan etiikkaa ja käyttäytymistä. Näissä maissa lakisäätteiset lääkärin muodostamat elimet huolehtivat lääkärin eettisten ohjeiden kokoelmasta ja sen noudattamisen valvonnasta. (Äärimaa 2005, 13.) Suomessa ammatinharjoittamisluvan myöntää *Terveysturvakeskus* (TEO) terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain nojalla. Samainen laki velvoittaa ammattihenkilöitä toimimaan eettisesti. Lain kolmannen luvun 15§ käsittelee terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettisiä velvollisuuksia. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>) Yksityiskohtaisemmista eettisistä ohjeista ja niiden noudattamisesta on vastuussa *Suomen Lääkäriliitto*. Se on laatinut jäsenilleen sekä eettiset ohjeet että kollegiaalisuusohjeet ja antanut useita muita etiikkaan ja lääkärin toimintaan liittyviä ohjeistoja. Jäsenten (yli 90% Suomen lääkäreistä) tulee noudattaa liiton antamia ohjeita. (www.laakariliitto.fi/etiikka)

Lääkäriliiton ohjeet ja suositukset eivät ole niin sanottuja oikeudellisia normeja eli niiden noudattamatta jättämisestä ei voi seurata oikeudellisia sanktioita. Lääkäriliitto on kuin ammattiliitto, johon kuuluminen on vapaaehtoista. Näin ollen lääkäri ei voi tehdä muita kuin jäseniään velvoittavia ratkaisuja, joiden sanktioinnista ei vastaa yhteiskunta vaan yhteisö itse. Toisin sanoen kurinpidollisista syistä lääkäri voi antaa jäsenelleen huomautuksen tai pahimmassa tapauksessa vaikka erottaa jäsenen, jos hän rikkoo liiton sääntöjä. Oikeudellisen normin piirteitä ohjeet ja suositukset voivat saada, jos niihin tehdään viittauksia lainsäädännössä tai niiden pohjalta säädetään lakeja. (Gylling & Lötjönen 2005, 32.)

Tässä tutkielmassa ei tulla puuttumaan lääkärityön ja terveydenhuollon lainopilliseen puoleen ja runsaslukuisiin lakiteksteihin. Etiikka ja juridiikka eivät ole lähellekään sama asia, vaikkakin eettiset ongelmatilanteet ovat usein myös lainopillisesti ongelmallisia. Martti Lindquistin mukaan tutkimuksen ja hoidon oikeudellinen säätely määrittelee ne rajat, joissa toiminnan on tapahduttava. Ne eivät kuitenkaan sinänsä takaa lääkärin toiminnan eettisyyttä. On mahdollista toimia epäeettisesti, vaikka siitä ei olisi

oikeudellisia seuraamuksia. Lainsäädäntö määrittelee siis eettisyyden minimin, ammattietiikka sen maksimin. (Lindquist 2005, 19.)

Suomen lääkäriliiton julkaisema *Lääkärin etiikka*-kirja sisältää suomalaisten lääkäreiden eettisen ohjeiston alkaen virallisesta lääkärin valasta sekä lääkärin eettisistä ohjeista. Kirjan alussa käydään läpi lääkärin etiikan filosofisia perusteita. Niiden tarkoituksena on antaa välineitä eettiseen pohdintaan. Pääsisältö on *Suomen Lääkäriliiton Eettisten periaatekysymysten valiokunnan* kannanotot lääkärin etiikan erityiskysymyksiin, esimerkiksi kannanotot potilaan oikeuksista, hedelmöityshoidoista ja eutanasiasta. Niiden tavoitteena on muodostaa lääkäriprofession yhteinen näkemys siitä, miten lääkärin etiikan peruseriaatteet sopivat nykyiseen terveydenhuollon todellisuuteen. Kirjan lopussa on Suomen sekä Maailman Lääkäriliittojen suosituksia ja ohjeita, jotka muodostavat viralliset muotoilut lääkärin etiikan peruseriaatteista. (Saarni 2005, 5.)

Periaatteellisia kannanottoja eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin antaa sosiaali- ja terveysministeriön alainen *ETENE* eli *valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta*. Ilmenevissä ongelmatilanteissa lääkintäeettisiä kysymyksiä käsitellään *Suomen Lääkäriliiton Eettisten periaatekysymysten valiokunnassa*. Pahoissa ongelmatilanteissa virallista ammatinharjoittamisen valvontaa suorittaa *TEO* sille osoitettujen kanteluiden perusteella. (www.laakariliitto.fi/etiikka; www.teo.fi/) Kullakin sairaanhoitopiirillä pitää olla eettinen toimikunta. Näiden toimikuntien vastuulle kuuluu tutkimusetiikka. (Pasternack 2007.)

2.1 Eettinen tukitoiminta

ETENE, *TEO* ja *Eettisten periaatekysymysten valiokunta* ovat virallisia toimijoita, joiden puoleen käännytään pahoissa, usein juridisestikin vaikeissa ongelmatapauksissa. Kliinisen etiikan tukea tarjoavia tukitoimintoja on olemassa, jotta ne voisivat tarjota apua käytännön työssä heränneiden hankalien tilanteiden selvittämiseksi. Kyseessä ei tarvitse olla pahaksi äitynyt ongelma, mutta apua on tarjolla myös niiden käsittelyyn. Kliinisen

etiikan tukitoiminnot pyrkivät olemaan helposti lähestyttävissä ja saavutettavissa. Epävirallisen luonteensa avulla ne pyrkivät pitämään kynnyksen yhteydenottoon matalana. Tällaista käytännönläheistä eettistä tukitoimintaa tarjoavat esimerkiksi yhdysvaltalaiset eettisen tuen konsulttipalvelut, englantilaiset kliinisen etiikan komiteat sekä suomalainen *Lääkärien eettinen foorumi*.

Yhdysvalloissa tapauskohtaista eettistä tukea lääkäreille, potilaille ja heidän omaisilleen tarjoavilla eettisillä konsulteilla ja konsulttipalveluilla on vankka asema. Ne tarjoavat eettisiä konsultaatiopalveluita joko kasvokkain tai internetin välityksellä lyhyellä varoitusajalla. Ne pyrkivät vastaamaan nopeasti lääkäreiden työssä ja potilaiden hoidossa herääviin akuutteihin ongelmiin. Suuremmilla sairaaloilla on omat konsultit. Eettiset konsultit ovat koulutukseltaan filosofeja ja toimivat konsultteina päätoimisesti. (DuVal et al. 2001, i24-i29.; Slowther et al. 2004, 951.)

2000-luvulla samantyyppinen toiminta on alkanut saada jalansijaa myös Euroopassa, mutta se ei ole vielä kovin yleistä Manner-Euroopassa. Sen sijaan Isossa-Britanniassa toimii nykyään lääkärijohtoisia kliinisen etiikan komiteoita. Komiteoiden tarkoituksena on tuottaa periaatteellisia eettisiä kannanottoja, järjestää etiikkakoulutuksia terveydenhuoltohenkilöstölle ja tarjota apua lääkäreille yksittäisissä kliinisissä ongelmatilanteissa. Komitean istunnoissa on lääkäreiden lisäksi mukana myös sairaanhoitajia ja henkilöitä, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta. Istuntoihin otetaan tarvittaessa mukaan myös potilas ja omaiset. Iso-Britanniassa kliinisen etiikan komiteat ovat kehittyneet lääkäreiden itsenäisen kokeman tarpeen pohjalta, mutta joissain maissa hallinto vaatii kyseistä palvelua. Esimerkiksi Norjassa jokaisella suurella sairaalalla pitää olla eettinen komitea. (Slowther et al. 2004, 950-951.)

Kasvokkain tapahtuvien konsultti- tai komiteatapaamisten lisäksi sähköistä kommunikointia käytetään eettisten tukitoimijoiden apuna useissa maissa. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa toimii *UK Clinical Ethics Network*, joka muun muassa tuottaa aikakausjulkaisuja, konferensseja sekä koulututusta. Nettisivusto tarjoaa yleisen foorumin eettiselle ja juridiselle keskustelulle muun muassa hypoteettisten tapausten pohjalta sekä

linkkilistan kansallisiin eettisiin ohjeisiin. Tarkoituksena on tarjota paikkansapitävää ja helposti saatavilla olevaa tietoa etiikasta niin lääkäreille kuin potilaillekin. (Slowther et al. 2004, 951.; www.ethicsnetwork.org.uk) Eiser et al. (2001, i30-i32) kirjoittavat sähköisen kommunikoinnin kokemuksista ja haasteista eettisessä tukitoiminnassa. Tärkeiksi asioiksi he nostavat tietoturvan ja kommunikaation yksipuolisuuden ongelmat. Erityistä huomiota he kiinnittävät tietoturvaan, ja heidän mukaansa luottamuksellisia asioita sähköisesti käsiteltäessä on pidettävä tarkasti huolta ettei luottamuksellista tietoa pääse väärin käsiin. He kiinnittävät huomionsa myös sähköisen kommunikaation erityisluonteeseen, sillä sähköisesti tapahtuva viestintä on aina sekä yksisuuntaisempaa että yksipuolisempaa kuin kasvotusten tapahtuva viestintä. He näkevät sähköisen viestinnän olevan positiivinen lisä eettisille tukitoiminnoille, mutta se ei saisi kokonaan korvata henkilökohtaisia tapaamisia.

2.2 Lääkärien eettinen foorumi

Suomessa sairaaloilta ei vaadita eettisiä komiteoita. Sairaanhoidopiireillä pitää olla eettiset toimikunnat, mutta ne keskittyvät tutkimusetiikkaan. Muutamilla suurilla sairaaloilla on oma hoitoeettinen neuvottelukunta, mutta ne keskittyvät periaatteellisiin kannanottoihin ja laajempiin linjanvetoihin *ETENE*:n tapaan. (Pasternack 2007) Tukea kliinisen etiikan ongelmiin ei Suomessa ole ollut tarjolla, ennen kuin Suomen lääkärijärjestöt eli *Suomen Lääkäriliitto*, *Duodecim* ja *Finska Läkaresällskapet (FLS)* yhteistyössä perustivat *Lääkärien eettisen foorumin*. Kyseinen foorumi on toiminut internetissä vuodesta 2004 alkaen. Pohdintatukea käytännön työssä herääviin eettisiin ongelmiin tarjoava foorumi on siis Suomessa ensimmäinen laatuaan. Se, että raadin kaikki jäsenet ovat lääkäreitä ja, että kaikki raadin keskustelu tapahtuu internetissä, tekee *Lääkärien eettisen foorumin* kansainvälisestikin ainutlaatuiseksi. (www.duodecim.fi)

Eettisen foorumin suunnitteluvaiheessa vuonna 2003 Samuli Saarni *Lääkäriliiton* edustajana ja Amos Pasternack *Duodecim-seuran* edustajana valitsivat epävirallisten keskustelujen perusteella raadin jäsenet. Tarkoituksena oli valita etiikasta kiinnostuneita

asiantuntijoita molemmista järjestöistä siten, että jäsenet edustaisivat mahdollisimman laajasti myös lääketieteen erikoisalajakoa. *Finska Läkaresällskapet*ltä pyydettiin yksi heidän nimeämänsä edustaja. Tällä hetkellä raati koostuu viidestätoista kokeneesta lääkäristä. Raati on täydentänyt itseään kerran, kun kaksi alkuperäistä jäsentä luopui ja kolme valittiin tilalle. *Eettisen foorumin* raadin jäsenet toimivat oman toimensa ohessa eli raadissa toimimisesta ei makseta palkkiota. Foorumin asiamiehelle maksetaan tuntipohjainen korvaus foorumin asioiden hoitamiseen – kuten yhteenvetojen kirjoittamiseen – menevästä ajasta. Asiamiehen palkkio, foorumin nettisysteemin kustannukset ja mahdollisten kokousten matkakulut jaetaan edellä mainittujen lääkärijärjestöjen kesken. Foorumi pyrkii pitämään yhden kokoontumisen vuosittain. (Saarni 2007a)

Käytännössä *Lääkärien eettinen foorumi* toimii siten, että jos lääkäri kohtaa eettisesti ongelmallisen ja askarruttavan tilanteen työssään ja kokee, ettei selviä sen pohdinnasta yksin, niin hän lähettää kuvauksen ongelmallisesta tapauksesta sekä siihen liittyvän kysymyksen foorumin pohdittavaksi internetin kautta. Raadin jäsenet pohtivat kysymystä keskenään suljetulla sivustolla. Kaikki raadin jäsenten välinen kommunikaatio tapahtuu internetin välityksellä. Tarvittaessa he konsultoivat ulkopuolisia asiantuntijoita, jos katsovat joko lääketieteellisen tai juridisen tietämyksensä aihealueella riittämättömäksi. Foorumin asiamies Samuli Saarni kirjoittaa raadin käymistä keskusteluista yhteenvedon ja hyväksyttää sen raadin jäsenillä. Sitten yhteenveto lähetetään kysyjälle. Raati pyrkii toimimaan mahdollisimman nopeasti, mutta vastaus lähetetään viimeistään kuukauden kuluessa. Kuukausi on kuitenkin niin pitkä aika, että tällä toimintatavalla eettinen foorumi ei pysty tarjoamaan tukea kliinisen etiikan akuutteihin ongelmiin. *Lääkärien eettinen foorumi* on tarkoitettu vain lääkäreille eli se ei tarjoa tukea potilaille ja omaisille edellä mainittujen konsulttien ja komiteoiden tapaan. Foorumi pyrkii olemaan helposti lähestyttävä. Raati ei halua antaa itsestään erityisen arvovaltaista kuvaa, sillä silloin kynnys yhteydenottoihin voisi olla korkea. Päinvastoin foorumin raati pyrkii profiloitumaan tasaveroiseksi – joskin etiikkaan perehtyneeksi – joukoksi kollegoita. Nettisivuston logokin sisältää lauseen ”– kysy kollegoilta etiikasta”. (www.duodecim.fi)

Jos foorumin raati pitää sitä aiheellisena ja kysyjä siihen suostuu, tapaukset julkaistaan *Lääkärilehdessä*. Eettistä keskustelua aiheesta voi siten jatkaa *Lääkärilehdessä* tai *Eettisen foorumin* suljetuilla *FiMnet*-keskustelutauluilla. Keskustelutauluille on pääsy vain rekisteröityneillä lääkäreillä. (www.duodecim.fi) Eettisen foorumin ainoa tarkoitus ei olekaan eettisen tuen tarjoaminen vaan myös yleisemmän keskustelun herättäminen. Tällöin toiminnasta on hyötyä yksittäisen kysyvän lääkärin ja hänen työyhteisönsä lisäksi koko ammattikunnalle.

2.3 Aineiston esittely

Eiser työtovereineen (2001) teki tämän tutkielman kannalta merkittävän huomion kirjoittaessaan sähköisestä kommunikaatiosta eettisissä tukitoiminnoissa. He huomasivat, että sähköisen kommunikaation tallentuminen tarjoaa mahdollisuuden jälkepäin tapahtuvaan eettisten ongelma-alueiden analysointiin. Juuri siitä tässä tutkielmassa on kyse, sillä kaikki Lääkärien eettisen foorumin käsittelemät tapaukset ja käydyt keskustelut ovat tallella sähköisessä muodossa. Tutkielman aineiston muodostaa siis *Lääkärien eettisen foorumin* vuosina 2004-2006 käsittelemät tapaukset. Niitä on kokonaisuudessaan 53 kappaletta ja ne otetaan kaikki käsittelyyn. Kyseessä ei siis ole otos tapauksista vaan kaikki foorumin käsittelemät tapaukset kuuluvat aineistoon aina foorumin aloittamisesta vuonna 2004 vuoden 2006 loppuun asti.

Analysoitavaksi otetaan ongelmallisen tilanteen kohdanneen lääkärin lähettämä kysymysviesti sekä lopullisessa muodossa oleva raadin vastausviesti. Useimmat kysymysviestit ovat noin puolen A4-sivun mittaisia. Poikkeuksiakin on, sillä muutama kysymys on lähes kaksi sivua pitkä kun taas muutama kysymys on puolestaan vain pari riviä. Useimmissa tapauksissa kysyvät lääkärit kuvailevat ensin ongelmalliseksi kokemiaan tilanteita ja esittävät yhden tai useampia suorita kysymyksiä.

Raadin lopullinen vastaus on yhteenveto raadin käymästä keskustelusta.

Keskusteluosuudet ovat erimittaisia. Joissain tapauksissa keskusteluviestejä kirjoitetaan

vain muutamia, kun taas joissain tapauksissa niitä kertyy useita kymmeniä. Foorumin asiamies Samuli Saarni kirjoittaa näistä keskusteluista yhteenvedon vastaukseksi kysymykseen. Kaikkien raadin jäsenten tulee hyväksyä vastaus, ja vastausten asiasisältöä ja sanamuotoja joudutaan monesti hiomaan raadin kesken useampaankin kertaan ennen kuin kaikkia miellyttävä lopullinen muoto löytyy. Vastaukset ovat keskimäärin yhden tai korkeintaan kahden A4-sivun mittaisia. Sekä raadin käymän keskustelun, vastauksen hiomisen että lopullisen vastauksen käyttäminen aineistona ei ole järkevää tässä tutkielmassa. Se nostaisi käsiteltävän tekstin määrää kohtuuttomasti ja sisältäisi paljon turhaa samojen asioiden ja lauseiden toistoa. Kysymykset tilanneselvityksineen ja vastaukset lopullisessa muodossaan antavat tarpeeksi tietoa tämän tutkielman kysymyksenasettelulla. Tällä tavoin käsiteltävän tekstin määrä jää sopivan pieneksi, jotta tapausten tarkka analysointi mahdollistuu.

Lääkärrien eettiselle foorumille on linkki Duodecimin, Suomen Lääkäriliiton ja Terveystieteen sivustojen etusivuilta. Foorumi on toistuvasti esillä myös Duodecim-lehdessä ja Lääkärilehdessä. Lääkäreille tarkoitettuja sivustoja sekä lehtiä katsellessa Eettisen foorumin olemassaoloa on vaikea olla huomaamatta. Kaikki lääkärit, joilta olen asiaa tiedustellut, ovat olleet tietoisia kyseisen foorumin olemassaolosta. Foorumi on siis helposti saavutettavissa. Helppo saavutettavuus voi vaikuttaa aineiston luonteeseen kahdella tavalla, toisaalta keventävästi ja toisaalta raskauttavasti. Ensinnäkin kysymyksiä lähetetään kokeilumielessä ja ihan uteliaisuudesta, koska palvelu on uusi. Tämä voi johtaa siihen, että kysymys lähetetään pienestäkin mieltä askarruttavasta asiasta, jolloin ongelmatilannetta ei edes ole. Toisekseen kysymyksiä lähetetään vihaisena ja äkkipikaistuksissa. Tämä puolestaan voi johtaa siihen, että ongelmatilanne on kuvattu erittäin negatiiviseksi. Nämä vaikutukset ovat toisilleen täysin vastakkaiset, joten voinee ajatella tasapainon säilyvän aineistossa niistä huolimatta. Helppo saavutettavuus voi johtaa viimeistelemättömien kysymysten lähettämiseen. Aineistossa onkin muutama kysymys, joista ei yksinkertaisesti saa selvää, mitä niissä halutaan kysyä. Nämä kysymykset rajataan pois jatkoanalyysistä. Ne eivät vaikuta aineiston luonteeseen. Eettisistä ongelmista koostuvien aineistojen erilaisia tutkimusnäkökulmia on esitelty johdanto -luvussa. Myös tapoja tuottaa kyseisentyyppisiä aineistoja on useampia.

Esimerkiksi Saarnin (2007) tutkimuksessa aineisto oli tuotettu kaikille Suomessa toimiville lääkäreille lähetetyllä postikyselyllä. Eettiset ongelmat oli luokiteltu valmiiksi kysymyslomakkeeseen kirjallisuuden pohjalta. Kyselyllä selvitettiin, olivatko lääkärit koskaan kokeneet kyseisiä eettisiä ongelmia. Tällainen tutkimusasetelma tuotti kvalitatiivista aineistoa lääkärien kokemista eettisistä ongelmista. Du Valin ja kumppaneiden (2001) tutkimuksessa aineisto oli puolestaan tuotettu puhelinhaastattelussa esitetyillä eettisiä ongelmia koskevilla avokysymyksillä. Avokysymykset tuottivat koettuja eettisiä ongelmia sekä määrällisesti että laadullisesti kuvaavaa aineistoa. Aineistonkeruutavan valinnalla ja kysymyksenasettelulla on näin pystytty vaikuttamaan kerättävän aineiston luonteeseen. Tämän tutkielman aineisto eroaa edellä mainituista siinä, että sitä ei ole erikseen tuotettu tai kerätty tutkimusta varten, vaan se on kertynyt *Lääkärinen eettisen foorumin* toiminnan aikana. Tämä tutkielma on aineistolähtöinen. Laadulliseen analyysiin pyrkivä tutkimusasetelma on rakennettu valmiin aineiston ympärille.

Eettisen foorumin aineistoa on nyt tarkoitus jäsentää kehittävän työntutkimuksen välineiden avulla ja pyrkiä lääkäriyön nykytilan arviointiin. Työntutkimuksen näkökulma eettisistä ongelmista koostuvaan aineistoon ei ole tavanomainen valinta ja tällaisella yhdistelmällä tutkimuksia ei olekaan aikaisemmin tehty. Tuore näkökulma avaa mahdollisuuden löytää eettisten ongelmien aineistosta jotain uutta, joka voisi toisista ja tavanomaisemmista näkökulmista katsottaessa jäädä pimentoon. Kehittävän työntutkimuksen analyysivälineiden käyttö aineistolähtöisessä tutkimuksessa ei myöskään ole tavanomaista. Kehittävässä työntutkimuksessa sopiva aineisto tuotetaan ja kerätään kutakin tutkimusta varten erikseen. Kyseisten analyysivälineiden soveltaminen muunlaiseen, toisiin tarkoituksiin koottuun aineistoon on haastavaa. Tämä voi johtaa hedelmällisiin metodin ja aineiston kohtaamisesta johtuviin tutkimuksellisiin ongelmiin.

Aineiston tapaukset sijoittuvat laajasti eri lääketieteen erikoisaloille, niin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kuin laitosp- ja avohoidonkin alueille. Sinänsä aineisto kuvaa lääkäriyön laajaa kirjoa. Toisaalta pitää huomioida, että vain eettisesti valveutunut lääkäri voi nähdä työssään eettisen ongelman ja lähettää eettiselle

foorumille kysymyksen. Lääkärikunnan eettisesti valveutumaton osa ei ole ollut tuottamassa tätä aineistoa. Sinänsä tämän aineiston ei voi katsoa edustavan koko lääkärikuntaa. Pitää myös kysyä, kuinka luotettavaa ja kuvaavaa tietoa eettisistä ongelmista koostuva aineisto tuottaa arjen työelämästä. Foorumiin otetaan yhteyttä ongelmatilanteissa ja siksi aineiston ongelmakeskeisyys voi antaa työelämästä korostuneen ongelmallisen kuvan. Tämä piirre on otettava huomioon pohdittaessa lääkäriyön nykytilaa eettisistä ongelmista koostuvan aineiston analyysin pohjalta.

3 ANALYYSIYKSIKKÖNÄ TOIMINTAJÄRJESTELMÄ

Kehittävä työntutkimus on toiminnan teoriaan perustuva lähestymistapa. Yrjö Engeström on kehittänyt sitä 1980-luvulta alkaen sekä teoriassa että useissa empiirisissä sovellutuksissa (Engeström et al. 1987, 9). Kehittävän työntutkimuksen keinoin kehityshankkeita on tehty muun muassa siivoustyöstä, opetustyöstä, työsuojeluhallinnon työstä sekä alioikeuksien työstä (Engeström 1995, 163-224). Esimerkkinä lääkäriyöhön kohdistuneista kehittävän työntutkimuksen hankkeista voi mainita Engeströmin työtovereineen (1987; 1989; 1990) suorittaman terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimuksen eli LEVIKE -projektin.

LEVIKE -projekti toteutettiin Espoossa vuosina 1986-1990. Se tähtäsi uuden, väestövastuuperiaatteeseen perustuvan omalääkäri-toimintamallin luomiseen terveyskeskuslääkäreiden työn perustaksi. Projekti aloitettiin tutkimalla perusterveydenhuollon yleislääkärin työn historiallista kehitystä kunnanlääkäristä terveyskeskuslääkäriksi. Tutkijat päätyivät olettamukseen, että terveyskeskustyössä oli silloisessa vaiheessa kehitysristiriitoja. He olettivat ristiriitojen ilmenevän vastaanotoilla muun muassa potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen häiriöinä ja katkoksina. Terveyskeskuksen työtapojen ristiriitojen tutkimiseksi kuvattiin 85 vastaanottokäyntiä. Jokaisen vastaanoton kuvanauhaa täydensivät asianomaisen potilaan ja lääkärin nauhoitetut jälkihaastattelut. Lisäksi sekä lääkäreille, potilaille että terveyskeskuksen muulle henkilöstölle tehtiin teemahaastatteluja, joista analysoitiin muun muassa heidän käsityksiään terveyskeskuksen toiminnan tarkoituksesta tai vaikkapa lääkäreiden käsityksiä työnsä kohteesta. LEVIKE- projekti oli laaja ja monihaarainen tutkimus- ja kehittämisprojekti, joka yhtenä saavutuksenaan johti rikkaaseen kuvaan terveyskeskuslääkärin toiminnan ristiriidoista ja omalääkärijärjestelmän kehitysmahdollisuuksista. Väestövastuuperiaate ja omalääkärijärjestelmä ovat käytössä perusterveydenhuollossa edelleen. (Engeström et al. 1987; 1989; 1990; Engeström & Engeström 1992.)

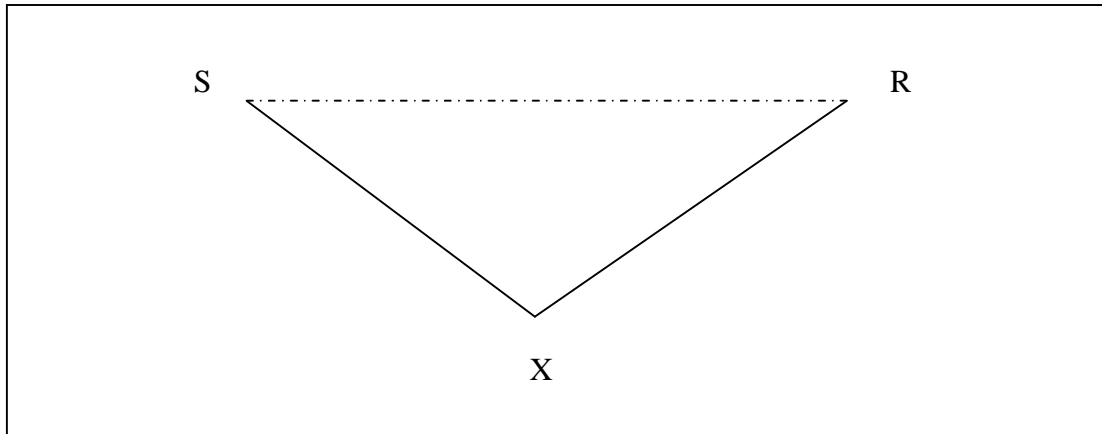
Tämän tutkielman empiirinen osuus rakentuu kehittävän työntutkimuksen käsitteiden varaan. Kehittävän työntutkimuksen analyysiyksikkö on toimintajärjestelmä, mikä on myös tämän tutkielman analyysiyksikkö. Seuraavassa hahmotellaan, mitä on toiminnan teoria ja millaista on siitä sovellettu kehittävä työntutkimus. Sen jälkeen edetään toimintajärjestelmän käsitteen määrittelyyn ja sen soveltamiseen lääkärin työhön. Luvun lopussa tarkastellaan, miten ja miltä osin kehittävää työntutkimusta käytetään tässä tutkielmassa, sekä pohditaan mitä se tutkielmalle antaa. Lopuksi esitetään teorian ja käsitteistön avulla luotu tutkimusasetelma.

3.1 Toiminnan teoria

L.S. Vygotski, A.N. Leontjev ja A.R. Luria kehittivät 1970-luvulla *toiminnan teorian*. Tuolloin oli käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteissä yleistä tarkastella irrallisia sisäisten mekanismien ohjaamia yksilöitä sekä toisaalta omalakisista yhteiskunnista, johon yksilöllä ei näyttänyt olevan vaikutusta. Toiminnan teoriolla yritettiin vastata tähän yksinkertaistavaan kahtiajakoon. Toiminnan käsitteen avulla pyrittiin luomaan silta, välittävä linkki, yksilön ja yhteiskunnan välille. Yksilön teot alettiin nähdä kollektiivisessa toimintajärjestelmässä muodostuvina ja toisaalta yksilöiden tekojen nähtiin muovaavan toimintajärjestelmää. (Engeström 1995, 11.)

Toiminnan teorian avainkäsite on tekojen välittyneisyys. L. S. Vygotski (1978, 40.) esitti ihmisen toimintojen analyysin yksiköksi *välittyneen teon*, jonka rakenteen hän kiteytti kolmion muotoon (kaavio 1). Välittynyt teko ei johda suoraan ärsykkeestä (S) reaktioon (R), vaan ärsykkeen ja reaktion välille tulee väline (X) – työkalu tai merkki. Tämän työkalun tai merkin ilmaantuminen teon tekijän ja kohteen välille merkitsee sitä, että yksilö voi säädellä omia tekojaan ulkoapäin. Engeströmin mukaan tästä syntyy yksilön refleksiivisyys, mahdollisuus tiedostaa itsensä, harkita ja arvioida tekojaan, sanojaan ja ajatuksiaan ulkoisia, kulttuurisia mittapuita käyttäen. (Engeström 1995, 41-42.)

Kaavio 1. Välittynyt teko

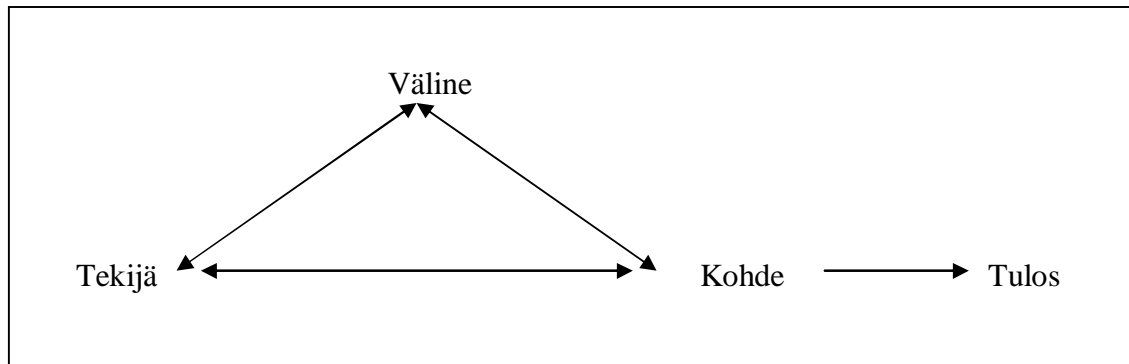


Lähde: Vygotski 1978, 4.

3.2 Kehittävä työntutkimus ja toimintajärjestelmän rakennemalli

Kehittävää työntutkimusta voidaan luonnehtia toiminnan teorian sovellukseksi työtoimintojen tutkimukseen. Vygotskin välittyneen toiminnan kolmiomallin pohjalta tuotettiin *työtoiminnan yksinkertainen malli* (kaavio 2). Siinä tekijä suorittaa välineen avulla kohteeseen kohdistuvaa työtehtävää. Kohdetta voi tarkentaa erottamalla toisistaan teon kohde ”raaka-aineena” ja teon kohde ”tuloksena”. Tämä malli oli käytössä kehittävän työntutkimuksen alkuvaiheen projekteissa, mutta osoittautui riittämättömäksi. Kehittävän työntutkimuksen pyrkimyksenä on kuvata yksilön tekojen ja kollektiivin toiminnan välistä suhdetta. Työtoiminnan yksinkertaisessa mallissa tekijä tarkoitti jompaa kumpaa, joko yksilöä tai kollektiivia. Näin ollen niiden välisen suhteen kuvaaminen yksinkertaisella mallilla oli ongelmallista. (Engeström 1995, 11 & 44-45.)

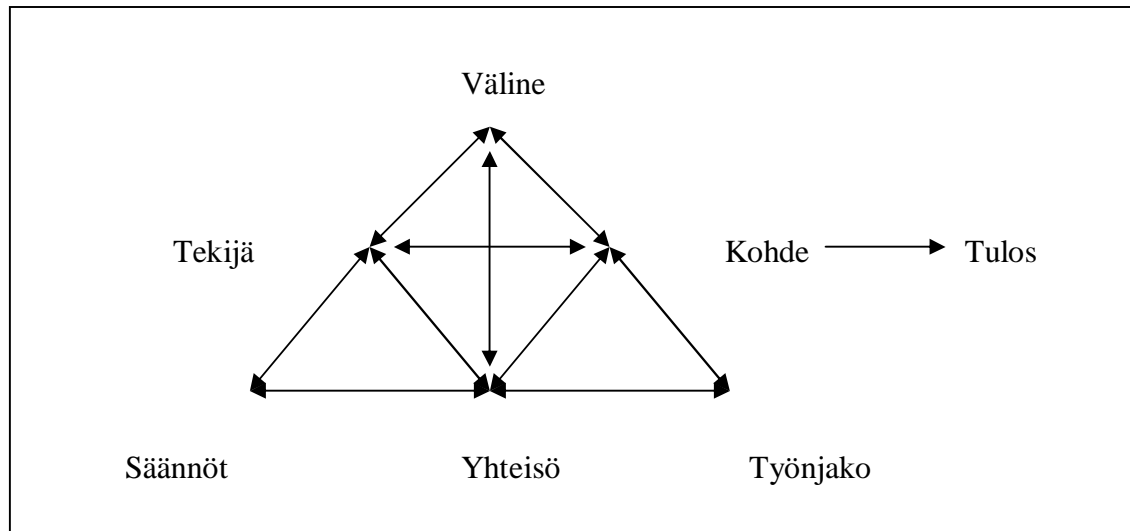
Kaavio 2. Työtoiminnan yksinkertainen malli



Lähde: Engeström 1995, 45.

Tämän ongelman ratkaisuyritykset johtivat täydennetyn toimintajärjestelmän mallin luomiseen. Engeström kehitti *toimintajärjestelmän yleisen rakennemallin*, josta tuli kehittävän työntutkimuksen analyysiyksikkö. (Mallin kehittelystä tarkemmin ks. Engeström 1987, 73-82.) Kaaviossa 3 kuvattu toimintajärjestelmän rakennemalli lisää kaavion 2 yksinkertaiseen kolmioon kollektiivisen ulottuvuuden: yhteisön, työnjaon ja säännöt. Toimintajärjestelmä ottaa siis huomioon työn tekijän, välineiden ja kohteen lisäksi myös toiminnan organisaation sääntöineen, työnjakoineen ja yhteisöineen. Tekijänä voidaan tarkastella ketä tahansa yksittäistä työntekijää tai työntekijäryhmää. Yhteisö puolestaan tarkoittaa kaikkia niitä toimintajärjestelmän osanottajia, joiden toiminta kohdistuu samaan kohteeseen – esimerkiksi kaikkia organisaation henkilöitä ja ryhmiä, jotka osallistuvat saman palvelun tuottamiseen. Täydennetyllä toimintajärjestelmän mallilla päästään kuvaamaan yksilön ja yhteisön välistä suhdetta työtoiminnassa. (Engeström et al. 1987, 9-13; Engeström 1995, 45-47.)

Kaavio 3. Toimintajärjestelmän rakennemalli



Lähde: Engeström ym. 1987, 11.

3.3 Toimintajärjestelmä lääkarityöhön sovellettuna

Toimintajärjestelmän rakennemallia voi soveltaa useisiin eri ammatteihin, toimintoihin ja organisaatioihin. Lääkärityön kuvaamiseen (Vrt. Engeström et al.1987, 10-13.) ja tähän tutkielmaan se taipuu seuraavasti:

- Toimintajärjestelmän *tekijä* viittaa siihen yksilöön tai ryhmään, jonka näkökulmasta analyysia suoritetaan. Tässä tutkielmassa tekijänä ovat siis lääkärit.
- *Kohteella* tarkoitetaan sitä ilmiötä, esinettä tai olentoa, johon pyritään aikaansaamaan halutun suuntaisia muutoksia. Lääkäreiden toiminnassa kohteena ovat potilaat tai asiakkaat ja heidän terveydelliset ongelmansa. Toiminnan *tulos* puolestaan tarkoittaa niitä muutoksia ja vaikutuksia, joita kohteessa tavoitellaan ja/tai aikaansaadaan. Lääkärityössä tämä tarkoittaa potilaan sairauden parantumista, oireiden helpottumista tai sairauden kanssa selviämisen tukemista sekä asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.
- *Välineet* tarkoittavat tekijöiden käytössä olevia työkaluja sekä käsitteellisiä välineitä. Lääkäreiden välineitä ovat yhtäältä materiaaliset tutkimus- ja

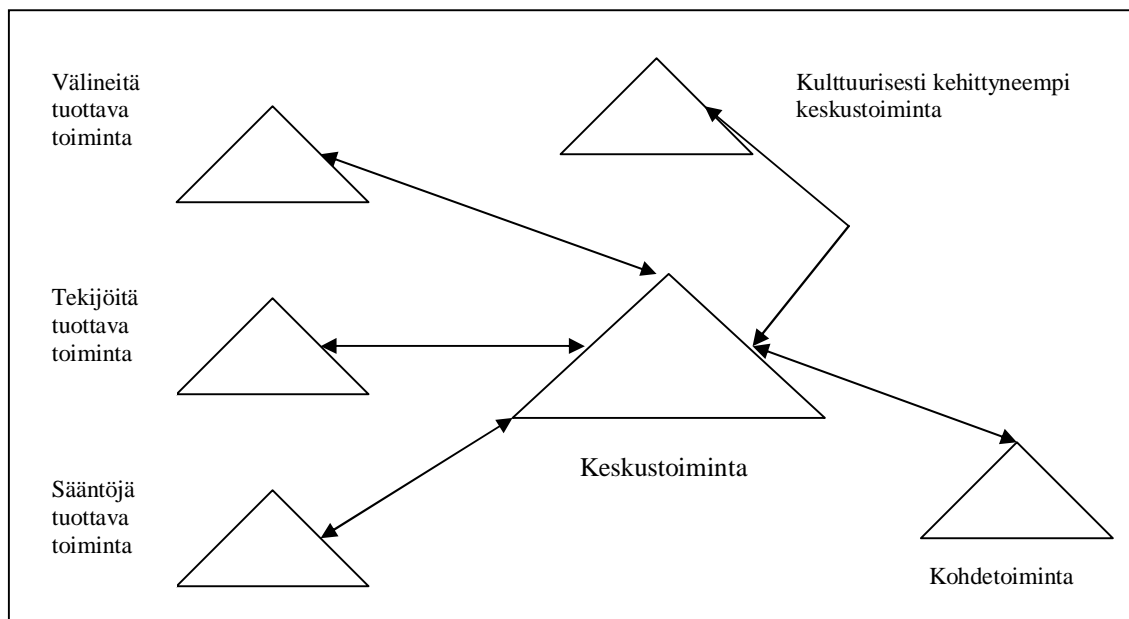
- hoitovälineet, kuten stetoskooppi, verenpainemittari ja lääkkeet, toisaalta abstraktit käsitteelliset välineet ja mallit kuten esimerkiksi tautiluokitus sekä omat ajattelu- ja tulkintamallit.
- *Yhteisöllä* tarkoitetaan sellaista työyhteisöä, joka käsittelee samaa kohdetta pyrkien samaan tuotokseen saman välineistön avulla ja noudattaen samaa säännöstöä. Yhteisön ei tarvitse perustua siihen kuuluvien fyysiseen läheisyyteen eikä edes yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Lääkärityössä yhteisö muodostuu lääkärikunnasta itsestään tai työpaikan henkilöstöstä lääkäreineen, hoitajineen sekä muine ammattikuntineen. Tässä tutkielmassa ei tutkita mitään yhtä erityistä työpaikkaa vaan lääkäreitä ammattikuntansa kokonaisuutena, joten yhteisöksi määrittyy lääkärikunta eli lääkäriprofessio.
 - *Työnjaolla* tarkoitetaan kohteen käsittelyyn liittyvien tehtävien jakoa yhteisön eri osapuolten kesken. Työnjako sisältää sekä pysty- että vaakasuuntaiset ulottuvuudet – toisin sanoen sekä valtahierarkian että tehtävien toiminnallisen eriyttämisen. Lääkärityössä työnjaon avainkysymyksiä ovat jako apulaislääkäreihin, erikoistuviin ja erikoislääkäreihin jne. sekä lääketieteellinen erikoisalakajako. Jako julkisen ja yksityisen terveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä avo- ja laitoshoidon välillä kuuluvat myös työnjakoon.
 - *Säännöt* tarkoittavat yhteisöä koskevia säännöksiä, määräyksiä ja ohjeita sekä kirjoittamattomia normeja, joita voidaan tuottaa joko yhteisön sisällä tai sen ulkopuolella. Lääkärityössä oleellisia normeja ovat voimakkuusjärjestyksessä terveydenhuoltoon liittyvät lait ja asetukset, lääkäriliittojen suositukset ja kannanotot sekä lääkärikunnan sisäiset säännöt ja tavat. Myös lääkärin etiikka liittyy tähän osioon.

Engeströmin ym. (1987, 12.) mukaan kaikki toimintajärjestelmän osatekijät vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa ja niiden välillä tapahtuu siirtymiä. Esimerkiksi alun perin työn apuvälineeksi luotu malli, kuten hoitosuositukset, voi muuttua rajoittavaksi säännöksi – tai päinvastoin.

3.4 Toimintajärjestelmien verkot ja ristiriidat

Työtoimintoja ei kannata kuvata staattisena toimintajärjestelmän pyramidina, vaan toisiinsa kytkettyjen toimintajärjestelmien dynaamisena verkkona. Jos lähdetään siitä, että tutkittavaa työtä tarkastellaan *keskustoimintana*, läheisimmässä yhteydessä olevien *naapuritoimintojen* huomioon ottaminen rakentaa kaaviossa 4 kuvatun *toimintajärjestelmien verkon*. Lääkäriyöhön tällainen verkko muotoutuu siten, että lääkärin tekemä työ asettuu keskustoiminnaksi. Kohdetoiminnaksi asettuu tuolloin potilaan elämä, niiltä osin kuin se liittyy terveyteen, sairauteen ja hoitoon. Välineitä tuottavia toimintajärjestelmiä ovat esimerkiksi lääketieteellinen tutkimus ja lääketeollisuus. Tekijöitä tuottava toiminta on lääketieteellisen alan koulutusjärjestelmä. Sääntöjä tuottavia toimintajärjestelmiä ovat työpaikan johto, valtakunnallinen sosiaali- ja terveyshallinto sekä esimerkiksi *Kansanterveyslaitos*. Kulttuurisesti kehittyneempi keskustoiminta viittaa johonkin toiseen hoitolaitokseen, jossa nähdään piirteitä ja ratkaisuja, jotka vaikuttavat pitemmälle kehittyneiltä kuin keskustoiminnan omat ratkaisut. (Engeström 1995, 53-54.)

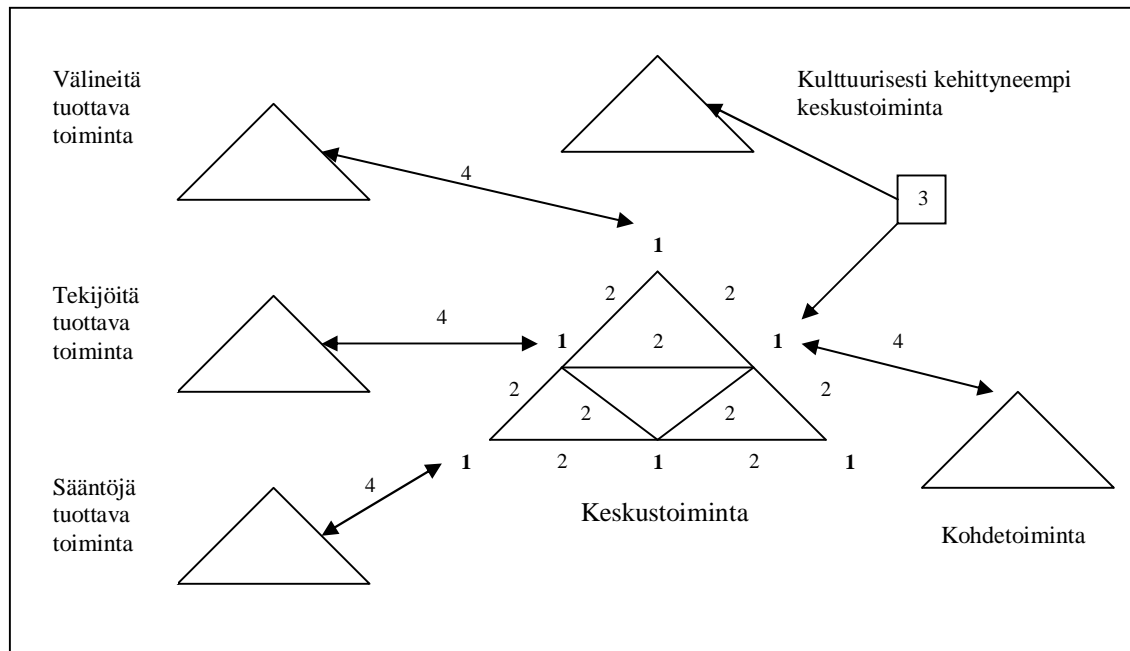
Kaavio 4. Toimintajärjestelmien verkko



Lähde: Engeström 1995, 54.

Engeströmin mukaan toimintajärjestelmän käyttäminen analyysiyksikkönä mahdollistaa työnsisäisten ristiriitojen tarkemman erittelyn. Eriasteiset ristiriidat voidaan sijoittaa toimintajärjestelmien verkkoon (kaavio 5). (Engeström 1995, 62-63.)

Kaavio 5. Toimintajärjestelmän ristiriidat



Lähde: Engeström 1995, 63.

Ensimmäisen asteen ristiriita aiheutuu työn vaihtoarvon ja käyttöarvon eroavuudesta. Se ilmenee toimintajärjestelmän *jokaisen osatekijän sisäisenä* kaksinaisluonteena. (Tunnus 1 kaaviossa 5.) Esimerkiksi lääkärintyössä tällainen ensimmäisen asteen ristiriita voidaan löytää lääkärintyön toimintajärjestelmän *välineet* osatekijästä. Lääkkeet ovat lääkärin työn välineitä ja niillä on kaksinaisluonne. Toisaalta lääkkeitä käytetään hoitamaan ja parantamaan potilaiden vaivoja ja tauteja (käyttöarvopuoli), mutta toisaalta lääkkeet ovat ennen kaikkea tuotteita, joilla on hinnat ja jotka on valmistettu markkinoitavaksi ja myytäväksi voitolla (vaihtoarvopuoli). (Ensimmäisen asteen ristiriita on usein latentti eli se voi aiheuttaa kitkaa, mutta sitä ei koeta kriisinä.) (Engeström 1987, 89-90; 1995, 62.)

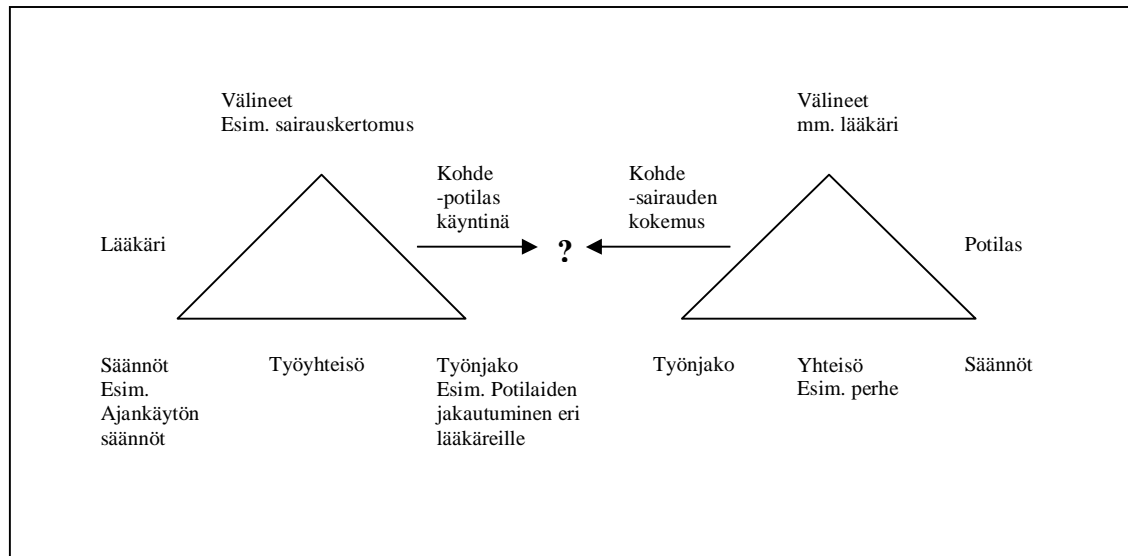
Yhdessä toimintajärjestelmän osatekijässä tapahtuva muutos voi aiheuttaa ristiriitatilanteita, kun muut osatekijät säilyvät ennallaan. Tällaisia *joidenkin osatekijöiden välillä* ilmeneviä niin sanottuja toisen asteen ristiriitoja kuvataan kaaviossa 5 tunnuksella

2. Tyypillinen esimerkki toisen asteen ristiriidasta lääkärintyössä on perinteisten käsitteellisten välineiden riittämättömyys toiminnan kohteen muuttuessa. Vanhoilla luokituksilla ja malleilla voi olla hankala käsitellä ja hoitaa aina vain moniongelmaisempia potilaita. Uusina ilmenevät ongelmat ja vaivat eivät välttämättä istu esimerkiksi vanhoihin diagnoosiluokituksiin. (Engeström 1987, 90; 1995, 62-63.)

Kolmannen asteen ristiriita on jännite uuden toimintatavan ja vanhan käytännön välillä. Sitä kuvataan kaaviossa 5 tunnuksella 3 ja se asettuu keskustuominnan ja kulttuurisesti kehittyneemmän keskustuominnan välille. Lääkärintyössä tällainen ristiriita voi ilmetä esimerkiksi silloin, kun hoitoa pyritään kehittämään ja työryhmän suosituksesta johtoa määrää lääkäreitä käyttämään vaikkapa uusia holistisemmän lääketieteen toimintatapoja. Uudet toimintatavat saatetaan muodollisesti hyväksyä mutta niitä saatetaan silti pinnan alla vastustaa ja käytännössä ne saattavat jäädä vanhojen toimintatapojen varjoon. (Engeström 1987, 90; 1995, 63.)

Neljännän asteen ristiriita sijoittuu toimintajärjestelmien verkossa *keskustuominnan ja naapuritoimintojen välille*. (Tunnus 4 kaaviossa 5.) Siihen saattaa liittyä uudenlaisia toimintatapoja jossain toimintajärjestelmässä, jotka aiheuttavat kitkaa naapuritoimintojen kanssa. Esimerkiksi siitä käy potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus terveyskeskuksen vastaanotolla, jonka Engeström on esittänyt toimintajärjestelmäparina (kaavio 6). Potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys ilmenee näkökulmien erilaisuutena. Potilas ja lääkäri hahmottavat toimintansa kohteen eri tavoin. Potilaan kohteena on henkilökohtainen vaivan, oireen tai sairauden kokemus, johon hän hakee helpotusta lääkärin avulla. Lääkärin toiminnan kohteena on potilas yhtenä vastaanottokäyntinä, jonka lääkäri pyrkii suorittamaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti. Potilaan kokemat toiveet ja pyrkimykset ja lääkärin abstraktiseksi käynniksi mieltämä kohde voivat kohdatessaan kärjistyä neljännän asteen ristiriidaksi. (Engeström & Engeström 1992, 61; Engeström 1995, 56 & 63.)

Kaavio 6. Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus toimintajärjestelmäparina



Lähde: Engeström & Engeström 1992, 61.

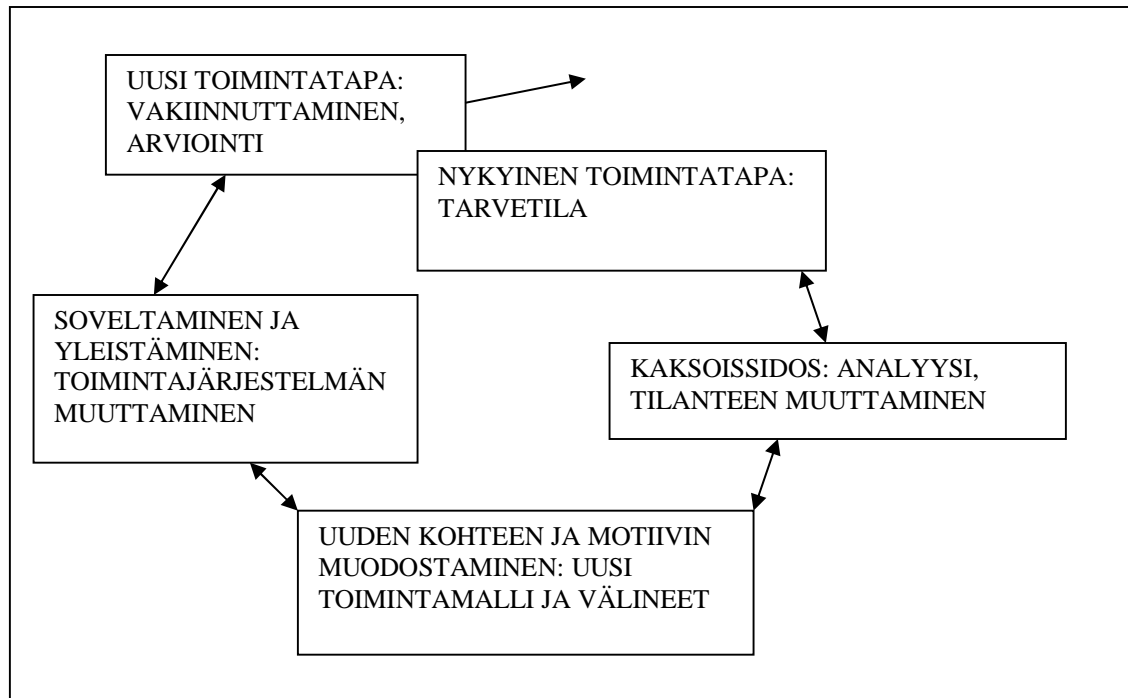
3.5 Ekspansiivinen oppimissykli

Kehittävää työntutkimusta tehdään nimensä mukaisesti työn kehittämiseksi.

Yksinkertaistetusti kyse on siitä, että työn ongelmakohdat tehdään näkyviksi ja niitä analysoimalla kehitetään ja otetaan käyttöön uusi ja parempi toimintamalli. Teoreettisesti tätä voi kuvata ekspansiivisen oppimissyklin mallin avulla, kuten on tehty kaaviossa 7.

Syklin ensimmäisessä askeleessa nykyinen toimintatapa osoittautuu ongelmalliseksi ja muodostaa tarpeen muutokseen. Toisessa askeleessa toimintajärjestelmän ristiriidat ja ongelmat kohdataan ja tiedostetaan siten, että niistä muodostuu järjestelmän muuttamiseen kannustava voima. Kolmannessa askeleessa muodostetaan uusi malli toiminnan pohjaksi ja neljännessä askeleessa sitä ryhdytään soveltamaan käytännössä. Viides askel onkin sitten uuden toimintatavan vakiintuminen. Tällaisen kehityssyklin liikkeellepaneva voima on toiminnan sisäisissä ristiriidoissa. Edellä esitettyä toimintajärjestelmän rakennemallia käytetään näiden ristiriitojen erittelemiseen ja kuvaamiseen. (Engeström et al. 1987, 23-25.)

Kaavio 7. Ekspansiivisen oppimissyklin malli



Lähde: Engeström et al. 1987, 23.

Toiminnan sisäiset ristiriidat voivat siis aiheuttaa toiminnassa sekä ongelmia että innovaatioita –muutoksia parempaan (Engeström & Engeström 1992, 63). Tämä tutkielma sijoittuu ekspansiivisen oppimissyklin ensimmäisen ja toisen askeleen alueelle. Syklin ensimmäisen askeleen mukaisesti nykyinen lääkäriyön toimintatapa on osoittautunut jollain tavoin ongelmalliseksi. Se on johtanut yhteydenottoihin *Eettiseen foorumiin* ja muodostanut tutkielman aineiston. Syklin toisen askeleen mukaisesti tutkielmassa pyritään aineistossa ilmenevien ristiriitojen ja ongelmien analyysiin. Tarkoituksena on tehdä lääkärin työn ristiriitoja näkyviksi, jotta mahdollinen muutoksen tarve tulisi esille.

3.6 Kehittävän työntutkimuksen rooli tässä tutkielmassa

Kehittävä työntutkimus on paljon muutakin kuin toimintajärjestelmä verkkoineen ja ristiriitoineen. Sen voi tiivistää kolmeen ideaan. Ensimmäkin kehittävän työntutkimuksen analyysiyksikkö on toimintajärjestelmä, jossa yhteisellä toiminnalla on jokin tietty kohde. Toimintaa määrittävät sen eri osatekijät eli työvälineet, yhteisö, työnjako ja säännöt. Toisen lähtökohdan mukaan toiminnan ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöissä tai osatekijöiden välillä. Muutokset toiminnassa ovat seurausta toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisemisesta ja sen myötä syntyvistä uudenaikaisista toimintamuodoista ja työvälineistä. Kolmanneksi kehittävässä työntutkimuksessa muutoksia ja kehitystä tarkastellaan ja tutkitaan pitkäkestoisina kollektiivisina oppimissykleinä. Ne johtavat usein kokonaan uusien yhteisten työvälineiden ja yhteistoimintamallien rakentamiseen. (www.muutoslaboratorio.fi)

Tälle tutkielmalle kehittävä työntutkimus antaa käsitteistön, teoreettisia lähtökohtia sekä tutkimusasetelman. Edellisessä kappaleessa mainitun ensimmäisen idean mukaisesti tämän tutkielman analyysiyksikkönä on siis toimintajärjestelmä. Toisen lähtökohdan mukaisesti tutkielmassa pyritään etsimään toiminnassa esiintyviä ristiriitoja, joita tutkielman aineiston ongelmat ilmentävät. Tämän jälkeen tutkielma lähtee erkanemaan kehittävästä työntutkimuksesta, sillä tässä tutkielmassa ei ole kyse kehittämisprojektista. Tavoitteena on aineistosta nousevien ristiriitojen näkyväksi tekeminen ja jäsentäminen eli nykytilanteen analyysi kehittävän työntutkimuksen analyysivälineitä lainaten.

Tämän tutkielman aineistoon voi kehittävän työntutkimuksen teoriasta ja analyysivälineistä soveltaa vain murto-osaa. Kehittävän työntutkimuksen teorian kokonaisvaltainen käyttö eli työn muutoksen ja kehityksen tarkastelu oppimisprosessina vaatisi laajan ja yksityiskohtaisemman aineiston: yksityiskohtaisia teemahaastatteluja, käytännön työn videointia, keskittymistä johonkin määrättyyn työyhteisöön, pitempiaikaista työyhteisön seurantaan sekä historiallisia analyysijä. Kehittävä työntutkimus pyrkii kuvaamaan yksittäisten työyhteisöjen kehitystä ja muutosta ajassa käyttämällä laajoja ja monipuolisia aineistoja. Tässä tutkielmassa pyritään kuvaamaan

kokonaisen ammattikunnan työn nykytilannetta käyttämällä pelkästään eettisistä ongelmista koostuvaa aineistoa.

Kehittävän työntutkimuksen analyysivälineitä ja käsitteitä käytetään tähän tutkielmaan soveltuvien osien eli lääkärintyön nykytilanteen analysoinnin apuna. Analyysi rakentuu toimintajärjestelmän käsitteen, toimintajärjestelmän ristiriitaisuuksien ja toimintajärjestelmien verkon ympärille. Toimintajärjestelmä analyysiyksikkönä mahdollistaa lääkärin työn kuvaamisen monisyisesti ja kokonaisvaltaisesti. Huomioon otetaan yksittäisen lääkärin toiminnan lisäksi lääkäriyhteisö sääntöineen, potilas yhteisöineen eli omaisineen sekä kaikkien näiden välinen jatkuva vuorovaikutus. Toimintajärjestelmä analyysiyksikkönä mahdollistaa myös monilta eri lääketieteen erikoisaloilta tulleiden kysymysten käsittelyn tasaveroisina, kun kaikki tapaukset asetetaan samanlaiseen yleiseen lääkärintyön rakennemalliin. Toimintajärjestelmän rakennemalli vaikuttaa antoisalta tavalla eritellä ja tehdä näkyväksi aineistosta nousevia lääkärintyön ristiriitoja.

Analyysivälineenä toimintajärjestelmä on haastava niin tutkijalle kuin lukijallekin. Kehittävälle työntutkimukselle on ominaista se, että teoria ja käsitteistö täytyy olla syvästi omaksuttu, ennen kuin niiden avulla voi aineistoa analysoida tai edes lukea sujuvasti niiden avulla tehtyä analyysia. Toimintajärjestelmään perustuva analyysitapa operoi täysin oman käsitteistönsä ja kaavioiden varassa. Kyseessä on omanlaisensa, abstrakti ajattelutapa. Jos tähän ajattelutapaan ei pysty virittäytymään ja käsitteistöä sisäistämään, kehittävään työntutkimukseen ja toimintajärjestelmään nojaava teksti on hyvin vaikeaa luettavaa. Tutkielman esitystapa on raskas, mutta se kuuluu menetelmään. Kehittävän työntutkimuksen raportit on kirjoitettu kuin olettaen, että käsitteistö on lukijalle tuttu. (ks. esim. Engeström 1995, 163-226; Engeström & Engeström 1992; Engeström et al. 1987; 1989, 1990.) Abstrakteja käsitteitä käyttävä analyysitapa vaatii lukijaltaan keskittymistä ja perehtyneisyyttä. Lukija on vaikea jouhevasti kuljettaa empiirisen osuuden läpi. Onkin varauduttava siihen, että välillä joutuu palaamaan kertaamaan tutkielman teoriaosuutta ja kaavioita.

3.7 Tutkimusasetelma

Samuli Saarnin (2007) mukaan eettisen ongelman olemassaolo vaatii ongelmallisen tilanteen lisäksi asianosaisen herkkyyttä tunnistaa se sellaiseksi. Tämän tutkielman aineisto koostuu sellaisista lääkärin työssään kokemista ongelmatilanteista, jotka he ovat tunnistaneet eettisiksi ongelmiksi ja joiden ratkaisemiseen he katsovat tarvitsevänsä kollegiaalista apua. Saarni jatkaa, että eettisten ongelmien esiintyminen voi heijastaa erilaisia terveydenhuoltojärjestelmän ongelmia. Näitä lääkärin työhön liittyviä ongelmia lähdetään tästä aineistosta etsimään kehittävän työntutkimuksen käsitteitä ja keinoja apuna käyttäen. Tähän pyritään vastaamalla seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaisia kysymyksiä eettiselle foorumille on lähetetty?
2. Mille toimintajärjestelmän osa-alueille kysymyksissä esiintyvät ristiriidat asettuvat?
3. Miten vastauksissa käsitellään ongelmien taustalle tulkittuja ristiriita-alueita?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan luvussa 4 kuvailemalla ja luokittelemalla aineisto. Tämä luokittelu on käytössä kaikissa aineistonkäsittelyluvuissa. Luvuissa 4, 5 ja 6 toistuvan käsittelyjärjestyksen ja otsikoinnin on tarkoitus pitää tutkielman rakennetta kasassa ja helpottaa lukemista. Toisen tutkimuskysymyksen käsittelyssä luvussa 5 aineiston tapaukset asetetaan toimintajärjestelmän rakennemalliin. Tällä pyritään tasapäistämään lääkäriyön laajan kentän eri osista nousseet hyvinkin erilaiset ongelmatapaukset samalla viivalla käsiteltäviksi. Rakennemalliin asettaminen hajottaa tapaukset osiin, jolloin tapauksissa aktiivisena olevat osatekijät ja taustalla vaikuttavat ristiriitaisuudet nousevat näkyviin. Tapaukset käydään läpi luokittain, käyttäen yksittäisiä tapauksia esimerkkeinä. Luvussa 6 käsitellään kolmatta tutkimuskysymystä eli analysoidaan luokittain, miten vastauksissa käsitellään kysymyksissä esiin nousseita ristiriitaisuuksia.

Ristiriitaisuuksien esiin nostaminen ja jäsentäminen on tämän tutkielman tarkoitus. Kehittävän työntutkimuksen ideologian mukaan nykytilanteen ristiriidat ovat merkittäviä, koska ne voivat sekä haitata toimintaa aiheuttamalla ongelmia että edistää toimintaa

tuottamalla innovaatioita eli muutoksia parempaan (Engeström & Engeström 1992, 63). Ristiriidat pitää tiedostaa ja kohdata, koska niistä muodostuu toiminnan muuttamiseen ja parantamiseen kannustava voima (Engeström et. al. 1987, 23-25). Siksi on tärkeää tehdä lääkäriyön nykytilan ristiriitoja näkyviksi.

Luvussa 7 pyritään irrottautumaan kehittävän työntutkimuksen abstraktista ajattelutavasta sekä toimintajärjestelmän käsitteistöstä ja tarkastelemaan mitä näiden esiin nousseiden ristiriitojen perusteella voi sanoa lääkäriyöstä käytännön tasolla. Katsaus lääkäriyön nykytilaan luodaan pohtimalla lääkäriyhteisön toimintaa ja reagointia suhteessa esiin nousseisiin työn ristiriitaisuuksiin.

4 EETTISEN FOORUMIN KYSYMYSTEN LUOKITTELU

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä halutaan tietää minkälaisia kysymyksiä Eettiselle foorumille on lähetetty. Vastaan siihen luokittelemalla foorumille lähetetyt kysymykset. Pysin tässä vaiheessa lähinnä kuvailemaan aineistoa, enkä ota vielä kehittävän työntutkimuksen käsitteistöä mukaan. Alun perin oli tarkoituksena luokitella kysymykset niissä esiintyvien ongelmien mukaan. Ensin yritin käyttää apuna johdanto -luvussa esiteltyä Du Valin et al. (2001) tutkimusta. Kyseisessä tutkimuksessa lääkäreiltä oli kysytty millainen ongelmatilanne oli johtanut yhteydenottoon eettiseen tukipalveluun. Näiden vastausten perusteella oli muodostettu luokittelu, jota yritin aineistooni soveltaa. Erilaisista muokkausyrityksistä huolimatta tämän luokittelun soveltamisessa ilmeni kahdenlaisia ongelmia. Ensinnäkin luokat olivat niin suppeita, että yhdessä aineiston kysymyksessä saattoi ilmetä jopa kahdeksaan eri luokkaan kuuluvia ongelmia. Luokat menivät siis reilusti päällekkäin ja lomittain. Tällainen luokittelutapa ei olisi johtanut aineiston selkeään luokitteluun vaan monisyisten ongelmien yksityiskohtaiseen esittelyyn. Se ei ole tarkoituksenmukaista, sillä pienet ja päällekkäiset aineistoluokat yhdistettynä kehittävän työntutkimuksen teoreettiseen ja raskaaseen esitystapaan tekisivät tutkielmasta liian monimutkaisen. On tärkeää luokitella aineisto selkeisiin ja yksinkertaisiin luokkiin, koska luokittelu antaa rakenteen työntutkimuksen käsitteistöllä tehtävälle jatkoanalyysille.

Seuraavaksi yritin soveltaa Saarnin (2007) luokittelua lääkäriyön eettisistä ongelmista. Saarni raportoi suomalaisille lääkäreille tekemäänsä kyselytutkimusta lääkäreiden työssään kokemista eettisistä ongelmista, kuten johdannossa on jo käyty läpi. Siinä lääkäreille lähetettiin kyselylomake, jossa heidän piti ilmoittaa ovatko he kokeneet kyseisiä ongelmia työssään. Luokittelu on Saarnin etukäteen kirjallisuuden pohjalta muokkaama, ei kyselyn vastauksista muodostunut. Sen avulla sain luokiteltua kuitenkin vain osan aineistostani. Ongelmaksi jäi se, että merkittävä osa aineistosta ei sopinut tähän luokitteluun.

Luokittelukokeiluni osoittivat, ettei olemassa olevia valmiita luokitteluja voi käyttää tämän aineiston kuvauksessa. Vain noin kaksi kolmasosaa aineistosta oli luokiteltavissa näiden luokitusten avulla. Luokittelun ulkopuolelle jäävä kolmasosa oli liian suuri osa aineistoa suoralta kädeltä pois rajattavaksi. Luokittelutapaa piti harkita uudelleen. Lähemmin tarkasteltuna kävi ilmi, että edellä mainittujen artikkelien ongelmaluokittelut käsittelivät pelkästään yksittäisen potilaan hoitoon liittyviä eettisesti ongelmallisia päätöksentekotilanteita. Omassa aineistossa puolestaan oli paljon sellaisia lääkärin työhön liittyviä kysymyksiä, jotka eivät koskeneet yksittäisiä potilastapauksia vaan pohtivat esimerkiksi hyväksyttävää toimintatapaa hoitosuhteessa tai vastaanottotilanteessa. Aineistossa oli myös kysymyksiä, jotka koskevat lääkäriä henkilönä. Näissä tapauksissa ei välttämättä ollut mitään erityistä eettistä ongelmaa, vaan kysymykset olivat enemmänkin pohdiskeleva. Tällaisille pohdiskeleville kysymyksille ei edellä esitetyissä työssä koettuja eettisiä ongelmia listaavissa luokittelutavoissa ollut sijaa. Siksi kolmasosa aineistosta jäi niiden luokittelujen ulkopuolelle.

Pohdiskelevat kysymykset ovat mielenkiintoinen erityispiirre tämän tutkielman aineistossa. Miksi niitä esiintyy tässä aineistossa, muttei esimerkiksi Du Valin (2001) aineistossa? Vastaus löytynee *Eettisen Foorumin* toimintatavasta ja palvelun nuoruudesta. Yhdysvalloissa eettiset tukipalvelut on tarkoitettu avuksi akuutteihin ongelmiin. Painopiste on siellä selkeästi akuuteissa ongelmatapauksissa, ei eettisessä pohdinnassa. *Eettinen foorumi* puolestaan ei painota ongelmien akuuttia luonnetta, vaan tarjoaa tukea käytännön työssä heränneisiin ongelmiin yleensä. Foorumin palvelun nuoruudella on myös voinut olla vaikutusta pohdiskelevien kysymysten suurehkoon määrään aineistossa. Se selittyy sillä, että foorumille on voitu lähettää kysymyksiä ongelmista, joita on työssä tullut vuosien varrella vastaan. Silloin kysymys ei ole enää akuutti ongelma, vaan muodostunut ajan mittaan pohdiskelevaksi.

Tapausten luokittelu

Koska valmiit luokittelutavat eivät tähän aineistoon sopineet, päädyin luokittelemaan kysymykset itse luomieni tapausluokkien mukaan. Loin tapausluokat siten, että samaa aihepiiriä koskevat ja samantyyppisiä tilanteita kuvaavat kysymykset muodostivat omat tapausluokkansa. Pyrkimyksenä oli, että kukin tapaus sijoittuisi vain yhteen luokkaan, koska näin aineiston käsittely helpottuisi. Jako tapausluokkiin yksinkertaistaa hieman aineiston monimuotoisuutta, mutta tämä on tarpeen, jotta kehittävän työntutkimuksen keinoin tapahtuva jatkoanalyysi tulee mahdolliseksi. Tässä mielessä kehittävä työntutkimus on taustalla vaikuttamassa jo aineiston luokitteluvaiheessa. Aineiston tapaukset ovat listattuina liitteessä 1. Ne on numeroitu vuosiluvulla ja juoksevilla numerolla. Tätä numerointia käytän tekstissä tapauksiin viitatessani.

Erotan aineistosta viisi tapausluokkaa. Ensimmäisessä tapausluokassa käsitellään *ongelmallisia hoitopäätöksiä*. Niissä on kyse tilanteista, joissa lääkäri kokee potilaan hoitoon liittyvän päätöksentekotilanteen eettisesti ongelmalliseksi. Toisen luokan tapauksissa pohditaan *kerrotaanko vai salataanko* asioita. Niissä pohditaan luottamuksellisuuden, salassa pitämisen ja totuuden kertomisen rajoja potilaan edun näkökulmasta. Kolmannessa luokassa ovat tapaukset, joissa epäillään potilaan saaneen *epätarkoituksenmukaista hoitoa*. Näissä tapauksissa voidaan tilanteita, joissa potilas on saanut huonoa hoitoa tai on sattunut hoitovirhe. Neljännessä tapausluokassa etsitään *oikeita toimintatapoja* epäselvissä tilanteissa. Tilanteet voivat olla epäselviä, mutta niissä ei ole kyse akuuteista eettisistä ongelmatilanteista. Viidennessä tapausluokassa pohditaan *lääkärinä henkilöä*. Niissä käydään läpi lääkärin kokemaa rooliristiriitaa lääkärinä toimimisen ja ihmisenä reagoimisen välillä.

Joukko kysymyksiä oli rajattava pois jatkoanalyysistä. Nämä kysymykset ovat joko linjanvetokysymyksiä, ei lääkärin työhön liittyviä tai liian sekavia käsiteltäviksi. Puolet näistä kysymyksistä sijoittuu kauas lääkärin käytännön työstä ja vaatisivat siis vastaukseen periaatteellisia kannanottoja ja laajempia linjanvetoja. Esimerkkinä lyhyt ja ytimekäs kysymys: ”*Minkälainen kanta lääkärin Suomessa tulisi ottaa poikalapsille*

*tehtävään, uskuntoon kuuluvaan rituaaliympärikkaukseen etenkin lapsen ollessa vielä vauvaikäinen?” (200424) Kuten aikaisemmin on käynyt ilmi, tällaiset kysymykset kuuluvat ETENE:lle, jonka tehtävänä on periaatteellisten kannanottojen tuottaminen. On huomattavaa, että *Eettiselle Foorumille* on osoitettu näinkin monta ETENE:lle kuuluvaa kysymystä. Yksi mahdollinen syy siihen voi olla Eettisen Foorumin helpompi lähestyttävyyden epävirallisena toimijana ETENE:en verrattuna. Raati onkin antanut linjanvetokysymyksiin suppean kannanoton ja sen lisäksi mahdollisesti ohjannut kysyjää kääntymään ETENE:n puoleen.*

Linjanvetotapaukset ovat hieman samantyyppisiä kuin neljännen tapausluokan pohdinnat oikeista toimintatavoista. Ero on kuitenkin siinä, että neljännen luokan tapauksissa kuvataan jokin työssä tapahtuva todellinen erityistilanne. Neljännen luokan kysymykset ovatkin sijoitettavissa toimintajärjestelmään juuri niissä kuvatussa todellisen työtilanteen takia. Linjanvetokysymyksissä yleistystaso on puolestaan niin paljon korkeampi, että kosketuspintaa käytännön työtilanteisiin ei löydy. Niitä ei pysty asettaman käytännön työtoimintaa kuvaavaan toimintajärjestelmän rakennemalliin ja siksi ne rajataan pois jatkoanalyysistä.

Pois joudutaan rajaamaan myös kaksi eettisesti hyvinkin mielenkiintoista tapausta, koska ne eivät liity suoraan lääkärin työhön, eivätkä siten ole sijoitettavissa toimintajärjestelmään. Viidennen tapausluokan kysymyksetkään eivät suoranaisesti liity lääkärin työhön vaan lääkäreihin ihmisinä ja henkilöinä. Ne on kuitenkin sovitettavissa toimintajärjestelmään, koska kysymysten ytimessä on yksittäisen lääkärin suhde lääkäriyhteisöön eli toimintajärjestelmän osatekijöiden keskinäinen suhde. Näitä kahta edellä mainittua kysymystä ei kuitenkaan saa sovitetuksi toimintajärjestelmään, joten ne on rajattava pois jatkoanalyysistä. Raati on niitä antaumuksella pohtinut ja antanut kommenttinsa. Esimerkiksi toisessa tapauksessa pohditaan biologian tunnilla oppilaiden itsensä suorittaman veriryhmämäärityksen sopivuutta koulun opetussuunnitelmaan. Eettisen ongelman muodostaa mahdollisuus sen paljastumiseksi, ettei oppilas olekaan vanhempiansa biologinen jälkeläinen (200512).

Pois rajataan myös neljä sekavaa kysymystä, joihin raati on vastannut ympäripyöreällä kannanotolla. Yhteen kysymykseen löytyy suora vastaus *Lääkärin Etiikka* –kirjasta, jonne raati kysyjän ohjaa. Loput kolme kysymystä ovat ympäripyöreitä, teoreettisia tai jopa sekavia. Niistä ei saa selvää, mitä niissä halutaan kysyä. Esimerkkinä käsittämätön kysymysviesti, joka sisältää yhden ainoan lauseen:

”Voiko lääkäri olla vapaa tekemään eettisiä valintoja terveydenhuollon järjestelmässä, jossa pt-lääkäritason hallinnointi tapahtuu nk. kolmannen osapuolen toimesta?” (200505)

Raati on pyrkinyt vastaamaan näihin kysymyksiin edes muutamalla sanalla mutta vastaaminen on vaikeaa kun ei ymmärrä kysymystä. Näitä sekavia kysymyksiä ei pysty toimintajärjestelmään sijoittamaan, joten nekin on rajattava jatkoanalyysistä pois.

Alla olevassa taulukossa 1 kysymysten luokittelu on esitetty tapausluokittain lukumäärineen. Seuraavassa tapausluokat esitellään tarkemmin. Myös kehittävään työntutkimukseen nojaavassa empiirisessä osuudessa aineistoa tullaan käsittelemään näiden tapausluokkien mukaan. Linjanvetotapaukset rajaavat edellä mainituista syistä analyysin ulkopuolelle. Kysymyksiä on siis yhteensä 53. Kun 11 linjanvetotapausta rajataan pois, niin analyysiin tulee mukaan 42 kysymystä.

Taulukko 1. Aineiston kysymykset tapausluokittain.

Tapausluokka 1	Ongelmalliset hoitopäätökset	14 tapaus
Tapausluokka 2	Kertominen vai salaaminen	6 tapaus
Tapausluokka 3	Epätarkoituksenmukainen hoito?	8 tapaus
Tapausluokka 4	Oikeat toimintatavat	8 tapaus
Tapausluokka 5	Lääkäri henkilönä	6 tapaus
	YHTEENSÄ	42 tapaus
Pois rajataan	Linjanvetoja	11 tapaus
	YHTEENSÄ	53 tapaus

4.1 Ongelmalliset hoitopäätökset

Ensimmäisen tapausluokan kysymykset käsittelevät *ongelmallisia hoitopäätöksiä*. Niissä on kyse yksittäisen potilaan hoitotilanteista, joissa hoitava lääkäri kokee päätöksentekotilanteen eettisesti ongelmalliseksi. Kysymyksellään hän hakee joko tukea päätöksentekoon aktuaalisessa tilanteessa tai jälkikäteen tukea jo tehdylle päätökselleen.

Kaikki ensimmäisen tapausluokan kysymykset käsittelevät jollain tavoin tutkimus- tai hoitolinjan aktiivisuuden valintaa. Suurin osa kysymyksistä sijoittuu sairaala- tai laitoshoidon alueelle. Useimmissa tapauksissa on kyse omaisten, potilaan ja lääkärin eriävistä mielipiteistä oikeasta hoidosta. Esimerkiksi eräässä tapauksessa Jehovan todistaja –potilas kieltäytyy verensiirrosta suuressa leikkauksessa ja vaatii näin vähemmän aktiivista hoitoa kuin mihin lääkäri olisi halukas suostumaan (200511). Useammassakin tapauksessa omaiset vaativat huonokuntoiselle omaiselleen aktiivisempaa hoitolinjaa kuin minkä lääkäri näkee olevan potilaan eduksi. Yleisesti ottaen omaisten rooli osana ongelmallisia hoitopäätöksiä on merkittävä. Omaiset voivat olla jopa valmiita ohittamaan potilaan tahdon vaatiessaan aktiivisten hoitojen jatkamista, vaikka sekä lääkäri että itse potilas ovat sitä vastaan. Eräässä tapauksessa omainen vaatii huonokuntoiselle dementikolle jatkuvia verensiirtoja, vaikka potilas itse joka kerta vastustelee kanyylin laittoa ja lääkäri ei näe hoitolinjaa hyväksi (200604). Toisessa tapauksessa omainen vaatii afasiasta kärsivälle kroonikko-aivoinfarktipotilaalle hyödyttömiä ja erittäin kivuliasta fysioterapiaa sekä infuusio- tai nenämahaletkun kautta annettavaa lääkitystä, vaikka potilas huutaa kivusta liikehoitojen aikana sekä repii toistuvasti letkut irti ja on sanonut ”ei tarte” (200513).

Potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeus kieltäytyä hoidosta ovat potilaan oikeuksien kulmakiviä. Määritelmät ovat kuitenkin joustavia ja tapauskohtaisia. Tapauksissa, joissa potilaan päätöksentekokyky voidaan katsoa kyseenalaiseksi esimerkiksi dementian, kehitysvammaisuuden, mielisairauden tai aivovamman vuoksi, voidaan potilaan itsemääräämisoikeuden ohittamista pohtia. Esimerkiksi pohditaan sitä, voiko avohoidossa

olevalle nuorelle skitsofreenikolle, joka kieltäytyy ehdottoman tarpeellisesta lääkityksestä, syöttää lääkkeitä salaa (200504).

Ensimmäiseen tapausluokkaan kuuluvat myös kaikki aineiston elämän loppua ja lähestyvää kuolemaa käsittelevät tapaukset. Kyse voi olla esimerkiksi siitä, lopetetaanko vuosia tajuttomana olleen aivovammapotilaan aktiivinen letkuruokinta vai ei (200514). Mikä hoito on luokiteltava aktiiviseksi hoitamiseksi, joka on mahdollista yhteisymmärryksessä lopettaa ja mikä puolestaan hyväksi perushoidoksi, jota ei voi potilaalta evätä?

Ensimmäisen tapausluokan kysymykset sisältävät ”perinteisiä” eettisiä ongelmia – ikään kuin eettisten ongelmien tyyppiesimerkkejä. Tapausesimerkkien avulla olen pyrkinyt luomaan kuvaa ongelmatilanteiden monisyisyydestä ja siitä, kuinka monta eri näkökohtaa yhteen ongelmaan voi kietoutua. Tilanteiden ainutkertaisuus johtaa siihen, että parhaimmatkaan ohjeet eivät voi kattaa jokaista tapausta. Aina tarvitaan tapauskohtaista tulkintaa, määrittelyjä ja pohdinta-apua. Juuri tällaisia tapauksia varten eettisiä tukipalveluita on olemassa.

4.2 Kertominen vai salaaminen

Toiseksi tapausluokaksi on erotettavissa kysymykset, joissa pohditaan luottamuksellisuuden, *salassa pitämisen ja totuuden kertomisen* rajoja. Nämä kysymykset ovat pääosin avoterveydenhuollon alueelta. Kahdessa tapauksessa on potilasta hoidettaessa tullut ilmi jotakuta hoitosuhteen ulkopuolista henkilöä koskevaa merkittävää mutta epämiellyttävää tietoa. Toisessa tapauksessa luuydinluovutuksen jälkeen on tullut ilmi luovuttajan kromosomipoikkeama ja toisessa tapauksessa potilaan kanssa keskusteltaessa on tullut ilmi erään skitsofreniaan sairastuneen henkilön lapsuudenaikainen pedofiilin uhriksi joutuminen (200411 & 200502). Kysyjät pohtivat pitäisikö näihin henkilöihin ottaa yhteyttä ja kertoa asiasta vai antaa vanhojen asioiden olla. Kahdessa tapauksessa kysyjä puolestaan pohtii pitäisikö tehdä ilmoitus

lastensuojeluun tai poliisille. Toisessa tapauksessa on kyse 13-vuotiaasta raskaustestiin tulevasta tytöstä, joka seurustelee itseään huomattavasti vanhemman miehen kanssa (200421). Suhde vaikuttaa kuitenkin kysyjästä varsin tasapainoiselta ja tytön vanhemmatkin ovat seurustelusta tietoisia. Toisessa tapauksessa taas infantiilin oloinen melkein 18-vuotias tyttö väittää tulleensa raiskatuksi, mutta kieltää rikosilmoituksen teon, koska on mitä ilmeisimmin ihastunut ”raiskaajaansa” (200614).

Tämän tapausluokan kysymyksissä on kyse siitä, mitä lääkärin on kerrottava kenellekin. Mikä on sallittua tai suorastaan suotavaa pitää salassa? Kertomisen tai salaamisen kohde on joko jokin hoitosuhteen ulkopuolinen henkilö tai jokin virallisempi toimija, kuten lastensuojelu, poliisi tai potilaan työnantaja. Nämä tapaukset koskevat yksittäisiä potilaita ja tilannetta hoitavia lääkäreitä. Kyse ei ole suoranaisista hoidollisista ongelmista vaan ongelmallisista harkintatilanteista. Niissä myös lait, asetukset ja tavat sekä terve maalaisjärki voivat asettua toisiaan vastaan. Kysyjät hakevat foorumilta kollegiaalista tukea joko itse harkintatilanteessa tai jälkepäin pohdittaessa jo tehdyn päätöksen oikeellisuutta.

4.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?

Kolmannenkin tapausluokan kysymykset koskevat yksittäisiin potilaisiin liittyviä tapauksia. Kysyjä ei ole kuitenkaan hoitava lääkäri, kuten kahdessa ensimmäisessä luokassa. Kysyjä on ulkopuolinen kysymyksen herättäneessä ongelmatilanteessa, mutta on joko hoitosuhteessa potilaaseen muuta kautta tai sitten hän on potilaan omainen. Kysymyksiä on sairaalamaailmasta, laitoshoidosta ja avoterveydenhuollosta. Tähän luokkaan sijoittuvat aineiston kaikki sellaiset kysymykset, joissa lääkäri on omaisen roolissa. Niissä kysyjä on huolissaan lähiomaisensa saaman hoidon oikeellisuudesta. Näissä tapauksissa *hoito* on oletetusti ollut jollain tavoin *epätarkoituksenmukaista* – on voinut tapahtua jopa hoitovirhe. Jälkepäin kysyjä hakee foorumilta tukea oletukselleen ja tarpeelleen puuttua asiaan. Kysymyksistä heijastuu kysyvän lääkärin epäluottamus kollegaansa ja tämän tekemiä päätöksiä kohtaan.

Esimerkiksi eräs hammaslääkäri kirjoittaa edeltäjästään:

”Nyt kun katson hänen työnsä jälkeä, joskus tahtomattanikin tulee huokaus ääneen. Työ on mielestäni ala-arvoista. ... Mitä sanon potilaalle, joka joutuu tulemaan vastaanotolle sen vuoksi, että hänen aikaisemmin saamansa hoito ei ole ollut adekvaattia...?” (200616)

Toisena esimerkkinä tapaus, jossa äiti oli suostuteltu synnyttämään alateitse suurikokoista lasta lupaamalla hyvä kivunlievitys ja mahdollisuus sektioon tarvittaessa. Kivunlievitystä ei kuitenkaan synnytystilanteessa oltu annettu ja sektioista oli kieltäydytty. Lapsi oli lopulta syntynyt imukuppisynnytyksellä vastoin äidin tahtoa. Tapauksen kysymyksen loppu kuuluu:

”Potilas haluaisi minulta kannanoton onko toiminta ollut asiallista ja toivoo lääketieteellistä apua viedäkseen asian eteenpäin. Kuinka minun pitäisi toimia? Kollegiaalisuus periaatteiden mukaisesti en saisi alkaa moittia lääkäreitä pt:lle, mutta toisaalta toiminta kuulostaa epäeettiseltä, lääketieteellisesti epäviisaalta (potilaalle jääneet psyykkiset ja somaattiset traumat) ja jopa laittomalta (laki potilaan oikeuksista)?” (200422)

Kollegiaalisuus mainitaan yhtä lukuun ottamatta kaikissa kolmannen luokan kysymyksissä. Kollegiaalisuuden vuoksi lääkäreiden kynnyks puuttua toistensa työhön on oletettavasti korkea. Esimerkiksi terveyskeskuslääkäri pohtii:

”Jos sairaalassa ei ole otettu huomioon, että kaatumisella voisi olla merkitystä, pitäisikö minun siihen puuttua? Onko se typerää, epäkollegiaalista niuhotusta? Vai hoitovirheen salailua?” (200601)

Lääkäreiden eettinen foorumi tarjoaa tällaisissa tapauksissa kanavan, jota kautta lääkäri voi purkaa mieltään ja hakea tukea mielipiteilleen. Tämän luokan kysymykset ovatkin

erityisen pitkiä, varsin närkästyneeseen sävyyn kirjoitettuja ja sisältävät yksityiskohtaisen kuvauksen ongelmatilanteesta.

Kolmen ensimmäisen tapausluokan kysymykset käsittelevät siis tapauksia, joissa on keskipisteenä potilas ja häneen kohdistuva päätöksenteko. Kahdessa ensimmäisessä luokassa kysymyksen on herättänyt joko ongelmallinen päätöksentekotilanne potilaan hoidossa tai sitä koskevien asioiden kertomisessa. Näissä kysyjänä on hoitava lääkäri. Kolmannessa luokassa kysymyksen on herättänyt jollain tavoin epäonnistunut hoitotilanne eli kysyjän näkökulmasta päätöksenteossa on tapahtunut virhe. Kysyjänä on lääkäri, joka ei ole hoitanut itse ongelmatilannetta, mutta tuntee potilaan muuta kautta. Nämä yksittäisiin potilaisiin ja päätöksenteko-ongelmiin liittyvät kysymykset olisi pystynyt luokittelemaan johdannossa ja tämän luvun alussa mainituilla DuValin ja hänen työtovereidensa (2001) ja Saarnin (2007) ongelmalähtöisillä luokittelutavoilla. Seuraaviin luokkiin siirryttäessä kysymysten näkökulma kuitenkin muuttuu pohdiskelevammaksi. Niihin ei ongelmalähtöinen luokittelutapa enää sovi.

4.4 Oikeat toimintatavat

Neljännessä tapausluokassa kysymysten näkökulma muuttuu. Yksittäisiä potilaita ja hoitotilanteita ei esiinny. Kyse ei ole yksittäisestä ongelmasta, jonka ratkaisuksi tai tehdyn päätöksen tueksi haettaisiin pohdintatukea foorumilta. Kysymykset koskevat pääosin avoterveydenhuollon vastaanottoa ja *oikeita toimintatapoja* kuvatuissa tilanteissa. Kysyjät lähettävät kysymyksensä itse, eikä niissä välttämättä esiinny mitään suoranaista eettistä ongelmaa. Pyrkimyksenä on herättää yleistä pohdintaa ja keskustelua mieltä askarruttavasta toimintatavasta.

Tässä luokassa on kahdenlaisia kysymyksiä, molempia yhtä paljon. Ensimmäinen puolikas luokan kysymyksistä on synteetisomaisia tyypiteltyjä esimerkkitapauksia. Yhteistä näille kysymyksille on se, että niissä esitetyissä tilanteissa on kaksi täysin päinvastaista, perusteltua toimintatapaa. Kysyjä haluaakin lähinnä avata keskustelun

foorumin kanssa. Hän ei välttämättä odota foorumin ottavan tiukasti kantaa jommankumman toimintatavan puolesta. Esimerkiksi kysyttiin, kuuluuko lääkärin kirjoittaa sairauslomaa potilaalle joka ei sinänsä ole sairas, mutta jota on kohdannut suuri suru, kuten esimerkiksi läheisen menetys.

”...tähän asti olen pitänyt oikeana toimintatapana kirjoittaa sairauslomaa kun ihmistä kohtaa lähes kaiken pysäyttävä suru. Osa kollegoista on kuitenkin sitä mieltä, että lääkärin on pidettävä näppinsä erossa suruprosessista jotta surun medikalisaatiota ei tapahtuisi. Tosiaankaan en nyt tiedä mikä on ”oikea” tapa toimia...” (200405)

Toinen kysyjä pohtii oikeaa toimintatapaa lääkkeiden väärinkäyttäjien hoidossa kahden ääripään kautta seuraavasti:

”Kun lääkeriippuvainen henkilö tunnustaa myyneensä rahapulassaan lääkkeensä ja tarvitsee nyt vieroitusoireisiinsa lisälääkettä, kumpi on enemmän oikein: antaa lääkettä vai jättää potilas kärsimään ja ”oppimaan” virheistään.” (200418)

Toinen puolikas tämän luokan kysymyksiä puolestaan pohtii oikeata toiminta- ja suhtautumistapaa tilanteissa, joissa vastaanottotoimintaan vaikuttaa jokin ylimääräinen osapuoli. Tämä ylimääräinen osapuoli voi olla esimerkiksi koululääketieteen ulkopuolinen toimija – ”puoskari”- , joka toiminnallaan hankaloittaa potilaiden asianmukaista hoitoa ja saattaa heidät suoranaiseen vaaraan. Kysyjä haluaa ”...kuulla, onko tällaisen ongelman parissa joutuneet muutkin painiskelemaan ja mitä voisın tehdä?” (200612) Ylimääräinen osapuoli voi olla myös esimerkiksi hoitosuhteeseen osallistuva ”seurantapalveluja” tarjoava lääkeyritys, jolle kertyy arkaluontoisia potilastietoja sisältävä henkilökisteri. Kysyjä pohtii ”onko tämääntapainen toiminta eettisesti perusteltua?” (200503)

4.5 Lääkäri henkilönä

Viidennen tapausluokan kysymykset koskevat lääkäriä yksityishenkilönä ja inhimillisenä olentona osana yhteisöä ja yhteiskuntaa. Nämä kysymykset eivät sinänsä liity lääkärin työhön eikä niissä esiinny työhön liittyviä ongelmia. Pohdinnan kohteena on se, mikä on lääkärille sopivaa toimintaa. Kysymyksissä käsitellään esimerkiksi keskenään riiteleviä lääkäreitä. Eettisen foorumin toimintaan tämä liittyy siten, että kysyjät pyytävät raadilta apua löytääkseen kollegiaalisen ja fiksun tavan hoitaa erimielisyydet (200507 & 200616). Parissa kysymyksessä mietitään kuinka lääkärin on sopivaa toimia, kun hän kohtaa yksityiselämässään henkilön, joka on, joka on ollut tai jonka pitäisi olla hänen potilaanaan. Esimerkiksi eräs psykiatri kysyy raadin kantaa siihen, kuinka hänen tulisi suhtautua, kun hänen kuuluisa muusikkopotilaansa on tarjoutunut soittamaan hänen syntymäpäiväjuhlissaan (200613).

Kahdessa kysymyksessä pohditaan lääkärin erityisasemaa yhteiskunnassa. Toisessa halutaan avata keskustelu lääkärin oikeudesta lailliseen verosuunnitteluun eli yrittäjien keskuudessa yleiseen tapaan käyttää hyväksi pääomatulon ja palkkatulon erilaista verotusta. Kysyjän näkökanta on, että yleinen, laillinen ja muille sallittu toiminta ei ole lääkäreille sopivaa.

”Suuri osa lääkäreistä saa palkkansa nimenomaan verotuloista. Mielestäni on eettisesti arveluttavaa ja yhteiskunnallisesti kestämatöntä, että hyväosaiset, kuten lääkärit, kiertävät veroja. (200610)

Toisessa kysymyksessä pohditaan lääkärille sopivia elintapoja:

”...onko lääkärin eettistä tupakoida julkisesti lääkärinä esimerkiksi valkoinen takki päällä sairaalan tupakkapaikalla. ...onko lääkärin etiikan mukaista omaksua elintapoja, joiden tietää olevan terveydelle yksinomaan vahingollisia?” (200416)

Tässäkin käydään läpi sitä, onko lääkärillä erityisasema yhteiskunnassa myös yksityishenkilönä vai voiko hän elää yhtäläillä paheineen kaikkineen kuin muutkin ihmiset. Onko jokin toiminta hyväksyttävämpää ja sopivampaa maallikoille kuin lääkäreille?

Yhteenveto

Kolmen ensimmäisen tapausluokan kysymykset käsittelevät siis tapauksia, joissa on keskipisteenä potilas ja häneen kohdistuva päätöksenteko. Kahdessa ensimmäisessä luokassa kysymyksen on herättänyt joko ongelmallinen päätöksentekotilanne potilaan hoidossa tai sitä koskevien asioiden kertomisessa. Kolmannessa luokassa kysymyksen on herättänyt jollain tavoin epäonnistunut hoitotilanne. Neljännen tapausluokan kysymyksissä ei välttämättä esiinny mitään suoranaista eettistä ongelmaa. Pyrkimyksenä on herättää yleistä pohdintaa ja keskustelua mieltä askarruttavasta toimintatavasta. Viidennen tapausluokan kysymyksissä pohditaan lääkärin kokemaa rooliristiriitaa lääkärinä toimimisen ja ihmisenä reagoimisen välillä.

5 TOIMINTAJÄRJESTELMÄN RISTIRIIDAT KYSYMYSTEN TAUSTALLA

Jokaisen *Eettiselle Foorumille* lähetetyn kysymyksen taustalla on jonkinlainen suoraan tai välillisesti työhön liittyvä ongelma- tai pohdintatilanne. Yksi kehittävän työntutkimuksen peruslähtökohdistahan on, että toiminnan ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöissä tai osatekijöiden välillä. Toinen tutkimuskysymys kuuluu: ”Mille toimintajärjestelmän osa-alueille kysymyksissä esiintyvät ristiriidat asettuvat?” Seuraavassa pyrin löytämään kunkin ongelmatilanteen taustalla olevan ristiriidan ja asettamaan sen toimintajärjestelmän rakennemalliin. Ristiriitojen kautta toiminnan nykytilanteen kuvaaminen on merkityksellistä, koska ristiriitojen kasaantuminen jollekin toimintajärjestelmän osa-alueelle kertoo kyseisen alueen uudistuksen ja kehittämisen tarpeesta.

Jokainen kysymys asetetaan toimintajärjestelmän rakennemalliin ja samalla hajotetaan abstrakteihin osiin, toimintajärjestelmän osatekijöihin.² Olen piirtänyt jokaiselle kysymykselle oman toimintajärjestelmämallin. Niistä käy ilmi kussakin kysymyksessä aktiivisena olevat toiminnan osatekijät ja tulkintani kyseisten kysymysten taustalla vaikuttavista ristiriidoista. Tässä raportissa en käsittele jokaista kysymystä erikseen, vaan käyn ne läpi edellisessä luvussa esitettyjen tapausluokkien mukaan. Oletukseni oli, että samantyyppisten kysymysten taustalla on samantyyppisiä ristiriitoja ja hieman yksinkertaistaen juuri näin onkin. Toki tapauksissa esiintyy useampiakin ristiriitaisuuksia yhtä aikaa, mutta pyrin löytämään keskeisimmän ja olennaisimman ristiriitaisuuden, joka on muiden ristiriitaisuuksien taustalla.

Kysyjä kysyy kysymyksensä kokemastaan aktuaalisesta ongelma- tai pohdintatilanteesta, eikä välttämättä pohdi tilanteen taustalla vaikuttavia tekijöitä. Siksi sekä ristiriitojen etsiminen kysymysten taustalta että niiden asettaminen toimintajärjestelmään on täysin tutkijan tulkintaa. Kussakin tapausluokassa on 1-3 luokalleen ominaista ristiriitatyyppejä. Ensimmäisessä ja toisessa tapausluokassa ristiriidat kysymysten tilanteiden taustalla sijoittuvat toimintajärjestelmän kohde-, työnjako- ja säännöt –osatekijöiden alueelle.

² Ks. toimintajärjestelmän rakennemalli s. 20.

Kolmannessa ja viidennessä tapausluokassa ristiriidat kietoutuvat yhteisö –osatekijän ympärille. Neljännessä tapausluokassa ristiriidat eivät jäsenny mihinkään määrättyyn osatekijään, vaan keskeiseksi piirteeksi nousee osatekijöiden muuttuminen ja muutoksen aiheuttamat ristiriidat. Seuraavassa esittelen tapausluokkien kysymysten taustalla vaikuttavia tyypillisiä ristiriitoja toimintajärjestelmän rakennemallissa. Referoin esimerkkikysymyksiä ja esitän kustakin ristiriitatyyppistä piirretyn toimintajärjestelmäkaavion. Tässä ja seuraavassa luvussa käytetään kehittävän työntutkimuksen ja toimintajärjestelmän käsitteistöä. Lukijan on nyt virittäydettävä kehittävän työntutkimuksen abstraktiin ajattelutapaan ja pyrittävä sisäistämään –vaikka kertauksen avulla – toimintajärjestelmään liittyvä käsitteistö ja kielenkäyttö.

5.1 Ongelmalliset hoitopäätökset

Ongelmallisia hoitopäätöksiä käsittelevä kysymysluokka on suurin ja moniulotteisin. Kysymykset käsittelevät potilaan hoitolinjan aktiivisuuden valintaan liittyviä ongelmallisia päätöksentekotilanteita. Tilanteet sijoittuvat lääkärin ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen. Sitä on mahdollista kuvata toimintajärjestelmäparina, kuten kaaviossa 6 sivulla 25. Potilas ja lääkäri hahmottavat toimintansa kohteen eri tavoin. Esimerkiksi kaaviossa 6 on esitetty tilanne terveystieteiden vastuualueella, jossa potilaan kohde on oman vaivansa kokeminen ja sen helpottaminen lääkärissäkäynnillä, ja lääkärin kohde on nopeasti suoritettu vastaanottokäynti. Tämä näkökulmien erilaisuus johtaa epäsymmetrisyyteen potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksessa. Se tuottaa ristiriitoja toimintaan. (Engeström 1995, 55-56; Engeström & Engeström 1992, 61.) Ensimmäiselle tapausluokalle tyypilliset ristiriidat asettuvat toimintajärjestelmän rakennemallin kohde-, työnjako- ja säännöt –osatekijöiden alueelle. Etenkin toiminnan kohteeseen liittyvät ristiriidat nostavat lääkärin ja potilaan toimintajärjestelmäparin ja vuorovaikutuksen ongelmat huomion keskipisteeksi.

Ristiriita kohteessa

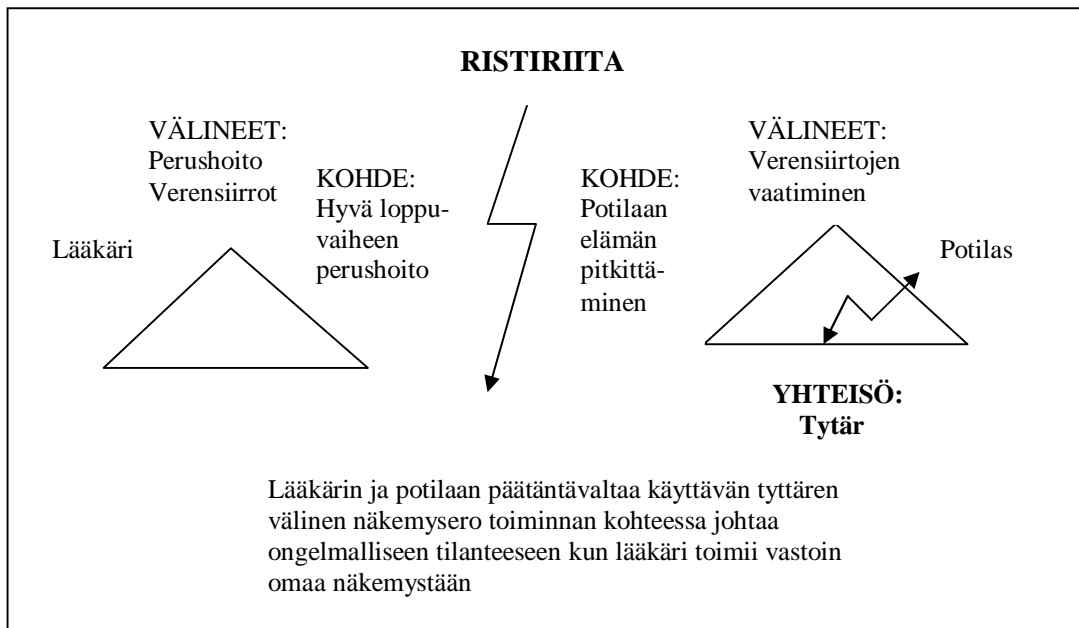
Ongelmallisten hoitopäätösten tyyppiluokassa merkittävimäksi ongelmien aiheuttajaksi nousee ristiriita toiminnan *kohteessa*. Ristiriitatilanteen aiheuttaa joko lääkärin ja omaisen tai lääkärin ja potilaan eriävät käsitykset toiminnan kohteesta. Omaisilla eli potilaan toimintajärjestelmän yhteisöllä on ongelmallisissa hoitopäätöksissä merkittävä rooli. Kohteeseen liittyviä ristiriitatilanteita on siis kahdenlaisia: Lääkärin ja omaisen välisiä sekä lääkärin ja potilaan välisiä. Nämä ovat kehittävän työntutkimuksen viitekehyksen mukaan niin sanottuja neljännen asteen ristiriitoja, sillä ne sijoittuvat keskustoiminnan ja naapuritoiminnan välille.³ Kolmanneksi voi vielä mainita, että potilaan tai omaisen mielenmuutokset halutussa kohteessa aiheuttavat myös ristiriitatilanteita toiminnassa. Erityisesti hoitovälineiden valinta muodostuu ongelmalliseksi toiminnan kohteen eli hoidon halutun tuloksen ollessa epäselvä. Väline –osatekijän valintaongelmien taustalla on kuitenkin perimmäinen ristiriita toiminnan kohteessa.

Ensimmäiseksi esittelen suurehkon ryhmän tapauksia, joille tyyppillisen, neljännen asteen ristiriidan keskustoiminnan ja kohdetoiminnan välille nostattaa lääkärin ja omaisen eriävä käsitys hoitolinjan aktiivisuudesta. Omaisat vaativat poikkeuksetta aktiivisempaa hoitolinjaa, kuin mikä lääkärin näkökulmasta olisi potilaan edun mukaista. Potilaat pystyvät dementian, aivovamman tai kehitysvamman vuoksi vain epäselvästi tai eivät ollenkaan ilmaisemaan oman tahtonsa. Siksi omaisilla on suuri rooli hoitopäätösten teossa. Kaikki nämä tapaukset käsittelevät potilaan elämän loppuvaihetta. Tapaukset ovat hyvin samantyyppisiä. Potilaan lähestyvä kuolema ja hänestä luopuminen tekevät tilanteista omaisille vaikeita. Tyyppillistä tapauksille on se, että lääkärin tavoitteena on tarjota potilaalle hyvä loppuvaiheen perushoito, kun taas omaisen tavoitteena on aktiivinen hoitolinja. Taustalla voi olla omaisen epärealistinen toive potilaan parantumisesta tai ainakin halu potilaan elämän pitkittämiseen. Kaikissa näissä tapauksissa lääkärit toimivat melko pitkälti omaisten toiveiden mukaisesti. He kokevat tilanteen ongelmalliseksi, koska epäilevät toiminnan olevan potilaan edun vastaista.

³ Toimintajärjestelmän ristiriitoja käsitelty sivulla 23.

Esimerkkinä näistä tapauksista kysymys 200604 *punasolusirrot*. Kysymys on kuvattu toimintajärjestelmän rakennemallissa kaaviossa 8⁴. Siitä käy ilmi, kuinka ristiriita kohteessa muodostuu omaisen vaatiessa lääkärin mielestä liian aktiivista hoitoa. Potilas on iäkäs vuoteessa hoidettava dementikko, jonka yleistila on varsin huono. Suolistoverenvuodon vuoksi hemoglobiiniarvo putoaa muutaman viikon välein niin alas, että vanhukselle annetaan punasolusirtoja. Enemmistä tutkimuksista ja hoidoista on jo luovuttu potilaan huonon yleistilan vuoksi.

Kaavio 8. Tapaus *punasolusirrot* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



”Olen päivystäjänä lukuisia kertoja siirron alkanut ja pt joka kerran ilmoittaa, ettei siirtoa halua. Tyttären vaatimuksesta on sellaiset kuitenkin toteutettu. Koen itse tekeväni väärin potilasta kohtaan pistäessäni kanyylin hänen tahtonsa vastaisesti, mutten oikein voi olla pistämättäkään, kun veret siihen jo on tilattu ja ristattu. Onko dementin, mutta tahtonsa ilmaiseva potilaan tahdon vastainen hoito tyttären vaatimuksesta eettisesti kestävä?” (200604)

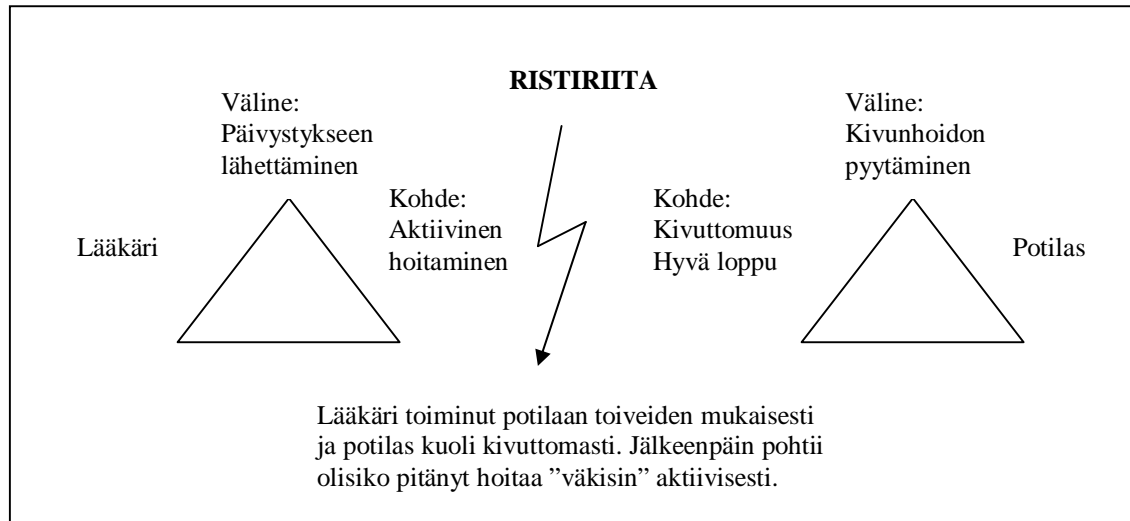
⁴ Kaavion 8 pohjana on lääkärin ja potilaan hoitosuhdetta kuvaava kaavio 6 sivulta 25. Kaavioiden 6 ja 8 vertaaminen toisiinsa voi auttaa virittäytymään toimintajärjestelmän käsitteistöllä operoivaan ajatteluun.

Potilaan kieltäytyessä hoidoista, mutta tyttären niitä silti vaatiessa ristiriitaa on havaittavissa myös potilaan toimintajärjestelmän sisällä. Tytär eli potilaan toimintajärjestelmän kehikossa yhteisön osa muodostuu aktiivisemmaksi toimijaksi kuin potilas itse. Potilaan toimintajärjestelmän kohde onkin siis itse asiassa tyttären käsitys toiminnan kohteesta eli halu pitkittää isän elämää verensiirtojen avulla. Lääkärin mukaan potilaan yleistila on niin huono, että vuodon tutkiminen on lopetettu ja lisäksi potilas vastustaa verensiirtoja. Tästä päätellen lääkärin toiminnan kohteena olisi halu tarjota potilaalle hyvä loppuvaiheen perushoito ilman aktiivisia verensiirtoja. Käytännössä hän kuitenkin toimii tyttären tahdon mukaisesti ja siten sekä potilaan että oman tahtonsa vastaisesti. Tämä lääkärin ja omaisen ristiriitainen näkemys toiminnan kohteesta aiheuttaa ongelmallisen toimintatilanteen käytännön työssä.

Edellisissä tapauksissa ristiriita kohteessa siis aiheutuu omaisen vaatiessa lääkärin mielestä liian aktiivista hoitoa. Toinen teorian osoittama toiminnan kohteeseen liittyvä ristiriitatyyppeä on tämän täydellinen vastakohta. Näissä tapauksissa ristiriita johtuu siitä, että potilas itse kieltäytyy lääkärin tarpeellisena pitämästä hoidosta. Lääkäri puoltaa aktiivisempaa hoitolinjaa. Lääkärin kohteena on potilaan hoitaminen aktiivisilla toimenpiteillä kun taas potilaan kohteena on vähemmän aktiivinen hoito oman kuolemansa riskin uhalla. Asetelma on päinvastainen edelliseen verrattuna, mutta se on yhtä lailla toiminnan ristiriitaisuutta aiheuttava.

Esimerkiksi näistä tapauksista käy tapaus 200603 *Syöpäpotilaan akuutti vatsa*, joka on kuvattu kaaviossa 9. Potilaalta on juuri leikattu syöpä, joka on todettu laajalle levinneeksi. Potilaalla on terveystieteiden kovia vatsakipuja sekä arstava nyrkin kokoinen resistenssi vatsan alueella. Lääkäri haluaa potilaan yliopistosairaalan kirurgipäivystäjän hoitoon, mutta potilas kieltäytyy.

Kaavio 9. Tapaus *Syöpäpotilaan akuutti vatsa* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



”Olin lähettämässä potilasta kirurgian päivystykseen, mutta tästä potilas toistuvasti kieltäytyi. Matkaa yliopistosairaalaa olisi ollut n. 100 km, eikä hän kokenut jaksavansa tuota rasietta. Pyrimme potilaan tahtoa kunnioittaen hyvään kivunhoitoon ja perushoitoon. Rauhallinen kuolema seurasi sunnuntaipäivänä.”
(200603)

Jälkeenpäin lääkäri tuskailee, olisiko hänen pitänyt toimia aktiivisemmin saadakseen potilaan ambulanssiin ja aktiiviseen hoitoon, koska *”...kyseessä on mahdollisesti ollut jokin kirurginen banaliteetti, jonka helpollakin hoidolla elinvuosia olisi vielä ollut jäljellä.”* Lääkärin haluttu toiminnan kohde olisi ollut aktiivinen hoito ja potilaan lähettäminen kirurgian päivystäjälle. Potilaan kohde puolestaan oli kunnollinen kivunhoito ja siedettävä olotila. Lääkäri toimi potilaan tahdon mukaisesti, mutta ilmeisesti vastoin omaa näkemystään, koska päätyi jälkikäteen tuskailemaan eriävän kohde-näkemyksen aiheuttamaa ristiriitatilannetta.

Kolmanneksi voi vielä mainita yhden kohteeseen liittyvän ristiriitatyyppin. Näissä tapauksissa ristiriita voi sijoittua joko lääkärin ja omaisen tai lääkärin potilaan välille, mutta keskeiseksi piirteeksi nousee mielenmuutos halutussa kohteessa. Muutos yhdessä järjestelmän osatekijässä – kun muut säilyvät ennallaan – voi aiheuttaa niin sanottuja

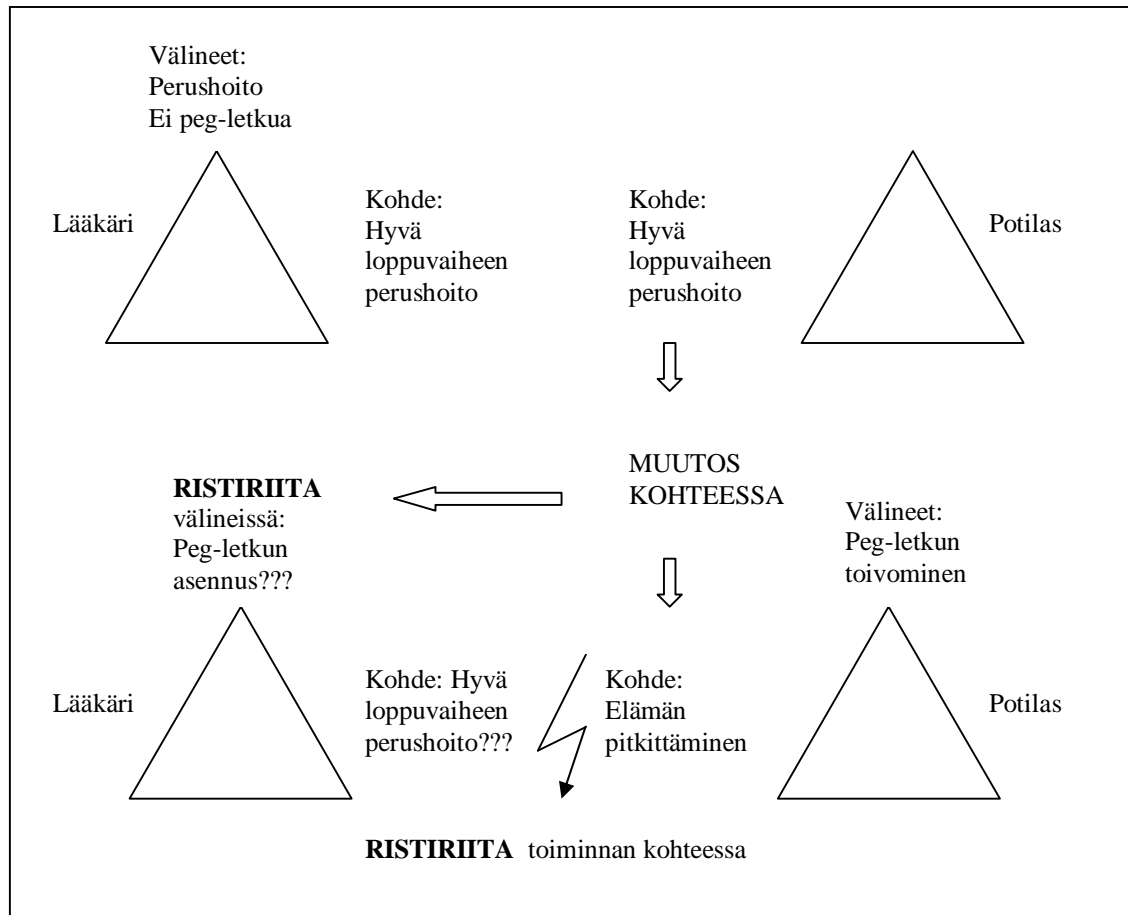
toisen asteen ristiriitoja muualla toimintajärjestelmässä (Engeström 1995, 62-63). Nämä tapaukset liittyvät potilaan elämän loppuvaiheeseen. Niille on tyypillistä, että hyvä loppuvaiheen perushoito halutaan vaihtaa elämän pitkittämiseen tai päinvastaisesti aktiivisista hoidoista halutaan luopua. Muutos toiminnan kohteessa aiheuttaa ristiriidan välineiden valinnassa. Toisin sanoen toiminnan kohteen muuttuessa uudenlaiseksi aiemmin valitut hoitovälineet eivät enää sovi ristiriidattomasti toimintaan. Siksi välineiden olisi muututtava, jotta toiminnan tasapainoisuus säilyisi.

Tämän tyyppisistä tapauksista käy esimerkiksi kaaviossa 10 kuvattu tapaus 200404 *Etenevä neurologinen sairaus*. Potilaana on harvinaisesta neurologisesta sairaudesta kärsivä nainen, joka on jo täysin avustettava, liikuntakyvytön ja puhumaton. Hän pystyy kommunikoidaan sormea liikuttamalla. Aikaisemmin hän on ottanut kielteisen kannan elämää ylläpitäviin hoitoihin, kuten ruokintaletkuun ja respiraattoriin asettamiseen. Kuoleman lähestyessä hän on kuitenkin muuttanut mielensä ja alkanut toivoa elämää pitkittäviä hoitoja.

”Potilas itse ruvennut toivomaan PEG-letkua. Siihen mennään, jos toivomus toistuva, mutta mietityttää, miten paljon nyt ottaisi puheeksi sen, että johonkin tässä taudissakin menehdytään.” (200404)

Aikaisemmin lääkärin ja potilaan jakama yhteinen kohde on nyt potilaan näkökulmasta muuttunut: Hyvä loppuvaiheen perushoito ei enää riitäkään vaan potilas haluaa elämänsä pitkitettävän. Aiemmin ristiriidaton kohde –osatekijä muuttuu nyt ristiriitaiseksi. Siitä puolestaan johtuu, että ristiriita siirtyy myös välineet –osatekijään. Aikaisemmin poissuljettujen hoitovälineiden käyttö on otettava uudelleen harkintaan. Esimerkiksi ruokintaletkulla toki saavutetaan potilaan toivoma kohde eli elämän pitkittyminen, jos ilman sitä ei syöminen onnistu, mutta potilaan kanssa on pohdittava onko elämä enää siinä vaiheessa elämisen arvoista.

Kaavio 10. Tapaus *Etenevä neurologinen sairaus* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Kohteeseen liittyvät ristiriidat kohdistavat siis katseen toimintajärjestelmäpariin ja lääkärin ja potilaan (sekä omaisen) vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus on lääkäri-potilassuhteen merkittävä kulmakivi, jota ilman hoitosuhdetta ei voisi olla olemassa. Lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta onkin tutkittu runsaasti. Esimerkiksi Ritva Engeström (1999) on käsitellyt väitöskirjassaan keskustelua lääkärinvastaanotolla toiminnan teorian ja toiminnan moniäänisyyden käsitteiden avulla. Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä ja Kari Eskola (2001) ovat toimittaneet aiheeseen pureutuvan teoksen *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Maija Gerlander (2003) tarkastelee lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen jännitteitä, kun taas Johanna Ruusuvuoren (2000) näkökulma on potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen mahdollisuuksissa. Hän kirjoittaa tavoista, joilla lääkärin ja potilaan erilaiset näkökulmat voivat kohdata

vuorovaikutuksessa. Nämä näkökulmaerot ovat merkittävässä asemassa myös tämän tutkielman aineiston perusteella. John Heritage ja Douglas Maynard (2006) ovat äskettäin toimittaneet artikkelikokoelman *Communication in Medical Care* joka tarjoaa kattavan ja ajantasaisen katsauksen lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen.

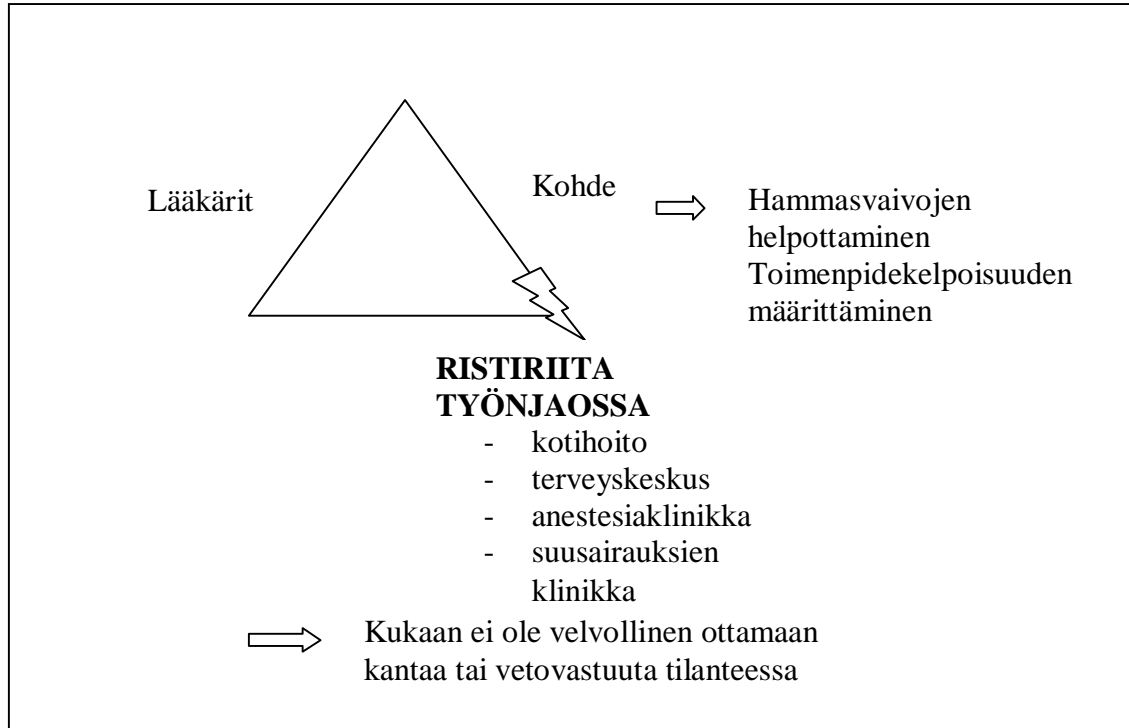
Vuorovaikutus on joskus vaikeaa tavallisissa arjen tilanteissakin, joten ei ole ihme, että se nousee ristiriitojen polttopisteeksi vaikeissa tilanteissa, kun on kyse omasta tai omaisen hoidosta ja hengestä. Vuorovaikutusongelmien lisäksi ensimmäisen tapaustyypin kysymysten taustalta löytyy lisäksi ristiriitoja lääkäriyön toimintajärjestelmästä itsestään – ilman erikseen esitettyä kohdetoimintaa. Nämä ovat niin sanottuja ensimmäisen asteen ristiriitoja eli koskevat yksittäisiä osatekijöitä toimintajärjestelmässä. Osatekijät, joissa ristiriitoja on havaittavissa ovat työnjako ja säännöt.

Ristiriita työnjaossa

Työnjako-osatekijässä esiintyvät ristiriidat koskevat vajaavaltaiten – kehitysvammainen ja psykiatrisesti sairas – potilaiden hoitoa. Näissä kysymyksissä potilaita omaisineen siirrellään joko hoitopaikasta toiseen ja erikoisalalta toiselle tai heidän asiaansa haetaan ratkaisua aina vaan ylempää ja ylempää terveydenhuollon byrokratiasta. Esimerkiksi työnjaon ristiriidoista käy tapaus 200509 *Milloin hammassairaus on vitaali-indikaatio?* Se on kuvattu kaaviossa 11. Potilas on syvästi kehitysvammainen mies, jolla on myös pahoja sydänsairauksia. Ongelmana on hampaiston ja suun alueen jatkuvat kipu- ja tulehdusoireet, joita ei ole pystytty hoitamaan, koska potilas ei suostu hammashoitoon. Ainoa vaihtoehto olisi nukutuksessa tehty hammashoito, mutta sydänongelmien vuoksi nukutus on katsottu liian riskialttiiksi.

”Kysymys kuuluu: miten pahaksi hammastautien pitäisi äityä, että vitaali-indikaatiot täytyisivät ja anestesiaan liittyvä riski otettaisiin? Toistaiseksi asiaa ollaan palloteltu kodin, terveyskeskuksen, anestesiaklinikan ja suusairauksien klinikan välillä.” (200509)

Kaavio 11. Tapaus *Milloin hammassairaus on vitaali-indikaatio?* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Työnjako -osatekijän ristiriita on selkeä ja silmiinpistävä. Alunperin hoidon parantamiseen ja toiminnan edistämiseen tähdännyt työnjako eli tehtävien toiminnallinen eriyttäminen on käänntynyt itseään vastaan. Pitkälle eriytynyt työnjako on johtanut vastuunpakoiluun ja yksittäisen potilaan hoidon tason laskuun. Vaikka tilanne olisi hankala potilaalle ja omaisille, mutta tilanne ei ole henkeä uhkaava, voi yksittäinen lääkäri lykätä päätöksen tekoa tai delegoida päätösvastuuta muille toimijoille. Kukaan ei ota kantaa potilaan ongelmiin, eikä kukaan ota vetovastuuta tilanteessa.

Ristiriita säännöissä

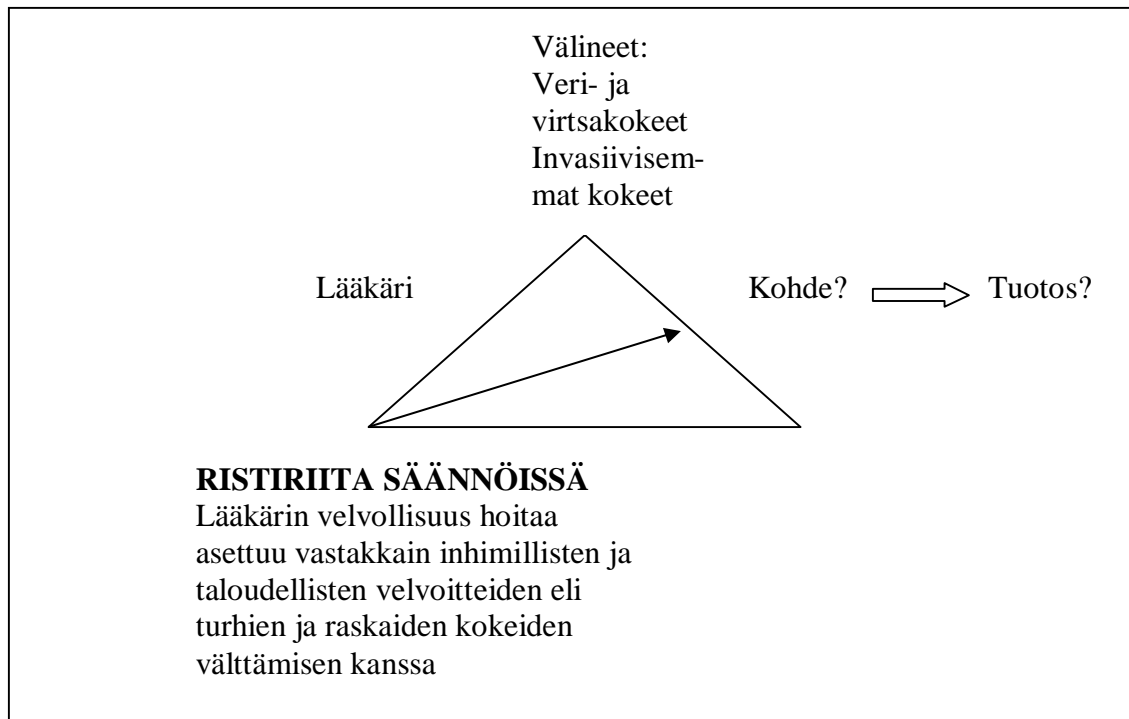
Muutamissa tämän luokan kysymyksissä on havaittavissa ristiriitaisuutta myös toimintajärjestelmän säännöt –osatekijässä. Säännöt –osatekijä on hankala

analysoitavaksi. Ensinnäkin se on erittäin laaja alue. Se sisältää kaikki lait, asetukset ja lääkäriprofession säännöt – mukaan lukien eettisen ohjeiston. Laajuuden vuoksi säännöt - osatekijässä voikin olla nähtävissä ristiriitaisuuksia myös tilanteissa, joissa ongelman kannalta keskeisempi ja merkittävämpi ristiriitaisuus sijaitsee joissain muussa toimintajärjestelmän osatekijässä. Epätietoisuus säännöistä – tai se, ettei niitä ole – aiheuttaa sääntöihin liittyviä ristiriitoja toiminnassa. Kaikenlaisiin tilanteisiin ei toki voikaan olla valmiita sääntöjä. Olemassa olevia sääntöjäkin pitää tulkita tapauskohtaisesti. Sääntöjen ristiriitainen tulkinta on toinen tämän osa-alueen hankaluuksien aiheuttajista.

Esimerkiksi kaaviossa 12 kuvatussa tapauksessa 200401 *Vanhuksen verivirtsaisuus* iäkäs potilas on täysin oireeton, mutta rutiinilaboratoriokokeissa on tullut ilmi ongelmia.

”Eli ongelma: 89-v mies, lähteäkö tutkimaan vai ei? Jos otan ei-invasiivisia lisäkokeita, tulee entistä vaikeammaksi lopettaa tutkimukset, jos niissä jotain on. Jos jätän silleen, voidaan siitäkin olla montaa mieltä.” (200401)

Kaavio 12. *Vanhuksen verivirtsaisuus* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Lääkäri taistelee mielessään keskenään ristiriitaisten sääntöjen ja ohjeiden kanssa. Toisessa vaakakupissa painaa hänen velvollisuutensa tutkia ja hoitaa potilasta parhaan kykynsä mukaan. Toisessa vaakakupissa puolestaan painaa sekä inhimillisistä että taloudellisista syistä raskaiden ja mahdollisesti turhien kokeiden ja hoitojen välttäminen. Olemassa on useampia sääntöjä kyseisen tilanteen hoitamiseen. Näistä lääkärin on osattava valita, joten ristiriitaisia päätöksentekotilanteita varmasti riittää.

Yhteenvedona ensimmäisen tapausluokan kysymyksistä voi sanoa, että ongelmallisia hoitopäätöksiä koskevien kysymysten taustalla on pääosin ristiriitatilanteita, jotka kytkeytyvät lääkärin, potilaan sekä omaisten eriäviin käsityksiin toiminnan kohteesta. Näkökulmaero suhteessa hoidon oikeisiin tavoitteisiin vaikeuttaa asianomaisten vuorovaikutusta ja on siksi merkittävä ristiriitatilanteiden aiheuttaja hoitosuhteessa. Toimiva vuorovaikutus on toimivan hoitosuhteen edellytys. Omaisten rooli hoitosuhteessa erityisesti potilaan elämän loppuvaiheessa on erittäin oleellinen ja usein ristiriitoja aiheuttava. Tässä tapausluokassa toimintaa haittaavia ristiriitaisuuksia ilmeni myös terveydenhuollon työnjaossa sekä säännöissä – joko niiden puuttumisena tai ristiriitaisuutena niiden tulkinnassa.

5.2 Kertominen vai salaaminen

Myös toisen tapausluokan kysymysten taustalla on havaittavissa ristiriitaisuuksia toiminnan kohteessa. Ristiriitaisuus ei kuitenkaan nouse lääkärin ja potilaan eriävistä mielipiteistä kuten edellisessä luokassa. Sen sijaan ristiriitaisuutta herättää lääkärin epävarmuus toimintansa tuloksesta. Kehittävän työntutkimuksen viitekehyksen mukaan toiminnan tulos tarkoittaa niitä muutoksia ja vaikutuksia, joita kohteessa tavoitellaan tai aikaansaadaan (Engeström et al.1987, 12). Tämän luokan kysymyksissä lääkäri ei ole varma siitä, millä toimintatavalla hän pääsee haluttuun vaikutukseen kohteessa. Lääkäri punnitsee jonkin asian kertomisen tai salaamisen hyötyjä ja haittoja. Hän haluaa toimintansa vaikutuksen olevan potilaan edun mukainen ja hyödyksi potilaalle.

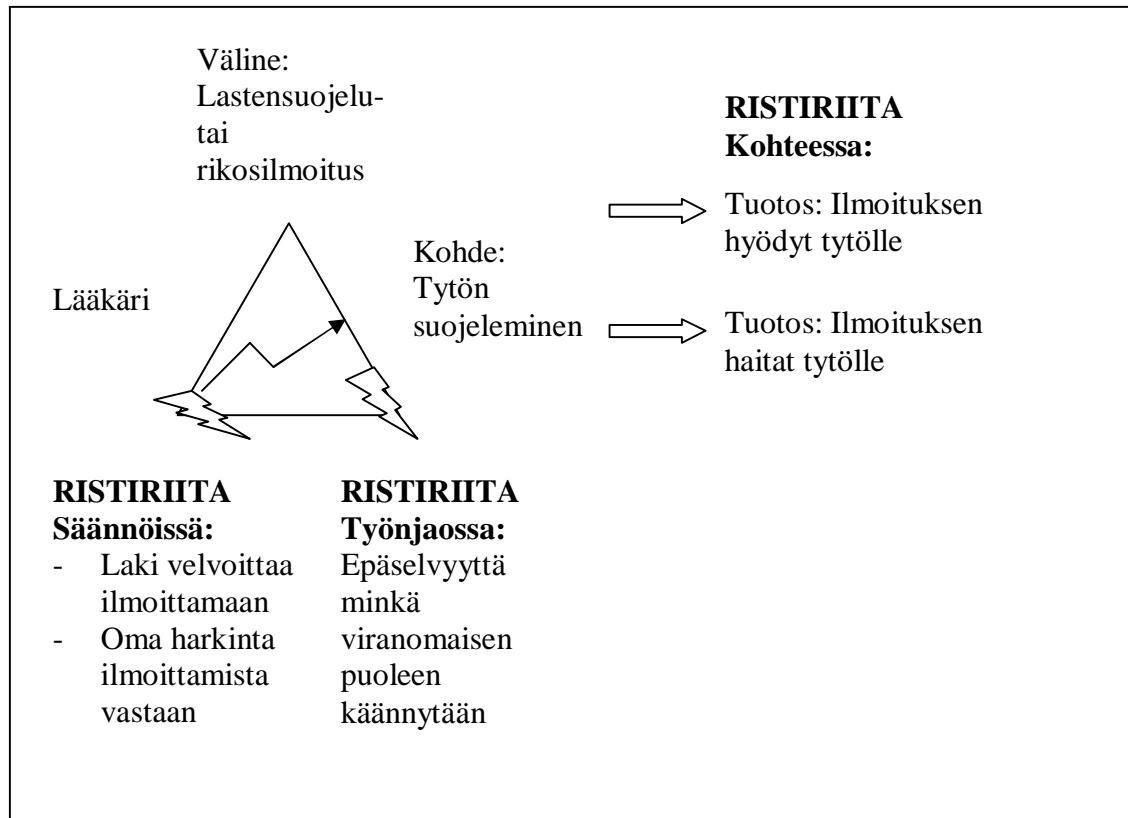
Useimmissa tämän luokan kysymyksissä on ristiriitaisuutta työnjaossa. Parissa tapauksessa työnjakoon liittyvät ristiriitaisuudet ovat samanlaisia kuin edellisessä luokassa. Työnjako on johtanut siihen, että asia ei kuulu erityisesti kenellekään. Eräs kysyjä kysyykin suoraan: ”*Kenelle tämänkaltaisten asioiden hoito ja valvonta kuuluu?*” (200407) Näissä kysymyksissä työnjako ei koske pelkästään terveydenhuoltoa. Toimijoina ovat mukana myös sosiaalihuolto sekä virkavalta eli poliisi. Punnittavana on se, kenelle mikäkin asia kerrotaan ja keneltä ne salataan.

Kertomiseen ja salaamiseen liittyvät säännöt aiheuttavat myös ristiriitailanteita. Myös tässä luokassa sääntöjen ja ohjeiden puuttuminen vaikeuttaa toimintaa. Erityinen piirre näissä sääntöristiriidoissa on se, että pohdinnat koskevat lakeja ja niiden noudattamista tai noudattamatta jättämistä. Useassa tapauksessa lääkärit pohtivat lakien tapauskohtaista tulkintaa ja mahdollisuutta kiertää tai jättää noudattamatta niitä potilaan edun nimissä. Ristiriidat kohteen tuotoksessa ja säännöissä kietoutuvat yhteen.

Kaaviossa 13 kuvattavaksi esimerkiksi tästä tapausluokasta käy hyvin edellisessä luvussa esitelty tapaus 200421 *13- vuotiaan raskaustesti*, koska siinä on esillä kaikki toisessa tapausluokassa esiintyvät ristiriitaisuudet.

”13 vuotias tyttö tulee saadakseen raskaustestin. Tytön poikaystävä on 19 nuorimies. Seksiä on harrastettu ilman ehkäisyä. Poikaystävä on mukana vastaanotolla ja käy ilmi että nuoripari seurustelee myös tytön vanhempien kanssa. Tuleeko asiasta tehdä lastensuojelu (eli rikos) ilmoistus?” (200421)

Kaavio 13. Tapaus 13-vuotiaan raskaustesti toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Onko asian kertominen viranomaisille tarpeellista ja hyödyllistä tytön kannalta. Konkreettisesti haluttu tulos lääkärin toiminnalle on epäselvä, mutta tytön paras on mitä ilmeisimmin tähtäimessä. Lain mukaanhan ilmoitus tulisi tehdä, kun kyseessä on alaikäinen, 13-vuotias. Onko kuitenkin kyse ilmeisestä lastensuojelutarpeesta? Tytön vanhemmat ilmeisesti hyväksyvät tytön seurustelun itseään vanhemman pojan kanssa. Myös se, että poika on vastaanotolla mukana, antaa vaikutelman, että kyseessä todellakin on seurustelusuhde eikä hyväksikäyttö. Nämä seikat voivat johtaa ristiriitatilanteeseen sääntöjen alueella. Onko kertomatta jättäminen tulkittavissa lain rikkomiseksi? Ei, jos lääkäri tekee tulkinnan, että lastensuojelun tarvetta ei ole. Toisaalta, joku toinen lääkäri voisi tehdä tilanteesta toisen tulkinnan ja olla sitä mieltä, että lastensuojelun tarve ja ilmoitusvelvollisuus ehdottomasti on olemassa. Myös työnjaossa on hieman epäselvyyttä.

Vaikuttaa siltä, että kysyjälle ei ole selvää, minkä viranomaisen puoleen käännetään, jos kertomiseen päädytään.

Tämän tapausluokan kysymyksissä lääkäri pohtii jonkin asian kertomisen tai salaamisen hyötyjä ja haittoja potilaan etua silmälläpitäen. Jos hän ei näe sääntöjen mukaan toimimista potilaan edun mukaisena, hän on valmis olemaan noudattamatta sääntöä – kuten esimerkiksi lastensuojelulakia. Työnjaossa on näissä tapauksissa mukana terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalihuolto sekä poliisi. Tälle luokalle erityinen piirre sääntöristiriidoissa on se, että pohdinnat koskevat lakeja ja niiden noudattamista tai noudattamatta jättämistä potilaan edun nimissä.

5.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?

Kolmannen tapausluokan kysymykset ovat hankalammin asetettavissa toimintajärjestelmän rakennemalliin, koska kysymyksen esittäjä ei itse ole kuvatus ongelmatilanteen hoitava lääkäri eli toimintajärjestelmän tekijä. Ongelmatilanteen irrottaminen kysymyksestä ja siten pelkän sen asettaminen toimintajärjestelmään olisi periaatteessa mahdollista. Se ei kuitenkaan ole järkevää, koska *Foorumille* lähetetty kysymys on jo yksi ulkopuolisen tulkinta tapahtuneesta. Tekisin siis kysyjän tulkinnasta uuden tulkinnan, jos irrottaisin ongelman kysymyksestä ja asettaisin sen toimintajärjestelmään. Riski siihen, että se muuttaisi kysymyksessä esitetyn tilanteen sisältöä tai luonnetta on liian suuri. Toki kaikki analyysi tässä tutkielmassa on minun tulkintaani aineistosta, mutta ongelmatilanteen irrottamisen kysymyksestä voi kuitenkin nähdä aineiston muunteluna. Se heikentäisi tutkielman luotettavuutta.

Tästä syystä asetan kysymyksen kysyjän toimintajärjestelmän tekijäksi. Kysyvän lääkärin toiminnan kohteena on potilaan auttaminen epäonnistuneen hoitotilanteen jälkiselvittelyissä. Kaikille tämän luokan kysymyksille on yhteistä kysyvän lääkärin tyytymättömyys kollegansa toimintaan potilaan hoidossa. Kysyjät epäilevät kollegoidensa ammattitaitoa, huomiokykyä tai hoitopäätösten oikeellisuutta ja

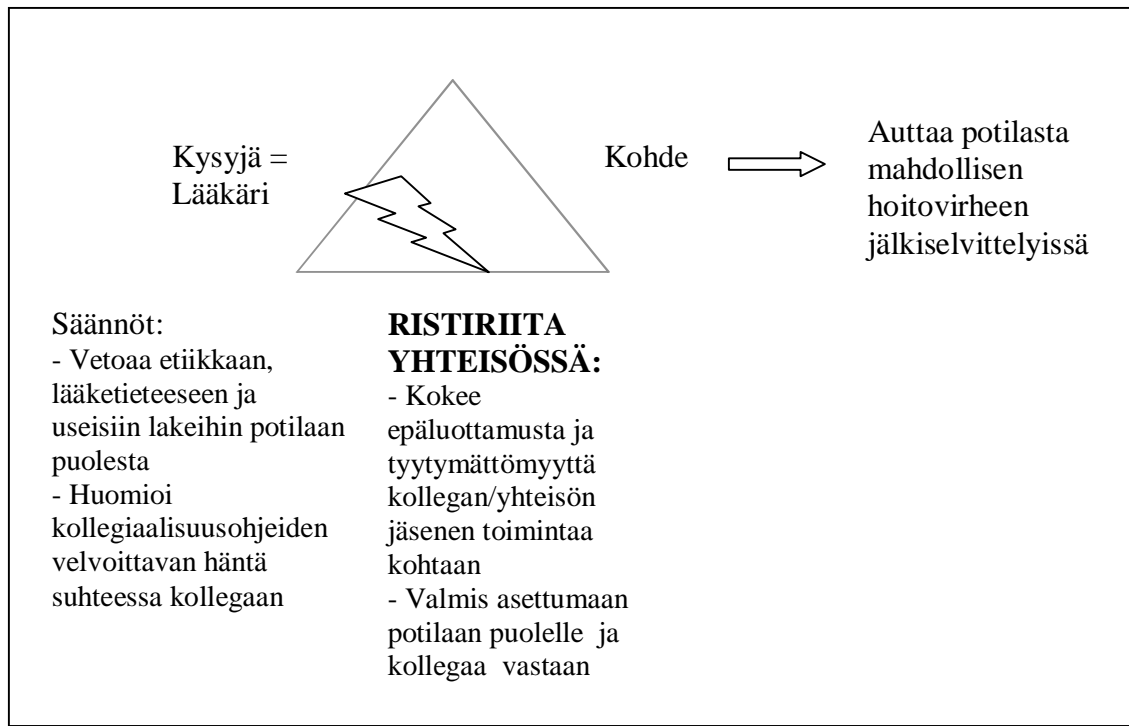
muutamassa tapauksessa jopa hoitovirhettä. Toimintajärjestelmän rakennemalliin asetettuna tämäntyyppiset tilanteet heijastavat ristiriitaa yhteisö-osatekijässä. Useimmissa kysymyksissä mainitaankin kollegiaalisuus, joka on lääkäriprofession kulmakiviä.

Esimerkiksi tästä tapausluokasta sopii edellisessä luvussa esitelty tapaus *Laki potilaan oikeuksista ja synnyttäminen* (200422). Tapaus esitellään kaaviossa 14. Siinä äiti oli suostuteltu synnyttämään alateitse suurikokoista lasta lupaamalla hyvä kivunlievitys ja mahdollisuus sektioon tarvittaessa. Kivunlievitystä ei kuitenkaan synnytystilanteessa oltu annettu ja sektioista oli kieltäydytty. Lapsi oli lopulta syntynyt imukuppsynnytyksellä vastoin äidin tahtoa. Kysyjä on erittäin närkästynyt potilaan puolesta. Kysymyksen loppu kuuluu:

”Potilas haluaisi minulta kannanoton onko toiminta ollut asiallista ja toivoo lääketieteellistä apua viedäkseen asian eteenpäin. Kuinka minun pitäisi toimia? Kollegiaalisuus periaatteiden mukaisesti en saisi alkaa moittia lääkäreitä pt:lle, mutta toisaalta toiminta kuulostaa epäeettiseltä, lääketieteellisesti epäviisaalta (potilaalle jääneet psyykkiset ja somaattiset traumat) ja jopa laittomalta (laki potilaan oikeuksista)?” (200422)

Moniulotteinen ristiriitatilanne syntyy siitä, että lääkäri kokee epäluottamusta kollegaansa kohtaan. Tekijälle muodostuu ristiriitainen asenne yhteisöään kohtaan. Tilannetta sekoittaa vielä säännöt –osatekijä. Kollegiaalisuusohjeet rajoittavat lääkärien avointa negatiivista asennoitumista kollegoitaan kohtaan. Säännöt –osatekijästä haetaan kuitenkin myös tukea toimintaan, sillä kysyjä vetoaa useisiin eri lakeihin potilaan puolesta. Tyytymättömyys kollegan toimintaan ja tarve auttaa potilasta pakottaa lääkärin ikään kuin valitsemaan puolensa. Hän asettuu potilaan puolelle ja kollegaa vastaan, mikä puolestaan on kollegiaalisuusperiaatetta vastaan.

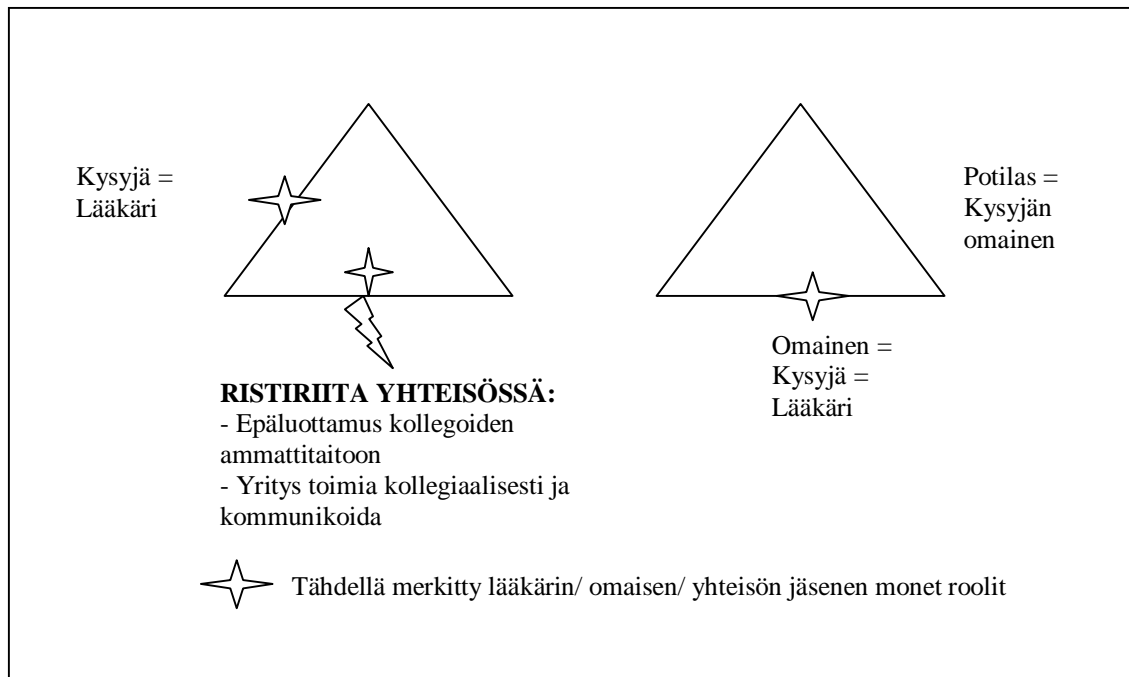
Kaavio 14. Tapaus *Laki potilaan oikeuksista ja synnyttäminen* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Tähän tapausluokkaan sijoittuvat myös kaikki ne aineiston kysymykset, joissa kysyjänä on lääkäri omaisen roolissa. Nämä tapaukset ilmentävät varsin vaikeaa lääkärin ja omaisen kaksoisroolia – sekä lääkäriprofession jäsenenä että potilaan omaisena. Näille tilanteille on ominaista, että omaislääkäri ei luota kollegoidensa ammattitaitoon heidän hoitaessaan hänen omaa omaistaan. Epäluottamus kollegoihin, yritys toimia kollegiaalisesti ja samalla vaatia parasta mahdollista hoitoa omaiselleen aiheuttaa ristiriitatilanteita sekä lääkärille itselleen että potilasta parhaansa mukaan hoitaville lääkäreille.

Esimerkkinä kaaviossa 15 kuvattava tapaus 200413 *Kollegiaalisuus ja lääkärin lähiomaisen sair.hoito*. Siinä ulkomailla asuvan lääkärin lähiomainen on vakavasti sairaana.

Kaavio 15. Tapaus *Kollegiaalisuus ja lääkärin lähiomaisen sair.hoito* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



”Keskusteluissa hoitavien sair.lääk:n ja spesialistien kanssa tullut esiin vakavia puutteita lääkärin osaamisessa alkaen sair.kert.merkinnöistä, sen tuntemisesta taudinkuvan kliiniseen tuntemiseen ja erotusdiagnostiikkaan sekä vaikeiden vaiheiden ennakoimiseen. Kuinka kommunikoida niin, että hoitava kolleega ymmärtää minun kunnioittavan hänen kokemustaan ja osaamistaan mutta kuitenkin saan omaiselleni lääket.perustellut tutkimukset ja hoidon.” (200413)

Kirjoittaja tuo selvästi esiin epäluottamuksensa kollegoihinsa, mutta samalla hän mainitsee kunnioittavansa kollegansa kokemusta ja osaamista. Hän haluaa luottaa yhteisönsä jäseniin, mutta läheisen sairaus on tehnyt hänestä epäluuloisen omaisen. Roolin valinta ja monen roolin ristiriitaisuus aiheuttaa vaikeuksia. Hän siirtyy omaisen roolin ja yhteisön jäsenen roolin välillä onnistumatta sopeuttamaan niitä toisiinsa. Toisaalta hän käy hieman jopa hoitavan lääkärin roolissa. Epäluottamus kollegoihin, yritys toimia kollegiaalisesti ja samalla vaatia parasta mahdollista hoitoa omaiselleen

aiheuttaa ristiriitatilanteita sekä lääkärille itselleen että potilasta parhaansa mukaan hoitaville lääkäreille.

Kolmannen tapausluokan kysymyksissä ristiriita sijaitsee yhteisö –osatekijässä. Tyytymättömyys kollegoihin ja halu auttaa potilasta asettavat lääkärin kärjistetysti kollegoitaan vastaan eli vaikeuttavat kollegiaalista käytöstä.

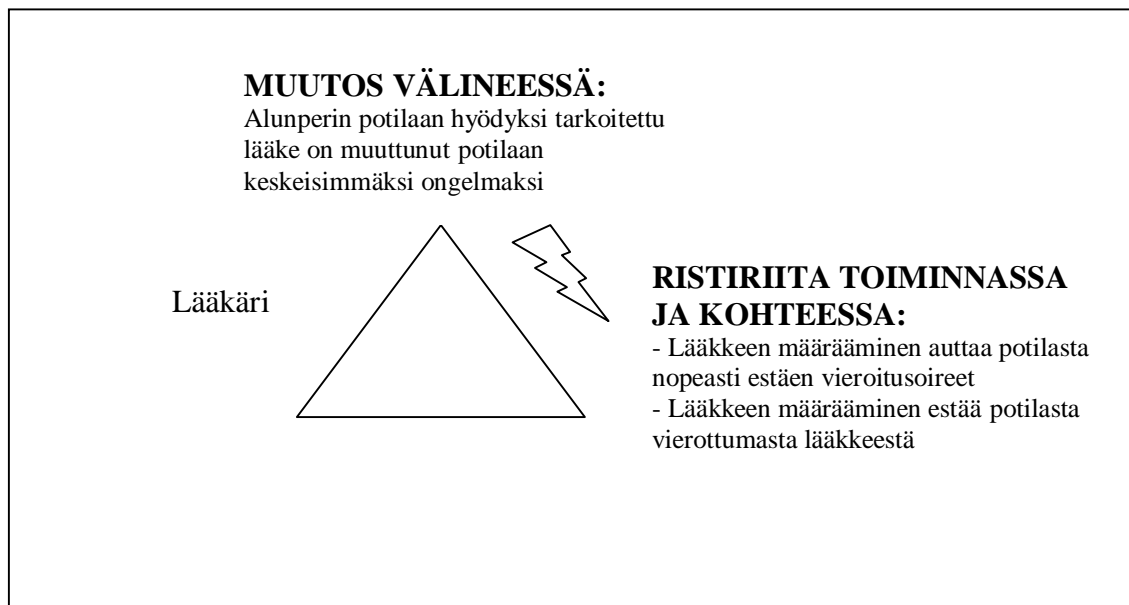
5.4 Oikeat toimintatavat

Neljännessä tapausluokassa kysymykset muuttuvat. Yksittäiset potilaat ja hoitotilanteet poistuvat kysymyksistä ja tilalle tulee tyypiteltyjä esimerkkitapauksia. Edellisessä luvussa kysymyksiä esitellessäni jaoin tämän luokan kysymykset kahteen alaluokkaan. Ensin olivat kysymykset, joissa pohdiskellaan oikeaa toimintatapaa silloin, kun kaksi toisilleen vastakkaista tapaa toimia on kyseisissä tilanteissa perusteltavissa. Toisena ryhmänä olivat kysymykset, joissa kuvatuissa tilanteissa on mukana jokin ulkopuolinen tekijä toimintaa hankaloittamassa. Toimintajärjestelmän rakennemalliin tapauksia soviteltaessa nämä alaluokat menettävät merkitystään, koska merkittävimäksi tekijäksi nousee tapahtunut muutos.

Toimintajärjestelmän käsitteistön mukaan kaikissa oikeaa toimintatapaa koskevissa kysymyksissä merkittävimäksi tekijäksi nousee muutos. Muutoksia tapahtuu moninaisissa paikoissa sekä välineitä tuottavassa järjestelmässä että keskus- ja naapurijärjestelmien osatekijöissä. Olennaista on se, että nämä muutokset aiheuttavat ristiriitoja keskustojärjestelmän toiminnassa. Muutokset aiheuttavat uudenlaisia tilanteita, joiden osalta kysyjä tiedustelee tai lähinnä pohdiskelee oikeaa tapaa toimia. Toimintajärjestelmän ristiriitaista kohtaa ei pysty tarkasti määrittelemään. Ennemminkin kyse on koko keskustojärjestelmän epätasapainosta. Sen on aiheuttanut uuden tyyppinen tai erilainen toiminta jossain osatekijässä tai naapurijärjestelmässä.

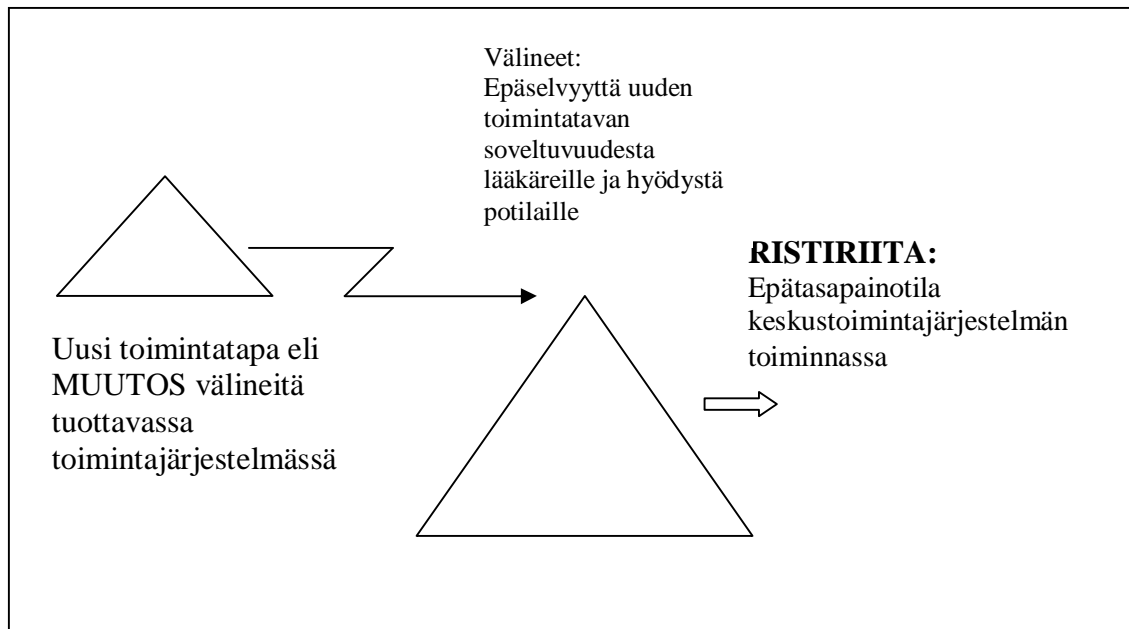
Tapauksessa 200418 *lääkkeiden väärinkäyttäjien hoito* on ilmeistä, että muutos on tapahtunut toimintajärjestelmän sisällä välineet –osatekijässä. Kaaviosta 16 käy ilmi, että ennen välineenä käytetty hyödyllinen lääke on muuttunut ongelmaksi potilaalle. Muutos välineen luonteessa aiheuttaa ristiriitoja toimintaan ja ennen kaikkea kohteen valintaan.

Kaavio 16. Tapaus *lääkkeiden väärinkäyttäjien hoito* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



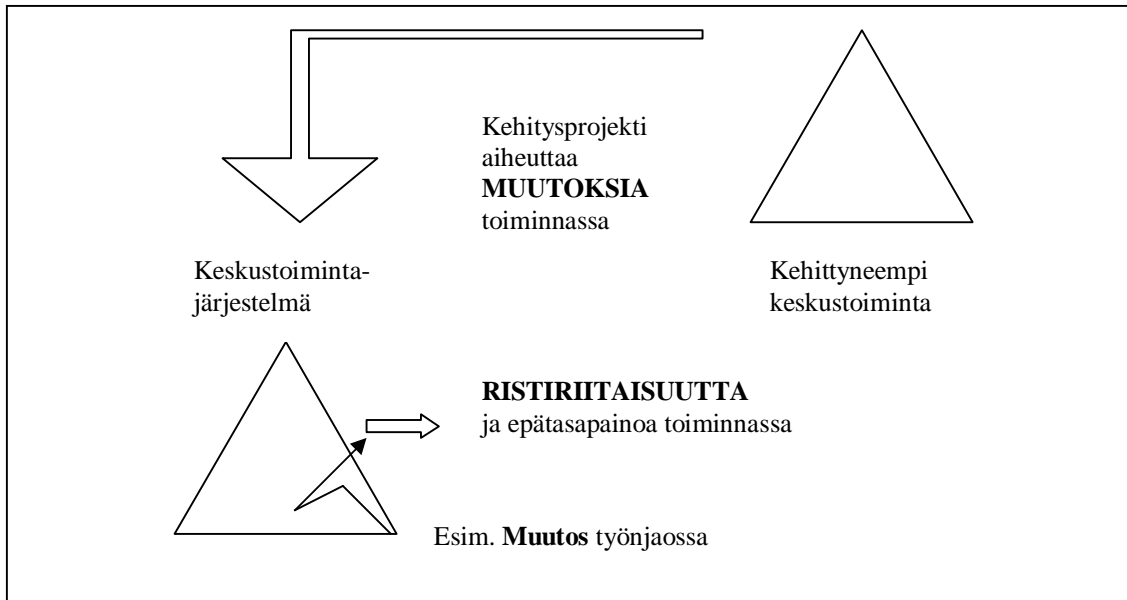
Esimerkiksi naapurijärjestelmien muutoksista käy kaaviossa 17 esitetty tapaus 200503 *Kolmas osapuoli lääkärin ja potilaan hoitosuhteessa*. Siinä lääketeollisuus on kehittänyt uuden toimintatavan. Se tarjoaa lääkäreille lääkehoidon seurantapalveluja, jollaisia ei ole ennen ollut tarjolla ja joiden sisällöstä kukaan ei ole oikein kunnolla perillä. Epäily palvelun pyyteettömyydestä ja epätietoisuus sen perimmäisestä tarkoituksesta on olemassa. Välineitä tuottavan järjestelmän muutos aiheuttaa siis hämmennystä lääkäriyön toimintajärjestelmän toiminnassa.

Kaavio 17. Tapaus *Kolmas osapuoli lääkärin ja potilaan hoitosuhteessa* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



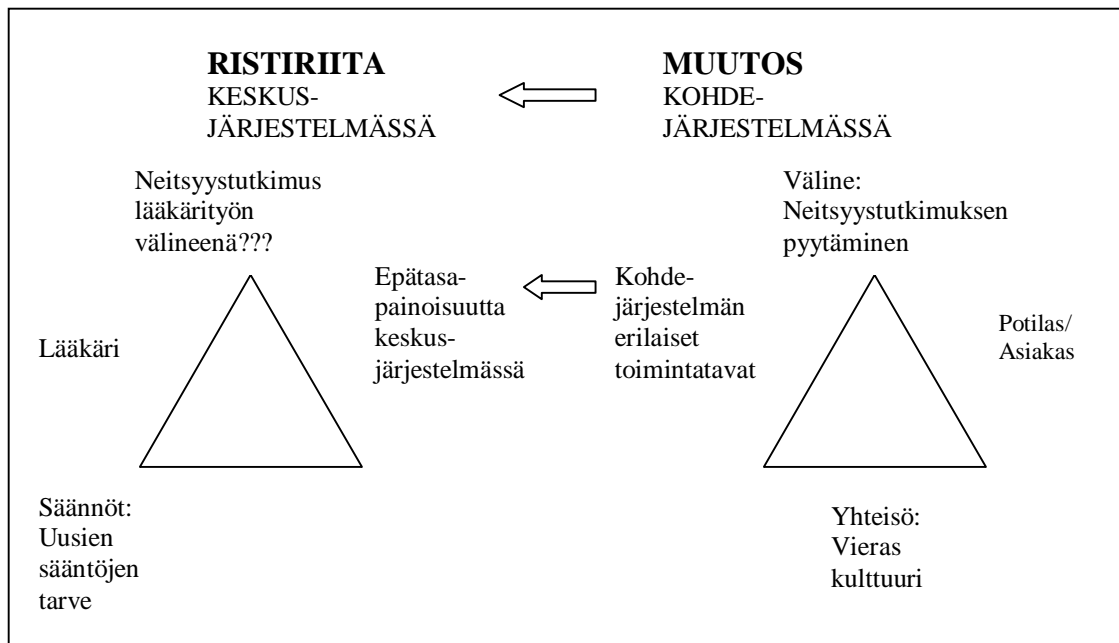
Tapauksessa 200403 *Lääkärin allekirjoitus ja vastuu* on käynnissä kehitysprojekti, jossa sairaanhoitajille pyritään siirtämään lääkäreiden rutiinitöitä ja siten keventämään lääkäreiden työtaakkaa. Kehitysprojektin ajama työnjaon muutos aiheuttaa kuitenkin käytännön tasolla epäselvyyksiä ja sitä kautta niin sanotun kolmannen asteen ristiriidan toiminnassa. Kolmannen asteen ristiriita keskustoimintajärjestelmän ja kehittyneemmän keskustoiminnan välillä aiheuttaa ristiriitaisuutta koko keskustoimintajärjestelmän toimintaan. Tätä kuvataan kaaviossa 18.

Kaavio 18. Tapaus *Lääkärin allekirjoitus ja vastuu* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Tapauksessa 200611 *Kulttuurien törmäyksiä – neitsyystutkimukset* puolestaan kerrotaan maahanmuuttajaperheestä, joka haluaa tutkituttaa, onko heidän teini-ikäinen tyttärensä neitsyt. Tapaus esitellään kaaviossa 19. Vaikka tyttö itse on tutkimukseen suostuvainen, lääkäri pohtii onko kyseinen toimenpide meidän kulttuurissamme katsottava ihmisarvoa alentavaksi ja voiko/pitääkö lääkärin sellainen suorittaa. Ristiriitaisuutta toimintajärjestelmään sekä uusien sääntöjen tarvetta aiheuttaa se, että toiminnan kohdejärjestelmässä on tapahtunut muutos, kun potilas omaisineen edustaa vierasta kulttuuria ja uskontoa.

Kaavio 19. Tapaus *Kulttuurien törmäyksiä – neitsyystutkimukset* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Neljännän luokan tapauksia ei voi tyypitellä yhtä helposti kuin edellisissä luokissa, joissa esiintyi ryppäinä samantyyppisiä tapauksia. Näitä ryppäitä voitiin esitellä yksittäisten esimerkkitapausten avulla. Neljännän luokan tapaukset ovat erilaisia kuin aikaisemmissa luokissa. Selkeää ristiriitaisuuden kohtaa ei toimintajärjestelmässä pystytä osoittamaan. Tapaukset ovat erilaisia myös keskenään, sillä muutoksia on tapahtunut monilla eri toimintajärjestelmän osa-alueilla. Tämän luokan kysymyksiä onkin esitelty useampien esimerkkien avulla. Tapaukset ovat helpommin ymmärrettävissä kaavioiden avulla. Yhteistä kaikille neljännän luokan kysymyksille on se, että kyse on muutoksen aiheuttamasta uudeltaisesta ja epätasapainoisesta tilanteesta, jossa ei ole valmista, totuttua toimintatapaa. Muutoksen analysoiminen tällä aineistolla on mahdotonta, koska aineisto kertoo vain yhdestä ajankohdasta. Kysymyksissä kuitenkin kuvaillaan tilanteita ja tekijöitä, jotka ovat uusia ja erilaisia kuin yleensä. Tilanteiden uutuus ja erilaisuus on merkki siitä, että on tapahtunut muutos aiempaan –normaaliin– tilanteeseen verrattuna. Siksi uskallan käyttää termiä muutos epätasapainotilojen aiheuttajana.

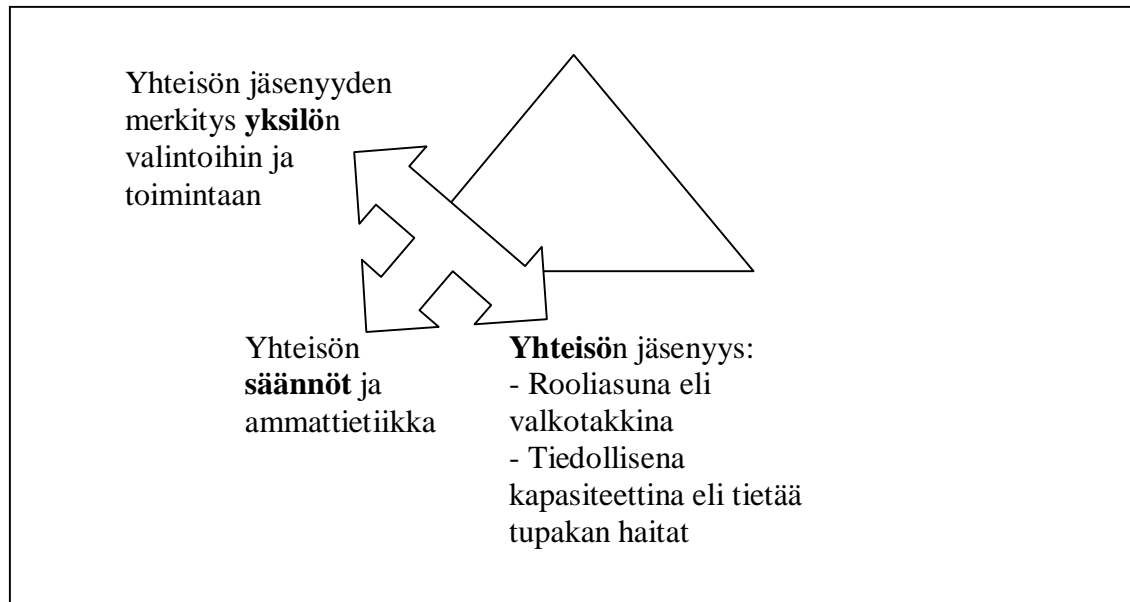
5.5 Lääkäri henkilönä

Kaikki tämän viidennen tapausluokan kysymykset käsittelevät erilaisista aiheista riippumatta samaa ydinasiaa – lääkärin roolin erityisyyttä osana professioyhteisöä. Tai oikeastaan lääkärin kaksoisroolia professioyhteisön jäsenenä ja tavallisena ihmisenä. Useimmissa tämän luokan kysymyksissä pohditaan paitsi lääkärin oikeuksia ja velvollisuuksia lääkärinä, myös lääkärin oikeutta toimia ihmisenä samalla tavoin kuin muutkin ihmiset. Toimintajärjestelmän rakennemalliin tämän tyyppiluokan kysymyksiä ei kovin moniulotteisesti saa asetettua, koska kysymyksissä ei ole kyse työtoiminnasta vaan pelkästään tekijän suhteesta yhteisöön. Tekijän ja yhteisön välillä leijuva ristiriita tai ehkä ennemmin tämän yhteyden tiiviyden kyseenalaistaminen on näiden kysymysten keskipiste. Rakennemalli on siis kaikissa kysymyksissä samanlainen vaikka aihe muuttuu.

Kysymysten aiheina on esimerkiksi se, onko verosuunnittelu hyväksyttyä lääkäreille siinä missä muillekin ihmisille. Toisessa kysymyksessä verrataan lääkärin inhimillisen typerää käyttäytymistä riitatilanteissa oletettuun kollegiaaliseen ja kypsään käytökseen. Esimerkkinä (Kaavio 20.) voi esittää tapauksen 200416 *Lääkärin tupakointi*, johon on viitattu jo kysymyksiä luokittelevassa luvussa. Kysyjä pohtii:

”...onko lääkärin eettistä tupakoida julkisesti lääkärinä eli esimerkiksi valkoinen takki päällä sairaalan tupakkapaikalla. Tietysti aihetta voi lähestyä myös yleisen ammattietiikan tasolta: onko lääkärin etiikan mukaista omaksua elintapoja, joiden tietää olevan terveydelle yksinomaan vahingollisia?” (200416)

Kaavio 20. Tapaus *Lääkärin tupakointi* toimintajärjestelmän rakennemallissa.



Onko lääkärin ehdottomasti pidättäydyttävä tupakoinnista? Professioyhteisönsä jäsenenä hän etuoikeutetusti tietää paljon tupakan haitoista. Onko tupakointi vielä vähemmän sallittua valkotakissa – professioyhteisön rooliasussa? Vaatiiko professioyhteisön jäsenyys roolisuoritusta myös yksityisesti? Onko lääkärin aina käyttäydyttävä ”arvonsa mukaisesti” ja erottauduttava tavallisista ihmisistä?

5.6 Yhteenveto kysymysten ristiriidoista

Taulukossa 2 esitetään tiivistettynä yhteenveto aineiston kysymysten taustalla vaikuttavista ristiriitaisuuksista. Taulukkoon on merkitty tapausten lukumäärät. Ristiriita-alueiden tapausten määrät voivat olla suurempia kuin tapausluokkien kokonaismäärät, koska yksi tapaus voi sisältää useampia ristiriita-alueita. Ensimmäisessä ja toisessa tapausluokassa ristiriidat ilmenevät samoilla osa-alueilla: Toimintajärjestelmän kohteessa, työnjaossa ja säännöissä. Vaikka ristiriidat asettuvat samoilta osa-alueille, ne ovat silti erityyppisiä eri tapausluokissa.

Taulukko 2. Kysymyksissä esiintyvät ristiriitaisuudet tapausluokittain.

Kysymyksen tapausluokka	Ristiriita-alue	Selitys
1 Ongelmalliset hoitopäätökset (14)	*KOHDE (9) *TYÖNJAKO (3) *SÄÄNNÖT (4)	Ristiriita potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksessa Terveystieteiden työntekijä johtaa potilaan pompotteluun Ristiriitaiset tulkinnat
2 Kertominen vs. salaaminen (6)	*KOHDE JA SÄÄNNÖT (3) * TYÖNJAKO (4)	Lakien tulkinta ja ”kiertäminen” potilaan edun nimissä Epäselvyys viranomaisten vastuunjaossa
3 Epäadekvaatti hoito? (8)	* YHTEISÖ (8)	Epäluottamus kollegoihin ja kollegiaalisuusristiriidat
4 Oikeat toimintatavat (8)	* MUUTOS (8)	Muutokset eri osa-alueilla aiheuttavat epätasapainoa
5 Lääkäri henkilönä (6)	* TEKIJÄ 7 YHTEISÖ (6)	Lääkäriyhteisön jäsenyyden vaikutus yksilön toimintaan

Ensimmäisen tapausluokan kysymysten taustalla on ristiriitatilanteita, joissa lääkärin, potilaan sekä omaisten käsitykset hyvästä hoidosta eriävät. Näkökulmaero suhteessa siihen, minkälaisen hoidon ja hoitosuunnitelman kukakin näkee oikeaksi toiminnan kohteeksi aiheuttaa ongelmia vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteessa. Omaisten rooli hoidosta päättäjänä erityisesti potilaan elämän loppuvaiheessa on merkittävä ja usein ristiriitoja aiheuttava. Näitä toiminnan kohteeseen liittyviä ristiriitaisuuksia on määrällisesti kaikkein eniten. Ensimmäisessä tapausluokassa toimintaa haittaavia ristiriitaisuuksia ilmeni myös työnjaossa siten, että hyvään hoitoon tähtäävä

terveydenhuollon eriytynyt työnjako aiheuttaakin nurinkurisesti hoidon tason heikentymistä. Ristiriidat säännöissä johtuvat joko niiden puuttumisesta tai ristiriitaisuudesta niiden tulkinnassa. Tämä ongelmallisten hoitopäätösten tapausluokka on laajin ja myös hajanaisin tapausluokka.

Toisen tapausluokan kysymyksissä lääkäri pohtii jonkin asian kertomisen tai salaamisen hyötyjä ja haittoja. Toiminnan tuloksen halutaan olevan potilaalle edullinen. Keskeiseksi ristiriidaksi nousee se, että potilaan edun nimissä ollaan valmiita tulkitsemaan ja kiertämään sääntöjä. Pohdinnat koskevat lakeja ja niiden noudattamista tai noudattamatta jättämistä potilaan edun – eli halutun tuloksen – nimissä. Ristiriidat kohteessa ja säännöissä kietoutuvat toisiinsa. Myös työnjaossa on tässä tapausluokassa ristiriitaisuutta. Mukana on terveydenhuollon sisäisen työnjaon lisäksi työnjako muiden viranomaisten, kuten sosiaalihuollon ja poliisin kanssa. Ristiriitaisuutta työnjaossa aiheuttaa lähinnä epäselvä vastuunjako. Tämän luokan kysymykset olivat hyvin samantyyppisiä ja myös niiden taustalla olevat ristiriidat olivat samantyyppisiä. Yksiselitteisesti merkittävintä ristiriita-aluetta ei tässä tapausluokassa pysty määrittelemään, sillä kohteen, sääntöjen ja työnjaon ristiriitaisuudet esiintyvät yhtäaikaisesti ja toisiinsa kietoutuneina.

Kaikissa kolmannen tapausluokan kysymyksissä ristiriita sijaitsee yhteisö –osatekijässä. Tyytymättömyys kollegoihin ja halu auttaa potilasta epäonnistuneen hoitotilanteen jälkeen asettavat lääkärin potilaan puolelle ja samalla ikään kuin kollegoitaan vastaan. Kollegiaalisuus sinänsä ja sitä kautta myös kollegiaalisuussäännöt muodostuvat tämän luokan kysymyksissä ristiriitaisiksi. Tässä luokassa käsiteltiin lisäksi omaislääkärin ristiriitaisia rooleja, joihin myös sisältyy epäily kollegoja kohtaan. Asetin kysyvän lääkärin toimintajärjestelmämallin tekijäksi. Tämä ratkaisu johti siihen, että kollegiaalisuusongelma ja yhteisö –osatekijän ristiriitaisuus nousivat esiin. Jos olisin kysyjän sijasta asettanut toimintajärjestelmän tekijäksi tapausta hoitavan lääkärin, olisin saanut erilaisen tuloksen.

Neljännän tapausluokan kysymysten taustalla olevia ristiriitoja ei saa kohdennettua tarkasti yksittäisiin toimintajärjestelmän osatekijöihin. Näyttää ennemminkin siltä, että

koko toiminta on epätasapainoisessa tilassa. Tarkemmin katsottuna tässä luokassa tarkka ristiriidan etsiminen ei olekaan olennaista. Olennaista on se, että toiminnan epätasapaino johtuu muutoksesta. Yhteistä kaikille neljännen luokan kysymyksille onkin se, että kysymyksien taustalla olevat ristiriidat johtuvat kaikki jonkin muutoksen aiheuttamasta uudeltaisesta tilanteesta, johon ei ole olemassa valmista käyttäytymiskaavaa. Varsinaista akuuttia eettistä ongelmaa ei tapauksissa ole, mutta muutos johtaa neljännen luokan kysymykset pohtimaan oikeaa tapaa toimia.

Viidennen tapausluokan kysymykset käsittelevät lääkärin kaksoisroolia professioyhteisön jäsenenä ja tavallisena ihmisenä. Ristiriita asettuu toimintajärjestelmän mallissa lääkärin ja yhteisön välille. Ristiriita nousee professioon liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista, eduista ja haitoista sekä niiden määrittelystä. Tässäkään luokassa ei varsinaisia akuutteja eettisiä ongelmia käsitellä. Ydinkysymykseksi nousee se, voiko lääkäri olla lääkärinä tavallinen ihminen paheineen kaikkineen vai täytyykö lääkärin irrottautua tai etäännyä jäyhästä professioyhteisöstä voidakseen elää ”normaalin ihmisen” elämää. Tämän aineiston perusteella voi sanoa, että ”perinteisten” eettisten kysymysten lisäksi suomalaisia lääkäreitä askarruttaa uusien, muuttuneiden tilanteiden aiheuttama epävarmuus sekä lääkäriprofession ja yhteisön merkitys heidän elämässään.

6 VASTAUKSET TOIMINTAJÄRJESTELMÄN RAKENNEMALLISSA

Edellä esitetyn valossa oletukseni siitä, että samantyyppisten kysymysten taustalla on samantyyppisiä ristiriitoja pitää paikkansa. Ristiriidat kysymysten taustalla sijoittuivat kullekin tapausluokalle tyypillisille toimintajärjestelmän osa-alueille. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä halutaan tietää, miten vastauksissa käsitellään kysymysten ongelmien taustalle tulkitsemiani ristiriita-alueita. Seuraavassa käyn läpi aineiston vastaukset kysymysten tapausluokkien ja niissä ilmenneiden toimintajärjestelmän ristiriita-alueiden mukaan. Käsitelyjärjestys on siis sama kuin taulukossa 2.

Aineiston kysymysten asettaminen toimintajärjestelmän rakennemalliin onnistui suhteellisen helposti, koska kysymykset koskevat työssä esiintyviä käytännön tilanteita ja kehittävän työntutkimukset analyysivälineet on tarkoitettu juuri käytännön työn analysointiin. Aineiston vastaukset, jotka ovat *Eettisen foorumin* raadin käymien keskustelujen yhteenvetoja, sisältävät myös käytännön tason neuvoja, mutta enemmän ne painottuvat filosofiseen etiikkaan. Kehittävän työntutkimuksen keinoja ei ole tarkoitettu filosofis-eettisten pohdintojen analysointiin, eikä pohdintoja pysty hedelmällisesti tulkitsemaan toimintajärjestelmän rakennemallin avulla. Tosin aineiston eettinen jäsenys ei ollut alun perinkään tämän tutkielman tarkoituksena ja siksi sijoitan etiikan toimintajärjestelmän viitekehyksessä säännöt -osa-alueelle erittelemättä sen sisältöä tarkemmin. Vastaustensa pohdintaosuuksissa raati pyrkii tuottamaan eettisesti perusteltuja toimintaohjeita. Pohdintansa raati monesti pohjustaa tiedottamalla olemassa olevista säännöistä, kuten eettisistä ohjeista, laeista ja asetuksista. Tästä syystä säännöt – osatekijä on vastauksissa vahvasti korostunut ja *Eettisen foorumin* voi nähdä jopa sääntöjä tuottavana järjestelmänä.

Yksittäisiä vastauksia ei hyödytä kuvata toimintajärjestelmän rakennemallilla, koska silloin lähes jokaisessa kaaviossa korostuisi pelkkä säännöt osatekijä. Sen sijaan käsittelen vastauksia tapausluokittain vastinpareina kysymyksilleen ja pyrin tarkastelemaan miten vastauksessa käsitellään sitä ristiriita-aluetta, jonka olen kysymyksen

perusteella tulkinnut olevan ongelman taustalla. Kunkin tapausluokan vastausten käsittelyn lopuksi esitän yhteenvedon vastauksista toimintajärjestelmän rakennemallissa.

6.1 Ongelmalliset hoitopäätökset

Tämän tapausluokan kysymyksissä ristiriidat sijoittuivat toimintajärjestelmän kontekstissa toiminnan kohteen, työnjaon ja sääntöjen alueille. Tapausluokka on melko suuri. Siksi on selkeintä käsitellä vastaukset jaoteltuna pienempiin osiin eli edellä mainittuihin ristiriita-alueisiin.

Kohde

Ongelmallisten hoitopäätösten tapausluokassa suuri osa kysymyksissä esiintyvistä ristiriitatilanteista sijoittuu toimintajärjestelmäparin kohteen osa-alueelle. Kyse on siis lääkärin, omaisten ja potilaan ristiriitaisesta näkemyksestä hoidon oikeasta kohteesta ja siitä johtuvista vuorovaikutuksen ongelmista. Tämän ristiriita-alueen kaikissa vastauksissa käydään läpi sääntöjä sekä pohditaan vuorovaikutuksen vaikeutta. Vastausten pohjaksi raati käy läpi eettisiä periaatteita ja ohjeita, viittaa myös lääketieteeseen sääntöjen taustalla ja kertaa juridisia sääntöjä, kuten esimerkiksi lakia potilaan oikeuksista. Nämä säännöt määrittelevät millaisena lääkäri näkee toimintansa kohteen. Säännöt määrittelevät myös vuorovaikutuksen kulkua ja valtasuhteita.

Yhteisymmärrys lääkärin ja potilaan välillä hoidosta päätettäessä on raadin mukaan tärkeää. Seuraavan katkelman sisältö eri tavoin ilmaistuna on mukana kaikissa tätä ristiriita-aluetta käsittelevissä vastauksissa. Eräässä vastauksessa raati kiteyttää asian näin:

”Peruslähdekohtana voidaan pitää, että potilaan tahtoa on kunnioitettava. ...

Potilaan tahdon kunnioittaminen tarkoittaa, että päättämään kykenevällä

aikuisella on oikeus kieltäytyä mistä tahansa hoidosta. Potilaalla on oikeus lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon, mutta toisaalta potilaalla ei ole oikeutta päättää ja vaatia mitä tahansa hoitoa.” (200404)

Potilaan ja lääkärin välisestä ristiriitatilanteesta nousseisiin kysymyksiin raati vastaakin poikkeuksetta vetoamalla tähän yksiselitteiseen sääntöön. Yhteisymmärrys on näin saavutettavissa ja lääkärin rooliksi jäsentyy faktatiedon antaminen potilaalle, jonka valossa potilas tekee päätöksensä.

Tilanteet, joissa potilas ei kykene itse hoidostaan päättämään ovat hankalampia. Yhteisymmärrykseen pitäisi päästä omaisten kanssa. Sääntöjä tällaisiin tilanteisiin on kyllä olemassa, mutta ne ovat varsin tulkinnanvaraisia. Myös seuraavan katkelman sisältö eri tavoin ilmaistuna on lähes poikkeuksetta mukana tämän osion vastauksissa. Raati referoi tähän liittyviä sääntöjä seuraavasti:

”Jos potilas ei ole päätöksentekokykyinen, tarkoittaa autonomian kunnioitus potilaan hoitoa siten kuin hän oletettavasti haluaisi, jo kykenisi hoidostaan päättämään. Kun selkeää hoitotahtoa ei ole, voidaan potilaan toiveet yrittää selvittää omaisten kautta. Teoriassa siis omaisten ei ole tarkoitus päättää miten haluavat potilasta hoidettavan, vaan heidän tulisi toimia potilaan edun mukaisesti ja kertoa mitä he olettavat potilaan itse toivovan. Jos selkeää kannanottoa ei tule, potilasta hoidetaan lääkärin arvion perusteella potilaan parhaan mukaan.”
(200602)

Tulkinnanvaraisten sääntöjen takia hoitopäätöksiin liittyvän vuorovaikutuksen ongelmat kasaantuvatkin lääkärin ja omaisten välille. Yhteisymmärrys ei ole helposti, jos lainkaan, saavutettavissa.

Yhdessäkään potilaan ja lääkärin välisessä ristiriitatilanteessa potilas ei vaadi itselleen hoitoa, jonka lääkäri näkisi perusteettomaksi. Sen sijaan kaikissa omaisen ja lääkärin

välisissä ristiriitatilanteissa omaiset tekevät niin. Sääntöjen mukaan potilaalla eikä siten myöskään omaisella ole oikeutta vaatia haluamiaan hoitoja.

”Jos lääkäri ei katso hoitojen jatkamista perustelluksi, ei omainen voi sitä juridisesti vaatia.” (200420)

Säännön selkeydestä huolimatta omaiset vaativat ja ennen kaikkea lääkärit suostuvat. Onko omaisille annettu liikaa valtaa ja vastuuta ahdistavissa päätöksentekotilanteissa? Onko lääkärin auktoriteetti päätöksenteossa heikentymässä? Vuorovaikutuksen vaikeus tällaisissa tilanteissa näkyy raadin vastauksissa. Yhteisymmärryksen saavuttamista omaisten kanssa pidetään hankalana tai jopa mahdottomana ja selkeitä keinoja yhteisymmärryksen saavuttamiseksi raati ei yritäkään tarjota. Sen sijaan raati korostaa lääkärin aktiivisempaa otetta ja vastuuta vaikeissa päätöksissä.

”Jos hoitavien lääkärien mielipide aktiivisten hoitojen hyödyttömyydestä on selkeä, voi olla eettisesti parempi että hoitavat lääkärit selkeästi tekevät päätökset ja ottavat niistä vastuun.” (200513)

Raadin mielipide on näissä tapauksissa toistuvasti yksimielinen:

”Juridisesti lääkärin tulee toimia potilaan parhaaksi eikä omaisten toiveita tarvitse noudattaa, jos ne ovat selkeästi tätä vastaan.” (200501)

Periaatteessa kysyjälääkärit ovat siis toimineet sääntöjen vastaisesti toimiessaan omaisten toiveiden mukaisesti ja omien näkemystensä vastaisesti. Raadin vastauksissa ei ole kuitenkaan moittivaa otetta. Sääntöjä selkiyttäen vastaajat pyrkivät tukemaan lääkärin auktoriteettia päätöksenteossa.

Toimintajärjestelmän säännöt osa-alueeseen viitataan kaikissa vastauksissa. Osa-alueen merkityksellisyyttä ja moniulotteisuutta vastauksissa kuvastaa sekä eettisten, lääketieteellisten että juridisten sääntöjen ja ohjeiden ilmeneminen yhtäaikaaisesti. Raati

tuo säännöt julki konditionaalimuodossa eli esittää, että näin tulisi olla ja näin pitäisi toimia. Raati kuitenkin ymmärtää sääntöjenmukaisen toiminnan vaikeuden käytännön tasolla. Se ei moiti, vaikka sääntöjenmukainen toimintatapa jäisi saavuttamatta.

Pyrkimystä toimivaan vuorovaikutukseen ja yhteisymmärrykseen hoidosta päätettäessä korostetaan, mutta samalla ymmärretään sen ”mahdottomuus” käytännön tilanteissa.

Raati siis kertoo, mihin tulisi pyrkiä, mutta ei syyllistä kysyjää, vaikkei hän käytännön tasolla onnistuisikaan.

Eräs huomionarvoinen piirre, joka esiintyy joissakin tämän tapausluokan vastauksissa, on lääkäriyön välineiden aktiivisuuden ja passiivisuuden määrittely. Tämä juontaa juurensa hoitolinjan aktiivisuuden valinnan ongelmista, jotka liittyvät sitä kautta myös välineiden valinnan ongelmiin. Hoidon välineiden valinta on toki pääosin ammatillisin eli lääketieteellisin kriteerein tehtävä päätös, mutta raati pohtii asiaa laajemmin. Silloin keskeiseksi nousee välineiden määrittely aktiiviseksi tai passiiviseksi. Esimerkiksi letkuruokinnan raati on määritellyt eri tapauksissa sekä aktiiviseksi tekniseksi hoidoksi että passiiviseksi välttämättömäksi perushoidoksi.

Toinen pohdittava näkökanta asiaan on tekemisen ja tekemättä jättämisen ero. Onko siis eri asia olla aloittamatta esimerkiksi letkuruokintaa, kuin tehdä päätös letkuruokinnan lopettamisesta. Teko ja tekemättä jättäminen on helppo tulkita eriarvoisiksi, vaikka tulos olisi molemmilla sama. Hoitolinjan aktiivisuuden valinta on siis kysymys sinänsä, mutta aktiivisuuden ja passiivisuuden määrittelyjen liikkuvuus ja tulkinnanvaraisuus tuo tilanteisiin lisää haastetta. Tällainen pohdinta on filosofista etiikkaa, jonka käsittely ei ole tämän tutkielman aluetta. Sen esiintyminen esimerkinomaisesti on kuitenkin perusteltua, sillä se osoittaa kuinka vaikeaa ja mahdotontakin on eettisen, juridisen ja lääketieteellisen näkökulman erottaminen toisistaan.

Työnjako ja säännöt

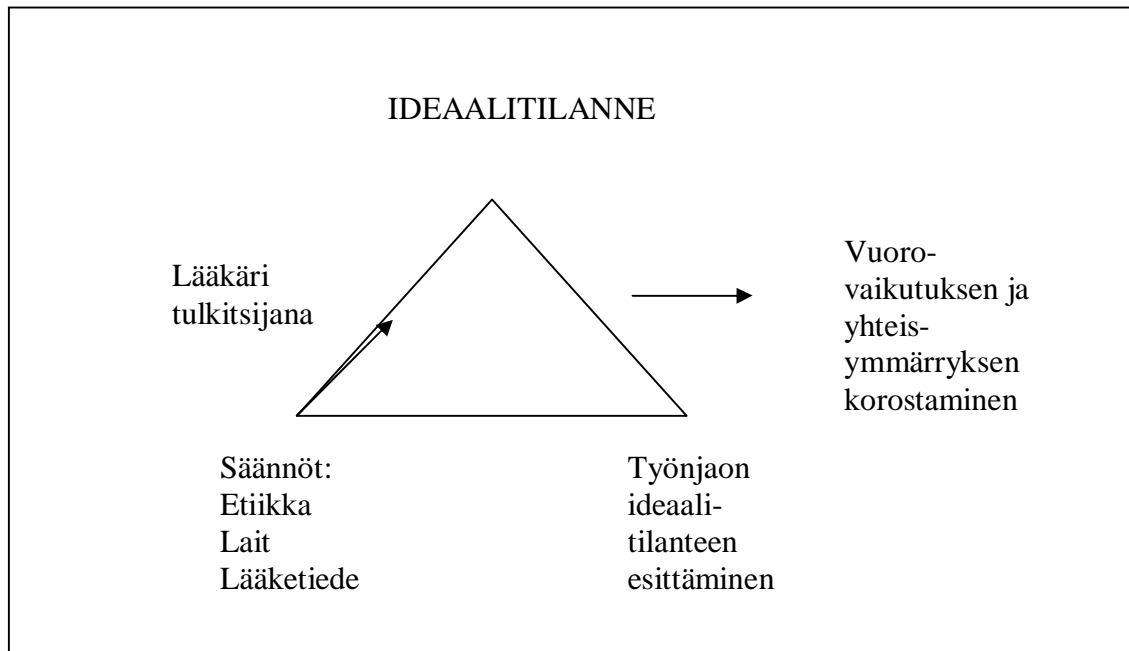
Työnjaon ristiriita-alueen kysymyksissä oli kyse terveydenhuollon työnjaon epäselvyyksien aiheuttamasta päätöksenteon välttelystä. Kun kukaan ei ota vetovastuuta tilanteista, potilas jää ikään kuin heitteille. Sääntöihin liittyvissä ongelmissa taas oli kyse joko sääntöjen puuttumisen tai sääntöjen ristiriitaisen tulkinnan aiheuttamista epäselvistä tilanteista. Samoissa kysymyksissä esiintyi molempia ongelmia. Vastauksissaan sekä työnjaon että sääntöjen ristiriitojen kysymyksiin raati toi tiedoksi olemassa olevia sääntöjä sekä pohti lakien ja periaatteiden käytännön toteutusta sekä mahdollisia tulkintoja ja sovellutuksia. Toimintajärjestelmän säännöt osa-alue nousee taas vastauksissa ymmärrettävästi esiin. Vuorovaikutuksen tärkeyttä ja pyrkimystä yhteisymmärrykseen sääntöjä tulkittaessa korostetaan.

Kysymyksiin, joiden taustaongelmiksi olin analysoinut työnjaon ongelmat raati vastaa käsittelemällä työnjaon lisäksi potilaan oikeuksia päättää hoidostaan ja toisaalta kompetenssia päätöksentekoon. Tapauksen 200504 kysymys siitä, onko avohoidossa olevalle skitsofreenikolle eettistä syöttää lääkkeitä salaa on esitelty aiemmin. Raadin pohdinnassa *”kysymystä sairaala- vs. avohoito ei osattu nähdä kovin merkittävänä eikä sen pohtimiseen syvennytty.”* Raati puolestaan korostaa, että hoitopäätösten, kuten lääkkeiden salasyötön, pitää hyödyttää ennen kaikkea potilasta. Hoitajien työn helpottaminen ja potilaan tekeminen helpommin hoidettavaksi esimerkiksi lääkkeiden avulla ei saa olla keskeinen tavoite. Raadin mukaan kyseessä on *”...erityisen vaikea tasapainoilu potilaan tahdon kunnioittamisen, luottamuksen ja rehellisyyden sekä potilaan parhaaksi toimimisen välillä.”* Raati ei näe ristiriitaisuutta tämän tapauksen työnjaossa vaan käsittelee ongelmaa muista näkökulmista. Raadin ja minun tulkintani kysymyksen keskeisestä ongelmasta eroavat toisistaan.

Muissa työnjakoon liittyvissä kysymyksissä kyse on vajaavaltaisista, syvästi kehitysvammaisista potilaista, joiden itsemääräämisoikeuden päätäntävalta on yksiselitteisesti omaisilla. Omaisat ovat päätyneet toivomaan (huom. ei vaatimaan) aktiivisia riskin sisältäviä toimenpiteitä, kuten riskianestesiassa tehtävää hammashoitoa.

Näissä tapauksissa ei ilmene vuorovaikutuksen ongelmia lääkärin ja omaisten välillä. Keskeisin ongelma on ”ongelman kierrätys viranomaiselta toiselle”(200417) sekä potilaan ”pallottelu” (200509) eli kukaan ei ota vastuuta hoitopäätöksen teosta. Raadin mukaan ”päätös ei ole hammaslääketieteellinen eikä vastuu yksin hammaslääkärin, vaan hoitopäätös tulisi ideaalitapauksessa tehdä moniammatillisessa, kehitysvammaisten hoitoon erikoistuneessa ryhmässä.” (200417) Myös toisessa työnjaon ongelmiin liittyvän tapauksen vastauksessa raati käyttää termiä *ideaalitapauksessa* ja konditionaalimuotoja *tulisi* ja *tapahtuisi* sekä viittaa moniammatilliseen palaveriin ratkaisuna. Raati ei halua osoittaa suoraan mitään tahoja, jonka tulisi ottaa vastuu päätöksenteosta, vaan kehottaa päätöksentekoon moniammatillisissa ryhmissä. Konditionaalien käyttö ja viittaaminen ideaalitulanteisiin kuitenkin keventää vastaukset niin, että syyllistävä sävy tekemättä jääneestä päätöksestä poistuu. Jälleen raati siis kertoo, mihin tulisi pyrkiä, mutta ei syyllistä kysyjää, vaikka se ei käytännön tasolla onnistuisikaan.

Kaavio 21. Ensimmäisen tapausluokan vastaukset toimintajärjestelmään tiivistettynä.



Ongelmallisia hoitopäätöksiä koskevat vastaukset voi tiivistää toimintajärjestelmän rakennemalliin, kuten kaaviosta 21 käy ilmi. Yhteenvedona voi sanoa, että niissä tuodaan julki juridisia, eettisiä ja lääketieteellisiä sääntöjä ja ohjeita sekä käydään läpi niiden tulkintamahdollisuuksia yhteydessä yksittäisiin ja erilaisiin käytännön tilanteisiin. Toimivan vuorovaikutuksen ja yhteisymmärryksen saavuttamisen tärkeyttä, erityisesti omaisten kanssa, korostetaan, mutta niiden vaikeus käytännön tasolla tiedostetaan. Yleisesti ottaen kaikissa vastauksissa käsitellään tilannetta ideaalin kautta eli kerrotaan, että näin tulisi olla ja toimia. Ideaalin toteutumisen vaikeus tai mahdottomuus käytännön tasolla ymmärretään ja hyväksytään, eikä vastauksissa ole moralisoivaa sävyä.

6.2 Kertominen vai salaaminen

Tämän luokan kysymyksissä lääkäri pohti jonkin asian kertomisen tai salaamisen hyötyjä ja haittoja potilaan etua silmälläpitäen. Vastauksissaan raati pohtii jokaisen tilanteen hyötyjä ja haittoja ja tuo julki päätelmänsä onko kertominen vai salaaminen parempi vaihtoehto. Erityinen piirre kysymysten sääntöristiriidoissa on se, että pohdinnat koskevat nimenomaan lakeja ja niiden noudattamista tai noudattamatta jättämistä. Näihin pohdintoihin vastauksena raati ilmoittaa juridiset faktat, mutta omassa pohdinnassaan painottuu yksilö- ja tapauskohtaiseen tulkintaan ja määrittelyyn. Lääkärin valtaa ja vastuuta tehdä tilannekohtaisia sääntötulkintoja korostetaan.

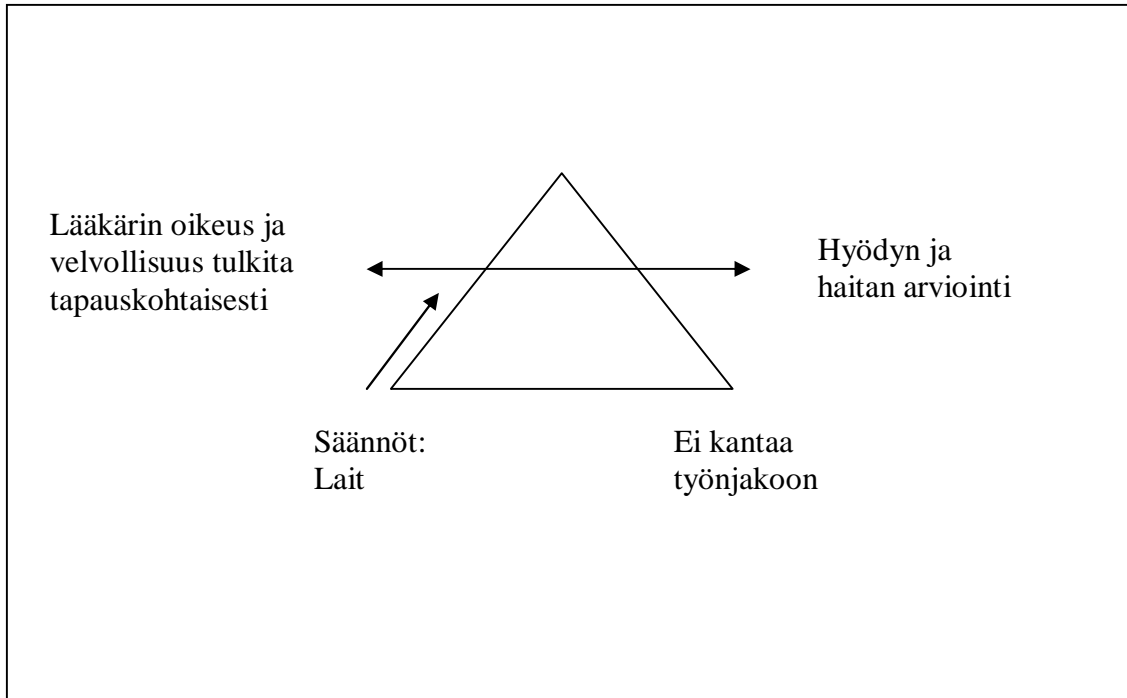
Työn- ja vastuunjaon ristiriidoissa on näissä tapauksissa mukana terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalihuolto ja poliisi. Yhdessä pelkästään terveydenhuollon sisäistä vastuunjako-ongelmaa koskevassa pohdinnassa raati suosittelee ” – *ideaalitapauksessa esimerkiksi verkostopalaveria jossa hoitovastuusta selkeästi sovittaisiin.* ” (200605) Ongelmallisten hoitopäätösten tapausluokan työnjako-ongelmia pohtiessaan raati viittasi ideaalitulanteisiin, joissa yhteistyössä tehtäisiin päätöksiä. Sama ideaalitulanteeseen viittaaminen ilmenee myös tässä tapauksessa. Muissa työn- ja vastuunjaon ongelmatapauksissa on mukana sosiaalihuolto tai poliisi. Näiden tapausten työnjakoon raati ei ota mitään kantaa, eikä edes ilmaise havainneensa työnjaon ongelmaa. Tilanteita

käsitellään raadin pohdinnoissa lakien sekä hyödyn ja haitan punnitsemisen kautta. Terveystieteiden järjestelmän ulkopuolinen työnjako ei kuulu *Eettisen foorumin* asiantuntemusalueeseen ja ehkä siksi raati on jättänyt ongelman huomiotta. Joka tapauksessa tässä on joukko tapauksia, joissa raadin ja tutkijan tulkinta ongelmasta kysymyksen taustalla eroaa toisistaan.

Eräs huomionarvoinen asia tämän kertominen vai salaaminen -luokan vastauksissa on se, että vain ja ainoastaan tässä luokassa on vastauksia, joissa raati asettuu kysyjän tekemää päätöstä vastaan. Vastakkainen mielipide tuodaan kuitenkin erittäin hellävaraisesti julki. Esimerkiksi: ”*Käytännössä vähempikin määrä arkaluontoista materiaalia olisi voinut ajaa saman asian...*” (200407) Raadin mielestä kysyjä on siis kertonut liikaa, mutta ilmaisee sen hyvin lievästi. Toisessa tapauksessa, jossa kysyjä oli päättänyt salaamaan asian raati vastaa, että ”*...foorumilla oltiin sitä mieltä, että potilaalle olisi ollut parempi kertoa...*” (200411) Tapauksessa, jossa kysyjä on päättänyt kertoa eli tehnyt lastensuojeluilmoituksen, raati toteaa: ”*Ongelmana tässä tapauksessa on, ettei ole selkeitä perusteita olettaa lastensuojeluilmoituksen hyödyttävän potilasta.*” (200614) Nämä ovat siis ainoat tapaukset tässä aineistossa, joissa raati arvostelee kysyjän tekemää päätöstä.

Yhteenvedon kertomisen ja salaamisen ongelmia koskevista vastauksista voi sanoa, että niiden pohdinta painottuu lakien yksilö- ja tapauskohtaiseen tulkintaan ja määrittelyyn, kuten kaaviosta 22 käy ilmi. Lääkärin valtaa ja vastuuta tehdä tilannekohtaisia sääntöulkintoja sekä sitä kautta lääkärin erityistä roolia yhteiskunnassa korostetaan. Itse olin tulkinnut terveydenhuollon ulkopuoliseen työnjakoon liittyvät epäselvyydet lääkärin toimintaa haittaavaksi tekijäksi. Raati ei ota tähän asiaan mitään kantaa. Huomattavaa on, että tässä luokassa ja vain tässä luokassa raati arvostelee kysyjän tekemää ratkaisua.

Kaavio 22. Toisen tapausluokan vastaukset toimintajärjestelmään tiivistettynä.



6.3 Epätarkoituksenmukainen hoito?

Epätarkoituksenmukaista hoitoa koskevissa kysymyksissä tulkitsin ristiriidan sijaitsevan yhteisö –osatekijässä. Tyytymättömyys ja epäluottamus kollegojen toimintaan ja halu auttaa potilasta asettavat kysyjälääkärin ikään kuin kollegoitaan vastaan. Raadin tulkinta ongelmista on mitä ilmeisimmin sama kuin tutkijan, sillä vastuksissa vedotaan useaan otteeseen kollegiaalisuuteen ja kollegiaalisuusohjeisiin. Raati näkee ongelman toimintajärjestelmän yhteisössä ja vastaukset kietoutuvatkin yhteisö- ja säännöt-osatekijöiden alueille.

Monissa vastauksissa raati suositteli, että ilmi tullut epäluottamuksen ongelma pyrittäisiin käsittelemään lääkäriyhteisössä ilman ulkopuolisia virallisia valituskäytäntöjä. Useimmissa vastauksissa toistui raadin pyrkimys siirtää kysyjän huomio syyllistävästä, syyllistä etsivästä ja rankaisuun pyrkivästä näkökulmasta rakentavampaan suuntaan.

Raadin pyrkimyksenä oli estää virhettä toistumasta, opettaa tehdyn virheen avulla ja sitä kautta kehittää toimintaa. Raati antoi myös ohjeita, kuinka tukea potilasta mahdollisessa valitusprosessissa. Pääosin pohdinnoissa keskityttiin siihen, kuinka ongelmat saataisiin käännettyä yhteisön hyväksi.

Tässä luokassa käsiteltiin myös omaislääkärin ristiriitaisia rooleja ja raati käsitteli asiaa vastauksissaan erityisen tarkasti. Raati näki tilanteet haastavana sekä omaiselle että hoitavalle lääkärille.

”Kommunikaation suhteen tilanne on teoriassa varsin selkeä, mutta käytännössä usein vaikea. ... onnistuneen kommunikaation perusteeksi sopivat kollegiaalisuus sekä kunnioitus kollegan asiantuntemusta ja hänen työyhteisönsä resursseja kohtaan. ... Lääkärit voivat myös olla hyvin herkkiä kokemaan rakentavaksi tarkoitettun keskustelun kritiikkinä...” (200413)

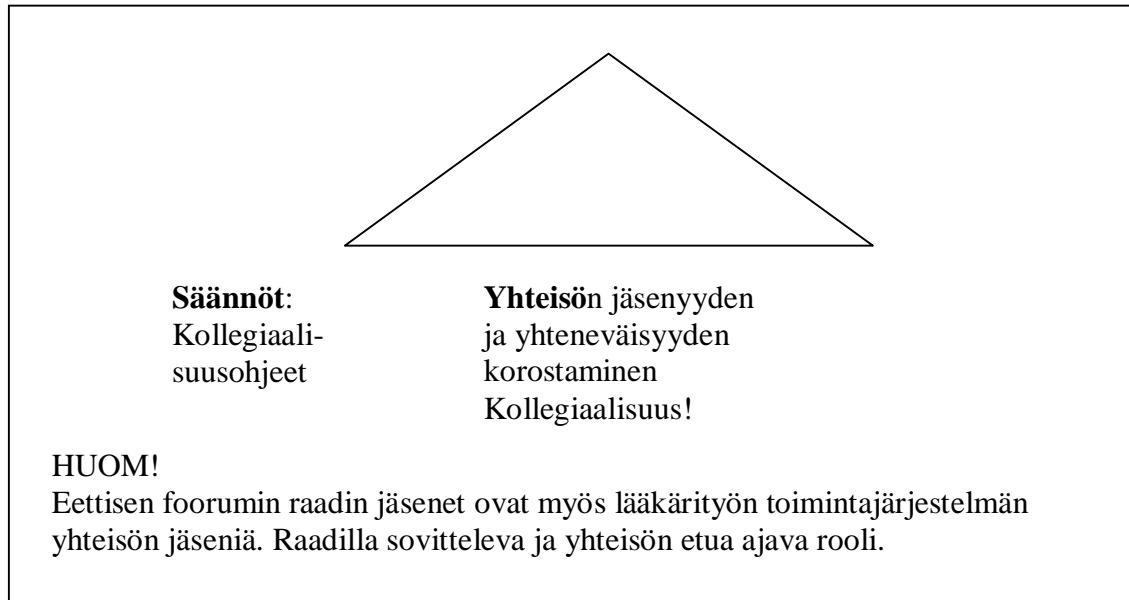
Aiemmin on käsitelty lääkärin ja maallikko-omaisen kommunikaation vaikeutta. Se, että omainen on kollega ei tunnu kyseistä vuorovaikutussuhdetta helpottavan, päinvastoin. Raati korosti molempien osapuolien vastuuta toimivasta hoitosuhteesta.

”Kollegojen välinen kommunikaatio voi myös olla varsin herkkä alue. Sekä hoitavan lääkärin että omais-kollegan kannattaa olla tarkkana, jottei tilanne aiheuta ylimääräistä stressiä hoitosuhteelle.” (200607)

Yleisesti ottaen tämän luokan vastukset ovat melko varovaisia ja hellävaraisia. Esimerkiksi lause *”Tähän foorumilla ei osattu ottaa selkeää kantaa...”* (200422) on eri muodoissaan varsin toistuva. Yhteenveto tämän tapausluokan vastauksista on esitetty kaaviossa 23. Vastaukset kiertyvät kollegiaalisuuden ja kollegiaalisuusohjeiden ympärille ja pyrkivät ohjaamaan kysyjää syyllistävästä näkökulmasta rakentavampaan suuntaan. Yhteisö on merkittävässä asemassa ja sen jäsenyyteen vedotaan myös omais-lääkärin roolia pohdittaessa. On myös huomioitava, että itse raatikin koostuu lääkäreistä. Toisin sanoen he ovat itsekin osa lääkäriyön toimintajärjestelmän yhteisöä ja

kollegiaalisuusohjeiden velvoittamia. Raadilla on näissä tapauksissa sovitteleva ja yhteisön kiinteyttä ja yhtenäisyyttä ajava rooli.

Kaavio 23. Kolmannen tapausluokan vastaukset toimintajärjestelmään tiivistettynä.



6.4 Oikeat toimintatavat

Neljännän tapausluokan kysymykset olivat erilaisia aikaisempiin luokkiin nähden, koska selkeää ristiriitaisuuden kohtaa ei toimintajärjestelmässä pysty osoittamaan. Yhteistä kaikille neljännän luokan kysymyksille oli siis se, että kyse on muutoksen aiheuttamasta uudenlaisesta ja epätasapainoisesta tilanteesta, jossa ei ole valmista, totuttua toimintatapaa. Raadin vastauksissa oli erotettavissa kaksi selkeästi erilaista ryhmää. Toisessa ryhmässä on vain kaksi tapausta, joista toisessa käsiteltiin surua ja sairauslomaa sekä toisessa lääkkeiden väärinkäyttäjien hoitoa. Vastauksissa vedottiin sääntöihin siinä nurinkurisessa mielessä, että korostettiin sitä, että näiltä alueilta puuttuvat käypä hoito – ohjeet. Kyseiset ohjeet puuttuvat osittain siksi, että kyseiset asiat ovat niin moniulotteisia ja hankalia, että niihin ei ole vielä tehty selkeitä ohjeita. Tilanteet eivät olleet uudenlaisia,

mutta sovittua toimintatapaa ei ollut. Raati siis alleviivasi selkeiden ohjeiden puutetta ja päätyi filosofis-eettiseen pohdiskeluun näiden vaikeiden aiheiden tiimoilta.

Lopuissa kuudessa tämän luokan tapauksissa muutoksen ja uudenlaisen epätasapainotilanteen on siis aiheuttanut lääkäriyön toimintajärjestelmän kohtaaminen vieraan kulttuurin kanssa. Tämä vieras kulttuuri voi olla etnisesti vieras kulttuuri. Se voi sijaita toimintajärjestelmän kontekstissa joko kohdejärjestelmässä, jos hoidettava potilas on esimerkiksi maahanmuuttaja, tai lääkäriyhteisössä itsessään, jos työtoverina on ulkomaalainen lääkäri. Vieras kulttuuri voi olla myös tiedeyhteisön ulkopuolinen, ei näyttöön perustuva, hoitokulttuuri. Se voi sijaita kohdejärjestelmässä, kun potilas käyttää hoitonsa välineenä lääkärin lisäksi vaihtoehtoahoitoja. Se voi myös pyrkiä lääkäriyön välineitä tuottavaksi järjestelmäksi tarjoamalla lääkäreille välineiksi tuotteita, joiden tehoa ei ole tieteellisesti todistettu. Jos lääkäri ottaa tällaisen hoitovälineen käyttöönsä, hän päästää tiedeyhteisön ulkopuolisen hoitokulttuurin sisään lääkäriyön yhteisöön.

Markkinahenkinen kulttuuri on myös lääkärin työhön sopimaton vieras kulttuuri. Välineitä tuottava järjestelmä on usein markkinahenkinen, kuten edellä mainitussa vaihtoehtolääkinnän markkinoinnissa sekä edellisessä luvussa mainituissa lääketeollisuuden seurantaprojekteissa. Lopuksi vieras kulttuuri voi olla myös kulttuurisesti kehittyneempi keskusjärjestelmä, kuten kehitysprojektin tuottama uusi toimintamalli. Aiemmassa analyysissä olen viitannut näiden tapausten kohdalla ulkopuolisiin tekijöihin hoitosuhteessa sekä muutokseen ongelmien taustalla. Vasta raadin pohdintoja läpi käydessäni kulttuuriero laajasti käsitettynä piirtyi ongelmallisten tilanteiden taustalle.

Tähän asti raadin pohdinnat ovat pohjautuneet erilaisiin sääntöihin. Tässä luokassa sääntöjen osuus vastauksissa vähenee ja pohdinnat painottuvat entistäkin enemmän filosofisluonteiseen pohdiskeluun. Näitä tapauksia pohtiessaan raati nostaa tulkintani mukaan esiin kulttuurieron ja sen, että vieraiden kulttuurien kanssa on pyrittävä mahdollisimman sujuvaan kommunikaatioon. Yhteistoimintaan ei raadin mukaan tarvitse pyrkiä, mutta vieraiden kulttuurien kanssa pitää tulla toimeen. Kun kyse on etnisesti

vieraasta kulttuurista ”...foorumilla nähtiin, että ideaalina pyrkimyksenä olisi päästä aitoon kulttuurien väliseen vuoropuheluun...” (200611). Vastaavasti, kun kyse on lääketieteen ulkopuolisesta hoitokulttuurista ”...foorumilla ajateltiin, että lääkärin olisi parempi säilyttää keskusteluyhteys jotta puoskarin suosituksia voisi arvioida yksitellen niiden haitallisuuden ja hyödyllisyyden perusteella.” (200612). Tärkeimmäksi periaatteeksi raati nosti potilaan parhaaseen pyrkimisen tämän vieraan kulttuurin läsnäollessa. Esimerkiksi tästä käyvät seuraavat katkelmat:

”Tavoitteena on potilaan paras” (200403)

”Perusperiaatteena foorumilla pidettiin potilaiden hyvän maksimointia.”
(200609),

”...keskeiseksi nousee kysymys potilaan parhaasta.” (200611)

”Ylivertaisena eettisenä periaatteena tulisi olla lasten kokonaisuus.” (200612).

Näiden eri tyyppisten vieraiden kulttuurien läsnäolo saa raadin korostamaan lääkärin erityisasemaa ja siten erottautumaan omaksi kulttuurikseen.

”Yksinoikeus diagnostiikkaan ja hoitoon on lääkärin profession kulmakiviä, ja perustuu lääkärin asemaan terveydenhuollon koulutetuimpana ammattikuntana.” (200403)

Raati korostaa lääkärin kuulumista tiedeyhteisöön ja sitä kautta kehottaa pysymään erossa lääkärikunnalle sopimattomista taloudelliseen hyötyyn tai ei-tieteellisiin hoitokeinoihin liittyvistä kulttuureista.

”Lääkärin tulee pyrkiä noudattamaan lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. ... Lääkärin uskottavuus on kuitenkin pahasti uhattuna, jos hän saa suoranaista taloudellista hyötyä

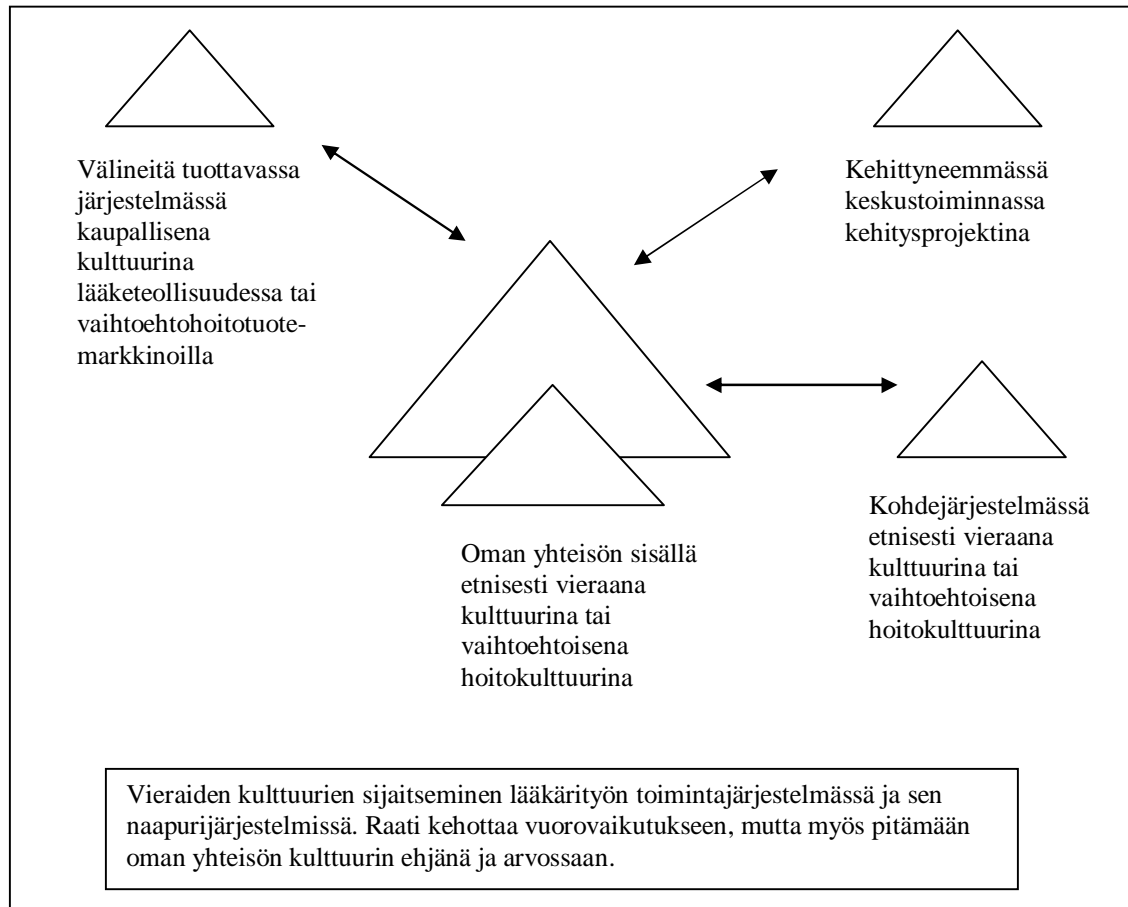
hoidoista, joiden tehosta ei ole näyttöä. Tämänkaltaiseen tilanteeseen joutumista kannattaa välttää.” (200409)

Raati kokee lääkäriyhteisön oman kulttuurin tärkeäksi ja haluaa varjella sitä muun muassa toteamalla: *”Lääkäriin on säilytettävä kliininen autonomiansa ja uskottavuutensa.” (200503)*

Kahdessa tämän tapausluokan vastauksessa pohdittiin kysymyksissä esitettyjä tilanteita, joihin ei ole olemassa käypä hoito –ohjeita. Olemassa olevien sääntöjen puute tiedostettiin ja tilanteita pohdiskeltiin eri näkökulmista. Muissa tapauksissa epätasapainoisen tilanteen toimintajärjestelmässä voi tulkita johtuvan vieraan kulttuurin läsnäolosta joko keskus- tai naapurijärjestelmissä. Tätä on kuvattu kaaviossa 24.⁵ Raati kehottaa mahdollisimman sujuvaan vuorovaikutukseen vieraiden kulttuurien kanssa. Päämääränä tulee olla potilaan paras. Samalla raati myös korostaa lääkäreiden erityisasemaa lääkärikunnan ja tiedeyhteisön jäsenenä. Näin raati tulee korostaneeksi lääkäri- ja tiedeyhteisön oman, muista erillisen kulttuurin olemassaoloa. Tämän luokan kysymysten merkittävimmäksi taustatekijäksi tulkitsin muutoksen aiheuttaneen uuden tilanteen, johon kysyjä etsi oikeaa toimintatapaa. Vastausten perusteella niiden muutosten ja uusien tilanteiden aiheuttajiksi voi tulkita erilaiset kulttuurit.

⁵ Vrt. Kaavio 4. Toimintajärjestelmien verkko s.22.

Kaavio 24. Neljännen tapausluokan vastaukset toimintajärjestelmään tiivistettynä.



6.5 Lääkäri henkilönä

Tämän tapausluokan kysymykset käsittelivät lääkärin kaksoisroolia lääkäriyhteisön jäsenenä ja tavallisena ihmisenä. Ristiriita asettui toimintajärjestelmän mallissa lääkärin ja yhteisön välille. Ydinkysymykseksi tulkitsin sen, voiko lääkäri olla tavallinen ihminen paheineen kaikkineen vai täytyykö lääkärin irrottautua professioyhteisöstä voidakseen elää ”normaalin ihmisen” elämää. Myös raadin vastaukset jäsentyvät toimintajärjestelmän mallissa lääkärin ja yhteisön väliselle alueelle eli lääkärin erityisaseman ja ”normaalin ihmisyyden” yhteensovittamisen pohdintaan.

Kysymyksiin vastatessaan raati ottaa jälleen pohjaksi säännöt. Lakeihin, eettisiin ohjeisiin ja kollegiaalisuusohjeisiin viitataan, kuten edellisissäkin tapausluokissa. Vastassa viimeisenä käsiteltävässä tapausluokassa lääkärinvala ja *Hippokrateen vala* nousevat esiin osana säännöt-osatekijää. Parissa tapauksessa raati ei näe kysymyksen ongelmaa eettiseksi ja vastaa pelkästään vetoamalla juridisiin ja lääketieteellisiin ohjeisiin. Lopuissa tapauksista raati päätyy pohtimaan lääkärin kaksoisroolia lääkäriyhteisön jäsenenä ja yksittäisenä henkilönä. Toisaalta raadin kesken käydään läpi lääkärin erityisasemaa yhteiskunnassa ja yhteisössä, kuten seuraavat katkelmat osoittavat:

”...lääkäreihin suhtaudutaan auktoriteetteina terveysasioissa ja , vaikkakin varmaan vähenevässä määrin, myös laajemmin arvostettuna sosiaalisena esikuvana.” (200416)

”Lääkäri toimii hyveellisesti (moraalisesti kunnioitettavasti) auttaessaan sairaita... Siihen, että lääkäri sitoutuvat moraalisesti ensisijaistamaan potilaan hyvän, perustuu paljolti myös lääkärin yhteiskunnallisesti nauttima kunnioitus ja arvostus.” (200415)

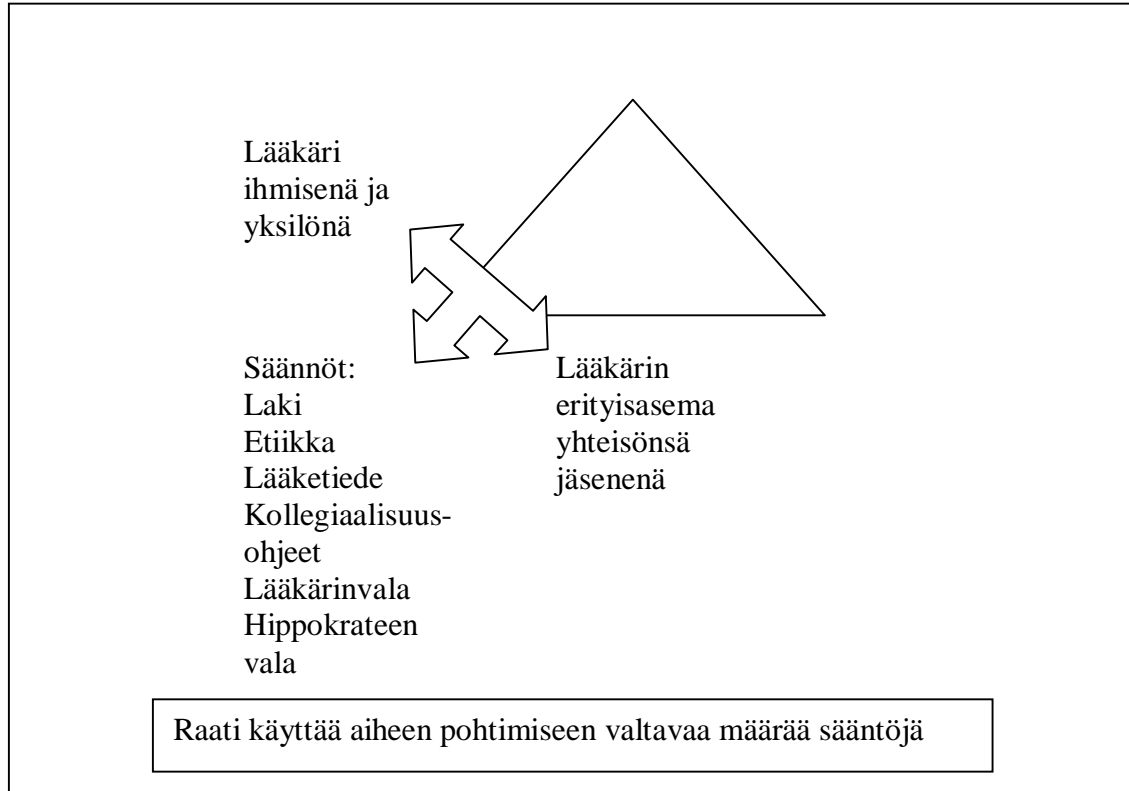
”...lääkäreillä nähtiin olevan useilla alueilla (vaikka ei verotusasioissa) paitsi erityisvelvoitteita, myös suuria mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiseen hyvinvointiin...” (200610)

Lääkäreitä verrataan vastauksissa maallikoihin, muihin ihmisiin, muihin ammattiryhmiin sekä muihin kansalaisiin. Näin raati päätyy käsittelemään kaksoisroolin toista puolta eli lääkärinä tavallisena ihmisenä. Vastauksissa esimerkiksi *”...katsottiin, ettei lääkärillä ole erityisvelvoitetta toimia verotuksen suhteen toisin kuin muilla kansalaisilla.”* (200610) Erityisen selkeästi lääkärin inhimillisyyttä ja ihmisyyttä korostetaan seuraavassa:

”...pääsääntöisesti ajateltiin lääkärinkin olevan ihminen ja hänelläkin olevan sama oikeus kuin muilla käyttäytyä tyhmästi, tai olla nikotiiniriippuvainen... Myös suvaitsevaisuus, autonomian kunnioitus ja itseaiheutettujen tautien tasa-arvoinen

kohtelu ovat lääkärin etiikan tärkeitä periaatteita ja koskevat myös lääkäriä itseään.” (200416)

Kaavio 25. Viidennen tapausluokan vastaukset toimintajärjestelmään tiivistettynä.



Lääkärin erityisroolia on raadin pohdinnoissa käsitelty jossain mielessä jokaisessa tapausluokassa. Tässä tapausluokassa se on ymmärrettävästi erityisen korostunutta. Uuden näkökulman asiaan tuo tämän luokan vastauksissa esiin nouseva lääkärin inhimillisuus. Kysymykset eivät olleet varsinaisia ongelmatapauksia, joten vastauksetkaan eivät pyri yksiselitteiseen vastaukseen. Niissä kuitenkin vedotaan mitä erilaisimpiin sääntöihin, kuten myös kaaviosta 25 käy ilmi. Toisaalta korostetaan lääkärin erityistä asemaa verrattuna muihin ihmisiin, mutta toisaalta nähdään lääkäri myös aivan tavallisena ihmisenä muiden joukossa.

6.6 Yhteenveto vastauksista

Vastaukset käsittelivät pääsääntöisesti samoja ristiriita-alueita, kuin mitkä olin ongelmien taustalle tulkinnut. Poikkeuksen tekivät terveydenhuollon ulkopuolista työn- sekä vastuunjakoa koskevat epäselvyydet. Niitä raati ei huomionnut lainkaan eikä siten ottanut kantaa. Tämä voi olla selitettävissä sillä, että terveydenhuollon ulkopuolisen työnjaon pohtiminen ei suoranaisesti kuulu lääkärin etiikkaan eikä siten myöskään *Eettisen foorumin* asiantuntemusalueeseen. Tämä tulkintaero on kuitenkin huomionarvoinen.

Oikeita toimintatapoja koskevien vastausten käsittely jäseni kyseisen tapausluokan analyysia. Kysymysten ongelmien taustalle olin analysoinut muutoksen aiheuttaman toimintajärjestelmän epätasapainotilanteen. Vastausten kautta löysin muutoksen aiheuttajan eli vieraan kulttuurin läsnäolon. Vastauksia analysoitaessa tässä luokassa analyysi ristiriidan alkuperästä syveni.

Säännöt osatekijän korostuminen on itsestäänselvyys raadin vastauksissa, koska vastaukset pohjustetaan olemassa olevilla laeilla ja ohjeilla. Etiikan sijoittuminen sääntöjen osa-alueelle korostaa sitä entisestään. Huomattava piirre on se, että etiikan kulkiessa mukana jokaisen tapausluokan vastauksissa, painotukset erityyppisiin sääntöihin vaihtuivat luokittain. Tämä käy ilmi, kun tarkastelee kaavioita 21-25. Yksittäisten sääntöjen ja ohjeiden latelemisen sijasta raadin vastauksissa korostuu kuitenkin enemmän pohtiva näkökulma ja lääkärin valta ja vastuu tulkita sääntöjä tilannekohtaisesti.

Tämän luvun perusteella voi sanoa, että raati käsittelee vastauksissaan pääsääntöisesti samaa ristiriita-aluetta kuin minkä olin kysymyksiä analysoidessani tulkinnut aiheuttaneen ongelman. Näkökulmaero käytännönläheisten kysymysten ja filosofiseettisten vastausten välillä on havaittavissa. Se ilmenee esimerkiksi eettisen käsitteistön ja teorioiden käyttönä vastauksissa sekä varsin idealistissävyytteisinä vastauksina. Esitetään ideaalitalanne, mutta ei oleteta sen toteutuvan käytännön tasolla. Raadin jäsenyys tutkittavan toimintajärjestelmän yhteisön osana on myös merkittävä huomio. Se

ilmenee lääkärin erityisroolia korostavana sekä lääkäri- ja tiedeyhteisön yhtenäisyyttä ajavana otteena vastauksissa.

7 LÄÄKÄRITYÖN NYKYTILAN ARVIOINTIA

Lopuksi käyn läpi, kuinka aineiston kysymysten ja vastausten asettaminen toimintajärjestelmän rakennemalliin jäsensi lääkäriyöhön liittyvien eettisten ongelmien paikkoja ja laatua. Yhdistämällä samaa aihepiiriä koskevat kysymykset ja vastaukset luon ensimmäisessä alaluvussa synteesisinomaisen yhteenvedon aineistosta esiin nousseista ongelma-alueista. Tässä vaiheessa vähennän kehittävän työntutkimuksen käsitteistön käyttöä. Pyrin esittämään tutkielman tuloksia käytännönläheisemmin ja helpommalla kielellä. Toisessa alaluvussa pohdin tutkielman aineiston soveltuvuutta ja luotettavuutta tämän tyyppisellä kysymyksenasettelulla. Arvioin myös sitä, mitä kehittävän työntutkimuksen ideoiden käyttö toi tähän tutkielmaan. Synteesin ja arviointien pohjalta pyrin lääkäriyön nykytilaa koskeviin päätelmiin. Lopuksi pohdin tutkielman herättämiä lisäkysymyksiä ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1 Yhteenveto analyysista

Ensimmäinen merkittävä lääkäriyötä hankaloittava ongelma paikantui lääkärin, potilaan ja omaisten väliseen vuorovaikutukseen. Ongelmien voi nähdä nousevan lääkärin, potilaan ja omaisten eriävistä näkökulmista suhteessa toimintansa tavoitteisiin. Vastauksissa korostuu asianomaisten yhteisymmärryksen tärkeys hoitosuhteessa. Potilaan autonomia ja tahdon kunnioittaminen nostetaan vastauksissa merkittävimmäksi periaatteeksi. Yhteisymmärrys lääkärin ja potilaan välillä on saavutettavissa, kun lääkärin rooliksi jäsennetään tiedon antaminen ja vaihtoehtoista kertominen, jonka avulla potilas itse päättää hoidostaan. Näin raati vastauksissaan – yksinkertaistetusti sanottuna – ”ratkaisee” potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen ongelman.

Tilanteisiin, joissa potilas ei kykene itse päättämään hoidostaan, ei raati pystykään ratkaisua tarjoamaan. Vaikeasti selvitettävät vuorovaikutuksen ongelmat kasaantuvat lääkärin ja omaisten välille. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen ongelmia, mahdollisuuksia ja eriäviä näkökulmia on tutkittu Suomessa runsaasti (ks. mm.

Engeström, R. 1999; Ruusu vuori 2000), mutta lääkärin ja omaisten välistä vuorovaikutusta koskevaa tutkimusta en onnistunut löytämään. Heikki Hinkan (2001) lääketieteen väitöskirjatyö koskee päätöksentekoa saattohoidossa. Työssään hän viittaa kolmeen yhdysvaltalaiseen artikkeliin, jotka käsittelevät omaisten toiveiden vaikutusta saattohoidon päätöksiin. Omaisten osuus hoitosuhteeseen huomioidaan, mutta huomio ei kohdistu omaisten ja lääkärin vuorovaikutukseen. Tämän tutkielman perusteella lääkärin ja omaisten välisen vuorovaikutuksen ongelmat ovat merkittävä lääkäri työn toimintaa vaikeuttava tekijä, jota olisi hyödyllistä tutkia.

Toinen lääkäri työtä hankaloittava ongelma paikantui työnjaollisiin epäselvyyksiin. Sekä vertikaalinen työnjako eli jako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä että horisontaalinen työnjako eli lääketieteen erikoisalajako on tarkoitettu parantamaan hoidon laatua ja lääketieteen tasoa. Kehitys on kuitenkin kääntynyt jossain mielessä itseään vastaan. Lääketieteen eriytyminen jo liiankin pieniin osiin ja ihmisen pirstominen pelkiksi elimiksi ja sairauksiksi on tunnistettu ongelma. Tähän on vastaukseksi kehittynyt kokonaisvaltaisen lääketieteen näkökulma (ks. esim. Heikkilä 1995). Eriytyminen on johtanut myös vaikeasti hallittavaan byrokraattiseen erikoisalojen ja – osastojen verkostoon, jossa oikea käsi ei tiedä mitä vasen tekee. Jos kukaan yksittäinen lääkäri ei ota vetovastuuta yksittäisen potilaan tilanteesta, potilas voi helposti hukkuu tähän verkostoon. Raadin vastaus tähän lääkäri työn ongelmaan on moniammatilliset palaverit, joissa eri alojen edustajat kokoontuvat yhteen päämääränään päätöksenteko. Palaverien etu on eri erikoisalojen osaamisen hyödyntäminen, mutta palaveritkaan eivät ”järjesty” ilman henkilöä, joka ottaa vetovastuun sen järjestämisestä.

Työnjaollisia epäselvyyksiä esiintyi aineistossa myös terveydenhuollon ja muiden viranomaisten –sosiaalihuolto ja poliisi – välillä. Epäselvyyttä ilmeni siinä, mikä asia kuuluu kenenkin vastuualueeseen. Raati ei vastauksissaan ottanut kantaa tähän, vaikka terveydenhuollon sisäistä työnjakoa käsitellessään korosti moniammatillista yhteistyötä. Sekä terveydenhuollon ammattilaisten että muiden ammattiryhmien avoin yhteistoiminta ja selkeästi määritellyt vastuualueet helpottaisivat kaikkien toimintaa. Toki keskustelua

käydäänkin jatkuvasti esimerkiksi siitä, kuuluuko humalaisten alkoholistien ensihoito poliisille, sosiaalihuollolle vai terveydenhuollolle.

Lääkärin työtä ohjaavia sääntöjä on valtava määrä. Sääntöjen voimakkuuksissa on eroja, koska niin lait, suositukset kuin työpaikan paikalliset ohjeetkin määrittellään toimintajärjestelmän viitekehyksessä säännöiksi. Kysymysten perusteella sääntöihin paikantuvat lääkäriyön ongelmat johtuvat sääntöjen ristiriitaisuuksista sekä lääkärin epävarmuudesta niitä tulkitessaan. Vastauksissa korostetaan lääkäriprofession erityisasemaan perustuvaa lääkärin oikeutta tulkita sääntöjä. Sääntöjä ei voi olla joka tilanteeseen ja ristiriitaisuuksia ei voi välttää. Siksi raadin mukaan on tärkeää, että lääkäri pitää kiinni oikeudestaan ja jopa velvollisuudestaan –potilaan edun nimissä – tehdä rohkeita, tilanteeseen sopivia tulkintoja säännöistä.

Kysymyksissä, joissa ongelmallisuus paikantui toimintajärjestelmän yhteisöön, merkittävä piirre oli lääkärin kollegaa kohtaan tuntema – välillä lähes aggressiivisia piirteitä saava –epäluottamus. Kysyjän epäluottamus kohdistui yksittäiseen kollegaan. Raadin vastaukset kiertyvät kollegiaalisuuden ja kollegiaalisuusohjeiden ympärille. Vastauksissa korostetaan vahvasti professioyhteisön merkitystä. Raati ottaakin sovittelun ja yhteisön yhtenäisyyttä ajavan roolin. Se pyrkii löytämään rakentavan näkökulman syyllistämisen sijaan ja kääntämään ongelmat oppimisen kautta yhteisön hyväksi. Keskustelu paikantui yhteisöön myös tapauksissa, joissa pohdittiin lääkärin roolia toisaalta professioyhteisön jäsenenä ja toisaalta yksityishenkilönä.

Toimintajärjestelmän viitekehyksessä vieraan kulttuurin ilmaantuminen keskus- tai naapurijärjestelmään aiheuttaa uudenlaisia tilanteita, joihin ei ole valmista toimintakaavaa. Tämä aiheuttaa epävarmuutta ja epätasapainoa koko lääkäriyön toimintajärjestelmään eikä ongelmallisuus ole paikannettavissa yksittäiseen osaluueeseen. Raadin vastaus uusien tilanteiden aiheuttamaan epävarmuuteen on professioyhteisön korostaminen. Raati korostaa yksittäisen lääkärin erityisasemaa lääkärikunnan ja tiedeyhteisön jäsenenä sekä lääkäriprofession erityisasemaa yhteiskunnassa. Raadin mukaan vieraiden kulttuurien kanssa on tultava toimeen. Se on

oletettavasti helpompaa, kun on varma ”oman kulttuurinsa” kokonaisuudesta ja kunnioitettavuudesta.

7.2 Aineiston ja menetelmän arviointia

Mitä edellisen perusteella voi sanoa käytännön työstä? Voiko lääkäriyön nykytilaa arvioida *Eettisen foorumin* tapauksista koostuvan aineiston perusteella? Voi, kun ei tee liian suoria johtopäätöksiä. On otettava huomioon aineiston ongelmakeskeisyys ja analyysitavasta johtuva ristiriitojen korostuminen. Tämän aineiston perusteella ei voi määritellä lääkäriyön nykytilaa ongelmien ja ristiriitojen sävyttämäksi. Aineiston perusteella puolestaan voi luoda katsauksen siihen, millaisia nämä ongelmat ja ristiriidat ovat, ja sen perusteella arvioida, mitä ne kertovat lääkäriyön nykytilasta. Ongelmakeskeinen aineisto tarjoaa vain yhden näkökulman kohteeseen. On myös muistettava, että eettisiä ongelmia sisältävä aineisto koostuu eettiseen pohdintaan perehtyneiden henkilöiden keskusteluista, eikä sen voi katsoa kuvaavan yksiselitteisesti koko lääkärikuntaa.

Kuinka kehittävän työntutkimuksen teoria ja käsitteistö oli sovitettavissa eettisistä ongelmista koostuvaan aineistoon? Tällaisella yhdistelmällä ei aikaisemmin ole tutkimuksia tehty. Alku olikin varsin hankalaa, mutta kun metodin ymmärsi kunnolla, myös aineiston käsittely sen avulla alkoi sujumaan. Kehittävän työntutkimuksen teoreettinen ja omalla käsitteistöllään operoiva esitystapa on raskas. Käsitteistö on omaksuttava hyvin ja pystyttävä omaksumaan kehittäväälle työntutkimukselle ominainen teoreettinen ajattelutapa. Tämä on haastavaa niin tutkijalle kuin lukijallekin. Tästä syystä tämänkin tutkielman empiirinen osuus muodostui vaikealukuiseksi. Siksi olen pyrkinyt loppuluvussa esittämään tutkielman tuloksia helpommin luettavassa muodossa.

Teorian ja käsitteistön hankaluudesta huolimatta analyysi niiden avulla onnistui. Aineiston tapausten rikkominen osiin ja asettaminen toimintajärjestelmän rakennemalliin auttoi jäsentämään aineiston ongelmia ja ristiriitoja ja paikantamaan ne

toimintajärjestelmän eri osa-alueille. Erityisesti käytännönläheisemmät ongelmat oli helppo paikantaa toimintajärjestelmän rakennemalliin. Abstraktimmat ongelmat olivat hieman hankalammin käsiteltävissä toimintajärjestelmän rakennemallin avulla. Hiljalleen selkeni aineiston ongelmien jaottelu helposti käsiteltäviin, käytännönläheisiin *konkreettisiin ongelmiin* ja vaikeammin lähestyttäviin *abstraktimpiin ongelmiin*. Kävi ilmi, että kaikki abstraktimmat ongelmat on yhdistettävissä yhteisö-osatekijään. Tämä huomio nostaa mielenkiintoisella tavalla professioyhteisön tarkastelun keskiöön.

Kehittävän työntutkimuksen piti antaa tuore näkökulma eettisistä ongelmista koostuvaan aineistoon. Uudenlaisesta näkökulmasta huolimatta tutkielman tulokset ovat hyvin vertailtavissa muihin eettisiä ongelmia koskeviin tutkimuksiin. Esimerkiksi johdannossa esitellyssä Saarnin (2007) tutkimuksessa suomalaiset lääkärit kokivat eniten eettisiä ongelmia siinä, että he suorittivat tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja. Syyksi tähän he näkivät potilaiden ja omaisten painostuksen. Myös tässä tutkielmassa tarpeettomien hoitojen suorittaminen omaisten vaatimuksesta oli yksi merkittävimmistä ongelmista. Mielenkiintoinen ero on se, että tämän tutkielman aineistossa vain omaiset painostivat, itse potilaat eivät. Samankaltaisuuden lisäksi tuloksissa on toki erojakin. Saarnin tutkimuksessa rajalliset resurssit aiheuttivat eettisesti ongelmallisia tilanteita. Huomion arvoista on se, että tämän tutkielman aineistossa resurssien puute ei noussut esiin ongelmien aiheuttajana.

Tuloksia voi vertailla myös yhdysvaltalaisen tutkimuksen kanssa. Johdannossa esitelty DuVal työtovereineen (2001) näkee, että Yhdysvalloissa eettisen tuen tarpeen painopisteessä on tapahtunut muutos. Nykyään yli puolet yhteydenotoista liittyvät vahvan tunnelatauksen sisältäviin konfliktitilanteisiin, kuten kommunikaatio-ongelmiin vaikeiden potilaiden ja omaisten kanssa, kun aiemmin painopiste on ollut eettisten dilemموjen pohdinnassa. Tämän tutkielman aineistossa avoimet konfliktitilanteet eivät olleet kovin yleisiä, mutta kommunikaatio-ongelmat erityisesti omaisten kanssa olivat. Painopisteen muutoksesta ei tässä tutkielmassa voi sanoa mitään, mutta samantyyppisen jaottelun voi tehdä. Tämän tutkielman perusteella voi sanoa, että Suomessa noin puolet *Eettisen foorumin* käsittelemistä tapauksista on konkreettisia käytännönläheisiä ongelmia, kuten

vuorovaikutusongelmia. Toinen puoli ongelmista koostuu abstraktimmista ongelmista. Mielenkiintoinen piirre on se, että nämä abstraktit ongelmat eivät ole klassisia eettisiä dilemmoja, kuten DuValin tutkimuksessa, vaan ne liittyvät lääkäriprofession ja professioyhteisön tilaan.

7.3 Johtopäätökset

Toimintajärjestelmän rakennemalli auttoi lääkäriyössä ilmenevien eettisten ongelmien jäsentämisessä ja niiden paikantamisessa työprosessin eri osa-alueille. Ongelmat jäsentyivät lopulta kahdeksi ryhmäksi –konkreettisiin ja abstraktimpiin ongelmiin. Konkreettiset ongelmat ovat tarkemmin jäsennettävissä toimintajärjestelmän käsitteistöllä. Ne ovat yleisesti tiedostettuja, keskustelun kohteena olevia ongelmia. Tämän tutkielman perusteella voi sanoa, että lääkäriyhteisön työssään tunnistamat eettiset ongelmat peilaavat käytännön tason lääkäriyön ongelmia. Merkittävää on, että lääkärit tunnistavat sekä etiikan että käytännön ongelmat ja myös reagoivat niihin avoimella keskustelulla ja kehittämishankkeilla. Abstraktimmat ongelmat eivät ole niin helposti jäsennettävissä toimintajärjestelmän käsitteistöllä, mutta sen avulla ne nousivat aineistosta esiin. Abstraktimmat ongelmat eivät ole niin selkeästi tiedostettuja kuin konkreettiset. Siksi niiden näkyväksi tekeminen on tämän tutkielman merkittävä tutkimustulos. Jopa puolet tutkielman aineistosta oli hankalammin käsiteltäviä abstrakteja ongelmia, joihin ei selkeitä vastauksia ole tarjolla. Se kertoo, että lääkäreillä on sekä halua että valmiuksia työtään ja ammattiaan koskevaan syvälliseen pohdiskeluun. Tämä tutkielma antaa lääkäreistä ja lääkäriyöstä valveutuneen, tiedostavan ja eteenpäin pyrkivän kuvan.

Selkeästi toiminnan kohteeseen, työnjakoon ja sääntöihin paikantuvat *konkreettiset ongelmat* ovat laajalti tiedostettuja. Ne ovat tutkimustoiminnan kohteena ja niihin kehitellään koko ajan uusia ratkaisuja. Esimerkiksi toiminnan kohteeseen paikantuvia vuorovaikutuksen ongelmia pyritään parhaillaan aktiivisen vuorovaikutustutkimuksen avulla helpottamaan. Työnjakoon paikantuvat ongelmat nousivat tämän tutkielman

aineistosta. Myös tämä ongelmakenttä on tunnistettu yleisemminkin ja ratkaisuja siihen haetaan. Vastausten perusteella ajatuksen tasolla ratkaisu on jo usein olemassa – kuten moniammatilliset palaverit – mutta käytännön toteutus vielä ontuu. Säännöissä ilmeneviä puutteita korjataan parhaillaan laatimalla uusia sääntöjä, kuten esimerkiksi uusia käypä hoito –ohjeita.

Sääntöjen tulkinnan ristiriitaisuuksiin ei lisäsääntöjä pysty luomaan. Näin merkittävimmäksi sääntöihin paikantuvaksi ongelmaksi nousee lääkärien epävarmuus sääntöjen tulkittamisessa ja päätöksenteossa. Siitä päästäänkin *abstraktimpiin ongelmiin*, joiden ratkaisemiseksi ei selkeitä kehitysprojekteja ole käynnissä. Nämä abstraktimmat ongelmat paikantuvat tavalla tai toisella lääkärityön toimintajärjestelmän yhteisöön. Niitä olivat professioyhteisön sisäinen epäluottamus sekä yhteisön yhtenäisyyden puute. Lääkärityön toimintajärjestelmä kokonaisuudessaan vaikutti melko herkältä, sillä uudet tilanteet järjestyivät sen helposti epätasapainoon. Mielenkiintoista on se, että kaikkiin näihin abstraktimpiin ongelmiin *Eettisen foorumin* raati tarjoaa vastaukseksi kiinteää ja yhtenäistä professioyhteisöä. Raadin mukaan professioyhteisö antaa lääkärille oikeuden tulkita sääntöjä. Yhteisön jäsenyys antaa tukea ja rohkeutta tulkintojen ja päätösten tekemiseen. Yhteisön sisäiset luottamusongelmat on raadin mukaan rakentavassa hengessä käännettävissä yhteisön hyödyksi ja sen yhtenäisyyttä edistäväksi. Myös lääkärityön toimintajärjestelmän herkkyys uusissa tilanteissa on raadin mukaan ratkaistavissa vakaan, yhtenäisen ja itsenäisen professioyhteisön avulla. Raati korostaa todella usein lääkärin erityisasemaa osana lääkäri- ja tiedeyhteisöä sekä lääkäriprofession erityisasemaa yhteiskunnassa.

Raati on itsekkin osa professioyhteisöä ja on selvästi ottanut tehtäväkseen korostaa sen merkitystä pohdinnoissaan. Miksi? Voiko useiden kysymysten ja vieläkin useampien vastausten keskittymisestä yhteisön alueelle tehdä johtopäätöksen, että lääkäriprofession ei ole enää niin vahva ja yhtenäinen kuin joskus. Aiheuttaako sen epäyhtenäisyys ongelmia? Tarvitseeko sitä erikseen korostaa, jotta sen olemassaolo muistettaisiin? Näkeekö raati vahvan, yhtenäisen professioyhteisön vastauksena useimpiin ongelmiin? Vai heijastaako sen jatkuva korostaminen professioyhteisön heikkoutta ja sen erityistä tuentarvetta?

Lääkäriprofession muuttuminen ja mahdollinen murtuminen tiedostetaan lääkäriyhteisössä. Tähän on reagoitu esimerkiksi 1999 Yhdysvalloissa ja Euroopassa lanseeratulla projektilla, jonka avulla kansainväliset lääkärijärjestöt pyrkivät vahvistamaan professionalismia ja tiivistämään professioyhteisön yhteenkuuluvuutta. (ks. Medical Professionalism Project 2002.) Tämän tutkielman perusteella esiin nousee mielenkiintoinen vastakkainasettelu, jossa yhdestä näkökulmasta vahva professioyhteisö asettuu vastaukseksi lääkäriyössä ilmeneviin abstraktimpiin ongelmiin ja toisesta näkökulmasta heikko professioyhteisö asettuu heikkoudessaan näiden ongelmien aiheuttajaksi.

7.4 Mahdollisia jatkotutkimusaiheita

Tämän tutkielman tarkoituksena oli jäsentää *Lääkärien eettisen foorumin* käsittelemiä tapauksia ja arvioida niiden perusteella lääkäriyön nykytilaa. Kyseessä ei ole varsinainen kehittämistutkimus, vaan tämänhetkisen tilanteen analyysi ja mahdollisten kehitystarpeiden näkyväksi tekeminen. Tämän tutkielman perusteella seikkoja, joihin lääkäriyön kehittämisessä pitäisi kiinnittää huomiota ovat yhteisymmärryksen ja sujuvan vuorovaikutuksen tavoittelu, moniammatillisen tiimityöskentelyn kehittäminen, lääkäreiden sääntöjen tulkinnan ja päätöksenteon tukeminen sekä professionaalisuuden ja kollegiaalisuuden päivittäminen. Mahdollinen jatkotutkimusaihe olisikin tästä asetelmasta jatkava kehittämistutkimus. Mitä ongelmallisiksi havaituille seikoille pitäisi tehdä? Tulisi selvittää, missä kohdin mihinkin seikkaan puututaan, jos puututaan. Ja millä keinoilla? Olisiko tämä lääkäreiden itsensä, ulkopuolisten tutkijoiden vai lääkäreiden koulutusjärjestelmän vastuulle kuuluva tehtävä?

Toinen tämän tutkielman pohjalta herännyt jatkotutkimusaihe liittyy vuorovaikutuksen tutkimukseen. Uusi näkökulma siirtäisi tutkimuksen huomion lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta lääkärin ja omaisten vuorovaikutukseen. Tästä näkökulmasta aihetta ei ole tutkittu. Aineiston hankkiminen ja toimivan tutkimusasetelman rakentaminen olisi

haastavaa, mutta varmasti hyödyllistä. Tämän tutkielman mukaan lääkärin ja omaisten väliset vuorovaikutusongelmat aiheuttavat hankaluuksia lääkärien työssä.

Kolmas aihe, jota olisi mielenkiintoista selvittää lisää, on lääkärien etiikan ja profession suhde. Tämän tutkielman perusteella *Lääkärien eettinen foorumi* näkee vahvan ja yhtenäisen professioyhteisön vastaukseksi moniin lääkäriyön ongelmiin ja korostaa profession merkitystä vastauksissaan. Yhteiset eettiset arvot ja etiikka kuuluvat perinteisesti lääkäriprofessiota pystyssä pitäviin kulmakiviin. *Medical Professionalism Projectin* (2002) yhteydessä on ilmaistu ajatus, että yhteisistä eettisistä arvoista luopuminen voi merkitä professionalismista luopumista. Kyseinen projekti on perustettu tukemaan heikentyneeksi havaittua lääkäriprofessiota. Etiikan ja profession suhde ei kuitenkaan ole näin suorasukainen. Aikaisemmin, kun lääkärien koulutukseen ei kuulunut etiikan opetusta, professionalismia oli lääkärien keskuudessa vahvaa. Nykyään, kun eettisiä asioita käsitellään lääkärikoulutuksessa, ollaan huolissaan eettisistä arvoista ja professionalismista luopumisesta. Olisi mielenkiintoista selvittää, miksi näin on.

LÄHTEET

Painamattomat lähteet

Pasternack, Amos. Henkilökohtainen tiedonanto palaverissa 22.2.2007.

Peltola, Kari (2006) Pro gradu –aihetarjous 8.9.2006.

Saarni, Samuli (2007) Ethically problematic treatment desicions; A physician study. Bioethics. Käsikirjoitus.

Saarni, Samuli (2007a) Henkilökohtainen sähköpostitiedonanto 21.5.2007.

Internet-lähteet

Duodecim: <<http://www.duodecim.fi>> (Luettu 4.4.2007).

Finlex – ajantasainen lainsäädäntö:

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>> (Luettu 12.12.2007).

Lääkärinen eettinen foorumi:

<http://www.duodecim.fi/pls/kotisivut/kotisivut.sivut.koti?p_sivusto=69>
(Luettu 16.3.2007).

Muutoksen tekijät – toimintakonseptin kehittäjien oppimisverkosto:

<<http://www.muutoslaboratorio.fi>> (Luettu 22.1.2007).

Suomen lääkäriliitto: <<http://www.laakariliitto.fi>> (Luettu 4.4.2007).

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus: <<http://www.teo.fi/>> (Luettu 20.11.2006).

Terveysportti: <<http://www.terveysportti.fi>> (4.4.2007).

Kirjallisuus

DuVal, Gordon & Sartorius, Leah & Clarridge, Brian & Gensler, Gary & Danis, Marion (2001) What Triggers Request for Ethics Consultations? *Journal of Medical Ethics* 2001; 27; i24-i29.

Eiser, Arnold R. & Schade, Stanley G. & Anderson-Shaw, Lisa & Murphy, Timothy (2001) Electronic Communication in Ethics Committees: Experience and Challenges. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27; i30-i32.

Engeström, Ritva (1999) Toiminnan moniäänisyys: tutkimus lääkärinvastaaottojen keskusteluista. Helsinki University Press, Helsinki.

Engeström, Yrjö (1987) *Learning by Expanding*. Orienta-Konsultit Oy, Helsinki.

Engeström, Yrjö (1995) *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Hallinnon kehittämiskeskus, Helsinki.

Engeström, Yrjö & Engeström, Ritva (1992) Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus. Teoksessa Karisto, A. & Lahelma, E. & Rahkonen, O. (toim.) *Terveyssosiologia*. WSOY, Helsinki. 54-68.

Engeström, Yrjö & Engeström, Ritva & Koistinen, Kirsi & Helenius, Jouni (1987) *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE- projektin tutkimushankkeen I väliraportti*. Espoon kaupungin terveysvirasto, Espoo.

Engeström, Yrjö & Engeström, Ritva & Koistinen, Kirsi & Helenius, Jouni (1989) Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE- projektin tutkimushankkeen III väliraportti. Lääkärivastaanottojen analysointia. Espoon kaupungin terveysvirasto, Espoo.

Engeström, Yrjö & Engeström, Ritva & Koistinen, Kirsi & Helenius, Jouni & Salonen, Eeva & Toiviainen, Hanna (1990) Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE- projektin tutkimushankkeen II väliraportti. Kunnanlääkäri, terveyskeskuslääkäri, omalääkäri. Espoon kaupungin terveysvirasto, Espoo.

Gerlander, Maija (2003) Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Gylling, Heta & Lötjönen, Salla (2005) Etiikka, eettiset julistukset ja laki. Teoksessa Lääkärin etiikka. 6. painos. Suomen lääkäriliitto, Helsinki. 32-36.

Heikkilä, Antti (1995) Matka omenapuuhun. Tammi, Helsinki.

Heritage, John & Maynard, Douglas W (2006) (eds.) Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge University Press, Cambridge.

Hinkka, Heikki (2001) Decision-Making in End-of-Life Care. Tampere University Press, Tampere.

Konttinen, Esa (1991) Perinteisesti moderniin. Profioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Lindquist, Martti (2005) Etiikan merkitys lääkärin työssä. Teoksessa Lääkärin etiikka. 6. painos. Suomen lääkäriliitto, Helsinki. 19-22.

MacDonald, Keith (1995) *The Sociology of the Professions*. Sage publications, London.

Medical Professionalism Project. *Medical Professionalism in the New Millennium, a Physician Charter*. *Lancet* 2002; 359: 520-2.

Mäenpää, Eliisa (2000) *Sairaalan lääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta*. Tampereen yliopisto, Tampere.

Ruusuvuori, Johanna (2000) *Control in Medical Consultation: Practices of Giving and Receiving the Reason for the Visit in Primary Health Care*. University of Tampere, Tampere.

Saarni, Samuli (2005) *Lukijalle*. Teoksessa *Lääkärin etiikka*. 6. painos. Suomen lääkäriliitto, Helsinki. 5-8.

Slowther, Anne & Johnston, Carolyn & Goodall, Jane & Hope, Tony (2004) *Development of Clinical Ethics Committees*. *BMJ* 2004; 328; 950-2.

Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (2001) (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Vastapaino, Tampere.

Vygotski, L. S. (1978) *Mind in Society: The Psychology of Higher Mental Functions*. Harvard University Press, Cambridge.

Äärimaa, Markku (1989) *Lääkärin etiikan tausta ja sisältö*. Teoksessa *Lääkärin etiikka*. 1. painos. Suomen lääkäriliiton opassarja. Suomen lääkäriliitto. 6-8.

Äärimaa, Markku (2005) *Etiikka ja professio*. Teoksessa *Lääkärin etiikka*. 6. painos. Suomen lääkäriliitto, Helsinki. 12-15.

LIITE 1. EETTISEN FOORUMIN KÄSITTELEMÄT TAPAUKSET 2004-2006

- 200401 Vanhuksen verivirtsaisuus
- 200402 Lege artis et ex lege?
- 200403 Lääkärin allekirjoitus ja vastuu
- 200404 Etenevä neurologinen sairaus
- 200405 Suru ja sairasloma
- 200406 Eettinen ongelmako
- 200407 Ongelmaerhe, tietosuoja ja lääkärin rooli
- 200408 Abortti 35-viikolla
- 200409 Ravinnon täydentäminen
- 200410 Hedelmöityshoidot
- 200411 Mitä kerrotaan terveelle luuytimenluovuttajalle?
- 200412 ”Vaihtoehtoihmisiin” kyllästynyt lääkäri katkaisi hoitosuhteen
- 200413 Kollegiaalisuus ja lääkärin lähiomaisen hoito
- 200414 Kollegiaalisuus ja lääkärin lähiomaisen hoito
- 200415 HIV-potilaan leikkaus
- 200416 Lääkärin tupakointi
- 200417 Ehjän hampaiston poisto kehitysvammaiselta
- 200418 Lääkkeiden väärinkäyttäjien hoito
- 200419 Koululaisten rokottamisesta
- 200420 Olenko tehnyt oikean päätöksen?
- 200421 13 vuotiaan raskaustesti
- 200422 Laki potilaan oikeuksista ja synnyttäminen
- 200423 Valhelemminkäisen sosiopatologiset vaikutukset
- 200424 Rituaaliympärileikkaus

- 200501 Peg-napin poisto/ruokinnan lopettaminen
- 200502 Pedofiilin uhrin sairastuminen
- 200503 Kolmas osapuoli lääkärin ja potilaan hoitosuhteessa
- 200504 Autonomia vs heitteillejätö

200505 Terveydenhuollon järjestelmä ja lääkärin etiikka
200506 EI OLE OLEMASSA (Saarni)
200507 Kollegojen mustamaalaaminen
200508 Tapausselostus
200509 Milloin hammassairaus on vitaali-indikaatio?
200510 Inkompetentin vanhuksen asioista päättäminen
200511 Jehovan todistajan verensiirto
200512 Veriryhmämääritys
200513 Milloin hoito lopetetaan?
200514 Tajuttoman potilaan, jolla ei ole kortikaalisia vasteita, hoito

200601 Kuolintodistuksen kirjoittamisen etiikka
200602 Vanhuksen nestehoito
200603 Syöpäpotilaan akuutti vatsa
200604 Punasolusiirot
200605 Kolmoisdiagnoosi ja tapaturmavaarallinen työ
200606 Vakuutuslääketiede
200607 Leikatako vai ei?
200608 Itsemääräämisoikeudesta
200609 Ei-direktiivistä leikkiterapiaa traumatisoituneille lapsille?
200610 Verosuunnittelu ja yksilön yhteiskuntavastuu
200611 Kulttuurien törmäyksiä – neitsyystutkimukset
200612 Syöpälapset puoskarin armoilla
200613 Lääkärin kiittäminen
200614 Lastensuojelua vai ei?
200615 Lääkkeen määrääjän vastuu pitkäaikaislääkityksestä...
200616 Kollegiaalisuus koetuksella