

## Potilaskertomus.

### Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä.

Aamulla puoli yhdeltätoista osastolla tungeksii henkilökunnan jäseniä kahdenkymmenen viiden potilaan joukossa. Lääkärit kiertävät potilashuoneissa, lääkäriopiskelijat tutkivat potilaita ja hoitajat mittaavat lämpöjä, jakavat lääkkeitä ja vastaavat puheluihin.

Sairaanhoitajaopiskelijat ja lähihoitajat kävelevät edestakaisin käytäviä kuljettaen vuodevaatteita, lääketieteellisiä kojeita tai appelsiimehuria ja vettä.

Käytävällä olevassa tuolissa istuu potilas, joka valittaa, että osastolla ei saa nukuksi. Potilaan vierustoveri kuulemma voihkii jatkuvasti, eikä koskaan lopeta. Potilas jatkaa kipakkaa kommentointiaan kertomalla vastapäisestä, joka oli kantanut tavaroitaan yön läpeensä. Potilas oli vihdoon nukahtanut, mutta kello kuudelta hänet oli herätetty peseytymään ja hoitajat olivat siivonneet vuoteen. Tämän jälkeen potilas oli mennyt takaisin nukkumaan.

Potilashuoneessa lääkäri yrittää saada potilaalta tietoja tämän kiivusta. Hän kysyy, milloin potilas ensimmäisen kerran tunsi kivun. Potilas kertoo, että siskon kuollessa, kuusi kuukautta aikaisemmin. Lanko oli kehottanut häntä menemään lääkäriin, mutta mitään ei ollut löytynyt. Lääkäri keskeyttää kertomuksen ja kysyy, *milloin* potilaalla on kipuja.

Potilas näyttää, *missä* kivut sijaitsevat: mahassa, rinnassa ja ylhäällä kurkussa asti.

Lääkäri haluaa seuraavaksi tietää, kuinka pian syömisen jälkeen kivut alkavat.

Syönnin jälkeen, potilas vastaa ja alkaa laveasti kertoa ruokavalistaan. Lääkäri keskeyttää potilaan jälleen, sanoo tulevansa pian takaisin ja kävelee ulos huoneesta.

Nämä kuvaukset sairaalaosaston elämästä ovat viidenkymmenen vuoden takaa ja vieläpä toiselta mantereelta, vuonna 1962 yhdysvalloissa ilmestyneestä Rose Coseirin (1962) sairaalatutkimuksesta. Yhtä hyvin ne voisivat olla omasta väitöskirjatutkimuksestani, niin vähän mikään tuntuu muuttuneen: henkilökunta tietää tarkalleen paikansa osaston sosiaalisessa järjestyksessä, potilaat ovat närkästyneitä siitä, että heidän elämänrytinsä pakotetaan osaston aikatauluihin ja lääkäri yrittää saada potilaalta vastauksia, jotka vastaisivat hänen kysymyksiinsä.

Voisikin kysyä, olenko väitöskirjatutkimuksessa tullut toistaneeksi jo 60-luvulla tehdyn tutkimuksen tulokset. Tästä ei kuitenkaan ole kyse, vaan osa sairaalaosaston käytännöistä ja toimintatavoista on todellakin pysynyt melkein muuttumattomina tähän päivään saakka.

Toisaalta tutkimukseni osoitti myös, että osa käytännöistä muuttuu nopeastikin esimerkiksi teknologisen kehityksen myötä. Esitän, että sairaalaosaston käytäntöjen pysyvyys on osaltaan vaikuttamassa siihen, minkälaiseksi sairaalapotilaana oleminen, potiluus, muodostuu. Olen nimennyt potilauden pysyvyyttä kuvaavan ulottuvuuden vakaudeksi ja se on yksi viidestä

ulottuvuudesta, joilla potiluuutta tutkimuksessani kuvaan.

Väitöskirjatutkimuksessani tarkastelen, minkälaiseksi sairaalaosaston potiluus muodostuu. Lähtökohtaisena ajatuksena on, että potilas muotoutuu ruohonjuuritasolla, sairaalaosaston arkisissa käytännöissä eikä etukäteen tai ylhäältäpäin määriteltynä. Tämä ajatus sai minut hakeutumaan kolmelle sairaalaosastolle, joista yksi oli erikoissairaanhoidon osasto ja kaksi sijaitti perusterveydenhuollon sairaalassa. Osastoilla keräsin tutkimusaineiston havainnoimalla tapahtumia, haastattelemalla potilaita ja henkilökuntaa ja keräämällä monenlaisia kirjallisia dokumentteja, kuten potilasasiakirjoja ja osastolla käytössä olevia lomakkeita. Toinen tutkimukseni lähtökohta eli se, että potilauden muotoutumiseen vaikuttavat myös osastolla olevat laitteet ja muut materiaaliset asiat, sai minut kiinnittämään huomiota myös osaston ei-inhimillisiin toimijoihin (Lattour ja Woolgar 1986). Tutkimuksessa tarkastelen potilauden muotoutumista sairaalaan tulon liittyvien tavaroiden, sairaalaosaston äänien ja ajan sekä telemetriamenetelmän ja potilashuoneiden jaossa merkitykselliseksi osoittautuneen mikrobin kautta. Yhtä lailla olen kiinnostunut ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta lääkärikerroilla ja kotiuttamistilanteisiin liittyvistä ristiriidoista. Tutkimukseni kolmantena lähtökohtana on ajatus potilaan moninaisuudesta: sairaalaosaston potilas ei ole yksi kokonaisuus vaan muotoutuu erilaiseksi eri käytännöissä (Mol 2002).

Tutkimuksessa hahmotan sairaalaosaston potiluuutta jo mainitun vakauden lisäksi neljällä muulla ulottuvuudella, joita ovat toimijuus,

erillisuus, fokus ja asema. Eri ulottuvuudet ovat läsnä potilaana olemisessa samanaikaisesti eikä mikään ulottuvuus ole toista merkityksellisempi potiluden muodostumisessa. Ulottuvuudet kuvaavat potilutta aina omasta näkökulmastaan.

Viime aikoina terveydenhuollon kehittämispuheessa on korostunut potilaan asiakkuuden, osallisuuden ja samalla vastuun kasvataminen. Palveluita ollaan muuttamassa asiakaslähtöisiksi ja potilasta kuluttajaksi ja asiakkaaksi. Tutkimukseni lähtökohtien mukaisesti tällainen potilaan roolin muuttaminen edellyttäisi muutoksia myös terveydenhuollon käytäntöihin. Kiinnostavaa tässä tilanteessa onkin tarkastella, minkälaista toimijuutta sairaalaosaston käytännöt tarjoavat potilaille. Miten puheissa vilahtelevaa potilaan aktiivisuutta ja osallistumista sairaalaosastolla tuetaan? Tutkimukseni tulokset osoittavat, että monet sairaalaosaston käytännöt tarjoavat potilaille edelleen passiivista, toimintaa vastaanottavaa toimijuutta. Henkilökunta tekee sairaalaosastolla potilaan puolesta asioita, jotka kotona onnistuvat itsenäisesti. Esimerkiksi lääketieteelliseen teknologiaan liittyvät toimet, kuten kuumeen tai verenpaineen mittaaminen automaattisella mittarilla, ovat sairaalan ulkopuolella jokaisen aikuisen perustaitoja, mutta sairaalaosastolla tarkasti henkilökunnan hallinnoimia ja toteuttamia. Lääkärinkierrolla potilaille tarjotaan yhä sängyllä makaavan ja kysymyksiin vastaavan toimijan roolia.

Toki potilaista löytyy myös monenlaista aktiivisuutta. Tarkastellaksani sairaalaosaston aikaa totesin, että silloin, kun mikään osaston viralliseen päiväohjelmaan kuuluva toiminto ei ole kesken, jotkut potilaat katkaisevat pitkävetäisen odottamisen omaehtoisella toiminnalla, joka suuntautuu arkiseen tekemi-

seen. Köpöttelyllä, toosan katsomisella tai omien tavaroiden järjestelmisellä otetaan sairaalaosaston aikaa ja tilaa. Tällaista toimintaa voi kutsua pieneksi toimijuudeksi: se on määrällisesti ja mittakaavallisesti pientä ja rajattua ja suuntautuu ennemminkin asioiden ylläpitoon kuin niiden muuttamiseen (Honkasalo 2008).

Kolmantena potilutta kuvaavana ulottuvuutena on erillisuus. Erillisuus kertoo siitä, onko potilas käytännössä yksilöllinen vai tuottaako käytäntö potilasjoukon, jolloin yksittäiset potilaat toimivat ryhmänä samanaikaisesti ja samoja asioita tehden. Potilaiden yhtenäisen vaatetus ja sairaalaosaston aikataulut, joissa syödään, tavataan omaisia ja nukutaan samaan aikaan, tuottavat potilaista samaan tahtiin toimivan kokonaisruumiin (ks. Hockey 2002). Lääkärinkierto taas on esimerkki potilasta yksilöllistävästä käytännöstä. Lääkärinkiertokeskusteluissa kartoitetaan sairauden ja hoidon lisäksi myös potilaan sosiaaliset suhteet, taloudellinen asema, asumisolosuhteet ja elämäntavat. Näin potilaan henkilökohtainen tilanne huomioidaan kokonaisvaltaisesti.

Tutkimukseni neljäs ulottuvuus, fokus, kertoo potiluden mittakaavasta. Esimerkiksi telemetriamenetelmä, jossa sydämen rytmi siirretään langattomasti paikasta toiseen, jakaa potilasta yhä pienempiin ja häntä tarkemmin kuvaaviin osiin. Sen sijaan lääkärinkierrolla potilas määrittyy mittakaavaltaan selvästi suurempana, kun keskusteluun otetaan mukaan koko elämäntilanne. Tällaisten erikokoisten potilaiden yhteen saattaminen vaatii monenlaista neuvottelua osastolla. Tutkimukseni osoitti, että esimerkiksi kotiuttamistilanteissa käydään neuvotteluja neljän eri kotiuttamisperusteen välillä, joissa kaikissa potilas myös määrittyy erikokoisena. Perusteita ovat potilaan elämän-

tilanne, toimintakyky sekä lääketieteellinen ja hallinnollinen peruste.

Potilaan kotiuttamiskäytäntö liittyy vahvasti tutkimukseni viidenteen ulottuvuuteen, asemaan. Asema kuvaa ihmisen tilannetta osastolla. Jos osastohoidon kriteerit täyttyvät, potilas asemoidaan osastopotilaaksi. Tilanteessa, jossa potilas voidaan lähettää kotiin, osastopotilaan asema lakkaa. Havainnointi tutkimusosastoilla osoitti, että kotiuttamisneuvottelut ovat erityisen konfliktierkkiä ja henkilökunnalle raskaita tilanteita. Tämä johtuu siitä, että tilanteissa on paljon neuvoteltavaa. Niissä neuvotellaan ensinnäkin kotiuttamisperusteiden tärkeysjärjestyksestä eli mikä peruste toimii ensisijaisena sellaisessa tapauksessa, jossa potilas voitaisiin jonkin perusteen pohjalta jo kotiuttaa, mutta toinen peruste puoltaa sairaalassa pitämistä. Toiseksi henkilökunnan jäsenillä voi olla erilainen näkemys siitä, missä kunnossa potilas on. Onko potilaalla muistamattomuutta vai ei tai onnistuuko liikkuminen tarpeeksi hyvin vai liian huonosti. Kolmanneksi tilanteissa etsitään yhteisymmärrystä siitä, minkäkuuntoisen potilaan voi ylipäätään lähettää kotiin. Voiko potilaan, joka ei pääse ylös sängystä, kotiuttaa? Tai kuinka muistamaton potilaan pitää olla, että hänelle aletaan hakea hoitopaikkaa muualta.

Tutkimuksen tuloksina esittämäni viisi ulottuvuutta tarjoavat aikaisempaa monipuolisemman kuvan sairaalaosaston potiludesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilasta on usein tarkasteltu tekstien perusteella ja lähinnä potilaan toimijuuden näkökulmasta. Paitsi teoreettisen näkökulman, potiluden ulottuvuudet tarjoavat myös mahdollisuuden hyödyntää niitä konkreettisesti kehittämistyössä. Ulottuvuuksien avulla potilutta on mahdollista tarkastella missä tahansa käytännössä ja terveydenhuollon

toimijusteissa. Niiden avulla voi käydä keskustelua siitä, ovatko terveydenhuollon käytännöt ja niiden tuottama potiluus sellaisia kuin niiden yhteisesti halutaan olevan.

Tutkimuksen tulokset antavat aihetta joihinkin konkreettisiin kehittämishetkiin, joilla voidaan parantaa potilaan yksityisyyttä ja osallistumista sairaalaosastolla ja keventää henkilökunnan työkuormaa. Potilaan osallistumista voitaisiin sairaalaosastolla lisätä helpoiten mahdollistamalla omaehtoisuuden perustuvaa ja konkreettiseen, arkiseen tekemiseen, suuntautuvaa toimintaa. Tällaisen toiminnan tukeminen ylläpitäisi potilaan aktiivisuutta myös laitosympäristössä. Potilaiden osallistaminen esimerkiksi lääketieteelliseen päätöksentekoon on todennäköisesti vaikeampaa.

Nyt kun Helsinkiin ollaan rakentamassa uutta lastensairaala ja ympäri Suomea monet sairaalarakennukset odottavat peruskorjausta, tulisi rakennus- ja korjaussuunnitelmissa huomioida potilaiden yhteisöllisyyden tukeminen, mutta samalla varmistaa, että yksityisyys toteutuisi nykyistä paremmin. Esimerkiksi potilashuoneissa toteutettu lääkärintoiminta rikkoo jo lähtökohtaisesti potilaan tiedollisen yksityisyyden, koska huoneen muut potilaat kuulevat kaiken, mitä lääkärintoiminnalla puhutaan. Nykyisenkaltaiselle käytännölle tulisikin kehittää vaihtoehtoisia toimintamalleja. Lisäksi potilailla pitäisi olla samanlainen valinnan mahdollisuus kuin heillä on kirjallisen potilastiedon osalta eli potilas saisi itse määrittellä, haluaako hän käsitellä tietoaan muiden potilaiden kuullen ja missä laajuudessa.

Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna sairaalaosastot näyttävät siirtyneen yhä vahvempaan sukupuoliteegraatioon. Jo nyt joillakin sairaalaosastoilla nais- ja miespotilaita sijoitetaan samoihin huoneisiin.

Samalla kun sukupuolineutraalit potilashuoneet tehostavat osaston käyttöastetta, ne ylittävät muualla yhteiskunnassa vallitsevan kulttuurisen sukupuolijaottelun, joka liittyy esimerkiksi alastomuuteen tai intiimihygieniaan. Ennen käytännön yleistymistä asiasta olisi hyvä käydä arvokeskustelua. Halutaanko, että kulttuurinen sukupuolijaottelu ylitetään toiminnan tehostamisen nimissä?

Potilaiden kotiuttaminen näyttäytyy tämän tutkimuksen perusteella raskaana ja konfliktierkkänä neuvotteluprosessina. Neuvottelua yksittäisen potilaan kohdalla voisi keventää laatimalla läpinäkyvät sairaala- tai osastokohtaiset kotiutus-kriteerit.

Linjavedot esimerkiksi siitä, minkäkuuntoisen potilaan ylipäättään voi lähettää kotiin, tulisi tehdä muualla kuin yksittäistä potilasta käsittelevän kotiutusneuvottelun yhteydessä.

Tämän tutkimuksen kaltainen yhteiskuntatieteellinen etnografinen laitos tutkimus antaa mahdollisuuden tarkastella käytäntöjä ”ulkopuolisen silmin”. Tällainen toisin katsomisen tapa auttaa sellaisten ilmiöiden näkyväksi tekemisessä ja sanallistamisessa, joita laitoksen sisäpuolinen tutkija ei välttämättä tulisi havainneeksi. Tästä näkökulmasta myös muiden suhteellisen suljettujen laitosten, kuten lastenkotien tai vanhainkotien, käytäntöjen tutkiminen ulkopuolisten tutkijoiden toimesta tulee tärkeäksi.

Tutkimukseni osoittaa, että sairaalaosaston potiluuksi ei voi typistää yhdeksi yleiseksi kuvaukseksi potilaasta. Sen sijaan potiluuksi voi kuvata eri käytännöissä erikseen ja niin, että kuvaus saa sisältönsä potiluuksi ajallisesta pysyvyydestä, mittakaavasta, potilaan asemasta osana potilasjoukkoa, potilaalle tarjoutuvasta toiminnan mahdollisuudesta sekä asemasta sairaalapotilaana.

Kun tämän puheen aluksi kerroin sairaalaosaston arjesta 50 vuotta sitten, on kutkuttavaa ajatella, miltä tämän tutkimuksen kuvaukset sairaalaosaston käytännöistä kuulostavat niistä, joiden käsiin tutkimus ehkä osuu 50 vuoden päästä. Mikä sairaalaosastolla on muuttunut 2000-luvun alusta? Toivottavaa olisi, että ainakin ne toimintatavat, joita tässä tutkimuksessa on esitetty kehitettäväksi, olisivat jo historiaa.

*Yhteiskuntapolitiikan alaan kuuluva väitös tarkastettiin 19.4.2013 Helsingin yliopistossa*

## KIRJALLISUUS

- Coser RL. Life in the ward. Michigan State University Press, Michigan 1962.
- Hockey J. “Head down, bergen on, mind in neutral”: The infantry body. *Journal of Political & Military Sociology* 2002;30(1):148-171.
- Honkasalo M-L. Reikä sydämessä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa. Vastapaino, Tampere 2008.
- Latour B, Woolgar S. Laboratory life. The construction of scientific facts. Princeton University Press, Princeton 1986.
- Mol A. The body multiple. *Ontology In medical practice*. Duke University Press, Durham 2002.

**RIIKKA LÄMSÄ**