

Näkymättömyydestä näyttämölle: hoitotyön toimijat hoitoisuusluokituksissa

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella hoitotyössä käytettävien hoitoisuusluokitusten tuottamaa kuvaa hoitotyön todellisuudesta tarkastelemalla hoitotyön toimijoiden näkyvyyttä näissä luokituksissa. Lähtökohta on se, että luokitukset paitsi kuvaavat myös tuottavat hoitotyön todellisuutta. Aineistona on kuusi Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa kehitettyä hoitoisuusluokitusta eri vuosikymmeniltä. Analyysi pohjaa diskurssianalyttiseen lähestymistapaan ja analyysivälineenä olen käyttänyt Erving Goffmanin ajattelusta muokkaamaani kehäanalyysiä. Visualisoin toimijoiden näkyvyyttä hoitoisuusluokituksissa kehämallien avulla. Tutkimuksen tulosten mukaan luokitukset eivät tuo tasapuolisesti esiin kaikkia hoitotyön toimijoita (potilas, omainen, hoitaja ja hoitaminen), minkä voi katsoa tuottavan poisjätetyille toimijoille aliarvostettua asemaa. Luokitusten laatijoiden tulisi kiinnittää suurempaa huomiota luokituksissa käytettyyn kieleen, koska kielenkäyttö vaikuttaa siihen, millaista kuvaa hoitoisuusluokitukset hoitotyön todellisuudesta tuottavat.

RIIKKA LÄMSÄ

JOHDANTO

Luokitteleminen on keskeisessä asemassa ihmisten elämässä; jaottelemme jatkuvasti asioita ryhmiin tiettyjen ominaisuuksien mukaan, usein huomaamattamme. Luokittelut ovat apuvälineitä niin arkielämässä kuin tieteessä ja myös laajemmin yhteiskunnassa. Niiden avulla annetaan merkityksiä todellisuudelle, luodaan järjestystä ja kontrollia erilaisten ilmiöiden virtaan (Bailey 1994). Michel Foucault (1970) on jäljittänyt luokitusten synnyn 1600- ja 1700-luvuille. Tällöin luovuttiin tarinoiden ja mytologioiden esittämisestä asian yhteydessä ja keskityttiin asioiden mahdollisimman tarkkaan kuvaamiseen havaittujen erojen perusteella. Vain selvästi luonnossa nähty nimettiin ja luokiteltiin. Systemaattisuus, struktuurit, kirjastot ja tapamme järjestää omia kokemuksia ovat peräisin tältä aikakaudelta.

Luokitukset ja niiden käyttö ei kuitenkaan ole ongelmatonta. Niihin liittyy valintoja, vallankäyttöä ja intressiristiriitoja. Luokitukseen mukaan otettavat ja siitä pois jätettävät asiat ovat valin-

toja ja jokainen mukaan otettu kategoria sulkee jonkun toisen ulos ja näin vaientaa sen. Ja useimmiten olisi myös mahdollisuus toimia toisin (Bowker ja Star 2000, Kinnunen 2001). Luokituksiin liittyy aina hallitseva näkemys asioiden tilasta eli ne ovat myös vallankäyttöä. Ne eivät ole arvovapaita vaan kiinnittävät huomion kulloinkin tärkeänä ja tilastoinnin arvoisena pidettyyn ilmiöön. Luokituksilla on normatiivinen luonne. Niiden avulla jaotellaan ja leimataan ihmisiä ja määritetään, mikä on normaalia ja epänormaalia. Luokitukset siis luovat poikkeavuutta ja hierarkioita (Rinne 2001). Koska luokitukset eivät ole neutraaleja tai itsestään syntyneitä vaan niitä voidaan pitää sopimuksina ja kamppailuina, lopputulokseen vaikuttavat myös eri osapuolten tavoitteet ja intressit (Ks. Schwandt 1994, Honkasalo 2000). Esimerkiksi terveydenhuollon luokitusten osalta klinikoilla, terveydenhuollon hallinnoijilla ja vaikkapa vakuutusyhtiön edustajalla voi olla hyvinkin erilaiset tarpeet ja näkemykset (Bowker ja Star 2000).

Terveydenhuollossa luokitukset ovat laajassa käytössä. Tunnetuin niistä lienee lääketieteen kansainvälinen diagnoosiluokitus ICD, jonka juuret ulottuvat aina 1850-luvulle asti. Lääketieteessä luokitellaan myös esimerkiksi vaurioita, toiminnanvajavuuksia ja psykiatrisia sairauksia. Hoitotyön luokituksissa jaottelun perusteena voivat olla esimerkiksi hoitotyön diagnoosit (NANDA 1996), hoitotyön toiminnot (NIC 1996), potilaan hoitoisuus tai vaikkapa sairauden aiheuttama sosiaalinen haitta (Seppälä 2000). Myös sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön on kehitetty Suomessa oma luokituksensa (Holma 2000).

Terveydenhuollossa, kuten muuallakin, luokituksilla pyritään kuvaamaan asioiden tai ilmiöiden tilaa ja merkitystä yhteisesti sovitulla ja hyväksytyllä järjestelmällä. Luokitukset ovat apuna esimerkiksi sairauksien tunnistamisessa, kuvailemisessa ja vertailemisessa. Luokituksia käytetään tautien esiintymisen ja terveydenhuollon kehityksen seuraamiseen, terveydenhuoltopalvelujen suunnittelemiseen ja tutkimiseen sekä potilaiden sairas- ja hoitokertomusten kirjoittamiseen (Työterveyslaitos 1985, Tilastokeskuksen luokitusstandardit 1996, Hannah 2000).

Tässä artikkelissa tarkastelen hoitoisuusluokituksia (patient classification), jotka ovat sairaaloiden ja terveyskeskusten eri osastoilla käytettäviä hoitotyön apuvälineitä. Hoitoisuusluokituksissa potilaat ryhmitellään luokkiin heidän tarvitsemansa hoidon mukaan niin, että kunkin hoitoisuusluokan potilaat vaativat samanlaista hoitotyön työpanosta (Seppälä 1992). Hoitoisuusluokitusten käytön tavoitteena on tehdä hoitajien työtä mitattavaksi ja näkyväksi, jolloin esimerkiksi henkilöstön tarve on mahdollista määrittää tiettyä ajankohtana (DeGroot 1994). Hoitoisuusluokitustietoja voidaan käyttää apuna esimerkiksi henkilöstöressurssien määrittelyssä (esim. DeGroot 1989), hoitotyön kehittämis- ja tutkimustyössä (esim. Karshmer 1991), taloudellisten tavoitteiden saavuttamisessa (esim. Fosbinder 1986, Halttunen 1993, Rainio 1996), hoitotyön laadun arvioinnissa (Wilskman ja Sonninen 1999) sekä hoitotyön terminologian yhdenmukaistamisessa (esim. Kaustinen ja Hentinen 1998).

Tiettävästi ensimmäinen hoitoisuusluokitukseksi nimetty järjestelmä otettiin käyttöön 1960-luvun alussa John Hopkinsin sairaalassa Baltimoressa, Yhdysvalloissa (Alward 1983). Suomessa hoitoisuusluokituksia on ollut käytössä 1960-luvun lopulta (Seppälä 1992) ja niitä on kehitetty

erityisesti 1980-luvulla. Kehitystyö perustuu pääosin sairaaloiden oman hoitohenkilöstön asiantuntemukseen. Nykyisin hoitotyön luokituksissa ollaan siirtymässä laaja-alaisiin, kaikki hoitotyön osa-alueet sisältäviin kansainvälisiin luokituksiin (International Classification for Nursing Practice 2005).

Konstruktivistiseen ajattelutapaan nojautuen näen, että hoitoisuusluokitukset paitsi kuvaavat ja uusintavat hoitotyön todellisuutta myös itsessään tuottavat sitä (ks. Hacking 1999). Hoitoisuusluokituksilla pyritään tekemään hoitotyötä mitattavaksi ja näkyväksi (ks. esim. Rainio 1994), joten yhteistä luokituksiin mukaan otettaville asioille lienee se, että niille on vastine myös hoitotyön todellisuudessa, elävässä elämässä. Jokainen luokitus kuvastaa oman aikakautensa näkemystä (ks. Pulkkinen 2000) ja hoitoisuusluokituksissa ilmeneviä muuttuvia käsityksiä ovat esimerkiksi hoitotyön ihmiskäsitys ja hoitotyön ammattilaisten työnkuva. Hoitoisuusluokitusten muotoutumiseen vaikuttavat esimerkiksi käytännön kentän ääni, hoitotieteellisen keskustelun kansalliset ja kansainväliset suuntaukset sekä ympäröivä yhteiskunta arvoineen ja käytäntöineen. Hoitoisuusluokitukset osallistuvat valinnoillaan myös todellisuuden tuottamiseen. Mukaan ottamiset ja poisjättämiset tuottavat ja rakentavat sitä hoitotyön todellisuutta jota ne kuvaavat. Luokituksista on jätetty pois asioita, jotka on katsottu mukaan otettuja vähempiarvoisiksi. Ei siis ole samantekevää mitä asioita luokituksiin sisällytetään, mistä asioista vaietaan ja minkälaista kieltä niissä käytetään. Tässä artikkelissa tutkin millaista kuvaa hoitoisuusluokitukset tuottavat hoitotodellisuudesta kielenkäytöllään. Lähestyn tätä kuvaa hoitotyön toimijoiden kautta ja kysyn, mitkä toimijat näyttäytyvät luokituksissa ja jäävätkö jotkut toimijat kokonaan näkymättömiin?

Tutkimus kiinnittyy terveys sosiologian konstruktivistiseen keskusteluun, jossa terveydenhuollon ilmiöitä ei pidetä luonnollisina, vaan yhteiskunnallisissa käytännöissä rakentuneina (ks. Honkasalo 2000). Luokituksia ovat aiemmin tutkineet konstruktivistisesta näkökulmasta esimerkiksi Merja Kinnunen (1989, 2000) ja Kirsi Juhila (2000) ja terveydenhuollon luokituksia Geoffrey C Bowker ja Susan Leigh Star (2000) sekä David Pfeiffer (1998).

Hoitotyön toimijoita on terveystutkimuksen piirissä tutkittu Suomessa useasta eri näkökulmasta: esimerkiksi Lea Henriksson (1998) on tutkinut hoitotyön tekijöiden ammatillistumista,

Lea-Riitta Mattila (2000) on puolestaan keskittänyt potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen ja Tanja Vehkakoski (2000) terveydenhuollon asiakirjojen kielenkäyttöön. Tutkimuksen kohteena olevia hoitoisuusluokituksia on viime vuosina tutkittu runsaasti hoitotieteen piirissä, jolloin tarkastelunäkökulmaa ovat ohjanneet hoitotieteen omat teoreettiset lähtökohdat (esim. Johnson 1989, Kaustinen 1995, Nivalainen 2000, Phillips ym.1992, Raitala 1999, Turtiainen 1992). Nämä tutkimukset ovat tuottaneet tietoa hoitoisuusluokituksista hoitotyön omaan käyttöön. Suomessa hoitoisuusluokituksia eikä muitakaan terveydenhuollon luokituksia ole tutkittu yhteiskuntatieteistä käsin. Onkin kiinnostavaa kysyä, mitä uutta tietoa hoitotyön luokituksista saadaan näkökulmaa vaihtamalla. Miltä luokitukset näyttävät yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta katsottuna?

Hoitotyöllä tarkoitan tässä artikkelissa ammatillista, terveydenhuollon toimipisteissä tapahtuvaa hoitamista. Hoitotyö, tai synonyyminä käytetty hoitaminen (caring), kuvaa nimenomaan hoidollista, ei lääketieteellistä hoitoa. Hoitaja tai yleisesti luokituksissa käytetty termi hoitohenkilökunta kuvaa hoitotyön toteuttajaa. En määrittele hoitajaa ammatillisen koulutuksen mukaan (esimerkiksi sairaanhoitaja-lähihoitaja), koska luokituksissakaan tällaista erottelua ei ole tehty. Täytyy kuitenkin huomioida, että hoitoisuusluokitukset on laadittu nimenomaan sairaanhoitajien ammattikunnan piirissä. Käsitteet hoitotodellisuus ja hoitotyön todellisuus kuvaavat käytännössä, elävässä elämässä tapahtuvaa hoitamista erotuksena hoitotyön tekstien kuvaamasta hoitamisesta. Hoitotyön toimijoilla tarkoitan kaikkia niitä viiteryhmiä, joita hoitotyön kentällä on. Toimija-käsite ei siis tässä sinällään viittaa tekemiseen tai pelkästään hoidon toteuttajaan.

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

Aineistona ovat Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa kehitetyt hoitoisuusluokitukset eri vuosikymmeniltä. Mukana on yhteensä kuusi luokitusta, joista kaksi on kehitetty leikkaus- ja anestesiaosastolle, kaksi vuodeosastolle, yksi poliklinikalle ja yksi on yhdistetty teho- ja vuodeosaston hoitoisuusluokitus. Vanhin luokitus on tehty vuonna 1968 ja uusin 1997. Hoitoisuusluokituksiin liittyy yleensä myös laadintaprosessia kuvaava muistio. Olen kuitenkin rajannut muistiot tämän tutkimuksen ulkopuolelle, koska tarkastelun kohteena on nimenomaan lopputu-

loksen, valmiin hoitoisuusluokituksen, kielenkäyttö.

Aineistoksi valikoituivat kaikki HYKS:ssä kehitetyt ja eri klinikoiden kirjastoissa säilyneet hoitoisuusluokitukset (vanhoja luokituksia ei HYKS:n piirissä ole systemaattisesti arkistoitu). Aineisto on kerätty silloisen Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) eri klinikoiden kirjastoista vuoden 2001 aikana. Jätin aineistosta pois hoitoisuusluokitukset röntgenosastolle ja fysioterapiaan, koska hoitotyö näillä osastoilla on erilaista, ja hoitohenkilökunta toimii niissä eri ammattinimikkeellä ja koulutuksella kuin muilla osastoilla. HYKS valittiin tutkimukseen, koska se on ollut merkittävässä asemassa hoitoisuusluokitusten kehittämisessä: HYKS on yksi neljästä sairaalasta Suomessa, joissa hoitoisuusluokituksia on kehitetty ja joista ne ovat levinneet muihin sairaaloihin (Seppälä 1992).

Konkreettisesti hoitoisuusluokitukset ovat lyhyitä, tiiviitä ja informatiivisia kokonaisuuksia, jotka sopivat alkuperäisessä muodossaan yhdelle tai kahdelle A4:lle. Ne sisältävät kuvauksia hoidontarpeesta ('potilaalle aloitetaan poliklinikalla vaativia erikoishoitoja') tai potilaan tilasta ('potilaalla on ongelmia viestimisessä ja epävarma olo asioiden kulusta'), joihin todellisten potilaiden tilannetta verrataan. Potilaan hoitoisuus kasvaa aina luokan numeron kasvaessa. Esimerkiksi vuoden 1997 leikkaus- ja anestesiaosaston luokituksessa liikkumisen osa-alue on jaettu viiteen luokkaan niin, että helpoimman hoitoisuuden luokassa 'potilas liikkuu itsenäisesti, ei liikerajoituksia', toisessa luokassa 'potilaalla on lieviä liikunta- ja liikerajoitteita', kolmannessa 'potilas ei hallitse liikkeitään, spastinen' ja neljännessä luokassa 'potilas on motorisesti levoton ja vahingoittaa itseään'. Viimeisessä eli liikkumisen vaikeimman hoitoisuuden luokassa 'potilas on monivammainen'. Hoitoisuusluokitus on "mallipohja", jonka avulla potilaalle lasketaan hoitoisuus pisteet tai hoitoisuusluokka esimerkiksi kerran vuorokaudessa. Rakenteellisesti aineiston hoitoisuusluokitukset poikkeavat toisistaan; hoitoisuusluokkien määrä vaihtelee neljästä seitsemään ja osa luokituksista on jaettu erikseen perus- ja erikoissairaanhoidon.

Aineiston analyysi pohjautuu konstruktionismiin nojautuvaan diskursianalyttiseen lähestymistapaan, jossa analysoidaan sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä, esimerkiksi tekstissä tai puheessa. Kieli ei siis pelkästään heijasta todellisuutta

vaan on sosiaalista todellisuutta rakentava ja tuottava inhimillisen toiminnan osatekijä (Jokinen ym. 1993). Tähän tutkimukseen diskurssi-analyttinen lähestymistapa sopi, koska näen hoitoisuusluokitukset kommunikatiivisissa suhteissa tuotettuina kielellisinä prosesseina, jotka tuottavat käyttäjilleen ja lukijoilleen kulttuurisia merkityksiä eli rakentavat yhteistä todellisuutta hoitotyöstä (ks. myös Jokinen ym. 1999). Diskurssianalyttinen kenttä on laaja ja sisältää monenlaisia metodisia painotuksia. Tämän tutkimuksen analyysivälineet pohjautuvat sosiologi Erving Goffmanin näyttämöajatteluun.

Analyysin aluksi järjestelin aineistoa valitsemalla analyysiyksiköksi lausuman (ks. Mäkelä 1990), jonka määrittelin hoitoisuusluokkaa pienemmäksi yksiköksi. Lausuma voi olla tässä jopa yksittäinen sana tai lauseen osa, jos se muodostaa oman kokonaisuutensa. Esimerkkinä lausumista ovat lauseet 'avuksi tarvitaan lääkintäteknikkaa' ja 'potilas pelkää ja on ahdistunut' (käytän '-merkkiä aineistosta lainattujen lauseiden ympärillä). Aineistosta löytyi yhteensä 285 lausumaa. Koska halusin tarkastella myös luokitusten muutosta hoitoisuuden muuttuessa, jaoin luokitukset vielä helpon, keskivaikean ja vaikean hoitoisuuden asteeseen. Järjestin jokaisen hoitoisuusluokituksen luokat tasaisesti ja symmetrisesti näihin kolmeen ryhmään. Jos siis hoitoisuusluokituksessa oli kuusi luokkaa, sijoitin niistä jokaiseen hoitoisuusasteeseen kaksi. Tarkastin jaon myös sisällöllisesti niin, että luokkien ollessa hyvin lähellä toisiaan esimerkiksi käytettyjen hoitovälineiden, hoitajien määrän tai muun tekijän suhteen, sijoitin ne samaan hoitoisuusasteeseen.

Varsinaisen analyysin aluksi tarkastelin, mistä lausumissa puhutaan ja löysin hoitoisuusluokitusten neljä toimijaa: potilaan, omaisen, hoitajan ja hoitamisen. Toimijat löytyivät aineistolähtöisesti eli en etukäteen valinnut toimijoita vaan tarkastelun kohteeksi valikoituivat ne toimijat, jotka aineistossa esiintyivät (ks. Tuomi ja Sarajärvi 2002). Sisällytin toimijakäsitteen alle myös hoitamisen, sillä toimija voi olla myös eloton olio (ks. Latour 1987). Vaikka hoitaminen ei itsessään ole "sosiaalinen olento", se on osa ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita. Aineistossa hoitaminen on toimintaa, jossa joku (hoitaja, omainen) hoitaa jotakuta (potilasta, omaista) ja näin hoitamisessa määrittävät myös muiden toimijoiden sosiaaliset paikat. Esimerkiksi lausumassa 'hoitaja suorittaa hoitotoimenpiteitä lähes jatkuvasti potilaan perustarpeiden pohjalta' hoitamisen suorittaa hoi-

taja ja sen kohteeksi asettuu potilas.

Lausumissa toimijat olivat vaihtelevasti läsnä: he toimivat, ovat puheen kohteena tai puuttuvat lausumista. Toimijat kuvaavat hyvin hoitotyön kokonaisuutta, ovathan yleensä kaikki neljä läsnä hoitotyön todellisuudessa ja vielä niin, että kaikki ovat riippuvaisia toisistaan. Lääkäri-toimija sen sijaan puuttui luokitusten teksteistä lähes kokonaan. Vain muutamassa lausumassa viitattiin lääketieteelliseen toimintaan tai lääkärin ja hoitajan väliseen suhteeseen.

Toimijoiden näkyvyyden tarkastelemiseksi käytän kehän käsitettä, joka on muunnokseni sosiologi Erving Goffmanin näyttämöajattelusta. Goffman on kirjassaan Arkielämän roolit (1971) käyttänyt teatterimaailman käsitteitä tarkastellessaan ihmisten yhteiselämää. Goffmanilla näyttelijät, siis tiettyä roolia esittävät ihmiset, toimivat näyttämöllä yleisön eli muiden ihmisten edessä. Näyttämö jakaantuu julkialueeseen ja tausta-alueeseen. Julkialueella oleva näyttelijä on näkyvissä yleisölle, kaikkien arvioitavissa. Tausta-alue taas on yhteydessä esitykseen ja julkialueeseen. Tausta-alueella, kulisissa, ei tarvitse kuitenkaan pelätä katsojan tunkeilua, joten näyttelijät voivat luopua roolihahmoistaan. Kolmantena alueena Goffman esittelee "välialueen" tai "jäännösalan". Tähän ulkoalueeseen kuuluvat kaikki ne tilat, jotka eivät ole sen enempää julkialueella kuin tausta-alueellakaan. Ulkoalueelle jäävät ihmiset ovat sivullisia.

Käytän kehäanalyysissä edellä kuvattua ajatusta siitä, että ihmiset, "näyttelijät", voivat olla joko yleisönsä näkyvissä tai piilossa kulisissa. Lisäksi on sivullisia, jotka eivät kuulu joukkoon, ja jotka ovat näkymättömissä. Samalla tavoin voidaan ajatella, että hoitoisuusluokituksissa esiintyvät toimijat (potilas, omainen, hoitaja ja hoitaminen) ovat näkyvissä luokituksen julkialueella, kulisissa tausta-alueella tai sitten lukijoiden ulottumattomissa ulkoalueella. Goffmanin (1971) mukaan ihminen voi vaihtaa paikkaansa tilanteen muuttuessa eli siirtyä alueelta toiselle. Voidaan siis ajatella, että hoitoisuusluokituksissakin toimijoiden paikat ovat vaihtuvia. Tietty lausuma kuvaa pysäytettyä kohtausta näytelmästä, jolloin toimijat ovat tietyllä, heille ennalta määrättyllä alueella. Jo seuraavassa kohtauksessa eli hoitoisuusluokituksen lausumassa tilanne on voinut muuttua ja toimijat siirtyä alueelta toiselle.

Havainnollistan toimijoiden näkyvyyttä tai näkymättömyyttä hoitoisuusluokituksissa suun-

nittelemallani kehäkuviolla (kuvio 1). En puhu Goffmannin (1971) tapaan eri alueista vaan käytän kehän käsitettä. Kehäkuvio muotoutui Goffmannin ajattelun tavoin kolmikehäiseksi, koska huomasin, että toimijat olivat lausumissa näkyvissä joko suorasti tai epäsuorasti tai sitten kokonaan näkymättömissä. Tarkastelen analyysissä sitä, mille kehälle toimijat hoitoisuusluokitusten lausumissa sijoittuvat ja sitä kautta toimijoiden näkyvyyttä hoitoisuusluokituksissa.

Sisimpänä kehämallissa on keskiö, joka kuvaa lausumassa eksplisiittisesti näkyvissä olevaa toimijaa tai toimijoita. Toimijasta tällöin puhutaan tai hän toimii aktiivisesti. Esimerkiksi lausumassa 'hoitohenkilökunta suorittaa toistuvasti perushoitoa potilaalle' on mainittu hoitaja, hoitaminen ja potilas, ja näin ollen ne kaikki sijoittuvat keskiöön. Seuraavan kehän nimesin ulkokehäksi, joka kuvaa toimijan implisiittistä läsnäoloa lausumassa. Toimijaa ei tällöin suoraan ole mainittu lausumassa, mutta hän on kuitenkin epäsuorasti läsnä. Toimijaan voidaan esimerkiksi viitata jonkun toisen toimijan kautta tai muutoin kiertäen. Esimerkiksi lausumassa 'autettava tai valvottava potilas' on keskiössä hoitaminen (auttaa tai valvoo) ja potilas. Sen sijaan hoitaja sijoittuu ulkokehälle, koska häntä ei suoranaisesti mainita, mutta rivien välistä voidaan lukea, että nimenomaan hoitaja on se, joka auttaa tai valvoo. Uloimman kehän nimesin näkymättömyyden kehäksi. Tälle kehälle toimija sijoittui silloin, kun hän ei ollut lausumassa lainkaan näkyvissä. Esimerkiksi lausumassa, jossa todetaan, että 'potilaalla on tilapäisiä ja hankalia hengitysvaikeuk-

sia' kaikki muut toimijat paitsi potilas sijoittuvat näkymättömyyden kehälle, koska lausumassa ei oteta kantaa siihen, mitä hengitysvaikeuksille tehdään eikä mainita hoitajaa tai omaista.

Jatkoin analyysiä koodaamalla toimijoiden näkyvyyttä aineistossa lausuma kerrallaan Atlas.ti -ohjelman avulla. Tämän jälkeen piirsin lausuma lausumalta koodatun luokituksen kehäkuvioksi ja annoin toimijalle paikan tietyllä kehällä, jos yli puolet lausumista sijoittui tälle kehälle. Joissakin tapauksissa toimija saattoi sijoittua kahdelle tai kolmelle kehälle. Määritin toimijan paikan kehäkuviossa kussakin hoitoisuusluokituksessa lausumien suhteellisen määrän mukaan. Tarkastelin, mille kehälle toimija sijoittui suhteessa kunkin hoitoisuusluokituksen lausumien määrään, en suhteessa koko aineistoon. Näin eri hoitoisuusluokitusten lausumien määrän erilaisuudesta huolimatta eri hoitoisuusluokitusten kehäkuvioista saatiin yhteismitallisia keskenään. Näiden sääntöjen mukaisesti toimien sain piirrettyä jokaiselle aineistona olevalle hoitoisuusluokitukselle oman kehäkuvionsa. Lopuksi tarkastelin toimijoiden näkyvyyden muutosta yksittäisissä hoitoisuusluokituksissa siirryttäessä perushoidosta erikoishoittoon tai hoitoisuuden kasvaessa.

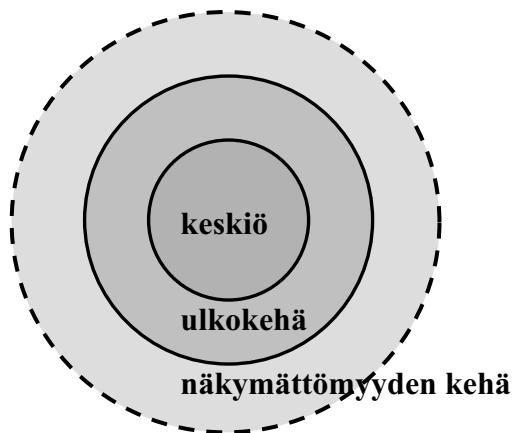
KEHÄMALLIEN MUODOSTUMINEN

Luokituksista muodostui kaksi erilaista kehämallia, kun sijoitin lausumien toimijat kehäkuvion kehille hoitoisuusluokitus kerrallaan. Kehämallit ovat tyypittelyä siitä, miten eri tavoin toimijat näyttäytyvät luokituksissa ja yleisimmin osa toimijoista oli näkyvissä ja osa näkymättömissä. Toimijat sijoittuivat kaikille kolmelle kehälle tai sitten kahdelle, keskiöön ja näkymättömyyden kehälle. Tällaisia kehämalleja kutsun näkymättömien toimijoiden kehämalleiksi, joka korostaa sitä, että joku tai jotkut toimijat jäivät luokituksessa näkymättömiin.

Aineistossa vuoden 1997 hoitoisuusluokitus edustaa kaksikehäistä näkymättömien toimijoiden kehämallia. Luokituksen keskiössä on potilas ja muut toimijat jäävät näkymättömiin. Potilas on lausumissa aktiivisena toimijana eli 'potilas palelee' tai 'potilas on rauhallinen'. Luokitus on niin potilaskeskeinen, että muut toimijat jäävät kokonaan lausumien ulkopuolelle eli niissä ei kuvata toimintaa tai tekijää.

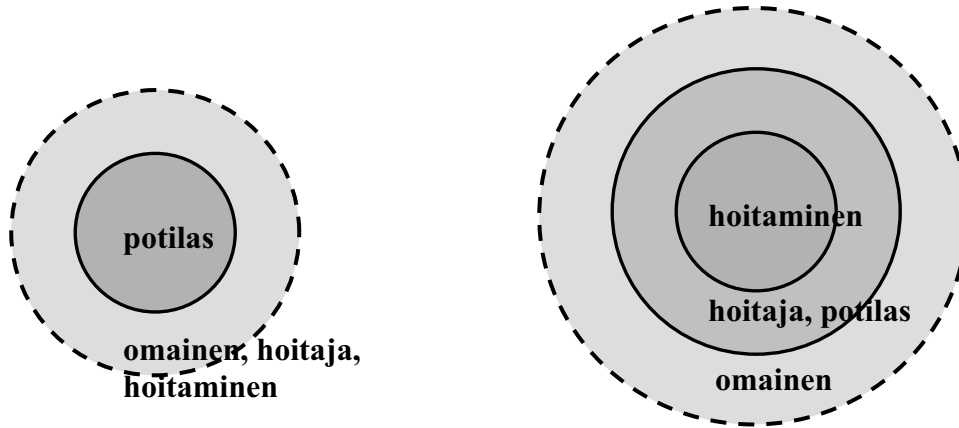
Vuoden 1994 luokitus edustaa näkymättömien toimijoiden kehämallia, jossa toimijat sijoittuvat kaikille kolmelle kehälle. Lausumat kuvaavat toimintaa, joten hoitaminen sijoittuu luoki-

Kuvio 1.
Hoitoisuusluokituksen toimijoiden näkyvyyttä kuvaava kehämalli.



Kuvio 2.

Vuoden 1997 ja 1994 hoitoisuusluokituksesta piirretyt kehämallit esimerkkinä kaksi- ja kolmikehäisistä näkymättömien toimijoiden kehämallista.



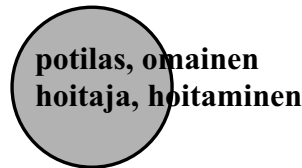
tuksen keskiöön. Esimerkiksi verenkiertoon ja lämpötalouteen liittyvässä lausumassa, 'tarvitsee tehostettua invasiivista (Swan-Ganz) valvontaa', keskeisenä sisältönä on valvonta, joka on hoitamisen yksi osa-alue. Potilas on ulkokehällä, koska häneen viitataan epäsuorasti käyttämällä ilmaisuja 'tarvitsee', 'saattaa tarvita' jne. Hoitaja sen sijaan jää luokituksessa näkymättömiin. Esimerkiksi lausumassa 'tarkka nestetasapainon seuranta' hoitaja ei näy hoidon toteuttajana. Jos lausumat olisi rakennettu toisin eli tyyliin 'nestetasapainoa seurataan tarkasti', hoitaja olisi saanut paikan ulkokehällä, koska lause implisiittisesti sisältäisi seurannan tekijän eli hoitajan. Myös omainen jää luokituksessa näkymättömiin.

Jatkaessani toimijoiden näkyvyyden tarkastelua erikseen perushoidon ja erikoissairaanhoidon osalta niissä hoitoisuusluokituksissa, joissa hoito oli jaettu näihin kahteen tasoon, sain esiin toisen kehämallin, jota kutsun keskiökehämalliksi. Tässä mallissa kaikki toimijat olivat luokituksessa eksplisiittisesti näkyvissä eli sijoituivat keskiöön. Tätä mallia edusti aineistossa vuoden 1990 hoitoisuusluokitus perushoidon osa-alueella. Esimerkiksi lausumassa 'hoitaja avustaa tai ohjaa joissain perushoidon toiminnoissa potilasta ja hänen omaisiaan' kaikki neljä toimijaa ovat selkeästi näkyvissä.

Vuoden 1990 luokitus on ajallisesti ensimmäinen, joka ottaa omaiset vahvasti mukaan ja ainoa, jossa omaiset ovat kehäkuviossa näkyvillä (esimerkiksi 'potilaan ja hänen omaisensa psyykkisen tuen tarve huomioidaan'). Luokitus on teh-

Kuvio 3.

Vuoden 1990 hoitoisuusluokituksista piirretty kehäkuvio esimerkkinä keskiökehämallista.



ty poliklinikalle, missä potilaan mukana on usein omaisia ja potilaan äkillinen tai vakava sairaus tai vamma voi aiheuttaa myös omaisissa voimakkaita reaktioita, jolloin heidän huomioinnistaan on tullut tärkeä ja iso osa poliklinikan hoitajien työtä.

TOIMIJOIDEN NÄKYVYYS JA NÄKYMÄTTÖMYYS

Omaisen puuttuminen lähes kaikista luokituksista oli odotettavaa, koska omainen on pitkään laskettu ulkopuoliseksi sairaalayhteisössä, ja hänen kulkuaan sairaaloissa on rajoitettu sekä ajan (vierailuaika) että tilan (vierailuhuone) suhteen. Omaisten puuttuminen on kuitenkin yksi luokitusten suurimmista puutteista, koska omaiset ovat joka tapauksessa läsnä hoitotyön todellisuudessa. Vaikka luokitukset vaikenivat omaisista henkisen tuen kohteena, omaisia kuitenkin huomioidaan ja tuetaan hoitotodellisuudessa. Jos omaisten henkinen tukeminen ei näy hoitajien työtä mittaavassa luokituksessa, on se viesti käytännön toimijalle, että tämä toiminta ei kuulu

työhöni eikä sitä arvosteta. Näin henkinen tuki on vaarassa jäädä muiden työtehtävien jalkoihin ja siitä tulee tehtävä, josta on esimerkiksi ajanpuutteen vuoksi helppo luopua. Henkisen tuen mukaan ottaminen luokituksiin olisi viesti sekä hoitotyöntekijöille että hallinnoijille siitä, että huolimatta niukoista resursseista, henkisen tukemiseen pitää varata aikaa, koska se on olennainen osa hoitotyötä (ks. Bowker ja Star 2000). Luokitukset vaikenivat suurelta osin omaisista paitsi henkisen tuen kohteena myös henkisen tai muunlaisen tuen antajina. Omaisen rooli potilaan auttajana ja tukijana sairauden eri vaiheissa on niin suuri voimavara, että sosiaalisen verkoston toimivuutta kannattaisi ylläpitää hoitajankin tukevana.

Kehäkuvioiden keskiöön pääsee useimmiten hoitaminen. Tämä tuntuu loogiselta, koska hoitoisuusluokitusten tarkoituksena on kuvata ja mitata hoitajan työtä, siis tekemistä ja toimintaa. Hoitaja ja potilas ovat toimijoita, joiden näkyvyys luokituksissa vaihtelee eniten. Jotkut luokitukset on rakennettu niin potilaskeskeisiksi, että hoitaja jää puuttumaan niistä, kun taas toiset keskittyvät niin hoitajaan ja hoitamiseen, että potilas jää taustalle. Toimijoiden näkyvyyden muutos luokituksissa voi osin selittyä eri aikakausten tiedollisilla sitoumuksilla. Kyseessä olisi silloin tietoinen valinta tietyn toimijan korostamiseksi hoitotyön ja hoitotieteen sen hetkisen tietoperustan mukaisesti. Hoitotyössä esimerkiksi potilaskeskeinen- tai yksilövastuinen hoitotyö ovat tällaisia tietoperustan mukaisia painotuksia. Toisaalta poisjättäminen voi olla tahatonta, jolloin ei ehkä ole ajateltu hoitoisuusluokituksia hoitotodellisuuden kuvaajina ja niiden merkitystä tuon kuvan ylläpitämisessä, uusintamisessa ja muokkaamisessa.

Lääkäritoimija puuttui luokituksista lähes kokonaan. Todennäköisesti lääkärin poissaolo on tietoista: on haluttu keskittyä pelkästään hoitotyön kuvaamiseen. Lääkärin ulossulkeminen hoitoisuusluokitusten lausumista alleviivaa erottelua ”meidän” ja ”teidän” luokitusjärjestelmä ja näin myös erottelua ”meidän” ja ”teidän” työ. Erottelun tekeminen on ymmärrettävää hoitotyön itenäisyystavoitteista katsoen, mutta yhteisen hoidon kohteen, potilaan, kannalta erottelu voi olla ongelmallinen. Olisikin parempi, jos voitaisiin kuvata hoitotyötä lausumissa myös tiimityönä yhdessä lääkäreiden kanssa, ei alistaisesti, vaan rinnakkain potilaan parhaaksi, koska molemmat osapuolet ovat hoitotodellisuudessa kuitenkin

tekemässä työtä yhdessä.

Luokitukset jättävät näkymättömäksi tai eivät erittele sitä, mikä ammattiryhmä hoitamisen toteuttaa. Hoitotyön kentällä toimii henkilökuntaa eri ammattinimikkeillä (sairaanhoitaja, lähihoitaja), mutta luokituksissa puhutaan vain yleisesti hoitajasta tai hoitohenkilökunnasta. Hoidon toteuttajaa ei eritellä, vaikka luokituksessa puhuttaisiin erikseen perus- ja erikoissairaanhoitosta eikä luokituksissa tehdä jaottelua hoiva- ja hoitotyöhön. Voidaan kuitenkin olettaa, että hoitoisuusluokitukset kuvaavat nimenomaan sairaanhoitajien työtä, koska ne on laadittu sairaanhoitajien ammattikunnan piirissä. Hoitoisuusluokitukset määrittelevätkin osaltaan sitä, mitä sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu ja minkälaista toimintaa tai tehtäviä arvostetaan. Bowker ja Star (2000) muistuttavat, että luokitusten valinnoilla on seurauksensa myös muihin ammattiryhmiin kuin luokituksen varsinaisiin käyttäjiin. Työn sisältöjä luokittelemalla voidaan siirtää joitakin työtehtäviä toiselle, usein alemmalle ammattiryhmälle. Tällöin hoitoisuusluokituksista puuttuvat toimet tai työn sisällöt voivat esimerkiksi profiloitua lähihoitajien työtehtäviksi, halusivatpa he sitä tai eivät (Ks. myös Laiho 2005).

NÄKYMÄTTÖMYYS TUOTTA ALIARVOSTUSTA

Analyysissä muodostetut kehämallit havainnollistavat kuinka toimijoita on jätetty luokituksessa näkymättömiin. Jos yhden hoitoisuusluokituksen pohjalta loisi kuvaa hoitotyöstä, jäisi joku toimija kokonaan hoitotyön ulkopuolelle. Näkymättömiin jäävää toimijaa voisi kuvata Goffmanin käsittein ”epähenkilöksi” tai tässä tapauksessa ”epätoimijaksi”. Goffmanin (1971) mukaan ”epähenkilö” on paikalla, mutta varsinaisten esittäjien ja yleisön ulkopuolella. Epähenkilöt ovat läsnä, mutta heitä kohdellaan kuin he olisivat ilmaa. Epähenkilön roolia sävyttävät alistettu asema ja arvostuksen vähyys.

Voidaan siis ajatella, että hoitoisuusluokituksen ”epätoimija”, siis toimija, joka on joutunut näkymättömyyden kehälle, joutuu samalla tavoin alistettuun asemaan suhteessa muihin toimijoihin. Ja koska hoitoisuusluokitusten tarkoituksena on kuvata hoitotyön todellisuutta, hoitoisuusluokituksen ”epätoimija” kuvaa tai jopa tuottaa ”epätoimijuutta” eli aliarvostettua asemaa hoitotyön todellisuudessa. Ei siis ole yhdentekevää, jos esimerkiksi hoitaja unohdetaan hoitoisuusluokituksista, jonka yhtenä tavoitteena on hoitajien aseman parantaminen.

Tarkastellessani toimijoiden näkyvyyden muutosta hoitoisuuden kasvaessa, muutokset olivat yleisesti ottaen pieniä eli toimijoiden näkyvyys pysyi pääsääntöisesti samanlaisena läpi koko luokituksen. Muutoksista voi vetää vain varovaisia johtopäätöksiä ja kuvata niiden suuntaa. Tarkastellessani toimijoiden näkyvyyden muutosta niissä hoitoisuusluokituksissa, joissa perus- ja erikoishoito on erotettu toisistaan, huomasin yhden säännönmukaisuuden: näyttäisi siltä, että potilas siirtyi kehäkuviossa ”enemmän ulos” eli näkymättömiin siirryttäessä perushoidosta erikoishoittoon. Potilas siirtyi esimerkiksi ulkokehältä näkymättömiin. Tällaista näkymättömiin siirtymistä on havaittavissa myös hoitoisuusasteen mukaisessa tarkastelussa eli mitä vaikeampaa hoitoisuutta luokituksessa kuvataan sitä vähemmän potilas on lausumissa näkyvissä.

Potilaan siirtymä enemmän näkymättömiin hoidon vaativuuden kasvaessa luo kuvaa siitä, että potilas siirtyy hoitoisuuden kasvaessa toisijaiseksi. Hoidossa luovutaan tavallaan potilaan subjektiivisuudesta ja siirrytään potilasta objektiiviseen ja esineellistävään laitteiden käytön ja toimenpiteiden kuvaamiseen. On totta, että vaikean hoitoisuuden potilaan, joka voi taistella hengestään, hoitoon tarvitaan enemmän monimutkaisia toimenpiteitä ja teknisiä laitteistoja kuin perushoidossa olevan potilaan. Tämä ei kuitenkaan saisi olla este sille, että hoitoisuusluokituksessa huomioitaisiin potilas myös subjektina. Potilaan, ei elintoiminnon tai lääkintäväliseen, pitäisi olla hoidon keskipiste silloinkin, kun hoito on erityisen vaativaa. Jos potilaan subjektiivisuus tuotaisiin esille vaikean hoitoisuudenkin luokissa, olisi se myös muistutus kaikille hoitoon osallistuville potilaan subjektiivisuudesta kaiken toiminnan ja teknisyiden keskellä (Ks. myös Soivio 2003).

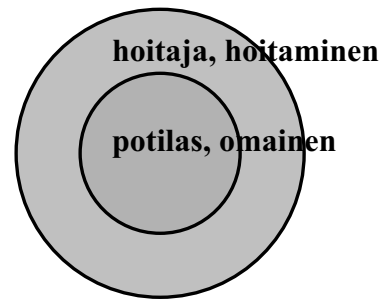
IDEAALI HOITOISUUSLUOKITUS

Hoitotyön toimijoiden näkyvyyden kannalta ideaalissa hoitoisuusluokituksessa kaikki hoitotyön todellisuudessa läsnä olevat toimijat olisivat mukana hoitoisuusluokituksen lausumissa. Tällöin luokitukselta piirretty kehämalli edustaisi joko keskiökehämallia (ks. kuvio 3) tai kolmatta, näkyvien toimijoiden, kehämallia (kuvio 4). Tällaista kehämallia ei kuitenkaan edustanut mikään tämän tutkimuksen aineistona ollut luokitus.

Näkyvien toimijoiden kehämallissa kaikki neljä toimijaa sijoittuisivat joko keskiöön tai ulkokehälle ja olisivat näin läsnä luokituksessa joko eksplisiittisesti tai implisiittisesti. Tällä tavoin ra-

Kuvio 4.

Esimerkki näkyvien toimijoiden kehämallista.



kennettu luokitus ei keskiökehämallin tavoin jättäisi ulkopuolelle ketään toimijaa, mutta antaisi ilmaisullisesti keskiökehämallia suuremman liikumavapauden lausumissa.

Kaikkien toimijoiden läsnäolo luokituksessa ei tarkoita, että kaikki osapuolet osallistuisivat hoitamiseen, koska se ei ole aina mahdollista. Joskus esimerkiksi potilas on niin huonokuntoinen, ettei voi osallistua hoitoonsa tai on paikkoja, jonne omaiset eivät pääse (leikkaussali). Näkyvis- sä oleminen tarkoittaa ennen muuta sitä, että lausumissa on otettu kaikki toimijat huomioon. Esimerkkinä tästä on vuoden 1990 luokituksessa oleva lausuma ’omaiset ja potilas voivat osallistua hoitoon vain hoitajan ohjaamana tai valvomana’. Kaikki toimijat ovat läsnä ja näkyvissä, vaikka potilas ja omaiset eivät sisällön mukaan osallistu- kaan hoitoon täysipainoisesti.

POHDINTA

Artikkelin tavoitteena oli tutkia, millaista kuvaa hoitoisuusluokitusten kielenkäyttö tuottaa hoitotyön todellisuudesta tarkastelemalla hoitotyön toimijoiden näkyvyyttä hoitoisuusluokituksissa. Aineistona käytin kuutta Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa kehitettyä hoitotoisuusluokitusta eri vuosikymmeniltä, jotka sisälsivät yhteensä 285 lausumaa. Tutkimuksen lähtökohtainen ajatus oli, että hoitoisuusluokituksissa käytetty kieli ei pelkästään kuvaa vaan myös tuottaa hoitotyön todellisuutta. Analyysi oli diskurssianaalyttinen ja analyysiväliseenä käytin kehäanalyysiä, joka pohjautuu Erving Goffmanin ajatteluun. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitoisuusluokitukset eivät tuo tasapuolisesti esiin kaikkia hoitotyön toimijoita eli potilasta, omaista, hoitajaa ja hoitamista. Vaarana on, että toimijan näkymättömyys hoitoisuusluokituksessa tai muissa

hoitotyön institutionaalissa teksteissä tuottaa toimijalle näkymättömyyttä tai aliarvostettua asemaa myös hoitotyön todellisuuteen.

Hoitaisuusluokitusten toimijoiden näkyvyys vaihtelee luokitukselta toiselta, eikä ole olemassa yhtä muotia, jonka mukaan luokitukset on rakennettu. Toimijoiden näkyvyys vaihtelee siitä huolimatta, että monet luokitukset pohjaavat ajallisesti aikaisempaan, ja aineisto on kerätty yhdestä sairaalasta. Toimijoiden näkyvyyden vaihtelu voi johtua siitä, että luokitukset hoitotyössä ovat suhteellisen uusia ja vasta kehitysvaiheessa, jolloin erilaisia rakenteita on kokeiltu ja haettu sopivan tyyppistä luokitusta. Vaihtelu voi myös kieliä kehitystyön satunnaisuudesta ja paikallisuudesta eli pitkäjänteisen ja laaja-alaisen suunnittelun ja koordinoinnin puutteesta. Kehitystyön koskiessa vain yhtä osastoa vaihtelu sairaaloittain ja valtakunnallisesti on todennäköisesti suurta.

Luokitusten paikallisuudesta kielivä rakenteen erilaisuus ei ole pelkästään negatiivista. Sosiaalityön luokituksia tutkinut Juhila (2000) korostaa paikallisuuden positiivisena puolena luokittelujen työntekijälähtöisyyttä. Luokitus ei ole ulkoapäin annettu vaan työntekijät ovat itse oikeutettuja toimijoita, jotka tuottavat luokituksia paikallisesti omista tarpeista käsin. Tällainen paikallinen tiedontuotanto ehkäisee Juhilan mielestä työn muuttamista ulkoapäin asetettujen tehtävien toteuttamiseksi ylhäältä tuotettujen luokitusten mukana, kuten hän kriittisessä näkemyksessään pelkää. Tästä näkökulmasta hoitaisuusluokitusten paikallisuus näyttäytyikin positiivisena ja tuettavana asiana, joka sallii hoitokulttuurien monimuotoisuuden.

Koska tutkimuksen tulokset osoittavat, että luokituksissa ei ole onnistuttu tuomaan näkyväksi kaikkia hoitotyön toimijoita, voidaan myös pohtia, ovatko luokitukset hoitotyössä ylipäätään tarpeellisia. Niitä käytetään, koska niiden tuottama määrällinen tieto koetaan tärkeänä, tarpeellisenä ja informatiivisena. Ne ovat lisäksi nyky-yhteiskunnassa ehkä välttämätön ja ainut tapa keskustella asioista yli tiede- tai ammattikuntarajojen (Juhila 2000). Näin luokituksilla varmistellaan hoitotyölle uskottavaa paikkaa yhteiskunnassa. Luokituksia käyttämällä hoitotyön toimijat tulevat paremmin kuulluiksi yhteiskunnallisen keskustelun kentällä. Hoitaisuusluokituksilla tavoitellaan myös yhtenäisen kielen kehittämistä hoitotyölle (ks. McCormick 2000, Wilskman 2000). Oman kielen kehittämällä osoitetaan omaa

paikkaa ja erityisyyttä suhteessa muihin terveydenhuoltoalan toimijoihin ja se korostaa hoitotyön autonomisuutta ja on väline nousta itsenäiseksi tieteenalaksi lääketieteen rinnalle (Halttunen 1993). Näillä perusteilla hoitotyön luokituksilla on paikkansa hoitotyössä.

Luokitusten toimivuus hoitotyössä voidaan kuitenkin asettaa kyseenalaiseksi. Luokitusten ongelmana näen sen, että niillä pyritään kuvaamaan toimintaa, joka istuu jäykkiin luokituksiin huonosti. Hoitotyön halutaan olevan kokonaisvaltaista, potilasta ymmärtävää, inhimillistä, yksilön ihmisarvoa kunnioittavaa jne. Näitä laadullisia ja vaikeasti mitattavissa olevia asioita on hankalaa ellei mahdotonta puristaa määrällistä tietoa tuottavaan luokitukseen. Hoitotyön monimuotoisuuden ja moniarvoisuuden istuttaminen sitä kuvaavaan luokitukseen johtaa ehkä väistämättä yksipuoliseen, määrällistä ja teknistä hoitamista korostavaan hoitotyön kuvaan monipuolisen, laadullisuutta ja inhimillisyyttä korostavan hoitotyön sijaan.

Voi myös kysyä, haetaanko hoitotyölle arvostusta lähtemällä mukaan lääketieteen tapaan tuottaa numeerista tietoa. Hoitotyö saa omat diagnooseihin, interventioihin ja tuloksiin pohjaavat luokituksensa lääketieteen diagnoosi- ja toimenpideluokitusten tapaan. Luokitusten avulla saadaan laadullisen sijaan määrällistä tietoa, jolloin hoitotyön tiedontuotanto olisi rinnastettavissa lääketieteen pitkät perinteet omaavaan määrälliseen tiedontuotantoon. Tällöin lähtökohdaksi kuitenkin asettuu numeerisen tiedon paremmuus ja ylivalta muunlaiseen tietoon verrattuna. Herää kysymys, pitääkö lääketieteen tiedontuotamista ylipäätään toistaa ja tällä tavoin hyväksyä sen ensisijaisuus. Anneli Halttusen (1993) mukaan hoitotyön kentälläkin on kritisoitu hoitotyön diagnooseja siitä, että ne ovat lääketieteellisen toiminnan matkimista. Jos hoitotyössä lähdetään mukaan lääketieteen tapaan ymmärtää ja katsoa asioita, tullaan samalla uusintaneeksi lääketieteen valtaa ja lääketieteellisen tiedon ensisijaisuutta.

Hoitotyö voisi pyrkiä säilyttämään laadullisuutensa ja kokonaisvaltaisuutensa ja näin korostaa erityisyyttään. Tämä voisi olla mahdollista myös luokituksissa, jos ne katsotaan tarpeelliseksi. On eri asia tuottaa luokituksia omista tarpeista lähtien ja omaan käyttöön kuin ryhtyä seuraamaan ulkoapäin asettuvia periaatteita. Myös luokitusten sisällöllä on väliä. Ne voidaan laatia annettujen ja mitattavien faktojen sijaan avoimik-

si toiminnallisiksi kategorioiksi, jotka ovat avoimia erilaisille sisällöille (Ks. Juhila 2000).

Hoitoisuusluokituksia laadittaessa tulee kiinnittää erityistä huomiota luokituksessa käytettyyn kieleen. Tämän tutkimuksen valossa ideaali hoitoisuusluokitus laadittaisiin siten, että kaikki hoitotyön toimijat otettaisiin mukaan luokitukseen. Näin mikään toimija ei jäisi näkymättömiin eikä poisjätetyille tuotettaisi aliarvostettua asemaa muihin toimijoihin nähden. Jos omaisten halutaan olevan arvokas osa hoitotyön todellisuutta, on heidät otettava mukaan myös hoitotyötä kuvaavaan luokitukseen. Ja jos hoitoisuusluokituksen yhtenä tavoitteena on hoitajien itsenäisemmän aseman saavuttaminen, myös hoitaja tulee kirjata lausumiin näkyviin.

Edelleen luokitusta laadittaessa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, mitä luokitukseen otetaan mukaan ja mitä jätetään pois. Mukaan olisi otettava asiat, jotka nähdään hoitotyössä arvokkaiksi ja joita hoitotyön halutaan sisältävän, eikä pelkästään asioita, jotka on helppo mitata. Hoitajan suorittamat toimenpiteet ovat helposti laskettavissa, mutta myös esimerkiksi henkinen tuki tulisi abstraktiudessaankin pystyä sisällyttämään luokitukseen, jos sen halutaan olevan osa hoitajien työtä. Luokituksen kieltä pitäisi tarkastella läpi koko luokituksen ja huomioida muuttuuko kielenkäyttö hoitoisuuden muuttuessa. Kaikkien toimijoiden tulisi olla näkyvissä läpi koko luokituksen. Jos potilas on mukana hoitoisuuden alimmilla tasoilla, hänen tulisi olla näkyvissä myös vaikean hoitoisuuden lausumissa, jottei luokitus objektivoi potilasta hoidon vaativuuden kasvaessa.

Tutkimus on toteutettu pienellä aineistolla (kuusi luokitusta), mutta luokitusten sisältämien lausumien suuri määrä (285) mahdollisti tutkimuksen toteuttamisen. Aineisto on rikas ja kattava, koska mukana olleet hoitoisuusluokitukset edustavat monipuolisesti sairaanhoidon eri osaluoteita. Lisäksi mukana olleista luokituksista kolme on ns. malliluokitusta (Seppälä 1992), jotka ovat levinneet alkuperäissairaalasta myös muihin sairaaloihin. Tutkimuksen puutteena voidaan pitää ajallisesti melko vanhaa tutkimusaineistoa. Vanhoja hoitoisuusluokituksia tarkastelemalla ei tavoiteta sitä, millaista kuvaa tämän päivän hoi-

toisuusluokitukset tai muut institutionaaliset tekstit tuottavat hoitotyön todellisuudesta. Toisaalta, koska hoitoisuusluokituksia ei ole tämän tutkimuksen näkökulmasta aikaisemmin tarkasteltu, myös vanhojen luokitusten tarkastelulla on paikkansa. Vanhojen luokitusten tutkiminen toi esiin sen, minkälaisiin asioihin kielenkäytössä tulisi kiinnittää huomiota.

Tutkimuksen avulla on saatu koottua perustietoa ilmiöstä, mutta lisäksi olen halunnut testata uudenlaista näkökulmaa ja analyysitapaa terveydenhuollon tekstien tutkimiseen. Ottamalla lähtökohdaksi ajatuksen hoitotyön tekstien vaikutuksesta hoitotyön todellisuuteen, olen halunnut korostaa, että tekstien mukaan ottamisiin ja vaikenemisiin sisältyy valtaa ja mahdollisuus vaikuttaa niihin merkityksiin, joita annamme sille asialle, mitä ne kuvaavat. Tekstit määrittävät osaltaan sitä, mikä hoitotyön todellisuudessa on tärkeää ja mikä ei. Valintojen, ovatpa ne tietoisia tai tiedostamattomia, avulla voidaan vaikuttaa hoitotyön sisältöihin ja jopa muuttaa niitä. Ja tietoisuus tekstien mahdollisuuksista ja rajoituksista auttaa kehittämään entistä parempia luokituksia, jos ne edelleen nähdään hoitotyössä tarpeellisina. Jatkossa olisi hyvä tarkastella, millaisia tällä hetkellä käytössä olevat luokitukset ovat tai minkälaisia luokituksia maailmalla ollaan kehittämässä. Mielekästä olisi ulottaa tarkastelu myös muihin terveydenhuollon institutionaalsiin teksteihin, ja toisaalta tutkia millaisia erotteluja tekstit tuottavat terveydenhuollon eri ammattiryhmien välille.

Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitoisuusluokitusten tuottamaa kuvaa hoitotyöstä toimijoiden näkyvyyden kautta. Potilas, omainen, hoitaja ja hoitaminen näkyvät luokitusten lausumissa vaihtelevasti ja joku toimija jäi aina näkymättömiin. Toimijoiden puuttuminen yksipuolistaa kuvaa hoitotyöstä ja voi tuottaa aliarvostusta poisjätetyille toimijalle. Luokitusten ja muiden hoitotyön institutionaalisten tekstien laatijoiden tulisi tiedostaa tekstit merkityksiä tuottavina. Kiinnittämällä entistä suurempaa huomiota teksteissä käytettyyn kieleen heillä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaista kuvaa ne hoitotyön todellisuudesta tuottavat.

The aim of the study is to determine how patient classifications influence the reality of caring. I consider agents' visibility in patient classifications in which patients are grouped into categories based on how much care they require. This study assumes that classifications maintain and actively construct the reality of caring.

The research data include six patient classifications created at the Helsinki University Hospital from the 1960s to the 1990s. The analysis method is based on a discourse analytic approach. As an instrument of analysis, I used a circle analysis, which I have developed based on the think-

ing of Erving Goffman. I have visualised the visibility or invisibility of the caring agents in patient classifications by using circle models.

The results of the study indicate that the classifications emphasise all the caring agents (the patient, close relatives, the caregiver and caregiving) unequally, which can lead to the undervaluing of invisible agents and to an incomplete understanding about caring. Ideally, all agents would be equally visible throughout the entire classification. When establishing patient classifications the language of classification should receive more attention.

KIRJALLISUUS

- Alward R. Patient Classification Systems: The Ideal vs. Reality. *JONA* 1983;1:14-19.
- Bailey KD. Typologies and Taxonomies. An Introduction to Classification Techniques. Sage, Thousands Oaks 1994.
- Bowker GC, Star SL. Sorting Things Out. Classification and Its Consequences. The MIT Press, Cambridge 2000.
- McCormick KA. Solving the Vocabulary Problem. Teoksessa Ball M J, Hannah K J, Newbold S K, Douglas JV. (toim.) *Nursing Informatics. Where Caring and Technology Meet*. Springer, New York 2000.
- DeGroot HA. Patient Classification System Evaluation. Part II: System Selection and Implementation. *JONA* 1989;7:24-29.
- DeGroot HA. Patient Classification Systems and Staffing. Part I: Problems and Promise. *JONA* 1994;9:43-51.
- Fosbinder D. Nursing Costs/DRG: A Patient Classification System and Comparative Study. *JONA* 1986;11:18-23.
- Foucault M. *The Order of Things. An Archaeology of the Human Sciences*. Routledge, London 1970.
- Goffman E. *Arkielämän roolit. Oikeille jäljille rooliviidakossa*. WSOY, Helsinki 1971.
- Hacking I. *Social Construction of What?* Harvard University Press, Cambridge 1999.
- Halttunen A. Käytännön hoitotyön tutkimus – nimikkeiden ja luokitusten merkitys. Teoksessa Willman H. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1994. On aika puhua*. Kirjayhtymä, Tampere 1993.
- Hannah KJ. Determining Essential Nursing Information: Nursing Terms, Concept Representation and Data Elements. Teoksessa Ball MJ, Hannah KJ, Newbold SK, Douglas JV. (toim.) *Nursing Informatics. Where Caring and Technology Meet*. Springer, New York 2000.
- Henriksson L. Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. *Stakes tutkimuksia* 88. Stakes, Helsinki 1998.
- Holma T. Terveystyön sosiaalityön luokitus. Väline työn kehittämiseen. Esitelmä Stakesin sosiaalityön luokitusseminaarissa Sosiaalityö näkyväksi 26.9.2000. www.stakes.fi/oske/luokitukset/sosiaalityo/tupu2.rtf. 3.3.2003.
- Honkasalo M-L. Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.) *Terveystieteiden suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki 2000.
- International Classification for Nursing Practice. <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>. 3.9.2005.
- Johnson JM. Quantifying an Ambulatory Care Patient Classification Instrument. *JONA* 1989;11:36-41.
- Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Diskurssianalyysin aakkoset. *Vastapaino*, Tampere 1993.
- Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Diskurssianalyysi liikkeessä. *Vastapaino*, Tampere 1999.
- Juhila K. Sosiaalityön luokittelu ja ohjeistaminen – ristiriidassa refleksiivisyyden kanssa? *Refleksiivisen sosiaalityön aika?* *Janus* 2000;2:150-163.
- Karshmer JF. Expert Nursing Diagnoses. The Link Between Nursing Care Plans and Patient Classification System. *JONA* 1991;1:31-39.
- Kaustinen T, Hentinen M. Oulu-hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi. *Sairaanhoitaja* 1998;3:22-24.
- Kaustinen T. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa v. 1991-1993. *Lisensiaattitutkielma*. Oulun yliopiston hoitotieteen laitos, Oulu 1995.
- Kinnunen M. Työt, toimet ja luokittelut. *Työelämän tutkimuskeskus, Sarja T 2/1989*. Tampereen yliopisto, Tampere 1989.
- Kinnunen M. Luokiteltu sukupuoli. *Vastapaino*, Tampere 2001.

- Laiho A. ”Sisar tieteen saloissa” – sairaanhoitajien akatesoitumisprojekti Pohjoismaissa 1900-luvulla. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C 232. Turun yliopisto, Turku 2005.
- Latour B. *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers through society.* Open University Press, Milton Keynes 1987
- Mattila L-R. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 816. Tampereen yliopisto, Tampere 2001.
- Mäkelä K. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki 1990.
- NANDA. *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 1997-1998.* North American Nursing Diagnosis Association, Philadelphia 1996.
- NIC. *Nursing Interventions Classification.* Iowa Intervention Project. McCloskey JC, Bulechek GM, edit. Mosby, St. Louis (Mo). 1996.
- Nivalainen J. Hoitoisuusluokitukset perioperatiivisessa hoitotyössä. Julkaisematon Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos 2000.
- Pfeiffer D. The ICDH and the Need for its Revision. *Disability & Society* 1998;4:503-523.
- Phillips CY, Castorr A, Prescott PA, Soeken K. *Nursing Intensity. Going Beyond Patient Classification.* JONA 1992;4:46-52.
- Pulkkinen M-L. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja, C-sarja 163. Turun yliopisto, Turku 2000.
- Rainio A-K. Hoitoisuusluokituksen eli potilaiden yksilöllisen hoidon tarpeen mittaamisen kehittäminen. Hoitotyön projekti: hoitoisuusmitoituksen kehittäminen. Raportti II. Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa 1994.
- Rainio A-K. Hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä erikoissairaanhoidon kustannuslaskennassa. *Hoitotiede* 1996;2:70-77.
- Raitala E. Hoitoisuusluokitus sydänvalvontaosastolla. Monitori-hoitoisuusluokitusmittarin käyttökelpoisuuden arviointi. Julkaisematon Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos 1999.
- Rinne R. Koulutuspolitiikan käänne ja nuorten syrjäytyminen. Teoksessa Jauhiainen A, Rinne R, Tähtinen J. (toim.) *Koulutuspolitiikka Suomessa ja ylikansalliset mallit.* Suomen kasvatustieteellinen seura, Turku 2001.
- Schwandt TA. *Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry.* Teoksessa Denzin NK, Lincoln Y S. (toim.) *Handbook of Qualitative Research.* Sage, London 1994.
- Seppälä A. Suomessa käytössä olevia hoitoisuusluokituksia. Helsingin yliopistollisen keskus-sairaalan tutkimusjulkaisuja 4/92, Helsinki 1992.
- Seppälä U. ”Sosiaalinen diagnoosiluokitus” kuvaamaan sairauden haittaa. *Sairaanhoitaja* 2000;2:10-12.
- Soivio J. Lääketieteellinen teknologia ja sydänsairauden kokemus. Teoksessa Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U. (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen.* SKS, Helsinki 2003.
- Tilastokeskus. *Tilastokeskuksen luokitusstandardit.* Luokitusopas. Tilastokeskus, Helsinki 1996.
- Tuomi J, Sarajarvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Tammi, Helsinki 2002.
- Turtiainen A-M. Hoitoisuusluokituksen käyttö Helsingin yliopistollisessa keskussairaala. Julkaisematon Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopio 1992.
- Työterveyslaitos. *Vaurioiden, toiminnanvajaavuuksien ja haittojen kansainvälinen luokitus.* Käsikirja taudin seurauksien luokitteluksi. Työterveyslaitos, Helsinki 1985.
- Vehkakoski T. *Vammaisen lapsi ammatti-ihmisten asiakirjoissa. Diskurssianalyttinen tutkimus lausuntojen kielenkäytöstä.* Research Reports 71. Jyväskylä, Jyväskylän yliopiston erityispedagogiikan laitos 2000.
- Wilskman K. *Näkymätön näkyväksi.* Hoitotyön ammattikielen tutkimuksesta ja kehittämisestä. Suomen sairaanhoitajaliitto, Vantaa 2000.
- Wilskman K, Sonninen A. *Kansainvälistä hoitotyön luokitusta kehitetään.* *Sairaanhoitaja* 1999;2:16-19.

RIIKKA LÄMSÄ
VTM, sh, tutkija
Helsingin yliopisto
Yhteiskuntapolitiikan laitos