

RAIMO PUUSTINEN

## Yleissairaanhoidon tutkimuksen ongelmat

Tämän kirjoituksen tarkoituksena on hahmottaa eräitä piirteitä nykyaikaisen sairaalalaitoksen rakenteesta, toiminnasta ja niiden tutkimuksesta. Koska keskustelu aiheesta ei Suomessa ole edes vielä alkanut, ei tarkoituksena ole tarjoilla vastauksia esittämättömiin kysymyksiin, vaan luonnostella eräitä mahdollisia kysymyksen- ja ongelmanasetteluja aiheen piiristä.

Viime vuosina länsi-Euroopassa käydystä kriittisestä keskustelusta niin sanotun koululääketieteen ja nykyaikaisen terveydenhuoltojärjestelmän tilasta on kulkeutunut hyvin vähän kaikuja suomalaisen lääketieteen hengenmaisemaan. Laimeahkoa kiinnostusta on aika ajoin virinnyt lääketieteen filosofia ja etiikkaa kohtaan jopa lääketieteellisten ammattijulkaisujen sivuilla. Kriittisemmät äänenpainot nykyaikaisen terveydenhuoltojärjestelmän vintoutumista on sen sijaan saanut lukea pääasiassa päivälehtien yleisönosastoista ja viikkolehtien sensaationhakuisista artikkeleista. Nämä kirjoitelmat eivät ole kuitenkaan yltäneet erityisen analyyttisiin pohdintoihin kritisoitavien ilmiöiden luonteesta ja syistä.

Vakavampi haaste lääkärikunnalle ja lääketieteelliselle tutkimukselle tulee — ehkä hieman yllättäen — sairaanhoitohenkilöstön taholta. Viime vuosina tapahtunut sairaanhoitajien ammatillinen herääminen on saanut varteenotettavimman ilmauksensa pyrkimyksessä sairaanhoidon ominaispiirteiden ja perusteiden tieteelliseen tutkimukseen, alueeseen, johon yleinen lääketieteellinen tutkimus on kiinnittänyt hyvin vähän — jos lainkaan — huomiota.

Suomalainen lääkärikunta — niin tutkijat kuin praktikoitit — on ollut hämmästyttävän vaitonaista näiden, ikään kuin kahtaalta tulevien hyökkäysten edessä. Lisääntyvä yleisön tyytymättömyys ja sen seurauksena (ja sitä etevästi hyödynnäen) versova laaja paramedisiininen yritteliäisyys ei ole herättänyt kannanottoja tai edes mainitta-

vampaa kiinnostusta lääkärrien keskuudessa. Kuitenkin tilanne on mitä mielenkiintoisin kaikessa paradoksaalisuudessaan: aikana, jona lääketieteellä on käytettävissään enemmän objektiivista tehoa omaavia menetelmiä kuin koskaan aiemmin lääketieteen historiassa, näyttää myös tyytymättömyyden ja kritiikin laajuus joltain ennen kokemattomalta.

Toisaalta hoitotieteilijöiden manööverit lääkärien ammattikuvan uudelleenjärjestelyksi ansaitisivat muunkinlaisia reaktioita kuin vakaan hämmentyneen hiljaisuuden. Vaitiolon sijaan lääketieteen tutkijoiden ja harjoittajien tulisi mitä pikimmin aloittaa perusteellinen keskustelu ja tutkimustoiminta aikamme terveydenhuoltojärjestelmän perusteista ja tilasta ennen kuin joku muu tekee sen seurauksin, jotka eivät välttämättä ole lääkärikunnalle edullisia.

Seuraavassa muutamia huomioita nykyaikaisen yleissairaalan uudesta asusta — mistä tahansa suomalaisesta keskussairaalaista.

### Sairaalat

Nykyaikainen yleissairaala muistuttaa yhä enemmän teknologian läpätunkemaa, teollista tehokkuusvaatimusta toteuttavaa tuotantolaitosta. Muodonmuutos hoitolaitoksesta tuotantolaitokseksi ei kuitenkaan ole irrallinen ilmiö, jota voitaisiin tarkastella erillään muusta yhteiskunnallisesta kehityksestä. Ruotsalaisen Svalanderin mukaan (1) länsimaisen kulttuuripiirin taustalla vallitseva individualistinen ihmiskäsitys on johtanut ihmisyhteisön toimintojen eriytymiseen tavalla, jonka seurauksena on laaja-alainen yhteiskunnallinen vieraantuneisuus. Tätä ilmiötä on laajalti kuvattu ja tutkittu yhteiskuntatieteilijöiden toimesta. Yhteiskunnan taloudellisten toimintojen perustana oleva teollinen paradigma on kohonnut materiaalisen tuotannon ja taloudellisen tehokkuusvaatimuksen myötä siirtynyt myös osaksi muita, ei-tuotannollisia yhteiskunnallisia organisaatioita, kuten terveydenhuoltojärjestelmää.

Tuotannon tehokkuuden vaatimuksesta seuraa luonnollisesti pyrkimys tuotantoprosessin rationalisoimiseen myös terveydenhuollossa. Hoidettavasta ihmisestä eriytetään organismin kannalta

ssa. Kuit-  
kaikessa  
ketieteel-  
sta tehoa  
iin lääke-  
ättömyy-  
kematto-

it lääkä-  
yksi an-  
vakaan  
jaan lää-  
lisi mitä  
lu ja tut-  
järjestel-  
oku muu  
näätä ole

nykyaikaisen  
ansa suo-

taa yhä  
ollista te-  
laitosta.  
tolaitok-  
ta voitai-  
nallisesta  
ukaan (1)  
tseva in-  
ihmisyh-  
nka seu-  
nen vie-  
vattu ja  
. Yhteis-  
na oleva  
riaalisen  
imuksen  
tannolli-  
n tervey-

a seuraa  
rationa-  
loidetta-  
kannalta

virheellisesti toimiva osajärjestelmä tai sen erityinen elin, joiden hoito keskitetään niihin erikoistuneisiin, samoin periaattein toimiviin hoitoyksiköihin.

Sairaalalaitoksen tuotannollinen luonne heijastuu myös sairaaloiden hallintotapaan. Sairaaloiden johdossa vähenee sairaalan määritelmällisestä funktiosta — lääketieteellisiin perusteisiin nojautavasta sairaanhoidosta — vastaavien lääketieteen asiantuntijoiden osuus talouden ja tekniikan asiantuntijoiden (poliitikkoja unohtamatta) vallatessa enenevästi tilaa laitoksen hallinnossa.

Teollisen paradigman hallitsevuus ulottaa vaikutuksensa käytännön ohella myös toimintaa suorittavien ajattelutapaan, joka hakee ilmaisunsa syntyvässä uskielessä. Nykyaikaisen terveydenhuollon sanastoa luonnehtivat ilmaisut, joissa hoidettavat ihmiset kvantitoidaan suoritteiksi, joiden määrää arvioidaan panos-tuotos-periaatteella hoitotuloksen laadun jäädessä sivuseikaksi, paitsi objektiivisesti arvioiden, niin ennen kaikkea potilaan subjektiivisen kokemuksen kannalta. Edelleen teollisen paradigman hallitseman sairaanhoidon epäpersoonallista luonnetta korostetaan kutsumalla hoitoa (joka ilmaisuna viittaa toimintaan jollaisenaan) hoitotyöksi, jolloin toiminnan välinearvo (palkkatyö) korostuu inhimillisen ulottuvuuden kustannuksella. Samaa periaatetta noudattaen sairaanhoitajaa (tai muuta hoitoon osallistuvaa henkilöä) kutsutaan hoitotyöntekijäksi (vrt. teollisuustyöntekijä). Pyrkimystä potilas — lääkäri(hoitaja) suhteen neutralointiin ilmaisee myös (ei onneksi yleinen) tapa nimittää potilasta asiakkaaksi, aivan kuten minkä tahansa taloudellisella vaihdantaperiaatteella toimivan yrityksen asiakasta hyvänsä.

Sairaalalaitoksen tuotannollinen luonne korostuu erityisen selkeästi nykyaikaisessa sairaala-arkkitehtuurissa, jossa rakenteelliset ja toiminnalliset ratkaisut tehdään viime kädessä laitoksen itsensä ehdoilla hoidollisen funktion toteutuessa nimenomaan suoritelähtökohdista, eikä suinkaan hoidosta (ymmärrettynä sekä objektiivisena että subjektiivisena tapahtumana) käsin. Selkeimmin tämä ilmenee pyrkimyksenä minimoida hoitohenkilökunnan tarve järjestämällä välttämättömin perusvalvonta rakenteellisin ja teknisin ratkaisuin (samalla minimoiden henkilökohtaisten kontaktien määrää potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä).

Nykyaikainen yleissairaala pyrkii siis sekä rakenteeltaan että toiminnoiltaan optimoituun tehokkuuteen. Mutta sairaalasuunnittelua ja suunnittelun tuloksia arvioitaessa jää yleensä huomioon ottamatta suunnittelun taustalla vallitseva käsitys suunniteltavan kohteen perusluonteesta ja tavoitteista, tässä tapauksessa teollisen ja luonnontieteellisen teknologisen paradigman hallitsevuus. Tämän suunnittelun taustalla vallitsevan peruslähtökohdan puutteellinen analyysi on johtanut tilanteeseen, jossa meillä on omien premissiensä puitteissa rationaalisesti toimiva sairaalalaitos, joka ei kuitenkaan näytä vastaavan niihin vaatimuksiin, joita ihmisen hoitaminen kokevana ja tuntevana olentona hoidolle asettaa. Lindquist (2) on huomauttanut, että »teknologiseen rationaalisuuteen näyttääkin sisältyvän tendenssi toteuttaa oma mallinsa myös niissä inhimillisissä instituutioissa, joissa teknologiaa sovelletaan. Tällöin on vaarana syntyä manipulaatiojärjestelmä, millä elämän sosiaalista ja persoonallista tasoa säädellään luonnontieteestä käsin johdettujen tulkintamallien avulla.»

## Lääkärit

Paitsi sairaalalaitoksen yleisiin puitteisiin, suunnittelijoiden käsitykset »normaalisairaalaista» ovat heijastuneet myös sen piirissä toimivien ammattiryhmien toimenkuviin. Lääkärikunnan osalta ammattiroolin muutoksessa on havaittavissa eräitä mielenkiintoisia piirteitä.

Lääkäriammattin harjoittajien yhteiskunnallinen status on selvästi laskenut viimeisten parikymmenen vuoden aikana. Tämä muutos voitaneen sellaisenaan laskea yleisen yhteiskunnallisen tasa-arvoistumisen tiliin. Sen sijaan lääkärin aseman muuttumista sairaalalaitoksen sisällä ei voida selittää pelkästään yleisellä sosiaalisella tasoittumisella.

Aiemmin lähes täysin lääkärin hallinnassa olleiden sairaaloiden päätäntävaltaa on siirtynyt talouden asiantuntijoille sairaalalaitoksen tuotannollisen luonteen korostumisen myötä. Nykyaikaisen tekniikan käyttöönotto on puolestaan siirtänyt hallintaa tekniikan asiantuntijoille. Sairaanhoitohenkilökunnan ammatti- ja itsetietoisuuden nousu on viimeisimpänä vallan uusjaon osatekijänä siir-



## Analyysin tasot

Ensimmäinen ja eräällä tavoin perustavaa laatua oleva analyysitaso on hoitokäytäntöä ohjaavan ihmiskuvan ja sen taustalla vallitsevan ihmiskäsityksen identifiointi ja filosofinen analyysi. Tarkastelun kohteeksi joutuu viime kädessä modernin lääketieteen ihmiskäsitys. Sitä on usein syytetty mekani-  
 nistis-positivistiseksi pyrkimyksessään biologisoida ihminen ja palauttaa yksilön häiriöprosessit yksinomaan biologisiin tapahtumiin. Toisaalta on perustellusti väitetty, ettei lääketieteellä ole, eikä voi olla, yhtenäistä ihmiskäsitystä, koska se ei ole yhtenäinen tiede, vaan sarja alati muuttuvien toimintamallien soveltamista mitä erilaisimmista lähtökohdista käsin. Sovellutusten käyttö ja valinta ilmentäisivät näin ollen pikemminkin käyttäjänsä kuin lääketieteen ihmiskäsitystä.

Koska yleissairaalat kuitenkin toimivat yhteisesti sovittuja menetelmätapoja ja hoitomenetelmiä noudattaen, on luultavaa, että näiden menetelmätapojen valinnan taustalla vallitsevat oletukset toiminnan kohteen luonteesta ovat löydettävissä. Tämä edellyttää paitsi toimintaa harjoittavien henkilöiden näkemysten selvittelyä, myös hoitoalan koulutuksen sisällöllistä tutkimusta sekä toimintaa ohjaavien lakien, asetusten, johtosäätöjen, kirjoitettujen toimintaperiaatteiden jne. analyysiä niiltä osin, kuin ne määrittelevät potilaan asemaa, oikeuksia ym. ominaisuuksia hoidon kohteena.

Suuri osa sairaaloiden käytännön toiminnoista tapahtuu vailla selkeästi ilmaistuja tai tiedostettuja periaatteita. Tämän vuoksi on toisen tutkimustason keskityttävä hoitoprosessiin ja potilaan uran sisältöanalyysiin. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, mitä potilaan hoitoprosessin aikana tosiasiallisesti tapahtuu, miksi näin tapahtuu ja kenen ehdoilla tapahtuma toteutuu. Ehtojen analyysissä ovat rinnakkain tarkasteltavina potilaan, henkilökunnan ja laitoksen kannalta optimaalisimmat toimintamuodot sekä niiden mahdolliset keskinäiset ristiriitaisuudet.

Kolmas analyysitaso on potilas itse. Tässä huomio kiinnittyy mm. potilaan subjektiiviseen kokemuksen hoitoprosessistaan HOITO-prosessina. Tutkimuksen pyrkimyksenä on selvittää, missä määrin sairaalahoidon sinänsä ja sen yhteydessä käytettävät tutkimus- ja hoitomenetelmät aiheuttavat potilaalle fyysisistä ja psyykkistä rasitusta ja millaisia mahdollisia epäsuotuisia vaikutuksia tällä on

potilaan paranemiseen. Samoin on syytä tutkia, missä määrin potilaalla on mahdollisuuksia kontrolloida ja vaikuttaa omaan hoitoonsa, ts. onko hän oman hoitonsa subjekti vai ulkoapäin määräytyvän hoitoprosessin objekti.

## Hoidon tutkimusta vai hoitotiedettä?

Tutkimuskohteen ja -tarpeen määrittelyä ongelmallisemmaksi muodostuu tutkimusmenetelmän tai -menetelmien valinta. Viime vuosina esiintunut niin sanottu hoitotieteellinen lähestymistapa on selväpiirteisesti pyrkinyt rajaamaan hoidon tutkimuksen omaan piiriinsä ja sulkemaan lääketieteellisen tutkimuksen sen ulkopuolelle. Perusteena täle on esitetty lääketieteellisen paradigman soveltumattomuus hoitoprosessissa esiintyvien ilmiöiden tutkimiseen. Erikson (7) on huomauttanut, ettei »lääketieteen paradigma ole nykyisin enää riittävä selittämään ja tutkimaan koko hoitoaluetta, vaan on tapahduttava paradigman muutos.» Tämä muutos tarkoittaa luonnollisesti hoitotieteellisen paradigman omaksumista tutkimusta ohjaavaksi periaatteeksi. Tähänastisissa kirjoituksissa ei kuitenkaan ole toistaiseksi kyetty selkeästi ilmaise-  
 maan, millainen hoitotieteen paradigma on, tai edes sitä, millaiseksi se mahdollisesti tulee muodostumaan. Toisaalta suomalaisessa keskustelussa ei myöskään ole määritelty, millainen on lääketieteen paradigma ja miltä osin olisi soveltumaton sairaanhoidon nykyistä laaja-alaisempaan tutkimukseen. Kirjoittajien kannanotoissa on kuitenkin selvästi havaittavissa implisiittinen näkemys lääketieteestä nimenomaisesti biolääketieteenä, jonka paradigmaa voidaan toki pitää luonnontieteellisenä tai positivistisenä. Tämä näkemys vallitsee myös muualla kuin hoitotieteestä kirjoittavien artikkeleissa. Esimerkiksi jopa Suomen Lääkärilehdessä, jossa Vikman (8) kirjoittaa potilaan oikeuksia puolustavasta laista ja toteaa »lain potilaan oikeuksista korostavan hoidon inhimillistä puolta lääketieteellisen käsittelyn vastapainoksi.»

Lääketieteen näkeminen monoliittisena teoriajärjestelmänä, jonka perustana on vankka, selvästi määriteltävissä oleva rationaalinen paradigma, on kuitenkin ilmeisen virheellistä. Ketonen (9) on kiinnittänyt huomiota lääketiede-termin virheelliseen käyttöön ja kirjoittaa: »Sana Medicine, joka englannin kielessä viittaa sekä sairauksien tutkimiseen että niiden parantamiseen, käännetään suo-

meksi sanalla lääketiede, sananmukaisesti tiede lääkkeistä tai lääkitsemisestä. Suomenkieli ei, ihmeellistä kyllä, tee tässä selvää eroa käytännöllisen lääkärintoiminnan ja lääketieteellisen tutkimuksen välillä. Tutkija ja lääkäri katsotaan yhtäläisesti lääketieteen edustajaksi, vaikka jälkimmäinen joutuu toistuvasti esittämään neuvoja, ohjeita ja lohduksia ja pidättäytymään niiden esittämisestä perusteisiin, jotka ovat tieteellisesti epävarmoja.»

Ketosen huomautusta lääketieteen eri olemuspuolista voi täydentää tutkimustoiminnan osalta sikäli, että lääketieteellisten tiedekuntien piirissä harjoitettavassa tieteellisessä tutkimuksessa sovelletaan myös tieteenaloja, joita voisi ajatella sovellettavan myös esimerkiksi hoitoprosessin tutkimukseen, toisin sanoen sosiologiaa, sosiaalipsykologiaa ja psykologiaa. Näin ollen ei ole kysymys jonkin tarkemmin määrittelemättömän lääketieteellisen paradigman soveltumattomuudesta hoitotapahtuman tutkimukseen, vaan toistaiseksi esiintynyt mielenkiinnon puute ko. tutkimusalueita kohtaan — mikä sinänsä on mielenkiintoinen ilmiö.

Paitsi (oletetun) lääketieteen paradigman soveltumattomuutta hoitotapahtuman tutkimiseen, ovat hoitotieteen puolestapuhujat pitäneet myös tutkimuskohteen luonteen ulottumista lääketieteellisen tutkimuksen perinteisen alueen ulkopuolelle eräänä syynä hoitotieteen perustamisen välttämättömyyteen. Tuomaala (10) on määritellyt lääketieteellisen hoidon ja sairaanhoidollisen hoidon (so. hoitotieteen tutkimusalueen) tehtäväalueet seuraavasti:

Lääketieteelliselle hoidolle (ja tutkimukselle) ominaisia tehtäviä ovat: 1. edistää terveyttä estämällä sairauksien synty, 2. määritellä jo syntynyt sairaus ja 3. kohdistaa siihen parantava tai lievitävä hoito.

Hoitotyön (ja hoitotieteellisen tutkimuksen) alueita ovat: 1. edistää ja ylläpitää terveyttä, 2. estää sairauksien syntymistä, 3. estää ja vähentää sairauksien aiheuttamia haittoja ja 4. tukea kuoleman lähestyessä.

Edellä olevaa tehtäväalueiden jaottelua tarkasteltaessa ei tehtäväkentässä saata parhaalla tahdollakaan nähdä olennaisia eroja muutoin kuin lääkäreiden tehtäviin kuuluvan diagnostiikan osalta. Tämä seikka ei yksinomaaisesti ole riittävä peruste sairaanhoidollisen tutkimuksen kahtiajakoon lääketieteeseen ja hoitotieteeseen. Näin ollen on perusteltua todeta, ettei lääketieteen rinnalle tarvita erillistä hoitotiedettä. Sen sijaan lääketieteen tutkimusintressin tulisi laajeta sisältämään hoitotapahtuman kaikki olemuspuolet — ei vain psykiatrisia, kuten tähän saakka on ollut asiain laita, vaan myös yleissairaalahoitoon piirissä. Toistaiseksi ei yleissairaanhoidossa ole pantu juurikaan painoa

potilaan kokemuksille hoitoprosessista kokonaisuutena ja potilaan sairaalassa viettämää aikaa on pidetty merkityksettömänä verrattuna tutkimuksiin ja välittömiin hoitotoimenpiteisiin.

Vaivansa kanssa sairaalaan tuleva potilas on organismista eriyttävän ja hoidettavan sairautensa lisuke, eräänlainen välttämätön paha, jota täytyy toimenpiteiden välillä ruokkia, pestä, kävelyttää ja jolle täytyy joskus jopa puhua. Kuitenkin jo arkkokokemuksemme kertoo meille sairaalaan joutumisen olevan merkittävä rasitustekijä yksilön elämässä ja siitä aiheutuvien psyykkisten ja sen myötä fysiologisten häiriöiden ehkäisy tai minimointi on perusteltua paitsi puhtaasti humaniselta niin myös biolääketieteelliseltä kannalta katsottuna. Tämän vuoksi perushoidon tutkiminen, vinoutumien korjaaminen ja ennaltaehkäisy jo sairaalan toimintojen suunnitteluvaiheessa johtaa ennen kaikkea antamamme hoidon laadulliseen parantamiseen. Ja tässä kehityksessä lääkäreillä on avainasema. Toistaiseksi lääkärikunta ei ole tätä asemaa tiedostanut tai halunnut sitä käyttää. Näyttääkin siltä, että sairauksien hoidossa on ihmisen hoito unohtunut.

## Kirjallisuutta

- (1) Svalander P-A. Att förnya Sjukvårdens organisation. Lund 1979
- (2) Lindquist M. Itsetuntemus ja itsekontakti -etiikan näkökulma. Suom Lääkäril 1979:34:2462.
- (3) Mauksch HO. Patient and Societal concerns. Bull. N.Y. Acad Med 1981: Vol 57 No 1 Jan—Feb: 24—26.
- (4) Wiedersheim R. Medical Education — too little care, too much intervention. Nordisk Medicin 1978: vol 93:216.
- (5) Saarnio H. Parantajan uusi moraali. Suom Lääkäril 1982:29:2589.
- (6) Puustinen R. Näkökohtia yleissairaalapotilaan hoitokokemusten ja hoitoprosessin tutkimukseen. Tampere 1982. Esitutkimus. Moniste.
- (7) Erikson K. Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsittejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittämässä. Sosiaalilääket aikakaust 1980:2:66.
- (8) Vikman I. Potilaan oikeuksista lakiehdotus. Suom Lääkäril 1983:4:281.
- (9) Ketonen O. Sairauden olemus. Kanava 1978:6:334—335.
- (10) Tuomaala U. Mitä on hoitotyö? Sosiaalinen aikakaust-kirja 1980:5:18.

Kirjoittaja:

Puustinen Raimo  
lääketieteen opiskelija  
Tampereen yliopisto, kliinisen lääketieteen laitos

## Peru Kuop

Suomer  
lääketie  
maan e  
lon ope  
tussarja  
kaistu I  
täisessä  
meisess  
pion kc  
laatinee  
milehtc  
pusalo  
Martik:

Kun edus  
pion kork

T E R V E

Elokuu

I JAKSO (7

I vk teori

3 vk käytä

- peruster-  
tutustum  
- terveyski-  
ja eri hi  
esittely  
- sosiaali-  
yhteisty

Faulukko  
amanuens.