



Turun yliopisto
University of Turku

TULKINTOJA PROFESSION VALLASTA

**Diskurssianalyttinen tutkimus Suomen Lääkärilehden
pääkirjoituksista vuosilta 2009 ja 2010**

Liiketaloustiede, johtamisen ja
organisoinnin pro gradu -tutkielma

Laatija:
Kirsi Klemm-Savonen 15227

Ohjaaja:
TkT Kirsi Liikamaa

8.11.2011
Pori



Turun kauppakorkeakoulu • Turku School of Economics

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
1.1	Tavoite, tutkimusongelmat ja rajausta	7
1.2	Tutkimuksen rakenne	8
2	TIETEENFILOSOFISET JA METODOLOGISET VALINNAT	9
2.1	Tieteenfilosofia.....	9
2.2	Sosiaalisen konstruktionismin käsite	13
2.3	Laadullinen tutkimus.....	16
2.4	Diskurssianalyysi	17
3	PROFESSIO, LÄÄKÄRIPROFESSIO JA VALTA	24
3.1	Professiotutkimus	24
3.2	Professio ja profession tulevaisuus	25
3.3	Valta käsitteenä	30
3.4	Lääkäriprofession vallan erityispiirteet	32
4	LÄÄKÄRIPROFESSIO VALLAN DISKURSSIT	35
4.1	Aineisto - pääkirjoitukset	35
4.2	Tutkimuksen kontekstit	36
4.3	Analyysi ja diskurssien muodostaminen	40
4.3.1	Valtaa vahvistava diskurssi	44
4.3.2	Valtaa puolustava diskurssi.....	53
4.3.3	Valtaa ylläpitävä diskurssi	61
4.3.4	Valtaa suojeleva diskurssi.....	62
4.4	Pääkirjoitusten toimijoiden luokittelu	67
4.4.1	Päätoimittajat	69
4.4.2	Liiton edustajat.....	70
4.4.3	Muut asiantuntijat	71
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI	72
5.1	Tutkimuksen arviointi	72
5.2	Johtopäätökset	74
5.3	Jatkotutkimusehdotuksia	80
	LÄHTEET.....	81
	LIITTEET	91

KUVIOT

Kuvio 1	Diskurssianalyysin kolmio	19
Kuvio 2	Potilaan ja lääkärin kanssakäymisen mallit.....	64

TAULUKOT

Taulukko 1	Lääkäriprofession kohtaamia muutoksia.....	28
Taulukko 2	Lääkärin tilivelvollisuudet.....	34
Taulukko 3	Aineiston jakautuminen eri teemojen kesken.....	43
Taulukko 4	Toimijoiden esiintyminen aineistossa	68

1 JOHDANTO

Terveysthuoltoon liittyvät teemat ovat olleet esillä monin tavoin viime vuosien ja vuosikymmenten aikana. Lääketieteen huima kehityskulku on luonut lähes rajattomia mahdollisuuksia vaikuttaa sairauksien diagnosointiin ja hoitoon, mikä on johtanut siihen, että länsimainen ihminen odottaa ja vaatii nykypäivän terveydenhoidolta entistä enemmän. ”Terveystarve on hyödykkeenä rajaton” (Kinnunen & Vuori 2005, 198). Teknologian kehityksen suomat mahdollisuudet hoitaa ja ylläpitää elämää ja toisaalta vanhenevan väestön alati kasvavat tarpeet saavat huomion kiinnittymään terveydenhuollon resursseihin, toimivuuteen, tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen (ks. esim. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020; Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326). Näiden teemojen keskiössä on terveydenhuollon johtaminen nousut kriittiseksi tekijäksi (ks. esim. Grönroos & Perälä 2004, 5; Torppa 2007, 21). Perinteistä poliittis-byrokraattis-professionaalista johtamismallia on uudistettu managerialismin opein (Torppa 2007) ja kunta- ja palvelurakennetta muutettu valtiovallan taholta (Kunta- ja palvelurakenneuudistus).

Professioilla tarkoitetaan arvostettuja ammattikuntia, joilla on vahva yhteiskunnallinen asema (Konttinen 1989, 1991). Profession asema ja valta tulevat selkeästi esiin terveydenhuollon tilasta tai johtamisesta keskusteltaessa tai sitä tutkittaessa. Profession valta nousi julkisuudessa keskeiseksi tekijäksi erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategiauudistuksen kumouduttua vuonna 2008. Esimerkkinä toiselta toimialalta voidaan mainita Finnairin ex-pääjohtajan eron syiden puiminen mediassa vuonna 2009. Julkisuuden kirjoittelussa kuva professioista herätti hämmennystä. Miten tietty ammattikunta on kyennyt luomaan niin vahvan valta-aseman, että se voidaan tulkita esteeksi organisaatioiden johdon päättämille, ympäristön muutosten vaatimille uudistuksille? Ja miten nykypäivän globaalissa, muutosvaltaisessa maailmassa, professio pystyy ylläpitämään oman asemansa?

Terveysthuollon ammattien ja organisaatioiden kulttuurit ovat poikkeuksellisen omaleimaisia, ja vahvan ammattikunnan voidaan nähdä perustuvan juuri poikkeukselliseen toimintaympäristöön (Kinnunen & Vuori 2005, 5, 198–199). Terveysthuollon johtamisessa kohdataan tämä vahvan ammattikunnan kulttuuri. Tuomirannan (2002, 19) mukaan ulkopuolisen on melkein mahdotonta ymmärtää sairaaloiden organisaatiokulttuurin normeja, artefakteja¹ ja arvoja. Professionaalinen organisaatiokulttuuri, joka määrittelee jäsentensä roolia, asemaa ja käyttäytymistä, on monimutkainen kokonaisuus hierarkioita, tapoja, sääntöjä ja uskomuksia. Tuomiranta (2002, 17, 126) toteaa, että yhteiskunnan muuttuessa myös organisaatiot, professionit, roolit ja normit muuttuvat

¹ Artefaktit ovat organisaatiokulttuurin näkyviä elementtejä (Hatch 2006, 186).

ja näihin liittyvien ristiriitojen ja epäselvyyksien tutkiminen on tärkeä tutkimuskohde. Saarisen (2010, 14) mukaan lääkäriprofessiota ja lääkäreitä kannattaa tutkia juuri siitä syystä, että lääkäreillä on klinisen työn tekijöinä ja terveydenhuollon johtajina paljon sellaista valtaa ja tietoa, jota muilla järjestelmän toimijoilla ei ole.

Valta-käsitettä ei pystytä yksiselitteisesti avaamaan, ja aihepiiriä voidaan pitää suhteellisen arkana. Väitöskirjaansa varten lääkäreitä haastatellut Juha V. Virtanen totesi havainnoissaan, että haastateltavien oli vaikeinta puhua vastuusta ja vallasta. Erityisesti omasta vallasta ja sen käyttämisestä puhuminen oli erittäin hankalaa. Haastateltavat kielsivät tai vähättelivät omaa valtaansa ja puhuivat mieluummin vastuusta tai työtehtävistä. (Virtanen 2010, 70, 118.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääkäriprofession valtaa. Tutkimus pohjautuu sosiaalisen konstruktionismin käsitykseen, ja lääkäriprofession valtaa tutkitaan diskurssi-analyysin keinoin. Diskurssitutkimuksessa keskitytään kielenkäyttäjien, tilanteen, ajan ja paikan tarkasteluun (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 11). Tässä tutkimuksessa tulkinnan kohteina ovat Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset vuosilta 2009–2010. Tutkimuksessa aineiston eli pääkirjoitusten tekstien nähdään rakentavan sosiaalista elämää. Tekstit pyrkivät aktiivisesti muodostamaan jonkin version asiasta, ne eivät ainoastaan kuvaile tiettyä asiaa (Eskola & Suoranta 2003, 140).

Tarkastelun kohteena olevien pääkirjoitusten oletetaan muotoutuvan tiettyjen sääntöjen ja rajoitusten mukaisesti. Pääkirjoittajia on suhteellisen vähän, ja nämä kohdentavat sanansa lukijoille eri tavalla kuin esimerkiksi perusuutisten toimittajat tai mielipideosaston kirjoittajat. Pääkirjoitus ei ole niinkään informatiivinen vaan kantaa ottava ja siten todellisuutta rakentava. Pietikäisen ja Mäntysen (2009, 170) mukaan kielenkäytön ymmärtäminen ja tutkiminen sosiaalisena toimintana auttaa ymmärtämään esimerkiksi valtakysymyksiä. Kielenkäyttöä tarkastelemalla voidaan tutkia tapoja, joilla kieltä käyttävät rakentavat instituutioita sekä sitä retoriikkaa, jolla toimijat oikeuttavat linjanvetojaan (Juhila & Suoninen 2006, 239). Tekstitutkimuksen ominaisuuksiin kuuluu tehdä näkyväksi piilossa olevaa ja tuoda esiin arkiajattelun taustalla vaikuttavia asioita. Tekstien voidaan sanoa yhdistävän tekstin tuottajan ja tekstin kuluttajan. Tekstit myös luovat suhteita ihmisten ja instituutioiden välille. Tekstien kautta voimme siten tutkia, missä määrin ne edustavat kulttuurissa yhteisesti jaettuja merkityksiä. (Kantola, Moring & Väliaverron 1998, 8.) Tämä tutkimus asemoituu määritelmään, jonka mukaan tutkimuksen avulla saatava tieto auttaa vapautumaan perinteisistä ajattelutottumuksista ja sidonnaisuuksista sekä rikastuttaa arkitiedon luomaa kuvaa asioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 20).

1.1 Tavoite, tutkimusongelmat ja rajaus

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella lääkäriprofession valtaa ja selvittää, minkälaista kuvaa profession vallasta rakentuu Suomen Lääkärilehden pääkirjoitusten kautta. Teksteihin sisältyvien, valtaan liittyvien asenteiden, arvojen ja vastakkainasettelujen tutkimisella pyritään valottamaan sitä kuvaa, mitä pääkirjoittajat kirjoituksillaan rakentavat. Pääkirjoituksia tutkitaan osana niiden tapahtumatilannetta eli kontekstia. Tässä tutkimuksessa lääkäriprofession katsotaan olevan oleellinen osa Suomen terveydenhoitojärjestelmää, ja tämän tutkimuksen avulla pyritään lisäämään lääkäriprofessiota koskevaa ymmärrystä. Tutkimusta voidaan kuvata lääkäriprofession vallan käsitettä ja ilmiötä selittäväksi ja kuvaavaksi.

Tämän tutkimuksen tutkimusongelma voidaan tiivistää muotoon:

Minkälaista kuvaa lääkäriprofession vallasta tuotetaan Suomen Lääkärilehden pääkirjoitusten diskursseissa?

Tutkimuksen pääongelma on jaoteltu kolmeksi alaongelmaksi, joiden avulla pyritään ratkaisemaan pääongelma. Alaongelmat ovat seuraavat:

1. *Minkälaista on profession valta?*
2. *Miten valtaa representoidaan lääkärin ammattijulkaisun diskursseissa?*
3. *Mitkä toimijat määrittävät profession valtaa pääkirjoituksissa?*

Tutkimuksen taustoittavassa osiossa tarkastellaan professioita ja professionalismia yleisesti, sen sijaan empiirinen osio kohdistuu ainoastaan lääkäriprofession. Terveystieteiden palvelujärjestelmät poikkeavat eri maissa toisistaan esimerkiksi palvelunjärjestämisvastuun, yksityisen ja julkisen sektorin, hallintotason määrän ja ammattiryhmien työnjaon suhteen (Virtanen 2010, 33–34), minkä vuoksi vertailu eri maiden järjestelmien kesken on vaikeaa. Suomalainen palvelujärjestelmä on vallalla ainoastaan Suomessa, ja tämä tutkimus keskittyy lääkäriprofession omaan toimintaan niin, että toiminta on suhteutettu suomalaisen yhteiskunnan palvelujen järjestämisen erityispiirteisiin.

Osassa Suomen Lääkärilehden numeroita oli tieteellisen pääkirjoituksen lisäksi kaksi tai useampia pääkirjoituksia. Näistä pääkirjoituksista valittiin analysoitavaksi ainoastaan ensimmäinen, vastaavan päätoimittaja Ollikaisen mukaan niin sanottu ykköspääkirjoitus, josta on lehdessä myös ruotsinkielinen käännös. Vastaavan päätoimittajan mukaan ensimmäistä pääkirjoitusta voidaan pitää pääsääntöisesti aiheeltaan tärkeämpänä esimerkiksi ajankohtaisuuden, yhteiskunnallisen painoarvon tai laajan lukijakunnan

kiinnostavuuden kannalta. (Ollikainen, sähköpostiviesti² 2.12.2010.) Lehden muut pääkirjoitukset sekä tieteellinen pääkirjoitus rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

1.2 Tutkimuksen rakenne

Ensimmäisessä luvussa lukijat johdatellaan aihepiiriin pariin, esitellään tutkimuksen taustaa ja kuvataan tavoite, tutkimusongelma, alaongelmat sekä rajaus. Luvun tarkoituksena on antaa lukijalle kokonaiskuva tutkimuksesta ja sen lähtökohdista. Toisessa luvussa kuvataan tämän tutkimuksen tieteenfilosofinen tausta sekä keskeinen tutkimusmenetelmä, diskurssianalyysi. Tässä tutkimuksessa katsotaan, että pro gradu -tutkimuksen tekeminen edellyttää tieteenfilosofian historiallisen taustan, tiedon määrittelyn sekä tiedekäsityksen muuttuvan ja kehittyvän roolin ymmärtämistä. Pidetäänhän tieteenfilosofian tuntemusta keskeisenä tutkijana kehittymisessä. Diskurssianalyysi oli menetelmänä tutkijalle vieras, joten luvussa pyritään avaamaan diskurssianalyysin taustaa sekä kuvaamaan menetelmän monitahoisuutta.

Kolmannessa luvussa keskitytään tutkimuksen teoreettisten viitekehysten, profession sekä valta-käsitteen, esittelyyn. Luvussa taustoitetaan profession käsitettä, historiaa ja muotoutumista, aseman rakentumista sekä tulevaisuuden näkymiä. Luvussa pohditaan myös vallan määrittelyä sekä lääkäriprofession vallan erityispiirteitä. Neljännessä luvussa esitellään tutkimuksen aineisto, analyysi sekä tutkimuksessa muodostetut diskurssit. Menetelmän monimuotoisuuden vuoksi luvussa pyritään perustelemaan, miten tässä tutkimuksessa diskursseja analysoidaan. Diskurssianalyysin tuloksia verrataan teoriaan ja aikaisempaan tutkimukseen. Luvussa pyritään kuvaamaan tutkimusprosessi yksityiskohtaisesti, jotta lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta ja johdonmukaisuutta. Neljäs luku esittelee myös diskurssien toimijat. Luvussa nostetaan esiin erilaisten kirjoittajien roolit ja merkitykset pääkirjoitusten kautta rakennettavassa sosiaalisessa todellisuudessa.

Viimeisessä luvussa esitetään tutkimustuloksista tehdyt johtopäätökset sekä pohditaan, pystyttiinkö tutkimuksella ratkaisemaan tutkimusongelmat. Tutkimusongelmien ratkaiseminen on keskeistä koko tutkimuksen tekemisessä. Tässä osassa käsitellään myös sitä, kuinka hyvin ilmiötä on pystytty kuvaamaan, analysoimaan ja tarkastelemaan eri näkökulmista. Lisäksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Johtopäätöksissä tutkimus liitetään ympäröivään maailmaan pohtimalla, mitä merkitystä tutkimuksella on yleismaailmallisesti. Viimeisessä luvussa esitetään myös mahdolliset jatkotutkimusaiheet.

² Hannu Ollikainen. Sähköpostivastaus 2.12.2010.

2 TIETEENFILOSOFISET JA METODOLOGISET VALINNAT

2.1 Tieteenfilosofia

Tutkimuksen tekemistä ja tutkimusraportin kirjoittamista ohjaavat tieteenfilosofiset taustaoletukset, jotka koskevat tiedon todellisuuden luonnetta eli ontologiaa, tieto-oppia eli tutkimuksella saatavan tiedon luonnetta sekä metodologiaa. Tieteenfilosofia tutkii siis todellisuuden ja tiedon luonnetta, tutkimuksen eri menetelmiä sekä käytännön ja toiminnan suhdetta. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 11, 131.) Niiniluodon (1982, 19–20) mukaan tieteenfilosofia pyrkii antamaan perustellun näkemyksen siitä, mitä tie-
de on tai mitä sen pitäisi olla. Tieteenfilosofia pyrkii tuomaan tiedostamatta omaksutut käsitykset tieteen luonteesta avoimen keskustelun piiriin ja alttiiksi kritiikille.

Tieteenfilosofinen pohdinta liittyy myös tieteellisen tiedon rajoihin, kun taas filoso-
finen taso tuo esiin erilaiset maailmankatsomukset. Tutkijan täytyy pohtia, miksi tiedet-
tä tehdään ja minkälaisia päämääriä tutkimuksella tavoitellaan (Salonen 2007, 37). Kak-
kuri-Knuutilan ja Heinlahden (2006, 7) mukaan koko länsimainen filosofia ja tiede syn-
tyivät argumentaation, väittelyn ja retoriikan ajattelusta. Kaikki tieteellinen tutkimus
tähtää järjestelmällisesti selvitettyihin ja hyvin perusteltuihin tutkimustuloksiin, jotka
täytyy myös esittää vakuuttavasti, vaikka eri tieteenalat ja menetelmät eroavat toisistaan
suuresti. Vakuuttamisen keinot voidaan jaotella argumentin asiasisällön, esittäjän uskot-
tavuuden sekä yleisön vastaanottokyvyn perusteella.

Tieteen luonnetta on vaikea kiteyttää yleispätevän määritelmän muotoon. Tiede on
historian saatossa muovautunut, monikerroksinen kulttuuri-ilmiö. (Niiniluoto 2002, 30.)
Tieteenharjoittajaa ohjaavat kuitenkin erilaiset normit. Tieteensosiologi Merton kehitti
tieteen eetoksen, joka on edelleen akateemisessa tieteessä vallitseva. Universalismi,
tieteellisten keksintöjen yhteinen omistus, pyyteettömyys sekä järjestelmällinen epäily
ovat eetoksen neljä perusajatusta. On erittäin tärkeää ymmärtää tieteen uskottavuus,
kehitys ja sisäinen moraali. (Paunio 2002, 24; Niiniluoto 2002, 38.)

Arkipäiväisillä käsitteillä *tieto* ja *todellisuus* on takanaan pitkä filosofisen ajattelun
historia (Berger & Luckmann 1994, 11), joka juontaa juurensa jo antiikin Kreikasta.
Tieteenfilosofoja kiinnostaa tiedon ja todellisuuden perimmäinen luonne: mikä on todel-
lista ja miten voi tietää? Tieteeseen ja tieteenfilosofiaan on vaikuttanut merkittävästi
Platonin tiedonkäsitys. Platon erotti toisistaan tiedon, joka kohdistuu aina johonkin
muuttumattomaan, ja luulon, joka kohdistuu johonkin ajallisesti muuttuvaan. Koska
aistein havaittava maailma vaihtelee jatkuvasti, se ei tämän käsityksen mukaan voi olla
aidon tiedon, vaan ainoastaan luulon, kohteena. Platon edusti jyrkkää rationalismia,
jonka mukaan tiedon perustana ei ole aistihavainto vaan järki. Tiedon ja totuuden käsit-
teet liitettiin ihmisen hyveellisyyteen ja onnellisuuteen. Jos ihminen tietää, mikä on

oikein, hän on myös elämässään hyveellinen. Platonin mukaan hyve on tietoa ja ihmisen tieto muodostuu niistä uskomuksista, jotka ovat hyvin perusteltuja ja tosia. Tämä Platonin ”tosi, hyvin perusteltu käsitys” on merkittävä tiedon määritelmä. (Niiniluoto 1984, 33; 1999, 39; 2002, 30–32.)

Platonin oppilas Aristoteles, joka on tieteenfilosofian historiaan ehkä eniten vaikuttanut yksityinen ajattelija, korosti aistihavaintojen merkitystä tieteellisessä teorianmuodostuksessa ja näkemys painottui empirismiin. Aristoteleen vaikutuksesta on tieteellisen tiedon käsitteeseen sisällytetty järjestelmällisyyden lisäksi yleisyyden vaatimukset. (Niiniluoto 1999, 42; 2002, 31.) Empirismi erotti tieteellisen tutkimuksen tiukasti muusta ajattelusta. Tutkija pyrki tutkimustuloksiin induktiolla eli pääättelemällä yksittäisestä havaintojoukosta yleistyksen, ja deduktiivista, yleistyksestä yksittäistapauksiin johdettua, päättelyä tarvittiin teorian seurausten johtamiseksi. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 20–21.) Aristoteles oli ensimmäinen, joka tutki systemaattisesti tieteellistä päättelyä sekä käsitteen- ja teorianmuodostusta. Aristoteleen ihminen on olemukseltaan ”rationaalinen eläin”, joka pyrkii tietoon ja on onnellinen vain silloin, kun se toimii omaa olemustaan vastaavalla tavalla. Tällöin ihmisen onni sisältyy ajatteluun ja erityisesti maailmaa koskevien tieteellisten totuuksien tuntemiseen. Aristoteleen mukaan havainnot ilmiöistä eivät riittäneet vaan tieteen tuli mennä ilmiöiden taakse asioiden muuttumattomaan olemukseen kysymällä ”miksi”. Saatava tieto ilmaisee tunnetun ilmiön syyn eli selityksen, joka kertoo, mistä kyseinen ilmiö muodostuu ja koostuu. (Niiniluoto 1984, 33; 1999, 39–42; 2002, 31.)

Uuden ajan tiedon käsitys on kyseenalaistanut Aristoteleen ihanteen, muun muassa tiedon ehdottoman varmuuden ihanteesta on luovuttu. Empiristien ajattelun vastaisesti tieto on suhteessa havaintoaineistoon ja tieteellinen tieto on muuttuvaa. Ihminen on erehtyväinen tiedon hankinnassaan, mutta pitkän ajan kuluessa tiedeyhteisön soveltama tieteenmenetelmä on luotettavin tapa hankkia ja perustella ympäröivää maailmaa koskevia käsityksiä. Klassiseen tiedonkäsitykseen sisältyy totuuden vaatimus, joskaan totuutta ei voida yksiselitteisesti määrittää. Realistien mukaan todet väitteet esittävät maailmassa vallitsevia tosiasioita. Pragmatistit puolestaan katsovat, että tosia uskomuksia ovat ne, joiden mukaan toimiminen on menestyksellistä. Tieteen tavoitteena voi siten olla mahdollisimman totuudenkaltaisen tieto tai tieteen tehtävänä voi olla ihmiselämän käytäntöjen kannalta hyödyllisten uskomusten etsiminen. (Niiniluoto 2002, 31–32.) Yhdysvaltalaiset tieteenfilosofit Kuhn ja Laudan ovat luoneet pragmatistien pohjalta kannan, jonka mukaan tiede ei ole totuuden tavoittelua, vaan ongelmanratkaisua. Niiniluodon mukaan Kuhnin ja Laudanin teesi voidaan sovittaa yhteen realismin kanssa, mikäli tieteen tavoitteena on tiedollisten ongelmien ratkaiseminen. Tieteessä esitetään erilaisia kysymyksiä, kuten kuka, mikä, mitä, missä, milloin, miten ja miksi. Näihin kysymyksiin etsitään vastauksia eli ratkaisuja, jotka ovat hyvin perusteltuja ja totuudenmukaisia. (Niiniluoto 2002, 33.)

Tieteenfilosofian peruskysymyksenä on se, miten tiede erotetaan epätieteestä. Tätä kutsutaan tieteen demarkaatio-ongelmaksi eli rajanveto-ongelmaksi. Eri tieteenkäsityksiä edustavien koulukuntien edustajat ovat esittäneet hyvin erilaisia vaihtoehtoja tähän tieteen rajoja koskevaan ongelmaan. Niissä on viitattu tieteellisen tiedon, metodin tai instituution erityislaatuun. (Niiniluoto 1984, 19, 84; 2002, 36.) Demarkaatio-ongelma ei liity siihen, mikä on hyvää tiedettä, vaan siinä on kyse tieteen määritelmästä tai erityisten tieteellisten tunnusmerkkien etsimisestä. Maailmankatsomuksen kannalta on oleellista ymmärtää tieteen ja epätieteen ero. Tiedon rakentuminen olemassa olevan tiedon varaan edellyttää, että tutkijan täytyy myös kyetä arvioimaan, keiden teokset kuuluvat tieteen historiaan. (Niiniluoto 1984, 20–21.)

Tiede on elävä, alati muuttuva instituutio, jolla on historiallinen tausta. Tieteelle voidaan kuitenkin määrittää tiettyjä yleisiä piirteitä. Salonen (2007) kiteyttää pääkriteerit ajatukseen, jonka mukaan tieteessä esitettyjen väitteiden tulee olla tosia, paikkansapitäviä ja näillä väitteillä tulee olla yleistä merkitystä eli arvoa myös tutkimustoiminnan ulkopuolella. Niiniluoto (1999, 83–84; 2002, 37–38) luokittelee Charles Peircen ideoiden pohjalta tieteelle seuraavia tuntomerkkejä: objektiivisuus, kriittisyys, autonomisuus sekä edistyyvyys. *Objektiivisuus* liittyy tutkittavan kohteen mahdollisimman totuudenmukaiseen ja informatiiviseen kuvaukseen sekä ottaa huomioon kohteen vaikutuksen tuloksiin. *Kriittisyys* liittyy menetelmien oikeanlaiseen hallintaan, jolla pyritään virheettömyyteen. Tutkijan omat toiveet eivät saa vaikuttaa tutkimukseen, vaan havaintojen ja kokeiden tulee olla intersubjektiivisesti todettavissa. Tieteen tulee olla julkista, jotta tiedeyhteisö voi käydä kriittisesti arvioivaa keskustelua tuloksista. ”Yksityisen tutkijan saavuttamat tulokset voidaan katsoa päteviksi vasta sitten, kun ne ovat käyneet läpi julkisen tieteellisen keskustelun ja kritiikin” (Niiniluoto 1999, 83).

Tieteen tuloksia tulee voida koetella, ja ne saatetaan tarvittaessa korvata uusilla. Tieteen *autonomisuus* liittyy tieteen harjoittamiseen tiedeyhteisössä, jonka tehtävänä on valvoa tieteellisyyden standardeja. Mikään ulkopuolinen taho tai sidosryhmä, kuten politiikka tai media, ei saa vaikuttaa tieteen tuloksiin. Viimeinen kriteeri on *edistyyvyys*, jolla tarkoitetaan sitä, että tiede etsii jatkuvasti uusia totuuksia ja pyrkii järjestelmällisesti eliminoimaan aiempia virheitä. Täten tieteelliset menetelmät ja tieteellinen tieto edistyvät, vaikka kohtaavatkin käsitteellisiä tai teoreettisia murroksia. (Niiniluoto 2002, 37–38.) Salosen (2007, 22) mukaan tiede ymmärretään yleisesti tiedon järjestelmäksi. Tieteen perinteeseen kuuluu hänen mukaansa se, ettei yksikään tutkija ole pelkästään itsensä varassa, vaan tutkijan aikaansaannokset ovat olleet mahdollisia muiden tutkimustyön kautta. Tieteessä on ratkaisevaa, kuinka hyvin esitetyt väittämät pitävät paikkansa, kuinka hyvin teorialat peilaavat ympäröivää maailmaa sekä miten syvällisiä tulokset ovat.

Aiemmin luultiin tieteen edistymisen tapahtuvan tiedon kasautumisen ja kertymisen kautta. 1950-luvulta lähtien tätä ajattelutapaa on pidetty liian yksinkertaistavana, koska

se ei ota huomioon tieteen kehityksessä tapahtuvaa epäjatkuvuutta. Teorioita hylätään, uusia teorioita syntyy ja havaintoja tulkitaan uudelleen. (Niemelä, Lagerspetz, Lagerspetz & Näätänen 1989, 10–11.) Tiede voidaan kuvata myös oppimiskoneeksi, jonka avulla ihmiset pyrkivät saavuttamaan todellisuuden eri aspekteja koskevaa tietoa mahdollisimman nopeasti, tehokkaasti ja luotettavasti (Niiniluoto 1999, 35). Tiede on aina ollut luonteeltaan universaalia ja todellistunut myös tutkijoiden välisessä vuorovaikutuksessa (Salonen 2007, 23).

Salosen (2007, 41) mukaan tieteen perusluonne ilmenee teorioissa, joihin liittyy kyky kuvata, tulkita, selittää ja ennustaa havaintoja. Teoriat ovat myös muuttuvia, korjaantuvia, täydentyviä tai kumoutuvia inhimillisen kokemuksen laajetessa tai syventyessä. Teoria voi olla myös ajatusten ja kokemusten kokonaisuus, joka tuottaa ihmisten toimintaa ohjaavat periaatteet. Täten teoria tekee mahdolliseksi ymmärtää sosiaalista olemista. Teorian luonteeseen kuuluu jatkuva altistus tiedeyhteisön yleiselle kritiikille. Teoria altistuu myös muiden teorioiden haasteille sekä uusien tutkimuksien vaatimuksille. Tieteelliseen tutkimukseen sisältyy pitkä ajatteluprosessi kypsymisestä epäonnistumisten kautta oivalluksiin ja sitä kautta tulokseen. Kiinnostus tieteeseen, tieteellisten kysymyksenasettelujen kokeminen haastaviksi henkilökohtaisiksi ongelmiksi on tavallisesti hidas, vähitellen kasvava ja kehittyvä prosessi. Tieteen tekemistä kuvaa hyvin Platonin kuvailema filosofin peruspiirre: oman tietämättömyyden tajuaminen ja uuden tiedon etsinnän rakastaminen. (Niiniluoto 1984, 13–14, 17.)

Luonnontieteissä ja sosiaalitieteissä on ollut yli 400 vuoden ajan vallalla positivistinen tieteen filosofia. Tämä tieteenfilosofinen näkemys perustuu ankaraan empirismiin, nomoteettiseen tieteenihanteeseen ja kausaalisuuden säännönmukaisuuskäsitykseen. Tutkija toimii objektiivisena tarkkailijana, ja totuutta etsitään toistettavien tulosten kautta. Positivistinen tutkimus pyrkii tavoittelemaan yleisiä säännönmukaisuuksia erityisesti matemaattisten ja tilastollisten menetelmien avulla. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 133–135, 178–179; Metsämuuronen 2006b, 85–86.) Suurin osa liiketaloustieteellistä sekä yhteiskuntatieteellistä tutkimusta seuraa positivistista tutkimusotetta (Koskinen ym. 2005, 35). Tämä tieteenkäsitys on sittemmin saanut osakseen paljon kritiikkiä. 2000-luvulla positivistinen tieteenkäsitys on joutunut kilpailemaan monien vaihtoehtoisten tieteenfilosofisten näkemysten kanssa. Kakkuri-Knuutilan ja Heinlahden (2006, 133, 216) mukaan näistä tärkeimpiä ovat tulkitseva tutkimus, kriittinen realismi, relativismi ja konstruktivismi eli konstruktionismi.

Tutkimuksen tekoa ohjaavat tieteenfilosofiset taustaoletukset, kuten luvun alussa mainittiin. Tämä tutkimus pohjautuu sosiaaliseen konstruktionismiin. Tutkimuksen aineistoa, tekstejä, ei nähdä annettuina totuuksina, vaan ne ovat osa sosiaalisesti rakennuttua todellisuutta. Vaikka asioilla ja ilmiöillä on historiallisesti muotoutuneet nimet eli merkityksellistämisen tavat, jotka ihminen on vuorovaikutuksellaan mahdollistanut, merkitysten rajojen muuttuminen ja uusien merkityksellistämisen tapojen esiin nouse-

minen haastavat jatkuvasti ihmisen arkiajattelua. Juhilan (2006a, 162) mukaan konstruktionismi on melko laajasti hyväksytty niin kutsuttuna yleisenä ideana, jolla tarkoitetaan sitä, ettei kielen nähdä olevan millään yksinkertaisella tavalla suhteessa maailmaan, ei ihmisen sisäiseen maailmaan eikä ulkoiseen ympäristöön.

Juhila (2006) painottaa, että jokaisen tekstitutkimusta tekevän tulee ottaa kantaa siihen, luetaanko aineistoa siten, että ymmärretään kielen heijastavan tai kuvaavan maailmaa vai luetaanko sitä niin, että nähdään maailman merkityksellistyvän kielessä. Juhilan mukaan tutkija kykenee ontologisen ja episteemisen konstruktionismin käsitteiden avulla arvioimaan, miten kutakin aineistoa tulee lähestyä. Ontologisessa konstruktionismissa kieli nähdään ensisijaisena tutkimuskohteena, vaikka tutkimuskohdetta ei kokonaisuudessaan palauteta kieleen. Tekstien ulkopuolella voidaan olettaa olevan ei-diskursiivisia maailmoja, esimerkiksi instituutioiden maailmoja. Episteemisessä konstruktionismissa ei oteta kantaa siihen, onko kielen ulkopuolella todellisuutta vai ei. (Juhila 2006a, 162–163.)

Tässä tutkimuksessa hyväksytään ulkopuolisen todellisuuden olemassaolo eli painotus on ontologisessa konstruktionismissa. Tekstien ulkopuolella on erilaisten merkitysten maailma, jolla on vaikutus tekstien merkitysmaailmoihin. Lääkäriprofessio toimii instituutiona useiden instituutioiden keskiössä. Näitä ovat esimerkiksi lainsäädäntö tai hyvinvointipolitiikka. Tämän tutkimuksen viitekehyksenä toimii sosiaalinen konstruktionismi, ja tutkimuslähtökohtana on tulkinta ihmisten toiminnasta. Tutkimuksessa on vaikutteita myös sosiologiasta diskurssianalyysin käytössä, jolloin korostuu kielen tutkiminen sosiaalisena vuorovaikutuksena (ks. Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 175).

2.2 Sosiaalisen konstruktionismin käsite

Sosiaalisen konstruktionismin suuntaus sai merkittävää jalansijaa sosiaalitieteissä 1980-luvulla, vaikka suuntaus oli syntynyt jo 1960-luvun sosiologian piirissä. Sosiaalista konstruktionismia on vaikea määritellä tai rajata tarkasti, ja sitä käytetäänkin kaikenlaisen kielen ja sosiaalisen todellisuuden rakentumisen tutkimuksessa. Tieteenperinteenä konstruktionismilla tarkoitetaan erilaisia ajattelutapoja, joille on yhteistä sosiaalisen todellisuuden kielellisen rakentumisen, kulttuurin ja historian korostuminen. Sosiaalista konstruktionismia voidaan tarkastella tieteellisenä lähestymistapana tai suppeammin näkökulmana. (Kuusela 2002, 13, 49–52.)

Jokisen, Juhilan ja Suonisen (2006, 51) mukaan sosiaalisesta konstruktionismista on olemassa erilaisia suuntauksia ja tutkimustradition kenttää voidaan jäsentellä monin tavoin. Suuntaukset voidaan jakaa seuraaviin: 1. sosiaalisten ongelmien konstruktionistinen tutkimusperinne, 2. Bergerin ja Luckmannin edustama sosiologinen konstruktionismi, josta käytetään nimeä tiedonsosiologia, 3. poststrukturealistinen sosiaalinen

konstruktionismi ja 4. sosiaalipsykologinen sosiaalinen konstruktionismi. Tässä tutkimuksessa perehdytään tarkemmin Bergerin ja Luckmannin tiedonsosiologiaan. Sosiaalisen konstruktionismin keskeisenä perusajatuksena on kielenkäytön tarkasteleminen tekemisenä, joka muotoutuu jatkuvasti sosiaalisissa prosesseissa ja rakentaa sosiaalista todellisuutta. Kieltä käytettäessä puhutuille kohteille annetaan merkityksiä ja samalla rakennetaan tietynlaista todellisuutta, käsitystä jostakin asiasta. Aiempi käsitys korosti kielenkäyttöä pelkkänä todellisuuden kuvaajana. (Suoninen 2006, 17; Vaara & Laine 2006, 158–159; Kuusela 2002, 49, 60.)

Bergerin ja Luckmannin teorian mukaan käsitykset todellisuudesta ja sitä koskevasta tiedosta ovat maallikolle itsestään selviä, kun taas filosofian näkökulmasta merkityksellistä on ilmiöiden perimmäinen luonne ja se tosiasia, että käsitteet voivat sisältää moninaisia merkitysvivahteita. Sosiologisessa näkemyksessä maallikon käsitykset liittyvät siihen, minkä yhteiskunnan jäsen hän on, ja eroja voidaan ymmärtää yhteiskuntien erojen kautta. Tiedonsosiologian mukaan todellisuus on sosiaalisesti rakentunutta ja tutkimuksen keskiössä on todellisuuden yhteiskunnallinen rakentuminen. (Berger & Luckmann 1994, 11–12, 25.)

Bergerin ja Luckmannin teoriassa osa yksilön kokemuksista säilyy, kerrostuu ja luo muistettavia kokonaisuuksia. Kerrostuminen on intersubjektiivista, ja yhteinen tietovaranto muodostuu, kun usean yksilön elämänhistoriassa on yhteisiä kokemuksia. Kerrostuminen muuttuu sosiaaliseksi ainoastaan silloin, kun se on objektivoitunut jonkinlaisessa merkkijärjestelmässä. Tämä tekee mahdolliseksi jaettujen kokemusten toistuvan objektivoimisen, minkä jälkeen nämä kokemukset voivat välittyä yhteisöltä toiselle. Kieli on tärkein kokemuksia välittävä merkkijärjestelmä. Se objektivoi yhteiset kokemukset ja tekee niistä ymmärrettäviä. Kieli luo siten sekä kollektiivisen tietovarannon perustan että sen välineen. Kielen avulla objektivoidaan yhä uusia kokemuksia ja ne sisällytetään vallitsevaan tietovarantoon. (Berger & Luckmann 1994, 74, 81–82.) Koskisen ym. (2005, 206) mukaan kielenkäyttö on tärkein ja joustavin kulttuurinen seikka.

Sosiaaliseen konstruktionismiin liittyy keskeisesti teoria instituutioitumisesta. Inhimillinen toiminta voi totunnaistua, jolloin riittävän usein tapahtuva toiminta saa vakiintuneen, rutiiniluontoisen muodon. Toiminta totunnaistuu sosiaalisten instituutioiden maailmaan pohjautuvien kokemusten kautta. Yksilön ei tarvitse määritellä jokaista tilannetta uudelleen, vaan totunnaistunut toiminta rajoittaa ja helpottaa valintamahdollisuuksia. Totunnaistuminen mahdollistaa myös uusien asioiden käsittelyn ennalta arvatavalla tavalla. Instituutioitumisen edellytyksenä on vähitellen tapahtuva totunnaistuminen. Instituutioituminen on eri toimijoiden vastavuoroista tietyn toiminnan tyypittelyä, joka muokkautuu vakiintuneeksi toiminnaksi, jonka eri yksilöt jakavat keskenään. Instituutioihin liittyy sääteley sekä historiallisuus, joka on perusta instituution ymmärtämiselle. Instituutiot määrittävät inhimillistä käyttäytymistä asettamalla sille ennalta määrättyjä käyttäytymismalleja. Instituutiot luovat jäsenilleen sosiaalisen kontrollin järjestelmän.

(Berger & Luckmann 1994, 65–67.) Diskurssianalyytikon tulee kysyä mitä instituutioita diskurssit vahvistavat, mitä kenties vaientavat ja ketkä hyötyvät diskursseista (Juhila 2006a, 165).

Tässä tutkimuksessa lääkäriprofessio nähdään insituutiona, jolle on muodostunut itsestäänselvä asema päättäjien, esimerkiksi poliitikkojen ja virkamiesten, sekä kansalaisten keskuudessa. Professiota ohjaavat yhdenmukaiset käyttäytymissäännöt ja normit. Toiminta on niin totunnaistunutta, että siitä vapautuu energiaa tärkeisiin päätöksiin, jotka liittyvät lääkärin ja potilaan kohtaamiseen sekä lääkärin ja yhteiskunnan väliseen työnjakoon. Bergerin ja Luckmannin tutkimusote korostaa yksilöiden kykyä muokata ja muuttaa yhteiskunnallisia instituutioita ja toimintakäytäntöjä. Yksilöä ei nähdä ainoastaan sosiaalisten rakenteiden tuotteena, vaan yksilön ja yhteiskunnan suhde on dialektinen, jolloin yksilö on sekä sosiaalisen maailman tuottaja että samaisen maailman tuote. (Aittola & Raiskila 1994, 215–216.) Tässä tutkimuksessa katsotaan, että pääkirjoituksilla pyritään vahvistamaan ja ylläpitämään instituutiota sekä vaikuttamaan ympäröivään yhteiskuntaan. Kirjoittajat eli toimijat pyrkivät siten kirjoituksillaan muokkaamaan ympäröivää todellisuutta.

Yhteiskunnan tietomäärän kasvaessa tiettyihin rooleihin sidottu tieto lisääntyy, jolloin yhteiskuntaan muodostuu eri alojen spesialisteja. Roolispesifi tieto edellyttää yhteiskunnan organisoitumista siten, että tietyt yksilöt voivat keskittyä erityistehtäväänsä. (Berger & Luckmann 1994, 91.) Instituutiojärjestelmän näkökulmasta specialistit edustavat ja välittävät institutionaalisesti objektivoituja tietokasaumia. Specialistien näkökulmasta jokainen rooli kantaa mukanaan sosiaalisesti määriteltyä erityisosaamista ja tietoa. Instituutioituneen toiminnan laajuudella ja sitä määräävillä tekijöillä on myös merkitystä. Mitä useampi yhteisön relevanssirakenteista³ on yleisesti jaettu, sitä laajempi instituutioitumisen ala on. Myös kerran muodostunut instituutio yleensä pysyy. (Berger & Luckmann 1994, 91–95.)

Tässä tutkimuksessa oleellista on ymmärtää, että institutionaalisen segmentoitumisen seurauksena yhteiskuntaan muodostuu erilaisia merkitysmaailmoja. Näitä merkitysmaailmoja ylläpitävät tietyt ryhmät, jotka tuottavat jatkuvasti sellaisia merkityksiä, jotka ryhmä kokee objektiivisina todellisuuksina. Ryhmä voi joutua kilpailemaan toisen, erilaista merkitysmaailmaa edustavan ryhmän kanssa tai päätyä sen kanssa konfliktiin. Tämän takia oma asema pyritään vakiinnuttamaan ja kilpailevan erityistiedon uskottavuutta koetetaan heikentää. Vakiintunut merkitysmaailma kykenee vuorostaan vaikut-

³Relevanssirakenne tarkoittaa yksilön tietoisuutta hallitsevaa tajunnantilaa, jossa yksilön huomio suuntautuu tiettyihin ärsykkeisiin muiden ärsykkeiden jäädessä taustalle siihen saakka, kun hän siirtyy johonkin toiseen relevanssirakenteeseen. Relevanssirakenne voi olla esimerkiksi työrotiinit tai ostoksilla käynti. (Aittola & Raiskila, 229.)

tamaan omana syntyperustanaan toimineeseen sosiaaliseen kollektiiviin. Autonominen merkitysmaailma joutuu sekä pitämään 'ulkopuoliset' ulkopuolella, jolloin ongelmaksi muodostuu vakuuttaminen menettelyn oikeutuksesta, että pitämään asioista perillä olevat merkitysmaailman sisällä. Tällöin tulee olla käytettävissä sellaisia käytännöllisiä ja teoreettisia menetelmiä, joiden avulla kyetään minimoimaan halu paeta kyseisestä merkitysmaailmasta. (Berger & Luckmann 1994, 99–102.) Tässä tutkimuksessa pyritään ymmärtämään aineiston eli pääkirjoitusten luomaa merkitysmaailmaa, joka liittyy pyrkimykseen vahvistaa profession haltijoiden yhtenäisyyttä. Lisäksi pyritään ymmärtämään merkitysmaailmaa, jolla pyritään rajaamaan ulkopuolisten toimijoiden vaikutus profession itsesääteelyyn tai toimintaan.

2.3 Laadullinen tutkimus

Tämä tutkimus on laadullinen empiirinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää ja sen moninaisuutta. Tutkimuksen kohdetta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytämään erilaisten tapahtumien välisiä suhteita. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa tai mahdollistaa asioiden tarkastelu uudella tavalla ilman käytännöllisen elämän vakiintuneita käsitteitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 161; Koskinen, Alasuutari & Suoranta 2005, 24.) Laadullista menetelmää ei voida yksiselitteisesti määritellä, mutta menetelmässä korostuu pyrkimys saada aineisto ei-numeeriseen muotoon. Menetelmän käytössä vaikuttavat eri tieteenalojen omat tutkimustraditiot, ja laadullinen tutkimus sisältää monia erilaisia tutkimussuuntauksia, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Koska tutkimustyyppjejä on lukuisia, nämä eri menetelmät antavat tutkijalle vapauksia. Tutkija voi käyttää menetelmiä omalla ainutlaatuisella tavallaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 162–163, 165–166; Koskinen ym. 2005, 30–31.)

Laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkeihin voidaan katsoa kuuluvan seuraavat: yksittäisten tapausten käsittely ja erityisesti tutkijan vuorovaikutus yksittäisen havainnon kanssa, yksittäistapausten erittely niihin osallistuvien ihmisten näkökulmasta tai ihmisten niille antamien merkitysten kautta sekä tutkimuksen induktiivinen eteneminen. (Koskinen ym. 2005, 30–31.) Eskola ja Suoranta (2003, 16–21) ehdottavat laadullisen tutkimuksen tunnusmerkeiksi muun muassa tutkittavien näkökulmaa, hypoteesittomuutta ja tutkijan asemaa. Hirsjärvi ym. (2009, 164) lisäävät kvalitatiivisen tutkimuksen tyyppillisiin piirteisiin tutkimussuunnitelman muotoutumisen tutkimuksen edetessä, kohdejoukon tarkoituksenmukaisen valinnan sekä aineiston kokoamisen luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ainutlaatuista tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan jostakin ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen menetelmät voidaan jakaa neljään pääluokkaan eli

haastattelu- ja havainnointimenetelmiin, dokumentteihin sekä erilaisiin narratiivisiin, diskurssi- ja keskusteluaineistoihin (Koskinen ym. 2005, 45).

2.4 Diskurssianalyysi

Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat pyritään ratkaisemaan diskurssien analyysin keinoin. Menetelmä pohjautuu aiemmin esitettyyn laajempaan teoreettiseen viitekehykseen, sosiaaliseen konstruktionismiin, jonka mukaan kielenkäyttö luo sosiaalista todellisuutta. Kieltä käytettäessä puhutuille kohteille annetaan merkityksiä. Samalla rakennetaan tietynlaista todellisuutta, käsitystä jostakin asiasta. Ilmaistuilla lausumilla kuvataan asioita, väitetään jotakin todellisuuden luonteesta ja ennen kaikkea rakennetaan samalla tuota todellisuutta. Diskurssianalyysia voidaan kuvata poikkitieteelliseksi metodologiseksi sekä väljäksi metodologiseksi viitekehykseksi, joka sallii erilaisia tarkastelutapoja ja menetelmällisiä sovelluksia. (Vaara & Laine 2006, 158–159; Valtonen 1998, 96–97; Jokinen ym. 2008, 21, 41; Suoninen 2006, 17; Pietikäinen & Mäntynen 2010, 11–12.)

Diskurssianalyysin kanssa käytetään synonyymeja *keskusteluanalyysi*, *väiteanalyysi* sekä *kriittinen analyysi*. Sanaa *diskurssi* voidaan määritellä eri tavoin, ja nimitykset juontuvat eri kielten diskurssi-sanan eri merkityksistä. Diskurssianalyysi tutkii sitä, miten erilaiset kielelliset sopimukset ohjaavat ajattelua ja toimintaa. Menetelmässä kiinnitetään huomiota myös siihen, miten kieltä voidaan käyttää manipuloivasti jonkin näkökulman tai tietyn ryhmän eduksi. Tällöin kieltä käytetään suostuttelun ja vallankäytön välineenä. (Koskinen ym. 2005, 206.)

Diskurssianalyyttinen traditio syntyi 1970-luvun alkupuolella, jolloin moderni aika alkoi murtua kohti postmodernia. Kun moderni maailma paradigmoineen kohtasi murroksen, alettiin kokeilla etsiä tutkimusmenetelmiä, jotka voisivat paremmin vastata käsitystä murroksen ajan luonteesta ja selittää vaikeasti ymmärrettävän ajan ristiriitaisuuksia. Kompleksista maailmankäsitystä pyrittiin avartamaan, ja diskurssianalyysi toimi tiedon etsimisen välineenä, jonka oli määrä parantaa tieteen ja kulttuurin kykyä seurata aikaansa. Myöhemmin diskurssianalyyttinen tutkimus laajeni kulttuuria ja sosiaalista toimintaa tarkastelevasta asemastaan yhteiskunnan eri alueille. Nykyisin diskurssianalyyttinen tutkimus pyrkii selittämään inhimillisen elämän monimuotoisuutta ottaen huomioon eri toimijoiden roolin. (Remes 2003, 20–21.)

Valtaosa sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja asioiden merkityksellistämisestä tapahtuu sanallisesti. Ympäröivä todellisuus sisältää useista rinnakkaisia ja keskenään kilpaillevia merkityssysteemejä. (Jokinen ym. 2008, 17–18, 27.) Käsitteelliset ja aineelliset asiat nähdään erilaisten merkityssysteemien avulla. On oleellista ymmärtää, että merkityssysteemit rakentuvat osana erilaisia sosiaalisia käytäntöjä. Ihmiset rakentavat ja uusia asiantavaksi ja ilmiöiden erilaisia merkityksiä jatkuvasti. Samassa kulttuurissa

elävät ihmiset pyrkivät arkisessa yhteistoiminnassaan hahmottamaan asioita pelkistettyinä kokonaisuuksina. Diskurssianalyysi pyrkii tutkimaan asioita moninaisesti, jolloin kohteista muodostetaan arkisia pelkistyskäsitteitä moniselitteisempiä kuvauksia. (Jokinen ym. 2008, 25–26.) Tässä tutkimuksessa huomioidaan profession kentällä sekä suuren yleisön joukossa muokkautuneita pelkistettyjä kokonaisuuksia eli niitä itsestäänselvyksiä, jotka ovat muodostuneet ajan kuluessa. Tutkimuksessa pyritään tunnistamaan myös pelkistettyjen kokonaisuuksien taustalla vaikuttavia muita merkityksiä.

Kulttuurissa muotoutuneita erilaisia merkityssysteemejä voidaan kutsua *diskursseiksi* tai *tulkintarepertuaareiksi*. Diskurssit ja tulkintarepertuaarit ovat tutkijan työn tuloksia, ja esimerkiksi erilaiset tekstit puolestaan analyysin raakamateriaalia. (Jokinen ym. 2008, 27–28.) Jokinen ym. (2008, 27) määrittelevät käsitteet diskurssi ja tulkintarepertuaari verrattain eheiksi, säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemeiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja rakentavat samanaikaisesti sosiaalista todellisuutta. Koskinen ym. (2005, 225) kuvaavat diskurssin sellaiseksi rakenteelliseksi seikaksi, joka ohjaa ihmisten ajatuksia, odotuksia ja toimia ihmisten tietämättä. Husan (1995, 42) mukaan diskurssi näyttäisi viittaavan liikkeeseen ja toimintaan, tekstin viitatessa johonkin materiaalliseen ja kiinteään. Pietikäinen ja Mäntynen (2009, 22) puolestaan korostavat diskurssin dynaamista ja monimerkityksistä luonnetta. Diskurssianalyysisessä tutkimuksessa käsitteen valinnalla ei ole merkitystä. Olennaista on sen sijaan, miten diskurssi tai tulkintarepertuaari määritellään kussakin tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä *diskurssi*, koska tutkimuksen kohteena on professio, instituutio, ja diskurssin käsite sopii tutkimuksiin, joissa painopiste on ilmiöiden historiallisuuden tarkastelussa, valtasuhteiden analyysissä tai institutionaalisissa sosiaalisissa käytännöissä (ks. Jokinen ym. 2008, 26–27). Diskurssit voivat olla rinnakkaisia tai keskenään kilpailevia merkityssysteemejä. Valtasuhteita tutkittaessa jotkut diskurssit voivat muodostua yhteisesti jaetuiksi totuuksiksi. Tällöin diskursseja pidetään itsestäänselvyksinä eivätkä vaihtoehtoiset näkökulmat pääse esiin. (Jokinen ym. 2008, 28–29; Jokinen & Juhila 2008, 76–77.)

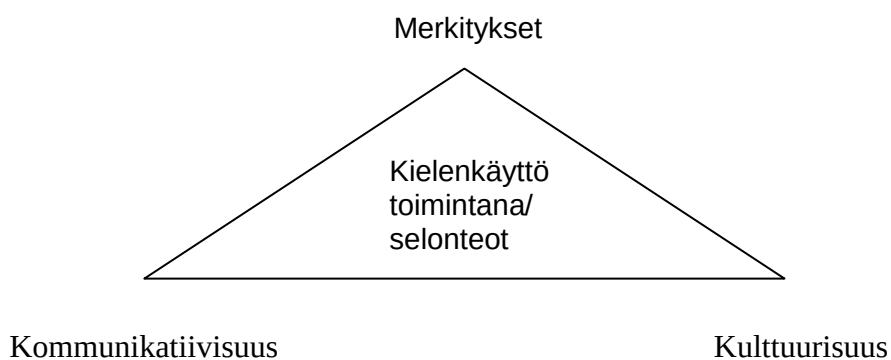
Koska diskurssianalyysissä tutkitaan sosiaalisia käytäntöjä, tarkastelun kohteena ovat yksilöiden kielenkäyttö ja laajemmat merkityssysteemit, joita yksilöt toiminnassaan tuottavat. Analyysin tavoitteena ei ole valmiiden ajatusten esiin kaivaminen, eikä ihmisen toimintaa pyritä selittämään ulkoisilla syillä. Kiinnostus kohdistuu ainoastaan minän rakentamisen ja rakentumisen prosesseihin. Kaikkien merkitysten katsotaan rakentuvan sosiaalisissa käytännöissä ja määräytyssä kontekstissa. Yksilö voidaan nähdä monenlaisissa toiminnallisissa positioissa. Yksilölle voi rakentua erilaisia 'miniä' aina kontekstin mukaan. Diskurssianalyysin toimijaulottuvuudet voidaan luokitella identiteeteiksi, subjektipositioiksi ja diskurssin käyttäjiksi. Identiteetillä voidaan tarkoittaa oikeuksia ja ominaisuuksia, joita toimijat olettavat itselleen, toisilleen tai muut toimijat olettavat tälle. (Jokinen ym. 2008, 38–39; Pietikäinen & Mäntynen 2009, 63–64.) Nämä itsestä ja

toisista rakennetut määritykset eivät ole pysyviä, vaan vaihtelevat tilanteittain, toisin sanoen identiteetti on toiminnallinen kategoria (Jokinen & Juhila 2006, 68).

Subjektiposition käsitteen avulla analysoidaan toiminnan rajoituksia eli sitä, millä tavoin ihmisille mahdolliset positiot voivat lukkiutua arkielämässä. Kulttuuri muovaa tämän näkökulman mukaan ”minän” rakentamista. Subjektiposition käsite sopii valtasuhteita painottavaan tutkimukseen. (Jokinen ym. 2008, 38–39.) Position käsite korostaa identiteetin käsitettä enemmän erilaisten merkityssysteemien valtaa määrittää tietyt paikat eri toimijoille (Jokinen & Juhila 2006, 68). Tässä tutkimuksessa käytetään position käsitettä, sillä voidaan olettaa, että tietyt positiot ovat lukkiutuneita ja ne koetaan annettuina. Lääkärillä on valmiiksi annettuna esimerkiksi asiantuntijan positio ja Lääkäriliiton edustajalla edunvalvojan positio. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten sosiaaliset käytännöt tuottavat tätä muuttumattomuutta.

Analyyssissä on olennaista keskittyä funktionaalisuuteen eli siihen, millaisia mahdollisia seurauksia kielenkäytöllä voi olla. Kyseessä ei ehkä ole toimijan itsensä tarkoittama vaikutus, vaan huomion kohteena ovat potentiaaliset funktiot, jotka voivat olla automaattisesti, luonnostaan toteutettuja. Tilannekohtaisten funktioiden ohella kielenkäyttö voi tuottaa laajoja ideologisia seurauksia, jotka liittyvät diskurssien ja vallan yhteenkietoutumiseen. Ideologisia seurauksia voivat olla alistussuhteiden legitimoiminen ja ylläpitäminen. Diskurssin seuraukset saattavat olla näkökulmasta riippuen myönteisiä tai kielteisiä. (Jokinen ym. 2008, 42–45; Suoninen 2008a, 48.)

Diskurssianalyttinen tutkimus voidaan hahmottaa kolmiona kuvion 1 mukaisesti. Kolmion kärkinä ovat merkitykset, kommunikatiivisuus ja kulttuurisuus.



Kuvio 1 Diskurssianalyysin kolmio (Jokinen & Juhila 2006, 54–55)

Kuviossa 1 olevan kolmion kaikki kolme osa-aluetta ovat diskurssianalyttisessä tutkimuksessa läsnä, toisiinsa kietoutuneina. Menetelmässä keskitytään nimenomaan kulttuuriin merkityksiin, jotka rakentuvat, pysyvät yllä ja muuntuvat vain ihmisten välisessä toiminnassa, kuten puheessa ja kirjoituksissa.

Vaikutusvaltainen diskurssintutkimuksen teoreetikko on ollut ranskalainen filosofi Michel Foucault (1926–1984). Foucault’n käsitteet diskursseista, vallasta ja subjekteista ovat olleet erityisen merkittäviä. Diskurssilla voidaan foucault’laisittain ymmärtää kunkin aikakauden ja kussakin tilanteessa kielenkäytössä ilmenevää kiteytynyttä ymmärrystä todellisuudesta. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 25–26.) Remes (2003, 43) tarkentaa että, Foucault’n mukaan diskurssi on yhteiskunnalle ja sen järjestelmille alisteinen, kollektiivisesti luotu ja ylläpidetty. Koskisen ym. (2005, 207–208) mukaan diskurssianalyysin taustalla vaikuttavat kaksi erilaista tutkimusperinnettä, mikro- ja makrotasoinen perinne. Foucault’n tiedon arkeologinen tutkimusote, jota voidaan kutsua makrotasoksi, tutki ajatteluumme hallitsevien tiedon muodostumien rakentumista ja rakennetta. Tutkimusote keskittyi kokonaisia yhteiskuntia ja länsimaista kulttuuria muovaavien tiedon muodostumien historiaan. Foucault’n tuotannon aiheina olivat historiallisesti sijoittuneet instituutiojärjestelmät ja diskursiiviset käytännöt sekä valta ja vallan suhde totuuteen (Husa 1995, 44).

Foucault’lainen diskurssianalyysi tutkii diskurssien kautta kuinka erilaiset asiat syntyvät, muuttuvat, hajoavat ja katoavat. Kiinnostuksen kohteina ovat erilaiset menneisyyden kerrostumat ja jatkuvat muutosprosessit, erityisesti näiden kuvaaminen. (Husa 1995, 45.) Mikrotasoinen diskurssianalyysi, jonka juuret ovat muun muassa 1960-luvun sosiologiassa, keskittyy puolestaan siihen, miten kielenkäyttö muokkaa toimintaa konkreettisissa tilanteissa. Mikrotason tutkimus on ollut käytössä erityisesti Pohjoismaissa ja Englannissa. (Koskinen ym. 2005, 210–211.)

Remes (2003) puolestaan jakaa väitöskirjassaan diskurssianalyttisen tutkimuksen kolmeen eri suuntaukseen niiden syntypaikan mukaan. *Angloamerikkalainen tutkimussuuntaus* keskittyy toimijan kulttuurisen aseman ilmaisemiseen diskurssien välityksellä, ja huomio on puheessa ja retoriikassa. Angloamerikkalaisessa tutkimussuuntauksessa tutkija pyrkii analysoimaan miten ihmiset ilmaisevat vallitsevaa kulttuuria ja sen luonnetta puheissaan. *Ranskalainen diskurssintutkimus* pohjautui puolestaan kulttuurin tutkimukseen, ja sen merkittävin vaikuttaja oli Foucault. Ranskalaisessa analyysimenetelmässä pyritään tuomaan esiin piilossa oleva, jolloin pystytään selittämään valtakulttuurin luonnetta. Menetelmä pyrkii analysoimaan diskurssien ilmenemisen ja muuttumisen tapoja. Kolmas Remeksen luokittelema lähestymistapa pohjautuu saksalaisen Jürgen Habermasin ajatuksiin. Tätä lähestymistapaa Remes nimittää *saksalaiseksi diskurssianalyysiksi*. Suuntaus tutkii ihmisen kulttuurista toimivuutta ihmisten toiminnan näkökulmasta. (Remes 2003, 21–22, 32, 39, 45–46.)

Remeksen (2003, 22–24) mukaan diskurssianalyysissä on oltava tietoinen diskurssianalyttisen tutkimuksen monimuotoisuudesta, koska tradition alkuperä vaikuttaa laajasti tutkijan ontologisiin ja epistemologisiin näkökantoihin aina aineiston valintaan saakka. Traditiot ovat erilaisia, ja tämä erilaisuus vaikuttaa tutkimukseen. Eri traditiot sopivat eri tutkimuskohteisiin, ja laadulliset arviointikriteerit täytyvät parhaiten, kun

tämä on otettu huomioon. Traditiot määrittävät, mitä tutkimuksella voidaan tavoitella, ja näin ollen eri menetelmien soveltaminen aineistoon johtaa myös erilaisiin tutkimustuloksiin. Traditiot vaikuttavat myös siihen, miten diskurssianalyttisen tutkimuksen kohteet määrittyvät.

Ranskalainen traditio tutkii kulttuuristen aineistojen kautta tapahtuvaa diskurssin laadullista muuttumista tai muotoutumista, angloamerikkalainen traditio tarkastelee erityisesti ihmisten puheen kautta tapahtuvaa ilmiöiden jäsentymistä ja saksalainen traditio on kiinnostunut tieteellisestä diskurssien jäsentämisestä ihmisten toiminnan kehittämisessä. Kaikille traditioille on yhteistä kiinnostus diskurssien kykyyn organisoida kohdattavaa todellisuutta. Diskurssianalyysin eri traditiot tuottavat erilaiset oletukset maailmasta sekä käsityksistä, miten tietoa voidaan saada. Traditioiden erilaiset ontologiat ja epistemologiat liittävät ranskalaisen, angloamerikkalaisen ja saksalaisen tradition erilaisiin tieteenfilosofisiin keskusteluihin. (Remes 2003, 23, 55.)

Tämä tutkimus asemoituu Remeksen (2003; 2006) jaottelun mukaan ranskalaiseen diskurssianalyysitraditioon, jonka mukaan kulttuuri pitää sisällään erilaisia diskursseja, jotka ihmiset sosiaalisesti luovat. Ranskalainen traditio tutkii siis, mitä diskurssi on ja miten se on muotoutunut (Remes 2003, 60–61). Luodessaan diskursseja inhimillinen toiminta ja diskurssit ovat samalla alisteisia kulttuurille. Diskurssit syntyvät ja pysyvät yllä yhteiskunnan ja kulttuurin luomilla legitiimeillä käytännöillä. (Remes 2006, 302–303.) Näitä käytäntöjä pyritään tässä tutkimuksessa avaamaan eli tuomaan esiin lääkäriprofession vallan ilmenemisen diskursseja. Tutkimuksen lähtökohtana on ajatus, että tieto on sisään rakentuneena yhteiskunnan käytänteissä (ks. Remes 2003, 91–103).

Tämän tutkimuksen ontologia eli kysymys todellisuuden olemuksesta pohjautuu ajatukseen, jonka mukaan ihminen on kulttuurin voimien alainen ja maailma luodaan kulttuurin produktiossa. Lääkäriys nähdään kulttuurina, jonka taustalla on instituutioituminen ja tunnustettu asema yhteiskunnassa. Tämän tutkimuksen epistemologia eli mitä voimme tietää, seuraa ontologista valintaa ja tiedon katsotaan sisältyvän yhteiskunnallisiin käytänteisiin. Kulttuurinen tieto uudistuu ja muuntaa yhteiskuntaa. Tieto on pysyvä elementti yhteiskunnan muistissa. (Remes 2003, 100; 2006, 347–348.)

Diskursseja tarkastellaan tietynä ajankohtana, jolloin merkitysten tutkiminen on juuri nyt tapahtuvaa toimintaa unohtamatta kuitenkin kulttuurista jatkumoa. Merkityksellistämisen tavat ovat aina sidoksissa laajempiin kulttuurisiin merkityksiin ja kielellisiin käytäntöihin sekä lähtöisin niistä (ks. esim. Jokinen & Juhila 2006). Tulkinnot tukeutuvat olemassa olevaan todellisuuteen, tutkijan omaan maailmankuvaan ja kulttuuritaustaan. Tässä tutkimuksessa kieli nähdään resurssina, jota voidaan käyttää eri tavoin. Keskeistä tutkimuksessa on ajatus, että pienikin kielenkäytön palanen on aina osa suurempaa kokonaisuutta sekä se, että valittu, käytetty kieli vaikuttaa laajempiin käytänteisiin ja prosesseihin (ks. Pietikäinen & Mäntynen 2010). Tutkimuksessa pohditaan myös sitä, miten kieltä muuttamalla on mahdollista vaikuttaa näihin käytänteisiin.

Tutkijan rooli

Tutkijan rooli ei ole diskurssianalyttisessä tutkimuksessa yksiselitteinen. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kieli ei ole yksiselitteistä todellisuuden kuvausta vaan tutkijan konstruoimaa. Merkityksellistä onkin pohtia tutkijalle olemassa olevan todellisuuden käsitteiden, kategorioiden ja dikotomioiden mahdollista huomaamatonta uusintamista. Tutkijan työhön vaikuttaa aina se sosiaalinen todellisuus, jonka osa hän itse on. Tutkija ei ole neutraali henkilö, vaan oman yhteiskunnan ja erityisesti kulttuurin kasvatama yksilö. Siten tutkijan omat henkilökohtaiset, kulttuurin muovaamat mallit ohjaavat havaitsemista ja ajattelua. Tämä tulee ottaa huomioon tutkimuksen arvioinnissa. Tutkijan tuleekin rakentaa tekstinsä siten, että käytetyt merkityssysteemit ovat siinä määrin vakiintuneita, että ne ovat kulttuurisesti ymmärrettäviä. Reflektoinnilla tarkoitetaan tutkijan pohdintaa siitä, tuleeko hän mahdollisesti konstruoidaan asiat totutulla tavalla. Siihen sisältyy myös pohdintaa erilaisista seurauksista, joita tutkijan käyttämällä käsitteellisillä konstruoinneilla voi olla erilaisten käytäntöjen kannalta. (Jokinen ym. 2008, 23–24.)

Analyysiä tehdessään tutkijan tulee pohtia omaa suhdettaan valtaan. Miten tutkijan rakentamat diskurssit ja perusteluina käytettävät diskurssit rakentavat sosiaalista todellisuutta ja minkälaisia seurauksia niiden käyttöön voi liittyä. (Jokinen ym. 2008, 45.) Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma, jossa tutkija on opiskellut, on poikkitieteellinen koulutusohjelma, ja diskurssintutkimukselle onkin luonteenomaista juuri monitieteisyys. Kyse ei ole ainoastaan kielitutkimuksesta vaan laajoistakin yhteiskunnallisista ja historiallisista konteksteista sekä yhteiskunnallisten ja sosiaalisten rakenteiden ja muutosten kielellistymisestä. Diskurssintutkija on myös kiinnostunut kielen ja toiminnan välisestä suhteesta. Diskurssintutkimuksen voikin paikantaa kielitieteen ja yhteiskuntatieteiden teorioihin. (Pietikäinen & Mäntynen 2010, 21.)

Tässä tutkimuksessa on pinnalla tulkitsijan positio, eli tutkija pyrkii tuottamaan aktiivista tulkintaa tekstiaineistosta ottaen samalla huomioon tekstien yhteiskunnalliskulttuurisen kontekstin. Tekstiaineistoa ei siten pyritä vain ”kuuntelemaan”. Tutkijan haasteena diskurssianalyysissä onkin omien, myös tiedostamattomien itsestäänselvyyksien kyseenalaistaminen. Diskurssianalyysin vaikeutena on jatkuva arkiajattelun ylittäminen. Arkikielessä käytetään jatkuvasti merkityseroihin perustuvia luokitteluja, kuten esimerkiksi savolaiset, hämäläiset, lääkärit. Tutkijan täytyy pyrkiä näkemään oman arkiajattelunsa taakse ja kyseenalaistamaan yhteiskunnassa ja kulttuurissa muodostuneita luokitteluja ja itsestäänselvyksiä.

Retoriikka

Retoriikalla tarkoitetaan yleisön vakuuttamista jonkin argumentin pätevyydestä ja pyrkimystä saada yleisö sitoutumaan tiettyyn asiaan. Argumentoinnin lähtökohtana on avoimuus, jota voidaan kuvata siten, että ”viimeistä sanaa ei ole”. Vaikutettavalla

yleisöllä on argumentoinnissa merkitys. Olennaista on lähteä liikkeelle sellaisista lähtökohtapremisseistä, jotka ovat yhteisesti jaettuja ja hyväksyttyjä. Näitä yleisön hyväksymiä lähtökohtapremissejä pyritään siirtämään koskemaan myös varsinaisia johtopäätöksiä eli argumentteja. Retoriikka on puhutun ja kirjoitetun kielen perusluonteinen ominaisuus, joka on läsnä kaikessa kielenkäytössä. (Jokinen 2006, 46–47.) Väliverronen (1998, 23) esittää, että retoriikan perinne tähdentää kielenkäytön toiminnallista luonnetta. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa retoriikan työvälineitä voidaan käyttää hyväksi tekstien ja puheiden analyysissä. Keskiössä on erilaisten retoristen keinojen erittely: millaisilla suostuttelu- tai vakuuttelukeinoilla yleisö pyritään saamaan vakuuttumaan argumentin uskottavuudesta ja siten saamaan yleisön kannatus. Diskurssianalyysissä voidaan retorista välineistöä käyttää tarkasteltaessa, miten tekoja tai asioiden kategorisointeja pyritään oikeuttamaan tai miten ne saadaan näyttämään itsestäänselvyyksiltä. (Jokinen 2006, 46–47; Pirttilä 2002, 14.)

Koska retoriikalla pyritään synnyttämään ihmisissä halutunlaisia mielikuvia, retoriikan tutkimus keskittyy vaikuttajien tutkimukseen. (Remes 2006, 337.) Tässä tutkimuksessa pääkirjoittajat nähdään vaikuttajina, jotka pyrkivät vahvistamaan tietynlaisia mielikuvia koko lukijakunnassa. Diskurssianalyttisesti nämä ovat henkilöitä ja tahoja, kuten Lääkäriliitto, jotka kiinnittävät ihmiset haluamiinsa diskursseihin (ks. Remes 2006, 337). Mielenkiinnon kohteena ovat erilaiset retoriset keinot, joilla pyritään saamaan väitteille kannatusta valitussa lukijakunnassa ja joilla yritetään legitimoida väitteet. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan eri väitteiden perusteluita sekä pohditaan, tukevatko nämä perustelut väitteitä vai kertovatko ne kenties jostakin piilossa olevasta diskurssista.

3 PROFESSIO, LÄÄKÄRIPROFESSIO JA VALTA

3.1 Professiotutkimus

Professio-sanaa on vaikea suomentaa. Alan tutkimuksissa on käytetty *ammattillisen ammatin* tai *professionaalisen ammatin* käsitteitä. (Henriksson 1998, 19.) Professiotutkimus tarkastelee vahvan ammattikunnan aseman saavuttaneita ammattiryhmiä eri näkökulmista. Funktionalistinen tutkimussuuntaus painotti jo 1930-luvulta lähtien professioiden myönteistä ja tärkeää merkitystä yhteiskunnassa sekä niiden yhteiskuntaa harmonisoivaa roolia. (Konttinen 1993, 8; Henriksson & Wrede 2004, 10–11.) Professiot nähtiin ikään kuin biologisina organismeina, jotka kehittyivät luonnonhistorian lakien mukaan toistuvien kehitysvaiheiden kautta (Henriksson 1998, 19). Asiantuntijat olivat yhteiskunnan pyyteetön voimavara (Haapakorpi 2009, 12). 1970-luvulla tapahtui paradigman muutos ja kriittinen professiotutkimus syntyi (Konttinen 1991, 12).

Kriittinen professiotutkimus pohjautui sosiologi Eliot Freidsonin luomaan konfliktien analyysiteoriaan. Teoriassa keskityttiin potilaisiin kohdistuvaan vallankäyttöön, lääkäreiden omien etujen ajamiseen, ammattikunnan itsesääteelyyn sekä muihin terveydenhuollon ammatilaisiin kohdistuvaan kontrolliin. (Toiviainen 2007, 23–24.) Kriittisen professiotutkimuksen kiinnostuksen kohteena olivat ennen kaikkea yhteiskunnan ja työelämän epätasa-arvoisuus (Haapakorpi 2009, 12). Kriittisen professiotutkimuksen aikaan valta-asemaan nousi uusweberiläinen tutkimusote, joka keskittyi pohtimaan sitä, miten tietyt ammattikunnat olivat saavuttaneet korkean professionaalisen statuksen poikkeuksellisine etuoikeuksineen. Professiotutkimuksessa nostettiin esiin talouden ja vallan merkitykset. Rakennenäkökulmasta siirryttiin toimijanäkökulmaan, jolloin professiot nähtiin projekteina, joissa professiotoimijat ovat muiden tavoin yhteiskunnallisia toimijoita eivätkä yli-ihmisiä. (Henriksson 1998, 19.)

Uusweberiläisen suuntauksen taustalla vaikutti Max Weberin sosiaalisen sulkemisen käsite. Käsitteellä tarkoitetaan professiotutkimuksessa monopolia, jonka jokin ryhmä on onnistunut luomaan taatakseen niukkoja etuoikeuksia omille jäsenilleen. Sosiaalinen sulkeminen tarkoittaa modernien professioiden kohdalla erityisesti koulutusta ja tutkimusta. Ammattikunta vaikuttaa pätevyysvaatimuksiin ja pyrkii rajaamaan tietyt työtehtävät niille, joilla on kyseinen pätevyystodistus. Ammatillisen ryhmänmuodostumisen motiiveina ovat markkinakontrolli sekä jäsenten liittoutuminen etuuksien saavuttamiseksi. (Konttinen 1993, 8; Henriksson 1998, 20.)

Kriittinen professiotutkimus kiinnostui tästä yhteiskunnan ja työelämän epätasa-arvoisuudesta, jossa professionaalinen sulkeuma rajoitti ryhmän ulkopuolelta tulevien mahdollisuuksia päästä hyviin asemiin työmarkkinoilla ja yhteiskunnassa (Haapakorpi 2009, 13). Professiotutkimuksen kiistaton suosikki on ollut lääkäriprofessio. Lääkärien

asema terveydenhuollon asiantuntijana ja johtajana on määritellyt rajat ja ehdot, joiden puitteissa muiden terveystyön toimijoiden toimintamahdollisuudet ovat voineet toteutua. (Henriksson 1998, 24.)

3.2 Professio ja profession tulevaisuus

Professiolla tarkoitetaan vahvaa, yhteiskunnallisen aseman saavuttanutta ammattia. Ammatinharjoittajia yhdistää vahva tieteellinen koulutustausta, ja koulutukseen liittyy myös kypsyminen ammatin arvomaailmaan. Koulutuksen ajatellaan antavan myös valmiuksia ammatin jatkuvaan kehittämiseen. (Konttinen 1991, 12, 14; Äärimaa 2005, 12.) Henrikssonin (1998) mukaan professiolla tarkoitetaan modernin yhteiskunnan korkeampia koulutusammatteja. Freidsonin (1970, 71–72) mukaan professiota voidaan kuvata ammattina, joka on saavuttanut dominoivan aseman yhteiskunnassa. Ammattikunta voi tällöin kontrolloida ja määrittää omaa toimeaan päättämällä esimerkiksi koulutuksesta, koulutettavien määristä ja viroista. Professio toimii autonomisesti ja itseohjautuvasti, ja erityisen uskollinen jäsenkunta turvaa sen erityisaseman.

Freidsonin (2006) mukaan lääkäri on kaikista vakiintunein professio. Ammattikunta asettuu yleisön silmissä muita ammattikuntia korkeammalle tasolle. Ainoastaan profession haltijat voivat diagnosoida ja hoitaa sairauksia ja intensiivisen ja tiiviin koulutuksen kautta omaksutut yhteiset taidot ja arvot muodostavat professiolle jaetun identiteetin. Täten profession haltija määrittellään ensisijaisesti tietynlaiseksi henkilöksi, joka on sisäistänyt tarkoin määritetyt professionaaliset arvot. Henkilön käyttäytymistä ohjaavat yksilölliset ominaisuudet sekä kokemukset yhteisesti jaetuista normeista. Freidsonin (1970, 77) mukaan lääkäriprofessiolla on julkinen mandaatti. Profession sopimus valtion kanssa takaa monopolin ammatin harjoittamisessa. Professioneja voidaan kuvata ammattiryhmiä, jotka ovat vapaita ulkopuolisesta kontrollista, toisin kuin monet muut ammatit (Freidson 1994, 88).

Helander (1993, 40) on luetellut professioneja määritteleviä ominaisuuksia Millersonia (1964) mukaillen. Helanderin mukaan tunnusomaista on, että professio pohjautuu teoreettiseen tietoon ja ammattiin vaaditaan pätevyystesti, ammattia harjoitetaan eettisen koodiston mukaan altruistisesti⁴ ja harjoittajilla on oma organisaatio. Profession harjoittamiseen liittyy vahva moraaliarvopohja, joka lääkärin ammatissa on lääkärin etiikka. Professio määrittelee itse tehtävänsä koulutuksen kautta, ja profession haltijoilla on vapaus tehdä itsenäisesti, eettisten sääntöjen mukaisesti ammatinharjoittamiseen kuuluvia

⁴ Altruismi tarkoittaa epäitsekkyttä; muiden ihmisten auttamista ilman oman edun tavoittelua (Uusi Sivistyssanakirja).

päätöksiä. Tämä kliininen autonomia on lääkäriprofession keskeisimpiä käsitteitä. (Äärimaa 2005, 12.) Laajempaan käsitteeseen lääkärin autonomia voidaan määritellä siten, että yksittäinen lääkäri saa päättää omista hoitokäytännöistään sekä arvioida omia suoritustaan (Pickard 2009, 254). Lääkäreitä sitovat yhteen pitkä teoreettinen koulutus ja yhteiskunnallisesti merkittävät erityistiedot ja -taidot. Lääkäriprofession pyrkii itse valvomaan jäsentensä toimintaa lähtökohtanaan yhteinen arvopohja. Lääkäriprofession oikeutuksena ja tavoitteena on järjestelmä, joka palvelee parhaiten sekä yksilöiden että yhteiskunnan tarpeita. Yhteiskunnan täytyy puolestaan tarjota professionille mahdollisuudet harjoittaa kaikkia yhteiskunnan jäseniä hyödyttävää ammattia, ja profession pitää sitoutua yhteisiin toimintaperiaatteisiin. (Pasternack & Saarni 2007, 11–12.)

Professionalismilla tarkoitetaan sitä, että pyritään hyvään laatuun itsekontrollin kautta, ilman ulkopuolista pakkoa. Profession jäsenet ovat teorian mukaan sitoutuneet yhteisiin ammattieettisiin velvoitteisiin ja oikeuksiin sekä hyvän ammatinharjoittamisen ideaaliin. Professionalismi voidaan nähdä yhteiskunnan ja profession haltijoiden välisenä kirjoittamattomana sopimuksena. Terve professionalismismi takaa lääkärin toiminnan sekä yksittäisten potilaiden että koko väestön tarvitsemissa terveyspalveluissa. (Saarni 2005, 136; Pasternack & Saarni 2007, 11–14.)

Lääkäriprofessioniin liittyviä *velvollisuuksia* ovat altruismi, korkeasta ammattitaidosta huolehtiminen, yleisten eettisten periaatteiden noudattaminen, humanististen arvojen kunnioittaminen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen. Vastaavasti professionilla on seuraavanlaisia *oikeuksia*: oikeus taudinmääritykseen ja hoitoihin, kunnioitus muiden ammatinharjoittajien autonomiaa kohtaan, kohtuullinen palkkaus ja yhteiskunnallinen arvostus. Keskeisin lääkäriprofession etiikan periaate on kuitenkin potilaiden auttaminen parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaan etu tulee asettaa oman edun edelle. (Pasternack & Saarni 2007, 12.)

Lääkärin koulutuksessa ei ole keskeistä tiedon ja taitojen oppiminen vaan kokonaan uuden identiteetin omaksuminen. Profession sisältämät vastuut ja oikeudet on tarkasti kuvattu, mutta niiden opettaminen käytännön koulutuksessa on haasteellista. Profession piirteistä on olemassa lukuisia määriä kuvauksia, joiden avulla käsitettä pyritään tarkentamaan. Vaikeutena on kuitenkin opettaa tämänkaltaisia käsitteitä tehokkaasti ja tuloksellisesti. Tiedossa on, että professionalismin kuuluvaa tietoa tulisi opettaa, mutta voidaan kyseenalaistaa, pystytäänkö tällaista tietoa ylipäättänsä opettamaan. (Wagner, Hendrich, Moseley & Hudson 2007, 288–294.) Bleakleyn (2011, 134) mukaan pelkkä tietojen ja taitojen omaksuminen ei ole ainoa tekijä lääkäriksi kehittämisessä tai erikoisalan valinnassa. Merkityksellisiä ovat arvot, jotka vaikuttavat pysyvästi lääkärin ajatteluun ja sitä kautta kehitykseen. Professionaalinen kehitys ei ole myöskään yksittäinen tai johdonmukainen prosessi, vaan kehittyminen sisältää useita samanaikaisia prosesseja. Henriksson & Wrede (2004, 12) kuvaavat ammattikuntien kehityskulkuja risteileviksi poluiksi, joiden suunnat, muodot ja ajoitukset vaihtelevat. Miettinen ja Flegel (2003,

356) korostavat, että ammatin sisällön hyvyys ja normatiivisuuden tulee olla profession opetuksen pääasiallinen sisältö.

Wagner ym. (2007, 289–291) tutkivat eroavaisuuksia lääkäriprofession ymmärtämisessä tiedekuntien, erikoistuvien lääkäreiden, opiskelijoiden ja potilaiden keskuudessa ja tarkastelevat sitä kautta profession koulutuksen kehittämisaikaväleitä. Tuloksia haettiin potilaisiin suhtautumisen sekä osaamisen ja teknisen taidon suhteen ja luonteenpiirteiden mukaan. Työn osaaminen ja tekniset taidot katsottiin tärkeiksi professionalismin kannalta. Potilaiden vastauksissa korostui lääkärin työn inhimillinen puoli. Profession haltijoiden luonteenpiirteistä myötätunto koettiin oleelliseksi. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota myös siihen, ettei varsinaista sosiaalista oikeudenmukaisuutta (hoitoon pääsy, rajallisten resurssien kohdentaminen) koskevaa ohjeistusta juurikaan ollut.

Miettinen ja Flegel (2003, 353–356) korostavat profession perusolemuksen selkeätä määrittelyä professiokeskustelun osana. Kirjoittajien mielestä professioon kuuluu toimiminen kaikkien vaadittavien ominaisuuksien mukaisesti. Erityisosaamista tulee heidän mukaansa käyttää niissä olosuhteissa, jotka ovat hyvän toimintatavan mukaisia. Kaikkeen tulee olla lisäksi sitoutuneita normatiiviseen toimintatapaan. Tällöin professio toimii asenne- ja käyttäytymisodotusten mukaisesti, mikä on oleellista potilaan onnistuneeseen hoitosuhteen kannalta.

Lääkäriprofession tulevaisuus

Lääketieteen teknologian kehittyminen ja monet muutokset ympäröivässä yhteiskunnassa vaikuttavat voimakkaasti terveydenhuoltoon ja lääkäriprofession. Palvelutarpeiden kasvu ikärakenteen muuttuessa, medikalisaatio eli arkisen elämän lääketieteellistyminen ja teknologian tuomat uudet hoitomuodot vaikuttavat selvästi lääkärin työhön. Kasvavat kustannukset ja palvelutarpeen kasvu synnyttävät uusia ongelmia. Tietoisuus yhteiskunnan rajallisista resursseista ja lääkärin roolin muuttuminen organisaationsa palvelijaksi on herättänyt paljon keskustelua lääkäriprofession asemasta. (Pasternack 2003, 689–690.) Terveydenhuoltoon levinnyt markkinaorientaatio näkyy kilpailun lisääntymisenä yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Yritysmaailmasta tuttujen johtamistapojen tulo on vaikuttanut professionalismiin asenteiden ja toimintaympäristön muutosten kautta. Tulevaisuus ennakoi lääkärin roolin muuttumista yksilöön moraalisesti sitoutuneesta auttajasta kohti erityistiedon kustannustehokasta soveltajaa. (Saarni & Vuorenkoski 2003, 993–1000.)

Hanna Toiviainen on koonnut väitöskirjassaan taulukon lääkäriprofession kohtaamista muutoksista. Toiviaisen mukaan lääkärit ovat joutuneet sopeutumaan moniin nopeisiin työelämän muutoksiin. Taulukossa 1 on esitetty lääkäriprofession kohtaamia muutoksia.

Taulukko 1 Lääkäriprofession kohtaamia muutoksia (mukaeltu Toiviainen 2007, 101–102)

Lääkäriprofession kohtaamia muutoksia
<i>Ammatin palkkatyöläistyminen: työsuhteet korvaavat yksityisen ammattiharjoittajuuden</i> o ammatti muiden palveluammattien joukossa
<i>Ammatillisuuden väheneminen, vähemmän ammatilliseksi tuleminen:</i> o byrokratisoituminen ja virkamiesmäistyminen o lisääntyvä ulkopuolinen sääntely o resurssirajoitukset (esim. vastaanottoajat, säästöpäätökset) o kustannusvaikuttavuus
<i>Työ lisääntyvästi uusien teknologioiden määrittämää:</i> o tiedon perässä pysyminen o lisääntyvä tieteellinen evidenssi ammatillisen empirian edelle
<i>Terveystieteiden muuttuminen ja muutokset potilas-lääkärisuhteessa</i> o väestön ikääntyminen, lisääntyvä sairastaminen o terveysteknologioiden lisääntyminen o odotusten lisääntyminen lääketiedettä kohtaan o potilaiden kriittisyyden lisääntyminen o hoitosuhteen juridisointi ja oikeudenkäynnit
<i>Sosiaalinen liikehdintä ja väestön koulutustason kasvu:</i> o itsehoito ja diagnosointi o individualismin lisääntyminen ja korostaminen o globalisaatio ja informaatiovallankumous
<i>Valtiojärjestelmän muuttuminen:</i> o tuen väheneminen lääkäriprofessionille
<i>Luottamuksen väheneminen lääkärikuntaan</i>
<i>Markkinat</i> o lääkäriammatin korporatisoituminen ja markkinoistuminen

Taulukossa 1 esitetty lääkärin vallan väheneminen näkyy vastaanotoilla potilaiden oman tietoisuuden lisääntymisenä. Potilaan itse hankkima tieto internetin tai esimerkiksi potilasjärjestöjen kautta vaikuttaa potilaan ja lääkärin valtasuhteisiin. Toisaalta tietoverkkoja pyritään hyödyntämään ja kansalaisten hyvinvointia edistämään esimerkiksi vertaistukea tarjoamalla. Suomalainen terveydenhuolto koostuu potilaista eli palvelun käyttäjistä, terveydenhuollon palvelun tarjoajista eli sairaaloista ja terveyskeskuksista, sekä rahoittajista ja organisoijista kuten kunnista ja valtiosta. Lääkäreiden katsotaan toimivan palveluntarjoajan asettamissa raameissa. Lääkärit ovat myös tilivelvollisia yhdessä poliitikkojen kanssa kansalaisille, jotka valitsevat edustajat päättämään terveydenhuollosta ja verovaroin rahoitettavista palveluista. (Toiviainen 2005, 24–25, 101–102.)

Pasternack (2003, 689) esittää, että lääkärin työtä muuttavat taloudellisten arvojen ja yksilöllisyyden korostuminen sekä lääketieteen teknistyminen humanististen arvojen kustannuksella. Hän haluaa herättää keskustelua lääkäriprofession yhteiskunnallisesta asemasta, lääkärin työn muuttumisesta, ammattietiikan uusista haasteista sekä lääkärikunnan suhteesta terveydenhuollon priorisointiin. Saarni ja Vuorenkoski (2003, 993) väittävät, että lääkäriprofession kannalta on keskeistä, miten perinteinen ammattietiikka ja ammattikunnan rooli saadaan sovitettua korkean teknologian ja talouden lainalai-

suuksien maailmaan. Säännöstelyn tarve kasvaa väistämättä sitä mukaan, kun kustannukset, potilaiden vaatimukset ja lääketieteen suomat mahdollisuudet lisääntyvät. Terveydenhuollon kustannuskriisi ja yhteiskunnallinen ekonomisaatio eli markkinaorientaatio korostavat lääkärin roolin lojaalisuutta ensisijaisesti työnantajaa, ei potilasta, kohtaan.

Tuomirannan (2002, 17, 126) mukaan terveydenhuollon johtamisongelmiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, koska lääkäreillä ja koko lääketieteen professiolla on merkittävä vaikutus yhteiskunnan terveystalouteen sekä sairaalaorganisaatioiden taloudelliseen ja psykososiaaliseen toimintaan, Tuomiranta katsoo, että lääkärin on potilaan hoitoa koskeissa päätöksissä otettava huomioon lääketieteellisten, professionaalisten ja eettisten päätöksenteon perustelujen lisäksi myös taloudelliset, hallinnolliset ja kunnallispoliittiset tekijät. Lääkärin tulee etiikkaansa perustuen ajatella potilaan etua ensisijaisesti ilman taloudellisia tai hallinnollisia pakotteita. Kuntasektorilla työskentelevä lääkäri on kuitenkin virkamiehenä velvollinen sitoutumaan kuntatyönantajan asettamiin normeihin ja säädöksiin. Vuori (2005, 5) on korostanut sitä, että työn sisältö ja luonne asettavat jatkuvia haasteita terveydenhuollon organisaation työntekijöille. Tämä johtaa hänen mukaansa siihen, että lääke- tai hoitotieteellinen asiantuntijarooli nousee etusijalle.

Lääkäri tekee moniulotteista työtä, joka sisältää useita, erilaisia vaatimuksia sisältäviä rooleja (Tuomiranta 2002, 43). Monitahoinen työnkuva ja vastuulliset roolit asettavat lääkäreiden osaamiselle suuria vaatimuksia. Lääkäri ei ole pitkänkään koulutuksen jälkeen valmis, vaan osaamista on koko ajan päivitettävä. Oman tieteenalan jatkuva seuraaminen sekä muilta aloilta siirtyvät käytännöt terveydenhuollon organisaation kehittämiseksi vaativat jatkuvaa oppimista. Uusien toimintatapojen ja työvälineiden käyttöönotto muuttaa ammattilaisten suhteita toisiin ammattilaisiin sekä potilaisiin. (Saaren-Seppälä 2006, 312–313.)

Sairauksien luonteessa tapahtuneet muutokset vaikuttavat profession haltijoiden työhön. Kun 1900-luvulla lääkäri kohtasi työssään akuutteja, henkeä uhkaavia ja usein parantamattomia sairauksia, on sairauksien luonne nykyisin erityisesti kehittyneissä teollisuusmaissa toisenlainen. Lääkäri joutuu työssään entistä enemmän tekemisiin yksilöiden sosiaalista elämää rajoittavien kroonisten sairauksien sekä väestön ikääntymiseen ja elintasoon liittyvien sairauksien kanssa. Aiemmin bakteerit ja sitä kautta biolääketieteellinen osaaminen korostuivat, nykyään stressi on muodostunut vallitsevaksi selitykseksi sairauksille, minkä vuoksi lääkärin sosiologiset taidot korostuvat. Kuntoutus ja hoiva tulevat yhä enemmän korvaamaan itse sairaanhoitoa. (Turner 1995, 8.)

Nykyterveydenhuollossa palveluja tuotetaan monissa kunnallisissa ja yksityisissä organisaatioissa, ja terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen on jakautunut. Merkittävää on se, että potilailla on yhä paremmat mahdollisuudet saada tietoa sairauksista ja hoidosta. (Saaren-Seppälä 2006, 309–310.) Yksi profession kohtaamista nykypäivän

haasteista liittyy potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Potilasta saatetaan hoitaa perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa, erikoissairaanhoidon sairaalassa tai yksityisessä terveydenhuollon organisaatiossa, jolloin organisaatiorajojen ylittäminen on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeää. Ammattilaisten välinen yhteinen tietovaranto ja yhteisöllinen vastuu ovat oleellisia hoidon jatkuvuuden kannalta. (Saaren-Seppälä 2006, 310.)

Julkista erikoissairaala voidaan Virtasen (2010, 190, 214) tutkimuksen mukaan luonnehtia hybridiorganisaatioksi, jonka tunnuspiirteisiin kuuluu muun muassa professionaalinen byrokratia. Virtanen kuvaa sairaalaa paikaksi, jossa ilmenee professionaalisuuden lisäksi epävirallisia organisaatioita sekä valtarakenteita. Sairaalan johtajan toimintakenttä on tämän takia selkeästi normaaliorganisaatiota monimutkaisempi. Professionaalisuus esiintyy myös omaa toimintakenttää rajoittavana. On mahdollista, ettei johtaja huomaa eikä tiedosta kaikkia toimintakenttään vaikuttavia ilmiöitä.

3.3 Valta käsitteenä

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääkäriprofession valtaa. Valtaa voidaan kuvata monitahoiseksi ilmiöksi, ja käsitteelle on mahdollista antaa erilaisia merkityksiä. Yleisesti hyväksyttävää analyysiä on vaikea esittää, koska jo eri kielissä valtaa tarkoittavien sanojen sisällöissä on suuria eroja. Vallalle muodostuu suppeita tai laajoja merkityksiä kielen ja kontekstin mukaan. Valta voidaan ymmärtää kykynä tai voimana, herruutena, henkilökohtaisena ominaisuutena tai aseman mukana tulevana valtana, kuten sosiaalinen valta. Henkilö tai ryhmä voi käyttää tai omata valtaa. (Ylikoski 2000, 13–17; Niiniluoto 2000, 8–10, 35–39.) Keskeistä vallalle on se, että sitä voidaan käyttää eri tavoin; avoimesti tai manipuloiden, ja siihen liittyy käyttäjä ja kohde. Arkikielessäkin valtaan liittyviä ilmaisuja on lukuisia, kuten vaikutusvalta, toimivalta, pakkovalta tai arvovalta.

Michel Foucault tunnetaan tiedon ja vallan filosofina, jonka valtaa koskevat käsitykset ovat hänen filosofiansa tunnetuin osa (Alhanen 2007, 11, 116). Foucault'n valtateoriat mahdollistavat sen, että valtaa voi tarkastella useasta eri näkökulmasta. Foucault ei pyrkinyt muotoilemaan valtateoriaa vaan kehittämään oikeanlaisen tavan analysoida valtasuhteita. (Alhanen 2007, 117–118) Foucault'n laajimmin tunnettu valtakäsitys liittyy vankilan ideaan. Panopticon⁵ oli Foucault'n mukaan vallankäytön puhtain ja esimerkillisin muoto (Helén 1980, 472).

⁵ Jeremy Benthamin piirtämä Panopticon oli kehämäinen vankilarakennus, jonka keskellä sijaitsi vartijan torni. Idea mahdollisti jatkuvan valvonnan siten, että valvojaa ei kuitenkaan havaita. (Foucault 2000, 279, kuva 17.)

Foucault erotti toisistaan *valta* ja *voima* -käsitteet. Voimalla hän tarkoitti ihmisten kykyä tehdä ja toteuttaa erilaisia asioita. Ihmisen kykyä ajatella, kuvitella, tutkia, pakottaa ja suostutella toinen toisiaan voidaan tarkastella voimina. Valta puolestaan tarkoittaa pyrkimystä hallita näitä voimia. Vallan ja voiman käsitteiden erottelemisesta seuraa se, että *valtasuhteet* tulee käsittää erilaisiksi tavoiksi ohjata, yhdistää ja hallita voimia. (Alhanen 2007, 119.) Keskeistä Foucault'n valtakäsityksissä on vallan käsittäminen toiminnaksi eikä ominaisuudeksi (Alhanen 2007, 120; Helén 1994, 276). Tätä toimintaa harjoitetaan jatkuvasti voimien hallitsemiseksi. Foucault'n mukaan valtaa on kaikkialla ihmisten välisissä suhteissa ja valta on tuottavaa, ei tukahduttavaa. Tämä näkemys on myös omaksuttu diskurssianalyysiin. (Alhanen 2007, 119–120; Jokinen & Juhila 2008, 77.) Valta ei Foucault'n mukaan ole kenenkään hallussa (Helén 1994, 276).

Foucault määrittelee *valtasuhteen* toimintaan kohdistetuksi toiminnaksi ja *vallan käytön* kamppailuksi eri osapuolten välillä. Valtaa tosin voidaan käyttää ainoastaan vapaisiin yksilöihin. Foucault'n mukaan valtasuhteet myös uusiutuvat ja muuttuvat jatkuvasti. (Alhanen 2007, 119–122.) Tietyille yksilöille langennut valta voi olla aseman tuomaa tai vaikka kokemuksen ja sitä kautta osaamiseen liittyvää valtaa. Foucault'n käsitteiden mukaan jokaisella yksilöllä on voima toimia, mutta tarvitaan yksilöitä, jotka käyttävät valtaa ja ohjaavat näitä voimia yhteistä päämäärää kohti. Alhasen (2007) mukaan Foucault'n valtaa koskevissa määritelmässä on eroteltu valtasuhteet ja *hallinta*. Valtasuhteen kesto, keinot ja lopputulokset voivat vaihdella tilannekohtaisesti. Hallinta voidaan puolestaan määritellä suunnitelmalliseksi, pitkäjänteiseksi ja vakiintuneeksi vallankäytöksi. Valta vakiintuu ja muuttuu hallinnaksi, kun käytännöt synnyttävät ja pitävät yllä suunnitelmallisia ja pitkäjännitteisiä valtasuhteita. (Alhanen 2007, 124–125.) Foucault'n määritelmät ja teoriat ovat herättäneet myös kritiikkiä. Eräs vaikutusvaltaisimmista Foucault'n kritikoista on Jürgen Habermas. Habermas on arvostellut erityisesti Foucault'n käsitystä tiedon ja vallan suhteesta. (Alhanen 2007, 134.)

Ylikoski (2000, 17–22) on luokitellut vallan muotoja sen mukaan, miksi kohde toimii vallankäyttäjän tahdon mukaisesti. Tällöin luokittelussa on keskeistä kahden toimijan välinen suhde. Luokittelussa ensimmäisenä on *voimankäyttö*, joka liittyy väkivallan lisäksi ihmisen toimintamahdollisuuksien heikentämiseen. *Manipulointi* on kätkeytyä valtaa, jolloin toimija saa kohteen seuraamaan omaa tahtoaan, ilman että kohde on tästä tietoinen. Manipulaation muodot vaihtelevat aina aivopesusta mainontaan ja hinnoittelun saakka. *Pakottaminen* perustuu uhkaukseen käyttää valtaa. Pakottaja voi onnistua pakottamisessa, jos kohde uskoo siihen. Palkitseminen perustuu lupaukseen, jolloin kohde on vakuuttunut saatavasta palkkiosta ja toimii kuten vallankäyttäjä haluaa. *Legitiimi auktoriteetti* perustuu auktoriteetin oikeuteen antaa käskyjä, joita muiden on velvollisuus totella. Henkilö tai instituutio on legitiimi auktoriteetti, jos 1) vallankäyttäjä vaatii itselleen oikeutta tehdä muita sitovia päätöksiä esimerkiksi tietyssä ryhmässä ja tiettyjen asioiden suhteen, 2) vallankäyttäjän tietyssä ryhmässä tiettyjen asioiden

suhteen tekemiä päätöksiä pääsääntöisesti noudatetaan, 3) vallankäyttäjän päätöksiä yleensä noudatetaan, koska päätöksillä on yleinen hyväksyntä ryhmässä ja 4) vallankäyttäjän vaatimus on oikeutettu, koska sille on hyvät perustelut.

Kompetentti auktoriteetti on puolestaan vallan muoto, jossa kohde tottelee auktoriteettia, koska uskoo tämän omaavan kykyjä tai tietoa ja kohde uskoo auktoriteetin tietävän paremmin, kuinka kohteen tulee toimia. Kompetentti auktoriteetti rakentuu asiantuntemukselle, johon kohde uskoo. *Henkilökohtainen auktoriteetti* perustuu valtasuhteelle, jossa kohde haluaa miellyttää tai palvella henkilöä tämän tiettyjen ominaisuuksien vuoksi. *Rationaalinen argumentaatio* tai vakuuttaminen on kyseessä silloin, kun vallankäyttäjä esittää argumentteja tai kehotuksia ja kohde hyväksyy argumenttien sisällön ja toimii niiden mukaan. (Ylikoski 2000, 17–22.)

3.4 Lääkäriprofession vallan erityispiirteet

Edellä olevassa kappaleessa lueteltujen vallan muotojen perusteella lääkäriprofession vallassa on piirteitä legitiimistä ja kompetentista auktoriteetista. Lääkärillä on lain mukaan oikeus puuttua esimerkiksi potilaan ruumiilliseen koskemattomuuteen sekä päättää potilasta koskevia asioita. Lääkärin koulutus ja erityisosaaminen luovat myös asiantuntemuksen, jota muilla ei ole. Airaksisen (1991, 29–32) mukaan lääkäreillä on terveys-tiedon monopoli ja potilaaseen nähden tiedollinen auktoriteettiasema. Lääkärien valta-asema ja autonomia terveydenhuollossa on perustunut heidän vahvaan tietopohjaansa. Freidson (1970, 5, 71) nimittää asiantuntijoiden, esimerkiksi lääkärin, erityistietoa ulkopuolisilta salatuksi tiedoksi. Erityisen asiantuntijatiedon avulla asiantuntijaryhmät voivat hallita erilaisia valta-asemia sekä erottautua toisistaan. Vaikka lääkärikunta oli Suomessa aiemmin lähtöisin alemmista sosiaaliluokista (Konttinen 1991, 152–153), nimenomaan lääkärikoulutuksen luonnontieteellistymisen loitonsi lääkärin ja potilaan ajattelua toisistaan ja lisäsi sitä kautta lääkärin arvovaltaa (Hakosalo 2010, 1547).

Koko professiotutkimuksen kenttää on kiinnostanut professioiden käyttämä valta. Asiasta on kuitenkin esitetty erilaisia näkemyksiä. Valtaa tukevien näkemysten mukaan professiot käyttävät huomattavaa valtaa sekä politiikassa että yksityisiin ihmisiin kohdistuvissa toimissaan. Vastakkaiset näkemykset puolestaan esittävät professiot talouselämän, julkishallinnon sekä asiakkaidensa passiivisina palvelijoina. (Freidson 1994, 31.) Bleakleyn (2011, 131) mukaan lääkärit ja kirurgit oli aiemmin stereotypioitu sankarillisiksi ja paternalistisiksi henkilöiksi. Opintojen kuluessa lääketieteen opiskelija sisäisti tämänkaltaisia luonteenpiirteitä, joista muodostui osa hänen identiteettiään. Historiallisesti katsottuna lääkäreistä kehittyi ”yksinvaltiaita”, kun taas nykypäivän lääkäri toimii potilaskeskeisessä järjestelmässä yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. Tässä tilanteessa lääkäreistä kehittyi enemmänkin demokraattisia toimijoita. Ketola (2003,

985) kuvaa lääkärin roolin muuttumista kaikkitietävästä partiarkalaisesta terveydenhallitsijasta enemmän terveyskonsultiksi, neuvojaksi, vierellä kulkijaksi ja asiantuntijaksi.

Lääketieteen kehitykseen on merkittävästi vaikuttanut teknologian ja tieteen kehitys. Yliopistokoulutuksen kehittyminen Euroopassa on ollut profession kehityksen kannalta merkityksellistä. Suomessa lääkärin ammatillisen autonomian ja vahvan yhteiskunnallisen aseman lähtökohdat löytyvät vuonna 1921 solmitusta ensimmäisestä lääkärin ja kuntien välisestä kirjallisesta ohjesäännöstä, jota voitiin pitää voittona lääkärikunnalle. Profession menestymisten edellytykset kasvoivat vuonna 1927 annetun lain myötä. Maan lääkärikunnan yhteneväisyys, oikeanlainen neuvotteluasema ja -tahto mahdollistivat lääkärin voimistuvan erityisaseman yhteiskunnassa. Lääkärin valta-asemaan on vaikuttanut erityisesti maan lääkärikunnan yhteneväisyys. (Vuolio 1993, 111–112, 121–122.)

Sosiologi Steven Lukes⁶ (ks. Peräkylä 2007, 2875) on erottanut vallan eri ulottuvuuksia. Lukesin jaottelun mukaan vallan ensimmäinen ulottuvuus, *kontrolli*, tarkoittaa sitä, että ihminen vaikuttaa toisen ihmisen toimintaan ja saa ihmisen toimimaan haluamallaan tavalla. Toinen ulottuvuus, *auktoriteetti*, liittyy puolestaan siihen, että vallankäytön kohde hyväksyy vallankäyttäjän näkemykset omiensa sijaan. Peräkylän (2007, 2875) mukaan lääkäri on sekä kontrollin että auktoriteetin haltija suhteessa potilaaseen. Lääkärin työssä kontrolli ja auktoriteetti liittyvät lääkärin ja potilaan väliseen kielelliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutusta voidaan säädellä siten, että saavutetaan toivottu tulos.

Kuhlmann (2008, 245–248) kuvaa lääkäriprofession terveydenhuoltoa hallitsevaksi ja dominoivaksi osaksi. Lääkärit ovat terveydenhuollon avainpelaajia ja toimivat neuvottelijoina valtion ja kansalaisten välillä. Lääkäriprofession valta ja vastuu voidaan nähdä monitahoisena ilmiönä. Vaikka valta ja vastuu eivät ole yksi ja sama asia, tässä tutkimuksessa katsotaan, että vastuu liittyy läheisesti valtaan ja vallankäyttöön. Lääkärin vastuu on laaja-alaista. Virtasen haastattelemat lääkärijohtajat korostivat vastuusta puhuttaessa muun muassa professionaalista vastuuta, joka liittyy lääkärin vastuuseen lääke- ja hoitotiedettä sekä omaa ammattikuntaa kohtaan. Toisaalta lääkärin työtä määrittää monessa asiassa Suomen laki ja lääkäri on vastuussa työstään lain edessä. Lääkärin juridinen vastuu liittyy virkavastuuseen ja salassapitoon. Lisäksi laki säätelee lääkärin työtä edellyttämällä erilaisia lausuntoja ja todistuksia. (Virtanen 2010, 128.) Seuraavaan taulukkoon (taulukko 2) on koottu lääkärin vastuita sekä ne tahot, joille lääkärit ovat tilivelvollisia.

⁶ Lukes, Steven (1978) Power and authority. Teoksessa: *A history of sociological analysis*, toim. T Bottomore. – R. Nisbet, 633–676. Heinemann, London.

Taulukko 2 Lääkärin tilivelvollisuudet (Virtanen 2010, 129)

Mistä lääkäri on vastuussa	Kenelle/mille lääkäri on vastuussa
Potilaiden hoito	Potilaalle
Tieteellinen tutkimus	Tiedeyhteisölle
Opiskelijoiden kouluttaminen	Lääketieteen opiskelijoille
Johtoasemassa olevien henkilöstöön liittyvä vastuu	Henkilöstölle
Tulosohjaukseen liittyvä vastuu	Maksajille
Juridinen vastuu	Laillisuuden ja oikeusturvan valvojille
Maine	Omale sairaalayhteisölle
Verkostoituminen	Toimintaympäristön yhteisöille

Taulukko 2 havainnollistaa lääkärin työn moninaisuutta. Vaikka taulukko on luotu lääkärijohtajien haastattelujen pohjalta, se kiteyttää lääkärin työn laaja-alaisuuden ja koskettaa monilta osin kaikkia lääkäreitä. Työn keskeinen sisältö on potilaan hoito, jolloin lääkäri on vastuussa potilaalle ja toiminnan ytimenä on perinteinen lääkärin etiikkaan liitetty ”potilaan paras” -ajattelu. Uralla eteneminen ja lääketieteen kehittyminen edellyttävät lääkäriltä osallistumista tieteelliseen tutkimukseen. Lääkärin työssä kehittymiseen kuuluu välttämätön seniorikollegoiden apu ja tuki. Johtavaan asemaan liittyy itsestään selvänä alaisista huolehtiminen. Resurssit ovat kiinteä osa nykypäivän lääkärin työtä. Lääkärin on otettava työssään huomioon resurssien riittävyys, mikä vaikuttaa potilaan hoitoon. Myös sairaalayhteisön ja ammattikunnan maineesta huolehtiminen voidaan katsoa osaksi lääkärin työtä. Lääkärijohtajan tulee kyetä verkostoitumaan ja toimimaan eri sidosryhmien kanssa, jolloin tilivelvollisuus ulottuu koko toimintaympäristöön.

Freidsonin (1994, 9) mukaan professionaalien asema ja heidän toimintansa luonne ovat muuttumassa kaikissa kehittyvissä teollisuusmaissa. Professionalismin perusluonteiset elementit eivät häviä, pikemminkin ne muuttavat muotoaan. Uusia hierarkkisia suhteita syntyy, kun arkipäivän toimijat muuttuvat professionaalisen eliitin kontrolloimiksi subjekteiksi. Eliitti käyttää huomattavaa teknistä, hallinnollista ja kulttuurista valtaa, joka kuului aiemmin professionaaleilla. Professio on kyennyt määrittelemään, kuinka monta lääkäriä koulutetaan, ketkä valitaan koulutukseen, kuinka heidät koulutetaan ja ketkä saavat luvan toimia virassa. Siten professio on kyennyt kontrolloimaan palvelujensa työmarkkinoita. Lisäksi professio on kyennyt valvomaan kasvavaa joukkoa paraprofessioita, joilla ei ole valtuutusta toimia ilman lääkärin lupaa, tai sellaisia teknisiä laitteita, joista on hyötyä vain lääkäreille. Professio voi rajoittaa oman työvoiman saantia sekä työhön liittyviä alaisia niissä instituutioissa, joissa professio työskentelee. (Freidson 1994, 115.)

4 LÄÄKÄRIPROFESSION VALLAN DISKURSSIT

4.1 Aineisto - pääkirjoitukset

Tämän tutkimuksen aineistona ovat Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset vuosilta 2009–2010. Suomen Lääkärilehti on uuden lääketieteellisen ja terveydenhuoltoa koskevan tiedon levittäjä. Lehden taustalla vaikuttaa Suomen Lääkäriliitto. Lehti toimii myös lääkäreiden koulutus- ja ammattijärjestölehtenä. Suomen Lääkärilehti ilmestyy joka viikko, ja sen painos on 27 000 kpl. Lehti lähetetään jäsenetuna kaikille lääkäreille ja lääketieteen opiskelijoille, minkä lisäksi lehteä tilataan terveydenhuollon hallintoon, kirjastoihin ja yksityishenkilöille. (Tietoa ilmoittajalle, Lääkärilehti 2011.) Liitto on aikanaan perustanut oman julkaisun lääkäreiden äänitorveksi ja keskustelukanavaksi jäsenistön ja luottamushenkilöiden välille. Lehden on alusta asti haluttu toimivan myös tehokkaana tiedotuskanavana lääkintäviranomaisille. (Nyström 2010, 41.) Lehti on jo 1970-luvulta lähtien ajanut ammattiyhdistyksen ja ammattikunnan etuja sekä osallistunut tieteelliseen ja terveystieteelliseen tutkimukseen (Saarinen 2010, 243).

Pietilän (2008, 535) mukaan pääkirjoitus on instituutio. Erään sanomalehden päätoimittajan mielestä omalla nimellä kirjoitetaan paremmin ja nimettömänä saatetaan kirjoittaa vähemmän vastuullisesti ja vähemmän tarkasti (Pietilä 2008, 553–554). Lääkärilehdessä pääkirjoitukset ovat pyydettyjä kirjoituksia, jotka ovat liittyvät joko lehden muuhun sisältöön tai käsittelevät itsenäisiä teemoja. Pääkirjoittaja esittää näkemyksensä jostakin ajankohtaisesta aiheesta, jolla on yleistä mielenkiintoa. Kirjoittajat esiintyvät omalla nimellään, jolloin korostetaan, että kirjoitus on ensisijaisesti kirjoittajan oma näkemys, joka on lehden päätoimittajan puolesta arvioitu laadultaan Lääkärilehden pääkirjoituksen arvoiseksi. Päätoimittaja voi edellyttää kirjoituksen korjaamista ja myös hylätä tarjotun kirjoituksen. Kirjoituksen suosituspituus on yksi painosivu. (Suomen Lääkärilehden kirjoitusohjeet 2010.)

Tämän tutkimuksen aineisto nähdään selontekoina ja otteina lääkäriprofession maailmasta. Selonteoillaan ihmiset tekevät toisilleen ymmärrettäväksi itseään ja maailmaa (Suoninen 2006, 20, 67). Aineistossa hyödynnetään erilaisia diskursseja ja tuotetaan siten sosiaalista merkitystodellisuutta. Pääkirjoitusten katsotaan olevan tiettyjen sääntöjen ja rajoitusten muovaamia, ja tekstit tuotetaan sosiaalisesti muodostuneiden tekstilajikäytäntöjen mukaisesti. Lääkärilehden pääkirjoittajia yhdistää yhteinen institutionaalinen konteksti, lääkäriprofessio. Pääkirjoituksia kirjoittavat yleensä päätoimittajat (ks. Pietikäinen & Mäntynen 2009), mutta tämän tutkimuksen aineistossa kirjoittajina on ollut muitakin kuin lehden vastaava päätoimittaja tai lehden tieteellinen päätoimittaja. Lääkärilehden pääkirjoittajina toimivat Suomen Lääkäriliiton edustajat sekä eri alojen ja eri lääketieteellisten erikoisalojen asiantuntijat. Tässä tutkimuksessa pääkirjoitusten

oletetaan sisältävän tietyn linjauksen mukaisia kirjoituksia. Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa nostetaan esiin niitä asioita, joita Lääkäriliitto pitää tärkeinä. Erään Lääkärilehden entisen pääkirjoittajan mukaan pääkirjoitusta ei ole voida julkaista, jos siinä esitetyt kannanotot ovat ristiriidassa Lääkäriliiton linjan kanssa (Saarinen 2010, 242).

4.2 Tutkimuksen kontekstit

Diskursseja tutkitaan osana kontekstia. Konteksti nähdään diskursiiviseen maailmaan kuuluvana, ei sitä haittaavana ominaisuutena. Diskurssit tuotetaan, uusinnetaan ja muunnetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä, ja analysoitavaa toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa. Diskurssintutkimus on siten kielenkäytön sekä kielenkäyttötilanteen tutkimusta. (Jokinen ym. 2008, 30, Pietikäinen & Mäntynen 2009, 18.) Tutkittava kielenkäyttö on kontekstisidonnaisuuden lisäksi liittynyt kielenkäyttäjien sosiaalisiin käytänteisiin ja rakenteisiin. Diskurssintutkimuksessa analysoidaan yleensä erilaisia ja eritasoisia konteksteja. Kontekstin tarkasteluun yhdistyy myös historian ja yhteiskunnan roolin ymmärtäminen ja sitä kautta kielenkäytön seurausten päättelyminen. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 18–19.) Kielenkäytön seurauksia päätellessä otetaan huomioon yhteiskunnan instituutioiden läsnäolo vuorovaikutustilanteissa (Suoninen 2006, 33).

Konteksti on monikerroksellinen käsite, joka voi viitata asiayhteyteen, toimintaympäristöön tai yhteiskunnalliseen tilaan (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 29). Kontekstit saavatkin diskurssianalyysisessä tutkimuksessa erilaisia merkityksiä. Konteksti voi olla sanojen yhteys lauseeseen, yksittäisen lauseen suhde lauseiden muodostamaan kokonaisuuteen tai vuorovaikutus haastateltavan ja haastattelijan välillä. Konteksti voi olla kulttuurinen, jolloin se kuvaa kielenkäytön suhdetta konkreettisen tapahtumatilanteen ulkopuolelle. (Jokinen ym. 2008, 32; Pietikäinen & Mäntynen 2009, 30–31.) Koska konteksti on diskurssianalyysissä keskeinen käsite, jonka avulla tulkitaan ja analysoidaan kielenkäyttöä, kielenkäytön konteksti on aina tutkittava ja rajattava (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 28–29).

Tässä tutkimuksessa konteksti ymmärretään siten, että kontekstilla on merkitystä siihen miten ja miksi tekstit tuotetaan sekä siihen, minkälaisiksi diskurssit muodostuvat. Kontekstilla on myös vaikutusta siihen, miten diskurssit ymmärretään ja vastaanotetaan. Tekstien tulkinta perustuu siten myös kontekstin ymmärrykseen. Tutkimuksen konteksti nähdään laaja-alaisena sekä monikerroksisena, kielen ulkoisena maailmana. Tekstien taustalla vaikuttavat tilannekonteksti, tässä tutkimuksessa tietty aika ja paikka sekä kulttuurinen konteksti. Tilannekontekstina tässä tutkimuksessa toimii *terveydenhuollon tila* tarkasteluajankohtana, tarkemmin terveydenhuollon ongelmat. Pääkirjoitusten sisältämistä lukuisista aihealueista tai erilaisista toimijoista riippumatta aineistosta oli tunnis-

tettavissa selkeä näkemys terveydenhuollon järjestelmän muutostarpeesta. Aineiston perusteella voidaankin todeta, että keskustelujen taustalla vaikuttaa yhteisesti jaettu ja itsestäänselvyydeksi muodostunut näkemys, joka liittyy terveydenhuollon järjestelmän kehittämiseen. Terveydenhuollon järjestelmän ongelmat liittyvät potilaiden kohdalla hoidon puutteeseen ja diagnoosien viivästymiseen, lääkäreiden kohdalla työssä jaksamiseen ja resurssien niukkuuteen, päättäjien kohdalla päätöksenteon monimutkaisuuteen ja järjestelmän hallinnan vaikeuteen. Terveydenhuollon tilan katsotaan vaikuttavan pääkirjoitusten aiheisiin sekä siihen, miten asioista puhutaan. Terveydenhuollon tilan ollessa toisenlainen, diskurssit olisivat oletettavasti olleet erilaisia.

Kulttuurinen konteksti liittyy itse *profession*. Tekstien analysoinnissa on tärkeää huomioida profession liittyvää lainsäädäntöä, ammatin erityistä ohjeistusta sekä kollegiaalista ja eettistä perustaa. Nämä profession erityispiirteet luovat kulttuurisia sääntöjä, jotka vaikuttavat professioyhteisön sosiaaliseen käyttäytymiseen, kuten kirjoituksiin. Kulttuurinen konteksti olisi voitu nimetä myös yhteisön kontekstiksi tai institutionaaliseksi kontekstiksi. Profession taustalta voidaan määritellä myös laajempi toimintakehys, *Lääkäriliitto*. Konteksti tarkoittaa tässä työssä myös sitä, että pääkirjoitusten sisällön oletetaan noudattavan Lääkäriliiton linjauksia. Siksi onkin tärkeää selvittää liiton historiaa, roolia, tavoitteita ja toimintaa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan haluta selvittää tekstien kautta liiton linjauksia vaan pohtia, minkälaista ammattikunnan valtaa koskevaa todellisuutta tekstien kautta rakennetaan.

Suomen Lääkäriliitto

Suomeen perustettiin vuonna 1811 Ruotsin esimerkin mukaisesti Collegium Medicum, Lääkintäkollegio, jonka avulla oli tarkoitus turvata lääkärin ammatti. Sen vastuulla oli koko lääkintälaitos, mikä tarkoitti muun muassa apteekkien johtoa ja valvontaa. Collegiumista tuli valtiollinen elin, joka muodosti täydellisen symbioosin lääketieteen tiedeeliitin, lääkärin ammatin sekä valtion välille. 1800-luvun Suomessa lääkäreiden status kehittyi muutaman vuosikymmenen aikana perifeerisestä asemasta arvostetuksi säätyläisammattiksi, vaikka Suomen lääkäriliitys olikin Euroopan alhaisimpia. Lääkintäkollegiosta tuli myöhemmin Lääkintöhallitus, joka toimi vuoteen 1991 saakka sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön alaisuudessa. (Konttinen 1991, 149–152.) Nykyään Lääkintöhallituksen tehtäviä hoitaa Terveystieteiden- ja Hyvinvoinnin laitos (Stakesin historia 2006).

Suomen Lääkäriliitto on perustettu vuonna 1910 ja alusta asti liittoon on kuulunut yli 90 % ammatinharjoittajista (Konttinen 1993, 111). Ylintä valtaa Lääkäriliitossa käyttää 60-jäseninen valtuuskunta, joka valitaan vaaleilla joka kolmas vuosi. Liiton toimintaa johtaa hallitus, johon kuuluvat puheenjohtaja, kaksi varapuheenjohtajaa sekä seitsemän muuta jäsentä. Puheenjohtajisto valitaan vuosittain, muut hallituksen jäsenet kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Hallitus on asettanut eri alojen asiantuntijoista kolme pysyvää jaostoa: terveystieteellisen sekä professio- ja edunvalvontajaoksen, jotka valmistelevat keskei-

siä asioita. Viidellä yliopistopaikkakunnalla toimii aluevaliokunta, jonka tehtävänä on muun muassa osallistua liiton kannanottojen valmisteluun. (Luottamushenkilöorganisaatio Suomen Lääkäriliitto 2011.)

Vuonna 1909 Suomen Yleisen Lääkäriliiton perustamispykäläksi kirjattiin (Nyström 2010, 18):

”Päätettiin perustaa yleinen Suomen Lääkäriliitto arvonmukaisen hengen ja hyvän toveruuden ylläpitämiseksi maan lääkärikunnassa sekä lääkärikunnan yhteiskunnallisten ja taloudellisten etujen valvomiseksi ja edistämiseksi.”

Vaikka ajan mittaan liiton säännöissä ja erityisesti organisaatiossa on tapahtunut suuria muutoksia, Suomen Lääkäriliiton asema, merkitys ja toiminnan tarkoitus lääkärikuntaa yhdistävänä tekijänä eivät ole muuttuneet (Kauttu & Kosonen 1985, 38). Suomen terveyden- ja sairaanhoito oli liiton perustamisen aikoihin Venäjän keisarikunnan alaisuudessa kattavasti ja yksityiskohtaisesti säädetty ja ohjattu asetuksin, ohjesäännöin ja hallinnollisin määräyksin. Koska työvoimaa eikä taloudellisia edellytyksiä ollut, monet määräykset jäivät kuitenkin toteutumatta. Terveystenhoitoa pyrittiin valvomaan, mutta käytännössä lääkärin aika kului potilaiden hoidossa. (Kauttu & Kosonen 1985, 11–13.) Liiton perustamisen taustalla vaikutti yhteiskunnan nopea muuttuminen teollistumisen ja kaupungistumisen myötä. Yhteiskunta oli voimakkaiden muutospaineiden alla. Lääkärin määrä oli kasvussa ja lääkärin työmahdollisuudet moninaistuivat, mutta samalla ammatinharjoittamisen perusteet muuttuivat. Lääkärin työkenttänä olivat maaseudun lisäksi kaupungit sekä teollisuusyhteiskunnat. Suurimpana ongelmana lääkärikunnassa koettiin potilas-lääkärisuhteeseen tullut kolmas osapuoli, maksaja. Tämän pelättiin rikovan potilaan ja lääkärin luottamuksellista suhdetta ja rajoittavan lääkärin vapaata ammatinharjoittamista. (Nyström 2010, 18–19, 23, 27; Kauttu & Kosonen 1985, 17–19.)

Valmisteilla ollut kansallinen sosiaalivakuutus lisäsi lääkärin tehtäviä. Parantamisen ohella lääkärin tuli määritellä, ketkä olivat oikeutettuja vakuutuskorvauksiin, sairauslomaan tai eläkkeeseen, eli lääkärikunta sai kolmannesta osapuolesta, maksajasta, pysyvän osan ammatinharjoittamisesta. Koko lääkärikuntaa koskevia yleisiä epäkohtia oli liiton perustamisen aikaan runsaasti, ja erityistä pohdintaa aiheutti kysymys lääkäreiden palkkioista. Lääkärit kokivat tarvitsevänsä yhteisen järjestön, joka edustaisi heitä neuvotteluissa työnantaja- ja maksutehojen kanssa sekä ajaisi ammattikunnan asioita suhteessa valtioon. Liiton säännöissä määriteltiin kaksi tavoitetta: ammattikunnan kollegiaalisuuden ylläpitäminen sekä lääkärikunnan taloudellisten ja sosiaalisten etujen edistäminen. (Nyström 2010, 18–19, 23; Kauttu & Kosonen 1985, 17–19.)

1920-luvulla liiton toimintaa arvioitiin uudelleen, ja tällöin nimi lyheni muotoon Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund. Toiminnan tarkoituksen määrittelyyn lisättiin terveydenhuollon kehittäminen. Liitto oli perustamisesta lähtien osallistunut

Suomen terveydenhuollon kehittämiseen. Edunvalvonnan ja terveydenhuollon kehityksen välisestä suhteesta oli käyty keskusteluja ja mietitty painotuseroja. Liitossa mietittiin, voitiinko nämä kaksi erottaa toisistaan. Toiminta määriteltiin entistä tarkemmin 1940-luvun lopun uudistushankkeen yhteydessä. Lääkärien määrän nopea kasvu ja haajaantuminen erikois- ja toimialoittain edesauttoi uuden järjestöorganisaation syntyä. Liiton toiminnan aiempiin tarkoituksiin lisättiin jäsenten tieteellisten ja sosiaalisten harrastusten sekä muiden ammatillisten yhteispyrkimysten edistäminen. (Nyström 2010, 23.)

Kun liiton toiminta monipuolistui ja yhteiskunta kehittyi nopeasti, liitto sai hoidettavakseen entistä monimutkaisempia asiakokonaisuuksia. Vuonna 1957 hyväksyttiin liiton periaateohjelma ja täsmennettiin ensimmäistä kertaa, mitä liiton toiminnan tarkoituksilla käytännössä tarkoitettiin. Uusi, laaja ohjelma vahvisti ajatusta perinteistä ammattiyhdistystä laaja-alaisemmasta korporatiivisesta vaikuttajasta. Liitosta haluttiin voimakas terveyspoliittinen toimija, ja osallistumista terveyspoliittiseen keskusteluun perusteltiin ammattikunnan keskeisellä asemalla ja osaamisella terveydenhuollossa sekä ammattikunnan edunvalvonnalla. (Nyström 2010, 24.) Lääkäriliiton toiminnan alkuvuosikymmeninä terveyspolitiikka ja terveydenhuollon henkilökunnan aseman ja etujen valvonta olivat käytännössä sama asia. Koska terveydenhuollon työntekijät ovat terveydenhoidon keskeisin voimavara, olivat terveyspolitiikka ja työntekijäryhmien edunvalvonta lähellä toisiaan. (Kauttu & Kosonen 1985, 129.)

Periaateohjelmaa ei kuitenkaan pidetty täysin onnistuneena. Ohjelma eli ajankohtaisiin kysymyksiin sidottu tarkoitusten määrittely vanheni nopeasti, ja vuonna 1966 ajan todettiin ajaneen sen ohi. Onnistunut korporatiivinen vaikuttaminen edellytti valmiiksi mietityt periaatteelliset lähtökohdat ja selvän näkemyksen Lääkäriliiton roolista. Pitkän aikavälin toimintasuunnitelma hyväksyttiin vuonna 1968, jolloin ohjelma jakautui kolmeen pääryhmään: 1) terveydenhuoltopolitiikkaan, 2) lääkärien ammattitaidon kohottamiseen ja 3) lääkärien ammatilliseen asemaan. 1980-luvulla liitossa alettiin laatia vuosittaisia toimintasuunnitelmia. Suunnitelmat on julkaistu Lääkärilehdessä, joten jäsenistö ja sidosryhmät voivat arvioida liiton toiminnan tarkoitusta ja suhteuttaa sitä ajankohdaisiin asioihin. (Nyström 2010, 24–25.)

Vuosituhanne vaihteessa käynnistyi prosessi Liiton toiminta-ajatuksen arvioimiseksi ja päivittämiseksi. Yhteiskunnallinen tilanne, vuoden 2001 lääkärilakko sekä terveyspoliittinen keskustelu edellyttivät järjestön arvojen ja toiminnan tarkoituksen uudelleen määrittelyä. Arvokeskustelun herättäjänä toimi liike-elämästä julkiselle sektorille levinnyt laatuaajattelu. Osana arvokeskustelua Liitolle hyväksyttiin tunnuslause ”Ihmisen parhaaksi lääkärin taidoin”. Vuonna 2003 valtuuskunta hyväksyi toiminnan periaatteellisia kysymyksiä käsittelevän asiakirjan ”Lääkärin perusarvot ja Suomen Lääkäriliiton tehtävät”. (Nyström 2010, 24–25.)

Lääkärien jakamat yhteiset arvot ovat samalla lääkäriliiton perusarvoja, joilla on historiallinen pohja ja laaja kansainvälinen hyväksyntä. Perusarvoiksi määriteltiin elämän kunnioittaminen, ihmisyyys, eettisyys, korkea ammattitaito ja kollegiaalisuus. Samana vuonna hyväksyttiin prosessiin kuuluva sääntöjen päivitys, jossa toiminnan tarkoitukseen kirjattiin, että Liiton tarkoituksena on yhdistää Suomen lääkärit ammattikuntana sekä ylläpitää arvonmukaista henkeä ja hyvää toveruutta maan lääkärikunnan keskuudessa. Liitto edistää lääkärin professiota, huolehtii lääkärien edunvalvonnasta, edistää terveyttä ja potilaan parasta sekä puolustaa ihmisyyttä ja eettisiä arvoja kotimaassa ja kansainvälisesti. (Nyström 2010, 25.) Näiden tavoitteiden toteuttamiseksi liitto harjoittaa muun muassa julkaisutoimintaa ja järjestää erilaisia tilaisuuksia sekä pyrkii kaikessa toiminnassaan valvomaan jäsentensä etuja ja ajamaan yhteisiä pyrkimyksiä. (Viestintä, Suomen Lääkäriliitto 2011.)

4.3 Analyysi ja diskurssien muodostaminen

Diskurssianalyysissä merkityksellistä on tutkijan ja aineiston välinen vuoropuhelu. Tutkija ei kirjaa mekaanisesti tekstien ominaisuuksia vaan pyrkii perusteelliseen tulkintaan, koska analysoitavat tekstit eivät ole yksiselitteisiä, vaan ne on nähtävä kahtiasuuntautuneina ja avoimina monenlaisille tulkinnoille. Diskursseja ei tutkita sinänsä, vaan pyritään täsmentämään ja määrittelemään, miten ne aktualisoituvat erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. (Suoninen 2006, 28.) Diskurssianalyysitutkimukselle on ominaista asioiden muuttuminen tutkimusprosessin edetessä. Aineiston analyysi saattaa muuttaa tutkimusasetelmaa tai jo tarkasteltua teoriaa. Tutkimuksen tekoa ohjaa hermeneuttinen kehä, jossa tiedolla ei ole selkeää alku- tai loppupistettä, vaan prosessi etenee eri vaiheiden tarkastelun kautta. Tulkinta on jatkuvaa eikä lopullista, tyhjentävää, vastausta löydy. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 143–144.) Diskursseja ei nähdä käytännöstä irrallaan elävinä, ihmisten toimintaa ulkoapäin määrittävinä, muuttumattomina merkityssysteeminä. Kielenkäytön tutkimuksessa yleisesti käytetty tapa on aluksi arvioida, millä sanastoilla jotain kiinnostavaa aihealuetta aineistossa tarkastellaan. (Suoninen 2006, 18.)

Diskurssianalyysimenetelmä on aineistolähtöinen, ja aineisto täytyy lukea useita kertoja läpi eli keskustella aineiston kanssa. Tässä tutkimuksessa analyysi aloitettiin lukemalla pääkirjoitukset kahteen kertaan läpi tekemättä mitään muistiinpanoja. Tällä pyrittiin hahmottamaan yleiskuvaa kirjoitusten aihepiireistä ja muodostamaan alustava hahmotelma tekstistä nousevista diskursseista. Diskurssien muodostamisen tueksi teksteistä etsitään samankaltaisia sekä vastakkaisia puhetapoja (ks. Suoninen 2008a, 50). Vasta näiden vaiheiden jälkeen alkaa varsinainen analyysi eli diskurssien muodostus. Tässä tutkimuksessa luotiin lukemisen jälkeen teemoittelutaulukot. Jokainen pääkirjoitus pilkottiin kappaleiden mukaisesti aihealueisiin ja määritettiin kirjoituksen pääteema sekä

alateemat. Tämän jälkeen laadittiin uusi diskurssit ja toimijat -taulukko, johon muodostettiin pääteemojen diskurssit sarakkeisiin. Kunkin sarakkeen, diskurssin, alle koottiin siihen sopivat tekstiyksiköt eli pääteemat sekä otsikot. Toimijat merkittiin eri värein kunkin tekstiyksikön kohdalle. Täten yhdessä taulukossa oli koottuna diskurssit sekä toimijat. Taulukko mahdollisti myös tekstien ja toimijoiden määrällisen tarkastelun. Ennen tekstinäytteiden valintaa kaikki pääkirjoitukset käytiin vielä läpi diskurssijaottelun mukaan ja samalla suoritettiin tarkistussilmäily oikean diskurssin valitsemiseksi. Merkilläpantavaa on, että tässä vaiheessa valtaa vahvistavasta diskurssista siirtyi joitakin kirjoituksia valtaa puolustavan diskurssin alle.

Tekstit vaihtelivat aihealueittain ja kirjoitustyyleiltään, ja pääteeman kirjaaminen sujui helposti suurimman osan kohdalla, mutta joidenkin pääkirjoitusten kohdalla pääteemaa oli vaikea hahmottaa. Kaikki vuoden 2010 pääkirjoitukset eivät olleet ilmestyneet analyyysivaiheen alkaessa. Sitä mukaan kun loput lehdet ilmestyivät, pääkirjoitusten analyysi aloitettiin lukemalla tekstit läpi ennen teemoittelua. Teemoittelun edetessä teksteistä huomasi selkeän pääkirjoitusrunгон ja sisältö alkoi toistua. Vaikka pääkirjoitusten sisällöt olivat erilaisia, teemoittelun loppuaiheessa saavutettiin eräänlainen saturatiopiste. Osa aiheista toistui useamman kerran, ja kirjoitusten tyyli oli suhteellisen helposti tunnistettavissa. Tyyllillisesti kirjoitukset jaoteltiin informoiviin, kriittisiin, edunvalvonnallisiin sekä keskustelua herättäviin kirjoituksiin.

Pääkirjoituksia oli tarkasteltavana ajankohtana yhteensä 86 kappaletta. Tutkittavia tekstejä olisi voinut olla vähemmänkin, mutta kahden vuoden aikajana antoi tutkijalle selkeän näkemyksen käsitellyistä aihealueista. Tällöin toteutui myös henkilökohtainen metatavoite eli toimialan tuntemuksen parantaminen. Asiantuntijoiden kirjoittamista ammattilehden pääkirjoituksista sai erittäin paljon tietoa terveydenhuollon palvelujärjestelmästä, lääkäreiden työstä ja asiantuntijuuteen liittyvistä ajankohtaisista teemoista.

Diskurssianalyysin ongelmana on tunnistaa ja löytää sanojen ja puheiden taustalla olevia asioita. Diskurssit ovat tutkijan tulkintatyön tuloksia (Suoninen 2006, 28). Analyysin keskeisenä kysymyksenä on, minkälaisia merkityksiä vallalle rakentuu lääkäreiden ammattijulkaisun pääkirjoittajien kirjoituksissa sekä miten ja miksi näitä merkityksiä rakentuu. Aloittelevan tutkijan näkökulmasta diskurssianalyysi on mielenkiintoinen, mutta haastava menetelmä. Tämän takia tässä tutkimuksessa on ennen analyysiä luotu alaongelmien tueksi alakysymyksiä.

Ensimmäiseen alaongelmaan, *minkälaista on profession valta*, auttavat alakysymykset

- mitä professiot ovat, miten ne ovat kehittyneet ja muodostuneet ja mihin professionaalinen valta perustuu
- onko professioiden asema muuttunut ja minkälainen professioiden tulevaisuus on.

Toista alaongelmaa, *miten valtaa representoidaan Suomen Lääkärilehden diskursseissa*, selvitetään alakysymyksillä

- mitkä ovat pääkirjoitusten vallan diskurssit
- millaisena eri diskurssit esittävät vallan ja samalla mitä ne tekevät vallalle
- miten eri diskurssit sijoittuvat toisiinsa nähden, onko diskurssien välistä hierarkiaa, nouseeko joku diskurssi vahvemmaksi kuin toiset.

Kolmatta alaongelmaa, *mitkä toimijat määrittävät profession valtaa pääkirjoituksissa*, määritetään seuraavan alakysymyksen kautta:

- minkälaisia rooleja eri toimijoille muodostuu kirjoitusten kautta.

Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset vuosilta 2009–2010 olivat laajoja asiatekstejä, ja jo yhden pääkirjoituksen sisällöstä pystyi erittelemään useita eri aihealueita. Lääkärin ammattiin kiinteästi liittyvä tieteellisen tekstin kirjoittaminen näkyi kirjoitusten korkeana tasona. Tiettyihin aihealueisiin oli merkitty myös lähdeviittaukset. Kaikki Lääkärilehden pääkirjoitukset sisälsivät alaan liittyvää ammattisanastoa, ja tekstien sisällön ymmärtäminen edellyttikin alan sanaston tuntemista. Aineistosta sai selkeän kuvan siitä, kuinka moninainen ja haastava terveydenhuollon koko kenttä on. Kokonaisuuden hahmottaminen on aineiston perusteella vaikeaa sekä alalla toimiville ihmisille että alaan läheisesti liittyville tahoillekin. Aineistosta nousivat vahvasti esille lääkärin työhön liittyvät monet ilmiöt, kuten työtä määrittävä poliittinen päätöksenteko, kliniseen työhön liittyvä vuorovaikutus ja potilaiden hoidon monenlaiset käytänteet, koko terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen ja muutoksen tarpeellisuus sekä johtamisen ja työn organisoimisen vaikeudet.

Kun lähdetään tunnistamaan tekstistä argumentteja, voidaan erotella ne ensin kuvauksista ja selityksistä. Kuvaus tekstissä liittyy kysymykseen millainen maailma on ja selitys vastaa kysymykseen miksi tai mitä tapahtui. Argumentti puolestaan vastaa kysymykseen miksi lukijan pitäisi hyväksyä väite. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 23–24.) Tässä tutkimuksessa diskurssit nimettiin funktion perusteella eli sen mukaan, mitä diskurssit pyrkivät tekemään vallalle. Aineistosta muodostettiin neljä erilaista diskurssia: valtaa vahvistava, valtaa puolustava, valtaa ylläpitävä ja valtaa suojeleva diskurssi. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös diskurssien sisäisiä ja diskurssien välisiä valtasuhteita.

Diskurssianalyysiin ei ole yksiselitteistä ohjetta. Merkityssysteemien palasten koaminen ei saa olla mekaanista asioiden niputtamista yhteen, sillä erityisesti empiirissä analysoinnissa merkityssysteemien rajat eivät ole yksiselitteisiä (Suoninen 2008a, 62). Analyysiä voidaan tehdä Suonisen (2008a, 60–62) jaottelun mukaan karkea- tai hienosyisesti. Esimerkiksi diskurssin sisältämä ristiriita voidaan karkeammassa analyysissä todeta diskurssin sisäiseksi särmäksi, mutta hienojakoisemmassa analyysissä siitä on mahdollista erotella kaksi erillistä diskurssia. Tässä pro gradu -työssä pyritään jaottelamaan diskursseja karkeajakoisemmin. On oleellista ymmärtää, etteivät diskurssien

rajat ole yksiselitteisen selkeitä. Suoninen (2008) painottaa, että diskurssien rajat ovat osin harkinnanvaraisia. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voidaan todeta, että muodostetut diskurssit eivät ole selvärajaisia vaan diskurssit ovat toisiinsa kietoutuneita.

Vaikka aineistosta hahmotettiin neljä erilaista diskurssia, selkeimmin erottuivat poliittista järjestelmää koskeva valtaa vahvistava diskurssi sekä lääkärin työhön ja asiantuntijuuteen liittyvä valtaa puolustava diskurssi. Nämä diskurssit olivat hegemonisessa asemassa muihin diskursseihin nähden, eli ne esiintyivät itsestäänselvyyksinä. Jokinen ja Juhila (2008, 81) toteavat, että mitä useammin ja useammassa yhteydessä tietyn diskurssin palat toistuvat, sen hegemonisemmasta diskurssista saattaa olla kyse. Diskurssi on sitä vahvempi, mitä itsestään selvempänä ja vaihtoehtottomampana se esiintyy. Määrällinen hallitsevuus ei tee diskurssista hegemonista, mutta toimijat voivat tuoda diskurssia aktiivisesti esille julkisuudessa. Vaikka tutkimus on laadullinen, aineistosta tehtiin aihealueiden mukainen määrällinen tarkastelu diskurssien muodostamisen tueksi sekä erityisesti itsestään selvien diskurssien löytämiseksi. Seuraavassa taulukossa 3 on kuvattu aineiston (86 pääkirjoitusta) kappalemääräinen ja prosentuaalinen jakautuminen aihealueittain.

Taulukko 3 Aineiston jakautuminen eri teemojen kesken

Pääkirjoitusten aihepiiri ja muodostettu diskurssi	2009	2010
Poliittinen päätöksenteko Valtaa vahvistava diskurssi	14 kpl ~ 33 %	19 kpl ~ 44 %
Lääkärin työ ja asiantuntijuus Valtaa puolustava diskurssi	18 kpl ~ 42 %	14 kpl ~ 33 %
Liiton asiat Valtaa ylläpitävä diskurssi	5 kpl ~ 12 %	5 kpl ~ 12 %
Potilasta koskevat teemat Valtaa suojeleva diskurssi	4 kpl ~ 9 %	3 kpl ~ 7 %
Muut aihealueet	2 kpl ~ 4 %	2 kpl ~ 4 %
Yhtensä	43 kpl 100 %	43 kpl 100 %

Kuten taulukon 3 aineiston määrällisestä luokittelusta käy ilmi, poliittiseen päätöksentekoon ja lääkärin työhön liittyvät aihealueet olivat määrällisestikin hallitsevia molempina tarkasteluvuosina. Liiton toimintaa käsitteleviä tekstejä oli kumpanakin vuonna yhtä paljon, vaikka liiton toimintaan vaikuttavia tapahtumia, kuten vaalit, oli vain toisena vuonna. Potilasta koskevia kirjoituksia oli lähes sama määrä. Muut aihealueet olivat yksittäisiä kirjoituksia esimerkiksi kesänumeron sisällöstä tai ilmastonmuutoksen vaikutuksesta.

4.3.1 *Valtaa vahvistava diskurssi*

Profession valtaa vahvistava diskurssi (vahvistava diskurssi) pyrki lujittamaan profession valtaa ja laajentamaan profession vallan vaikutusalueita. Diskurssi perustui vastakkainasettelulle kahden toimijan välille. Vastakkain olivat terveydenhuoltoa kiinteästi ohjaava poliittinen päätöksenteko ja terveydenhuollon keskiössä toimiva lääkäriprofession. Vahvistavaa diskurssia leimasi voimakas kriittisyys poliittista päätöksentekoa kohtaan. Kritiikki kohdistui poliittisiin päättäjiin, itse järjestelmään sekä tehtyihin ja suunniteltuihin muutoksiin ja muutosehdotuksiin. Diskurssin kielenkäyttö oli värikästä ja taustalta kumpusi voimakas tyytymättömyys päättäjien toimia kohtaan. Poliittiseen päätöksentekoon suhtauduttiin melko yhtenäisesti. Pääasiallisina toimijoina olivat lehden vastaava päätoimittaja sekä osa liiton edustajista.

Poliitikot esiintyivät diskurssissa *pakottavina*, ja heiltä perättiin *todellista vastuuta* ja *perusteluita* päätöksille. Diskurssissa poliittinen taho toimillaan *vaikeutti* lääkäriprofession työtä *eikä edistänyt* järjestelmän toimivuutta. Päätöksiltä kaivattiin *uskottavuutta* ja *totuutta*. Poliittinen taho ei myöskään hyödyntänyt riittävästi lääkäriprofession asiantuntijuutta. Diskurssi selitti valtaa vedoten lääkäriprofession asemaan koko *kansakunnan* huolehtijana. Lääkäri toimii poliittisen päätöksenteon alaisuudessa *vastuullaan kaikki kansalaiset*. Diskurssissa haettiin vahvistusta kuulijakunnalta vetoamalla lääkärin laajaan ja vastuulliseen rooliin. Liiton roolina vahvistavassa diskurssissa oli toimia *keskustelun käynnistäjänä*. Diskurssi rakentui *poliittisen päätöksenteon käytännöistä, vastuun kannosta, resurssien riittävyydestä sekä terveyskeskuksen tilasta*. Vahvistavan diskurssin asiasanoja olivat *uudistus, keskittäminen, työryhmät, politiikka, päättäjät, talous, terveyskeskus, julkinen ja yksityinen terveydenhuolto*.

E erityisen voimakkaasti diskurssissa otettiin kantaa poliittisen päätöksenteon käytäntöihin ja tapoihin. Tämä nousi selkeästi esiin kirjoituksissa, joissa kommentoitiin ministeriön aluepoliittista ratkaisua siirtää Lääkelaitos Helsingistä Kuopioon. Jo toteava otsikko *Hallitus ei keskustele* luo vastakkainasettelun lääkäriprofession mielipiteen kanssa.

”Vanha tapa päättää merkittävistäkin asioista sormituntumalta halutaan siis lopettaa.” pk. 6/09

”Lääkelaitoksesta on ehostettu alueellistamisen lakisääteiset ehdot näennäisesti täyttävää Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskusta (”Lakes”) välittämättä käydä asiasta lakien, hyvän hallinnon ja asiallisten käytöstapojen edellyttämiä aitoja keskusteluja asianosaisten ja sidosryhmien kanssa.” pk. 17/09

Siirtoa vastustavia virkamiehiä ja sidosryhmiä ei oltu kuultu, vaikka *perusteltua* kritiikkiä oli esitetty. Aluepoliittinen ratkaisu oli tehty asianosaisia ymmärtämättä ja pakottaen. Valtaa vaikuttaa politiikkaan ja sitä kautta asiantuntijoiden asemaan ei ollut:

”Kun oma poliittinen johto pyyhkii henkilökunnalla pöytää, täytyy toivoa, että asiakkaiden ja sidosryhmien palaute antaa voimia jaksaa.” pk. 17/09

Suomen Lääkäriliitto on ollut terveystoiminnan toimija liiton perustamisesta lähtien. Perusteluna on ollut lääkärin keskeinen toiminta ja asiantuntijuus koko terveydenhuollon sektorilla. (Nyström 2010, 45, 161.) Terveystoiminta on yksi liiton keskeisimmistä toimialueista edelleenkin (Terveystoiminta, Suomen Lääkäriliitto 2005). Poliittinen päätöksenteko on voimakkaasti sidoksissa terveydenhuollon ratkaisuihin. Julkinen terveydenhuolto rahoitetaan Suomessa valtion ja kunnan budjeteista, ja poliittiset päättäjät ovat keskeisessä asemassa palveluista päätettäessä ja niitä järjestettäessä. Terveystoimintaa ohjataan valtakunnallisesti yhteiskunta- ja terveystoiminnallisesti muun muassa informaatio- ja resurssiohjauksella (Kivinen 2008, 80). Poliittiset päätökset vaikuttavat siten suoraan lääkäriprofession työhön, resursseihin ja työympäristöön. Kiteytettynä voidaan todeta, että poliittinen päätöksenteko määrittää profession työn kehykset. Aineiston perusteella valta tehdä poliittisia päätöksiä ja sitä kautta vaikuttaa lääkäriprofession työhön, kuuluu selkeästi poliitikoille. Profession roolina on toimia kriittisenä, asioita esille tuovana tahona.

Lääkäriprofession vallan taustalla vaikuttaa erityistekijänä suhde yhteiskuntaan. Jo professio-käsitteeseen liittyy vahvasti profession ja yhteiskunnan välinen sopimus, joka turvaa itsesääntelyn etuoikeuden sekä ammatin harjoittamisen autonomian. Freidsonin (1994, 163–164) mukaan professioille tulee nimenomaan taata riittävä autonomia, koska siten yhteiskunta pystyy takaamaan kansalaisilleen korkeatasoiset palvelut. Erityisesti funktionalistinen suuntaus korosti professioiden tärkeää roolia yhteiskunnassa. Vaikka lääketieteelle on erilaisia vaihtoehtoja, todellista kilpailua ei ole, koska lääketieteellä on virallinen asema terveystoiminnasta päätettäessä. Toisaalta lääketieteellä ei ole koskaan ollut lain määrittämää monopolia, sillä potilaalla on aina ollut oikeus hakea myös ei-lääketieteellistä hoitoa. Lääketieteen suurta arvovaltaa kuvastaa, että sitä arvostetaan yleisessä mielipiteessä erittäin suuresti. (Freidson 1994, 163–164.)

Vahvistavassa diskurssissa nousi selkeästi esiin jokaisen poliittisen päättäjän vastuu sekä ne seuraukset, joita päätöksillä oli järjestelmän toimivuuteen ja sitä kautta suoraan lääkäriprofession arkeen.

”Kun lääkäri kohtaa potilaansa ja joutuu kertomaan tälle, mikä on mahdollista, on lääkäri oltava tukena ehyt perustelujen ja vastuun ketju aina korkeimpiin poliittisiin päättäjiin saakka. ...Koko ketjun päätöksistä seuraa lopulta se, mitä lääkärin on potilaalleen sanottava.” pk. 14/09

Porterin ja Teisbergin (2006, 323–324) mukaan hallituksilla on kaikissa maissa valtava vaikutus terveydenhuoltoon. Valtio ja poliittiset päättäjät asettavat lukuisia sääntöjä ja rajoituksia, jotka liittyvät terveydenhuollon kilpailun luonteeseen, kannustimiin ja pakotteisiin. Kuhlmannin (2008, 243) puolesta esittää, että hallitusten on eri puolilla

maailmaa pakko lisätä palvelujen kustannustehokkuutta, mutta samaan aikaan myös parantaa hoidon laatua ja turvallisuutta. Päättäjät tavoittelevat markkinoitumisen ja managerialismin strategioita ja pyrkivät samalla osallistamaan kuluttajia. Tällaisilla käytännöillä yritetään tiukentaa kontrollia palvelun tarjoajien, esimerkiksi lääkäriprofession, suhteen vähentämällä niiden valtaa. Kulick (2006, 20) esittää, että lääkäriprofession aseman muutosten taustalla on vaikuttanut hallitusten, kapitalismin ja profession välinen valtataistelu.

Vahvistavan diskurssin taustalla vaikuttaa itse järjestelmä. Suomessa valtio on perinteisesti tarjonnut lääkärille koulutuksen, sovitun tulotason sekä statuksen. Valtio on myös rajoittanut kilpailua profession sisällä ja ulkopuolella. (Hakosalo 2010, 1550.) Terveydenhuollon järjestelmä perustuu Suomessa edelleen julkiseen terveydenhuoltoon, vaikka yksityisen sektorin palveluntarjoajia on yhä enemmän (Kivinen 2008, 80). Terveydenhuollon rahoitus on perinteisesti ollut monikanavainen. Tärkeimpiä rahoittajia ovat valtio, kunnat, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widstöm & Vuorenkoski 2010, 10–11). Suuri osa suomalaislääkäreistä on perinteisesti työskennellyt julkisella sektorilla. Vuoden 2010 tilaston mukaan 72 % lääkäreistä työskentelee kuntasektorilla (Lääkärit Suomessa 2011), minkä vuoksi poliittisella päätöksenteolla on suora vaikutus profession autonomiaan ja jäsenkunnan arkeen. Hakosalon (2010, 1550) mukaan lääkärinkunnan suhde valtioon on ollut Suomessa poikkeuksellisen tiivis. Saarinen (2010, 14) puolestaan esittää, ettei terveydenhuollon toimivuuden kannalta ole samantekevää, kuinka työntekijät kokevat järjestelmän toimivan tai minkälaisesta järjestelmästä nämä yleensäkin kannattavat.

Yksi keskeinen tekijä terveydenhuollon ongelmien taustalla on taloudellisten resurssien riittävyys. Lääketieteen kehitys on tarjonnut lähes rajattomia mahdollisuuksia potilaiden hoitoon, ja inhimillisestä näkökulmasta katsottuna lääkärin tehtävänä on tarjota kaikki mahdollinen hoito. Potilaalle on aina tarjolla uusia hoitomuotoja ja lääkkeitä (Kangas 2005, 19). Hyvinvointivaltio-ajatteluun kuuluu tasavertainen ja tasapuolinen ”kaikki hoidetaan” -ajattelu. Resurssien rajallisuus ei kuitenkaan tee tätä mahdolliseksi. Kankaan (2005, 19) mukaan hoivan ja hoidon logiikka on erilainen kuin talouden eikä käytettävissä olevien resurssien ja terveyden tavoittelun epäsuhtaa kyetä ratkaisemaan. Diskurssissa myönnettiin yhtälön vaikeus, ja kirjoittajat löysivät ymmärrystä ja tukea poliitikoille.

”Päätöksenteko on vaikeaa, kun käsillä näyttää olevan vain ikäviä vaihtoehtoja.” 14/09

Diskurssin sisällä tämä ajatus kuitenkin hukkui. Profession asema oli tärkeämpi eikä varsinaisia ratkaisuja tarjottu. Samalla vahvistettiin poliitikkojen positiota omavaltaisina päätöksentekijöinä:

”Kukaan ei oleta, että voimavaroja riittäisi rajattomasti edes niin tärkeään työhön kuin terveyden- ja sairaanhoitoon, mutta on väärin jättää lääkäri yksin kantamaan niukkuuden taakka.” pk. 14/09

Terveydenhuollon ammattilaisten työtä leimaavat kiire, tiukat resurssit, priorisointipaineet sekä eettinen kriisi. Viimeksi mainittu liittyy siihen, etteivät työntekijät voi tehdä työtään niin hyvin kuin heidän oppimansa ammattietiikka vaatisi. Koska luvassa ei ole lisäresursseja, kriisi voi ratketa vain, jos työntekijät oppivat sietämään työnteon toteutuksen rajoitteita tai kun tilalle astuvat toisenlaisen työtavan oppineet sukupolvet. (Julkunen 2004, 183.) Khokher, Bourgeault ja Sainsaulieu (2009, 342) puolestaan korostavat sitä, että tyytymättömyys ja katkeruus organisaation johtoa kohtaan kasvaa, jos terveydenhuollon ammattilaiset eivät pysty tekemään työtään profession vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Suomen terveydenhuollon tilanne ei eroa muista maista. Terveydenhuollon ongelmat eivät ole kansallinen haaste, vaan kaikkialla maailmassa terveydenhuollon saavutettavuus, pirstaleisuus ja kannattavuus ovat terveydenhuollon järjestelmien keskeisiä kysymyksiä. Eroa ei ole siinä, onko kyseessä keskitetty, valtio-ohjattu vai vapailla markkinoilla toimiva yksityinen tai julkinen yritys. (Scott 2010, 83.) Paine uudistaa terveydenhuollon strategioita on yhteinen, riippumatta erilaisesta sääntelystä tai muutosvauhdista. (Kuhlmann 2008, 245.) Vahvistavan diskurssin taustalta on selkeästi havaittavissa terveydenhuoltojärjestelmän tilaan kohdistuva syvä huoli. Viime vuosina onkin pyritty yhä enemmän vertailemaan eri terveydenhuoltojärjestelmien suhteellista suorituskkyä ja tehokkuutta. Muun muassa monet OECD-maat ovat kehittäneet kansallisia suorituskyn mittareita oman terveydenhuoltojärjestelmänsä kokonaistehokkuuden mittaamiseksi ja seuraamiseksi. (Linna, Häkkinen, Peltola, Magnussen, Anthun, Kittelsen, Roed, Olsen, Medin & Rehnberg 2010, 346.) OECD arvioi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tasokkaaksi. Kansainvälisesti vertailtaessa Suomessa tarjotaan hyvätasoisia terveystalveluita suhteellisin pienin kustannuksin. (Heikkilä ym. 2009, 16.)

Linnan ym. tutkimuksen mukaan eri maissa oli merkittäviä eroja sairaaloiden kustannustehokkuuden suhteen. Vuoden 2002 tutkimuksen mukaan keskimääräinen tehokkuus oli Suomessa korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa. Tutkimus ei selitä tuloksia yksiselitteisesti, mutta yhtenä syynä mainitaan suomalaisen järjestelmän pyrkimys häivyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajaa. Potilaiden siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon ei tarkoita siirtymistä hallinnolliselta rajalta toiselle. Tuottavuutta mitattaessa tilaaja-tuottajamallin katsottiin lisäävän tuottavuutta Suomessa. Tämä selittyy sillä, että kunnat ovat vastuussa terveydenhuollon lisäksi myös muista julkisista palveluista. Juuri kuntien maksajina harjoittama talouden valvonta liitettiin korkeampaan tuottavuuteen. (Linna ym. 2010, 355.) Tuottavuutta voidaan selkeästi parantaa terveydenhuollon rakenteellisilla muutoksilla, kuten terveydenhuoltoyksiköiden määrän merkittäväällä vähentämisellä, paremmalla johtamisella sekä tiukemmalla

talouskontrollilla. (Kittelsen, Magnussen, Anthun, Häkkinen, Linna, Medin, Olsen & Rehnberg 2008, 21.)

Saarisen (2010, 11) mukaan terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen liittyvien mielipiteiden taustalta on nähtävissä erilaisten toimijoiden intressit sekä eettiset näkemykset. Terveydenhuollon toimijoita ovat *palvelujen käyttäjät*, kuten potilaat ja omaiset, *palvelujen järjestäjät* eli kunnat ja sairaanhoitopiirit, *palvelujen tuottajat* kuten lääkärit, terveyskeskukset, yksityinen ja kolmas sektori sekä *terveydenhuollon rahoittajat* (Pekurinen ym. 2010, 17). Saarni ja Vuorenkoski (2003, 994–995) erittelevät terveydenhuollon eri päämääriä, joita ovat esimerkiksi terveys, oikeudenmukaisuus, turvallisuus, yhteiskuntarauha ja hoiva. Vahvistavaan diskurssin sisältyvä vastuukysymys tilanteessa, jossa taloudelliset resurssit ovat riittämättömät, ei ole uusi. Liiton perustamisesta lähtien lääkärikuntaa on huolettanut maksajan rooli lääkärin ja potilaan välissä. Poliittiseen päätöksentekoon vaadittiin läpinäkyvyyttä resursseista päätettäessä:

”Asetelma synnyttää eettisesti vaikeita haasteita, joita poliitikot eivät saa vierittää terveydenhuollon toimijoiden harteille. Tehtävien ja voimavarojen tasapaino on poliitikkojen vastuulla.” pk. 19/09

Poliitikkojen ja lääkäreiden yhteisenä ongelmana on selkeästi terveydenhuollon toimimattomuus, näkökulmat vain eroavat toisistaan. Viranomaisella ja lääkäriellä on kuitenkin sama tavoite – taata kansalaiselle ja potilaalle tarvittava hoito (Scott 2010, 83).

Vahvistava diskurssi rakentui myös toiveesta päästä mukaan neuvottelupöytiin ja laajemmin osallistuman päätöksentekoon. Toisaalta kritiikkiä oikeutettiin sillä, että ajan kuluessa liiton tavoite päästä neuvottelemaan päättäjien kanssa toteutunee:

”Suomen Lääkäriliiton ikävä velvollisuus on kritisoida muutoksia, jotka lääkärikunnan näkemyksen mukaan vaarantavat suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän toimivuuden.” pk. 8/10

”Kun aikansa kyseenalaistaa päätöksiä ja vaatii perusteluja, otetaan mukaan itse päätöksentekoon, joka on epäsuoraa mutta silti vaikuttavaa potilastyötä.” pk. 14/09

Edellisessä näytteessä juuri vetoamus vaikuttavaan potilastyöhön vahvistaa mielikuvaa lääkäristä välittäjänä ja neuvottelevana osapuolena valtion ja kansalaisten välillä (Kuhlmann 2008, 248).

Yksi keskeinen teema vahvistavassa diskurssissa oli terveyskeskus. Diskurssissa terveyskeskus esitettiin tärkeänä ja itsestään selvänä osana suomalaista terveydenhuoltoa, vaikka toisaalta kyseenalaistettiin koko terveyskeskusjärjestelmä. Diskurssissa painotuivat terveydenhuollon ongelmat, jotka keskittyivät juuri terveyskeskuksiin. Vahvistavassa diskurssissa käsiteltiin terveyskeskusten *lääkärivajetta*, *hallinnointia* ja *nuorten lääkäreiden* työskentelyä. Terveyskeskuspuheessa esiintyi yhä selkeää vastakkainasettelua poliittisen päätöksenteon ja lääkäriprofession mielipiteen välillä. Toimijat jakoivat pitkälle kannan:

*”Lääkärit ovat yhä tyytymättömpiä terveyskeskuksiin järjestelmänä...
...Terveyskeskus ei jatkuvista ponnisteluistaan huolimatta tunnu pääse-
vän ongelmistaan.” pk. 18/09*

Aronkytö, Hallipelto ja Kangasharju (2010, 4) ovat sitä mieltä, että perusterveydenhuol-
lon ongelmien taustalla on nimenomaan terveyskeskusten lääkäripula. Erityisesti hei-
komman terveyden omaava väestöryhmä kärsii palvelujen saatavuusongelmasta, mikä
lisää epätasa-arvoisuutta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatyöryhmän
raportissa esitetään, että monikanavainen rahoitus vaikuttaa merkittävästi siihen, että
henkilöstö hakeutuu enemmän yksityiselle sektorille. Yksityiselle sektorille kohdistetut
sairausvakuutuskorvaukset ovat raportin mukaan osasyyn julkisen sektorin työvoimapu-
laan. (Pekurinen ym. 2010, 19, 29.) Vehviläisen ym. mukaan terveyskeskuksen lääkäri-
pulan suurimpia syitä ovat pakkotahtinen työ sekä kiire. Lääkärien lähtemiseen pois
terveyskeskuksista vaikuttivat myös vastuuväestön koko sekä johdolta saatavan palaut-
teen vähäisyys. Yhtenä tekijänä oli potilaiden suuri kirjo. (Vehviläinen, Takala, Hag-
gren, Roitto & Kumpusalo 2003, 191.)

*”Julkiseen perusterveydenhuoltoon ei kehityspanoksia sijoitettu edellisen
laman aikana ja kovin vähän sen jälkeenkään, mikä näkyy nyt lääkäri-
vajana. Keskeiseksi syyksi tilanteeseen lääkärit kertovat työn hallinnan
puutteen. Tämä on arkista totta jo numeroidenkin valossa, sillä peruster-
veydenhuollon lääkärien määrä ei ole lisääntynyt kymmeneen vuoteen.”
pk. 11/09*

Lääkäreiden mielipiteitä terveyskeskusten toimivuudesta on tutkittu kyselyin vuosina
2002, 2006 ja 2010. Vastausten perusteella voidaan todeta, ettei lääkäreiden oman työn
hallinta ole parantunut. Myöskään töiden organisoinnissa tai yhteistyössä erikoissai-
raanhoidon kanssa ei ole edetty. Terveyskeskustyön huonoiten toimivia osa-alueita
kaikkina kyselyvuosina olivat tieteellinen tutkimustoiminta, sijaisten saaminen sekä
yhteistyö muiden sidosryhmien, kuten kunnan edustajien, kanssa. (Haimakainen, Vehvi-
läinen & Kumpusalo 2011, 1283, 1286–1287.)

Terveyskeskusten lääkärivajetta käsiteltäessä tulee ottaa huomioon se, että lääkäri-
professio on vahvasti naisistunut. Kun 100 vuotta sitten naisten osuus lääkäreistä oli
noin 3 % ja 1950-luvulla 21 %, vuonna 2011 Suomen työikäisistä lääkäreistä jo 57 %
on naisia ja alle 45-vuotiaista työssäkäyvistä lääkäreistä jopa 63–66 % on naisia (Lääkä-
rit 2011, Lääkärit Suomessa 2011). Kun 63 % nuorista lääkäreistä on naisia, ja vastuu
perheestä ja lapsista kuuluu Suomessa yhä edelleen enemmän naisille, luonnollinen ke-
hityskulku on se, yhä useampi lääkäri työskentelee osa-aikaisesti. Naisten kohdalla äiti-
ys- ja perhevapaat muodostavat katkon työntekoon. Tämä rakenteellinen muutos vaikut-
taa osaltaan terveyskeskusten työvoimapulaan. Diskurssissa heräteltiin keskustelua
lääkärikunnan naisistumisen seurauksista:

”Lääkärin puoliso työskentelee teknisellä alalla aiempiin tutkimuksiin verrattuna yhä useammin. Tämä on yksi syy siihen, että pienemmille ja syrjäisemmille paikkakunnille on entistä vaikeampaa saada lääkäreitä. Monentyypisillä paikkakunnilla oli aiemmin helpompi tarjota töitä mieslääkärin ja naishoitajan muodostamalle pariskunnalle kuin nykyisin yhä yleisemmälle naislääkäri-miesinsinööriparille.” pk. 26–31/10

Diskurssissa esiintyi erityisen voimakasta kritiikkiä päättäjien ehdotusta kohtaan, joka liittyi nuorten lääkäreiden työsuhteen muuttamiseen.

”Vuosikymmenen vaihteessa oli asetusmuutoksien avulla pakotettu nuoria lääkäreitä terveyskeskuksiin, jotta (lääkäri)vaje helpottuisi...

...Lisäksi jälleen on tehty ja esitetty asetusmuutoksia, joilla lääkärit pakotettaisiin töihin terveyskeskuksiin.” pk. 18/09

”Tämän yhtä aikaa yleismaailmallisen ja kotikutoisen ongelman ratkaisuksi ministeriö esittää, että vuosittain noin sata nuorta lääkäriä pakotettaisiin säädösten voimalla työsuhteeseen kunnan tai kuntayhtymän kanssa.” pk. 3/10

Retoriikka koveni selkeästi, kun kyseessä oli ehdotus rajoittaa profession valinnan vapautta. Ministeriön esitykseen pyrittiin vaikuttamaan vasta-argumentilla:

”Ehdotus kajoaa kansalaisen perusoikeuksiin ja rikkoo EU:n työvoiman vapaan liikkuvuuden periaatetta.” pk. 3/10

Vahvistavassa diskurssissa kannettiin huolta myös erikoislääkäreiden ja tutkijoiden riittävydestä tulevaisuudessa. Ongelmana nähtiin tutkimustyön arvostuksen puute, mikä näkyy rahoituksessa ja viroissa. Toisaalta diskurssi vahvisti työn arvostuksen muutosta ja sen vaikutusta lääkäriprofession. Perusteluna esitettiin opin perillemenon tärkeys sekä tulevaisuuden osaajien varmistus.

”Jos prekliinisten aineiden opettajilla ei ole lääkärikoulutusta, opin perillemeno voi vaikeutua, jos sen kliinistä relevanssia ei osata tuoda esiin. Jos kiinnostus tutkimustyöhön hiipuu kliinisellä puolella, meillä ei pian ole enää pätevyysvaatimuksia täyttäviä hakijoita professorin virkoihin. Lopulta perusopetuksen ja erikoislääkärikoulutuksen taso heikkenee ja viime kädessä kärsii potilaiden tutkimuksen ja hoidon taso.” pk. 40/09

Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan lähes kaikki nuoret lääkärit aikovat suorittaa erikoislääkärin tutkinnon (Heikkilä ym. Lääkäri 2008, 45–46). Tulevaisuudessa erikoislääkäreiden määrään vaikuttaa selkeimmin suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle. Tulevaa tarvetta tulisi kuitenkin arvioida vajeiden ja liikatarjonnan näkökulmista, koska tietyllä erikoisalalla saattaa olla pulaa osaajista, kun taas toisella erikoisalalla voi esiintyä liikatarjontaa. On otettava huomioon myös se, ettei erikoislääkärikoulutuksen koordinointi ole valtakunnallista, vaan jakautunut opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kesken. Liitto itse arvioi työvoiman tarvetta säännöllisesti määrävuosina.

(Ruskoaho, Halila & Vänskä 2010, 3812–3813.) Tulevaisuuden uhkana on myös se, että valmistuvat naiset valitsevat työuransa yleislääketieteessä tai niillä kirurgisilla erikoisaloilla, joissa on vähemmän päivystystä ja jotka mahdollistavat työn ja perheen yhteensovittamisen. Tällä voi olla vaikutusta tulevaisuuden erikoisaloihin. Ratkaisuina tähän ongelmaan esitetään muun muassa joustavia työaikajärjestelyjä, kuten osa-aikatyötä, jolloin naisille tarjoutuisi mahdollisuus edetä urallaan. (Millerin & Clark 2008, 251.)

Aineistossa esitettiin odotuksia ja toiveita perusterveydenhuollon toimivuuden parantamiseksi:

”Nämä lähtökohdat viittaavat siihen, että perusterveydenhuolto saattaisi meillä olla parhaimmillaan kevyt, oivaltavasti tietoverkottunut ja mobiili sekä herkästi vaihteleviin oloihin sopeutuva paikallisten ratkaisujen rakenne...

...Nyt on aika pohtia ”toimivan terveystieteiden” sijaan, kuinka toteutetaan ”toimiva perusterveydenhuolto”. On pystyttävä puhumaan perusterveydenhuollosta ilman, että sillä tarkoitetaan terveystieteitä.” pk. 10/09

Esimerkiksi Aronkytön ym. (2010, 8) mallissa halutaan tarjota koko kansalle yhtä hyvä perusterveydenhuolto kuin työterveyshuolto on työllisille. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuutta on tutkittu, ja tulokset kertoivat lääkärikäyntien jakautuvan epätasaisesti hyvätuloisten eduksi (Puska & Erhola 2010, 4). Lääkärivaje ei ole vain Suomen ongelma, vaan terveydenhuollon työvoimapula on tulevaisuuden uhka myös muissa maissa.

”Komissio arvioi vihreässä kirjassa, että terveydenhuollon työvoimavaje olisi EU:ssa vuoteen 2020 mennessä lähes miljoona työntekijää. Tämä merkitsisi sitä, että melkein 15 % tarvittavasta hoidosta jäisi saamatta.” pk. 41/10

Yksityistä palvelutuotantoa on käytetty joissakin kunnissa ratkaisuna lääkäripulaan (Österberg-Högstedt 2009, 56). Vahvistavassa diskurssissa nousi esiin keskustelu julkisen tai yksityisen terveydenhuollon tilasta.

”Terveydenhuollon julkisen ja yksityisen toiminnan roolijako on alalla keskustelun kestoaihe, joka ei ole hiipunut hetkeksikään sen jälkeen, kun kansanterveyslaki 1970-luvulla syntyi ja määritteli perusrakenteet nykyisen kaltaiseksi.” pk. 32/10

Kokonaisuudessaan vahvistava diskurssi keskittyi julkisen terveydenhuollon asemaan; yksityinen sektori jäi marginaaliseen rooliin. Tämä kuvaa julkisen sektorin keskeistä roolia suomalaisessa terveydenhuollossa. Vuoren (2005, 12) mukaan julkiseen sektoriin kohdistuva jatkuva kritiikki on lisännyt kiinnostusta yksityistä sektoria kohtaan. Toisaalta, kun yleinen tulotaso kasvaa, nousee myös vaatimustaso palveluiden suhteen. Hyvinvointipalvelujen kysyntä lisääntyy, koska ihmiset ovat aiempaa kiinnos-

tuneempia omasta ja läheistensä hyvinvoinnista. Yksilöllisyyden korostuminen ja kaupunkimainen elämäntapa kasvattavat kiinnostusta hyvinvointipalveluita kohtaan. (Aronkytö ym. 2010, 4–5.) Tutkimusaineiston teksteissä nähtiin ehdotus Kela-korvausten mahdollisista muutoksista merkittävänä uhkana koko järjestelmälle:

”Sellaista ei pidä korjata, mikä ei ole rikki. Työterveyshuolto toimii suhteellisen hyvin. Kela-korvauksen poistoa työterveyshuollon sairaanhoidosta perustellaan sillä, että 3,6 miljoonaa ihmistä ei siitä pääse nauttimaan. Kela-korvausta voisi perustella sillä, että 1,7 miljoonaa nauttii siitä...

...Toisin kuin halutaan esittää, yksityinen terveydenhuolto on elimellinen osa terveystalouden järjestelmää.” pk. 47/10

Argumentoinnin tukena käytettiin muun muassa tutkimustuloksia, joiden mukaan nimenaan yksityinen työterveyshuolto on ainoa toimiva osa Suomen terveydenhuollossa. Huomiota kiinnitettiin myös työterveyshuollon oleelliseen rooliin ihmisten työssä jaksamisessa ja sitä kautta työurien pitenemisessä. Kirjoittajat halusivat korostaa aineistossa työterveyshuollon merkitystä tilanteessa, jossa valtiovalta suunnittelee eläkeiän nostamista.

”Esitys ei ainakaan tue ponnisteluja eläkeiän nostamiseksi.” pk. 47/10

Perusteluissa huomio kiinnittyi enemmän niihin seurauksiin, joita muutoksesta aiheutuu kansalaisille, ei niinkään yksityisille palveluntarjoajille. Suomessa lääkäri voi toimia julkisella sektorilla virkalääkärinä ja vapaa-ajallaan yksityisen sektorin palveluntarjoajana. Tämä voi synnyttää rooliristiriitaa erityisesti silloin, kun julkinen sairaala hankkii ostopalveluita yksityisiltä terveydenhuoltoalan yrityksiltä. (Pekurinen ym. 2010, 20, 29.)

Vahvistavassa diskurssissa perusteltiin halua osallistua terveystalouteen *velvollisuudella* osallistua. Diskurssin taustalla vaikuttaa voimakkaasti myös liiton terveystalouteen liittyvä rooli.

”Poliitikko on liian tärkeä alue jätettäväksi kokonaan poliitikoille. Ansaitsemme laadukasta poliittista päätöksentekoa. Sitä ei voi vaatia toisilta hoitamatta omaa osuuttaan.” pk. 15/10

Diskurssi korosti myös lääkäreiden osaamisen ja taitojen monipuolisuutta:

”Lääkärin analyttinen ajattelu sopii ja riittää hyvin myös talouden päättäjien toiminnan ja motiivien tutkimiseen.” pk. 14/09

Näyttöön perustuva lääketiede (evidence-based medicine) haastaa lääkärin kliinisen autonomian (Saloheimo & Vuorenkoski 2003, 977; Pickard 2009, 254–255). Edellä mainittu näyttöön perustuva lääketiede tarkoittaa tieteellisiin tutkimustuloksiin perustuvaa lääketiedettä. Termi on levinnyt lääketieteestä myös muille aloille, kuten sosiaalihuoltoon tai koulutukseen. Näyttöön perustuvan lääketieteen lisäksi huomio on keskitynyt todennettuihin tuloksiin perustuviin johtamiskäytäntöihin (evidence-based mana-

gement⁷). Todennettuihin tuloksiin perustuvat johtamiskäytännöt liittyvät esimerkiksi siihen miten terveydenhuollon palvelut organisoidaan, tuotetaan tai rahoitetaan (Walshe & Rundall 2001, 430–431.) Stefl (2008 360) painottaa, että nykyisin terveydenhuollon johdolta edellytetään tulosten ja tehokkuuden mittaamista sekä todennettuihin tuloksiin perustuvia johtamiskäytäntöjä.

4.3.2 *Valtaa puolustava diskurssi*

Profession valtaa puolustava diskurssi (puolustava diskurssi) perustui lääkärin *ainutlaatuiseen asiantuntija-asemaan*. Diskurssi tarjosi tulkintaa lääkärin vallasta pysyvänä ja horjumattomana elementtinä, joka joutuu kohtaamaan erilaisia uhkia. Diskurssissa asiantuntijuutta pidettiin lääkäriprofession itsestään selvänä ja vankkana jalustana. Diskurssiin osallistuivat kaikki toimijat. Toimijat merkityksellistivät profession valtaa asiantuntijuuden kautta. Diskurssi rakentui lisäksi *terveydenhuollon johtamisen* ja *priorisoinnin* kysymyksistä. Lääkärit esiintyivät diskurssissa *terveydenhuollon johtajina* ja *vaikuttajina*, jotka ovat *avainasemassa* terveydenhuollon kentällä. Lääkärin työssä edellytetään *laaja-alaista osaamista*. Puolustava diskurssi pyrki voimakkaasti ylläpitämään ja uusintamaan lääkärin erityislaatuista asiantuntija-asemaa. Diskurssissa torjuttiin kaikki toimet, joilla asiantuntijuutta pyrittiin sivuuttamaan ja vaadittiin asiantuntijuuden arvostusta.

”Sisu elää ja voi hyvin suomalaisten asiantuntijoiden keskuudessa. Muuten heitä ei enää olisi, sillä virallisesti osaamiseen tulevaisuutensa luotettava Suomi kohtelee asiantuntijoitaan käytännössä ala-arvoisesti.” pk. 48/09

”Ellei hoidon ammattilaisten ääni kuulu lattiatasolta ylimpään johtoon saakka, huonosti käy – olipa kysymyksessä pieni terveystakeskus tai suuri keskussairaala. Se karkottaa osaavan väen potilaan vuoteen ääreltä.” pk. 1–2/09

Diskurssissa asiantuntijan vallan vähentyminen heikentäisi terveydenhuollon toimivuutta. Asiantuntijoiden asiantuntemusta ei hyödynnetä riittävästi, vaikka asiantuntija on ainoa, tietävä taho. Diskurssissa lääkärin positio esitettiin selkeästi annettuna, ja vastuu liittyi kiistatta asiantuntemukseen:

”Me nuoret lääkärit saamme valkoisen takin myötä suuren vastuun taa-kan harteillemme...”

⁷ Evidence-based management voidaan kääntää suomeksi todennettuihin tuloksiin perustuva johtaminen tai esimerkiksi tietoperusteinen johtaminen.

...Valkea takki nostaa nuoren kollegan erityislaatuiseen asemaan potilaiden ja muun henkilökunnan silmissä. Hänestä tulee johtaja – halusi hän sitä tai ei.” pk. 19/10

Lääkärin perinteinen auktoriteettiasema on perustunut ainutlaatuiselle asiantuntemukselle. Henrikssonin (1998, 15) mukaan lääkärin ammatti on selkeästi terveydenhuollon kentän ammatillinen keskipiste. Lääkärin ammatti toimii kontrolloijana, joka asettaa rajoja myös muiden ammattien kehitykselle terveydenhuollossa. Se jopa sulkee pois muita terveystyön toimijoita. Lääketieteellisen tiedon käyttö on terveydenhuollossa jakautunut perusterveydenhuollossa käytettävään yleislääketieteeseen sekä erityissairanhoidon erikoisalojen erityistietoon. Tieto on eriytynyt ja spesifioitunut. (Saaren-Seppälä 2006, 314.)

Saaren-Seppälän (2006) mukaan eri terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevillä ammattilaisilla on yhteinen, erityinen tietovaranto, jota voi kuvata käsitteellä *kollektiivinen tietovaranto*. Tämä kätkeyty tietoa, joka ei ole salaista tai ainoastaan erityisosaamisen kautta ymmärrettävää tietoa, yhdistää potilasta hoitavat ammattilaiset ja mahdollistaa ennen kaikkea sen, että asiantuntijat voivat hyödyntää yhteistä tietoa. Koska potilaan hoito jakaantuu tulevaisuudessa yhä pienempiin erikoisosaamisen yksiköihin, yhteistoimintatarpeen voi olettaa syventyvän, kun potilaan hoito on yhä useamman erikoisosaajan vastuulla. Tällöin eri ammattilaisten tietämys saattaa supistua yhä rajatummalle alueelle kokonaistiedon sijaan.

Diskurssissa esiintyi huoli siitä, että asiantuntijoiden aika kuluu toisarvoisten tehtävien suorittamiseen:

”Tämä tarkoittaa, että organisaatioiden omistajat ja asiakkaat saavat asiantuntijalta entistä vähemmän asiantuntijuutta. Sen sijaan asiantuntija käyttää jatkuvasti enemmän aikaa epäpätevyysalueellaan tehtävissä, joihin todellista tehokkuutta toisi ammattitaitoinen assistentti.” pk. 48/09

Samoin kuin monella muulla alalla, muutos terveydenhuollossa on liittynyt tietotekniikan lisääntyneeseen käyttöön. Rossin (2003, 83) mukaan manageroidun terveydenhuollon nimissä tehtävä lääkärin aikataulujen valvonta, jota alan johto-organisaatiot harjoittavat, aiheuttaa professionille autonomian vähentymistä. Työtä valvotaan yhä enemmän ylemmilläkin, A-luokan vapaan ammatin harjoittajien, kuten lääkäreiden, tasoilla.

Nykyisin profession haasteena on juuri edellä mainitun erityistiedon säilyttäminen. Koulutuksen ja kouluttautumismahdollisuuksien parantuminen sekä moninaistuminen haastavat perinteisen asiantuntijuuden, sen tuoman aseman sekä aseman suoman vallan käytön. Asiantuntijan asemasta käydään yhä kovempaa kilpailua. (Sarkio 2007, 1.) Asiantuntijoiden erityistieto ei ole enää vaikeasti saavutettavissa vaan yleisesti saatavissa. Median roolia tiedon jakajana ei tule vähätellä. (Pfadenhauer 2006, 568.)

Puolustava diskurssi rakentui myös terveydenhuollon johtamisen kysymyksestä. Johtaminen ja erityisesti sen puuttuminen ovat nousseet monin tavoin esiin, kun käsitellään

terveydenhuollon toimimattomuutta. Lääkäriin kyky osallistua johtamiseen on aineiston perusteella kiistanalainen. Tietynlaisena itsestäänselvyys halutaan pitää sitä, että kliinistä työtä tekevää lääkäriä tulee johtaa lääkäri. Tämä on Lääkäriliiton virallinen suositus.

”On johdonmukaista että kliinistä työtä tekevän lääkärin esimies on lääkäri.” pk. 12/09

”Muutoksien pyörteissä Lääkäriliitto pitää tärkeänä, että kliinistä työtä tekevää lääkäriä johtaa aina lääkäri. Periaate on yksinkertainen ja perusteltu, mutta se avaa samalla vaativan kasvutavoitteen.” pk. 20/10

Lääkäriliitto edellyttää linjauksissaan, että jokaisen kliinistä työtä tekevän lääkärin hallinnollisena ja ammatillisena esimiehenä tulee olla lääkäri (Lääkäriliiton linjaus 2011). Martti Kekomäki perustelee lääkärijohtajien tarvetta sillä, että nämä osaavat sovittaa yhteen väestön hoidon tarpeet ja pysyvästi rajalliset voimavarat parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkärijohtajan tulee kuitenkin olla motivoitunut johtamiseen sekä asianmukaisesti kouluttautunut, jolloin tämän on muita helpompi yhdistää hoitomahdollisuuksia koskeva tieto hoidon oikeudenmukaiseen jakamiseen. Lääkärijohtajuutta perustellaan myös sillä, että jopa 70 % terveydenhuollon kaikesta voimavarakulutuksesta liittyy lääkärin kliiniseen päätöksentekoon eli erilaisiin hoitoratkaisuihin. Tämän takia terveydenhuollon johtamisessa tulee voimakkaasti keskittyä kliinisen päätöksenteon ohjaamiseen. (Saarela 2008, 1266.) Diskurssin taustalla nousee vahvasti näkemys terveydenhuollon johtamisesta tulevaisuudessa:

”Lääkäritaustaisen ammattijohtajuuden tarve kasvaa nopeasti.” pk. 20/10

Aiemmin on keskusteltu lääkärijohtajista ja ammattijohtajista. Retoriikaltaan uudenlainen ilmaus puolustaa Lääkäriliiton ja lääkärikunnan yleistä näkemystä lääkärijohtajuudesta. Ammattijohtajan rooli terveydenhuollon johdossa on herättänyt runsaasti keskustelua etenkin lääkäriprofession keskuudessa. Kysymys on herättänyt ristiriitoja, koska taustalla on ollut pelko vallan siirtymisestä pois omalta ammattiryhmältä, mikä tekisi lääkäreistä puhtaasti toteuttajia (Lillrank ym. 2005, 77). Aineistossa ei juuri käsitelty terveydenhuollon ammattijohtajia, eli puolustava diskurssi ei jättänyt tilaa vastakkaiselle diskurssille.

Hermansonin (1989) mukaan lääkäreiden johtoasemia terveydenhuollon hallinnossa on perusteltu nimenomaan terveydenhuollon toimivuuden kannalta. Terveydenhuollossa on perinteisesti edetty uralla virkavuosien ja tieteellisten näyttöjen perusteella. Tutkimusaineistossa kyseenalaistettiin perinteinen hierarkkinen etenemismalli ja esitettiin vaatimuksia johtajien valinnalle ja etenemiselle.

”Johtajaksi voi kypsyä monin tavoin, monen ikäisenä ja monenlaisin motiivein. Tärkeää on, ettei kukaan joutuisi johtajaksi vastoin tahtoaan tai liian kevein eväin. Erityisen suuressa vaarassa ajautua huonoiksi johta-

*jiksi ovat aina olleet erinomaiset asiantuntijat, joille ei ole ollut tarjolla muuta tapaa edetä uralla kuin ottaa vastaan esimiestehtäviä...
...On siis pidettävä huolta siitä, että tarjolla on riittävästi johtamistehtäviin sopivia, päteviä ja motivoituneita lääkäreitä.” pk. 12/09*

Terveydenhuollon johtaminen on noussut ratkaisuvaihtoehdoksi terveydenhuollon haasteisiin 1990-luvun alusta alkaen, jolloin ministeritason päätäntävaltaa ja normiohjausta vähennettiin siirtämällä sitä paikallishallinnon organisaatioille (Vuori 2005, 10). Erityisesti julkisen terveydenhuollon johtamista on usein kritisoitu, ja suurimpina ongelmina on erilaisten kyselyjen perusteella pidetty juuri huonoa johtamista (Ketola & Merikallio 2009, 1878). Ketolan ja Merikallion mukaan huonon johtamisen sijaan tulisi puhua vaikeista johtamistilanteista, joissa terveydenhuollon johtaja joutuu toimimaan. Näihin johtamistilanteisiin sisältyy ristiriitaisia odotuksia ja vaatimuksia sekä erilaisten intressien yhteensovittamista. Johtaminen terveydenhuollossa on tasapainoilua loputtoman kysynnän ja rajallisten resurssien välillä.

Vahvistavassa diskurssissa johtaminen kuvataan omaksi erikoisalakseen, johon pitäisi olla kouluttautunut. Tätä perustellaan modernien organisaatioiden erityispiirteillä:

”Koulutus on tärkeää. Nykyaikaiset organisaatiot ovat verkostoineen niin monimutkaisia, että niiden johtaminen vaatii teknistä ammattitaitoa ja johtamisen käsitteistön hallintaa...

...Tulevaisuudessa tarvitaan yhä enemmän sellaisia lääkäreitä, jotka omaksuvat johtamisen osaksi ammattikuvansa ydintä. Heille on puolestaan oltava tarjolla mielekkäitä ja koko järjestelmän tukemia kasvupolkuja johtajuuteen.” pk. 20/10

Scott (2010, 83) kuvaa terveydenhuollon järjestelmiä monimutkaisiksi kokonaisuuksiksi, joissa parhaiden hallinnollisten ja kliinisten käytäntöjen täytyy yhdistyä. Siten voidaan luoda uudenlainen terveydenhuollon johtamisen malli. Vaikka nykyään ymmärretään, että hallinnollisen ja kliinisen johdon tulee toimia yhdessä, partnereina, jännitteitä näiden kahden välillä on yhä olemassa. Hallinnollisen ja kliinisen johdon yhteistyöllä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin sekä taloudelliseen kestävyyteen. Virtasen (2010, 4) mukaan profession haltijan toimintaympäristönä on nykyään eräänlainen hybridioorganisaatio, missä yhdistyy eri specialiteetteihin jakautunut professionaalinen byrokratia ja eri ammattiryhmien matriisimainen organisoituminen.

Stefl (2008, 361) esittää, että nykyisin terveydenhuollon johto toimii ympäristössä, jossa vaikuttavat monimutkaiset sosiaaliset ja poliittiset voimat. Näihin kuuluvat esimerkiksi niukkeneva rahoitus, jatkuva henkilöstövaje, suoritus- ja turvallisuusmittareiden kasvava käyttö sekä läpinäkyvyyden vaatimuksien lisääntyminen. Tuomiranta (2002, 19) puolestaan korostaa organisaatiokulttuurin ymmärtämistä, mikä sairaalamaailmassa tarkoittaa eri ammattiryhmien arvojen, ideologian, toimintakriteereiden ja prefe-

renssijärjestelmien tuntemista. Khokherin ym. (2009, 343) mukaan näitä organisaatiokulttuureja tulisi avata ja sitä kautta tarkastella organisaation ja professionaalisen kulttuurin vaikutusta toisiinsa.

Lääkäreiltä ei ole aiemmin vaadittu johtotehtäviin erityistä johtamiskoulutusta. Toisaalta, jos lääkäri toimii esimerkiksi opetustehtävissä, hänen edellytetään hankkivan opetustehtävässä tarvittavat taidot, toimintatavat sekä olevan asenteeltaan oikeanlainen opetustehtäviä ajatellen (General Medical Council 2006, 14). Nykyisin liiton linjauksessa lääkärijohtajalta edellytetään asianmukaista johtamiskoulutusta (Suomen Lääkäriliiton toimintakertomus 2010, 14; Raivio 2011, 393). Lazarus (2009, 3) korostaa, ettei kliinisellä kokemuksella voida korvata johtamisen ja organisoinnin muodollista koulutusta. Johtamiskoulutuksen tavoitteena on liikekielen omaksuminen ja erityistoimialan johtamisessa tarvittavien taitojen oppiminen.

Terveydenhuollon johtotehtävissä toimivalla ammattijohtajalla tilanne saattaa olla päinvastainen. Ammattijohtaja ei tunne erikoisaloja eikä puhu lääkäreiden kieltä. Liiketaloudellisen koulutuksen saanut johtaja voi puolestaan jättää alan erityispiirteet liian vähälle huomiolle ja keskittyä pääasiassa seuraamaan tehokkuuden mittareita. Lääkärijohtaja saattaa taas nähdä resurssitehokkuuden vähemmän tärkeänä, jolloin toiminta voi olla kustannustehotonta. (Parvinen ym. 2005, 70, 77.) On kuitenkin huomioitava, että terveydenhuollon uudistusten taustalla, aina 1980-luvulta alkaen, ovat vaikuttaneet managerialismin opit. Näihin oppeihin liittyviä termejä ovat esimerkiksi tehokkuus, laatu, strategia ja tulokset. (Noordegraaf & Meulen van der 2008, 1055.) Täten liike-elämästä tuttu kieli on jo vuosikymmenten ajan vaikuttanut terveydenhuollon sektoriin.

Yhdysvalloissa johtamisrakennetta on haluttu uudistaa terveydenhuollon reformin yhteydessä. Aihe on ollut ajankohtainen, ja organisaatiot ovat etsineet uusia keinoja vastataksaan ympäristön muutoksiin. Lazaruksen (2009, 1) mukaan lääkärit, joilla on johtamistaitoja ja ominaisuuksia, voivat toimia muutoksen toteuttajina. Mitä useampi organisaatio ymmärtää lääkärijohtajien arvon, sitä enemmän kyvykkäille, johtamistaidot hallitseville lääkäreille löytyy paikkoja. Tuomiranta (2005, 107) haluaa kiinnittää huomiota siihen, että vaikka lääkäreiltä puuttuisikin johtamiskoulutus tai hallinnollinen koulutus, suuri osa heistä kantaa työssään hallinnollista vastuuta. Toisin kuin vanhoissa järjestelmissä, sairaaloiden hallintosäännöt sisältävät Suomessa nykyisin yksityiskohtaisia ohjeita muun muassa yksiköiden kehittämisestä, voimavarojen tehokkaasta käytöstä, työntekijöiden perehdyttämisestä ja motivoinnista sekä yhteistyön ylläpitämisestä sidosryhmien kanssa.

Lääkärijohtajien rooli on kansainvälisestikin katsottuna korostunut terveydenhuollon johtamisen kehittämisessä. Yhdysvaltojen ja Ison-Britannian terveydenhuollon johtamisongelmia on pyritty ratkomaan lisäämällä lääkärijohtajien määrää ja kehittämällä heidän johtamiskykyjään. Scottin (2010) mukaan tarvitaan yhä enemmän nimenomaan kliinistä johtajuutta, jonka avulla voidaan edistää positiivisia hoitotuloksia (patient out-

comes) ja potilasturvallisuutta. Yleisinä suosituksina voidaan pitää muun muassa sitä, että terveydenhuollon järjestelmissä potilas asetetaan hoidon ytimeen ja laadusta ja turvallisuudesta tehdään keskeinen huolenaihe. Myös Porter ja Teisberg (2006, 13, 158) korostavat potilaan aseman tärkeyttä terveydenhuollon uudistuksissa. Terveydenhuollon ytimenä tulisi olla paras mahdollinen hoitotulos potilaalle. Potilasnäkökulma on peruslähtökohta myös terveydenhuollon ammatinvalinnassa.

Scottin (2010, 84) mukaan hallitukset ja viranomaiset ovat asettaneet terveydenhuol-
lolle entistä enemmän vaatimuksia tulosten paranemiseksi, mutta toisaalta johtamispro-
sessien tai -järjestelmien kokonaisvaltaista uudistusta ei ole kehitetty. Terveydenhuollon
organisaatiot kamppailevat uusien vaatimusten myötä eri puolilla maailmaa sen kanssa,
kuinka integroida klinikon kyvykkyys potilaan hoidossa terveydenhuollon järjestelmil-
le asetettujen taloudellisten pakotteiden kanssa. Scott esittää kolme suositeltavaa strate-
giaa. Nämä strategiat ovat jaettujen tai kliinisten hallintomallien implementointi, etulin-
jan hoitotyötä tekevien muutosehdotusten kannattaminen ja kliinisen johtajuuden edis-
täminen organisaatioissa.

Millerin ja Clarkin (2008, 238) mukaan naisten osuus erilaisissa terveydenhuollon
johtotehtävissä on pienempi kuin miesten. Monien tutkimusten mukaan lääkäriprofessi-
on sisällä esiintyy suoraa ja epäsuoraa sukupuolista syrjintää sekä erilaisia esteitä nais-
ten urakehitykselle. Syinä ovat muun muassa sukupuolittunut urarakenne, terveyden-
huollon organisaatiokulttuuri sekä lääkäriprofessio. Kaikki nämä luovat rooliristiriitoja
henkilökohtaisen ja ammatillisen elämän välille. Tätä niin sanottua roolikonfliktin on
hankala sovittaa, minkä vuoksi naisten urakehityksellä on lääketieteessä esteitä. Vaikka
naisten osuus lääkärikunnasta kasvaa, vaarana voi olla naisten vähäinen määrä seniori-
ja asiantuntijatehtävissä. Perinteinen etenemismalli seniori- ja johtotehtäviin ei edistä
naisten urakehitystä. Tulevaisuuden osaajien turvaamisen kannalta on erittäin tärkeää
löytää keinoja, joilla naisten osuutta johtotehtävissä voidaan kasvattaa. (Millerin &
Clark 2008, 251.)

Puolustavan diskurssin kirjoittajat nostivat esiin keskustelun priorisoinnista. Puolus-
tavan diskurssin mukaan priorisointi on asia, jota ei ole pystytty ratkaisemaan:

*”Taloudellinen taantuma on taas tuonut keskusteluun priorisoinnin: kuka
jätetään hoidon ulkopuolelle. Pelkona on, etteivät valtion ja kuntien ra-
hat riitä kaikkien potilaiden hoitoon.”* pk. 46/09

Saarni ja Vuorenkoski (2003, 993–994) kaipaavat peruskäsitteistön tarkennusta. Ter-
veydenhuollon keskusteluissa *priorisointi*, *säännöstely* ja *tehostaminen* sekoittuvat.
Priorisoinnilla tarkoitetaan sananmukaisesti asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen.
Terveydenhuollossa tämä tarkoittaa tietyn potilaan, sairauden tai hoidon asettamista
etusijalle. Koska priorisoinnin syynä on kustannusten hallinta, kirjoittajat ehdottavat
asialle nimitystä säännöstely. Säännöstely (rationing) voidaan määritellä potentiaalisesti
hyödyllisen terveydenhoidon eväämiseksi taloudellisista tai organisatorisista syistä

(Norheim 1999, 1426). Säännöstelyyn liittyy niukkuuden elementti, mikä vuoksi poliitikkojen on vaikea keskustella asiasta. Tehostaminen puolestaan tarkoittaa tuotospanossuhteen parantamista. Terveystenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisimman paljon hyvää hoitoa saadaan käytettävissä olevilla resursseilla. Terveystenhuollossa priorisointi ja säännöstely voivat tehostaa järjestelmää mutta tehostaminen ei välttämättä ole priorisointia tai säännöstelyä. (Saarni & Vuorenkoski 2003, 994.)

”Lähestymme tilannetta, jossa on päätettävä, mitä tehdään julkisin varoin. Priorisointipäätösten taustoitukseen tarvitaan lääkäreitä, mutta itse päätös on toiminnasta vastaavien viranomaisten tehtävä. Sietää kysyä huolestuneena, ajautuuko sekin päätös ilman ohjausta 348 yksittäiseen kuntaan?” pk. 11/09

Priorisointi liitetään usein ajatteluun, ketä hoidetaan ja miten. Priorisoinnilla tarkoitetaan yleensä potilaskohtaista priorisointia, joka liittyy juuri kysymykseen, evätäänkö hoito esimerkiksi suurten kustannusten vuoksi. Terveystenhuollossa priorisointi on kuitenkin laajempi käsite. Sen taustalta löytyvät esimerkiksi kiireettömän hoidon kriteerit, Käypä hoito -suositukset, lääkkeiden hintalautakunta, Kelan erilaiset linjaukset sekä HALO⁸-hanke. Laki määrää antamaan vaikuttavaa hoitoa aina, mutta käytännössä tapahtuu niin sanottua piilopriorisointia, jolloin kunnat voivat rajata sairaanhoidon budjetit ja potilas saattaa jäädä ilman kaikkea hoitoa. (Saarni & Mäkelä 2011, 636–637.) Priorisointikeskustelua tulisi puolustavan diskurssin mukaan käydä aktiivisesti ja lääkäriprofession vastuulla on viedä tätä asiaa eteenpäin:

”Jollei lääkäriprofession nyt astu potilaan puolesta puhujaksi, niin kuka sen tässä yhteiskunnassa ja taloustilanteessa tekee?” pk. 46/09

Lääkäriprofession huoli on ymmärrettävä, sillä esimerkiksi Siltalan (2003, 981) mukaan työntekijät karttavat vastuuta asioista, joihin he eivät voi vaikuttaa. Tämä koskee myös lääkäreitä. Jos työntekijä joutuu vastuuseen vailla mahdollisuutta vaikuttaa tekemäänsä työhön, seurauksena saattaa olla uupumus.

Terveystenhuollon organisaatioissa työskentelevät alan ammattilaiset ovat kiinnostuneita kehittämään ja hyödyntämään uusia ideoita. Erityisesti teknologiset innovaatiot ja niiden mahdollistamat hoidot leviävät nopeasti. Sen sijaan organisaatio- tai ammattirajat ylittävät uudet toimintamallit leviävät hitaasti. Ehtoja uudistuksille eivät aseta ainoastaan alan sääntely ja politiikat, vaan myös vahvat ammattikunnat. Voidaankin todeta, että terveystenhuollossa uudistukset eivät ole yksin organisaatioiden johdon päätettävissä.

⁸ Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen ja sairaanhoitopiirien yhteishanke HALO tukee uusien menetelmien hallittua käyttöönottoa. Ohjelma luo toimintatavat, joilla varmistetaan käyttöön otettavien terveystenhuollon menetelmien vaikuttavuus ja turvallisuus. Ohjelma (HALO -- 2011.)

sä. Erityisen haastavia ovat sellaiset uudistukset tai innovaatiot, jotka edellyttävät ammattikuntien rajojen rikkomista tai organisaatioiden välisten vastuiden tai suhteiden muuttamista. (Hämäläinen, Jäppinen & Kivisaari 2011, 219–221.) Tästä esimerkkinä on hoitajaresepti, jota ei kannatettu puolustavassa diskurssissa:

”Valmistelijoilta tuntuu mopo karanneen, kun diagnoosia edellyttäviä lääkkeitä haluttaisiin siirtää hoitajan määrättäviksi. Uuden lääkityksen määrääminen on yhä lääkärin työtä.” pk. 50/09

Diskurssissa hoitajaresepti sai osittaista tukea lääkärikunnalta mutta ministeriön ehdotus ei kelpannut. Perusteluiksi nostettiin erityislaatuinen koulutus ja koulutuksen kautta saavutettu asiantuntemus:

”Diagnoosin tekeminen on yhä lääkemääräyksen perusta ja siten siihen koulutetun lääkärin työtä.” pk. 13/09

”Asian alkeistasoinenikin hallinta edellyttää lääkärin vähintään kuusi-vuotista koulutusta. Jokainen sen käynyt tietää, ettei ole helppoja diagnooseja, ainoastaan helppoja virheitä.” pk. 50/09

Vastustusta perusteltiin lain lääkärikunnalle määräämillä velvoitteilla:

”Lääkärin tulee voida kantaa vastuunsa, jotka lainsäädäntö hänelle antaa. ... Mallit säilyttävät vastuun lääkärille, mutta vievät mahdollisuuden sen kantamiseen. Parantaako lisämyrky myrkytyksen?” 50/09

Puolustavaan diskurssiin sisältyy myös terveystoimittainen vaikuttaminen. Hoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden sijaan ratkaisua haetaan Kelan päätöksistä, eikä hoitajareseptiä pidetä vartenotettavana vaihtoehtona resurssivajeeseen:

”Lääkekorvausmenojen hallinnassa eivät auta niukasti koulutetut uudet lääkkeenmäärääjät.” pk. 13/09

”Yksinkertaisempaa olisi pidentää reseptin voimassaoloaikaa kroonisissa sairauksissa.” pk. 50/09

Sairaanhoitajien asema on herättänyt aiemminkin paljon keskustelua. Sairaanhoitajien työ oli ennen alisteisessa asemassa lääketieteeseen nähden ja hoitaja oli lääkärin määräysten tahdoton toimeenpanija. Lääkärinkunta ei aikanaan yksimielisesti hyväksynyt hoitohenkilöstön ja hoitotieteen rinnasteista asemaa lääketieteen kanssa. (Sarkio 2007, 6–7.) Sairaanhoitajien liian pitkä ja teoreettinen koulutus aikaisemman pohjakoulutuksen jatkoksi, koettiin uhkana lääkäreiden reviirille. (Henriksson 1998, 184–185.) Vuonna 2002 hallituksen silloinen opetusministeri esitti, että sairaanhoitajat voisivat muuntokouluttautua lääkäreiksi. Lääkäriliitto vastusti muuntokoulutusta vedoten muun muassa EU:n lääkärinkoulutusdirektiiviin. (Suomen Lääkäriliiton toimintakertomus 2002, 14.) Lääketieteen opiskelijat järjestivät jopa mielenosoituksen vastalauseena suunnitellulle sairaanhoitajien muuntokoulutukselle (Ylioppilaslehti 28.3.2003).

Oleellista onkin ymmärtää, että ammattikulttuurien muuttaminen on organisatorisia muutoksia hitaampi prosessi, koska ammattikulttuureilla on organisatorisia toimintakäy-

täntöjä pitempi historia (Henriksson 1998, 191). Toisaalta on otettava huomioon, että sairaalaorganisaatioissa, kuten muissakin institutionalisoituneissa organisaatioissa, tarkat toimintaohjeet ja hierarkiat määrittävät organisaation toimintaa. Toiminnan täytyy olla ennustettavaa, ja vastuualueiden on oltava selkeitä. Toiminnan rutiineilla on historiallinen perusta, ja ne ovat vaikeasti muutettavissa. (Saaren-Seppälä 2006, 313–314.)

4.3.3 *Valtaa ylläpitävä diskurssi*

Profession valtaa ylläpitävä diskurssi (ylläpitävä diskurssi) keskittyi Suomen Lääkäriliiton rooliin ja korosti liiton asemaa lääkärikunnan *edunvalvojana*. Diskurssin toimijoina olivat Lääkäriliiton johto ja asiantuntijat. Edunvalvontaan liittyy kiinteästi poliittinen päätöksenteko, ja ylläpitävässä diskurssissa oli samankaltaista perustelua kuin vahvistavassa diskurssissa. Diskurssi keskittyi liiton oman toiminnan esittelyyn, luottamusmiesten toimintaan sopimusasioissa sekä liiton tulevaisuuden näkyymiin. Liitto esiintyi diskurssissa keskustelun avaajana ja liiton tehtävänä oli suojella kollegoita neuvotteluissa. Diskurssi perustui ajatukseen, jonka mukaan liitto toimii *kaikkien lääkäreiden puolesta puhujana*. Perusteluina käytettiin usein *koko jäsenkunnan etua*.

”Lääkäriliitto edustaa lähes kaikkia suomalaisia lääkäreitä.” pk. 3/10

Yksi keino vahvistaa argumenttia on esittää, että useat tahot allekirjoittavat väitteen. Tällöin argumentti ei ole enää henkilökohtainen mielipide. Uskottavuutta lisää, jos voidaan esittää, että kaikki tahot ovat tulleet samoihin johtopäätöksiin samanaikaisesti. (Jokinen 2006, 138.) Ylläpitävässä diskurssissa korostettiin liiton yhteneväistä linjaa päätöksenteossa sekä vahvistettiin asiantuntijuutta vetoamalla muiden asiantuntijatahojen hyväksyntään.

”Liiton näkemys syntyi kaikissa vaiheissa yksimielisesti.” pk. 3/10

”Oman organisaation lisäksi liiton tilastoihin ovat viime vuosina tottuneet nojaamaan tiedotusvälineet, viranomaiset ja valtakunnalliset päättäjät.” pk. 48/10

Ylläpitävässä diskurssissa viitattiin muun muassa asiantuntijaryhmien lausuntoihin, EU:n työaikadirektiiviin, liiton strategiatyöhön tai kunnallisiin työsopimuksiin. Liiton pitkäaikaisesta asemasta ja sitä kautta merkittävää roolia lääkärikunnan edunvalvojana tuotiin esiin viittauksilla menneeseen.

”Lääkäriliitto esitti jo 10 vuotta sitten oman Alueellisen terveydenhuollon mallinsa (Altera).” pk. 47/10

”Liitto on toistuvasti tuonut esille malleja työn hallintaan liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi.” pk. 3/10

Menneeseen viittaaminen korostaa liiton asiantuntijuutta. Liitto on tuonut toistuvasti esiin asioita, joita muut alan toimijat nyt esittävät. Tällä pyritään vahvistamaan liiton

roolia osaavana, ammattitaitoisena ja ajan hermolla olevana instanssina. Ylläpitävä diskurssi käsitteli liiton moninaisia tehtäviä mutta korosti liiton ainutlaatuista asemaa lääkärikunnan keskuudessa.

”Lääkäriliitto on se liima, joka pitää meidät professiona kasassa, tuo lujuutta tietoon, taitoon ja etujemme monipuoliseen hoitoon.” pk. 19/10

Ylläpitävä diskurssi toi myös esiin muiden maiden käytäntöjä. Omaa asiantuntijuutta edunvalvonnassa vahvistettiin vertaamalla Suomen Lääkäriliiton toimintaa muiden maiden käytäntöihin.

”Suomen Lääkäriliitto pystyy suojelemaan kollegoita keskitetysti neuvotteluissa muita eurooppalaisia liittoja paremmin.” pk. 3/09

Ylläpitävä diskurssi rakentui myös tulevaisuuden visioista. Aineistossa nousi esille selkeä käsitys liiton toiminnasta aiempaan verrattuna:

*”Liiton toimintaa on perinteisesti johdettu toimintasuunnitelmaan perustuen. Nyt tavoitteena on siirtyä strategiseen johtamiseen, joka edellyttää päämäärien ja painopisteiden asettamista, muiden toimijoiden huomioimista ja näkemystä toimintakentän muutoksista...
...Uusi strategiseen toimintatapaan pohjaava työskentelytapa antaa liitolle entistäkin paremmat menestymisen eväät liiton perustehtävän hoidossa.”* pk. 40/10

Diskurssissa esiintyvä liiketaloustieteellinen näkemys korosti profession voimakkaampaa, uudenkaltaista toimintaa ja ajattelutapaa. Liitto haluaa vahvistaa asemaansa niin jäsenistön keskuudessa kuin ulkopuolisten sidosryhmien suhteen.

4.3.4 Valtaa suojeleva diskurssi

Profession valtaa suojeleva diskurssi (suojeleva diskurssi) rakentui potilaan ja lääkärin väliselle luottamukselle. Diskurssin keskeinen toimija oli lääketieteellinen päätoimittaja. Potilas on lääkärin suojeluksessa, ja lääkärin tulee pyrkiä ylläpitämään tämä ainutlaatuinen, luottamuksellinen suhde.

”Lääkəriin tullessaan potilas odottaa, että lääkäri toimii parhaan tietonsa mukaisesti potilaan eduksi. Tämä luottamus muodostaa ammattikuntamme arvostuksen ja arkityön perustan. Luottamuksen vaaliminen on tänä päivänä vaativampaa kuin vielä muutama vuosikymmen sitten.” pk. 21–22/9

Lääkärin tehtävän ytimenä on potilas, minkä vuoksi luottamus on keskeinen tekijä lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteen sekä hoidon onnistumisen kannalta. Diskurssi keskittyy kanssakäymisessä luottamukseen, potilaan muuttuvaan rooliin sekä potilas-

*joukon moninaisuuteen. Diskurssissa valtaa suhteessa potilaaseen tulee suojella. Perusteluna nostettiin esiin erityisesti huoli 'maan hiljaisista'*⁹.

"Miten käy maan hiljaisten?" pk. 1–2/09

"Lääkärin ja potilaan välinen luottamus on ensisijainen lähtökohta hoidon onnistumiselle." pk. 39/09

"Asia ei ole lääkäreille yhdentekevä ja meidän tulee yhdessä kaikin keinoin puolustaa potilaidemme oikeutta luottamukselliseen hoitoon." pk. 9/09

Lapsleyn (2007, 370) mukaan luottamus on fundamentti elementti lääkärin työssä. Nykypäivänä professiota uhkaa nimenomaan tämän elintärkeän luottamuksen väheneminen, koska potilaat ovat yhä tyytymättömämpiä saamiinsa palveluihin. Yhteistyö potilaan kanssa edellyttää täydellistä luottamusta. (Pfadenhauer 2006, 567.) Luottamuksen menetys lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa tarkoittaa lääkärille työssä epäonnistumista. Profession aseman suurimpia haasteita ovat luottamuksen vähenemisen lisäksi suljetun erityistiedon menettäminen (Pfadenhauer 2006, 569).

"Potilaiden suojelluuta yksityisyyttä koskettava luottamus ei kestä toistuvia kolhuja." pk. 4/10

"Potilassuhteen luottamuksellisuus on jälleen koetteilla. Potilaan ei pitäisi lääkäriin hakeutuessaan joutua pelkäämään terveydenhuollon henkilökunnan ilmoituksia poliisille. Lääkärin tehtävä on hoitaa ja parantaa, ei tehdä ilmiantoja. Pahimmillaan ilmoitusvelvollisuus johtaa siihen, että eri tavoin riskialttiit henkilöt eivät uskalla hakeutua hoitoon." pk. 42/10

Luottamus voidaan nähdä myös laajempänä käsitteenä potilaan ja järjestelmän välillä. Potilaan ja järjestelmän välisellä luottamuksella voidaan myötävaikuttaa koko yhteiskunnan yhteisiin arvoihin. Tämä perustuu ajatukseen, jonka mukaan terveydenhuollon järjestelmä ei tuota hoitoa vain parantaakseen terveyttä. (Gilson 2006, 361.) Kuten muutkin sosiaaliset ja poliittiset instituutiot, terveydenhuollon järjestelmä luo sosiaalisia normeja, jotka vaikuttavat yhteisesti jaettuihin arvoihin. (Kramer 1999, 581; Gilson 2006, 362.) Erityisesti julkisjohtajilla on tärkeä rooli tämänkaltaisen luottamuksen rakentamisessa yhteiskunnan eri viiteryhmiä välille (Newman 1998). Johtamisella on aina tärkeä rooli luottamuksen rakentamisessa. Tämä korostuu, kun kyseessä on kansalaisten ja terveydenhuollon järjestelmän välinen suhde tai terveydenhuollon työntekijöiden ja muiden sidosryhmien väliset suhteet (Gilson 2006, 368–370.)

Emanuel ja Emanuel (1992, 2221–2222) ovat luoneet potilaan ja lääkärin välisen kanssakäymisen arvioimiseksi seuraavat neljä mallia: paternalistinen, informoiva, tul-

⁹ Maan hiljaisilla tarkoitetaan heikkoja, hiljaisia, syrjäytyneitä. Ihmisiä tai ryhmiä, jotka ovat vaarassa jäädä ilman palveluja ja riittävää tukea. (Kokkonen 2008.)

kitseva ja neuvotteleva. Charles, Whelan & Gafni (1999, 780–782) puolestaan nimeävät seuraavat kolme mallia: paternalistinen, informoiva sekä jaettu. Näissä malleissa painotuvat erilaiset käsitykset lääkärin ja potilaan kohtaamisen tavoitteista, lääkärin velvoitteista, potilaan arvojen roolista sekä potilaan autonomian ymmärtämisestä. Emanuel ja Emanuel painottavat potilaan arvoja, Charles ym. puolestaan potilaan ja lääkärin välistä kumppanuutta. Seuraavassa kuviossa (kuvio 2) on koottuna kolmen mallin erityispiirteet.

Malli	Paternalistinen	Informoiva	Jaettu/Neuvotteleva
Lääkärin rooli	Holhoava	Tiedon jakaja	Ystävä, opettaja
Hoidosta päättää	Lääkäri	Potilas	Lääkäri ja potilas yhdessä
Tiedonkulku	Lääkäri ↓ Potilas	Lääkäri ↓ Potilas	Lääkäri ↓ ↑ Potilas

Kuvio 2 Potilaan ja lääkärin kanssakäymisen mallit (mukaeltu Emanuel & Emanuel 1992; Charles, Whelan & Gafni 1999)

Kuviossa 2 esitetty paternalistinen malli on ollut perinteisesti vallitseva lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa. Malli korostaa lääkärin roolia holhoavana ja päättävänä osapuolena. Lääkäri päättää yksin, mikä on potilaan hoidon kannalta parasta, ja potilas myöntyy, ennemmin tai myöhemmin, lääkärin päätökseen. (Charles ym. 1999, 780; Emanuel & Emanuel 1992, 2221.) Informatiivinen malli on haastanut perinteisen holhoavan mallin. Se korostaa potilaan ja lääkärin kanssakäymistä kumppanuutena, jossa viestintä kulkee yhdensuuntaisesti lääkäriltä potilaalle. Lääkäri informoi potilasta kaikista mahdollisista hoitovaihtoehdoista, niiden eduista sekä riskeistä. Potilas tekee hoitopäätöksen lääkäriltä saamansa informaation perusteella, jolloin potilaan autonomia kasvaa. Lääkäri roolina on toimia teknisenä eksperttinä. Jaettu tai neuvotteleva malli on informatiivisen mallin vastakohta. Jaetussa mallissa potilas osallistuu päätöksentekoon alusta alkaen. Lääkärin roolia voidaan kuvata opettajan tai ystävän kaltaiseksi. Oleellista on se, että potilas uskaltaa avoimesti olla mukana kanssakäymisessä.

Diskurssissa oli viitteitä informoivan suhteen tärkeydestä:

”Mustavalkoista tiedon jakaminen ei kuitenkaan ole, sillä potilaalle on hyötyä vain siitä, mikä auttaa häntä tekemään päätöksiä itseään koskevissa asioissa tai elämään sairautensa kanssa. Potilaan autonomiakin on suhteellinen käsite.” pk. 17/10

Toisaalta diskurssi painotti lääkärin päätäntävaltaa (patriarkaallinen malli) eli mitä, milloin ja miten kertoa potilaalle erityisesti tätä koskevista vaikeista asioista:

”Lääkäri valitsee jatkuvasti, mitä hän kertoo potilaalle ja mitä hän jättää kertomatta...”

...Hyvä potilasinformaatio liittyy hoitosuhteeseen. Sen assymetrisyys on hyvä pitää mielessä, sillä lääkärillä on enemmän tietoa, valtaa ja vastuuta. Tiedon määrää voi annostella oikein vain tuntemalla hoidettavan ja hänen haavoittuvuutensa.” pk. 17/10

Diskurssissa esiintyy selkeästi potilaan ja lääkärin kohtaamisen sekä hoitoon liittyvän päätöksenteon moninaisuus. Potilaan ja lääkärin välinen suhde perustuukin enemmän eräänlaiseen hybridimalliin, joka on sekoitus eri mallien elementtejä (Charles ym. 1999, 781). Potilaan ja lääkärin välinen suhde on väistämättä muuttunut, mikä on osaltaan vaikuttanut lääkärin valtaan.

”Kovin kaukana ei ole aika, jolloin huolenpito oli lääkärinkin ensisijainen tehtävä potilasinformaatiosta tai potilaan autonomiasta huolehtimisen sijasta.” pk. 23/10

Potilaan valinnanvapauden lisääntyminen määrittää uudelleen potilaan, lääkärin ja valtion välistä suhdetta. Lääkäri ei enää ole potilaan puolestapuhuja yhtä vahvasti kuin ennen, vaan järjestelmän muutokset lisäävät potilaan omaa valinnan- ja sananvapautta. (Dent 2006, 449–452.) Dentin (2006) mukaan lääkäri vaati aiemmin potilaan nimissä lisää resursseja, kun taas nykyään organisaation johto on se, joka vaatii terveydenhuollon henkilöstöltä lisää tehokkuutta potilaiden puolesta. Potilas-lääkärisuhteeseen on vaikuttanut ennen kaikkea lääketieteellisen tiedon helppo saatavuus. Valtaa on siirtynyt potilaille, mikä voi hämmentää lääkäreitä. (Saloheimo & Vuorenkoski 2003, 977.) Potilaan rooli on valtiorahoitteisissa maissa muuttunut anovasta osapuolesta kuluttajaksi ja edelleen aktiiviseksi osallistujaksi (Dent 2006, 450).

Freidsonin (1994, 190–191) mukaan potilas ei ole terveydenhuollossa niin sanottu tavallinen kuluttaja. Lääketieteelliseen tiedon monimutkaisuuden ja luottamuksellisuuden sekä sairauksiin liittyvän fyysisen ja psyykkisen tilan vuoksi potilas ei ole rationaalinen kuluttaja, jolla on riittävästi informaatiota ja joka kykenee etsimään itselleen parhaiten sopivia palveluita. Aiemmin lääkäri oli selkeässä auktoriteettiasemassa potilaaseen nähden. Potilaan rooli ja lääkärin auktoriteettivalta ovat selkeästi muuttuneet:

”Lääkäri kohtaa nykyisin usein potilaan, joka haluaa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta osallistuakseen itseään koskevaan päätöksentekoon...

...Aiemmin asiaan kuului, että lääkäri suojaasi potilasta masentavilta tiedoilta.” 17/10

Diskurssissa haluttiin selkeästi ylläpitää lääkärin valta-asemaa potilaaseen nähden. Perusteluna käytettiin nimenomaan potilaan hoidon turvaamista sekä potilaan suojelemista liialta tiedolta. Suojelevassa diskurssissa potilaan positio oli ristiriitainen. Diskurssissa potilas esiintyi heikkona ja lääkärin tehtävänä oli yrittää pitää potilas järjestelmän sisällä. Toisaalta potilas esiintyi itsevarmana osaajana, joka on aktiivinen osallistuja. Potilaan uusi rooli on nähty jo pitkään yhtenä syynä lääkärin työn muutokseen. Osaavan

potilaan diskurssi jäi kuitenkin selkeästi vähemmälle huomiolle, vaikka aineistossa viitattiinkin potilaan muuttuneeseen rooliin:

”Verkossa suhaavien, hyvin koulutettujen potilaiden aikakaudella korostetaan autonomiaa ja tiedon voimaannuttavaa vaikutusta.” pk. 17/10

Diskurssissa myönnettiin myös muiden maiden käytäntöjen olevan suomalaista käytäntöä edellä:

”Meitä paremmin pärjääviltä [terveydenhuoltojärjestelmiltä] voimme ottaa oppia ennen kaikkea kyvyssä ottaa potilas mukaan omaan hoitoonsa.” pk. 34/10

Lääkärin jakamaan tietoon liittyy usein epävarmuus. Ennen kuin tieto mahdollisesta löydöksestä varmistuu, lääkärin on päätettävä, pitääkö tiedon vain itsellään vai kertooko asiasta potilaalle. Ristiriitaa aiheuttaa juuri se, että potilas usein toivoo tietoa ja potilaan uusi, osaavampi rooli edellyttää mahdollisimman kattavan informaation jakamista. Aineiston kirjoituksissa esitettiin eri aihepiirien kohdalla erilaisia tulevaisuuden skenaarioita. Näin myös potilaan rooli nähtiin uudenlaisena:

”Syöpäpotilaat osallistuvat hoitoonsa vastedes yhä enemmän, joten etenkin sähköinen viestintä ja vertaistuki verkossa korostuvat.” pk. 10/10

”Potilas voi välittää esimerkiksi kotimittausten tuloksia ammattilaiselle ja saada niihin tulkintaa ja hoito-ohjeita...

...Potilas voi asioida yhtä hyvin ulkomailta kuin kotoa.” pk. 18/10

Sairaiden hoidon ja parantamisen liittäminen rahaan on aina puhututtanut. Jo vuonna 1933 Bertrand Russell väitti, että terveydenhuollossa vallitsee niin sanottu sokea luottamus. Tällä Russell viittasi siihen, että lääkäreille maksettiin maksukykyisille potilaille tehtävistä monimutkaisista operaatioista enemmän kuin muista. Köyhempien potilaiden piti tyytyä ilmaiseen hoitoon, jonka yhteydessä tehtiin usein uusia hoitokokeiluja. Russell vihjaili, että lääkäreiden saamat palkkiot olivat tärkeämpiä kuin lääketieteen tulokset. Raha oli tuona aikana ratkaiseva tekijä lääkäriprofessionissa, heikot taloudelliset resurssit saattoivat huonontaa joidenkin lääkäreiden antamaa hoitoa. (Lapsley 2007, 369.)

Nykypäivänä on aiheellista pohtia asiaa toisinpäin. Julkisessa terveydenhuollossa potilas ei enää maksa suoraan lääkärille, mutta muut julkisen terveydenhuollon olosuhteet, eli laskennallistuminen¹⁰ (accountingization), saattavat olla vahingollisia luottamukselle ja potilas-lääkäri-suhteelle. Lapsleyn (2007, 370) mukaan valtion pyrkimykset tehostaa terveydenhuoltoa saattavat aiheuttaa päinvastaisia vaikutuksia potilaiden hoitoon. Lää-

¹⁰ Accountingization on New Public Management -liikkeen ja tulosohejauskulttuurin keskeinen elementti ja siihen kuuluvana kirjanpidon ja tilinpäätösinformaation uudistaminen ottamalla mallia yritysmaailman liikekirjanpidosta ja tilinpäätösasetelmistä. (Luoma, Oulasvirta & Näsi 2007, 32).

käri joutuu ottamaan huomioon taloudelliset resurssit potilasta hoitaessaan, jolloin potilaan ja lääkärin välinen luottamus voi heikentyä. Taloudellinen ajattelu ja käytännöt tunkeutuvat siten yhä voimakkaammin lääkärin ja potilaan väliin. Krause (1996, 2) haluaa herättää keskustelua siitä, mitä vaikutuksia järjestelmälle on, jos esimerkiksi lääkärit menettävät valtaansa terveydenhuollossa. Kuka kontrolloi silloin näitä kansalaisille elintärkeitä palveluja?

Gilmartin ja Freemanin (2002) mukaan terveydenhuollon toimijat kohtaavat merkittävänä ulkoisia ja sisäisiä haasteita. Ulkoisia haasteita ovat maksumekanismit, joiden tarkoitus on vähentää kustannuksia, parantaa palvelujen laatua sekä lisätä tehokkuutta. Sisältäpäin tapahtuvina muutoksena nähdään terveydenhuollon käsitteellinen muuttuminen sirpaloituneesta, sairaalaperusteisesta mallista kunta- tai yhteisökeskittyneeseen malliin. Käsitteelliseen muutokseen liittyy myös terveydenhuollon muuttuminen sairauksiin keskittyneestä mallista sairauksia ehkäisevään, terveyttä edistävään ja perusterveydenhuoltoa korostavaan järjestelmään. Lääkärin autonomia on heikentynyt myös vakuutusperusteisessa terveydenhuollossa, jossa aiempaan ”kultaisena aikakautena”, vakuutuksenantaja maksoi potilaan hoidosta kuinka suuria palkkioita tahansa. Nyt palvelun tarjoaja kohtaa työssään kustannusvaikuttavuus- ja tehokkuusajattelun asettamat vaikutukset.

Terveydenhuollon kehittyminen terveyttä edistäväksi järjestelmäksi vahvistaa potilaan roolia. Valtiovalta on eri toimissaan halunnut lisätä potilaan vastuuta omasta terveydestään. Sosiaali- ja terveysministeriö pyrkii korostamaan terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmia yhteiskunnan kaikilla aloilla. Toiminnan pohjana ovat esimerkiksi Hyvinvointi 2015 -linjaukset ja Terveys 2015 -ohjelma. (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2006, 9.) Euroopan unionin tasolla pyritään eri toimin mahdollistamaan se, että ihmiset ottaisivat vastuun omasta terveyskohtalostaan. Euroopan unionin komissio haluaa siirtää painopisteen negatiivisista sairauksista positiiviseen terveyteen. Potilaasta halutaan tehdä aktiivinen toimija sen sijaan, että tämä olisi pelkästään terveydenhuollon toimenpiteiden kohde. (Tuorila 2009, 103.) Puolustavaan diskurssiin ei juurikaan sisältynyt pohdintaa tästä aiheesta. Lähtökohtaisesti potilaat oli jaettu paljon apua tarvitseviin, usein yhteiskunnan huono-osaisiin, sekä menestyjiin. Diskurssi tavallaan hyväksyi olemassa olevan, paljon keskustelua herättäneen ilmiön – kansalaisten eriarvoistumisen.

4.4 Pääkirjoitusten toimijoiden luokittelu

Diskurssianalyysi on kielentutkimusta, ja erilaiset kielelliset valinnat ovat merkityksellisiä. Puhutun ja kirjoitetun kielen käytössä tehdään koko ajan valintoja. Kieli antaa meille mahdollisuuden valita hyvin laajasta sanojen, sävyjen ja rakenteiden joukosta ne,

joita pidämme kuhunkin tilanteeseen sopivina tai tarpeellisina. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 66–67.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, minkälaista kuvaa eri toimijat tuottavat lääkäriprofession vallasta. Tutkimuksessa toimijoilla viitataan nimenomaan asemaan tai ryhmään, ei yksittäiseen henkilöön. Toimijat on luokiteltu päätoimittajiin, liiton edustajiin sekä muihin asiantuntijoihin. Seuraava taulukko 4 havainnollistaa toimijoiden kirjoitusten määrällisen jakautumisen tarkasteluvuosina.

Taulukko 4 Toimijoiden esiintyminen aineistossa

	Vastaava päätoimittaja	Lääketieteellinen päätoimittaja	Liiton edustajat	Muut asiantuntijat
2009	12 kpl ~ 28 %	7 kpl ~ 16 %	17 kpl ~ 40 %	7 kpl ~ 16 %
2010	9 kpl ~ 21 %	5 kpl ~ 12 %	18 kpl ~ 42 %	11 kpl ~ 25 %
YHT.	21 kpl	13 kpl	35 kpl	18 kpl

Kun tutkitaan toimijoiden määrällistä osuutta koko tarkastelukautena, taulukon 4 mukaan yleisimmin olivat esillä Suomen Lääkäriliiton edustajat; noin 40 % osuudella kirjoituksista molempina vuosina. Vuonna 2009 seuraavaksi eniten ääneen pääsi vastaava päätoimittaja; reilu neljännes kirjoituksista. Asiantuntijoiden ja lääketieteellisen päätoimittajan kirjoituksia oli noin 16 %. Vuonna 2010 muut asiantuntijat laativat toiseksi eniten pääkirjoituksia. Vastaava päätoimittaja käytti ääntään kolmanneksi eniten; osuus noin 20 %. Lääketieteellisen päätoimittajan osuus jäi noin 12 %:iin. Vuoden 2010 aikana yhteensä neljässä pääkirjoituksessa oli kirjoittajina pääkirjoittaja tai liiton edustaja sekä yksi tai kaksi muuta asiantuntijaa. Pääkirjoittajan tai liiton edustajan nimi esiintyi ensimmäisenä ja kirjoitukset luokiteltiin sen mukaan.

Aineistosta identifioitiin kirjoittajille kolme erilaista subjektipositiota. Näitä ovat *kriitikko*, *ekspertti* ja *ymmärtäjä*. *Kriitikko* otti voimakkaasti kantaa, arvosteli ja tuomitsi, vasta-argumenteille jätettiin vain vähän tilaa. Hyökkäävällä asenteella voitiin vaikuttaa jo mahdollisiin vasta-argumentteihin. *Ekspertti* taas käytti omaa asiantuntemustaan esimerkiksi omalla erikoistumisalallaan ja toimi esimerkkinä, vaikuttajana ja kollegiaalisen tiedon jakajana. Ekspertin kirjoitus oli informoiva, uutta tietoa antava, tai se toi julki tiettyyn erikoisalaan liittyvän kysymyksen. *Ymmärtäjä* puolestaan inhimillisellä otteella ymmärsi ja kantoi huolta kollegoiden jaksamisesta, pohti monitahoista potilaan ja lääkärin vuorovaikutusta sekä toi esiin työhön liittyviä eettisiä arvoja. Yhteistä kaikille toimijoille ja diskursseille oli se, että kirjoittajat pystyivät vetoamaan lukijakuntaan ja hakemaan kannatusta ajatuksilleen yhteisellä perustelulla. Tämä yhteinen perustelu oli terveydenhuollon elintärkeys jokaiselle suomalaiselle.

Diskurssintutkimus ei ole pelkästään tekstien tarkastelua vaan myös toimijoiden tutkimusta (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 21). Analyysin ja diskurssien muodostamisen lisäksi tutkimuksen mielenkiinto kohdistetaan toimijoihin, jotka diskursseihin osallistumalla vaikuttavat siihen, minkälaista kuvaa profession vallasta rakentuu.

4.4.1 Päätoimittajat

Suomen Lääkärilehdessä on kaksi päätoimittajaa, lehden vastaava päätoimittaja sekä tieteellinen päätoimittaja. Vastaava päätoimittaja on koulutukseltaan kauppatieteilijä ja tieteellinen päätoimittaja lääkäri. Päätoimittajilla on pääkirjoitusten kannalta merkittävä rooli. Päätoimittajat käyttävät valtaa jo päättäessään siitä, mitkä toimijat saavat kirjoituksiaan julkaistuksi pääkirjoituksina. Toisaalta pääkirjoittajat eivät säätele, missä asemassa kirjoittajat toimivat, vaan kaikki ovat lukijan näkökulmasta tasavertaisia pääkirjoittajia. Toimijoina päätoimittajat olivat hyvin erilaisia. Vastaava päätoimittaja kirjoitti tämän tutkimuksen jaottelun perusteella lähinnä terveystieteisiin liittyviä kirjoituksia, kun taas tieteellinen päätoimittaja laati erityisesti lääkärin työhön ja potilaan kohtaamiseen liittyviä kirjoituksia. Kirjoitusten sävykin oli hyvin erilainen. Terveystieteisiin liittyvät kirjoitukset olivat kriittisiä ja voimakkaita kannanottoja. Retoriikka oli paikoin erittäin värikästä, ja vastaavalle päätoimittajalle muodostettiin kriitikon subjektipositio.

Kriitikon tekstit olivat sävyltään arvostelevia ja poliitikkoja vähätteleviä. Kriitikon teksteissä todettiin poliitikkojen epäonnistuvan yrityksissään muuttaa järjestelmää ja järjestelmän edustajien kuvattiin olevan välinpitämättömiä. Kriitikon kirjoituksia leimasi toivottomuus lähes kaiken päätöksenteon suhteen. Jo otsikkotasoinen valinta vaikutti siihen, millainen kuva käsiteltävästä asiasta rakentui. Esimerkkejä tällaisista otsikoista ovat: *”Asiantuntijuuden arvostus mittaa sivistystä”*, *”Korruptio voi tarttua”* ja *”Totuus on terveellistä”*. Tutkijan mielestä on erittäin tärkeää pohtia tässä tutkimuksessa myös otsikon merkitystä, sillä voidaan olettaa, että osa lukijoista lukee ainoastaan otsikon. Sen tehtävänään on houkutella lukemaan koko teksti. Kriitikko loi myös pessimististä, kaiken toivon menettänyttä tunnelmaa:

”Heikko poliittinen päätöksenteko vastaa päivä päivältä huonommin niitä vaatimuksia, joita maailma Suomellekin asettaa.” pk. 45/10

”Olemme tyytyneet ajatukseen, että politiikka on juonittelua, joka ei toimi ilman arveluttavia menettelytapoja.” pk. 16/10

Lääketieteellisen päätoimittajan kirjoitukset olivat retoriikaltaan neutraalimpia ja kirjoitukset liittyivät useimmiten lääkärin työhön ja potilaiden kohtaamiseen. Kirjoituksissa luonnehdittiin lääkärin potilastyössä kohtaamia moninaisia haasteita, ja kirjoitukset olivat sävyiltään ymmärtäviä ja kannustavia. Kirjoituksissa korostui työn inhimillinen, potilaskeskeinen puoli, joka on samalla vaativa ja henkisesti raskas.

”Lääkärin raskas tehtävä on kertoa huonot uutiset: murentaa potilaan toivoa ja aiheuttaa kärsimystä. Huonon uutisen sisältöä ei voi poistaa, vaikka asian kertoisi enkelin kielillä.” pk. 13–14/10

”Lääkärien vapaa-ajan tapaamisissa puhe kääntyy usein potilaisiin. Tämä kertoo työn herättämistä tunteista, joiden käsittelyyn on liian vähän

aikaa ja tilaisuuksia. Jotkin potilaat merkitsevät meille poikkeuksellisen paljon.” pk. 47/09

Lääketieteelliselle päätoimittajalle muodostettiin ymmärtäjän ja ekspertin subjektipositiot. Ymmärtäjän kirjoitus oli empaattinen ja retoriikaltaan muita pehmeämpi. Tämä ei silti vähentänyt kirjoituksen asiapitoisuutta tai vaikuttavuutta. Ymmärtäjän kirjoituksissa lääkäri oli nimenomaan auttaja ja huolehtija, joka pyrki ymmärtämään ja jopa kantamaan potilaiden huolia. Ymmärtäjä tarttui myös lääkärien henkilökohtaiseen elämään vaikuttaviin asioihin, kuten työssä jaksamiseen, vertaistuen tarpeeseen ja päätöksenteon vaikeuksiin. Kirjoitukset asemoituivat osittain tieteellisen pääkirjoittajan oman erikoistumisalan teemoihin.

4.4.2 Liiton edustajat

Puhujakategorioilla oikeuttaminen tarkoittaa sitä, että joihinkin kategorioihin sijoitetaan oikeus tietynlaiseen tietoon (Jokinen 2006, 135). Liiton edustajilla oli luonnollinen ja oikeutettu asema, jonka turvin he saattoivat esittää edunvalvontaan liittyviä asioita. Vaikka kaikissa diskursseissa puhevaltaa käyttivät siihen oikeutetut henkilöt, institutionaalinen positio näkyi selkeimmin liiton edustajien puheessa. Institutionaalinen positio tarkoittaa sitä, että ainoastaan tietyt henkilöt voivat käyttää äänivaltaansa (Jokinen 2008, 190). Liiton edustajien subjektipositioiksi määriteltiin kriitikon ja ekspertin positiot. Osa kirjoittajista toimi edunvalvonnan ekspertteinä, osa terveystalouden kriitikkoina. Liiton edustajat puhuivat liiton nimissä sekä me-muodossa, mikä korosti yhteisellä suulla puhumista. Esitetyt asiat eivät olleet niinkään henkilökohtaisia mielipiteitä, vaan lukijakuntaa haluttiin vakuuttaa siitä, että mielipiteen taustalla seisoo suurempi joukko. Memuodon käyttö on eräänlaista konsensuksella vahvistamista, jota käytetään yleistä eri instituutioiden edustajien puheessa. (Jokinen 2006, 138–139.) Liiton nimissä esitettiin myös selkeitä vaatimuksia.

Diskurssien kesken voidaan havaita myös erikoissanaston käyttöä, mikä voi vaikuttaa diskurssien välisiin suhteisiin. Erikoissanastolla voidaan myös rajata osallisuutta diskurssiin. Liiton edustajien kirjoituksissa tuotiin esiin poliittiseen päätöksentekoon tai edunvalvonnallisiin tehtäviin liittyvää ammattisanastoa. Tämän erikoissanaston käyttö voi rajata lukijoita ulkopuolelle. Liiton edustajat esiintyivät kaiken kaikkiaan oman toimintansa vahvoina edustajina ja siten vahvistivat liiton roolia jokaisen yksittäisen lääkärin edunvalvojana. Liiton edustajat ottivat selkeästi kantaa asiantuntijaryhmien selvityksiin ja esityksiin. Asiantuntijapuheessa liitto esiintyi vaikutusvaltaisena arvioitsijana:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö on välttämätöntä. Onko näyttöä, että se edellyttää yhteistä organisaatiota, kun vain

osa asiakkaista on yhteisiä? Toimijoilla ei ole yhteistä kieltä, ja tavat ratkoa ongelmia ovat täysin erilaiset.” pk. 47/10

Edellisen näytteen viimeinen lause ei kyseenalaista vaan toteaa. Tämän voi tulkita oman osaamisen ja tietämyksen korostamiseksi. Vastaväitteille ei täten jätetty sijaa. Liiton edustajien puheessa käytettiin myös jonkin verran metaforia:

”Vaikka pääministeri [Vanhanen] tuntuikin Rukalla eksyneen eläkejärjestelmän umpihankeen, näyttää latu taas aukeavan.” pk. 6/10

”Nyt julkistettavat lakiesitykset lienevät lähempänä hienosäätöä kuin remonttia.” pk. 4/09

Viittaukset voidaan tulkita monin tavoin. Metaforassa tiivistyy yhteen ilmaisuun monia merkityksiä. Metafora on vertaus ilman kuin-sanaa (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 218). Tässä tutkimuksessa ei lähdetty analysoimaan teksteistä metaforien merkityksiä. Edelliset näytteet on esitetty, jotta lukijat saavat mahdollisimman laajan kuvan aineistosta.

4.4.3 Muut asiantuntijat

Suuri osa muista pääkirjoittajista oli eri alojen lääkäreitä. Muihin asiantuntijoihin kuului arkkiaatri, lääkintöneuvos, erikois- ja ylilääkäreitä, dosentteja ja professoreita. Kirjoittajille identifioitiin ekspertin subjektipositio. Esitetyn argumentaation vaikuttavuutta voidaan lisätä retorisilla keinoilla, jotka keskittyvät väitteen esittäjään tai liittyvät esitettyyn argumenttiin. Jos argumentin esittäjä nauttii luottamusta, on helpompi saada kannatusta yleisöltä. (Jokinen 2006, 132–133.) Eksperttien tekstit olivat sävyltään neutraaleja asiatekstejä, joissa korostui informatiivisuus. Ekspertti ei syyttänyt ketään, ennemminkin esitti huolensa ja kertoi ongelmien potilaalle ja järjestelmälle aiheuttamista seurauksista. Eksperttien kirjoitukset voidaan liittää pääasiassa yhteen diskurssiin, kun muiden kirjoitusten kohdalla diskurssien yhteenkietoutuminen oli tyypillistä. Kirjoituksissa nostettiin esiin ongelmia asiantuntevalla ja neutraalilla tavalla.

”Tärkeää on turvata tutkimus-EVO:n taso.” 40/09

”Olisi aika käynnistää tupakasta vieroituksen kansallinen tukiohjelma.” 22/10

Eksperttien kirjoituksilla pyrittiin herättämään keskustelua ja pohtimaan ongelmien vaikutusta lääkärin työhön, tietylle ryhmälle tai kaikille kansalaisille. Kirjoituksissa esitettiin selkeitä tavoitteita ja ratkaisumalleja. Teksteissä oli johdonmukainen rakenne: käsiteltävä asia, sen taustat ja ratkaisuehdotukset tai vetoomukset. Eksperttien tekstit erottautuivat myös siten, että osassa kirjoituksia lähdeviitteet tai kirjallisuusviitteet oli merkitty. Tyypillistä muiden asiantuntijoiden teksteille oli se, että lopussa todettiin joko lääkäreiden osallisuus aiheeseen tai esitettiin toive paremmasta.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI

5.1 Tutkimuksen arviointi

Pro gradu -tutkimukseen, kuten muuhunkin tieteelliseen tutkimukseen, sisältyy oleellisenä osana tutkimuksen arviointi. Tutkimustulosten luotettavuutta arvioidaan usein käsitteillä *reliabiliteetti* ja *validiteetti*. Reliabiliteetti liittyy tutkimuksen toistettavuuteen ja validiteetti siihen, missä määrin tutkimuksen tulokset ilmaisevat kohdetta, johon niiden on tarkoitus viitata. (Metsämuuronen 2006a, 48; Koskinen ym. 2005, 253–254.) Toisin sanoen, jos joku toinen tutkija toistaa tutkimuksen, onko mahdollista saavuttaa samantaisia tuloksia ja onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä alun perin lähdettiin tutkimaan. Validiteetti-käsite voidaan jakaa sisäiseen tai ulkoiseen. Sisäinen validius tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta ja tulkinnan sisäistä loogisuutta, ja ulkoinen puolestaan liittyy tutkimuksen yleistettävyyteen. (Metsämuuronen 2006a, 48.)

Oleellista diskurssianalyysin arvioinnissa on se, että aineiston analyysiin ei ole yhtä analysoinnin tapaa, vaan tutkijan käytössä on monenlaisia tutkimuksellisia tulkintaresursseja. Tutkijan täytyy valita lähestymistapa ja puhuttaa aineistoa valitsemansa tavan kautta (Juhila 2006b, 212–214). Tässä tutkimuksessa aineistoa luettiin läpi useita kertoja tutkimuksen eri vaiheissa. Lisäksi aineistosta tehtiin teemoittelutaulukoita ja määrällistä tilastointia aihepiireittäin ja toimijoittain. Aineisto oli jatkuvasti läsnä eri vaiheiden aikana, ja siihen palattiin yhä uudestaan. Diskurssianalyttisen menetelmän anti ja rikkaus löytyy tutkijan mielestä juuri aineistosta. Tekstit eivät tuntuneet tutuilta useammankaan lukukerran jälkeen, mikä kertoo tutkimusaineiston elävyydestä ja tutkijan näkökulman kehittymisestä työn edetessä. Aineiston perusteellisen tulkinnan jälkeen tutkimuskysymykset myös tarkentuivat.

Diskurssianalyysissä onkin oleellista kuvata tutkimusprosessi huolellisesti luotettavuuden arvioimiseksi. Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan analyysiprosessi yksityiskohtaisesti. Diskurssianalyysin kohdalla voidaan kuitenkin todeta, että erilaiseen lopputulokseen olisi varmasti päästy, jos tulkintaa olisi tehnyt joku toinen, esimerkiksi profession haltija. Diskurssit ovat aina tutkijan omaa tulkintaa. Voidaan kuitenkin katsoa, että alan ulkopuolisen henkilön tekemässä tutkimuksessa pystytään helpommin säilyttämään objektiivisuus. Ulkopuolinen toimija on vapaa ammattiin tai alaan liittyvistä kulttuurisista ennakko-oletuksista.

Toinen keskeinen seikka diskurssianalyysin arvioinnissa liittyy tutkijan omaan esiymmärrykseen. Tutkimuksen arvioinnissa tulee ottaa huomioon tutkijan esiymmärrys, joka vaikuttaa tulkintaan. Tutkija on pyrkinyt tutkimuksen teon aikana kyseenalaistamaan ja pohtimaan omia esikäsityksiään välttääkseen tiettyjen itsestäänselvyyksien vaikutuksen omaan ajatteluunsa. Tästä syystä tutkimuksessa haluttiin perehtyä laajasti

sosiaalisen konstruktionismin käsitteeseen sekä diskurssianalyysiin menetelmänä. Tavoitteena oli nimenomaan ymmärtää tätä erilaista, vuorovaikutukseen ja merkitysten rakentumiseen keskittyvää näkökulmaa sekä oppia lukemaan tekstejä ei-totutulla tavalla.

Tutkimusraportissa on pyritty alusta alkaen perustelemaan kaikki tehdyt valinnat, jotta tutkimuksesta syntyisi loogisesti etenevä kokonaisuus ja lukijan olisi helppo seurata tutkimuksen etenemistä. Diskurssianalyysissä tulee ottaa huomioon, että tutkijan ja aineiston välinen vuoropuhelu ei liity ainoastaan aineiston analyysiin, vaan tutkijan ääni kuuluu tutkimuksen kysymyksenasetteluissa, metodin kuvauksissa ja tavoissa, joilla tekstinäytteistä tehdään tulkintaa (ks. Juhila 2006b, 212–213). Autenttiset tekstinäytteet auttavat lukijaa seuraamaan tutkimustuloksia ja sitä kautta lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Aineiston valinnalla on diskurssianalyttisessä tutkimuksessa erityisen suuri merkitys. Tutkimuksen kohteena on kieli ja sitä kautta rakentuvat merkityssysteemit. Tässä tutkimuksessa aineistoksi valittiin Lääkäriliiton oma julkaisu Suomen Lääkärilehti. Julkaisu liittyy kiinteästi lääkärin työhön, onhan julkaisun ylläpitäjä lääkärin oma ammattijärjestö. Lehden katsotaan toimivan lääkärin äänenä ja mahdollistavan lääkäriprofession vallan tutkimisen. Luonnollisesti, tutkittaessa lääkäriprofession valtaa profession oman julkaisun pääkirjoitusten kautta, on diskurssianalyysi vain yksi vaihtoehto.

Tutkimuksen aineiston tarkastelu-aika oli melko laaja – 24 kuukauden aikana 86 pääkirjoitusta – mutta aineistoon sisältyi vain yksi lehti. Tutkimuksen kannalta monipuolisempi aineisto, esimerkiksi erilaiset selonteot ja muiden julkaisujen kirjoitukset, olisi mahdollistanut laajemman näkökulman ja kontekstin. Toisaalta määrällisesti tekstejä oli riittävästi. Tutkimuksen rajoitteena voidaan pitää terveydenhuollon sektorin aihepiirin moninaisuutta. Koska eri maiden terveydenhuollon järjestelmät poikkeavat toisistaan suuresti, kansainväliset tutkimustulokset saattavat olla vaikeasti verrattavissa suomalaisen järjestelmään. Tutkimuksessa haluttiin kuitenkin tuoda esiin eri maiden tutkimustuloksia aiheen ajankohtaisuuden ja tärkeyden korostamiseksi. Diskurssien reunaehdot, eli miten ja kenelle tekstit oli tuotettu, otettiin analyysissä huomioon. Aineiston analyysin vaikeus liittyi osittain asiasisällön ymmärtämiseen. Asiantuntijapuheilla voidaan rajoittaa muiden sisäänpääsyä puheeseen (Jokinen & Juhila 2008, 87). Lääkäreiden omaa kieltä erikoistermeineen oli käytetty myös pääkirjoituksissa ja etenkin lähdeaineistossa. Kielen tutkimus ei rajoittunut ainoastaan diskurssianalyysiin, vaan samalla tutkija tutustui lähemmin alan terminologiaan.

Diskurssianalyttisen tutkimuksen tärkeydestä ollaan montaa mieltä. Diskurssintutkimuksella voidaan paremmin ymmärtää kielenkäyttöä sosiaalisena toimintana: kielellistä käyttäytymistä ja siihen liittyviä normeja, valtakysymyksiä, asenteita tai odotuksia. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 170.) Ennen kaikkea diskurssin tutkija oppii katsomaan ympäröivää maailmaa eri tavalla, totutusta poiketen. Maailmamme on rakennettu

kulttuurisista merkityksistä ja itsestäänselvyyksistä ja harvoin pysähdymme pohtimaan, mitä ne tarkoittavat. Diskurssianalyysin avulla silmät tavallaan avautuvat ja maailman-katsomus avartuu. Kuten muidenkaan laadullisten tutkimusten, diskurssianalyysinkään tulokset eivät ole yleistettävissä. Tutkimuksen avulla voidaan kuitenkin syventää ymmärrystä erilaisista asioista ja ilmiöistä. Erityisesti median hallitsemalla valtakaudella diskursiivisen maailman ymmärtämistä ei tule aliarvioida.

5.2 Johtopäätökset

Tämän työn johdannossa viitattiin siihen, että ”terveystarve on hyödykkeenä rajaton”. Tutkimuksen johtopäätöksissä voidaan aluksi todeta, että koko terveydenhuollon sektori on kokonaisuudessaan lähes pohjaton. Vaikka tämä tutkimus keskittyykin lääkäriprofesion valtaan, tutkija haluaa korostaa sekä terveydenhuollon ja toimialan erityisluonnetta että yhteistyötarvetta eri asiantuntijoiden ja ammattilaisten välillä. Monimutkaiset hallinnolliset ja rahoitukselliset järjestelmät sekä työn vaativuus ja monimuotoisuus edellyttävät useiden eri asiantuntijoiden yhteistä panosta.

Terveydenhoito on elintärkeä osa jokaisen suomalaisen elämää. Sairauksien hoito ja monenlaiset terveystoimet liittyvät kaikkien kansalaisten elämään jo syntymästä lähtien. Terveydenhoitoa arvostetaan yleisessä mielipiteessä erittäin suuresti. Tästä syystä terveydenhuollon toimivuuteen liittyvät ongelmat koskettavat kaikkia. Ei ole yhdentekevää, miten palvelujärjestelmä toimii tai miten kansalaiset sen kokevat. Selvää on, että lääkäriprofession on terveydenhoidon toimijoista keskeisin ja näkyvin. Näin voidaan todeta jo sen vuoksi, ettei kukaan muu pysty hoitamaan lääkärin tehtäviä. Järjestelmämme on rakennettu palvelujen tarjoajien toimintakentäksi, jossa palvelun käyttäjä saa tarvitsemansa palvelut. Tilanne on silti käytännössä toisenlainen. Toimintakenttään vaikuttavat monet tekijät, muun muassa järjestelmän toimivuus, toimijoiden roolit ja talouden lainalaisuudet. Nämä kaikki tekijät yhdessä muodostavat monimutkaisen vyyhdin, jonka yhteen osaan, lääkäriprofession, tämän työn huomio kohdistuu.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lääkäriprofession valtaa ja selvittää, minkälaista kuvaa siitä tuotetaan Suomen Lääkärilehden pääkirjoitusten diskursseissa. Tutkimuksen avulla pyrittiin syventämään terveydenhuollon sektorin tärkeintä toimijaa koskevaa ymmärrystä. Tutkimus perustui sosiaaliseen konstruktionismiin, eli tutkimus pohjautui ajatukseen, jonka mukaan kieli on enemmän kuin viestintäväline. Kieltä käytäessään ihmiset rakentavat samalla sosiaalista todellisuutta, käsitystä jostakin asiasta. Tutkimusmenetelmäksi valittiin diskurssianalyysi, joka on yksi tapa tutkia kieltä. Tämän tutkimuksen pääongelmaan ”*Minkälaista kuvaa lääkäriprofession vallasta tuotetaan Suomen Lääkärilehden pääkirjoitusten diskursseissa?*” pyrittiin vastaamaan diskurssianalyysin keinoin. Diskurssianalyysin avulla kyetään tuomaan esiin piilossa

olevia käsityksiä, jotka ovat vähitellen muodostuneet vallitseviksi näkemyksiksi kulttuurisessa kontekstissaan. Näitä käsityksiä avaamalla luodaan todellisuutta, joka herättelee tarkastelemaan totuttuja asioita uudella tavalla.

Tutkimusongelman ratkaisemiseksi muodostettiin kolme alaongelmaa, jotka olivat seuraavat: ”*Minkälaista on profession valta?*”, ”*Miten valtaa representoidaan lääkärin ammattijulkaisun diskursseissa?*” sekä ”*Mitkä toimijat määrittävät profession valtaa pääkirjoituksissa?*” Ensimmäiseen alaongelmaan haettiin vastausta teoriasta. Lähdeaineiston perusteella voidaan todeta, että profession valta perustuu ainutlaatuiseseen osamiseen, minkä vuoksi professiolla on erityinen suhde yhteiskunnan kanssa. Länsimaisessa kulttuurissa pidetään itsestään selvänä lääkärin auktoriteettia potilaaseen sekä muuhun hoitohenkilökuntaan nähden. Tämä auktoriteettiasema vallitsee myös sairaalaympäristössä ja terveyskeskuksissa. Lääkärin asema on kiistaton myös yksityisen sektorin voittoa tavoittelevissa lääkärikeskuksissa. Mikään toinen ammattikunta ei voi hoitaa lääkärin työtä eli lääkäriprofession erityisyys on kulttuurisesti muovautunut itsensänselvyys. Lääkärin valta on Suomessa perustunut myös joukkovoimaan. Lääkäriliitto on alusta asti ollut vahva toimija juuri siitä syystä, että liitto on edustanut suurinta osaa ammatissa toimivista lääkäreistä. Krausen (1996, 45) mukaan poliittinen vaikutusvalta liittyy nimenomaan joukkovoimaan. Organisaatio omaa sitä enemmän valtaa, mitä suurempaa joukkoa se edustaa.

Nykyisin lääkäri joutuu tekemään työssään muutakin kuin hoitamaan potilasta. Perinteinen hoitotyö on monin tavoin teknistynyt, ja lääkärin kliiniseen rooliin on tullut vahvasti mukaan modernille työnteolle asetetut vaatimukset. Lääkärin työ on hyvin moninaista jo siksi, että lääkäri on vastuussa potilaiden lisäksi muun muassa tiedeyhteisölle, oikeusturvan valvojille, omalle sairaalayhteisölle sekä toimintaympäristön yhteisöille (Virtanen 2010, 130).

Kahteen seuraavaan alaongelmaan haettiin vastauksia empiriasta. Tutkimusaineistona olivat Suomen Lääkärilehden pääkirjoitukset vuosilta 2009 ja 2010. Aineistosta muodostettiin neljä erilaista diskurssia niiden funktioiden perusteella. Muodostetut diskurssit olivat *valtaa vahvistava*, *valtaa puolustava*, *valtaa ylläpitävä* sekä *valtaa suojeleva* diskurssi. Diskursseja tulkittiin osana kontekstia. Konteksteiksi määrittyivät *terveydenhuollon tila* tekstien tarkasteluajankohtana eli vuosina 2009 ja 2010, *professio* sekä profession taustalla vaikuttava *Suomen Lääkäriliitto*.

Diskurssien toimijoina olivat lehden *päätoimittajat*, *Suomen Lääkäriliiton edustajat* sekä *joukko muita asiantuntijoita*. Valtaa vahvistavaa diskurssia rakensivat erityisesti lehden vastaava päätoimittaja sekä osa liiton edustajista. Valtaa puolustavaan, asiantuntijuuteen keskittyvään diskurssiin osallistuivat laajasti kaikki toimijat. Valtaa ylläpitävän diskurssin toimijoina olivat pääasiassa liiton edustajat, ja viimeisen diskurssin eli valtaa suojelevan diskurssin keskeinen toimija oli lääketieteellinen päätoimittaja. Aineistosta identifioitiin toimijoille kolme erilaista subjektipositiota. Nämä olivat seuraa-

vat: *kriitikko*, joka suhtautui hyvin kriittisesti asioihin ja jätti vain vähän sijaa vastadiskursseille, *ekspertti*, joka esiintyi oman alansa asiantuntijana erikoisaloja koskevissa keskusteluissa tai yksittäisessä terveystoliittisessa kannanotossa sekä *ymmärtäjä*, joka oli ihmisläheinen auttaja.

Valtaa vahvistava diskurssi pyrki laajentamaan profession vallan vaikutusalueutta ja vahvistamaan siten profession roolia terveystoliittisena toimijana. Diskurssin toimijat olivat hyvin kriittisiä. Tämä diskurssi perustui selkeälle vastakkainasettelulle poliittisen päätöksenteon ja lääkäriprofession välillä. Yhtenä diskurssin teemana oli terveyskeskus, erityisesti sen toimintaa hankaloittava lääkäripula. Diskurssissa syytettiin lääkärivajeesta itse järjestelmää ja moitittiin etenkin poliitikkojen korjausyrityksiä. Toisaalta posititiivisena esimerkkinä käytettyyn kuvaukseen terveyskeskuksesta, jossa lääkärivaje oli saatu hallintaan, sisältyi liiketaloudelliselta kannalta johtamiseen ja esimiestyöhön liittyviä perustoimia, kuten perehdytystä ja työn organisointia. Tämän tutkimuksen nojalla voidaan kysyä, olisiko terveyskeskusten tervehdyttämiseksi mahdollista hyödyntää erilaisia henkilöstöhallinnollisia toimenpiteitä tai esimiestyön koordinoitua. Vahvistava diskurssi ei sisältänyt varsinaista yhteiskunnallista keskustelua poliittisten päätösten taustoista, vaan pääosassa oli kritiikki. Luottamus poliitikkoja kohtaan oli menetetty. Aineiston perusteella voidaan kuitenkin todeta, että toimijoiden voimakkaan kritiikin taustalla oli aito halu ja toive parantaa terveydenhuollon toimivuutta.

Toinen muodostettu diskurssi oli valtaa puolustava diskurssi, joka keskittyi asiantuntijuuden ja asiantuntijan vallan tukemiseen. Profession valta esittäytyi diskurssissa ainoitlaatusena, mutta muutosyrityksille alttiina. Asiantuntijavaltaa uhkasivat poliitikkojen suunnitelmat, jotka koskivat ilmoitusvelvollisuuden laajentamista tai hoitajien lääkkeenmääräämissoikeuden hyväksymistä. Asiantuntijuutta perusteltiin erityistiedolla sekä profession tehtäviä puolustettiin vetoamalla lain määräämiin velvollisuuksiin. Diskurssi ei jättänyt sijaa vastadiskursseille, vaan asiantuntijan valta esiintyi itsestään selvänä. Puolustava diskurssi rakentui myös terveydenhuollon johtamisen ympärille. Johtaminen oli diskurssissa selkeästi nouseva ja vahvistuva teema. Lääkäriasiantuntijuus oli ulottumassa yhä voimakkaammin johtamisen alueelle. Diskurssi toi selkeästi esiin näkemyksen, jonka mukaan lääkäri on asianmukaisen koulutuksen hankittuaan paras mahdollinen terveydenhuollon johtaja. Tulevaisuuden terveydenhoidolliset haasteet ratkaisee lääkäri, jolla on myös johtamisen ja organisoinnin koulutusta. Muista ammatti-johtajista ei juuri käyty keskustelua.

Lähdeaineistona käytetyissä kansainvälisissäkin tutkimuksissa viitattiin siihen, että nimenomaan lääkärijohtajuuden lisääminen ratkaisee terveydenhuollon johtamisongelmat. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että lääkärien johtamiskoulutus tulee olemaan yhä ajankohtaisempi kysymys Suomessa ja tällaisen koulutuksen kysyntä kasvaa vastaisuudessa. Tällöin voitaisiin olettaa, että esimerkiksi korkeakoulutasoinen hyvinvointialan johtamiskoulutukseen keskittynyt taho voisi toimia räätälöidyn koulu-

tuksen tarjoajana. Näyttää kuitenkin siltä, että Lääkäriliitto haluaa itse vastata lääkäreiden johtamiskoulutuksesta. Liitto järjestää yhdessä Fennomed Oy:n kanssa lääkäreille johtamiskoulutusta, jonka laajuus oli 30 opintopistettä. Ensimmäinen pilottikoulutus on järjestetty vuonna 2009.

Kolmas muodostettu diskurssi, valtaa ylläpitävä diskurssi, keskittyi Suomen Lääkäriliiton rooliin ja korosti liiton asemaa lääkärikunnan edunvalvojana. Aineiston perusteella Suomen Lääkäriliiton roolia ei voi kyseenalaistaa. Diskurssi rakentui vankan näemyksen varaan liiton osaamisesta ja asiantuntemuksesta. Liiton edustajat puhuivat liiton nimissä tai me-muodossa. Jokisen ja Juhilan (2008, 93) mukaan me-muotoa käyttämällä puhuja asettaa itsensä sekä koko ammattikunnan asiantuntijan positioon, josta käsin on mahdollista legitiimisti arvioida asioita. Tutkimuksen perusteella voidaan selkeästi todeta, että Lääkäriliitto on vahva vaikuttaja kaikessa, mikä liittyy lääkärin työhön. Vuoro-vaikutus liiton kanssa on ehdoton edellytys yhteistyölle tai yhteiselle toiminnalle lääkärikunnan kanssa. Neljäs, suojeleva, diskurssi pyrki pitämään lääkärin suhteen potilaaseen koskemattomana. Lääkärin ja potilaan suhde ja hoidon onnistuminen edellyttävät ehdotonta luottamusta. Professio ei halua, että poliittinen päätöksenteko yrittää muuttaa potilaan tai lääkärin välistä suhdetta, tai tulee potilaan ja lääkärin väliin väljentämällä esimerkiksi salassapitovelvollisuutta. Koskemattomuutta perusteltiin etenkin sillä, että lääkärikunnalla on vastuullaan heikompiosainen väestö.

Toisaalta vastadiskurssiksi, marginaalisen diskurssin asemaan, jäi potilaan uudenlainen, vahvistunut rooli. Vaikka kirjoituksissa viitattiin potilaan entistä suurempaan osallisuuteen omaa terveyttään koskevissa asioissa, mikä on tulevaisuudenkin terveydenhuollon tavoitteena, diskurssissa keskityttiin heikkoon potilaaseen. Tutkimuksen perusteella voidaankin olettaa, että lääkärin työssään kohtaama potilasjoukko on hyvin heterogeeninen, joskaan järjestelmä ei tue tätä käsitystä. Hyväosaiset ja pitkälle koulutetut potilaat vaativat ja tarvitsevat erilaista hoivaa kuin syrjäytyneet, kenties moniongelmaiset potilaat. Potilasjoukkoa ei voida käsitellä yhtenäisenä joukkona, vaan lääkärit joutuvat väistämättä kohtelemaan potilaitaan eri tavoin. Yhteiskunnallisessa keskustelussa pitäisi tulevia palveluratkaisuja pohdittaessa ottaa huomioon potilaiden erilaiset lähtökohdat ja tarpeet, minkä takia ratkaisujenkin tulee olla erilaisia. Olisi avoimesti myönnettävä, että potilaiden eriarvoisuus on nykyisin olemassa oleva tosiasia, jota voidaan tarkastella sekä globaalilla että kansallisella tasolla. Menneen ajan hyvinvointiyhteiskunta-ajattelu ja ”kaikki hoidetaan” -ideologia on muuttunut.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että lääkäriprofession on vankka ja keskeinen asema terveydenhuollon sektorilla. Diskurssien taustalla ei ollut havaittavissa profession aseman horjumista, vaikka ympäristö aiheuttaa jatkuvia muutoksia työhön, työympäristöön ja sidosryhmäsuhteisiin. Lähdeaineistosta nousi esiin myös globaali näkökulma. Lääkäriprofession kohtaamat muutokset ja haasteet ovat yleisiä eri puolilla maailmaa. Tutkimusaineistoon viitaten voidaan todeta, että professio pyrki **vahvista-**

maan valtaansa poliittisessa päätöksenteossa, **puolustamaan** asiantuntijan valta-asemaansa, **ylläpitämään** yhteneväiseen joukkoon perustuvaa vaikutusvaltaansa sekä **suojelemaan** lääkärin päättäntävaltaa potilaan suhteen. Eri toimijat eivät varsinaisesti tuottaneet erilaisia valtaa koskevia tulkintoja, vaan kaikki diskurssit ylläpitivät ja pyrkivät uusintamaan olemassa olevaa valtaa. Diskurssien taustalta voidaan tulkita myös selkeät pyrkimykset parantaa terveydenhuoltoa eri sidosryhmätahojen näkökulmista. Potilaan tulee saada oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Lääkärin työmäärän on oltava hallittu, ja hänen on saatava tehdä työtään asianmukaisesti järjestetyissä yksiköissä. Lääkärille on taattava mahdollisuus myös ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Poliittisten päättäjien tulee puolestaan kyetä tekemään ratkaisuja, jotka ovat kustannustehokkaita ja yhteiskunnan kannalta kestäviä. Vastuukysymysten tulee olla aiempaa avoimempia ja läpinäkyvämpiä.

Kaikki diskurssit pystyivät hyödyntämään ainutlaatuista perustelua valtaan liittyvissä kysymyksissä. Argumenttina oli aina potilaan, laajemmin koko kansakunnan etu. Tällaisen perustelun voidaan katsoa liittyvän kaikkien kansalaisten hyvinvointiin, yhteiskunnan toimivuuteen ja sitä kautta maan kilpailukykyyn. Vallan ilmeneminen ja ylläpitäminen liittyy perustellusti siihen, että lääkäriprofessionilla on ainutlaatuinen ja asiantuntevin näkemys terveydenhuollon toimialasta. Toisaalta tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että lääkäriprofession kohtaamat ongelmat, esimerkiksi rahoittajan suhteen, ovat pitkälti samankaltaisia kuin jo Suomen itsenäisyyden ajan alussa. Vaikka yhteiskunta on nykyisin hyvin erilainen, ongelmat ovat yhä olemassa. Tutkimus herättääkin kysymyksen siitä, onko profession todellista valtaa muuttaa omaan työhönsä vaikuttavia asioita vai ovatko tietyt rakenteet ja ongelmat profession näkökulmasta pysyviä ja siten mahdottomia muuttaa.

Lääkärin työn perustana on potilaiden hoitaminen. Työssä ei saa tehdä virheitä, koska ne saattavat olla kohtalokkaita. Työn keskeisen perustan päälle rakentuu kaikki muu lääkärin työhön liittyvä, kuten itse järjestelmä, välineet, uudet innovaatiot, työn organisointi ja niin edelleen. Ammatin haasteena onkin se, että lääkärin on kohdattava potilas ja pyrittävä hoitamaan potilasta siten, että potilas voi toimia yhteiskunnan jäsenenä, vaikka järjestelmä ei tätä mahdollistaisikaan. Ei voidakaan yksiselitteisesti ajatella lääkärinkunnan uusintavan valtaansa omia etujaan ajaen, koska taustalla on aina inhimillinen ulottuvuus. Lääkäri ei ole samalla tavalla vapaa työelämän liikkuja kuin monen muun ammatin edustaja.

Analyysin kohteena olleiden tekstien perusteella halutaan erityisesti kiinnittää huomiota käytettyyn retoriikkaan. Aineisto on ilmestynyt Suomen lääkäreiden ammattijulkaisussa vuosina 2009 ja 2010. Tämän ajan Suomea voidaan kuvata yhteiskunnalliselta järjestelmältään kehittyneenä korkean koulutustason maana, jolla on korkea kilpailukyky. Aineiston analysoinnin pohjalta on vaikea ymmärtää jyrkän kriittistä kirjoittelua, joka kohdistui poliittiseen päätöksentekoon ja poliittikkoihin itseensä. Julkinen sektori

on kokonaisuudessaan monilinkeroinen verkosto. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla on jo pidempään painotettu yli rajojen ulottuvaa yhteistyötä. Tähän liittyy luonnollisesti myös poliittinen päätöksenteko. Tutkimuksen perusteella herääkin kysymys, parantaako Lääkäriliitto omaa neuvotteluasemaansa ja jäsenistönsä etua avoimella ja voimakkaalla kritiikillä valtion johtoa, virkamiehiä ja kuntapäättäjiä kohtaan?

On oleellista pohtia myös lukijakunnan kantaa. Lukijoiden hyväksynnän saamisen kannalta on tärkeää lähteä liikkeelle sellaisista merkityksistä, jotka kirjoittaja olettaa yleisön yhteisesti jakavan. Yleisö pyritään sitouttamaan esitettyyn argumenttiin puheen avulla. Tämä tapahtuu vakuuttavan ja suostuttelevan retoriikan kautta. (Suoninen 2008b, 129; Jokinen 2008, 197.) Aineisto panee miettimään, jakaako lukijakuntakin kriitikkojen negatiivisen kannan poliitikkojen ja virkamiesten toimia kohtaan? Erityishuomiota tulee kiinnittää siihen, että suuri osa lukijakunnasta työskentelee julkisella sektorilla.

Jokisen (2006, 128–129) mukaan merkityksellistä on se, ettei kaikkia vastaanottajia vakuuteta samanlaisin argumentein tai samoin retorisin keinoin. Argumentaation yksi keskeinen ulottuvuus on puhuja-yleisösuhe, ja analyysissä tulee pohtia, kuinka yleisö ottaa vastaan esitettyjä argumentteja. Aineiston pohjalta voidaan miettiä, minkälaisia vaikutuksia diskursseilla on eri vastaanottajatahoihin kuten poliitikkoihin? Lehti on yleisesti luettavissa, ja lääkärikunnan lisäksi julkaisua lukevat sidosryhmät. Luottamuksen voidaan olettaa olevan yksi oleellinen tekijä kaikessa yhteistyössä. ”Luottamus toimii hämähäkinverkon lailla koossapitävänä voimana” (Österberg-Högstedt 2009, 305). Tähän asiaan kannattaa kiinnittää huomiota myös siksi, että Lääkäriliitto myöntää avoimesti haluavansa vankemman aseman neuvottelupöydissä ja ihmettelee omien esitystensä saamaa vaimeaa vastakaikua.

Täytyy ottaa huomioon myös Suomen Lääkärilehden Lääkäripäivillä järjestämän kyselyn tulos, jonka mukaan lukijakuntaa kiinnostavat erityisesti lääkärin työhön liittyvät teemat. Poliittikka ei kuulunut lukijoita kiinnostaviin aiheisiin. Vaikka valtaa vahvistava diskurssi oli aineistossa hallitsevassa roolissa, tulkittavaksi jää, kuinka laajalti tämä diskurssi saavuttaa lukijakunnan. Lääkärien koulutustausta ja työympäristö huomioon ottaen lääkärin työhön ja potilaaseen liittyvät tekstit voivat tavoittaa suuremman lukijakunnan, ja sitä kautta niihin liittyvät diskurssit ovat merkittävämpiä. Tämän tutkimuksen valossa on ensisijaisen tärkeää ymmärtää, että yhteiskuntaan muodostuu erilaisia merkitysmailmoja institutionaalisen segmentoitumisen vuoksi. Ulkopuolinen ei ehkä koskaan kykene ymmärtämään asioita samoin kuin terveydenhuollon toimija, profession haltija. Tämä ei kuitenkaan sulje pois yhteistyömahdollisuutta. Mitä useampi asiantuntijataho toimii yhteisen tavoitteen hyväksi alan erityispiirteet hyväksyen, sitä parempi lopputulos pystytään saavuttamaan.

5.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Terveydenhuollon sektorin laaja-alaisuuden ja monimuotoisuuden vuoksi jatkotutkimusaiheita on lukuisia. Yksi ajankohtainen aihe voisi olla perusterveydenhuollon ongelmien tarkasteleminen terveyskeskusten johtamisen ja hallinnollisten käytäntöjen kautta. Tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi vertaamalla eri terveyskeskuksia. Lääkäreiden johtamiskoulutuksen tutkimus olisi myös ajankohtainen aihe. Terveydenhuollon käsitteellinen muuttuminen sairauksia ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon avaa myös mielenkiintoisia tutkimusaiheita. Miten rakennetaan ennaltaehkäisevä terveydenhuollon järjestelmä? Minkälainen on potilaan uusi, voimaantunut rooli terveydenhuollossa? Näkemys siitä, että potilas muuttuu vastuullisemmaksi ja valveutuvammaksi osapuoleksi, avaa uusia mahdollisuuksia sairaudenhoitoon ja lisää yhteistyötä eri sidosryhmien välillä.

Toisaalta tästä tutkimuksesta on todettavissa, että lääkäriprofessiota koettelevat monet muutokset, jotka kumpuavat ympäristöstä sekä alan sisältä. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla lääkäriprofession tulevaisuus. Millainen lääkäri ja järjestelmä palvelevat kansalaisia tulevaisuudessa? Lääkäriprofession vallan jatkotutkiminen olisi myös yksi vaihtoehto. Tutkimuksessa voisi hyödyntää erilaisia aineistoja, kuten viranomaispuheita tai ministeriön ja työryhmien esityksiä. Yhteiskunnallisen puheen tutkimuksella voitaisiin valottaa vastakkaista näkemystä. Olisi mielenkiintoista tietää minkälainen rooli esimerkiksi yhteiskunnalla on profession aseman ylläpitämisessä.

LÄHTEET

- Aittola, Tapio – Raiskila, Vesa (1994) Jälkisanat. Teoksessa: *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. P. L. Berger – T. Luckmann (alkuteos The social construction of reality 1966, käännös Vesa Raiskila) 213–231. Gaudeamus, Helsinki.
- Alhanen, Kai (2007) *Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n filosofiassa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Aronkytö, Timo – Hallipelto, Aatos – Kangasharju, Ari (2010) *Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä*. Sitran selvityksiä 24, Helsinki.
- Berger, P. L. – Luckmann, T. (1994) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. (alkuteos The social construction of reality 1966, käännös Vesa Raiskila) Gaudeamus, Helsinki.
- Bleakley, Alan (2011) Becoming a Medical Professional. Teoksessa: *"Becoming" a Professional an interdisciplinary Analysis of Professional Learning*, toim. Lesley Scanlon, 129–152. Lifelong Learning Book Series, Vol. 16. Springer, London.
- Charles, Cathy – Whelan, Tim – Gafni, Amiram (1999) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, Vol. 319 (7212), 780–782.
- Dent, Mike (2006) Patient Choice and Medicine in Health Care. Responsibilization, governance and proto-professionalization. *Public Management Review*, Vol. 8 (3), 449–462.
- Emanuel, Ezekiel J. – Emanuel, Linda L. (1992) Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, Vol. 267 (16), 2221–2226.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha (2003) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. p. Vastapaino, Tampere.
- Foucault, Michel (2000) *Tarkkailla ja rangaista*. (alkuteos Surveiller et punir 1975, käännös Eevi Nivanka) Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. 3rd ed. Dodd, Mead & Company, New York.
- Freidson, Eliot (1994) *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Polity Press, Cambridge.
- Freidson, Eliot (2006) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Transaction Publishers, USA.
- General Medical Council (2006) Good Medical Practice – Guidance for doctors. <http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_0910.pdf, haettu 4.5.2011

- Gilmartin, Mattia J. – Freeman, Edward R. (2002) Business Ethics and Health Care: A Stakeholder Perspective. *Health Care Management Review*, Vol. 27 (2), 53–65.
- Gilson, Lucy (2006) Trust in Health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20 (5), 359–375.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena (2004) *Johtamistutkimus terveydenhuollossa - kirjallisuuskatsaus*. Aiheita 22/2004. Stakes, Helsinki.
- Haimakainen, Harri – Vehviläinen, Arto – Kumpusalo, Esko (2011) Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. *Suomen Lääkärilehti*, 2011; 66(15): 1283–1287.
- Hakosalo, Heini (2010) Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Duodecim*, 2010;126:1544–1551.
- HALO – Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto (2011) Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/sosiaali_ja_terveyspalvelut, haettu 25.5.2011
- Hatch, Mary Jo – Cunliffe, Ann L. (2006) *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. 2nd ed. Oxford University Press, New York.
- Heikkilä, T. – Vänskä, J. – Hyppölä, H. – Halila, H. – Virjo, I. – Mattila, K. – Kujala, S. – Isokoski, M. (2009) *Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997-2006 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:19, Helsinki.
- Helander, Voitto (1993) *Professiot ja julkisvalta*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus, Helsinki.
- Helén, Ilpo (1994) Michel Foucault’n valta-analytiikka. Teoksessa: *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*, toim. Risto Heiskala, 270–315. Gaudeamus, Helsinki.
- Helén, Ilpo (2000) Yksilöivä kuri. Saatesanat. Teoksessa: *Tarkkailla ja rangaista* (alkuteos *Surveiller et punir* 1975, käännös Eevi Nivanka,) 471–475. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Henriksson, Lea (1998) *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 88, Tampereen yliopisto.
- Henriksson, Lea – Wrede, Sirpa (2004) Hyvinvointityön tutkimus. Teoksessa: *Hyvinvointityön ammatit*, toim. Lea Henriksson – Sirpa Wrede, 9–19. Gaudeamus, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sinikka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (2009) *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. painos. Tammi, Helsinki.
- Husa, Sari (1995) Foucault’lainen metodi. *niin & näin filosofinen aikakauslehti*. 3/1995.

- Hämäläinen, Hannu – Jäppinen, Tuula – Kivisaari, Sirkku (2011) *Mihin innovaatioita tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla?* Yhteiskuntapolitiikka, 76 (2011):2.
- Jokinen, Arja (2006) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 37–53. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja (2008) Poliitikkojen puheet puntarissa: kaupunginvaltuutettujen asunnottomuuspuheiden retoriikka. Teoksessa: *Diskurssianalyysin aakkoset*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 189–226. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja – Juhila, Kirsi (2006) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kenttä. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 54–97. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja – Juhila, Kirsi (2008) Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa: *Diskurssianalyysin aakkoset*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 75–108. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja – Juhila, Kirsi – Suoninen, Eero (2006) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. 3. p. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja – Juhila, Kirsi – Suoninen, Eero (2008) *Diskurssianalyysin aakkoset*. 3. p. Vastapaino, Tampere.
- Juhila, Kirsi (2006a) Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kentät. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 160–198. Vastapaino, Tampere.
- Juhila, Kirsi (2006b) Tutkijan positiot. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 201–232. Vastapaino, Tampere.
- Juhila, Kirsi – Suoninen, Eero (2006) Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 233–252. Vastapaino, Tampere.
- Julkunen, Raija (2004) Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa: *Hyvinvointityön ammatit*, toim. Henriksson, Lea – Wrede, Sirpa, 168–186. Gaudeamus, Helsinki.
- Kakkuri-Knuutila, Marja-Liisa – Heinlahti, Kaisa (2006) *Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia*. Gaudeamus, Helsinki.
- Kangas, Ilkka (2005) Ken on maassa tervein – tulevaisuutena eriarvoinen terveydenhuolto? Teoksessa: *Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2005*, toim. Lauri Vuorenkoski – Ronald Wiman – Minna Sinkkonen, 19–22. Aiheita 1/2005, Helsinki.
- Kantola, Anu – Moring, Inka – Väliaverron, Esa toim. (1998) *Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan*. Tammer-Paino Oy, Tampere.

- Kauttu, Kyllikki – Kosonen, Tapani (toim.) (1985) *Suomen Lääkäriliitto 1910–1985*. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Ketola, Eeva (2003) Yleislääkärin työn tulevaisuus. *Duodecim*. 119:985–992.
- Ketola, Eeva – Merikallio, Jussi (2009) Mistä apua perusterveydenhuollon työn kehittämiseen? *Duodecim*, 125(17):1877–1880.
- Khokher, Patricia – Bourgeault, Ivy Lynn – Sainsaulieu, Ivan (2009) Work culture within the hospital context in Canada: professional versus unit influences. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 23 (3), 332–345.
- Kinnunen, Juha – Vuori, Jari (2005) Terveystenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*, toim. Jari Vuori, 192–217. WSOY, Porvoo.
- Kittelsen, S. – Magnussen, J. – Anthun, K. S. – Häkkinen, U. – Linna, M. – Medin, E. – Olsen, K. – Rehnberg, C. (2008) Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study. University of Oslo. Health Economics research programme. Working paper. 10/2008.
- Kivinen, Tuula (2008) *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158, Kuopio.
- Kokkonen, Paula (2008) *Miten kunta voi parantaa maan hiljaisten asemaa?* ETENE 10-vuotisjuhlaseminaari, 8.10.2008. Helsinki.
- Konttinen, Esa (1991) *Perinteisesti moderniin, professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Vastapaino, Jyväskylä.
- Konttinen, Esa (1993) Johtavat säädöt ja professioiden kentän varhainen varhainen muotoutuminen Suomessa. Teoksessa: *Ammattikunnat yhteiskunta ja valtio: Suomalaisten professioiden kehityskuvia*, toim. Esa Konttinen, 16–44. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55, Jyväskylä.
- Koskinen, Ilpo – Alasuutari, Pertti – Peltonen, Tuomo (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Vastapaino. Tampere.
- Kramer, R.M. (1999) “Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, Enduring Questions. *American Review of Psychology*, Vol. 50, 569–598.
- Krause, Elliott A. (1996) *Death of the the guilds: professions, states, and the advance of capitalism, 1930 to the present*. Yale University, Edward Brothers Inc, Michigan.
- Kuhlmann, Ellen (2008) Drivers and enablers of change in healthcare: How professions matter. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, Vol. 1 (3), 243–251.
- Kulick, Orisha A. (2006) Professionalism and OD: The Past, the Present and Future Scenarios. *Organization Development Journal*, Vol. 24 (3), 20–32.

- Kunta- ja palvelurakenneuudistus (2011) Valtiovarainministeriö.
http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp, haettu 20.10.2011
- Kuusela, Pekka (2002) *Sosiaalipsykologian maailmahypoteesit: Tieteenalan historia ja sosiaalisen konstruktionismin muodot*. UNIPress, Kuopio.
- Lapsley, Irvine (2007) Accountingization, trust and medical dilemmas. *Journal of Healthcare Leadership*, 2009:1, 1–5.
- Lazarus, Arthur (2009) Professional and career issues in administrative medicine. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 21 (4/5), 368–380.
- Linna, M.– Häkkinen, U. – Peltola, M. – Magnussen, J. – Anthun, K. S. – Kittelsen, S. – Roed, A. – Olsen, K. – Medin, E. – Rehnberg, C. (2010) Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals - a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science*, Vol. 13 (4), 346–357.
- Luoma, Mikko – Oulasvirta, Lasse – Näsi, Salme (2007) *Kansainväliset IPSAS-tilinpäätösstandardit valtion laskentatoimen kehittämisen näkökulmasta*. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Luottamushenkilöorganisaatio (2011) Suomen Lääkäriliitto.
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/organisaatio.html>, haettu 26.5.2011
- Lääkäriliiton linjaus (2011) Lääkärin asema terveydenhuollossa. Suomen Lääkäriliitto.
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/terpomateriaali.html>, haettu 1.8.2011
- Lääkärit 2011 (2011) Suomen Lääkäriliitto.
<http://www.laakariliitto.fi/files/laakariliitto-taskutilasto-2011.pdf>, haettu 1.8.2011
- Lääkärit Suomessa (2011) Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2011.
http://www.laakariliitto.fi/files/LL_vuositilasto2011_net_2.pdf, haettu 1.8.2011
- Mann, Sandi (2005) A health-care model of emotional labour. An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 19 (4/5), 304–317.
- Metsämuuronen, Jari (2006a) Tutkimusasetelma ja otanta. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*, toim. Jari Metsämuuronen, 44–49. Gummerrus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Metsämuuronen, Jari (2006b) Laadullisen tutkimuksen käsitteitä. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*, toim. Jari Metsämuuronen, 84–90. Gummerrus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Miettinen, Olli S. – Flegel, Kenneth M. (2003) Professionalism in medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol. 9 (3), 353–356.

- Miller, Karen – Clark, Donna (2008) “Knife before wife”: an exploratory study of gender and the UK medical profession. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22 (3), 238–253.
- Niiniluoto, Ilkka (1984) *Tiede, filosofia ja maailmankatsomus*. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Niiniluoto, Ilkka (1999) *Johdatus tieteenfilosofiaan – Käsitteen ja teorian muodostus*. 2. p. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Niiniluoto, Ilkka (2000) Valta-kollokvion avaussanat. Teoksessa: *Mitä on valta?* Toim. Juha Räikkä – Mikko Wennberg, 7–10. Oy UNIPress Ab, Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Niiniluoto, Ilkka (2000) Tieto ja valta. Teoksessa: *Mitä on valta?* Toim. Juha Räikkä – Mikko Wennberg, 35–48. Oy UNIPress Ab, Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Niiniluoto, Ilkka (2002) Tieteen tunnuspiirteet. Teoksessa: *Tutkijan eettiset valinnat*, toim. Sakari Karjalainen – Veikko Launis – Juhani Pietarinen – Risto Pelkonen, 30–38. Gaudeamus, Helsinki.
- Noordegraaf, Mirko – Van der Meulen Martijn (2008) Professional power Play: Organizing Management in Health care. *Public Administration*, Vol. 86 (4), 1055–1069.
- Norheim Ole Frithjof (1999) Healthcare rationing – are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, Vol. 319 (7222), 1426–1429.
- Nyström, Samu (toim.) (2010) *Vapaus, terveys, toveruus – Lääkärit Suomessa 1910–2010*. Fennomed Oy, Hämeenlinna.
- Parviainen, Petri – Lillrank, Pauli – Iivonen, Karita (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa -käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum, Helsinki.
- Pasternack, Amos (2003) Lääkäriin työ muuttuu – miten käy profession? *Duodecim*. 119:689–690.
- Pasternack, Amos (2007) *Professionaalisuus ja lääkärin ammatillinen autonomia -esitys*. Kenen valta, kenen vastuu -seminaari Valamossa 2007. Suomen Lääketieteen filosofinen seura ry.
- Pasternack, Amos – Saarni, Samuli (2007) Professio – lääkäri ja yhteiskunta. Teoksessa: *Lääkäriksi*, toim. Amos Pasternack – Risto Pelkonen – Kari Eskola – Tari Haahtela, 11–14. Kustannus Oy Duodecim, Keuruu.
- Pekurinen, Markku – Erhola, Marina – Häkkinen, Unto – Jonsson, Pia-Maria – Keskimäki, Ilmo – Kokko, Simo – Kärkkäinen, Jukka – Widström, Eeva – Vuorenkoski, Lauri (2010) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. THL:n asiantuntijaryhmä, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportti.

- Peräkylä, Anssi (2007) Lääkäri, kieli ja valta? *Duodecim*, 2007;123(23):2875–2879.
- Pfadenhauer, Michaela (2006) Crisis of Decline? Problems of Legitimation and Loss of Trust in Modern Professionalism. *Current Sociology*, Vol. 54 (4), 565–578.
- Pickard, Susan (2009) The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality. *Sociology*, Vol. 43 (2), 250–267.
- Pietikäinen, Sari – Mäntynen, Anne (2009) *Kurssi kohti diskurssia*. Vastapaino, Tampere.
- Pietilä, Jyrki (2008) *Kirjoitus, juttu, tekstielementti – Suomalainen sanomalehtijournalismi juttutyyppeiden kehityksen valossa printtimedian vuosina 1771–2000*. Jyväskylä studies in humanities 111, Jyväskylä.
- Pirttilä, Ilkka (2002) Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa: *Asiantuntijoiden areenat*, toim. Ilkka Pirttilä – Susan Eriksson, 14. SoPhi, Jyväskylän Yliopisto, Jyväskylä.
- Porter, Michael E. – Teisberg, Elizabeth (2006) *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Puska, Pekka – Erhola, Marina (2010) *Esipuhe. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. THL:n asiantuntijaryhmä, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportti, 4.
- Pärnä, Katariina (2008) *Moniammatillisen yhteistyön käsitteellinen jäsentäminen*. Sosiologisia keskusteluja –luentosarja, Turun yliopisto.
- Raivio, Tiina (2011) Lääkäri on paras esimies lääkärille. *Suomen Lääkärilehti*, 2011; 66(5): 393–395.
- Remes, Liisa (2003) Yrittäjäyyskasvatuksen kolme diskurssia. *Jyväskylä Studies in Education, psychology and social research* 213, Jyväskylän yliopisto.
- Remes, Liisa (2006) Diskurssianalyysin perusteet. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*, toim. Jari Metsämuuronen, 285–374. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Ross, Andrew (2001) No-collar labour in America's "new economy". Teoksessa: *Socialist Register 2001*, ed. L. Panitch – C. Leys, The Merlin Press, London.
- Ruskoaho, Juho – Halila, Hannu – Vänskä, Jukka (2010) Erikoislääkärimäärien ennusteet vaihtelevat erikoisaloittain. *Suomen Lääkärilehti*, 2010; 65(46): 3812–3813.
- Saarela, Lauri (2008) Johtaminen terveydenhuollossa. *Duodecim*, 2008;124(11):1265–1267.

- Saaren-Seppälä, Tarja (2006) Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä. Teoksessa: *Kollektiivinen asiantuntijuus*, toim. Jaana Parviainen, 309–341. Tampereen Yliopisto, Tampere.
- Saarinen, Arttu (2010) *Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.
- Saarni, Samuli (toim.) (2005) *Lääkärin etiikka*. 6. p. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Saarni, Samuli – Vuorenkoski, Lauri (2003) Terveystalouden säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim*, 2003;119(10):993–1000.
- Saloheimo, Pertti – Vuorenkoski, Lauri (2003) Lääkäriys yhteiskunnan muutoksen pyörteissä. *Duodecim*, 2003;119(10):977–978.
- Salonen, Toivo (2007) *Tieteenfilosofia*. 4. täyd. p. Juvenes Print, Tampere.
- Sarkio, Maria (2007) *Sairaanhoitajaksi kasvattaminen – Sairaanhoitajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti*. Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 208, Helsinki.
- Scott, Elaine S. (2010) Perspectives on healthcare leader and leadership development. *Journal of Healthcare Leadership*. 2010;2 83–90.
- Siltala, Juha (2003) Säädyt professioksi, professionaaleista proletariaateiksi? *Duodecim*, 2003;119:979–981.
- Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa*. (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 – Sosiaali- ja terveystalouden strategia*. (2010) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stakesin historia (2006) Terveystalouden- ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.stakes.fi/FI/Stakes/historia/index.htm>, haettu 26.5.2011
- Stefl, Mary E. (2008) Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Health Care Management*, Vol. 53 (6), 360–373.
- Suomen Lääkärilehden kirjoitusohjeet (2011) Suomen Lääkärilehti.
<http://www.laakarilehti.fi/files/kirjoitusohjeet_2010.pdf, haettu 24.4.2011
- Suomen Lääkäriliiton toimintakertomus (2010) Suomen Lääkäriliitto.
<http://www.laakariliitto.fi/files/2010_toimintakertomus.pdf, haettu 1.9.2011
- Suoninen, Eero (2006) Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa: *Diskurssianalyysi liikkeessä*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 17–36. Vastapaino, Tampere.

- Suoninen, Eero (2008a) Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa: *Diskurssianalyysin aakkoset*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 48–74. Vastapaino, Tampere.
- Suoninen, Eero (2008b) Mistä on perheen äidit tehty? Haastattelupuheen analyysi. Teoksessa: *Diskurssianalyysin aakkoset*, Arja Jokinen – Kirsi Juhila – Eero Suoninen, 3. p. 111–150. Vastapaino, Tampere.
- Terveystoimintalaki 30.12.2010 (2010)
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, haettu 20.10.2011
- Terveyspolitiikka (2005) Suomen Lääkäriliitto.
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/terveyspolitiikka.html> haettu 20.5.2011
- Tienari, Jaakko – Vaara, Eero – Ainamo, Antti (2003) *Liikkeenjohdollisten oppien ja organisaatiouudistusten maastouttaminen: taikasana muutos*. Liiketaloudellinen aikakauskirja 2003, 52(2), 311–333.
- Tietoa ilmoittajalle (2011) Suomen Lääkärilehti.
<http://www.laakarilehti.fi/ilmoittaja/index.html>, haettu 24.4.2011
- Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 160. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Torppa, Kaarina (2007) *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen*. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto, Oulu.
- Tuomiranta, Mirja (2002) *Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? – Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto, Tampere.
- Tuomiranta, Mirja (2005) Lääkäreiden rooliristiriidat johtamisen ja johtajuuden haasteina. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä*, toim. Jari Vuori, 105–116. WSOY, Porvoo.
- Tuorila, Helena (2009) Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Teoksessa: *Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja, 2009*, toim. M. Lammi – M. Niva – J. Varjonen, 102–118. Kuluttajatutkimuskeskus.
- Turner, Bryan S. (1995) *Medical Power and Social Knowledge*. 2nd ed. SAGE Publications Ltd, London.
- Vaara, Eero – Laine, Pikka-Maaria (2006) Kohti uutta paradigmat? Kriittinen diskurssianalyysi metodologiana strategiatutkimuksessa. Teoksessa: *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*, toim. Marja-Liisa Kakkuri-Knuutila – Kristiina Rolin – Elina Henttonen, 158–159. Gaudemus, Helsinki.

- Valtonen, Sanna (1998) Hyvä, paha media. Diskurssianalyysi kriittisen mediatutkimuksen menetelmänä. Teoksessa: *Media-analyysi, tekstistä tulkintaan*, toim. Anu Kantola – Inka Moring – Esa Väliverronen, 93–121. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Vehviläinen, Arto – Takala, Jorma – Haggren, Outi – Roitto, Hanna-Maria – Kumpusalo, Esko (2003) Miksi lääkärit lähtevät terveystieteiden keskuksista? Terveystieteiden tutkimuksen nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus III. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(2) 188–193.
- Viestintä (2011) Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakariliitto.fi/uutiset> haettu 20.4.2011
- Virtanen, Juha T. (2010) *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään hoitoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Sarja A-2:2010. Turun Kauppakorkeakoulu. Uniprint, Tampere.
- Vuolio, Vesa (1993) Kunnanlääkärin ammatillinen autonomia – tulos onnistuneesta professionaalista projektista. Teoksessa: *Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio – suomalaisten professioiden kehityskuvia*, toim. Esa Konttinen, 111–122. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55, Jyväskylä.
- Vuori, Jari (2005) Esipuhe. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimus ja johtaminen*, toim. Jari Vuori, 5–6. WSOY, Porvoo.
- Väliverronen, Esa (1998) Mediatekstistä tulkintaan. Teoksessa: *Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan*, toim. Anu Kantola – Inka Moring – Esa Väliverronen, 13–39. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki.
- Wagner, Peggy – Hendrich, Julia – Moseley, Ginger – Hudson, Valera (2007) Defining medical professionalism: a qualitative study. *Medical Education*, No: 41, 288–294.
- Walshe, Kieran – Rundall, Thomas G. (2001) Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79 (3), 429–457.
- Ylikoski, Petri (2000) Onko valta kyky-käsite? Teoksessa: *Mitä on valta?* Toim. Juha Räikkä – Mikko Wennberg, 13–34. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Ylioppilaslehti (2003) Sairaanhoidajien muuntokoulutus kuohuttaa lääkisläisiä. <<http://ylioppilaslehti.fi/2003/03/sairaanhoidajien-muuntokoulutus-kuohuttaa-laakislaisia/>>, haettu 1.8.2011
- Äärimaa, Markku (2005) Etiikka ja professio. Teoksessa: *Lääkärin etiikka*, toim. Samuli Saarni, 6. uud. p. 12–14. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Österberg-Högstedt, Johanna (2009) *Yrittäjänä ammatissaan sosiaali- ja terveysalalla – yrittäjyyden muotoutuminen kuntatoimijoiden ja yrittäjien näkökulmasta*. Sarja A-3:2009, Turun kauppakorkeakoulu.

LIITTEET

Luettelo Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksista, joista otettu aineistonäytteitä:

Julkaisuvuosi 2009

No	Otsikko	Sivunumero
1–2	Kuuntelemisen taito	9
6	Hävittääkö terveydenhuoltolaki kitkaisen rajan?	457
9	Obaman esimerkki opettaa	777
10	Tuijotamme terveysteskuksia	881
11	Säästäjät iskevät terveysteskuksiin	985
12	Kymmenen pisteen johtaja	1089
13	Hoitajaresepti tulee?	1201
14	Raha on huono ratkaisija	1313
17	Hallitus ei keskustele	1537
18	Terveysteskuks on keino eikä päämäärä	1641
19	Vanhusten Suomi nousee	1737
21–22	Ammattikunnan riippumattomuus meni remonttiin Yhdysvalloissa	1945
23	Kesähalvauksen halpa hoito	2057
38	Korruptio voi tarttua	3057
39	Olemmeko liian sinisilmäisiä?	3169
40	Lääkäritutkijat – häviävä voimavara?	3281
46	Priorisoinnin vuokaavio	3913
47	Mutta te ette tiedä miltä se tuntuu	4009
48	Asiantuntijan arvostus mittaa sivistystä	4113
50	Katoavaa vastuuta etsimässä	4323

Julkaisuvuosi 2010

3	Ongelmia ei ratkaista lääkäreitä pakottamalla	139
4	Valelääkäri paljasti ikäviä asioita	249
6	Lääkärit työelämää pelastamaan	459
10	Säilyvätkö syövänhoidon hyvät tulokset	881
13–14	Toivon ylläpitäminen on osa ammattitaitoa	1185
15	”Politiikka on tylsää”	1297
16	Totuus on terveellistä	1395
17	Mistä kannattaa vaieta?	1491

18	Onko sähköinen asiointi riesa vai mahdollisuus työn hallintaan?	1593
19	Kesäkandin suuret saappaat	1681
20	Johtajaksi, minäkö?	1789
23	Ja sitten vielä isoäidit	2065
26–31	Nuori lääkäri arvostaa perhe-elämää	2343
32	Julkinen, yksityinen ja sama vene	2453
34	Mitä Newsweek-lehden vertailu opettaa	2645
40	Liiton strategiatyö etenee	3189
41	Lääkäreiden kansainvälinen liikkuvuus edellyttää eettisiä pelisääntöjä	3277
42	Asian luonteesta johtuen	3381
43	Ilmastonmuutosta torjuttaessa on punnittava hyödyt ja haitat	3469
45	Arvottomat	3663
47	Kovaa kamaa THL:sta	3855
50–52	Lähete erikoissairaanhoidon – siirtyykö oleellinen tieto	4157