

Tiimi – moniammatillisen työn näyttämönä

ELINA PUPUTTI
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2007

Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

PUPUTTI, ELINA: Tiimi – moniammatillisen työn näyttämönä

Pro gradu -tutkielma, 96s., 6 liites.

Sosiaalityö

Toukokuu 2007

Pro gradu -tutkielmani tarkoituksena on selvittää, miten moniammatilliset tiimit työskentelevät psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Keskeisiä teemoja ovat sosiaalityön rooli, institutionaalinen valta ja sen ilmeneminen. Terveystieteiden tutkimuksessa moniammatillisuus on työn peruslähtökohta. Keskeistä moniammatillisuudessa on asiantuntijoiden rajoja ylittävä keskustelu, holistinen työtapa ja jäsenten keskinäinen kunnioitus. Sosiaalityö saa erilaisia rooleja terveydenhuollon sisällä osastojen erilaisuudesta ja potilaiden tarpeista riippuen. Sosiaalityöntekijä voi vaikuttaa tehtävänsä, mutta toisaalta haasteena on myös työn rajaaminen.

Tutkielma koostuu teoriaosasta ja empiirisestä aineistosta. Teoriaosuudessa käsitellään terveys- ja sosiaalityötä, moniammatillisuutta suhteessa asiantuntijuuteen sekä psykiatrisen sairaanhoidon keskeisiä piirteitä. Tutkielmassa esittelen institutionaalisen valtaan liittyviä näkökulmia niin organisaation näkökulmasta eli makrotasolla kuin ihmisten puheessa ilmenevänä mikrotasolla. Organisaatioiden toimintaa voidaan tutkia diskursiivisina käytäntöinä. Valtaa ei tutkita tällöin ulkoapäin määräytyvä, vaan tutkitaan sitä, miten se on kietoutunut sosiaalisiin käytäntöihin ja miten osapuolet käyttävät valtaa osana arkista kanssakäymistä.

Tutkimusaineisto jakautuu kolmeen eri osaan. Aineisto on kerätty havainnoimalla ja ryhmähaastatteluilta. Taustoittavassa havainnointiaineistossa, jonka tavoitteena on johdattaa lukija tutkielman empiiriseen osaan, käytän etnografista lähestymistapaa. Ensimmäinen aineisto, on kerätty havainnoimalla kahdeksaa eri psykiatrian osastoa. Kaksi muuta aineistoa on kerätty yhdeltä osastolta havainnoimalla ja ryhmähaastatteluilta. Havainnoin ensin tiimin kokoontumisia ja tein tarkat muistutukset 14 eri hoitosuunnitelmapalaverista. Ryhmähaastattelukertoja oli kaksi, joissa ensimmäisessä asiantuntijat keskustelivat tiimin toimintaan liittyvistä kysymyksistä. Ryhmähaastattelun kysymykset olin jäsennellyt teemoittain teemahaastattelun ideaa noudattaen. Toisessa ryhmähaastattelussa tiimin jäsenet tekivät hoitosuunnitelman kuvitteelliselle potilaalle, josta he saivat esitiedot.

Ensimmäisen analyysiosan olen kirjoittanut etnografisena kerrontana. Näin omat havainnointimuistutukset johdattavat lukijan psykiatristen osastojen maailmaan. Toisen havainnointiaineiston ja ryhmähaastattelun aineiston olen analysoinut diskurssianalyttisesti ja näissä olen painottanut erityisesti retorista luentaa. Diskurssianalyysin avulla olen analysoinut, miten eri asiantuntijat rakentavat sosiaalista todellisuutta tiimin käytännöissä. Keskeisellä sijalla ovat olleet ne positiot, joista käsin asiantuntijat puhuvat. Retorisessa analysoinnissa olen kiinnittänyt huomiota asiantuntijapuheen argumenttien muotoon ja yleisösuhteeseen. Tällöin korostuvat tavat, joilla asiantuntijat oikeuttavat puhettaan, kategorisoivat asioita ja määrittelevät potilaan tavoitteita. Asiantuntijat vahvistavat puhettaan eri keinoin, kuten vastakohtien asettamisella, etäännyttämisellä ja eri tiedonlähteisiin vetoamalla.

Tutkielman keskeisenä tuloksena voin todeta, että moniammatillisten tiimien toimintatavat eroavat toisistaan eri osastoilla. Jotkut tiimeistä, kuten tiimi, jota erityisesti tutkin, käyvät laajasti rajoja ylittävää arviointikeskustelua. Toisissa tiimeissä keskustelu painottuu eri asiantuntijoiden väliseen tiedon vaihtoon, jossa pohtivaa arviointikeskustelua on vähemmän. Tutkimukseni tiimissä asiantuntijat arvioivat laajasti potilaan tilannetta. Arviointikeskustelua työntekijät käyvät moniammatillisesta näkökulmasta ja siinä korostuu erikoissairaanhoidon tehtävä ja asiantuntijuus. Tavoite- ja päätöksentekopuhe nivoutuvat osaksi arviointipuhetta, mutta näiden osalta asiantuntijat puhuvat kukin oman asiantuntijapositionsa näkökulmasta. Institutionaalinen valta tulee esiin mikrotasolla retorisisina keinoina vahvistaa asiantuntijapuhetta. Asiantuntijalla on oikeus määritellä ongelmia tietynlaiseksi. Jokaisella työntekijällä on myös oman asiantuntijuutensa tuomaa erityistietoutta. Tämä erityistietous antaa työntekijälle mahdollisuuden käyttää tiedon ja asemansa tuomaa valtaa. Institutionaalinen valta makrotasolla tulee esiin erikoissairaanhoidon lainsäädäntönä ja muina institutionaalisina toiminnan ehtoina. Sosiaalityön asiantuntijuudella tiimissä on tasavertainen asema suhteessa muihin asiantuntijoihin.

Terveyssosiaalityössä korostuu potilaan taloudellisten asioiden selvittäminen, tiedot sosiaaliturvasta, palveluista ja kuntoutuksesta sekä lastensuojelusta. Tutkimusta tehdessäni, pohdin eniten sosiaalityön roolia perheiden kanssa tehtävässä työssä ja terapiatyössä. Hoitoyhteisössä sosiaalityöntekijän asiantuntemukseksi lastensuojeluasioissa mielletään helposti vain tieto lainsäädännöstä. Näkemykseni mukaan sosiaalityöntekijällä on vahva asiantuntijuus perheiden kokonaistilanteista, vanhemmuudesta ja lasten hyvinvoinnista. Asiantuntijan valmius ja motivoituminen avoimeen rajoja ylittävään moniammatilliseen työskentelyyn lisää osallistumismahdollisuuksia niin tiimin sisällä kuin muussakin työskentelyssä. Koska työmäärä on suuri jo nyt, niin haasteena on riittävän ajan löytyminen moniammatilliseen työn kehittämiseen.

Avainsanat: moniammatillinen tiimi, asiantuntijuus, terveyssosiaalityö, institutionaalinen valta, diskurssianalyysi, retoriikka

1 JOHDANTO.....	1
2 SOSIAALITYÖ MONIAMMATILLISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA.....	5
2.1 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖ.....	5
2.2 MONIAMMATILLISET TIIMIT JA ASiantuntijaPOSITIOT	8
2.3 SOSIAALITYÖ PSYKIATRISILLA OSASTOILLA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA	12
3 INSTITUTIONAALINEN VUOROVAIKUTUS JA VALTA	17
3.1 INSTITUUTTIOT JA VALTA.....	17
3.2 VALLAN ILMENEMINEN PUHEESSA JA KIELESSÄ	20
3.3 VUOROVAIKUTUS MONIAMMATILLISISSA RYHMISSÄ	23
4 TUTKIMUKSEN TEHTÄVÄ, AINEISTO JA ANALYSOINTI.....	25
4.1 TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4.2 HAVAINNOINTI JA KERÄTYT AINEISTOT	27
4.3 RYHMÄHAASTATTELU JA AINEISTON KERÄÄMINEN.....	31
4.4 ANALYSOINTIMENETELMÄT.....	34
5 HAVAINNOT TIIMIN PUHEEN JA POSITIoidEN KUVAAJINA.....	38
5.1 PSYKIATRISet OSASTOT SAIRAALASSA	38
5.2 TIIMIN ASiantuntijaPOSITIoidEN TARKASTELUA	42
5.3 RETORISet KEINOT ASiantuntijuUDEN JA TIETÄMISEN VAHVISTAMISESSA.....	49
5.4 YHTEENVETO TIIMIN ASiantuntijaPOSITIoiSTA JA VALLAN NÄKÖKULMA	52
6 RYHMÄHAASTATTELUAINeISTON RETORINEN ANALYSOINTI.....	56
6.1 ARGUMENTOINTI JA KATEGORISOINTI TAVOITTEENASETTELUSSA.....	56
6.2 ARGUMENTOINTI JA KATEGORISOINTI ARVIOINNISSA JA PÄÄTÖKSENTEOSSA.....	64
6.3 YHTEENVETO ASiantuntijAPuheEN RETORISISTA KEINOISTA	75
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	80
8 POHDINTA.....	83
LÄHTEET.....	85
LIITTEET	92

Liite 1 Tutkimuslupa

Liite 2 Kirje Osaston hoitotiimille

Liite 3 Ensimmäinen ryhmähaastattelu: teemat ja kysymykset

Liite 4 Toinen ryhmähaastattelu: kuvitteellisen potilaan tilanteen kuvaus

TAULUKOT

Taulukko 1 Tutkielman kolme eri aineistoa

1 JOHDANTO

Moniammatilliset tiimit ovat osa arkipäivän työtä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Ryhtyessäni tutkielman tekoon, minulla ei ollut aiempaa tietoa psykiatrisesta tiimityöstä. Sen lisäksi, että olen kiinnostunut tiimien toiminnasta, olen kiinnostunut myös psykiatrisesta sairaanhoidosta ja terveys-sosiaalityöstä. Mielenkiinto moniammatillisten tiimien toimintaan on saanut alkunsa aiemmassa ammatissani. Olen työskennellyt tiimeissä päiväkodin johtajana ja erityislastentarhanopettajana. Perehdyin kandidaatin tutkielmassa ryhmien vuorovaikutukseen ja ryhmähaastatteluun aineistonkeruun menetelmän. Näiden eri mielenkiinnon kohteiden yhdistäminen pro gradu -tutkielmaan on ollut innostavaa ja haasteellista. Pro gradu -tutkielman kannalta oli tärkeää, että tein sosiaalityön syventävän harjoittelun Seinäjoen keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla.

Tämän tutkielman tavoitteena on ollut perehtyä moniammatillisiin tiimeihin ja sosiaalityön rooliin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tiimien toiminnan lisäksi tutkimus keskittyy siihen, miten yhden tiimin jäsenet rakentavat sosiaalista todellisuutta osana hoitosuunnitelmien tavoitteiden asettamista, arviointia ja päätöksentekoa. Tätä kautta tutkimuksessa olennaista on institutionaalisen vallan eri ilmenemismuodot, kuten asiantuntijapositiot ja asiantuntijapuheen vakuuttavaksi tekeminen.

Teoriaosuudessa käsitelen terveydenhuollon sosiaalityötä suhteessa sosiaalityön kenttään kokonaisuudessaan. Terveysosiaalityö on nykyisin vakiintunut käsite, joten käytän molempia käsitteitä rinnakkain. Terveysosiaalityön luokituksen (1998, 9) mukaan työssä korostuu sairautteen, sairastamisen tai vammautumiseen liittyvät sosiaaliset syyt ja seuraukset. Tämän vuoksi terveysosiaalityössä keskeistä on psykososiaalinen tuki ja kuntouttaminen. Psykiatrisilla osastoilla sosiaalityöntekijän on oman alan asiantuntemuksen lisäksi tärkeä ymmärtää psyykkiseen sairauteen, lääkehoitoon ja lainsäädäntöön liittyviä näkökulmia. Työn lähtökohta on moniammatillinen työskentely asiantuntijoiden kesken.

Moniammatillisen tiimityöskentelyn tarkoituksena on parantaa yhteistyön laatua, poistaa ammattien välisiä raja-aitoja ja lisätä innovatiivisuutta. Tiimit ovat monimutkaisia työnjaollisia verkostoja, joiden tavoitteena on olla avoimessa vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja muiden organisaatioiden kanssa. Tiimi- ja verkostotyön toiminnan edellytykseksi ei riitä kuitenkaan pelkkä tiimin olemassaolo, vaan tärkeintä on tapa, jolla tiimit rakentavat ja käsittelevät työnsä kohdetta. (Engeström 1993,

124–127.) Asiantuntijuus on perinteisesti ollut yksinoikeus, jonka koulutus ja siihen liittyvä tutkinto ovat taanneet (Konttinen 1997, 52). Moniammatillisuuteen liittyvä asiantuntijuus edellyttää asiantuntijuuden horisontaalisten rajojen ylittämistä. Sen tarkoituksena on uudenlaisten ratkaisujen hakeminen ammatilliseen työskentelyyn, mikä palvelisi parhaiten myös asiakkaan etua. (Launis 1997, 125–122.)

Institutionaalista valtaa lähestyn eri teoreetikkojen näkökulmasta. Jan Fook (2002, 52) toteaa vallan olevan jotain, mitä ihminen käyttää kaiken aikaa. Valta rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja se liikkuu verkostoissa. Michael Foucault (1980,34) tuo esille, että vallassa on kysymys juuri ihmisen käyttäytymisestä eikä kenelläkään ole yksinoikeutta valtaan. Tarkastelen institutionaalista valtaa mikrotasolla ihmisen puheessa ja vuorovaikutuksessa. Tällöin asiantuntijan valtaa on mahdollisuus määritellä potilasta ja hänen tilannettaan. Nimeämällä eli kategorisoimalla potilas päihdeongelmaiseksi, määritellään ongelman lisäksi hänet tiettyjen toimenpiteiden kohteeksi. Määrittäessään ongelmaa työntekijä antaa toimenpiteille moraalisen ja juridisen oikeutuksen. Määrittelyprosesseissa läsnä oleva valta ei ole helposti havaittavissa. Puheessa esiintyvää valtaa voidaan tutkia diskurssianalyttisesti, kuten olen tässä tutkielmassa tehnyt. (Jokinen & Juhila & Pösö 1996, 87–91.) Puheessa ilmenevä institutionaalinen valta on aina suhteessa siihen missä organisaatiossa toimitaan. Makrotasolla oleva valta luo institutionaaliset ehdot toiminnalle.

Tutkielman empiirisen aineiston olen kerännyt kolmella eri tavalla. Luku 5.1, *Psykiatriset osastot sairaalassa*, on johdantoluku aineistoon ja perustuu taustoittavaan havainnointiaineistoon, jonka olen koonnut eri psykiatristen osastojen toiminnasta. Lähtökohtana siinä on etnografinen lähestymistapa ja kirjoittaminen, joiden avulla kuvataan psykiatristen osastoja ja niiden tiimien toimintaa yleisellä tasolla. Luvun tarkoituksena on johdattaa lukija empiirisen aineistoon. Toiseen havainnointiaineistoon olen kirjannut yhden osaston tiimipalaverien tapahtumia. Tätä aineistoa olen analysoinut luvuissa 5.2, *Tiimin asiantuntijapositionien tarkastelua*, ja 5.3, *Retoriset keinot asiantuntijuuden ja tietämisen vahvistamisessa*. Kyseistä havainnointiaineistoa lähestyn diskurssianalyttisesti eli miten asiantuntijat rakentavat puheessa sosiaalista todellisuutta ja millaisia retorisia keinoja he käyttävät

Kolmannen aineiston olen kerännyt ryhmähaastattelulla. Haastateltavana on ollut sama tiimi, jonka toimintaa on havainnoitu yksityiskohtaisesti. Ryhmähaastatteluaineisto on analysoitu luvussa kuusi, *Ryhmähaastatteluaineiston diskurssianalyttinen analysointi*. Tässä analyysissä painotan asiantuntijoiden tapoja. Diskurssianalyysi tarkoittaa kielenkäytön tarkastelemista tekemisenä. Keskeisiä siinä

ovat sosiaaliset prosessit ja se, miten sosiaalista todellisuutta rakennetaan. (Suoninen 1999, 17.) Retorinen analyysi pyrkii löytämään puheen argumentaatiosta niitä tapoja, joilla lisätään sen vakuuttavuutta ja uskottavuutta. Tyypillisimpiä niistä ovat kategorisointi, vastakohtien asettaminen ja asiantuntijalausunnoilla vahvistaminen. (Jokinen 1999b, 132, 138.) Analyysissä painottuu moniammatillinen näkökulma, mutta joissain kohdissa käsittelen erityisesti terveystieteiden roolia.

Tutkimuksen yhtenä päätelmänä on, että moniammatilliset tiimit toimivat osastoilla eri tavoin. Vaikka moniammatillinen lähtökohta työskentelylle on olemassa, niin moniammatillisuuden idea rajoja ylittävistä keskusteluista ei kaikissa tiimeissä toteudu. Tällöin myös sosiaalityön rooli on erilainen. Tiimissä, jota havainnoin ja joka osallistui ryhmähaastatteluun, moniammatillista keskustelua käydään tasavertaisesti erityisesti arviointipuheissa. Asiantuntijapositiot korostuvat enemmän tavoitteen asettelussa ja päätöksenteossa. Vallan ilmeneminen tulee esiin tehtävien ja määrittelyjen oikeuttamisena sekä kategorisoinnissa ja se on ensisijaisesti asiantuntijuuden tuomaa tiedonvaltaa. Aineisto keskittyy työntekijöihin, ei potilaisiin. Koska potilaan hoito on moniammatillisen työn lähtökohta, ei potilasnäkökulmaa voi täysin sivuuttaa. Tutkielmassa en käsittele potilaisiin liittyviä tietoja. Käsite potilas liittyy terveydenhuollon kontekstiin, sen sijaan puhuttaessa sosiaalityöstä yleisellä tasolla, käytän käsitettä asiakas.

Teoreettisena viitekehyksenä tutkielmalleni on konstruktionistinen näkökulma, jossa kieli ymmärretään toimintana (Suoninen 1999, 18). Postmodernismi on sateenvarjokäsite, johon kaikki tutkimuksen muut käsitteet kiinnittyvät. Postmodernin ajattelun mukaisesti todellisuus onkin täynnä ristiriitaisuuksia, epäjärjestyksiä ja epävarmuutta, yksilön elämä on omakohtainen prosessi eikä se etene välttämättä perinteisten vaiheiden mukaisesti (Karvinen 1996, 39). Tutkielman keskeiset käsitteet jäsentyvät suhteessa toisiinsa seuraavasti. Moniammatillisten tiimien keskeinen tehtävä on tavoitteiden asettelu, arviointi ja päätöksenteko. Tiimien toiminnassa asiantuntijapositiot ylläpitävät institutionaalista valtaa. Valta ilmenee diskursseina, joita analysoidaan diskurssianalyysillä ja retorilla keinoilla.

Tutkielmassa käytän käsitteitä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja psykiatrisen sairaanhoidon rinnakkain. Käsite erikoissairaanhoidon korostaa sen tehtävää suhteessa muihin sairaalapalveluihin. Positioiden tarkastelussa keskityn asiantuntijapositioihin, enkä niinkään yksilöiden subjekti-positioihin. Koska pro gradu -tutkielmani rakentuu teoriaosasta ja kolmesta eri aineistosta, on sen kirjoittaminen ollut haasteellista. Olen halunnut sisällyttää nämä kaikki osat tutkielmaani, jotta lukija voisi saada

kokonaiskuvan psykiatristen osastojen tiimityöskentelystä. Retorisen analyysin avulla olen halun-
syventänyt analyysiä tiimien mikromaiseman tarkasteluun.

2 SOSIAALITYÖ MONIAMMATILLISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

Sosiaalityön määrittelemisen yksiselitteisesti ei ole mahdollista. Sosiaalityötä voidaan määritellä eri tavoin eri koulukuntien ja tehtäväkenttien näkökulmista. Sosiaalityöstä voidaan puhua tieteenä, oppialana tai yhteiskunnallisena järjestelmänä. Sanotaan myös, että sosiaalityön tehtävänä on ylläpitää arkielämän jatkuvuutta sekä normaaliutta ja sille tyypillistä on niin tehtäväalueiden kuin työvälineidenkin eriytymättömyys ja rajattomuus. Sosiaalityö onkin joukko ammatteja, jonka tehtävät ja työtavat vaihtelevat tehtäväkentästä riippuen. Yksi tällainen tehtäväkenttä on terveydenhuollon sosiaalityö, jonka sisälläkin sosiaalityön tehtäväkuvat voivat vaihdella huomattavasti. (Sipilä 1989, 57–63.) Psykiatrisilla osastoilla terveystsosiaalityön vaatimus ja työn painopisteet ovat erilaisia kuin somaattisilla osastoilla, mutta niitä yhdistää terveydenhuollon kontekstissa työskentely. Tutkielmasa käsittelen terveystsosiaalityötä psykiatristen osastojen näkökulmasta.

Sosiaalityön työmuotoja ovat kontrolli, tuki, socialisaatio, suojele ja terapia. Nämä työmuodot kohdistuvat usein yksilöön, mutta yksilön auttamisen lisäksi sosiaalityön tehtävänä on yhdyskuntatyö ja rakenteellinen työ. (Mt., 64–68.) Tällöin työn kohteena ovat yhteiskunta ja yhteisöt. Sosiaalityön yhteiskunnallisen tehtävän ja asiantuntijuuden hahmottaminen on merkityksellistä, riippumatta siitä, missä kontekstissa työskennellään. Sosiaalityön ammatillistumiseen liittyy Kyösti Raunion (2004, 31) mukaan olennaisesti myös koulutustason kohoaminen ja yliopistolliset tutkinnot. Tällöin ammatillinen toiminta on kiinteästi yhteydessä tieteelliseen tutkimukseen.

2.1 Terveydenhuollon sosiaalityö

Terveydenhuollon sosiaalityöllä on yksilöllinen, organisatorinen ja yhteiskunnallinen tehtävä. Kussakin näistä tehtävistä työllä on erilaiset roolit. Sosiaalityöntekijä valvoo asiakkaan etujen toteutumista ja on arkielämän asiantuntija. Yhteiskunnallisena tehtävänä on olla erilaisten palveluiden jäljittäjä, muutostyöntekijä suhteessa ympäristöön sekä potilaan oikeuksien asianajaja. Sosiaalityöntekijän toimiessa asiakkaan asianajajana käytetäänkin nimitystä yksilökohtainen palveluohjaus ”case management”. (Lindén 1999, 66, 110–113.) Terveystsosiaalityössä toiminnan ydin on potilaan ja hänen perheensä tukeminen, ohjaus ja neuvonta. Neuvontaan liittyy sosiaaliturvan sekä palveluiden

selvittäminen ja järjestäminen yhdessä potilaan ja hänen lähiomaistensa kanssa. Työn peruslähtökohta on selvittää yksilön terveyteen ja sosiaaliseen toimintaan liittyvät tarpeet. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, miten potilas kykenee selviytymään kotona, lähiympäristössä ja yhteiskunnan jäsenenä ja miten näitä taitoja voidaan edistää ja tukea. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sairaalahoidon aikana pyritään järjestämään potilaan avohoito siten, että se palvelisi parhaiten hänen yksilöllisiä tarpeitaan ja selviämistään. Työmenetelminä käytetään yksilökohtaista palveluohjausta sekä tiimi- ja verkostotyötä. (Lindén, 1999 110–111.)

Terveydenhuollon sosiaalityön luokituksen (1998, 9, 54) mukaan terveystieteiden sosiaalityö jaetaan viiteen pääluokkaan, jotka ovat sosiaalinen arvio, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, toimeentulon turvaaminen, asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä hallinto- ja kehittäminen. Jokainen pääluokka on jaettu pienempiin alaluokkiin. Potilaiden hoitoa pyritään edistämään yhtenäisillä palvelu- ja hoitoketjuilla, joihin myös sosiaalityö nivoutuu, sillä yhteiskunnalliset ja talouspoliittiset muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden saatavuuteen ja tarjontaan. Sosiaalityöntekijän työtehtävät vaihtelevat sen mukaan, tuleeko toimeksianto asiakkaalta, omaiselta, lähettäjäorganisaatiolta vai omalta organisaatiolta (Metteri 1993, 88).

Sosiaalityön rooli suhteessa muihin asiantuntijoihin

Sosiaalityöntekijä työskentelee yhteistyössä monien eri organisaatioiden kanssa ja toimii tiedonvälittäjänä sekä rajojen madaltajana organisaatioiden välillä. Tämän vuoksi erityisen tärkeää on oman organisaation ja siihen kuuluvan lainsäädännön, toimintaperiaatteiden ja valtarakenteiden tunteminen. Terveydenhuollon työyksikössä sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä useiden ammattilaisten kanssa. Tämä edellyttää joustavaa kommunikointia ja tiimityötaitoja asiakkaan ohjaamiseksi ja toimivien verkostojen rakentamiseksi. (Kerson, McCoyd & Chimchirian 2005, 8–18.)

Työssä arjen asiantuntijuus edellyttää yksilön kokemuksen ja elämäntilanteen huomioimista kokonaisuudessaan. Tavoitteena on ymmärtää asiakkaan omaa elämän kokemusta ja elämänkaarta suhteessa nykyhetken tilanteeseen. (Metteri 1996, 143–144.) Sosiaalityöntekijän työn teoreettiset lähtökohdat ja työmenetelmät poikkeavat terveydenhuollon muista ammateista. Hoitotyö on toimenpidekeskeistä ja se perustuu biolääketieteeseen. Sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä useiden asiantuntijoiden kanssa eivätkä näiden käsitykset ratkaisusta ole aina yhteneviä. Sosiaaliturvan tuntemisen lisäksi sosiaalityössä olennaista on psykologinen ja sosiaalipsykologinen tieto sekä yhteiskuntatieteellinen teoriapohja. (Tulppo 1991, 63–65.)

Jaana Tulpon (1991) tutkimuksessa terveydenhuollon sosiaalityöntekijät arvioivat asemansa osittain hyväksi, mutta osittain myös ristiriitaiseksi. Heidän työpanokseensa on sairaalassa totuttu ja se koetaan hyvänä, mutta sitä ei pidetä tasavertaisena muiden ammattiryhmien kanssa. Sairaalassa lääketieteen ja hoitotieteen asema on sosiaalityötä selkeämpi. Sosiaalityöntekijät kokevat olevansa pieni ryhmittymä vieraassa organisaatiossa. (Mt., 70–71.) Lähtökohdaltaan tämä on helppo ymmärtää, sillä sairaalassa sosiaalityön tehtävä ei ole samalla tavalla ensisijainen kuin esimerkiksi sosiaalitoimistossa. Rauni Korkealaakson (2006, 106–107) tutkimuksessa haastatellut lääkärit pitivät sosiaalityöntekijän perustehtävänä potilaan taloudellisen selviytymisen turvaamista. Lääkäreillä oli erilaisia käsityksiä sosiaalityön roolista ja varsinkin uusille lääkäreille sosiaalityön rooli oli vieras.

Melbournen yliopistossa on kehitetty mentorointimalli, jossa terveystieteiden sosiaalityöntekijät tekevät tutkimusprojektia omassa työssään. Tämän tavoitteena on ollut lisätä yhteistyösuhdetta muihin sairaalan ammattiryhmiin. Moniammatillinen toiminta perustuu työn kautta oppimiseen ja työntekijät saavat niin yksilöllistä kuin moniammatillista ryhmäohjausta toinen toisiltaan. Sosiaalityöntekijöitä on kannustettu liittoutumaan tutkimustyöhön yhdessä terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa. Yhteinen tutkimustyö lisää yhteisen kielen syntymistä, sillä sosiaalityön teoreettinen kieli eroaa lähtökohdiltaan muiden ammattiryhmien, kuten lääkärin ja sairaanhoitajien kielestä. (Joubert 2006, 151–152.)

Eettiset periaatteet

Sosiaalityön toteuttamisessa keskeinen idea on eettisten periaatteiden noudattaminen. Ilmari Rostila (2001, 23) arvioi eettisen vastuunoton ammatillisen sosiaalityön tärkeimmäksi lähtökohdaksi. Tietoisuus omista arvoista sekä erilaisten normien ja arvojen tiedostaminen ovat ammattitaidon ydin. (Mt., 23.) Moniammatillisissa työryhmissä sosiaalityöntekijä kohtaa monimutkaisia tilanteita, joissa hän joutuu ottamaan kantaa arvoihin ja eettisiin kysymyksiin. Jokainen eettinen ongelmatilanne on ainutlaatuinen riippuen asiakkaasta, työntekijöistä ja organisaation vallitsevasta toimintakulttuurista. Terveydenhuollossa keskeiset eettiset periaatteet ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus, sosiaalinen tasa-arvo ja vapaus. Kyetäkseen löytämään eettisiä ratkaisuja, sosiaalityöntekijän tulee tuntea terveydenhuoltoon ja sairastamiseen liittyvät lait, säännöt ja toimintatavat. (Ain 2005, 26–41.)

Ongelmia eettisissä ratkaisuissa syntyy silloin, kun asiakkaan näkemys ja organisaation toimintapolitiikka ovat ristiriidassa. Sosiaalityöntekijä voi olla neuvottelijana sairaalan ja potilaan välillä sil-

loin, kun heidän käsityksensä hoidon jatkamisesta tai kotiuttamisesta poikkeavat toisistaan. Ammatilaisena sosiaalityöntekijällä on erilaisia velvoitteita ja nekin voivat olla joskus ristiriidassa keskenään. Sosiaalityöntekijän tulee olla herkkä eettiselle pohdinnalle ja antaa tilaa useille mahdollisuuksille eikä lukkiutua vain joihinkin tiettyihin toimintakäytäntöihin. (Metteri 1993, 90–91.) Psykkisesti sairaiden potilaiden kanssa työskennellessä eettinen vastuu on suuri, sillä sairaus heikentää heidän harkintakykyään. Tällöin sosiaalityöntekijän tulee arvioida, miten potilaan etu toteutuu parhaiten ja ohjata häntä sen mukaan.

2.2 Moniammatilliset tiimit ja asiantuntijapositionit

Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisella asiakastyöllä tarkoitetaan työtä, jossa eri asiantuntijat pyrkivät yhdessä ratkaisemaan asiakkaan ongelmia asiakaslähtöisesti. Keskeistä on vuorovaikutus ja eri alojen asiantuntijuuden hyödyntäminen. Moniammatillisia tiimejä voidaan käyttää asiakastyön lisäksi myös työn suunnittelussa sekä hallinnollisessa työskentelyssä. (Isoherranen 2005, 13–14.) Tiimien muotoutumiseen vaikuttaa luonnollisesti se, missä organisaatiossa työskennellään. Tiimien työskentely on sidoksissa organisaation perustehtävään. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tiimien tavoitteet ovat erilaiset kuin esimerkiksi lastensuojelutyön moniammatillisissa tiimeissä.

Moniammatillisuuden idea

Tiimeissä holistinen työtapa korostuu pirstaleisen tiedon sijaan. Ensisijaista työssä on asiakaslähtöisyys, tiedon ja erilaisten näkökulmien yhteen kokoaminen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Asiakkaan tilanne pyritään huomioimaan kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisessa tiimityössä puhutaan synergiaedusta, millä tarkoitetaan, että ryhmätyö tuottaa paremman tuloksen kuin jäsenten yksittäiset suoritukset yhteensä. (Isoherranen 2005, 14–15.)

Tällaista työskentelyä ja päätöksentekoa pidetään osana asiakaskeskeistä toimintaa terveydenhuollossa. Se toteutuu erityisesti silloin, kun potilas otetaan mukaan aktiiviseksi osallistujaksi päätöksentekoon. Jaetulla päätöksenteolla nähdään olevan arvoa niin organisaatioiden toiminnassa kuin terveydenhuollon koulutuksessakin. Moniammatillisen toiminnan ajatellaan olevan ihanne työskentelyssä, mutta vaikka työväline onkin olemassa, sen käytännön toimivuutta pitäisi tutkia enemmän. (Nikander 2003, 279–278.)

Pirjo Nikander (2005, 260–261) painottaa, että työskentely vaatii vahvaa ammatillista koulutusta ja taitoja. Eri koulutukseltaan olevien ammattilaisten kokoontuminen yhteiseen tiimiin ei pelkäänsä riitä. Oman ammattilaisuuden lisäksi on kyettävä ammattien rajoja ylittävään neuvotteluun, yhteistyöhön ja päätöksentekoon. Kehittyvä tiimi ja yhteinen päätöksenteko vaativat avoimuutta ja joustavuutta ammattiroolien välillä ja rajojen ylittämässä. Tämä tarkoittaa yhteisen vuorovaikutuksen syntymistä eikä vain pelkkien asiantietojen jakamista. Peter Fowlerin (2000, 186) mukaan moniammatillinen työskentely kohtaa useita esteitä, jotka ovat haasteena työskentelylle. Näitä ovat organisaatioiden erilaiset toimintakäytännöt, -rakenteet, arvot ja filosofia. Lisäksi eri ammattien välillä on kilpailua ja yhä edelleen suurin osa koulutuksesta tapahtuu eristäytyneenä muista ammatteista. Moniammatillisen työn tavoitteena on pystyä poistamaan edes joitain näistä esteistä.

Tutkimuksissa asiantuntijuutta on perinteisesti käsitelty yksilön ammattitaitojen kehittymisen kannalta noviisista ekspertiksi. Tämän hetken työssä ammatillista osaamista ei kuitenkaan voida katsoa vain vertikaalisesti yksilön taitojen kehittymisenä, vaan keskeistä on se, miten ammattitaito kehittyy horisontaalisesti eli miten rajoja ylitetään ja reviierejä puretaan eri ammattikuntien välillä. Moniammatillinen innovatiivinen tiimi- ja verkostotyö edellyttävät eri ammattikuntien päätöksenteon ja tiedonkulun hierarkkisten rakenteiden purkamista. Työn uudelleen organisoiminen käytännössä ei johda välttämättä moniammatilliseen työskentelyyn. Käytännön organisoimisen lisäksi tärkeää on tiimissä syntyvä vuorovaikutus. Tällöin ratkaisuja ei haeta vain oman ammattitaidon rajojen sisällä, vaan ammattialojen rajoja ylittämällä yhteiseltä alueelta. (Launis 1997, 122–127.)

Kirsti Launis (1997, 128–132) määrittelee asiantuntijoille kolmenlaisia rajoja. Näitä ovat asiantuntijan ja asiakkaan väliset, sisällöllisen asiantuntemuksen reviiirit ja eri organisaatioiden hierarkkiset rajat. Näiden rajojen ylittäminen vaatii uudenlaista ammattitaitoa, jossa vuorovaikutustaidot ja muutokseen suostuminen ovat tärkeitä oman ammattialan spesifisen tiedon lisäksi. Näihin näkökulmiin on nykyisessä koulutuksessa ja tutkimuksessa haluttu kiinnittää yhä enemmän huomioita. Merkittäviä seikkoja ovat eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen kieli, toimintakonteksti sekä sosiaaliset suhteet. Toimivan tiimin edellytyksenä on halu löytää yhteinen tapa toimia, sekä tiedostaa ryhmässä vaikuttavat moraaliset ja tunnetason tekijät. (White 2005, 207–215.)

Moniammatillisuuden haasteet

Tiimien heikkoudeksi voi muodostua se, että asioiden käsittely jää pinnalliseksi eikä kollektiivista yhteistyötä ja päätöksentekoa pääse syntymään. Ryhmän kirjoittamattomaksi tavoitteeksi saattaa

tulla yksimielisyys. (Launis 1997, 130–132.) Huomioitavaa on, että moniammatillisen ryhmän toimintaan vaikuttaa, millainen johtaja sillä on ja se minkälaisia asiantuntijarooleja sen jäsenillä on. Ryhmän toiminnalla on aina tavoite ja tehtävä. Johtajan tehtävänä on pitää yllä ryhmän toimintaa ja päätöksentekoa. Toiminnan sujumiseksi ja päätöksen teon syntymiseksi sosiaalinen ja emotionaalinen ilmapiiri ovat tärkeitä. (Zastrow 1997, 74–77.)

Sosiaalityön ja lääketieteen lähestymistavat ovat erilaisia. Anna Metteri (1996) kuvaa tätä ongelmaa terveydenhuollon sisällä olevana tietohierarkiana. Tällöin voidaan ajatella luonnontieteellisen tiedon olevan ylinnä, psykologinen tiedon keskellä ja sosiaalisen tiedon alinna. Joissakin tilanteissa voidaan olettaa sosiaalisen ja psykologisen tiedon nousevan lääketieteellisen tiedon rinnalle silloin, kun se täydentää sitä tai kun ratkaisua ei voida löytää luonnontieteellisin keinoin. Luonnontieteellisellä tiedolla nähdäänkin olevan ylivalta, koska sillä voidaan tehdä mittauksia numeroita käyttäen ja verrata niitä normaaliarvoihin. Lääketieteellisesti ne asiat, jotka perustuvat subjektiivisiin kokemuksiin, eivät kelpaa objektiiviseksi tiedoksi. (Metteri 1996, 146–147.) Toisaalta valta liittyy myös byrokraattiseen järjestelmään, lääkäriellä on mahdollisuus tehdä diagnoosi, johon jatkohoito tai esimerkiksi tahdonvastainen hoito perustuvat. Näin moniammatillisen toiminnan lähtökohdat eivät ole jäsentensä suhteen tasavertaisia. Valta sinällään ei ole negatiivinen asia, joksi se usein mielletään, vaan se on tärkeä osa organisaatioiden toimintaa. Sen sijaan tapa, jolla sitä käytetään voi olla negatiivinen tai positiivinen.

Terveydenhuollon sisällä moniammatillinen työ on läsnä kaiken aikaa eikä vain erikseen järjestettävissä tilanteissa. Työyhteisön ja sosiaalityön näkökulmasta se on haasteellinen mahdollisuus, jossa eri ammattien asiantuntijat voivat tehdä yhteistyötä, mutta myös tutkimuksen avulla kehittää omaa työtään. Vaikka moniammatilliset tiimit antavatkin monia mahdollisuuksia sosiaalityön toteutumiseen, se ei ole kuitenkaan itseisarvo sinänsä. Joskus on syytä kyseenalaistaa myös tiimien merkitystä, toimivatko ne tarkoituksenmukaisesti vai olisiko jokin muunlainen työmenetelmä parempi? Reflektiivinen suhde omaan toimintaan ja pohdinta yhdessä koko tiimin kanssa auttaa luomaan uusia toimintamalleja ja kirkastamaan toiminnan tarkoitusta.

Asiantuntijuus ja asiantuntijapositiot

Perinteisesti asiantuntijuus on ollut sidottuna tiukasti tiettyyn erityisalaan. On puhuttu myös professionalismista, jolla on tarkoitettu pyrkimystä vahvistaa oman ammattikunnan statusta ja vahvistaa työtä koskevia valtuuksia. Ammatillisten ryhmien tavoitteena on varjella omia reviierejään ja raken-

taa rajoja mahdollisia kilpailijoita vastaan. (Konttinen 1997, 54–55.) Asiantuntijuus on ollut usein sidoksissa tiettyyn organisaatioon, kuten oikeusistuimiin, kouluihin, sairaaloihin ja kirkollisiin laitoksiin. Modernissa yhteiskunnassa tieteellä ja asiantuntijuudella on ollut hyvin pysyvä asema. Postmodernissa yhteiskunnassa myös tiedon ja asiantuntijuuden luonne on muuttunut. Epävarmuus, riskit ja tietämättömyys koskettavat kaikkia aloja. Muuttuvassa yhteiskunnassa asiantuntijan on oltava valmis jatkuviin neuvotteluihin ja kontekstivalintoihin. Jossain toisessa kontekstissa sama asiantuntijustieto ei enää pädekään. (Eräsaari 1997, 62–68.)

Jos ajatellaan sairaalakontekstia, on siellä eri ammattilaisten asiantuntijuus perinteisesti ollut vahvaa. Koska sairaalassa moniammatillinen työskentely on jokapäiväistä, se antaa ihanteellisen mahdollisuuden kehittää asiantuntijuutta moniammatilliseen suuntaan. On luonnollista, että jokaisella professiolla on tietty tehtävä, mutta yhteisessä työskentelyssä haasteena on tulla ulos omien ammatitipositioden takaa ja uskaltaa jakaa tietoa ja osaamista yhteisesti koko tiimin kanssa. Sosiaalityötä ammattina on kuitenkin usein kyseenalaistettu siinä, täyttääkö se professiolle annetut tunnusmerkit ja pystyykö se tarjoamaan sellaista asiantuntijuutta, mitä millään muulla ammattiryhmällä ei ole (Ylinen & Rissanen 2004, 200).

Asiantuntijuus on monimutkainen ilmiö ja sosiaalityöntekijöiden käytännössä kohtaamat ongelmat ovat niin moninaisia, että pelkkä tieteellinen tieto ei riitä niiden ratkaisemisessa. Teoreettinen tieto on suhteessa käytäntöön pelkistettyä. Jos asiantuntijuudesta puhutaan tieteellisen tiedon tuottamisena, soveltamisena, ammatillisena organisoitumisena ja eettisten periaatteiden ja erilaisten menetelmien käyttönä jää kuva asiantuntijuudesta vajavaiseksi. (Mutka 1998, 42–43.) Ulla Mutkan (1998, 133) mukaan historiassa asiantuntijuuteen on aina liittynyt pyrkimys luoda tehtävä- ja tietomonopoleja. Näin koulutuksella on saanut yksinoikeuden tietyn ammatin harjoittamiseen.

Koulutukseen ja ammattiin liittyy tietty tehtävä, joka määrittelee myös kyseisen henkilön identiteettiä. Kielenkäytössä ihmiset rakentavat itselleen ja toisilleen erilaisia määrittelyjä, jotka eivät ole pysyviä vaan toiminnallisia kategorioita. Näistä muuttuvista kategorioista käytetään käsitettä subjektipositio. (Jokinen & Juhila 1999, 68.) Asiantuntijapositionella tarkoitetaan sitä merkityssysteemiä ja asemaa, joka tietyllä henkilöllä on koulutuksensa ja tehtävänsä kautta tietyssä organisaatiossa. Sosiaalityöntekijän asiantuntijapositio on erilainen kuin psykologin, mutta terveystieteiden sosiaalityöntekijän positiokin eroaa lastensuojelun sosiaalityöntekijän positioista.

2.3 Sosiaalityö psykiatrisilla osastoilla erikoissairaanhoidossa

Sosiaalityöntekijän täytyy osata yhdistää monenlaista tietoa työssään erikoissairaanhoidossa. Oman alansa tiedon lisäksi myös lääketieteellinen tieto on tärkeää. Sairastumiseen liittyy ongelmatilanteita, jotka heijastuvat potilaan ja hänen läheistensä koko elämään. Sosiaalityöntekijän onkin opittava tunnistamaan sairastumisen, hoidon ja lääkityksen merkitys sekä huomioitava potilaan elämäntilanne kokonaisuudessaan. Käsitteellisesti mielenterveyttä pidetään psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana. Siihen liittyy käsitys siitä, mikä on normaalia ja mikä epänormaalia ja mistä tekijöistä mielenterveys on riippuvainen. Mielenterveyteen ja psyykkiseen sairauteen liittyviin käsitteisiin on historiassa liittynyt monenlaisia asenteita. (Lönnqvist ym. 2001, 13.)

Psykiatria on kutsuttu aiemmin mielitautiopiksi ja psykiatrisia sairauksia mielitaudeiksi. 1980-luvulta alkaen viralliseksi käsitteeksi on tullut mielenterveyden häiriöt. Se on laaja nimike monenlaisille psykiatrisille häiriöille, riippumatta niiden syistä ja vaikeusasteista. Amerikan psykiatriyhdistyksen diagnostisen ja tilastollisen käsikirjan (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 1994) mukaan mielenterveyden häiriö on kliinisesti merkitsevä yksilön käyttäytymiseen liittyvä psyykinen oireyhtymä tai oirekokonaisuus. Diagnoosi eli tautiluokituksen tautinimike annetaan silloin, kun häiriö on kliinisesti merkittävä. Häiriöön liittyy tällöin työ- ja toimintakyvyn huononemista ja jatkuvasti haittaavia oireita. Diagnoosiluokituksina Suomessa käytetään Maailman Terveysjärjestön tautiluokitusta ICD-10 ja luokitusta DSM-IV. Tautiluokitus ICD-10 sisältää lyhyen kuvauksen jokaisesta mielenterveyden häiriön tyypillisestä piirteestä. (Mt., 14, 35.)

Sairaalahoito suhteessa avohoitoon

Potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita silloin, kun avohuollossa annettavat palvelut ovat hänelle riittämättömiä. Sairaalahoidolla tarkoitetaan pääsääntöisesti juuri erikoissairaanhoidon tarjoamia palveluita tai sairaalahoitoa yleensä. Psykiatrisia osastoja on myös yliopistollisissa sairaaloissa ja aluesairaaloissa. Mielenterveyslain (1990) mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon, kun hän on mielisairas, tarvitsee hoitoa ja kun muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä. Kaikkien kolmen kriteerin on täytyttävä yhtäaikaaisesti. Tahdosta riippumaton hoito voi toteutua ainoastaan sairaalassa psykiatrisilla osastoilla. Suuri osa psykiatrisesta sairaalahoidosta perustuu kuitenkin vapaaehtoiseen hoitoon. Käsite mielenterveystyö on laaja ja se sisältää psykiatrisen sairaanhoidon lisäksi avohoidossa tehtävän työn, mutta ylittää sen kaiken työn,

jolla parannetaan ihmisten elinoloja ja pyritään vähentämään heidän mielenterveytensä häiriöitä. (Latvala 1998, 16.)

Erikoissairaanhoidolaissa (1989) määritellään psykiatrisen sairaalahoidon järjestäminen ja mielen-terveyslaissa määritellään sen sisältö. Laki korostaa avohoitoa ensisijaisena hoitomuotona. Sairaalahoidossa olevilla tavallisimmat sairaudet ovat skitsofrenia ja erilaiset psykoosit. Psykoottisille henkilöille tunnusomaista on todellisuudentajun katoaminen. Psykoosiin voi liittyä lisäksi skitsofreenisia, depressiivisiä, paranoidisia ja mielialan vaihteluun liittyviä oireita. Vielä 1970-luvulle saakka psykiatrinen hoito painottui Suomessa laitoshoitoon. Tämän jälkeen laitoshoittoa on vähennetty ja avohoitoa kehitetään kaiken aikaa. (Mt., 17–18.) Koska sairaalahoido on vähentynyt, hoidossa olevat potilaat ovat yhä huonokuntoisempia. Tämä asettaa haasteita myös terveyssozialityölle. Työntekijän tulee osata arvioida potilaan sairautta ja sen vaikutusta toimintakykyyn ja yhteistyöhön. Psykiatrisella osastolla potilaat ovat taustoiltaan hyvin heterogeeninen ryhmä ja he edustavat yhteiskunnan kaikkia sosiaaliluokkia, toisin kuin esimerkiksi toimeentulotukityössä. Jokaisen potilaan kohdalla onkin mietittävä, mikä on sosiaalityön rooli ja arvioitava sitä yhdessä hoitotiimin kanssa.

Terveyssozialityöntekijän rooli psykiatrisilla osastoilla

Psykiatrisilla osastoilla moniammatilliset tiimit ovat keskeinen osa hoitotyötä. Sosialityöntekijä tapaa potilaita tiimeissä, yksilötapaamisissa ja verkostopalavereissa. Korkealaakson tutkimuksen (2006, 106–107) mukaan psykiatrian lääkärit määrittelevät sosialityöntekijöiden perustehtäväksi psykiatrisessa sairaanhoidossa potilaan taloudellisten asioiden turvaamisen, selvittely- ja yhteistyötehtävät sekä moniammatilliseen tiimityöhön liittyvät tehtävät. Sosialityöntekijän rooli sosialiturvaetuksien selvittäjänä ja niistä informoijana on tärkeä. Yhteistyö- ja selvittelytehtäviin kuuluu taustatiedon selvittäminen niin lähiomaisten kuin viranomaisten kanssa. Yhtäältä sosialityö nähdäänkin laajana hoitoprosessiin osallistumisena ja toisaalta kapeana taloudellisiin asioihin keskittyvänä toimintana. Psykiatrisessa hoidossa lääketieteellisen työn lisäksi korostuu voimakkaasti hoitotyö ja omahoitajasuhde. Jokaisella potilaalla on hoitajakson aikana ainakin yksi omahoitaja, usein kaksi. Omahoitajasuhteessa tärkeitä ovat yhdessä käytävät keskustelut, mutta omahoitajat hoitavat myös paljon potilaan käytännön asioita. (Matilainen 1994, 24.) Käytännössä omahoitajan ja sosialityöntekijän tehtävät ovat osittain samoja, koskien yhteyttä omaisiin ja palveluiden järjestämistä. Psykiatrisessa sairaanhoidossa omahoitajat tekevät paljon sosialista työtä.

Terveyssosiaalityöntekijä ei tee hallinnollisia päätöksiä samoin kuin sosiaalityöntekijät kunnan sosiaalitoimessa. Terveystuon yksikön sosiaalityöntekijä avustaa ja ohjaa asiakasta esimerkiksi toimeentulotuen hakemiseen, mutta hakemus lähetetään potilaan kotikunnan sosiaalitoimeen. Tällöin päätöksen tekijä on kolmas osapuoli. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen kuuluu yhteistyö eri asiantuntijoiden ja potilaan sekä hänen lähiverkostonsa kanssa. (Matilainen 1994, 40.) Joidenkin potilaiden ja heidän omaistensa onkin vaikea ymmärtää, että sosiaalityöntekijä ei sairaalassa voi myöntää toimeentulotukea. Kuitenkin jotkut potilaat haluavat sosiaalityöntekijän olevan yhteydessä kotikunnan sosiaalitoimen, jotta toimeentulotuki myönnettäisiin. Terveystuon sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluu olla yhteydessä eri viranomaisiin, kuten Kelaan ja sosiaalitoimeen. Sosiaalityöntekijä laittaa etuusia vireille yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa seuraa prosessin etenemistä.

Sosiaalityön vahvuutena psykiatrisessa sairaanhoidossa voidaan pitää sen erilaista teoreettista koulustaustaa suhteessa muihin ammatteihin. Len Spearman (2005, 60–62) korostaa sosiaalityön ei-patologista teoriaa suhteessa psyykkisiin sairauksiin. Sosiaalityössä ei ole lääketieteellistä taustaa, vaan se painottaa yksilön vahvuuksia, ideologiaa ja arvoja. Työhön orientoitumisessa ensisijaisista on nähdä potilas suhteessa ympäristöönsä ja historiaansa. Psyykkiset sairaudet ovat pitkäkestoisia ja potilaalla on vaihtuvia vaiheita sairautensa. Sosiaalityöntekijän täytyy rohkaista potilasta ja löytää keinoja, jotka auttavat häntä paremman elämänlaadun saavuttamisessa. Sosiaalityön tehtävänä ei ole keskittyä oireisiin ja lääkkitykseen, vaan löytää ne mahdollisuudet joiden avulla potilas voi ratkaista käytännön elämäänsä liittyviä ongelmia. Samalla tavalla sosiaalityön rooli koetaan tärkeäksi myös psyykkisistä sairauksista kärsivien vankien hoidossa. Hänellä koetaan olevan avainrooli sosiaalisen tilanteen arvioinnissa sekä tietoa sosiaalilainsäädännöstä. Sosiaalityöntekijä koetaan tärkeäksi osaksi tiimiä. (Hodges & Anderson 2005, 17–23.) Kansainvälisissä artikkeleissa painotetaan sosiaalityön terapeutista ja kokonaisvaltaista otetta enemmän kuin suomalaisessa kirjallisuudessa. Suomessa sosiaaliturvan ja taloudellisten seikkojen osuus sosiaalityön roolissa tuntuu olevan keskeisempi.

Sosiaalityön suhde hoitotyöhön

Ammatillisessa lisensiaattitutkimuksessa Eija Antikainen-Juntunen (2005, 66–68) puhuu integroidusta sosiaalityöstä osana psykiatrista hoitotyötä. Tällä tarkoitetaan sosiaalityön olevan kiinteä osa hoitotyötä. Hänen tutkimuksen mukaan avohoidossa ja psykiatrisissa päiväsairaaloissa työskentelevät sosiaalityöntekijät kuvaavat olevansa hoitosuhteessa asiakkaisiinsa ja toimivat myös heidän omahoitajina. Tällöin heidän työtehtävänsä painottuivat enemmän terapiatyöhön, kuin yleensä sairaalassa. Sen sijaan ympärivuorokautista hoitoa antavilla sairaalaosastoilla työskentelevät tekevät selkeästi sosiaalityöntekijän tehtäviä. Heidän työnsä painottui potilaiden ohjaukseen ja neuvontaan, avustamiseen taloudellisissa ja asumiseen liittyvissä asioissa ja hakemusten täyttämässä sekä yhteydenpitämisessä omaisten kanssa. Vaikka Antikainen-Juntusen (2005) tutkimuksessa avohoidon sosiaalityöntekijät kokevatkin hoidollisen työorientaation arvostettuna, he kokevat myös ongelmalliseksi sen, että liiallinen samaistuminen hoitotyöhön on esteenä varsinaisen sosiaalityöntekijän tehtävien tekemiselle. Työ on sidottu hoitosuhteisiin ja muut työtehtävät tehdään siinä sivussa. Uhkana tällaisessa työskentelyssä on sosiaalityöntekijöiden korvaaminen hoitajilla, jos työnkuvat ovat liian samanlaisia. Terapiasuuntautuneisuutta voidaan sinänsä pitää vahvuutena sosiaalityössä. Haasteena onkin, miten kytkeä terapiasuuntautunut työote osaksi psykiatrista terveysosiaalityötä niin, että sosiaalityön asiantuntijuus säilyy hoitotyöstä erillisenä.

Korkealaakso (2006) kirjoittaa sosiaalityöntekijästä joko vierailevana tähtenä tai hoito- ja kuntoutusprosessissa kiinteästi mukana olevana. Vieraileva tähti on konsultoiva ja sairaalahierarkian ulkopuolella oleva ammatinharjoittaja. Tällöin sosiaalityö painottuu kapea-alaisesti taloudellisiin asioihin ja on avustavassa tai alisteisessa roolissa suhteessa muihin ammatteihin. Hoito- ja kuntoutusprosessissa mukana oleminen ei tarkoita hoitotyön tekemistä. Tällöin sosiaalityöntekijä on kokonaisvaltaisesti mukana potilaan prosessissa jo ongelman määrittelyvaiheesta asti ja saa näin kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilanteesta ja voi toimia tasa-arvoisesti moniammatillisessa tiimissä. Aina näiden kahden mallin ero ei ole kuitenkaan selkeä. (Mt., 108–109.)

Vaikka organisaatioiden ja osastojen kulttuurit ja hierarkiat ovat erilaiset, voi sosiaalityöntekijä vaikuttaa suurelta osin itse rooliinsa. Tämä vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja ja vahvaa ammattidentiteettiä sekä positiivista asennetta työskentelyyn. Toisaalta tässä tilanteessa määräaikaisessa työsuhteessa olevalla ja vakituisella työntekijällä on erilaiset mahdollisuudet vaikuttaa asemaansa. Metteri (1993, 92) painottaa kuitenkin sosiaalityöntekijän roolia asenteisiin vaikuttajana ja myönteis-

sen ilmapiirin luojana psykiatrisessa sairaanhoidossa. Toisaalta hän on myös tulkki sairaalan ja sen ulkopuolisen maailman välillä.

3 INSTITUTIONAALINEN VUOROVAIKUTUS JA VALTA

Tässä luvussa käsittelen institutionaalista valtaa niin organisaation tasolla kuin moniammatillisen tiimin puheen tasolla. Organisaation tasolla valta asettaa institutionaalisia rajoja toiminnalle, kun taas puheen tasolla valta rakentuu puheessa osana sosiaalista todellisuutta. Anssi Peräkylä (1998, 178–179) määrittelee institutionaalisen puheen sellaiseksi, jossa sen ”sisäiset” institutionaaliset piirteet kohtaavat yhteiskunnan ”viralliset” instituutiot. Institutionaalinen puhe on suhteessa makrokontekstiin. Instituutiosta voidaan puhua käsiteltäessä terveydenhuoltoa tai sosiaalitoimea yleisenä lainsäädännöllisenä kokonaisuutena. Niiden sisällä taas toiminta jakaantuu hyvin erilaisiin organisaatioihin. Eri organisaatioiden sisällä keskusteluinstituutioita tuotetaan ja rakennetaan asiakkaan ja työntekijän keskustelujen kautta (Jokinen & Suoninen & Wahlström 2000, 16).

3.1 Instituutiot ja valta

Yhteiskunnallinen vallankäyttö on osa instituutioiden toimintaa. Michael Foucault (1980) käsittelee institutionalisoitunutta vallankäyttöä historiallisesta näkökulmasta. Vaikka vallankäyttö on muuttunut paljon 1600-luvulta, säätelevät monien instituutioiden toimintaa edelleenkin samat keinot. Kouluissa, sairaaloissa ja vankiloissa institutionaalista vallankäyttöä ovat kiinteä päiväjärjestys, vapaan liikkumisen rajoittaminen sekä lainsäädännön sisältämä ohjeistus. Teoksessa Tarkkailla ja rangaista Foucault (1980) käsittelee kuitenkin kurinpitovaltaa, joka sinänsä ei liity moniammatilliseen työskentelyyn. Foucaultin käsitykset instituutioista ja vallasta luovat kuitenkin pohjaa nykyisille valtakäsityksille. Toisaalta yhtä vallan teoriaa ei voida rakentaa, sillä valtaa on joka puolella yhteiskunnassa. Sen sijaan voidaan tutkia vallan erilaisia ilmentymiä. Foucault ajatteleekin, että vallasta puhuttaessa, kyse on enemmän sen käyttämisestä kuin sen omistamisesta. (Foucault 1980, 34,204–210, 232.) Henkilö, jolla on valtaa, kykenee sen avulla kontrolloimaan muiden käyttäytymistä. Näin hänellä on mahdollisuus vaikuttaa toiminnan lopputulokseen. Liisa Häikiön (2001) mukaan Foucaultia on kritisoitu vallan subjektiivisuudesta. Kun sosiaalisen, normatiivisen ja poliittisen vallan ajatellaan kehittyvän toimijan ja toiminnan kohteen suhteesta, Foucaultilla valta on toimija ja toiminnan kohde on elämän hallitseminen. (Mt., 76–78.) Liisa Häikiön mukaan Foucault (1976; ref. Häikiö 2001, 77) toteaa, että modernissa yhteiskunnassa vallan keinot ovat muuttuneet. Miekkan tilalle ovat tulleet normit, joiden avulla ihmisten toimintaa voidaan määritellä, mitata ja kontrolloida ja hierarkisoida. Ajatus moniammatillisten tiimien vallasta liittyykin normeihin ja moraalisiin lau-

sumiin. Valtaa on hänellä, joka on oikeutettu määrittämään tavoitteita, arvioimaan toisen ihmisen kehittymistä ja tekemään häntä koskevia päätöksiä.

Erving Goffman (1961) kirjoittaa mielisairaaloista totaalisisina laitoksina ja niissä tapahtuvasta valtakäytöstä. Laitoksien henkilökunnalla on erilaiset institutionaaliset tehtävät, joidenkin tehtävänä on edustaa laitosta sen ulkopuolella olevassa yhteiskunnassa ja jotkut taas työskentelevät pääasiassa potilaiden kanssa. Goffman kirjoittaa henkilökunnan alemmasta ja ylemmästä luokasta, joka perustuu tehtävän ja normien lisäksi myös arvonantoon. Arvonanto toteutuu niin henkilökunnan kuin potilaidenkin taholta. (Mt., 89–91.) Vaikka Goffman käsittelee valtaa ja mielisairaita hyvin kriittisesti eikä kaikkea sitä voi rinnastaa nykypäivän psykiatriseen sairaanhoitoon, antaa hänen teoksensa ajatuksia institutionaalisen vallan olemuksesta.

Sosiaalityön instituutiot ja valta

Postmoderni kriittinen sosiaalityö on koulukunta, jonka tavoitteena on ollut haastaa kriittinen sosiaalityö ja modernin yhteiskunnan teorioita (Healy 2000, 12). Sen päämääränä on luoda suhde teorian ja käytännön välillä, mutta toisaalta luoda uskoa yksilön mahdollisuuksiin muuttaa maailmaa. Sen keskeinen ajatus on, että yksilöt voivat itsetietoisuuden ja kollektiivisen toiminnan kautta vapautua yhteiskunnan valtaapitävien alaisuudesta ja päästä tasa-arvoiseen asemaan. Modernissa yhteiskunnassa ja kriittisessä sosiaalityössä valtasuhteet ovat jakautuneet sosiaalisen aseman ja luokkajaon mukaisesti, voitiin puhua voittajista ja häviäjistä (kapitalismi). Käsitteet ovat dualistisesti jakautuneita valtaa pitäviin ja valtaa vailla oleviin.

Postmodernin kriittisen sosiaalityön näkemyksen mukaan valta tulee jakautua kuitenkin kaikkien kesken, niin alistettujen kuin alistajienkin. Sosiaalisen vapautumisen perusedellytys on tietoisuus, jonka avulla voidaan muuttaa vallitsevia olosuhteita, ei ajatella enää että valtaa on tai sitä ei ole, vaan valta on samalla tavalla kaikkien ulottuvilla. (Mt., 12–21.) Karen Healyn (2000, 45) mukaan Foucault ei kiellä modernissa yhteiskunnassa vallinneita sosiaalisia rakenteita, vaikka hän ei varsinaisesti puhu niistä. Sen sijaan hän ei ajattele niiden ilmenevän paikallisella tasolla. Laajat yhteiskunnalliset rakenteet eivät luo paikallista valtaa, vaan paikalliset suhteet ilmentävät maailmanlaajuisen vallan olemusta. Foucaultin teoria rohkaiseekin sosiaalityöntekijöitä perehtymään käytännön työhön ja sen avulla ymmärtämään, kuinka sosiaalisia käytäntöjä ylläpidetään ja miten niitä voidaan haastaa.

Yhteiskuntaluokista, niiden rakenteista ja politiikasta puhuttaessa valtaa käsitellään makrotasolla. Paikallisella tasolla voidaan puhua vallan mikromaisemasta, jolloin tarkoitetaan henkilökohtaisia ihmissuhteita, sukupuolten välisiä suhteita tai työntekijä asiakassuhdetta. (Fook 2002, 46). Vuorovaikutussuhteessa rakentuvan vallan käsitteeseen liittyy olennaisesti käsite valtautuminen tai voimavaraistaminen (empowerment). Tällä tarkoitetaan pyrkimystä rakentaa valtaa kyseessä olevassa tilanteessa. Sosiaalityöntekijä ei käytä asemansa vuoksi valtaa, vaan rohkaisee asiakasta kontrolloimaan omia elinolosuhteitaan ja saavuttamaan omia päämääriään. Valta ja valtautuminen ovat tällöin sidottuja tilanteeseen ja tapahtumakontekstiin. (Fook 2005, 231 & Juhila 2006, 121.) Sosiaalityössä ihanteena pidetään horisontaalista asiantuntijuutta, jossa sekä asiakas että työntekijä ovat samalla tasolla ja kummallakin on tilanteessa tarvittavaa asiantuntijuutta. (Juhila 2006, 137–138.) Vaikka tutkielmani ei varsinaisesti käsittele työntekijän ja potilaan suhdetta, on asiantuntijoiden puhetta havainnoitu ja tutkittu potilastilanteissa. Tällä tavoin olen pystynyt hankkimaan tietoa siitä, miten asiantuntijat rakentavat valtaa ja saavuttavat omia päämääriään moniammatillisissa tiimeissä.

Vaikka institutionaalisen vallan tutkiminen tässä työssä keskittyikin vallan mikromaiseman eli keskusteluinstituutioiden tutkimiseen tiimissä, on olennaista ymmärtää, että eri organisaatioilla on yhteiskunnallinen tehtävä. Niille kuuluu lainsäädännöllisesti tietyt tehtävät, valta ja vastuu. Yksittäisen henkilön virallisen vallankäytön mahdollistaa viranomaisasema eli tietty koulutus ja tehtävä organisaatiossa. Yhtäältä moniammatillisten ryhmien toiminnassa mielenkiintoisinta on se, miten esimerkiksi valta ilmenee ryhmien sisäisessä vuorovaikutuksessa. Toisaalta taas, mikä on organisaation rooli ja miten se vaikuttaa lääkärin, sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen potilaan tapaan toimia. Leena Eräsaaren (1995) mukaan institutionaalista vallankäyttöä kuvataan arkikielessä ylhäältä alhaalle. Tällä tarkoitetaan, että johtajat ovat ylhäällä ja arvoaseman mukaan työntekijät eri tasoilla. Arkikielessä puhutaankin ylä-, väli- ja alaportaasta. Hierarkinen jako näkyy yleensä rakennuksissa ja työtiloissa. Tämä tulee esiin myös palaveritilanteissa istumajärjestyksenä ja vakiintuneina istumapaikkoina, vaikka siihen harvoin kiinnitetään huomiota. (Mt., 120–121.)

3.2 Vallan ilmeneminen puheessa ja kielessä

Kielenkäyttöä voidaan lähestyä tutkimusmenetelmällisesti erilaisista näkökulmista. Faktanäkökulmasta katsottuna puhe on todellisuuden kuva. Haastateltavat ovat informanteja ja heiltä pyydetään vastausta ja tietoa tiettyihin kysymyksiin. Puhetta voidaan tutkia myös todellisuuden rakentumisena. Kieli on osa todellisuutta ja sen avulla rakennetaan sosiaalista todellisuutta. Tällöin tutkimuksessa on konstruktionistinen näkökulma, kuten esimerkiksi diskurssianalyttisessä tutkimussuuntauksessa. Se on kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimista. Näin ollen analysoidaan sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan puheessa sosiaalisissa käytännöissä. (Jokinen & Juhila & Suoninen 1993, 9–10.)

Institutionaalista keskustelusta voidaan puhua silloin, kun toimija suorittaa institutionaalista tehtävänsä keskustelemalla (Peräkylä 1997, 202). Institutionaalilla vuorovaikutuksella tarkoitetaan keskustelun lisäksi myös kaikkea keskustelijoiden välillä tapahtuvaa ei–sanallista viestintää (Ruusuvoori 2002, 36). Instituutiot ovat läsnä vuorovaikutuksessa, jonka etenemistä ammattilaiset usein kontrolloivat. Sanojen ja ilmaisujen valinta osoittaa institutionaalisuutta. Sama henkilö puhuu eri tavalla eri positioista käsin, sosiaalityöntekijänä, kouluttajana, äitinä tai koiranomistajana. Vuorovaikutuskonventiot ovat erilaisia instituutiosta riippuen kuten lääkärinvastaanotolla tai oikeudenkäyntitilanteissa. Useimmiten niin virallisiin kuin arkisiin vuorovaikutustilanteisiin kuuluu tietyt keskustelusäännöt ja ne etenevät sen mukaan. (Peräkylä 1997, 178–181.) Institutionaaliseen keskusteluun ajatellaan kuuluvan seuraavanlaisia elementtejä. Tehtäväkeskeisellä orientaatiolla tarkoitetaan, että lääkäri puhuu potilaalle lääkärinä ja omasta instituutiostaan käsin saavuttaakseen sen päämäärän, joka hänen tehtävänänsä on. Toiseksi instituutio pakottaa myös potilaan osallistumaan ja toimimaan tietyllä tavalla. Koululuokassa, oikeussalissa tai sairaalassa kaikissa on omat kontekstiin liittyvät puhettavat ja toimintasäännöt. Näin institutionaalinen puhe luo kehyksen toiminnalla, minkä perusteella voi päätellä, miten jokin prosessi etenee. (Drew & Heritage 1992, 22–25.)

Organisaatioiden toimintaa voidaan tutkia diskursiivisina käytäntöinä. Vaikka organisaatioilla on viralliset säännöt, kuten edellä olen kuvannut, on niillä kuitenkin paljon epävirallisia sääntöjä, jotka liittyvät tavoitteisiin ja tehtäviin. Organisaatioiden toiminta ei ole staattista, vaan tapahtumia, jotka yksilöt merkityksellistävät eri tavoin. Jokainen asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen rakentuu omanlaisekseen ja niissä rakennetaan sosiaalista todellisuutta, joka koskee asiakkuutta, sosiaalisia ongelmia, tavoitteita ja muutosta. Jos ajatellaan sosiaalityön eri organisaatioita, kuten lastensuoje-

lua, kriminaalihuoltoa tai psykiatrasta sairaanhoitoa, muodostuu niissä keskustelu sen mukaiseksi, mikä on kunkin yksikön perustehtävä. Auttamistyössä puhutaankin ongelmapuheen muodostumisesta ja rakentumisesta, mikä on aina vuorovaikutuksellista ja kyseisessä tilanteessa tapahtuvaa. Työntekijät edustavat näissä tilanteissa kuitenkin julkista valtaa. Julkiseen valtaan liittyy velvoittavuus toimia lainsäädännön edellyttämällä tavalla. (Juhila & Pösö 2000, 35–40, 59.) Velvoittavuus vaihtelee kontekstista riippuen. Esimerkiksi lastensuojelutyö on lainsäädännöllisesti tiukasti ohjattua ja se velvoittaa niin työntekijää kuin asiakastakin, vaikka jokaisessa vuorovaikutustilanteessa rakennetaan omanlaista todellisuutta. Sosiaalityön antama ohjaus ja neuvonta ovat hyvin paljon väljempää toimintaa eivätkä velvoita kumpaakaan osapuolta erityisen tiukasti. Keskustelun rakentuminen ja julkinen vallankäyttö ovat näissä keskenään erilaisia.

Asiakastilanteet, hallintakeinot ja vuorovaikutus

Sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa tapahtuu monenlaisia asioita ja jokainen asiakkuus on tilannekohtainen neuvottelukysymys. Jo asiakkaan nimeäminen asunnottomaksi, syrjäytyneeksi tai päihdeongelmaiseksi antaa raamit ja merkityksen asiakkuudelle sekä työn lähtökohdille. Näissä nimeämisissä ja määrittelyissä on kysymys kielellisistä teoista. Määritellään asiakkuuden työntekijä kategorisoi asiakkaan yhteiskunnallisesti tiettyyn asemaan ja osaksi jotakin tiettyä ihmisryhmää. (Raitakari 2006, 22.)

Sen lisäksi, että instituutioita ja erilaisia ongelmanmäärittelyksiä tuotetaan kasvokkaisissa vuorovaikutustilanteissa asiakkaan kanssa, tapahtuu sitä monissa muissakin yhteyksissä kuten tiimeissä. Esimerkiksi dokumentit ovat välineitä, joiden välityksellä luonnehditaan asiakaskuntaa ja määritetään instituution tehtäviä. Sosiaalilainsäädäntö, toimintakertomukset sekä -suunnitelmat ovat tekstejä, joissa määritellään asiakaskuntaa. Yksittäisestä asiakkaasta tehdyt viralliset asiakirjat, dokumentit ja epäviralliset muistiinpanot ovat myös asiakkaan luonnehdintoja. Kyseessä on teksti, jolla on aina joku yleisö, jolle se kirjoitetaan. Instituutioiden sisällä ja niiden välillä käydään keskustelua asiakkaista, jotka eivät ole läsnä. Keskustelut voivat olla virallisia tai vain kollegojen käytäväkeskusteluja. Näille kaikille tavoille yhteistä on se, että niissä neuvotellaan instituution asiakkuuden ehdoista ja ongelmatyönjakoista. Ongelmatyönjako on käsite, jolla tarkoitetaan, että jokaisella instituutiolla on oma tehtävä sosiaalityön kentällä. Asiakkaat määräytyvät tiettyyn instituutioon ongelmansa perusteella. (Juhila 2006, 218–219.)

Raitakari (2006) käsittelee instituutioiden hallintakeinoja. Tutkittaessa hallintakäytäntöjä liikutaan puheen mikrotason ja kulttuuristen normien makrotason välillä. Hallintakäytännöillä tarkoitetaan esimerkiksi niitä institutionaalisia käytäntöjä, joiden päämääränä on sosiaalisten ongelmien ratkaiseminen. Ne perustuvat käsitykseen ideaalitodellisuudesta, jota toimijat tavoittelevat. (Mt., 260–262.) Sirpa Saario (2004) on tutkinut mielenterveystoimistojen erilaisia hallintakeinoja. Mielenterveystoimiston hallintakeinoiksi hän on nimennyt byrokraattiset asiakirjat, jotka liittyvät sosiaaliturvaan tai asiakkaan hoitoon. Näitä voivat olla sairauskertomukset tai loppulausunnot. Lisäksi hallintakeinoja ovat työn sisällön kirjaamiseen käytetty atk-järjestelmä sekä ajanvarauskirjoissa näkyvä tapa jaotella työpäivät. Saarion mukaan työntekijöiden työ- ja toimintatavat korostavat määrällistä suorittamista ja tarkkaa etukäteissuunnittelua. Tiukka hallintajärjestelmien noudattaminen vaikuttaa, että työntekijöiden asiakastyöhön liittyvät toimintatavat vähenevät ja heillä ei ole mahdollisuutta käyttää asiakastilanteissa kaikkea ammatillista asiantuntijuuttaan. (Mt., 87.) Instituutioilla on sekä positiivisia että negatiivisia seuraamuksia. Niissä voidaan käyttää valtaa produktiivisesti, jolloin vahvistetaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja itsereflektiivisyyttä. Toisaalta näihin liittyy vaara liiallisesta vallankäytöstä ja hallinnasta. (Raitakari 2006, 260–261.)

Diskurssianalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla on alettu tutkia instituutiota ja niissä tapahtuvaa vuorovaikutusta ja puhetta. Tällöin valtaa ei tutkita ulkoapäin määräytyvänä ominaisuutena, vaan sitä tarkastellaan produktiivisena eli miten se on kietoutunut sosiaalisiin käytäntöihin ja miten valtasuhteita tuotetaan niissä. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita diskurssien välisistä ja sisäisistä valtasuhteista ja analysoidaan tiettyjen diskurssien hegemonisuutta eli johdoasemaa. Lisäksi ollaan kiinnostuneita diskursseihin liittyvistä seurauksista ja pohditaan muutoksen ja kyseenalaistamisen mahdollisuutta. Jos ajatellaan jonkin tietyn ammattikunnan tuottamia diskursseja, on niihin sisäänpääsy kielellisesti rajoitettua. (Jokinen & Juhila 1993, 75–87.)

Mielenkiintoista on, miten paljon makrotasolla olevat instituution rakenteet ja hallintakeino välittyvät ammattilaisten puheeseen ja toimintaan moniammatillisissa ryhmissä. Toisaalta, miten paljon ne tulevat osaksi eri asiantuntijoiden tapaa määritellä ja oikeuttaa toimintaansa. On huomioitava, että hallintakeinot ovat osittain välttämättömiä ja niitä tarvitaan, mutta toisaalta tarvitaan myös ammattilaisten itsenäistä reflektiivisyyttä omaan toimintaan ja myös koko organisaation tapaan toimia.

3.3 Vuorovaikutus moniammatillisissa ryhmissä

Moniammatillinen tiimi on institutionaalisen vuorovaikutuksen ideaalimuoto. Se etenee prosessinomaisesti ja sitä ohjaavat organisaation säännöt. Niissä tuotettavien diskurssien kautta organisaatio uusintaa ja tuottaa omaa itseymmärrystään. Kokous on ikkuna organisaation käsitteisiin ja käytäntöihin sekä valtarakenteisiin ja rutiineihin. (Nikander 2002b, 55–60.) Tutkittua tietoa erilaisten ryhmien ja moniammatillisten tiimien toiminnasta on melko paljon, mutta ongelmana on, onko tutkitun tiedon avulla pystytty kehittämään työelämän tiimien toimintaa.

Toimivan vuorovaikutuksen syntyminen ei ole moniammatillisessa työssä itsestäänselvyys. Vuorovaikutussuhteessa halutaan painottaa dialogisuutta, jossa korostetaan tasavertaisuutta, vastavuoroisuutta ja avoimuutta. (Mönkkönen 1996, 51–52.) Kaarina Mönkkönen lainaa Mihail Bahtin (1990; ref. Mönkkönen 1996, 52) 1900-luvun alun dialogisuuden määritelmää. Sen mukaan dialogissa on läsnä aina vähintään kaksi toimijaa, joiden tavoitteena on yhteisen ymmärryksen syntyminen usein ristiriitaisistakin näkemyksistä. Kun dialogisuutta kuvaa avoimuus, ristiriitaisuus ja moniäänisyys, niin sen vertailukohdalle monologisuudelle on tyypillistä yksinäisyys, ennustettavuus ja syy-seuraussuhteet. (Mt., 52–59.) Keskustelutilanteen moniäänisyydestä voidaan käyttää myös musiikillista termiä polyfonia, jossa kussakin tilanteessa on läsnä useita eri ääniä. Puhujan viesti rakentuu tällöin hänen ja kuulijoiden välisessä vuorovaikutuksessa. (Seikkula & Arnkil 2005, 78–87.)

Tiimin yksi muoto on verkostopalaveri, jossa yhteen kokoontuvat ammattilaisten lisäksi myös asiakkaan läheisverkostot. Jaakko Seikkula ja Tom Arnkil (2005) kritisoivat ajatusta siitä, että verkostopalaveri olisi yhteistyön ydin. Heidän mukaansa sitä voidaan pitää verkostotyössä erityistapauksena, mutta verkostotyö ja moniammatillinen työskentely voi sujua ilman palavereitakin. Kommunikoidessaan keskenään, ammattilaiset määrittelevät ja asemoivat itsensä ja suhteet toisiinsa. Ongelmaa määriteltäessä, määritellään myös sitä, ketkä ovat päteviä asiaa käsittelemään ja ketkä eivät. Joskus pyritään löytämään yhteinen ongelma. Seikkulan ja Arnkilin (2005) mukaan se ei kuitenkaan ole mahdollista sillä, kun toimijoita on monta, on ongelmia yhtä paljon. Jokainen asiantuntija käsittelee ongelmaa omasta positioistaan käsin. (Mt., 30–33.) Nikander (2005) painottaa myös kunkin profession merkitystä tiimityöskentelyssä. Jokainen heistä tuo oman tietämyksensä ja asiantuntijuutensa tiimiin. (Mt., 263.) Jokaisella asiantuntijalla on tarkasti määritelty rooli omassa organisaatiossaan, lääkärillä terveydenhuollossa, sosiaalityöntekijällä sosiaalitoimistossa ja opettajalla koulussa (Arnkil & Seikkula 2005, 31).

Moniammatillisten ryhmien haasteet

Moniammatillisissa ryhmissä ristiriitatilanteet ovat usein uhkaavia. Omaa, asiakkaan kannalta ehkä edullista näkemystä, ei uskalleta tai haluta nostaa esiin. Vaikka moniammatillisten ryhmien keskustelu ei voi olla ainoastaan etiikasta ja arvoista keskustelua, päätöksentekoa helpottaa, kun yhteisistä pelisäännöistä, kriteereistä ja näiden taustalla olevista eettisistä arvoista sovitaan yhdessä. Koska kyseessä on lähes aina potilaan tai asiakkaan elämäntilanteeseen vaikuttavat asiat, täytyy osapuolten luoda yhteiset pelisäännöt päätöksenteolle. Tämä lisää moniammatillisen työn läpinäkyvyyttä. (Nikander 2002b, 68–69.) Sanna Pellisen (1996) mukaan asiantuntijoiden tehtävän määrittelemiseen sisältyy valtaa, kenen kielellä ja mistä lähtökohdista asiat määritellään ja miten luodaan yhteinen todellisuus näissä keskusteluissa. Vallankäytön havaitseminen ei kuitenkaan ole aina helppoa. Moniammatillisessa yhteistyössä ammattitaitoa on hallita oman alansa kieli ja pystyä perustelemaan näkemyksensä ja ymmärtämään muita. Ryhmässä vaarana on jäädä näkymättömäksi, jos taitoa oman ammattitaidon esiintuomiseen ei ole. (Pellinen 1996, 138–140.) Missään moniammatillisessa ryhmässä tai työyhteisössä yksilön valta ei tule valmiiksi annettuna.

Koska kieli ja puhe ovat aktiivista toimintaa ja niiden avulla rakennetaan sosiaalista todellisuutta, ei ole yhdentekevää minkälaisia käsitteitä ja määrittelyjä käytetään. Potilaan tilannetta ja suhdetta toiseen ammattilaiseen määritetään kielen ja muun vuorovaikutuksen avulla. (Matilainen 1994, 52–53.) Tiimityö on käytännön toiminnan lisäksi puhetta. Vuorovaikutuksen ja kielen tutkiminen, sekä päätöksentekoprosesseissa tapahtuvan argumentoinnin ja kategorisoinnin analysoiminen antavat konkreettista tietoa tiimien työskentelystä. Tutkimuksen avulla voidaan paremmin ymmärtää työn asettamia vaatimuksia. Päätöksentekoprosessien analysoiminen lisää ymmärrystä ja antaa välineitä moniammatillisen työn kehittämiseen. Se kertoo siitä, mikä merkitys ammattikuntien rajoja ylittävällä moniammatillisella työskentelyllä on nykypäivän työelämässä ja minkälaisia vaatimuksia se asettaa työntekijöille. (Nikander 2003, 288.)

4 TUTKIMUKSEN TEHTÄVÄ, AINEISTO JA ANALYSOINTI

Koska minulla ei ollut aiempaa kokemusta terveystieteistä ja psykiatrisesta sairaanhoidosta, halusin hyödyntää harjoittelukokemukseni tämän tutkielman teossa. Näiden kokemusten yhdistäminen tutkielman tekoon on perusteltua siinäkin mielessä, että tutkijana en pystyisi kuitenkaan näitä asioita pitämään erillään toisistaan, koska ne ovat tapahtuneet osittain samanaikaisesti. Tiimien toimintaan liittyvän vuorovaikutuksen ymmärtäminen auttaa ymmärtämään institutionaalisen vallan olemusta ja rakennetta.

4.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset

Sosiaalitutkimus on tutkimusta, joka koostuu teoriasta ja empiirisestä analyysistä. Teoreettisen osan voidaan ajatella muodostuvan aikaisemmasta tutkimuksesta ja tutkijan omasta aivotoiminnasta. Empiirinen analyysi koostuu useimmiten mittaustuloksista ja tekstiaineistoista. (Töttö 2004, 10–11.) Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa aineisto kerätään pääosin havainnoimalla tai haastatteleamalla eikä aineistoa analysoida tilastollisilla menetelmillä. Laadullisella tutkimuksella ei ole tavoitteena hankkia yleistettävää tietoa, vaan tietoa nimenomaan tutkimuskohteesta, jossa tutkijan rooli vaikuttaa usein aineiston hankintaan. Vaikka tutkimusta pidetään hypoteesittomana, toisin kuin kvantitatiivista tutkimusta, on kvalitatiivisessa tutkimuksessa usein jokin lähtöajatus ja esioletus. Tutkijan omat ennakkokäsitykset ja oletukset vaikuttavat tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Ennakkokäsitykset vaikuttavat teoretiedon valikoinnissa, aineiston keräämisessä, analysoinnissa sekä raportoinnissa. (Eskola & Suoranta 1998, 13–21.) Laadullisen tutkimuksen totuudellisuutta pohdittaessa keskeisiä käsitteitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja paikkansapitävyys (D’Cruz & Jones 2004, 74–75).

Tämä pro gradu -tutkielma on laadullinen tutkimus, jonka teoreettis-metodologinen viitekehys on sosiaalinen konstruktionismi. Konstruktionismia voidaan pitää useiden laadullisten tutkimuksien metodisten orientaatioiden teoreettisena viitekehysenä. Sosiaalisella konstruktionismilla tarkoitetaan tutkimusta, jossa keskeisiä ovat kulttuuriset merkitykset ja toiminta. Konstruktionistisessa näkökulmassa aineisto ei ole portti todellisuuteen, kuten faktanäkökulmassa, vaan se on osa todelli-

suutta.¹ Tutkimuksen kohde on kulttuurinen toimija, joka tuottaa todellisuutta. Konstruktionistisessa tutkimuksessa tutkija on tulkitseva analyytikko, joka on itse mukana todellisuuden rakentamisessa. (Jokinen 2005.)

Konstruktionistinen viitekehys on tässä tutkimuksessa perusteltu. Aiempien tutkimusten perusteella tiedämme (ks. Foucault 1980, Peräkylä 1998, Juhila 2006), että valtarakenteita moniammatilliseen toimintaan luovat yhteiskunnalliset instituutiot, lainsäädäntö, organisaatioiden tehtävät ja käytännöt sekä eri ammattiryhmien koulutus ja asema. Sosiaalityön rooli ja valta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ovat aiheita, joista tutkimustietoa on kuitenkin vähän. Koska sairaala työympäristönä ja psykiatrinen erikoissairaanhoido olivat minulle uusia asioita, olen käyttänyt tutkimuksessani etnografista lähestymistapaa ja aineiston olen kerännyt havainnoimalla ja ryhmähaastattelulla. Näin syntyy tietoa siitä, miten moniammatillisuus ja valta realisoituvat sairaalainstituutiossa.

Tutkielman tavoitteena on perehtyä moniammatillisten tiimien ja sosiaalityön toimintaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Keskeisellä sijalla ovat ammattilaisten puhettavat ja institutionaalisen vallan piirteet. Lähestyn aihetta tarkastelemalla tiimin eri asiantuntijapositioneja institutionaalisen vallan näkökulmasta ja kysyn, miten valta tulee esiin tiimien toiminnassa. Vallan tarkastelussa keskityn siihen, miten tiimeissä puhutaan tavoitteista, arvioidaan potilaan tilannetta ja tehdään päätöksiä. Tavoitteena oli tutkia tiimejä siinä kontekstissa, jossa ne luonnollisesti työskentelevät, siksi keräsin aineistoni havainnoimalla ja ryhmähaastattelulla. Ryhmähaastattelua on käytetty vähän pro gradu -tutkielmien aineistonkeruumenetelmänä. Terveys- ja sosiaalityöstä sen sijaan tutkimuksia on tehty Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitoksella, mutta ei vallan näkökulmasta. Mielestäni aihe on tärkeä ja haluan perehtyä sosiaalityön profession. Tutkimusasetelma ei mahdollista potilaan näkökulman tavoittamista, vaan miten ammattilaiset ja potilas yhdessä tuottavat käsityksiä potilaan tilanteesta. Tämän vuoksi potilasnäkökulma tulee välillisesti esiin tutkielmassa. Omat aikaisemmat kokemukset moniammatillisesta työskentelystä vaikuttavat tapaani käsitellä asioita ja tehdä tulkintoja. Sairaala työympäristönä on sen sijaan minulle uusi kokemus, joten pyrin lähestymään aihetta mahdollisimman avoimesti. Tutkielman kolmea eri aineistosta kuvaan tarkemmin luvussa 4.2. Kaikkien aineistojen tarkoituksena on vastata samoihin tutkimuskysymyksiin. Havainnoimalla keräsin niin taustoittavaa tietoa sekä tietoa yhden tiimin toiminnasta yksityiskohtaisesti. Ryhmähaastatteluaineisto on laajin ja siksi myös merkittävin työn tulosten kannalta.

¹ Pertti Töttö (2004, 96) kritisoi sosiaalitieteessä konstruktionistista näkemystä siitä, että se ei paneudu kausaalisiin selityksiin, vaan pyrkii vastaamaan ”mitä ja miten” -kysymyksiin, mutta ei syy- ja seuraussuhteiden tutkimiseen ja ”miksi” -kysymyksiin. Tötön mukaan puheellakin on kausaalisia vaikutuksia.

Ryhmähaastattelun etu on se, että sillä voidaan tutkia tiimiä sen luonnollisessa kontekstissa. Tällöin se vuorovaikutustilanteena on lähes arjessa toimivan tiimin kaltainen. Tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen ja empiirisen aineiston avulla pyrin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mikä on sosiaalityön rooli moniammatillisissa tiimeissä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?
2. Mistä positioista käsin ja millä retorisilla keinoilla työntekijät puhuvat tavoitteista, arvioinnista ja päätöksenteosta?
3. Miten institutionaalinen valta ilmenee moniammatillisten tiimien toiminnassa?

Ensimmäinen tutkimuskysymys on laaja, mutta se on perusteltua, koska olen halunnut entnograafisen lähestymisen ja havainnointieni avulla kuvata yleisesti moniammatillisten tiimien toimintaa ja sosiaalityön roolia psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Muut tutkimuskysymykset koskevat sen sijaan pääsääntöisesti yhdeltä osastolta kerättyä aineistoa. Kolmannen tutkimuskysymyksen avulla pyrin kuitenkin pohtimaan valtakäsitystä laajemmin.

4.2 Havainnointi ja kerätyt aineistot

Suoritin sosiaalityön syventävien opintojen harjoittelun Seinäjoen keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla marraskuun 2006 alusta tammikuun 2007 loppuun, yhteensä kolme kuukautta. Näillä osastoilla potilaat ovat 18 vuotta täyttäneitä ja siitä vanhempia. Tutkimusluvan hain harjoitteluni alussa sairaalan hallintoylihoitajalta (liite 1). Harjoitteluni aikana olin erilaisissa rooleissa, ensin harjoittelijana, sitten sijaisena noin kuusi viikkoa ja lopuksi taas harjoittelijana, mutta koko ajan myös tutkijana. Harjoitteluni mahdollisti etnografisen lähestymistavan käyttämisen ja pääsyn kentälle. Roolini eri osastoilla oli erilainen ja tämä vaikuttaa myös havaintomateriaaliin.

Varsinainen havainnointiaineisto on kerätty tammikuussa 2007 yhden tiimin eri istuntoja havainnoimalla. Tästä havainnoinnista sovittiin yhdessä koko tiimin kanssa. Kyseiselle tiimille tein myös kaksi erillistä ryhmähaastattelua helmikuussa 2007. Oheinen taulukko kuvaa aineistoani kokonaisuudessaan.

Taustoittava havainnointi-aineisto	Havainnointiaineisto	Haastatteluaineisto
<ul style="list-style-type: none"> – työskentely osastoilla – päiväkirjat – harjoitteluanalyysi 	<ul style="list-style-type: none"> – muistiinpanot tiimin havainnoinnista, yhteensä 14 istuntoa 	<ul style="list-style-type: none"> – kaksi tutkimustiimin ryhmähaastattelua

Taulukko 1. Tutkielman kolme eri aineistoa

Havainnointia tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää eri tavoin. Tarkkaileva havainnoija on tutkimuskohteen ulkopuolella, kun taas osallistuva havainnoija on tutkimuskohteen sisällä. Toimintatutkimukseen liittyy aktiivinen osallistuva havainnointi, jolloin tutkija pyrkii toiminnallaan vaikuttamaan myös tutkimuskohteeseen ja ympäristöön. Etnografiseen lähestymistapaan kuuluu kokemalla oppiminen. Tällöin tutkija työskentelee konkreettisesti uudessa toimintaympäristössä. Piilohavainnoinnista puhutaan, kun tutkija havainnoi kohdettaan salaa, tällainen havainnointi ei kuitenkaan ole aina eettisesti kestävä. Oma aineistoni perustuu kokemalla oppimiseen ja osallistuvaan havainnointiin. (Vilka 2006, 37–42.)

Havainnoinnissa tavoitteena on saada mahdollisimman objektiivinen kuva tutkittavasta kohteesta. Objektiivisuus riippuu luonnollisesti tutkijan etäisyydestä tutkittavaan kohteeseen. Mitä lähempänä tutkija on kohdetta, eli mitä enemmän hän osallistuu itse toimintaan, sitä subjektiivisempänä voidaan pitää hänen havainnointiaan. (Metsämuuronen 2006, 116–117). Mikään tutkimus ei kuitenkaan ole täysin objektiivista ja erityisesti havainnointi on aina tutkijan tekemää tulkintaa ja hänen ennako-oletuksensa vaikuttavat siihen. Tutkijalta vaaditaan reflektiivisyyttä suhteessa omiin tulkintoihin ja niiden perusteella tekemiinsä johtopäätöksiin. Osallistuva havainnointi liittyy etnografiseen tutkimukseen, jossa tutkijan tavoitteena on päästä sisään tutkittavien kulttuuriin. Tutkijan tavoitteena on saada mahdollisimman holistinen näkemys tutkimuskohteesta. Tällöin hän voi hankkia lisääaineistoa esimerkiksi haastatteluiden avulla tai perehtymällä kyseiseen yhteisöön liittyviin tekstimateriaaleihin. (Jokinen 1999a, 41.) Ulkopuolinen havainnointi mahdollistaa tutkijan roolissa pysymisen. Tällöin tutkijalla on usein tietty lomake, jonka avulla hän tekee havainnointia ja johon hän ne kirjaa. Tällainen strukturoitu havainnointi on ajallisesti myös rajattu selkeämmin kuin osallistuva havainnointi. (D’Cruz & Martyn 2004, 118–119.)

Havainnointia voidaan tehdä vapaasti, jolloin tutkija kirjoittaa päiväkirjaansa niitä asioita, jotka häntä puhuttelevat ja jotka nousevat esiin kyseisessä toimintakulttuurissa. Hän keskittyy havainnoinnissa sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen ja vuorovaikutukseen kohteessaan. Havainnointi

on tällöin osallistuvaa havainnointia. Vapaa havainnointi on aikaa vievää ja vaatii tutkijalta aikaa osallistua tutkittavan kohteen toimintaan. Jäsennelty havainnointi, josta käytetään myös nimeä systemaattinen havainnointi, edellyttää tutkijalta havainnoitavan tilanteen läpikäymistä jo etukäteen. Jäsenneltyä havainnointia käytetään erityisesti vuorovaikutuksen ja fysikaalisten sekä teknisten ilmiöiden havainnoinnissa. Havainnoinnit pyritään tällöin kirjaamaan tietylle lomakkeelle systemaattisen tarkasti. (Vilka 2006, 38–41.)

Havainnoinnin etuna pidetään sitä, että sen avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin ja näin voidaan kerätä tietoa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta. Näin pystytään saavuttamaan todellinen maailma keinotekoisien koejärjestelmän sijaan. Toisaalta tutkijan läsnäolo voi häiritä kohteen toimintaa ja havainnointitilanne ei vastaa yhteisön normaalia toimintaa. Menetelmän heikkoutena on se, että se vaatii tutkijalta pitkää yhtenäistä ajanjaksoa työskennellä tietyssä paikassa, tällöin tutkimuksen tekemiselle tulisi saada myös rahoitus. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2000, 199–201.)

Etnografinen lähestymistapa

Havainnointi on aineistonkeruumenetelmä, joka liittyy kiinteästi etnografiseen tutkimusotteeseen. Etnografia on monisäikeinen tutkimustapa ja sitä voidaan käyttää useilla eri tieteenaloilla laadullisessa tutkimuksessa. Sen tavoitteena on ihmisten toiminnan ja niihin liittyvien sosiaalisten merkitysten ymmärtäminen. Sen juuret ovat antropologiassa ja se on syntynyt vieraiden kulttuurien tutkimuksen yhteydessä. Vaikka aineiston keräämisessä merkityksellistä on kenttätyö ja kirjoittaminen, vaihtelevat näkökulmat tutkimukseen tutkijan ja tutkittavan kohteen mukaan. Havainnointien lisäksi aineistoa kerätään usein haastattelujen, keskusteluiden, nauhoittamisen ja videoinnin avulla. (Rantala 2006, 217–221.)

Uudeksi etnografiaksi kutsutaan etnografian muotoa, joka on kiinnostunut sosiaalisten ympäristöjen osatekijöiden lisäksi näiden keskinäisestä puheesta ja vuorovaikutuksesta ja siitä, miten todellisuus niissä rakentuu. Jaber F. Gubrium ja James A. Holstein (1994) ovat lähestyneet etnografisia aineistoja tulkintakehyksien kautta. Nämä tulkintakehykset ovat kerronnalliset kytkennät, paikalliskulttuuri ja organisaatiovälittyneisyys. Kun puhutaan kerronnallisista kytkennöistä, keskeistä on se, miten potilas tuottaa puhetta juuri tietyssä ympäristössä tai yhtälailla se, miten eri asiantuntijat rakentavat puheellaan sosiaalista todellisuutta. Paikalliskulttuurilla tarkoitetaan esimerkiksi tiettyä osastoa psykiatrisessa sairaalassa. Paikalliskulttuurit ovat erilaisia ja niihin sisältyy omia tilanteisiin sidottuja näkökulmia ja mahdollisuuksia. Paikalliskulttuurin ymmärtäminen auttaa keinoja tulkita ja

selittää tiettyyn tilanteeseen ja kontekstiin sidottuja asioita, jotka jossain toisessa paikalliskulttuuris-
sa näyttäytyvät eri tavoin. Organisaatiovälittyneisyys taas tarkoittaa, miten tiettyssä organisaatiossa
on totuttu asioita määrittelemään ja ratkaisemaan. Näin asiantuntijanäkemykset ja myös paikallis-
kulttuuri ovat sidoksissa tietyn organisaation toimintaan. Uusi etnografia on kiinnostunut perintei-
sen etnografian lisäksi elämän sosiaalisesta rakentumisesta. (Mt., 352–359.) Etnografinen tutkimus
perustuu tutkijan tekemiin muistiinpanoihin, joiden pohjalta hän kirjoittaa tutkimuksensa käyttäen
apuna aiempia teorioita (Eräsaari 1994, 262–263). Tämä kuvaa hyvin juuri oman havainnointiai-
neistoni keräämistä ja tulkintaa.

Tämän tutkielman havainnointiaineistot

Koko tutkimuksessani välittyy etnografinen lähestymistapa. Tästä osoituksena on uuteen organisaat-
ioon ja toimintakulttuuriin meneminen ja siellä työskentely useiden viikkojen ajan. Yleisen taust-
toittavan aineiston lisäksi halusin havainnoida yhden osaston tiimin toimintaa. Aluksi tarkoituk-
senani oli nauhoittaa kokoontumiset. Koska tiimeissä käsitellään hyvin laajasti potilaan elämänti-
lannetta ja lähiverkostoa, totesin yhdessä toisen sosiaalityöntekijän kanssa, että tällöin tutkimuslu-
van saaminen potilaalta olisi hankalaa. Lisäksi, kun kyseessä olevat potilaat ovat usein psykoottisia
ja paranoidisia, nauhoittaminen aiheuttaisi itse tilanteessa hankaluuksia. Ratkaisin asian ja päätin
tehdä kirjalliset muistiinpanot, jokaisesta hoitosuunnitelmatilanteesta.

Tiimin valinta ei ollut ensin helppoa. Olin työskennellyt sijaisena neljällä osastolla, joten ajattelin,
että roolini niissä oli erilainen kuin muissa tiimeissä. Halusin kerätä aineiston osastolta, jonka toi-
mintaa en itse tuntenut. Alussa olin käynyt kaikilla osastoilla, mutta en ollut osallistunut kaikkien
tiimeihin, joten päädyin valitsemaan niiden joukosta, joissa olin ollut mukana vähintään kerran.
Keskustelin asiasta osastojen sosiaalityöntekijän kanssa ja hän ehdotti valitsemani osastoa, koska
siellä ei ollut tiedossa tiimin jäsenten vaihtuvuutta aineiston keräämisen aikana. Kyseinen sosiaali-
työntekijä keskusteli alustavasti tiimin jäsenten kanssa, minkä jälkeen laitoin kirjeen (liite 2) tutki-
muksestani ja aineiston keräämisestä henkilökohtaisesti tiimin psykologille, lääkärille, osastonhoita-
jalle ja sosiaalityöntekijälle. Tiimi suostui havainnointeihini ja kahteen ryhmähaastatteluun. Kukin
psykiatrinen osasto on nimetty kirjaimella T ja sen jälkeen on osaston numero. En halua tutkimuk-
sessani käyttää osaston oikeaa koodia, vaan nimeän sen tässä Osastoksi. Yleisesti osastoita käsitel-
lessä, kirjoitan sanan pienellä alkukirjaimella. Koska en kirjannut muistiinpanoihin potilaan tietoja,
enkä heidän puhettaan, esittelin heille itseni sosiaalityön opiskelijana. Koska itselläni on hyvä
episodimuisti, kirjasin jokaiseen havaintomateriaaliin itse keksityn nimen potilaalle, mikä auttoi

muistamaan helpommin tilanteen, josta muistiinpanot oli tehty. Keksityt nimet eivät paljasta millään tavoin potilaan henkilöllisyyttä, eivätkä ne tule missään julki. Tarkoituksena on ollut ainoastaan kyseisten tilanteiden nopeampi mieleen palauttaminen muistiinpanoja lukiessa.

Tein havainnoinnit tammikuussa 2007. Kirjattuja hoitosuunnitelmaistuntoja on yhteensä 14. Lisäksi seurasin alkuun muutaman istunnon niin, etten tehnyt muistiinpanoja. Olin tehnyt havainnointia varten valmiin lomakkeen, johon jokaisella asiantuntijalla oli oma sarake. Lisäksi lomakkeessa oli eri rivit tavoite-, arviointi, ja päätöksentekopuheelle sekä tilaa muulle puheelle. Huomasin istuntojen aikana, että lomake, ei sinänsä ollut kovin toimiva, joten kirjasin siihen havaintoja myös vapaasti. Istuntojen jälkeen kirjoitin joistakin keskeisistä asioista vielä päiväkirjaan. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa näistä kertyi yhteensä 19 sivua. Havainnoinnissa kirjoitin, mitä keskusteluissa tapahtui. Osittain kirjoitin myös suoria lainauksia asiantuntijoiden puheesta. Litteroidessani aineistoa kirjoitin eri värillä kunkin asiantuntijan puheen. Pysin säilyttämään siinä tavoite-, arviointi- ja päätöksentekopuheen kategorisoinnin. Puhtaaksi kirjoitusvaiheessa huomasin kuitenkin, että päätöksentekopuhetta on lähes mahdoton erottaa tavoite- ja arviointipuheesta, vaan se osittain sisältyy niihin. Havainnointitilanteissa, en itse ottanut osaa keskusteluun, mitä muuten opiskelijan roolissa tein. Tiimeissä oli välillä muitakin opiskelijoita, joten läsnäolon ei herättänyt ylimääräistä huomiota.

4.3 Ryhmähaastattelu ja aineiston kerääminen

Ryhmäkeskustelulla tai -haastattelulla tutkimusmenetelmänä tarkoitetaan aineiston keräämistä samanaikaisesti usealta henkilöltä. Yleensä näillä henkilöillä on yhteisiä kokemuksia, joille he antavat samanlaisia merkityssisältöjä. Ryhmät voivat vaihdella suurista julkisista kokouksista muutaman hengen pienryhmiin. Ryhmähaastattelun erityinen muoto on pitkälle erikoistunut pienryhmä ”focus group”, joka on keskusteluryhmä, jossa samantasoisien ammattipätevyden omaavat henkilöt keskustelevat hyvin kapea-alaisesta aiheesta. (Payne & Payne 2005, 103.)

Ryhmämenetelmään liittyvät käsitteet eivät ole tarkasti rajattuja. Eri lähteissä käytetään termejä: ryhmähaastattelu, ryhmäkeskustelu, täsmäryhmähaastattelu sekä englanninkielisiä termejä ”group discussion”, ”focus group” ja ”group interview”. Sirkka Hirsjärvi ja Helena Hurme ovat suomentaneet käsitteen ”focus group” täsmäryhmähaastatteluksi teoksessaan Tutkimushaastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62.) Koska käsite on kuitenkin vakiintumaton ja mielestäni kömpelö, en sitä omassa tekstissäni käytä.

Anu Valtonen (2005) erottaa ryhmähaastattelun ja ryhmäkeskustelun toisistaan. Ryhmäkeskustelussa jäsenet keskustelevat vuorovaikutteisesti tietystä aiheesta, jonka ohjaaja on heille antanut. Haastattelussa sen sijaan haastattelija kysyy ryhmässä vuoron perään jokaiselta kysymykset eikä vuorovaikutteista keskustelua synny. (Mt., 223 -224.) Geoff ja Judy Paynen (2005, 103) mukaan taas fokusryhmän edellytyksenä on se, että jäsenet eivät tunne toisiaan ennestään. Tällöin heidän asemansa tai keskinäiset suhteet eivät vaikuta tutkimustulokseen. Oma tavoitteeni on ollut haastatella tiimiä, jonka jäsenet työskentelevät yhdessä jatkuvasti. Käytän tutkielmassani käsitettä ryhmähaastattelu, koska se on käytetympi nimitys metodikirjallisuudessa kuin ryhmäkeskustelu. Käytännön tilanne vastasi kuitenkin enemmän edellä kuvattua ryhmäkeskustelua.

Ryhmähaastattelu on uusi lisäys kvalitatiiviseen metodologiaan. Menetelmällisesti se sijoittuu osallistuvan ryhmän havainnoinnin ja yksilöhaastattelujen välimaastoon. Se on aineistonkeruumenetelmä, jonka haastattelijat kehittivät keskittyessään yhtä aikaa sekä vuorovaikutukseen että tutkimukseen. Sen käyttäminen tutkimusmenetelmänä on yksi yleisimmistä lähestymistavoista sosiaaliteissa. Ryhmähaastattelu antaa tutkijalle mahdollisuuden vuorovaikutuksen havainnoimiseen ryhmän jäsenten keskustellessa tietystä aiheesta lyhyen ajan. Ryhmällä on aina kokenut ohjaaja (moderator), jolla on etukäteen mietityt kysymykset. Niiden avulla voidaan järjestelmällisesti lähestyä tutkittavaa aihetta juuri ryhmäkontekstissa. (Janesick 1998, 34, 105.) Ryhmätutkimuksen käyttö on hyödyllistä erityisesti silloin, kun ollaan kiinnostuneita mielipiteistä tai kulttuurisista jäsenyyksistä. (Sulkunen 1990, 264).

Tämän tutkimuksen ryhmähaastatteluaineisto

Perehdyin kandidaatin tutkielmassani ryhmähaastatteluun aineistonkeruumenetelmänä. Kiinnostukseni menetelmään on herännyt, kun olen aiemmin työskennellyt paljon erilaisten ryhmien kanssa. Tavoitteenani on ollut käyttää menetelmää luonnollisessa ympäristössä, jossa asiantuntijat työskentelevät jatkuvasti samassa ryhmässä. Tässä tutkimuksessa ei olisi ollut perusteltua, että ryhmän jäsenet olisivat toisilleen ennestään vieraita, kuten joissakin markkinointitutkimuksissa. Etnografisen lähestymistavan mukaisesti halusin ryhmähaastattelussa saavuttaa tilanteen, joka on mahdollisimman lähellä arkipäivän toimintaa. Haastattelutilanteiden havainnoiminen ei tuottanut vaikeuksia, koska olin havainnoinut kyseistä tiimiä jo ennen haastattelujen suorittamista. Saman tiimin yhtäjaksoinen havainnoiminen antoi mahdollisuuden ymmärtää syvällisemmin koko prosessia. Lisäksi har-

joitteluni kyseisessä organisaatiossa perehdytti minut sairaalaorganisaatioon ja psykiatrisen erikois-sairaanhoidon toimintatapoihin, sanastoon ja terveystieteelliseen.

Sovin ryhmähaastatteluaajoista Osaston tiimin jäsenten kanssa havainnointijakson alkaessa. Aikataulujen yhtensovittaminen oli ongelmallista ja alkuun sovittuja aikatauluja jouduttiin muuttamaan kaksi kertaa. Koin kuitenkin positiivisena sen, että vaikka yhteisen ajan löytämien tuntui hankalalta, jokainen asiantuntija oli sitoutunut tutkimukseeni ja halusi yhteisen ajan löytyvän. Suoritin haastattelut varsinaisen harjoittelun päätyttyä helmikuun 2007 alussa. Haastattelukertoja oli kaksi ja molemmat kestivät noin tunnin. Haastatteluun osallistuivat psykologi, sosiaalityöntekijä, lääkäri ja sairaanhoitaja. Muut henkilöt olivat samoja, ainoastaan sairaanhoitaja oli eri molemmissa haastatteluissa. Toisaalta tämä vastaa tiimin normaalia toimintaa, sillä hoitajat ovat tiimillä työvuorojensa mukaan, muut jäsenet ovat aina samoja. Nauhoitin haastattelut, mutta nauhoituksen äänen laatu oli todella heikko. Vaikka nauhuri oli keskellä ja istuimme melko lähellä sitä, oli sanoista välillä vaikea saada selvää. Litteroin aineiston heti haastattelujen jälkeen, jolloin tilanne oli vielä paremmin muistissa. Ensimmäisen nauhoituksen litteroiminen tekstiksi kesti noin 16 tuntia ja toinen noin kymmenen tuntia. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 21 sivua. Tiimin tuttuus helpotti myös litterointia, sillä tunsin jokaisen äänen ja epäselvienkin kohtien kuunteleminen oli siksi helpompaa.

Ensimmäinen haastattelurunko (liite 3) oli tehty teemahaastattelun muotoon (ks. Hirsjärvi ym. 2000, 195–196), jossa teemat olivat tavoitteen asettaminen, arviointi, päätöksenteko sekä moniammatillisuus. Jokaiseen teeman liittyi kysymyksiä, joiden muoto ja järjestys ovat teemahaastattelun idean mukaisesti vapaa. Lisäksi haastattelun aikana pystyy esittämään täydentäviä kysymyksiä. Toiseen haastattelukertaan olin laatinut kuvitteellisen potilasesimerkin (liite 4), jolle tiimin tehtävänä oli tehdä hoitosuunnitelma. Kukaan haastateltavista ei ollut aiemmin nähnyt potilasesimerkkiä. Toisen haastattelukerran lopuksi esitin tiimille vielä muutaman kysymyksen, jotka ensimmäisellä kerralla olivat jääneet kysymättä. Asiantuntijat osallistuivat keskusteluun innostuneesti ja siinä syntyi onnistunut vuorovaikutus. Alkuun oli havaittavissa jännitystä, mutta tilanteen edetessä keskustelu vapautui. Keskustelua ei tarvinnut ohjata, vaan se eteni luontevasti. Jonkin verran tilanteita häiritsi kiire, sillä osalla haastattelu oli sijoitettu tiukasti muun työaikataulun väliin.

Eettiset valinnat

Aineiston kerääminen, analysointi ja tulkinta perustuvat aina tutkijan tekemiin valintoihin. Valintojen perustelevuus ja julkikirjoittaminen antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimusta kriit-

tisesti. Tutkimuksen kaikki valinnat ovat sidoksissa tutkijaan ja näin ollen subjektiivisia. (Pohjola 2003, 54.) Keskustelin avoimesti Osaston tiimin kanssa molemmista aineistoista ja tutkimukseni tavoitteista. Yleistä havainnointia, joka kuuluu jo opiskelijan rooliin, en osastoilla korostanut, vaikka tutkimuksen teosta kerroinkin. En halunnut työntekijöiden kokevan olevansa jatkuvan tarkkailun kohteena, sillä sitä havainnointini ei ole ollut. Vaikka lähtökohtana tutkimukselleni on kriittinen suhtautuminen institutionaaliseen valtaan, en suhtaudu kriittisesti yksittäisen ammattilaisen, vaan koko organisaation toimintaan. Kriittisyydellä en tarkoita negatiivisuutta, vaan reflektiivisyyttä, joka auttaa ymmärtämään institutionaalisen vallan ja vuorovaikutuksen niin positiivisia kuin negatiivisiakin puolia. Vallalla on asioita tuottavia, mutta myös niitä rajoittavia piirteitä.

Kirsi Juhila (1999) määrittelee tutkijalle kolme eri positiota, jotka ovat analyytikko, asianajaja ja tulkitsija. Näissä kaikissa positioissa tutkija lähestyy aineistoaan eri tavoin. Määrittelen itseni suhteessa aineistoon lähinnä tulkitsijaksi. Tulkitsijalle aineistot, kuten tekstit ja haastattelut ovat mahdollisuuksia, joita hän voi lähestyä useilla eri tavoilla. Tällöin aineistoon muodostuu vuorovaikutuksellinen suhde erityisesti, kun tutkija on itse tehnyt haastattelut ja ollut läheisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. (Mt., 201–203.) Omassa aineistossani olen toiminut kyseisen tiimin jäsenenä niin opiskelijana, havainnoijana kuin haastattelijanakin, joten oma suhde aineistoon on läheinen.

Valitsin tutkielman analyysimenetelmiksi diskurssianalyysin painottuen erityisesti tekstiaineistojen retoriseen analyysiin. Havainnointiaineiston analyysissä esittelen yleisiä puhetapoja, jotka tulevat esiin tiimin työskentelyssä ja kuvaavat puhetta suhteessa moniammatillisuuteen sekä työntekijän omaan asiantuntijaposition. Keskeistä on myös ilmiön yleinen kuvaaminen etnografisen lähestymistavan mukaisesti. Ryhmähaastattelulla kerätyssä aineistossa painotan lähiluentaa ja retorista analysointia. Lähtökohtana tässä on todellisuuden tulkinnallisuuden korostaminen. Retorisia keinoja ovat suostuttelu, vakuuttelu, auktoriteetteihin vetoaminen, asiantuntijuuden korostaminen ja metaforien käyttö. Retorisuus on puhutun ja kirjoitetun kielen perusominaisuus. Näkökulmana on se, kuinka puheet ja tekstit ovat rakentuneet argumentatiivisesti ja kuinka puhuja tai kirjoittaja pyrkii tuottamaan vakuuttavaa sanomaa. (Jokinen 1999, 126–130.)

4.4 Analysointimenetelmät

Konstruktionistisen näkemyksen mukaisesti diskurssianalyysissä kielenkäyttäjät tai haastateltavia ei pidetä informanteina, joilta kysellään yksittäisiä tietoja heidän työstään tai asiantuntijuudestaan.

Kieli ei kuvaa kausaalisia suhteita eikä anna yksittäistä kuvaa jonkin organisaation toiminnasta. Diskurssianalyysissä ollaan kiinnostuneita siitä, miten eri toimijat tekevät ymmärrettäväksi asioita kielen välityksellä. Diskurssianalyysissä analysoidaan, miten sosiaalista todellisuutta luodaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Ajatuksena on, että yhtä totuutta ei ole, vaan samaakin tekoa tai asiaa voidaan ymmärtää ja tehdä ymmärrettäväksi monilla eri tavoilla. (Suoninen 1999, 18–19.) Diskurssianalyttisellä ja etnografisella tutkimustraditiolla on paljon yhteistä. Molemmille yhteistä on kiinnostus kulttuurisiin tulkintoihin ja niiden tutkimiseen. Etnografisessa tutkimuksessa varsinaista analyysivaihetta ei ole, vaan analyysi on osa kerrontaa ja tutkimusympäristön kuvausta. (Jokinen 1999a, 41–42.) Michael Foucaultin (2005, 34) ajatuksen mukaisesti diskurssin eli puheen taustalla on samankaltaisuuksia ja erilaisia kytköksiä. Diskurssianalyysillä näitä kytköksiä pyritään avaamaan ja ymmärtämään puhetta osana ihmisen toimintaa.

Eri puhetilanteita säätelevät institutionaaliset ehdot ja niiden määräävyys vaihtelee. Institutionaalinen konteksti vaikuttaa puheeseen ja luo sille puitteet (ks.luku 3.) Näin psykiatristen osastojen keskustelu muotoutuu tietynlaiseksi ja se poikkeaa luonnollisesti samojen henkilöiden arkikeskustelusta. Mielenkiintoista onkin, miten institutionaalinen keskustelu realisoituu ja minkälaisia pelisääntöjä vuorovaikutuksessa tulee esiin. Kielenkäyttö on interaktiivista toimintaa. Sen avulla ja kautta ihmiset pyrkivät ymmärtämään sosiaalista toimintaa sekä tulkitsemaan itseään ja toisiaan. Kieli tulee eläväksi vasta ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (Jokinen & Juhila 1996, 32–33.)

Diskurssianalyysiin liittyy kiinteästi myös valtasuhteiden analysoiminen. Kirsi Juhilan ja Arja Jokisen (1993) mukaan diskurssien ja vallan tarkastelussa on kaksi näkökulmaa, jotka ovat keskenään sidoksissa toisiinsa. Yhtäältä kyse on diskurssien keskinäisestä hierarkiasta eli diskurssien välisistä suhteista. Toisaalta taas ollaan kiinnostuneita niiden sisäisistä valtasuhteista. Keskinäisissä valtasuhteissa huomio kiinnittyy niihin diskursseihin, jotka ovat vahvoja ja dominoivat aineistossa. Dominoivuus ei liity diskurssien moninaisuuteen, vaan niihin seikkoihin, joilla ositetaan itsestään selvyyksiä, kyseenalaistamattomuutta ja luonnollisia tosiasioita. Sisäisiä valtasuhteita käsiteltäessä valta-analyysi tulee tarkemmaksi. Tällöin kiinnitetään huomiota siihen, mitä diskurssissa tehdään ja sanotaan ja millaisia ovat toimijoiden väliset suhteet. Näin ollaan kiinnostuneita, millaisiin subjektipositioihin henkilöt asemoituvat tai tullaan asemoiduiksi. (Mt., 75–83.)

Omassa analyysissä olen muuttuvien subjektipositioiden sijaan kiinnostunut enemmän asiantuntijapositioista, joista käsin eri ammattilaiset puhuvat. Asiantuntijapositiot ovat pysyvämpiä ominaisuuksia kuin vaihtuvat subjektipositiot. Asiantuntijapositiot ja subjektipositiot, eivät diskursseissa

sulje pois toisiaan, vaan voivat esiintyä samanaikaisesti. Asiantuntijapositioneilla ylläpidetään puheessa ja ne ovat sidoksissa tiettyyn tehtävään ja asemaan.

Retoriset keinot asiantuntijapositioneilla vahvistamassa

Retoriikalla viitataan puhutapaan, jonka tavoitteena on vakuuttaa yleisö ja saada heidät sitoutumaan puhujan esittämiin väittämiin. Retorinen argumentaatio perustuu luonnolliseen kieleen ja sen tavoitteena on tehdä asioista uskottavia. Argumentaatioon suhde yleisöön on tärkeä ja siksi puhuja pyrkii yleisön taivuttelussa lähtemään niistä lähtökohdista, jotka ovat yhteisesti jaettuina ja hyväksytyinä. Retoriikka on läsnä kaikessa kielessä ja se on sekä puheen että kirjoitetun kielen perusominaisuus. Retorisuutta on kaikessa kielenkäytössä niin arkipuheessa kuin tieteellisissä teksteissäkin. Diskurssianalytikit ovat saaneet retoriikasta lisää tutkimusvälineitä erilaisten puheiden ja tekstien analysoimiseen. (Jokinen 1999a, 46–57.)

Suvi Raitakari (2006) erittelee väitöskirjassaan retorisia keinoja. Ne voivat olla joko argumentin esittäjänä liittyviä, esitettyyn argumenttiin liittyviä tai muita keinoja. Puhujakategoriolla oikeuttamisella tarkoitetaan, että puhuja esittää näkemyksensä tietystä asemasta käsin esimerkiksi sosiaalityöntekijänä tai lääkärinä. Argumenttiin liittyviä keinoja ovat olla yksityiskohdilla tai narratiiveilla vakuuttaminen sekä kategorisointi ja käsitteiden valinta. Muihin retorisiin keinoihin kuuluvat metaforien ja ääri-ilmaisujen käyttö. (Mt., 196–197.) Kategorisoinnilla tarkoitetaan kielenkäytön pienimpiä tapahtumia. Sen avulla luokittelemme asioita arkikielessä, mutta myös asiantuntija ja tutkuskielessä. (Jokinen & Juhila 1999, 69–70.) Ryhmähaastattelun analyysissä esittelen aineistosta näillä periaatteilla löytyviä retorisia keinoja.

Vaikka retorisessa analyysissä on eroavaisuuksia diskurssianalyysiin, käytetään niitä myös yhdessä. Retorisia välineitä käytetään erityisesti silloin, kun kategorisoinnilla halutaan oikeuttaa joitakin asioita ja saada ne näyttämään itsestäänselvyyksiltä. Retoriikassa kiinnitetään huomiota erityisesti argumenttien muotoon ja yleisösuhteeseen, kun taas diskurssianalyysissä keskeistä ovat kulttuuriset tulkinnat ja vuorovaikutusprosessi. (Jokinen 1999a, 46–47.) Omassa tutkielmassani lähestyn kulttuurisuutta etnografian ja diskurssianalyysin menetelmin. Lisäksi pyrin retorisen analyysin avulla tarkentamaan analyysiäni ja löytämään moniammatilliselle tiimityölle tyypillisiä piirteitä psykiatriassa erikoissairaanhoidossa. Tavoitteeni on löytää tavoite-, arviointi- ja päätöksentekopuheesta piirteitä, jotka parhaiten kuvaavat institutionaalista valtaa. Tutkijana tiedän, että oma subjektiivisuus

teni vaikuttaa havainnointien tekoon samoin kuin niiden tulkintaan. Tavoitteenani on nostaa esille yleisesti kiinnostavia asioita ja lähestyä niitä avoimen kriittisesti, mutta ei kuitenkaan negatiivisesti.

5 HAVAINNOT TIIMIN PUHEEN JA POSITIOIDEN KUVAAJINA

Tämä luku perustuu osastoilla työskentelyyn ja sen tavoitteena on antaa kokonaiskuva psykiatristen osastojen toiminnasta ja tiimien työskentelystä. Tein havaintoja koko harjoittelun ajan ja kirjasin niitä sekä töissä että kotona. Koska taustoittava havainnointi oli osa harjoitteluani, en sitä osastoilla erityisesti korostanut. Näissä havainnoinnissani en erittele yksityiskohtaisesti ammattikuntien toimintaa, vaan kuvaan sairaalan toimintaa yleisellä tasolla, joten yksittäistä työntekijää niistä ei voi tunnistaa. Potilaisiin liittyviä tietoja en tuo tutkimuksessa esille, vaan potilaista puhutaan yleisenä ryhmänä, tarkoittaen psykiatrisen sairaalan potilaita.

5.1 Psykiatriset osastot sairaalassa

Seinäjoen keskussairaala kuuluu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Psykiatrian toimintayksikkö kuuluu psykiatrian toiminta-alueeseen, joka sisältää avohoitopalvelut, kuten mielenterveyskeskukset ympäri maakuntaa sekä sairaalapalvelut. Tässä tutkielmassa keskityn psykiatrian sairaalapalveluihin, joilla tarkoitan yhdeksää sairaalaosastoa. Niiden lisäksi psykiatrian sairaalapalveluihin kuuluvat psykiatrian poliklinikka, yleissairaalapsykiatrian poliklinikka. Sairaalapalvelut jaetaan akuuttipsykiatrian ja kuntouttavan psykiatrian vastuualueisiin. Akuuttipsykiatrian osastoja on neljä ja kuntouttavan psykiatrian osastoja on viisi. Potilaspaikkoja kyseisillä osastoilla on 12–18. Yhteensä potilaspaikkoja on 142. Yksi kuntouttavan psykiatrian osasto lakkautetaan kesäkuussa 2007. Psykiatrian osastot sijaitsevat Törnävän puistoalueella useissa eri rakennuksissa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut 2007a.)

Psykiatrian osastoilla työskentelee kolme sosiaalityöntekijää. Sen lisäksi yhden osaston sosiaalityö on järjestetty muulla tavoin ja kevään 2007 olen itse tuon osaston sosiaalityöntekijä ja töissä yhtenä päivänä viikossa. Sosiaalityöntekijän toimet kuuluvat keskussairaalan sosiaalitoimen toimintayksikköön, jossa työskentelee johtavan sosiaalityöntekijän lisäksi yhteensä 18 sosiaalityöntekijää sekä kaksi osastonsihtööriä.

Osastojen toimintaan tutustuminen

Ensimmäiset viikot tutustuin psykiatristen osastojen toimintaan. Havainnointiani vaikeutti se, että yritin liian nopeasti sisäistää sosiaaliturvaan liittyvät yksityiskohtaiset tiedot sekä muistaa yksittäisiin potilaisiin liittyviä asioita. Tähän vaikutti lisäksi se, että minulle oli alustavasti ehdotettu yhden työntekijän sijaisuutta harjoittelujakson aikana. Kyseiseen alueeseen kuuluu kolme kuntouttavaa osastoa ja yksi akuuttipsykiatrian osasto. Kuntouttavista osastoista yhdellä potilaat ovat hyvin pitkäaikaisesti ja kroonisesti sairastavia ja yksi on psykogeriatrian osasto eli siellä potilaat ovat vanhuksia. Näillä neljällä osastolla työskentelin eniten, koska perehdyin ensin niiden toimintaan ja sen jälkeen työskentelin sijaisena. Muun neljän osaston toimintaan ehdin tutustua vähemmän. Näistä kolme on akuuttiosastoja ja yksi kuntouttava osasto. Kuntouttavaan osastoon, jonka sosiaalityöntekijänä olen parhaillaan, en harjoitteluajana tutustunut lainkaan.

Koska sosiaalityöntekijöiden työhuoneet ovat eri rakennuksissa ja osastot useissa eri rakennuksissa, sosiaalityöntekijän täytyy lähteä erikseen joka osastolle. Tämä vaikuttaa luonnollisesti mielikuvaan sosiaalityöntekijästä ja joillakin osastoilla hän on vieraileva tähti (ks. Korkealaakso 2006). Osastoilla sosiaalityöntekijä tapaa potilasta siellä, missä tilaa kulloinkin löytyy: potilashuoneessa, vierashuoneessa, lääkärinhuoneessa tai jossakin muualla. Potilaita tavataan myös omassa työhuoneessa. Usein potilaita tavataan kuitenkin osastoilla, koska kaikilla heillä ei ole lupaa liikkua vapaasti ja joskus se on käytännöllisempää. Samalla voi vaihtaa tietoja osaston muiden työntekijöiden kanssa. Toimintakulttuuri on joka osastolla erilainen. Koska yhtä osastoa lukuun ottamatta potilaat eivät voi liikkua vapaasti, erottuvat työntekijät ja potilaat selkeästi toisistaan liikkumisvapauden suhteen. Joillakin osastoilla hoitajat ja jotkut lääkärit käyttävät valkoista suojavaatetta, mutta monet työntekijät ovat omissa vaatteissa, kuten myös sosiaalityöntekijät. Kaikki potilaat ovat omissa vaatteissaan. Vaatteet eivät kategorisoi kaikilla osastoilla yksilöitä potilaisiin ja työntekijöihin.

Esittelen itseni aina niin uusille potilaille kuin työntekijöillekin. Jotkut työntekijät olivat hyvinkin kiinnostuneita uudesta sosiaalityön harjoittelijasta ja jotkut eivät lainkaan. Joiden potilaiden oli vaikea ymmärtää, miksi kaksi sosiaalityöntekijää työskenteli yhdessä. Osa potilaista suhtautui sairaudestaan johtuen epäluuloisesti kuvitellen minun olevan tarkkailija. Ollessani sijaisena pystyin luomaan varsinaisen työskentelysuhteen potilaisiin ja työntekijöihin. Halusin tavata potilaita mahdollisimman paljon osastoilla, koska näin pystyin luomaan samalla yhteistyösuhteen muihin ammattikuntiin ja se herätti luottamusta. Luottamuksen syntymiseen vaikutti lisäksi se, että halusin olla

valmis kuuntelemaan hoitajien huolia potilaista silloin, kun he niitä kertoivat. Lääkäreitä ja psykologeja tapasin enimmäkseen tiimeissä.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tärkeä on muistaa turvallisuustekijät. Psykoottiset ja paranooidiset potilaat voivat olla arvaamattomia, uhkaavia ja aggressiivisia. Tieto sairauksien luonteesta ja hoitajilta saatava tieto auttaa arvioimaan potilaan kuntoa. Joskus uusia potilaita tavatessa pyysin hoitajan mukaan tapaamiseen. Jokaisella työntekijällä ja työhuoneissa on omat turvahälyttimet. Turvallisuustekijät on syytä ottaa vakavasti, mutta jos jatkuvasti pelkää, täytyy miettiä pystyykö kyseiseen työhön. Työturvallisuus asioista keskustelimme paljon muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa.

Tiimi moniammatillisuuden kenttänä

Jokaisella osastolla kokoontuu tiimi vähintään kerran viikossa, mutta joillakin osastoilla kaksi kertaa. Vaikka tiimi on yhteinen nimitys tuolle palaverille, eroaa tiimien toiminta toisistaan. Kokoon-tumiseen osallistuu ainakin yksi hoitaja tai joskus enemmän, joillakin osastoilla osastonhoitaja on aina mukana, toisilla taas ei. Käytän nimitystä hoitaja yhteisesti, oli kyseessä sitten erikoissairaanhoidon hoitaja tai mielenterveyshoitaja, koska osaston arjessa puhutaan yleisesti vain hoitajista. Lähes kaikissa tiimeissä on läsnä psykologi sekä aina sosiaalityöntekijä ja lääkäri. Vaikka kyseessä on moniammatillinen kokoonpano, ei moniammatillisuuden idea läheskään kaikissa toteudu. Rajoja ylittävää keskustelua ja pohdintaa ei kaikissa tiimeissä käydä ja jokainen esittää näkökulmia vain lähti-en omasta asiantuntijapositionaan. Tämä ei tarkoita, että yhteistyö tai ilmapiiri olisi huono. Tällöin tiimin toimintaan kuuluu lähinnä tiedon jakaminen ja asioiden nopea läpikäyminen. Muutamilla osastoilla keskustelua käydään eri asiantuntijoiden kesken hyvin laajasti. Tällöin keskustelussa ei erotu selkeitä asiantuntijapositioneja, vaan jokainen voi ottaa kantaa kaikkiin asioihin.

Muutamilla osastoilla keskustellaan kaikista potilaista joka tiimissä. Näissä tilanteissa arvioivaan keskusteluun jää vähän aikaa. Keskustelu painottuu potilaan arkipäivästä suoriutumiseen, oireisiin ja lääkitykseen. Tällöin jokaista potilasta ei kutsuta mukaan, vaan vain joitakin tavataan. Yleensä tiimi tapaa uudet potilaat. Joillakin osastoilla keskustellaan lisäksi potilaista, joilla on keskeneräisiä asioita tai jos potilas on itse toivonut keskustelua. Näissä tiimeissä, joissa moniammatillisuuden idea toteutuu parhaiten, käsitellään lähinnä uusien potilaiden asioita. Näillä osastoilla potilaiden vaihtuvuuskin on suuri, toisin kuin niillä osastoilla, joilla on pitkäaikaispotilaita. Tiimin istunto jäsentyy siten, että joku tiimin jäsenistä, useimmiten hoitaja, kertoo potilaan tapaamiseen ja paperei-

hin perustuen potilaan elämästä, sairaudesta, sairaalaan tulotilanteesta sekä tämän hetken voinnista. Sen jälkeen käydään keskustelua usein hyvin pitkään. Tämän jälkeen potilas kutsutaan mukaan ja hän saa itse kertoa tilanteestaan ja häntä haastatellaan. Tiimissä laaditaan potilaan hoitosuunnitelma ja keskustellaan hänen toiveistaan ja odotuksistaan. Tällöin yhden päivän tiimille osallistuu yhdestä kolmeen potilasta. Valitsin havainnoinnin ja ryhmähaastattelun kohteeksi yhden näistä tiimeistä, jonka toiminta rakentui edellä kuvatulla tavalla. Valintaan vaikutti myös se, etten halunnut tutkijana osallistua niiden osastojen toimintaan, jossa olin työskennellyt sijaisena.

Tiimit kokoontuvat fyysisesti erilaisissa tiloissa. Tila voi olla osaston toimisto, henkilökunnan kahvihuone, lääkärinhuone tai palaverihuone. Joillakin osastoilla työntekijöillä on aina sama istumapaikka samoin kuin myös potilaalle varataan aina tietty paikka. Toisilla tiimeillä paikkajaolla ei ole merkitystä ja kukin voi istua milloin minnekin. Huomioitavaa on, että fyysiset tilat osastoilla ovat erilaiset ja samanlaisia tiloja ei ole kaikkien käytettävissä. Toisaalta tiettyjen istumapaikkojen vakiintuminen kertoo hierarkkisesta asemasta. Näillä tiimeillä toisen paikalle ei istu kukaan muu. Osastoilla, joilla istumapaikat eivät ole vakiintuneet, ne ovat keskenään kaikki samanlaisia joko ympyrässä tai pöydän ääressä. Toimistotiloissa osa istuimista on pöydän ääressä ja osa muualla huoneessa. Joillakin osastoilla tietokoneella istuminen ja sen käyttäminen kuuluu tiettyjen henkilöiden rooliin, jotka edustavat eri asiantuntijoita. Istumapaikka on tiimin jäsenille jokaisella osastolla toimintakulttuuriin kuuluva asia eikä siihen kiinnitetä huomiota. Ulkopuolinen työntekijä tämän kuitenkin huomaa työskennellessään eri osastoilla.

Vaikka aloittamisaika on sovittu, eivät kaikki asiantuntijat, kiireisestä työtahdistista johtuen, ehdi samanaikaisesti tiimiin. Yleensä tiimi aloitetaan sovittuna aikana, jos lääkäri on paikalla. Lääkärin saapumista odotetaan lähes aina, muiden asiantuntijoiden ei niinkään. Joissain tiimeissä odotetaan niin kauan, että kaikki ovat paikalla, jos ei joku ole erikseen ilmoittanut myöhästyvänsä. Eräällä osastolla kokous aloitettiin, vaikka lääkäri ei ollutkaan vielä paikalla.

Toimintaperiaatteita

Psykiatristen osastojen toimintaan kuuluvat erilaiset ryhmät. Potilaat osallistuvat näihin mielenkiintonsa ja hoidon vaiheiden mukaan. Ryhmiä on sekä osaston sisäisiä että kaikille osastoille yhteisiä. Näitä ovat esimerkiksi ulkotyöryhmä, keittiöryhmät, toimintaterapia ja musiikkiryhmät. Lisäksi joillakin osastoilla on potilaan oireiden perusteella olevia ryhmiä, kuten sorinaryhmä ääniä kuuleville sekä kognitiivinen ryhmä, jossa opetellaan hallitsemaan omia sairauteen liittyviä oireita. Lisäksi

yhdellä kuntouttavalla osastolla toteutetaan psykososiaalisen kuntoutuksen ohjelmaa. Sen tavoitteena on opettaa potilaita itsenäiseen selviytymiseen arkielämässä. Ohjelmalla edetään askelmalta toiselle, sen mukaan, miten taidot kehittyvät. Tämä osasto on avoin osasto. Kaikilla osastoilla järjestetään potilaan sairaudesta ja elämäntilanteesta riippuen perhetapaamisia. Perheiden tilanteiden arvioimisessa yhteistyötä tehdään Huomio lapset -poliklinikan² kanssa. Tavoitteena on tukea koko perhettä vanhemman psyykkisen sairauden vuoksi ja pyrkiä estämään lasten syrjäytyminen. Perhetapaamisten lisäksi voidaan järjestää verkostopalavereja, mikäli potilaalla on avohoidossa useita eri toimijoita.

5.2 Tiimin asiantuntijaposiitioiden tarkastelua

Osaston tiimi kokoontuu kaksi kertaa viikossa. Kokoontumistila on henkilökunnan kahvihuone, jossa keskellä on matala pöytä ja sen ympärillä nojatuolit. Kenelläkään tiimin jäsenellä ei ole vaikiintunutta istumapaikkaa ja kaikki istuimet on sijoitettu tasavertaisesti. Jos mukana on useita opiskelijoita, he istuvat tuoleilla, koska silloin nojatuolipaikkoja ei riitä kaikille. Potilaalle varataan aina nojatuolipaikka. Tiimin kokoontuessa huoneessa on usein paljon osaston työntekijöitä kahvilla ja tunnelma on iloinen ja humoristinen. Sosiaalityöntekijä ja psykologi ovat erityistyöntekijöitä, jotka tulevat mukaan osaston ulkopuolelta. Kokoontumisen tavoitteena on laatia hoitosuunnitelma potilaalle. Yhden tiimin aikana voidaan tehdä yhdestä kolmeen potilaan hoitosuunnitelma. Potilaan hoitosuunnitelman teko kestää noin tunnin. Sosiaalityöntekijän, psykologin ja lääkärin lisäksi kokoukseen osallistuu yhdestä kahteen hoitajaa. Jos potilaalla on jo omahoitaja, ja hän on työvuorossa, on hän mukana.

Aluksi keskustellaan potilaan elämästä ja sairaalaan tulosta. Jos potilaalla on aikaisempia psykiatrisia hoitajaksoja, näiden potilaskertomuksia saatetaan lukea ja jotkut työntekijät voivat tuntea potilaan ennestään. Eri asiantuntijat ottavat kantaa asioihin ja joskus keskustelu eksyy varsinaisesta aiheesta. Tällöin aina joku tiimin jäsen palauttaa keskustelun raiteilleen. Toisinaan se tapahtuu huumorin keinoin ja muutenkin huumorilla kevennetään tunnelmaa. Keskustelussa pohditaan sairastumisen syitä, mutta myös sitä, miten erikoissairaanhoidon voisi parhaiten olla avuksi ja miten potilaan elämä sujuisi avohoidossa. Useimmiten potilaan asioista keskustellaan puoli tuntia ennen kuin hänet kutsutaan mukaan. Potilaalle kerrotaan lyhyesti, mitä asioita on käsitelty ja pyydetään häntä

² ”Huomio lapset -poliklinikan työn tavoitteena ovat psyykkisesti sairastavien vanhempien riskilasten ja -perheiden löytäminen, lasten ja perheiden syrjäytymiskehityksen varhainen estäminen sekä tuen ja seurannan järjestäminen” (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut 2007b).

kertomaan, miksi hän on tullut sairaalaan. Lisäksi kysellään hänen elämästään ja pyritään kartoittamaan potilaan toiveita. Eri asiantuntijat osallistuvat haastatteluun eikä varsinaista puheenjohtajaa ole. Lääkäri tekee useimmiten lyhyen yhteenvedon keskustelusta ja päättää sen. Potilaan voinnista riippuu, miten paljon hän jaksaa kertoa ja miten hän itse jäsentää asioita. Potilaan poistuttua saataan sopia jonkin yksittäisen asian hoitamisesta, mutta yleensä siirrytään nopeasti seuraavan potilaan asioiden käsittelyyn.

Tarkastelen jatkossa havaintojeni perusteella Osaston tiimin keskustelua. Lähestyn aineistoa yhtäältä asiantuntijapositionien ja toisaalta moniammatillisen työn näkökulmasta. Avainkäsitteitäni ovat *tavoitteet, arviointi ja päätöksenteko*, joiden avulla jäsenän analyysiä. Tavoitteiden asettaminen, arviointi ja päätöksenteko ovat tiimin tekoja ja tehtäviä, jotka mahdollistavat erilaista vallankäyttöä. Tässä suorat lainaukset ovat puheesta kirjoitettuja ja jokainen lainaus on itsenäinen. Allekkain olevat lainaukset eivät siis ole jatkoa toisilleen. Tarkoituksena on kiinnittää huomio yksittäisen ilmauksen puhetapaan. Joidenkin lainausten lopussa sulkeissa on puhujan ammatti. Hakasulkeisiin on kirjoitettu lainausta täydentäviä ja ymmärrettävämmäksi tekeviä ilmaisuja. Tämä analyysiosio johdattelee tutkielman pääanalyysilukuun, jossa retoriset keinot painottuvat enemmän. Lukija voi jäädä kaipaamaan yksittäisiin lauseisiin liittyvien tilanteiden kuvausta, mutta koska tutkimuslupani ei koskenut potilaiden havainnoimista, en voi kuvata potilastilanteita tai ilmausten kontekstia tarkemmin. Tarkoitukseni on analysoida sitä, miten eri työntekijät puhuvat oman asiantuntijapositionsa edustajana ja miten moniammatillisuus ilmenee.

Tavoitepuhe

Havainnoimassani tiimissä asiantuntijat puhuvat potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä eri asioista eri tavoin. He puhuvat tietyistä asioista selkeästi oman ammattinsa edustajina ja tietyissä asioissa taas enemmän moniammatillisen tiimin jäseninä. Osapuolten tasavertaisuus ja vapaamuotoinen jäsenyys tiimissä korostuu keskustelussa silloin, kun potilas ei ole läsnä. Tällöin keskustelussa tulee esiin hyvin tasavertainen ja työkaverillinen suhde. Monissa muissa sairaalan tiimeissä osapuolten suhde on tiimien aikana huomattavasti etäisempi ja virallisempi. Asiantuntijapositioni korostuu erityisesti silloin, kun muut esimerkiksi kysyvät sosiaalityöntekijältä erityisen palvelun saamista tai lääkäriltä diagnoosista. Siinä vaiheessa, kun potilas tulee mukaan tiimiin, asiantuntijapositioni selkeästi eriytyvät. Asiantuntijat puhuvat asioista sillä tavalla, että potilas tulee tietoiseksi, kenen kanssa hän voi hoitaa mitään asioita tai saada apua tiettyyn pulmaan. Samalla työkaverillinen keskustelu muuttuu viranomaiskeskusteluksi.

Tavoitteista keskustellaan ennen potilaan tuloa tiimiin, mutta myös potilaan kanssa. Keskeistä on se, mitä asiantuntijat haluavat edistää sekä mitä potilas itse toivoo ja odottaa hoitoajaksolta. Puhues-
saan potilaan tavoitteista lääkäri puhuu nimenomaan lääkärinä hoitoajasta, lääkityksestä ja diag-
noosista. Hän puhuu tavoitteista toimenpidekeskeisesti luetellen ne lyhyesti. Usein kun kyseessä on
huonokuntoinen potilas, lääkäri kertoo hyvin selkeästi ja hitaasti potilasta silmiin katsoen hoidon
tavoitteet ja perustelee ne potilaalle. Tavoitteista huomaa sen, että ne useimmiten koskevat potilaan
sairaalahoitojaksoa ja mitä potilaalle tehdään. Potilaan lisäksi niihin sisältyy asiantuntijoiden väli-
nen tehtäväjako.

”hoitoaika tämä ja ens viikko”

”tehdään lääkemuuokset, katsotaan, mitä apua on lääkkeitä, jos ei, niin sitten sähkö”

”tavoitteina on lääkitys, perhetapaaminen ja hoitoajan tarkistus”

Vedotessaan potilaaseen lääkäri korostaa tavoitteissa moniammatillisuutta:

” työkyvyn arviointi, sitä ei ole tehty aiemmin, se voi tuntua raskaalta, mutta valitettava on, että se [viittaa aiempaan lausuntoon] ei mene Kelassa läpi. Pitää tehdä tutkimuksia ja pelkästään lääkäriellä ei ole mahdollisuutta tehdä.

”me nähdään tavoitteena diagnosoida masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö”

Lääkäri puhuu me-muodossa. Tällöin hän puhuu instituution edustajana. Institutionaalinen asema vahvistaa asiantuntijoiden määrittelyvaltaa heidän puheessaan. Hän vetoaa potilaan tunteisiin, sanoessaan, että prosessi voi tuntua raskaalta, mutta toisaalta lääkäri vetoaa tietoon – aiempaan lausuntoon, jonka perusteella Kela on hylännyt eläkkeen. Potilas taas argumentoi tilanteessa, että hän saa eläkepääatöksen, kun lääkäri tekee tarpeeksi hyvän lausunnon. Lääkäri korostaa selvästi koko tiimin merkitystä eikä hän halua vahvistaa potilaan käsitystä, että lääkäri myöntää tai hylkää eläkkeen. Lisäksi hän tuo esiin ulkopuolisen tahon, Kelan, joka tekee päätöksen. Hän painottaa tässä koko hoitoyhteisön merkitystä myös diagnoosin vahvistamisessa. Asettuessaan moniammatilliseen positioon lääkäri käyttää me-retoriikkaa. Näin hän vahvistaa, ettei seiso mielipiteensä takana yksin vaan yhdessä koko tiimin kanssa. (ks. Jokinen 1999b, 139.) Vaikka lääkäri puhuu hoitoajasta, sopivan lääkityksen löytämisestä ja diagnoosista tavoitteina, käytännössä tällaiseen ilmaisuun sisältyy useimmiten myös asiasta päättäminen. Keskustelussa ei ole varsinaisesti päätöksentekojaksoa erikseen, vaan ammatillinen päätöksenteko nivoutuu tavoitteiden asetteluun ja arviointikeskusteluun. Kiinnostavaa on, kun hoitaja ehdottaa jotakin hoitoaika, hän esittää sen usein kysymyksenä, näin tulee esille, että lääkäriellä on asiasta päätösvalta. Joskus myös sosiaalityöntekijä ja psykologi ottavat kantaa hoitoaikaan.

Hoitajan rooli ja tavoitepuhe ovat suhteessa siihen, onko hän omahoitaja, vai vain työvuoronsa perusteella esittelemässä potilaan asiaa tiimissä. Omahoitajalla on varmempi ote tavoitteisiin, sillä hän on usein jo ehtinyt suunnitella potilaan hoitoa yhdessä hänen ja lääkärin kanssa. Usein hoitajat tuntevat parhaiten tiimiin tulevan potilaan, joten he osaavat esittää niitä asioita, jotka ovat keskeisiä potilaan hoidossa tällä hetkellä. Joskus omahoitaja esittää valmiina tavoitteet tiimille, tämä on kuitenkin harvinaista. Tavallisinta on, että hoitaja esittää tavoitteita ehdotuksina ja kysyy muiden ammattilaisten mielipiteitä niihin. Viimeisimmässä lainauksessa omahoitaja on jo miettinyt kaiken valmiiksi ja luettelee tavoitteet muulle tiimille. Kyseessä oleva potilas oli tiimille ennestään tuttu, joten tavoitteiden asettaminen tapahtui itsestänselvyytenä ja tehokkuuden nimissä haluttiin käyttää aikaa uusiin potilaisiin. Toisaalta kyse on myös erilaisista toimintatavoista. Hoitaja kysyy hoitoaikaa, koska ei voi sitä yksin ratkaista. Jos ajatellaan hoitajan puheeseen sisältyvää retorista keinoa, kyseessä on kohtelias ja suostutteleva puhetapa. Kohteliaan ilmaisun kautta, ehdotus hyväksytään yleisesti. Liian vahva ilmaisu nostaisi helposti vastarintaa muissa tiimin jäsenissä.

”varmaan lyhyt hoito täällä ja sitten jatkohoitokontakti”

”pyydetään potilasta kertomaan toiveita”

”Mikä oli aiemmin hyvää, voi sitten pitää takataskussa”

”Tavoitteena: toimintaterapia, ravitsemusterapia, fysioterapia, perheinterventio, paritapaaminen. Mikä on hoitoaika?”

Hoitajien puhe liittyy potilaan toimintaan osastolla ja siihen, mitä seurantalehdille on kirjoitettu. Omahoitajat painottavat heidän kanssaan käytävän keskustelun osuutta. He eivät kerro yksityiskohdaisia asioita keskustelussa, mutta sanovat jonkin asian tulleen esiin myös omahoitajakeskustelussa. Tavallisia ilmaisuja ovat, että omahoitaja jatkaa kanssasi tästä keskustelua tai että tulen vielä tänään keskustelemaan asiasta lisää.

Hoitajan kysymyksiä ovat myös, miten sosiaalityöntekijä ja psykologi pystyisivät tapaamaan potilasta ja onko siihen tarvetta. Lisäksi he miettivät usein jatkohoidon tavoitteita ja käytännön järjestämistä. Hoitajan puheelle tyypillistä on passiivimuodon käyttäminen. Hoitajat esittävät kysymyksiä asioita myös siksi että, kun keskustelu rönsyilee asiasta toiseen, hoitajan täytyy kirjata kuitenkin yhdessä sovitut asiat hoitosuunnitelmaan, siksi hän haluaa tarkentaa niitä. Tällöin tavoitteet muuttuvat päätöksiksi.

Sosiaalityöntekijä, samoin kuin psykologi, tapaa potilaan usein ensimmäisen kerran hoitosuunnitelmakokoontumisessa. Hän kuuntelee alkuun hoitajan kertomuksen ja osallistuu vasta sitten keskusteluun. Sosiaalityöntekijän tavoitteena on saada ensin kokonaiskuva potilaan tilanteesta ja sen

pohjalta tarkentaa tilannetta. Sosiaalityöntekijän tavoitepuhe painottuu perheasioihin, etuusasioihin, kokonaistilanteeseen ja palveluihin. Hän ottaa esiin useimmiten lasten tilanteen.

”Onko puoliso ollut lasten kanssa kotona?”

”vauvan kannalta ensimmäiset hetket ja vuorovaikutus tärkeitä. Olisko hyvä jos pikkulapsipsykiatria koko ajan mukana?”

Toisaalta sosiaalityöntekijä haluaa painottaa elämän normaaliutta ja sitä, että sairaalassa saatu mielikuva ei välttämättä vastaa todellisuutta. Normaaliudesta puhuttaessa, mietitään usein myös sen vastakohtaa poikkeavuutta. Kyseessä on asioiden ja yksilöiden kategorisoiminen. Sosiaalityöntekijä korostaa normaaliutta, jolloin hän laajentaa myös sen kategoriaa.

”Meille muodostuu vain tietty kuva eikä me tiedetä oikeesti minkälainen poika on.”

”Voiskohan poikaa tavata?”

Tässä tilanteessa keskusteltiin perhetapaamisen järjestämisestä, jossa tiimin mielipiteenä oli, että potilaan poikaa ei kannata tavata, koska potilas ei ole häntä aiemminkaan perhetapaamisiin pyytänyt.

”parisuhdekriisi pitää selvittää, perheasiainneuvottelukeskus olis hyvä”

”Olisikohan perhetapaaminen tarpeen?”

Sosiaalityöntekijä puhuu minämuodossa niistä asioita, jotka kuuluvat hänen toimialueelleen. Hän ottaa kantaa laajasti potilaan hoitoon ja siihen liittyviin tavoitteisiin. Toisaalta päätöksenteko parisuhdekriisin selvittämisestä ei ole kenelläkään asiantuntijalla, vaan potilaalla ja hänen puolisoillaan. Tämä eroaa lääketieteellisistä tavoitteista, joista potilas voi ilmaista mielipiteensä, mutta lääkäri yleensä päättää niistä yksin tai tiimin kanssa. Tästä johtuen sosiaalityöntekijän puhetyyli eroaa lääkärin puheesta. Sosiaalityöntekijä huolehtii siitä, että potilas saa tarvittavat lääkärinlausunnot ja sairauspäiväraha tai muu etuus tulee vireille.

”Pitäkö sairausloma kirjoittaa?”

”Pitää ilmoittaa työvoimatoimistoon.”

”selvitän kuntoutusohjaajan mahdollisuutta, jos omahoitaja kysyy MTK:ta”

[mielenterveyskeskus]

Sosiaalityöntekijä ehdottaa käytännössä useimmiten potilaalle etuuden hakemista. Jotkut potilaat kysyvät itse etuuksista ja lisäksi hoitajat varaavat heille aikoja. Vaikka potilas päättää itse haetaanko etuutta vai ei, on usein sosiaalityöntekijän rooli merkittävä päätöksenteossa. Useimmiten sosiaalityöntekijä varaa potilaalle ajan, jolloin mietitään etuuksiin liittyviä asioita ja taloudellisia pulmia ja laitetaan etuusasioita vireille.

Sosiaalityöntekijän tavoin **psykologi** on erityistyöntekijä, joka ei ole kiinteästi mukana osaston hoitotyössä, vaan tapaa potilaita tiimin lisäksi tarpeen mukaan. Tavoitetta asetettaessa hän esittää kokonaisuuteen liittyviä tavoitteita moniammatillisesta näkökulmasta, mutta sen lisäksi omaan erityisalaansa liittyviä tavoitteita, niiden potilaiden kohdalla, joiden kanssa se on tarpeen.

*”tarvis turvallisen kannattavan terapian”
” A-klinikka ei riitä, jos epävakaata on ollu”
” ehkä ainut tie painottaa motivaation kipinää”*

Psykologin puheessa esiin nousee juuri potilaan oma motivoituminen ja usein hän kysyy juuri potilaan omaa näkemystä ja toiveita. Useiden potilaiden tavoitteissa psykologi puhuu myös terapian tarpeesta, mutta ilmaisee suoraan sen, jos joku ei hänen mielestään hyödy terapiasta. Psykologilla itsellään on harvoja terapiapotilaita Osastolta, mutta usein hän psykologisten testien avulla kartoittaa potilaiden tarpeita ja tasoprofiilia. Terapiasuhteet potilailla on tavallisimmin avohoidossa. Psykologin asiantuntijaposition korostuu hänen puhuessaan psykologista tutkimuksista ja terapiasta. Asiantuntijatietoudellaan hän oikeuttaa omaa arviointiaan.

*”Ei psykologista oivalluskykyä, olen tutkinut vuonna 2000. [lukee oma tekstiään]
” Ihmetyttää, miten terapiahoitosuhde voi onnistua.”*

Psykologin vuorovaikutuksessa nonverbaali viestintä tulee esiin selkeimmin. Hän kuuntelee potilaan tarinaa nyökytellen ja vahvistaen sen uskottavuutta tai ikävyyttä erilaisin ilmaisuin kuten:

”joo, sepä ikävää, on varmasti ollut vaikeaa, hmm, joo-o, niin”

Myös sosiaalityöntekijä käyttää samalla tavoin nonverbaalia viestintää ilmaistakseen empaattisuutta. Psykologin äänen sävyt ja puheen tahti mukailevat eniten potilaan tilannetta ja mielialaa. Äänensävyllä hän viestittää ymmärtämystä ja hyväksyntää, mutta myös määrätietoisuutta.

Arviointipuhe

Arviointipuhe kattaa suurimman osan tiimin keskustelusta silloin, kun potilas ei ole vielä itse läsnä. Kun potilas tulee itse mukaan, hän kertoo omasta tilanteestaan ja työntekijät esittävät hänelle tarkentavia kysymyksiä. Tavoitteena on saada vastaus niihin kysymyksiin, joita keskustelun aikana on syntynyt esitietojen ja oletusten pohjalta ennen potilaan läsnäoloa.

*”Onko sen jälkeen [ollut tukihenkilö], kun olet lopettanut päihteiden käytön?” (lääkäri)
”Oliko silloinkaan [ensimmäisen hoitjakson jälkeen] jatkohoitoa, olit silloin alle kahdeksantoista vuotias?”(lääkäri)*

”Millaista ryyppääminen on, kuinka paljon juot kerralla, millaisessa ajassa mäyräkoira menee?” (lääkäri)

”Koska viimeksi oli ilonpäivä? Kauanko oot pelännyt? Kuinka pitkä aika, kun viimeksi kävit kaupassa?(psykologi)

”Minkälaisia kokemuksia AA-kerhosta?” (sosiaalityöntekijä)

”Voisitko vaikuttaa alkoholin määrään, ettei muuttuisi kauhean vaikeaksi?” (sosiaalityöntekijä)

Potilaalle esitetyt kysymykset ovat suoria ja perustuvat siihen tietoon, jota hän itse on kertonut. Ensimmäisessä lainauksessa lääkäri ihmettelee potilaan selviytymistä ja sitä, eikö hänelle ole koskaan sairaalahoitajaksojen yhteydessä järjestetty jatkohoitoa avohoitoon. Silloin, kun potilas ei ole läsnä arvioidaan laajasti, myös niitä asioita, joista ei ole tietoa. Näiden avulla potilaan tarinaan ja ongelmiin yritetään saada aikaan jonkinlainen looginen selitys ja täydentää puuttuvat tarinan osat olemassa olevien tietojen avulla. Seuraavassa luvussa esittelen joitakin siihen liittyviä näkökulmia.

Päätöksentekopuhe

Päätöksenteko sisältyy tavoite- ja arviointipuheeseen. Erityistyöntekijät, lähinnä sosiaalityöntekijä ja psykologi päättävät, onko heillä tarvetta tavata potilasta. Potilasvastaanotolla päätöksenteko tapahtuu potilaan kanssa kahdestaan asiakkohtaisesti. Hoitosuunnitelmassa tehtävät jakautuvat usein automaattisesti asiantuntijuuden mukaan, mutta joskus niitä on syytä tarkentaa. Sosiaalityöntekijä käy arviointikeskustelua moniammatillisen tiimin jäsenenä ja vain harvoin korostaa erityisesti omaa ammatillista positiotaan. Nämä koskevat lastensuojelullista huolta tai palveluiden järjestämistä sekä arkielämän asioiden huomioimista.

”Tarvitto, paljon tukea lapsen kanssa. Onneksi suostunut pikkulapsipsykiatriselle, sieltä voidaan tarvittaessa tehdä lastensuojeluilmoitus.” (sosiaalityöntekijä)

”Pitäisikö tarkentaa, kuka huolehtii kaikki asiat pikkulapsipolille?” (sosiaalityöntekijä)

”Mitä mieltä oot, kun paremmassa kunnossa, voisiko tutkia?” (lääkäri psykologille)

”Onko rikosilmoitusta tehty tai lastensuojeluilmoitus”

”Pitäisikö omahoitajan tuella tehdä rikosilmoitus, se on ainut mahdollisuus? (Toinen hoitaja omahoitajalle)

Näissä kaikissa kysymyksissä ehdotukseen sisältyy ajatus, että näin olisi hyvä tai pitäisi tehdä. Eriyisesti tilanteessa, josta kenelläkään ei ole varmaa tietoa, käännyttään sosiaalityöntekijän puoleen. Näin esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan kautta on tullut tietoon asioita, jotka viittaavat kolmannen osapuolen rikokseen. Ongelma halutaan kategorisoida selkeämmin, jotta sitä voidaan paremmin hoitaa eteenpäin. Konditionaalia käyttämällä (pitäisikö) tai toisen asiantuntijan mielipidettä kysy-

mällä, mielipide ei tule niin vahvana esiin kysyjän asiantuntijapositionista käsin. Lieventävää kysymysmuotoa käytettäessä asiantuntijat viestittävät, että he eivät päästä tosiasioita toisen puolesta. Koska hoitaja ja lääkäri ovat tavanneet potilaan ainakin kerran tai ehkä useammin, vaikuttaa tämä keskusteluasetelmaan. Näin työntekijät ovat keskustelussaan keskenään eri asemassa, koska osalle potilas on tuttu ja toisille taas ei. Keskustelun luonne olikin erityyppinen eräässä työkykyarvioinnin loppupalaverissa, jossa kaikki asiantuntijat olivat tavanneet potilasta useita kertoja. Tällöin keskustelua käytiin nimenomaan omista asiantuntijapositionista, koska potilaan tilanne oli hyvin monimutkainen. Yhteinen tavoite oli kuitenkin selkeä ja siinä pyrittiin löytämään asiantuntijoiden näkökulmasta potilaan kannalta mahdollisimman hyvä ratkaisu ja pyrittiin motivoimaan häntä omien ratkaisujensa toteuttamiseen.

5.3 Retoriset keinot asiantuntijuuden ja tietämisen vahvistamisessa

Keskustelu tiimissä on yhtäältä toimenpidekeskeistä ja puheessa keskitytään lääkitykseen, hoitoaikaan, raha-asioihin ja avohoidon järjestämiseen. Toisaalta kun potilaan yleistä elämäntilannetta arvioidaan, keskustelu on laaja-alaista. Tällöin puhutaan potilaan perheasioista, lasten tilanteesta, alkoholin käytöstä, uskonnosta ja erilaista oletuksista, joita potilaan tarina ei sinänsä vahvista. Esitellen, joitakin tiimipuheen teemoja ja niihin liittyviä retorisia ominaisuuksia. Retorisina keinoina tässä käytetään kuulijan vakuuttamista, moraalisten näkökulmien esiintuomista ja asioiden tekemistä tosiasioiksi. Tässä luvussa keskeistä ei ole, kuka asiantuntija puhuu, vaan tapa, jolla puhujat vahvistavat puheen vakuuttavuutta. Toisaalta puhetavoista ei ole aina helppo tunnistaa asiantuntijan roolia, mikä osaltaan kuvaa tiimin moniammatillisuutta ja rajoja ylittävää keskustelua.

Osastolla on usein potilaita, joilla on psyykkisen sairauden lisäksi päihdeongelma. Useimmiten päihteenä on alkoholi, mutta joillain myös huumeita. Yleensä päihdeongelman hoitaminen on ensisijainen tavoite. Alkoholi ongelmasta keskustellaan seuraavalla tavalla:

”Kyllä alko on ykkönen hoidossa.”

Tavoitetta määriteltäessä puhuja nimeää alkoholin ensisijaiseksi tavoitteeksi. Se, että asettaa tavoitteen ”ykköseksi”, on keino laittaa asioita tärkeysjärjestykseen. Samalla vedotaan toisiin asiantuntijoihin, että hekin näkisivät päihdeongelman hoidon ensisijaisuuden. Puheessa alkoholiongelma kerrotaan tiedettynä tosiasiana; eikä puhujalla ole epäselvyyttä siitä, mitä asiaa tulisi hoitaa.

”Vois mieltiä verkostopalaveria, MTK:ta ja A-klinikkaa.”

”Pitäisi saada sitoutumaan alkopuolen hoitoon.”

Näissä lainauksissa tavoite ei ole niinkään selvä ja lähinnä sitä arvioidaan. Puhe on konditionaalis-
sa, mitä voisi ja pitäisi tehdä. Ensimmäisessä lainauksessa puhuja lisää asian vakuuttavuutta listaa-
malla kolme tärkeää asiaa. Toisessa taas asiaa etäännytetään, käyttämällä ilmaisua ”joku” pitäisi
saada sitoutumaan. Puhuja antaa ymmärtää potilaan olevan päihdehoitoon sitoutumaton, ilmaus on
abstrakti ja siinä määritellään ”alkopuolen” hoito Osaston ulkopuoliseksi asiaksi.

Potilaalle halutaan korostaa alkoholin haitallisuutta ja vaarallisuutta.

” Sun ongelmat on vuorokausi rytmi ja alkoholiongelma, tosi hankalia. ”

” Alkoholiriippuvuus on sairaus. ”

” Paha hoitaa [psykkistä sairautta] kun on alkoholiriippuvuus. ”

Näissä tilanteissa puhuja tuottaa argumentin kategorisoimalla alkoholiongelman sairaudeksi, joka
haittaa myös psyykkisen sairauden hoitoa. Alkoholin koetaan haittaavan psyykkisen sairauden hoi-
dossa ja näin irtisanoudutaan päihdeongelman hoidosta. Samalla psyykkisen sairauden hoitaminen
ajatellaan olevan toissijainen asia. Päihdeongelman hoito katsotaan kuuluvan ulkopuoliselle taholle,
kuten A-klinikalle. Vaikka alkoholi määritellään sairaudeksi, potilaan omaan sitoutumiseen ja vas-
tuuseen vedotaan yleensä sen hoidossa enemmän kuin muiden sairauksien hoidossa. Tiimissä alko-
holiongelma määrittyy potilaan itsensä aiheuttamaksi toisin kuin muut sairaudet, vaikka alko-
holiongelmastakin puhutaankin sairautena. Tällöin tuodaan esiin alkoholin käyttöön moraalinen näkö-
kulma, minkä avulla vedotaan potilaaseen. Tässä tuotetaan retorinen syy- seuraussuhde, joka sisäl-
tää moraalisen viestin. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat tyypillisiä Osastolla. Hoidon etenemiseksi
heitä pyritään motivoimaan päihdeongelman hoitoon. Potilaita halutaan kannustaa myös aktiivisesti
suunnittelemaan hoitoa. Kategorisoitaessa päihdeongelma vaikeahoitaiseksi, voidaan vastakohtana
ajatella muiden sairauksien olevan helpompia hoitaa.

*”Kaiken kaikkiaan paljon positiivista, oot realistinen tilantees suhteen, mutta konstit
pitäis keksiä.”*

Yksi kategorisoinnin tapa on jakaa asiat esimerkiksi tosiin ja valheisiin tai normaaliin ja poikkeaa-
viin. Epäilyttäviä asioita ilmaistiin seuraavilla tavoilla:

*” Se on [hoitokontakti] näillä huumeihmisillä oikeesti tai siksi, että saadaan lääkkei-
tä.”*

*”Vois hänen luvallaan tilata terkkarista paperit, jos ei anna lupaa sekin kertoo jota-
kin.”*

” En tiedä, puhuuko puppua.”

Potilaan kertomuksen todellisuutta epäillään erityisesti, kun kyseessä on päihteiden käyttö. Koska potilaat vähättelevät tai kieltävät toisinaan päihteiden käytön, heidän kertomukseensa ei aina luoteta ilman virallisia todisteita. Potilaan elämän normaaliutta tukevat lähisukulaisten yhteydenotot. Näitä kategorisoidaan puhumalla ”fiksusta miehestä”, ”tavallisesta äidistä” tai ”työssäkäyvästä vaimosta”. Näin haetaan todisteita potilaan arkielämän normaaliuteen. Myös poikkeavuutta kategorisoidaan ja sitä perustellaan sillä, että potilas tunnetaan jo aiemmilta hoitajaksoilta, naapurina tai hänen sukulaisensakin ovat olleet psykiatrisessa hoidossa. Aikuisen kategoriaan liitetään myös vaatimuksia, jotka ovat erilaisia kuin lapsella ja nuorella.

”Joku tietämätön murrosikäinen poika vois sanoa näin, mutta ei aikuinen ihminen.”

Psykiatrisilla osastoilla potilaina olevilla on hämmästyttävän usein uskonnollinen tausta ja tällöin heidän harhansakin liittyvät uskonnollisiin asioihin. Uskonnollisuutta tässä kontekstissa ei ole ilmeisesti tutkittu, joten ei voida sanoa, esiintyykö sitä enemmän, saman verran tai vähemmän kuin muissa psykiatrisissa sairaaloissa Suomessa. Uskonnollisiin asioihin Osaston tiimissä suhtaudutaan asiallisesti, mutta joskus ne herättävät ihmettelyä ja uskonnollisuudesta pyritään hakemaan selitystä potilaan tarinaan.

” Mikähän se hoitokeino on ollut, uskonto?”

Esimerkissä asiantuntija ihmettelee potilaan pitkää hoitokontaktia, joka ei ole tuottanut tulosta. Potilaalta saatujen tietojen perusteella, voidaan olettaa uskonnollisuudella olleen osuutta myös hoitosuhteeseen. Tällöin hoitokeino kategorisoidaan uskonnoksi, joka ei ole oikea hoitokeino suhteessa lääketieteeseen. Sana uskovainen kategorisoi potilaan tietynlaiseksi. Heitä kategorisoidaan tarkemmin sen mukaan, mihin seurakuntaan tai ryhmittymään he kuuluvat. Kunnan uskovaisen oletetaan toimivan tietyllä tavalla:

” Vois vetää turpaan [viittaa potilaan puheeseen], kuinka kunnan uskovainen voi sanoa niin?”

Ajatukseen sisältyy oletus, että kunnan uskovainen on tietynlainen ja potilas ei täytä tuota mittaa. Herääkin kysymys, voiko uskovainen potilas ilmasta aggressiivisia tunteitaan. Onko aggressiivinen käyttäytyminen hänelle vähemmän sopivaa kuin muille psyykkisesti sairastuneille? Kategorisoinnilla on käytännön seurauksia, suhteessa niihin tulkintoihin, joita potilaista teemme. Samalla tavoin potilaan joihinkin elämäntilanteisiin, kuten lasten määrään tai raskauksiin haetaan selitystä uskonnollisella kategorisoinnilla, vaikka vastaus yleisesti jo tiedettäisiinkin.

*”niin helluntailainen; Voiko helluntailaiset käyttää ehkäisyä?”
”kyllä, mun käsittääkseni”*

Uskonnossa nähdään olevan myös positiivisia puolia. Seuraavalla lauseella viitataan vuosia jatkuneeseen huumeiden käyttöön.

”onko sellanen kriisi [ettei osaa elää arkea], kun on saanut avun uskonnosta ja nyt opetellu ensimmäistä kertaa elämään arkea elämässään”

Vaikka uskonto ei olekaan hoitokeino, niin sen tuomaa apua potilaan elämässä ei haluta aliarvioida. Asiaan suhtautumiseen vaikuttaa potilaan tapa kertoa asioita. Jos potilas on psykoottinen tai paranoidinen uskonnollisiin asioihin suhtaudutaan eri tavoin, kuin masentuneen potilaan kertomukseen. Sairautta hoidettaessa potilaan elämän kaikki asiat tulevat laajemmin esiin kuin esimerkiksi toimeentulotuen hakutilanteessa.

5.4 Yhteenveto tiimin asiantuntijapositioneista ja vallan näkökulma

Kuvasin tiimin asiantuntijapositioneita havainnointiaineistoa analysoimalla. Jäsensin tiimipuhetta käsitteiden tavoitteet, arviointi ja päätöksenteko avulla. Etsin niitä asioita, jotka erityisesti kuvaavat tiimin moniammatillisuutta ja asiantuntijuutta. Institutionaalisen vallan näkökulma ei tule analyysissä juuri esille. Palaan vallan piirteisiin tässä luvussa. Vakiintuneissa instituutioissa, kuten sairaaloissa, potilaiden asema on alisteinen suhteessa instituution edustajiin. Makrotasolla asia on selitetty ammattilaisten professionaalilla valta-asemalla. (Raevaara & Ruusuvaara & Haakana 2001, 23–24.) Keskustelun mikromaiseman tasolla valta jakautuu tasaisemmin. Tällöin valta ei ole staattinen ilmiö, vaan kenen tahansa toimijan otettavissa. Analyysiosassa asiantuntijat luovat ja käyttävät valtaa kategorisoimalla potilaan ongelman tietynlaiseksi. Koska heillä on tietty professio ja tehtävä, heillä on myös oikeus määrittelyyn. Suostutteleva ja kohtelias puhe sisältää myös vallan näkökulman. Tiimin jäsenet käyttävät suostuttelevaa ja kohteliasta puhetapaa tavoitteita asettaessaan ja odottaessaan toisten asiantuntijoiden mielipidettä tavoitteesta. Suostuttelun keinoin oma mielipide tulee helpommin hyväksytyksi yhteisessä tavoitteenasettamisessa ja päätöksenteossa. Suoninen (1999) käsittelee puheessa esiintyviä valtarakenteita, jotka liittyvät sosiaaliseen statukseen, hierarkiseen asemaan, mutta myös toimijan aktiivisuuteen. Aktiivinen toimija voi vaikuttaa argumentoinnilla sosiaaliseen statukseensa ja omaan positionsa vakavastiotettavuuteen. (Mt., 29–30.) Tämän huomaa Osaston tiimissä erityisesti hoitajien kohdalla. Eri hoitajat toimivat eri tavoin ja omaavat erilaiset vuorovaikutustaidot. Näin ollen heillä on keskenään erilaiset taidot vakuuttaa yleisöään.

Moniammatillisen tiimin periaatteiden mukaisesti Osaston tiimissä asiantuntijat käyvät rajoja ylittävää keskustelua. He pyrkivät potilaslähtöisyyteen sekä tiedon ja erilaisten näkökulmien yhteen ko-

koamiseen. Kaikilla sairaalan osastoilla tiimit eivät työskentele samalla tavoin, vaan kyse on enemmänkin tiedon jakamisesta asiantuntijoiden kesken. Vaikka jokainen asiantuntija tietää erityisalueensa, potilaalle asioita puhutaan usein me-näkökulmasta tarkoittaen koko tiimin tekemää työtä. Tämä puhetapa ei tarkoita, etteivätkö tiimin jäsenet olisi myös eri mieltä. Asioista, joista asiantuntijoilla on erilaisia näkemyksiä, keskustellaan ja pyritään pääsemään kompromissiin.

Vaikka moniammatillisuuden idea toteutuukin ensin ajateltuna ihanteellisesti, niin kokoontumisen aikana työskentely tapahtuu välillä tiukasti omista asiantuntijapositioneista. Nämä positiot vaihtelevat aaltomaisesti tiimin eri vaiheissa, kuten olen analyysissä kuvannut. Malcon Paynen (2000) mukaan moniammatillinen tiimityöskentely onkin paradoksaalista yhtäältä tavoitteena on rakentaa ryhmän toimintaa ja yhteistyötä eri jäsenten kesken. Tiimi on vahvempi toimimaan ja esittämään mielipiteitään organisaatiossa kuin yksilöt. Toisaalta haasteena ja pelkona on oman asiantuntijuuteen ja persoonallisuuteen liittyvän vapauden rajoittaminen. (Mt., 1.) Tämä paradoksaalisuus tulee esiin asiantuntijoiden puheessa myös ryhmähaastatteluaineistossa. Onko sitten moniammatillisuuden ideaalimallin toteutuminen tavoiteltavaa, on vaikea sanoa, mutta ainakaan en usko sen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevan täysin mahdollista. Syynä tähän on institutionaalinen makrorakenne, joka säätelee kunkin asiantuntijan tehtävän. Lainsäädännön mukaisesti lääkäri vastaa hoidon kokonaisuudesta. Potilaan oikeudet ja niiden rajoittaminen ovat laissa tarkasti säädeltyjä ja käytännön päätökset tekee lääkäri. Organisaation kulttuuri ja hierarkia ovat mukautuneet sen mukaiseksi ja makrotasolla institutionaalinen valta ja sen myötä vastuu kuuluvat lääkärille.

Terveyssozialityöntekijän rooli tiimissä liittyy paljon ammattitaitoon ja persoonallisuuteen. Se on sidoksissa myös työsuhteeseen. Vakituksella työntekijällä on erilaiset mahdollisuudet vaikuttaa rooliinsa kuin lyhytaikaisella sijaisella. Jos haluaa vaikuttaa, täytyy osallistua moniammatilliseen keskusteluun. Tällöin myös hänen erityisosaamistaan ja taitoaan arvostetaan niissä asioissa, jotka keskeisesti liittyvät sosiaalityöhön. Vallan näkökulmasta sosiaalityöntekijällä on tiedon valtaa esimerkiksi tietyn kunnan palveluista tai etuusasioista, jolloin ne vaikuttavat siihen, millaisia tavoitteita potilaalle suunnitellaan. Kullekin ammattilaiselle on tärkeää uskaltaa ylittää rajoja ja saada sen myötä myös vaikutusvaltaa. Vallankäyttöä voi olla kuitenkin tiukka pitäytyminen omassa asiantuntijapositionissa. Sosiaalityöntekijän kannalta se kuitenkin rajoittaa hänen mahdollisuuksiaan vaikuttaa, koska terveydenhuollon organisaatiossa kyse on työskentelystä ”vieraalla maalla”.

Asiantuntijoiden määrittelyvalta

Retoristen keinojen avulla puhuja vahvistaa puheensa faktaolettamuksia ja paikkansapitävyyttä. Kategorisointi ei ole irrallinen ilmiö, vaan se on osa tekstien argumentointia, kuvailua ja selontekoa. Sen jäsentää ympäröivää maailmaa, mutta ilmaisee myös moraalisia arvoja. Kategorisoinnin avulla puhuja tai kirjoittaja hakee eroja tyypillisten tekijöiden ja poikkeavuuksien välillä. (Nikander 2002a, 42–47.) Asiantuntijoiden puhe on moraalista eniten juuri päihteistä puhuttaessa, mutta moraalinen näkökulma liittyy usein myös puheeseen perhesuhteista. Asioiden kategorisointi palvelee erilaisia funktioita, sen avulla voidaan oikeuttaa tai kritisoida asioita. Kategorisointi tulee Osaston tiimin puheessa selkeimmin esiin juuri tavoite- ja arviointipuheessa. Tällöin työntekijät puhuvat moniammatillisen tiimin jäsenenä ja erikoissairaanhoidon työntekijöinä. Asiantuntijat haluavat löytää yhteisen nimittäjän potilaalle ja hänen ongelmalleen, jotta he voivat suorittaa toimenpiteitä ja hoitaa tilannetta. Kun potilas määritellään päihdeongelmaiseksi, tiimi asettaa samalla hänen tavoitteensa avohoidossa toteutettaviksi. Potilasta toki hoidetaan ja hänen sairaalahoidolleen asetetaan tavoitteet, sen sijaan päihdeongelman varsinainen hoito kuuluu toiselle organisaatiolle. Kategorisoinnilla haetaan myös oikeutuksia, esimerkiksi vedotaan siihen, että me erikoissairaanhoidon työntekijät toimimme tietyllä tavalla.

Tiimi keskustelee eri tavoin potilaan poissa ollessa, kuin hänen läsnä ollessaan. Osaston tiimillä keskustelu on potilasta kunnioittavaa, vaikka joskus se on huumorilla maustettua. Vaikeiden asioiden kanssa työskenneltäessä huumori lisää työyhteisönä yhteenkuuluvuutta ja voimavaroja. Erving Goffman (1961) puhuu yhteiskunnan instituutioista ja totaalisista laitoksista, joihin hän sisällyttää mielisairaalat eli nykyiset psykiatriset sairaalat. Goffman erittelee virallisen puheen, joka liittyy potilaan siirtämiseen osastolta toiselle ja jossa hän itse on läsnä. Sen lisäksi potilaasta välittyy epävirallinen tieto, jonka ajatellaan helpottavan potilaan siirtymistä ja henkilökunnan työtä. Kaikkein epävirallisimmalla tasolla keskustelu on henkilökunnan kahvihuoneissa. Goffmann puhuu juoruilusta, jossa kaikki potilaaseen kuuluva tieto halutaan saattaa sairaalatyöntekijöiden tietoon. Teoreettisesti mahdollista olisi, että keskustelulla nostettaisiin potilaan arvoa ja positiivisia puolia, mutta useimmiten se painottuu negatiivisiin asioihin. (Mt., 126–130.)

Anne Matilainen (1994) kirjoittaa tiedon vallasta, joka sisältyy psykiatrisessa sairaanhoidossa käytävään määrittelydiskurssiin. Tieto sisältää aina valtaa myös potilassuhteessa. Taustatietojen merkitys on tärkeä, kun potilaan jatkohoitoa suunnitellaan. Kokemuksellinen tieto potilaan aiemmista hoitajaksoista sekä epävirallinen tieto hänen perheestään asuinseudustaan sekä mahdollisesta us-

konnollisesta tai seksuaalisesta suuntauneisuudesta vaikuttavat potilaan tavoitteiden määrittelyyn (Mt., 20–21.) Tavoitteen asettelussa taustatieto ei ole enää niin merkittävää siinä vaiheessa, kun eri asiantuntijat ovat tavanneet potilaan henkilökohtaisesti useita kertoja. Tällöin tiedossa ja tavoitteen määrittelyssä korostuu asiantuntijapositiot. Tämä tuli esille erityisesti yhdessä potilaan työkykyarviointitilanteessa.

Potilaiden kategorisoiminen, puuttuvien selitysten etsiminen ja vastakohtien luominen ovat tyypillisiä retorisia keinoja asiantuntijoiden määritellessä potilaan ongelmaa. Samalla, kun asiantuntijat määrittelevät potilaan ongelmaa, rakentavat he myös yhteistä sosiaalista todellisuutta tilanteesta. Retoristen keinojen käyttäminen on osa kaikkea puhetta, jolla on myös yleisö. Yleisönä tiimin hoitosuunnitelma tilanteessa ovat tiimin jäsenet ja potilas. Suostuttelulla ja asiantuntijat pyrkivät vaikuttamaan enemmän toisiinsa kuin potilaaseen.

6 RYHMÄHAASTATELUAINEISTON RETORINEN ANALYSOINTI

Kahdesta eri ryhmähaastattelusta saamani aineistot ovat keskenään erilaisia. Ensimmäisessä haastattelussa keskustelimme Osaston tiimin kanssa moniammatillisuudesta, tavoitteista, arvioinnista ja päätöksenteosta. Toisessa haastattelussa teimme hoitosuunnitelman kuvitteelliselle potilaalle, jonka olin nimennyt Anteroksi (liite 4). Tilanne vastasi hyvin normaalin hoitosuunnitelmatilanteen sitä osaa, jossa potilas ei ole mukana ja haastateltavat lähtivät suunnitelman tekoon hyvin aidosti. Analyysissä käsittelem molempia ryhmähaastatteluja yhtä aikaa. Pyrin analysoimaan aina kutakin keskusteluosaa retoristen keinojen avulla. Analyysiosa etenee jo tutuksi tulleiden käsitteiden tavoitteet, arviointi, päätöksenteko ja moniammatillisuus otsikoiden mukaan. Esittelen myös institutionaaliseen valtaan liittyviä näkökulmia. Yhteenvedossa kokoan analyysin neljän eri diskurssin avulla. Olen nimennyt ne hoitosuunnitelma-, moniammatillisuus-, valta- ja sosiaalityödiskursseiksi. Olen lukenut haastatteluaineiston ensin kokonaan ja sen jälkeen useita kertoja lyhyemmissä osissa, jotta pystyisin ymmärtämään yksittäiset puheenvuorot parhaiten suhteessa koko tekstiin.

6.1 Argumentointi ja kategorisointi tavoitteenasettelussa

Analyysimenetelmät olen esitellyt jo aiemmin luvussa 4.4. Ryhmähaastattelulla kerätyn aineiston analysoinnissa paneudun syvällisemmin retorisiin keinoihin kuin havainnointiaineistossa. Asiantuntijapositionissa haluan huomion kiinnittyvän siihen, miten eri ammattiryhmät käsittelevät ja puhuvat asioista. Keskeistä ei ole ajatella yksittäisen työntekijän puhetekoja, vaan häntä ammattinsa edustajana. Argumentoinnilla tarkoitetaan tässä niitä keinoja ja tavoitteita, väitteitä ja omia puheenvuoroja, joilla omia ajatuksia tehdään uskottavaksi ja saadaan kuulijat sitoutumaan niihin (Leiwo & Pietikäinen 1996, 95). Puheella ja tekstillä on aina yleisösuhte, jolle se on ensisijaisesti osoitettu. Tiimin yleisönä ovat sen jäsenet ja potilas, mutta tekstien kautta koko Osaston henkilökunta ja joskus myös avohoidon työntekijät.

Puhetta tavoitteesta

Kun asiantuntijat puhuvat potilaan tavoitteiden asettamisesta, he suunnittelevat, mitkä asiat voidaan hoitaa sairaalassa ja mitkä asiat jäävät avohoidon tehtäväksi. Ensisijaisiksi tavoitteiksi he asettavat

potilaan akuutien ongelmien hoitamisen, minkä jälkeen suunnitellaan pitkän ajan tavoitteita. Akuitisti hoidettavia asioita ovat potilaan voinnin ja oman olon parantuminen sekä humalasta selviäminen. Asiantuntijat suunnittelevat pitkän ajan tavoitteita potilaan kanssa ja niissä pyritään realistisuuteen ja kokonaisvaltaisuuteen. He kuuntelevat potilasta ja selvittävät yhdessä, mitä hän toivoo ja haluaa. Aina potilaat eivät kuitenkaan osaa itse nimetä, mitä haluavat ja aina heidän ongelmansa eivät ole täysin selvillä. Tavoitteet voivat muuttua sairaalahoidon aikana ja pyrkimyksenä on, että käsitys ongelmasta olisi kaikilla toimijoilla sama. Sairalahoidon aikana työntekijöiden tavoitteena on järjestää avohoito siten, että se palvelisi potilaan tarpeita mahdollisimman hyvin. Tästä johtuen täytyy potilaan kokonaistilanne kartoittaa perusteellisesti.

Retorisiin keinoihin kuuluu kontrastien (ks. Jokinen 1999b, 153) ja vastakohtien käyttäminen puheen vakuuttavuuden lisäämisessä. Tällöin työntekijät kuvaavat oman toiminnan erilliseksi kokonaisuudekseen ja erottavat sen muiden organisaatioiden tehtävästä. Luomalla kontrastin tiimin jäsenet rajaavat oman tehtäväalueensa ja päätösvallan erikoissairaanhoidon. Kontrasti lisää tiimin yhteenkuuluvuuden tunnetta, se erottaa vastakohtana meidät suhteessa muihin. Tällainen kontrastipari, joka tulee esiin kaikessa tiimin toiminnassa, on erikoissairaanhoidon vastakohtanaan avohoito. Erikoissairaanhoidon luo institutionaaliset rajat toiminnalle. Sillä on tietty institutionaalinen tehtävä, jota se toteuttaa ja jota säätelevät tietyt normit ja lainsäädäntö. Erikoissairaanhoidon tai sairaalan työntekijäpositioon liittyy tässä keskustelun osassa vahvasti moniammatillinen näkemys eikä siinä korostu professionaaliset eroavaisuudet. Puhe erikoissairaanhoidon työntekijänä sisältää valtaa määrittellä potilaan tavoitteita ja oikeuttaa omia asiantuntijatehtäviään. Kontrastin ja vastakohtien avulla työntekijät eivät laita osapuolia paremmuusjärjestykseen, mutta korostavat kummankin jäsenen vastakohtaisuutta suhteessa toisiinsa. Kontrastin avulla asetetaan myös vastakkain sairaalan tavoitteet ja avohoidon tavoitteet:

Sosiaalityöntekijä: No, jos mää alotan, niin mun mielestä sen niin ku, että mikä tällä sairaalassa on mahdollista ja minkälaisia tavoitteita pystytään myös niinku hoitamaan täällä, että selkeyttää sitä, mikä on sairaalan osuus potilaan kokonaistilanteessa.

Haastattelija: ja täs varmaan se erikoissairaanhoido

Sosiaalityöntekijä: joo

Lääkäri: Niin, kyllä mä näkisin sen, ehkä sillä tavalla, että tää on tavallaan kokonaispaketti, jota yhdessä suunnitellaan. Että siinä kohtaan, kun avohuollon toimet eli se mitä siellä saadaan tehtyä ei riitä, niin voidaan täällä mieltiä yhdessä semmonen hoitomuoto, tai yhdistelmä, mikä auttaa ihmistä kaikkein parhaiten.

Psykologi: Niin ja tietenkin potilaslähtöisyys, kun potilas tulee tänne, niin huomioida, mitä hän toivoo ja haluaa, ja kuulla niitä ja sitten yhdessä miettiä missä suhteessa voitaisiin hänen tarpeisiinsa ja toiveisiinsa vastata osastolla ja yhteistyössä miettiä niitä tarpeita.

Hoitaja: Mä oon laittanu tähän ittelleni ylös, että olis realistisia ne tavoitteet, potilas pitää mielessä, ajatella tosiaan potilasta ja myöskin tätä erikoissairaanhoidoa kontra sitten avohoitoa ja siellä tehtävää työtä arvostaen myöskin ja myös, että tavoitteet olis kokonaisvaltasia huomioida joka osa-alueet potilaan elämässä ja sitähän tässä tiimi työssä pyritään hyvin pitkälti toteuttamaan.

Puheessa sairaalahoito kuvataan omaksi kokonaisuudeksi, jonka tehtävää asiantuntijat toteuttavat. Potilas on sairaalassa väliaikaisesti ja avohoito vastaa hänen hoidostaan pääasiallisesti. Tässä kontrastipuheessa avohoidosta puhutaan yhtenä kokonaisuutena, vaikka käytännössä avohoidossa on hyvin monia toimijoita. Puheella asiantuntijat rakentavat omaa institutionaalista tehtäväänsä erikoissairaanhoidon työntekijöinä. Puheessa lääkäri ylittää kontrastiasetelman rajan puhuessaan ”kokonaispaketista”. Tässä kohtaa puheessa hän asettaa potilaan tavoitteet sairaalassa ja avohoidossa yhteisiksi eikä vastakohtiksi. Vaikka sanaa me ei käytetäkään, voidaan kuitenkin puhua me-retoriikasta, jossa työntekijät asettuvat saman instituution jäseniksi ja vahvistavat näin omaa mielipidettään. Liittäessään itsensä kyseiseen instituutioon asiantuntijalla on tietyt oikeudet ja velvollisuudet. Vaikka mielipiteet ilmaistaan minämuodossa, puhutaan selkeästi tietyn instituution jäsenenä. Asiantuntijan asema antaa oikeutuksen puhetavalle ja määrittelyille sekä lisää näin puheen painoarvoa. Hoitaja puhuu kokonaisvaltaisista tavoitteista. Kokonaisvaltaisten tavoitteiden vastakohtana ovat eri osa-alueiden ja toimijoiden asettamat tavoitteet. Vaikka hoitaja puhuu erikoissairaanhoidosta suhteessa avohoitoon, vastakohtaisuus asetelma lievenee hänen puhuessaan kokonaisvaltaisista tavoitteista. Vastakohtana puheessa ovat asiantuntijat ja potilas. Asiantuntijoiden rooli tiimissä on eri kuin potilaan. Potilaan tavoitteiden kautta asiantuntijat asettavat itselleen tehtäviä.

Erikoissairaanhoidon tehtävänä ei ole hoitaa kaikkia potilaan pulmia, vaan tärkeä tavoite on avohoitoon siirtyminen:

Sosiaalityöntekijä: No, oisko se yks tavoite, minä ajattelen niin sen potilaan, että se vointi, että se siirtyminen avohoitoon tapahtuis sillai hyvin, että se tieto välittyis sinne avohoitoon tai avopalveluihin ja että se olis mahdollisimman pehmeästikin sinne avohoitoon.

*Psykologi: Niinpä, sitten sairaalahoidossa hoidon luonne vaihtelee riippuen siitä, että joskus potilas tulee tänne pitkänkin hoitopolun välillä tai jälkeen tai kriisijakson hoitotajaksolle, jolloinka tämä on pieni osa sitä potilaan hoitoa ja sen kriisitilanteen hel-
pottamista, mutta sitten taas voi olla ensikertalaisia, jotka tulee tänne ilman sitä aika-*

sempaa hoitoa ja siinä se on tietysti niinku erilainen, kun siinä joudutaan niiku tavallaan suunnittelemaan se potilaan koko hoitosysteemi täältä sairaalasta käsin ja luomaan ne rakenteet sinne avohoitoon päin.

Sosiaalityöntekijä: Mä en tiedä, onko tavoote se, että ei tulisi sairaalahoitoja sitten, niinku että tehostettais sitten sitä hoitoa avohoidossa, eikö se kuitenkin niin oo, että sairaalahan tullaan kun avohoidossa ei pärjää, eikö me kuitenkin niin ajatella, että sairaalahoitojaksoja ei tulisi.

Keskustelussa välittyvät hoidon akuuttivaihe ja lyhyet hoitajakset. Lyhyet hoitajakset ovat vasta-kohta kroonisesti sairastavien pitkille hoitajaksoille. Osastolla potilaiden hoitoajat ovat usein kahdesta kolmeen viikkoa, mikä tulee esiin myös tavoitepuheessa. Vaikka toisaalta hoidossa korostetaan potilaslähtöisyyttä, niin tavoitepuheessa potilas on hoidon kohde, ei niinkään toimiva subjekti. Keskustelussa luodaan kuvaa potilaan hoitopolusta, jossa on erilaisia vaiheita ja erikoissairaanhoidon tehtävänä on auttaa kriisivaiheesta selviytymisessä. Kuten edellisessä luvussa jo tuli esille, tiimi haluaa saada kokonaiskuvan potilaan hoitopolusta eli tarinasta. Potilaan tarinaan pyritään löytämään selitykset kaikkiin vaiheisiin. Tämä tarkoittaa retorisenä keinona narratiiveilla vahvistamista, yhteistä tarina syy-seuraussuhteineen. Tällöin tavoitteiden asettaminen ja perusteleminen on helpompaa.

Potilaat kategorisoidaan niihin, joilla on pitkä hoitohistoria ja niihin, joilla ei sitä ole. Kategorisoidalla potilas tiettyyn kohtaan hoitopolkua, määritellään hänen tavoitteensakin. Kun potilaan ongelma nimetään tietynlaiseksi, sisältyy siihen samalla tavoite. Edellä olevassa tekstissä potilaasta puhutaan joko erikoissairaanhoidon tai avohoidon kohteena. Kun avohoito on riittämätön, potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita. Sosiaalityöntekijä määrittelee puheessaan tavoitteeksi sairaalasta avohoitoon siirtymisen. Tavoitteena on hyvä siirtymä ja tavoitteiden välittäminen avohoitoon ja se, ettei sairaalahoidon tarvetta tulisi. Erikoissairaanhoidon tehtävä määrittyy puheessa viimesijaiseksi, jolloin vastakohtana ensisijainen hoito on avohoidon järjestämää. Käsite riittämätön on avoin ja abstrakti ja se pitää määritellä sisällöllisesti jokaisen potilaan tilanteessa erikseen. Sen vastakohtana on käsite riittävä ja potilaan kotiutumista ja avohoitoa suunniteltaessa mietitään yksityiskohtaisesti, mikä kunkin potilaan kohdalla on käytännössä riittävää avohoitoa.

Asiantuntijat pitävät avohoitoa tavoitteena myös Anteron hoidossa. Siinä sana avohoito konkretisoi-tuu tietyiksi toimijoiksi. Puheessa avohoidon keskeiseksi tehtäväksi tulee potilaan tukeminen, jos hänen ongelmaansa ei tarkemmin määritellä. Kategorisoidalla potilas päihde- tai mielenterveysongelmaiseksi, hänet liitetään tietyn organisaation asiakkaaksi:

Sosiaalityöntekijä: Varmaan on tärkeää tää hänen tilansa tällä hetkellä, huomioon ottaen tän tuen järjestäminen sitte sinne avohoitoon, että niitä vois pikku hiljaa sinne sitte.

Hoitaja: kyllä varmasti

Lääkäri: Hiljalleen ottaa yhteyttä potentiaalsiin paikkoihin sitte, että olisko siinä A-klinikalle motivoitavissa ja MTK [mielenterveyskeskus] vois sitten olla.

Hoitaja: Tuossa oli enemmän sen verran siitä jatkohoidosta puhetta, että mä näkisin ehkä sitä ei tarvi vielä lyödä lukkoon, että onko se A-klinkka vai mielenterveystoimisto vai, kun hänen esitietoihin perehtyy niin, tulee sellanen tunne, että kyllä täs varmaan mielenterveystoimistolle tarvetta olis ja olis potilaalle hyötyä, kun ei oo koskaan mis-sään asioistaan puhunu.

Sosiaalityöntekijä: voihan ne molemmatkin hyödyttää

Sairaalassa puhutaan potilaan tavoitteista ja ne ovat hoidollisia ja toimenpidekeskeisiä. Näiden avulla potilasta pyritään auttamaan parhaiten selviytymään elämässään, mutta yleensä ei mietitä, miten potilas olisi tasapainoisempi, reippaampi tai onnellisempi. Vaikka näitä ominaisuuksia ei varsinaisesti nimetä tavoitteeksi, niin iloisuus ja tasapainoisuus tulevat esiin arviointipuheessa. Samalla, kun tavoitteita asetetaan, asiantuntijat määrittelevät itselleen tehtäviä.

Potilaan tavoitteiden asettamisesta asiantuntijat keskustelevat seuraavasti:

Hoitaja: Se on aina niin potilaskohtaista.

Sosiaalityöntekijä: Ja sitten ihan yksinkertaisesti nimeämällä, jos tavoitteena olis ahdistuksen lieventäminen tai asuntoasioiden järjestäminen, niin mitä se tarkoittaa, kuka tekee, mitä se tarkoittaa, että päästään siihen tavoitteeseen, ne on yksinkertaasia taval-lisia asioita.

Lääkäri: Uniongelman helpottaminen, potilaan lääkityksen tai diagnoosin vahvistaminen, riippuen mitä on.

Psykologi: Aika usein on potilaita, jotka osaavat itse nimetä tavoitteitaan ja ne on hyvin niinku suhteessa siihen, mitä hoitohenkilökunta kokee ja niitä voidaan tukea tääl-lä, mutta sitten on potilaita joiden kohdalla, hoitohenkilökunta nimeää tavoitteita, esi-merkiksi jos on psykoottinen potilas, joka ei yksinkertaisesti pysty tiedostamaan sitä ti-laansa, niin jollain tavalla pyritään määrittämään sitä tavoitetta, tilanteesta aina riip-puen.

Hoitaja: Ja sitte, että puhuttais tosiaan sitä samaa kieltä, niinku on tullukin, niinku et-tä hoitava taho ja potilas itse. että olis potilaalle selkeetä myös mitä tavoitellaan, hän sitten voi sitoutua mahdollisimman hyvin, jos siinä vaiheessa, kun tavoitteita asetel-laan.

Sosiaalityöntekijä: Se on tärkeää kun hoitotiiminä keskustellaan ne asiat, että mihin siinä sitten tähdätään, niinku ammattilaisten näkemys, että siinä ittekin sitten sitoutuu työskentelyyn, vaikka olis alun perin ehkä ajatellut eri lailla. että kuitenkin kunnioittaa sitä, että potilaan hoito on selkeä ja ettei siinä oo erilaisia näkemyksiä, kun kysymys on kuitenkin isoista asioista

Tavoitteena asettelussa puheessa kontrastipariksi muotoutuvat ammattilaiset ja potilas. Psykologin puheessa potilaan subjektiivisuus korostuu, mutta siinäkin ovat vastakkain potilas ja hoitohenkilökunta. Edellä potilas määriteltiin ensikertalaiseksi tai pitkän hoitopolun omaavaksi. Tässä puheenvuorossa kategorisoidaan psykoottiset potilaat omaan ryhmäänsä. Psykiatrisessa sairaanhoidossa potilaat nimetään yleisesti diagnoosin tai oireiden perusteella. Tällä tavoin nimeämällä yhteinen työskentely ammattilaisten kesken selkiytyy. Potilas ei aina oireitaan tunnista eikä koe itseään psyykkisesti sairaaksi. Tällöin hoitoon motivoituminen tai sen subjektina oleminen ja omien tavoitteiden asettaminen on äärimmäisen vaikeaa. Kaikissa puheenvuoroissa me-retoriikka korostuu, mikä kertoo tiimin moniammatillisen työtavan vakiintumisesta. Hoitosuunnitelman teossa moniammatillisuus koetaan itsestäänselvydeksi. Puheessa potilaan elämä nähdään kulkemiseksi kohti tavoitteita. Tavoitepuheessa potilaan elämää verrataan normaaliin tilanteeseen vastakohtana poikkeavuudelle. Kategorioimalla tietyt asiat normaaleiksi, määritellään sen vastakohtana ne asiat jotka ovat poikkeavia. Jokaisen potilaan tilanteessa pyritään rakentamaan yhteistä todellisuutta siitä, mikä hänen käyttäytymisessään on normaalia ja mikä ei.

Tavoitteet osana arviointipuhetta

Hoitosuunnitelmatyöissä tavoitteen asettaminen, arviointi ja päätöksenteko eivät ole erillisiä puhekokonaisuuksia, vaan ne limittyvät eri asiantuntijoiden puheessa. Tämä tulee esiin niin havainnoimissani tiimeissä kuin Anteronkin hoitosuunnitelmassa. Seuraavassa puheenvuorossa lääkäri asettaa ensin tavoitteen ja perustelee sen arvioimalla potilaan perheen tilannetta:

Lääkäri: Aika tärkeä olis varmaan sitte perheen tapaaminen ja vaimon haastattelu myöskin, että tää tilanne, mitä hänellä ehkä olis kerrottavaa, että onko tää miehen huoli aiheellista ja sitte viä, miten keskeinen on tää alkoholin käyttö ja kuinka pitkään vaimo sen tietää tää harhojen esiintyminen tuo esiin sen, että vois pieni delirium esi-merkiksi pukata päälle, että ei oikein hirveen hyvin näytä siltäkään, että psykoottis-tasoinen masennuskaan puhkeis yhdessä tai näin nopeestikaan, kuitenkin paranoidi-set ajatukset ei oo siinä niin tavallisia.

Lääkäri asettaa tavoitteeksi potilaan vaimon ja perheen tapaamisen. Hän vetoaa sen tärkeyteen kertomalla yksityiskohtaisesti potilaan kertomuksessa epäselvistä asioista. Yksityiskohdilla hän vakuuttaa kuulijoita ja samalla korostaa epäselvien asioiden määrää, mitkä on syytä selvittää. Hän

pohtii potilaan diagnoosia esittämällä eri kategorioita, johon potilaan käyttäytyminen parhaiten sopisi. Perheen tapaaminen tavoitteena on perusteltu, jotta voitaisiin vahvistaa miehen kertomuksen totuudellisuus. Lääkärillä olisi asemastaan käsin mahdollisuus todeta kyseinen tavoite, mutta puheessa tulee esiin kohtelias tapa käyttää lieventäviä ilmaisuja, joita tässä ovat aika, varmaan ja olisi (konditionaali, ehdollinen muoto). Tällä tavoin hän haluaa asettaa tavoitteensa koko tiimin arvioitavaksi ja hyväksyttäväksi. Kohteliaisuuteen sisältyy retorinen suostutteleva puheen tyyli. Näin tiimin jäsenet halutaan saada vakuuttuneeksi tavoitteista ja sitoutumaan niihin. Samassa puheenvuorossa lääkäri pohtii potilaan diagnoosia ja pyrkii kategorisoimaan potilasta oireiden ja potilaskertomuksen perusteella. Sosiaalityöntekijä palaa kyseiseen tavoitteeseen, arvioinnin myöhemmässä vaiheessa.

Sosiaalityöntekijä: Täs on nyt hänellä hyvin monta tällaista kuormittavaa tilannetta lähiaikoina, elikkä just tämä tyttären 15-vuotiaan tyttären muutto perheeseen ja sitten hän on itse pienten tyttöjen isä ja vaimon tilanne sitten, on että, varmaan semmonen ja tietysti se vaimon tapaaminen ja sitten se perheen ja lasten täällä osastolla tapaaminen, ei nyt mitään äkkinäistä.

Sosiaalityöntekijä argumentoi sen puolesta, että tilanteessa edettäisiin rauhallisesti. Puheessa hän rakentaa kuvaa potilaan elämästä, jossa on ollut useita kuormittavia tekijöitä. Hän puhuu tilanteen kokonaisuudesta, jotka vahvistavat kolmella eri kuormittavalla tekijällä, joita kyseisen perheen elämässä on tapahtunut. Retorisena keinona kolmen asian listaaminen antaa kyseisestä tilanteesta riittävän näytön (ks. Jokinen 1999b,152). Asioita listaamalla kuulijalle annetaan riittävä näyttö asioiden todenperäisyydestä. Hän vahvistaa lääkärin aiemmin asettaman tavoitteen, mutta ei halua tavoitteita toteutettavan liian nopeasti.

Hoitaja: Täs olis varmaan ihan erikseen hyvä, että perheterapeutti tapais tätä paria pariskuntaa ja mahdollisesti lapsia sitten ihan erikseen keskityttäis tähän 15-vuotiaaseen tyttöön, myöskin perheintervention keinoin, mikäli näille vanhemmille sopii, että yhdessä sitten.

Hoitaja etäännyttää tavoitteen omasta ja tiimin osaamisesta painottaen, että perhetilannetta pitäisi kartoittaa erikseen perheterapeutin kanssa. Etäännyttämisellä hän korostaa perheterapeutin asiantuntijuutta arvioida perhetilannetta suhteessa tiimin työntekijöihin. Puheenvuoroon sisältyy myös määrittelyvaltaa. Perheterapeutti on pätevämpi suhteessa tiimin jäseniin arvioimaan perheen tilannetta. Hän argumentoi korostaen sanaa erikseen niin perheterapeutin kanssa tapaamista kuin 15-vuotiaan tyttären asioiden selvittämisen osuutta. Samalla hän vetoaa perheterapeuttiin auktoriteettina ja perheinterventioon menetelmänä. Toisaalta hoitajakin puhuu lääkärin tavoin ehdollisessa konditionaali muodossa, jolloin hän tuo tavoitteen kohteliaasti tiimin hyväksyttäväksi. Perheen tapaamiseen palataan vielä kolmannen kerran keskustelun edetessä, tällöinkin tavoite jää avoimeksi, mikä on tyypillistä hoitosuunnitelmakeskustelulle.

Sosiaalityöntekijä: Joo, ihan käydä sitten se tosiaan, että onko uhkana tosiaan tää kodin menetys sitte, vai onks se yhteydes tähän jos hän joutuu vaihtaan ammattiakin, kuitenkin rakennusosalalla töissä ja siellä toki työtä joutuu tekeen paljon, mutta sitte ehkä palkkakin on hänellä muutenkin pienentynyt yrityksen myötä, että onko siinä sitten jotain onko sitte, jos ei oo vaimolle puhunu, niin onko se sitte tulojen pieneminen, niin onko, se sitte huomioitu siinä heidän elämässään ja arjessaan, onko vaimo sitten tosi-aan tietoonkaan siitä kokonaistilanteesta.

Hoitaja: Tässä pitäs aika nopeasti vaimoonkin sitte saada yhteyttä, tässä lähetteessä on maininta, että vaimo on hiljainen ja täällä on näin pienet lapset täällä kotona 1- ja 3-vuotiaat, että jos vaimo on masentunu myös, että tää mies ei varsinaisesti oo masentunu, mutta jos vaimo on niin jaksako hän hoitaa sitte näitä lapsia siä kotona, onko sitten mahdollisesti perhetyöntarvetta.

Potilaan tarinassa on aukkoja, joita tiimin jäsenet yrittävät täydentää erilaisilla selityksillä saadakseen siitä johdonmukaisen kertomuksen eli narratiivin. Sosiaalityöntekijä pohtii eri yksityiskohtia ja pyrkii niiden avulla hahmottamaan taloudellisen kokonaistilanteen. Yksityiskohtien avulla hän korostaa tilan monimutkaisuutta ja sen mahdollisia seurauksia perheelle. Edelleen kokonaistilanne jää epäselväksi, jolloin hoitaja asettaa tavoitteeksi vaimon tapaamisen mahdollisimman nopeasti. Sosiaalityöntekijä pohtii tilannetta moniammatillisen tiimin jäsenenä, mutta myös omasta asiantuntija positiostaan. Puheellaan hän pyrkii rakentamaan kokonaiskuvaa perheen tilanteesta, voidakseen asettaa tavoitteet myös omalle työlleen. Hoitaja perustelee tapaamisen tärkeyttä korostaen lasten ikää, vaimon masentuneisuutta ja sen vuoksi hänen jaksamistaan selviytyä lastenhoidosta. Tässä esiin tulee puheen moraalisuus eli ajatus siitä, voiko 1- ja 3-vuotiaita jättää masentuneen äidin hoidettavaksi. Lasten iän mainitseminen, vahvistaa sanaa ”pikaisesti”, koska näin kuulijalle herää huoli lasten mahdollisesta heitteillejäämisestä. Tässä vedotaan myös vastuuseen ja argumenttiin sisältyy oletus, että jos äiti ei jaksakaan. Hän perustelee empiirisesti perheentilannetta ja asettaa uudeksi tavoitteeksi perhetyön. Hoitaja ei palaa aiemmin esittämäänsä perheterapeutin tapaamiseen. Tällöin se jää edelleen omaksi tavoitteekseen, mutta puuttuvien tietojen tarkentamiseksi kokee vaimon pikaisen tapaamisen välttämättömäksi.

Arviointipuheen sisällä kulkeva tavoitteenasettelu toteutuu tässä haastattelutilanteessa hyvin samantyyppisenä kuin tavallisessa hoitosuunnitelmatilanteessa. Tavoitteet selkiytyvät tiimin siinä vaiheessa, kun potilas on mukana. Moni tavoite tarkentuu kuitenkin vasta hoitojakson edetessä. Edellä olevassa keskustelussa eri asiantuntijat puhuvat moniammatillisen tiimin jäseninä. Vaikka painotuserot eri asiantuntijoilla voivat vaihdella, niin puheenvuoroista ei voi tunnistaa selkeästi kenenkään professiota. Valta puheessa ilmenee esitetyissä retorisisissa ominaisuuksissa, millä tavoin asiantuntijat vahvistavat argumenttejaan ja miten he vetoavat ja suostuttelevat toisia tiimin jäseniä. Asemoituminen

erikoissairaanhoidon työntekijän positioon antaa asiantuntijalla valtaa määritellä tavoitteita ja oikeuttaa toimiaan kyseisen instituution edustajana.

6.2 Argumentointi ja kategorisointi arvioinnissa ja päätöksenteossa

Ensimmäisessä ryhmähaastattelutilanteessa, kun tiimin jäsenet puhuivat potilaan arvioinnista, he pitivät tärkeänä potilaan roolia ja yksilöllisyyttä. Argumentoinnissa he korostivat potilaan yksilöllistä roolia. Puhuttaessa päätöksenteosta eri professioiden positiot eriytyvät. Selkeäksi kontrastipariksi muodostuvat osaston työntekijät suhteessa erityistyöntekijöihin. Osaston työntekijöillä tarkoitetaan hoitajia ja lääkäreitä, kun taas erityistyöntekijöillä sosiaalityöntekijää ja psykologia.

Puhetta arvioinnista

Kun asiantuntijat keskustelivat siitä, mitä asioita potilaan hoidossa on osattava arvioida tiimi nimesi erilaisia tekijöitä, joissa korostui potilaan oma olotila, vointi ja kokonaisvaltaiset näkökulmat. Puhuttaessa arvioinnista yleisessä haastattelutilanteessa, puhe ei ollut niin toimenpidekeskeistä kuin käytännön tiimin toiminnassa. Tiimin aikataulu asettaa institutionaalisen ehdon, paljonko on aikaa kunkin potilaan asioiden käsittelemiseen. Mitä vähemmän on aikaa, sitä enemmän korostuvat yksittäiset toimenpiteet ja niihin sidottu tavoitteen asettelu. Osastolla jokaiselle potilaalle pyrittiin varaan paljon aikaa suhteessa moniin muihin tiimeihin. Potilaan hoidon arvioinnissa esiin tuli seuraavia näkökulmia:

Lääkäri: Niin yksilöllisiä, näin laajaan on kyllä vaikea antaa vastausta.

Hoitaja: kaikkea koko ajan

Psykologi: Erittäin äärimmäisen tärkeitä on heti alkuun arvioida itsetuhoisuutta.

Sosiaalityöntekijä: Ja varmaan sitä potilaan niinku, sitä potilaan sitä ymmärryksen niinku, hänellä, että jos jollekin joutuu niinku selittämään monta kertaa asioita ja semmonen tietotaitokin potilaan oma, toisille menee asiat selkeämmin ja toisille joutuu selittämään vähän yksinkertaisemmin ja hitaammin ja tietysti arvio siitä, kuinka hän pystyy ottamaan sitä tietoa vastaan.

Hoitaja: Ja sitte taas ku tässä ollaan ympärivuorokautisesti sitten vielä sitä laajempaa ja kokonaisvaltaista arviointia ja huomiointia, miten se vointi kehittyy kaikilta osin tietysti sitten tutkien sitä oireistoa ja aina on siinä päällimmäisenä ne tavoitteet, miten niihin päästään ja mitä vielä pitäis muuttaa, sitähan se arviointi on.

Lääkäri: sairauden luonne tietysti ja aikaisemmat hoidot, joissa potilas on käynyt ja aikaisemmat tutkimukset

Hoitaja puhuu omasta asiantuntijapositionaan sanoessaan, että kaikkea arvioidaan koko ajan. Tällä hän viittaa jo aiemminkin mainitsemaansa seikkaan, että hoitajat ovat hoidossa läsnä ympäri vuorokauden. Tällä hän vahvistaa omaa asiantuntijuuttaan ja lisää puheen vakuuttavuutta. Ympäri vuorokautinen arviointi ei kuulu muiden asiantuntijoiden tehtäviin. Näin heillä ei ole samanlaista arjen tuomaa kokonaistietoutta potilaan elämästä kuin hoitajilla. Puhuessaan potilaan ymmärryksestä, tietotaidosta ja vastaanottokyvystä, sosiaalityöntekijä asettuu myös omaan professionsa edustajaksi. Viitatessaan tietojen vastaanottamiseen hän ei viittaa hoitotyöhön tai moniammatilliseen näkökulmaan, vaan sosiaalityöntekijän työnkuvaan, jossa hän neuvoo potilaalle sosiaaliturvaan liittyviä asioita. Puheella hän rakentaa kuvaa sosiaalityön tehtäväalueesta ja tätä puheenvuoroa ei voisi ajatella muiden asiantuntijoiden puheeksi. Psykologin painottaessa itsetuhoisuuden arviointia, hän ei korosta läpinäkyvästi omaa asiantuntijapositionaan, vaan potilaan näkökulmaa, mikä tulee esille lähes kaikissa psykologin puheenvuoroissa. Tätä kautta asiantuntijapositioni tulee esiin. Lääkäri lähestyy asiaa ensin yleisellä tasolla, mutta toisten puhuessa omista asiantuntijapositionistaan, hänkin puhuu lääkärin asemasta käsin arvioitavista asioista.

Arviointipuhe eroaa tavoitepuheesta siinä, että tavoitepuheessa asiantuntijat asettavat tavoitteiden kautta tehtäviä itselleen. Arviointipuheessa he keskittyvät enemmän potilaaseen ja hänessä tapahtuviin muutoksiin:

Sosiaalityöntekijä: Osan näkee ihan potilaan olemuksesta, ulkoisesta olemuksesta.

Lääkäri: Yleisvointi on oikeestaan aika hyvä mittari, kaikkein paras.

Psykologi: Kun kysyit tässä, mistä potilas itse huomaa, niin ensinnäkin se on mun mielestä yleinen olotila missä on se potilaan haaste, aika piankin potilas kokee olonsa turvallisemmaksi tai varmasti myös väsymys alkaa lieventymään tai mieliala on aika piankin olo on hieman parempi, koska hän tuntee ehkä kuitenkin tarkoituksenmukaiseksi tulonsa, ehkä tämmöset niinku omaan olotilaan liittyvät asiat.

Hoitaja: Kyllä se sieltä potilaan suusta tulee sitten aika herkästi se, että on paremmassa kunnossa, nyt mä voisin kokeilla lomalle menoa tai elämä alkaa niinku kirkastua ja huomaa itekin on paremmassa kunnossa.

Puheessa rakentuu kuva hoitopolusta jatkumona, jossa potilas tullessaan osastolle ja tavoitteita asettaessa on enemmän hoidon kohde. Hoidon edetessä ja potilaan ollessa paremmassa kunnossa hänen omat subjektiiviset vaikutusmahdollisuudet hoidon sisältöön lisääntyvät. Tämä tulee esiin hoitajan seuraavastakin puheenvuorosta. Psykkistä hyvinvointia ei voida mitata numeerisesti tie-

tyllä kokeella, vaan se täytyy määrittää muilla empiirisillä keinoilla. Vaikka hoitotieteessä ja lääketieteessä korostetaan tiedon luonnontieteellistä mitattavuutta, painottuu potilaan voimien arvioinnissa havainnointi eikä niinkään testien käyttö tai matemaattinen mittaaminen. Arviointiin haetaan hoidon alussa tukea testeillä, jolloin asioiden numeerisuudella luodaan vaikutelma asioiden mitattavuudesta ja näin tarkasta tiedosta. Testit ovat vastakohta havainnointiin perustuvalla tiedolla. Testien avulla voidaan osoittaa tosiasioita. Toisaalta psykiatrisessa sairaanhoidossa korostuu asiantuntijan tekemä havainnointi. Potilaan tulotilanteesta kirjataan keskustelussa esiin tulleet asiat ja havainnoiteihin perustuvat eikä kokeellisesti mitattuja tietoja. Seuraavassa puheenvuorossa arvioidaan esimerkiksi potilaan alkoholin käyttöä ja masentuneisuutta:

Hoitaja: Auditissa oli muistaakseni 18 pistettä, että kyllähän se viittais aikalailla runsaaseen alkoholin käyttöön, varmasti siinä vaiheessa kun omahoitaja aloittaa keskustelut saa lisätietoa siten tosta aiemmasta elämästä ja niistä hankaluuksista sitten mahdollisesti, mitä lie onkin sitten ja sitten tietysti, kun luottamuksen saa alotettua, pääsee niin, niin potilas on valmiimpi niistä sitten kertomaan.

Psykologi: onko BDI teetetty hänelle?

Hoitaja: kyllä, hän on täyttänyt BDI:n, että siinä tuli 33 pistettä

Psykologi: aika paljon³

Testien avulla haetaan vahvistusta potilaan alkoholinkäytölle ja masentuneisuudelle. Hoitaja vahvistaa puheessaan retorisesti, että 18 pistettä viittaisi runsaaseen alkoholinkäyttöön. Viittaamalla testin tulokseen, hän ei ota alkoholin käyttöön niinkään moraalista näkökulmaa. Näin hän etäännyttää puheen myös itsestään eli kysymys ei ole hänen mielipiteestään. Toinen testi kertoo asiantuntijoille masentumisen asteesta. Testeillä voidaan vahvistaa retorisesti tavoitteen tärkeyttä ja vakuuttaa kuulijoita. Alkoholiongelmaa ei tuoda esiin työntekijän omana mielipiteenä, vaan potilaan tekemän testin tuloksena. Näin retorisesti voidaan ajatella, että tosiasiat puhuvat puolestaan ja ovat näin tulkinnoista riippumattomia.

Arviointipuheessa sosiaalityöntekijän tehtäväkuvaa rakennetaan seuraavalla tavalla:

Hoitaja: Tässähän on sitten vielä tällainenkin stressitekijä, että hänellä on tämä nivelreuma ja 45-vuotiaana suositeltu ammattia vaihtamaan, että aletaanko tätä asiaa laitetaan täältä alakuun vai jätetäänkö se myöhemmäksi sosiaalityöntekijä?

Lääkäri: niin

³ Audit-testi on kysymyslomake, johon vastaamalla voi laskea pisteet omalle alkoholinkäytölle. BDI-testissä vastataan, millaiseksi tunnet itsesi viimeisen viikon aikana. Tällä kartoitetaan henkilön masentuneisuutta.

Sosiaalityöntekijä: N iin vois varmasti kattoo nämä sisätautipuolen lehdet täältä ja tiedot, että mitä siellä, että onko hän tavannu sitten, miten pitkällä se asia on, että

Lääkäri: Niin, miten pitkälle sitä on ajateltu ja miten seuraavaa käyntiä, että onko se riittävän hyvin siellä huomioitu.

Sosiaalityöntekijä: joo-o, joo-o

Psykologi: Paljon on kyllä miehelle kasautunu.

Lääkäri: sairauslomia hänellä ei nyt ilmeisesti ollu, että sitten se sairauslomatodistus näitten selvitysten ajalle ja pidemmällekin vähän

Sosiaalityöntekijä: mut tietysti toi, että tota niin, että mitä toi, että mitä taloudelliset vaikeudet konkreettisesti on, kuinka paljon on velkaa ja

Lääkäri: jos te ihan kävisitte niitä viä sitte niin

Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen ja tehtävänkuvaan kuuluvat ammatilliseen kuntoutukseen, sosiaaliturvaan ja taloudellisiin tilanteisiin liittyvät asiat. Hoitaja kysyy ammatillisen kuntoutuksen ajankohtaisuutta ja jättää asian samalla sosiaalityöntekijän ratkaistavaksi. Hoitajan positioon kuuluu potilaan käytännön asioiden organisoiminen ja vastuu niiden etenemisestä. Kysyessään sosiaalityöntekijältä asian selvittämistä hän jättää sen sosiaalityöntekijän vastuulle. Puheessa hän samalla määrittelee asian sosiaalityöntekijän tehtäväksi ja etäännyttää tehtävän pois omasta asiantuntijuudesta. Sosiaalityöntekijä pohtii tilannetta jälleen kokonaisuuden kannalta, mitä mahdollisesti on jo aiemmin suunniteltu. Hän rakentaa kuvaa asiantuntijuudesta, jossa keskeistä on potilaan arkielämän tunteminen. Lääkäri varmistaa vielä asian, johon sisältyy samalla jo päätöksenteko, ehdottamalla sosiaalityöntekijän ja potilaan tapaamista. Keskustelussa rakentuu tehtävänjaollinen puhe ja vastuun jakaminen. Tehtävänjakopuhe sisältää määrittelyvaltaa; kenen asiantuntijuuteen asian selvittäminen kuuluu ja kuka sen voi määritellä. Sosiaalityöntekijä ei suoranaisesti vastaa annettuun haasteeseen, vaan pohtii muiden asiantuntijoiden (”sisätautipuolen”) osuutta asian selvittämiseen. Psykologi ei puhu tehtävänjaollisesta näkökulmasta, vaan puolueettomana potilaan hankalasta tilanteesta. Vaikka tehtävien määrittely sisältää institutionaalista valtaa, ei se tarkoita hyvin toimivassa tiimissä määräysvallan käyttämistä.

Potilaan tilannetta arvioitaessa halutaan keskittyä positiiviseen muutokseen:

Lääkäri: Kyllä kai niitä positiivisia asioita siinä enemmän pyritään tuomaan normaali tilanteessa esiin on tietysti sellasia tapauksia, joissa nähdään selvästi, että tää menee jatkuvasti alaspäin niin sitten täytyy ottaa se esiin, että nyt täytyy oikeesti tehdä jotain, hoitoo muuttaa, hoitoasioita tai jotain muuta aikasempaa enemmän.

Sosiaalityöntekijä: Mulla on oikeestaan melkein kaikki niin positiivista, niiku käynnit, että tietysti minä en sillai oo siinä arjen hoidossa tai niinku osaston hoidossa, että niinku jos on seuraava käynti niin positiivista arviointia.

Hoitaja: Niin kyllä se positiivinen arviointi on merkittävää, se vaati tietysti niin, jonkun hoito vaatii myöskin sitä, kun tuntuu vaan että keskitytään siihen rajottamiseen, että sillai rajojen asettamiseen, sillä on oma merkitys hoidollisesti pääosin ikävääkin ehkä negatiivista, mutta sitä kautta sitten kuitenkin pyritään tavoitteena on sitten joku muutos parempaan ja sinänsä positiivinen, potilas voi sen kumminkin kokee hankalana ja negatiivisena ja huonona.

Psykologi: Mä miellän taas tilanteen sellasena, että valtaosa potilaista käy psykologisissa tutkimuksissa, terapiapotilaitakin käy, mutta ne ei oo yleensä tältä osastolta esimerkiksi psykologisia tutkimuskäyntejä, silloin mun tehtävä ei oo tavallaan pyrkiä manipuloimaan potilaita, keskustelu ei tietosesti oo positiivista tai negatiivista, tehtävänä on pyrkiä nimenomaan ottamaan potilaan kokemusta vastaan sellasena kun se on kulloinkin ja arvioimaan sitä mitä se on tavallaan se kartottaminen on sellasta tsemppaamista ja neurtaaliakin asennoitumista ottaa vastaan.

Tässä keskustelussakin asiantuntijat puhuvat omien asiantuntijapositioidensa edustajina. Lääkäri puhuu positiivisesta muutoksesta, mutta ottaa huomioon poikkeustapaukset hoidossa. Positiivisuuden käsitteelle lääkäri hakee sisältöä sen vastakohtaan, negatiivisuuden, kautta. Samalla hän kategorisoi positiivisuuden normaaliksi ja negatiivisuuden poikkeavaksi. Puheenvuoroon sisältyy ajatus hoidon lääketieteellisyydestä, mikäli nykyinen hoito ei auta, keinoja täytyy muuttaa. Tässä esiin tulee retorinen syy-seuraussuhde ketju. Tämä tarkoittaa, että poikkeavat tilanteet aiheuttavat hoidossa negatiivisuutta ja sen johdosta hoitoa pitää muuttaa.

Sosiaalityöntekijä puhuu itsestään osaston ulkopuolisena työntekijänä, erityistyöntekijänä. Hänen tehtäväkuvaansa ja asiantuntijuuteensa ei kuulu potilaan rajoittaminen, mikä taas tulee esiin hoitajan roolissa. Hoitaja rakentaa kuvaa hoidon tavoitteiden ja pyrkimyksen positiivisista vaikutuksista, vaikka keinot olisivatkin negatiivisia. Puheellaan hän oikeuttaa hoidossa tapahtuvan rajoittamisen, joka sinänsä koetaan ikävänä, mutta koska pyrkimys on positiiviseen muutokseen. Koska potilas kokee rajoittamisen negatiivisena, pidetään sitä helposti eettisesti arveluttavana, vaikka se kuuluu-kin psykiatriseen sairaalahoitoon. Puhuessaan hyvästä tavoitteesta hoitaja hakee toiminnalle moraalista oikeutusta. Psykologi korostaa omaa asiantuntijarooliaan, jonka vakuuttavuutta hän vahvistaa psykologisilla testeillä. Näin hän etäännyttää oman toimintansa vaikutuksen suhteessa psykologisiin tutkimuksiin eikä koe näiden olevan tietoista vaikuttamista potilaaseen. Hän luo potilaasta kuvaa oman hoitonsa subjektina. Puhussa manipuloinnista psykologi tuo esiin näkökulman, jonka mukaan työntekijän puheella ja määrittelyllä on potilaan elämässä seurauksia aiheuttava vaikutus.

Puhetta päätöksenteosta

Asiantuntijaposition selkiytyvät puhuttaessa päätöksenteosta. Tiimin olemassaoloa pidetään keskeisenä päätöksenteossa, mutta sen sisällä asiantuntijaroolit ovat vahvoja. Hoitosuunnitelman tekeminen on tiimityötä, johon kuuluu yhteinen päätöksenteko. Lääkärin johtajuus nähdään kuitenkin tärkeäksi:

Lääkäri: Niin kai me kuitenkin pyritään siihen, että hoitosuunnitelma sujuisi yhteistyössä ja huomioitais kaikkien ammattiryhmien mielipiteitä ja ehkä se sitten jostain syystä viime kädessä jää lääkärin harteille se lopullinen päätös mikä tehdään.

Hoitaja: Mun mielestä se on justiin hyvä tällä osastolla aika paljon keskustellaan hoitajat keskenään ja eri ammattiryhmät keskenään ja voi olla tosiaan eri mieltä ja tuoda eri näkökulmia vapaasti esiin ja pähkitään niitä ja neuvotellaan asioista.

Lääkäri: Mulla ehkä olikin pieniä vaikeuksia moniammatillisen tiimin kanssa, koska aikasempi työpaikka oli terveyskeskus, jossa potilaat tuli vastaanottohuoneeseen yksi kerrallaan ja mulla ei ollu mitään tukea taustalla, itse vasta kaikesta lastensuojeluilmoituksesta, edunvalvonnasta, edunvalvojalausunnot ja muut ne piti siinä päättää niinku itte ja piti tehdä kaikki, että kun mä ajattelen niin oli aluks liiankin niinku semmonen omavaltanen ote siihen, mikä sitten vähitellen totta kai lähtikin purkautumaan selviytymään parempaan suuntaan.

Hoitaja: Mutta kyllä selkeesti oot sen johtajuuden pitänyt ja se on ihan hyvä ja jonkunhan täytyy olla se joka kokoaa tavallaan sitä.

Psykologi: ja kuitenkin ne roolit, lääkärillä on kuitenkin se johtajuustehtävä täs, joka tekee lopultakin ne päätökset, että kuulee kaikkia ja näin sitten johtopäätökset hoitajasta ja hoidon koordinoija ja.

Psykologi: Että rooli ei oo tiukkarajainen, että kaikki voidaan ottaa kantaa kaikkiin asioihin myöskin, että ei niinku että monella muullakin on tietoa psykologiasta kuin psykologilla ja kaikilla on vähän tietoa eri asioista, että toinen ei koe heti, että astuu varpaille.

Puhuessaan tiimistä lääkäri rakentaa kuvaa moniammatillisesta tiimityöstä, jossa eri asiantuntijoilla on tärkeä rooli. Hän ei korosta omaa asiantuntijuuttaan lääkärinä, vaan puhuu ikään kuin ulkopuolisena lääkärin vastuusta päätöksenteossa, etäännyttäen näin puhetta omasta persoonastaan ja henkilökohtaisista intresseistä. Lisäksi hän puhuu moniammatillisen työn kehittymisen haasteista, missä kontrastipariksi muodostuu nykyinen tiimityö psykiatrisella osastolla ja työ terveyskeskuksessa. Puheessaan lääkäri rakentaa todellisuutta kahdesta eri instituutiosta ja niiden tehtävistä. Lääkäriltä asiantuntijana odotetaan terveyskeskuksessa yksin työskennellessään eri asioita kuin moniammatillisessa tiimissä. Näin instituutio asettaa tietynlaisen toimintamallin. Puheessaan hän listaa asioita, jotka moniammatillisessa tiimissä liitetään ennemminkin sosiaalityöntekijän positioon. Näin hän

korostaa sitä, ettei tee tiimityössä päätöksiä yksin. Vastakohtaisena toimintana moniammatilliselle työlle tiimissä hän määrittelee ”omavaltaisen” toimimisen. Sekä hoitaja että psykologi asettavat lääkärin johtajan positioon. Psykologi vahvistaa kuitenkin tiimityön merkitystä päätöksenteossa, jolloin asiantuntijapositiot eivät ole liian tiukkarajaisia eikä koeta toisen ”varpaille astumista”. Samalla hän oikeuttaa rajojen ylittämisen tiimissä ja metaforalla ”varpaille astuminen” hän havainnollistaa mielipiteensä. Käyttäessään ilmaisuja ”omavaltainen” ja ”varpaille astuminen” asiantuntijat luovat ideaa moniammatillisen toiminnan vastakohdista metaforien avulla. Kyseisiin metaforiin sisältyy negatiivinen mielikuva, mikä vahvistaa moniammatillisuuden positiivista arvostamista.

Puhuessaan päätöksenteosta sosiaalityöntekijä argumentoi omasta asiantuntijaposiitiostaan, mutta myös erityistyöntekijän positiosta. Oman asiantuntijuuden kannalta hän kokee hankaliksi tilanteet, joissa tiimin näkemys poikkeaisi hänen omasta näkemyksestään. Hän korostaa puheessaan lastensuojelun osuutta, koska siihen liittyvä tietämys ajatellaan olevan juuri sosiaalityöntekijällä:

Sosiaalityöntekijä: Ja täällä on sitte niinku tilaa keskustella, jos olis esimerkiksi erimielisyys lastensuojeluilmoituksesta, niin mun mielestä ne on kumminki menny niin siinä sitten, hyvin niinku, että on tuonu esille niitä omia asioita, että kyllä täällä kuitenkin perustella pitää, sitä omaa näkökulmaansa, että mutta kuitenkaan yleensä niissä ei oo kuitenkaan tullu erillisiä tai eri näkemyksiä, kun on enemmän keskusteltu tai selvitetty asioita.

Sosiaalityöntekijä: Mä oon joskus miettiny sitä, että jos olis semmonen tilanne, että mä olisin yksin, että ajattelisin, että lastensuojeluilmoitus pitäis teherä, kaikki muut lääkärikin olis eri mieltä, mitä mä silloin sitten tekisin, oman ammattini näkökulmasta, sellasta tilannetta ei ole tullut, et silloin mun täytyis niinku pohtia sitä lasten näkökulmaa, mutta sellata ei oo tarvinnu, oon joskus miettiny.

Asiantuntijuudestaan huolimatta sosiaalityöntekijä kokee päätöksen lastensuojeluilmoituksesta olevan tiimillä. Koska tiimissä tiedetään johtajuuden olevan lääkäriellä, sosiaalityöntekijä kokisi tilanteen, jossa näkemykset euroavaisivat, hankalaksi. Argumentoidessaan hän asettaa vastakkain oman professionaalisen tietämyksensä suhteessa lääkäreiden päätäntävaltaan. Esiin tulee myös lasten näkökulma, joka sisältää aina moraalisen kannanoton. Puhuessaan mielipiteiden perustelemisesta, hän rakentaa kuvaa keskustelusta, jossa kenenkään ammattinimike ei yksistään riitä vakuuttamaan kannanottoa, vaan mielipiteelle pitää löytyä empiiriset perustelut. Yhteinen todellisuus ja mielipide asiasta rakennetaan tiimin keskustelussa. Oman päätöksenteon hän kokee koskevan pieniä asioita:

Sosiaalityöntekijä: Niin ja jos ny ajatellaan semmosia pieniä asioita päätöksenteossa, niin että niitäkin joitakin tulee siinä omassa työtehtävässä potilas haluaas jotakin, että mun pitäis hoitaa jotain hänen asiaa niin mä voi päättää sen, että mä ajattelen, että se ei kuulu sairaalan sosiaalityöntekijän tehtäväksi niin silloin mä joudun sanomaan potilaalle, että mä en niinku sitä asiaa rupia hoitaan ja kai sekin on sitä omaa itenäistä päätöstä.

Sosiaalityöntekijä puhuu päätöksenteosta suhteessa potilaan asioihin. Hän korostaa niiden vähäistä merkitystä suhteessa potilaan koko hoitoon käyttämällä ilmaisua ”pieniä asioita”. Puhumalla sairaalan sosiaalityöntekijänä hänen toimintaansa säätelevät erilaiset institutionaaliset ehdot kuin kunnan sosiaalitoimen työntekijää. Tämä viittaa toisaalta siihen, että potilaalla voi olla sosiaalityöntekijän tehtävästä tietty mielikuva, joka ei vastaa sosiaalityöntekijän työnkuvaa psykiatrisessa sairaanhoidossa. Määrittely siitä, mikä kuuluu sairaalan sosiaalityöntekijän tehtäviin, sisältää oikeuden ja mahdollisuuden itsenäiseen määrittelyyn. Puhe sisältää niitä vallankäytön ilmenemismuotoja, jota sosiaalityöntekijän työssä on. Päätöksentekoon sosiaalityöntekijä liittyy myös vastuun, joka liittyy jokaisen asiantuntijan omaan positioon eikä sitä voi jakaa tiimin toisille jäsenille:

Sosiaalityöntekijä: Niin sitten niitä vastuu asioita jaetaan niinku vähän, että mä kannan vastuun niistä asioista, jotka kuuluu mun niihin, sitä ei voi sillai niinku siirtää toiselle.

Anteron hoitosuunnitelmapalaverissa päätöksentekopuhetta erillisenä osiona on vaikea löytää. Päätöksentekopuhe sisältyy tavoitepuheen tavoin arviointipuheen osaksi. Suhteessa havainnoimiini hoitosuunnitelmatilanteisiin tilanne oli hyvin samanlainen kuin hoitotiimissä ennen potilaan läsnäoloa. Päätöksentekopuhe tulee lähinnä esiin juuri lääkärin puheenvuoroissa:

Lääkäri: Raskain nyt on vielä tässä, tehdä nämä päätökset sitten, että tulis tos huomisen aikana täytyy sitten kattoa, että toteutuisko tää vapaaehtoiselta pohjalta vai sitten vähä jos lääkkeiden kanssa on ollu kränkkyämistä, täytyy, täytyy kattoo, et miten edetään, mutta.

Lääkäri asettaa vastakkain vapaaehtoisen hoidon ja tahdonvastaisen hoidon. Päätöksenteko ei tässäkään liity itse tilanteeseen. Lääkäri pohtii mahdollisuutta vapaaehtoiseen hoitoon, mutta ennakkoletuksena on, että se ei välttämättä onnistu. Metafora ”kränkkyäminen” luo asiasta yleisesti hankalan mielikuvan. Toisaalta lääkäri haluaa, ettei muita päätöksiä tehdä liian nopeasti. Tässäkin päätös asiasta jää hänelle:

Hoitaja: Se hänestä on näkyny, ettei hän oo tottunu puhumaan asioistaan ilmeisesti kenenkään kanssa käyny tätä eroaankaan läpi, että varmasti ku saatais seki lukko auki niin se varmasti helpottais hänen tilannettansa, miten psykologin testaus, kun täs on sitten tää, että on kovin epäselvää mistä on kysymys.

Lääkäri: Mä ehdottaisin ehkä, että katottais vähän, mistä tässä vois olla kyse, että jos siinä selviäis onko siinä kuinka selkeä alkoholidelirium tai tämmönen hänen suhtautumisensa siihen tai vois toistaiseksi vielä siirtääki, mutta jos se tulee kovin avoimeksi tää asia ja jatkuu edelleenkin.

Hoitaja haluaa löytää ratkaisuja potilaan epämääräiseen tilanteeseen ja vetoaa psykologin asiantuntijuuteen ja mahdollisuuteen testata potilas. Testit toimisivat näin vakuuttamisen keinona ja niiden

avulla saisi puolueetonta tietoa potilaasta. ”Lukon aukaisemisella” hoitaja luo puheessaan mielikuvan testistä, jonka avulla tosiasiat tulevat julki. Lääkärin näkemyksen mukaan potilaan diagnoosi olisi syytä selvittää ensin. Jos kyseessä ei ole alkoholidelirium, niin silloin diagnoosikin jää vielä epäselväksi. Ratkaisuja on vaikea tehdä, koska potilasta ei voida kategorisoida tietyn diagnoosin perusteella ja järjestää hoitoa sen mukaan. Vaikka tiimi keskustelelee hyvin tasavertaisesti, tulee lääkärin johtajuus esiin tietynlaisena puheenjohtajana.

*Lääkäri: Niin, mitenkäs paljon täs nyt tarvis aikaa, että saadaan kaikki suunnittelu-
toimet aluilleen, kyllä se varmaan ehkä tommosta, tästä hetkestä kolme neljä viikkoa
eteenpäin, [lääkäri määrittelee hoitoaikaa] laitetaan sinne jonnekin, kuitenkin aika raju
tää tulotilanne siinä mielessä, että tää paranoidia, mut sitte nähdään tietysti huomenna
jatkuuko tää tahdosta riippumatta vai meneekö sitten ihan vapaaehtoisena.*

Lääkäri: K utsuttaiskohan hänet sitten tänne juttelemaan?

Puheenjohtajuus ei toteudu virallisen kokouksen muodossa, mutta se tulee esiin tiimin institutionaaliossa tavassa toimia ja lääkärin tehdessä lyhyen yhteenvedon.

Puhetta moniammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta

Moniammatillisuuden teema on osa puhetta läpi haastatteluaineiston. Työntekijät pitävät sitä tärkeänä niin työntekijän kuin potilaankin kannalta:

Psykologi: Ehdottomasti tiimi on mun mielestä hieno asia, näin kasvokkain toimii se vanha tieteellinen sanonta, että tiimi on enemmän kuin osiensa summa, kun jostain asiasta keskustellaan ja pohditaan syntyy enemmän ajatuksia kuin yksilöillä yksin toinen ehdottomasti hieno asia mun mielestä on se, että tulee ne eri näkökulmat moniammatillisuuden kautta kaikkein hyödyllisintä on se tarjoaa ja varmistaa sellasta hoidon tasalaatuisuutta, jos olis aina vain yks ihminen, jonka vasutulla kaikki aina olis ja sitten vaihtelis se ihminen niin, syntysi niin paljon niitä yksilöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttais siihen hoitoon tavallaan, kun on tiimi niin tasalaatuisuus niinku varmistuu osittain.

Sosiaalityöntekijä: Potilaalla on oikeus, kun tulee tänne niiku omana itsenänsä ja tuo sen oman elämänsä ja kaikki ne ongelmansa, niin saada myös sitten niiku niihin apuakin, muutakin kuin sitten niiku lääketieteellistä, että saadaan niinku omia asioita eteenpäin ja sitten mä ajattelen, että varmistuis sitten jos tiimissä tulee esiin joku potilaan, koska ei me kaikki tierä kummiskaan kaikesta kaikkea, sitten jos tulee niiku joku potilas, vaikka ny sosiaaliturva asiois niin sitten voi, kun on niiku tieto, että näin se menee niin, ei tarvi niiku ehkä myöhemmin selittää, kun tässä selittää jo niitä asioita.

Keskustelussa rakennetaan kuvaa tiimin eduista niin potilaan hyödyn kuin asiantuntijoiden työskentelyn kannalta. Psykologin puhe antaa oikeutuksen tiimille, koska se takaa potilaan hoidon tasalaatuisuuden. Tällöin se ei ole vain työntekijän etu. Samoin sosiaalityöntekijä puhuu potilaan oikeudesta saada muutakin kuin lääketieteellistä apua. Oikeutus tiimiin toiminnalle tulee potilaan näkö-

kulmasta. Vaikka tiimi nähdään moniammatillisena, korostuvat sosiaalityöntekijän puheessa sen sisällä olevat eri asiantuntijapositiot. Tämä kertoo moniammatillisen tiimin luonteesta, jossa yhtäältä käydään rajoja ylittävää keskustelua ja toisaalta taas vetäydytään omiin asiantuntijaroleihin. Sosiaalityöntekijä korostaa puheessaan tiimin tiedollista puolta, kun tiimin kokoontuessa voidaan käsitellä useita asioita, ei niitä tarvitse käsitellä enää uudelleen. Tämä sisältää ajatuksen myös työajan tehokkaasta käytöstä.

Kontrastipari erityistyöntekijät suhteessa hoitohenkilöstöön, joka tuli esiin jo arviointipuheessakin, tuo esiin jatkuvan liikkeen oman profession ja moniammatillisen roolin välillä. Puheessa rakennetaan kuvaa erityistyöntekijän roolista ja tehtävän haasteellisuudesta. Erityistyöntekijöiden rooli korostuu nimenomaan heidän omassa puheessaan. Siinä muodostuu käsitys niin fyysisestä erillisyydestä kuin erillisyydestä osaston toimintaan:

Sosiaalityöntekijä: Ehkä sitten erityistyöntekijänä on vähemmän sitten niinku osaston arjessa mukana, että sillä lailla tietysti voi kokea, että millä tavalla pitäis tuoda enemmän esiin sitä omaa näkemystä ja olla siinä kuitenkin aktiivinen.

Psykologi: Mun mielestä erityistyöntekijän rooli on aika haasteellinen tässä suhteessa, et miten tarjoa jäsenyyttä toisaalta tuo sen oman asiantuntijuutensa kautta sen näkemyksen ja oman roolinsa kautta, mikä psykologilla on erilainen kuin lääkäriellä tai sairaanhoitajalla, ja sosiaalityöntekijällä on sitten taas kuitenkin niin kun että tuo sen näkemyksensä, mutta sitten niin että siitä ei tulisi liian vahva ote sitten siihen kokonaisnäkemykseen. Et se on mun mielestä erityistyöntekijälle sillä tavalla haastava et tasapainoilua ja kuitenkin pitää sen roolin siinä, että tuo niitä psykologisia tekijöitä esille ja ihmisen persoonallisuuden ja henkisen kehityksen jonkilainen asiantuntija oman koulutukseni kautta ja sitten tuoda niinku niitä näkökulmia sitten keskusteluun.

Psykologi: Meille erityistyöntekijöille tää tiimi on mahdollisuus olla osa tätä työyhteisöä jollain tavalla välillä koska, muuten me jäätäs hyvin irralliseksi osaksi tätä kokonaisuutta tai sitten se pitäis jollain muulla tavalla järjestää se ja sitten se tieto tulee potilaista kaikista osa-alueista. Siinä on hyvät ja huonot puolensa, ettei ole täällä osastolla fyysisesti, on siinä niinku puolensa ettei ole sisällä siinä osaston hoidossa, että voi tuoda sitten sen niinku ulkopuolisen näkökulman.

Erityistyöntekijän roolissa niin sosiaalityöntekijä kuin psykologikin kokevat haasteeksi tuoda esiin omaa asiantuntijuuttaan ja toisaalta olla tiimin jäsen. Psykologi käyttää osuvasti käsitettä tasapainoilu kuvaamaan tuota liikettä. Tasapainoilua kuvaa myös se, että tiimin ja potilaisiin liittyvien asioiden kautta ollaan osaston työntekijöitä, mutta toisaalta ollaan ulkopuolisia. Erityistyöntekijän kontrastina ja vastakohtana on osastontyöntekijä. Raja on kuitenkin häilyvä, sillä vastakohtien lisäksi molemmilla osapuolilla on myös yhteisiä toiminta-alueita. Sana erityistyöntekijä luo mielikuvan potilaan erityisten tarpeiden hoitamisesta. Ilmaisuu rakentaa kuvaa myös erityistyöntekijän toimin-

nasta. Erityistyöntekijän ammattitaito ei liity kaikkiin potilaan hoitoon liittyviin asioihin, vaan häntä konsultoidaan tarvittaessa. Molemmat asiantuntijat kuvaavat itsensä erilliseksi osaston toiminnasta. Tiimi koetaan kuitenkin mahdollisuutena osallistua jollakin tavalla. Erillisyys ei kuvaa ainoastaan fyysistä erillisyyttä, vaan myös sosiaalityön ja psykologian tieteellistä eroa suhteessa hoitajien koulutuksen ja lääketieteeseen. Puheessa vastakohtina korostuvat erillinen ja yhteinen. Tiimin toiminnassa vastakohtaisuus jää taka-alalle.

Tiimissä sosiaalityöntekijä puhuu asiantuntijuudestaan seuraavasti:

Sosiaalityöntekijä: No mä ajattelen sen, että mulla on niiku tän sosiaaliturvan tietämys ja sitten niiku kuitenkin vielä kuntoutus asioista myös, että toki hirveän paljon osatollakin on ammatillisesta kuntoutuksesta tietoa, mutta sen mä koen kuitenkin toki näitä asioita on varmaan muillakin ammattiryhmillä, sosiaalipalvelut ja sitten tavallaan tää kunnan palveluiden asiantuntemus, että mitä niiku erikoissairaanhoidossa voidaan usein ajatella tehdä hienoja suunnitelmia, mutta, mikä se kunnan tilanne sitten on niin, että mulla on vielä se kun mä oon ollu kunnassa töissä, että sen takia ja sitte mä ajattelen kumminki, että mä pyrin aina tavallaan normaaliuteen ja, niin että en mene siihen tai yritän kumminkin pitää, mielessä, että mikä on semmosta normaalia ja tavanomaista kun usein mennään liikaa siihen sairauteen, sitä semmosta potilaan omaa aktiivisuutta.

Vaikka sosiaalityöntekijä puhuu asiantuntijuudestaan ja tietämyksestään erikoissairaanhoidon instituution jäsenenä, hän kuitenkin vahvistaa omaa asiantuntijuuttaan myös kokemuksellaan kunnan sosiaalityöntekijänä. Kahden erilaisen organisaation sosiaalityön tuntemus vahvistaa sosiaalityön osaamista ja vakuuttaa tiimiä ja vahvistaa näin retorisesti sosiaalityöntekijän osaamista. Sosiaalityöntekijä korostaa normaaliuteen pyrkimistä vastakohtana sairauden näkökulmasta asioiden määrittämiselle. Normaalius on tavoiteltavaa potilaan aktiivisuuden lisäämiseksi, millä puheenvuorossa osoitetaan positiivista muutosta. Normaalius ja positiivisuus liittyvät kiinteästi yhteen, kuten edelläkin, vastakohtana poikkeavuudelle ja negatiivisuudelle. Sosiaalityöntekijä ei halua korostaa liikaa omaa asiantuntijuuttaan, vaan toteaa kohteliaasti, että kuntoutusasioista on tietoa osastollakin. Lääkäri korostaa sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta sosiaalisen tilanteen tuntemuksessa. Puheessa esiin tulee nimenomaan sosiaalityöntekijän henkilökohtainen vahvuus asiantuntijana.

Lääkäri: Kyllä mä sun kohdalla näen, että sulla on tärkeä panos siinäkin, että ei vaan palveluita ja pykälä ja semmosia vaan myös sosiaalisen tilanteen tuntemus.

Sosiaalityöntekijän työnkuvaan liitetään palveluiden selvittäminen ja pykälien osaaminen sosiaaliturvaasioissa. Lääkäri korostaa kuitenkin sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta sosiaalisten tilanteiden tuntemisessa. Puhuessaan juuri Osaston sosiaalityöntekijästä, hän korostaa sosiaalityön asiantuntijuuden esiin tulemistä kyseisessä tiimissä.

6.3 Yhteenveto asiantuntijapuheen retorisisista keinoista

Olen jakanut tämän johtopäätösluvun neljän eri diskurssin mukaisesti, jotka ovat keskeisiä analyysin, mutta myös koko tutkielmani kannalta. Nämä ovat hoitosuunnitelmadiskurssi, moniammatillinen diskurssi, valtakurssi ja sosiaalityön diskurssi. Näiden eri diskurssien kautta pyrin vastamaan tutkimuskysymyksiini ja kiteyttämään analyysissä käsiteltyjä näkökulmia. Vaikka analyysissä olen nostanut esiin puheen retoriset ominaisuudet, niin niiden kautta rakennetaan sosiaalista todellisuutta ja luodaan kulttuurisia merkityksiä. Seuraavassa luvussa seitsemän käsittelen tutkimuskysymyksiä kaikkien kolmen eri aineiston näkökulmasta.

Hoitosuunnitelmadiskurssi

Hoitosuunnitelmadiskurssilla tarkoitan puhetta osaston tiimissä. Koska kyse on potilaan hoitosuunnitelman laatimisesta, asettaa se tietyt institutionaaliset ehdot ja tavoitteet toiminnalle. Makrotasolla kyse on psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävästä ja mikrotasolla puhutaan siitä, mikä on tämän Osaston ja kukin asiantuntijan tehtävä tiimissä. Puhe ja vuorovaikutus muodostuvat sen mukaisesti, mikä on niiden institutionaalinen tehtävä. Tehtävä eli hoitosuunnitelman laatiminen ohjaa puhetta ja toimintaa samoin kuin oma asiantuntijuus. Näin yhteinen sosiaalinen todellisuus rakentuu vuorovaikutuksessa. Tiimin tehtävänä on asettaa tavoitteet potilaan hoidolle ja toteuttaa niitä yhdessä potilaan kanssa. Sosiaalinen todellisuus potilaan elämäntilanteesta ja hoitopolusta rakentuvat keskustelun arviointipuheessa, johon nivoutuvat niin tavoite kuin päätöksentekopuhekin osittain implisiittisesti. Suvi Raitakarinen (2006, 263) mukaan institutionaalisten tehtävien ja käytäntöjen lähtökohdaksi on tulkinta kyseisestä ongelmasta. Asiantuntijoiden tulisi tehdä jotain havaitulle ja nimetylle epäkohdalle. Instituutit ja asiantuntijat tuovat ongelmat yleiseen tietoon ja nimeävät interventioiden kohteita. Tällä tavoin syntyy tietoa ongelmien syistä ja parannuskeinoista sekä kohdejoukoista.

Arviointipuheessa potilas määritellään tietynlaiseksi. Retorisina keinoina käytetään kategorisointia, kontrastipareja, narratiiveilla vakuuttamista ja etäännyttämistä. Potilaasta pyritään luomaan mahdollisimman yhtenäinen tarina potilaskertomuksen sekä muiden tietojen avulla. Potilaan elämäntilannetta, perhesuhteita, taloudellista toimeentuloa ja sairastumista arvioidaan yksityiskohtaisesti. Tavoitepuheesta potilaasta tulee hoidon kohde. Tavoitepuhe rakentaa todellisuutta psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävästä ja potilaasta palveluiden vastaanottajana. Keskustellessaan tavoitteista asiantuntijat määrittelevät samalla tehtäviä itselleen ja toisilleen. Päätökset syntyvät tavoitteiden ja arvioinnin kautta. Hoitaja kirjaa tavoitteet ja usein lääkäri tekee lyhyen yhteenvedon niistä.

Potilaan tarinan rakentaminen ja kategorisointi ovat tyypillisiä keinoja moniammatillisissa tiimeissä samoin kuin sosiaalityössä. Niiden avulla luodaan yhteinen käsitys siitä, minkälaisen potilaan kanssa toimitaan ja minkälaisessa tilanteessa. Kategorisoimalla potilas alkoholiongelmaiseksi, asiantuntijat määrittelevät hänelle samalla hoidon tavoitteita. Kategorisointiin liittyy aina moraalinen aspekti. (Hall & Slembrouck & Sarangi 2006, 15–16.) Pähdeongelma koetaan esimerkiksi potilaan itse aiheuttamaksi toisin kuin jokin muu sairaus. Kirsi Juhilan (2006, 205) mukaan kategorisointi pitääkin yllä sosiaalista ja moraalista järjestystä.

Arviointipuheen osuus keskustelussa on suuri, mikä kertoo siitä, että potilaan tilanteesta mietitään useita vaihtoehtoja. Kysymyksenä esiin tulee kuitenkin se, miksi arviointia käydään ennen potilaan tiimiin tuloa. Toimintamalli on ehkä koettu hyväksi, mutta eikö toisaalta olisi helpompi arvioida tilannetta vasta kokonaisuutena sen jälkeen, kun potilas on itse saanut esittää mielipiteensä ja ehkä hänen kanssaan. Osa asiantuntijoista on tavannut potilaan ennen tiimiä, mikä vaikuttaa asiantuntijoiden mahdollisuuteen perustella näkemyksiään. Toimintaperiaate on tässä suhteessa samankaltainen muidenkin osastojen tiimeissä.

Moniammatillisuusdiskurssi

Moniammatillisuusdiskurssilla tarkoitan sitä puhetapaa ja tilanteita, joissa asiantuntijat puhuvat enemmän yhteisen tiimin näkökulmasta kuin omasta asiantuntijapositionaan. Osaston tiimissä moniammatillinen tapa työskennellä on onnistunut ja työntekijöillä on halu sitoutua siihen. Tiimin toiminnassa tulee esiin rajoja ylittävä horisontaalinen asiantuntijuus, mikä vaatii asiantuntijoilta moniammatillisuuteen sitoutumista. Tiimin työskentelyssä tulee esiin kunkin asiantuntijuutta arvostava ote. Avoimuus moniammatilliseen tiimin kiteytyy lääkärin puheenvuorossa, jossa hän kertoo omien toimintatapojensa muutoksesta. Avoimuus lisää luottamusta ja luo turvallisuuden tunnetta tiimin jäsenten keskuudessa. Moniammatillisessa puheessa korostuu erikoissairaanhoidon institutionaalinen tehtävä. Siinä keskeistä on yhteisen todellisuuden rakentuminen. Yhteinen todellisuus ei tarkoita välttämättä, että asiantuntijat olisivat samaa mieltä, mutta keskustelussa yhteisen todellisuuden avulla luodaan yhteinen päämäärä, joka on eräänlainen konsensus tilanteesta. Tällä tavoin moniammatillisuuden ideaan kuuluva jaettu päätöksenteko toteutuu yhteisen todellisuuden luomisena, mutta sen lisäksi jokainen asiantuntija tekee myös itsenäisiä päätöksiä. Lääkärin vastuu hoitosuunnitelmasta ilmenee päätöksien hyväksymisenä tiimissä.

Erikoissairaanhoidon koetaan vastakohtana eli kontrastiparina avohoidolle. Toisinaan potilaan ongelmia määritellään juuri avohoidon palveluiden riittämättömyyden näkökulmasta. Erityisesti arviointipuheessa asiantuntijapositiona on vaikea erottaa puheenvuorojen perusteella. Puhuttaessa tavoitteesta ja etenkin päätöksenteosta asiantuntijaposition eriytyvät. Tiimin toiminnassa tulee tunne, että tavoitteita asetettaessa ne kategorisoidaan tiettyjen asiantuntijoiden osaamisalueeksi. Osa toimijoista saattaa olla tiimin ja sairaalankin ulkopuolisia. Ikään kuin jokainen toimija poimisi potilaan tavoitteista itselleen kuuluvat tehtävät ja omahoitajan tehtäväksi tulee jäljelle jäävien asioiden koordinoiminen. Ensiarvoista tiimin työskentelyssä on moniammatillisen työotteiden arvostaminen ja yhteiset käsitykset siitä. Näin ei läheskään kaikissa moniammatillisissa tiimeissä ole. Katariina Olkkonen (2003, 69–70) korostaa yhteisten käsitysten merkitystä tiimityön toimivuuden kannalta. Ristiriitoja voi aiheutua, mikäli asiantuntijoiden käsitykset yhteistyöstä poikkeavat toisistaan.

Moniammatillisuusdiskurssi tiimin toiminnassa on jatkuvassa liikkeessä. Asiantuntijapositionien lisäksi keskustelua käydään joko osaston työntekijän tai erityistyöntekijän positiona. Asettamalla tiettyyn positiona voidaan vahvistaa omaa asiantuntijuuttaan tai oikeuttaa näkemystä esimerkiksi sillä, että tunnetaan potilas ja ollaan jatkuvasti arkitilanteissa mukana.

Valtadiskurssi

Jos ajatellaan tutkittua Osastoa ja institutionaalisen vallan diskurssia, tulee se parhaiten esiin juuri me-retoriikkana makrotasolla. Ilmaisulla oikeutetaan omia toimintaperiaatteita ja velvollisuuksia. Näin toimitaan usein juuri potilastilanteissa ilmaisemalla, mikä kuuluu meidän toimintaperiaatteisiin. Institutionaalisen vallan vierusparina ajattelen kulkevan toisen käsitteen, ”vastuun”, joka useimmiten tunnetaan käsitteenä institutionaalinen tehtävä. Institutionaalista tehtävää suorittaessaan jokainen asiantuntija on vastuussa siitä, miten hän sitä toteuttaa. Se, että potilaan tavoitteista puhuttaessa keskustelu on toimenpidekeskeistä, heijastaa työntekijän sitoutuneisuutta tehtävänsä ja velvollisuutta toimia mahdollisimman tehokkaasti. Kun hoitoajat ovat lyhyitä ja potilaiden vaihtuvuus suuri, on pyrittävä tarjoamaan potilaalle erilaisia mahdollisuuksia lyhyessä ajassa. Työaika asettaa institutionaalisen ehdon ja rajat toiminnalle.

Mikrotasolla valta sitoutuu asiantuntijapositioniin. Moniammatillisessa kokoonpanossa, vaikka tietoa ja osaamista jaetaan yhteisesti, jokaisella on myös oma professionsa. Vetoamalla oman koulutuksensa ja työkokemuksensa tuomaan tietoon, voidaan käyttää tiedon tuomaa valtaa. Osaston tiimissä valta tulee kuitenkin läpinäkyväksi, koska eri asiantuntijat odottavat perusteluita toistensa väit-

tämille. Ne väittämät, jotka tukeutuvat johonkin auktoriteettiin tai auktoriteettina toimivaan tietoon, kuten lääketieteeseen, lakipykäliin tai testeihin, vaativat harvoin perusteluja. Auktoriteetilla tiedon vahvistaminen on selkeä retorinen vakuuttamisen keino. Koska tieto on valtaa, myös tietämättömyys voi toimia vallan keinona. Näin voidaan rajata pois oma asiantuntijuus, sosiaalityön tietämys ja oma osallisuus tiettyjen asioiden hoitamisessa. Tämä vallan ilmentymä tulee esiin lähinnä niissä tiimeissä, joissa rajoja ylittävää keskustelua ei käydä ei niinkään Osaston tiimissä.

Petri Aution (2006,196–197,201) mukaan valtaa on kaikissa arkipäivän diskursseissa ja kaikkea, mikä kuuluu ihmisen toimintaan, voidaan tarkastella vallankäytön näkökulmasta. Hänen mukaansa institutionaalisen vallankäyttäjät eivät puhu mielellään vallankäytöstä, sillä valtaa voidaan sietää vain, kun se on näkymättömissä. Nykyaikaisessa psykiatrisessa sairaanhoidossa pakkovaltaa (ks. Foucault 1980) ei juuri käytetä. Vallankäytön analysoiminen ei ole negatiivista, vaan se on yksi näkökulma muiden joukossa. Sen tavoitteena on sen sijaan tehdä asiantuntijoiden toimintaa läpinäkyvämmäksi ja tunnistaa vallan eri ilmenemismuotoja.

Sosiaalityödiskurssi

Sosiaalityödiskurssilla tarkoitan sitä kuvaa, mikä sosiaalityöstä rakentuu Osaston tiimin puheessa ja miten sosiaalityön asiantuntijuus tulee siinä esiin. Moniammatillisessa keskustelussa sosiaalityöntekijän asiantuntijuus on Osaston tiimissä tasavertaista ja arviointikeskustelussa se ei erotu muiden asiantuntijoiden puheesta. Sosiaalityöntekijän positio asettuu moniammatillisen position lisäksi erityistyöntekijän ja sosiaalityön asiantuntijapositioihin. Erityistyöntekijän positiossa sosiaalityöntekijän ja psykologin roolit näyttäytyvät samanlaisina. He ovat hoitotyön ulkopuolisia jäseniä, mutta osallistuvat hoitoprosessiin hoitosuunnitelmatiimin kautta. Tiimin rooli on keskeinen hoidossa ja sen jälkeen eri asiantuntijat tapaavat potilasta useitakin kertoja. Osaston tiimissä sosiaalityön asiantuntijuudesta puhutaan sosiaalipalveluiden, sosiaaliturvan, kuntoutuksen, asiakkaan elämän kokonaistilanteen ja erilasten säädöksiä asiantuntijana. Sosiaalityöntekijän puhuessa omasta asiantuntijuudestaan, hän asemoituu vahvasti lasten ja lastensuojelun asiantuntijaksi. Vaikka psykiatrisessa erikoissairanhoidossa lastensuojelutyö ei ole kuulu sosiaalityöntekijän tehtäviin, samalla tavoin kuin kunnan sosiaalitoimessa, niin asiantuntijuudesta on hyötyä asiakkaiden vaikeissa perhetilanteissa. Terveysosiaalityöntekijän työssä lastensuojelutyö painottuu perheiden tarpeiden tunnistamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön yhteistyössä perheiden ja eri viranomaisten kanssa.

Olkkonen (2003, 72–73) erittelee eri asiantuntijoiden roolia psykiatrisessa sairaanhoidossa. Hänen mukaan lääkrillä, psykologilla ja hoitajilla on kiistattomia työtehtäviä, joita muut asiantuntijat eivät voi tehdä. Tutkielman tulosten perusteella ainoastaan sosiaalityön kenttä vaikutti hyvin jaetulta. Sen mukaan ainoastaan sosiaalityölle kuuluviksi koettiin sosiaaliturvaan liittyvät valitusasiat sekä sosiaalisen tilanteen kartoitus. Rauni Korkealaakso (2006, 108) taas korostaa sosiaalityöntekijän omaa aktiivisuutta tehtävänsä määrittelyssä, jossa keskeistä on hoitosuunnitelmatimiin osallistuminen. Hänen mukaansa, jos sosiaalityöntekijä ei ole mukana tiimissä ja määrittelee sosiaalityön osuutta työhön, sen tekevät muut asiantuntijat.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sosiaalityön rooli vaihtelee havainnoimissani moniammatillisissa tiimeissä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa osastoittain. Joillakin osastoilla moniammatillinen tiimityö on horisontaalisia rajoja ylittävää keskustelua ja siihen sisältyvää jaettua päätöksentekoa, missä asiantuntijoiden tasavertaisuus on ilmeistä, kuten Osaston tiimissä. Jotkut tiimit toimivat sidoksissa asiantuntijapositioniin ja tiimin tehtävänä on lähinnä olla tiedonjakoforumina. Näissä tiimeissä yhteiseen keskusteluun jää vähän aikaa eikä jaettua päätöksentekoa juurikaan ole. Tällöin sosiaalityön roolikin jää suppeammaksi painottuen sosiaaliturvaetuksiin. Tässä tutkielmassa ei ole pyritty etsimään yksittäisiä syitä tiimien erilaisuuteen. Syitä voi pohtia yleisellä tasolla ja niistä voi löytää uusia aiheita jatkotutkimukseen.

Eri osastojen perustehtävä vaihtelee riippuen siitä, ovatko ne kuntouttavia vai akuutteja osastoja. Lisäksi näiden ryhmien sisällä toimintatavat ovat erilaistuneet. Koska osastot toimivat hyvin itsenäisesti, voidaan ajatella niiden institutionaalisen tehtävän ja makrorakenteen olevan osittain erilainen, vaikka ne kuuluvatkin samaan organisaatioon. Tämä toimii institutionaalisenä ehtona asettaen tiimin käytännöille rajat. Toinen institutionaalinen ehto on aika. Tiimin toiminta on erilaista, jos sen aikana käsitellään muutaman potilaan asiat kuin silloin, kun käsiteltävänä on kaikkien osaston potilaiden hoitoon liittyvät asiat. Jälkimmäisessä tilanteessa pohtivaan ja rajoja ylittävään keskusteluun aikaa ei ole. Tiimin toiminta palvelee ehkä osaston tarpeita, mutta sosiaalityölle se ei anna mahdollisuutta kokonaisvaltaiseen hoitoprosessiin osallistumiseen.

Tiimin työnjakoa ja siihen liittyvää valtaa ei voida kuitenkaan pitää valmiiksi annettuna. Myös sosiaalityöntekijä itse vaikuttaa asemaansa siinä (ks. Korkealaakso 2006, 108). Erving Goffman (1959, 77–78) vertaa tiimityötä näytelmän rooleihin, jossa ollaan vuorovaikutuksessa kanssänäyttelijöiden kanssa. Vuorovaikutuksessa roolit ja näin myös ammatillinen identiteetti luodaan niin suhteessa henkilökuntaan kuin potilasiinkin. Goffmanin mukaan jokainen tiimi pyrkii määrittelemään oman alueensa ja ylläpitämään jäsenyyttään siinä tiimin odottamalla tavalla. (Mt., 167.) Mitä useammalla osastolla ja tiimissä sosiaalityöntekijä työskentelee, sitä vähemmän aikaa jää jokaisen tiimin jäsenyyteen. Riittävä aika ei ole ainut edellytys onnistuneeseen tiimin vuorovaikutukseen, mutta se lisää mahdollisuuksia toimia. Koska terveydenhuollon organisaatiossa on paljon vahvan ammattitaidon omaavia asiantuntijoita, on sosiaalityöntekijälle hyötyä, jos hänellä on kokemusta työskentelystä

myös muissa organisaatioissa. Kokemus sinänsä lisää vakuuttavuutta, mutta ei toimi ainoastaan retorisenä keinona, vaan lisää ammattitaitoa toimia myös monien muiden organisaatioiden kanssa.

Diskurssianalyttinen analyysi painottuen retoriseen analyysiin oli perusteltua tässä tutkielmassa. Näillä keinoilla pystyin tekemään näkyväksi niitä keinoja, joilla työntekijät vakuuttavat ja oikeuttavat toimintaansa sekä millaisia kategorisointikeinoja käytetään. Lisäksi menetelmät täydensivät tutkimuksen taustoittavaa aineistoa, jossa käytin etnografista lähestymistapaa. Tavoitteen asettaminen, arviointi ja päätöksenteko käsitteiden avulla jäsensin Osaton tiimin keskustelua. Arviointipuheessa asiantuntijat rakentavat yhteistä todellisuutta potilaan ongelmasta. Juhila & Pösö (2000, 38–39) määrittelevät ongelmapuheen diskursiivisiksi käytännöiksi. Keskeistä siinä on, minkälaista ymmärrystä sosiaalisista ongelmista, niihin liittyvistä muutoksista ja toimintatavoista auttamistyössä rakennetaan. Ilman ongelmapuhetta ammatillinen toiminta ei ole mielekästä ja ilman sitä asiakkaan ja työntekijän toiminnasta katoaisi perusta. Jos yhteistä todellisuutta ei rakenneta ja tiimi toimii vain yksittäisten tietojen jakamista varten niin, onko tällöin jokaisella toimijalla ja potilaalla täysin eri käsitys ongelmasta ja toimintatavoista. Seikkula ja Arnkil (2005, 32) painottavat, että yhteistä ongelmaa ei voida määritellä, vaan ongelmia on aina yhtä monta kuin asiantuntijoitakin. Mielestäni ongelmapuheella löydetään kuitenkin yhteinen perusta dialogisessa keskustelussa, mitä taas yksittäisessä tietojen vaihdossa ei synny.

Valta keskustelussa tulee esiin siinä, kenellä ja missä asemassa olevalla on oikeus määritellä ongelmaa ja kenellä on siihen pätevyys. Jokaisella asiantuntijalla on omasta positioistaan käsin ammattitaitoa sekä instituution ja lainsäädännön määrittämiä tehtäviä, joita muilla ei ole. Osaston tiimissä keskustelua käytiin myös toisten osaamisen alueilla. Esimerkiksi hoitoaika voi määritellä muutkin kuin lääkäri, vaikka hän tekee lopullisen päätöksen. Toisaalta lupa toisen alueella keskustelemiseen on yleisesti hyväksytty käytäntö, mikä tulee esiin psykologin puheenvuorossa, jossa hän sanoo kaikilla olevan tietoa vähän kaikesta. Tällä hän oikeuttaa tiimin jäseniä käymään rajoja ylittävää keskustelua. Aution (2006, 202) mukaan vallasta vapaata keskustelua ei olekaan. Avoimen dialogin hoitomallissa vallankäyttöä on pyritty minimoimaan. Vallankäytön tunteminen ilmiönä on tärkeää, mutta sitä ei voi sinänsä pitää negatiivisena tai positiivisena. Vallankäyttöä ei voi eliminoida, mutta sen tunnistaminen auttaa suuntaamaan sitä työn ja asiakkaan tavoitteiden mukaisesti.

Diskurssianalyttinen tutkimus liittyy keskeisesti sosiaalisen konstruktionismin näkökulmaan, jossa kiinnostuksen kohteena on ihmisten puhe. Nämä voidaan liittää postmoderniin käsitteeseen. Postmodernistiseen käsitykseen yhteiskunnasta kuuluu jatkuva muutos. Psykiatrisessa erikoissairaan-

hoidossa muutos tulee esiin epävakautena potilaiden elämässä ja yhteiskunnan rakenteiden muutoksessa samoin kuin työelämän lisääntyvinä haasteina. Toisaalta jos ajattelen psykiatrista sairaanhoitoa järjestelmänä samoin kuin muita isoja organisaatioita, kuten koululaitosta, kirkkoa tai oikeuslaitosta, on niiden muodoissa säilynyt hyvin pitkään samoja elementtejä. Instituutioiden historiallisen kontekstin tiedostaminen auttaa ymmärtämään niiden valtarakenteita makrotasolla myös nykyhetkessä.

Laadullisen tutkimuksen totuudellisuutta tarkastelen käsitteiden uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja paikkansapitävyys avulla (D’Cruz & Jones 2004, 74–75). Keräsin tutkielman aineiston havainnoimalla ja ryhmähaastattelulla. Aineisto analysoin käyttämällä etnografista kirjoittamista ja diskurssianalyysiä painottaen retorista analyysiä. Niin aineiston kerääminen kuin analysointikin perustuivat omiin havaintoihini ja tulkintoihin, jotka joku toinen tutkija olisi saattanut nähdä ja tulkita eri tavoin. Tämä tutkielma koostuu empiirisestä aineistosta ja teoreettisesta tiedosta. Tietojen paikkansapitävyydestä ja uskottavuudesta tässä tutkielmassa kertovat tarkat lähdeviitteet. Analysoinnissa käsittelen eri asiantuntijoiden puhetapoja, mutta niissä en paneudu kenenkään asiantuntijan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Analyysin avulla luon omaa sosiaalista todellisuutta Osaston tiimistä.

Analysoin aineistoa sellaisenaan, enkä ole pyrkinyt manipuloimaan sitä. Oman mielenkiintoni mukaan jotkut näkökulmat voivat olla toisia vahvempia. Tutkielma käsittelee yhden sairaalan psykiatrisia osastoja ja painottuu syvällisemmin yhden osaston tiimin toimintaan ja asiantuntijoiden puheeseen. Tutkimustulokset eivät ole sinänsä yleistettävissä, mutta instituutioiden toiminnassa ja asiantuntijoiden puhetavoissa on piirteitä, joita voidaan siirtää myös jonkin toisen tiimin toimintaan. Toivon, että lukija miettisi omia kokemuksiaan tiimeistä sekä niiden vahvuuksia ja haasteita. Tutkielman raportoinnissa olen perustellut tutkimusprosessissani tekemät valinnat, joiden perusteella lukija voi arvioida luotettavuutta. Valinnoissa olen kunnioittanut tutkimuksen teon yleisiä eettisiä periaatteita.

8 POHDINTA

Ajatellessani terveyssozialityön asemaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suurin yllätys minulle on ollut, miten vähän työhön kuuluu perheiden kanssa toimimista. Perhetapaamiset toteutetaan yleensä omahoitajan toimesta ja perheterapeutti on niissä mukana. Sosiaalityöntekijä ei ole läheskään aina mukana perhetapaamisissa. Vaikka sosiaalityöntekijällä ajatellaan olevan tietoa lastensuojelusta, se liitetään useimmiten juuri lastensuojelun juridiseen tuntemiseen. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen kuuluu kuitenkin huomattavasti laajemmin tietoa perheistä ja lapsista, mitä voitaisiin hyödyntää myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. On kuitenkin mietittävä, että jos haluaa mukaan uusiin tehtäviin, miten se on ajankäytöllisesti mahdollista, sillä nykyinenkin työnkuva on jo kiireinen. Tutkimuksen tekemisen aikana olen pohtinut myös terapiatyön ja sosiaalityön suhdetta. Sosiaalityö voi olla terapiasuuntautunutta, mutta se ei ole itsestäänselvyys. Oman kiinnostuksen ja lisäkoulutuksen myötä on sosiaalityöntekijällä, itsenäisenä asiantuntijana, mahdollisuus kehittää työnkuvaansa.

Moniammatillista tiimityöskentelyä pidetään ideaalisena työmuotona niin potilaan kuin asiantuntijoidenkin kannalta. En halua tutkielmallani laittaa eri työtapoja arvojärjestykseen. Sen sijaan toivoisin sen herättävän keskustelua työn käytännöistä ja institutionaalisen vallan olemuksesta. Haastatteluni jälkeen Osaston tiimi totesi, että olisi hyödyllistä käydä tiimin kanssa keskustelua sen toimintaperiaatteista ja perusteista. Ainakin erään toisen osaston tiimillä on tapana toimia näin. Käytännössä asiantuntijat voisivat keskustella, mitä kukin odottaa tiimin toiminnalta ja mikä kunkin asiantuntijan rooli tiimissä on. Tiimin ajankäyttö ja se, milloin potilas pyydetään mukaan tiimiin, olisivat myös tärkeitä pohdinnan aiheita. Työkäytännöt ovatkin osittain arvovalintoja. Niihin asioihin, jotka meistä ovat tärkeitä, haluamme varata aikaa ja sitoutua. Tiimien toiminnan kehittämiseksi hyödyllistä olisi käydä avointa keskustelua siitä, mitkä ovat niiden toimintaperiaatteita ja mitkä käytännöt ovat potilaslähtöisiä ja motivoivat myös eri asiantuntijoita yhteiseen työskentelyyn. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tiimien etuna on pysyvyys. Asiantuntijat tuntevat toisensa hyvin ja jokaisessa vuorovaikutustilanteessa ei tarvitse erikseen luoda uutta vuorovaikutussuhdetta. Pysyvyys lisää myös turvallisuutta. On huomattava, että tiimin jäsenissä on vaihtuvuutta, mutta institutionaalinen asetelma on erilainen kuin monissa projektiluonteisissa tiimeissä.

Moniammatillisen työn ja sosiaalityön kehittämisen näkökulmasta pidän tärkeänä Ian Shawn (1999) näkemystä työn evaluaatiosta. Hänen mukaan sosiaalityön sisällöstä nouseva evaluaatio yhteistyössä asiakkaan kanssa on arviointia, jonka hyöty näkyy parhaiten omassa työssä. (Mt. 1999, ref. Fin-Soc -työpapereita 4/1999.) Työmenetelmien arvioinnin sisällyttäminen osaksi omaa työtä mahdollistaa reflektiivisen työtteen säilyttämisen. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuudessa pidän tärkeänä tutkimuksen ja arvioinnin kiinteää yhteyttä käytännön työhön.

Sosiaalityöntekijän ja jokaisen asiantuntijan tehtävä on työssä vaikuttaminen. Vaikuttamiskanavat ovat erilaisia, mutta käytännön työssä oman asiantuntijuuden esille tuominen sekä avoimuus vuorovaikutuksessa lisäävät myös omia mahdollisuuksia. Yksi vaikuttamisen ja vakuuttamisen keino on tutkimuksen tekeminen. Tämän tutkielman tekemisen aikana on herännyt aiheita myös jatkotutkimukselle. Kiinnostava tutkimusaihe olisi seurata yhden tiimin työn kehittämistä pitkän ajan kuluessa ja seurata nimenomaan prosessin kehittymistä. Toinen mielenkiintoinen aihe olisi tutkia kokoneiden sosiaalityöntekijöiden työskentelytapoja psykiatristen osastojen tiimeissä ja verrata eri sairaaloiden käytäntöjä niissä. Kirjallisuuteen perehtyminen on lisännyt myös tiedonjanoa lukea enemmän, sillä tämän prosessin aikana en ole kaikkkeen kirjallisuuteen ehtinyt paneutumaan niin syvästi kuin olisi halunnut.

Tutkielman teko on ollut tutkimusretki niin psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuin laajaan kirjallisuuteenkin. Käytännön harjoittelu, sosiaalityöntekijän sijaisuus ja aineiston kerääminen ovat opettaneet terveys- ja sosiaalityöstä ja psykiatrisesta sairaanhoidosta itselleni viimeisen lukuvuoden aikana erittäin paljon. Prosessi on ollut intensiivinen ja vaatinut täysipäiväistä keskittymistä työskentelyyn. Aihetta koskevan tiedon lisäksi olen tutkijana perehtynyt aineiston keräämiseen ja analysoimiseen liittyviin menetelmiin. Jos ajattelen itseäni valmistuvana sosiaalityöntekijänä, lisäävät nämä tiedot ja taidot valmiuksia työelämässä toimimiseen, mutta myös oman työn kehittämiseen ja jatkotutkimukseen.

Lähteet

Ain, Eileen J. (2005) Social Workers' Resolution of Ethical Dilemmas in Health and Mental Health Practice. Teoksessa Heinonen Tuula & Metteri Anna (toim.) Social Work in Health and Mental Health Issues, Developments and Actions Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, 26–44.

Antikainen-Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen Yliopisto. Tampere.

Autio, Petteri (2006) Dialogisuus ja vallankäyttö hoitokokouksissa. *Psykologia* 3/2006, 196–204.

Bahtin, Mihail (1991) Dostojevskin poetiikan ongelmia. Kustannus Oy Orient express. RT-paino. Artikkelissa Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Drew, Paul & Heritage, John (1992) Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Drew Paul & Heritage John. Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press.

D'Cruz Heather & Jones, Martyn (2004) Social work research ethical and political contexts. London: Sage Publications.

Engeström, Yrjö (1993) Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi. Teoksessa Simoila Riitta & Harlamov Anna & Launis Kirsti & Engeström Yrjö & Saarema Osmo & Kokkinen-Jussila Marjatta. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot, Välineitä terveystieteiden tutkimukseen. Stakes: Raportteja 80.

Eräsaari, Leena (1994) Millainen tekotuote etnografia on? Keskustelua etnografian kirjoittamisesta. *Janus* 4. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu, 362–371.

Eräsaari, Leena (1995) Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Tampere: Gaudeamus.

Eräsaari, Risto (1997) Mistä asiantuntijuus on kotoisin? Teoksessa Kirjonen Juhani & Remes Pirkko & Etäpelto Anneli (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, 62–72.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fook, Jan (2002) Social work. Critical Theory and Practice. London: Sage Publications.

Fook, Jan (2005) Challenges and Directions for Critical Social Work. Teoksessa Hich Steven & Fook Jan & Pozzuto Richard. Social work a critical turn. Toronto: Thompson Educational Publishing.

Foucault, Michael (1976) The History of Sexuality. Volume 1. Great Britain: An Introduction. Richard clay Ltd. Bungay. Suffolk.

- Foucault, Michael (1980) *Tarkkailla ja rangaista*. Helsinki: Otava.
- Foucault, Michael (2005) *Tiedon argeologia*. Tampere: Vastapaino.
- Fowler, Peter (2000) *Community nurses and social workers learning together: a report of an inter-professional education initiative in South Wales*. *Health and Social Care* 8 (3), 186–191. Blackwell Science Ltd.
- Goffman, Erving (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday & Company, INC.
- Goffman, Erving (1961/1997) *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Alkuteos Asylums. Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*. Suom. Auli Tarkka & Riitta Suominen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Gubrium, Jaber F. & Holstein James A. (1994) *Uusi etnografia ja elämän sosiaalinen rakentuminen*. *Janus* 4. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu, 352–361.
- Hall, Christopher & Slembrouck, Stef & Sarangi, Srikant. *Language Practices in Social work. Categorisation and accountability in child welfare*. New York: Routledge.
- Healy, Karen (2000) *Social Work Practices. Contemporary Perspectives on Change*. London: Sage Publications.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2000) *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hodges, John Q. & Anderson, Kim M. (2005) *What Do Social Workers Need to Know About Mental Health Courts*. *Social Work in Mental Health. The journal of behavioural and psychiatric social work*. Volume 4/2, 17–29.
- Häikiö, Liisa (2001) *Valta kylälaisten yhteisöinnässä*. Teoksessa Häikiö Liisa & Koskiahon Briitta & Leino Helena. *Paikallinen valta. Civil society papers* 4. Tampere: Tampereen yliopisto, 71–102.
- Isoherranen, Kaarina (2005) *Moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.
- Janesick, Valerie J. (1998) *”Stretching” Exercises for Qualitative Researchers*. Sage Publications. USA: International Educational and Professional Publisher.
- Jokinen, Arja (1999a) *Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin*. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 37–53.
- Jokinen, Arja (1999b) *Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen*. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 126–159.
- Jokinen, Arja (2005) *Tutkimuksen viitekehykset*, luento 18.10.2005. *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Sosiaalityön ja sosialipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1993) Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 75–108.

Jokinen, Arja & Juhila Kirsi (1996) Intersituationaalisuus ja interaktiivisuus asunnottomuuspuheissa. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi. Merkitykset ja vuorovaikutus. Poimintoja asunnottomuuspuheen kulttuurisesta virrasta. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto. Tampere, 17–49.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1999) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 54–97.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (1996) Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila, Kirsi. Merkitykset ja vuorovaikutus. Puhetta asunnottomuuspuheen kulttuurisesta virrasta. Tampere: Tampereen yliopisto, 79–97.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, Arja, Suoninen, Eero & Wahlström, Jarl (2000) Miten tavoittaa auttamistyön ydintä. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 15–33.

Joubert, Lynette (2006) Academic_practice Partnerships in Practice Research. A cultural Shift for Health Social workers. Julkaisussa: Social work in Health care, A Quarterly Journal. Volyme 43 2/3 2006. The Haworth Press.

Juhila, Kirsi (1999) Tutkijan positiot. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 201–232.

Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (2000) Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 15–33.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Karvinen, Synnove (1996) Hajoaako sosiaalityö? – Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Kerson Toba Schwaber, McCoyd Judith L.M. & Chimchirian Joanne M. (2005) Spanning Boundaries: An Enriched Ecological Perspective for Social workers Practising in Health and Mental Health Care. Teoksessa Heinonen Tuula & Metteri Anna (toim.) Social Work in Health and Mental Health Issues, Developments and Actions. Canadian Scholars' Press Inc. Toronto, 8–25.

Konttinen, Esa (1997) Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen Juhani & Remes Pirkko & Etäpelto Anneli. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä, 48–61.

Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä – vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Julkaisusarja A:Tutkimukset. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Latvala, Eila (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrinen klinikka, Oulun yliopistosairaala. Oulu: Oulun yliopisto.

Launis, Kirsti (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen Juhani & Remes Pirkko & Etäpelto Anneli. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto 122–133.

Leiwo, Matti & Pietikäinen, Sari (1996) Kieli vuorovaikutuksen ja vallankäytön välineenä. Teoksessa Palonen Kari & Summanen Hilikka. (toim.) Pelkkää retoriikkaa. Tampere. Vastapaino.

Lindén, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Sta-kes raportteja 234.

Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) (2001) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Matilainen, Anne (1994) Määrittelysuhteista mahdollisuussuhteisiin. Psykiatrisen sairaalan hoitokäytäntöjen tarkastelua. Tutkimuksia sarja B Nro 15. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalipoliittikan laitos.

Metsämuuronen, Jari (2006) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja Helsinki: International Methelp, 81–147.

Metteri, Anna (1993) Terveydenhuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa: Synnove Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisissa työryhmissä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylä: SoPhi.

Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Nikander, Pirjo (2002a) Age in action. Membership Work and stage of Life Categories in Talk. Helsinki: Suomalaisen tiedeakatemian toimituksia. Humaniora 321.

Nikander, Pirjo (2002b) Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Torkkola Sirkka (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiön Tammi, 55–70.

Nikander, Pirjo (2003) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4/2003, 279–290.

Nikander, Pirjo (2005) *Managing Scarcity: Joint Decision Making in Interprofessional Meetings*. Teoksessa Heinonen Tuula & Metteri Anna (toim.) *Social Work in Health an Mental Health Issues, Developments and Actions*. Canadian Scholars' Press Inc. Toronto, 260–279.

Olkkonen, Katriina (2003) *Rajat ylittävä ja rajoista kiinnipitävä yhteistyö? Mielenterveystyöntekijöiden käsityksiä moniammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta*. Pro gradu –tutkielma. Sosiaalipoliitiikan ja sosiaalityönlaitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Payne, Geoff & Payne, Judy (2005) *Key Concepts in Social Research*. London: Sage Publications.

Payne, Malcolm (2000) *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave.

Pellinen, Sanna (1996) *Moniammatillisen ryhmän kehitysvaiheet – erikieliset yhteistyössä*. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto ry.

Peräkylä, Anssi (1998) *Institutionaalinen keskustelu*. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelun – analyysin perusteet*. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 177–203.

Pohjola, Anneli (2003) *Tutkijan eettiset sitoumukset*. Teoksessa Anneli Pohjola (toim.) *Eettisesti kestävä sosiaalityö*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. työpapereita 47. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Pötsönen Riikka & Raili Välimaa (1998) *Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä*. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Raevaara, Liisa & Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) *Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen*. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna, Haakana, Markku & Raevaara Liisa (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 11–38.

Raitakari, Suvi (2006) *Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksiköiden palaverissa ja tukisuunnitelmissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rantala, Taina (2006) *Etnografisen tutkimuksen perusteet*. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Methelp, 216–283.

Raunio, Kyösti (2004) *Olellainen sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Rostila, Ilmari (2001) *Sosiaalityön perusarvot ja eettiset periaatteet*. Teoksessa *Tavoitelähtöinen sosiaalityö: voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ruusuvuori, Johanna (2002) *Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla*. Teoksessa Torkkola Sirkka (toim.) *Terveystietä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiön Tammi, 36–54.

Saario, Sirpa (2004) *Mielenterveystoimiston hallinnan tekniikat työntekijöiden toimintatapojen määrittäjinä*. Genealoginen näkökulma. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Seikkula, Jaakko & Arnkil Tom Erik (2005) Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sipilä, Jorma (1989) Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Spearman, Len (2005) A Developmental Approach to Social Work Practice in Mental Health: Building on Strengths. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) Social Work in Health and Mental Health Issues. Developments and Actions Canadian Scholars' Press Inc. Toronto, 45–64.

Sulkunen, Pekka (1990) Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Mäkelä Klaus (toim.) (1990) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.

Suoninen, Eero (1999) Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 17–36.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalityön luokitus (1998). Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Tulppo, Jaana (1991) Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2. Tampere.

Töttö, Pertti (2004) Syvällistä ja pinnallista, teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.

Valtonen, Anu (2005) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori Johanna & Tiittula Liisa (toim.) (2005) Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Vilka, Hanna (2006) Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

White, Sue (2005) Communicating misunderstandings: multi-agency work as social practice. Julkaisussa: Child and Family Social Work 10/2005. Blackwell Publishing Ltd, 207-216.

Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2004) Asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. ” Se ei ole mitään temppujen tekemistä peräkkäin”. Gerontologia 3/2004, 200–206.

Zastrow, Charles (1996) Social work with groups 4th ed. Library of Congress cataloging in Publication Data. United States of America.

Elektroniset lähteet:

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut 2007a: <http://www.epshp.fi/kotisivu/psyk/indek.html/> Viitattu 5.4.2007

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut 2007b: <http://www.epshp.fi/kotisivu/lastenjanuorisopsykiatria/hlpkl.htm>. Viitattu 11.5.2007.

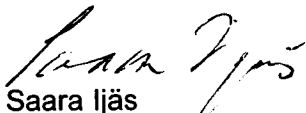
Shaw, Ian (1999) Evaluoi omaa työtäsi. Reflektiivisen ja valtuuttavan evaluaation opas. Finsoc, sosiaalihuollon menetelmien arviointiprojekti, työpapereita 4/99, Stakes.
http://groups.Stakes.fi/FINSOC/FI/Julkaisut/julkaisusarjat/tiivistelma4_99htm/ Viitattu 14.5.2007.

Suomen säädöskokoelma:

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Keskushallinto

Asia	Tutkimuslupapyyntö, Viertola
Selostus	Elina Viertola Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitokselta anoo tutkimuslupaa pro gradu -tutkielman empiirisen aineiston keräämiseksi Seinäjoen keskussairaalan aikuispsykiatrian yksiköstä, jossa Viertola suorittaa syventävien opintojen harjoittelun 1.11.2006-31.1.2007, ks. liite.
Päätös	Lupa myönnetty.
Tiedoksi	Elina Viertola
Oikaisuvaatimusviranomaisen	<p>Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Huhtalantie 53 60220 SEINÄJOKI Puhelinvaihte (06) 415 4111 Telefax (06) 415 4351</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.</p>
Paikka ja aika	Seinäjoki 6.11.2006
Allekirjoitus	
Virka-asema	Saara Ijäs hallintoylihoitaja

Elina Viertola
Pinninkatu 14 A 2
33100 TAMPERE
P. 040-594 6844

TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

1.11.2006

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI
KESKUSTOIMISTO

Saap. 02-11-2006

D.No.....

Saara Ijäs
Hallintoylihoitaja
Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri
Hanneksenrinne 7
60220 SEINÄJOKI

PRO GRADU – TUTKIELMA


Haen tutkimuslupaa pro gradu-tutkielman empiirisen aineiston keräämiseen Seinäjoen keskussairaalan aikuispsykiatrian yksiköstä, jossa suoritan syventävien opintojen harjoittelun 1.11.2006–31.1.2007.

Opiskelen sosiaalityötä yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa Tampereen yliopistossa. Teen parhaillaan pro gradu – tutkielmaani siitä, miten moniammatillisissa työryhmissä valta esiintyy ja miten sitä käytetään. Erityisesti olen kiinnostunut sosiaalityön roolista moniammatillisissa ryhmissä sairaalakontekstissa. Keskeistä tutkimuksessa on ammattilaisten näkökulma, ei asiakasnäkökulma.

Haen lupaa aineiston keräämiseen havainnoimalla moniammatillisia ryhmiä ja nauhoittamalla näiden istuntoja sekä toteuttamalla ryhmähaastattelun kahdesti yhdelle moniammatilliselle työryhmälle. Aineiston keruu on tarkoitus toteuttaa tammi-helmikuussa 2007. Tulen huomioimaan aineiston keräämisessä, säilyttämisessä ja raportoinnissa tutkimuksenteen eettiset periaatteet ja salassapitovelvollisuuden.

Olen keskustellut asiasta alustavasti johtavan sosiaalityöntekijän Maija-Liisa Pajulan kanssa. Tampereen yliopistossa gradu-tutkielmaani ohjaa yliassistentti Suvi Raitakari.

Ystävällisesti


Elina Viertola
elina.viertola@uta.fi

LIITTEET

pro gradu – tutkielman tutkimussuunnitelma

Osaston hoitotiimille

2.1.2007

Opiskelen yhteiskuntatieteitä Tampereen yliopistossa ja pääaineenani on sosiaalityö. Teen viimeistä syventävien opintojen harjoittelua Seinäjoen keskussairaalan psykiatri-silla osastoilla 1.11.2006–31.1.2007. Suurimman osan harjoittelustani olen työskennel-lyt sijaisena neljällä eri osastolla. Tavoitteenani on tutustua harjoitteluni aikana myös sosiaalityöhön muilla osastoilla.

Harjoitteluni aikana tarkoitukseni on kerätä aineisto pro gradu -tutkielmaa varten. Tutkimukseni aiheena institutionaalinen valta ja sen ilmeneminen moniammatillisissa työryhmissä. Keskeistä tutkimuksessani on perehtyä sosiaalityön rooliin moniammtil-lisissa ryhmissä sairaalakontekstissa. Haluan lähestyä valta käsitettä neutraalina ilmiönä, joka on yksi luonnollinen osa instituutioiden toimintaa.

Olisinkin halukas suorittamaan kaksi ryhmähaastattelua Osaston hoitotiimille. Toivon, että haastatteluihin voisi osallistua sosiaalityöntekijän lisäksi lääkäri, psykologi, joku hoitajista ja mahdollisesti osastonhoitaja. Kahden ryhmähaastattelun lisäksi havainnoi-sin ryhmän toimintaa normaaleissa tiimipalaverissa tammikuussa ja sen jälkeen suorit-taisin ryhmähaastattelut. Toivon, että suhtaudutte pyyntööni myönteisesti. Tutkimuslu-van minulle on myöntänyt hallintoylihoitaja Saara Ijäs. Lisäksi olen keskustellut asiasta johtavan sosiaalityöntekijän Maija-Liisa Pajulan sekä Osaston⁴ sosiaalityöntekijän kans-sa. Tampereen yliopistossa tutkimustani ohjaa yliassistentti Suvi Raitakari. Toivon tii-min vastausta 12.1.2007 mennessä.

Ystävällisesti

Elina Viertola

elina.viertola@epshp.fi

sosiaalityön opiskelija

⁴ Tätä pro gradu -tutkielman liitteeksi tulevaa kirjettä on muutettu alkuperäisestä. Tästä versiosta on poistettu Osaston ja sen työntekijöihin liittyvät tunnistetiedot.

Ensimmäinen ryhmähaastattelu: teemat ja kysymykset

1. Teema: Tavoitteet ja niiden asettaminen

- Mitkä näkökulmat ovat tärkeitä potilaan tavoitteita asetettaessa?
- Miten tavoitteet asetetaan?
- Ketkä niitä asettavat ja mikä on potilaan oman mielipiteen merkitys?
- Miten potilas vaikuttaa omiin tavoitteisiin ja niiden toteutumiseen?
- Kuvailkaa konkreettisia menetelmiä, jotta tavoitteisiin päästään.
- Milloin tavoitteita pitää tarkistaa tai muuttaa?
- Nimeä lyhyen ja pitkän ajan tavoitteita?
- Millainen on tyypillinen potilas ja minkälainen on poikkeuksellinen potilas?
- Miten potilasta motivoidaan tavoitteisiin?
- Miten eroa on ”uuden” ja ”vanhan” potilaan tavoitteiden asettelussa?
- Mitä merkitystä tavoitekeskustelulla on asiakkaan/työntekijän kannalta?
- Millaisissa tilanteissa tavoitekeskustelua ei voi käydä?

2. Teema: Arviointi

- Mitä asioita pitää huomioida arvioitaessa potilaan hoitoa?
- Mitkä seikat kertovat tavoitteiden toteutumisesta?
- Mitä merkitystä arviointikeskustelulla on asiakkaan/työntekijän kannalta?
- Millaisissa tilanteissa arviointikeskustelua ei voi käydä?
- Keskitytäänkö arviointitilanteissa enemmän positiiviseen tai negatiiviseen muutokseen?
- Mitä jos potilaan tilanteessa ei tapahdu merkittävää muutosta?

3. Teema: Päätöksen teko

- Mikä on oma roolisi päätöksenteossa?
- Mistä asioista sinä päätät?
- Miten päätöksiin sitoudutaan?
- Kuka kantaa vastuun päätöksien toteutumisesta?
- Mikä on potilaan rooli päätöksenteossa?
- Mitä jos asianosaisten tekemät päätökset tuottavat ristiriitaisia lopputuloksen?
- Milloin oikea päätös on tuottanut potilaan elämään ei-toivottavia seurauksia?
- Miten vaikeana/raskaana pidät päätöksentekoa työssäsi?

4. Teema: Moniammatillisuus

- Mikä omasta mielestäsi on moniammatillisen tiimin merkitys hyvät/huonot puolet?
- Mikä on oma roolisi siinä?
- Mikä on oman ammattisi merkitys?
- Minkälaisia kompromisseja tiimissä pitää tehdä?
- Mikä on asiakkaan rooli tiimin osapuolena/kuultavana/työnkohteena?
- Millaisia asioita tiimissä käsitellään/ei oteta puheeksi?
- Tiimin yksinäisyys/moniäänisyys?

Toinen ryhmähaastattelu: kuvitteellisen potilaan tilanteen kuvaus

Antero on 45-vuotias kurikkalainen mies, joka on työskennellyt rakennusalan yrityksessä esimiehenä. Hänellä on 30-vuotias vaimo ja nykyisestä avioliitosta hänellä on 3- ja 1-vuotiaat työt. Antero on kotoisin Nurmijärveltä, mutta hän on muuttanut noin kaksikymmentä vuotta sitten Etelä-Pohjanmaalle silloisen perheenä kanssa. Hän on eronnut ja aiemmasta avioliitosta hänellä on 15-vuotias tytär. Tytär on muuttanut viime syksynä isänsä luo äitinsä kuoltua tapaturmaisesti.

Anterolla on ollut oma rakennusalan yritys, mutta hän on joutunut myymään yrityksen kaksi vuotta sitten taloudellisten vaikeuksien vuoksi. Hän työskentelee edelleen yrityksen palveluksessa. Hänelle jäi yritystoiminnasta velkaa jonkin verran. Antero kertoo vaimonsa olleen kotiäitinä lasten syntymän jälkeen, mutta sitä ennen hän on tehnyt sijaisuuksia lähihoitajana. Antero kertoo vaimonsa Sannan olevan hiljainen ja epäilee tämän masentuneen lasten syntymän jälkeen. Vaikeuksia on syntynyt myös 15-vuotiaan tyttären kanssa, jonka on ollut vaikea sopeutua uuteen kouluun ja asumiinseen Kurikkaan.

Antero tuotiin sairaalaan tarkkailuun kaksi päivää sitten, kun hän oli töissä alkanut käyttäytyä eriskummallisella tavalla. Jo edellisellä viikolla toiset työntekijät olivat ihmetelleet hänen epäluuloisia puheitaan. Hän myöntää itsellään olevan itsetuhoisia ajatuksia. Anterolla on ollut viime viikkoina vahva tunne, että työkaverit puhuvat hänestä ja tarkkailevat häntä. Hän on alkanut epäillä, että häntä tarkkaillaan erityisesti työmaalla, mutta myös muualla. Rakennustyömaalla hän oli purkanut sähkökaapin, koska epäili, että sinne oli asennettu videokamera tai nauhuri tarkkailemaan häntä. Vaimo kertoo myös, Anteron olleen epäilevä ja mustasukkainen viimeisten viikkojen aikana, mikä ei ole hänen tapaistaan ollut aiemmin. Antero kertoo, että hänellä on ollut taloudellisia vaikeuksia kauan, eikä ole näistä kaikista vaimolleen puhunut. Nukahtaminen on ollut vaikeaa iltaisin ja Antero kertoo käyttäneensä alkoholia lääkkeenä nukahtamiseen jo pitkään. Univaikeuksien vuoksi hän ei ole halunnut hakeutua lääkäriin, koska ei ole uskonut lääkehoidosta olevan itselleen hyötyä. Vaikka alkoholin käyttö on ollut säännöllistä jo vuosia, hän ei koe sen olleen ongelma itselleen. Antero kertoo menestyneensä aiemmin elämässään hyvin, mutta kokee noin viisi vuotta sitten tapahtuneen avioeron jälkeen, menettäneen otteen elämäänsä ja työhön. Eron syistä ei halua puhua. Hän kertoo tehneensä tuolloin myös liian pitkiä työpäiviä pitämättä juurikaan lomaa. Vaikka hän kokee nykyisen perheensä olevan hyvän, hän ei koe sen muuttaneen asioita elämässään.

Liite 4

Tulotilanteessa Anteron puhe on ollut hyvin hajanaista, mutta nyt hän pystyy kertomaan asioita jo koostuneemmin. Välillä hän itkee, koska kokee laiminlyöneensä vanhinta tytärtään. Vaikea asia Anterolle on, että hänellä on todettu nivelreuma, jonka vuoksi häntä on kehoitettu harkitsemaan ammatin vaihtoa tulevaisuudessa. Hän pelkää myös, että he joutuvat myymään kotinsa taloudellisten vaikeuksien vuoksi.

Anteron vanhemmat ovat kuolleet jo vuosia sitten. Hänellä on kaksi vanhempaa siskoa, jotka asuvat Etelä-Suomessa. Suhdetta siskoihin hän kuvaa etäiseksi. Lapsuuden perheensä hän kertoo olleen normaali perhe, jossa lapsille korostettiin työnteon tärkeyttä. Nykyinen anoppi asuu heidän lähellään ja auttaa heitä paljon. Toisaalta Anteroa ärsyttää, että anoppi puuttuu liiaksi heidän asioihin. Anopilla on myös voimakas uskonnollinen näkemys, minkä avulla pyrkii painostamaan perhettä. Ystäviä heillä on muutamia.