

**RAJATYÖ SAMANAIKAISTA HUUMERIIPPUVUUTTA JA  
MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN PALVELUISSA**

Retorinen diskurssianalyysi päihdepsykiatrian poliklinikan raskausajan asiakaskertomuksista

JOHANNA RANTA

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2015

RANTA, JOHANNA: Rajatyö samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan palveluissa. Retorinen diskurssianalyysi päihdepsykiatrian poliklinikan raskausajan asiakaskertomuksista.

Pro gradu -tutkielma, 99 sivua

Sosiaalityö

Ohjaaja: Kirsi Juhila

Huhtikuu 2015

---

Tämän pro gradu -tutkielman aiheena on rajatyö samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan palveluissa. Aineistona ovat erään sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikan asiakaskertomukset. Tavoitteena on selvittää, miten rajatyö on läsnä ja miten sitä perustellaan samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan raskausajan asiakaskertomuksissa. Päihdepsykiatrian poliklinikan keskeinen työmuoto on verkostotyöskentely, ja tarkoituksena on analysoida asiakaskertomuksissa ilmevä työskenntelyn rajaamista.

Tutkimus on rajattu koskemaan aikaisintaan vuonna 2013 alkaneita ja enintään vuoden 2014 loppuun kestäneiden asiakkuuksien asiakaskertomuksia. Aineisto on kerätty erään yliopistollisen sairaalan sähköisestä asiakastietojärjestelmästä, ja siinä on mukana viiden eri asiakkaan asiakaskertomukset. Asiakkuus on rajattu koskemaan aikaa ensimmäisestä tapaamisesta noin kuukautta ennen laskettua aikaa järjestettävään verkostopalaveriin. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on sosiaalinen konstruktionismi. Viitekehyyksen mukaisesti rajatyön ajatellaan muodostuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Aineiston analyysimenetelmä on retorinen diskurssianalyysi.

Rajatyön osallisina aineistossa ovat asiakas, työntekijät, palvelut, organisaatiot ja lähiverkosto. Aineistosta on löydettävissä neljä rajatyön diskurssia, jotka ovat asiantuntijuusdiskurssi, kriteeridiskurssi, vastuuttamisdiskurssi ja tarvediskurssi. Vahvimpana tuotetaan asiantuntijuusdiskurssia, jossa asiantuntijuus jakautuu työntekijän, asiakkaan, lähiverkoston ja palvelun eriytyneeseen asiakkuuteen sekä eri tahojen kesken jaettuun asiantuntijuuteen. Kriteeridiskurssissa eri kriteerit asettavat rajatyölle ehtoja. Tällaisia kriteereitä ovat mielenterveyden häiriö, päihderiippuvuus, raskaus ja vanhemmuus, kaksoisdiagnoosin liitännäisilmiöt sekä palveluiden linjaukset. Vastuuttamisdiskurssin ydin on jonkin tahon vastuuttaminen. Aineistossa vastuutetaan joko itseään tai toista tahoja. Vastuuttamisen kohteita ovat asiakas, työntekijä ja palvelu. Tarvediskurssissa asiakkaan tai työntekijän esittämät tarpeet näyttäytyvät rajatyön määrittäjänä. Tarvediskurssi on aineiston heikoin diskurssi.

Tulosten perusteella rajatyö näyttäytyy aineistossa eri tahojen erikoistuneena asiantuntijuu- tena, hoitovastuun jakautumisena, hoitoon ohjaamisena, yhteisten suunnitelmien tekemise- nä ja tiedottamisena. Moniammatillinen verkostotyö osoittautuu asiakkaiden tilanteiden monitahoisuuden vuoksi tärkeäksi. Päihdepsykiatrian poliklinikan rooli paikantuu raskaus- ajan hoidon koordinoijaksi. Tutkimusta rajatyöstä kaksoisdiagnoosia sairastavan palveluis- sa on tehty vähän. Jatkotutkimusaiheena suositellaan uuden sosiaalihuoltolain myötä li- sääntyneen yhteistyövelvoitteen tutkimista kaksoisdiagnoosia sairastavan eri palveluissa.

Avainsanat: kaksoisdiagnoosi, huumeriippuvuus, mielenterveyden häiriö, rajatyö, sosiaali- nen konstruktionismi, retorinen diskurssianalyysi

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Social Sciences and Humanities

RANTA, JOHANNA: Boundary work in the services for clients with comorbid drug addiction and mental disorder. Rhetoric discourse analysis of pregnancy period client documents from an addiction psychiatry outpatient clinic.

Master's Thesis, 99 pages

Social Work

Supervisor: Kirsi Juhila

April 2015

---

This master's thesis examines the boundary work in the services of clients with comorbid drug addiction and mental disorder. The material is the client documents from a hospital's addiction psychiatry outpatient clinic. The main aim is to examine how boundary work is visible and what is the ground for boundary work in the client documents during the pregnancy period. The main working method in addiction psychiatry outpatient clinic is networking and this thesis examines the outlines of such work appearing in the client documents.

This study has been limited to clientships that have begun from 2013 onwards and terminated by the end of 2014. The material has been collected from a university hospital's electric patient archives and it includes the documents of five different clients. The clientship has been limited to cover the time since the first meeting until the network meeting held approximately one month before the client's due date. Theoretical framework of the study is social constructionism. According to the framework the boundary work is presumed to be formed in social interaction. The analysis method for material is rhetoric discourse analysis.

The involved in the boundary work are client, workers, services, organisations and client's immediate network. Four discourses of boundary work can be seen in the material. These are expertise discourse, criteria discourse, responsibility discourse and need discourse. The strongest is the expertise discourse where the expertise is divided between the worker, the client, the immediate network and the diverged clientship produced by the service and the expertise divided by different actors. In criteria discourse the different criteria are setting conditions on the boundary work. Such criteria include mental disorder, substance dependence, pregnancy, parenthood, dual diagnosis related problems and service policies. The essence of the responsibility discourse is responsibility of a certain actor. In the material the responsibilities are given to oneself or other actors. The targets for the given responsibilities include the client, the worker and the service. In the need discourse the needs shown by the client or the worker define the boundary work. The need discourse is the weakest discourse found in the material.

The results of the study portrait boundary work as specialised expertise of different actors, split responsibilities of the treatment, directing to the treatment, and shared action plans and communications. Multi-professional networking is shown to be important due to complex circumstances of the clients. The role of the addiction psychiatry outpatient clinic is determined as a coordinator of the treatment during the pregnancy period. There is little existing research about the boundary work in the services of dual diagnosis clients. The increased obligations for cooperation in the services of dual diagnosis clients brought by the new legislation on social care are suggested as a topic for further research.

Keywords: dual diagnosis, drug addiction, mental disorder, boundary work, social constructionism, rhetoric discourse analysis

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	KAKSOISDIAGNOOSI ILMIÖNÄ.....	3
2.1	Kaksoisdiagnoosi käsitteenä .....	3
2.2	Kaksoisdiagnoosin esiintyvyys .....	5
2.3	Kaksoisdiagnoosin liitännäisilmiöt.....	7
2.4	Kaksoisdiagnoosi ja raskaus .....	11
2.5	Kaksoisdiagnoosi, moniammatillisuus ja rajatyö.....	12
3	PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT SUOMESSA .....	15
3.1	Hoitoon ohjautuminen.....	15
3.2	Hoitovastuun jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	17
3.3	Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio .....	20
4	TUTKIMUSKOHTENA PÄIHDEPSYKIATRIAN DOKUMENTIT .....	22
4.1	Tutkimuksen tavoite ja tutkimusympäristön kuvaus .....	22
4.2	Dokumentit sosiaalityön käytännöissä ja tutkimuksessa .....	24
4.3	Aineiston rajaus ja kuvaus .....	29
4.4	Tutkimuksen etiikka.....	32
5	METODOLOGINEN VIITEKEHYS JA ANALYYSI .....	34
5.1	Sosiaalinen konstruktionismi ja sosiaalisen ongelmatyön kehys.....	34
5.2	Diskurssianalyysi .....	37
5.3	Retoriikka.....	40
5.4	Retoriset keinot ja rajatyö metodisina välineinä.....	42
5.5	Aineiston analyysi.....	44
6	RAJATYÖN OSALLISET .....	46
6.1	Organisaatiot ja palvelut .....	46
6.2	Työntekijät .....	47
6.3	Asiakas ja läheiset.....	49

7	RAJATYÖTÄ PERUSTELEVAT DISKURSSIT.....	50
7.1	Asiantuntijuusdiskurssi .....	50
7.1.1	Työntekijä asiantuntijana .....	50
7.1.2	Asiakas asiantuntijana.....	56
7.1.3	Lähiverkosto asiantuntijana .....	58
7.1.4	Palvelu asiantuntijana .....	59
7.1.5	Jaettu asiantuntijuus .....	62
7.2	Kriteeridiskurssi .....	65
7.2.1	Mielenterveyden häiriö kriteerinä.....	65
7.2.2	Päihderiippuvuus kriteerinä .....	67
7.2.3	Raskaus ja vanhemmuus kriteerinä.....	69
7.2.4	Liitännäisilmiöt kriteerinä.....	70
7.2.5	Palvelun linjaukset kriteerinä.....	72
7.3	Vastuuttamiskurssi .....	73
7.3.1	Asiakkaan vastuuttaminen .....	74
7.3.2	Työntekijän vastuuttaminen.....	76
7.3.3	Palvelun vastuuttaminen .....	77
7.4	Tarvediskurssi .....	81
7.4.1	Asiakkaan esittämät tarpeet .....	81
7.4.2	Työntekijän esittämät tarpeet.....	84
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	86
	LÄHTEET.....	93

## KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Erään sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikan verkostoyhteistyötahot.....	24
Taulukko 1. Organisaatiot ja palvelut koko aineistossa.....	46
Taulukko 2. Ammattialat koko aineistossa.....	48
Taulukko 3. Työntekijät eri asiakaskertomuksissa.....	49

# 1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosia eli samanaikaista päihderiippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavien määrä suomalaisissa sosiaali- ja terveystalveissa on kasvanut (Nuorvala ym. 2008, 662). Asiakkaat hakevat apua tilanteeseensa sekä päihde- että mielenterveyspalveluista tietämättä, missä hoito oikeasti kuuluisi toteuttaa (Kampan & Lassila 2007, 4447). Kaksoisdiagnoosin rinnalla ilmenee lisäksi kokonaisvaltaisesti elämään vaikuttavia liitännäisilmiöitä, kuten asunnottomuus (Veide, Alaja & Seppä 2007, 1964–1965) ja velkaantuneisuus (Varjonen, Tanhua & Forsell 2014, 105). Tällöin tueksi ei riitä päihde- tai mielenterveyspalveluiden apu, vaan sosiaalipalvelut ovat arjesta selviytymisen tukena avainasemassa. Suunnitelmallisen moniammatillisen verkostotyön onkin todettu olevan toimiva ratkaisu näiden asiakkaiden auttamisessa (esim. Fränti & Väyrynen 2010, 20–21; Kekki & Partanen 2008, 41; Sorsa & Laijärvi 2007, 61).

Ilmiön ajankohtaisuudesta ja yleistyneisyydestä huolimatta kaksoisdiagnoosia ei ole Suomessa juuri tutkittu (Fränti & Väyrynen 2010, 8), vaan tutkimus keskittyy kansainväliselle tasolle. Suomalainen tutkimus näyttötyy tiedonhakujeni perusteella pääasiassa hankeraportteina tai hankkeista tehtyinä tutkimuksina, pro gradu -tutkielmina ja ammattikorkeakoulujen opinnäytteinä, eikä esimerkiksi väitöskirjatasoisia tutkimuksia ole Minna Laitilan (2010) väitöskirjaa lukuun ottamatta tehty. Tutkimukset painottuvat sekä suomalaisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa terveydenhuoltoon sosiaalisen näkökulman jäädessä huomattavasti vähäisemmäksi. Palvelujärjestelmää kehitetään jatkuvasti (esim. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009), joten ilmiön sosiaaliseen ulottuvuuden huomioon ottaen taakamiseksi palveluissa sosiaalityön tutkimukselle aiheesta olisi ehdottomasti tarvetta.

Henkilökohtainen intressini aiheeseen kumpuaa työkokemuksestani huumeriippuvaisten palveluissa, joissa olen kiinnittänyt huomiota palveluverkoston pirstaleisuuteen ja huumeriippuvaisten korkeaan väliinputoamisen riskiin. Tutkin kirjallisuuskatsauksena toteutetussa kandidaatintutkielmassani, mitkä tekijät palvelujärjestelmässä edistävät kaksoisdiagnoosia sairastavan toipumista. Aineistossa toistui näkemys sosiaali- ja terveydenhuollon vastuualueiden epäselvyydestä kaksoisdiagnoosin hoidossa. Kuntien palvelut ovat näyttötyyneet sekä käytännön työssä että tutkimuksissa kirjavina. Asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta riippuen, kun tarvittavia palveluita ei ole kaikkialla saatavilla (Babor, Stenius & Römelsjö 2009, 210; Stenius ym. 2012, 168).

Kandidaatintutkielmani tulokset inspiroivat pro gradun tutkimuskysymyksen valintaan. Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää, miten rajatyö on läsnä ja miten sitä perustellaan samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan palveluissa. Rajatyöllä tarkoitan työntekijän työskentelyalueen ja toimivallan määrittelyä sekä käsitteistä suhteesta muihin verkoston toimijoihin (Günther ym. 2013, 89; Slembrouck & Hall 2014, 62). Kaksoisdiagnoosin käsitteen moniulotteisuuden ja henkilökohtaisen kiinnostukseni vuoksi olen rajannut tutkimukseni koskemaan huumeriippuvaisia, joilla on diagnosoitu persoonallisuushäiriö, mielialahäiriö tai psykoottinen häiriö. Aineistonani ovat erään sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikan raskausajan asiakaskertomukset. Tutkimukseni teoreettinen viitekehys on sosiaalinen konstruktionismi ja analyysimenetelmä retorinen diskurssianalyysi. Näiden valintojen taustalla on oletus siitä, että verkoston osallisten roolit muodostuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

Tutkielmani koostuu kahdeksasta luvusta. Johdannon jälkeen luvuissa kaksi ja kolme taustoitin analyysiani aihepiirin aiemmalla tutkimuksella. Luvussa kaksi määrittelen kaksoisdiagnoosin käsitettä ja kerron siitä ilmiönä esiintyvyyden, raskauden, moniammatillisuuden ja rajatyön sekä liitännäisilmiöiden näkökulmista, joista jälkimmäisessä keskityn tutkimuskysymykseni vuoksi erityisesti huumeriippuvuuden liitännäisilmiöihin. Kolmas luku käsittelee kaksoisdiagnoosia sairastavan hoitoon ohjautumisen reittien variaatiota ja hoitovastuun jakautumista Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vaikka tutkimukseni keskittyikin huumeriippuvaisten asiakaskertomusten tutkimiseen, olen aluksi käsitellyt kaksoisdiagnoosia pääasiassa yleisesti päihderiippuvuuden kautta. Tämä tuo perspektiiviä huume- ja alkoholiriippuvuuden sekä niiden hoitoa tarjoavien palveluiden eroihin. Taustoitin analyysiani siten, että lukijan on mahdollista hahmottaa aiemmassa tutkimuksessa esiintyneitä hoitoreittejä ja verrata niitä aineistoni palveluverkoston.

Luvussa neljä esittelen tutkimukseni tavoitteet ja tutkimusympäristön sekä kerron dokumenttien roolista sosiaalityön käytännöissä ja tutkimuksessa. Samassa luvussa kuvaan aineistoani ja kerron perustelut sen rajaamiselle sekä pohdin tutkimukseni eettisiä ongelmia. Viides luku sisältää kuvauksen metodologisesta viitekehuksesta, tutkimusmenetelmästä ja analyysiprosessista. Varsinainen analyysi jakautuu lukuihin kuusi ja seitsemän, joista ensimmäisessä pohjustan analyysiani esittelemällä aineistoni rajatyön osalliset. Jälkimmäisessä taas keskityn tulkitsemaan aineistosta rajatyötä perustelevia diskursseja. Kullekin diskurssille on oma alalukunsa. Yhteenvedon tutkimustuloksista ja niistä tehtävät johtopäätökset olen sisällyttänyt lukuun kahdeksan.



## 2 KAKSOISDIAGNOOSI ILMIÖNÄ

### 2.1 Kaksoisdiagnoosi käsitteenä

Kaksoisdiagnoosin käsitteen yksiselitteinen määrittelemine on haastavaa ilmiön moniulotteisuuden vuoksi. Käsite voidaan yksinkertaisimmillaan kiteyttää tarkoittamaan samanaikaista diagnosoitua päihderiippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä. Päihdehäiriön rinnalla ilmenevä psykiatrinen häiriö ei ole kuitenkaan kytkeytynyt pelkästään päihdeiden käyttöön, vaan se voi esiintyä myös itsenäisesti (Aalto 2010, 184; 2012, 165; Strengell ym. 2014, 1). Tällaisia häiriöitä voivat olla esimerkiksi ahdistus, masennus, persoonallisuushäiriö, skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Minna Sorsa ja Heli Lajärvi (2006, 214) taas viittaavat kaksoisdiagnoosilla kolmeen eri asiaan: ensinnäkin minkä tahansa mielenterveyden häiriön ja päihderiippuvuuden yhdistelmään, toiseksi samanaikaiseen huumaiden käyttöön ja persoonallisuushäiriöön tai kolmanneksi skitsofrenian ja päihderiippuvuuden samanaikaiseen ilmenemiseen. Käsite saatetaan myös rajata koskemaan päihderiippuvuuden lisäksi vain vaikeita mielenterveyden häiriöitä, kuten psykooseja tai vakavaa masennustilaa (Kampman & Lassila 2007, 4447).

Kaksoisdiagnoosi ilmenee yksilöillä eri tavoin. Sen kokonaisuus muodostuu sekä päihdeettä mielenterveyshäiriön asteen määrittämisestä (Drake & Wallach 2000, 1126; Sorsa & Lajärvi 2006, 214). Ilmiöiden ensisijaisuudet vaihtelevat: toisen ensisijainen sairaus on päihdehäiriö, toisen mielenterveyden häiriö. Käsitteen rajaamisessa on siis lähdekohtaisia eroja, mutta pitävä rajaus on vähintään riippuvuustasoinen päihdekäyttö. Päihdeitä käytetään eri tavoin: yksittäin, rinnakkain tai sekakäyttönä (Seppä ym. 2012, 10; Veide ym. 2007, 1965). Kaija Seppä ym. (2012, 10) kirjoittavat sekakäytön olevan yksittäisen aineen käyttöä tavallisempaa. Ainetta ei käytön lisääntyessä yleensä vaihdeta toiseen, vaan niitä otetaan rinnalle lisää. Esimerkiksi opioidikorvaushoitoon hakeutuvista lähes kaikki ovat sekakäyttäjiä (Seppä ym. 2012, 10; Veide ym. 2007, 1965). Myös Suomen sosiaali- ja terveyspalveluihin päihdeiden vuoksi hakeutuneilla alle 35-vuotiailla asiakkailla, erityisesti naisilla sekakäyttö näyttöytyi yleisenä (Kuussaari ym. 2014, 273).

Päihderiippuvuuden variaatioiden lisäksi myös mielenterveyden häiriöissä on eroja. Tyyppillisimpiä mielenterveyden häiriöitä kaksoisdiagnoosia sairastavilla ovat persoonallisuushäiriöt, mielialahäiriöt, psykoottiset häiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2013, 406; Pirkola & Wahlbeck 2004, 1674–1676). Noin puolen hoidossa

olevista päihderiippuvaisista on arvioitu sairastavan persoonallisuushäiriötä (Aalto 2012, 165). Sen lisäksi, että mielenterveyden häiriöt ovat keskenään erilaisia, yksittäisen häiriön oireet näyttäytyvät ihmisillä eri tavoin ja niitä voi ilmetä useita samanaikaisesti. Häiriöiden yksilöllisyys ja kirjavuus vaikeuttavatkin kaksoisdiagnoosin tunnistamista ja hoidon järjestämistä. (Kampman & Lassila 2007, 4447–4448.) Myös Jouko Lönnqvist (2013, 49) korostaa, etteivät mielenterveyden häiriöt ole aina erikseen esiintyviä kokonaisuuksia, joihin olisi mahdollista vetää selkeät rajat. Häiriöt eivät siis ole toisiaan poissulkevia.

Haastetta samanaikaisen päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriön tunnistamiselle tuo lisäksi se, että päihteiden käyttö ja siitä aiheutuvat vieroitusoireet saattavat itsessään olla syynä psyykkisten häiriöiden esiintymiselle (Mikkonen 2007, 4748). Molempien häiriöiden olemassaolon varmistamisessa olennaisena kriteerinä on, että psyykkisiä oireita on ilmennyt jo ennen päihteiden käytön aloittamista. Lisäksi oireiden tulee jatkua vielä huumausaineen käytön lopettamisen jälkeen. Esimerkiksi kannabiksen käytön sivuvaikutuksina ilmeneviä oireita, kuten unettomuutta, ruokahalumuutoksia, vetämättömyyttä, kognition häiriöitä ja sosiaalista eristäytymistä voidaan tulkita virheellisesti masennukseksi. (Tacke, Seppä & Winstock 2011, 675.)

Mauri Aalto (2010, 184) korostaa riittävän pitkän päihteettömän jakson tarpeellisuutta, jotta itsenäisen mielenterveyden häiriön olemassaolosta ja laadusta voidaan olla varmoja. Ulrich Tacken ym. (2011) mukaan 2–4 viikon tauko kannabiksen käytössä helpottaa diagnoosin tarkkuutta ja samalla vähentää tarpeettoman lääkehoidon riskiä. Päihteetön jakso on usein riippuvuuden vuoksi vaikea toteuttaa itsenäisesti, ja seurantajakso onkin hyvä sen vuoksi toteuttaa kontrolloidussa ympäristössä. Kun vieroitusoireet helpottavat, myös riippuvaisen oma kokemus psyykkisen voinnin kohentumisesta todentuu ja motivoi päihteettömyyteen. (Mt., 676.) Aalto (2010, 184) huomauttaa kuitenkin, ettei pitkäkään päihteetön jakso välttämättä poista päihteiden käytön aiheuttamia psyykkisiä oireita kokonaan.

Päihderiippuvuuden ja psykiatrisen häiriön samanaikaisuus ei selity pelkästään sattumalla. Aalto (2007) toteaa yksittäisen häiriön suurentavan toisen häiriön todennäköisyyttä. Hän selittää kaksoisdiagnoosin synnyn kolmen teoreettisen mallin kautta, joista ensimmäinen on sekundaarisen psykopatologian malli. Siinä päihdehäiriö on ensisijainen sairaus, josta seuraa mielenterveyden häiriöitä. Erityisesti mielenterveyden häiriöille alttiilla yksilöillä päihteiden käyttö saattaa laukaista pitkäaikaisen mielenterveyshäiriön. Toista mallia kutsutaan sekundaarisen päihdehäiriön malliksi, jossa mielenterveyden häiriöitä pidetään altista-

jana päihderiippuvuudelle. Tällöin on kyse itselääkinnästä, jossa yksilö yrittää parantaa pahaan oloaan päihteillä. Kolmas malli on yhteisen selittävän tekijän malli, jossa mielenterveys- ja päihdehäiriöillä saattaa olla yhteisiä häiriöiden samanaikaisuutta selittäviä psykososiaalisia tekijöitä. On myös mahdollista, että nämä kolme mallia esiintyvät osin päällekkäisinä. (Mt., 1294–1295; ks. myös Kuoppasalmi ym. 2013, 425.) Tiia Pirkola ym. (2007, 214) lisäävät tähän näkökulman, jonka mukaan häiriöt voivat olla toisistaan riippumattomia niiden samanaikaisesta ilmenemisestä huolimatta.

Kaksoisdiagnoosin käsite herättää sosiaalityön näkökulmasta eettistä pohdintaa sen lääketieteellisen vivahteen ja leimaamisherkkyden vuoksi. Viitataan tässä tutkimuksessa kaksoisdiagnoosia sairastavalla asiakkaalla ihmiseen, joka sairastaa samanaikaista päihderiippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä. Kaksoisdiagnoosi ei siis varsinaisesti ole oma lääketieteellinen diagnoosinsa, vaan sillä ilmaistaan esimerkiksi tutkimuksessa näiden kahden sairauden samanaikaista ilmenemistä. Olen rajannut tutkimukseni koskemaan samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä. Koska ennako-oletuksenani on, että juuri tämä asiakasryhmä jää tyypillisesti väliinputoajan asemaan kuulumatta ensisijaisesti mihinkään tiettyihin palveluihin, halusin tutkia asiaa ja tehdä rajauksen tästä näkökulmasta.

## 2.2 Kaksoisdiagnoosin esiintyvyys

Yhdysvaltalaisessa Epidemiologic Catchment Area -tutkimuksessa on tutkittu kaksoisdiagnoosin yleisyyttä. Tutkimukseen osallistuneista mielenterveyden häiriötä sairastavista 29 prosentilla oli todettu samanaikainen päihdehäiriö. Yleisyys vaihteli eri mielenterveyden häiriöitä tutkittaessa: esimerkiksi skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista noin puolella havaittiin samanaikainen päihderiippuvuus. Vastaavasti alkoholiriippuvaisista 37 prosentilla ja huumeriippuvaisista hieman yli puolella oli diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Tulosten perusteella päihderiippuvuuteen sairastuminen oli todennäköisempää mielenterveyden häiriötä sairastavilla kuin niillä, joilla psyykkistä sairautta ei ollut. Samoin mielenterveyshäiriöitä ilmeni todennäköisemmin, kun taustalla oli päihderiippuvuus. (Aalto 2012, 165; Regier ym. 1990; ref. Aalto 2007, 1294.)

Vaikka koko väestössä kaksoisdiagnoosia sairastavia arvioidaan olevan 1–4 prosenttia, heidän edustuksensa hoitojärjestelmässä on paljon suurempi. Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että 40–60 prosenttia mielenterveyspalveluiden ja 50–70 prosenttia päihdepalveluiden asiakkaista sairastaa kaksoisdiagnoosia. (Aalto 2012, 165.) Yrjö Nuorvalan

ym. (2008) toteuttaman päihdetapauslaskennan<sup>1</sup> perusteella mielenterveyden häiriöt ovat tyypillisiä päihderiippuvaisilla myös Suomessa. Vuoden 2007 päihdetapauslaskenta osoitti mielenterveyden häiriöiden olevan yleisempiä huume- ja lääke- kuin alkoholiriippuvaisilla. Päihde-ehtoisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiointien yhteydessä 37 prosentilla todettiin päihdekäyttöön liittymätön mielenterveyden häiriö. Naisilla kaksoisdiagnoosi oli miehiä yleisempi: heistä se havaittiin lähes puolella, miehistä kolmasosalla. Lisäksi mielenterveyden häiriöt olivat nuorilla vanhempia yleisempiä. Yli 60-vuotiailla mielenterveyden häiriöitä esiintyi noin kolmanneksella, alle 35-vuotiailla kolmella viidestä. (Mt., 662.)

Nele Veide, Riitta Alaja ja Kaija Seppä (2007) ovat tutkineet Tampereen yliopistollisen sairaalan kautta vuosina 2000–2002 opioidiriippuvaisten korvaushoito- tai ylläpito-ohjelmaan siirtyneitä asiakkaita. Myös heidän tutkimuksessaan huumeriippuvaisten mielenterveyshäiriöt näyttäytyivät yleisinä. Tutkimuksen 27:sta asiakkaasta kaikki olivat sekakäyttäjiä, joista 20 oli miehiä ja seitsemän naisia. Asiakkaista 22:lla 25 vastanneesta oli todettu vähintään kahteen eri päihteeseen riippuvuus tai kaksi mielenterveyden häiriötä. Vakavaa masennusta 22 vastaajasta oli kokenut 18 asiakasta, ja itsemurhayrityksiä 16 vastanneesta oli takanaan 13 huumeriippuvaisella. Lisäksi 20 vastanneesta 17:lla oli kokemusta vakavasta ahdistuneisuudesta. (Mt., 1965.) Tutkimuksesta ei ilmene, mitkä ilmiöistä oli diagnosoitu huumausaineiden käytöstä johtumattomaksi mielenterveyden häiriöksi. Luvuista voidaan kuitenkin todeta mielenterveyden häiriöiden olevan huumeriippuvaisilla erittäin tyypillisiä ja niiden vaikuttavan heidän elämänlaatuunsa merkittävästi.

Kaksoisdiagnoosia määriteltäessä on olennaista huomioida alkoholi- ja huumeriippuvuuden lisäksi myös lääkkeiden merkitys riippuvuuden aiheuttajana. Karoliina Karjalaisen ja Pekka Hakkaraisen (2013) mukaan seitsemän prosenttia suomalaisista on joskus elämänsä aikana käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin. Huumausaineisiin verrattuna rauhoittavien lääkkeiden sekä uni- ja kipulääkkeiden väärinkäyttö on kannabiksen jälkeen suosituinta, jopa amfetamiinin käyttöä suosituempaa. Näistä väärinkäyttäjistä 44 prosenttia oli joskus käyttänyt myös jotakin huumausainetta. (Mt., 498, 501.) Tuloksia tulkittaessa on syytä huomioida, että vaikka suuri osa lääkkeiden väärinkäyttäjistä on riippuvaisia, kaikki

---

<sup>1</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa neljän vuoden välein vuorokauden kestävän päihdetapauslaskennan, jonka tavoitteena on saada tietoa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneista päihdehäiriötä sairastavien asioinneista, käytetyistä päihteistä ja asioinneissa tapahtuneista muutoksista. (Nuorvala ym. 2008, 659.)

eivät sitä välttämättä ole. Tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin todeta sekakäytön olevan yleistä myös lääkkeiden väärinkäyttäjillä.

Vaikka useista eri tutkimuksista voidaan kaksoisdiagnoosia sairastavien määrän tulkita lisääntyneen, se ei yksinään selitä diagnoosien lisääntymistä. Kaksoisdiagnoosin käsitteen syntymisen jälkeen ammattilaiset ovat saattaneet kiinnittää häiriöiden yhteisesiintymiseen enemmän huomiota, mikä on voinut nostaa ilmiötä enemmän esille. Myös diagnosointikäytännöt ovat vuosien varrella muuttuneet, jolloin kaksoisdiagnoosin asettaminen voi tapahtua herkemmin kuin ennen. (Nuorvala 1999, 25.) Lisäksi mielenterveyden häiriöiksi luokiteltavien sairauksien määrä on lisääntynyt jatkuvasti, jolloin niitä myös luonnollisesti havaitaan enemmän (Nuorvala ym. 2008, 662). Yleistymistä selitetään siis tyypillisesti lääketieteellisen diagnosoinnin muuttumisen näkökulmasta. On kuitenkin mahdotonta sanoa, mikä osuus näiden ilmiöiden lisääntyneeseen tunnistamiseen on diagnosointikäytännöillä, ympäröivällä yhteiskunnalla ja yksilöllä itsellään.

Toisaalta myös kaksoisdiagnoosin tunnistamattomuus saattaa vähentää diagnoosien määrää. Joko päihde- tai mielenterveyshäiriö voi jäädä erinäisistä syistä tunnistamatta. Mielenterveyden häiriötä sairastava asiakas saattaa vähätellä päihteiden käyttöönsä. Syinä tähän ovat esimerkiksi häpeä, pelko leimaantumisesta ja työpaikan tai sosiaalietuuksien menettämisestä. Lisäksi päihderiippuvaisella ilmenevien mielenterveyden häiriöiden voidaan tulkita johtuvan vieroitusoireista tai päihteiden riippuvuusasteisesta käytöstä, eikä niitä nähdä omana irrallisena, hoitoa vaativana asiana. Päihderiippuvuutta ei voida havaita aina ulkoisesti, eivätkä asiakkaat läheskään aina ota asiaa itse puheeksi. (Mikkonen 2007, 4747.)

### 2.3 Kaksoisdiagnoosin liitännäisilmiöt

Kaksoisdiagnoosista voidaan käyttää nimitystä komorbiditeetti, jolla viitataan toisinaan myös laajemmin monihäiriöisyyteen (Aalto 2007, 1293). Kaksoisdiagnoosin lisäksi asiakkailla onkin tyypillisesti monia päihderiippuvuuden ja psyykkisen sairauden rinnalla ilmenviä tai niistä johtuvia liitännäisilmiöitä. Esimerkiksi erilaiset sairaudet ja liitännäishäiriöt ovat päihteidenkäyttäjillä yleisempiä kuin muulla väestöllä (Kuoppasalmi ym. 2013, 406). Helena Vormaa (2012, 72) toteaa sekakäytön aiheuttavan enemmän terveydellisiä, sosiaalisia ja käyttäytymisen ongelmia kuin yksittäisen aineen käytön. Liitännäisilmiöt on Veiden ym. (2007) tutkimuksessa nimetty *liitännäisongelmiksi*. Kuten luvussa 5.1 esitän, ongelman käsite on moniulotteinen. Ilmiöt on usein kulttuurista käsin nimetty ongelmiksi, eikä

yksilö välttämättä koe niitä samalla tavoin. Tästä syystä koen yksiselitteisemmäksi käyttää tutkielmassani *liitännäisilmiön* käsitettä. Koska olen rajannut tutkimuksen koskemaan huumeriippuvaisia, käsitelen tässä luvussa erityisesti samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavilla ilmeneviä liitännäisilmiöitä.

Veiden ym. (2007) tutkimuksessa yleisimpänä arkeen merkittävästi vaikuttavana ilmiönä näyttäytyi sosiaaliturva toimeentulona. Kaikki haastatellut elivät tuetun toimeentulon varassa, ja lisäksi lähes kaikilla oli velkaa (mt., 1964–1965). Artikkelista ei käy ilmi, onko kyse huume- vai ulosottoveloista, mutta velkaantuneisuus oli joka tapauksessa yleistä. Myös huumekauppa tai muu laiton toiminta voi olla huumeidenkäyttäjän pääasiallinen tulonlähde (Tammi ym. 2011, 47). Rikollisuus onkin huumeidenkäyttäjillä tavallista. Rikolliset käyttävät enemmän huumausaineita kuin muu väestö, ja huumeidenkäyttäjät päätyvät usein tekemään rikoksia (Aarnio 2012, 242). Veiden ym. (2007, 1965) tutkimuksessa lähes kaikki joutuivat hankkimaan laittomasti rahaa selviytyäkseen. Myös rattijuopumustuomiot ja juopumuspidätykset olivat heidän tutkimuksessaan tavallisia. Rikollisuus johtaa usein vankeustuomioihin. Vangit ovatkin kymmenen kertaa muuta väestöä useammin päihderiippuvaisia, ja myös persoonallisuushäiriöt ovat vangeilla yleisiä (Aarnio 2012, 243).

Huumeriippuvaisilla voi ilmetä vaikeuksia kontrolloida väkivaltaista käyttäytymistä (Siukola 2014, 22; Veide 2007, 1965). Reetta Siukola (2014) on kirjoittanut oppaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta päihde- ja mielenterveystyötä tekeville työntekijöille. Siukolan mukaan mielenterveyden häiriöt yhdistettynä päihtymystilaan lisäävät väkivaltakäyttäytymisen riskiä. Pitkäaikainen väkivallalle altistuminen saattaa lisäksi vaikuttaa riippuvuuden syntymiseen. Huumeidenkäyttäjillä väkivaltatilanteet tapahtuvat usein huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Väkiältä liittyy myös huumausaineiden alakulttuuriin sekä huumeiden kauppaamiseen ja niiden välitykseen. (Mt., 19, 22.) Väkivaltatilanteet voivat siis saman yksilön kohdalla liittyä sekä tekijänä että uhrina olemiseen. Jorma Aarnio (2012, 243) huomauttaa kuitenkin, että psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden yhteys väkivaltaiseen käyttäytymiseen riippuu lisäksi yksilöllisistä tekijöistä ja sosiaalisesta ympäristöstä.

Matala koulutustaso on yleinen ilmiö huumeidenkäyttäjillä. Tuukka Tammi, Tuuli Pitkänen ja Jussi Perälä (2011) ovat tutkineet helsinkiläisiä huumeidenkäyttäjiä terveysneuvontapisteissä ja avohoitoklinikoilla. Heidän tutkimuksessaan korkein suoritettu koulutustaso oli peruskoulu 76:lla sadasta, ja peruskoulu oli jäänyt kesken neljällä haastateltavalla (mt., 47). Veiden ym. (2007, 1965) tutkimuksessa vain alle puolella oli ammatillinen koulutus.

Myös työttömyys on tällä asiakasryhmällä yleistä: Tammen ym. (2011, 47) tutkimuksessa neljä viidesosaa oli työttömänä, ja vain kolme oli kokopäivätyössä.

Huumeidenkäyttäjien asumisolosuhteet ovat tyypillisesti epävakaat. Noin kymmenesosan suomalaisista huumeidenkäyttäjistä arvioidaan olevan asunnottomia (Varjonen ym. 2014, 105). Hieman yli puolella Tammen ym. (2011) tutkimuksessa oli oma tai vuokra-asunto, viidesosa majaili tuttavillaan ja hieman alle viidesosa asui asuntolassa. Seitsemällä ei ollut minkäänlaista asuinpaikkaa (mt., 47). Asunnon katsotaan olevan välttämätön elementti rikoskierteen katkaisemiselle ja yhteiskuntaan integroitumiselle (Granfelt 2014, 266–267), joten avustaminen asunnon hankinnassa on ensiarvoisen tärkeää.

Lähiverkoston tuki on tärkeää toipumisen edistämisessä, mutta lähtöperheestä ei aina ole saatavilla päihteetöntä tukea. Tyypillistä on etenkin päihderiippuvuuden sukupolvelta toiselle periytyminen (Kuoppasalmi ym. 2013, 406; Veide ym. 2007, 1965). Veiden ym. (2007, 1965) tutkimuksessa 22 asiakkaasta viidellätoista ilmeni lähtöperheessä alkoholi-riippuvuutta ja kahdeksalla alkoholiriippuvuuden lisäksi tai sen sijaan jonkin muun päihteen riippuvuutta. Toipumiselle tärkeänä lähtökohtana onkin uusien ihmissuhteiden rakentaminen sekä vanhojen palauttaminen (Staiger ym. 2011, 52). Uuden sosiaalisen verkoston luominen asettaa kuitenkin omat haasteensa, kun huumeriippuvaisten kaveripiirit koostuvat yleensä pääosin toisista käyttäjistä (Varjonen ym. 2014, 105).

Lähiverkosto tulee huomioida myös toisesta näkökulmasta: päihderiippuvuus kuormittaa myös läheisiä vaikuttaen perheen väliseen dynamiikkaan, kun arki rakennetaan esimerkiksi raittiiden kausien ja käyttökajsojen ympärille (Tuomola 2012, 147). Etenkin lasten voimavaroihin tulisikin palveluissa kiinnittää huomiota (Käypä hoito 2012; Partanen & Holopainen 2012, 81). Vanhemman päihderiippuvuus on yleisin riskitekijä lapsen psyykkiselle kehitykselle (Tuomola 2012, 149). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen ”Huumetilanne Suomessa 2013” -raportin (2014) mukaan neljäsosa huumeidenkäyttäjien lapsista on lastensuojelun toimesta sijoitettuna, ja lähes kolmasosa käyttäjistä asuu eri taloudessa lapsensa kanssa (Varjonen ym. 2014, 105–106).

Sosiaalisten ilmiöiden lisäksi huumeriippuvaisilla ilmenee huumeiden käytöstä johtuvia elimellisiä terveyshaittoja. Päihderiippuvaisilla esiintyykin muuta samanikäistä väestöä enemmän somaattisia sairauksia (Kuoppasalmi ym. 2013, 417). Näitä ovat muun muassa tartuntataudit ja myrkytyskomplikaatiot, esimerkiksi yhteisten pistosvälineiden käytön

vuoksi veren välityksellä tarttuvat B-, C- ja D-hepatiitti sekä HIV (Ristola 2012, 17). Veiden ym. (2007, 1965) tutkimuksessa 25 vastanneesta 19 kertoikin sairastavansa C-hepatiittia. Lisäksi pistoskohdassa voi ilmetä infektioita ja pistäminen voi levittää bakteereja verenkiertoon aiheuttaen verenmyrkytyksen (Ristola 2012, 170). Terveyshaitat korostuvat sekakäytössä, jolloin haittavaikutukset ovat usein odottamattomia. Jonkin aineen samanaikaisen käytön vaikutuksia toiseen aineeseen yhdistettynä on käytännössä mahdotonta ennakoita. (Vorma 2012, 72.) Jotta terveyshaittoja voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä, moniammatillinen osaaminen on välttämätöntä.

Haittoja vähentävällä työskentelyllä on pyritty vastaamaan edellä mainittuihin haasteisiin. Käsitteellä tarkoitetaan sellaisia toimintamuotoja, joilla halutaan vähentää päihteiden käytön yksilölle, yhteisölle ja yhteiskunnalle aiheuttamia haittoja. Nämä haitat voivat olla sosiaalisia, terveydellisiä tai taloudellisia. (Kotovirta & Tammi 2012, 154.) Haittoja vähentävät palvelut ovat tarpeellisia erityisesti huumeidenkäyttäjille. Tyypillisinä tavoitteina ovat tartuntatautien ehkäiseminen, yliannostusten ja kuolleisuuden sekä rikollisuuden vähentäminen (A-klinikkasäätiö 2015; Kotovirta & Tammi 2012, 154; Kuoppasalmi ym. 2013, 430). Huumeiden käytön vähentämisellä ei siis ole vaikutusta pelkästään yksilön elämään, vaan sillä voidaan tavoitella myös yhteiskunnallisia säästöjä. Huumeriippuvuuden hoitaminen onkin yhteiskunnalle huomattavasti halvempaa kuin hoidotta jättäminen (Käypä hoito 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 16).

Tartuntatautien ehkäisemiseen ja muuhun haittojen vähentämiseen voidaan vaikuttaa merkittävästi terveysneuvontapisteillä, joissa on mahdollista vaihtaa käytetyt pistosvälineet uusiin. Lisäksi niissä tarjotaan tietoa terveydenhoidosta ja hoitopaikoista. (A-klinikkasäätiö 2015; Kuoppasalmi ym. 2013, 430). Elina Kotovirta ja Tuukka Tammi (2012, 154) painottavat haittoja vähentävien palveluiden merkitystä syrjäytymisen ehkäisijänä ja elämänhallinnan parantajana. Työtettä sovelletaan myös opioidiriippuvaisille suunnatussa lääkkeellisessä korvaushoidossa, joka auttaa irtaantumaan huumeiden käyttöön keskeisesti liittyvästä alakulttuurista (Kuoppasalmi ym. 2013, 444–445). Korvaushoito on hyvä vaihtoehto, kun halutaan vähentää suonensisäistä käyttöä ja sekakäyttöä, mutta täyspäihteettömyyttä ei koeta mahdollisena. Haittojen vähentämisellä ei aina tavoitella päihteettömyyttä, vaan tavoite voi olla huumeiden käytön vähentäminen. (Kotovirta & Tammi 2012, 154.)

Palveluissa tulisi huomioida, että juuri liitännäisilmiöt muodostavat asiakkaiden tilanteesta yksilöllisiä. Yksilöllisyyden huomiointi palveluissa tarkoittaa mahdollisuutta vastata yksi-



öllisiin elämäntilanteessa ilmeneviin haasteisiin (Sorsa & Laijärvi 2007, 11). Juha Fränti ja Sanna Väyrynen (2010) korostavatkin samanaikaista päihde- ja mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista. Yksilön kategorisoiminen päihderiippuvaiseksi tai psyykkisesti sairaaksi voi johtaa asiakkaan näkemykseen hänen muun elämäntilanteensa vähättelystä. Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa sosiaalityön rooli on keskeinen. Myös hoidon intensiivisyydellä on merkitystä. Mikäli asiakkaan tilanteeseen ei paneuduta kunnolla, asiakas voi kokea sen välinpitämättömyytenä. Intensiivisyyden puute näkyy erityisesti julkisella sektorilla vähäisten resurssien vuoksi. Näyttääkin siltä, että kuntoutus sisältää intensiivistä toiminnallisuutta ja keskustelua, toipuminen ja arjen rutiinien omaksuminen on helpompaa. (Mt., 34–35, 39.)

Vaikka kaikille Veiden ym. (2007) tutkimukseen osallistuneille ei ollutkaan diagnosoitu mielenterveyden häiriötä, se tunnistettiin lähes jokaisella. Liitännäisilmiöitä esiintyi myös niillä, joilla mielenterveyden häiriötä ei ollut diagnosoitu. Jo pelkkä huumeriippuvuus altistaa vahvasti liitännäisilmiöille, ja mielenterveyden häiriöt tekevät arjesta selviytymisestä entistä haasteellisempää. Avun saamisen vaikeutta lisää ilmiöiden kietoutuminen toisiinsa: toimeentulotuki ei välttämättä riitä tarjoamaan varoja edes peruselämiseen, ja huumeiden hankkimisesta koituu lisää velkaa. Tämä altistaa esimerkiksi varkauksiin ja väkivaltaan, mikä voi johtaa vankilakierteeseen. Vankila taas vaikuttaa olennaisesti mahdollisuuksiin pitää oma asunto, jossa on voinut olla vaikeuksia jo aiemmin huonon taloudellisen tilanteen aiheuttamien vuokratäristien vuoksi. Kaksoisdiagnoosista toipumisen perusedellytyksenä on avun tarjoaminen elämänhallintaan kokonaisvaltaisesti vaikuttaviin liitännäisilmiöihin diagnoosista riippumatta. Päihde- ja mielenterveyspalvelut eivät välttämättä ole riittäviä toipumisen tukemiseksi, vaan verkostotyön merkitys korostuu.

#### 2.4 Kaksoisdiagnoosi ja raskaus

Palveluiden tulisi reagoida avuntarpeeseen akuutisti erityisesti silloin, kun kaksoisdiagnoosia sairastava on raskaana. Raskaudet vaativat tiivistä seurantaa (Kahila 2012, 229), ja äidille tulisi järjestää sopiva hoito heti, kun hän on siihen halukas (Käypä hoito 2012). Raskauden tunnistaminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa kuukautisten epäsäännöllisyyden ja mahdollisen raskauden suunnittelemattomuuden vuoksi (Käypä hoito 2012; Kuoppasalmi ym. 2013, 468). Keskenmenot, sikiövauriot, istukan ennenaikainen irtoaminen, ennenaikainen synnytys ja synnyttäiset epämuodostumat ovat esimerkkejä raskausajan päihde-

käytön seurauksista. Lapsella voi myös ilmetä elimistön säätelyjärjestelmän häiriöitä ja hän voi saada äidin HIV- tai hepatiittitartunnan. (Kahila 2012, 226.)

Mikäli opioidiriippuvainen odottava äiti ei kykene päihteettömyyteen, hänen on mahdollista saada korvaushoitoa (Kahila 2012, 230). Suurin osa raskaana olevista pystyy kuitenkin vähentämään käyttöönsä tai olemaan raskaus- ja imetysajan päihteettä. Syntymän jälkeen päihteiden mahdollisia vaikutuksia vauvaan tulee seurata intensiivisesti. (Kuoppasalmi ym. 2013, 468–469.) Vauvalle syntyikin päihteiden käytön tai korvaushoidon seurauksena tyypillisesti vieroitusoireita. Varhainen ja intensiivinen seuranta vaikuttavat päihteiden käytön vähenemiseen ja äidin ja lapsen väliseen suhteeseen (Kahila 2012, 229, 231). Päihdekäytön lisäksi vakavat mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa lapsen turvattomaan kiintymyssuhteeseen. Siihen altistavat esimerkiksi äidin puutteellinen ja ennustamaton vuorovaikutus. (Mäkelä, Pajulo & Sourander 2010, 1014–1015.) Välittömien päihteiden käytön vaikutusten lisäksi on huomioitava, että syntymän jälkeen huume kulttuuri kasvuympäristönä aiheuttaa lapselle kehityksellistä haittaa, ja se voikin olla raskaudenaikaista huumealtistusta suurempi riski kehitykselle. (Kahila 2012, 226.)

Raskaana olevia kaksoisdiagnoosia sairastavia ei ole juuri tutkittu, vaan tutkimus on keskittynyt lähinnä päihderiippuvaisiin äiteihin ja heidän lastensa tilanteeseen. Paula Strengell ym. (2014) ovat tarkastelleet psykiatrisia diagnooseja päihteitä käyttävillä äideillä. Tutkitavien elämäntilanteessa esiintyi kodittomuutta, lapsuudenperheen päihderiippuvuuksia, raskauden suunnittelemattomuutta, lasten huostaanottoja, lähisuhdeväkivaltaa ja puolison päihderiippuvuutta. Lisäksi äideillä ilmeni useita mielenterveyshäiriöitä. (Mt., 5.) Raskaus asettaa kenet tahansa äidin uudenlaiseen elämäntilanteeseen. Kun äiti sairastaa kaksoisdiagnoosia ja sairauteen liittyy erilaisia liittännäisilmiöitä, tuen tarve on ilmeinen. Olisikin tärkeää, että raskaana olevien kaksoisdiagnoosia sairastavien olisi helppo hakeutua avun piiriin ja sopivia palveluita olisi tarjolla riittävästi.

## 2.5 Kaksoisdiagnoosi, moniammatillisuus ja rajatyö

Kaksoisdiagnoosia sairastavan auttamista ja oikea-aikaista puuttumista vaikeuttaa yksittäisten työntekijöiden kyvyttömyys vastata asiakkaan kaikkiin tarpeisiin. Tilanteet ovat usein niin moniulotteisia, ettei yksi henkilö välttämättä omaa tarvittavaa ammattitaitoa. Ammatillaisen tulisi tunnistaa sekä päihteistä johtuvat että psyykkiset oireet, tuntea palveluverkosto ja muodostaa toimiva yhteistyösuhde asiakkaan kanssa. Työntekijällä ei välttä-

mättä ole kaikkien ilmiöiden tunnistamiseen tarvittavaa tietoa, jolloin häiriöitä ei myöskään aina osata yhdistää toisiinsa. (Järvenkylä ym. 2009, 15, 20; Nuorvala 1999, 31; Sorsa & Laijärvi 2007, 59, 64.) Eri ammattikunnissa häiriöiden ensisijaisuus saatetaankin arvioida eri tavoin, josta seuraa pahimmillaan kokonaan palvelutta jääminen (Fränti & Väyrynen 2010, 35; Schulte ym. 2008, 652).

Ratkaisuna ammattitaidon riittävyden takaamiseen pidetään Lynne Barnesin ja Trudy Rudgen (2003, 27) sekä Gino Pozzin ym. (2005, 229) tutkimuksissa moniammatillista työotetta. Pozzi ym. (2005) ovat tutkineet asiakkaiden palvelutarjontaa ja erityisosaamisen riittävyttä Italian julkisissa palveluissa. Lääkärit, hoitajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät olivat parhaiten edustetut ammattiryhmät. Lähes puolelta hoitopaikoista puuttui kokonaan psykiatri, ja professionaalista psykoterapiaa ei voitu tarjota 12 prosentille asiakkaista lainkaan. (Mt., 227–228.) Erilaiset käytännöt asettavatkin sekä asiakkaat että työntekijät eriarvoiseen asemaan. Asiakkaan avun saamisen lisäksi työntekijän työskentelyä helpottaa mahdollisuus konsultoida tarvittaessa toisen ammattialan edustajaa. Psykiatrin puuttuminen kertoo osaltaan palvelun psykiatrisen asiantuntijuuden puutteesta.

Moniammatillisen työn kehittämistä pidetään tärkeänä myös Suomessa (Fränti & Väyrynen 2010, 20–21; Kekki & Partanen 2008, 41). Saman organisaation päihde- ja mielenterveysammattilaisten työskentely koetaan onnistuneeksi. Sen sijaan psykiatrian poliklinikoiden ja päihdehuollon yhteistyötä on kuvattu kankeammaksi, ja sitä onkin pyritty kehittämään täydennyskoulutuksilla. Osa kunnista on järjestänyt päihde- ja mielenterveyspalveluiden työntekijöille koulutusohjelman luodakseen organisaatioille yhtenäisen kartoituksen eri hoitomahdollisuuksista. Täydennyskoulutuksilla voidaan nähtävästi parantaa yhteistyötä ilman organisaatiomuutoksia. Hyviksi yhteistyökäytännöiksi on koettu verkostopalaverit, konsultaatiomahdollisuus ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden työparitoiminta. Jal kautuvan työparin avulla ongelmien ennaltaehkäisyn koetaan olevan helppoa sekä koordinoinnin kodin ja sairaalan välillä yksinkertaisempaa. (Kekki & Partanen 2008, 41–42.)

Sorsa ja Laijärvi (2007) kritisoivat suunnitelmien tekemistä useammassa palvelussa pitäen sitä resurssien tuhlaamisena. Jos suunnitelmat laaditaan olematta yhteydessä muihin toimijoihin, useampi taho voi käsittää hoitovastuun olevan heidän organisaatiollaan (mt., 61). Vastaavasti on mahdollista, että useamman tahon tehdessä suunnitelmia mikään taho ei ota kokonaisvastuuta hoidosta. Suunnitelmat ovat toimivia, kun niissä ei esiinny päällekkäisyyttä, ne laaditaan tarkoituksenmukaisesti ja tarkistetaan säännöllisesti. Tavoitteet tulee

jokaisessa paikassa ymmärtää samalla tavalla. Suunnitelmallista verkostotyötä voidaan kehittää resursseja lisäämällä, tiedonkulkua parantamalla, ajantasaista tietoa jakamalla sekä käsitteitä ja tietoperustaa yhdenmukaistamalla. Verkostotyö voi olla hyödytöntä, jos työntekijät eivät panosta siihen riittävästi. (Mt., 61.)

Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Australiassa. Petra K. Staiger ym. (2011) ovat haastatelleet kaksoisdiagnoosia sairastavia asiakkaita heidän palvelukokemuksistaan. Moniammatillisuus ja työntekijöiden yhteistyön sujuvuus näyttäytyivät sekä asiakkaan toipumisen että työntekijöiden näkökulmasta tärkeänä. Työntekijöiden välisen yhteistyön lisäksi toipumista tukivat onnistuneet suhteet sekä asiakkaiden ja työntekijöiden välillä että asiakkaiden kesken. Erityisen tärkeäksi asiakkaat kokivat, että työntekijät ottivat aluksi vastuun asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen ylläpitämisestä. (Mt., 49, 52.) Myös Italiassa hoitofilosofioiden erilaisuus on näyttäytynyt moniammatillisuuden rajoittajana, ja niiden yhtenäistämisen ajatteluaan helpottavan monialaista työskentelyä (Pozzi ym. 2005, 224).

Tarkoituksenmukaisessa moniammatillisessa verkostotyössä osallisten tulee määritellä oma vastuualueensa. Mukana saattaa olla eri organisaatioiden ja eri alojen lisäksi samasta organisaatioista useita saman alan edustajia, jolloin päällekkäinen työskentely on mahdollista. Thomas F. Gieryn (1983) on tuonut esille tähän liittyvän *rajatyön* käsitteen, jota ovat Suomessa käyttäneet vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssin asiakaslähtöisyyttä tutkineet Kirsi Günther ym. (2013). Rajatyöllä tarkoitetaan oman työskentelyalueen ja toimivallan määrittelyä sekä käsittämistä suhteissa muihin toimijoihin (Günther ym. 2013, 89; Slembrouck & Hall 2014, 62). Sillä viitataan siihen, miten työntekijän asiantuntijuus näkyy ja tulee tunnustetuksi palveluverkostossa (Günther ym. 2013, 89.) Rajanvedot ovat luontainen osa organisaatiota ja niitä tuotetaan vuorovaikutuksessa (Slembrouck & Hall 2014, 62–63). Rajatyön voidaan nähdä ulottuvan myös työntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen (Günther ym. 2013, 89; Slembrouck & Hall 2014, 62). Vaikka seuraava luku koskeekin päihde- ja mielenterveyspalveluihin ohjautumista, käsitän kaksoisdiagnoosia sairastavien avun tarpeen ulottuvan aineistossani myös liitännäisilmiöihin ja raskauteen liittyviin palveluihin. Rajatyön osallisia ovat tässä tutkimuksessa palveluverkoston edustajien lisäksi myös läheiset ja tietysti asiakas itse.

### 3 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT SUOMESSA

#### 3.1 Hoitoon ohjautuminen

Valtaosalla kaksoisdiagnoosia sairastavista on takanaan useita eri hoitokontakteja. Asiakkaat eivät aina ole varmoja, tulisiko heidän hakea apua päihde- vai mielenterveyspalveluis- ta. Ensisijainen diagnoosi on usein ratkaiseva, sillä se voi toimia hoitopolun määrittäjänä. Hoidossa ilmenevä ongelma onkin avun saaminen toissijaiseen diagnoosiin. (Kampman & Lassila 2007, 4447.) Häiriöiden ensisijaisuuden liiallinen pohtiminen saattaa aiheuttaa kokonaan hoidotta jäämisen (Fränti & Väyrynen 2010, 22). Hoidossa on myös saatettu käydä eri paikoissa tai apua on haettu monta kertaa samasta yksiköstä. Tilanne voi lisäksi pahen- tua, jos asiakasta ei ohjata palvelun piiriin tarpeeksi ajoissa (Staiger ym. 2011, 49–50).

Yhtenä hoitoonohjausmenetelmänä voidaan käyttää palveluohjausta. Sen kriteereinä ovat asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja niihin sopivien palveluiden löytäminen. Veli Järvenkylän ym. (2009) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hankkeessa pyrittiin selkiyttämään hoitoonohjauskriteereitä. Mukana oli kuusi asiakasta, joille pyrittiin palveluohjauk- sella löytämään pysyvä, heidän toiveidensa mukainen hoitoverkosto. Vaikka vain kahdelle asiakkaalle pystyttiin luomaan pysyvä avohoitokontakti, kokeilulla luotiin uusia yhteis- työmuotoja palveluiden välille. Palveluohjauksen ansiosta hoidossa oli vain yksi vastuuta- ho, ja asiakkaita liikuteltiin vähemmän palveluiden välillä. (Mt., 10–12.) Myös Airi Parta- sen ja Antti Holopaisen (2012, 79) mukaan toimiva palveluohjaus ehkäisee väliinpuotoami- sia palveluissa.

Palveluohjausta pidettiin Kekin ja Partasen (2008) tutkimuksessa osin hyvänä keinona, mutta se herätti myös kritiikkiä. Siinä havaittiin kuntakohtaisia eroja, ja käytäntöjä pidet- tiin ajoittain kirjavina ja jäykkinä. Kunnat toivoivat yhtenäisiä kriteereitä, jotta asiakkaille voitaisiin tarjota tasapuolisesti tarpeita vastaavia palveluita. Keskitettyä hoitoonohjausyk- sikköä pidettiin mahdollisena ratkaisuna käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Haastatteluissa il- meni kuitenkin asiakkaan asiantuntijuuden sivuuttavia tilanteita, joissa asiakkaalla ei ollut valtaa päättää omaa hoitopaikkaansa, vaan kunnan työntekijä teki sen käytännössä hänen puolestaan. Hyvänä ajatuksena pidettiin myös palveluohjaustahojen lisäämistä peruster- veydenhuollon palveluihin, jolloin asiakkaan saattaisi olla mahdollista päästä hoitoon no- peammin ja useita eri reittejä. (Mt., 43, 47.) Terveyskeskuksissa onkin viime vuosina pyrit- ty lisäämään kaksoisdiagnoosiosaamista (Partanen & Holopainen 2012, 78).

Yrjö Nuorvalan (1999) tutkimuksessa huumeidenkäyttäjien hoitoon hakeutuminen oli huomattavasti yleisempää kriisiytymisen kautta kuin harkinnan jälkeen. Hoitoa pidettiin viimeisenä oljenkortena, ja sinne mentiin pakotettuna tai yliannostuksen vuoksi. Moni haastatelluista kertoi kärsineensä psyykkisistä ongelmista pitkään ennen avun hakemista. (Mt., 19–22.) Myös mielenterveyden häiriötä sairastavat hakeutuvat hoitoon tyypillisemmin päivystyksellisesti tilanteen kriisiytyttyä (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2013, 642). Eri lähteissä korostetaan varhaista puuttumista hoitoonohjauksessa. Etelä-Australiassa jo hoidon tarpeen arviointia pidetään sopivana intervention aloittamisen ajankohtana. Hoitajat kysyvät kaikilta mielenterveyspalveluiden asiakkailta heti aluksi päihteiden käytöstä. Näin asiakkaille on mahdollista tarjota oikeanlaisia palveluita ja ilman apua jäämisen riski pienenee. (Barnes & Rudge 2003, 27.) Vaikka riippuvuuden hoitaminen ei kuuluisikaan kyseisen palvelun tehtäviin, voidaan kysymällä asiasta ohjata asiakas oikean tahon piiriin.

Asiakkaiden tietämättömyys hoitomahdollisuuksista koetaan usein hoitoon hakeutumisen esteeksi. Hoitopaikan löytyminen voi olla raskas prosessi, mikäli asiakkaalla ei ole tietoa, mistä apua voi hakea. Asiakkaat toivoivatkin saavansa enemmän tietoa eri hoitomuodoista. (Staiger ym. 2011, 49–50.) Nuorvalan (1999) tutkimuksessa hoitovaihtoehtoista tuntui olevan tietoa lähinnä silloin, jos asiakas oli itse ollut hoitojaksolla useammassa eri yksikössä. Vaikka asiakas olisikin tietoinen erilaisista hoitomuodoista, hoitoon pääsy voi silti olla vaikeaa. Hoitokynnystä nostaa entisestään maksusitoumuksiin asetetut päihteettömyyden ja tuloksellisuuden ehdot, jotka saattavat asiakkaasta tuntua kontrolloinnilta ja vaikuttaa hoitomotivaatioon negatiivisesti. Asiakkaat voivat kokea rahan menevän heidän toipumisensa edelle, kun hoitajakso on liian lyhyt toipumisprosessin kannalta tai maksusitoumuksia ei myönnetä asiakkaille hänen tarpeitaan vastaavaan hoitopaikkaan. (Mt., 23, 39.)

Osaan palveluista voi hakeutua myös itsenäisesti. Matalan kynnyksen periaatetta pidetäänkin kaksoisdiagnoosia sairastavien kohdalla tärkeänä (Kotovirta & Tammi 2012, 156; Sorsa & Laijärvi 2007, 21). Matalalla kynnyksellä viitataan helposti saatavilla oleviin ja lähestyttäviin palveluihin (Kotovirta & Tammi 2012, 156). Tällöin huomioidaan asiakkaan tarve saada apua tilanteeseensa sieltä, mistä hän sitä hakee. (Sorsa & Laijärvi 2007, 56, 59.) Esimerkiksi mahdollisuus anonyymiin asiointiin voi olla yksi hoitokynnystä madaltava tekijä (Kotovirta & Tammi 2012, 156). Kekin ja Partasen (2008) tutkimuksessa painotettiin laajojen aukioloaikojen merkitystä. Ympäri vuorokautista psykiatrista päivystystä pidettiin hyvänä ratkaisuna, sillä asiakkaan oli mahdollista hakeutua hoitoon mihin aikaan tahansa. Tärkeäksi koettiin kaikki asiakkaan hoitoon lähtemistä helpottavat toimenpiteet. (Mt., 5,

42.) Valtioneuvoston periaatepäätöksessä huumausaineiden käytön ja sen haittojen vähentämiseksi vuosina 2012–2015 painotetaan hoitoon hakeutumisen esteiden minimoimista ja hoitokynnyksen madaltamista entisestään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 16). Asiaan on siis kiinnitetty huomiota myös valtakunnallisella tasolla.

Hoitokynnystä voidaan madaltaa myös lähetevaatimuksia karsimalla. Sorsan ja Laijärven (2007) mukaan lähes puoleen Tampereen päihde- ja mielenterveyshoitopalveluista tarvitsee lähetteen. Perusterveydenhuollon palveluihin sitä ei heidän tutkimuksessaan tarvinnut koskaan, mutta esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden laitoshoitoon se vaadittiin 94 prosentilta asiakkaista. Tutkijat kritisoivat käytäntöä toteamalla osan asiakkaista putoavan palveluiden ulkopuolelle, kun he eivät saa tarpeestansa huolimatta lähetettä. Tutkijoiden mukaan olisi järkevää selvittää, mihin palveluihin käytäntöä on hyödyllistä soveltaa ja mitkä palvelut tulisi olla saatavilla aina. Avohuollon toivottiin palvelevan ilman lähetettä, sillä sen merkitys toipumisen kannalta koettiin suureksi. Myös ilman lähetettä toimivien katkaisu- ja vieroitushoitopalveluiden merkitystä korostettiin. (Mt., 20–21, 63.)

### 3.2 Hoitovastuun jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Suomalaiset päihde- ja mielenterveyspalvelut on perinteisesti järjestetty erikseen. Päihderiippuvuuksien hoito on ollut Suomessa pääasiassa sosiaalihuollon tehtävä, ja terveydenhuolto on vastaavasti toiminut mielenterveyspalveluiden järjestäjänä (Fränti & Väyrynen 2010, 8; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13). Roolit ovat kuitenkin menneet sekaisin ilmiöiden moninaistuessa, ja esimerkiksi päihde-ehtoiset asioinnit terveydenhuollossa ovat lisääntyneet koko 2000-luvun ajan (Fränti & Väyrynen 2010, 8; Kuussaari ym. 2012, 644).

Kristiina Kuussaaren ym. (2012) päihdetapauslaskennan mukaan mielenterveystoimistoihin tehtiin vuosina 2007 ja 2011 laskentavuorokauden aikana noin 450 päihteesiin liittyvää asiointia. Vuoden 2011 laskennassa käyntejä tehtiin sekä psykiatrian poliklinikoille että terveydenhuollon avopalveluihin tai terveyskeskusten yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Päihde-ehtoisten asiointien huomattiin kasvaneen erityisesti päihde- ja mielenterveyshoitajien luona terveydenhuollon avohoidossa. Avohoidon asiointeja tehtiin yhden laskentavuorokauden aikana noin 80, eli noin viidennes enemmän kuin vuonna 2007 tehdyssä päihdetapauslaskennassa. Vuonna 2011 yhdistettyihin päihde- ja mielenterveyspalveluihin tehtiin laskentavuorokauden aikana noin 200 asiointia. (Mt., 646–647.)

Sami Pirkola ja Kristian Wahlbeck (2004) ovat tutkineet huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten mielenterveysongelmien takia toteutuneita sairaalahoitoja vuosina 1987–2002. Heidän tutkimuksessaan sellaisten sairaalajaksojen määrä, joissa huumausainediagnoosin lisäksi on asetettu vähintään yksi psykiatrinen diagnoosi, on noussut 1990-luvun taitteesta noin viisinkertaiseksi: vuonna 1987 oli 441 edellä mainitun kaltaista sairaalajaksoa, kun vuonna 2002 jaksojen määrä oli noussut 2242:een. Tutkijat huomauttavat sairaalajaksojen määrän kasvun kuitenkin hidastuneen vuosina 2001–2002, jolloin viimeiset tutkimushavainnot tehtiin. (Mt., 1674–1676.)

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennan (Kuussaari ym. 2012) sekä Pirkolan ja Wahlbeckin (2004) tutkimuksesta terveydenhuollon voi päätellä ottaneen vastuuta päihdehäiriöiden hoidossa. Päihdehuollon erityispalveluiden asiointimäärät ovat vastaavasti laskussa. Tämä johtuu etenkin pitkäaikaiseen päihdehuollon laitostuntoutukseen pääsyn vaikeutumisesta, jolloin asiakkaat hakeutuvat terveydenhuoltoon saadakseen apua (Kuussaari ym. 2012, 646–653.) Nuorvalan (1999) tutkimuksessa valtaosa haki psyykkisen sairautensa perusteella apua psykiatrisista palveluista tai muualta sosiaali- ja terveydenhuollosta päihdehuollossa asioimisen ollessa toissijaista. Psykiatrisissa palveluissa päihderiippuvuus nähtiin ensisijaisena, jolloin asiakas siirrettiin päihdehuollon palveluihin. Kun asiakas taas hakeutui päihdehoitoon, hänen mielenterveyshäiriönsä arvioitiin ensisijaisesti, jolloin hänet ohjattiin psykiatriisiin yksiköihin. (Mt., 50.) Asiakkaita voidaan siirtää seuraavalle taholle myös hoidon haasteellisuuden vuoksi (Kampman & Lassila 2007, 4448; Pirkola ym. 2007, 17).

Erilaisia hoitoon hakeutumisen reittejä selittää osittain suomalaisen päihdehoitojärjestelmän alue- ja kuntakohtaiset erot, jotka johtuvat kuntien itsenäisestä vastuusta tarjota palvelut (Babor ym. 2009, 210; Stenius ym. 2012, 168). Joissakin kunnissa asioidaan kuntien itse tuottamissa päihdepalveluissa, osa taas ostaa lähes kaikki palvelunsa ei-kunnallisilta tuottajilta. Jossain avohoito voi olla lähes ainoa vaihtoehto, kun taas toisissa kunnissa laitoshoido on erittäin suosittua. (Babor ym. 2009, 210–211.) Kun valtakunnalliset linjaukset palveluiden järjestämisestä puuttuvat, toisten kuntien palveluverkostoista tulee väistämättä kehittyneempiä (Moring ym. 2011, 15).

On siis löydettävissä monia syitä siihen, miksi kaksoisdiagnoosia sairastavilla ei ole keskenään tasavertaista mahdollisuutta saada tarvitsemaansa hoitoa. Pienissä kunnissa ei välttämättä ole mahdollista päästä samanaikaiseen päihderiippuvuuteen ja mielenterveyden häiriöön erikoistuneiden palveluiden piiriin (Kampman & Lassila 2007, 4447). Keskeisiä alu-



eellisiä eroja on päihdepalveluiden muodon lisäksi havaittavissa muun muassa mielenterveyspalveluiden roolissa ja siinä, järjestetäänkö palvelut omassa kunnassa vai jossakin muualla (Babor ym. 2009, 210). Asiakas voi joutua matkustamaan useita tunteja päästäkseen kotikuntansa kilpailutuksen voittaneeseen hoitopaikkaan. Kaukainen sijainti voi nostaa kynnystä hoitoon lähtemiselle. Aina asiakas ei edes pääse haluamaansa hoitoon: kaikille ei ole pystytty takaamaan asianmukaista hoitoa, sille on asetettu ehtoja tai hoitojonojen pituus on vaikuttanut toipumiseen negatiivisesti (mt., 210).

Päihde-ehtoisten asiointien alueellisia eroja tarkasteltiin myös vuoden 2011 päihdetapauskaskelmassa (Kuussaari ym. 2012). Terveydenhuollon osuus päihdehoidosta oli lisääntynyt etenkin niillä alueilla, joiden väestömäärä on laskussa ja palveluiden määrä on vähentynyt. Esimerkiksi Pohjois-Savossa ja Pohjanmaalla noin puolet päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui terveydenhuollon puolella. Päihdehuollon erityispalveluiden käyttö oli molemmissa viidesosan luokkaa. (Mt., 644–645.) Toisaalta päihdehuollon erityispalveluita käytettiin asiointireittinä osassa Suomea terveydenhuollon palveluita huomattavasti enemmän. Kymenlaaksossa puolet päihde-ehtoisista asioinneista suoritettiin päihdehuollon erityispalveluihin, kun terveydenhuollossa vastaava luku oli 17 prosenttia. Yleiset sosiaalipalvelut näyttivät noudattavan päihde-ehtoisten asiointien laskevaa linjaa koko maassa paria poikkeusta lukuun ottamatta. Kainuussa noin puolet päihde-ehtoisista asioinneista kohdistui sosiaalipalveluihin. Vähiten asiointeja sosiaalipalveluihin tehtiin Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa, missä näitä asiointeja oli alle 15 prosenttia. (Kuussaari ym. 2012, 645–646.)

Alueellinen tasa-arvo on yksi palveluiden hyvän saatavuuden kriteereistä. Palvelutarjonnan lisäksi myös ammattitaidon taso vaihtelee kunnittain. Järjestöjen rooli onkin kunnallisen päihde- ja mielenterveystyön täydentäjänä ja jatkuvuuden lisääjänä merkittävä, sillä kolmas sektori pystyy tavoittamaan kunnallisten palveluiden ulkopuolelle jäänyttä asiakaskuntaa. Kaikissa kunnissa järjestöillä ei ole kovinkaan mittavaa roolia, vaan ne keskittyvät lähinnä vertaistukiryhmien järjestämiseen. Kunnissa, joissa järjestötyö ei ole aktiivista, voidaan kokonaan palvelutta jäämisen olettaa olevan todennäköisempää. Järjestötoiminta saattaa vaikuttaa ratkaisevasti toipumiseen muista palveluista tippuneelle asiakkaalle. (Kekki & Partanen 2008, 39–40, 56.) Pozzi ym. (2005, 224) huomaavat laajemmistakin alueellisista eroista: vaikka kaksoisdiagnoosia on tutkittu useissa eri maissa päätyen samankaltaisiin tutkimustuloksiin, saattaa organisaatioissa ja tarjottavassa hoidossa eri valtioiden välillä siitä huolimatta olla yllättävän paljon vaihtelua.

Toisaalta Kimmo Kuoppasalmi ym. (2013, 407) arvelevat päihderiippuvaisten hakeutuvan hoitoon tulevaisuudessa yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin, joiden tukena voidaan tarjota erityistä diagnostista ja hoidollista apua päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrisissa yksiköissä. Kuussaari ym. (2014, 275) toteavat alkoholinkäyttäjien painottavan asiointinsa terveystieteisiin huumeidenkäyttäjien asioidessa päihdehuollon erityispalveluissa ja psykiatrian poliklinikoilla.

### 3.3 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio

Kaikissa kunnissa ei tarvitse miettiä hoitoon hakeutumisen reittiä, sillä yhä useampi kunta järjestää päihde- ja mielenterveyspalvelunsa integroituna. Integroitu hoito tarkoittaa päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestämistapaa, eikä se siis ole mikään tietty hoitomuoto (Aalto 2007, 1296). Integraation käsite jaetaan järjestelmä- ja palveluintegraatioon. Ensimmäisellä kuvataan palveluiden sijoittumista kunnan palvelurakenteeseen. Jos palvelut ovat saman hallinnon ja budjetoinnin alaisena, ne ovat integroituneet järjestelmätasolla. Hoitoa tulisi ohjata yhteisillä periaatteilla, eivätkä hoitoketjut saisi katketa. Palveluintegroidun hoidon taas on tarkoitus palvella erityisesti kaksoisdiagnoosia sairastavia. Taustalla ei välttämättä ole yhteistä järjestelmää, vaikkakin on mahdollista, että hoito on järjestelmien yhteistyön tulosta. Hoito voi tapahtua fyysisesti eri paikoissa, mutta se tehdään yhteistä hoitofilosofiaa noudattaen. Hallinnollisesta yhteydestä riippumatta sen on tarkoitus tarjota mielenterveys- ja päihdepalvelut samassa yksikössä. (Stenius ym. 2012, 170–171.)

Kerstin Steniuksen ym. (2012, 174) tutkimuksessa noin viidesosalla kunnista mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat jollakin tasolla integroituneet. Integraatio näkyi myös vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa, jossa tutkittiin ensimmäistä kertaa yhdistettyjen päihde- ja mielenterveyspalveluiden päihde-ehdoisia asiointeja (Kuussaari ym. 2012, 647). Integraation etenemisestä Suomessa ei kuitenkaan ole vielä saatavilla päihdetapauslaskentaa enempiä tietoja siitä, kuinka iso osa kaksoisdiagnoosia sairastavista asioi yhdistetyissä palveluissa. Integraation osuuden arvellaan kuitenkin kasvavan entisestään. Tiedon saantia vaikeuttavat kuntien erilainen ymmärrys integraatiosta. Joissakin kunnissa ajatellaan, etteivät palvelut ole integroituja, vaikka ne sitä virallisesti olisivatkin. (Stenius ym. 2012, 167.)

Kekin ja Partasen (2008) tutkimuksessa kuntien työntekijöiltä kartoitettiin päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyön sujuvuutta. Palveluiden organisatorista yhdistämistä pidettiin hyvänä ideana. Sen koettiin tiivistävän verkostomaista työtettä ja parantavan pal-

veluiden yhteistyötä. Osa ajatteli, että ilman integraatiota yhteistyötä ei saada toimimaan eikä hoitovastuuta pystytä määrittämään. Integraatiota perusteltiin osaamisen lisääntymisellä, yhteistyön syventymisellä ja työparikäytännön sujuvuudella. Samassa organisaatiossa verkostopalaverien ja konsultaation järjestämistä pidettiin helppona, kun johtamis- ja työskentelykulttuuri oli yhtenäinen ja työpaikat olivat fyysisesti lähekkäin. (Mt., 42–43.) Myös Järvenkylän ym. (2009, 14) tutkimuksessa integraatiota pidettiin hyvänä asiana, mutta todettiin, ettei yhdessä hoitoyksikössä tapahtuvaa hoitoa ollut vielä juuri tarjolla.

Toisaalta paikkakunnilla, joissa päihde- ja mielenterveyspalvelut olivat hallinnollisesti yhdistetty, asiaa pidettiin myös kielteisenä tai sillä ei koettu olevan vaikutusta työskentelyyn. Integraation pelättiin heikentävän huono-osaisimpien tilannetta. Mielenterveyssektorin ajateltiin vievän päihdesektoria enemmän resursseja, jolloin päihderiippuvaiset eivät saisi tarpeeksi apua. Jotkut taas ajattelivat päihdehoidon vievän mielenterveyspalveluiden määrärahoja. (Kekki & Partanen 2008, 42–43.) Integraatio aiheutti siis joissakin kunnissa palveluiden jakautumista ongelman perusteella kahtia, ja työntekijät keskittyivät vain omien asiakkaidensa hoitamiseen. Haastattelujen mukaan huume- ja alkoholiriippuvaiset joutuivat kilpailemaan samoista resursseista, jolloin huumeriippuvaisten palvelut kehittyivät alkoholiriippuvaisten ehdoilla. Kun integraatioon suhtauduttiin neutraalisti, hallinnollisilla järjestelyillä ei koettu olevan merkitystä. Sen sijaan painotettiin työntekijöiden välisen henkilökemian sekä hyvien johtamis- ja yhteistyökäytäntöjen merkitystä. (Mt., 42–43.)

Alueelliset erot palveluihin hakeutumisessa ovat hämmästyttävän suuria. Erilaisista toteutustavoista huolimatta Suomessa on tavoiteltu yhtenäistä linjaa päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmä (2009) on laatinut Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, joka on toiminut ohjenuorana palveluiden kehittämiseksi vuoteen 2015 saakka. Suunnitelman yhtenä tavoitteena mainitaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden joustavuus sekä matalan kynnyksen ja yhden oven periaate. Projektilla on tavoiteltu esimerkiksi mahdollisuutta apuun yhdessä paikassa siten, ettei asiakkaita tarvitsisi ohjata paikasta toiseen hakemaan apua. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 19.)

## 4 TUTKIMUSKOHTENA PÄIHDEPSYKIATRIAN DOKUMENTIT

### 4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusympäristön kuvaus

Tutkimukseni tavoitteena on selvittää, miten rajatyö on läsnä ja miten sitä perustellaan päihdepsykiatrian poliklinikan asiakaskertomuksissa. Asiakaskertomusten asiakkaat ovat raskaana olevia naisia, jotka sairastavat samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä.

Tutkimuskysymykseni on:

*Miten rajatyö on läsnä ja miten sitä perustellaan samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan asiakkaan raskaudenaikaisissa asiakaskertomuksissa?*

Tutkimuskysymys jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa tutkin, millaisena rajatyö näyttäytyy asiakaskertomuksissa ja erityisesti verkostopalavereiden kirjauksissa. Jotta pystyn hahmottamaan rajatyön ilmenemistä, olen eritellyt aineistossa esiintyvät rajatyön osalliset ja yleiset tavoitteet. Toisessa osassa tarkastelen, miten rajatyötä perustellaan ja millaisia diskursseja niistä asiakaskertomuksissa muodostuu. Tavoitteenani on samalla selvittää, mihin päihdepsykiatrian poliklinikan rooli raskaana olevien samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan palveluissa rajatyössä paikantuu.

Päihdepsykiatrian poliklinikalle ei jäää pitkään asiakassuhteeseen. Se ei siis voi olla pitkäaikainen hoitovastuutaho, vaan asiakkaalle pyritään luomaan yksilöllisiä tarpeita vastaava palveluverkosto. Asiakassuhdetta voisi kuvailla siirtymätilanteeksi arjesta ennen vauvan syntymää elämään sen jälkeen. Valitsin rajatyön käsitteen, sillä se on omiaan erityisesti siirtymävaiheen tutkimisessa, kuten Güntherin ym. (2013) tutkimus osoittaa. Asiakas on saattanut olla palveluiden piirissä jo valmiiksi. Oletuksena on, ettei verkoston rooleja ole jaettu etukäteen, vaan tuen tarve arvioidaan sekä keskinäinen työnjako ja suunnitelmat muodostetaan asiakkuuden aikana toimijoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa.

Päihdepsykiatrian poliklinikoita toimii Suomen eri sairaanhoitopiireissä. Tutkimukseni sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikan raskaana olevien kanssa työskentelyn ydintavoitteena on estää sikiön vauriot ja kehityshäiriöt sekä turvata vanhemmuuden perusedellytykset. Prosessi perustuu päihdepsykiatriseen ja sosiaalisen tilanteen arvioon sekä verkostoyhteistyöhön muiden palvelutahojen kanssa. Työskentelyä on mahdollista jatkaa siihen saakka,

että lapsi täyttää yhden vuoden. Koska kyse on erikoissairaanhoidosta, asiakkuuteen tarvitaan aina lähete. Läheteitä saapuu pääasiassa neuvoloista, terveystieteisistä ja äitiyspoliklinikalta. Palvelu on asiakkaille vapaaehtoinen ja maksuton.

Työskentely etenee melko strukturoidulla kaavalla moniammatillisena työparityöskentelyinä. Lääkäri tapaa asiakkaan ensikäynnillä joko sosiaalityöntekijän tai sairaanhoitajan kanssa, jolloin tilanteesta tehdään asiakkaan kertoman perusteella päihdepsykiatrinen arvio. Noin kuukausi ennen laskettua aikaa ja noin kuukausi synnytyksen jälkeen järjestetään verkostopalaverit. Työntekijä käy lisäksi synnytyksen jälkeen katsomassa äitiä synnyttäneiden vuodeosastolla. Malli ei ole jokaisen kohdalla identtinen, vaan tapaamisten tiheyttä räätälöidään yksilöllisesti joko yksilökäynteinä tai verkostopalaverina. Päihdepsykiatrasta kartoitusta ja vanhemmuuden arviota tehdään kuitenkin koko prosessin ajan. Asiakkaan kanssa keskustellaan tukimuotojen tarpeen lisäksi elämäntilanteesta kokonaisuudessaan. Sosiaalityöntekijä keskittyy sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen ja tukemiseen. Asiakkailta esiintyykin arjessa usein aiemmin mainittuja liitännäisilmiöitä. Moniammatillisuus näkyy työskentelyssä myös eri ammattiryhmien konsultointina. Asiakkaan tilanteesta keskustellaan tarvittaessa koko työryhmän kesken moniammatillisen näkemyksen takaamiseksi.

Työskentely perustuu siis verkostotyöskentelyyn, jonka tyypillinen muoto verkostopalaverit ovat. Niiden vetäjänä toimii yleensä lääkäri. Joissakin tilanteissa työpari on ollut aiemmin asiakkaan kanssa tekemisissä ja lääkäri ei. Tällöin työparin on katsottu järkevämmäksi asiakkaan tavanneena toimia palaverin vetäjänä. Palaverien kokoonpanot vaihtelevat asiakkaasta ja ajankohdasta riippuen. Noin kuukautta ennen laskettua aikaa järjestettävässä palaverissa asiakkuuden siirtoa aikuissosiaalityöstä lastensuojeluun voidaan valmistella. Tällöin paikalla ovat aikuissosiaalityöntekijä ja lastensuojelun sosiaalityöntekijä. Lisäksi tyypillistä on, että mukana on neuvolan terveydenhoitaja ja mahdollisen päihde- tai mielen-terveyspalvelun edustaja ja asiakkaan läheinen. Verkostoyhteistyön laajuutta havainnollistaakseni olen tehnyt kuvion (Kuvio 1) verkostotyön yhteistyötahoista. Kuviossa ei ole huomioitu kuntakohtaisia eroja, ja siinä on mainittu vain keskeisimmät tahot. Aineistoni lisäksi tietoa yhteistyötahoista on saatu poliklinikan työntekijöiltä, eikä samaa kuviota voi yleistää koskemaan muiden päihdepsykiatrian poliklinikoiden verkostoyhteistyötä.

Sairaalakontekstista johtuen dokumenteissa puhutaan potilaista. Palvelu on kuitenkin vapaaehtoinen, eikä sen toiminnan ydin ole ainoastaan sairauden hoito. Koenkin luontevampana kirjoittaa analyysissäni sosiaalityölle ominaisesti palvelun *asiakkaista*.

Kuvio 1. Päihdepsykiatrian poliklinikan verkostoyhteistyön tahot



#### 4.2 Dokumentit sosiaalityön käytännöissä ja tutkimuksessa

Asiakkaiden ja asiakirjojen välisiä suhteita lastensuojelussa vanhempien näkökulmasta tutkinut Tarja Vierula (2012, 150) käsittää tutkimuksessaan asiakirjat asiakkaita koskevia tietoja sisältäviksi, viranomaisten tuottamiksi ja ylläpitäviksi kirjallisiksi tai sähköisiksi talenteiksi, joilla tuotetaan ja ylläpidetään todellisuutta ja luodaan tilanteille erilaisia seurauksia. Ymmärrän tutkimusaineistoni erikoissairaanhoidon sähköiset asiakaskertomukset Vierulan kuvaamiksi yhdenlaisiksi asiakirjoiksi. Hyödynnän analyysissäni seuraavaksi esittämiäni näkemyksiä dokumenteista osana sosiaalityön käytäntöjä ja tutkimusta.

Maarit Laaksonen ym. (2011, 43) ja Tarja Vierula (2012, 151) toteavat asiakkaan asioiden käsittelemisen ja dokumentoinnin kietoutuvan niin olennaisesti yhteen, että niiden erottaminen toisistaan on mahdotonta. Asiakaskertomuksista voidaan oppia siitä työympäristöstä ja auttamistyöstä, joiden puitteissa tekstit on kirjattu (Günther 2012, 15; Taylor 2008, 40). Organisaation ammatilliseen kulttuuriin on siis mahdollista päästä käsiksi tutkimalla asiakaskertomusten kielenkäyttöä. Asiakaskertomukset ovat lisäksi sidoksissa yleisiin tekstin

tuottamisen ehtoihin ja ympäröivään kulttuuriin. (Günther 2012, 15–17.) Tekstintutkimus perustuukin ajatukseen puheesta ja tekstistä sosiaalisena toimintana (Burr 2003; ref. Günther 2012, 17). Näkemykset ovat yhteneviä viitekehysten, sosiaalisen konstruktionismin kanssa, jonka mukaan todellisuutta tuotetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja se on aina sidonnainen kontekstiinsa.

Asiakasdokumentit ovat keskeinen osa palvelujärjestelmää ja eri alojen asiantuntijoiden työtä, myös verkostotyötä. Asiakkaan tilanteesta kirjattua tietoa tallennetaan ja siirretään eteenpäin dokumentteina. Ne ovat siis osa instituutioiden välistä vuorovaikutusta ja tärkeä työkalu asiakkaan auttamisessa. (Günther 2012, 15; Vierula 2012, 149.) Dokumentit ovat eräänlaisia vallankäytön välineitä, joilla vaikutetaan asiakkaan tilanteeseen eri tavoin (Kääriäinen 2003, 5; Morén 1999, 330; Taylor 2008, 40). Niillä voidaan edesauttaa asiakasta pääsemään palveluiden piiriin, mutta ne voivat myös estää palvelun saamisen (Vierula 2012, 149). Dokumentit mahdollistavat vallankäytön myös hallinnollisessa päätöksenteossa. Ne ovat siis omalla tavallaan aktiivisia toimijoita (Vierula 2012, 150), jopa konkreettisia intervention välineitä, joilla myös kuvataan ja oikeutetaan tehtyjä sekä mahdollisia tulevia interventioita (Morén 1999, 330–331; Vierula 2012, 151). Dokumentit voivat toimia myös eri osapuolten oikeusturvana (Morén 1999, 330).

Asiakassuunnitelmat ja muut asiakasta koskevat dokumentit ohjaavat työntekoa tarjoamallaan tiedolla, ja niitä on mahdollista tarkastella vielä vuosienkin kuluttua uudelleen (Günther 2012, 15; Laaksonen ym. 2011, 43; Räsänen 2014, 91). Asiakkaiden tilanteista joudutaankin toisinaan tekemään päätöksiä aiemmin rakennettujen asiakaskertomusten perusteella (Laaksonen 2011, 43). Jälkikäteen luettavat tekstit eivät kuitenkaan ole välttämättä lukijan itsensä kirjoittamia, vaan ratkaisuja voidaan joutua tekemään toisten työntekijöiden kirjauksien avulla. Kirjoittaja ei ole itse edes välttämättä ollut mukana tilanteessa, jonka pohjalta teksti on kirjoitettu. Koska tekstit ovat seurausta työntekijän ja asiakkaan välisestä suhteesta (Morén 1999, 331; Vierula 2012, 151), se saattaa aiheuttaa virhetulkintojen tekemistä. Toisaalta aiemman tiedon käytöllä on myös etunsa asiakkaalle, kun hänen ei tarvitse kertoa menneitä tapahtumia eri työntekijöille (Räsänen 2014, 91).

Mielenterveyskuntoutujien asiakassuunnitelmia tutkineen Kirsi Güntherin (2012) mukaan suunnitelmien kirjoittamiseen velvoittavat erilaiset asiakkaan oikeuksia puolustavat lait. Suunnitelmaa ei kuitenkaan tarvitse laatia, mikäli asiakassuhde perustuu tilapäiseen ohjaukseen tai jos laatimista ei koeta tarpeelliseksi (mt., 15). Päihdepsykiatrian poliklinikalla

ei tehdä varsinaisia asiakassuunnitelmia, mutta työskentely perustuu yhdessä sovittaviin tavoitteisiin ja suunnitelmiin, jotka kirjataan kertomukseen. Siten voidaan ajatella, että poliklinikan kertomukset ovat asiakassuunnitelmien kaltaisia tekstejä. Niiden kirjaamiskäytäntöihin vaikuttavat asiakassuunnitelmien tavoin lait, instituution oma organisaatiokulttuuri, tehtävät ja dokumenttien luoma ymmärrys poliklinikan auttamistyöstä (mt., 15).

Organisaation asettamista raameista huolimatta työntekijät muokkaavat dokumentteja ja kirjaamiskäytäntöjä oman työnsä tavoitteisiin sopiviksi. Kehitystyössä kiinnitetään kuitenkin harvemmin huomiota siihen, millainen kuva asiakkaasta, ympäröivästä instituutiosta ja tehdystä työstä annetaan. (Günther 2012, 15.) Työntekijät keskittyvät helposti siihen, *mitä* kirjoitetaan. Tällöin voi jäädä huomioimatta, *miten* he asiat ilmaisevat. Tätä tutkijat perustelevat sillä, että sosiaalityön dokumentoinnin tärkeimpänä tehtävänä on noudattaa lakia ja hallinnon määrittämiä raameja. Dokumentit voidaankin nähdä sekä organisaation palvelijana että toisaalta myös sen seurauksena. (Kääriäinen 2003, 22; Morén 1999, 331; Vierula 2012, 151.) Laaksonen ym. (2011, 38) huomauttavat, että instituutioiden asettamista toimintamalleista huolimatta asiakaskertomukset tulisi suunnata ihmisille, ei organisaatiolle.

Asiakkaan tieto omasta elämästään siirtyy hänen asiakaskertomuksiinsa eri tavoin suodattuna. Asiakaskertomukset muodostavat ensi puhutun, sen jälkeen tulkitun ja lopuksi kirjoitetun sanojen ja merkitysten kokonaisuuden. (Vierula 2012, 150–151.) Päihdepsykiatrian poliklinikan tapaamisessa käsitellyt asiat ovat kulkeneet monen tulkitsevan suodattimen läpi ennen kuin ne ovat päätyneet lopulliseksi tekstiksi varsinaiseen asiakaskertomukseen. Verkostopalaverissa työntekijä, tässä tutkimuksessa yleensä lääkäri, tekee omat tulkintansa tilanteesta ja sanelee näkemyksensä tilanteesta asiakastietojärjestelmään. Sanelun kirjoittaa tekstimuotoon sihteeri, jonka jälkeen lääkäri tekee tarvittavat muokkaukset sihteerin kirjaamaan tekstiin. Aineistostani on nähtävissä, onko teksti kirjattu sanelun perusteella vai suoraan asiakastilanteesta mukana olleen työntekijän toimesta.

Stefan Morén (1999, 332) kutsuu transformaatioksi tilannetta, jossa tiedon siirtymisessä asiakkaalta dokumenttiin tapahtuu muutos kielen muuttuessa asiakkaan käyttämästä kielestä instituution ammattikieleen. Kun puhutavat ovat organisaatiosta käsin määriteltäviä, asiakkaan tilanne on helpommin apua tarjoavan palvelun lähestyttävissä. (Vierula 2012, 151.) Verkostoyhteistyössä keskiössä ovat ensisijaisesti asiakkaat, jotka hekin saavat päihdepsykiatrian poliklinikan asiakaskertomukset jakeluna. Tekstien tulkitseminen voi kuitenkin olla ongelmallista, kun organisaation kieli ei ole asiakkaiden arkikieltä. He eivät pysty vält-



tämättä omaksumaan tekstin sisältöä, vaikka kyse onkin heitä koskevista asioista (Vierula 2012, 151). Aineistostani löytyykin paljon sekä organisaation omia että sosiaali- ja terveysalalla yleisesti käytettyjä lyhenteitä, joiden merkitystä asiakas ei välttämättä ymmärrä.

Laaksonen ym. (2011) ovat luoneet ohjeet hyvän dokumentoinnin käytännöistä sosiaalialan työntekijöille. Kirjoittajien mukaan työntekijöiden tulisi pyrkiä työssään osallistavaan dokumentointiin. Tämä tarkoittaa asiakkaan oikeutta omiin asiakirjoihinsa sekä väärin tietojen tai epätarkkuuksien korjaamiseen. (Mt., 42.) Osallistavaan dokumentointiin sisältyy lisäksi ajatus dokumenttien kirjaamisesta asiakkaan kanssa yhdessä. (Laaksonen 2011, 42; Vierula 2012, 152.) Osallistavalla dokumentoinnilla voidaan vähentää viranomaiskielen käyttöä asiakaskertomuksissa ja sillä edesauttaa asiakkaan ymmärrystä häntä koskevista teksteistä. Aineistoni dokumenteissa tekstien kirjaamista yhdessä asiakkaiden kanssa ei ilmene. Laaksonen ym. (2011, 42–43) kuitenkin huomauttavat, ettei asiakkaan osallisuus tarkoita automaattisesti sitä, että dokumentteihin pitäisi kirjata vain asiakkaan omia näkemyksiä tai jättää kirjaamatta sellaiset asiat, joita asiakas ei itse halua omaan asiakaskertomukseensa. Pääasia on, että työntekijä perustelee omat ajatuksensa tekstiin, mikäli näkemys tilanteesta on eri kuin asiakkaalla itsellään.

Tässä tutkielmassa on olennaista huomioida asiakastietojärjestelmien merkitys kirjaamisen ohjaajana (Saario 2011, 203; Vierula 2012, 151). Tietojärjestelmä antaa valmiita ja työntekijöiden kesken yhtenäistä kirjaamista helpottavia otsikkovaihtoehtoja, mutta myös omavalmintaisia otsikoita on mahdollista käyttää. Poliklinikan teksteissä kirjaaminen näyttää kuitenkin toteutuvan tiettyjen otsikkojen toistumisena. Toistuvat otsikot helpottavat tekstien sisäistämistä ja tiedon etsimistä. Verkostokokousten teksteissä on otsikoiden perusteella käyty yksilöllisistä tilanteista huolimatta tietyt osa-alueet läpi, esimerkiksi nykytila, päihneiden käyttö, psyykinen vointi, suunnitelma ja jakelu. Valmiiksi rakennetut otsikot saattavat myös osaltaan kertoa siitä, millaisia asiakkaita palvelussa odotetaan asioivan.

Työntekijä tekee tiedostettuja ja tiedostamattomia valintoja siinä, mitä ja millä tavoin kirjaa asiakaskertomukseen. Tapaamisessa käsiteltävistä asioista osa jää väistämättä kirjoittamatta. Tämä saattaa olla joskus asiakkaan kannalta perusteltua, mutta syy voi olla myös asioiden unohtaminen. Lisäksi työntekijä valitsee, kenen näkökulmasta tekstiä kirjoittaa. (Günther 2012, 16; Laaksonen 2011, 28; Morén 1999; Vierula 2012, 151–152.) Työntekijän kannattaa esimerkiksi miettiä, mitä asioita kirjaa lähisuhdeväkivallasta kertomukseen. Tietoisiin ja tiedostamattomiin valintoihin vaikuttavat kulttuurinen konteksti ja se, kenelle

teksti kirjoitetaan. Lisäksi vaikuttavana elementtinä on ajatus siitä, mitä työntekijä haluaa saada tekstillään aikaan eli mikä on tekstin tarkoitus. (Günther 2012, 16.) Tietoisien vallankäytön lisäksi työntekijä voi siis käyttää valtaa dokumentoidessaan myös tiedostamatta sitä. Asiakas on aina dokumentissa toiminnan ja vallankäytön kohde, jonka vuoksi tekstit eivät ole koskaan täysin neutraaleja kuvauksia asiakkaan tilanteesta (Günther 2014, 681).

Sosiaalityöntekijän harkintaa dokumentoinnissa ohjaavat ammatillinen ja moraalinen kehys (Huuskonen, Korpinen & Ritala-Koskinen 2010, 343). Harkinta sisältää mahdollisuuden vallankäyttöön, joka on toisaalta sisäänrakennettu organisaation dokumentointikäytäntöihin. Työntekijä voi tehdä dokumenteissa eron hänen ja asiakkaan välille. Dokumentointi tuokin omalla tavallaan esiin koko yhteiskunnan ja ihmisten välisiä valtasuhteita. (Vierula 2012, 152.) Vallankäyttö ei rajoitu yksittäisen työntekijän ja asiakkaan välille, vaan sitä esiintyy laajemmin yhteiskunnan ja asiakkaan sekä yhteiskunnan ja työntekijän välillä. Tämä liittyy olennaisesti tutkielmani viitekehystä tarkentavaan sosiaalisen ongelmatyön kehykseen. Tällaisina yhteiskunnan ja yksilön välisen vallankäytön esimerkkejä ovat työntekijöiden kirjaukset asunnottomuudesta, joka on kulttuurisesti määritelty ongelmaksi, vaikka asiakas ei sitä ongelmaksi kokisikaan. Kulttuuriset normit kuitenkin velvoittavat työntekijää kirjaamaan kertomukseen asunnottomuudesta heränneen huolen.

Tutkimukseni kannalta on tärkeää huomioida verkostopalaverien kirjaamisen haastavuus. Kirjaaminen on sitä vaikeampaa, mitä enemmän tilanteessa on läsnä osallistujia. Ajattelen kertomusten olevan Güntherin (2014, 681) tutkimien mielenterveyskuntoutuskurssin loppulausuntojen kaltaisia moniäänisiä dokumentteja. Jotta tilanteen moniulotteisuus tulee ymmärretyksi, kaikkien osallistujien näkemysten esittäminen on tärkeää. Lisäksi tulisi kirjata tapaamisen tarkoitus, keskustelujen merkitys asiakkaan tilanteen kannalta ja tapaamisesta seuranneet johtopäätökset. On myös olennaista esittää yhteisen keskustelun lopputulokset. (Laaksonen ym. 2011, 39.) Näkökulmaa voidaan pitää yhtenä palveluiden välisen suunnitelmallisen verkostotyön peruserätyyppinä. Yhden organisaation asiakaskertomusta luetaankin tyypillisesti monissa eri palveluissa (Mt., 39). Verkostotyöskentelyn tutkimisen kannalta on keskeistä huomioida, että kertomuksia luetaan monta kertaa uudelleen eri ihmisten toimesta ja niitä tulkitaan eri tavoin kontekstista riippuen. (Vierula 2012, 150.) Myös aineistoni tekstejä lähetetään asiakkaan lisäksi useille toimijoille, jolloin niitä tulkitaan eri tahoilla eri tavoin. Jokaisella työntekijällä on omasta organisaatiostaan ja koulustaustastaan kumpuava ammatillinen intressi, josta käsin tekstiä tulkitaan.

### 4.3 Aineiston rajausta ja kuvausta

Tutkimuskohteena ovat asiakkaan ensikäynnistä alkaen synnytystä edeltävään verkostopalaveriin saakka kirjoitetut sähköiset asiakaskertomukset. Pääpaino on kuitenkin verkostopalavereista koottujen tekstien tutkimisessa, sillä niissä rajatyö on selkeästi sisäänrakennettuna työskentelymuotoon: palavereissa on tyypillisesti edustamassa useita eri verkoston tahoja. Sosiaalityön näkökulmasta huomionarvoista on, että synnytystä edeltävässä verkostopalaverissa mahdollinen ennakollinen lastensuojeluilmoitus on jo tehty ja lastensuojelun sosiaalityöntekijä on yleensä tapaamisessa läsnä.

Alun perin tarkoitukseni oli tarkastella vain yksittäisistä verkostopalavereista kirjoitettuja dokumentteja, mutta huomasin verkostotyötä tehtävän paljon myös palaverien ulkopuolella. Päädyin lopulta tutkimaan yksittäisten asiakkaiden useampia kirjauksia, sillä koin saavani luotettavampia tuloksia tarkastellessani pidemmän aikavälin kirjauksia. Jaan Maija Gerlanderin, Teija Lukkarin ja Tarja Kettusen (2014, 27) näkemyksen siitä, että yksittäisen tapaamisen tarkastelu ei varsinkaan pitkäaikaissairaana kohdalla kuvaa tarpeeksi kattavasti syntyneiden vuorovaikutussuhteiden laatua. Myös rajatyön laadusta saa tarkemman kuvan useamman käynnin kirjausten perusteella. Jätän analyysin ulkopuolelle synnytystä edeltävän verkostopalaverin jälkeiset kirjaukset. Rajaaminen raskaudenaikaisiin kirjauksiin on perusteltua, sillä työnjako ja suunnitelmat pyritään aina tekemään ennen laskettua aikaa. Oletan aineiston siis olevan hedelmällisintä raskausajalta.

Diagnoosit olivat yksi peruste aineiston rajaamiselle. Päihteiden käytön häiriön diagnooseja ovat ICD-10-diagnoosiluokituksen<sup>2</sup> mukaan haitallinen käyttö F1x.1 ja riippuvuusoireyhtymä F1x.2 (Aalto 2007, 1293). Haitallinen käyttö ei välttämättä tee riippuvaista, mutta se voi aiheuttaa merkittäviä psykososiaalisia seurauksia. Se eroaa riippuvuuden diagnoosista esimerkiksi siten, että toleranssin nousua, vieroitusoireita tai pakonomaista ainehakuista käytöstä ei aina esiinny. (Kuoppasalmi ym. 2013, 414–415.) Rajasin päihderiippuvuuden diagnooseiksi F11 opiaatit, F12 kannabinoideit, F14 kokaiini, F15 muut stimulantit, F16 hallusinogeenit tai F19 sekakäyttö ja muut psykoaktiiviset aineet (Seppä ym. 2012, 8). Rajasin pois lääke-, alkoholi- tai tupakkariippuvuuden sekä riippuvuuden laillisiin liuottimiin, ja keskityn *laittomiin huumausaineisiin*. Otin kuitenkin mukaan lääkkeellisessä kor-

---

<sup>2</sup> ICD-luokitus (International Classification of Diseases) on Maailman Terveysjärjestön (WHO) vuonna 1948 kehittämä tautiluokitusjärjestelmä, joka on Suomessa virallinen perusta psykiatriselle diagnostiikalle. Nykyinen luokitus ICD-10 on otettu Suomessa käyttöön vuonna 1996. Suomalaista versiota päivittää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (Lönnqvist 2013, 49.)

vaushoidossa olevat opioidiriippuvaiset. Vaikka he ovat hoidon piirissä, riippuvuus on syntynyt laittomiin huumausaineisiin. Lääkeriippuvaiset taas saavat lääkkeitä katukaupan lisäksi myös laillisesti reseptillä. On mahdotonta tietää, ketkä ovat saaneet niitä vain laittomasti katukaupasta, ja kenelle lääkkeet on määrätty laillisesti. Sekakäyttäjistä otin mukaan ne, joilla on todettu riippuvuus ainakin yhteen laittomaan huumausaineeseen. Rajasin mielenterveyden häiriöt niiden laajan kirjon vuoksi Pirkolan ja Wahlbeckin (2004) tutkimustulosten perusteella kaksoisdiagnoosia sairastavien sairaalajaksoilla yleisimmin esiintyviin diagnooseihin eli persoonallisuushäiriöt F60, mielialahäiriöt F30–39 ja psykoottiset häiriöt F20–29. Diagnoosien joukossa tulee edellä mainituista esiintyä vähintään yksi, mutta on mahdollista, että mielenterveyden häiriöiden diagnooseja on asetettu useampia.

Aineiston rajaaminen huumeriippuvuuteen tuntui tutkimuskysymykseeni nähden järkevältä, sillä riippuvaisella on todennäköisemmin päihdehoitokontakti kuin haitallisen käytön diagnoosin saaneella. Lisäksi riippuvuus vaikuttaa arkeen haitallista käyttöä merkittävämmän, jolloin myös liitännäisilmiöt korostuvat. Kiinnostus huumeidenkäyttäjien tutkimiseen perustuu myös henkilökohtaisiin intresseihin. Olen työssäni huomannut huumeriippuvaisen olevan palveluverkostossa väliinputoajan asemassa ja toisinaan myös kokenut, ettei heidän näkemyksiään tai kokemuksiaan ole otettu riippuvuuden vuoksi huomioon. Tätä kokemusta vahvistavat myös teoriataustan tutkimukset. Lisäksi palvelut huume- ja alkoholiiriippuvaisille ovat osittain erilaiset, joten koin aineiston asiakaskertomusten olevan keskenään vertailukelpoisempia, mikäli keskityn vain huumeriippuvaisten palveluihin.

Rajasin aineiston vuonna 2013 saapuneisiin läheteisiin, jotka on suljettu viimeistään vuoden 2014 joulukuussa. Suljettu lähete tarkoittaa, että asiakkuus poliklinikalla on päättynyt. Rajaamiseksi ulkopuolelle ennen vuotta 2013 saapuneet läheteet sekä läheteet, jotka ovat olleet avoimia vielä tiedonhakuni aikana tammikuussa 2015. Avoimilla läheteillä viitataan yhä voimassaoleviin asiakkuuksiin. Rajauksella vältän sen, ettei aineistossa ole mukana asiakkuudessa olevien asiakaskertomuksia. Rajaamalla pois ennen vuotta 2013 saapuneet läheteet pyrin saamaan mahdollisimman tuoretta aineistoa. Etenkin päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat jatkuvassa muutoksessa, eivätkä muutaman vuoden takaiset palvelut välttämättä vastaa tämänhetkisiä palveluita.

Työntekijät ovat kirjanneet läheteet Excel-tilukoon, joka toimii tärkeänä aineiston rajaamisen välineenä. Siihen on kirjattu asiakkaan nimi, henkilötunnus, laskettu aika, tieto mahdollisesta ennakkolisestä lastensuojeluilmoituksesta, synnytystä edeltävän verkostopa-

laverin ajankohta, vastuutyöntekijä eli lääkärin työparina toiminut sosiaalityöntekijä tai sairaanhoitaja ja suunnitelma. Suunnitelmaosioon on kirjattu, onko lähete suljettu vai avoin. Lisäksi kerrotaan, mikäli asiakas oli tehnyt abortin tai saanut keskenmenon, jolloin asiakkuus on keskeytynyt. Läheteitä saapui vuonna 2013 yhteensä 46 kappaletta. Pystyin arvioimaan joidenkin kertomusten hyödynnettävyyttä pelkän lähetetaulukon perusteella. Näin välttyin niiden dokumenttien lukemiselta, joita en olisi voinut hyödyntää aineistona täyttämättömien kriteerien vuoksi. Koin tämän tärkeäksi asiakkaiden oikeusturvan ja organisaation salassapitovelvollisuuden kannalta. Rajasin ensin pois 14 asiakkaan asiakaskertomukset, joiden asiakkuutta ei ollut päätetty vuoden 2014 loppuun mennessä. Lisäksi jätin tiedonhakuni ulkopuolelle kolmen keskenmenon ja kahden abortin takia keskeytyneen asiakkuuden kertomukset, sillä asiakkuus ei kestänyt synnytystä edeltävään verkostopalaveriin saakka. Taulukossa esitettiin myös yksi asiakas ilman henkilötunnusta. Koska toteutin tiedonhakuni henkilötunnuksilla, jouduin jättämään kyseiset asiakaskertomukset pois aineistoni ulkopuolisten ihmisten tietojen katsomisen välttämiseksi.

Ensimmäisen karsinnan jälkeen etsittäväkseni jäi 26 asiakaskertomusta tietojärjestelmästä. Tutkittuani tekstejä tarkemmin päätin jättää pois viisi keskeytynyttä asiakkuutta, joissa synnytystä edeltävää verkostopalaveria ei ollut järjestetty, eivätkä kertomukset siten olleet muuhun aineistoon nähden vertailukelpoisia. Asiakkuus oli keskeytynyt, sillä sen jatkumiselle ei asiakkaan ja poliklinikan näkökulmasta nähty enää tarvetta. Lisäksi karsin aineistonhaun yhteydessä ulkopuolelle 14 asiakkaan dokumentit, joiden diagnostiset kriteerit eivät kertomuksen perusteella tutkimuskysymykseeni nähden täyttyneet. Näillä asiakkailla esiintyi vain joko päihderiippuvuus tai mielenterveyden häiriö tai päihderiippuvuus oli rajoittunut huumeiden sijaan alkoholiin tai lääkkeisiin. Yhden asiakkaan kertomuksen jätin pois eettisistä syistä aineiston objektiivisen tarkastelun mahdollistamiseksi. Lopuksi päädyin vielä karsimaan yhden kertomuksen pois sillä perusteella, että lääkärin työparina oli toiminut koko ajan sairaanhoitaja sosiaalityöntekijän sijaan. Laajempaan tutkielmaan olisi saanut mielenkiintoista lisäsävyä vertaamalla sairaanhoitajan kirjoittamia tekstejä sosiaalityöntekijän teksteihin. Aineistossa on kuitenkin yksittäisiä sairaanhoitajien tekemiä kirjauksia, jotka mahdollistavat myös organisaation sisäisen rajatyön tutkimisen.

Lopulta tutkittavakseni jäi viisi asiakaskertomusta, joissa kaikissa lääkärin työparina toimii pääasiassa sosiaalityöntekijä. Aineisto on kokonaisuudessaan 51-sivuinen, ja yksittäisten kertomusten pituus vaihtelee 6–15 sivun välillä. Excel-taulukon perusteella kolme asiakas-

ta on raskausaikana korvaushoidossa Subutex-lääkityksellä, kahdella ei toteuteta lääkkeellistä päihdehoitoa. Kaikista raskauksista on tehty ennakkollinen lastensuojeluilmoitus.

#### 4.4 Tutkimuksen etiikka

Tutkielmassani käytettyjen dokumenttien tutkimiseen liittyy erilaisia eettisiä kysymyksiä. Asiakaskertomusten asiakkaiden tai tekstien kirjaajien kanssa ei ole erikseen keskusteltu tekstien käsittelemisestä juuri tässä tutkimuksessa. En kokenut välttämättömäksi olla yhteydessä dokumenttien kirjaajiin, sillä heistä kukaan ei enää työskentele päihdepsykiatrian poliklinikalla. Näin ollen ei ole mahdollista, että tutkimuksen tekeminen vaikuttaisi heidän kirjaamiskäytäntöihinsä kesken analyysin. En myöskään ottanut tutkimusta tehdessäni asiakkaisiin yhteyttä, sillä halusin tutkia nimenomaan asiakaskertomuksissa tuotettua sosiaalista todellisuutta, en ihmisiä. Eettisesti kestävyyttä vahvistaa organisaatiolta saatu tutkimuslupa tutkielman tekemiseen. Myös eettisen toimikunnan mahdollisen lausunnon tarve on selvitetty. Aineistoni on kokonaisuudessaan salassa pidettävää materiaalia, joten vaitiolovelvollisuus oli käytännön tutkimusprosessia vahvasti määrittävä tekijä. Käsitteelin aineiston päihdepsykiatrian poliklinikan tiloissa ja se on säilytetty keräämisen jälkeen tulostettuna lukollisessa kaapissa. Analyysin valmistuttua hävitin tulostetun aineiston.

Keskeisimpiä eettisiä haasteita tutkimuksessa oli anonymiteetin takaaminen. Anonymisoinnilla tarkoitan suorien ja epäsuorien tunnisteiden poistamista tai muuttamista asiakaskertomuksista (Kuula 2011, 112). Suorat tunnisteet anonymisoin poistamalla asiakkaiden henkilötunnukset ja kertomuksissa esiintyvät nimet jo ennen analyysia. Läheisistä kirjoitan heidän asemaansa kuvaavalla termillä suhteessa asiakkaaseen, esimerkiksi ”puoliso” tai ”äiti”. Työntekijöistä kirjoitan käyttämällä heidän ammattiasemaansa vastaavaa termiä, esimerkiksi ”sosiaalityöntekijä”. Epäsuorista tunnisteista poistin kuntien nimet ja kuvaan niitä kirjaimin (esimerkiksi Kunta G). En myöskään kerro, minkä sairaalan asiakaskertomuksista aineisto koostuu. Palveluista kirjoitan käyttämällä sen toimintaa kuvaavaa yleiskäsitettä (esimerkiksi psykiatrian poliklinikka). Vahvistan anonymiteettia esittämällä analyysissa vain lyhyitä katkelmia tutkimusaineistoni teksteistä. Mikäli tekstissä ilmeni mahdollisesti henkilöllisyyden paljastavia virkkeitä, jätin ne analyysistani pois. Lisäksi sijoitin kertomuksista katkelmia analyysiini siten, etteivät ne ole keskenään yhdistettävissä yhtenäisiksi kertomuksiksi. Poistin analyysin valmistuttua kaikki analyysin tekoa helpottaneet tunnistetiedot aiheen arkaluonteisuuden ja asiakasryhmän pienuuden vuoksi.

Yleisten tutkimuseettisten kysymysten lisäksi sosiaalityön tutkimukseen liittyy omia eettisiä jännitteitä. Tutkittavat ilmiöt ovat usein henkilökohtaisia, joten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tutkittavien loukkaamattomuus on huomioitava koko prosessin ajan (Rauhala & Virokangas 2011, 246–247, 251). Arja Kuula (2011, 135) määrittelee arkaluonteisiksi tutkimusaiheiksi esimerkiksi sosiaalietyudet, rikokset ja terveydentilan, joista kaikista kirjoitetaan aineistossani. Arkaluonteisista ilmiöistä kirjoittaminen ei ole yksinkertaista. Eriarvoisessa asemassa elävien puolustaminen on kuitenkin yksi sosiaalityön tärkeimmistä moraalisisista tehtävistä, joten niistä on tärkeä kirjoittaa. Tutkijan tulee kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, *miten* näistä ilmiöistä kirjoittaa. (Granfelt 2002, 127–128, 137.) Koen samanaikaisesta huumeriippuvuudesta ja mielenterveyden häiriöstä kirjoittamisen tärkeäksi, sillä asiakkaat asettuvat avuntarpeensa monitahoisuuden vuoksi marginaaliseen asemaan, eikä heidän ääntään kuulla tarpeeksi. Vaikka tutkimukseni kohteena ovat työntekijöiden kirjaamat dokumentit, oli samalla tavoitteena saada asiakkaiden ääntä kuuluviin. Kiinnitin kirjoittaessani erityistä huomiota siten, ettei tutkittavien asema palvelujärjestelmässä entisestään heikkene. Tutkijalla on tekstistään moraalinen vastuu. (Mt., 129, 133.) Kirjoittamisprosessi ja ilmiöiden kuvaaminen vaatii tarkkuutta ja hienovaraisuutta väärinymmärrysten välttämiseksi, joten pyrin Riitta Granfeltin (2002, 133) suosituksen mukaisesti perustelemaan tulkintani perusteellisesti ja sitouttamaan ne esiintymiskontekstiinsa.

Tutkijana olen eräänlaisessa kaksoisroolissa. Työskentelen itse samankaltaisessa tilanteessa olevan asiakasryhmän kanssa, joten työkokemukseni raskaana olevien huumeriippuvaisien ja mielenterveyden häiriötä sairastavien kanssa vaikuttaa väistämättä aineistosta tekemiini tulkintoihin. On mahdollista, että analyysiin olisi saanut objektiivisemmän näkökulman tutkija, joka ei näiden asiakkaiden kanssa olisi työskennellyt. Toisaalta taas uskon työkokemukseni tuoneen analyysiin rikkautta, ja ilman sitä analyysistä olisi saattanut jäädä joitakin olennaisia nyansseja huomaamatta. Huumeriippuvuuden ja mielenterveyden häiriön sekä niiden yhdistelmän ymmärtäminen ilmiöinä ja näiden sairauksien vaikutukset yksilön ja heidän läheistensä elämään on tärkeää tämän aihealueen tutkimuksessa.

## 5 METODOLOGINEN VIITEKEHYS JA ANALYYSI

### 5.1 Sosiaalinen konstruktionismi ja sosiaalisen ongelmatyön kehys

Valitsin metodologiseksi viitekehyyksi *sosiaalisen konstruktionismin*. Sen mukaan tuotetun kertomuksen merkitysten rakentuminen on kontekstisidonnaista. Sosiaalisessa konstruktionismissa tarkastellaan sosiaalisen todellisuuden rakentumista ja siitä seuranneita tuotoksia kielenkäytössä ja muussa ihmisten keskinäisessä toiminnassa (Jokinen 1999a, 38, 40). Tässä tutkielmassa näillä tuotoksilla tarkoitetaan asiakaskertomuksia. Viitekehys tarjoaa analyysiin valmiiden ratkaisujen sijaan kuviteltuja ratkaisumalleja helpottaakseen sosiaalisen todellisuuden hahmottamista. Lisäksi viitekehys rajaa metodisia ratkaisuja. (Alasuutari 2001, 37–38.) Sosiaalinen konstruktionismi vaikuttaa diskurssianalyysissä tutkimuskohteen valintaan, tutkimuskysymysten muotoiluun, analyysityökalujen kehittelyyn sekä tutkijan ja tutkittavan kohteen välisen suhteen ymmärtämiseen. (Jokinen 1999a, 40.)

Jo Peter L. Berger ja Thomas Luckmann (1966/1994) ovat tuoneet esille näkemyksen todellisuuden rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ihminen tuottaa vuorovaikutuksessa itsensä, mutta lisäksi tuotetaan yhdessä sosiokulttuurisesti ja psykologisesti muodostunut ympäröivä inhimillinen maailma. Tätä ympäröivät kulttuurisesti määrittäneet kehykset. Berger ja Luckmann näkevätkin inhimillisyyden ja sosiaalisen yhteyden toisistaan erottamattomina: eristäytynyt ihminen ei voi luoda ympärilleen inhimillistä ympäristöä. Toisin sanoen todellisuudesta välittyy ja muotoutuu tietoa vain sosiaalisen prosessin osana. Myös kaikki faktat on tämän näkemyksen mukaan rakennettu sosiaalisissa tilanteissa. (Mt., 62–63, 226.)

Berger ja Luckmann (1966/1994) liittävät sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen instituutioiden muodostumisen, jota he jäsentävät totunnaistumisen käsitteellä. Siinä instituutiot tuottavat itseään historian edessä. Inhimillinen toiminta totunnaistuu vakiintuneeseen muotoonsa, kun samaa toimintaa ilmenee toistuvasti. Toimijat osallistuvat vastavuoroiseen totunnaistuneen toiminnan tyypittelyyn eli instituutioiden muodostamiseen. Instituutioiden peruselementtinä on, että instituutiot asettavat ennakkoon määritellyjä käyttäytymismalleja säädellen siten ihmisten käyttäytymistä. Instituutioiden olemassaolo tuottaa sosiaalista kontrollia, joka mahdollistaa inhimillisen käyttäytymisen sosiaalisen säätelyn. (Mt., 65–68.)



Vaikka Bergerin ja Luckmannin (1966/1994) teoria ei olekaan tuore, se tavoittaa teoreettisen viitekehysten ytimen: todellisuus rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Neuvottelu palveluverkoston välisestä rajatyöstä on aineistossani käyty tilanteessa, jossa keskustellaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa verkoston muodostamisesta ja hoitovastuun jakautumisesta. Instituutioituminen taas näkyy työskentelyssä jo läheteiden hyväksymisvaiheessa: työryhmä arvioi, onko asiakas sopiva juuri kyseisen palvelun asiakkaaksi, vai suositellaanko hänelle jotakin toista tahoja. Kaikkia läheteitä ei hyväksytä, vaan tilanteiden yksilöllisyydestä huolimatta läheteet valitaan ennalta määritettyjen raamien mukaisesti. Työntekijöiden arvio asiakkaan tilanteesta perustuu totunnaistettuun toimintaan, mikä tarkoittaa aineistossani esimerkiksi organisaation asettamien raamien lisäksi toiminnan perustumista ammatilliseen tietoon ja työntekijöiden aiempaan kokemukseen.

Bergerin ja Luckmannin (1966/1994, 215, 226) suomennettuun teokseen jälkisanat kirjoittaneet Aittola ja Raiskila huomauttavat, että teos tarjosi ilmestyessään vaihtoehdon aikakaudelle, jossa painotettiin vahvasti yhteiskunnan rakennetekijöitä yksilön sijaan. Teoriaa tulkittaessa tuleekin ottaa sen esiintymiskonteksti huomioon. Suomentajat pitävät kuitenkin teosta yhteiskuntatieteiden konstruktionistisen näkökulman edelläkävijänä. Teoria sosiaalisesta säätelystä ja kontrollista onkin sovellettavissa myös nykypäivään. Esimerkki sosiaalisen kontrollin olemassaolosta voisi olla lastensuojelulaki, joka velvoittaa viranomaisen arvioimaan perusteita lastensuojeluasiakkuudelle lastensuojeluilmoituksen saavuttua. Päihdepsykiatrian näkökulmasta ennakkoon kulttuurisesti määritellyn käyttäytymismallin mukaisesti kaksoisdiagnoosia sairastavasta raskaana olevasta naisesta herää huoli, jolloin apua on mahdollista tarjota sosiaalisella säätelyllä ennakollisena lastensuojeluilmoituksena.

Viitekehystäni tarkoittaa *sosiaalisen ongelmatyön kehys*. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta esimerkiksi kulttuurisesti ilmenevien sosiaalisten ongelmien määrittelyiden ja niihin perustuvan diagnostiikan voi ajatella muotoutuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Erityisesti sosiaalityössä tutkitaan arkielämän paikallisesti tuotettua ja ylläpidettyä moraali-järjestystä. Sen lisäksi tarkastellaan, miten yleisimmät kulttuuriset tulkintarakenteet voidaan yhdistää arjen osa-alueisiin siten, että sen seurauksena voidaan tunnistaa erilaisia sosiaalisten ongelmien kategorioita. (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 9.) Ongelmat eivät siis ole olemassa sellaisenaan, ilman määrittelyä. Näin ollen niitä ei myöskään voida käsitellä tilanteesta riippumattomina faktoina. Määritelmät sosiaalisille ongelmille vaihtelevat ja niistä puhutaan aikakaudesta riippuen eri tavoin. (Mt., 12–13.)

Ongelmiin perustuva puhe sisältyy kaikkeen ammatilliseen auttamistyöhön. Ongelmat luovat auttamistyölle erilaisia odotuksia, joihin pyritään vastaamaan. Se myös tuottaa työlle erilaisia velvollisuuksia. Ongelmapuhe on siis keskinen osa auttamistyötä. (Juhila 2006, 209.) Sosiaalisten ongelmien tulkintatyössä työntekijät tuottavat kategorioita sosiaalisille ongelmille asiakkaan arkielämään peilaten. Työntekijät hyödyntävät ammatilliseen asemaansa ja asiantuntemukseensa pohjautuvassa kategorisoinnissaan kulttuurisia sosiaalisten ongelmien määrittelyjä. (Jokinen ym. 1995, 9; Juhila 2006, 210.) Ongelman käsite sisältää ajatuksen siitä, että ihmisen elämässä tapahtuu muutosta vaativia, ei-toivottavia asioita (Juhila & Pösö 2000, 38). Koska kyse on asiakkaan ja työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta, myös asiakkaat ovat osallisina ongelman määrittelyn prosessissa (Jokinen ym. 1995, 9; Juhila 2006, 210). Tutkimukseni kannalta on huomionarvoista, että ongelmien tulkitseminen on mahdollista myös dokumenteista (Jokinen ym. 1995, 14). Aineistossani selkeä esimerkki ongelmapuheesta ovat raskaudenaikaiseen päihdekäyttöön liittyvät kirjaukset.

Toisaalta työntekijät toimivat osin kulttuurisesti jaettujen konventioiden eli itsestäänselvyksien kautta, josta esimerkkinä toimii asunnottomuuspuhe mediassa: jos asunnottomuutta pidetään merkittävänä sosiaalisena ongelmana julkisuudessa, ajatus liukenee aina jollakin tasolla myös käytännön sosiaalityöhön, sillä sosiaalityötä ei voida tehdä erillään muista yhteiskunnallisista toimijoista. Kulttuuriset konventiot toimivatkin omalla tavallaan ongelmatyön resursseina. Käytännössä tällaiset itsestäänselvytykset voivat esiintyä esimerkiksi lakitekstin muodossa. Laki taas antaa työntekijälle oikeudet puuttua tarvittaessa yleisesti ongelmallisina pidettyihin asioihin. Tulee kuitenkin ymmärtää, etteivät kulttuuriset itsestäänselvytykset voi määrittää sosiaalityötä, vaan niitä tulee tulkita ja soveltaa käytännössä tilanteen mukaan. (Jokinen ym. 1995, 14.) Päihdepsykiatrian poliklinikalla kulttuuristen konventioiden varassa toimitaan esimerkiksi silloin, kun työntekijä tekee ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen raskaana olevan kaksoisdiagnoosia sairastavan tulevasta lapsesta.

Jokisen ym. (1995) ajatusten lähtökohtana on Spectorin ja Kitsusen (1987) konstruktionistinen ongelmien tutkimustraditio, jossa keskeistä on toimijoiden eli työntekijöiden rooli, sillä asiakkaan ongelmallisesta tilanteesta luodaan näkemyksiä heidän intressilähtökohdistaan käsin. Näkemyksiä vahvistetaan toisten toimijoiden näkemyksillä. Sosiaaliset ongelmat ovat vakiintuneita, kun niitä aletaan käsitellä jossakin instituutiossa. Samalla työskentelyn kohteena oleva ongelma nousee osaksi erilaisia professionaalisia intressejä ja toimintaa, jolloin se määrittyy statukseltaan sosiaalisesti ongelmaksi. (Spector & Kitsuse 1987; ref. Jokinen ym. 1995, 13.) Arja Jokinen ym. (1995) kritisoivat Spectorin ja Kitsusen nä-

kökulmaa kuitenkin siten, ettei sosiaalinen todellisuus ole näin yksinkertainen eikä mekaanisiin intressilähtökohtiin keskittyminen ole relevantti lähestymistapa. Heidän mukaansa sosiaalisia ongelmia ei voi jaotella selkeästi siten, että tehdyillä toimenpiteillä ajettaisiin tiettyjen, toiminnan takaa jäljitettävien eturyhmien asiaa. Tärkeämpää on painottaa tutkia niitä käytäntöjä, joilla luodaan, ylläpidetään ja puretaan sosiaalisia ongelmia. (Mt., 13.)

## 5.2 Diskurssianalyysi

Toteutan analyysini retorisella diskurssianalyysillä. Analyysimenetelmän valintaa määrittää pitkälti tutkimuksen teoreettinen viitekehys (Alasuutari 2011, 83). Menetelmän ja viitekehysten tulee siis olla keskenään yhteensopivia, mutta toisaalta Pertti Alasuutari (2001, 35) huomauttaa, että metodilla tulee olla myös oma itsenäisyytensä. Arja Jokisen (1999a, 39) mukaan diskurssianalyysin teoreettinen pohja löytyy sosiaalisesta konstruktionismista, joten diskurssianalyysi tuntui luontevalta täydennykseltä teoreettiselle viitekehykselleni. Tässä luvussa käsittelem diskurssianalyysin periaatteita yleisesti, ja keskityn retorisen diskurssianalyysin erityispiirteisiin seuraavissa luvuissa.

Eero Suoninen (1999) kuvaa diskurssianalyysia menetelmäksi, jolla tutkitaan kielenkäyttöä ja muuta merkitysvälitteistä toimintaa. Sen avulla tarkastellaan, miten toimijat tekevät kielenkäytöllään ymmärrettäväksi kertomiaan asioita ja miten sosiaalisissa käytännöissä tuotetaan sosiaalista todellisuutta. Ydinajatuksena on, ettei yksiselitteistä totuutta ole olemassa, vaan samaa ilmiö voidaan tehdä ymmärrettäväksi eri tavoin perusteltuna. Huomio kiinnitetään siihen, millaiset kuvaukset ja selitykset ovat eri tilanteissa ymmärrettäviä sekä siihen, millaisia asiantiloja ja seurauksia esitetyillä perusteluilla rakennetaan. Käytännössä tutkimuksen painopisteeksi asetetaan ilmiöiden kuvaamisen tavat. Kielenkäyttö ilmenee siis tekoina ja toimintana, ei pelkästään toiminnan kuvauksena. Puhe ja teot täydentävät toisiaan ylläpitämällä ja muuttamalla sosiaalista todellisuutta. Diskurssianalyysillä voidaan siis tiivistetysti tehdä havaintoja sosiaalisen todellisuuden rakentumisesta. (Mt., 18–20.)

Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Eero Suoninen (1993) näkevät diskurssianalyysin perustuvan viiteen perusoletukseen. Ensinnäkin kielenkäytöllä rakennetaan sosiaalista todellisuutta. Toiseksi siinä tunnistetaan rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien merkityssysteemien olemassaolo. Kolmanneksi merkityksellisen toiminnan ajatellaan olevan sidonnaista kontekstiinsa. Neljänneksi tutkijan tulee huomioida toimijoiden kiinnittyminen merkityssysteemeihin ja viidenneksi on ymmärrettävä kielen käytön seurauksia tuottava luonne. Nämä

oletukset eivät kuitenkaan toistu identtisinä kaikissa tutkimuksissa, vaan niiden painopisteet vaihtelevat tutkimusongelman ja -asetelman mukaan. (Mt., 17–18.)

Yksilö järjestää, rakentaa ja merkityksellistää eli konstruoi esittämänsä asiat kielenkäytöllään. Menetelmän haasteena on, että tutkijan on oman kulttuurin jäsenenä ajoittain vaikea huomata sanojen konstruktiivisuutta ja ymmärtää neutraalimpienkin ilmaisujen sisältävän kulttuurisia perusoletuksia. (Jokinen ym. 1993, 18.) Tutkimuksessani tällaisia oletuksia ovat jo aiemmin mainitut kulttuurisesti määritellyt ongelmat, esimerkiksi asunnottomuus. Ongelman käsitteen käyttäminen voi leimata asiakkaan. Vältänkin käsitteen käyttöä kirjoittaessani kaksoisidiagnoosin liitännäisilmiöistä, jotka taas aineistoni asiakaskertomuksissa on toistuvasti nimetty ”liitännäisongelmiksi”. Asiakas ei välttämättä koe ilmiöitä itse ongelmiksi, vaikka ympäröivä kulttuuri ne sellaiseksi määrittelisikin. Eettistä pohdintaa tulee tutkimusprosessissa harjoittaa myös siinä, uusintaako tutkija itse tutkimusta tehdessään ympäröivän kulttuurin jäsenenä olemassa olevia kulttuurisia oletuksia (mt., 23).

Konstruointiin liittyy tiiviisti merkityssysteemin käsite. Merkitykset eivät ole irrallisia, vaan ne muodostuvat suhteessa ja erotuksena toisiinsa nähden (Jokinen ym. 1993, 19–20). Arkikielessä merkityseroihin perustuvaa luokittelua tehdään jatkuvasti. Aineistossani esimerkkejä luokittelusta ovat työntekijä ja asiakas. Diskurssianalyysissä keskitytään tutkimaan merkityssysteemejä siitä näkökulmasta, miten niitä *tuotetaan* eli missä vaiheessa ja miten asioiden määrittelyjä ja keskinäisiä eroja nostetaan esille. Merkityssysteemien kautta voidaan havaita sekä aineelliset että käsitteelliset asiat ja lisätä ymmärrystä todellisuuden ja kielen käytön toisiinsa kietoutuneisuudesta. Merkityssysteemien kirjolla tarkoitetaan sosiaalisen todellisuuden hahmottamista rinnakkaisten tai keskenään kilpailevien merkityssysteemien maailmana ja sen prosesseja merkityksellistävänä kenttänä. (Mt., 21, 24.)

Arja Jokinen ym. (1993) kutsuvat merkityssysteemejä diskursseiksi tai tulkintarepertuaareiksi, jotka tulee kussakin tutkimuksessa määritellä erikseen. He katsovat diskurssin käsitteen olevan toimivampi, kun käsitellään ilmiöiden historiallisuutta, valtasuhteiden analysointia tai institutionaalisia sosiaalisia käytäntöjä. Tulkintarepertuaarin he ajattelevat liittyvän enemmän tutkimukseen, joissa halutaan selvittää yksityiskohtaisesti arkikielen käytön vaihtelevuutta. (Mt., 28.) Sovellan tutkimuksessani Jokisen ym. (1993) jaottelua ja nimeän aineistoni merkityssysteemit diskursseiksi, sillä keskityn institutionaalisten käytäntöjen tutkimiseen. Lisäksi analyysini sivuaa valtasuhteiden analyysia.

Jokinen ym. (1993) kirjoittavat Mel Churtonin (2000) tavoin kontekstuaalisuuden merkityksestä diskurssianalyttisessä tutkimuksessa. Konteksti toimii merkityssysteemien viritäjänä. Sillä tarkoitetaan aikaa ja paikkaa, johon aineistosta tehtävä tulkinta suhteutetaan. Käsite voidaan jakaa erilaisiin kontekstin tyyppeihin, joita ovat vuorovaikutus-, reunaehto-, lause- ja episodikonteksti sekä kulttuurinen konteksti. Vuorovaikutuskontekstilla viitataan lausumien kannalta olennaisiin vuorovaikutuksen ominaisuuksiin, kuten keskustelupuheenvuorojen analysoimista suhteessa keskustelun etenemiseen. Kulttuurisella kontekstilla taas voidaan ymmärtää kielen käytön yhteys konkreettisen tapahtumatilanteen, esimerkiksi verkostotapaamisen ulkopuolelle. On myös hyvä tarkastella, miten lausutut asiat suhteutetaan tilanteessa mahdollisiin kulttuurisiin konventioihin. (Mt., 29–35.)

Joitakin ympäröivän kontekstin piirteitä voidaan huomioida jo ennen analyysia. Reunaehtokontekstilla tarkoitetaan, että analyysin tuottamisen kannalta voi olla relevanttia esimerkiksi institutionaalisia tilanteita tutkittaessa perehtyä organisaation asettamiin toimintaraameihin. Ne tulevatkin tyypillisesti huomioiduksi jo tutkimuksen lähtökohdissa. (Jokinen ym. 1993, 29–35.) Huomioin tutkimuksessani reunaehtokontekstin esittelemällä luvussa neljä päihdepsykiatrian poliklinikan työskentelyä. Lause- ja episodikontekstilla taas tarkoitetaan sanojen yhteyttä lauseeseen tai yksittäisen teon rakentumista suhteessa toimintaepi-sodiin (mt., 30). Alasuutari (2011) esittää lisäyksenä erityisesti retoriikan analyysiin liittyvän interaktiokontekstin, joka sisältää ajatuksen tekstin osoittamisesta tietylle kohteelle. Se kertoo, miten ja mistä paikasta puhuja esittää itsensä. Interaktiokontekstissa huomio keskittyy siihen, miten argumentoidaan ja millä perusteella (mt., 157).

Kaikki diskurssit eivät ole samanarvoisia, vaan ne voivat myös kilpailla keskenään. Niiden välillä ilmenee valtasuhteita, jolloin jotkut diskurssit esiintyvät toisia vahvempana. Niistä voi muodostua itsestään selvinä hahmotettuja ”totuuksia”, jotka pyrkivät heikentämään vaihtoehtoisten ”totuuksien” asemaa. Tällöin tutkija tarkastelee diskurssien välistä artikulaatiokamppailua. (Jokinen ym. 1993, 29.) Artikulaatiokauppailun lisäksi oman tutkimukseni kannalta huomionarvioista on asiakaskertomusten avoimuus monenlaisille tulkinnoille. Merkityssysteemeitä analysoitaessa tulee huomioida, etteivät tekstit ole yksiselitteisiä aineistoja, joista voisi mekaanisesti kirjaamalla saada tutkimuskysymykseen vastaukset, vaan tutkimuksen tulee perustua aineiston ja tutkijan väliseen vuoropuheluun. (Mt., 28.)

### 5.3 Retoriikka

Diskurssianalyysi mahdollistaa erilaisia aineiston tarkastelun painopisteitä ja laajan kirjon menetelmällisiä sovelluksia (Jokinen ym. 1993, 17). Kaikissa diskurssianalyysin muodossa on kuitenkin keskeistä ymmärtää todellisuuden tulkinnallinen luonne (Jokinen 1999b, 127). Valitsin analyysimenetelmäni painopisteeksi retorisen diskurssianalyysin. Arja Jokisen (1999a, 46) mukaan retorinen diskurssianalyysi on hyvä menetelmä erityisesti tekstiaineistoja ja puheita analysoitaessa. Sillä voidaan tarkastella tekstin ja puheen argumentatiivista rakennetta. Retoriikan tarkastelu sopii niin ikään sosiaalisen konstruktionismin viitekehukseen, sillä siinäkin lähtökohtana on ajatus tekstin ja puheen syntymisestä sosiaalisessa kontekstissa. Retoriikan analyysia voi käyttää menetelmänä, mikäli aineistosta voidaan havaita puhujan ja kuulijan roolit. Se voidaan jakaa poetiikan ja argumentaation tarkasteluun. Ensimmäisellä tarkoitetaan käytettyjen käsitteiden taustalla vaikuttavien kielikuvien tutkimista, jälkimmäisellä taas kuulijan tai lukijan vakuuttamiseen käytettyjen menettelytapojen tarkastelua. (Alasuutari 2011, 157–158.) Tässä tutkielmassa keskityn tutkimuskysymykseni muotoiluun vuoksi argumentaation tarkasteluun.

Retoriikka on ominaisuus, jolle ihmisten välinen kommunikaatio perustuu (Billig 1987, 60). Sillä tarkoitetaan tiivistettynä yleisön vakuuttamista oman argumentin pätevydestä. Tavoitteena on saada yleisö sitoutumaan argumenttiin. (Jokinen 1999a, 46–47). Tieteellisen tekstin tai puheen argumentoinnin odotetaan päätyvän sellaisiin johtopäätöksiin, joihin kuka tahansa arvostelukykyinen yksilö päätyisi. Tällöin argumenteissa tukeudutaan lähtökohtapremisseihin eli yleisesti totena pidettyihin perusteisiin. (Alasuutari 2011, 158; Jokinen 1999a, 46.) Jokinen (1999a, 46) esittää tällaisiksi perusteiksi esimerkiksi laajasti kannatetut yhteiset sopimukset, kuten pyrkimyksen oikeudenmukaisuuteen.

Puhuja voi pyrkiä argumentoinnillaan universaaliyleisön vakuuttamiseen, mikä on tyypillistä esimerkiksi politiikassa. Toisaalta hän voi vedota myös kuulija- tai lukijakuntansa yksityisintresseihin osoittamalla asiansa jollekin erityiselle yleisölle, kuten tietyn alan asiantuntijoille. (Alasuutari 2011, 158; Perelman 1996, 23–24.) Onnistuneessa analyysissä yleisön tulee antaa hyväksyntä lähtökohtapremissien lisäksi myös lopullisille johtopäätöksille eli argumentaatiolle (Jokinen 1999a, 46; Perelman 1996, 28). Yleisösuhteella on siis keskeinen merkitys argumentaatiossa (Alasuutari 2011; Jokinen 1999a; Perelman 1996). Chaïm Perelman (1996, 28) tiivistää asian siten, että esitys on vaikuttava vasta sitten, kun se on sovitettu kohdeyleisön mukaan.

Retoriikan analyysissä kiinnitetään huomiota puhujan ja yleisön tekemiin esisopimuksiin. Tällä tarkoitetaan sellaisia yksimielisyyden alueita, joihin omilla argumenteilla nojataan ja ne koskevat joko reaalisuuden tai arvostamisen perusteita. (Alasuutari 2011, 159–161.) Reaalisuus ymmärretään asioina, joita voidaan pitää totena, normaalina tai todennäköisenä. Arvostamisen perusteilla taas viitataan arvoihin, niiden keskinäisen järjestyksen periaatteisiin ja yleisiin perusteisiin, joilla väitteitä oikeutetaan. Arvostamisen perusteet voidaan jakaa kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen lokukseen. Ensimmäisellä tarkoitetaan esitetyn väitteen perustelua sillä, että suurta yleisöä hyödyttävät asiat ovat parempia kuin pientä yleisöä palvelevat. Jälkimmäisen näkemyksen mukaan ajatellaan vastaavasti ainutkertaisen tilaisuuksien olevan korvaamattomia. (Alasuutari 2011, 160–161; Perelman 1996, 30.)

Argumentaatiossa tavoitteena on lisätä jonkin tietyn väitteen uskottavuutta ja samalla karsia kilpailevien väitteiden uskottavuutta (Jokinen 1999a, 46). Keskeistä on ymmärtää argumenttien kehittäminen ja argumentoinnin näkeminen sosiaalisena kommunikaationa ilman, että siihen voidaan täysin varautua (Billig 1987, 44; Jokinen 1999b, 127). Retorisessä argumentaatiossa päinvastaisetkin väitteet voivat olla päteviä, eikä kumpaakaan niistä ole syytä sulkea pois (Jokinen 1999a, 46–47). Ennako-oletukseni oli, että tällaisia tilanteita ilmenee aineistossani. Asiakas saattaa olla eri mieltä omasta tilanteestaan kuin työntekijät tai työntekijöillä voi olla keskenään erilainen näkemys asiakkaalle sopivasta hoitomuodosta. Tästä erimielisyydestä huolimatta voidaan ajatella, että kaikkien yhteisenä intressinä on esimerkiksi asiakkaan elämäntilanteen vakauden takaaminen.

Diskurssianalyysissä argumentointia tarkastellaan tekemisenä ja sosiaalisena toimintana (Jokinen 1999b, 127). Retoriikan tarkastelussa keskitytään selontekojen tuottamisen tarkasteluun ja siihen, kuinka tekoja ja asioiden kategorisoinnin oikeuttamista tavoitellaan tai miten kategorisoinnit esitetään faktoina. Diskurssianalyysissä painottuvat kulttuuristen merkitysten tuottaminen ja vuorovaikutuksellisten prosessien tarkastelu, kun taas retoriikan analyysin painopisteenä on lausumien muotoilun ja yleisösuhteen tarkastelu. (Jokinen 1999a, 47.) Retoriikan tarkasteluun on olemassa erilaisia näkökulmia. Tässä luvussa esittelemääni retoriikan analyysia kutsutaan *uudeksi retoriikaksi*. Se eroaa vanhasta retoriikan käsityksestä siten, että kielellisten konstruktoiden ajatellaan olevan aina retorisia ja tilannesidonnaisia eikä siitä ole erotettavissa mitään ”pelkästään retoriikkaa” edustavaa. Olennaista on tarkastella ratkaisuvaihtoehtoja rajaten kielellisten valintojen kautta synnytettyä todellisuutta ja luoda sitoutumista tietynlaisiin ajatusmalleihin. (Alasuutari 2011, 157.)

#### 5.4 Retoriset keinot ja rajatyö metodisina välineinä

Analyysini olennaisimmat metodiset välineet ovat Arja Jokisen (1999b) esittelemä retoristen keinojen valikoima ja rajatyön käsite. Retorisilla keinoilla pyritään lisäämään argumentaation vaikuttavuutta, ja ne voivat liittyä joko argumentin esittäjään tai esitettyyn argumenttiin. Esittäjään liittyvillä keinoilla tavoitteena on saada tukea esitetylle argumentille korostamalla esittäjän luotettavuutta. Argumenttiin liittyvien keinojen tarkoitus taas on vahvistaa ajettavaa asiaa pyrkimyksenä saada väite näyttämään mahdollisimman kannatettavalta. Siinä ei siis niinkään keskitytä esittäjän ominaisuuksiin. Esittäjään ja argumenttiin liittyviä keinoja voi esiintyä myös samanaikaisesti. (Mt., 132–133.)

Argumentin esittäjään liittyy neljä erilaista retorista keinoa. Ensinnäkin puhuja voi etäännyttää väitteen hänen omista intresseistään, jolloin hän toimii asian eteenpäin välittäjänä. Puhujan pyyteettömyys tulee esille etenkin, jos hän haluaa antaa ymmärtää olevansa esitetystä väitteestä eri mieltä, mutta välittää asian silti eteenpäin. Puhuja voi myös yrittää herättää yleisön luottamuksen ilmaisemalla allekirjoittavansa myös itse väitteen. Toiseksi puhuja voi oikeuttaa väitteensä asettumalla tiettyyn puhujakategoriaan. Erilaisiin kategorioihin ajatellaan sisältyvän oikeus tietynlaiseen tietoon. Puhujakategoriaan asettumisessa tulee tarkastella sitä, keitä argumentilla yritetään vakuuttaa ja missä tilanteessa. (Jokinen 1999b, 134–135.) Aineistoni työntekijöiden voi ajatella omaavan erityisesti heidän koulutuksensa tarjoamaa tietoa. Puhujakategoriaan asettuminen liittyy myös rajatyön käsitteeseen kun tarkastellaan, miten työntekijät rajaavat omaa vastuutaan.

Kolmanneksi voidaan analysoida, millä tasolla puhuja on liittoutunut väitteeseensä. Puhuja voi esittää väitteen joko omissa nimissään tai irtaantua siitä asettumalla viestin välittäjän rooliin, jolloin puhujan selontekovelvollisuus korostuu. Mikäli puhuja haluaa välttää selontekovelvollisuutta, hän etäännyttää itsensä esitetystä väitteestä. Neljänneksi puhujan on mahdollista esittää väitteensä vahvistamalla sen vaikuttavuutta siten, ettei se näyttäydy vain hänen omana mielipiteenään. Vaikuttavuutta voi lisätä esimerkiksi vetoamalla asiantuntijoiden lausuntoihin tai suuremman joukon asettumiseen väitteen taakse. Tällaisia keinoja ovat suorien lainausten käyttö tai me-retoriikan hyödyntäminen viitaten puhujan näkemyksiin esimerkiksi osana jonkin instituution näkemyksiä. (Jokinen 1999b, 135–139.)

Myös esitettyyn argumenttiin voidaan liittää lukuisia retorisia keinoja. Näistä yksi on faktuaalinen argumentaatio, jossa pyrkimyksenä on saada asiat näyttämään faktoilta riippu-



matta puhujista ja tehdyistä tulkinnoista. Tällöin puhuja irrottaa itsensä asian edistäjän vastuusta ja toimijan roolista. Eräs tapa on tuottaa ”vaihtoehtottomuuspuhetta”, jolloin esimerkiksi moraalisia kannanottoja asiasta ei voida esittää. Toiseksi kategorisointia voidaan käyttää yleisön vakuuttamiskeinona muutenkin kuin puhujakategoriaan asettumalla. Analyysillä voidaan tarkastella väitteen sosiaalista alkuperää ja sitä, kuinka tietynlaisia kategorioita syntyy. Lisäksi on mahdollista tarkastella kategorioiden sisältöä ja rajoja. Kategorioita käytetään myös eri tavoin eri kontekstissa. On siis mahdollista tutkia, miten eri kategorioilla oikeutetaan tai kritisoidaan jotakin tapahtumaa. (Jokinen 1999b, 139–143.)

Puhuja voi vaikuttaa yleisöön lisäksi yksityiskohdilla, tapahtumakuluilla eli narratiiveilla, ääri-ilmaisulla, numeerisella tai ei-numeerisella määrällistämällä eli kvantifioinnilla sekä metaforilla. Yksityiskohdilla tai narratiiveilla voidaan tuottaa totuudenmukainen vaikutelma tapahtumista, jolloin puhuja irrottautuu väitteestä asettumalla todistajan asemaan olematta asiasta selontekovelvollinen. Ääri-ilmaisut retorisenä keinoina taas mahdollistavat väitteen eri piirteiden korostamisen minimointi- tai maksimointipuheella. Eräänlaista ääri-ilmaisua on myös kvantifiointi, jossa puhuja tehostaa väitettään verbaalisesti tai konkreettisilla luvuilla, kuten prosenteilla, taulukoilla tai osuuksilla. Asioiden esittäminen numeerisesti luo mielikuvan ristiriidattomasta tiedosta, joten se on keskeinen vaikuttavuuden lisäämisen keino. Metaforilla puhuja yrittää tehdä asian ymmärrettävämmäksi yhdistämällä siihen aiemmasta asiasta tuttuja merkityksiä. (Jokinen 1999b, 144–152.)

Kolmen listalla puhuja haluaa vakuuttaa kuulijan toiminnan säännönmukaisuudesta antamalla asiasta tarpeeksi näyttöä. Kontrastilla tavoitellaan vakuuttavaa ja suostuttelevaa retoriikkaa. Kontrastiparissa itse kannatettu väite rakennetaan positiivisilla merkityksillä, vastavaihtoehto taas merkityksellisestään negatiivisesti. Toistolla retorisenä keinona tarkoitetaan intertekstuaalisuutta tai asian uudelleen esittämistä uudessa kontekstissa. Tyypillinen retorinen keino on mahdolliseen vasta-argumenttiin varautuminen, jolloin oma argumentti halutaan jo esittämisvaiheessa suojata vastaväitteeltä. Näin puhujan on myös mahdollista suojella kasvojaan väitteen esittäjänä. Myös konkreettiset esimerkit lisäävät väitteiden uskottavuutta. Ironia voi niin ikään toimia retorisenä keinona. (Jokinen 1999b, 152–156.)

Retoristen keinojen lisäksi myös rajatyön käsite toimii tutkimuksessani metodisena työkaluna. Günther ym. (2013) näkevät rajatyöllä olevan tiettyjä edellytyksiä, kun toiminnan tavoitteena on asiakaslähtöisyys. Nämä edellytykset toimivat analyysini peruslähtökohtana. Ensinnäkin työntekijöiden tulee pohtia, miten rajatyö olisi asiakkaalle edullisinta. Työnte-

kijöiden on vastaavasti tarpeen reagoida tilanteissa, joissa rajatyökiistat osoittautuvat haitallisiksi asiakkaalle. Toiseksi vaarana on, että ammattilaisten ja organisaatioiden välinen rajatyö syrjäyttää asiakkaan asiantuntijuuden. Reflektointi on tarpeen, jos asiakkaan esittämää tietoa ei oteta toiminnan lähtökohdaksi. Mikäli asiakkaan esittämää tietoa kyseenalaistetaan, sen ajankohtaa ja tapoja tulee miettiä perusteellisesti. On tärkeää pohtia, mihin joustava rajatyö eri organisaatioiden ja työntekijöiden välillä perustuu ja miten rakennetaan moniammatillista yhteistyötä siten, että asiakkaan tarpeiden perusteella kartoitetut palvelut toteutuvat eettisesti kestäväällä tavalla asiakkaan parhaaksi. (Mt., 96.)

Rajatyötä ja sosiaalista ongelmatyötä yhdistää *ongelmatyönjaon* käsite. Ongelmatyönjako rakentuu toimijoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa kasvokkaisen vuorovaikutuksen lisäksi erilaisissa dokumenteissa ja työntekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa ilman asiakasta. Ongelmatyönjaossa instituutioilla on omat roolinsa auttajina. (Juhila 2006, 218.) Organisaatiot ovat siis erikoistuneet vastaanottamaan tai ulosrajaamaan tietynlaisiksi tulkittuja ongelmia tai niihin vastaamisen tapoja. Ongelmatyönjako voi myös hämärtyä toimijoiden kesken. Esimerkiksi lastensuojelun tehtävänä voi olla samanaikaisesti kontrollointi ja tuen tarjoaminen. Eri tahot tulkitsevat ongelmia eri tavoin, mutta yhteisenä tavoitteena on asiakkaan auttaminen. (Juhila & Pösö 2000, 39, 55, 62.) Rajatyöhön käsite linkittyy erityisesti, kun huomioidaan instituution rooli asiakkaiden ja työntekijöiden identiteettien sekä toimijoiden välisen suhteen määrittäjänä (Juhila 2006, 218).

## 5.5 Aineiston analyysi

Halusin ensimmäisenä hahmottaa dokumenttien tuottamisen ympäristöä. Aloitin analyysin siirtämällä tekstit sähköisestä tietojärjestelmästä erillisiin tiedostoihin, jolloin suoritin alustavan anonymisoinnin poistamalla asiakkaan henkilötunnuksen sekä henkilöiden ja kaupunkien nimet. Tulostin tekstit ja kävin ne ensin kertaalleen läpi tehden alustavia merkintöjä. Etenin tämän jälkeen kertomuksittain kirjaten ylös niissä esiintyneitä organisaatioita, palveluita, ammattiryhmiä ja läheisiä. Luin tekstit vielä kahdesti erikseen kaikkien osallisten näkökulmasta. Tein jokaisesta kertomuksesta miellekartan, johon laitoin keskelle asiakkaan. Ympäroin asiakkaan kertomuksen organisaatioilla, joihin yhdistin palvelut. Ammattiryhmät taas liitin heidän edustamiinsa palveluihin. Lopuksi kokosin rajatyön osalliset miellekartan perustella Excel-taulukoihin, joiden sisältöä avaan seuraavassa luvussa.

Jaottelun jälkeen siirryin tutkimaan kertomusten retoriikkaa. Tein retorisisista keinoista erillisen koodiperustaisen jaottelun. Argumentin esittäjään liittyvät keinot nimesin A-kategoriaksi, argumenttiin liittyvät keinot B-kategoriaksi. Nimesin numeroilla kumpaankin kategoriaan kuuluvat retoristen keinojen alaluokat ja yhdistin kirjaimen ja numeron toisiinsa, esimerkiksi A2, tiettyyn puhujakategoriaan asettuminen ja B3, sosiaalisiin normeihin tukeutuminen. Tämän listan avulla perehdyin aineistoon, ja kirjasin kertomuksiin koodein huomioita väitteistä. Etenin kirjaamalla tekemiäni huomioita ja otteita alustavasti ylös teemoittain. Anonymisoin aineistoa samalla lisää: poistin vuosiluvut ja muutin palveluiden nimet yleispäteviksi nimeten esimerkiksi kaikki eri kuntien psykiatriset avopalvelut psykiatrian poliklinikoiksi. Jätin vielä tässä vaiheessa analyysin tekemisen helpottamiseksi lainauksiin kertomustunnisteet ja sivunumerot, jotka anonyymiyden takaamiseksi poistin valmiista analyysistä. Aiheen arkaluontoisuuden ja asiakasmäärän pienuuden vuoksi koin eettisesti kestävämmäksi ratkaisuksi poistaa kaikki kertomusten tunnisteet.

Güntherin ym. (2013, 96) jaotteluun viitaten tutkin tekstejä asiantuntijuuden näkökulmasta. Huomasin asiantuntijuuden paikasta käytävän selkeää neuvottelua eri toimijoiden kesken, joten nimesin alustavaksi diskurssiksi ”asiantuntijuusdiskurssin”. Kokosin sen alle mielestäni asiantuntijuuteen liittyviä väitteitä. Toiseksi diskurssiksi nimesin alustavasti ”palvelukriteeridiskurssin”, sillä palveluiden kriteerit näyttäytyivät keskeisenä kunkin palvelun työskentelyalueen määrittäjänä. Tarkemman lukemisen jälkeen huomasin aineistossa ilmenevän kriteerien asettamista myös muusta kuin palvelun toimesta, jolloin diskurssin nimi tarkentui ”kriteeridiskurssiksi”. ”Mielenterveyden häiriöt kriteerinä” ja ”päihderiippuvuus kriteerinä” olivat ensin yhdistettynä ”sairaus kriteerinä” -luokassa, mutta molemmat olivat itsenäisesti niin vahvoja alaluokkia, että päätin jakaa ne omiin luokkiinsa. En myöskään löytänyt niiden lisäksi muita sairauksia, jotka olisivat toimineet kriteerinä rajatyölle.

Kolmas diskurssi vakiintui lopulta muotoon ”vastuuttamisdiskurssi”. Nimesin sen aluksi ”vastuudiskurssiksi” kunnes huomasin, että vastuun jakamisen sijaan aineistossa korostui nimenomaan jonkin tahon vastuuttaminen. Neljäntenä erotin asiantuntijuuteen sisältyvästä arvionäkökulmasta asiakkaiden ja työntekijän esittämät tarpeet omaksi diskurssikseen. Näin ollen nimesin diskurssin ”tarvediskurssiksi”. Analysoin otteita tutkimuskysymykseni näkökulmasta jaottelun ohessa, ja tarkensin tulkintojani vielä jaottelun valmistuttua. Järjestin diskurssit lopuksi sen mukaiseen järjestykseen, kuinka vahvoina ne näyttäytyivät aineistossa. Kirjasin ylös johtopäätöksiin liittyviä huomioita pitkin analyysia, mutta johtopäätökset muotoituivat lopullisiksi vasta viimeisenä.

## 6 RAJATYÖN OSALLISET

Tässä luvussa esittelen aineistoni rajatyön osalliset. Pohjustan analyysini Gerlanderin ym. (2014) näkemykseen vuorovaikutussuhteiden osallisista pitkäaikaissairaahan verkostossa. Ensinnäkin vuorovaikutussuhde voi muodostua asiakkaan ja ammattilaisten sekä laajemmin koko organisaation välille. Toiseksi saman palvelun työntekijät ja eri tahojen asiantuntijat voivat olla keskenään vuorovaikutuksessa, ja myös organisaatioille voi keskenään syntyä vuorovaikutussuhde. Lisäksi lähipiiri voi olla osa verkostoa. (Mt., 28.)

### 6.1 Organisaatiot ja palvelut

Selvittääkseni keiden kesken rajatyötä aineistossani tehdään, jaottelin aineistoni viidestä asiakaskertomuksesta nousevat organisaatiot seitsemän otsikon alle: yliopistolliseen sairaalaan, lapsiperheiden sosiaalityöhön, aikuissosiaalityöhön, päihdepalveluihin, mielenterveyspalveluihin, muuhun terveydenhuoltoon ja muihin yksittäisiin palveluihin. Tämän jälkeen jaoin näiden organisaatioiden alaiset palvelut vielä alla esiteltyihin alaluokkiin. Jaottelu on nähtävissä taulukossa 1. Jatkossa viitataan asiakaskertomukseen sanalla ”kertomus”.

Taulukko 1. Organisaatiot ja palvelut koko aineistossa

ORGANISAATIO/PALVELU	lkm
<b>Yliopistollinen sairaala</b>	<b>5</b>
Päihdepsykiatrian poliklinikka	5
Synnyttäneiden vuodeosasto	5
Äitiyspoliklinikka	5
Lastenosasto	2
Psykiatrinen sairaala	2
Pikkulapsipsykiatria	1
Nuorisopsykiatrian poliklinikka	1

<b>Lapsiperheiden sosiaalityö</b>	<b>5</b>
Perhetukikeskus	4
Lastensuojelu / avohuolto	5
Lastensuojelu / sijaishuolto	1
Perhetyö	3

<b>Aikuissosiaalityö</b>	<b>4</b>
Aikuissosiaalityö	4
Etuuskäsittely	3

ORGANISAATIO/PALVELU	lkm
<b>Päihdepalvelut</b>	<b>4</b>
A-klinikka	2
Huumeidenkäyttäjien avopalvelut	1
Laitoskuntoutus	1

<b>Mielenterveyspalvelut</b>	<b>2</b>
Psykiatrian poliklinikka	2

<b>Muu terveydenhuolto</b>	<b>1</b>
Neuvola	1
Korvaushoito terveyskeskuksessa	1

<b>Muut</b>	<b>3</b>
Rikosseuraamuspalvelut	2
Valvira	1
Ensi- ja turvakoti	1

Kaikissa viidessä kertomuksessa verkoston osallisina näyttäytyvät yliopistollinen sairaala ja lapsiperheiden sosiaalityö. Sairaalaista kaikissa on mukana päihdepsykiatrian poliklinikka, synnyttäneiden vuodeosasto ja äitiyspoliklinikka. Tämän lisäksi kahdessa kertomuksessa rajatyön osana ovat lastenosasto ja psykiatrinen sairaala, yhdessä pikkulapsipsykiatria. Lapsiperheiden sosiaalityön kanssa yhteistyötä tehdään avohuollon osalta kaikissa kertomuksissa ja neljässä on mukana perhetukikeskus. Kolmessa kertomuksessa mainitaan perhetyö ja yhdessä lastensuojelun sijaishuolto.

Aikuissosiaalityö ja päihdepalvelut ovat osana rajatyötä neljässä kertomuksessa. Näistä aikuissosiaalityöntekijä mainitaan kaikissa ja etuuskäsittely kolmessa kertomuksessa. Kahdessa kertomuksessa ei ole lainkaan mainintaa asiakkaan taloudellisesta tilanteesta. Päihdepalveluiden osuus rajatyössä näkyy kahdessa kertomuksessa A-klinikan palveluina, yhdessä huumeidenkäyttäjien avopalveluina ja yhdessä laitostuntoutuksena. Kahdessa tekstissä tehdään yhteistyötä rikosseuraamuspalveluiden kanssa, toisessa yhdyskuntapalveluna ja toisessa vankilayhteistyönä. Yksittäisissä kertomuksissa rajatyön osallisia ovat Valvira sekä Ensi- ja turvakoti. Lisäksi yhdessä kertomuksessa mukana ovat muun terveydenhuollon palvelut eli neuvola ja terveystieteiden korvaushoito. Muissa kertomuksissa neuvolapalvelut järjestetään perhetukikeskuksessa, samoin kahden asiakkaan korvaushoito.

Tarkastelin palveluita myös kertomuskohtaisesti, sillä halusin saada tarkempaa kuvaa palveluiden jakautumisesta asiakaskohtaisesti. Yksittäisissä kertomuksissa palveluiden määrä vaihtelee kuudesta palvelusta 12 palveluun. Jos kaikki perhetukikeskuksen palvelut eritellään omiksi palveluikseen (esimerkiksi neuvola, psykologi ja korvaushoito), palveluita mainitaan yksittäisessä kertomuksessa enimmillään 19 kappaletta. Samassa kertomuksessa lapsiperheiden sosiaalipalveluista on osana verkostoa yhteensä 10 palvelua, mikä on aineiston maksimi. Kaikissa kertomuksissa mainitaan vähintään kaksi lapsiperheiden sosiaalityön palvelua. Yliopistollisen sairaalan palveluita on enimmillään rajatyön osallisina kuusi, muissa kertomuksissa niiden määrä vaihtelee 3–5 välillä. Aikuissosiaalityöstä, päihde- ja mielenterveyspalveluista, muusta terveydenhuollosta sekä muiden tahojen palveluista yksittäisistä kertomuksista on löydettävissä 1–2 palvelua.

## 6.2 Työntekijät

Palveluverkostoon on sisäänrakennettuna palveluiden välisen rajatyön lisäksi myös ammattilaisten välistä rajatyötä sekä palvelun sisällä että yli organisaatiorajojen. Aineistossa

esiintyy seitsemän ammattiryhmää: sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, lääkäri, ohjaaja, terveydenhoitaja, psykologi ja perhetyöntekijä. Lisäksi kolmessa kertomuksessa on mukana opiskelijoita ja yhdessä vankilan työntekijä, jonka ammattialaa ei mainita. Lista ammattiryhmistä löytyy taulukosta 2. Lukumäärä ammattialan perässä kertoo, kuinka monessa kertomuksessa ala esiintyy. Taulukossa ei ole mukana palveluita, joista työntekijää ei mainita.

Taulukko 2. Ammattialat koko aineistossa

AMMATTIALA JA EDUSTETTU PALVELU	lkm
<b>Sosiaalityöntekijä</b>	<b>5</b>
<b>Päihdepsykiatrian poliklinikka</b>	<b>5</b>
<b>Lastensuojelu / avohuolto</b>	<b>5</b>
Aikuissosiaalityö	4
A-klinikka (sosiaaliterapeutti)	1
Psykiatrian poliklinikka	1

<b>Lääkäri</b>	<b>5</b>
<b>Erikoislääkäri</b>	<b>5</b>
<b>Päihdepsykiatrian poliklinikka</b>	<b>5</b>
Terveyskeskuksen korvaushoito	1
<b>Apulaislääkäri</b>	<b>1</b>
Psykiatrian poliklinikka	1
<b>Erikoistuva lääkäri</b>	<b>1</b>
Päihdepsykiatrian poliklinikka	1
<b>Lääkäri (ei eritelty)</b>	<b>1</b>
Pikkulapsipsykiatria	1
Perhetukikeskus	1
Psykiatrian poliklinikka	1

AMMATTIALA JA EDUSTETTU PALVELU	lkm
<b>Sairaanhoitaja</b>	<b>5</b>
Päihdepsykiatrian poliklinikka	3
Perhetukikeskus	2
Psykiatrian poliklinikka	2
Terveyskeskuksen korvaushoito	1
A-klinikka	1
Psykiatrinen sairaala	1

<b>Ohjaaja</b>	<b>4</b>
Palveluohjaaja (Perhetukikeskus)	4
Ohjaaja (määrittelemätön)	2

<b>Terveydenhoitaja</b>	<b>3</b>
Perhetukikeskus neuvola	2
Terveyskeskus neuvola	1

<b>Psykologi</b>	<b>2</b>
Perhetukikeskus	2

<b>Muut</b>	<b>2</b>
Vankilan työntekijä	1
Perhetyöntekijä	1
Opiskelija	3

Kaikissa kertomuksissa on mukana sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Näistä kaikissa kertomuksissa mainitaan päihdepsykiatrian poliklinikan ja lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijä sekä päihdepsykiatrian poliklinikan erikoislääkäri. Sosiaalityön edustusta verkostotyössä vahvistaa neljässä kertomuksessa aikuissosiaalityöntekijä. Vaikka sairaanhoitajia kaikissa kertomuksissa esiintyykin, saman palvelun sairaanhoitajaa ei kaikissa kertomuksissa ole edustettuna. Eniten esille nousee päihdepsykiatrian poliklinikan sairaanhoitaja, joka mainitaan kolmessa aineistossa. Muiden palveluiden sairaanhoitajat

ovat mukana aineistossani kahdessa tai yhdessä kertomuksessa. Neljässä kertomuksessa viidestä on mukana perhetukikeskuksen palveluohjaaja, ja kahdessa ohjaajan tarkempaa ammattialaa ei määritelty. Lisäksi neuvolan terveydenhoitaja näyttäytyi kolmessa tekstissä ja perhetukikeskuksen psykologi kahdessa.

Olen eritellyt taulukkoon 3 työntekijät kertomuskohtaisesti. Enimmillään eri työntekijöitä mainitaan yhdessä kertomuksessa 21, vähimmillään kahdeksan. Verkostojen koossa on siis maksimissaan 13 työntekijän ero. Suurimmillaan työntekijäkohtainen ero on sairaanhoitajissa: heitä on mukana vähintään yksi, enintään seitsemän. Sosiaalityöntekijöitä mainitaan vähintään kolme per kertomus ja yhteensä 21 koko aineistossa, joten se on aineiston vahvimmin edustettu ammattiryhmä. Ohjaajia on mukana enimmillään neljä, ja heitä on mukana vain kertomuksissa, joissa on mukana perhetukikeskus. Perhetyöntekijä taas on mukana vain siinä kertomuksessa, jossa perhetukikeskuksen asiakkuutta ei ilmene.

Taulukko 3. Työntekijät eri asiakaskertomuksissa

	Kertomus 1	Kertomus 2	Kertomus 3	Kertomus 4	Kertomus 5
Sosiaalityöntekijä	3	3	5	4	<b>6</b>
Sairaanhoitaja	5	<b>7</b>	2	1	1
Lääkäri	2	2	2	2	<b>5</b>
Terveydenhoitaja	2	1	0	0	1
Ohjaaja	0	<b>4</b>	1	1	3
Perhetyöntekijä	1	0	0	0	0
Psykologi	0	1	0	0	1
Opiskelija	1	1	0	0	3
Muut	0	1	0	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

### 6.3 Asiakas ja läheiset

Asiakkaan itsensä lisäksi myös lähiverkoston tilanne kartoitetaan kaikissa kertomuksissa. Yleisimmin sosiaalisen verkoston osallisena mainitaan oma äiti tai puoliso eli lapsen isä kolmessa kertomuksessa. Lapsen isä, joka ei ole puoliso, mainitaan kahdessa kertomuksessa ja puoliso, joka ei ole lapsen isä yhdessä. Yksittäisissä kertomuksissa läheisinä esitetään lisäksi oma isä, ystävät, aiemmat lapset, lapsen sijaisperhe, sisarukset tai puolison äiti. Huomionarvioista on, että vain yhdessä kertomuksessa mainitaan ystävät ja yhdessä oma isä verkoston tärkeäksi osaksi.

## 7 RAJATYÖTÄ PERUSTELEVAT DISKURSSIT

Nostin analyysini perusteella aineistostani neljä rajatyön perusteluna käytettyä päädiskurssia, joista kukin sisältää eri tavoin painottuvia alakohtia. Nämä diskurssit ovat asiantuntijuusdiskurssi, kriteeridiskurssi, tarvediskurssi ja vastuuttamisdiskurssi. Käsittelen kunkin diskurssin omana lukunaan esittäen konkreettisia katkelmia aineistostani havainnollistaakseni diskurssin ilmenemistä asiakaskertomuksissa. Esimerkit ovat suoria lainauksia aineistosta. Olen kuitenkin lyhentänyt niitä kohdista, jotka eivät mielestäni olleet relevantteja kyseisen diskurssin kannalta. Poistetut kohdat ilmaisen kahdella peräkkäisellä viivalla (--). Lisäksi olen selittänyt lyhenteiden merkitykset avaamalla sanan ensimmäisellä esittämisskerralla hakasulkuihin ([ ]).

### 7.1 Asiantuntijuusdiskurssi

Rajatyö näyttäytyy kaikissa kertomuksissa selkeimmin asiantuntijuusdiskurssina. Asiantuntijuusdiskurssi jakautuu alateemoihin: siinä on erotettavissa työntekijän, asiakkaan, lähiverkoston ja palvelun asiantuntijuus sekä eri tahojen jaettu asiantuntijuus. Asiantuntijuudessa on kyse myös siitä, kenen ääni nostetaan milloinkin kertomuksessa kuuluviin (esim. Günther 2014). Voimakkaimpina kuuluvat työntekijän ja asiakkaan äänet, mutta asiantuntijuus näyttäytyy myös jaettuna. Ammattiryhmien ja palveluiden välistä rajatyötä tuotetaan vallankäytössä, kirjauskäytännöissä ja työmenetelmissä. Siihen kuuluu myös asiakkaan tilanteeseen kohdistuvan intervention tekeminen ja toisten tahojen tuottaman tiedon hyödyntäminen esimerkiksi vanhojen dokumenttien muodossa. Asiakkaan asiantuntijuutta tuodaan esille nostamalla hänen ääntään kuuluviin hänen tilannettaan arvioitaessa. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen osoittautuu tärkeäksi rajatyötä määrittäväksi tekijäksi. Yhdessä kertomuksessa asiakkaan asiantuntijuus tilanteestaan on hukassa, kun hän ei tiedä omia vastuutyöntekijöitään. Lähiverkoston osuus rajatyössä jää muihin verrattuna pieneksi: vain kahdessa kertomuksessa verkostotapaamiseen osallistuu asiakkaan läheinen.

#### 7.1.1 Työntekijä asiantuntijana

Asiantuntijuusdiskurssi on aineiston selkeimmin erottuva diskurssi. Ammattilaisten puhujakategoriaan asettuminen tapahtuu jo kirjauksen alussa. Kaikki kirjatukset aloitetaan kirjaamalla päivämäärän ja paikan lisäksi edustetun ammattialan lyhenne ja työntekijän nimi.



Ammattiryhmien välinen rajatyö näyttäytyy asiantuntijuusalueiden jakautumisena työntekijöiden välillä. Kaikissa kertomuksissa toistuu lääkärin tekemä arvio asiakkaan tilanteesta. Tyypillisimpänä retorisenä keinona lääkärit käyttävät kasvojensa suojelemista siten, että he varautuvat etukäteen mahdollisesti esitettävään vasta-argumenttiin. Asiakkaan tilaa arvioivat kappaleet otsikoidaan kertomuksissa ”status”- tai ”nykytila”-sanoilla. Statuksen arvion lääkäri oikeuttaa edustamallaan puhujakategoriolla, joka on hänen edustamansa ammattiryhmä ja sen tuoma asema. Arvioijan asema korostaa valtasuhdetta asiakkaaseen.

#### *Status*

*Ulkoasu siisti ja hoidettu, huoliteltukin. Ulkoisesti ei merkkejä päihdekäytöstä.*

*Ulkoisesti ahdistuneen, masentuneen ja stressaantuneen oloinen, ulkoasu huolittelematon.*

Arvioijan positiota suojataan liittämällä arvioon vallitsevia sosiaalisia normeja siitä, millaiselta päihteiden käyttäjä tai mielenterveyden häiriötä sairastava voi näyttää. Lääkäri toteaa asiakkaan olevan ”ulkoasultaan siisti ja hoidettu, huoliteltukin”. Tämän jälkeen kirjattu ”Ulkoisesti ei merkkejä päihteiden käytöstä” sekä toisen lainauksen ”Ulkoisesti ahdistuneen ja stressaantuneen oloinen, ulkoasu huolittelematon” viittaavat käsitykseen ulkoisen olemuksen yhteydestä päihdekäyttöön ja mielenterveyden häiriöihin. Ilmaisuuksien antama oletus, että palvelussa odotetaan asioivan päihteitä käyttäviä asiakkaita. ”Ei merkkejä päihdekäytöstä” antaa ymmärtää, että palvelussa saattaa asioida myös päihtyneitä ihmisiä, jolloin tilanne sen suhteen kartoitetaan kaikilta asiakkailta.

*Ulkoasu siisti ja hoidettu. Tämän tapaamisen ajan psyykinen vointi vaikuttaa hyvältä, on rauhallinen ja mieliala kuvautuu neutraalina --.*

Sanavalinnoilla ”psyykinen vointi vaikuttaa” ja ”mieliala kuvautuu” sekä toteamalla asiakkaan olevan jonkin ”oloinen” kirjoittaja myös suojaa asemaansa arvioijana. Näin väitteen kohdeyleisö ei voi ajatella, että lääkäri esittäisi asiat kiistattomina faktoina, vaan omina havaintoinaan. Asian esittäminen näin jättää tilaa asiakkaan omalle kokemukselle, joka voi olla erilainen. Viimeisessä lainauksessa lääkäri varautuu mahdollisiin vasta-argumentteihin, kun hän antaa ymmärtää tekevänsä arvion psyykkisestä voinnista vain kyseisen tapaamisen ajalta viittaamatta psyykkiseen vointiin kokonaisuudessaan.

#### *Nykytila (status)*

*Potilaan raskausviikot 20+5. Neuvolakäynnit parin viikon välein. Perhetukikeskuksessa seulat kerran viikossa, ovat olleet puhtaat.*

Arviointitekstien erilaisuus kertoo ammattiryhmien välisestä rajatyöstä päihdepsykiatrian poliklinikalla. Yllä oleva teksti on sosiaalityöntekijän kirjaama. Siinä on käytetty faktuaa-

lista argumentaatiota asiakkaan tilanteesta, ei arviota asiakkaan ulkoisesta olemuksesta. Lääkärin ja sosiaalityöntekijän professioiden erilaisuus on nähtävissä yleisesti erilaisina lähestymistapoina asiakkaan tilanteeseen. Statuskuvauksia löytyy huomattavasti useammin lääkärin teksteistä. Tämä selittynee tosin osittain sillä, että lääkärit kirjaavat useammin tapaamisten tekstit sosiaalityöntekijöiden keskittyessä kirjaamaan enemmän tapaamisten välillä hoidettuja asioita, kuten puheluita. Terveystieteiden sosiaalityölle onkin tyypillistä viranomais- ja läheisverkoston yhteyslinkkinä ja sillanrakentajana toimiminen (Metteri 2014, 300; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 255).

*[Ajankohta] [Päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne] Verkosto*

*Sostnt [sosiaalityöntekijä] [nimi]*

*Tavattu sovitusti perhetukikeskuksessa. Paikalla ptlas, perhetukikeskuksesta th [terveydenhoitaja] [nimi] ja palveluohjaaja [nimi] sekä Kunnan G psykiatrian pkl:lta [poliklinikalta] sostnt [nimi] ja [Päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne]:lta ak [allekirjoittanut].*

Vaikka lääkäri näyttääkin toimivan pääasiassa verkostopalavereiden kirjaajana, aineistosta löytyy yksi esimerkki sosiaalityöntekijän kirjaamasta verkostopalaverista. Tässä palaverissa ei ollut paikalla päihdepsykiatrian poliklinikan lääkäriä. Rajatyön kannalta keskeistä on myös, että sana ”sovitusti” viittaa aiemmin yhdessä sovittuun palaveriin, joka nyt toteutui suunnitelman mukaisesti.

*Nostetaan Ciprallex-annos ad 20 mg 1x1, koska vastetta on ollut, mutta ei riittävästi. Toisaalta on mahdollista, että potilaan kuvaaman oireet (päänsärky, vatsaoireet) olisivat mielialalääkkeen haittavaikutuksia.*

*Lääkityksenä Ketipinor 100mgx1. Lääkkeitä koko kesän ajalle.*

Ammattiryhmien erot näyttäytyvät myös lääkitysasioista kirjoittaessa. Ensimmäinen teksti on lääkärin, jälkimmäinen sosiaalityöntekijän kirjaama. Kannanottoja lääkitykseen esiintyy vain lääkäreiden teksteissä. Sosiaalityöntekijällä tai sairaanhoitajalla ei ole oikeuksia lääkitysten muuttamiseen, ja sosiaalityöntekijä esittääkin omassa tekstissään lääkitysasiat vain olemassa olevana faktana. Lääkäri käyttää lääketieteen terminologiaa, joka osaltaan kertoo hänen puhujakategoriastaan. Lyhenne ”ad”<sup>3</sup> on ammattisanastoa, jota asiakas tai muut kuin terveydenhuollon työntekijät eivät välttämättä ymmärrä. Puhujakategorian vakuuttavuutta lisää myös lääkeannosten numeerinen ilmaisu ”20 mg 1x1”, joka niin ikään kuuluu ammattiryhmän tapaan ilmaista annostus. Kuitenkin myös sosiaalityöntekijä kartoittaa kirjauksessaan lääkkeiden käyttöä ja on kirjannut lääkkeen ja annoksen edellä mainitun kaltaisesti. Anna Metteri (2014, 301) huomauttaakin terveydenhuollon sosiaalityöntekijän omaavan

---

<sup>3</sup> ad = saakka, asti, varten (Tohtori-lääkeopas 2014)

tyypillisesti vertikaalista asiantuntijuutta, jolla hän viittaa erityistietämykseen työympäristöön liittyvissä asioissa. Tietämyksen mielenterveyshäiriöiden lääkkeistä voi olettaa kuuluvan sosiaalityöntekijän rooliin psykiatrian kontekstissa. Toisaalta lääkärit huomioivat teksteissään päihdepsykiatrisen arvion ja lääkityksien lisäksi myös sosiaalisen tilanteen.

Lääkäreiden ammatillinen asema ja lääkärin puhujakategoriaan asemoituminen kuvautuu kertomuksissa myös diagnoosien tekemisenä. Diagnooseja ei esiinny muiden ammattiryhmien teksteissä, ja niiden asettaminen näyttäytyykin yhtenä ammattiryhmien välisen rajatyön muotona. Diagnoosien asettamisesta ja muusta esille tuodusta asiantuntijuudesta voidaan päätellä instituution tehtävien lisäksi se, mikä instituution kannalta on asiakkaasta merkityksellistä tietoa ja mitä ongelmia instituutiossa käsitellään (Raitakari 2006, 231). Diagnoosit esitetään joko luettelomaisesti numeerisena tai lukujen lisäksi auki kirjattuna.

*Diagnoosit:*

*F11.22, F13.2, F32.9, (F60.3)*

*Diagnoosit*

*Z35.8 Riskiraskaus*

*F11.22 Opiatiriippuvuus, korvaushoidossa*

*F13.20 Bentsodiatsepiiniriippuvuus, tällä hetkellä vieroittunut*

*F60.3 Epävakaa persoonallisuus*

*B18.2 C-hepatiitti*

Diagnoosien tekeminen kuuluu lääkäreiden arvioivaan työnkuvaan. Laaksonen ym. (2011, 38) kuitenkin korostavat, että asiakasta koskevan dokumentin pitäisi olla asiakkaalle, ei työntekijälle tai palvelulle. Kun asiakasta koskevia diagnooseja kirjataan ilman niiden avaamista hänelle itsellensä, ne voivat jäädä tulkinnanvaraisiksi. ”Riskiraskaus” sisältää vahvaa arviota asiakkaan tilanteesta. Termiä käytetään myös silloin, kun asiakas on ajan-kohtaisesti käyttämättä päihteitä. Riskiraskauden diagnoosi on asetettu kaikille kertomusten asiakkaille. Sen voi ajatella olevan myös eräänlainen kriteeri asiakkuudelle.

*Esille tulee merkittäviä masennusoireita (voimakkaat itesyytökset, toivottomuus, epäonnistumisen kokemukset, mielihyvän menettäminen?). Ei psykoosilöydöksiä.*

Tässä lainauksessa lääkäri arvioi asiakkaan psyykkistä vointia. Otteessa lääkäri käyttää retorisenä keinona ääri-ilmaisua todetessaan oireiden olevan ”merkittäviä” ja itesyytösten olevan ”voimakkaita”. Masennusoireiden luettelon jälkeisellä kysymysmerkillä lääkäri jättää avoimeksi mahdollisuuden tulkintansa virheellisyydestä mielihyvän menettämisen suhteen. ”Esille tulee --” aloituksella lääkäri sitoo itsensä esittämäänsä väitteeseen, ja korostaa olevansa itse arvion tekijänä ja selontekovelvollisena.

*Psyykkisesti ilmeinen traumahistoria, aikuisiällä 2 psykoottisen manian jaksoa, mahd. [mahdollinen] kaksisuuntainen mielialahäiriö, kuitenkin oireilua edeltänyt huumeikäyttö ja traumakokemukset vaikeuttavat luotettavaa arviointia.*

Myös tässä lainauksessa lääkäri suojelee kasvojaan arviointia tehdessään. Lääkäri puolustele sanalla ”kuitenkin” luotettavan psykiatrisen arvioinnin tekemisen vaikeutta erittelemällä kaksi syytä, oireilua edeltäneen huumeikäytön ja traumakokemukset. Traumakokemusten todellisuutta lääkäri painottaa vielä ääri-ilmaisulla ”ilmeinen”.

*SADD 11/45 viitaten kohtalaiseen alkoholiriippuvuuteen, tällä hetkellä alkoholinkäytöstä vieroittunut. -- SDS alpratsolaami 8/15 pistettä (yli 4 pistettä viittaa kliinisesti merkittävään riippuvuuteen) -- SDS kannabis 1/15, ei todettavissa olevaa kannabisriippuvuutta.*

Useissa ensikäyntien kirjauksissa asiakkaan tilannetta arvioidaan erilaisilla kyselylomakkeilla. Tässä esimerkissä käytettyjä lomakkeita ovat SADD ja SDS. Lomakkeita käyttämällä puhuja asettuu väitteellään suuremman asiantuntijajoukon ja muualta asetettujen raamien taakse. Lomakkeiden käytön rutinoituessa toistetaan ongelmanmäärityksen tapoja (Raitakari 2006, 250). Tässä esimerkissä ne toimivat diagnosoinnin työkaluna, ja niillä voidaan esimerkiksi arvioida jonkin päihteen käyttö ongelma-asteiseksi. Lomakkeet tukevat lääkärin arviota, ja niiden yhteydessä käytetään usein määrällisiä ilmaisuja sekä numeerisesti että sanallisesti, ensimmäistä jälkimmäisellä vahvistaen. Pistemäärillä viitataan esimerkiksi ”kohtalaiseen” ja ”kliinisesti merkittävään” riippuvuuteen. ”Ei todettavissa olevaa kannabisriippuvuutta” taas jättää tulkinnan avoimeksi sen suhteen, että lääkäri ei voi todeta riippuvuutta täytetyn kyselyn perusteella, vaikka se käytännössä onkin mahdollinen.

*Suunnitelma*

*- Ei aio imettää, mutta imetykselle ei ole estettä, jos tulee toisiin ajatuksiin.*

Työntekijän asiantuntijuus näkyy aineistossa myös toimintaohjeiden määrittämisenä ja selkeinä kannanottoina. Yllä olevassa otteessa lääkäri määrittää, onko asiakkaalla lupa imettää vai ei. Lääkäri etäännyttää omat intressinsä väitteestä ”ei aio imettää” välittämällä asiakkaan oman määritelmän tilanteesta eteenpäin. Viittauksella ”mutta imetykselle ei ole estettä, jos tulee toisiin aatoksiin” lääkäri ei myöskään ole imetyksen aloittamista vastaan, ja sitoutuu väitteeseen esittäen sen omana näkemyksenään.

*Kerroin, että ennakollinen lastensuojeluilmoitus tehdään.*

*Suunnitelma:*

*Tehdään ennakollinen lastensuojeluilmoitus.*

Asiantuntijuus ja asiakkaan itsemääräämisoikeuteen puuttuminen näkyvät aineistossa intervention tekemisenä ennakkollisena lastensuojeluilmoituksena. Ensimmäisessä lääkärin tekstissä lastensuojeluilmoitus kerrotaan itse esitettynä faktana. Tähän viittaa ”kerroin”-sanon käyttö minämuodossa. Seuraavan lainauksen ”tehdään”-sanavalinta taas ei yhdistä tekoa pelkästään lääkäriin vaan laajemmin työyhteisöön. Jälkimmäisessä esimerkissä tieto ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä on liitetty ”Suunnitelma”-osioon, eikä sitä mainita aiemmin. Asiakkaan näkökulmasta huomionarvioista on, ettei yhdestäkään aineiston kertomuksesta selviä asiakkaan reaktio lastensuojeluilmoituksen tekemiseen.

*Tämä teksti toimii ennakkollisena lastensuojeluilmoituksena.*

*Jakelu:*

*Kunnan G sosiaalityö/lastensuojelu ennakkolliseksi lastensuojeluilmoitukseksi*

Myös itse dokumenttia saatetaan käyttää intervention ja ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen välineenä, kuten yllä esitetyt otteet osoittavat. Tekstin käyttäminen ennakkollisena lastensuojeluilmoituksena on jälkimmäisessä esimerkissä kerrottu kirjauksen lopun ”Jakelu”-osiossa. ”Ennakkolliseksi lastensuojeluilmoitukseksi” -ilmauksessa lääkäri perustelee sitä, miksi jakelu on laitettu juuri lastensuojeluun.

*Somaattinen tilanne*

*Tiedossa ei ole somaattisia sairauksia. Ei koskaan suonensisäisten huumeiden käyttöä.*

Vaikka kyse on päihdepsykiatrian poliklinikasta, asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomiointi tulee esille jo ensikäynnin kirjauksessa. Osiossa ”Somaattinen tilanne” kartoitetaan asiakkaan somaattista terveydentilaa. Tekstistä käy kuitenkin ilmi myös tilanteen konteksti, kun lääkäri kirjoittaa suonensisäisten huumeiden käytöstä. Tällä lääkäri kartoittanee mahdollisia suonensisäisen käytön kautta leviäviä tartuntatauteja. Ääri-ilmaisulla ”ei koskaan” lääkäri lisää faktatiedon vakuuttavuutta.

*Tulee sh [sairaanhoidtaja] [nimi] puhelinoiton perusteella perhetukikeskuksesta lääkitysarvioon.*

Ensimmäisen tapaamisen tulosyöksi on kirjattu tapaamiseen tulon lisäksi asiakkuuteen päättymisen syy. Tässä esimerkissä lääkäri on kirjannut sekä palveluun lähettäjän että palveluun lähettämisen syyn. Perhetukikeskuksessa on rajattu asiakkaan lääkityksiön kuluun päihdepsykiatrian poliklinikalle, jossa toimitaan perhetukikeskuksen toiveen mukaisesti. Kyseinen asiakas on korvaushoidossa, ja lääkitykseen kokonaisuudessaan on otettu kantaa kirjauksen loppuun.

### 7.1.2 Asiakas asiantuntijana

Kertomuksissa asiakkaan asiantuntijuudelle annetaan pääasiassa laajasti tilaa. Lääkäri on kirjannut päihdearvioon asiakkaan kertoman mukaisesti päihdehistoriasta.

*Kannabis:*

*ensimmäinen käyttökerta 13-vuotiaana, sen jälkeen on ”aina käyttänyt, joskus enemmän, joskus vähemmän”.*

*Opioidit:*

*ensimmäinen opioidikokeilu on ollut Subutexilla 18-vuotiaana ja päätyi sen jälkeen käyttämään Subutexia säännöllisesti -- noin 5 vuoden ajan, vieroittautui itse.*

Kaikissa kertomuksissa kartoitetaan päihdekohtaisesti mahdollinen käyttöhistoria. Edellä on kaksi otetta, joista ensimmäisessä asiakkaan oman näkemys on tuotu vahvasti esille. Kannabis-otteessa retorisenä keinona käytetään suoraa lainausta asiakkaan kertomasta, jota lääkäri ilmentää käyttämällä lainausmerkkejä. Asiakas ei kerro tarkempia kannabiksen käytön määriä, jolloin lääkäri siteeraa suoraan asiakasta. Toisessa esimerkissä asiakasta ei sidota yhtä vahvasti väitteisiin kuin ensimmäisessä. Asiakas etäännytetään vastuusta ilmaisemalla ”päätyi käyttämään”. Tämä viittaa kokeilun johtaneen Subutexin säännölliseen käyttöön ilman, että se olisi ollut asiakkaan oma valinta. Myöhemmin todettu ”vieroittautui itse” taas korostaa asiakkaan oma-aloitteista vieroittautumista ilman tukitoimia.

*Ei koe olleensa alkoholista koskaan riippuvainen. --*

*Itse arvioi olleensa aiemmin bentsodiatsepiineista riippuvainen.*

Myös yllä mainituissa katkelmissa asiakkaan asiantuntijuus sisällytetään osaksi arviota. Katkelmat ovat saman tapaamisen tekstistä. Ensimmäisessä asiakkaan oma kokemus tuodaan esille ”ei koe” -ilmaisulla. Ääri-ilmaisulla ”koskaan” tehostetaan väitettä siitä, ettei riippuvuutta alkoholiin ole missään vaiheessa asiakkaan oman kokemuksen mukaan ollut. Bentsodiatsepiinien kohdalla asiakkaan näkemys tuodaan esiin ilmaisulla ”itse arvioi olleensa”. Ensimmäisessä riippuvuuden mahdollisuus rajataan pois, toisessa riippuvuuden arvioidaan olleen joskus ajankohtainen. Sanan ”aiemmin” käytöllä viitataan siihen, ettei riippuvuutta tällä hetkellä ole. Lääkäri korostaa molemmissa kirjauksissa itsensä irrottamista arviosta nostamalla esiin asiakkaan mielipiteen.

*Itsemurha-ajatukset myöntää, mutta kieltää aikeet.*

Asiakas on kertomuksissa osallisena myös psyykkisestä voinnista tehdyissä arvioissa. Tässä otteessa lopussa on käytetty retorisenä keinona kontrastiparia, kun lääkäri kuvaa asiakkaan näkemystä toisillensa vastakkaisilla ”myöntää” ja ”kieltää” -termeillä. Sanavalinnat myös viittaavat siihen, että asiakkaalta on erikseen kysytty asiasta. Siten lääkäri osaltaan sitoo itsensä kirjauksen pohjana käytyyn keskusteluun.

*Arvelee, että vauvan kanssa tulee olemaan ”rankkaa”, sanoo kuitenkin ehdottomasti haluavansa hoitaa lapsen itse ja suhtautuvansa kaiken kaikkiaan luottavaisesti pärjäämiseensä.*

Otteessa kartoitetaan asiakkaan pärjäämistä lapsen hoitajana. Väitteet on liitetty asiakkaaseen, ja lääkäri on välittänyt asiakkaan itsensä esittämät näkemykset kertomukseen. Keskeisin sisältö on, ettei asiakas halua tilanteessaan ulkopuolista tukea. Esille on aluksi tuotu, että asiakas ”arvelee” vauvan hoidon olevan ”rankkaa”, joka on lainausmerkeistä päätellen suora lainaus asiakkaan kertomasta. ”Arvelee”-sanon käyttö viittaa siihen, ettei asiakkaalla ole varmaa käsitystä lapsen hoitamisen vaativuudesta. ”Sanoo kuitenkin” -ilmaisusta voidaan tulkita, että vauvan hoidon mahdollisesta vaativuudesta huolimatta asiakkaan toivetta lapsenhoidosta itsenäisesti kunnioitetaan. Väitteen vakuuttavuutta on lisätty ääri-ilmaisulla ”ehdottomasti” ja korostamalla asiakkaan omaa roolia toteamalla hänen haluavan huolehtivan lapsenhoidosta ”itse”. Lääkäri on tuonut esille myös sen, että asiakas on todennut ”suhtautuvansa kaiken kaikkiaan luottavaisesti pärjäämiseensä”. Tällöin asiakas vastuuttaa itsensä itsenäiseen pärjäämiseen.

*Omat vanhemmat ovat potilaan mukaan raittiita, äiti ei juo ollenkaan, isä noin kaksi kertaa vuodessa. Lapsuudenkotiaan kuvaa tavalliseksi, turvalliseksi.*

Tässä lainauksessa lääkäri on tuonut ”potilaan mukaan” -ilmaisulla asiakkaan oman näemyksen vanhempiensa raittiudesta esille. Asiakas määrittelee itse vanhempiensa tilannetta ja lapsuudenkotiaan, ja lääkäri on kirjannut kertomukseen asiakkaan antaman arvion ulkoistamalla itsensä arviosta. Retorisena keinona on käytetty lapsuudenkodin kuvaamisessa viittaamista sosiaalisiin normeihin ”tavallisesta” ja ”turvallisesta” lapsuudenkodista, jotka on pilkulla rinnastettu toisiinsa viitaten tavallisuuden sisältävän turvallisuutta. Tekstistä voidaan tulkita, että vanhempien raittius on kriteerinä lapsuudenkodin tavallisuudelle ja turvallisuudelle.

*Mikäli ptl [potilas] päätyy jatkamaan raskautta, korvaushoitolääkkeenä jatkuu Subutex ja annosta pudotetaan 1mg:lla kuukauden välein.*

*Lapsuutta varjosti äidin miesystävän ongelmat, joista ptl ei halua kertoa tarkemmin.*

Asiakkaan asiantuntijuus näyttäytyy näiden katkelmien tavoin hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamisena. Asiakas on ensimmäisessä katkelmassa itse päätösvaltainen raskauden jatkamisesta. Lääkärin suunnitelman mukaan edetään asiakkaan ratkaisun perusteella. Tähän lääkäri viittaa toteamalla ”mikäli ptl päätyy --, [niin] korvaushoitolääkkeenä jatkuu”. Asiakkaan asiantuntijuus asetetaan siis tärkeimmäksi prioriteetiksi.

*Potilas on tietoinen alkoholin ja kannabiksen sikiöhaitoista, ei halua asiaa pohtia nyt eikä tilanteesta nyt murhetta kantaa, ei ole ollut ahdistunut tilanteesta.*

Yhdessä kertomuksessa on kirjattu tilanne, jossa asiakas on käyttänyt alkoholia ja kannabista raskauden aikana. Lääkäri on kirjannut kertomukseen, että ”potilas on tietoinen -- sikiöhaitoista” korostaen, että häntä on informoitu asiasta. Todeten ”ei halua asiaa pohtia nyt eikä tilanteesta nyt murhetta kantaa” lääkäri tuo esiin asiakkaan esittämän tavan toimia tilanteessa huolimatta siitä, että hänelle on kerrottu sikiöön kohdistuvan tästä haittaa. Tiedottamalla sikiöhaitoista voidaan myös vastuuttaa asiakasta päihitteettömyyteen. Raskaudenai-  
kainen päihdekäyttö on määritelty sosiaalisten normien mukaan hyväksyttömäksi toiminnaksi. Sen vuoksi lääkärin voidaan olettaa odottavan kulttuuristen odotusten mukaisesti, että asiakas reagoisi tilanteeseen eri tavalla ja olisi huolissaan sikiön turvallisuudesta.

*Ei tiedä kuka kunnassa on oma sosiaalityöntekijä --.*

Aineistossa esiintyy myös tilanteita, jossa asiakas ei itse ole tietoinen omasta työntekijästään. Esimerkissä lääkäri ilmaisee faktana, että asiakas ”ei tiedä” omaa sosiaalityöntekijäänsä, jolloin asiakkaan oman asiantuntijuuden paikka on kadoksissa.

### 7.1.3 Lähiverkosto asiantuntijana

Läheisten osuus verkostotyössä ilmenee verkostopalaveri-ihin osallistumisena vain kolmessa asiakaskertomuksessa. Yhdessä on mukana asiakkaan äiti, kahdessa puoliso. Alla esimerkkinä kirjaus verkostotapaamisesta, jossa läsnä on asiakkaan äiti.

*Äidin näkökulmasta potilaan tilanne on alkuraskauden jälkeen ollut erittäin hyvä, on vaikuttanut hyvinvointiselta ja hoitanut asiansa itsenäisesti.*

*Myös miesystävän näkökulmasta tilanne on nyt ihan hyvä, kertoo kyllä joskus aiemmin vuosia sitten olleensa potilaasta hyvinkin huolissaan.*



Äidin ja miesystävän asiantuntijuudelle on annettu teksteissä paikka. Otteet ovat eri kertomuksista. ”Äidin näkökulmasta” ja ”myös miesystävän näkökulmasta” -ilmaisut kertovat lääkärin välittävän läheisten näkemykset tilanteesta kertomukseen. Äidin kertomaa ei esitetä absoluuttisena faktana vaan todetaan, että tytär on ”vaikuttanut hyvävointiselta” jättäen tilaa sille, että tilanne voi oikeasti olla myös toisin. Jälkimmäisessä otteessa puolison näkemyksessä korostuu tilanteen muuttuminen. Puoliso kertoo ajankohtaisen näkemyksen tilanteestaan toteamalla asiakkaan voinnin olevan ”nyt ihan hyvä”. Puoliso tuo kuitenkin esiin, että asiat ovat olleet toisinkin, kuten ”kertoo kyllä joskus vuosia sitten olleensa potilaasta hyvinkin huolissaan” antaa ymmärtää.

*Potilaalla arjen tukena äiti ja kaksi hyvää ystävää, tekemisissä päivittäin.*

*-- saa rahallista apua äidiltään. Tiiviisti yhteydessä omiin vanhempiinsa, siskoonsa ja miehensä äitiin, jolta voi myös jatkossa saada lastenhoitoapua.*

*Kertoo miehen hoitavan enimmäkseen kotityöt ja raha-asiatkin, kokee kuitenkin itsekin tarvittaessa osaavansa asioita hoitaa.*

Verkostopalavereihin osallistuneiden läheisten asiantuntijuuden huomiointi jää teksteissä vähäiseksi. Läheisistä kuitenkin kysytään kaikilta asiakkailta vähintään ensikäynnillä, mutta heidän läsnäolonsa tapaamisissa mainitaan vain kahdessa kertomuksessa. Lääkäri kirjoittaa asiakkaan itse määrittävän läheistensä tehtävää verkostossa ”arjen tukena” kertomatta yksityiskohtaisesti, miten tuki käytännössä ilmenee. Toisessa otteessa läheisten tuki rajataan konkreettisesti rahallisen avun ja lastenhoitoavun tarjoajaksi sekä kotitöiden hoitajaksi. Viimeisessä otteessa lääkäri kirjoittaa asiakkaan kertovan kotitöiden olevan enimmäkseen miehen vastuulla, mutta ”kokee kuitenkin itsekin tarvittaessa osaavansa asioita hoitaa”. Lääkäri tuo kertomuksessa esiin asiakkaan puolustelun arjen itsenäisestä pärjäämisestä tilanteen niin vaatiessa.

*Lisäksi kaksi hyvää ystävää, joista toinen on tulossa mukaan synnytykseen.*

Läheisten osuus verkostossa näyttäytyi osallistumisena synnytykseen. Myös tässä tapauksessa läheisen rooli oli taustatukena olemisessa, ei tapaamisiin osallistujana.

#### 7.1.4 Palvelu asiantuntijana

Asiantuntijan position rajatyössä voi tulkita näkyvän asiakkaan itsemääräämisoikeuteen puuttumisena. Yhdessä kertomuksessa on tehty päätös, johon asiakas ei itse voi vaikuttaa.

*Valviran päätös raskausviikolle 20 voimassa.*

*-- pohtinut raskauden keskeytystä, saanut Valviran luvan keskeytykseen --.*

Näissä tilanteissa viitataan palveluun päätöksentekijänä. Seuraavien lainausten sanavalinnat ”Valviran päätös” ja ”saanut Valviran luvan” kertovat siitä, ettei asiakkaalla ole oikeutta itse päättää raskauden keskeyttämisestä. Asiakas on kuitenkin tilanteessaan päätösvaltainen, mikäli hän haluaa pitää lapsen. Kirjaajalla ei ole osuutta näihin päätöksiin, vaan hänen roolinsa on tiedon neutraali välittäminen. Molemmissa lainauksissa tieto Valviran luvasta ilmaistaan faktuaalisena argumentaationa. Ensimmäisessä se ilmaistaan irrallisena faktana, jälkimmäisessä se taas yhdistetään asiakkaan pohdintaan raskauden keskeyttämisestä.

*[Terveydenhoitajan sukunimi] kertoo, että potilas juonut toissavknloppuna puolitoista pulloa kirkasta viinaa (40 prosentista) -- kannabista käyttänyt viimeksi eilen. Th:n käynneillä ei ole käsittänyt päihteidenkäytön vaarallisuutta sikiölle. Sovittu lähetettävän ptilaalle seuranta-aika päihdepsykiatrian poliklinikalle [ajankohta] --.*

Rajatyötä tuotetaan katkelmassa asian rajaamisena oman asiantuntijuuden ulkopuolelle siirtämällä vastuu toiselle palvelulle. Päihdepsykiatrian poliklinikalle varataan aika, koska kyseisen palvelun asiantuntijuuteen kuuluu tietämys päihdekäytön aiheuttamista sikiöhaitoista, eikä terveydenhoitajan asiantuntijuus ole tilanteessa riittänyt. Teksti on katkelma sosiaalityöntekijän kirjaamasta puhelusta. Siinä sosiaalityöntekijä käyttää ”kerto”-ilmaisua, jolla tekee itsestään terveydenhoitajan viestin välittäjän ottamatta kantaa itse virkkeen sisältöön. Retorisena keinona on käytetty myös yksityiskohtaista kertomusta asiakkaan käyttämistä päihteistä, jolla pyritään vakuuttamaan kohdeyleisö eli tässä tapauksessa aluksi päihdepsykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijä siitä, että asiakas tarvitsee heidän palveluitaan. Tämän väitteen sosiaalityöntekijä on välittänyt eteenpäin asiakaskertomukseen. ”Sovittu lähetettävän” -ilmaisua viittaa terveydenhoitajan ja sosiaalityöntekijän yhteiseen sopimukseen tilanteesta etenemisestä.

*[Perhetukikeskuksen] kriisiosastolla on tullut esille masennusoireita, synkkyyttä ja toivotomuutta, itsemurha-ajatuksia.*

Aina asiantuntijuutta ei kohdisteta tiettyyn työntekijään, vaan sillä viitataan koko organisaation tai palvelun näkemykseen. ”kriisiosastolla on tullut esille”, ei viittaa kenenkään yksittäisen työntekijän vaan kriisiosaston havaintoihin. Lääkäri ulkoistaa samalla itsensä väitteestä toteamalla, että näkemys ”on tullut esille” perhetukikeskuksessa korostaen retorisesti sitä, etteivät huomiot psyykkisestä tilanteesta ole hänen omiaan.

*Esitietojen osalta viitataan [päivämäärä] psykiatrian lehteen [saman asiakastietojärjestelmän psykiatrian hoitokertomukset]. Tarkennettiin esitietoja joiltakin osin.*

Lääkäri kirjoittaa lainauksessa käyttävänsä oman kartoituksensa tukena oman organisaation, tässä tapauksessa psykiatrian aiempia kertomustekstejä viittaamalla ”psykiatrian lehteen”. Minämuodon käyttö osoittaa vahvaa sitoutumista väitteeseen ja kertoo tekstin samalla olevan kirjoitettu lääkärin puhujakategoriasta. Edellisessä ja seuraavassa otteessa rajatyö näyttäytyy yhteistyön tekemisenä psykiatrisen näkökulman osalta, kun asiakkaan hoitokertomuksia hyödynnetään juuri psykiatrian alueelta.

*Tilataan hoitokertomuksia Kunnan Q sekä Kunnan G psykiatrian poliklinikoilta.*

Kertomuksissa hyödynnetään oman organisaation lisäksi myös muissa organisaatioissa aiemmin kerättyä tietoa. Verkostoyhteistyö näyttäytyy tässä hoitokertomusten tilaamisena kahden kunnan psykiatrian poliklinikoilta. Samalla korostuu erityisesti myös kuntien välinen verkostotyö. Edelliseen katkelmaan verraten lääkärin sitoutuminen väitteeseen ei ole niin vahvaa: hän ilmaisee ”tilataan hoitokertomuksia” käyttämällä passiivia. Toisin kuin edeltävässä esimerkissä, niitä ei myöskään voi samalla tapaamisella käyttää arvion täydentäjänä. Jenni-Mari Räsänen (2014, 91) huomauttaa väitöskirjassaan, että aiemman tiedon käytöllä on etunsa työntekijöiden lisäksi myös asiakkaalle, kun hänen ei tarvitse kerrata menneitä tapahtumia toiselle työntekijälle. Erityisesti jälkimmäisessä esimerkissä asiakas on jo asioinut ainakin kahden eri kunnan psykiatrian poliklinikalla, jolloin on todennäköistä, että hän on kerrannut samoja asioita useamman kerran eri palveluissa.

*[ajankohta] [äitiyspoliklinikan lyhenne] Sis. [sisäinen] Konsultaatio sh. [nimi]*

*Tavattu potilasta HAL-ajalla [äitiyspoliklinikan lyhenne]:llä.*

Yhdessä kertomuksessa konsultaatiotilanne näyttäytyy päihdepsykiatrian poliklinikan asiantuntijuutena. Äitiyspoliklinikka on esittänyt päihdepsykiatrian poliklinikalle konsultaatiopyynnön, jonka perusteella sairaanhoitaja on mennyt tapaamaan asiakasta. Otsikko ”Sis. Konsultaatio” viittaa sairaalan sisäiseen konsultaatioon. HAL-lyhenne viittaa huumeisiin, alkoholiin ja lääkkeisiin. HAL-aikoja järjestetään erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikoilla. Huumeet, alkoholi ja lääkkeet kuuluvat päihdepsykiatrian poliklinikan asiantuntijuuden piiriin, jonka vuoksi konsultaatiopyyntö on osoitettu sinne.

### 7.1.5 Jaettu asiantuntijuus

Aina tilanteen asiantuntijuus ei ole vain yhdellä osallisella, vaan se näyttäytyy jaettuna. Jaettua asiantuntijuutta ilmenee sekä työntekijöiden kesken että työntekijöiden ja asiakkaan välisenä jaettuna asiantuntijuutena. Se kiteytyy usein yhteisen tiedon jakamiseen. Kaikilla tahoilla on tiedossa suunnitelma tilanteen etenemisestä. Jaettu asiantuntijuus on läsnä kaikissa kertomuksissa. Työskentelyn ytimenä on asiakaslähtöisyys, jolloin ratkaisuja tehdään asiakkaan elämäntilanteen asettamien rajoitusten ja mahdollisuuksien mukaan. Asiakas-suhde perustuu asiakkaan ja työntekijän kumppanuuteen. (Helén 2011, 153.) Sanna Väyrynen ja Jari Lindh (2013, 408) nimittävät jaettua toimijuutta yhteistoimijuudeksi, jolla he viittaavat organisaatioiden, työntekijöiden ja asiakkaiden yhdessä tekemisen merkitykseen.

*Koska tämänhetkinen psyykkinen vointi kuvautuu kohtalaisena ja potilas kokee lääkkeen tekävän öisin tokkuraiseksi, kokeillaan nyt varovaista vähennystä ad. 75 mg 1x1 ajatellen tulevaa vauvan hoitoakin.*

*Ptl kertoo alkaneensa epäillä Ciprallexin aiheuttavan haittavaikutuksina yöhikoilua ja huonovointisuutta, mistä syystä ei nostanut annosta -- Sai uuden ajan [ajankohta] lääkitysarviota varten, sitä ennen purkaa Ciprallex-lääkityksen asteittain pois.*

Asiakaslähtöisyydeksi voidaan tulkita tilanne, jossa lääkäri kirjaa muuttaneensa lääkeannostusta asiakkaan kertoman perusteella. Hän perustelee annosmuutosta katkelmissa aina jollakin tavalla, esimerkiksi asiakkaan kokemuksilla omasta voinnistaan. Tämän osoittavat lainausten sanavalinnat ”Koska tämänhetkinen psyykkinen vointi kuvautuu --, kokeillaan nyt --”. Psyykkisen voinnin hyvänä kuvautuminen taas viittaa siihen, että mikäli psyykkinen vointi olisi huonompi, annoslaskua ei välttämättä olisi tehty. Sanalla ”varovaista” puhuja suojaa kasvojansa ja osoittaa, ettei ole toiminut riskialttiisti asiakkaan tilanteessa kuitenkin antaen ymmärtää itsensä seisovan ratkaisunsa takana. Lääkäri käyttää retorisenä keinona niiden yksityiskohtien kuvailua, joilla asiakas on kuvaillut vointiaan, ja nojaa samalla niihin lääkityspäätöksissään. Jossain määrin vastuu tilanteesta jää siis myös asiakkaalle. Kannanottoja lääkityksiin perustellaan äidin kokemusten lisäksi vauvan tarpeilla. Vauvaa tulee hoitaa myös öisin, jolloin äidin on reagoitava vauvan tarpeisiin. Tämä on myös ennalta määritelty oletus hyvästä vanhemmuudesta.

Päihdekäyttöä kartoitetaan kaikissa kertomuksissa. Asiantuntijuuden paikkaa haetaan, kun kysytään tapaamista edeltäneestä päihdekäytöstä. Näissä asiantuntijuuden paikka kiteytyy

myös työntekijän ja asiakkaan välisen luottamuksen etsimiseen. Pähhteettömyys halutaan olettavasti varmistaa, kun kyse on sikiön mahdollisesta altistumisesta päihhteille.

*Alkuraskaudessa joitakin kertoja alkoholinkäyttöä, muuten on tietävästi ollut päihhteettä.*

*Kertoo olleensa edelleen päihhteettä, tätä tukevat myös perhetukikeskuksessa ja [päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne]:lla otetut huumeeseulat --.*

Ensimmäisessä esimerkissä sanalla ”tietävästi” voidaan viitata siihen, että vaikka asiakas kertoo olleensa muuten päihhteettä, hänen asiantuntijuutensa jollain tasolla sivuutetaan. Toisin sanoen muuta kuin asiakkaan kertomaa tietoa päihhteiden käytöstä ei ole. Sanavalinta myös sitoo lääkärin väitteeseen. Jälkimmäisessä esimerkissä asiakkaan kertomukselle on haettu vahvistusta palveluissa otetuista huumeeseuloista. ”Kertoo” ilmaisulla kirjaaja toimii viestin välittäjänä, samoin kuin todetessaan muualla otettujen huumeeseulojen tulokset.

*Pyritään järjestämään verkostopalaveri, jossa tarkoitus sopia eri toimijoiden välisestä työnjaosta ja tehdä tarkempaa hoitosuunnitelmaa.*

Katkelmassa kiteytyy teoriataustassa esiin tuodut onnistuneen moniammatillisen verkostotyön elementit. ”Pyritään järjestämään” toisaalta viittaa siihen, ettei järjestäminen välttämättä onnistu. Syitä tähän ei kuitenkaan eritellä. Tapaamisen ”tarkoitus” on eritelty: ”sopia eri toimijoiden välisestä työnjaosta ja tehdä tarkempaa hoitosuunnitelmaa”. Sana ”sopia” ei tarkoita yhden henkilön päätösvaltaa, vaan sillä viitataan nimenomaan jaettuun asiantuntijuuteen tilanteesta.

*Haluaisi siirtyä tavalliseen neuvolaan, mutta sovittiin kuitenkin yhteisymmärryksessä neuvolan jatkumisesta ainakin lähikuukaudet perhetukikeskuksessa.*

Joissakin otteissa asiantuntijuuden paikasta käydään työntekijän ja asiakkaan kesken *neuvottelua*. Lääkäri mainitsee kirjauksessaan, että asiakas ”haluaisi siirtyä tavalliseen neuvolaan”, joka viittaa asiakkaan omaan tahtoon neuvolapalvelun siirtämisestä muualle. ”Mutta sovittiin kuitenkin yhteisymmärryksessä --” taas antaa ymmärtää, että yhteisen neuvottelun tuloksena neuvola jatkuu perhetukikeskuksessa. ”Yhteisymmärrys” viittaa käsitteenä siihen, että asiasta ollaan samaa mieltä. Toisaalta ”mutta” viittaa siihen, että asiakkaan ensisijaisesta halusta huolimatta päädyttiin toiseen ratkaisuun. Asiakkaalle on annettu tilaa toteamalla palveluiden jatkuvan vanhassa paikassa ”ainakin lähikuukaudet”, mahdollistaen palvelujen siirtymisen toisaalle myöhemmin.

*[Perhetukikeskuksen] kriisiosastolla on tullut esille masennusoireita, synkkyyttä ja toivotomuutta, itsemurha-ajatuksia. Mieliala on kyllä ollut vaihteleva ja potilas kuvailee joinain hetkinä olon olleen ihan hyväkin.*

Lainauksessa voidaan tulkita esiintyvän perhetukikeskuksen ja asiakkaan ajatuksia asiakkaan mielialasta: ”kriisiosastolla on tullut esille” viittaa perhetukikeskuksen kriisiosaston asiantuntijuuteen, ”potilas kuvailee ” taas asiakkaan näkemykseen tilanteesta. Ilmaisusta ”mieliala on kyllä ollut vaihteleva” ei selviä, kenen näkemyksestä on kyse. Sillä voidaan toisaalta viitata kriisiosaston näkemyksen vahvistamiseen toteamalla kokoavasti ”on kyllä ollut vaihteleva”, mutta toisaalta se voi olla myös seuraavaan virkkeeseen liitettynä lisäystä asiakkaan näkemykseen. On myös mahdollista, että kyse on lääkärin omasta tulkinnasta. Joka tapauksessa otteen asiantuntijuus tilanteesta näyttäytyy jaettuna.

*Mielialanvaihteluiden vuoksi lääkitykseksi on aloitettu n. 2 kk sitten Cipralex -- kertoo kokeneensa siitä selvästi apua mielialan vaihteluun, ”raivareita” ei ole ollut, kuitenkin perhetukikeskuksessa vointi on näyttäytynyt vielä hyvin ailahtelevaisena.*

Aineistosta löytyi tilanteita, joissa asiantuntijuus ei ole jaettua. Perhetukikeskuksen ja asiakkaan näkemykset asiakkaan mielialanvaihteluista eroavat toisistaan. Lääkäri on kirjannut dokumenttiin molempien näkemykset. ”Kertoo kokeneensa” tuo esille vahvaa ilmaisua asiakkaan omasta kokemuksesta. Ääri-ilmaisulla ”selvästi apua mielialan vaihteluun” lääkäri vahvistaa asiakkaan kokemusta lääkkeiden toimivuudesta. Retorisena keinona käytetään myös lainausmerkkejä viittauksena suoraan lainaukseen asiakkaan kertomasta kun todetaan, ettei ”raivareita” ole ollut. Sanalla ”kuitenkin” asiakkaan asiantuntijuus sivuutetaan vertaamalla kertomusta perhetukikeskuksen näkemykseen. Myös siinä käytetään ääri-ilmaisua kun todetaan voinnin näyttäytyneen ”vielä hyvin ailahtelevaisena”. Ammattilaisten arvio vakuuttaa kirjaajan asiakkaan omaa arviota enemmän. Seuraavassa katkelmassa taas painavamman asiantuntijuuden osan saa asiakkaan asiantuntijuus.

*Potilaalle ehdotettiin perhetukikeskuksen perhekuntoutusta, mutta siitä ehdottomasti kieltäytyy, joten päädyttiin suunnittelemaan kotiin tehtävää tukea (lastensuojelun perhetyö ja perhetukikeskuksen ohjaustyö) --.*

Lääkäri kytkee itsensä osalliseksi väitteeseen käyttäessään tekstissä passiivimuotoa ”ehdotettiin”. Tekstin kirjannut lääkäri tuo asiakkaan näkemyksen esille tehostamalla sen vakuuttavuutta ääri-ilmaisulla ”ehdottomasti kieltäytyy”. Tilanteessa edetään asiakkaan ehdoilla. Tästä kertoo lääkärin kirjaus ”joten päädyttiin suunnittelemaan kotiin tehtävää tukea”. Asiakkaan kieltäytyminen perhekuntoutuksesta aiheuttaa sen, että tilanteessa ”pää-

dyttiin suunnittelemaan” kotiin tehtävän tuen aloittamista. Lääkäri on tarkentanut suluissa, ketkä palvelun toteuttajina ovat. Asiakkaan asiantuntijuus omasta tilanteestaan on tässä otteessa asetettu ensisijaiseksi.

#### *Jakelu*

*Potilas, Perhetukikeskus, Kunnan G psykiatrian poliklinikka, Kunnan G aikuissosiaalityö*

#### *Jakelu*

*Perhetukikeskus, Kunnan G psykiatrian pkl, sosiaalitoimi/lastensuojelu/aikuissosiaalityö*

Jaettu asiantuntijuus korostui toistuvasti aineistossa tiedonjakamisena siten, että verkostopalavereiden kertomustekstit laitettiin osallisille tiedoksi. Tähän viittaa termi ”jakelu”. Näissä esimerkeissä huomio kiinnittyy asiakkaan rooliin jaetussa asiantuntijuudessa. Ensimmäisessä asiakas on laitettu kertomuksille tyypilliseen tapaan jakelulistan ensimmäiseksi, mutta jälkimmäisessä ei ole lainkaan asiakasta jakelulistan osana. Tämä on aineiston ainoa jakelulista, jossa asiakasta itseään ei huomioida. Asiakas on ollut tapaamisessa läsnä, ja siinä on keskusteltu häntä koskevista asioista. Asiakkaan asiantuntijuus sivuutetaan, kun hänet on jätetty jakelun ulkopuolelle.

## 7.2 Kriteeridiskurssi

Kriteeridiskurssissa painottuu organisaatioiden ja palveluiden välinen rajatyö. Kriteeridiskurssissa asiakas pääsee tietyn palvelun piiriin täytettyään tietyt organisaation tai työntekijän asettamat kriteerit. Kriteerit perustuvat myös palveluiden asiantuntijuusalueisiin ja määriteltyyn ongelmaan. Palveluihin oikeuttavia kriteereitä aineistossa ovat mielenterveyden häiriö, päihderiippuvuus, raskaus ja vanhemmuus, liitännäisilmiöt ja palveluiden linjaukset. Kriteereillä sekä perustellaan yhteydenottoa tai asiakkuutta palveluun että rajataan asiakas pois omalta vastuualueelta. Kun ajankohtaisina kriteereinä ovat sekä mielenterveyden häiriö että päihderiippuvuus, ensisijaisen palvelun määrittämisessä ilmenee haasteita.

### 7.2.1 Mielenterveyden häiriö kriteerinä

Tyypillisimmillään oikeutta palvelun piiriin perustellaan sairaudella. Tässä tapauksessa oikeuttajana toimivat mielenterveyden häiriöt.

*Vuosina x–y ollut vuoden mittainen hoitjakso Sairaalan X nuorisopsykiatrian poliklinikalla, diagnooseina vaikea depressio, sosiaalisten tilanteiden pelko, identiteettihäiriö ja alkoholin haitallinen käyttö.*

Tässä esimerkissä on kartoitettu asiakkaan psykiatrista hoitohistoriaa. Hoitokontaktin kerrotaan ensin olleen nuorisopsykiatrian poliklinikalla, jonka jälkeen kirjaava lääkäri on perustellut hoitokontaktia psykiatriselle psykiatristen sairauksien ja alkoholin haitallisen käytön diagnooseilla. Lääkäri etäännyttää itsensä toteamalla nämä asiat neutraalisti faktoina, ottamatta esimerkiksi kantaa diagnooseihin. Psykiatrisen hoitohistorian kartoittaminen kuuluu ensikäynnillä tehtävään päihdepsykiatrisen tilanteen arvioon.

*Sovittiin, että tehdään joka tapauksessa lähete Kunnan G psykiatrian pkl:lle mielialaongelmien ja ilmeisen epävakaan persoonallisuushäiriön vuoksi.*

#### *Diagnoosi*

*F32.9 Tarkemmin määrittämätön masennustila*

*(F60.3 Epäily epävakaasta persoonallisuushäiriöstä)*

Ylemmässä lainauksessa lääkäri arvioi sopivaksi palveluksi psykiatrian poliklinikan, ja suosittelee asiakasta sinne hoitoon lähetteellä. ”Vuoksi”-sana viittaa asiakkaan mielialaongelmien ja ilmeisen epävakaan persoonallisuushäiriön toimivan perusteena hoitopaikan valinnalle. ”Sovittiin” viittaa yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa tehtyyn ratkaisuun. Lähetteen tekemisellä lääkäri rajaa asiakkaan psykiatrisen hoidon kuuluvan muiden kuin hänen tai päihdepsykiatrian poliklinikan asiantuntemuksen piiriin. Lääkäri kirjoittaa epävakaan persoonallisuushäiriön olevan ”ilmeinen”, lopussa luetelluissa diagnooseissa hän käyttää sairauden kohdalla sanaa ”epäily”. Tällä lääkäri viestittää siitä, ettei persoonallisuushäiriöstä ole varmuutta. Lääkäri rajaa vastuutaan siten, ettei voi asettaa varsinaista diagnoosia sairaudesta, jota ei ole vielä kunnolla tutkittu. Myös ”tarkemmin määrittämätön masennustila” viittaa siihen, ettei tarkkoja psykiatrisia tutkimuksia masennustilasta ole tehty. Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi on laitettu diagnoosilistassa sulkuihin, toisin kuin masennustilan diagnoosi. Myös tämä tukee tulkintaa siitä, että jonkinlaisesta masennustilasta voidaan asiakkaan kohdalla olla varmoja, persoonallisuushäiriöstä ei.

#### *Psyykinen tilanne*

*Psykiatriset sairaalajaksoit psykoottisen manian vuoksi [2 kk jakso] ja [vuosiluku]. -- muita maanisia jaksoja ei sairaalahoitoon johtaneiden oireiden lisäksi ole ollut.*

Esimerkissä lääkäri toteaa kahdesti asiakkaan mielenterveyden oireiden olleen syynä psykiatrisen sairaalahoidon jaksoille. Lääkäri kirjoittaa asiakkaan olleen psykiatrisessa sairaalassa ”psykoottisen manian vuoksi”, ja myöhemmin toteaa psykiatrista hoitohistoriaa kartoittaessaan juuri näiden oireiden ”johtaneen sairaalaan”. Lääkäri esittää asiakkaan antamat



tiedot faktoina raportoimalla ne kertomukseen. Ilmaisutavalla lääkäri antaa ymmärtää, ettei ole itse ollut osallisena tapahtuneeseen.

*Seuraava tapaaminen päihdepsykiatrian poliklinikalla on verkosto [ajankohta], tarvittaessa toivotaan herkästi yhteydenottoa jo aiemmin, jos mielialaongelmia ilmenee.*

*Päihdepsykiatrian poliklinikalle toivotaan pikaista yhteydenottoa, jos potilaalla ilmenee unihäiriötä tai mielialan muutoksia.*

Kertomuksissa palveluihin ei kuitenkaan aina yhdistetä diagnoosia, vaan yhteydenottoa palveluun perustellaan kahden edeltävän esimerkin tavoin ilmenneillä oireilla, kuten mielialaongelmilla, unihäiriöillä tai mielialan muutoksilla. Kirjannut lääkäri sitoo itsensä esittämäänsä väitteeseen, vaikka esittääkin sen passiivissa organisaation näkökulmasta käyttämällä termiä ”toivotaan”. Lääkäri antaa ymmärtää olevansa asiasta myös itse samaa mieltä. Sanavalinnoilla ”herkästi” ja ”pikaista” lääkärin voidaan tulkita korostaneen mahdollisuutta yhteydenottoihin matalalla kynnyksellä. Hoitokertomuksia kokonaisuudessaan kirjoittamalla voidaan havaita myös toistoa käytettävän retorisenä keinona. Molemmat esimerkit ovat samasta kertomuksesta. Kyseisessä kertomuksessa kaikilla neljällä tapaamisella oli toivottu suunnitelma-osiossa yhteydenottoa tarvittaessa.

*Tulosyy*

*el. [erikoislääkäri] [nimi] /[sanelun kirjanneen sihteerin nimikirjaimet]  
vastaanotolla psyykkisen voinnin seuranta varten.*

Tapaamisten kirjaaminen alkaa kertomuksissa tyypillisesti kertomalla syy asiakkaan asiomiselle. ”Tulosyy” ja tapaaminen jotakin ”varten” viittaavat siihen, että tapaamisella päihdepsykiatrian poliklinikalla täytyy olla jokin funktio. Vaikka tapaamisella ovat olleet mukana vain lääkäri ja asiakas ja tapaamisen syyksi on lueteltu psyykkisen voinnin seuranta, käynnillä on kartoitettu myös asiakkaan sosiaalista elämäntilannetta. Vaikka asiakkuudelle on esitetty jokin tietty kriteeri ja tapaamiselle funktio, esimerkiksi sairaus, tapaamisessa ja pitkin asiakkuutta on keskitytty kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen.

### 7.2.2 Päihderiippuvuus kriteerinä

Toisena tyypillisenä kriteerit täyttävänä sairautena näyttäytyy päihderiippuvuus. Riippuvuus mahdollisesti johonkin palveluun pääsyn ja toisaalta velvoitti tiettyihin palveluihin.

*Päihdepsykiatrian poliklinikan työryhmän seurannassa päihdetaustan vuoksi, taustalla riippuvuustasoista alkoholinkäyttöä, lisäksi [vuosiluku] on ollut huumeiden (amfetamiini, opiaatit) suonensisäistäkin käyttöä ja bentsodiatsepiiniriippuvuus.*

Teksti on lainaus läheteestä pikkulapsipsykiatrian vauvaperhetyöryhmään. Lääkäri toteaa päihdepsykiatrian poliklinikalla asioinnin tapahtuneen erilaisten päihderiippuvuuksien ”vuoksi”. Päihderiippuvuus näyttäytyikin psykiatristen diagnoosien ja oireiden lisäksi kriteerinä päihdepsykiatrian poliklinikan asiakkuudelle. Kirjauksessa mainitaan asiakkaan olevan ”seurannassa” työryhmällä. Lääkäri liittää näkemyksensä osaksi suurempaa joukkoa, työryhmää. Hän ei siis ole yksin vastuussa seurannasta. Sanavalinta ”seuranta” viittaa myös valta-asetelmaan työryhmän ja asiakkaan välillä. Työntekijät asemoituvat seuraajien, asiakas seurattavan kategoriaan.

*Perhetukikeskuksesta th [nimi] soittanut. Kertoo, että potilas juonut toissavknloppuna puolitoista pulloa kirkasta viinaa (40 prosentista) sekä polttanut kannabista -- Perhetukikeskuksessa alkamassa seurat kahden viikon välein.*

*[Perhetukikeskuksen terveydenhoitaja] kertoo, että potilas on tänään siirtynyt perhetukikeskuksen kriisiosastolle, seuloissa met.amf. [metamfetamiini] positiivinen, kertoo käyttäneensä Lyrica. Annettu tiedoksi seuranta-aika perhetukikeskuksen sh [nimi] [ajankohta], [Päihdepsykiatrian poliklinikan] el [sukunimi] ja sh.[sukunimi].*

Kahden eri kertomuksen esimerkeissä retkahdus päihteisiin aiheuttaa palveluun pääsyn. Sitä ei perustella suoraan riippuvuuden diagnoosilla, mutta sosiaalisesti epäsuotavana pidettävä raskaudenaikaisen päihdekäyttö aktivoi asiakkuuden uudelleen. Ensimmäisessä otteessa kirjauksen tehnyt sosiaalityöntekijä etäännyttää itsensä virkkeestä toimimalla viestin välittäjänä: ”kertoo”-sanon käyttö ilmentää kyseessä olleen terveydenhoitajan kertomus. Kun lääkäri esittää faktana kirjauksessaan, että seurat ovat ”perhetukikeskuksesta alkamassa”, hän vastuuttaa perhetukikeskusta tilanteen seurannasta ulkoistamalla samalla itsensä.

*Korvaushoidossa oli alkuvaiheessa ongelmia (amfetamiinin oheiskäyttöä) ja potilas on ollut [Laitoskuntoutuspaikan nimi] tehostejaksolla, itse kertoo ongelmien liittyneen parisuhteeseen.*

Lääkärin voi tulkita ymmärtävän amfetamiinin oheiskäytön ongelmaksi korvaushoidossa. Tämän hän ilmaisee ”ongelma”-sanon jälkeen tarkentamalla suluissa kyseessä olleen amfetamiinin oheiskäytön. Oheiskäytöstä on seurannut korvaushoidon tehostejakso laitoskuntoutuksessa. Kirjaaja ilmentää tämän rinnastamalla oheiskäytöstä ja laitoskuntoutukseen siirtymisestä kertovat virkkeet ”ja”-konjunktioilla. Oheiskäytöstä ja tehostejaksosta kerto-

misen voi tulkita olevan asiakkaan itsensä kertomia asioita historiastaan, jotka lääkäri on raportoinut kertomukseen liittämättä itseään väitteisiin. Virkkeen jatko ”itse kertoo ongelmien liittyneen parisuhteeseen” antaa kuvan asiakkaan puolustuskommentista. Retkahtamiseen on ollut jokin ulkoinen syy. Lääkäri on tehnyt asiakkaan kannalta edullisen valinnan tuodessaan kertomukseen myös asiakkaan perustelun tilanteesta. ”Itse kertoo” viittaa korostetusti siihen, että lääkäri on ulkoistanut itsensä asiakkaan esittämästä väitteestä.

*[Terveystenhoitajan sukunimi] kertoo perhetukikeskuksen palveluohjaajan [nimi] selvittäneen, että ptlaan ajankohtainen hoitokontakti on A-klinikan sijaan psykiatrian pkl, [työntekijän nimi] ja lääkärinä [nimi]. [Terveystenhoitajan sukunimi] näkee, että päihdeongelman työstämiseksi myös päihdehoito olisi tärkeää. -- Sovittu selvitettävän hoitokontaktiasiaa.*

Lainauksesta voidaan havaita rajatyön kannalta keskeinen haaste eli ensisijaisen hoitokontaktin määrittäminen, kun sekä päihderiippuvuus että mielenterveyden häiriö ovat akuuttia. ”Päihdeongelman työstämiseksi”-ilmaisusta voi päätellä päihderiippuvuuden toimivan kriteerinä päihdehoidolle. Asiakkaan hoitokontakti on kuitenkin terveydenhoitajan mukaan psykiatrian poliklinikka. Sosiaalityöntekijä välittää terveydenhoitajan näkemyksiä irrottautuen itse kommentaasta sanavalinnoilla ”kertoa” ja ”näkeä”. Viimeisessä virkkeessä ”sovitettu selvitettävän hoitokontaktiasiaa” hän liittää omat intressinsä väitteeseen viittaamalla yhteistyöhön. Toisaalta virkkeestä ei selviä, kenelle lopullinen vastuu selvittämisestä jää, sillä ”sovitettu selvitettävän” ei velvoita erityisesti kumpaakaan tahoja. Suvi Raitakarin ym. (2013, 244) mukaan työntekijät joutuvat päivittäisessä työssään punnitsemaan, kohtaavatko kaksoisdiagnoosia sairastavat asiakkaat päihderiippuvaisena vai mielenterveyden häiriötä sairastavana avun tarvitsijana. Ote toimii hyvänä esimerkkinä siitä, ettei sairauksien hoitamisen ensisijainen järjestys ole aina selvää edes työntekijöille. Raitakari ym. (2013, 244) esittävätkin, että työntekijöiden tulisi pyrkiä jaettuun asiantuntijuuteen sekä keskenään että asiakkaiden kanssa ensisijaisesta hoitokontaktista ennen päätösten tekemistä.

### 7.2.3 Raskaus ja vanhemmuus kriteerinä

Rajatyö näyttäytyy vastuun jakautumisena sosiaalisen tilanteen perusteella. Vastuuta jaetaan sekä eri palveluiden että työntekijöiden välillä.

*Ptl on korvaushoidossa, korvaushoito on alkanut [korvaushoitoyksikön nimi] kuntouttavassa ohjelmassa [ajankohta] ja siirtynyt hiljattain raskauden vuoksi perhetukikeskukseen.*

Ilmaisusta ”raskauden vuoksi” voi päätellä raskauden olleen syynä korvaushoitopaikan vaihtoon. Samalla kun raskaus rajaa asiakkaan pois korvaushoitoyksikön asiakkuudesta, se myös oikeuttaa hänet perhetukikeskuksen korvaushoitopalveluiden piiriin. Sama sosiaalinen tilanne, tässä tapauksessa raskaus, voi siis toimia sekä asiakkuuden mahdollistavana että poissulkevana elementtinä. Edellisessä ja seuraavassa esimerkissä lääkäri välittää tapaamisella saadun tiedon eteenpäin aineistolle tyypilliseen tapaan neutraalisti faktana.

*-- muutaman kerran tavannut perhetukikeskuksen psykologia lähinnä liittyen aikeeseen keskeyttää raskaus --.*

Rajaamista tehdään myös eri ammattiryhmien väliseen vastuuseen liittyen. Lääkäri esittää katkelmassa perustelun perhetukikeskuksen psykologikäyntiin. Sanavalinnasta ”lähinnä liittyen” on tulkittavissa, että raskaudenkeskeytys on pääasiallinen käyntien syy. Toisaalta sana ”lähinnä” tekee käyntien sisällölle vain väljän rajauksen ja on mahdollista, että käynnillä käsitellään myös muita teemoja kuin raskauden keskeyttämistä.

*Äitiyspoliklinikan seurannassa kahden viikon välein epäillyn sikiön kasvun hidastumisen vuoksi.*

”Vuoksi”-sanan perusteella syyksi äitiyspoliklinikalla asiointiin näyttäytyy ”epäily sikiön kasvun hidastumisesta”. Sana ”epäily” viittaa siihen, että kirjauksen tehnyt lääkäri on tullut kinnut, ettei kasvun hidastumisesta ole varmuutta. Tämän vuoksi tilanne on ”seurannassa”. Esimerkissä asiakkuus perustuu sille, että ongelmasta on epäily.

*Pikkulapsipsykiatrian hoitosuhde on käynnistynyt ja jatkuu, tavoitteena äidiksi tulemisen ja vuorovaikutuksen tukeminen.*

Tässä katkelmassa asiakkuuden syyksi esitetään tulevaan vanhemmuuteen liittyvät perustelut. Toisin kuin edeltävässä esimerkissä, tässä hoitosuhdetta ei perustella ongelmilla vaan tavoitteilla. Lääkärin kirjauksesta ei siis ilmene alkuperäinen palveluun hakeutumisen syy vaan se, mihin hoidolla pyritään. Aineistosta on toistuvasti nähtävissä perusteluiden esittäminen sille, miksi jokin tietty palvelu on tietystä elämäntilanteesta käytössä.

#### 7.2.4 Liitännäisilmiöt kriteerinä

Rajatyötä perustellaan liitännäisilmiöillä, joihin asiakasta ohjattiin hakemaan apua muista palveluista. Seuraavissa saman kertomuksen eri tapaamisista kirjatuiissa otteissa asiakasta kehoitetaan asioimaan aikuissosiaalityöntekijällä.

### *Liitännäisongelmat*

*Vankilassa on ollut kahdesti --. Ei rattijuopumuksia, ei päihtymyspidätyksiä. Velkaa on ulosotossa ilmeisesti tuhansia euroja, ei tiedä tarkemmin. Yhdyskuntapalvelua suorittamatta 30 h, ei muita keskeneräisiä rikosasioita.*

*Raha-asioitaan ei ole enempää selvitelty, mutta ainakaan maksamattomia sakkoja ei ole. Henkilöllisyystodistus pitäisi hankkia. -- Kannustettiin potilasta ottamaan velka-asiat puheeksi oman sosiaalityöntekijän kanssa ja hankkimaan henkilötodistuksen.*

*Yhdyskuntapalvelua on suorittanut Kunnan P hoitokodissa --. Passinkin on saanut hankituksen. Raha-asioitaan ei kuitenkaan edelleenkään ole selvittänyt --.*

Avun saantia rahatilanteeseen kartoitetaan useammalla tapaamisella, samoin yhdyskuntapalvelun suorittamisen toteutumista. Tämä kertoo toiminnan suunnitelmallisuudesta ja päihdepsykiatrian poliklinikan kokonaisuutta koordinoivasta roolista. Liitännäisilmiöt on lääkärin tekstissä nimetty ”liitännäisongelmiksi”, jolla luodaan mielikuva siitä, että asiat ovat seurausta samanaikaisesta päihderiippuvuudesta ja mielenterveyden häiriöstä. Ilmiöt määritellään ongelmiksi lääkärin toimesta. Otsikkovalinta toistuu useissa kertomuksissa. Vankilatuomioiden ja ulosottovelkojen ajatellaan laajemminkin kulttuurissa olevan sosiaalisia ongelmia, ja lääkäri toimii arvioinnissaan ympäröivien sosiaalisten normien mukaisesti. Lääkäri on kartoittanut kertomukseen asiakkaan tilannetta tiedon välittäjänä kirjoittamalla faktuaalisen argumentaation periaatteella asiakkaan näkemyksistä.

”Ei rattijuopumuksia, ei päihtymyspidätyksiä” viittaa siihen, että näistä asioista on kysytty, vaikka asiakkaan elämässä ei näitä ilmiöitä esiinnykään. Samoja asioita on käsitelty myös muissa kertomuksissa ensikäynnillä. Palvelussa siis odotetaan asioivan myös sellaisia ihmisiä, joilla rattijuopumuksia tai päihtymyspidätyksiä ilmenee. ”Liitännäisongelmia” kartoitettiin lähes aina ensikäynnin yhteydessä. Asiakkaita voidaan yrittää istuttaa palveluun sopivaksi kartoittamalla, esiintyykö elämäntilanteessa tietynlaisia asioita. Siten myös organisaation voi ajatella tuottavan asiakkaita (Vanhala 2005, 156). Rikoksia tekemällä asiakas taas siirtyy tietynlaisten palveluiden piiriin. Rikokset toimivat palvelun asiakkuuden kriteerinä. Rikosseuraamuspalvelut eroavat muista siten, että asiakkuus on pakollinen rangaistus. ”Yhdyskuntapalvelua suorittamatta 30 h” -ilmauksessa on vakuutettu lukija numeerisella tiedolla siitä, että palvelua suoritetaan tietty tuntimäärä. Sana ”suorittamatta” viittaa palvelun pakollisuuteen, jolloin asiakkaan vastuulla on suorittaa hänelle määrätty palvelu. ”Ei muita keskeneräisiä rikosasioita” viittaa osaltaan palvelun liittyvän tehtyihin rikoksiin.

”Kannustettiin potilasta” viittaa kirjoittajan rooliin asiakkaan motivoijana. Lääkäri asettuu ammattilaisen puhujakategoriaan, ja ohjaa häntä ”ottamaan puheeksi oman sosiaalityöntekijän kanssa” eli eteenpäin oikeaan palveluun. Kannustamisen voisi sanoa olevan väljää vastuuttamista. Näiden asioiden selvittäminen katsotaan siis lääkärin näkökulmasta tärkeäksi. Kannustuksen perusteella seuraavalla tapaamisella on kysytty tapahtumien toteutumisesta. Viimeinen lainaus osoittaa osan asioista toteutuneen, osan ei. ”Yhdyskuntapalvelua on suorittanut” ja ”Passinkin on saanut hankituksi” viittaa asiakkaan toimimiseen esitetyn kannustuksen mukaisesti. Vastaavasti ”raha-asioita ei ole kuitenkaan edelleenkään selvittänyt” viittaa siihen, että asiakkaan odotettiin roolinsa mukaisesti toimivan omien asioidensa selvittäjänä, muttei toiminut asetettujen odotusten mukaisesti. Luvun 7.4 ensimmäisessä esimerkissä havainnollistetaan, kuinka aikuissosiaalityöntekijä lopulta vastuutetaan päihdepsykiatrian poliklinikan toimesta asiakkaan raha-asioiden selvittelyyn.

*Kunnan H asukas, virallisesti asunnoton, käytännössä on asunut Kunnassa I kaverinsa talossa. -- Päihdepsykiatrian poliklinikalta ollaan yhteydessä potilaan sosiaalityöntekijään, toivotaan tapaamista asuntoasioissa.*

Asunnottomuus liitännäisilmiönä on esillä vain yhdessä kertomuksessa, mutta myös muissa esitetään toiveita paremman asunnon hankinnasta. Kertomuksessa vastuutetaan sekä päihdepsykiatrian poliklinikkaa että sosiaalityöntekijää. Ensimmäinen ilmenee esitetyssä otteessa lupauksella ”ollaan yhteydessä”. Sosiaalityöntekijän vastuuttamiseen taas viitataan toteamalla ”toivotaan tapaamista asuntoasioissa”. Otteen kirjannut lääkäri näkee asuntoasioiden hoitamisen kuuluvan sosiaalityöntekijän tehtäviin, jonka vuoksi häneen ollaan yhteydessä. Asunnon hankkimisessa avustaminen rajataan samalla oman työnkuvan ulkopuolelle. Asunnon hankkimisen tarpeellisuus voidaan nähdä kulttuurisena oletuksena varsinkin, kun asiakas odottaa lasta.

#### 7.2.5 Palvelun linjaukset kriteerinä

Aineistosta on löydettävissä tilanteita, joissa palvelu linjaa kriteerit asiakkuudelle. Ensimmäisessä otteessa kriteerit muodostaa palveluiden uudistuminen.

*Kunnan G psykiatrian pkl:t uudistuvat. Potilaalle suunniteltu mahdollisesti jatkohoitoa [nimi] psykiatrian pkl:lla tai [nimi] psykiatrian pkl:lla. -- Psykiatrian pkl:n ptlaan omalääkärinä toiminut [nimi] lähettää arvioajan syys-lokakuulle, jolloin arvioidaan psyk-pkl-[psykiatrian poliklinikan] kontaktin jatkumista.*

Myös palvelut asettavat odotuksia asiakkaista, kun palveluissa odotetaan asioivan tietyssä elämäntilanteessa olevia asiakkaita (Vanhala 2006, 150). ”Potilaalle suunniteltu mahdollisesti jatkohoitoa” ja ”omalääkärinä toiminut [nimi] lähettää arvioajan --, jolloin arvioidaan psyk-pkl-kontaktin jatkumista” viittavat siihen, että muut tahot ovat olleet suunnittelemassa jatkohoitoa. ”Suunniteltu mahdollisesti” ja ”arvioidaan -- kontaktin jatkumista” antavat ymmärtää, ettei hoitokontaktin jatkuminen ole varmaa, vaan ensin arvioidaan asiakkaan sopivuutta palveluun. Tekstin kirjannut sosiaalityöntekijä ulkoistaa näistä tahoista itsensä ja asiakkaan asettuen kuitenkin itse viestin välittäjän asemaan. Sosiaalityöntekijä vastuuttaa lääkärin arvioajan lähettämisestä toteamalla faktana, että ”omalääkäri lähettää arvioajan”. ”Jatkohoito” viittaa siihen, että asiakas on jo hoitosuhteessa psykiatrian poliklinikalla ennen palveluiden uudistamista. Omalääkäri voi joko mahdollistaa tai estää hoitokontaktin jatkumisen. Otteesta saa kuvan, ettei hoitokontaktin tarpeellisuutta olisi kyseenalaistettu, ellei palveluita uudistettaisi. Seuraavassa oteesta hoitokontaktin jatkuminen selviää.

*Potilas otetaan [nimi] psykiatrian poliklinikan avohoitoon, seuraava aika [ajankohta].*

”Potilas otetaan” -passiivista voidaan tulkita, ettei psykiatrian poliklinikan hoitokontaktin alkaminen ollut asiakkaan oma päätös, vaan hänet otetaan asiakkaaksi yksikön toimesta. Tekstin kirjoittanut lääkäri toteaa tämän neutraalina tiedon välittäjänä.

*Potilaan asiakkuus tulee pian ptlaan muuton myötä siirtymään Kunnan G toiselle lastensuojelun sosiaaliasemalle --.*

Yhdessä kertomuksessa asiakkuuden paikkaa määrittivät maantieteelliset rajat. Ilmaisusta ”asiakkuus tulee muuton myötä siirtymään” viittaa asiakkaan muuton toiseen paikkaan aiheuttavan lastensuojeluasiakkuuden siirtymisen toiselle sosiaaliasemalle. Näin ollen vanhan asuinalueen sosiaaliasema ei enää ole vastuussa lastensuojelupalveluiden määrittämisestä. Lastensuojelun sosiaaliasemille on asetettu myös maantieteelliset kriteerit, joiden perusteella asiakkaat hakeutuvat tietyn alueen palveluihin.

### 7.3 Vastuuttamisdiskurssi

Vastuuttamisdiskurssissa rajatyö ilmenee jonkin tahon vastuuttamisena. Aineistossa vastuutetaan asiakasta, työntekijöitä ja palveluita. Tässä diskurssissa tiettyyn puhujakategoriaan asettuminen korostuu. Vastuuttamalla toista palvelua asiakas tai määritelty ongelma rajataan pois oman asiantuntijuuden piiristä. Asiakasta vastuutetaan joko työntekijän, palve-

lun tai asiakkaan itsensä toimesta. Asiakkaan itsensä vastuuttaminen liittyy päihteiden käytön ja raskaana olemisen ongelmalliseen suhteeseen. Myös työntekijät ja palvelut vastuuttavat toistensa lisäksi itseään esimerkiksi sovitun työnjaon kirjauksilla. Työnjako perustuu usein jostakin käsin määriteltyihin ongelmiin.

### 7.3.1 Asiakkaan vastuuttaminen

Asiakaan vastuuttaminen tapahtuu sekä työntekijöiden että asiakkaan itsensä toimesta. Alla olevassa esimerkissä lääkäri vastuuttaa asiakasta toimimaan tietyllä tavalla.

*Ensin toteaa, ettei koe psykiatrisen hoidon tarvetta --, on perusteltuna kuitenkin valmis ottamaan hoitoa vastaan. -- Motivoitiin potilasta psykiatrian poliklinikan hoitokontaktiin --.*

Otteessa voidaan havaita vastuuttamispuheen lisäksi myös neuvottelua asiantuntijuuden paikasta. Teksti on kirjoitettu asiakkaan ja lääkärin kahdenkeskisestä tapaamisesta. Lääkäri esittää ensin asiakkaan näkemyksen kirjoittamalla ”ensin toteaa, ettei koe psykiatrisen hoidon tarvetta”, jonka jälkeen hän vertaa näkemystä suostuttelunsa jälkeiseen tilanteeseen ilmaisulla ”-- on perusteltuna kuitenkin valmis ottamaan hoitoa vastaan”. Lääkäri lisää perusteluidensa vaikuttavuutta psykiatrisen hoidon tarpeesta asettumalla psykiatrin puhujakategoriaan.. ”Suunnitelma”-osiossa todettu ”motivoitiin potilasta -- hoitokontaktiin” viittaa myös siihen, ettei asiakas ole samaa mieltä hoitokontaktin tarpeellisuudesta. Lääkäri sitoo itsensä esittämiinsä väitteisiin, ja vielä toistamalla asian suunnitelmaosiossa lisää näkemyksensä vakuuttavuutta. Asiantuntijuuden paikasta käydään neuvottelua, ja tässä tapauksessa lääkärin asiantuntijuus ja arvio asiakkaan tilanteesta näyttäytyy asiakkaan asiantuntijuutta vahvempana. Asiakkaan näkemystä ei siis oteta tilanteessa lähtökohdaksi.

*Suosittellaan vielä tupakoinnin lopettamista.*

Vastuuttaminen näkyy kertomuksissa asiakkaalle esitettyinä suosituksina, joiden mukaan hänen toivotaan toimivan. Lainauksessa lääkäri esittää puhujakategoriastaan suosituksen, jolla yrittää vakuuttaa asiakkaan tupakoinnin haitallisuudesta raskausaikana. ”Suositellaan” ei viittaa pakottamiseen, vaan asiakas on päätösvaltainen omasta tilanteestaan. Vastuuttaminen on väljempää kuin ensimmäisessä lainauksessa.

Asiakkaan itsensä vastuuttaminen liittyy toistuvasti päihteiden käyttöön raskausaikana. Itsensä vastuuttamiseen voidaan liittää ajatus siitä, että tutkimuksissa todennettujen haittojen lisäksi sosiaalisissa normeissa ei hyväksytä raskausajan päihdekäyttöä.



*Raskausajan on päättännyt olla päihteettä.*

*Kannabis:*

*-- Mielitekoja on kyllä ollut, muttei raskauden vuoksi halua käyttää.*

Näissä esimerkeissä asiakas on vastuuttanut itsensä päihteettömyyteen. ”Raskausajan on päättännyt olla päihteetön” ja ”muttei raskauden vuoksi halua käyttää” viittaavat juuri raskauden motivoivan päihteettömyyteen. Lääkäri asettuu asiakkaan näkemysten raportoijan asemaan. Jälkimmäisessä otteessa lääkäri korostaa asiakkaan ratkaisevaa asemaa omassa tilanteessaan kirjaamalla asiakkaan kertoman siitä, ettei mieliteoista huolimatta ole retkah-  
tanut. Tämän voi kulttuurisesti ajatella korostavan oikein toimivan odottavan äidin asemaa.

*Tupakoi, on raskauden vuoksi yrittänyt vähentää, tällä hetkellä n. 10 savuketta/vrk.*

Osassa teksteistä raskaus ei riitä motivoimaan päihteettömyyteen. Sen sijaan päihteiden käytön vähentäminen asetetaan tavoitteeksi. Lääkäriin kirjoittamassa tekstissä ”raskauden vuoksi yrittänyt vähentää” viitataan asiakkaan tehneen töitä tupakoinnin vähentämiseksi raskauden takia. ”Yrittää”-sanalla lääkäri tuo asiakkaan tilannetta puolustavan näkökulman esille syyllistämättä asiakasta. Esimerkeistä voidaan todeta, että asiakkaan rooli on muuttaa omia elämäntapojaan raskauden kannalta edullisiksi, ja lääkäri kartoittaa tapaamisilla näiden tavoitteiden toteutumista.

*Toteaa edelleen haluavansa pysyä päätöksessään raittiudesta.*

Lainauksessa ”toteaa haluavansa” viittaa asiakkaan omaan näkemykseen raittiuspäätöksestä. Sosiaalityöntekijän käyttämä termi ”edelleen” viittaa asiakkaan tilanteen seurantaan, mikä näyttäytyykin useassa otteessa keskeisenä päihdepsykiatrian poliklinikan roolina verkostossa. Sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan tilannetta verkostotapaamisessa, ja asiakkaan roolina seurannassa näyttää olevan itsensä vastuuttamisen jatkaminen raskausaikana.

*Lapsen isä [nimi] on potilaan kanssa ilmeisesti melko paljon tekemisissä --. Potilas kokee tilanteen ristiriitaiseksi, koska [isän nimi]lla päihdeongelma ja tämän vuoksi haluaa mahdollisimman vähän olla toisaalta tekemisissä ettei oma retkahtamisen vaara lisääntyisi.*

Asiakkaan vastuuttamisen voi tässä tulkita näkyvän isän sulkemisena lähiverkoston ulkopuolelle. Ilmaisulla ”potilas kokee” lääkäri tuo esille asiakkaan tuntemuksia ottamatta itse kantaa väitteeseen. Asiakkaan tilanne on ”ristiriitainen”, ja ”koska” sana viittaa ristiriitaisuuden syynä olevan isän päihdeongelma. ”Tämän vuoksi” ilmaisuilla asiakas perustelee, ettei halua olla isän kanssa tekemisissä retkahtamisriskinsä takia viitaten tämän päihdeon-

gelmaan. Ristiriitaisen tilanteesta tekee se, että asiakas on ollut isän kanssa paljon tekemisissä, mutta toisaalta ei retkahtamisvaaran vuoksi voi enää häntä nähdä. Asiakkaan roolina näyttäytyy itsensä vastuuttaminen punnitsemalla, mikä on hänen ja sikiön parhaaksi.

### 7.3.2 Työntekijän vastuuttaminen

Yksittäistä työntekijää vastuuttavia kirjauksia ei juuri aineistosta löytynyt, vaan kirjauksissa korostuu huomattavasti enemmän palveluiden vastuuttaminen. Alla on kaksi esimerkkiä saman tapaamisen kirjauksesta, jossa työntekijä vastuuttaa toisen palvelun työntekijää. Kirjauksen perustana olevassa tapaamisessa on mukana psykiatri ja asiakas.

*Suunnitelma:*

*Potilas kertoo, että hänen aikuissosiaalityöntekijänsä on [nimi], sosiaalityöntekijän tapaamisessa toivotaan otettavan puheeksi raha-asiat, potilas tarvitsee apua velkatilanteensa selvittelyyn*

*Jakelu:*

*Potilas, Perhetukikeskus, Kunnan P sosiaalityöntekijä [nimi]*

”Potilas kertoo, että --” aloituksella lääkäri ulkoistaa itsensä selkeästi pois väitteen esittämisestä tuoden esille, että kyseessä on asiakkaan kertoma fakta. Katkelmassa voidaan tulkitella ilmenevän sekä ammattiryhmien että palveluiden välistä työnjakoa. Lääkäri rajaa oman asiantuntijuutensa ja päihdepsykiatrian poliklinikan työnkuvan ulkopuolelle raha-asioiden selvittämisen ilmaisulla ”sosiaalityöntekijän tapaamisessa toivotaan otettavan puheeksi raha-asiat --”. Toisaalta ”toivotaan otettavan puheeksi” on suostutteleva kommentti, jolla lääkäri ei kuitenkaan suoranaisesti velvoita aikuissosiaalityöntekijää toimimaan tietyllä tavalla. ”Potilas tarvitsee” taas viittaa lääkärin omaan käsitykseen siitä, ettei asiakas välttämättä saa itse raha-asioitaan selvitettyä. Avun tarvetta ei kuitenkaan ole esitetty absoluuttisena faktana, toisin kuin ”potilas tarvitsee” -ilmaisusta voisi päätellä. Verkostoyhteistyötä tehdään konkreettisesti laittamalla teksti jakeluna aikuissosiaalityöntekijälle, jotta mahdollinen avun tarve välittyy eteenpäin.

*Kunnan G lastensuojelusta sostnt [nimi] ollut yhteydessä. Sovittu pidettäväksi verkosto [ajankohta]. Ak. kutsunut ptlaan, perhetukikeskuksen, psykiatrian pkl:n edustuksen sekä laittanut ajankohdan tiedoksi [äitiyspoliklinikan lyhenne]:lle.*

*Seuranta-aika Sairaalan X päihdepsykiatrian poliklinikalle el [nimi] ja ak. [ajankohta].*

Aineistosta löytyy esimerkkejä tilanteista, joissa tekstin kirjoittaja vastuuttaa itsensä toimintaan. Toistuva ilmaisu työntekijän itsensä vastuuttamisesta on lyhenteen ”ak” (allekirjoittanut eli tekstin kirjaaja) käyttäminen. Ensimmäisessä esimerkissä verkoston kasaamisen voidaan ilmaisusta ”ak kutsunut” ja ”laittanut ajankohdan tiedoksi” tulkita olleen tekstin kirjanneen sosiaalityöntekijän tehtävä. Äitiyspoliklinikkaa ei siis ole varsinaisesti kutsuttu verkostopalaveriin, mutta ajankohta on silti tiedotettu myös sinne. Jälkimmäisessä korostuu kirjaajan itsensä vastuuttaminen läsnäoloon sovitulla tapaamisella. Tiedot tapaamisesta on esitetty neutraalina faktana, eikä otteesta ilmene, keiden kesken ajankohta on sovittu. ”Seuranta-aika” viittaa tapaamisen funktioon asiakkaan tilanteen seuraamisena.

### *Tieto*

#### *Sostnt [nimi]*

*Järjestetty verkostopalaveri [ajankohta]/[Päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne]. Kutsuttu ptlas, aikuissosiaalityöntekijä [nimi], Kunnan G lastensuojelusta sostnt [nimi], perhetukikeskus, laitettu tiedoksi [äitiyspoliklinikan lyhenne]:lle.*

Myös tämän kirjauksen on tehnyt sosiaalityöntekijä, joka näyttäytyy useissa eri otteissa verkostotapaamisten koordinoijana. Sanavalinnat ”järjestetty” ja ”kutsuttu” viittaavat työntekijän vastuuttaneen itsensä verkostopalaverin järjestämiseen. Otsikko ”Tieto” viittaa sosiaalityöntekijän laittaneen asian tiedoksi asiakaskertomukseen. Tekstiä ei kuitenkaan ole laitettu jakeluna kirjauksessa manituille toimijoille, vaan heihin on oltu yhteydessä muulla tavoin. Tieto tavoittaa siis vain sairaalan asiakaskertomusta sähköisesti lukevat tahot. Kirjauksessa aikuissosiaalityöstä ja lastensuojelusta on mainittu sosiaalityöntekijän nimet, sen sijaan perhetukikeskus on mainittu kutsuttujen listassa ilman eriteltyä työntekijää.

Palvelun sisäisen ammattilaisten välisen rajatyön kannalta huomionarvioista on, ettei lääkäreiden kirjauksissa ilmene sosiaalityöntekijälle ominaista koordinoijan roolia. Lääkärin rooli on keskeinen enemmänkin verkostotapaamisissa itsessään, ei niiden järjestämisessä. Tapaamisten välinen yhteistyö on enemmän sosiaalityöntekijän vastuulla, lääkärin toimiessa vastuuroolissa verkostotapaamisissa ja asiakkaiden kahdenkeskisissä tapaamisissa.

### 7.3.3 Palvelun vastuuttaminen

Palvelun vastuuttamista toteutetaan aineistossa kahdella tavalla: kirjoittaja vastuuttaa joko muita palveluita toimimaan tai vastuuttaminen kohdistuu hänen itsensä edustamaan palveluun. Seuraava katkelma on teksti pikkulapsipsykiatrialle tehdystä lähetteestä.

*Suosittelen kohteliaasti potilasta pikkulapsipsykiatrian työryhmän arvioon jo raskausaikana.*

”Suosittelen kohteliaasti” on lääkärille tyypillinen tapa kirjata lähetetekstiä, jolla hän sitoo minämuodossa kirjoittaessaan itsensä vahvasti esittämäänsä väitteeseen. Suosittelemalla lääkäri jättää asiantuntijuuden pikkulapsipsykiatrian työryhmälle. Lääkäri ei automaattisesti aseta asiakasta sopivaksi palveluun tai lupaa hoitosuhteeseen pääsyä, vaan kehottaa työryhmää tekemään ”arvion”. Toisaalta lääkäri on osaltaan jo tehnyt alustavaa arviota lähetteen tehdessään siitä, että asiakas hyötyisi pikkulapsipsykiatrian palveluista. Vastuuttaminen ei siis tässä otteessa ole ehdotonta, vaan siinä pyritään välttämään vastuuttamaan palvelua ottamaan asiakas arvioon.

*Jatkohoitolähete tehty [nuorisopsykiatrian poliklinikalta] Kunnan Q psykiatrian poliklinikkaan --.*

Sanalla ”jatkohoitolähete” tarkoitetaan hoidon siirtämistä toiseen palveluun lähettämättä asiakasta erikseen arvioon. Näin ollen palvelu vastuutetaan suoraan hoidon jatkamisesta. Hoito on aloitettu nuorisopsykiatrian poliklinikalla, josta on tehty lähete kunnalliselle psykiatrian poliklinikalle hoidon jatkumiseksi. Lääkäri toteaa, että lähete on ”tehty” toimien vain tiedon välittäjänä olematta itse osallisena tapahtuneeseen.

*Vointia seurataan perhetukikeskuksessa -- seuraava aika sovitaan ensi viikolla puhelimitse (perhetukikeskuksesta otetaan yhteyttä).*

*Neuvolasta kotikäynti, samoin lastensuojelun perhetyöstä pian kotiutumisen jälkeen.*

Kertomuksissa lääkäri vastuuttaa uusien palveluiden lisäksi verkostossa jo mukana olevia palveluita tekemällä työnjakoa. Ensimmäisen ja jälkimmäisen katkelman ero on vastuuttamisen muoto. Ensimmäisessä palvelua vastuutetaan ”voinnin seuraamiseen”, jälkimmäisessä palvelua vastuutetaan tekemään ”kotikäynti -- pian kotiutumisen jälkeen”. Vastuuttaminen on siinä myös ajallista. Jälkimmäinen vastuuttaminen siis viittaa konkreettiseen toimintaan, kun taas ensimmäisessä ei määritellä, miten vointia tulisi seurata. Ensimmäisessä palvelua vastuutetaan vielä konkreettiseen toimintaan ilmaisulla ”perhetukikeskuksesta otetaan yhteyttä”. Passiivin ”seurataan” ja ”otetaan” käyttö irrottaa lääkärin itsensä väitteistä ja niissä mainittujen asioiden toteuttamisen vastuusta. Päihdepsykiatrian poliklinikkaa vastuutetaan ainoastaan, kun lääkäri toteaa, että ”seuraava aika sovitaan”. Tällä viitataan poliklinikan olevan yksi seuraavan ajan sopimisen tahoista. Verkostotyöskentelyn kaksi konkreettista muotoa, kotikäynnit ja puhelut, tulevat myös näissä lainauksissa esille.

*[Psykiatrisen sairaalan] epikriisissä on pohdittu, ettei päihdekäyttö ja traumakokemukset ehkä yksinään selittäisi psykoottista maniaa (epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ?).*

Yllä olevassa lainauksessa lääkäri vastuuttaa psykiatrista sairaalaa tehdystä arviosta korostaen samalla sitä, ettei kyseessä ole lääkärin oma arvio tilanteesta. Tämän voi päätellä jo ensimmäisestä otteesta: ”[Psykiatrisen sairaalan] epikriisissä on pohdittu, ettei”. Toisaalta lainauksessa on psykiatrisen sairaalan arviota lieventäviä elementtejä. Sanalla ”ehkä” viitataan siihen, että päihdekäytöllä ja traumakokemuksilla on toisaalta mahdollista selittää psykoottisen manian puhkeaminen. Sanalla ”epäily” ja lopun kysymysmerkillä tuodaan esille, ettei varmuutta häiriön olemassaolosta ole. Suluissa ilmaistulla epäilyllä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tarjotaan kuitenkin mahdollinen selitys psykoottiselle manialle.

*-- päihdepsykiatrian poliklinikka on raskauden ajan ja synnytyksen jälkeen osaltaan hoitoa koordinoimassa --.*

Otteissa vastuutetaan myös lääkärin itsensä edustamaa palvelua. Rajatyö ilmenee oman palvelun hoitovastuun rajaamisena sisällöllisen näkökulman lisäksi asiakkuuden ajallisena rajaamisena, jotka molemmat on tulkittavissa yllä olevasta otteesta. Lääkäri vastuuttaa päihdepsykiatrian poliklinikan palvelun asiakkaan hoidon ”koordinoinnista”. Sana rajaa ulkopuolelle esimerkiksi terapeutin työskentelyn tai muunlaisen hoitosuhteen asettaen poliklinikan hoidon vastuutahoksi. Vastuulle asetetaan kuitenkin ajallinen raja: hoidon koordinointi tapahtuu ”raskauden ajan” ja ”synnytyksen jälkeen”. Samassa kertomuksessa synnytystä edeltävästä verkostopalaverista on kirjattu ”Suunnitelma”-osioon seuraavaa:

*Potilasta käydään [Päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne]:ltä tapaamassa synnyttäneiden vuodeosastolla, muutoin päihdepsykiatrian poliklinikalle ei nyt sovittu seuranta-aikoja. -- Seurantaverkosto pidetään Kunnan G lastensuojelussa [ajankohta].*

Otteessa työskentelyä rajataan *tapaamispaikalla*. Lääkäri vastuuttaa lastensuojelun palaveripaikaksi toteamalla passiivissa, että ”seurantaverkosto pidetään” siellä. Samalla lääkäri linjaa kirjauksessaan, ettei päihdepsykiatrian poliklinikalle synnyttäneiden vuodeosastolla käynnin lisäksi ”muutoin” sovittu tapaamisia. Tällöin vuodeosaston käynti rajataan ainoaksi tapaamiseksi. Sana ”sovittu” viittaa yhdessä verkostotapaamisessa tehtyyn päätökseen, jonka lääkäri on kirjoittanut verkostoon osallisen puhujakategoriasta. Samalla kun poliklinikka linjaa itsensä pois järjestämisvastuusta, se velvoittaa toisen osapuolen vastuuseen.

*Pohtineet psyk pkl:lla [työntekijän sukunimi]:n mukaan muutoinkin hoitokontaktin tarpeellisuutta, potilaan ollessa perhetukikeskuksen ja päihdepsykiatrian poliklinikan palveluiden*

*piirissä. Ak. kertonut lyhyesti päihdepsykiatrian poliklinikan kontaktista lähinnä raskausajalle ja että jatkohoito Kunnan G psykiatrian pkl:lla on oleellista.*

Kirjauksesta tekee poikkeuksellisen se, ettei psykiatrian poliklinikan työntekijän ammattia ole mainittu. Esitetty katkelma toistaa edellistä siltä osin, että vastuuttamalla toista palvelua omaa vastuuta hoidossa rajataan. Psykiatrian poliklinikan todetaan ”pohtineen” hoitokontaktin tarpeellisuutta. Ilmaisulla viitataan suuremman joukon, tässä tapauksessa psykiatrian poliklinikan työntekijöiden näkemykseen asiasta. Hoitokontaktin tarpeellisuuden kyseenalaistamista perustellaan ”potilaan ollessa perhetukikeskuksen ja päihdepsykiatrian poliklinikan palveluiden piirissä” -ilmaisulla viitaten kahden eri tahon asiakkuuteen kyseenalaistaen kolmannen tahon tarpeellisuuden. Toisen hoitokontaktin vastuuttamista perustellaan itse edustetun palvelun tarjoaman tuen ajallisella rajallisuudella. Kirjauksen tehnyt sosiaalityöntekijä toteaa itse kertoneensa hoitokontaktin olevan vain ”raskausajalle”, ja käyttää ajallisesti velvoittavana ilmaisuna ”jatkohoito -- on oleellista” viitaten tuen tarpeeseen myös raskausajan jälkeen. Työntekijä on liittoutunut väitteeseensä ilmaisulla ”ak kertonut” tehden itsestään vahvasti selontekovelvollisen. Sosiaalityöntekijä kuvautuu tilanteessa ikään kuin asiakkaan asianajajana palveluverkostossa väliinpuotoamisen ehkäisemiseksi. Tällaisessa tilanteessa lähestytään hierarkkista ongelmatyönjakoa, jossa psykiatrian poliklinikalla on valtaa määrittellä asiakas heidän asiakkuutensa ulkopuolelle. Tällaisesta vaihtoehdottomuuspuheesta voi seurata väliinpuotoaminen palveluverkoston. (Juhila 2006, 226.) Günther ym. (2013, 96) nimittävät rajatyökiistaksi tilannetta, jossa palveluverkoston tahojen kiista asiakkuuden paikasta on haitaksi asiakkaan toipumiselle.

*[Päivämäärä] [Päihdepsykiatrian poliklinikan lyhenne] Kontrollikäynti  
evl [erikoistuva lääkäri] [nimi] / [sanelun kirjanneen sihteerin nimikirjaimet]*

Tässä otteessa huomio kiinnittyy erityisesti otsikkoon ”Kontrollikäynti”. Erikoistuva lääkäri vastuuttaa päihdepsykiatrian poliklinikan asiakkaan tilanteen kontrolloijaksi, ja kontrollilla myös perustellaan tapaamista. Väite esitetään lääkärin puhujakategoriasta, kun tapaamisessa ovat läsnä vain asiakas ja lääkäri. Muissa kirjauksissa ”kontrollikäynti”-sanaa ei ole käytetty, vaan vastaavanlaiset käynnit oli otsikoitu ”seurantakäynneiksi”. ”Kontrolli” ja ”seuranta” sisältävät sanoina erilaisen vivahteen ja asemoivat poliklinikan tai työntekijän erilaiseen valta-asemaan suhteessa asiakkaaseen. Ensimmäisestä syntyy vaikutelma asiakkaan tilanteen kontrolloinnista, jälkimmäisessä taas seurataan tilanteen etenemistä.

## 7.4 Tarvediskurssi

Tarvediskurssissa rajatyötä perustellaan jonkin tahon esittämällä tarpeilla. Tarvediskurssi on aineiston heikoin diskurssi. Tyypillisimmin se näyttäytyy asiakkaan itsensä esittäminä tarpeina, mutta aina kirjauksesta ei selviä, kenen näkökulmasta tarve on esitetty. Tarve kohdistuu kuitenkin aina asiakkaaseen. Tarpeita perustellaan asiakkaan asiantuntijuudella tilanteestaan tai työntekijän esittämällä huolella. Tarve ei välttämättä ole akuutti, vaan asiakkaalle jätetään mahdollisuus hyödyntää palveluita tarvittaessa tulevaisuudessa. Tarpeettomuudella taas rajataan palvelu verkoston ulkopuolelle asiakkaan tai työntekijän toimesta.

### 7.4.1 Asiakkaan esittämät tarpeet

Asiakkaat esittävät omaan tilanteeseensa liittyviä tarpeita eri näkökulmista. Seuraava katkelma on esimerkki kirjauksesta, jossa asiakas esittää toiveensa liittyen hoitokontaktiin muodostamiseen.

*Oma toive olisi keskittää hoito mahdollisesti yhteen paikkaan ettei samoja asioita tarvitsisi puhua monessa paikassa. Hieman hämillään missä kuuluisi keskustelukäynneillä käydä. -- Ollaan yhteydessä perhetukikeskukseen ja suunnitellaan missä varsinaiset keskustelukäynnit olisi hyvä toteuttaa.*

Asiakkaan tarpeiden huomiointiin viittaa ilmaisu ”oma toive olisi”. Konditionaalimuodon käyttö sanoissa ”olisi” ja ”tarvitsisi” antaa ymmärtää, etteivät toiveet ole täysin ehdottomia. Asiakkaan toiveena kuitenkin on keskittää hoito yhteen paikkaan, ja sanan ”ettei” jatkeena lääkäri esittää perustelut toiveelle. Lisäperusteluita esitetään seuraavassa virkkeessä kun todetaan asiakkaan olevan ”hieman hämillään missä kuuluisi keskustelukäynneillä käydä”. Asiakas ei siis ole tietoinen, missä hänen ensisijainen hoitokontaktinsa on. Asiakkaan toiveeseen reagoidaan passiivimuodolla ”ollaan yhteydessä perhetukikeskukseen”, jossa ”ollaan”-sanalla viitataan päihdepsykiatrian poliklinikkaan. Perhetukikeskukseen otetaan yhteys, koska ”suunnitellaan” keskustelukäyntien toteuttamispaikkaa. Toisin sanoen suunnitelmat tehdään päihdepsykiatrian poliklinikan ja perhetukikeskuksen yhteistyönä.

*Toivoisi neuvolan vaihtamista ainakin lastenneuvolavaiheessa lähemmäksi ”tavalliseen neuvolaan”.*

Myös muissa kirjauksissa käytetään ”toive”-sanaa ilmaistessa asiakkaan esittämiä tarpeita. Tässä esimerkissä on edellisen tavoin esitetty toive konditionaalimuodossa ”toivoisi”. Lisäksi asiakkaan toiveen välittämisessä on käytetty retorisenä keinona suoraa lainausta asi-

akkaan puheesta, jota on ilmaistu lainausmerkeillä. Asiakas toivoo ”neuvolan vaihtamista - tavalliseen neuvolaan”. Ilmaisuu mahdollistaa tulkinnan asiakkaan kokemuksesta siitä, ettei hänen tämänhetkinen neuvolansa ole sosiaalisten normien mukaisesti määritelty ”tavallinen” neuvola. Toisaalta on myös mahdollista, että kirjauksen tehnyt lääkäri on käyttänyt lainausmerkkejä tehdäkseen asian lukijalle ymmärrettävämmäksi erottaakseen sanalla ”tavallinen” perhetukikeskuksen neuvolan ja terveyskeskusneuvolan palvelut.

*-- potilaalla olisi toiveena muuttaa rauhallisempaan asuntoon --. Kokee, ettei asuntoasioita pysty itse järjestämään ja toivoo saavansa siihen tukea. -- Suunnitelma -- Ollaan perhetukikeskukseen yhteydessä ja selvitetään mahdollisuutta saada asuntoasioissa apua.*

*Laittanut perhetukikeskuksen ohjaajan avustuksella asuntohakemuksia. Ak. välittänyt aikuissosiaalityöntekijä [nimi]lle pyynnön sos.toimen [sosiaalityö] lausunnosta asuntohakemuksen tueksi.*

Katkelmien ovat samasta kertomuksesta, ja liittyvät asiakkaan toiveeseen muuttaa rauhallisempaan asuntoon. ”Potilaalla olisi toiveena” -ilmaisun lisäksi asiakkaan ajatuksia tuodaan esille sanavalinnalla ”kokee”, jolla aloitetaan perustelut sille, miksi haluaa apua asuntoasioiden järjestelyyn. Asiakas rajaa omia voimavarojaan toteamalla ”ettei asuntoasioita pysty itse järjestämään”. Lääkäri tuo tässäkin kirjauksessa vahvasti asiakkaan kertomaa esille asettamalla itse vain viestin kirjaajan asemaan. Asiakkaan kertoman pohjalta tehdään ”Suunnitelma”. Analyysin aiempia katkelmia toistaen lääkäri kirjaa päihdepsykiatrian poliklinikkaa vastuuttaen, että ”Ollaan -- yhteydessä” ja ”selvitetään mahdollisuutta”.

Jälkimmäisessä katkelmassa asiakkaan toiveisiin vastaaminen jatkuu. Sosiaalityöntekijän kirjauksessa ”perhetukikeskuksen ohjaajan avustuksella” viittaa siihen, että asiakas on saanut konkreettista apua asuntohakemuksensa. Lisäksi sosiaalityöntekijä raportoi omaa toimintaansa asiakkaan auttajana toteamalla ”ak. välittänyt -- pyynnön”. Sosiaalityöntekijä rajaa sosiaalityö sosiaalityöntekijälle asuntolausunnon tekemisen. Sana ”pyyntö” viittaa toiveeseen, ei ehdottomaan velvoittamiseen lausunnon tekemisestä. Kahdessa edellisessä otteessa korostuu asiakaslähtöisyys, asiakkaiden toiveisiin ja kokemuksiin reagointi ja tukeminen sen mukaan. Erona luvussa 7.2.4 esitettyyn katkelmaan on asiakkaan ohjaaminen perhetukikeskuksen palveluihin aikuissosiaalityön lisäksi asuntoasioiden kuntoon saamiseksi, kun toisen kertomuksen perusteella asiakas ohjattiin vain aikuissosiaalityöhön. Työaluetta ei siis näissä kertomuksissa ole selkeästi rajattu vain toisen tahon vastuulle.

*Haluaa ehkäisykapselin.*



Yllä on esitelty ote asiakkaan esittämästä ehdottomasta tarpeesta. Lääkäri on ilmaissut asiakkaan tarpeen suoraan sanan ”haluaa” käytöllä. Ilmaisuu on vaihtoehdoton verrattuna sanan ”haluaisi” käyttöön. Lääkäri itse ei ole ottanut esittämässään väitteessä kantaa potilaan haluun saada ehkäisykapseli.

*Kesän ajalle ptlas ei halua erikseen sovittavan keskustelukäyntejä. -- seulat perhetukikeskuksessa, missä voi tarvittaessa keskustella työntekijän kanssa.*

Otteessa käydään neuvottelua asiantuntijuuden paikasta, mutta päädytään kuitenkin lopulta toimimaan asiakkaan esittämän näkemyksen mukaisesti. Toteamalla ”ptlas ei halua erikseen sovittavan keskustelukäyntejä” lääkäri toimii asiakkaan viestin välittäjänä ilmaisten, ettei asiakas koe tarvetta keskustelukäynneille. Kirjauksella ”voi tarvittaessa keskustella työntekijän kanssa” asiakkaalle annetaan silti vaihtoehto palvelun hyödyntämiseen. Tästä voidaan tehdä tulkinta työntekijöiden näkemyksestä keskustelukontaktin tarpeellisuudesta asiakkaalle. Suunnitelmassa on kuitenkin edetty asiakkaan toivetta kunnioittaen, eikä erillisiä keskustelukäyntejä sovita. Varsinaisia epäsopuun viittaavia ääniä ei kertomuksista ole löydettävissä (Günther 2014, 382), mutta joissakin tilanteissa asiakas suhtautuu kielteisesti hänelle tarjottuun apuun seuraavan esimerkin tavoin.

*-- tuo esille kokevansa haastattelut ja tapaamiset turhina. Suhtautuu manian estolääkitykseen jyrkän kielteisesti --. Ei halua lähetettä Kunnan P psykiatrian poliklinikan seurantaan, ei myöskään aikoja Kunnan P päihdepsykiatrialle. Perhetukikeskuksen neuvolakäynteihin on sitoutunut ja suostuvainen päihdepsykiatrian poliklinikan seurantaan.*

Asiakkaan kokemusta palvelun tarpeettomuudelle ilmaistaan useassa kohdassa kieltosanalalla ”ei”. Ääri-ilmaisulla ”jyrkän kielteisesti” lisätään väitteen vakuuttavuutta lääkityksestä kieltäytymisestä. ”Ei halua lähetettä --, ei myöskään aikoja” mahdollistaa tulkinnan siitä, että asiakkaalle tarjotaan kahta hoitokontaktia, joista molemmista hän kieltäytyy. Toinen kontakteista on päihdehoidon, toinen psykiatrisen hoidon kontakti. Teoriataustaan viitaten on kiinnostavaa, että mahdollisuutta molempien häiriöiden hoitoon tarjotaan. Kirsi Juhila (2006, 226) toteaa, ettei sosiaalityön asiakkaille useinkaan tarjota mahdollisuutta valita omasta mielestään sopivinta palvelua. Päihdepsykiatrian poliklinikan kontaktia kuvataan asiakkaan mielestä ”turhana”, mutta on siitä huolimatta ”suostuvainen -- seurantaan”. Asiakas ei siis koe tarvitsevänsä palvelua, mutta asiakkuus jatkuu siitä huolimatta. ”Suostuvainen” viittaa niin ikään siihen, ettei asiakas oma-aloitteisesti toivo asiakkuuden jatkumista, vaan sitä suositellaan hänelle. Otteessa ei edellisen tavoin tarjota kieltäytymisestä huolimatta mahdollisuutta keskustelukäynteihin paikoissa, joista asiakas kieltäytyy. Muista

palveluista poiketen lääkäri toteaa asiakkaan olevan neuvolakäynteihin ”sitoutunut”, minkä voi ajatella kuvastavan asiakkaan positiivista suhtautumista neuvolan palveluihin.

#### 7.4.2 Työntekijän esittämät tarpeet

Aineistossa esiintyy harvemmin kirjauksia yksinomaan työntekijän esittämästä tarpeesta. Työntekijän kirjaamista tarpeista ei selviä, onko kyseessä hänen tai asiakkaan määrittelemä vai yhteisesti arvioitu tarve. Lisäksi kertomuksissa harvemmin selviää, mitä tarpeella tarkoitetaan. Erotuksena asiakkaan esittämiin tarpeisiin on, että näitä tarpeita ei ole ilmaistu vaihtoehtoja tarjoavassa konditionaalimuodossa, vaan tarve on ilmaistu faktana.

*Sai uuden ajan [ajankohta] lääkitysarviota varten, sitä ennen purkaa Ciprallex-lääkityksen asteittain pois. Tarvittaessa voi soittaa jo aiemmin.*

Tässä esimerkissä termi ”tarvittaessa” kuvastaa asiakkaan mahdollisesti kokemaa tarvetta soittaa jo ennen lääkitysarvioaikaa. Kun ”tarvittaessa voi soittaa jo aiemmin” -ilmaisua tarkastellaan esiintymiskontekstissaan, tarpeen soittaa voidaan olettaa liittyvän lääkityksen purkuun. Toisaalta väitteessä ei myöskään ole poissuljettu sitä, ettei asiakas voisi tarvittaessa soittaa myös muissa asioissa.

*[Psykiatrian poliklinikan] tiiviille tapaamisille ei tässä vaiheessa ole tarvetta, mutta etenkin myöhemmin viimeistään opiskelemaan/työhön palatessa tiiviimpi tuki on tarpeen.*

”Tiiviille tapaamisille ei tässä vaiheessa ole tarvetta, mutta etenkin myöhemmin -- tiiviimpi tuki on tarpeen” -väitteestä ei selviä, kenen näkemys on kyseessä. Toteamus on esitetty faktana sosiaalityöntekijän kirjauksessa, joten hänen voidaan olettaa allekirjoittavan esittämänsä väitteen. Tuki mielletään kirjauksessa psykiatrian poliklinikan tapaamisina. Tuen tarvetta ei tässä vaiheessa arvioida ajankohtaiseksi, mutta myöhempään ajankohtaan viitattuna ”on tarpeen” viittaa faktaan siitä, että asiakas tulee tukea tarvitsemaan.

*Lisäksi sovittiin kunnan P sosiaalitoimen lastensuojelun perhetyön käynnistämisestä, käyntien tiheys sovitaan jatkossa tarpeen mukaan.*

*Sovittiin neuvolan jatkumisesta perhetukikeskuksen lastenneuvolassa, mihin liittyen potilaalla on tarvittaessa käytettävissä mm. perhetukikeskuksen fysioterapeutti, psykologi ja kriisiosasto.*

Näissä lainauksissa lääkäri sitouttaa itsensä väitteisiin sanamuodolla ”sovittiin”, josta voidaan tulkita lääkärin viittaavan yhdessä tehtyyn sopimukseen. Edeltävässä esimerkissä lää-

käri kirjoittaa ”lastensuojelun perhetyön käynnistymisestä” antaen ymmärtää, ettei perhetyön palveluita ole vielä ollut käytettävissä. ”Tarpeen mukaan” -ilmaisu on melko laava jättäen tilaa harkinnalle ”jatkossa”, eikä käyntitiheydestä siis vielä sovita. Otteessa ei tuoda esille, kuka tarpeen jatkossa määrittää.

Toisessa lainauksessa sovitaan neuvolakontaktista perhetukikeskuksessa. ”Jatkuminen” viittaa asiakkuuden olleen ennestään samassa paikassa, ja tekstillään lääkäri samalla vastuuttaa neuvolaa asiakkuuden jatkumisesta. Lastenneuvolan kontakti oikeuttaa muihinkin palveluihin. Tätä tulkitseen sanavalinnan ”mihin liittyen asiakkaalla on käytettävissä” ilmentävän. Lääkäri kirjoittaa asiakkaalla olevan käytettävissä ”mm. perhetukikeskuksen fysioterapeutti, psykologi ja kriisiosasto”. Retorisena keinona on kolmen lista, jolla lukija halutaan vakuuttaa toiminnan esimerkeillä. Lyhenteellä ”mm.” eli ”muun muassa” halutaan korostaa sitä, että käytettäviä palveluita on näiden kolmen lisäksi myös muita. Myöskään tässä oteessa ei ilmaista, kuka on mahdollisen myöhemmän tarpeen määrittävä taho.

*Potilaalle on tarpeellista järjestää raskauteen liittyvä verkosto ja sitä voisi mahdollisesti mieltiä [äitiyspoliklinikan lyhenne]-aikojen yhteyteen.*

Katkelma eroaa muista siten, että ”on tarpeellista järjestää” korostaa tarpeen olevan ajan-kohtainen. Otteen kirjannut sairaanhoitaja ei esitä asiaa täysin omissa nimissään, mutta antaa ymmärtää olevansa myös itse sitoutunut väitteeseen. ”Sitä voisi mahdollisesti mieltiä” viittaa siihen, ettei verkoston ajankohta tai järjestämispaikka ole vielä selvillä.

*Sairaanhoitaja [nimi] soittaa perhetukikeskuksesta ja peruu potilaalle [ajankohta] varatun ajan, koska se katsotaan tarpeettomaksi. Nyt on sujunut ihan hyvin ja potilaalle on [seuraavan kuukauden alkuun] varattuna verkostokokous.*

Tässä katkelmassa tarvetta ajanvaraukselle ei katsota enää ilmenevän. ”Peruu”-sanasta voidaan päätellä, aika oli aiemmin varattu. Perusteluna käytetty ”koska se katsotaan tarpeelliseksi” antaa ymmärtää, että kyseessä on ainakin perhetukikeskuksen sairaanhoitajan näkemys. Kirjauksesta ei kuitenkaan käy ilmi, onko näkemys myös laajemmin jaettu. Passiivi ”katsotaan” toisaalta mahdollistaa myös sen, että väitteen takana on isompi joukko, mukaan lukien asiakas. Tästä ei kuitenkaan ole varmuutta. Jatkoperusteluna ajan perumiselle lääkäri välittää neutraalina faktana sairaanhoitajan näkemyksen, jonka mukaan ”nyt on sujunut ihan hyvin”. Hyvin pärjääminen on siis perusteluna ajan perumiselle. Myös lähitulevaisuuteen varattua verkostokokousta pidetään perusteluna ajan tarpeettomuudelle liittämällä se ”ja” -konjunktioilla edellisen perustelun kanssa samaan virkkeeseen.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkielman tavoitteena oli selvittää retorisen diskurssianalyysin avulla rajatyön näyttäytymistä ja perusteluita samanaikaista huumeriippuvuutta ja mielenterveyden häiriötä sairastavan palveluissa. Tutkimuksen kohteena olivat päihdepsykiatrian poliklinikan raskausajan asiakaskertomukset. Analyysini perusteella asiakaskertomuksissa esiintyy neljä rajatyön diskurssia, jotka ovat asiantuntijuusdiskurssi, kriteeridiskurssi, vastuuttamisdiskurssi ja tarvediskurssi. Näistä vahvimpana näyttäytyy asiantuntijuusdiskurssi tarvediskurssin roolin jäädessä pienimmäksi. Osassa asiakaskertomusten katkelmista esiintyy useampi diskurssi samanaikaisesti, eivätkä kaikki diskurssit ole aina selkeästi erotettavissa toisistaan. Samassa diskurssissa saatetaan esimerkiksi jonkin tahon vastuuttamista perustella tietynlaisella asiantuntijuudella.

Rajatyöllä on aineistossa erilaisia funktioita. Tulkitsen yhteisesti jaetun tiedon olevan tärkeimpiä verkostotoiminnan päämääriä. Siihen sisältyy asiakkaan tilanteesta tiedottaminen mukana oleville tahoille, yhteisen hoitosuunnitelman tekeminen ja hoitovastuun jakaminen. Lisäksi rajatyö näyttäytyy palveluihin ohjaamisena, asiakaslähtöisyytenä ja asiakkaan tilanteen seurantana. Työnjako muodostetaan asiakaskertomuksissa ennakko-oletusteni mukaisesti vuorovaikutuksessa. Eri toimijoiden näkemykset tilanteesta kartoitetaan ja toimitaan sen mukaisesti. Poikkeuksena tähän ovat kuitenkin kriteeridiskurssissa esiintyvät tilanteet, joissa palvelu päättää asiakkuuden paikasta ilman asiakasta. Muuten sopimuksissa ja suunnitelmissa korostuu yhteistyö, jossa keskeisimpänä tekijänä on asiakas.

Asiantuntijuusdiskurssissa työskentelyä rajataan jonkin tahon asiantuntijuudella. Tilanteen asiantuntijuus on asiakaskertomuksissa yleisimmin työntekijällä tai asiakkaalla, mutta myös lähiverkoston ja palvelun asiantuntijuudella on paikkansa. Asiantuntijuus näyttäytyy lisäksi eri tahojen kesken jaettuna asiantuntijuutena. Työntekijöiden välistä rajatyötä esiintyy eniten asiantuntijuusdiskurssissa, mutta se on keskeinen osa kaikkia diskursseja. Lääkärin asiantuntijuus näyttäytyy muita ammattiryhmiä enemmän asiakkaan tilanteen arviointina sekä ainoana lääkekannanottoja ja diagnooseja tekevänä ammattiryhmänä. Arvion pohjana on kuitenkin asiakkaan oma kertomus. Lääkäri toimii pääasiallisena verkostopala-vereiden kirjaajana, kun taas sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja tekevät kirjauksia lähinnä verkostotyöstä tapaamisten välillä. Heidän kirjauksensa pohjautuvat yleensä puheluihin, lääkäreiden kirjaukset taas kasvotusten tapahtuneeseen vuorovaikutukseen.

Asiantuntijuuden paikasta käydään neuvottelua, jonka perustella päädytään tyypillisesti jattuun asiantuntijuuteen. Toisinaan neuvottelut päättyvät kuitenkin toisen tahon vahvempaan asiantuntijuuteen. Tästä ovat esimerkkinä tilanteet, jossa asiakkaat rajaavat tilanteeseensa puuttumista kieltäytymällä suositelluista palveluista. Asiakas katsotaankin kaikissa diskursseissa pääasiassa tärkeäksi rajatyön osaksi. Aineistossa ilmenee ennako-odotusten mukaisesti kuitenkin myös tilanteita, joissa asiakas ei tiedä hoitotahoaan tai palvelut tekevät hänen tilanteestaan päätöksiä kuulematta hänen ääntään. Tällöin asiakkaan asiantuntijuus sivuutetaan aiheettomasti. Toisaalta työntekijän asiantuntijuus katsotaan asiakkaan asiantuntijuutta painavammaksi sikiön edun mukaisessa tilanteessa. Tällaisia ratkaisuja tehdään tilanteissa, joissa työntekijä päätyy tekemään ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen. Rajatyötä tehdään siis sekä asiakkaan ja työntekijän että asiakkaan ja palvelun välillä.

Palveluiden välinen rajatyö korostuu erityisesti kriteeri- ja vastuuttamiskurssissa, mutta se voidaan tunnistaa myös asiantuntijuuskurssissa. Kokonaisuudessaan päihdepsykiatrian poliklinikan rooli rajautuu tilanteen etenemisen seuraajaksi ja raskausajan hoidon koordinoijaksi. Se näyttäytyy asiakkaan poluttajana palveluverkostossa, raskausaika taas poluttamisessa keskeisenä hoidon suunnittelun nivelkohtana. Poliklinikan rooli on siis väliinpuuttamisen ehkäisijänä keskeinen. On mielenkiintoista, että vain kahdessa kertomuksessa esiintyy yhteistyötä psykiatrian poliklinikoiden kanssa päihderiippuvuuden näyttäytyessä ensisijaisesti hoidettavana sairautena. Tähän vaikuttanee osaltaan myös pähteiden haitallisuus sikiölle. Yllättävänä tuloksena teoriataustaan peilaten on, että yhdessä kertomuksessa asiakkaalla olisi ollut mahdollisuus sekä psykiatrian avopalveluiden että päihdepalveluiden asiakkuuteen. Taustaoletukseni oli, että asiakkuuden nähdään olevan ensisijainen joko psykiatrisissa tai päihdehuollon palveluissa, ei vapaavalintaisesti jommassakummassa. Tässä asiakaskertomuksessa asiakaslähtöisyys korostuu erityisesti.

Tulosten perustella rajatyön keskeiset osat, oman työalueen rajaaminen ja muiden vastuuttaminen, kulkivat aineistossa käsi kädessä. Nämä ilmiöt ovat vastuuttamiskurssin ydin. Samalla, kun työntekijä tai palvelu määrittää toisen työntekijän vastuualuetta, omaa vastuuta rajataan pois. Esimerkiksi lähetteen tekeminen on aina toisen tahon vastuuttamista. Pyrkimyksestä toisen tahon vastuuttamiseen voi seurata asiakkaalle haitallinen auttamistahojen välinen rajatyökiista, mikäli vastuuttamisen kohde ei suostukaan ottamaan vastuuta hoidosta. Kiista voi syntyä myös, mikäli kaksi eri tahoa kokee ”omistavansa” asiakkaan. (Günther ym. 2013, 96.) Aineistossa ei suoranaisesti tällaisia tilanteita kuitenkaan esiinny. Yhdessä asiakaskertomuksessa sosiaalityöntekijä toimii kuitenkin eräänlaisena asianajaja-

na pyrkiessään vakuuttamaan psykiatrian poliklinikkaa hoitokontaktin tarpeellisuudesta. Ongelmia ilmeni myös tilanteessa, jossa asiakkaalla oli useampi eri hoitokontakti. Yhdessä kertomuksessa ilmenee Gerlanderin ym. (2014, 30) esittämää esimerkkiä vastaava tilanne, jossa asiakas ei ole itse tietoinen hoitokontaktinsa sijainnista. Kokonaisvastuuta hoidosta ei välttämättä ollut määritelty tai jos oli, niin asiakas ei ollut siitä itse tietoinen. Tällöin kahden eri tahon työntekijät selvittivät asiakkaan ensisijaisen hoitokontaktin.

Juhila ja Pösö (2000) ovat kirjoittaneet organisaation ja ongelman käsitteiden liittymisestä toisiinsa. Asiakas ohjautuu palveluun jollakin taholla käsitetyn, esimerkiksi asiakkaan tai organisaation määrittämän ongelman perusteella (mt., 35). Ongelmatyönjako kulkee aineistoni kertomuksissa koko ajan mukana. Asiakkaita ohjataan palveluihin ongelman perusteella: opioidiriippuvuus oikeuttaa korvaushoitoon, psyykkiset häiriöt psykiatriseen hoitoon. Aina asiakkuuden syyksi ei kuitenkaan aseteta ongelmaa: myös sosiaalinen tilanne, esimerkiksi raskaus ja vanhemmuus, määrittävät kriteeridiskurssin mukaisesti oikeuden tiettyyn palveluun. Yhteen kertomukseen on kirjattu tilanne, jossa työntekijä ja asiakas ovat huolissaan äidin ja syntyvän lapsen välisestä vuorovaikutuksesta, minkä perusteella päädytään tekemään lähete pikkulapsipsykiatrilalle. Ongelmaa ei siis vielä ole olemassa, mutta heränneen huolen perusteella asiaan reagoidaan etukäteen. Samalla vastuu vuorovaikutussuhteen kanssa työskentelystä rajataan pois päihdepsykiatrian poliklinikalta.

Marjo Romakkaniemi ja Arja Kilpeläinen (2013) näkevät, että terveydenhuollon sosiaalityössä tulee hahmottaa sairauden ja sosiaalisen tilanteen yhteys. He kuitenkin korostavat mielenterveyden häiriöiden omaavan erityispiirteitä muihin sairauksiin verrattuna. Aikuispsykiatrian sosiaalityössä tulisikin olla erityistä pitkäjänteisyyttä ja ymmärrystä kuntoutuksen haastavuudesta asiakkaalle. (Mt., 252–253.) Aineistossani sairauden ja sosiaalisen tilanteen yhteyttä kartoitetaan kirjaamalla kaksoisdiagnoosin rinnalla esiintyvistä ilmiöistä ja läheisten tilanteesta. Läheisten osuus rajatyössä on asiakaskertomuksissa ennakkoletustani pienemmässä roolissa. Tulos on ristiriidassa päihdehuoltolain (41/1986) kanssa, jossa todetaan yhtenä päihdehuollon tavoitteena olevan myös läheisten toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Lähiverkoston merkitys rajatyössä korostuu eniten asiantuntijuusdiskurssissa. Sen lisäksi lähiverkosto on esillä vastuuttamiskurssissa asiakkaan itsensä vastuuttamisen yhteydessä. Läheisten tilanne kartoitetaan kaikissa asiakaskertomuksissa, mutta vain kahdessa kertomuksessa läheinen osallistuu konkreettisesti verkostotyöskentelyyn. Muuten asiakkaat rajaavat läheisten roolin lähinnä arjen tukena olemiseksi. Läheisiä ei myöskään kirjauksissa vastuutettu toimimaan tai tuotu heidän tarpeitaan asiakkaan

tilanteessa esille. Analyysin tulokset ovat toisaalta yhteydessä teoriataustan huomioon päihdeettömien läheisten vähäisyydestä ja yleisesti sosiaalisen verkoston pienuudesta.

Liitännäisilmiöt toimivat kriteeridiskurssissa johonkin palveluun oikeuttavana kriteerinä. Lisäksi ne esiintyvät osana vastuuttamiskurssia, kun työntekijöitä ja asiakasta itseään vastuutetaan toimimaan liitännäisilmiöiden perusteella. Päihdepsykiatrian poliklinikan rooli asemoituu ennemmin liitännäisilmiöiden kartoittajaksi ja oikeaan palveluun eteenpäin ohjaajaksi kuin niissä konkreettisesti auttavaksi tahoksi. Sosiaalityön näkökulmasta on kiinnostavaa, että liitännäisilmiöiden kartoittaminen näyttäytyy muuhun arvioon verrattuna suppeana. Teoriaosassa esitän niiden vaikuttavan kaksoisdiagnoosia sairastavien elämään merkittävästi, mutta lääkäreiden teksteissä liitännäisilmiöiden kartoittaminen jää päihde-käytön ja psyykkisen tilanteen varjoon. Niitä on kuitenkin voitu käsitellä tapaamisella enemmän kuin teksti antaa ymmärtää. Toisaalta liitännäisilmiöihin, kuten asunnottomuuteen tartutaan ja saatetaan asiakasta eteenpäin palveluverkostossa. Konkreettinen yhteydenotto esimerkiksi aikuissosiaalityöntekijään madaltaa mielenterveyden häiriötä ja huumeriippuvuutta sairastavan asiakkaan kynnystä saada apua. Tällainen palveluun saattaminen osoittaa mielestäni Romakkaniemen ja Kilpeläisen (2013, 253) edellyttämää työntekijöiden herkkyyttä mielenterveyden häiriöiden erityispiirteille.

Työntekijä tekee aina valintoja siinä, mitä kirjaa tai jättää kirjaamatta ja kenen näkökulmasta nämä valinnat tekee (Günther 2012, 16; Laaksonen 2011, 28; Morén 1999; Vierula 2012, 151–152). Professio vaikuttaa kirjaamiseen. Työntekijä rajaa tekstiinsä ne ilmiöt, jotka liittyvät hänen asiantuntijuuteensa (Raitakari 2006, 232). Terveystieteiden sosiaalityölle on ominaista tilanteen kokonaisvaltainen arviointi (Metteri 2014, 301; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 253). Sosiaalityöntekijän voisikin olettaa antavan lääkäriä enemmän sosiaalisille ilmiöille tekstissään tilaa. On toisaalta hyvä kysyä, millainen ja kenen tuottama tieto on missäkin tilanteessa relevanttia ja miten ja kuka sitä voi tuottaa (Kuronen & Isomäki 2010, 202). Tulkintoja tehdessä tulee huomioida erikoissairaanhoidon konteksti ja poliklinikan tehtävä päihdepsykiatrisen tilanteen kartoittajana. Psykiatrin ja sosiaalityöntekijän on luontevaa keskittyä kirjauksessaan eri asioihin.

Sosiaalityön näkökulmasta tärkeä tulos on, että erikoissairaanhoidon kontekstista huolimatta lääkeorientoituneisuus ei nouse aineistosta erityisemmin esille. Medikalisaatio on psykiatristen sairauksien hoidossa nouseva ilmiö: mielenterveyden häiriöitä hoidetaan Suomessa enenevässä määrin psykykenlääkkeillä. Lääkehoitoa saavien osuus on 30 vuodessa kolmin-

kertaistunut. (Hautamäki, Helén & Kanula 2011, 71–72.) Missään asiakaskertomuksessa asiakkaan tilannetta ei arvioitu sellaiseksi, että pelkkä lääkehoito olisi riittävää. Keskittyminen pelkän lääkehoidon sijaan myös läheisverkoston ja liitännäisilmiöiden kartoittamiseen osoittaa asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja ymmärrystä toipumiseen vaikuttavista tekijöistä. Olen myös yllätynyt siitä, ettei aineistosta löytynyt varsinaisia yhteiskunnan esittämiä tarpeita. Voidaan kuitenkin ajatella, että sosiaalisiin normeihin vetoaminen esimerkiksi raskaudenaikaisen päihdekäytön osalta on yhteiskunnan tarve mahdollistaa lapselle turvalliset kasvuolosuhteet ja samalla vähentää riskiä päihderiippuvuuden sukupolvelta toiselle siirtymisestä. Odotin kertomuksissa esiintyvän enemmän haittoja vähentävää työtä. Toisaalta raskaus mahdollistaa suoraan hoidon pääsyn. Raskaudenaikainen korvaushoito onkin asiakaskertomuksissa keskeisin haittoja vähentävä palvelu.

Ipo Helén (2011, 156) esittää teoriataustassa esitettyjä näkemyksiä mukailen kriteerinä asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi mielenterveyspalveluiden asiakkaan osallisuuden, toimivan moniammatillisuuden sekä palveluiden jalkautumisen, joustavuuden ja jatkuvuuden. Tulkitseen näiden kaikkien olevan läsnä aineistoni rajatyön prosesseissa. Yhteistyö näyttäytyy konkreettisesti puheluina, läheteinä, verkostotapaamisina, kahdenkeskinä tapaamisina, kotikäynteinä ja asiakaskertomusten jakeluina. Valinta tarkastella pidemmän aikavälin kirjauksia osoittautui oikeaksi ratkaisuksi, kun yhteistyö painottui tapaamisten välille odotamaani enemmän puheluina, läheteinä ja asiakaskertomusten jakeluina. Lisäksi suunnitelmia tarkistetaan ja tarvittaessa korjataan seuraavilla tapaamisilla. Yksittäinen verkostopalaveri ei olisi mahdollistanut rajatyön tarkastelua yhtä laajasti.

Asiakaskertomustekstit noudattavat tietynlaista kaavaa. Vaikka rakenteet eivät toisiinsa nähden olekaan täysin identtisiä, niissä voidaan havaita samankaltaisia elementtejä. Otsikointi on toistuvaa, mikä johtunee osittain tietojärjestelmän valmiiksi antamista otsikkovaihtoehtoista. Myös palvelun ja ammattiryhmien työtehtävät ja tavoitteet ohjaavat kartoittamaan ja sitä kautta kirjaamaan tiettyjä elämän osa-alueita. Lisäksi työntekijöiden välillä on henkilökohtaisia eroja kirjaamistekniikassa, ja myös organisaation sisällä voi olla omia kirjaamisohjeita. Asiakkaiden tilanteet ovat kuitenkin yksilöllisiä, ja se tulisikin kirjaamisessa ja jo tietojärjestelmiä suunniteltaessa ottaa huomioon (Kuronen & Isomäki 2010, 201). Aineistoni tietojärjestelmä mahdollistaa yksilöllisyyden huomioinnin ainakin vapaasti muotoiltavilla otsikoilla. Toistuvasta kirjaamisrakenteesta huolimatta teksteissä on havaittavissa tilanteiden vaatimaa yksilöllistä suunnittelua ja arviota. Asiakkaan osallisuutta



tuotetaan aineistossa hyvin: yhdestä tapaamisesta kirjattua tekstiä lukuun ottamatta kaikki tekstit lähetetään yhteistyötahojen lisäksi jakeluna myös asiakkaalle.

Tuloksia tulkitessa tulee huomioida, ettei niitä voi yleistää koskemaan rajatyötä kaikkien kaksoisdiagnoosia sairastavien raskaana olevien palveluissa. Viisi asiakaskertomusta on vajaa kymmenesosa yhden vuoden läheteistä yhdessä palvelussa, joten tulkintoja absoluutisista faktoista rajatyöstä sosiaali- ja terveystyöpalveluissa ei voi tehdä. Tutkielmassani esitän vain aineistoni palveluiden verkostoyhteistyötä, ja toisaalla työskentely voi olla hyvinkin erilaista. Olisikin mielenkiintoista saada vertailevaa tutkimusta siitä, miten eri alueiden palveluiden verkostoyhteistyö eroaa toisistaan. Se antaisi keinoja alueellisen epätasa-arvon vähentämiseen ja toiminnan yhtenäisten linjojen kehittämiseen valtakunnallisesti.

Pohdin aluksi, onko sosiaalityön tutkielmassa relevanttia tutkia pääasiassa lääkäreiden kirjaamia tekstejä. Ne tarjosivat kuitenkin hyvin vertailupintaa sosiaalityöntekijöiden kirjauksiin. Lisäksi sosiaalityöntekijä on usein ollut mukana lääkäreiden tekstien pohjana olevassa vuorovaikutustilanteessa. Mahdollisuus tutkia lääkäreiden paneutumista sosiaalisiin ilmiöihin toi mielenkiintoista lisäarvoa ammattialojen välisen rajatyön tarkasteluun. Olen kuitenkin tyytyväinen rajaukseeni ottaa mukaan tekstejä, joissa lääkärin työparina on toiminut sosiaalityöntekijä sairaanhoitajan sijaan, sillä oletan valinnan vahvistaneen sosiaalityön asemaa aineistossani. Sosiaalityö näyttäytyy aineistossa kaiken kaikkiaan vahvana. Lastensuojelun sosiaalityöntekijät ovat verkoston osallisina kaikissa asiakaskertomuksissa, ja yhtä kertomusta lukuun ottamatta myös aikuissosiaalityön kanssa tehdään yhteistyötä.

Aineiston rajaamisessa ongelmana oli diagnoosien puute kertomuksissa. Kaikille ei ollut asetettu mielenterveyden häiriön diagnoosia, vaikka sairaus myös ilman huumeiden käyttöä saattaisikin esiintyä. En kuitenkaan koe puutteellista diagnosointia keskeisenä ongelmana, koska tutkielman tarkoituksena on tarkastella eri tahojen välistä rajatyötä, ei kaksoisdiagnoosia. Pidän rajaustani onnistuneena, sillä sain tavoitteideni mukaisesti tarkasteltavaksi monimuotoista sosiaali- ja terveystyöpalveluiden yhteistyötä. Sosiaalityön näkökulmasta diagnoosi tuntuu toisaalta epärelevantiltä rajaustavalta. Sillä halusin kuitenkin varmistaa, että päihderiippuvuus ja mielenterveyshäiriöt on tutkittu perusteellisesti. Lönnqvist (2013, 49) lieventää diagnoosien leimaavuutta toteamalla, ettei niillä ole tarkoitus luokitella ihmisiä, vaan kuvata ja luokitella yksilöllä ilmeneviä oireyhtymiä. Tutkimustulosteni perusteella voidaan todeta, että diagnoosi voi toimia kriteerinä palvelun asiakkuudelle. Diagnoosilla rajaamalla varmistin päihde- ja mielenterveystyöpalveluiden mukanaolon. On kuitenkin

kin eri asia pohtia, onko asiakkaan kokonaistilanteen huomioonkin kannalta järkevää, että diagnosoimatonta mielenterveyden häiriötä tai päihderiippuvuutta sairastava ihminen rajataan pois päihde- ja mielenterveyspalveluista diagnoosin puuttumisen vuoksi.

Haastavinta oppimisprosessissa oli analyysimenetelmän sisäistäminen. Vuorovaikutuksen tutkimus osoittautui haasteelliseksi ja pikkutarkaksi työksi, ja etenkin analyysi vei odotettua kauemmin aikaa. Retorinen diskurssianalyysi yhdistettynä sosiaalisen konstruktionismin viitekehykseen tuntuu kuitenkin tutkimuskysymykseeni ja aineistooni nähden palkitsevalta valinnalta. Se osoittautui toimivaksi yhdistelmäksi hahmottaa sosiaalisen todellisuuden muodostumista asiakaskertomuksissa. Tutkielman tekeminen on kokonaisuudessaan antanut eväitä ammatilliseen itsereflektioon ja moniammatilliseen verkostotyöhön. Ymmärrys dokumenttien merkityksestä verkostotyön välineenä on lisääntynyt ja käsitys yhteisten suunnitelmien tekemisen sekä hoitovastuun jakamisen tärkeydestä asiakaslähtöisessä työskentelyssä on vahvistunut. Kuten luvun kuusi tuloksista ilmenee, verkostotyössä voi olla mukana yli 20 työntekijää, joten on ymmärrettävää, ettei asiakas ole aina tietoinen ensisijaisesta hoitokontaktistaan. Tämän vuoksi asiakkaan asiantuntijuuden esiin tuominen ja asianajajana toimiminen väliinputoamisten ehkäisemiseksi tulisi olla paitsi sosiaalityöntekijöiden, myös muiden toimijoiden auttamistyön lähtökohtana.

Uudistettu sosiaalihuoltolaki astuu voimaan lähes samaan aikaan tutkielmani valmistumisen kanssa. Uudistuksen taustalla on sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän pirstaloituminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 14). Tavoitteeksi on asetettu yhteistyön tiivistyminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden palveluiden välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015), johon velvoitetaan jo ikääntyneemmässä päihdehuoltolaissa (41/1986). Aineistossani tehdään yhteistyötä niin sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon kuin kolmannen sektorinkin kanssa. Lakiuudistus aiheuttaa muutostarpeita sosiaalisen ja terveyden integroimiseen niin käsitteellisellä, organisatorisella, professionaalilla ja toiminnallisella tasolla (Väyrynen & Lindh 2013, 405), kun palveluiden toimintamallit, suuntaukset, koot ja työntekijärakenteet eroavat toisistaan (Juhila & Pösö 2000, 35). Palveluiden erilaisuus voi toisaalta olla myös rikkaus, jota aineistossani hyödynnetään oikealle taholle ohjaamisena ja mahdollisuutena vastata asiakkaiden tilanteissa esiintyviin haasteisiin. Lakiuudistuksen ajankohtaisuuden myötä rajatyön käsitteen merkitys tutkimuksessa korostuu. Verkoston koostuessa useista eri toimijoista asiakasta ja läheisiä ei saisi unohtaa. Kunkin tahon tulisi määritellä oma vastuualueensa asiakkaan tukiverkostossa päällekkäisen työskentelyn välttämiseksi ja asiakaslähtöisyyden maksimoimiseksi.

## LÄHTEET

- Aalto, Mauri (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123(11), 1293–1298.
- Aalto, Mauri (2010) Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 183–188.
- Aalto, Mauri (2012) Huumeet ja mielenterveys. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 163–168.
- Aarnio, Jorma (2012) Huumeet vankiloissa. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 242–246.
- Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti (2001) *Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Babor, Thomas F., Stenius, Kerstin & Romelsjö, Anders (2009) Päihdehuollon järjestelmät kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) *Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä*. Helsinki: Edita, 195–216.
- Barnes, Lynne & Rudge, Trudy (2003) Co-operation and co-morbidity: Managing dual diagnosis in rural South Australia. *Collegian* 10(2), 25–28.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1966/1994) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma*. Suomentanut ja toimittanut Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus.
- Billig, Michael (1987) *Arguing and thinking. A Rhetorical Approach to Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burr, Vivian (2003) *Social constructionism*. London and New York: Routledge.
- Churton, Mel (2000) *Theory and method*. London: Macmillan.
- Drake, Robert E. & Wallach, Michael A. (2000) Dual Diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric services* 51(9), 1126–1129.
- Fränti, Juha & Väyrynen, Sanna (2010) MIEPÄ. Tutkimus kaksoisdiagnoosiasiakkaiden intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Raportti 1/2010. Oulu: Nuorten ystävät.
- Gerlander, Maija, Lukkari, Teija & Kettunen, Tarja (2014) Yksittäisen hoitokäynnin tarkastelusta pitkäaikaissairaana vuorovaikutussuhteiden verkoston tarkasteluun. Teoksessa Leena Mikkola, Salme Korkala, Sanna Herkama & Jonna Koponen (toim.) *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2014*. Jyväskylän yliopisto, 27–34.

Gieryn, Thomas F. (1983) *Boundary Work and the Demarcation of Science from Non-science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists*. *American Sociological Review* 48, 781–795.

Granfelt, Riitta (2002) Pahasta kirjoittaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Johanna Hurtig (toim.) *Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 127–140.

Granfelt, Riitta (2014) Asunto vai rikoksettomuus ensin? Asumissosiaalisen työn tuella irti asunnottomuudesta ja rikollisuudesta. Teoksessa Henrik Linderborg, Mari Suonio & Tytti Lassila (toim.) *Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla*. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2014.

Günther, Kirsi (2012) Kirjatut ammatilliset kehykset. *Mielenterveyskuntoutus asiakassuunnitelmien kuvaamana*. *Janus* 20(1), 15–31.

Günther, Kirsi (2014) Multi-voiced assessment in a mental health final statement. *Text & Talk* 34(6), 665–648.

Günther, Kirsi, Raitakari, Suvi, Juhila, Kirsi, Saario, Sirpa, Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna (2013) *Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla*. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus.

Hautamäki, Lotta, Helén, Ilpo & Kanula, Saara (2011) *Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa*. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 70–110.

Helén, Ilpo (2011) *Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui*. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 153–181.

Huuskonen, Saila, Korpinen, Johanna & Ritala-Koskinen, Aino (2010) *Lastensuojelun avohuolto ja seurannan selonteot*. Teoksessa Anneli Pohjola, Aino Kääriäinen & Sirpa Kuusisto-Niemi (toim.) *Sosiaalityö, tieto ja teknologia*. Jyväskylä: PS-kustannus, 319–347.

Jokinen, Arja (1999a) *Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 37–53.

Jokinen, Arja (1999b) *Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 126–159.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (1995) *Tulkitseva sosiaalityö*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 9–31.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 17–47.

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

Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (2000) Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosi-aali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 35–64.

Järvenkylä, Veli, Romu, Jarmo, Kiviniemi, Päivi, Syrjämäki, Merja, Ahonen, Juha & Leh-tonen, Maija-Liisa (2009) Mielenterveys ja päihteet – yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009.

Kahila, Hanna (2012) Raskaus, imetys ja huumeiden käyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 225–234.

Kampman, Olli & Lassila, Antero (2007) Samanaikaiseen mielenterveys- ja päihdeongel-man hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen Lääkärilehti 62(47), 4447–4451.

Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka (2013) Lääkkeiden väärinkäyttö 2000–luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. Yhteiskuntapolitiikka 78(5), 498–508.

Kekki, Tuula & Partanen, Airi (2008) Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stake-sin työpapereita 38/2008. Helsinki.

Kotovirta, Elina & Tammi, Tuukka (2012) Huumeiden käytön aiheuttamien haittojen vä-hentäminen ja ehkäisy. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kii-anmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 153–162.

Kuronen, Marjo & Isomäki, Hannakaisa (2010) Parempaa sosiaalityötä vai teknologian or-juutta? – ihmisläheisen tietojärjestelmien kehittämisen mahdollisuudet sosiaalityössä. Te-oksessa Anneli Pohjola, Aino Kääriäinen & Sirpa Kuusisto-Niemi (toim.) Sosiaalityö, tieto ja teknologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 185–210.

Kuoppasalmi, Kimmo, Heinälä, Pekka & Lönnqvist, Jouko (2013) Päihdehäiriöt. Teokses-sa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psy-kiatria. Helsinki: Duodecim, 405–470.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vasta-paino.

Kuussaari, Kristiina, Ronkainen, Jenni-Emilia, Partanen, Airi, Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena (2012) Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän ku-vaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77(6), 640–655.

Kuussaari, Kristiina, Kaukonen, Olavi, Partanen, Airi, Vorma, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia (2014) Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(3), 264–277.

Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2013.

Laaksonen, Maarit, Kääriäinen, Aino, Penttilä, Marja, Tapola-Haapala, Maria, Sahala, Heli, Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu (2011) Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. *Dissertations in Health Sciences* 31. Kuopio.

Lönnqvist, Jouko (2013) Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 47–69.

Lönnqvist, Jouko, Pylkkänen, Kari & Moring, Juha (2013) Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 641–657.

Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–328.

Mikkonen, Antti (2007) Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. *Suomen Lääkärilehti* 67(51–52), 4747–4750.

Morén, Stefan (1999) Dokumentationens roll i socialt arbete. Perspektiv och utvecklingsmöjligheter. *Socialvetenskaplig tidskrift* 6(4), 329–342.

Moring, Juha, Martins, Anne, Partanen, Airi, Bergman, Viveca, Nordling, Vesa & Nevalainen Veijo (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2011.

Mäkelä, Sofia, Pajulo, Marjukka & Sourander, Andre (2010) Raskausajan psyykinen oireilu ja lapsen kehitys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(9), 1013–1019.

Nuorvala, Yrjö (1999) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumausaineiden käyttäjien silmin. *Stakes. Aiheita* 26/1999.

Nuorvala, Yrjö, Huhtanen, Petri, Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008) Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), 659–670.

Partanen, Airi & Holopainen, Antti (2012) Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 77–84.

Perelman, Chaïm (1996) *Retoriikan valtakunta*. Suomentanut Leevi Lehto. Tampere: Vastapaino.

Pirkola, Tiia, Lepistö, Jaana, Strandholm, Thea & Marttunen, Mauri (2007) Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. *Kansanterveyslaitoksen julkaisu* 3/2007.

Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2004) Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. *Suomen Lääkärilehti* 59(15–16), 1673–1677.

Pozzi, Gino, Frustaci, Alessandra, Janiri, Luigi & Di Giannantonio, Massimo (2005) The challenge of psychiatric comorbidity to the public services for drug dependence in Italy. A national survey. *Drug and Alcohol Dependence* 82(3), 224–230.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1183. Tampere.

Raitakari, Suvi, Günther, Kirsi, Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2013) Causal accounts as a consequential device in categorizing mental health and substance abuse problems. *Communication & Medicine* 10(3), 237–248.

Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–255.

Regier, Darrel A., Farmer, Mary E., Rae, Donald S., Locke, Ben Z., Keith, Samuel J., Judd, Lewis L. & Goodwin, Frederick K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association* 264(19), 2511–2518.

Ristola, Matti (2012) Huumeiden aiheuttamat elimelliset terveyshaitat. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 169–178.

Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja (2013) Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä – Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 244–271.

Räsänen, Jenni-Mari (2014) Tietotekniikkaan pohjautuva asiakastiedon käyttö sosiaalipäivystyksessä. Etnometodologinen puheen ja vuorovaikutuksen tutkimus. *Acta Universitatis Tamperensis* 1932. Tampere.

Saario, Sirpa (2011) Arviointitekniikat ja mielenterveystyö – tutkimus ammattilaisten luovinnasta työn arvioinnissa ja seurannassa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin piristeet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 182–230.

- Schulte, Sabrina J., Meier, Petra S., Stirling, John & Berry, Mike (2008) Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug and Alcohol Review* 27(6), 650–658.
- Seppä, Kaija, Aalto, Mauri, Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (2012) Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 7–14.
- Siukola, Reetta (2014) Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveystyö. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Opas 34/2014*.
- Slembrouck, Stef & Hall, Christopher (2014) Boundary work. Teoksessa Christopher Hall, Kirsi Juhila, Maureen Matarese & Carolus van Nijnatten (toim.) *Analysing Social Work Communication. Discourse in practice*. London: Routledge, 61–78.
- Sorsa, Minna & Laijärvi, Heli (2006) Äiti, kaksoisdiagnoosin selitysmallit ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. Jyväskylä: PS-kustannus, 213–229.
- Sorsa, Minna & Laijärvi, Heli (2007) Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palveluiden arviointi Tampereella. EU-rahoitteisen ISADORA-tutkimuksen aineiston analyysi. Tampere: Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 13/2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. *Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3/2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012a) Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b) Valtioneuvoston periaatepäätös huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16/2012.
- Staiger, Petra K., Thomas, Anna C., Ricciardelli, Lina A., McCabe, Marita P., Cross, Wendy & Young, Greg (2011) Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction Research and Theory* 19(1), 47–55.
- Stenius, Kerstin, Kekki, Tuula, Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2), 167–175.
- Strengell, Paula, Väisänen, Ilona, Joukamaa, Matti, Luukkala, Tiina & Seppä, Kaija (2014) Psychiatric comorbidity among substance misusing mothers. *Nordic Journal of Psychiatry* 68, 1–7. First published on November 2014. DOI: 10.3109/08039488.2014.978892.



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

Tacke, Ulrich, Seppä, Kaija & Winstock, Adam (2011) Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 127(7), 674–681.

Tammi, Tuukka, Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi (2011) Stadin nistit. Huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(1), 45–54.

Taylor, Carolyn (2008) Trafficking in Facts. *Writing Practices in Social Work. Qualitative Social Work* 7(1), 25–42.

Tuomola, Pekka (2012) Läheiset ja huume- ja lääkeriippuvuus. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 145–152.

Vanhala, Anni (2005) Paikka ja asiakkuus. *Etnografia naisten asuntolasta. Acta Universitatis Tamperensis* 1075. Tampere.

Varjonen, Vili, Tanhua, Hannele & Forsell, Martta (2014) Huumetilanne Suomessa 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 5/2014.

Veide, Nele, Alaja, Riitta & Seppä, Kaija (2007) Millaisia ovat potilaat opioidiriippuvuuden hoito-ohjelmassa. *Suomen Lääkärilehti* 62(19), 1964–1966.

Vierula, Tarja (2012) Asiakkaiden ja asiakirjojen väliset suhteet lastensuojelussa. *Vanhempien näkökulma. Janus* 20(2), 149–167.

Vorma, Helena (2012) Sekakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 71–76.

Väyrynen, Sanna & Lindh, Jari (2013) Yhteistoimijuuden rajakohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 405–426.

#### Elektroniset lähteet:

A-klinikkasäätiö (2015) Terveysneuvontapisteet. Viitattu 1.3.2015.  
<http://www.a-klinikka.fi/yhteystiedot/terveysneuvontapisteet>

Käypä hoito (2012) Huumeongelman hoito. Viitattu 8.3.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Tohtori-lääkeopas (2014) Sanasto. Viitattu 15.3.2015.  
<http://www.tohtori.fi/laakeopas/sanasto>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015) Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus. Viitattu 26.3.2015. <http://www.stm.fi/sosiaalihuoltolaki>