

KUKA MINUSTA PUHUU?

Asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa

Pirkko Perttinä

Fysioterapian
lisansiaatin -tutkielma
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2001

ABSTRACT

The reform of rehabilitation legislation at the beginning of the 90's emphasised the making of an individual rehabilitation plan and the opportunity of the clients to participate in and influence on the planning of their rehabilitation. At the planning stage the clients' needs, hopes and potential create the basis for commitment and motivation which have been found to have an impact on the outcome of rehabilitation. Follow-up studies on the new rehabilitation legislation have shown that the number of clients who participate in the planning of their rehabilitation has gone up after the laws came into force. On the other hand, the clients' opportunities of influence have not developed as expected.

The purpose of the present study was to increase knowledge on client-based approaches in rehabilitation planning. The aim was to study about what and how experts and clients talked in a meeting as well as how the clients participated in the discussions during the meeting and what their position was in it. The study was a qualitative case study in the field of institutional speech research.

I collected the data in the autumn 1999 from rehabilitation planning meetings of clients and multidisciplinary teams who participated in an evaluation period arranged by the Research and Rehabilitation Department of Specialised Nursing. Ten meetings, in which there were clients taking part, were recorded.

Transcripts of audiotaped speech were analysed by means of discourse analysis and conversation analysis. Through discourse analysis it was possible to study the participants' ways to talk, the functions of their talk and the client's position. Conversation analysis looked at the organisation and structure of interaction and turn-taking.

According to the results of the study, a meeting had four sections: the start, introduction, planning and closing. The speech used in the meetings had the typical characteristics of institutional talk. As to the form of the meetings, they were both formal and informal. The interaction between the participants was asymmetric, and it was primarily made up of situations in which the professionals gave information and asked questions. The discussions in the meetings seemed to fall into eight different types of discourse, each having their own concepts, functions and approaches: introductory discourse, medical discourse, assessment discourse, discourse related to daily living, empathy discourse, opportunity discourse, recommendation discourse and administrative discourse. Both the structure of the meetings and the type of discourses used in them had an impact on the client's participation and created different kinds of positions for the client. Typically, the client's positions were those of a sympathiser and bystander or an interrupter, consultant, expert and negotiator. The same client could be in different positions during the different stages of the meeting.

The structure of the meetings and the discourses used in them limited the clients' opportunities of participation in the discussions and decision-making. They were not equal participants with regard to the other participants of the meetings. Their opinions were listened to, but this did not seem to have any effect on the decisions made in the meetings. Participation was limited by both the adherence of the professionals to their roles and the formality of the meetings. The process nature and the versatility of the rehabilitation research period plus the extensive expertise of the professionals made it possible to operate in a more client-oriented way and to encourage the clients to participate in the discussions and decision-making related to the planning of their rehabilitation. This is a challenge to the health care professionals and clients who operate in the traditional way.

Key words: participation, position, rehabilitation planning, institutional talk, conversation analysis and discourse analysis.

Perttinä Pirkko. Kuka minusta puhuu? Asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa. Licensiaatin tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. 2001. 93 s.

TIIVISTELMÄ

Kuntoutuslainsäädännön uudistuksen yhteydessä 90-luvun alussa korostettiin yksilöllisten kuntoutussuunnitelmien laatimista ja kuntoutujan mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa kuntoutuksensa suunnitteluun. Suunnitteluvaiheessa asiakkaiden tarpeilla, toivomuksilla ja mahdollisuuksilla luodaan perusta sitoutumiselle ja motivaatiolle, joiden on todettu vaikuttavan kuntoutuksen tuloksellisuuteen. Kuntoutuslainsäädännön seurantalutkimukset ovat osoittaneet, että määrällisesti kuntoutujien osallistuminen kuntoutussuunnitelmiansa tekemiseen on lisääntynyt lainsäädännön voimassaoloaikana. Sen sijaan kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet eivät ole kehittyneet odotetulla tavalla.

Tutkimukseni tarkoituksena oli lisätä tietoa asiakaslähtöisyydestä kuntoutussuunnittelussa. Tutkimuksessa selvitetään mitä ja miten terveydenhuollon ammattilaiset ja kuntoutujat puhuvat kuntoutussuunnittelukokouksessa sekä miten kuntoutujat osallistuvat kokouksessa käytyyn keskusteluun ja mikä heidän asemansa on siinä. Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus ja se sijoittuu institutionaalisen puheen tutkimuksen kenttään.

Tutkimusaineiston keräsin syksyllä 1999 erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kuntoutusosaston työ- ja toimintakyvyn arviointijaksolle osallistuneiden asiakkaiden ja moniammatillisen työryhmän kuntoutussuunnittelukokouksista. Tutkimusta varten äänitin kymmenen työryhmän kokousta, joissa asiakas oli mukana. Litteroitua puhetta analysoin diskurssianalyysin ja keskustelunanalyysin keinoin. Diskurssianalyysin kautta paljastui kokouksessa käytetyt puhetavat, niiden funktiot ja asiakkaan asema. Keskustelun analyysi paljasti vuorovaikutuksen organisoitumista ja rakennetta.

Tutkimustulosten mukaan kokous rakentui neljästä vaiheesta; aloitus-, esittely-, suunnittelu- ja lopetusvaiheesta. Puhe oli tyypillisesti institutionaalista puhetta. Kokous oli muodoltaan sekä formaalinen että informaalinen. Osallistujien vuorovaikutus oli epäsymmetristä ja pääasiallisesti vuorovaikutus rakentui ammattilaisten informaation jakamisesta ja kysymysten tekemistä. Kokouksessa käydyt keskustelut hajosivat kahdeksaksi eri käsitteitä ja lähestymistapoja käyttäviksi puhetavoiksi; esittelypuhe, lääketieteellinen puhe, arviointi-, mahdollisuus-, suositus-, arkielämä-, empatiapuhe ja hallinnollinen puhe. Sekä kokouksen rakenne että niissä käytetyt puheet vaikuttivat asiakkaan osallistumiseen ja tuottivat erilaisia positioita asiakkaalle. Asiakaan positiot tyypittyivät myötäilijäksi ja sivustaseuraajaksi, keskeyttäjäksi, konsultoijaksi, tietäjäksi sekä neuvottelijaksi. Sama asiakas saattoi olla eri positioissa kokouksen keskustelun eri vaiheissa.

Kokouksen rakenne ja siellä käytetyt puheet rajasivat asiakkaan osallistumismahdollisuutta keskusteluun ja päätöksentekoon. Hän ei ollut tasavertainen osallistuja suhteessa muihin osallistujiin. Asiakas tuli kuulemaan häntä koskevia päätöksiä. Hänen omaa mielipidettään kuunneltiin, mutta sillä ei näyttänyt olevan juurikaan vaikutusta tehtyihin ratkaisuihin. Osallistumista rajasi ammattilaisten omassa asiantuntijatehtävissään pidättäytyminen ja kokouksen muodollisuus. Kuntoutustutkimusjakson prosessinomaisuus, monipuolisuus ja ammattilaisten laaja-alainen asiantuntijuus mahdollistaisivat asiakaslähtöisemmän tavan toimia ja rohkaista asiakasta osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon kuntoutussuunnittelussaan. Tämä on haaste traditionaalisesti toimiville terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille.

Avainsanat: osallistuminen, asema, kuntoutussuunnittelu, institutionaalinen keskustelu, keskustelunanalyysi ja diskurssianalyysi.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
1.1	Asiakkaan aseman kehittyminen kuntoutussuunnittelussa	1
1.2	Asiakkaan osallistuminen kuntoutussuunnitteluun	3
1.3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	5
2	TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA	6
2.1	Institutionaalinen puhe	6
2.2	Diskurssianalyysi	7
2.3	Toimijuus	10
2.4	Kontekstuaalisuus	11
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	12
3.1	Aineisto	12
3.2	Konteksti	15
3.3	Litterointi	17
3.4	Aineiston analyysi	17
4	TULOKSET	20
4.1	Keskustelun rakenne ja muoto	20
4.2	Keskustelussa käytetyt puheet	23
4.2.1	Esittelypuhe: ” Olenko se minä? ”	23
4.2.2	Lääketieteellinen puhe: ” Sinullahan on ongelmaa.”	25
4.2.3	Arviointipuhe: ”Kaivetaan ne rajoitteet esille”	26
4.2.4	Mahdollisuuspuhe: ”Pitäää miettiä, kahtoo ja aatella, jos jotakin löytys”	30
4.2.5	Suosituspuhe: ”Kannattais huomioida”	30
4.2.6	Arkielämäpuhe: ” Sen huomaa kun”	33
4.2.7	Hallinnollinen puhe: ”Pannaan pallo pyörimään”	34
4.2.8	Empatiapuhe: ”Ymmärrän”	35

4.3 Asiakkaan asema keskustelussa	38
4.3.1 Asiakas myötäilijänä ja sivustaseuraajana	38
4.3.2 Asiakas keskeyttäjänä	39
4.3.3 Asiakas tietäjänä	42
4.3.4 Asiakas konsulttoijana	43
4.3.5 Asiakas neuvottelijana	45
5 POHDINTA	53
5.1 Tulosten tarkastelu	53
5.1.1 Kokouksen vaiheiden ja kontekstin vaikutus osallistumiseen	53
5.1.2 Asymmetrian vaikutus osallistumiseen	56
5.1.3 Puhetapojen vaikutus osallistumiseen	62
5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	67
5.3 Johtopäätökset	72
LÄHTEET	75

LIITTEET

Liite 1: Informaatiokirje asiakkaille ja lupautuminen tutkimukseen

Liite 2: Asiakkaiden taustatiedot

Liite 3: Asiakkaiden ja ammattilaisten kokouksissa käyttämät puheenvuorot

Liite 4: Litteraatiomerkinnot ja litteraatiossa käytetyt lyhenteet

Liite 5: Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

1 JOHDANTO

1.1 Asiakkaan aseman kehittyminen kuntoutussuunnittelussa

Asiakaskeskeisten toimintatapojen korostamiseen on kiinnitetty huomioita kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa jo usean vuosikymmenen ajan. Esimerkiksi Niemi (1969) piti kolmekymmentä vuotta sitten kuntoutumisprosessin onnistumisen ydinkysymyksenä asiakkaan ottamista mukaan kuntoutuksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Järvikoski (1994) puolestaan toteaa tutkimuksessaan, että kuntoutustoiminnassa vallitseva kliininen toimintamalli on yksipuolinen ja riittämätön käsittelemään yhteiskunnallisen ja kulttuurisen muutoksen aiheuttamia toiminta- ja työkykyisyyden, sosiaalisen selviytymisen ja elämänhallinnan ongelmia. Kuntoutuksen toteutuksessa olisi hänen mielestään siirryttävä ns. kuntoutujakeskeiseen toimintamalliin, joka tarkoittaa mm. kuntoutujan subjektiivisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien korostumista kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (Järvikoski 1994.)

Kuntoutujan vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia kuntoutuksensa suunnitteluun lisättiin vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa. Uudistuksessa korostettiin erityisesti kuntoutujien motivaation ja oman panoksen merkitystä kuntoutumisen onnistumiseksi. (Kuntoutus uudistuu 1992.) Laissa kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä säädetään kuntoutujan asemasta ja häntä koskevien tietojen antamisesta. Lain mukaan kuntoutujalla ja tarvittaessa hänen lähiomaisilleen on varattava mahdollisuus tulla kuulluksi heitä koskevissa lausuntoasioissa. (Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/91.)

Kuntoutuslainsäädännön uudistuksen jälkeen sen vaikutuksia ja kehittämistarpeita on seurattu valtioneuvoston antamilla selonteoilla eduskunnalle neljän vuoden välein. Sekä vuoden 1994 että edelleen vuoden 1998 selonteoissa nostetaan esille kuntoutujan asema. Kuntoutujan subjektiivisuus ja vaikutusmahdollisuudet eivät ole kehittyneet odotetulla tavalla seurantakaudella (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1994, 1998).

Vuoden 1998 selonteossa kuntoutustoiminnan ensimmäiseksi kehittämiskohteeksi esitetään kuntoutusjärjestelmän viranomaiskeskeisyyden vähentämistä ja asiakaskeskeisyyden lisäämistä. Tämä merkitsee sitä, että kuntoutujalla pitää olla enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja vastuuta sen toteuttamisesta. Organisaatioilta se edellyttää sisäisten menettelytapojen kehittämistä. Asiakkaan oikeutta saada kuntoutustaan koskevaa tietoa

sekä oikeutta osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun kuulluksi tulemisen sijasta tullaan parantamaan tarkistamalla mm. kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöstä annettua lakia. (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998.)

Kuntoutuslainsäädännössä korostetaan yksilöllisten, kirjallisten kuntoutussuunnitelmien merkitystä ja tekemistä asiakkaan kuntoutusprosessin suunnittelun välineeksi. Yleensä suunnitelma perustuu moniammatilliseen arvioon kuntoutujan kuntoutustarpeesta ja -mahdollisuuksista, kuntoutuksen tavoitteista ja tarvittavista kuntoutustoimenpiteistä sekä kuntoutuksen järjestämisestä ja seurannasta. (Winell 1998, Kuntoutus uudistuu 1992.) Kuntoutussuunnitelmalla on erilaisia merkityksiä eri yhteyksissään. Se on nähty hallinnollisesti merkittävänä asiakirjana etuuksien saamisessa (Kallanranta 1997) ja kuntoutujan ja kuntoutusta toteuttavien tahojen välisenä sopimuksena (Piirainen 1995). Yleisimmin se on ymmärretty eri järjestelmien väliseen tiedonkulkuun liittyvänä asiakirjana eikä niinkään yksilöllisen kuntoutusprosessin tukena ja motivoijana tai kuntoutujan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien turvaajana (Järvikoski 1994, Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta 1998).

Kuntoutuspalveluista 80 % tuotetaan julkisen sektorin laitoksissa, lähinnä terveyskeskuksissa ja erikoisairaanhoidossa. Näissä organisaatioissa laaditaan myös kuntoutussuunnitelmat. (Winell 1998.) Kuntoutussuunnitelmien laatijoina on yhä useammin asiantuntijoiden muodostama työryhmä. Tämä on mahdollistanut sen, että suunnitelmat ovat monipuolistuneet niin sisällöltään kuin toimenpiteiltäänkin. (Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta 1998.)

Suunnitteluvaiheessa asiakkaiden tarpeilla, toivomuksilla ja mahdollisuuksilla luodaan perusta kuntoutukseen sitoutumiselle ja motivaatiolle, joiden on todettu vaikuttavan kuntoutuksen tuloksellisuuteen (Järvikoski 1994, Puumalainen 1993). Kuntoutujilta saadun tiedon on katsottu myös toimivan jonkinlaisena asiakaskeskeisyyden takaajana ja kuntoutujan oman aktiivisuuden lisääjänä (Riikonen 1992). Tämä edellyttää kuntoutujien ja asiantuntijoiden yhteiskeskustelua. Valtioneuvosto onkin edellyttänyt viimeisimmässä selonteossaan, että kuntoutussuunnitelmia on kehitettävä enemmän osapuolten keskinäisiksi sopimuksiksi (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998). Voidakseen sitoutua omaa elämäänsä koskeviin suunnitelmiin ja toimiakseen aktiivisesti kuntoutumisessaan, tulee kuntoutujan olla tietoinen kuntoutussuunnitelmansa tavoitteista ja sisällöstä ja pystyä vaikuttamaan niihin.

1.2 Asiakkaan osallistuminen kuntoutussuunnitteluun

Kiinnostus tutkimukseen asiakkaiden osallistumisesta asioidensa käsittelyyn kuntoutuksen eri organisaatioissa ja moniammatillisissa työryhmissä virisi erityisesti 90-luvulla osana kuntoutuslainsäädännön uudistuksen seurantaan liittyvää tutkimusta (mm. Karjalainen 1993a, 1993 b; Puumalainen 1993, Saikku & Karjalainen 1999, Saikku 1999a, 1999b). Karjalainen (1996) on sivunnut asiakaslähtöisyyttä eri viranomaisorganisaatioiden yhteistyössä aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisessa (Karjalainen 1996). Asiakkaiden ja työryhmien jäsenten mielipiteitä ja kokemuksia on selvitetty haastattelemalla, lomakekyselyillä sekä keräämällä tietoa yhteisten keskustelujen kautta. Selvitykset ja tutkimukset osoittavat asiakaslähtöisyyden kehittyneen niin asiakkaiden osallistumisaktiivisuutena kuin heidän osallistumistaan edistävinä toimintatapoina.

Yhtenä tärkeänä asiakkaan osallistumisen seurannan ja tutkimuksen kohteena ovat olleet lakisääteiset kuntoutuksen paikalliset asiakasyhteistyöryhmät, joihin kuuluu sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja työvoimahallinnon sekä Kansaneläkelaitoksen nimeämä edustaja ja tarvittaessa muitakin viranomaisia. Ryhmän tehtäviin kuuluu mm. käsitellä sellaisia ongelmallisia asiakastapauksia, joita ei voida ratkaista jokapäiväisen yhteistyön keinoin. (Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/91.)

Vuoden 1992 kyselyn mukaan asiakkaat osallistuivat asiansa käsittelyyn noin neljäsosassa (26%) asiakasyhteistyöryhmiä (Karjalainen 1993b). Vuoden 1993 uusintakyselyn mukaan vastaava luku oli 30 %:a (Karjalainen 1993a). Vähäistä osallistumista arvioidessaan Karjalainen totesi, että edustuksellinen yhteistyöryhmä saattoi olla asiakkaalle vieras paikka tuoda omia näkemyksiä esille. Toisaalta asiakas saattoi olla myös niin vaikean prosessin loppupäässä, että hän ei enää halunnut olla itse mukana asiansa käsittelyssä, vaikka siihen olisi annettu mahdollisuus. Oma osallisuus saattoi rajoittua luvan antamiseen asioidensa käsittelyyn ryhmässä. (Karjalainen 1993a, 1993b.) Puumalaisen (1993) tutkimuksessa vammaistuen saajista noin kolmannes niistä, jotka olivat ilmoittaneet asiaansa käsitellyn yhteistyöryhmissä, oli osallistunut itse ryhmän kokoukseen. Valtaosa heistä oli käyttänyt kokouksessa puheenvuoron ja heidän mielestään sillä oli ollut merkitystä. (Puumalainen 1993.) Asiakasyhteistyöryhmiä tehdyn viimeisen selvityksen mukaan 69 %:ssa arvioituista kokouksista asiakkaat olivat mukana asioidensa käsittelyssä (Saikku & Karjalainen 1999). Myös Kansaneläkelaitoksen selvitykset osoittavat, että kuntoutujat

ovat olleet mukana kuntoutuksensa suunnittelussa useammin kuin kuntoutuslainsäädännön alkuaikoina (Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta 1998).

Kuntoutuksensa suunnitteluun osallistuneet kuntoutujat ovat kokeneet suunnitteluun osallistumisen ja vaikuttamisen hyvin eri tavoin. Puumalaisen (1993) tutkimuksessa osa asiakkaista katsoi, että osallistumisella ei ollut mitään merkitystä ja osalle se merkitsi motivoitumista ja sitoutumista kuntoutukseen. Yhteinen asioiden käsittely oli edistänyt heidän mielestään myös kuntoutuksen etenemistä. (Puumalainen 1993.) Mielenterveyskuntotutujista kahdeksan viidestäkymmenestä potilaasta kertoi voineensa joillain lailla vaikuttaa omaa kuntoutustaan koskevan suunnitelman sisältöön tai oli tietoinen sen sisällöstä (Carlsson & Järvi 1997).

Paikallisten kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien toimintaa arvioidessaan asiakkaista lähes 80 %:a oli tyytyväisiä asioidensa kokouskäsittelyyn, mutta he olivat kokeneet negatiivisena työntekijöiden neuvottomuuden ja kiireen. Asiakkaat pitivät ryhmään osallistumista tärkeänä ja oman etunsa mukaisena, vaikka epäilivätkin omia vaikutusmahdollisuuksiaan byrokratian rattaissa. (Saikku 1999b). Vanhemmat ovat arvioineet lastensa hoitoa ja kuntoutusta toteuttavan Reumasäätiön sairaalan henkilökunnan yhteistyötä perhelähtöisyyden näkökulmasta kohtalaisesti toimivaksi. Heikoimmin näytti toteutuvan vanhempien mielipiteen kysyminen arvioitaessa lapsen hoidon ja kuntoutuksen muutosta. (Määttä 1999a.)

Kuntoutuksen eri asiantuntijat ovat esittäneet myös arvioitaan asiakkaiden osallistumisesta ja vaikutusmahdollisuuksista. Kelan toimihenkilöille tehdyssä kyselyssä kaksi kolmasosaa piti asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia omien kuntoutusasioidensa hoidossa riittävänä, viidennes katsoi ne riittämättömäksi (Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta 1998, 73). Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta koskevassa raportissa vain puolet 300 asiantuntijasta piti riittävänä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa osallistumista kuntoutusprosessin eri vaiheisiin. Osallistumisen esteinä pidettiin asiakkaan tai omaisen haluttomuutta osallistua suunnitteluun. Asiakasta ei tulla pyytäneeksi mukaan tai asiakasta ei oteta mukaan, jos suunnitelman tekijöiden ja asiakkaan näkemykset poikkeavat toisistaan. (Kallanranta ja Rissanen 1996.)

Saikku (1999a) on tyypittellyt asiakkaiden osallistumista asioidensa käsittelyyn neljänä vaiheena osana paikallisten kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien kehityskaarta. Ensimmäisen vaiheen hän nimeää ”asiakas asiakirjojen kautta” -vaiheeksi. Hän epäilee voiko tällaista vaihetta edes ajatella asiakkaan osallisuudeksi, mutta toteaa tällaista osallistumista olevan edelleen paljon

ryhmien työskentelyssä. Toista vaihetta hän kutsuu ”asiakas on mukana” – vaiheeksi. Tässä vaiheessa työntekijät pitävät asiakkaan osallistumista tärkeänä ja merkityksellisenä asiakkaalta saatavan sen hetkisen elämäntilannetiedon kannalta. Asiakkaan osallistuminen puolestaan on kuultavana olemista. ”Asiakas osallistuu” vaiheessa asiakas on selkeämmin yksi ryhmään osallistujista ja on valmistautunut kokoukseen. Työntekijät näkevät tämän vaiheen edesauttavan asiakkaan omaa kuntoutumista ja aktivoitumista ja sillä nähdään olevan vaikutuksia kokouksen ulkopuolella. Neljäs vaihe on ”asiakas määrittää” vaihe. Siinä asiakas määrittelee mitä asioita ja miten niitä ryhmässä käsitellään. Työntekijän rooli muuttuu tällöin konsultoivaksi, tukevaksi ja tiedottavaksi. Saikku visioi viidennestä vaiheesta ”asiakas kumppanina” - vaiheena, jossa haasteena olisi käsitellä asiantuntijuuden ja vastuun kysymyksiä asiakkaan ja työntekijöiden välisessä suhteessa. Suurin osa ryhmistä oli vaiheiden kaksi ja kolme välillä. Joissakin ryhmissä oli myös neljännen ja viidennen vaiheen aineksia mukana. (Saikku 1999a.)

Edellä kuvatut tutkimukset osoittavat ainakin sen, että asiakaslähtöisyys on kiinnostuksen kohteena ja sitä halutaan kehittää. Asiantuntijat näkevät asiakkaan mukanaolon tärkeyden kuntoutussuunnittelussa ja asiakkaiden näkyvämpi mukaantulo näyttää muokkaavan myös ryhmien toimintatapoja.

1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty asiakkaiden osallistumisen useutta sekä heidän kokemuksiaan tai muiden asianosaisten näkemyksiä asiakkaiden osallistumisesta kuntoutuksensa suunnitteluun. Sen sijaan ei ole tutkimusta siitä, miten asiakkaiden osallistuminen tuotetaan puheessa, kasvokkain tapahtuvassa vuorovaikutustilanteessa, suunniteltaessa heidän kuntoutumistaan.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa asiakaslähtöisyydestä laadullisella tutkimusotteella selvittämällä erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kuntoutusosaston työ- ja toimintakyvyn arviointijaksolla olleiden asiakkaiden ja terveydenhuollon moniammatillisen työryhmän jäsenten välistä vuorovaikutusta kuntoutussuunnittelukokouksessa. Tutkimuksen näkökulmana on asiakkaan osallistuminen keskusteluun eikä niinkään ammattilaisten keskinäisen yhteistyön tai työryhmän kehitysvaiheiden tarkastelu.

Tutkimustehtävänä on selvittää, miten asiakkaan osallistuminen ja asema tuotetaan puheessa kuntoutussuunnittelmakokouksessa:

1. Miten kokous rakentuu?
2. Mitä kokouksessa puhutaan?
3. Kuka kokouksessa puhuu?
4. Millainen asema asiakkaalle tuotetaan?

2 TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA

2.1 Institutionaalinen puhe

Tutkimukseni kohteena on terveydenhuollon organisaation arkisessa käytännössä toteutuva kuntoutuksen suunnittelu, joka on ennen kaikkea asiakkaiden ja työntekijöiden välistä kommunikaatiota, lähinnä keskustelua kokoustilanteessa. Kuntoutuksen suunnittelu muodostuu myös eikielellisistä toiminnoista ja toimenpiteistä kuten työntekijöiden kirjoittamista lausunnoista ja selvityksistä, joilla on puheen ohella tärkeä merkityksensä toiminnassa. Lausunnot ja selvitykset näkyvät tutkimuksessani silloin, kun ne ovat osana analysoinnin kohteena olevaa vuorovaikutusta.

Virallisissa organisaatioissa, kuten terveydenhuollossa, asiakkaat ja ammattilaiset sekä ammattilaiset keskenään voivat käydä sekä arkikeskustelua että institutionaalista keskustelua. Organisaatio itsessään ei määritä vuorovaikutusta institutionaaliseksi. (Drew & Sorjonen 1997.) Institutionaaliseksi vuorovaikutus voidaan määrittää vasta silloin, kun yksi puhujista edustaa instituutiota ja puhujat vuorovaikutuksessaan toteuttavat jotain erityistä yhteiskunnallista tai ammatillista tehtävää (Drew & Heritage 1992, 22; Peräkylä 1997a; Heritage 1997). Institutionaalisuus vuorovaikutuksessa tarkoittaa myös sitä, että ihmiset toimivat ammattilaisina ja asiakkaina virallisten sääntöjen luomassa viitekehyksessä asettuen tehtävien mukaisesti tiettyihin asemiin ja toimivat näiden asemien mukaisesti (Peräkylä 1996, Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000). Institutionaalisen puheen tarkastelussa onkin olennaista kiinnittää huomiota niihin tavoitteisiin ja tehtäviin, joita toimijoilla on tietyissä tilanteissa tietyn instituution edustajina tai asiakkaina (Peräkylä 1997a, Heritage 1997).

Institutionaalisen puheen tutkimuksia tarkasteltaessa on löydetty joukko puheeseen liittyviä ilmiöitä, joista on toistuvasti löydetty instituution läsnäolon leima. Drew ja Heritage (1992) ovat löytäneet seitsemän institutionaalisen keskustelun piirrettä. Puheen institutionaalisuus voi ilmetä siinä, miten osapuolet valitsevat sanansa ja kuvaustapansa. Vuorovaikutus ei koskaan perustu suoranaiseen pakottamiseen vaan jokaisen toiminnon kohdalla on valinnan paikka. Kyseessä on responsiivinen toiminnan valinta. Puhujien tekemät valinnat voivat palvella heidän institutionaalista tehtäväänsä. Toiminnan kielellinen muoto (kysymys, pyyntö, ilmoitus) voidaan valita sen mukaan, millaisia institutionaalisia tehtäviä ollaan suorittamassa. Keskustelujen sekvenssirakenne eli keskustelun peräkkäisten puheenvuorojen vaihtumiset voivat olla institutionaalisen tehtävän leimaamia. Institutionaalille puheelle on tyypillistä lisäksi keskustelun kokonaisrakenne, johon liittyy ainakin aloitus, tiettyjen aiheiden käsittely sekä lopetus. Myös käsiteltävien aiheiden järjestys saattaa olla vakiintunut. Ammattilaiset ja asiakkaat muovaavat usein puheensa siten, että he säilyttävät neutraalin suhteen käsiteltäviin asioihin. Tyypillistä asiakkaiden ja ammattilaisten keskusteluille on myös vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys. (Drew & Heritage 1992, Peräkylä 1997a.)

2.2 Diskurssianalyysi

Tutkimuksessani olen käyttänyt diskurssianalyttistä lähestymistapaa, joka tarjoaa laadullisen menetelmän tutkia asiakkaiden ja ammattilaisten vuorovaikutusta luonnollisessa tilanteessa. Diskurssianalyysi ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä vaan väljä teoreettinen viitekehys (Potter & Wetherell 1987, Suoninen 1992). Diskurssianalyysissä voidaan yhdistää myös erilaisia lähestymistapoja kuten keskusteluanalyysiä, narratiivista analyysiä ja etnografiaa ja niiden metodisia välineitä. Metodisia välineitä diskurssianalyttikot ovat lainanneetkin keskusteluanalyysistä ja retoriikasta. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 17-18). Diskurssianalyttiseen lähestymistapaan olen yhdistänyt tutkimuksessani ideoita ja metodisia työkaluja myös keskusteluanalyysistä (Heritage 1996, Tainio 1997) ja erityisesti institutionaalista keskustelun tutkimuksesta (Peräkylä 1992, Drew & Heritage 1992, Heritage 1996, Heritage 1997, Peräkylä 1997a, Silverman 1997, Engeström 1999).

Lähtökohtana diskurssianalyysissä on kielen käsittäminen sosiaalisen todellisuuden tuotteeksi samalla, kun se luo tätä todellisuutta. Muina lähtökohtina tässä lähestymistavassa ovat oletukset useiden ja rinnakkaisten merkityssysteemien olemassaolosta, merkityksellisen toiminnan kontekstisidonnaisuudesta, toimijoiden kiinnittymisestä merkityssysteemeihin sekä oletus kie-

lenkäytön seurauksia tuottavasta luonteesta. (Potter & Wetherell 1987, 33 ; Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 17) Asioita ei ainoastaan kuvata kielellä vaan ne tehdään mahdollisiksi ja se miten puhutaan, muokkaa käsityksiä todellisuudesta (Potter & Wetherell 1997, 34; Suoninen 1992).

Tavoitteena diskurssianalyysissä on eritellä niitä puheikäytänteitä ja -tapoja, joilla kieli vaikuttaa havainnointiin ja saa asioita tapahtumaan. Tarkastelun kohteena ovat sosiaaliset käytännöt. Tarkastelu painottuu yksilöiden kielenkäyttöön eri tilanteissa ja niihin laajempiin merkityssisältöihin, joita he toiminnassaan tuottavat. Diskurssianalyysi tutkii sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä tarkastelemalla kielenkäyttöä eri muodoissaan ja kiinnittämällä huomioita sen vaihteluun eli *variaatioon*. Variaation perusteella tunnistettavia kielenkäytössä ilmeneviä erilaisia puhumisen tapoja voidaan kutsua *diskursseiksi tai tulkintarepertuaareiksi*. (Potter ja Wetherell 1987, 35; Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 26.) Saman sukuinen käsite on myös Peräkylän (1990, 16) käyttämä *kehyyksen* käsite. Suoninen (1997) käyttää *sanaston* käsitettä tarkoittaessaan niitä se-lontekoja ja kuvauksia, joita ihmiset kielenkäyttöön valitsevat (Suoninen 1997, 107).

Tulkintarepertuaarin ja diskurssin käsitteet ovat läheistä sukua toisilleen ja niitä on käytetty rinnakkaisina, jolloin niillä on yleisesti tarkoitettu sosiaalisissa käytännöissä rakentuvia ja sosiaalista todellisuutta rakentavia verrattain eheitä säännönmukaisia merkityssuhteiden systeemejä ja niiden muotoutumista kielessä. Tulkintarepertuaari on tietyssä kontekstissa tiettyä funktiota varten toteuttamaan valittu tapa puhua. Ihmisille muodostuu puheen kohteena olevasta asiasta erilaisia käsityksiä eli tulkintakehyyksiä, joita ilmennetään erilaisin tulkintarepertuaarein. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 26-27.) Tulkintarepertuaareilla voidaan tarkoittaa myös sanojen, käsitteiden ja kuvausten ryppäitä, jotka ryhmittyvät usein metaforien tai kielikuvien ympärille (Jokinen & Juhila 1999, 71).

Tulkintarepertuaareja käytetään toistuvasti luonnehtimaan ja arvioimaan toimintoja, tapahtumia ja asioita. Ne eivät ole vain sanojen ja lauseiden muodostamia systeemejä vaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa merkityksellistämistä tapahtuu mm. ei - sanallisin teoin. Diskurssianalyysissä ei tutkita tulkintarepertuaareja sinänsä vaan miten ne aktualisoituvat erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 27-28.)

Diskurssit määrittävät minkälaisia merkityksiä sanat, asiat ja teot saavat (Wahlström 1992). Ne mahdollistavat tapoja toimia ja tekevät toiset tavat mahdottomiksi tai epätodennäköisiksi. Näitä diskurssin vaikutuksia kutsutaan *funktioksi* eli seurauksiksi. Erilaisia diskursseja käyttäessään ihminen pyrkii tietoisesti tai tiedostamattaan tiettyyn päämäärään aiheuttaen tarkoitettuja ja tarkoittamattomia seurauksia. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, Potter ja Wetherell 1987, 32-55.) Kielenkäytöllään ihminen tulee avanneeksi ja poissulkeneeksi joitakin vaihtoehtoisia käytäntöjä puhua tietyistä asiasta ja tällä on aina jokin käytännön seuraus sen suhteen miten jatkossa voi toimia tai sanoa. Toisinaan diskurssin käsitettä on käytetty epämääräisesti tarkoittamaan mitä tahansa kielen käyttöä ja keskustelua (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 27). Tutkimuksessani käytänkin tästä eteenpäin repertuaarin käsitettä, joka Jokisen ym. (1993, 27-28) mielestä sopii luontevammin tutkimuksiin, joissa tarkastellaan yksityiskohtaisesti kielen käytön vaihtelevuutta.

Keskusteluanalyyysissä ollaan kiinnostuneita puheen muodoista eikä niinkään puheen sisällöstä. Keskusteluanalyyysillä halutaan selvittää, miten puheella luodaan tilanteita ja identiteettejä ja ollaan yhteistyössä. Siinä tarkastellaan vuorovaikutuksen järjestynyttä ja jäsentynyttä toimintaa. Keskeisenä tutkimuskohteena on toiminnan merkityksen tutkiminen. Toisaalta analysoidaan sitä, miten keskustelijat kysyvät, käskevät, ehdottavat tai ottavat kantaa ja vastaanottavat, torjuvat tai yhtyvät toistensa mielipiteisiin, mutta myös sitä miten ihmiset luovat puheellaan identiteettiä ja merkitsevät itsensä esimerkiksi tietämättömiksi. (Hakulinen 1997a). Puhujien motiiveja ei arvailla, vaan kaikki päätelmät perustetaan vuorovaikutuksen konkreettiseen ilmenemiseen ja etenemiseen (Nuolijärvi 1992).

Keskusteluanalyyttinen lähestymistapa nostaa puheesta esiin yhteistoiminnallisuuden ja tutkii tämän toiminnan mekanismeja. Yhteistoiminnallisuus tarkoittaa sitä, että keskustelua ei nähdä puhuja - kuulija kahtiajakona vaan katsotaan, että merkitykset syntyvät yhteistyönä, neuvotteluna. (Hakulinen 1997a, Peräkylä 1997a, Eskola & Suoranta 1998, 189-190.) Diskurssi- ja keskusteluanalyyttisessä lähestymistavassa on yhteisiä lähtökohtia, vaikka ne painottavatkin tutkimuskohdettaan eri näkökulmista ja eri tavoin. Molemmat ovat kiinnostuneita samasta periaatteesta. Siitä miten keskustelua käydään ja miten sitä ymmärretään. (Nuolijärvi 1992.) Yksinkertaistaen diskurssianalyysi tutkii merkityksen rakentumista vuorovaikutuksessa ja keskusteluanalyysi vuorovaikutuksen rakentumista (Jokinen 1999 a).

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella myös retorisesta näkökulmasta. Pelkistäen retoriikassa on kyse siitä kuinka jotkut selonteot tai todellisuuden versiot saadaan näyttämään vakuuttavilta ja

kannattavilta sekä kuinka keskustelukumppanit saadaan sitoutumaan niihin. Retoriikka on läsnä kaikessa keskustelussa ja sen lähtökohtana on avoimuus. Avoimuudesta seuraa se, että argumentaatioissa pyritään lisäämään jonkin väitteen uskottavuutta ja vastaavasti vähentämään kilpailevien väitteiden uskottavuutta. Retorinen vakuuttaminen on väistämätöntä ja järjestelmällistä. (Jokinen 1999a, Jokinen 1999b.) Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut siitä, millaisia retorisia keinoja asiakkaat ja ammattilaiset käyttävät argumentoidessaan näkemyksiään ja millaisiin positioihin he asettuvat puheissaan puolustaakseen tai oikeuttaakseen mielipiteitään.

2.3 Toimijuus

Kun ihminen puhuu eri tavoin samasta asiasta, hän tulee asettuneeksi erilaisiin positioihin suhteessa siihen, mitä hän sanoo. Positiot eivät ole valmiita paikkoja, joihin yksilöt asettuvat, vaan ne tuotetaan aina sosiaalisissa käytännöissä. Käyttäessään keskustelussa erilaisia diskursseja, puhujat rakentavat identiteettiään eli tietynlaista käsitystä omista ja toisten toimintamahdollisuuksista, oikeuksista ja velvollisuuksista kyseisessä tilanteessa. (Peräkylä 1990, 22.) Puhujien identiteetit muotoutuvat omanlaisikseen kussakin puhetavassa. Identiteetin ohella toimijaulottuvuuksista käytetään myös subjektiposition ja diskurssin käyttäjän käsitettä. Subjektiposition käyttöä on ehdotettu silloin, kun tutkitaan toiminnan rajoituksia. Sitä käytetään myös kuvaamaan toimijan aseman vaihtelua samallakin toimijalla. Kaikki positiot eivät ole yhtä mahdollisia kaikille ja mahdolliset positiot voivat lukkiutua eri tilanteissa ja niillä on kulttuuriset rajansa. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa osallistujat voivat ottaa positionsa annettuina. Lääkäri asettuu asiantuntijan asemaan ja potilas hoidettavan asemaan. (Jokinen ym.1993, 37-40.) Asiakkaan asemaa puheen rakentumisessa tarkastelen *subjektipositiona*.

Asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuksessa on kyse tietyssä asemassa olevien henkilöiden kohtaamisesta. Ammattilaiset ja asiakkaat ovat rooleissaan, joihin kohdistuu tiettyjä odotuksia, jopa toimintaa urauttaviakin. Vuorovaikutus ei liene koskaan pelkkää roolin ennalta määräämää rituaalia. Vuorovaikutuksen yksityiskohtaisessa tarkastelussa päädyinkin määrittämään asiakkaan ja asiantuntijoiden moninaisia rooleja Suonisen (1997, 123) määrittelemän *positiokombinaation* käsitteellä. Hän on todennut roolin käsitteen liian ahtaaksi asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutustilanteen tarkasteluun. Keskustelijat voivat nimittäin asettua hyvin vaihteleviin asemiin keskustelun kuluessa roolistaan (esim. lääkäri ja potilas) riippumatta. Keskustelija voi asettua esimerkiksi tiedonjakajaksi ja kutsua toista osapuolta samalla kuuntelijaksi. Tästä yhteistyön asetelman kuvaamisesta Suoninen käyttää *positiokombinaation* käsitettä.

Käsite painottaa vuorovaikutuksellisuutta, sillä siihen tarvitaan aina kaksi osapuolta. Käsitteen alkuosa ”positio” johdattaa puolestaan roolia joustavampaan mielikuvaan. Positiokombinaatiokäsite kohdistuu vuorovaikutuksen muodolliseen puoleen ja on siten keskusteluntutkimuksen aluetta. (Suoninen 1997, 123-124.)

2.4 Kontekstuaalisuus

Asiakkaiden ja ammattilaisten keskustelut tapahtuvat tietyssä omassa ympäristössään, kontekstissa. Kontekstilla tarkoitetaan kaikkien niiden olosuhteiden kokonaisuutta, johon tietty tarkastelun kohteena oleva ilmiö sijoittuu (Walhström 1992, 33-34). Kontekstiin kuuluvat osallistujat, heidän roolinsa ja päämääränsä, kuten myös aika, paikka ja pukeutuminen (van Dijk 1997). Diskurssianalyyseissä kontekstilla on oleellinen merkitys. Tapahtumatilanteen moniulotteisuus nähdään aineiston analyysiä rikastuttavana tekijänä. Analysoitavaa toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan.

Kontekstia voidaan tarkastella monella tasolla. Kapeimpana näkökulmana esitetään sanojen yhteyttä lauseeseen tai jonkin yksittäisen teon suhdetta toimintaepisodiin. Oleellisia ovat myös ne vuorovaikutuksen ominaisuudet, kuten keskustelun kulku, jotka ovat puheen tulkinnan kannalta oleellisia. Tällaista kontekstia kutsutaan vuorovaikutuskontekstiksi. Laajemmissa yhteyksissä ilmiötä voidaan tarkastella kulttuurisessa kontekstissa. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 30.) Merkityksellistämässä on aina läsnä tilanteisuus ja kulttuurinen jatkumo. Merkitysten tarkasteleminen voi tapahtua paikallisissa prosesseissa kuten kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa, mutta se on aina sidoksissa myös laajempiin kulttuurisiin merkityksiin ja kielellisiin käytäntöihin. (Jokinen & Juhila 1999.) Tässä tutkimuksessa tarkastelen asiakkaan ja työryhmän välistä puhetta kokouksen vuorovaikutuskontekstissa, joka tapahtuu terveydenhuollon organisaatiossa.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Aineisto

Tutkimus on yhdessä organisaatiossa toteutettu tapaustutkimus. Tutkimukseni aineistona oli erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kuntoutusosaston työ- ja toimintakyvyn selvitysjaksolle osallistuneiden asiakkaiden ja moniammatillisen työryhmän kymmenen kuntoutussuunnittelukokouksen äänitetyt puheet. Osaston henkilökunta nimitti tätä kokousta loppupalaveriksi. Tekstissäni käytän tästä palaverista nimeä kuntoutussuunnittelukokous tai lyhyemmin kokous, koska yhtenä kokoontumisen tarkoituksena oli kuntoutussuunnitelmien laatiminen asiakkaalle. Tutkimusjaksolle osallistuneesta henkilöstä käytän käsitettä asiakas kuntoutujan sijaan. Useimmat henkilökunnasta puhuivat potilaista. Keskustellessani jaksolle osallistuneiden henkilöiden kanssa, he näkivät itsensä mieluummin asiakkaana kuin kuntoutujana tai potilaana. Kuten Määttä (1999b) toteaa, asiakas voi myös olla asiantuntija erilaisissa asioissa kohdatessaan terveydenhuollon henkilöstöä ja siksi olen päätenyt käyttämään kokoukseen osallistuvista eri alojen asiantuntijoista käsitettä ammattilainen.

Tutkimukseen osallistuneen organisaation valintaan oli vaikuttamassa useita tekijöitä. Kiinnostukseni kohteena oli tarkastella sitä, miten asiakkaan asema ja osallisuus tuotetaan puheessa, jota käydään asiakkaan ja ammattilaisten välillä suunniteltaessa hänen tulevaisuuttaan kuntoutuksen näkökulmasta. Lisäksi halusin toteuttaa tutkimukseni organisaatiossa, jolla oli kokemusta tällaisesta toiminnasta moniammatillisena yhteistyönä. Ensimmäisenä tehtävänä oli löytää organisaatio, missä asiakas oli mukana kuntoutuksensa suunnittelussa.

Kuntoutuspalveluista 80% tuotetaan julkisen sektorin laitoksissa, lähinnä terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa. Näissä organisaatioissa laaditaan myös kuntoutussuunnitelmat. (Winell 1998.) Yhteydenottoni terveydenhuollon eri organisaatioihin keväällä 1999 tuottivat erilaisia tuloksia. Tutkimuksestani kiinnostui kolme organisaatiota, joissa tehtiin kuntoutussuunnitelmia moniammatillisessa työryhmässä yhdessä asiakkaan kanssa. Valintaa tehdessäni sain tilaisuuden osallistua yhden tutkimuksestani kiinnostuneen organisaation moniammatillisen työryhmän suunnittelukokouksiin keväällä 1999. Kyseinen organisaatio ei täyttänyt asettamiani kriteerejä, koska se oli vasta äskettäin aloittanut suunnittelukokoukset uutena toimintamuotona ja kokousten moniammatillisuus ei ollut riittävän laaja. Sain kuitenkin arvokasta kokemusta siitä, mitä tällaisessa ryhmässä saattaa tapahtua asiakkaan ja ammattilaisten vuorovaikutuksessa.

Kahden muun organisaation väliseen valintaan vaikutti tutkimukselle asettamani aikataulu. Molemmat organisaatiot käynnistivät prosessin tutkimuksen käynnistämiseksi. Perusterveydenhuollon organisaatiossa eri toimipisteissä työskentelevien tutkimuksesta kiinnostuneiden ammattilaisten ja erityisesti asiakkaiden löytäminen näytti vievän kohtuuttomasti aikaa. Erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kuntoutusosaston rajatummassa ympäristössä tutkimuksen käynnistäminen oli yksinkertaisempaa. Tosin ilman organisaation ylilääkärin ripeää ja aktiivista toimintaa henkilökunnan motivoimiseksi sekä tutkimusorientoituneen osaston henkilökunnan lupautumista siihen, tutkimuksen käynnistyminen ja toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista. Lopullinen organisaation valinta tapahtui keskusteltuani vt. osastonlääkärin ja osastonhoitajan kanssa ja varmistuttuani siitä, että moniammatillisen työryhmän kokouksissa tehdään tärkeitä päätöksiä ihmisten tulevaisuudesta, kuten päätöksiä eläkehakemuksen vireillepanosta ja ammatillisesta kuntoutuksesta. Kokouksen aikana jokaiselle asiakkaalle tehdään myös kuntoutussuunnitelma. Asiakas on aina läsnä kokouksessa ja hänen odotetaan tuovan esille omia näkemyksiään ja ne pyritään huomioimaan päätöksiä tehdessä.

Asiakkaiden valinnan kriteereiksi tutkimukseen olin asettanut vapaaehtoisuuden sekä sen, että asiakkaat pystyvät edustamaan itseään kokouksessa sekä suostuvat läsnäoloon kokouksessa ja siellä käydyn keskustelun äänittämiseen. Osaston lääkärin kanssa keskusteltuani päädyimme rajaamaan psykoosissa olevat asiakkaat pois tutkimuksesta. Haastatellessaan ensimmäisenä päivänä tutkimusjaksolle tulijoita, osaston lääkäri ehdotti heille tutkimukseen osallistumista ja antoi asiakkaille laatimani informaatiokirjeen (Liite 1). Tutkimukseen halukkaat ilmoittautuivat seuraavan päivän kuluessa omahoitajalleen ja jättivät kirjallisen sitoumuksen suostumuksestaan (Liite 1). Moniammatillisen työryhmään osallistuvien ammattilaisten suostumuksen tutkimukseen oli ylilääkäri pyytänyt suullisesti osaston henkilökuntakokouksessa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on osoittautunut mahdottomaksi määritellä aineiston kokoa koskevia yleisiä sääntöjä. Aineiston laajuuden ratkaiseminen riippuu tutkimustehtävästä ja asetelmasta sekä käytettävissä olevista resursseista. Aineiston riittävyyden yhteydessä on puhuttu aineiston kylläntymisestä. Tämä tarkoittaa sitä, että aineiston kerääminen voidaan lopettaa, kun uudet tapaukset eivät enää tuota uusia piirteitä. (Mäkelä 1990, 52, Eskola ja Suoranta 1998, 62-64.) Diskurssianalyysissä ja keskusteluanalyysissä on korostettu sen työläyttä hyvinkin yksityiskohtaisine analyyseineen ja siksi suositellaan pieniäkin aineistoja, jopa yksittäistapauksia. Pienetkin aineistot ovat riittäviä sisällöllisesti mielenkiintoisten asioiden löytämiseksi. (Potter ja Wetherell 1987, 161; Eskola ja Suoranta 1998, 194-195; Juhila & Suoninen 1999.)

Keskusteluanalyysissä on puolestaan katsottu sopivaksi aloittaa suuremmalla määrällä tapauksia, joiden avulla itse tutkittava ilmiö tarkentuu ja aineiston litterointi voidaan suunnata pienempään osaan aineistoa (Peräkylä 1997b). Edelliset lähtökohdat ja etukäteen saamani käsitys kuntoutussuunnitelmakokousten tapahtumista osallistuttuani viiden asiakkaan suunnittelukokoukseen ennen varsinaisen tutkimuksen aineiston keruuta, ovat suunnanneet aineiston keruutani ja sen laajuutta.

Tutkimuksen lopullinen aineisto muodostui kahden naisen ja kahdeksan miehen suunnittelukokouksen äänitetyistä puheista. Alkujaan tutkimukseen oli suostunut kolme naista, mutta yhden naisen kokouksen äänittäminen epäonnistui ja seuraava suostuva henkilö oli mies. Osastonsihteerin tarkistettua syksyn 1999 aikana kuntoutusjaksolle osallistuneiden nimilistat miehiä oli ollut tutkimusjaksolla naisia enemmän. Kaikki tutkimukseen pyydetty miehet suostuivat tutkimukseen. Ne naiset, jotka kieltäytyivät, ilmoittivat kieltäytymisensä syyksi useimmiten väsymisen asioidensa selvittelyyn.

Saatuani luvan eettiseltä toimikunnalta 20.10. 1999 keräsin aineiston 21.10. – 16.12. 1999 välisenä aikana. Viikoittain osallistuin 1-3 kokoukseen äänittäen osallistujien puheet ja tehden joitakin havaintoja kokouksen kulusta. Kirjaamani havainnot eivät olleet tarkkoja päiväkirjamerkintöjä vaan lähinnä ankkureita puheesta. Ankkurit olivat havaintoja ilmapiiristä ja puheen kohdista, jotka herättivät asiakkaassa reaktioita ja tunteita. Osallistujien istumajärjestyksen ja puheenvuorojen järjestyksen kirjasin tunnistaakseni ääninauhoja purkaessani kuka puhuu kenellekin. Viime aikoina sekä diskurssi- että keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa on suosittu luonnollisia eli naturalistisia aineistoja, kuten äänitallenteita institutionaalisista keskusteluista, koska luonnollisten tilanteiden rikkaus merkityksineen, retorisine keinoineen ja vuorovaikutuksen säännönmukaisuuksineen ei ole kartoitettavissa tilanteen ulkopuolelta (Jokinen & Juhila & Suominen 1999, 236-237; Hakulinen 1997a).

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden taustatiedot olen kerännyt asiakkaille lähetetyistä kirjallisista kuntoutussuunnitelmista ja työkykyarvioista sekä kokouksessa kerrotuista tiedoista. Asiakkaiden ikä vaihteli 39 vuodesta 59 vuoteen. Kaikki heistä olivat käyneet vähintään kansakoulun, yksi keskikoulun. Kolmella heistä oli jokin ammatillinen koulutus. Asiakkaista seitsemän oli tutkimushetkellä työttömänä ja kolmella oli työpaikka, josta he olivat sairaslomalla. Kolme asiakasta esitti omana toiveenaan eläkkeelle pääsemisen, yksi oli epävarma toiveestaan ja kuusi asiakasta halusi jatkaa työelämässä. Suurimmalla osalla asiakkaista oli tuki- ja liikuntaeli-

mistön ongelmia, joillakin oli psyykkisiä ja alkoholin käytön ongelmia. (Liite 2.) Tutkimukseen valikoituneet edustivat hyvin sitä asiakkaiden kirjoa, joka yleensä kävi osaston kuntoutustutkimuksessa (Osastonlääkäri, henkilökohtainen tiedonanto 20. 9. 1999).

3. 2 Konteksti

Tutkimus- ja kuntoutusosastolla oli käytettävissä fysiatrian, geriatrian, neurologian ja lääkinällisen kuntoutuksen asiantuntemus. Osaston henkilökunta muodostui lääkäreistä, sairaanhoitajista, perushoitajista, sairaala-apulaisista, osastonsihteereistä, fysioterapeuteista, kuntohoitajista, toimintaterapeuteista, puheterapeutista, neuropsykologeista ja sosiaalityöntekijöistä. Käytettävissä olivat myös sairaalateologin ja askarteluohjaajan palvelut. Lisäksi yhteistyötä tehtiin apuvälinekeskuksen ja kuntoutusohjaajien sekä sairaalan muiden erikoisalojen kanssa. (Tutkimus- ja kuntoutusosaston esite 1999.)

Kyseisen organisaation yhtenä tehtävänä oli kuntoutustutkimusten tekeminen asiakkaille työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi. Arvioiden pohjalta keskusteltiin toimenpiteistä, jotka saattoivat johtaa eläkehakemuksen vireillepanoon tai ammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun. Jokaiselle asiakkaalle laadittiin kuntoutussuunnitelma. Asiakkaat tulivat työvoimatoimiston, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, vakuutuslaitosten, yksityislääkärien tai KELA:n lähettämänä. Vuosittain kuntoutustutkimuksessa asiakkaita kävi noin parisataa. Heillä oli hyvin monenlaisia ongelmia. Yli puolella asiakkaista oli tuki- ja liikuntaelinten vaivoja ja kolmasosalla allergioita. Joukossa on myös henkilöitä, joilla oli heikkolahjaisuutta, persoonallisuuden ongelmia sekä useilla myös päihdyttävien aineiden väärinkäyttöä ja työttömyyttä. (Osastonlääkäri haastattelu 20.9.1999)

Kuntoutustutkimus kesti neljä päivää, maanantaista torstaihin. Ennen tutkimusjaksoa asiakkaat olivat käyneet poliklinikalla, missä konsultoiva lääkäri, sosiaalihoitaja ja osaston lääkäri arvioivat yhdessä asiakkaan kanssa laajemman kuntoutustutkimuksen tarpeen. Kuntoutustutkimusjaksolle kutsuttiin viisi asiakasta viikossa noin kuuden viikon kuluttua polikliinisestä käynnistä. Työ- ja toimintakykyarvioon tuleville asiakkaille oli varattu yksi osasto, missä heillä oli huoneet, joissa he voivat myös yöpyä tarvittaessa. Osastolla oli kaksi omahoitajaa ja osastonlääkäri. Muille ammatillisille oli varattu työskentelytiloja asiakkaan haastatteluja varten. Osastolla oli myös kuntosali asiakkaita varten.

Jakson kolmen ensimmäisen päivän aikana fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalihoitaja, psykologi ja osastonlääkäri sekä tarvittaessa fysiatri ja psykiatri selvittivät haastatteleamalla, lääketieteellisten tutkimusten avulla sekä erilaisin mittauksin ja testein asiakkaan lääketieteellistä, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tilannetta. Neljäntenä päivänä ammattilaiset ja asiakas koontuivat yhteiseen kokoukseen keskustelemaan kuntoutustutkimuksen tuloksista ja laatimaan kuntoutussuunnitelmaa. Yhden asiakkaan asioiden käsittelemiseen oli varattu aikaa puoli tuntia. Aamupäivän aikana pidettiin kaikkien viiden asiakkaan kokoukset peräjälkeen tauotta. Asiakkaat ja lähettävä taho saivat noin kahden viikon kuluttua osastonlääkärin tekemän kirjallisen yhteenvedon työkykyarviosta ja kuntoutussuunnitelmasta.

Kokoukseen osallistui säännöllisesti asiakas, vt. osastonlääkäri, fysiatri, sosiaalihoitaja, psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja omahoitaja. Kuntoutuksen ylilääkäri osallistui satunnaisesti kokoukseen. Fysioterapeutteja ja psykologeja oli molempia kaksi, joista toinen osallistui kokoukseen, sen mukaan kumpi heistä oli tehnyt asiakkaalle tutkimuksen. Kahteen kokoukseen osallistui fysioterapiaopiskelija. Jokaisella työryhmään osallistuvalla ammattilaisella oli kokemusta toistensa kanssa työskentelystä vähintäänkin vuoden ajalta. Moniammatillisena työryhmänä työskentely oli kuulunut osaston työtapoihin useita vuosia. Työryhmään oli kutsuttu lähes aina myös lähettävän tahon edustaja. Tutkimusajankohtana kahdessa kokouksessa oli mukana työvoimatoimiston edustaja, jonka asiakas tunsu entuudestaan (Liite 3).

Kokoukset pidettiin ympäristöltään miellyttävässä pienessä huoneessa. Puheenjohtajana toimiva osastonlääkäri istui pöydän päässä ja muillakin työntekijöillä näytti olevan vakiintunut istumajärjestys. Asiakkaalle oli varattu paikka osastonlääkärin ja omahoitajan välistä. Itse istuin muiden mukana pöydän ympärillä katsekontaktissa asiakkaaseen. Kokouksen kulkuun kuuluivat ajoittaiset hakulaitteiden kutsut ja työntekijöiden poistuminen vastaamaan tullessiin puheluihin.

Ennen jokaisen työryhmän kokouksen alkua tutustuin asiakkaaseen ja kerroin hänelle vielä tutkimukseni tarkoituksesta ja äänitettyjen keskustelujen käytöstä tutkimuksessani. Lisäksi selvitin rooliani kokouksessa ja varmistin henkilökohtaisesti jokaiselta, että saan olla läsnä kokouksessa ja äänittää sen. Asiakkaila oli mahdollisuus tässä tilanteessa keskustella ja esittää kysymyksiä tutkimuksestani. Useimmiten keskustelut liittyivät tietojen salassapitoon ja niiden käyttötarkoitukseen. Oma roolini kokouksessa oli sivustaseuraaja enkä osallistunut millään muotoa kokouksessa käytyyn keskusteluun.

3.3 Litterointi

Tutkimuksen ääninauhat litteroitiin eli muunnettiin kirjoitettuun muotoon transkripteiksi. Litterointi on oleellinen osa tutkimusta ja siinä tehdyillä ratkaisuilla on vaikutuksia tutkimuksen tuloksiin. Keskustelunanalyysissä on kehitetty hyvinkin tarkat merkintäkäytännöt puhutun kielen siirtämiseksi tekstiksi. Tutkimuksen tavoitteet kuitenkin ohjaavat litteraation tarkkuutta. (Seppänen 1997a.) Ensimmäisessä litterointivaiheessa suunnittelukokouksiin osallistuvien puhe kirjoitettiin sanantarkasti. Transkripti esittää puhujien lausumat minimipalautteineen (mm, joo, ai, jne.) kesken jääneine ilmauksineen ja toistoineen. Litteraatio sisältää merkinnät naurahduksista, huokailuista ja muista kuultavista äänistä sekä kuulematta tai epäselväksi jääneen puheen sijainnista. Analyysin edetessä ja tehdessäni valintaa raportissa käytettävistä otteista tarkensin puheen keskeytyksen, huomattavien taukojen ja päällekkäispuheen litteraatiomerkinöjä.

Transkriptit on kirjoitettu osallistujien puheenvuorojen mukaisessa järjestyksessä. Uusi puheenvuoro aloittaa aina uuden rivin. Puhujat on merkitty lyhentein puheenvuorojen alkuun. Autenttisisissa aineistokatkelmassa henkilöiden nimet on muutettu tunnistamisen välttämiseksi. Lyhenteet ja litteraatiomerkinnet on esitetty liitteessä 4.

3.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksessani olen keskittynyt elävien vuorovaikutustilanteiden analysoimiseen diskursianalyttisessä viitekehysessä. Tämä tarkoittaa sitä, että analyysissä ei lähdetä liikkeelle käytäntöjä ulkopuolelta selittävästä teorioista vaan aineistoa tulkitaan mahdollisimman avoimin mielin aineistolähtöisesti. (Juhila & Suoninen 1999, 246-249; Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000). Tutkimuksessani en ole pyrkinyt myöskään kokonaisvaltaiseen analyysiin siitä, mitä kuntoutussuunnittelu on vaan tarkastelemaan sitä, mitä ja miten kokouksessa puhutaan, millaisia seurauksia puhetaivoilla on ja miten ne rakentavat asiakkaiden toimijuutta eli mahdollistavat ja rajoittavat heidän toimintamahdollisuuksiaan kokoustilanteessa.

Aineiston analysointi ei ole erillinen rajattu osa tutkimustyötä vaan se on ulottuvuus, joka on läsnä kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Aineistoa jäsennellään jo ennen kuin se on kerätty. Analysointia jatketaan ja tarkennetaan vielä tutkimusraporttia kirjoitettaessa. (Mäkelä 1990.) Tutkimusprosessi etenee syklisesti ja se on väistämättä luonteeltaan harhailevaa (Eskola & Suoranta 1998, 157). Näin tapahtui tämänkin tutkimuksen edetessä.

Varsinaisen analyysin aloitin kuuntelemalla nauhoja ja lukemalla litteroituja tekstejä. Nauhojen ja litteraatioiden etuna on ollut se, että olen voinut palata niihin yhä uudelleen. Analyysimenetelmät eivät ole olleet itsestään selviä vaan ne kehittyivät vähitellen analyysin edetessä äänitteitä kuunnellessa, transkriptejä ja metodioppaita lukiessa sekä näin syntyneitä ideoita ja havaintoja raportoimalla.

Aineiston analyysiä ohjasi edellä esittämäni diskurssianalyttinen lähestymistapa (luku 3.2), jossa olen käyttänyt myös keskusteluanalyysin ja institutionaalisen keskustelun menetelmiä (vrt. Tainio 1997, Drew & Heritage 1992, Heritage 1996, Heritage 1997). Retoriikan keinoja (Jokinen 1999, 126-159, Juhila 1993, 151-188) käytin analysoidessani miten asiakkaat ja ammattilaiset perustelevat omia näkemyksiään kokouksen keskusteluissa. Analysoinnin ja tulosten esittämisen apuna olen käyttänyt myös määrällistä analyysiä.

Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa aineiston statusta pidetään korkeana, koska se on tutkuskohdetta itseään (Jokinen & Juhila 1991). Aineiston korkea status merkitsee tekstin erittelyä yksityiskohtaisesti sekä analyysi- että raportointivaiheessa. Tutkimusraportin tulososioon sisällytetään pelkistämättömiä näytteitä analysoinnissa käytetyistä alkuperäisistä tekstiaineistosta. Näiden näytteiden avulla pyritään siihen, että lukijalla on mahdollisuus seurata analyysin kulkua ja tutkijan päättelyä. Samalla analyysi on näin lukijan arvioitavissa. (Mäkelä 1990, 53.) Tutkimuksen tulososio sisältää autenttisia keskustelukatkelmia, jotta lukijalle selviäsi miten tutkimuksessa tehdyt tulkinnat ovat rakentuneet.

Suunnittelukokousten keskustelut analysoin siinä järjestyksessä kuin keräsin ne. Aineiston analyysin aloitin repertuaarien erittelyllä. Repertuaarilla analyysin välineenä ymmärrän suhteellisen eheää kielenkäyttötapaa, joka muodostaa oman merkityssysteemin ja joiden avulla asiakkaat ja ammattilaiset konstruoivat versioita asiakkaiden työ- ja toimintakyvystä sekä heidän kuntoutumisensa edellytyksistä ja mahdollisuuksista kuntoutussuunnitelmaa varten. Eri repertuaarien käytöllä yksilöt antavat asioille toisistaan poikkeavia merkityksiä. Erilaisten repertuaarien kautta tarkasteltuna sama ´totuus´ on erilainen. Analyysissä repertuaarien tunnistuspiirteinä ovat olleet samankaltaisen rakenteen toistuminen, tiettyntyyppiset sanastot (esim. ammattisanasto, tunneilmaukset), sanavalinnat, tiettyjen kielikuvien eli metaforien käyttö.

Repertuaarien analyysillä hain vastausta siihen, mitä ja miten suunnittelukokouksessa puhutaan. Analyysin kohteena oli myös kunkin repertuaarien funktio. Sillä kuvattiin repertuaarien käytön seurauksia. Kiinnitin myös huomiota siihen, minkälaiseen asemaan (positiokombinaatio) tietty puhumisen tapa (repertuaari) asettaa puhujan ja puheen vastaanottajan osallistumisen näkökulmasta. Repertuaarit esiintyivät aineistoissa pieninä palasina ja niiden tunnistaminen tarkentui ja muuntui aineistoa lukiessa ja kuunnellessa.

Repertuaarien konstruoimisen jälkeen tarkastelin suunnittelukokoukseen osallistuneiden ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutusta yksityiskohtaisemmin. Osallistujien vuorovaikutuksen analyysiyksikkönä käytin Eskolan (1982) vuorovaikutustutkimukseen ehdottamaa episodiamallia. Siinä kahden episodin rajana pidetään puheenaiheen vaihtumista (Eskola 1982, 71-84). Puheenaihe voidaan tunnistaa puheen aiheeksi vasta kun puhujat yhteisesti osallistuvat aiheen käsittelyyn. Episodin kriteerinä on siten yhteistoiminnallisuus eli merkityksen tuottaminen yhdessä. (Engeström 1999, 136.)

Analyysin kohteina olivat erityisesti ne episodit, joihin asiakkaat osallistuiivat käyttäen puheenvuoroja. Niitä aineistossa oli kaikkiaan 92 (Liite 5). Episodien rajaaminen edellytti tulkintatyötä, koska keskustelijat saattoivat palata aikaisemmin käsittelemiinsä aiheisiin tai kerrata niitä. Erilaiset siirtymät 'kuten', 'niin', puheenvuoron siirto tai jokin muu osoitti puheenaiheen vaihtumisen. Puheenaiheeseen liittyvät toimenpiteet on luettu episodiin.

Keskustelunaiheita, joissa asiakkaat käyttävät minimipalautteena dialogipartikkeleita kuten 'mm', 'joo', 'niin' en ole tulkinnut episodeiksi. Minimipalautteita on tyypillisiä usean hengen keskusteluissa. Dialogipartikkelit sijoittuvat yleensä lähelle puhujanvaihdoskohtaa. Ne ovat usein myös päällekkäin puhujan lausuman kanssa, mutta niitä ei pidetä päällekkäispuheena. Dialogipartikkeleilla on vuorovaikutuksessa tärkeitä tehtäviä. Ne osoittavat, että niiden esittäjä ei aio siirtyä seuraavaksi puhujaksi vaan asettuu vastaanottamaan ja seuraamaan äänensä ohjauksella. (Hakulinen 1997b.) Asiakkaan aseman tulkinnassa olen käyttänyt hyväkseni myös ne keskustelun kohdat, jotka sisältävät minimipalautetta.

Vuorovaikutus on muutakin kuin verbaalista viestintää. Se on merkityksellistä toimintaa, jossa ihmiset reagoivat tulkittuihin merkityksiin. Merkityksellisyttä voi osoittaa myös ei-kielelliset ainekset kuten tauot, nauramiset, yskähdykset, ilmeet ja eleet. Ilmeitä ja eleitä en ole käyttänyt tulkinnan apuna.

Vuorovaikutuksen analysoinnissa episodeittain olen käyttänyt keskusteluanalyysin ideoita. Kokouksen puheen organisoitumisen analyysissä olen käyttänyt institutionaalisen keskustelun analyysimenetelmiä kuten puheenvuorojen järjestystä, puheen aloituksia ja vuorovaikutuksen muotoa. Koko aineistosta olen laskenut jokaisen ammattilaisen käyttämät puheenvuorot kuinkin asiakkaan kanssa (Liite 3). Kustakin episodista olen luokitellut episodien puheenaiheet ja episodin aloittajat. Keskustelun kulun olen luokitellut karkeasti kolmeen luokkaan, ollaanko keskusteltavasta asiasta samaa mieltä, eri mieltä vai korjataanko ja tarkennetaanko sitä. Episodeittain olen eritellyt myös kysymysten tekijät ja määrät sekä kysymysten funktion. (Liite 5.) Määrällinen analyysi on antanut suuntaa vuorovaikutuksen luonteesta ja ohjannut hienovaraisempaan episodien analysointiin siitä miten asiakkaan asema rakentuu suunnittelukokouksessa.

Lopulta olen päätenyt edellisten analyysien pohjalta tutkimustuloksiin asiakkaan subjektioposi-tiosta, jotka hän itse tuotti tai muut tuottivat tulkintarepertuaareilla tai vuorovaikutuksen raken-teella. Analyysissä olen rajautunut vuorovaikutuksen paikalliseen selittämiseen. Pohdinnassa on joitakin viittauksia yleisempään kulttuuriseen kontekstiin.

4 TULOKSET

4.1 Keskustelun rakenne ja muoto

Moniammatillisen työryhmän keskustelun kulku noudatti vakiintunutta kokonaisrakennetta. Samankaltaiset piirteet toistuivat kokouksesta toiseen puheenjohtajan vaihtuessaakin. Keskustelu koostui säännönmukaisesti neljästä vaiheesta: kokouksen avauksesta, kuntoutustutkimuksen tu-lostien esittelystä, kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja lopetuksesta. Kokousten kesto vaihteli 14 minuutista 30 minuuttiin asiakasta kohti. Suurin osa ajasta käytettiin kuntoutustutkimuksen tulosten yksityiskohtaiseen kuvaukseen. Taulukossa 1 on esitetty eri vaiheiden kestot asiakas-kohtaisesti.

TAULUKKO1. Työryhmän kokouksen vaiheet ja niiden kestot asiakaskohtaisesti.

Asiakas	Kokouksen kokonaisaika	Aloitusvaihe	Kuntoutustutkimustulosten esittelyvaihe	Suunnittelu- vaihe	Lopetusvaihe
K1	22 min	3 min	10 min	7 min	2 min
K2	18 min	4 min	8 min	5 min	1 min
K3	24 min	4 min	10 min	9 min	1 min
K4	29 min	3 min 30 sek	13 min 30 sek	10 min 30 sek	1 min 30 sek
K5	20 min	1 min	16 min	2 min	1 min
K6	30 min	2 min	9 min	18 min	1 min
K7	25 min	3 min	10 min 30 sek	10 min 30 sek	1 min
K8	22 min	2 min 30 sek	9 min	9 min	1 min 30 sek
K9	14 min	1 min 30 sek	6 min 30 sek	5 min	1 min
K10	24 min	3 min 30 sek	12 min 30 sek	6 min	2 min
Yhteensä	3 h 48 min	28 min (12 %)	1 h 45 min (46 %)	1h 22 min (34 %)	13 min (6 %)

Pääsääntöisesti kokouksen puheenjohtajana oli kuntoutusosaston osastonlääkäri. Yhdessä kokouksessa tehtävää hoiti fysiatri. Puheenjohtaja jakoi puheenvuorot ja avasi kokouksen tekemällä yhteenvedon asiakkaan tilanteesta ennen kuntoutustutkimusjaksolle tuloa (aloitusvaihe). Tämä mahdollisti palaveriin osallistujien pääsyn asiakasta koskeviin tietoihin kokonaisvaltaisemmin.

Kuntoutustutkimuksen tulosten esittelyvaiheessa puheenjohtaja jakoi puheenvuorot tietyssä järjestyksessä. Säännöllisesti ensimmäisen vuoron sai fysioterapeutti, sitten toimintaterapeutti, fysiatri ja psykologi. Sosiaalityöntekijälle ei osoitettu puheenvuoroa vaan häntä konsultoitiin tarvittaessa. Puhejärjestys oli niin vakiintunut, että puheenjohtajan ei välttämättä tarvinnut jakaa puheenvuoroja vaan ne siirtyivät automaattisesti ilman taukoja puhujalta toiselle. Erityisesti tämä korostui, jos kokouksen aikataulussa oltiin myöhässä. Puhejärjestyksen vakiintuneisuutta osoitti myös se, että fysiatri toimiessa puheenjohtajana, hän kertoi tutkimustuloksensa ja suosituksensa ennen fysio- ja toimintaterapeutin arviointeja sanoen ” ... ja mä kerron nyt jo nämä tutkimustulokset..” Kokouksen tutkimustulosten esittelyvaiheessa asiakkaalle ei osoitettu puheenvuoroa. Jokainen ammattilainen liitti asiakkaan kokemuksiensa puheenvuoroonsa puhuen asiakkaan puolesta.

Kuntoutustutkimuksen tulosten esittämisen jälkeen alkoi suunnitteluvaihe. Siinä keskusteltiin ratkaisusta asiakkaan työ- ja toimintakyvyn rajoitteisiin ja pohdittiin mm. eläkehakemuksen viereille panosta, lääketieteellisistä ja kuntoutuksellisista toimenpiteistä kuten ammatillisesta uu-

delleen koulutuksesta. Tässä vaiheessa asiakkaan odotettiin tulevan keskusteluun mukaan ja tuovan omat näkemyksensä ja mielipiteensä esille. Ajallisesti eniten keskustelua käytiin osastonlääkärin ja asiakkaan välillä. Kahdessa kokouksessa suunnittelukeskustelu käytiin ilman, että asiakas osallistui siihen puheellaan. Osastonlääkäri konsultoi fysiatria ja kuntoutuksen ylilääkärää, joskus sosiaalityöntekijää. Sairaanhoidajan roolina oli toimia kokouksen järjestelijänä ja kirjurina sekä huolehtia asiakkaan tarpeista ja turvallisuuden tunteesta kokouksen aikana. Taulukossa 2 on esitetty kokouksittain suunnitteluvaiheen keskusteluun osallistuneet ja ne, jotka eivät osallistuneet keskusteluun. Liitteessä 5 on esitetty kokousten episodit ja puheenaiheet, joissa asiakas oli mukana puheenvuoroillaan.

TAULUKKO 2. Kokouksen suunnitteluvaiheessa keskusteluun osallistuneet ja ei-osallistuneet henkilöt. (Asiakas 1 ja 2 osallistuivat suunnitteluvaiheeseen minimipalautteella)

Kokous	Kokoukseen osallistuneet (n)	Suunnitteluvaiheeseen osallistuneet	Yht. (n)	Suunnitteluvaiheeseen ei-osallistuneet	Yht. (n)
Kokous 1	9	k1, ku, ol, psy, sos,	5	ft, fy, oh, tt	4
Kokous 2	9	k2, ol, ku, psy	4	ft, fy, oh, sos, tt	5
Kokous 3	9	k3, fy, ol,	3	ft, ku, oh, psy, sos, tt	6
Kokous 4	10	k4, ku, ol, psy, te	5	ft, fy, oh, sos, tt	5
Kokous 5	7	k5, fy, sos	3	ft, oh, psy, tt	4
Kokous 6	8	k6, ft, fy, ol	4	oh, sos, te, tt	4
Kokous 7	9	k7, fy, ku, ol, sos	5	ft, oh, psy, tt	4
Kokous 8	7	k8, ol, psy	3	ft, fy, oh, tt	4
Kokous 9	6	k9, fy, ft, ol,	4	oh, sos	2
Kokous 10	8	k10, ol, fy, psy	4	ft, oh, sos, sh	4

Lyhenteet: ft=fysioterapeutti, fy=fysiatri, k1...k10=kokoukseen osallistuva asiakas, ku=kuntoutuksen ylilääkäri, oh = oma hoitaja, ol= osaston lääkäri, psy=psykologi, sos=sosiaalityöntekijä, te=työvoimatoimiston edustaja, tt=toimintaterapeutti

Kokouksen keskustelu oli muodoltaan ammattilaisten tiedon jakamista, lääkäreiden esittämiä kysymyksiä ja asiakkaiden lyhyitä vastauksia sekä joissain tapauksissa vuoropuhelua. Keskustelussa haettiin yhteisymmärrystä asiakkaan ongelmien ratkaisuun. Jos asiakkaan ja ammattilaisten käsitykset ongelmien ratkaisusta olivat erilaiset, jatkui keskustelu neuvotteluna, jossa asiantuntijat ja asiakas argumentoivat omia näkemyksiään. Lopulta päädyttiin yhteisymmärrykseen tai tilanne jäi avoimeksi ja edelleen keskusteltavaksi osastonlääkärin kanssa kahden kesken.

Kokouksen lopetusvaiheessa puheenjohtaja teki yhteenvedon niistä toimista, joihin tulevaisuudessa ryhdytään. Lopetusvaiheessa, jonka kesto vaihteli yhdestä minuutista kahteen minuuttiin (taulukko 1), puheenjohtaja antoi jokaiselle asiakkaalle mahdollisuuden puheenvuoroon kysymällä ” *Tuliskos sulle itelle mieleen jotain mitä haluaisit tässä meiltä tältä porukalta kysyä?* ”. Se oli merkki asiakkaalle siitä, että hän voi valita puheenaiheen tai ottaa esille häntä askarruttavan kysymyksen. Toisaalta se oli merkki muille osallistujille kokouksen päättymisestä, mutta myös heille mahdollisuus nostaa esiin vielä jokin asia. Lopetusta kuvasi myös toinen vakiintunut sanonta ” *jutellaan vielä ihan kahen kesken tässä iltapäivän puolella ennen kotiin lähtöä* ”. Kahen kesken tarkoitti osastonlääkärinä ja asiakasta. Se toimi eräänlaisena merkinä myöskin keskustelun muissa vaiheissa siitä, että asiasta ei enää kokouksen aikana keskustella. Usein sitä käytettiin silloin kun näytti, että ei päästä yhteisymmärrykseen suunnitelmista tai asiakas osoitti voimakkaita tunteita. Näin hänelle annettiin mahdollisuus jatkaa tunteiden käsittelyä ja asioiden selvittelyä kokouksen ulkopuolella.

Kokouksen ilmapiiri oli asiallinen. Siinä näkyi asiakkaiden huomioiminen ja pyrkimys tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa. Keskustelu oli hyvin muodollista ja asiapitoista. Joskus keskustelua sävytti huumori ja nauru. Ne näyttivät luovan keskinäistä yhteisyyden tunnetta, mutta niiden käyttö oli erittäin harvinaista (Liite 5). Tuttuuden ja turvallisuuden tunteen luomiseksi asiakkaalle oli varattu istumapaikka tutuimpien henkilöiden, omahoitajan ja osastonlääkärin välistä.

4.2 Keskustelussa käytetyt puheet

Kuntoutussuunnitelmakokousten keskustelu hajosi useiksi eri käsitteitä ja lähestymistapoja käyttäviksi puhetavoiksi. Ammattilaisilla ja asiakkailla oli käytössään erilaisia tulkintarepertuaareja, joita kutsun puheiksi. Puheilla on omat tunnistuspiirteensä ja funktionsa ja ne kuvaavat myös keskustelun sisältöä. Puheissa tuotettiin vaihtelevat osallistumisen positiot asiakkaalle. Kokouksen keskusteluista identifioin kahdeksan erilaista puhetta, jotka olen nimennyt esittelypuhe, lääketieteellinen puhe, arviointipuhe, mahdollisuuspuhe, suosituspuhe, arkielämäpuhe hallinnollinen puhe ja empatiapuhe.

4.2.1 Esittelypuhe: ” *Olenko se minä?* ”

Puheenjohtajana toimiva lääkäri käytti esittelypuhetta jokaisen suunnittelukokouksen aloitusvaiheessa. Se toistui aiheiltaan lähes samanlaisena kokouksesta toiseen. Esittelypuheen tunnistuspiirteinä oli asiakkaan menneisyyden tarkastelu, joka perustui osastonlääkärin tekemään yhteen-

vetoon aikaisemmista sairauskertomuksista sekä asiakkaan haastatteluun kuntoutustutkimusjakson ensimmäisenä päivänä. Ote 1 kuvaa yhden asiakkaan esittelypuheen kokonaisuudessaan.

Ote 1 (s. 1-29)

- 1 OL: No niin, jos minä semmosen lyhyen esittelyn tässä ensin teen elikkä Tuusulan Tommi on tosta
2 aika läheltä Kanervikosta ja työvoimatoimistosta Liisa Niemi lähettää tänne selvitykseen minkälainen tää
3 jäljellä oleva työkyky on ja onko mahdollisuuksia työelämään mitenkä palata. Ikä on nelkytkolme vuotta ja
4 naimisissa olet ja pari lasta. Sä oot aikasemmin toiminut tä.. tämmösessä sisävesilavalla kipparina elikkä
5 näitä tukkinippuja ja muita oot tossa tehtaalla ilmeisesti Koskelassa niiku tota hoitanu ja. Sitten se työ
6 loppu ja sen jälkeen siirrettiin sinne vanerinlajittelijaksi. Ja siitä työstä reilu vuosi sitten irtisanoudut kun
7 tuli tämmöstä ihottumaongelmaa. Ja sit näistä aikasemmista muista asioista. Että alkoholia sä ot aika run
8 saasti ilmeisesti ihan läpi elämän käyttänyt viime aikoina sanot että vähempi ja lähinnä se tämmöstä olutta
9 oluen käyttöö. Pankreatiitteja on ollut kaks elikkä näitä haimatulehuksia papereitten mukkaan yheksän viis
10 ja yheksänkyt kaheksan ja sitten sokeritauti yheksän kaheksan todettu ja ajateltu nimenomaan näitten
11 haimatulehdusten olevan se syy ja. Ensin alotettiin tableteilla alkuvuodesta yheksän kaheksan ja sit viime
12 loppuvuodesta päädyttiin insuliinihoitoin. Yheksän seittemän on työterveyslääkäri lähettänyt tämmösen
13 polyneuropatiaoireide polyneuropatiaoireitten takia EMG-tutkimukseen ja sitten tämmöselle
14 yksityiselle neurologille Matti Matinaholle kävi ja siinä oli ajateltu että tämmönen alkoholin aiheuttama
15 polyneuropatia ja viime syksynä vielä oli sitten silloin kun siihen insuliinihoitoonkin siirryttiin siellä sisä-
16 tautiosastolla. Ihan tätä laihtumista tutkittiin, et siinä paino oli mennä paljon alaspäin. Et sä olit siinä
17 parhaimmillas seittemän kaheksäkymmenen kilon kieppeillä painanu ja nyt on sit viiskytviis kiloo *
18 K1: Seittemänkoleme oli silloin
19 OL: Joo., joo. Niin että tämmönen jonkun verran yli tossa viidenkymmenen viiden kieppeillä tää paino on
20 ollu ja mitään tämmöstä niinku imeytymissyytä ei sille löydy (divekkelit) ja muut katottiin. Tämmönen oli
21 tavallaan tää taustat. Elikkä lääkkeenä on pelkästään nyt sitten insuliini ja rotakvaani ja se on vissiin
22 kymmenen tai kakstoista yksikköä ett hyvin pieni annos mitään tabletti lääkityksiä ei ole. Sä ite koet että
23 sulla ei oikeestaan ole mitään vaivoja että *
24 K1: Se paino tippu siitä ko joutu sisähommiin.
25 OL: Mhy...
26 K1: Ulukohommissa ku oli nii oli aina näläkä.
27 OL: Niin ja ruokahalut hyvät että, jhoo, joo, //et tota se
28 K1: //Sen huomias// heti ku sisähommiin joutu //niin
29 OL: //Jhoo//
30 K1: muutaman kuukauven päästä jo huomias , että housut on ihan löysät (kuntoutuja nauraa, joku yskii)
31 OL: Joo tota ö, ö, tosiaan sä ite tossa maanantaina viimeks kun tästä asiasta juteltiin niin sä koit että, että kyllä
32 sää varmaan ihan työelämässä pärjäisit mut et sitten ite osannut sanoo mikä ois se semmone ala missä
33 pärjäisit ja mulle sit tuli silloin sitten maanantaina kyllä heti, heti mieleen että kyllä tässä varmaan
34 tämmöstä muistin heikkenemistä sun kohalla on, mutta tuota se sitten tulee täällä selkeemmin esille
35 näissä tutkimuksissa. Laboratoriokokkeista sen sanoisin että silloin, silloin tota poliklinikakäynnin
36 jälkeen on nää kokeet määrätty niin silloin on kilpirauhasvajaatoiminta niinkun kehittynyt sinne
37 kontrolloitiin jo. Selkeesti niinkun nää matta-arvot vaan vahvasti, ett kyllä tässä niinku kilpirauhasvaja-
38 toiminta yks tekijä on, mutta se ei kyllä selitä paljoo.

Esittelypuhe rakentui lääkärin kertomana asiakkaan anamnestisista tiedoista kuten ikä, ammatti, perhesuhteet, työhistoria, sairaudet, lääketieteelliset tutkimukset ja hoito sekä kuntoutuksen toimenpiteet. Puheessa viitattiin usein elintapoihin, joiden oletettiin vaikuttavan kyseisen henkilön työ- ja toimintakykyyn, kuten alkoholinkäyttöön, ruokailutottumuksiin ja liikunnan harrastamiseen. Puheessa ilmaistiin lähettävä taho ja kuntoutustutkimusjaksolle tulon syy. Otteesta voi erottaa melko hallitsevana lääketieteellisen puheen (rivit 9-16, 20, 35-38). Olen nimennyt esittelypuheen kuitenkin omaksi puheekseen, koska sillä on erilainen funktio kuin lääketieteellisellä

puheella yksinään. Puheen funktiona oli orientoida kokoukseen osallistujat asiakkaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti.

Tyypillistä puheelle oli, että lääkäri formuloi asiakkaan puolesta hänen näkemyksen arkielämästä ja työstä selviytymisestä sekä asiakkaan toiveet ja odotukset suhteessa työhön (rivit 31-33). Asiakkaan kokemusten ja näkemysten huomioiminen teki puhetavasta humanistisen. Yksikön toisen persoonan käyttö osoitti, että puhe suunnattiin asiakkaalle. Puhe oli tauotonta ja muodoltaan informaation jakamista. Asiakas esiteltiin puheessa ongelmien ja rajoitteiden kautta.

Esittelypuheessa puheenjohtajana toimiva lääkäri asemoitui dokumentoidun ja asiakkaalta haastatteleamalla saamansa *tiedon kertojaksi ja välittäjäksi*. Asettuessaan kertojan asemaan, lääkäri oli tulkinnut aikaisemmat dokumentit ja asiakkaan kertomuksen sekä valinnut sen, mitä hän kertoi kokouksen osallistujille. Lääkäri asemoi asiakkaan *kuuntelijaksi*. Useimmiten asiakkaat osoittivat asettuvansa kuuntelijan asemaan antamalla minimipalautetta. Otteen 1 esimerkissä asiakas keskeytti lääkärin puheen (rivi 18) ja asemoi itsensä *kertomuksen täydentäjiksi* tarkentamalla ja korjaamalla laihtumistaan koskevia tietoja sekä antamalla oman merkityksensä lääkärin tekemille tulkinnoille laihtumisen syistä (rivit 24-30).

4. 2. 2 Lääketieteellinen puhe: ”Sinullahan on ongelmaa”

Lääketieteellistä puhetta käyttivät pääasiassa lääkärit tutkimustulosten esittelyvaiheessa. Asiakkaat saattoivat ottaa käyttöönsä lääketieteellisiä termejä tarkentaessaan tai kuvatessaan oireitaan ja tuntemuksiaan. Lääketieteellisen puheen tunnistuspiirteinä olivat kuvaukset asiakkaan psykisistä ja somaattisista oireista, sairauksista, lääkityksestä, leikkauksista, tehdyistä tutkimuksista ja röntgenkuvista kuten esittelypuheen otteessa riveillä 9-15, 20, 36-38. Erityisesti puheessa painottui tuki- ja liikuntaelimestön kunto tarkkoine röntgenlausuntoineen kuten otteissa 1 ja 2.

Ote 1 (s. 74)

- 1 FY: Eliikkä tota – tässähan on kolme kertaa katottu magneetti ja se on se sama se löydös, et se ei oo muuttunu.
- 2 Että se Th 7, 8 oikealla (.), jossa on päädytty sitten konservatiiviselle linjalle. Mä tän kä시오ireen vuoksi
- 3 tilasin tän EMG-tutkimuksen, niin se näyttäs, että täällä kyynärpäässä ois semmoinen ulnaris-niminen
- 4 hermo puristuksessa, mutta... Se hermottaa näitä sormia. Eliikkä sille minä en tekis mitään. Se on tutki
- 5 muslöydös, joka sopii huonosti oireeseen. Näin joskus on.
- 6 K10: Joo.
- 7 FY: [Lyhennetty] Mää oon epäilly, et siinä ois kuus, seittemän osalta (.) regeneraatioita, ahtaumaa. Niin siinä
- 8 välissä on sekä C5-6 –tasolla, että kolme, neljä (.) Siinä useammassa välissä on tämmöistä kulumamuutosta
- 9 siinä kaularangassa. Ei mitenkään pahaa, että lievästi kaventaa juurikanavaa.

Ote 2 (s. 16-17)

- 1 FY: Joo, sen viimekerran jälkeenhän mä tilasin siihen olkapäähän röntgenkuvan ja kaularankakuvan, vasemman
 2 olkapään olkapäänröntgen, siinä ei näy mitään kulumaa. Kaularangassa on 5. ja 6. kaulanikaman välissä on
 3 tämmöstä madaltumaa, välilevyrustorappeumaan sopii ja sillä tasolla niin ne juuriaukot on jonkin verran
 4 ahtautunut ja se kyllä sopis siltä tasolta tähän, että sieltä tulee ärsytystä, ei niinkään puristusta, mutta sem-
 5 mosta ärsytystä hermojuuren kautta tähän peukaloon. Mä luulen, että se sopii tähän testitulokseen.
 6 Et sinullahan on alaselässä ongelmaa, niskoissa ongelmaa, mutta käsittääkseni olet kohtalaisessa kunnossa
 7 ja kuntoa pitäis pittää yllä ja ranka pitäs pittää kunnossa. Se on niin kuin sen osalta ja sitten tähän työhön
 8 niin minusta sinä oot tän rangan osalta pystyvä, tähän sosiaalikasvattajan työhön*
 9 K3: Ohjaajan.
 10 FY: Niin, anteeksi. Kuitenkin.

Puhe muodostui lääkärin ammattisanastosta ja lääketieteen omista käsitteistä (alleviivattu otteis-
 sa). Muodoltaan se oli informaation jakamista. Objektiivisuutta puheessa tuotettiin tutkimusme-
 netelmien ja tulosten kuvauksilla. Osin puhetta muokattiin asiakkaan ymmärrettäväksi lyhyillä
 selonteoilla (ote 1, rivit 8-9 ja ote 2, rivit 3-5). Lääketieteellinen puhe kuulosti varmaotteiselta ja
 tietävältä asiantuntijapuheelta. Siinä korostui asiakkaan tarkastelu pala palalta biolääketieteelli-
 sestä näkökulmasta esimerkiksi ” *rangan osalta olet kykenevä työhön* ” (ote 2, rivi 8).

Puheen funktiona oli sairauteen liittyvien ongelmien identifiointi sekä syy-seuraussuhteiden et-
 siminen ja diagnosointi päätöksiä ja suunnitelmia varten (ote 1, rivit 5-8, ks. liite 5). Tyypillinen
 metafora, joka toistui lääkärin puheessa oli hänen käyttämänsä sana asiakkaan kokemuksista
 ”*kärsimyksinä*” .

Lääketieteellisessä puheessa lääkäri asemoi itsensä tutkimustulosten *tulkitsijana, diagnosojana*
ja välittäjänä asiakkaalle ja muille ammattilaisille. Asiakas asemoitiin *kuulijan* positioon. Asia-
 kas asemoi itsensä tietojen *vastaanottajaksi* reagoiden minimipalautteella tai tiedon *korjaajaksi*
 tarkentaen esimerkiksi ammattiaan (ote 2, rivi 9), leikkauksien tai tutkimusten päivämääriä ja
 lääkkeiden käyttöään.

4. 2. 3 Arviointipuhe: ”*Kaivetaan ne rajoitteet esille*”

Kokouksissa käytettiin eniten arviointipuhetta erityisesti kuntoutustutkimuksen esittelyvaiheessa.
 Arviointipuheen tunnistuspiirteinä olivat asiakkaan fyysisen kunnan, psyykkisen toimintakyvyn
 osa-alueiden sekä työkykyä mittaavien testien tarkat mittaus- ja testitulokset sekä laadulliset ar-
 viot ja kuvaukset testeistä suoriutumista perustuen ammattilaisten tekemiin havaintoihin. Arvi-
 ointipuheen tunnistuspiirteinä olivat myös eri organisaatioiden kriteerit asiakkaan etuuksille.
 Otteet 1, 2, 3 ja 4 ovat esimerkkejä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja psykologin sekä lääkä-
 rin käyttämistä arviointipuheista sekä siitä miten asiakkaat osallistuivat arviointipuheeseen. Ot-

teissa alleviivatut sanat kuvaavat kunkin asiantuntijan käyttämää ammattisanastoa ja kursivoidut sanat ääri-ilmaisuja, joita oli melko runsaasti arviointipuheessa.

Ote 1 (s. 2)

- 1 FT: Me tehtiin tää fyysisen kunnon arvioimiseksi nii kävelytesti tasapainotestit tuo ketteryystesti ja sitten nää
 2 lihaskuntoa- ja kestävyyttä mittaavat testit ja kaikilta osin niin tulokset on (tauko) melko huonot toisilta-
 3 osin hyvinkin huonot. Tässä nyt katotaan suorituskykytestien osalta niin selkälihakset yltää tänne keski-
 4 määräeseen kuntoluokkaan ja sitten alaraajojen lihakset yltää tähän alimpaan kuntoluokkaan, mutta muilla,
 5 mutta muissa osioissa sitten jäähän ihan ilman kuntoluokkaa. Viiden kilon painokin tuntu sitten käsille
 6 olevan liikaa. Ja tän testin aikana niinku muittenkin testien aikana niin näitä ohjeita tarvis tarkentaa ja
 7 tämmönen jatkuva vapina vartalossa ja raajoissa lisääntyy sitten ponnistelun yhteydessä. Kävelytesti
 8 keskeytyi kaheksansataa metriä siihen meni aikaa kymmenen minuuttii, kymmenen ja puoli minuuttia.
 9 Lähtiessä oli syke tommosta sataakahtakymmentä yheksää ja sitten tossa kaheksansadan metrin jälkeen
 10 sataseitkytseitsemän lyöntiä minuutissa. Kävelytapa oli tämmönen verkkanen lyhytaskelinen ja neljänsadan
 11 metrin kohalla jo ilmoitit, että pohkeissa rupee tuntumaan //
 12 K1: //Joo//
 13 FT: ja sitten vielä toisen neljänsataa metriä menit varmaan sisulla, koska sen kaheksansadan metrin jälkeen et
 14 enää pystyny jatkamaan. Melko nopeasti tää kipu sitten helpotti kuitenkin ja ehkä sitten olisit vielä jonkun
 15 matkaa päässyt kun ois vähän aikaa huilattu.*
 16 K1: Kyyllä se ois menny
 17 FT: Joo, mut lopetettiin sitten kun tuo syke oli jo noissa lukemissa niin ajattelin että ei sitä tarvi sitten pitem-
 18 mälle enää //pitäm
 19 K1: //on sitä// novuudessakin ollu että niin töihin Huhtalasta kävelin Koivikkoon niin siinä kauvan aikaa
 20 ennenkuin nämä sai sitten*
 21 FT: Mm. Pohkeet kuntoon
 22 K1: Mm
 23 FT: Että niissä on ollu pitemmän aikaa sitten semmosta?
 24 K1: Se on ollu vähän niinkun nuoruudesta asti.
 25 FT: Jhoo. Tasapaino on myös erittäin huono yhdellä jalalla viisisekuntia pysyy ja sekin on semmosta horjumista
 26 se viis sekuntia. Takaperin kävely puoltoista metriä ja askeleet on tämmösiä holtittomia hallitsemattomia.
 27 Ketteryystesti sujui sitten yllättävänkin nopeasti. Siinä tuli kyllä tämmöstä vapinaa mikä lisääntyi testin
 28 kuluessa mut kuitenkin suht hyvin pystyit siten ne kaikki kakskyt palikkaa keräämään sinne hyllyyn (tau-
 29 ko) Niinkun eilen vähän puhuttiin niin kyllä tässä kunnon puolesta nii tilanne näyttää vähän kehnonlaiselta.
 30 K1: Niin se on pantava koiraan vauhtia, he, he
 31 FT: Anna koiran pistää sinuun vähän vauhtia
 32 K1: näin
 33 FT: Nii ei mulla muuta

Fyysisen toimintakyvyn arviointipuhe oli yksityiskohtaista kuvausta yhdessä asiakkaan ja fy-
 sioterapeutin kanssa tehdyistä testeistä ja niiden tuloksista. Tyypillistä puheelle oli, että asiakkaat
 myös itse arvioivat testistä suoriutumistaan, vaikka heiltä ei sitä kysytty (Liite 5). Otteen 1 pu-
 heessa asiakas antaa oman selityksensä testistä suoriutumiseksi (rivit 16-24) ja tekee ehdotuksen
 kuntonsa, joka oli todettu kehnonlaiseksi, kohentamiseksi (rivi 30).

Ote 2 (s. 3-4)

- 1 TT: No jospa minä sitten jatkan näistä yläraajan toimintakyvystä. Elikkä tota puristusvoimien osalta niin voimat
 2 on symmetriset mutta ne on he::ikot
 3 K1: Aha
 4 TT: mutta verrattuna sun ikäryhmän tasoon ja tota mitään kipua ja semmosia oireitahan ei siinä puristaessa tuu
 5 ja tota tämmönen hienomotorinen nopeus ja näppäryys niin sitku katotaan ihan tommosta tarkkaa työs-
 6 kentelyä se on erittäin heikkoos siinä ja sit vähän karkeammassa työskentelyssä oikee edelleen heikko,
 7 mut sitten vasen, vasemmalla päästään jo tommoseen kohtalaiseen tasoon, mutta tota tietysti se vapina on
 8 erittäin voimakasta joka luonnollisesti haittaa sitä työskentelyä ja testivälineiden ja erityisesti niiden

9 pienien käsittely on kömpelöä ja hankalaa ja sitten se työskentelyotteessa on *paljon* vaikeuksia. Ja sitten
 10 tehtiin tää mutterinpyöritysjuttu, jos muistat (.), työskentelyä niin tota ja tässä niin tulos on *selvästi* alle
 11 normaali työsujuvuuden ja joutusuuden että edelleen tän voimakkaan vapinan vuoksi näitten testiväli-
 12 neiden käyttö on vaikeeta ja kömpelöä ja ohjeiden omaksuminen ja noudattaminen ja muistaminenkin on
 13 aika heikkoo välillä sää kyllä pystyt *ihan* semmoseen järjestelmälliseenkin työskentelyyn, mut sit taas
 14 välillä se hajoaa *aika* pahasti se sun työskentely ja se mun pitää sitten kysellä mitäs sä yrität taas tehdä
 15 seuraavaksi mun *piti* taas ohjata sitä vähän eteenpäin. Huolellisuuteen kyllä pyrit, pyrit että siitä kaikki
 16 pisteet. Mutta se että siinäkin sä tarkastat samoja, samoja osioita *useampaan* kertaan ei oikein muista että
 17 missä on ja käy kattomassa että onko siellä mitään jälellä siinä menee tietysti sitä aikaa lisää. Ja tota
 18 tämmöstä puutumisen , väsymisen tunnetta tulee ranteisiin niskaan ja tähän oikeen käden peukaloon ja se
 19 pisti merkille että siinä sinä vähän tuppasit hikoileen *ihan* tän työskentelyn aikana vaikka tää oli *sinällään*
 20 *ihan* pöytätason tehtävää istua ja*
 21 K1: Vähän hiki tuli pintaan siinä.

Otteessa 2 toimintaterapeutin arviointipuhe oli lähes tauotonta, yksityiskohtaista ja tarkkaa testi-
 en tekemisen ja tulosten kertomista. Asiakkaat osallistuivat tähän puheeseen lähinnä omien ko-
 kemustensa kautta ja arvioiden testien mielekkyyttä työkyvyn kannalta (Liite 5). Rivillä kolme
 asiakas ilmaisee asian uutuutta ja yllätyksellisyyttä ilmaisulla ”ahaa” kuullessaan tuloksen ylä-
 raajojensa puristusvoimista.

Ote 3 (s. 4)

1 PSY: Niin me käytiin eilen läpi tämmösiä tehtäviä, joissa ihan sitä tiedon käsittelypuolta tarkisteltiin, että se
 2 tutkimus painottui siis silleen, että tehtiin erilaisia keskittymis ja muistamista ja harkintaa vaativia tehtä-
 3 viä. Sinä olit hyvin mukana siinä ja ja sillai erityisen kiltinoloisesti niiku kaiken kaikkiaan yritit, yritit
 4 tehdä ja ja se muistamisen ongelma mikä nyt on tullu osastollakin esille hoitajien havainnoinnissa niin se
 5 tuli sitten tuossa heti siinä alkuhaastattelussa sillälaililla, että ihan täällä ajan hallitseminen tämän hetkisten
 6 tietojen osalta (.), kaikilta osin se oli nyt *ihan* hukassa ja myöskin sitten se oman iän muistelu oli *aika*
 7 vaikeeta, että *ihan monen* arvauksen jälkeen se sitten osui sinne oikeaan suuntaan. (.) Ja muistitehtävissä
 8 sitten niin oli sillä tavalla että pystyit kyllä ihan näin välittömästi esim. tämmöseen toistamisasiota sem-
 9 mosen normaalimäärän toistamaan, mutta vähänkin pitempi asia se jäi *kovin* puutteelliseksi. Satuilua ei
 10 tullu ja sitten viivästetysti ne asiat katos kokonaan, (.) että *ei* myöskään muistilla niitä saatu palautettua
 11 *olenkaan*.(.) Se on se on nyt *tosiaan pahasti* pulmallinen. (tauko). Sitten näissä tehtävissä joissa
 12 vaaditaan tommosta hoksaavaisuutta ja tarkkaavaisuutta (.), niin sinällään se hoksaamispuoli (.) on ihan
 13 hyvä ja viittaa kyllä siihen että, että tää tämmönen lahjakkuusvarasto on kehittyny vähintäänkin
 14 normaalisti. (.) Mutta kun Antti viittas tuohon että sit se toiminta hajos niin tämmösis toteuttamistoi-
 15 minnoissa niin on hajoavuutta aika tavalla että sen takia sit se taso jää kuitenkin vähän keskitason ala-
 16 puolelle, (.) ihan siihen rajamaille, keski- ja normaalitason rajalle. Tuli mieleen, että lähinnä olisi erityinen
 17 muistihäiriö, (.) mutta myöskin tosiaan sitten muutosta tossa toiminnan suunnittelussa ja kontrolloimisessa.
 18 (.) Ja se että itseän sää et koe tässä ongelmaa mutta sitten kun me eilen siitä puhuttiin sanoit että kyllä
 19 siinä sillä tavalla kotielämässäki on ollu et kun esimerkiksi telkkaria katsot ja käyt sitten välillä voileipää
 20 ottamassa niin et yhtään muista et minkälainen ohjelma siellä olikaan menossa et sillälaililla on sitten
 21 huomannu että asiat voi karata. Jooh tää tässä oli.

Arviointi psyykkisestä toimintakyvystä oli sävyltään hyvin lämminhenkistä ja asiakkaille osoi-
 tettua. Se sisälsi myös runsaasti taukoja ja olisi mahdollistanut asiakkaiden kommentoinnin hei-
 dän niin halutessaan. Asiakkaat osallistuivat kuuntelemalla puhetta joko täysin hiljaa tai antaen
 minimipalautetta.

Arviointipuheessa psykologi haki tutkimustuloksilleen asiakkaan psyykkisestä toimintakyvystä tukea hoitajien havainnoista osastolla (rivi 4) ja toimintaterapeutin tekemistä havainnoista (rivi 14). Hyvin usein psyykkisen toimintakyvyn arviointipuheessa psykologi yhdisti omiin havaintoihinsa toimintaterapeutin tekemiä havaintoja. Kuten tässäkin otteessa (rivit 18-21), psykologi perusteli tutkimustuloksiaan asiakkaiden omilla kokemuksilla puhuen heidän puolestaan.

Ote 4 (s. 35)

- 1 FY: Minusta niin jos joku mies on yksilöllisen varhaiseläkkeen tarpeessa, niin se oot kyllä sinä. Kaikki kriteerit
- 2 täytyy. Ja se oli sinunkin tavoite käsittääkseni.
- 3 K5: Joo (.) Nimenommaan.

Arviointipuhe rakentui myös eri organisaatioiden kriteereille. Lääkäri arvioi otteessa 4 asiakkaan työkykyä suhteessa eläkelaitoksen kriteereihin. Näin tehdessään hän asemoi itsensä organisaation *tehtävää suorittaviksi työntekijöiksi*. Asiakas on asiasta samaa mieltä.

Eri ammattilaisten arviointipuheen sisältö poikkesi mitattavien osa - alueiden osalta toisistaan. Kukin ammattilainen käytti omaa käsitteistöään ja termistöään arvioidessaan asiakkaan työ- ja toimintakykyä. Lääkärit käyttivät arviointipuhetta arvioidessaan asiakkaan työ- ja toimintakykyä eri organisaatioiden asettamien kriteerien kuten eläkelaitosten, KELA:n ja ammattitautien suhteen.

Arviointipuheen funktiona, kuten lääkäri asian ilmaisi, oli ”*kaivaa*” esiin asiakkaan ongelmat ja rajoitteet fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä työkyvyn osa-alueilta. Näin tehdessään työntekijät suorittivat organisaation heille asettamaa asiantuntijatehtävää. Arviointipuhe oli muodoltaan informaation jakamista testien suorittamisesta ja tuloksista sekä ammattilaisten oman tekemisen yksityiskohtaista kuvaamista. Puhe oli vertailevaa, luokittelevaa ja toteavaa. Asiakkaiden suoriutumista testeistä verrattiin normaalisuorituksiin ja viitearvoihin. Asiakasta arvioitiin mekanistisesti eri osa-alueittain.

Arviointipuhe saatiin kuulostamaan vakuuttavalta kvantifioimalla. Testeistä suoriutumisen esittäminen numeerisessa muodossa loi mielikuvan selkeästä, mitattavissa olevasta yksiselitteisen ristiriidattomasta tiedosta. Puhe sisälsi runsaasti ääri-ilmaisuja, jotka maksimoivat tai minimoivat asiakkaan suoritusta. Arviointipuheessa asiantuntijat hakivat mielipiteilleen konsensusta toistensa lausunnoista ja asiakkaan mielipiteistä. Arviointipuheessa asiantuntijat asemoivat itsensä tulosten *tulkitsijoiksi ja välittäjiksi* ja asiakas asemoitiin *kuuntelijaksi*. Toimintaterapeutin ja fysioterapeutin arviointipuheessa asiakkaat osallistuivat kuvauksen esittämiseen vahvistamalla

kuvausta minimipalautteella ja antaen omia selontekojaan testistä suoriutumisesta. Näin heistä tuli kuvauksen *vahvistajia, korjaajia tai myötäilijöitä*.

4. 2. 4 Mahdollisuuspuhe: ”Pitäää miettiä, kahtoo ja aatella, jos jotakin löytys”

Mahdollisuuspuhetta käytettiin kokouksen suunnitteluvaiheessa. Puheen tunnistuspiirteitä olivat aikaisempien kuntoutusyritysten arviointi ja vaikuttavuus sekä keskustelu erilaisista työhön tai toimintakykyyn liittyvistä ratkaisuvaihtoehdoista ja kuntoutuksen mahdollisuuksista. Alla olevassa episodissa keskustellaan työtehtävien muuttamisesta.

Ote 1 (s.39)

- 1 OL: Mut nyt mejän pitäs niinkun miettiä tässä niinkun tätä asiaa sit, että – et tota... Sää itekin kerroit, että sää
 2 oot sen paria tuntia kestät töitä ja sitten niin kipeytyy paikat, et on hankala, hankala niinkun jatkaa. Ja sit
 3 toisaalta sua on kyselty töihin. Ja on esitetty tämmöistä osakkuuttakin sitten ihan, ihan tämmöisessä,
 4 tämmöisessä tuota maalausfirmassa, että*
 5 K6: On.
 6 OL: Niin useissakin, että (.) ja kerroitkin, että tavallaan kun tää ammattitaito on sulla niin hyvä, niin sää niinkun
 7 lyhyemmässä ajassa pystyt tekemään sen, minkä nuoremmat sitten tekee, että...
 8 K6: Niin (.) tai en, ei kuitenkaan, (.) muutenkaan siinä suunnilleen siinä kahessa tunnissa en pysty, kestää
 9 korkeintaan kolme tuntia, siinä ei millään pysty normaalimiehen päivätyöhön. Kuus tuntiakin kun saatas
 10 kestämään paikat niin okei.

Puheen funktiona oli erilaisten kuntoutuksellisten toimenpiteiden vaihtoehtojen kartoittaminen. Mahdollisuuspuheessa ammattilaiset ja asiakkaat keskustelivat keskenään kuntoutuksen mahdollisuuksista ja vaihtoehdoista. Ongelmien ja rajoitteiden etsiminen avasi tietyt mahdollisuudet eläkehakemuksen vireillepanoon tai kuntoutussuunnitelman tekemiseen. Useimmiten keskustelijoina olivat lääkärit, joskus psykologi ja sosiaalityöntekijä toimeentulon osalta. Toisinaan vuoropuhelua käytiin myös asiakkaan ja lääkäreiden välillä. Ammattilaiset, yleensä lääkärit, esittävät eri vaihtoehtoja ja asiakas saattoi tulla mukaan keskustelemaan vaihtoehdoista.

Osa asiakkaista asemoitui *kuulijoiksi* ja osa *keskustelijoiksi, jotkut myötäilijöiksi*. Keskustelussa huomioitiin asiakkaan tavoitteet. Mahdollisuuspuheessa puntaroitiin eri vaihtoehtoja ja siinä valmisteltiin vähitellen suosituspuhetta.

4. 2. 5 Suosituspuhe: ” Kannattais huomioida”

Suosituspuheen tunnistuspiirteinä oli ammattilaisen suosittama tai ehdottama parempana pitämänsä vaihtoehto asiakkaille. Työntekijä suositteli asiakkaalle määrätynlaista, nykyisestä tavalla tai toisella poikkeavaa tulevaisuuden toiminnan suuntaa. Toisaalta suosituspuheen tunnistuspiirteinä oli asiantuntijan osoittama menneen tai nykyisen toiminnan tukeminen. Toisinaan neuvon-

anto oli selkeämpää, suorien neuvojen, kehotusten ja ohjeiden antamista asiakkaalle, toisinaan taas kätkeymättä toimintaa. Puheessa suositus ilmeni sanoina kuten ”ehdotan”, ”kehotan”, ”minun mielestäni”, ”suosittelen”, ”näkisin”, ”aattelin”.

Seuraavissa otteissa ilmenee miten eri tavoin neuvonanto rakentuu ja miten asiakkaat ottavat sen vastaan.

Ote 1 (s. 6)

- 1 KU: Se mihin voi vaikuttaa on tietysti ruokavalio ja juomavalio ja näiden korjaaminenhan ois kaikkein tärkeintä
 2 Ne on ne asiat mihin pystytään. (sh ryki) Varmaan monipuolinen vitamiinipitoinen ruoka ja alkoholin
 3 välttämisenhän on ne mihin pystyy itse vaikuttamaan tai joilla yleensä voidaan vaikuttaa asioihin.
 4 K1: mm, joo
 5 KU: Ja sitten tietysti toi filtraus eli kyllä silläkin voi varmasti olla osamerkityksensä sekä periaatteessa tietysti
 6 sekä polyneuropatiaa voi aiheuttaa että muistihäiriöitä.
 7 K1: Hjoo
 8 KU: mut lievänä ehkä ei niin kauheen paljon tähän vanhempaan asiaan, tähän vanhempaan asiaan nähden
 9 OL: [Lyhennetty] Mutta nyt ei oo enää näitä väkeviä lähinnä sitä olutta niinku sä sanoitkin, että olutta sä juot ja
 10 otat saunakaljaa viikonloppusin ja lukumäärää et sillee oikein osannu sanoo paljonko mut että et ei ny
 11 korikaupalla kuitenkaan viikossa että (164)
 12 K1: Eee
 13 OL: mmm, mhyy kyl se et jos tätä elimistöä ajatellaan, että siellä on nyt monelta kohtaa niinku hyvin viimesil-
 14 lään natisemassa vissiin maksat ja muut, munuaiset ja tuo aivotoiminta tietysti se kaikkein tärkeimpänä
 15 niin se ois hirveen tärkeetä ihan kokonaan lopettasit sen alkoholin käytön. (tauko)
 16 K1: Jaa (hiljaa mumisten)

Kokouksen aloitusvaiheessa on tullut esille asiakkaan laihtuminen ja alkoholinkäyttö. Osaston lääkäri konsultoi toista asiantuntijalääkärää, joka antaa yleisellä tasolla neuvoja sekä laihtumiseen että alkoholinkäyttöön. Hän ei kohdenna neuvojaan asiakkaalle henkilökohtaisesti vaan ne ovat persoonattomia, kenelle tahansa sopivia, joilla on vastaavanlaisia ongelmia ja niihin voidaan vaikuttaa omalla toiminnalla (rivit 1-6). Neuvonanto pitää kätkeymättä sisällään kehotuksen ruokailutottumusten, tupakanpolton ja alkoholinkäytön muuttamiseen. Lääkärin tapa puhua alkoholin käytöstä ”vanhempana asiana” (rivi 8) viittaa alkoholin käytöstä puhumisen arkaluontoisuuteen. Episodissa asiakas viestittää kuuntelevansa neuvonantoa pienin minimipalauttein (rivit 4, 7). Tämä ei merkitse välttämättä vihjeen hyväksyvää vastaanottoa.

Osaston lääkäri jatkaa puhetta asiakkaan puolesta ja kuvaa asiakkaan alkoholin käytön muutosta väkevästä miedompiin juomiin. Alkoholin käytön määrästä lääkäri ja asiakas ovat samaa mieltä. (rivit 9 -12). Lääkärin puheenvuoron voi tulkita myös kannustavana. Alkoholinkäytön suunta on oikea, mutta se ei vielä riitä, koska lääkäri päätyy suoraan henkilökohtaiseen vahvasti argumentoituun kehotukseen alkoholin käytön lopettamisesta (rivit 13-16). Asiakas vastaa pitkän tauon jälkeen hiljaa mumisten ”jaa”. Henkilökohtainen neuvonanto kutsuu asiakkaan neuvon hyväksymiseen tai hylkäämiseen. Mikäli neuvottava pitäytyy suoraan neuvonnan jälkeen pelkkiin mi-

nimipalautteisiin, on tämä mahdollista lukea merkinä vastustamisesta (Suoninen 2000). Esimerkin asiakas epäilee ainakin alkoholin käytön kokonaan lopettamista.

Ote 2 (s. 18)

- 1 OL: Mutta että mitenkä nyt sitten lähetään tätä kuntoa kohentamaan ja tätä? (tauko) Sä esitit jo sauvakävelyä
- 2 ja*
- 3 FY: Mm. Minusta kuulostaa, että kunto on keskimääräinen, että ainahan voi olla paremmassa kunnossa.
- 4 K3: toki
- 5 FY: et minä niin kuin näkisin, että normaali kunnosta huolehtiminen tällä hetkellä olisi tärkeinä ja yks vaihtoehto on todella se sauvakävely mäkisessä maastossa, niin se ois myös hartiajumpsaa, semmosta
- 6 toistoharjoittelua.
- 7 K3: Mm. Se on ihan hyvä idea, ja ihan miellyttävä, sillein että tykkään paljon vaellella metsissä // ja
- 8 FY: //mm//
- 9 K3: koiran kanssa, että, mutta toki naurettavalta näyttävät nämä, jotka tuolla asfaltilla painaa hyvin sillein kun
- 10 musta näyttää, että siitä on enemmän haittaa kun hyötyä, se ei näytä iloselta eikä rennolta se meno
- 11 FY: mm
- 12 K3: Mutta että metsässä kyllä.

Ote 2 on esimerkki toisella tavoin rakentuvasta neuvontatilanteesta, jossa asiakas hyväksyy annetun neuvon sanallisesti. Osaston lääkäri esittää kysymyksen muodossa neuvon ns. kysymysneuvon. Kysymys pitää sisällään kehotuksen fyysisestä kunnosta huolehtimisesta. Kysymystä ei suunnata erityisesti kenellekään. Koska kysymykseen ei vastaa kukaan tauonkaan jälkeen, viittaa lääkäri fysiatriin jo aikaisemmin esittämään sauvakävelyyn kunnan kohentamisen keinona. Fysiatri esittää yleisen toteamuksen fyysisen kunnan merkityksestä, jonka asiakas hyväksyy minimipalautteella (rivi 4). Persoonatonta neuvoa seuraa asiakkaalle kohdennettu henkilökohtainen neuvo, jonka asiakas hyväksyy sanallisesti. Asiakkaan mahdollista sitoutumista ja hyväksyntää neuvon osoittaa oman mielenkiinnon ilmaisu liikuntaan. Tosin liikunnan merkitys on asiakkaalle erilainen kuin fysiatrielle ja asiakas hyväksyy neuvon omilla ehdoillaan (rivit 8 - 13).

Ote 3 (s. 45)

- 1 OL: Tota liikuntapuoltahan me jo silloin maanantainakin käytiin läpi. Ja tällaisia lajeja niinkun mietittiin, että
- 2 mitkä sitten vähän noita polvia enempi säästäis, että, et pyöräilyt ja hiihtämiset ja uimiset (tauko)
- 3 K6: Joo, kyllä.
- 4 OL: (tauko) Monelta puolelta tätä ongelmaa, et tavallaan sitten kun on niitä oireita, niin silloin (tauko) ja sit
- 5 niitä niiku vähän rajoittamaan, että*
- 6 K6: Kyllä mulla on ihan selvä tieto, mitä mää harjoittelen. Ettei siinä sen puoleen ole mitään.
- 7 OL: Joo, ja se on hyvä, että sä oot näin sitkee liikkuja. Ja sitä kyllä vähän vois ruveta rajoittamaankin, että
- 8 (tauko) mut jutellaan vielä silloin iltapäivällä ihan kahen kesken näistä asioista.

Ote kolme kuvaa tilannetta, jossa asiakas ei asetu ottamaan vastaan hänelle tarjottua neuvoa. Osaston lääkäri kertoo asiakkaan kanssa käytyä keskustelua suositeltavista liikuntamuodoista (rivit 1-2). Asiakas hyväksyy lääkärin puheen minimipalautteella. Lääkäri ei saa varmuutta asiakkaan hyväksynnästä ja siirtyy suoraan neuvonantoon liikunnan rajoittamisesta (rivit 4-5). Tauot ja takelut ” sit, niitä, niiku” ja argumentointi lääkärin neuvonannossa merkitsevät, että hän varoistaa puhettaan, koska tilanne on ristiriitainen asiakkaan näkökulman kanssa. Asiakkaalle

liikunta on lähes ainoa asia elämässä ja niinpä hän keskeyttää lääkärin puheen ja torjuu neuvonannon jatkamisen tuomalla esiin omaa tietämystään (rivi 6). Vaikka osaston lääkäri kehuukin asiakkaan liikunta-aktiivisuutta, hän ei hyväksy asiakkaan liikuntatapaa, joka rasittaa polviniveä. Hän toistaa suoran neuvon (rivi 7). Asiakas ei vastaa neuvoon pitkän tauon jälkeenkään. Vastaamattomuus on merkki vastustamisesta. Lääkäri puolestaan ratkaisee ristiriitatilanteen siirtämällä sitä myöhempään ajankohtaan (rivi 8).

Suosituspuheen funktio oli neuvoa ja hakea yhteisymmärrystä päätöksille ja kuntoutustoimenpiteille sekä varmistaa asiakkaan sitoutumista päätöksiin. Muodoltaan puhe oli suostuttelevaa, vakuuttelevaa ja neuvovaa. Puheen sävy oli hienovaraista. Suosituspuhetta käyttivät useimmiten lääkärit, joskus fysioterapeutti ja psykologi. Useimmiten positiokombinaatioksi muodostui *neuvoja jakava työntekijä- hyväksyvästi kuunteleva asiakas*.

Suosituspuheessa oli keskiössä aina jokin pulma ja sen ratkaisumahdollisuudet ja siksi se tuotti myös odotuksen neuvonnasta. Neuvonnan suunta oli pääsääntöisesti ammatillisesta asiakkaaseen päin. Suosituspuheessa neuvoteltiin samalla ammatillisen intervention tai avun tarpeesta. Keskustelu oli helposti epäsymmetristä. Suosituspuheessa asiakkaat olivat aktiivisimmin mukana vuorovaikutuksessa. Erilaisten kehotusten, neuvojen ja suositusten sekä toimintaohjeiden jälkeen usein asiantuntijat päätyivät ehdottamaan jotakin ratkaisua, jolloin asiakkaat tulivat keskusteluun mukaan *myötäilijöinä*, tai jos he olivat eri mieltä ehdotuksesta *neuvottelijoina*.

Useimmiten puhe kuulosti neuvottomalta ja se saattoi päättyä yhteen vaihtoehtoon esimerkiksi eläkehakemuksen valmisteluun. Mikäli päädyttiin eläkehakemukseen kuntoutuksen mahdollisuuksista ei keskustelu. Suunnittelu sisälsi lähinnä lääketieteellisiä toimenpiteitä kuten lääkekokeiluja. Vaikka asiantuntijat suosittelivat eri vaihtoehtoja epävarmuus asioiden toteutumisesta jäi asiakkaan vastuulle ja asiakkaan sitoutumista tehtyihin ehdotuksiin ei keskusteltu.

4. 2. 6 Arkielämäpuhe: ” Sen huomaa kun...”

Arkielämän puheen tunnistuspiirteitä olivat asiakkaan ilmaisemat omat kokemukset ja tuntemukset siitä, miten hän on selviytynyt arjesta ja työstä sekä miten hän on toiminut muiden ihmisten kanssa perheessä ja työntekijänä.

Ote 1 (s. 39-40)

1 OL: Tässä on vielä sitten, tänään mulla, kävit tossa neurologilla (.) ja mä oon tällöisen pikkuisen lappusen

- 2 laittanu. Kyl tässä vähän kaularankakulumaan liittyen on tämmöistä (lukee paperista) kaularangan asen-
 3 toihin liittyen tätä tämmöistä aivoverenkiertohäiriötä. Vältettävä pään taakse kallistumista ja pitkää kyykis-
 4 telyä. Eli niistä voi tulla se huimaustuntemus ja (.) niitä riskejä (tauko)
 5 K6: Eka kerran mää niinkun uinnissa huomasin, kun mää uin rintauintia, niin heti alko pyörryttämään. Se oli
 6 semmoinen negatiivinen homma, kun tykkään siitä uimisesta. Sitten mä jäitin vähäks aikaa
 7 pois (.) Hurjalta tuntu ja oli pitkän aikaa, etten mää kokeillukaan edes sitä sitten. Kun mää menin, niin ei
 8 kestäny kun parisataa metriä.

Lääkäri ja asiakas muodostavat yhteisen näkemyksen samasta ongelmasta eri kielillä. Lääkäri muotoilee asiakkaan ongelman omalla lääketieteellisellä sanastollaan ja asiakas hyväksyy sen omalla arkielämänsä kielellään. Arkielämän puheessa konkretisoituvat esimerkiksi terveydentilan aiheuttamat ongelmat päivittäisissä toiminnoissa, työssä ja harrastuksissa. Asiakkaalle tuli merkitykselliseksi oma toimintakyky. Ongelmat ja rajoitteet hän käsitteli arkielämän tarpeiden termeillä. Puheen funktio oli oman asiantuntijuuden korostaminen. Asiakkaat käyttivät tätä puhetta eniten. Asiantuntijoiden arkielämän puhe konstruoitui tilanteissa, joissa he puhuivat asiakkaan puolesta käyttäen asiakkaan omia kuvauksia ja sanoja kuten esittelypuheessa ja arviointipuheessa. Puheessa asiakas asemoi itsensä *asiantuntijaksi ja kokijaksi*. Työntekijästä tuli useimmiten *myötäilijä*.

4. 2. 7 Hallinnollinen puhe: ”Pannaan pallo pyörimään.”

Hallinnollista puhetta kuvasi byrokraattinen sanasto ja viittaukset oman ja muiden organisaatioiden toimintatapoihin, normeihin, säädöksiin ja kriteereihin, joiden soveltamisesta ammatti-ihmiset vastasivat.

Ote 1 (s. 4)

- 1 OL: [lyhennetty] ja sit annan semmosen kortin reseptejä ja näitä eläkehakemuksia //varmaan sinne
 2 SOS: //jollei panna ihan // kirjekuoreen ja oikein mukaan, että vaimo voi varmaan sitten auttaa niiden
 3 täyttämässä kun tietää paremmin näistä sun työajoista ja tämmösistä, mitä papereita sulla kotona on*
 4 OL: jhoo, jhoo (.) että ku mä niinkun ite mietin että näkis tärkeenä tän, että se pallo pyöryttätäs sille omalle
 5 lääkärille että, et tota sitten tuli ehkä tää että mikä ois sitten semmonen taho mistä vaimo saisi tarvittaessa
 6 tukea ja apua se sitten kans tossa tuli mieleen me kyllä sovittiin, että vaimo hän voi mulle nyt soitella sit
 7 ten kun nää lausunnotkin tulee jos tulee asioita mieleen mitä haluaa kysyä mut että, tavallaan paljohan
 8 siinä vastuuta sitten jää jatkoasioitten hoitamisessakin jää vaimolle.
 9 KU: Ja kyllä se minusta oma lääkäri jollain tavalla tavattoman tärkeä asia tässä on niin paljon tällaisia erilaisia
 10 asioita niin on yks joka tuntee kaiken ja tietää tän historian ja ...

Puhe oli hallinnollista silloin kun puhuttiin yhteistyötahoista, yhteydenotoista eri organisaatioihin, asiakkaan käyttämistä eri organisaatioiden palveluista, erilaisten dokumenttien kuten reseptien, läheteiden, todistusten (sairasloma, kuntoutustuki) ja lausuntojen kirjoittamista työnantajaa, eläkelaitosta, työvoimatoimistoa ja KELA:a varten. Puheen funktiona oli erilaisten toimeksiantojen organisointi ja käynnistäminen. Hallinnollista puhetta käyttivät lääkärit, sosiaalityöntekijät ja asiakkaat. Kuitenkin eniten lääkärit. Tässä puheessa ammattilaiset asemoituvat *byrokratian asiantuntijoiksi* kuten myös ne asiakkaat, jotka tätä puhetta käyttivät.

Metaforisesti puheessa mainittiin usein asiakkaan pyörimisestä ja pyörytyksestä eri organisaatioiden piirissä. Puhe sisälsi tehtävien siirtämistä organisaatiolta toiselle. Jokaisessa kokouksessa käytettiin hallinnollista puhetta.

4. 2. 8 Empatiapuhe: ”Ymmärrän...”

Empatiapuheen tunnistuspiirteitä olivat ammattilaisten toistamat, täydentämät tai tulkitsemat asiakkaan ilmaukset (ote 1, rivi 2-3). Puheella ilmaistiin myös ymmärrystä asiakasta kohtaan sekä hänen asemaansa asettumista ja tilapäisen samastuksen kautta tilanteen kokemista asiakkaan kannalta (ote 1, rivit 4-6).

Ote1 (s. 11)

- 1 PSY: [Lyhennetty]..et sul on niinkuin jotenkin ihan, ihan niiku selkeä kuva tästä omasta tilanteesta, hyvin
 2 realistinen ja järkevä. Että ehkä enemmän voisit pitää melua itestäsi (naurua), että kun tuli semmoinen,
 3 kun sä kerroit, että ei niinkuin kuultu siellä kuin hait sitten sitä apua terveydenhuollosta*
 4 OL: Niin mä mietin ihan tätä samaa asiaa kanssa että, et jos niiku esimerkiks minä nyt joutuisin
 5 työvoimatoimistoon ja mulle ihan mitä tahansa tarjottas, vaikka aa, (.) yösanomalehen jakamista, mä tiän
 6 etten mä en niiku voi tehdä yöllä töitä, niin joutusinko mä sen takia mustalle listalle siellä. Sähän niiku//
 7 K2: //mh//
 8 OL: omia rajojas, sä oot niinkuin löytänyt ne sillä lailla (.) niinkuin, että tämmösen epäsäännöllisen ja muu
 9 hun työhön et kykene eli se pitää niinkuin nyt todistaa ison raadin et, et niiku
 10 K2: mh

Ote 2 (s. 24)

- 1 PSY: [Lyhennetty] Niin mä olisin sitä mieltä, että kyllä se sitten että vois ajatella jo, että (tauko) että työstä
 2 voisi jättäytyä pois. Ja niinkun (tauko) et se ois perusteltua. Mutta tietysti se niinkun liittyy tähän
 3 itsearvostusasiaan, että se arvo tulee niistä työn tekemisestä. Tietysti työtähän on monenlaista. Eihän se
 4 oo pelkästään palkkatyötä. Ja tota sullakin on Mikko iso perhe ja sua tarvitaan jatkuvasti sun talossa
 5 siinä että...

Ote 3 (s.28)

- 1 PSY: No mitä oot, Mikko oot mieltä?
 2 K4: En oikein osaa nyt sanoo (itkee)
 3 PSY: mm
 4 OL : mm
 5 K4: Kyllä ehkä pikkusen mua helpottaa että vähän tulee selevää. (tauko) Kyllähän mä suuttunu oon.
 6 OL: Niin se on varmaan semmoinenkin, että kun sää oot koko ajan kuitenkin toivonu, että, et sä tulisit
 7 terveeksi ja tulisit työkykyiseksi, ja sit kuitenkin näitä, monelta puolelta tätä rajoitetta tulee. Ja, ja tota pal
 8 jonhan sinusta löytyy positiivisia asioita, et se kannattaa kans muistaa.

Puheen funktiona oli myötätunnon ja ymmärryksen osoittaminen. Asiakkaan tunteiden ilmaisuille annettiin mahdollisuus ja ne otettiin puheeksi. Eniten empatiapuhetta käyttivät psykologi ja osastonlääkäri. He yrittivät eläytyen ymmärtää potilaan ongelmilleen ja elämäntapahtumilleen antamia merkityksiä. He käyttivät empatiapuhetta silloin, kun tilanne oli ristiriitainen asiakkaan odotuksiin nähden tai asiakkaat ilmaisivat tunteensa sanallisesti tai nonverbaalisesti itkien tai huokaisten. Puhetta käytettiin kolmessa kokouksessa suunnitteluvaiheessa. Empatiapuheen mer-

kittävä piirre oli voimavaralähtöisyys (ote 3, rivit 7-8). Asiakkaasta ja hänen elämäntilanteestaan yritettiin löytää positiivisia ja kannustavia tekijöitä. Empatiapuheessa asiakas asemoitui *tunteuksiinsa ilmaisevaksi asiakkaaksi ja ammattilainen myötäeläjäksi ja ymmärtäjäksi*.

Yhteenveto

Kaikissa kymmenessä kokouksessa käytettiin kaikkia puheita paitsi empatiapuhetta. Sitä käytettiin kolmessa kokouksessa, joissa asiakkaat osoittivat tunteitaan. Empatiapuheen sisällössä nostettiin esille asiakkaan voimavarat, kun muissa puheissa korostui asiakkaiden ongelmat ja rajoitteet. Lääketieteellisessä puheessa ja arviointipuheessa ammattilaiset käyttivät asiakkaan tilanteiden tulkintaresurssina ammattisanastoaan ja omia termejään. Tyypillistä näille puheille oli, että saman puheen sisällä ammattilaiset puhuivat sekä toisilleen käyttäen omaa käsitteistöään ja samalla yrittivät kohdentaa puhettaan asiakkaille selkokielellä.

Kokouksen keskusteluissa lääkärit käyttivät kaikkia puheita, psykologit arviointipuhetta, mahdollisuuspuhetta, suosituspuhetta ja empatiapuhetta. Sosiaalityöntekijän repertuaareihin kuuluivat hallinnollinen puhe ja arviointipuhe, fysioterapeutin arviointi- ja suosituspuhe sekä toimintaterapeutin arviointipuhe. Kaikki asiakkaat käyttivät arkielämäpuhetta, yhtä lukuun ottamatta. Hän osallistui keskusteluun minimipalautteella.

Asiantuntijat ja asiakkaat saattoivat ottaa käyttöönsä toistensa tulkintarepertuaareja. Lääkärit ja psykologit ottivat käyttöönsä asiakkaan yleisimmin käyttämää arkielämän puhetta kuvatessaan asiakkaan kokemuksia. Jotkut asiakkaista saattoivat käyttää kokemuksen kautta kertynyttä lääketieteellistä sanastoa oman tilansa merkityksellistämiseen. Toiset asiakkaista käyttivät asiantuntevasti hallinnollista puhetta. He olivat käyneet läpi jo useita kertoja kuntoutuksen eri organisaatioiden toimenpiteitä ja asioineet eri virastoissa. Pääasiallisena kommunikaatiomuotona oli informaation jakaminen ja kysymysten tekeminen.

Taulukossa 3 on esitetty yhteenveto kokouksessa käytetyistä tulkintarepertuaareista, niiden tunnuspiirteistä, puheiden funktioista, kommunikaation muodoista sekä asiakkaan ja ammattilaisten aseman vaihteluista eri puheissa.

Taulukko 3. Suunnittelukokouksessa käytetyt tulkintarepertuaarit.

Tulkintarepertuaarit	Tunnuspiirteitä	Funktio	Kommunikaation muoto	Asema: Ammatilainen/ Asiakas
Esittelypuhe <i>"olenko se minä?"</i>	Historia, tapahtumien menneisyys	Osallistujien orientoiminen asiakkaan tilanteeseen	Informaation jakaminen	Kertoja ja tiedon välittäjä/ Kuuntelija ja tarkentaja
Lääketieteellinen puhe <i>"sinullahan on ongelmaa"</i>	Sairaus, terveys, hoidot, lääkitys, rtg-lausunnot, lääketieteen sanasto	Terveydellisten ongelmien identifiointi, diagnoosi	Informaation jakaminen	Tulkitsija, diagnoosija, välittäjä/ Korjaaja
Arviointipuhe <i>"kaivetaan ne rajoitteet esille"</i>	Testien tulokset, työstä ja arjesta selviytyminen, kriteerit	Työ- ja toimintakyvyn ongelmien ja rajoitteiden identifiointi	Informaation jakaminen, kysymys-vastaus	Esittäjä/ Myötäilijä
Mahdollisuuspuhe <i>"pitää miettiä, kahtoo ja aatella jos jotakin löytys"</i>	Kuntoutuksen vaikutus, vaihtoehdot, ratkaisuehdotukset	Vaihtoehtojen tarjoaminen	Neuvottelu, kysymys-vastaus	Kuntoutusmahdollisuuksien asiantuntija/ Oman elämän asiantuntija
Suosituspuhe <i>"kannattais huomioida"</i>	Neuvot, kehotukset, kannanotot, toimintaohjeet, päätökset	Yhteisymmärrys ja sitoutumisen löytäminen	Informaation jakaminen, kysymys-vastaus, neuvottelu, suostuttelu	Neuvojen ja ohjeiden antaja, Neuvottelija/ Vastaanottaja ja neuvottelija
Arkielämäpuhe <i>"sen huomaa kun"</i>	Omat kokemukset ja tuntemukset	Tarpeiden ja toiveiden ilmaiseminen	Kommentointi	Myötäilijä/ Kokija
Hallinnollinen puhe <i>"pannaan pallo pyörimään"</i>	Byrokratiasanasto, yhteistyötahot, käytännön järjestelyt ja toimenpiteet	Toimenpiteiden organisointi	Kysymys-vastaus, pyynnöt	Byrokratian asiantuntija/ Byrokratian asiantuntija
Empatiapuhe <i>"ymmärrän"</i>	Tunnesanasto, viittaukset asiakkaan persoonaan ja voimavaroihin	Ymmärtämisen, myötäelämisen ja hyväksymisen osoittaminen	Asiakkaan ilmausten toistot, täydentämiset, tulkitsemiset	Myötäeläjä/ Tunteiden ilmaisija

4.3 Asiakkaan asema keskustelussa

Suunnittelukokouksen rakenne sekä kokouksessa käytetyt puheet tuottivat erilaisia osallistumisen positioita niin asiakkaille kuin ammattilaisillekin. Asiakkaiden positiot vaihtelivat kokouksesta toiseen ja saman kokouksen eri vaiheissa asiakkailla oli erilaisia positioita. Kokouksen kuluessa jotkut asiakkaat olivat kaikissa positiossa ja jotkut vain yhdessä positiossa. Tutkimuksen tuloksena olen päätenyt viiteen erilaiseen asiakkaan asemaan: asiakas sivustaseuraajana ja myötälilijänä, keskeyttäjänä, tietäjänä, konsulttoijana sekä neuvottelijana. Neuvottelijan asemassa olen esitellyt kaksi erilaista neuvottelijaa. Näissä esimerkeissä neuvottelutilanne muodostui kun asiakkaan ja ammattilaisen näkemykset erosivat toisistaan. Neuvottelu rakentui asiakkaiden ja ammattilaisten välillä perustelujen kautta ja loi hieman erilaisen aseman näille neuvottelijoille. Autenttisia otteita analysoidessani tarkastelen kuinka niissä käytetään aikaisemmin tuloksina esitetämiäni puheita.

4.3.1 Asiakas myötälilijänä ja sivustaseuraajana

Silloin kun asiakas osallistui keskusteluun ja keskustelu eteni hänen tavoitteidensa suunnassa ja hän oli samanmielinen ammattilaisten kanssa, hänestä tuli keskustelun *myötälilijä*. Myötälililissä asiakas saattoi olla enemmän tai vähemmän sidoksissa keskusteluun. Hän ilmaisi osallistumistaan minimipalautteella tai lyhyillä kommentteilla kuten aikaisemmin esitetyt autenttiset esimerkit osoittavat. Kuullessaan puheen, asiakkaalla oli sosiaalinen asema joukon jäsenenä. Tilanne oli toinen, jos asiakas ei ilmaissut edes minimipalautteella kuunnelleensa tai hänelle ei annettu mahdollisuutta osallistua. Tällöin asiakas asettui *sivustaseuraajan* asemaan tai se tuotettiin hänelle.

Ote 1 (s. 10) ” ei kokenu testejä...”

- 1 FTO: Joo, jos aletaan tästä kävelytestistä, siinä aika oli 17 min 40 sek ja loppusyke oli 135 elikkä tän
- 2 perusteella tää oli vähän keskimääräistä matalampi verrattuna saman ikäisiin. Mutta että ei kokenu testejä
- 3 erityisen rasittavaksi ja jäi semmoinen vaikutelma niiku ois vielä ollu vara kyllä puristaa että, se vähän
- 4 saattoi madaltaa sitä tulosta. Ja Invalidisäätiön suorituskykytestien perusteella yläraajojen lihasvoimat on
- 5 erittäin hyvät eli kummastakin tuli tää kuntoluokka 5 ja vatsalihasten voima on välttävä, siinä pikkasen
- 6 kiinnittää huomiota jatkossa. Selkälihasten voima oli hyvä. Ja sitten nää isometriset voimat suhteutettuna
- 7 kehon painoon, vatsalihasten voima oli välttävä eli tää kakkos kuntoluokka ja selkälihasten isometrinen
- 8 voima oli heikko ja ne me käytiinkin läpi. Ja suorituskykytestissä tuli esiin näitä ongelmia tässä alaselän
- 9 hallinnassa ja tämän vuoksi ohjeita selänhallintaharjoituksiin. Mulla ei oikeestaan muuta.
- 10 OL: jhoo

Otteessa fysioterapeuttiopiskelija puhuu fyysisen kunnon arviointipuheessaan asiakkaasta kolmannessa persoonassa. Keskustelussa muutos yksikön toisesta persoonasta yksikön kolmanteen persoonaan merkitsee muutosta osallistumisessa. Kolmannen persoonan käyttö jättää lausuman avoimeksi ja avoimeksi myös sen kuka käyttää seuraavan vuoron. (Tainio 1997, 176). Yllä olevassa episodissa osastonlääkäri vastaa minimipalautteella ja asiakas vaikenee. Puhujan käyttäessä asiakkaasta kolmatta persoonaa ja kertoessaan hänen kokemuksistaan tai suorituksistaan ikään kuin irrallaan asiakkaasta, eivät asiakkaat reagoineet siihen myöskään minimipalautteella.

Ote 2 (s. 61) ” Luuleks sää että pystyisit...?”

- 1 OL: Miten jos miettis tätä, tätä sun fyysisen kunnon ihan tämmöstä ohjelmaa. Luuleks sää että sä pystyisit
- 2 jollainlailla noudattamaan, että rupeisit liikuntaa lisäämään? Ja sitten kyllä mun mielestä tää fysioterapian
- 3 minkä Teuvo on kirjottanu se kannattaa kyllä //niiku// käyvä läpi, se voi oleellisesti sit ...

Asiakkaalle tuotettiin sivustaseuraajan asema, kun hänelle esitettiin kysymys, johon joku muu vastasi hänen puolestaan. Ammatillaiset jatkoivat kysymyksen jälkeen keskustelua tai kysymyseen ei vastannut kukaan kuten otteessa 2. Otteessa osastonlääkäri ehdottaa mahdollisuuspuheessaan suunnitelman tekemistä fyysisen kunnon kohentamiseksi. Hän haluaa varmistua asiakkaan sitoutumisesta liikunnan lisäämiseksi suosituspuheella. Lääkäri asettuu *epäilevän kysyjän* asemaan. Ennen kuin asiakas oli ehtinyt vastaamaan, lääkäri jatkaa suunnittelua suosituspuheella. Aiheeseen ei enää palattu myöhemmin eikä suunnitelmaa ohjelmasta tehty. Puhuttaessa asiakkaan psyykkisestä toimintakyvystä asiakkaat asemoituivat lähes aina sivustaseuraajiksi.

4. 3. 2 Asiakas keskeyttäjä

Keskustelun kokonaisrakenteesta ja puheenvuorojen järjestyksestä pidettiin kiinni erityisesti kokouksen aloitusvaiheessa ja kuntoutustutkimuksen tulosten kertomisen vaiheessa. Asiakkaalle ei tässä vaiheessa annettu mahdollisuutta keskusteluun. Näin toimiessaan asiantuntijat asemoivat asiakkaan tiedon *passiiviseksi vastaanottajaksi*. Asiakkaat lähes poikkeuksetta asemoivat itsensä *tiedon tarkentajiksi ja korjaajiksi*, tarkentamalla esim. ammattiaan tai eri toimenpiteiden tai kuntoutusjaksojen päivämääriä (Liite 5). Hänelle sallittiin lyhyet kommentit, korjaukset ja tarkennukset esitettäviin asioihin. Sen sijaan, jos asiakas yritti aloittaa keskustelua ns. ” väärässä kohdassa” häntä kuunneltiin jonkin aikaa ja keskeytettiin puhumalla päälle tai huomauttamalla hienovaraisesti, että keskustelun aika on myöhemmin (ote 1). Kokouksen vaihteellisuus esti asiakkaalle tärkeästä asiasta keskustelemisen silloin kun hän otti sen esille (ote 2).

Häiriötä keskustelun kulkuun aiheuttivat myös asiakkaan väärässä kohdassa kokousta esittämät kysymykset, joihin tosin vastattiin aina, riippumatta missä vaiheessa keskustelua hän niitä esitti. Arkikeskustelun tutkimuksessa onkin osoitettu, että kysymykseen vastaamiseen on vahva moraalinen odotus (Tainio 1997, Heritage 1996). Vaikka kokouksen muodollisuus esti asiakasta osallistumasta, ammattilaisten puheen muotoilu ja asiakkaan puolesta puhuminen loivat asiakkaalle osallistumisen paikkoja houkutellen heitä murtamaan ammattilaisten keskustelua. Keskustelun kokonaisrakenteesta ja otteiden vuorovaikutuksesta tulkittuna asiakkaasta tuli *keskeyttäjä ja häiriön aiheuttaja kokouksen kulkuun*.

Ote 1 (s. 55) ”*Tuota alotetaan ihan näistä tutkimustuloksista ja katotaan sitten, keskustellaan sitten*”

- 1 OL: No niin Luhangan Lauri (.) on tosta (.) kaupungista ja ikkää on 45 vuotta ja, ja tuota tulet
 2 tänne kuntoutustutkimukseen tämmösen rintakehän kivun ja tämmösen rintarangan eiku rintalastan
 3 artriittiongelman takia. Ja ammatti on lähihoitaja ja olet, sinut on niinku siihen jo uudelleen koulutettu. Sä
 4 teit niinku rakennuspuolen hommia ja muuta aikasemmin ja sä et oikeestaan paljo kerenny tässä työssä
 5 ollakkaan kun //sitten
 6 K8: //vuoden//
 7 OL: mmh sitten*
 8 K8: käytännön rupes*
 9 OL: sitten rupes// tämä
 10 K8: //joo//
 11 OL: nämä kivut tulemaan niin hankalaks. Nyt oot sitte ollu työstä poissa ja kovasti sinua on tutkittu monella
 12 puolella ja, ja tuota todettu että tämmönen erikoinen artriitti siellä on
 13 K8: mh
 14 OL: Ja psoriaasikseenhan sen on ajateltu liittyvän että. Työterveyslääkäri lähettää tänne. Minä ymmärsin näin,
 15 että lähinnä näitten niiku arvioitavaksi että mikä tää kunto on ja sitten tämmösten rajoitusten ja suoritusten
 16 aikaansaamiseksi, että mitenkä tästä etteenpäin. Tereksan lääkitys mennee
 17 K8: //mmh
 18 OL: ja kipulääkkeitä tarvittaessa. Jos myö nyt //käyvään*
 19 K8: //kymmenen// milliiä viikossa
 20 OL: Joo, kerran päivässä, kerran viikossa, joo. Tuota alotetaan ihan näistä tutkimustuloksista ja katotaan sitten,
 21 keskustellaan sitten. Laura (tark. fysioterapeuttia) se pääsee ihan tuoreeltaan alottamaan.

Otteessa 1 osastonlääkäri aloittaa kokouksen esittelypuheella puhuen asiakkaan puolesta ja käyttää yksikön toista persoonaa kertoessaan asiakkaan taustatietoja (rivit 1-5). Näin hän suuntaa puheensa asiakkaalle ja muut osallistujat ovat sivustaseuraajia. Arkikeskustelun tutkimuksessa puheen suuntaamisen on todettu avaavan mahdollisuuden toiselle osapuolelle osallistua keskusteluun. Suunnatussa puheessa puhuja ei myöskään ole enää vastuussa kertomastaan vaan kuulija. (Tainio 1997.) Asiakas ottaa tämän vastuun riviltä 6 alkaen ja tarkentaa kertomusta käyttäen arkielämän sanastoa. Asiakas ei ollut tietoinen kokouksen muodollisuudesta ja käyttää resurssina kokemustaan arkielämän keskustelusta.

Asiakas ja lääkäri keskeyttävät jatkuvasti toistensa puheen ja ajoittain molemmat puhuvat myös päällekkäin. Rivillä kahdeksan asiakas yrittää aloittaa omaa selontekoaan siitä, miksi oli ollut vain vuoden työssä. Lääkäri kiirehtii puhumaan päälle ja kertoo asiakkaan puolesta mikä ”rupes” hankaloittamaan työntekoa. Minimipalautteella asiakas osoittaa kuuntelevansa, kunnes puheessa tultiin asiakkaan lääkkeiden käyttöön. Osaston lääkäri yrittää siirtyä keskustelun kokonaisrakenteeseen ” jos myö nyt käyvään...” (rivi 18) tarkoittaen testituloksia, mutta asiakas haluaa vielä korjata kertomusta ja ottaa käyttöönsä lääketieteellisen puheen. Lopulta lääkäri kertoi mikä on kokouksen järjestys ja korosti vielä sanomaansa ääri-ilmaisulla ” Tuota alotetaan *ihan näistä tutkimustuloksista ja katotaan sitten, keskustellaan sitten* ” tietyssä esitysjärjestyksessä pysymistä. Kyseinen asiakas sai vielä toistamiseen puheenjohtajan huomautuksen ”*käyään nyt nää kaikki läpi ja mietitään keskustellaan sitten kun kuullaan tuloksia, joo*” aloittaessaan keskustelua fysiatriin kanssa ennen puhejärjestyksessä olevaa psykologia.

Seuraava ote on esimerkki siitä, kuinka asiakas yrittää saada keskustelua hänelle tärkeästä aiheesta väärässä kohdassa kokouksen kulkua.

Ote 2 (s. 73-74) ”*elikkä...*”

- 1 FY: Joo, tota (tauko) oonhan kirjannu oikein, että näihin tulee se säteily, peukaloon ja etusormeen?
- 2 K10: Se on vähän semmoista (tauko) tuo etusormi ja keskisormi on ollu (.)
- 3 FY: Ei, ei tähän pikkusormeen?
- 4 K10: Semmoista pientä pistelyä on ollu, mut näin (.)pahimillaan, et se veti näitä niveliä
- 5 FY: Joo (.) elikkä*
- 6 K10: Nyt kun oon fyskaalisessa siellä käyny viimeisen jälkeen (.) enempi painottanu käsittelyä tänne (.) tänne
- 7 niin ihan niin kun se ois (.) Menee sanotaan viikkoja, että tuota (.) ei tunnu mitään. Tulee semmoisia
- 8 jaksoja (.)*
- 9 FY: Elikkä
- 10 K10: Kyljellä nukkuessa vallankin (.) Mää oon jo patjankin vaihtanu sen takia, että jos se on liian kova, mutta
- 11 tuota (.) vielä kannattas kokeilla pehmeämpää patjaa, niin*
- 12 FY: Elikkä tota (.) tässä on kolme kertaa katottu magneetti ja se on se sama se löydös, et se ei oo muuttunu.
- 13 Että se Th 7, 8 oikealla(.) jossa on päädytty sitten konservatiiviselle linjalle. Mä tän käsioireen vuoksi
- 14 tilasin tän EMG- tutkimuksen, niin se näyttäs, että täällä kyynärpäässä ois semmoinen ulnaris-niminen
- 15 hermo puristuksessa, mutta (.) se hermottaa näitä sormia. Elikkä sille minä en tekis mitään. Se on
- 16 tutkimuslöydös, joka sopii huonosti oireeseen. Näin joskus on.
- 17 K10: Joo.

Otteessa 2 lääkäri ja asiakas puhuvat toistensa ohi, koska heidän puheellaan on erilainen funktio. Myöskin oireiden merkitys on erilainen lääkärille kuin asiakkaalle. Lääkäriin tavoitteena on osoittaa röntgenlausunnon ja potilaan kokemien oireiden välistä yhteyttä varmentaa lääketieteellistä diagnoosia. Lääkäri tekee kysymysten sarjan käyttäen lääketieteellistä puhetta ja asiakas vastaa käyttäen arkielämän sanastoa. Asiakkaalle on merkityksellistä oireiden helpottuminen. Lääkäri yrittää keskeyttää useaan otteeseen asiakkaan puheen tehdäkseen omat johtopäätöksensä. Lääkäri ei ollut kiinnostunut tässä vaiheessa siitä, mikä asiakasta auttaa, joten vielä

ei ole aika puhua kuntoutusmahdollisuuksista. Myöhemmin kokouksen lopetusvaiheessa, jossa asiakkaalle annettiin puheenvuoro, hän palasi vielä fysikaalisen hoidon positiivisiin vaikutuksiin, joita hän pohjusti otteessa 2. Asiakas pyysi lähetteen fysikaaliseen hoitoon ja sai sen.

4.3.3 Asiakas tietäjänä

Puheenaiheen aloittajilla on kontrolli puheen aloittamisesta ja myös lopettamisesta sekä siitä, mitä otetaan puheenaiheiksi. Aloitteentekijöinä puheenaiheissa olivat useimmiten ammattilaiset. Asiakkaat ottivat harvoin esiin uutta puheenaihetta (Liite 5). Toisin sanoen ammattilaiset kontrolloivat ja hallitsivat aiheillaan ja kysymyksillään keskustelua.

Vaikka puheenaiheiden aloittajina olivat ammattilaiset, he haastoivat asiakkaan osallistumaan keskusteluun kysymyksillään. Kun asiantuntijat esittivät kysymyksiään, he samalla osoittivat, että heillä oli jonkinlaista tietoa aiheesta, mutta vastaajalla sitä oli oletettavasti enemmän tai se oli sellaista, jota asiantuntijat tarvitsivat päätöksistään ja suunnitelmiaan varten. Kokousten episodeissa tehtiin 77 kysymystä, joista ammattilaisten tekemiä yksittäisiä kysymyksiä oli 65. Jotkut episodit saattoivat muodostua pelkästään asiantuntijoiden asiakkaalle tekemistä kysymysten ketjuista. Eniten kysymyksiä asiakkaille esittivät lääkärit. Muut ammattilaiset esittivät yhdestä neljään kysymystä. Kysymysten funktiona oli useimmiten varmentaa lääketieteellistä diagnoosia asiakkaiden oirekyselyillä kuten edellisen luvun otteessa 2 tai selvittää asiakkaiden työkykyä ja työn muutosmahdollisuutta. Liitteessä 5 on tarkempi analyysi kysyjistä, kysymysten määrästä ja funktioista episodeittain.

Ote 1 (s. 19) ”*Luuletko ..?*”

- 1 OL: No luuletko että sä saat itestäsi irti?
- 2 K3: Kyllä, tavataan vuoden päästä uudelleen niin (.) (naurua), motivaatiota ehkä nyt on, oon ollut aivan liian
- 3 laiska viime aikoina liikkumaan.
- 4 OL: Niin, niin ymmärsin että tuli nimenomaan tämmönen ajatus, että sä olet tiennyt aikaisemminkin että pitää
- 5 pyrkiä kuntoa kohentamaan ja tosiaan onhan sulla se koira siellä kotosalla, ollu, että on pitänyt mennä
- 6 mutta sitten pitäis lähteä ihan ilman koiraa ja sauvojen kanssa, tulisi sitten enemmän semmosta, mikä sua
- 7 itteäs hyödyntää että.

Asiakkaalle oli ehdotettu sauvakävelyä kuntoilumuodoksi ja lääkäri esittää otteessa 1 kysymyksen asiakkaan sitoutumisesta siihen. Lääkäri asettui kysymyksellään *epäilevän kysyjän* asemaan. Asiakas haluaisi tukea yritykselleen ja esitti yllättävän uuden innovaation organisaation toimintaan, motivaationsa seurannan. Näin toimiessaan asiakas esitti epäilijälle yhteistä keinoa, jolla hänen motivaatio-ongelmansa voitaisiin ratkaista. Uuteen innovaatioon ei otettu kantaa. Asiakas lievittää naurulla yllätyksellistä ehdotustaan.

Kysymys-vastausrakenteen etuna oli se, että näin asiakas saatiin puhumaan ja tuomaan mielipiteensä ja kokemuksensa esille. Kysymyksen esittäminen oli tapa asettua uuden tiedon vastaanottajaksi. Tehdessään kysymyksiä ammattilaiset siirsivät puheenvuoron asiakkaalle ja varasivat hänelle tilaa sanoa aiheesta jotain sekä osoittivat myös selkeästi asiakkaalle pääsyä puheenaiheeseen. Asettuessaan kysyjiksi asiantuntijat asemoivat asiakkaan *aktiiviseksi osallistujaksi ja tietäjäksi ja kokijaksi*.

4.3.4 Asiakas konsulttoijana

Kaikissa edellä esittämissäni keskusteluepisodeissa aloitteen tekijänä oli ammattilainen. Tämä säännönmukaisuus murtui muutamassa kohdassa keskustelua. Myös asiakkaat asettuivat kysyjiksi, tosin huomattavasti harvemmin kuin ammattilaiset. Asiakkaat esittivät kokousten episodeissa yhteensä 12 kysymystä (Liite 5). Selkeää kysymisen aikaa asiakkaalle tarjottiin kokouksen lopetusvaiheessa. Asiakkaalle osoitettu kysymys kokouksen lopulla tuntui enemmän retoriselta. Havaintojeni perusteella näytti siltä, että asiantuntijat aikataulun kireyden vuoksi ennemminkin vaivaantuivat kuin odottivat asiakkaan kysymyksiä. Jos asiakas esitti kysymyksen, siihen vastasi useimmiten lääkäri.

Kun asiakkaalle annettiin mahdollisuus kysymiseen ennen kokouksen päättämistä, puolet asiakkaista nosti jonkin heille tärkeän asian esille. Yksi asiakkaista toi esille pelkonsa kokoukseen osallistumisesta ja motivaatio-ongelmat testejä kohtaan. Kaksi kuntoutujaa nosti esille toimeentulonsa ja kaksi asiakasta kysyi hoito-ohjeita tai harjoitusohjelmasta. Loput esittivät kiitokset tai yleisen arvioin jakson kokemuksista. Yksi asiakkaista ei saanut mahdollisuutta käyttää tätä tilaisuutta kokousajan ylittymisen vuoksi, vaikka hänelle kysymys esitettiin. Asiakkaiden spontaanit kysymykset kysymysajan ulkopuolella olivat lausuntojen ja läheteiden pyytämistä sekä yksi puheenvuoron pyytäminen. (Liite 5). Kaikille asiakkaille annettiin kuitenkin tilaisuus vielä ”*jutella ihan kahen kesken iltapäivällä*” kokousajan ulkopuolella.

Koko aineistossa neljä asiakasta ryhtyi joissakin heitä askarruttavassa kysymyksessä konsulttoimaan ammattilaisia. Yhden asiakkaan puolesta fysiatri aloitti fysioterapeutin konsultoinnin, jota asiakas jatkoi myöhemmin. Muuten asiakkaat esittivät pyyntöjä lääkeresepteistä ja fysikaalisesta hoidosta sekä määräämisestä kuntoutustuesta ja sairauslomista. Kaikkiin pyyntöihin suostuttiin. Tämä osoittaa, että asiakkaat tunsivat lääkäreiden toimintakulttuurin ja käyttivät sitä hyödykseen.

Seuraavat otteet (1-4) kuvaavat sitä miten asiakas sai konsultaatioapua asiantuntijoilta ja miten hänen pyyntöihinsä vastattiin.

Ote 1 (s. 17) ”Miten vois sillei edesauttaa?”

- 1 K3: Miten sitä voisi niinkuin sillein edes auttaa sitä, ettei se ei lisäähtautus se hermo siellä joutus puristuksiin ja
- 2 muuta.
- 3 FY: Tietenkin välttää tapaturmia, että niskat ei retkaha ja sitten pitämällä niskalihakset kunnossa. Minusta
- 4 kuulostas, että sauvakävely ois sinun laji.
- 5 K3: mm
- 6 FY: Sulla oireet häviää käsiheiluttelusta, niin mäkiseen maastoon ja sauvakävelemään, niin tulis hartiaseu-
- 7 tuun liikettä ja rintarankakin vähän pysys liikkuvampana.
- 8 K3: mm

Fysiatri oli tulkinut röntgenkuvat ja tehnyt niiden pohjalta diagnoosin ja johtopäätöksensä asiakkaan niskavaivoista. Oteessa 1 asiakas liittoutuu lääkärin kanssa tekemällä kysymyksen käyttäen lääketieteellistä sanastoa ja tulee näin huomioiduksi, vaikka kysymys tuleekin väärässä kohdassa kokousta ennen varsinaisen suunnitteluvaiheen alkamista. Asiakkaan lääketieteellinen sanavalinta suuntasi kysymyksen fysiatrielle eivätkä muut asiantuntijat osallistuneet keskusteluun, vaikka kysymys kosketti heidänkin asiantuntijuusalueitaan. Lääkäri antoi ohjeitaan käyttäen suosituspuhetta. Minimipalautteella (mm) asiakas osoittaa kuuntelevansa.

Ote 2 (s. 29) ”Millä parantais selkää?”

- 1 OL: Tulisko sulle itelle mieleen jotain, mitä haluaisit tässä meiltä tältä porukalta kysyä, että (.)
- 2 K4: Ei oikeestaan, ei oikeestaan semmoista*
- 3 OL: Joo, joo.
- 4 K4: Mä just mietin että, et niiku millä parantais (.) selkää ja (itkee)
- 5 OL: Jonkun verran voi lääkityksen muutoksella tulla niinkun tähän sun näihin kipuihin niinkun voi tulla apua.
- 6 Mut että sinällänsä nää, mitä siellä selässä on näitä, muutoksia tai tätä jäykkyyttä ja kulumaprosessia, niin
- 7 niitähän ei niinkun pois saaha, että (.)
- 8 KU: Että tää mielialakin varmaan kannattaa sitten (tauko) ehkä toi vointi vois vielä tarkoittaa, vähän koettaa
- 9 saada tukee ja muuttaa lääkityksiä (.) Ehkä siinä löytyy kans jotain sentyyppistä, et ois elämä tässä mieles-
- 10 sä helpompaa.
- 11 PSY: Ilman muuta siihen varmaan vois saaha helpotusta. Ja jos oot ite vaan (.) motivoitunu ja kiinnostunu (.) ja
- 12 sillei että löytys sit siihen keskusteluun täällä tilaisuus (mutinaa).
- 13 K4: Kyllä kun saiskin alakuun, alakuun kokeilla tätä (.)
- 14 OL: Kyllä, kyllä varmasti. Sää oot aina niinkun kaikkeen ollu valmis sillä lailla, et sitä estettä ei oo missään
- 15 puolella täällä tullu esille, et sää. Hyvä (.) niin jutellaan vielä kahen kesken tässä iltapäivän puolella sitten
- 16 ennen kotiinlähtöä. Mut jos sulla ei oo mielessä (.) kellään muullakaan nyt ei tässä oikein oo muuta niin
- 17 K4: Niin ei.
- 18 OL: Joo, voiiaan käyvä sit vielä vähän siinä kahestaan näitä asioita läpi, hyvä. Joo.

Oteessa 2 oltiin lopettelemassa kokousta ja asiakkaalle annetaan mahdollisuus kysymiseen (rivit 1-4). Asiakas ei ollut hyväksynyt ajatusta, että hänelle haettaisiin työkyvyttömyyseläkettä. Hän oli halukas yrittämään paluuta työelämään, jos selkävaivoihin löytyisi apua. Lääkärit vastaavat asiakkaan kysymykseen selän parantamiskeinoista lääketieteellisellä puheella (rivit 5-10). Asiakas ilmaisi vaikeuksiaan ja pettymystään itkemällä. Psykologi osallistuu suunnitteluun mahdolli-

suuspuheella (rivit 11-12) ja osaston lääkäri lieventää tilannetta empatiapuheella. Lopuksi hän antaa mahdollisuuden asian käsittelyyn myöhemmin (rivi 16).

Otteen 3 asiakkaalle oli korostettu keskustelun kuluessa omaehtoisen harjoittelun merkitystä ennen luvattulle lihasvoimia ja tasapainoa parantavalle kuntoutusjaksolle tuloa. Fysiatri aloittaa fysioterapeutin konsultoinnin asiakkaan puolesta.

Ote 3 (s. 69) ”Voiks sää yhtään antaa vinkkejä?”

- 1 FY: Voiks sää yhtään antaa vinkkejä, tasapainon harjoittamisen, ehitkö sä antaa (.) niin?
- 2 FT: Tasapainoharjoituksia?
- 3 FY: Niin joo, no sitten niitä lihasharjoitteitahan me, te kävitte.
- 4 FT: Ne käytiin kaikki läpi, katottiin.
- 5 OL: Joo.
- 6 FT: Me käytettiin yks kerta siihen ihan kokonaan.
- 7 FY: Mites toi tasapainolauta?
- 8 FT: Joo, sitä tasapainoo tietysti vois*
- 9 FY: Minusta se on ois tärkeätä, koska jos kaatumisia tulee, niin se tarttee lähteä sitä proprioseptiikkaa rassaamaan...
- 10 FT: joo, joo
- 11 FY: Mut, mut pistä vetämään se kuntoutusjakso ja...
- 12 OL: Joo, joo.

Tämän episodin jälkeen keskusteltiin vielä pitkään tulevan kuntoutusjakson ajankohdasta ja sisällöstä sekä muista mahdollisuuksista, kunnes oltiin kokouksen lopetusvaiheessa ja asiakas halusi tarkennusta ”*proprioseptiikan rassaamiseen*”

Ote 4 (s. 70) ”*se tasapainohomma?*”

- 1 OL: Tuliskos sulla mieleen nyt ihan tältä porukalta tarkentamista tai (.) mitä haluaisit kysyä?
- 2 K9: No ei mulla sen kummempaa. Se tasapainohomma on (tauko) Niin kai se on tää viivakävely ja sitten jonkunlaista heiluvalla lauvalla vai?
- 3 FY: Niin et sitä niinkun horjutetaan hallitusti sitä tasapainoo (.) treenataan koordinaatio.
- 4 Lihakset joutuu vähän töihin.
- 5 K9: Joo, ite ottaa //sen
- 6 OL: Hyvä, tota (.) mä jututan sua vielä tässä keskipäivän tienoissa ihan kahden kesken.
- 7 K10: Joo.
- 8 OL: Että käyvään sit ihan (.) mitä nää konkreettisesti nämä asiat sitten tarkoittaa, mut että tälle suunnitellaan.

Ote 4 on esimerkki kiireestä ja yllätyksellisestä asiakkaan konsultoivasta kysymyksestä. Kysymys oli osoitettu asiantuntijaraadille. Siihen vastasi lääkäri eikä esimerkiksi fysioterapeutti, jonka asiantuntemusalueita kyseinen asia oli. Osaston lääkäri kiirehti päälle puhuen lopettamaan kokousta, koska aikataulussa yritettiin pysyä (rivi 7).

4.4.4 Asiakas neuvottelijana

Kokouksen kuluessa asiakkaat eivät aina olleet yksimielisiä ammattilaisten tulkinnoista tai heidän tekemistään päätösehdotuksista. Silloin yhteisymmärrystä haettiin neuvottelemalla asiakkaan kanssa. Neuvottelutilanteessa molemmat osapuolet pyrkivät puolustamaan ja vahvistamaan omaa

asemaansa tai heikentämään toisen positiota. Argumentoinnillaan puhujat esittävät väitteitä, taivuttelevat, kritisoiivat, oikeuttavat, kätkevät tai tuovat esiin asioita. (Jokinen 1999.) Tässä tutkimuksessa kyse oli suostuttelusta ja vakuuttamisesta sekä oikeuttamisesta. Vakuuttelulla taivuteltiin toisaalta asiakasta hyväksymään kyseinen ehdotus ja toisaalta sitä käytettiin kirjallisissa lausunnoissa, jotka oikeuttivat asiakkaan tiettyihin etuuksiin kuten eläkkeeseen.

Neuvottelutilanne syntyi kokouksen suunnitteluvaiheessa kolmen asiakkaan kohdalla. Yhdessä tilanteessa ei lopulliseen päätökseen päästy. Tulkintojen erilaisuutta syntyi joissakin muissakin tapauksissa, mutta ne eivät johtaneet neuvotteluun. Erimielisyyttä syntyi esimerkiksi siinä, että lääkärit etsivät lääketieteellistä syytä tai tekivät tulkintoja asiakkaan elämästä ja asiakkaalla oli oma tulkintansa asiasta. Liitteessä 5 on eritelty episodeittain missä puheenaiheissa erimielisyyttä esiintyi.

Hyväksyvä neuvottelija ”Jotain yksinkertaista työtä”

Kalle oli sanoutunut irti vakituisesta työpaikastaan vuonna –89 jaksamattomuuden ja selkäsärkyjen vuoksi. Vuoden –90 alkupuolella hän oli ollut kuntoutustutkimuksessa ja todettu työkykyiseksi. Tämän jälkeen oli seurannut erilaisia kuntoutusyrittäjiä ja työnhakua. Ammatinvalinnan ohjauksen jälkeen Kalle hakeutui maanrakennuskoneenkuljettajakurssille ja työllistyi, mutta ei jaksanut tässä työssä vuotta pitempään. Ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien selvityskään ei ollut tuonut ratkaisua. Kalle oli välillä sairaslomilla ja hän sai lääketieteellistä apua ja psyykkistä tukea. Työkyvyttömyyseläkettäkin oli vuosien varrella haettu tuloksetta. Työnhakijana Kalle oli lähes kahdeksan vuotta ja kuten työvoimatoimiston edustaja kokouksessa totesikin ” *ei me varmaan hirveesti kai sitten sulle valittukaan ... (s.25)*” tarkoittaen työtä. Tilanteen selvittämiseksi työvoimatoimisto oli pyytänyt kuntoutustutkimusta jäljellä olevan työkyvyn arvioimiseksi. Kalle itse toivoi, että löytyisi sellainen työ, johon hän pystyisi palaamaan. Ammatillaiset puolestaan ehdottivat pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen hakemista. Tilanne oli ristiriitainen ja ammatillaiset aloittavat argumentoinnin näkökantansa puolesta. Asiakas osallistui keskusteluun minimaalisesti, mutta osoitti itkien tuntemuksiaan ja tulkitsen, että sekin oli jonkinasteista neuvottelua.

Seuraavat episodit kuvaavat tilanteen etenemistä ja asiakkaan asemaa siinä.

Ote 1 (s. 24-25)

- 1 OL: Kyllä tässä mullekin niinkun sillä lailla tulee semmoinen kuva, et tää on niinkun oikeestaan tän 90-luvun
- 2 ajan ollu tää tilanne tämmöinen hyvin niinkun samantyyppinen. Et tässä ei oo oikeestaan ei huonompaan,
- 3 mut ei varmaan parempaankaan suuntaan menty. Että, et kyllä tästä mielialalääkkeestä niihin kipuihin on
- 4 ollu apua. Mut ei varmaan oikein muuten tähän toimintakykyyn. Ja se, se on niinkun se semmoinen tärkeä
- 5 ajatus, mikä mulla kans tuli, että sä ihan hirveästi yrität. Ja sä teet tunnollisesti, vaikka näkee, että sulla on

6 vaikeeta niin sä yrität. Ja, ja pyrit niinkun (tauko) ja sitähan sä kuvasit niitä viimeisiä aikoja siellä että (.)Et
 7 sää olit niin epävarma siitä omasta työstä, et sun piti palata aina ja tarkistaa. Ja, ja sit se niinkun stressas
 8 sua. Ja sä et voinu ajate... ja sit sä sanoitkin, että sullahan ei tullu kuitenkaan virheitä, mut sä pelkäsit hirve-
 9 ästi niitä virheitä. Et niitä tuli toisilla sitten, saatto tulla. Mut sä niinkun vaadit myös iteltä hirveästi. Ja tota
 10 (tauko) ja kyl mä niinkun ne, mietittiin silloin maanantaina sit kun keskusteltiin tuossa, että, et onko sitä
 11 sitten (.) Kun säkin olit toivonu, että pystyisit jonkunlaiseen työhön palaamaan, et onko semmoista työtä
 12 olemassakaan missä sä sitten kuitenkin niinkun turvallisimmiin mielin ja hyvin pärjäisit, ettei tulis semmoista
 13 pettymystä. Tässä on tää 90-luku nyt niinkun katottu ja etitty. Et ei ole löytyny. Et se on niinkun sem-
 14 moinen merkittävä asia että (.) että tota (.) Et en usko, että tässä niinkun edellytyksiä työelämään
 15 palaamiseen enää on. Kyllä mä nimenomaan pitäisin tätä, tätä henkistä puolta siinä hyvin tärkeänä
 16 mukana. Et, et tota (.) mutta että se tietysti, että mitenkä sä sen itelles sitten hyväksyt, että kun sä sanoit,
 17 että sää oot aina halunnu tehdä ja tykkäät fyysisestä työstä ja se arvo tulee niinkun sieltä että, et se on sitten
 18 itelle niinkun hirveen vaikee myöntää tää, etten kykenekään työelämään. No teillä on varmaan jonkunlaisia
 19 suun... selviytyksiä (.) tämmöisestä onks siellä työvoimatoimiston puolella tehty...

Otteessa 1 osastonlääkäri toteaa kuultuaan muiden ammattilaisten lausunnot, että Kallella ei ollut enää edellytyksiä palata työelämään (rivit 14-15). Lääkäri perustelee näkemystään monipuolisesti ennen mielipiteensä esittämistä ja yrittää lieventää sanomaansa asiakkaalle. Hän vetoaa tilanteen muuttumattomuuteen, joka näyttää johtuvan Kallen henkilökohtaisista ominaisuuksista (rivit 5-9) Yrityksiä oli ollut ratkaista tilannetta, mutta siinä ei oltu onnistuttu. Ainoastaan lääkityksestä oli ollut apua mielialaan. Arviostaan asiakkaan kyvykkyydestä työhön hän vetoaa psykologin puheenvuoroon psyykkisestä toimintakyvystä (rivi 15) ja myös asiakkaan omiin kokemuksiin selviytyä aikaisemmasta työstä (rivit 6-9). Hän esittää vahvan epäilyksensä myös siitä, ettei Kallelle sopivaa työtä löytyisi vaikka sitä oli etsitty koko 90-luku (rivit 13-14). Työvoimatoimiston erikoistyövoimaneuvoja oli tosin hetkeä aikaisemmin todennut, ettei sopivaa työtä niin kovasti ole etsittykään. Lopuksi lääkäri käyttää empatiapuhetta todetessaan, että asiakkaalle ei haluttaisi tuottaa pettymystä (rivi 13) turhilla toiveilla sopivasta työstä. Viimein hän vetoaa uudelleen psykologin esittämään masennukseen (rivi 15). Tilanne jatkui erikoistyövoimaneuvojan ja Kallen keskustelulla aikaisemmista kuntoutuksen toimenpiteistä. Lääkäri otti esille vielä psykiatrin lausunnon ja vetosi hänen tekemäänsä diagnoosiin keskivaikeasta masennuksesta ja esittää pysyvää työkyvyttömyyttä (ote 2, rivi 1)

Ote 2 (s. 27-28)

1 OL: Et kyl mä niinkun tekisin tästä ihan pysyvästä työkyvyttömyydestä lausuntoa. Ja sitten voitais myös jutella
 2 vielä tuossa ennen kotiinlähtöä, että oisko sitten näitä tämmöisiä suunnitelmia sit muuten tän olotilan
 3 helpottamiseksi (.)
 4 KU: Siinä on se ongelma tietysti, että tämmöinen lausunto ja taas sitten hakeminen niin ei sekään ei oo
 5 kamalan helppoo niinkun tässä nyt on tullu puhe siitäkin, niin sekin on aikamoinen stressi kans, että (.) tän
 6 hakeminen ja sitten taas kaikki nää, nää asiat. Mut ei siinä oikein kai muitakaan vaihtoehtoja tule vastaan.
 7 Kun ei edes tiedetä sitä lopputulostakaan vielä tässä vaiheessa, et me tehdään, meidän näkemys on selvä.
 8 Kyl mä, mä oon ihan samaa mieltä kun muutkin tässä vaikka mä oon ulkopuolinen. Mutta kuitenkin,
 9 mä oon ny nähny, mä olen samaa mieltä, kyllähän tässä mun mielestä indikaattorit on selvästi työkyvyt-
 10 tömyyteen tällä hetkellä, mutta miten se sitten osoittaa se vakuutusyhtiölle. Ei tässä on vaihtoehtoja,
 11 kauheen vähissä tässä mielessä. Ja sit täytyy löytää muuta sisältöä elämään ja miettii (.) Ja siinä tietysti
 12 kannattaa tuoda esiin myös nää jokapäiväisen elämän ongelmat, että (.) Et kun ne näkyy nää ongelmat jo
 13 siellä. Koettaa siihen sitten saada parannusta.

Kuntoutuksen ylilääkäri jatkaa keskustelua empatiapuheella osoittaen myötätuntoa ja ymmärrystä asiakkaalle (rivit 4-6), joka oli jo aikaisemmin kokenut eläkkeen hakemisen vaivan. Ylilääkäri käyttää jatkoperusteluinaan konsensusta ja muiden lääkäreiden samanmielisyyttä. Tässä, kuten jokaisessa muussakin asiakastilanteessa, lääkärit tekivät tulkintojaan asiakkaan työkykyisyydestä peilaten eläkelaitoksen kriteereihin. Tässä otteessa ylilääkäri tuo esiin myös huolensa siitä, osaavatko asiantuntijat perustella riittävän hyvin asiakkaan työkyvyttömyyttä vakuutusyhtiölle (rivi 10). Huoli oli aiheellinen, koska eläkettä oli haettu useita kertoja vuosien kuluessa. Puheenvuoro päättyi tietynlaiseen vaihtoehdottomuuteen ja siihen, että jonkun pitäisi miettiä ja löytää sisältöä asiakkaan elämään (rivi 11).

Tilanne jatkui erikoistyövoimaneuvojan, sosiaalityöntekijän ja lääkärin hallinnollisella puheella sairasloman ja eläkehakemusten kirjoittamisesta, kunnes asiakas alkoi itkeä. Psykologi kysyi asiakkaan mielipidettä päätöksestä, jolloin Kalle ilmaisee sanoin suuttumuksensa päätökseen otteen 3 alussa.

Ote 3 (s. 28)

- 5 K4: Kyllä ehkä pikkusen mua helpottaa että vähän tulee selevää. (tauko) Kyllähän mä suuttunu oon.
 6 OL: Niin se on varmaan semmoinenkin, että kun sää oot kokoajan kuitenkin toivonu, että, et sä tulis terveeksi
 7 ja tulisit työkykyiseksi, ja sit kuitenkin näitä, monelta puolelta tätä rajoitetta tulee. Ja, ja tota paljonhan
 8 sinusta löytyy positiivisia asioita, et se kannattaa kans muistaa hyviä asioita. Mut että, et kyl jos nyt miettii
 9 vielä, että mitenkä tän työelämän vaatimus on vaan kasvanu tällä 90-luvulla, niin, niin sitä (.) siihen pei-
 10 laten vielä, niin minusta se ois niinkun varmasti toisaalta kovaa pettymystä jos sitten kuitenkin yritettä
 11 jotaki suunnitella...
 12 K4: Että jotain yksinkertaista työtä...
 13 OL: mm, niin..
 14 K4: Kaikki muu mut, yksinkertainen käy (itkee)
 15 OL: Niin ja semmoinen niinkun, et sitä mietittiin just, et hyvin yksinkertainen ja rauhallinen ja rajattu, et saisit
 16 yksikseen touhuta, ja tietäsit aina seuraavan päivän työt ja muuta ja. Mut et semmosiahan ei varmaan oi-
 17 kein löydy, et se on niiku, et mietittiin just näitä, et mitä aikaisemmin on ollutkin, tällöisiä työkuvia, niin
 18 ne on saneerattu kaikki pois. Mut että, et kyllähän sun sitä toimintakykyä kannattaa, ihan niissä kotiteh-
 19 tävissä, pyrkii ylläpitämään ja lisäämään.
 20 K4: Kyllä mä liikun ja pystyn että
 21 OL: Joo, hmm liikuntaa pyrit varmistamaan.

Osastonlääkäri käyttää otteessa 3 runsaasti empatiapuhetta. Hän käyttää uudelleen työkyvyttömyyden argumentointiin muuttunutta työelämää ja humanisuutta (rivit 9-10).

Lopulta lääkäri yrittää kannustaa suosituspuheella asiakasta liikunnan ja toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Alistuva neuvottelija: ”Ei mittään koulutusta ja omalla paikkakunnalla ei oo mittään”

Liisa oli 52-vuotias leipomotyöntekijä, joka oli ollut pitkällä sairaslomilla tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi eivätkä lääkinnällisen kuntoutuksen yritykset olleet auttaneet. Neuvottelutilanteeseen jouduttiin, kun Liisa näki ainoana mahdollisuutena eläkehakemuksen ja ammattilaiset olivat ehdottamassa ammatillista uudelleen koulutusta.

Ennen otteen 1 keskustelua kuntoutustutkimuksen tulokset oli käyty läpi ja siirryttiin suunniteluvaiheeseen. Ammattilaiset olivat olleet sitä mieltä, että Liisa ei pärjää nykyisessä työssään, mutta hänen rajoitteensa eivät riitä eläkelaitokselle eläkehakemuksen vireille panoon.

Ote 1 (s. 49)

- 1 FY: Ja sit jos katoo toiminnallisesti, niin sulla on tossa ryhdissä ongelmaa. Rintaranka on huonoliikkeinen. Ja
 2 sitä on kyllä yritetty hoitaa ihan oikein että, että se ei oo siitä ollu kyse, mut se on se kuntoutusvaste ollu
 3 kyllä minusta huono. (.) Mut se on kyllä niin et, et jos miettii ihan, unohtaa kaiken muun, niin ja
 4 kuulostelee vielä miten suorituskykytestit menee, niin ei nämä kyllä riitä pitempään työkyvyttömyyteen
 5 K7: mm
 6 FY: tolla eläkelaitoksen tiimoilla
 7 K7: joo
 8 FY: Se on kyllä aika selkee.
 9 K7: joo
 10 KU: Siinä työkyvyttömyys pitää (.) siinä ei oo se oma spesifi ammatti, vaan kun siinä vaaditaan se, että pitä
 11 olla toimintakyvytön myös muihin vastaavatyypisiin ammatteihin. Et se on siinä se ongelma tietysti,
 12 joka tulee vastaan. (.) Se tuo aina, ne sanovat, että jos ei nyt ihan siinä omassa ammatissa pärjää, niin pitä
 13 pärjätä toisessa. Ongelmahan tulee siitä tietysti, että mistä sitten, (.) mikä ois niinkun se tilanne siinä
 14 semmoisessa tilanteessa, kun ikää on jo kohtalaisen paljon (.)
 15 K7: mm
 16 KU: ja koulutus on ja noin pois päin se mikä on (.)
 17 K7: Ei mitään koulutusta oo ja, ja omalla paikkakunnalla ei oo mittään. (.)
 18 KU: Niin tuota, et mikä on sen ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuus, jota nyt pystyy tarjoamaan. Mut se on
 19 se realismi tietysti, mikä meidän, mikä tällä hetkellä on olemassa. Et ei me sille mitään mahdeta.
 20 K7: mm
 21 FY: Niin tosiasiaan on se, että se työhän on kyllä siinä sähän kuvasit tämmösten peltien ylhäällä ja alhaalla
 22 työskentelyä (.)
 23 K7: niin on
 24 FY: Että kyllähän se rasittaa ja kuormittaa tuota hartia seutua, että se ei siitä oo kyse, toki.
 25 K7: mm, mm
 26 OL: Tuo työ on varmaan jatkossa, mitä ei pysty sitten kuitenkaan tekemään.

Lääkärit tulkitsevat Liisan työkykyä eläkelaitoksen kriteerien pohjalta käyttäen lääketieteellistä ja arviointipuhetta. Fysiatri hakee konsensusta kielteiselle päätökselleen myös fysioterapeutin tekemästä suorituskyvyn arviosta (rivit 1-4). Liisa osoittaa kuuntelevansa antaen minimipalautetta (rivit 5,7,9,15). Kuntoutuksen ylilääkäri tukee fysiatriin mielipidettä tarkentaen eläkelaitoksen kriteerejä ja viittaa Liisan ikään (rivit 10-14). Liisa perustelee erilaista näkemystään omasta koulutuksestaan ja paikkakunnan työtilanteesta käsin (rivi 17). Nämä perustelut ovat ainoat, joita Liisa käyttää kokouksen keskustelun aikana. Riveillä 18-19 keskustelussa siirrytään mahdolli-

suuspuheeseen. Tilanne nähdään jo tässä vaiheessa yhden vaihtoehdon tilanteeksi, ammatillisen uudelleen koulutuksen mahdollisuudeksi. Lääkäri näkee tilanteen kiusallisena ja tukeutuu instituutioon ”me” (rivi 19).

Fysiatri jatkaa empatiapuheella osoittaen ymmärtävänsä Liisan työn ja tilanteen, mutta hänkin on suorittamassa työtehtäviinsä kuuluvaa velvollisuuttaan ja tulkitsee työkykyä eläkelaitoksen kriteerien kautta.

Sosiaalityöntekijä tulkitsi edelleen tilannetta työeläkelakien kautta hakien mahdollisuutta työkeiluun ja fysiatri selvitti asiakkaalta oliko nykyisellä työpaikalla mahdollista vaihtaa työtehtäviä. Fysiatri jatkaa mahdollisuuspuheella otteessa 2.

Ote 2 (s. 52)

- 1 FY: Niin tässä (.) silloin soititkin, et kun sieltä oli, muistahan oikein, että paikallisesta Kelasta oli kysytty,
- 2 että meneekö, että onko tämä ammattitauti.
- 3 K7: Joo, justiin.
- 4 FY: Joo, ei tämä mene ammattitautina. Että sehän ois hyvä reitti jos olis niin, mut ei nämä katsotaan tähän
- 5 ikääntymiseen ja tähän liittyväksi nämä asiat.
- 6 K7: Mm, joo.
- 7 OL: Niin mä (.) siitä ei sillä lailla ollu silloin kun poliklinikalla kävit eikä maanantainakaan ajatusta, että oliko
- 8 sulla itellä mielessä jonkunlaista tilannetta niinkun ajatusta, suunnitelmaa tästä eteenpäin, että (.)
- 9 K7: Ei.
- 10 OL: Joo, että sää olit varmaan ajatellu, että katotaan nyt (.) täällä on näitä joo (.) Et tosiaan niin varmaan se työ,
- 11 se sinun työ ei nyt sitten kun se on niin yksipuoleista se rasittaa niin tota sun niska-hartiaseutua (tauko) on
- 12 se ongelma. Mut sit tosiaan muita töitä on, joita sitten pitää kokeilla. Mut et se jää sitten tavallaan sitten
- 13 sinne, jatkoselvitettäväksi mikä on sitten semmoinen, mikä kiinnostaa ja mikä onnistuu (.) että voisit
- 14 aj tella. Ja se on sit taas niinkun sää sanoitkin, että eihän siellä mitään töitä kyllä ookaan.
- 15 K7: Ei
- 16 OL: Varmaan asia on näinkin, mutta siihenkään me ei voija niinkun ottaa kantaa, että (naurahtaa) (.) Että tota
- 17 (tauko) sää oot kuitenkin sillei tiiviisti niinkun sitoutunu sinne omalle paikkakunnalle, että (tauko) jooh...

Fysiatri käyttää mahdollisuuspuhetta ja tulkitsee Liisan oireita ammattitaudin kriteereihin. Liisa myötäilee edelleen tilanteessa kunnes osastonlääkäri kysyy yllättäen Liisan omista suunnitelmista (rivit 7-8), koska niistä ei ole ehditty keskustella aikaisemmin. Liisa vastaa kieltävästi. Tätä ennen psykologi oli todennut, että asiakas koki ahdistusta, mutta ahdistuksen määrä ei riitä diagnoosiin, jolla voitaisiin perustella eläkettä. Lääkärit olivat päätyneet ammatilliseen uudelleen koulutukseen.

Riveillä 10-14 lääkäri ryhtyy käyttämään jälleen empatiapuhetta yrittäen ajatella asiakkaan puolesta. Puheessaan hän tuo ilmi, että ymmärtää asiakkaan työn kuormituksen, mutta realiteetit ovat karut. Työtä pitää tehdä vaikka asiakkaalle sopivaa työtä ei löytyisikään omalla paikkakunnalla ja ”siihenkään me ei voija ottaa kantaa ”

Lääkäri puhuu me muodossa, jolloin peruste saa taakseen institutionaalisen tuen. Lisäksi hän vetoaa asiakkaan ominaisuuksiin paikkakuntasidonnaisuudesta ja haluttomuudesta muuttaa paikkakunnalta. Naurahdus (rivi 16) oli lievittämässä tunnelmaa ja neuvottomuutta.

Vielä kerran tämän episodin jälkeen keskusteltiin eri vaihtoehdoista kunnes päädyttiin siihen, että asiakas hakeutuu paikalliseen kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöryhmään ja sen kautta pyritään järjestämään työkokeilupaiikka. Tosin aikaisemmin sekä asiakas että sosiaalityöntekijä olivat olleet sitä mieltä, että työmahdollisuudet omalla paikkakunnalla olivat vähissä. Oteessa 3 keskustelu jatkuu suosituspuheena ja konkreettisena neuvonantona.

Ote 3 (s. 53-54)

- 1 KU: Periaatteessa vois tietysti aatella ihan ajatuksena mulle tuli, että entäs se paikallinen asiakasyhteistyöryhmä
 2 FY: //mm//
 3 OL: //mm//
 4 KU: (tauko) Siellä (.) joka kunnassa on tämmöinen ryhmä, missä on mukana Kela ja työvoimatoimi ja
 5 terveyskeskuksen ihminen miettimässä näitä asioita niin tuota (.) ja sosiaalitoimen ihminen.
 6 Jos vähän (.) se ois yks mahdollisuus. (.)
 7 SOS: Lähtis käytännössä liikkeelle sillä tapaa, että siellähän on käsittääkseni työvoimatoimiston sivuvastaanotto
 8 Kivijärvellä // sun pitäs (.)
 9 K7: //Se on siirtynyt// poliisiasemalle, et siellä on vaan ne, ne sihteerit siinä hoitaa //niinkun
 10 SOS: //Mutta sun// pitäs niinkun sinne ottaa sitten yhteyttä. Ja tosiaan varata keskusteluaikaa ja todella tää ti-
 11 lanne kartoittaa. Se on yks vaihtoehto, että mietittäsi siellä*
 12 FY: Paikan päällä.
 13 SOS: Niin.
 14 KU: Oisit tietysti itsekkin siinä mukana taas sitten miettimässä.
 15 OL: Niin toki, joo (.) Pohjana, siellä pohjana, että, että tota (.) Ei tässä oikein kyllä etenemisvaihtoehtoja monia
 16 oo, tää on aika niukkakin, että niihän se pitää mennä. Ettet aivan tyhjän päälle sitten jää, että (.) joo (tauko)
 17 se on niinkun tavallaan sitten sun pitää kuitenkin ajatella niin (.) ajatellaan realiteetit he, he, niin pitää aina
 18 muistaa, et niinkun tähän vaiheeseen niinkun sun ratkaisuihin ei kuitenkaan nyt tässä vaiheessa pitäs
 19 kun vaikuttaa se et mitkä ne mahdollisuudet sitten myöhemmin siellä omalla paikkakunnalla esimerkiksi
 20 sen pysyvän työn, niinkun työpaikan löytymiseen on, että (.) Et niinkun että, et tilanne ei oo tietysti hyvä
 21 ennen kun tietää (.) Ei se oo oikein missään hyvä, mut varsinkaan sitten tommoisella pienellä
 22 maaseutupaikkakunnalla, mut et sen takia me ei nyt voida jättää asioita viemättä eteenpäin. Et se pitää
 23 mennä tän tietyn protokollan mukaan niinkun se menee kaikilla. Että, et jos on (tauko) jos on niinkun
 24 tämmöiset ongelmat, että tällaiseen työhön et kykene niin meidän pitää niinkun esittää sitten, pitää
 25 kartottaa ne muitten töitten mahdollisuudet (.) Mut tietysti sun pitää itekin sitten varmaan nyt miettiä (.)
 26 kahtoo ja ajatella sit, että, et käydä sit vielä kyllä siellä, työpaikankin kanssa sitä keskustelua. Et
 27 vaihtoehdot on nyt tää, että jos se työ on just sitä samaa mitä se aina tulee olemaan tai mitä se on tänne asti
 28 ollu, että siihen ei niitä vaihtoehtoja minkäänlaisia tämmöisiä oo. Niin tuota (.) sit ei oo muuta
 29 vaihtoehtoo, kun lähtee sitten selvittelen sitä uutta uraa. Ja aika sit osoittaa, mitenkä siinä käy. Sitähän ei
 30 tiedetä (tauko) Toivotaan, että kävis hyvin. Tuliskos sulla jotain mieleen kysyttäväksi tai tulisko sulle tältä
 31 porukalta tai?
 32 K7: Mites nyt sitten, kun mulla loppuu tämä kelan raha (.) rahantulo tän kuun loppuun, niin mistäs mulle sitten
 33 alkaa?
 34 OL: Mää teen semmoisen lausunnon, jossa mää esitän tätä, tätä ammatillisen uudelleen koulutuksen selvittelyä
 35 ja tavallaan se on sitten tämmöisenä ammatillisena tämmöisenä kuntoutustukiasiana, että
 36 K7: Joo, kuntoutustuki
 37 OL: Joo niin jatkot siirtyy sitten tavallaan sinne puolelle.

Osaston lääkärin puheenvuoro riveillä 15- 37 ennen kokouksen loppetusvaihetta kuvaa sitä vaihtoehdottomuutta, jonka edessä ammattilaiset ovat ja johon he joutuvat asiakkaankin asetta-

maan. Vaihtoehdottomuutta kuvasi puheessa usein toistuva ”meidän pitää ” ja ”sinun pitää” . Osastonlääkäri perustele vaihtoehdottomuutta ja voimattomuutta vielä yleisillä käytänteillä ja toisaalta realismilla. Työtä tuskin löytyy myöhemminkään, mutta näin vain pitää toimia. Liisalla oli huoli toimeentulosta ja hän käyttääkin annetun puheenvuoron toimeentulonsa varmistamiseen (rivi 32). Osastonlääkäri jatkaa hallinnollisella puheella ja siirtää vastuun seuraavalle organisatiolle. Kokouksen jälkeen Liisa purskahti itkuun.

Yhteenveto

Suunnittelukokouksen muodollinen rakenne, informaation jakaminen ja ammattilaisten kysymysten tekeminen kommunikaation muotona, osallistujien erilainen tiedon taso sekä kokouksessa käytetyt puhetavat tuottivat erilaisia pysyviä positioita asiakkaille. Neuvottelijan asemassa asiakas osallistui aktiivisimmin keskusteluun. Neuvottelutilanne muodostui kun asiakkaan ja ammattilaisen näkemykset erosivat toisistaan. Neuvottelu rakentui asiakkaiden ja asiantuntijoiden perusteluista. Ammattilaiset perustelivat näkemyksiään usealla eri tavalla. He hakivat keskinäistä konsensusta toistensa puheista, vetosivat omaan ja muiden ammattilaisten asiantuntijuteen sekä asiakkaiden omiin kokemuksiin tai heidän ominaisuuksiinsa. Vaikeasti ratkaistavien asioiden neuvottomuutta ammattilaiset puolustivat vetoamalla vaihtoehdottomuuteen, yhteiskunnallisiin olosuhteisiin kuten taloudellisiin tekijöihin, byrokratiaan ja humanismiin mm. vetoamalla siihen etteivät ammattilaiset halua tuottaa pettymystä asiakkaalle. Asiakkaiden perustelut olivat niukempia. Heidän perusteluinaan oli useimmiten oma kokemus ja henkilökohtaiset ominaisuudet.

5. POHDINTA

5.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessani kiinnostuksen kohteena oli institutionaalinen keskustelu terveydenhuollossa. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimus asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä diskurssianalyysin ja keskustelunanalyysin menetelmin on ollut 90-luvulla melko runsasta. Tutkimuksia on julkaistu mm. sairaalasta (Peräkylä 1990), lääkärin ja potilaan vastaanotolta (Heath 1992, Maynard 1992, Engeström 2000), terveydenhoitajan kotikäynniltä (Heritage & Sefi 1992), hiv-potilaan neuvontatilanteesta (Silverman 1997). Institutionaalisen puheen tutkimuksissa on löydetty joukko toistuvia piirteitä kuten keskustelun kokonaisrakenne, sanojen ja kuvausten valinta, osallistujien vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys, ammattilaisten neutraalisuus sekä osallistujien tekemät valinnat vastatessaan toisen puhujan puheenvuoroon. Näillä monilla piirteillä on myös vaikutusta asiakkaiden osallistumiseen vuorovaikutustilanteissa. (Drew & Heritage 1992.)

5.1.1 Kokouksen vaiheiden ja kontekstin vaikutus osallistumiseen

Kuntoutuksen moniammatillisen työryhmän kokouksen keskusteluissa toistui kokouksesta toiseen vakiintunut kokonaisrakenne, joka muodostui neljästä vaiheesta, kokouksen avauksesta, kuntoutustutkimuksen tulosten esittelystä, suunnittelusta sekä keskustelun lopetuksesta. Vakiintunutta, vaiheiden mukaista keskustelun kokonaisrakenteita on löydetty mm. opintoneuvontakeskusteluissa, hätäpuheluissa, oikeussalikeskusteluissa, luennoissa sekä lääkärin ja potilaan vastaanottotilanteissa. Poikkeukset nämä keskustelut sisältävät aloituksen ja lopetuksen sekä väliin sijoitettavia keskustelusta toiseen samankaltaisina toistuvia piirteitä. (Drew & Heritage 1992, 43-44.) Ei ainoastaan lopetus vaan myös käsiteltävien aiheiden järjestys saattavat olla vakiintuneita (Peräkylä 1997a). Lääkärin vastaanoton kokonaisrakenteen ovat kuvanneet Byrne ja Long vuonna 1984. Analysoidessaan yleislääkärin vastaanottoja he löysivät rakenteen, joka muodostui kuudesta vaiheesta; vastaanoton avauksesta, vaiivan kertomisesta, tutkimuksesta, keskustelusta lääkärin tekemästä diagnoosista, hoito-ohjeiden tai neuvojen antamisesta sekä vastaanoton lopetuksesta. (Byrne & Long 1984, Peräkylän 1997a mukaan.) Vaiheistuksella on yhteneväisiä piirteitä kuntoutuksen moniammatillisen työryhmän keskusteluun.

Formaalinen ympäristö

Vaiheiden lisäksi kuntoutustyöryhmän kokouksella oli rajattu aika ja puheenjohtaja, joka jakoi osallistujille puheenvuorot tietyssä järjestyksessä. Tällaista ympäristöä on kutsuttu formaaliksi ympäristöksi (Drew & Heritage 1992, 26-27).

Kokouksen formaalisuus ja keskustelun organisoituminen tiettyihin vaiheisiin vaikutti asiakkaiden asemaan. Asiakkaat olivat ensimmäistä kertaa kokouksessa. Heitä oli informoitu kokouksen sisällöstä ja kokoukseen osallistujista, mutta ei siitä miten asioita käsitellään ja mitä heiltä odotetaan kokouksessa. Ammatilliset puolestaan odottivat asiakkaiden ilmaisevan mielipiteensä kokouksessa käsiteltävistä asioista. Tässä tilanteessa asiakkaat eivät juurikaan voineet valmistautua kokoukseen eivätkä ennakoida toimintaansa kokouksessa. Opie (1998) on todennut tutkimuksessaan moniammatillisen työryhmän kotiuttamiskokouksesta asiakkaiden valtaistumisen esteinä olevan kokouksen rakenteen ja sen, että asiakkaille ei oltu kerrottu kokouksen tavoitteita eikä keskustelun pääkohtia (Opie 1998). Ammatillaisen ja asiakkaan tulokselliseen vuorovaikutukseen on vaikuttamassa yksilöllisen persoonallisuuden lisäksi erittäin vahvasti tavoitteiden epämääräisyys ja roolien epäselvyys vuorovaikutustilanteessa. Epätietoisuus siitä mitä asiakkaalta odotetaan, mutta myös tietämättömyys siitä, mitä asiakkaat voivat odottaa ammatillisilta vaikuttavat vuorovaikutuksen tuloksellisuuteen. (Northouse & Northouse 1998, 79-83.)

Jos asiakkaat tuntevat vuorovaikutuksen vaiheet, kuten lääkärien ja potilaiden välistä vastaanottilannetta tutkittaessa on todettu, keskustelijat orientoituvat vastaanoton eri vaiheisiin ja ottavat sen omassa vuorovaikutuksessaan huomioon. Vastaanoton kokonaisrakenteen tunteminen on sekä rajoittava että mahdollistava tekijä. Kokonaisrakenne ainakin lääkärin vastaanotolla mahdollistaa potilaan vaivojen johdonmukaisen ja tehokkaan hoidon, mutta toisaalta se rajoittaa sellaisten uusien vaivojen käsittelyä, joita potilas ei syystä tai toisesta ilmoita vastaanoton alussa. (Perräkylä 1997a.) Näin näytti olevan myös kuntoutuksen suunnittelutilanteessa.

Kuntoutustutkimusjaksoa oli supistettu neljään päivään aikaisemman kahden viikon sijasta. Sillä oli vaikutuksensa kokouksen keston ja asioiden esittämistapaan. Asiat käsiteltiin tehokkaasti ja ne tulivat hoidetuiksi entistä lyhyemmässä ajassa. Suurin osa kokouksen ajasta käytettiin informaation jakamiseen tutkimusjaksolla tehdyistä testeistä ja tuloksista, joita käytettiin kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa päätösten ja ehdotusten pohjana. Informaation jakaminen rajoitti asiak-

kaiden osallistumista kokouksen aloitus- ja esittelyvaiheessa. Informointi on tehokas keino tiedon jakamiseen ja rajattuja aiheita voidaan käsitellä varsin lyhyessä ajassa (Silverman 1997, 59).

Puheenvuorojen jakaminen ja asioiden käsittelyjärjestyksestä kiinnipitäminen aiheutti sen, että asiakkaat saattoivat ottaa asiansa väärässä kohdassa kokousta esille, jolloin heille ilmaistiin hienovaraisesti, ettei ole suotuisa paikka jatkaa puhetta juuri nyt. Asiakkaan aloittama aihe saattoi jäädä käsittelemättäkin myöhemmässä keskustelun vaiheessa. Tämä viittaa siihen, että kokouksen puheenvuorojen organisoinnista ja asioiden käsittelyjärjestyksestä oli tullut normi, jonka rikkomisesta seurasi asiakkaiden keskustelumahdollisuuksien rajaaminen. Heritage (1997) on todennut, että erityinen puheenvuorojen jakamiseen liittyvä piirre on se, että puheenvuorosta tai osallistujille asetetuista odotuksista poikkeamisesta saatetaan rangaista. Jos tällaista ilmenee voidaan katsoa, että puheenvuorojen jakaminen on sinällään normatiivista. (Heritage 1997, 164-165.) Asiakkaat rikkoivat tätä normia ja mursivat keskustelua luoden itselleen keskeyttäjän aseman. Rikkoessaan tätä normia heille vastattiin lyhytsanaisesti tai heidät ohitettiin. He saivat asiansa esille, jos se oli selkeän kysymyksen muodossa. Arkikeskustelun piirteisiin puolestaan kuuluu, että kysymykseen vastataan (Raevaara 1997).

Ei-formaalinen ympäristö

Keskustelu muuttui kokouksen suunnitteluvaiheessa vähemmän muodolliseksi ja salli enemmän asiakkaan osallistumista. Sellaista ympäristöä, joissa osallistujat selviytyvät institutionaalisista tehtävistään arkikeskustelun omaisesti on kutsuttu ei-formaaliksi ympäristöksi. Esimerkkejä tällaisesta vähemmän muodollisista institutionaalisista vuorovaikutustilanteista ovat mm. sosiaali-toimiston ja lääkärin vastaanottojen keskustelut sekä liikeneuvottelut. Vaikka ne ovatkin muodoltaan epäsymmetrisiä, esimerkiksi lääkäri kysyy ja asiakas vastaa, niissä ei enää puheenvuorot ole normatiivisesti jaettu eikä sanktioitavia vaan puheenvuorot muodostuvat enemmän asiantuntijuuden pohjalta. (Drew & Heritage 1992, 27- 29; Peräkylä 1997a.) Keskustelun muuttuminen lähemmäksi arkikeskustelua, jonka säännöt ovat jokaiselle kulttuurisesti tuttuja, loi omalta osaltaan asiakkaille mahdollisuuden aktiivisempaan osallistumiseen.

Kokouksen lopetusvaiheessa asiakkaille annettiin puheenvuoro, mutta monikaan ei nostanut siinä asioita esille. Asia oli ikään kuin loppuun käsitelty eikä se enää aktivoanut asiakkaita tuomaan esille uusia asioita. Lääkärin ja potilaan välisessä keskustelusta diagnoosista on havaittu, että lääkärin virallinen, auktoratiivinen ja yhtenäinen vakuuttelu, joka pitää sisällään ekspertin arvion

asiakkaiden tilasta, ei rohkaise potilaita kysymään ja keskustelemaan diagnoosista, vaikka heille annetaan siihen mahdollisuus. Sen sijaan potilaat osoittavat passiivisuutta. Asiakkaiden pidättyminen keskustelusta tai myötäily mahdollistaa lääkärin siirtymisen seuraavaan vaiheeseen tutkimustilanteessa. (Heath 1992, 262.)

Peräkylä (1997c) on tarkastellut keskustelun muodollisuuden suhdetta valtaan. Hän kyseenalaistaa vaatimuksen, jossa vuorovaikutusammateissa työskenteleviä kehoitetaan luopumaan muodollisista tavoista toimia ja heitä rohkaistaan keskustelunomaiseen ja epäformaaliin vuorovaikutukseen. Vaatimuksen taustalla on hänen mielestään ajatus siitä, että ammattilaisen ei saisi käyttää valtaa asiakasta kohtaan. Oikeanlainen formaalisuus voi kuitenkin palvella sekä asiakkaan että työntekijän etua. Jos ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisessa on selvät toimintasäännöt ja selkeä työjärjestys ja molemmat osapuolet tuntevat nämä, on mahdollista edistää yhteisiä päämääriä. Epäformaalissa ammatillisessa kohtaamisessa saattaa sen sijaan vallita usein epävarmuus ja ammattilaiset ohjaavat kohtaamisia epäsuorilla ja kätkeyillä keinoilla. (Peräkylä 1997c.)

Rostila (1997) puolestaan havaitsi, että kaverillinen sosiaalityöntekijä toimeentulotukipisteessä voi saattaa asiakkaan epätietoiseksi siitä, missä ja millä tavoin taloudelliseen tukeen ja tuen tarpeeseen liittyviä asioita tulisi käsitellä. Peräkylä (1997c) toteaaakin, että voi olla sekä asiakkaan että ammattilaisen edunmukaista, että ammattilaiset pysyvät selkeissä rooleissaan ja kohtaamisissa on selvät säännöt koskien mm. käsiteltävien asioiden luonnetta sekä niitä tapoja, joilla asioita käsitellään. Ammattilaiselle se tarkoittaa, että on suostuttava vallan käyttöön, joka ei ole negatiivinen asia vaan se tekee mahdolliseksi saavuttaa sellaisia asioita, joita ilman vallankäyttöä ei voitaisi saavuttaa. (Peräkylä 1997c.)

5. 1. 2 Asymmetrian vaikutus osallistumiseen

Kuntoutussuunnittelukokousten vuorovaikutus oli asymmetristä. Institutionaaliselle keskustelulle se on luonteenomaista. Tutkimussa on löydetty ainakin neljänlaista asymmetrian muotoa. Asymmetriaa esiintyy keskusteluun osallistumisessa, sitä aiheutuu erilaisesta tiedontasosta ja oikeudesta tietoon sekä erilaisesta pääsystä organisaation rutiineihin ja menettelytapoihin ('knowhow'). Maallikoiden ja ammattilaisten välillä on todettu asymmetriaa näkemysten välillä ja kyvyssä seurata vuorovaikutusta toivotulla ja organisatorisesti relevantilla tavalla. (Drew & Heritage 1992, 47; Heritage 1997.) Asymmetria voi ylläpitää epätasa-arvoa, koska asiantuntijat arvioivat asiakkaiden ongelmia ja ulkoistavat sen omalla eksperttitydellään (Atkinson 1995, 26).

Institutionaalisisissa keskusteluissa valta on aina väistämättä läsnä toiminnan rajoitteina ja osanottajien erilaisina tiedollisina asemina. Se toteutuu yksittäisten toimintojen kautta erityisissä tilanteissa ja ankkuroituu aina spesifeihin toimintoihin. Valta on paikallisesti tuotettua, eikä se ole välttämättä ammattilasten henkilökohtainen ominaisuus tai heidän rooliinsa liittyvä. (Peräkylä 1996.)

Northouse ja Northouse (1998, 87-89) kiinnittivät huomiota siihen, ettei ole lainkaan yllättävää, että terveydenhuollon ammattilaisten välillä on vuorovaikutuksessa asymmetriaa vaan yllättävää on se, että siihen ei ole saatu muutosta aikaiseksi ja se on este tehokkaalle vuorovaikutukselle. Asiakkaat ovat yhä tietoisempia terveyttään koskevista asioista ja aktiivisempia omassa hoidossaan, joten ammattilaisten valta tulee uudelleen legitimoitavaksi. Heidän mielestään terveydenhuollossa on vallalla asiantuntijavalta, jossa asiantuntijat toimivat dominoivasti ja asiakkaat alistuvasti ja nöyrästi. Tällaisessa suhteessa on vaarna, että ammattilaiset tekevät päätöksiä asioista, joista asiakkaat ovat täysin kykeneviä tekemään omia ratkaisujaan. Suurin vaara heidän mielestään on se, että niillä, joilla on esimerkiksi eksperttiyteen liittyvää valtaa, ottavat niskoilleen enemmän auktoriteettia kuin mihin heillä on oikeus. (Northouse & Northouse 1998, 87-89.)

Erilainen tiedon taso

Asiakkaiden osallistumista kokouksen keskusteluun voidaan tarkastella ammattilaisten ja asiakkaan tiedontason erilaisuudesta käsin. Merkittävä tekijä asiakkaan osallistumisen syntymisessä oli asiakkaan tieto suhteessa ammattilaisten tietoon. Ammattilaisilla oli omaa tietämystään asiakkaasta kirjallisten dokumenttien ja kuntoutustutkimusjaksolla tehtyjen tarkkojen tutkimusten valossa ja asiakkaalla oma tietämyksensä arkielämän, kokemuksen ja työn kautta, joka ilmeni arkielämäpuheessa. Tiedon epäsymmetrisyydellä tuotettiin erilaista osallistumista.

Kokouksen aloitus- ja kuntoutustutkimuksen tulosten esittelyvaiheessa asiakkaat tarkensivat ja korjasivat asiantuntijoiden tietoa, kun heidän oma tietonsa erosi ammattilaisten tiedosta. Kun ammattilaiset olettivat asiakkaalla olevan enemmän tai erilaista tietoa hänelle esitettiin kysymyksiä. Hänen asiantuntijuuttaan käytettiin hyväksi ja hänet asemoitiin tietäjän asemaan. Tavanomaisten kysymysten tekeminen on myös keino huomioida osallistujien tiedollista eriarvoisuutta ja purkaa sitä (Peräkylä 1996). Kysymyksiä käytettiin uuden yhteisen ymmärryksen rakentamiseen.

Kokouksen suunnitteluvaiheessa tiedon erilaisuus mahdollisti asiakkaan osallistumisen keskusteluun neuvottelijana. Ristiriitatilanteessa yhteisymmärryksen saavuttaminen näytti olevan yksi tärkeä tekijä, joka aktivoi asiakkaita osallistumaan keskusteluun. Asiakkaat loivat erilaista asymmetriaa osallistujien välillä esittämällä omia versioitaan tilastaan ja loivat konfliktin. Ammatilliset ja asiakas saattoivat olla eri mieltä asiakkaan työ- ja toimintakyvystä, tulevasta kuntoutumisen mahdollisuudesta tai eläkehakemuksen vireillepanosta. Tässä tilanteessa asiakkaan tietoa yritettiin sovittaa yhteen asiantuntijan tiedon kanssa ja asiakkaalle syntyi erilaisia neuvottelijan asemia. Ammatillisten ja asiakkaan tietojen yhteensovittamista ilmeni myös silloin, kun ammatillainen otti huomioon asiakkaan kokemukset puheessaan.

Heath (1992) huomasi tutkimuksessaan potilaiden ja lääkärin välillä keskustelua silloin, kun heillä oli erilainen käsitys potilaan tilasta ja taudista. Näissä tilanteissa potilaat pitivät systemaattisesti yllä eroa lääkärin tiedon ja potilaan tiedon välillä. Lääkärin versio potilaan tilan määrittelystä oli tuotettu objektiivisena, tieteellisenä ja tosiasiatietona ja potilaan tieto omana kokemuksena, johon lääkärillä ei ollut pääsyä. Lääkäri ja potilas tuottivat yhdessä epäsymmetrisen aseman vuorovaikutuksessa. Kun asioista oltiin eri mieltä se tuotti samanaikaisesti tietoa, joka rohkaisi lääkäriä uudelleen harkitsemaan mielipidettään tilanteesta. Toisaalta myöntymisen ja hiljaisuuskin voivat kuvastaa sitä, että mikä tahansa potilaan vastaus ja kysymys voi kyseenalaistaa tiedon epäsymmetrian ja uhata sairaan roolia ja siihen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia. (Heath 1992, 262.) Asiakkaiden myöntymisen ja hiljaisuus ammatillisten päätöksiin saattaa osoittaa yhdenmielisyyttä, mutta toisaalta myös tiettyjen etuuksien menettämisen pelkoa. Esimerkiksi alistuva neuvottelija tyytyi neuvottelutilanteessa ammatillisten päätöksen ammatillisten kuntoutuksen ratkaisusta säilyttääkseen oman toimeentulonsa.

Neuvottelijana asiakas toi tietonsa julki ja yritti murtaa ammatillisten ja oman ymmärryksensä ja kokemuksensa asymmetriaa. Tämä saattoi mahdollistaa lähentymistä yhteisessä ratkaisussa. Joissakin asioissa asiakkaan näkemystä ja kokemusta arvostettiin. Hän sai lähetteitä erilaisiin hoitoihin ja tutkimuksiin ja lääkereseptejä niitä pyytäessään. Päätökseen eläkeratkaisusta tai ammatillisen kuntoutumisen mahdollisuuksiin asiakkaat eivät voineet vaikuttaa. Lopulta saattaa olla kysymys siitäkin kenen tieto on arvokkainta (Peräkylä 1996).

Neuvottelutilanteissa ammatillisten tietämyksen ja asiakkaan tietämyksen välillä oli kuilu, joka vaati ammatillisten vakuutteluja ja perusteluja päätöksilleen. Ammatilliset hakivat perusteluja näkemyksilleen oman asiantuntijuutensa lisäksi, keskinäistä konsensuksesta, muiden asiantunti-

joiden lausunnoista, asiakkaan omista kokemuksista, ratkaisujen vaihtoehdottomuudesta, eläkelaitosten kriteereistä, byrokratiasta, taloudellisista ja yhteiskunnallisista tekijöistä ja humanismista. Humanismiin vetoaminen vakuuttelun keinona onkin yleinen kulttuurinen tapa (Jokinen 1993). Asiakkaiden käyttämät perustelut olivat vähäisemmät. He perustelivat mielipiteensä omalla kokemuksellaan, itseään vähätellen ja myöskin taloudelliseen tilanteeseen vedoten. Argumentointitavoissa on myös havaittavissa kulttuurin siirtymä.

Osallistumattomuutta on huomattu monissa vuorovaikutustilanteissa, joissa asiantuntija tarjoaa mielipidettään tai arvioitaan asiasta, joista hän on tietämätön. Kun viitataan asiakkaan omiin tunteuksiin ennemmin kuin sairauten asiakkaat osallistuvat. Myös lääkärin esittämät epäroinit ja arvailut terveydentilasta rohkaisevat asiakasta ottamaan kantaa ja keskustelemaan. (Heath 1992.)

Kuntoutussuunnittelukokouksen suunnitteluvaiheen keskustelu käytiin lähinnä lääkärin ja asiakkaan välillä. Tällä toiminnalla ylläpidettiin asymmetriaa muiden ammattilaisten ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa ja heistä tuli sivustaseuraajia. Joskus lääkärit konsultoivat muita kokoukseen osallistuneita ammattilaisia asiakkaan puolesta. Tällöin tilanne oli yllätyksellinen heille, eivätkä he välttämättä pystyneet käyttämään asiantuntijuuttaan täysipainoisesti asiakkaan hyväksi. Asiakkaat puolestaan hyödynsivät, tosin erittäin harvoin, ammattilaisten erilaista tietoa ja asemoivat itsensä konsultioijaksi. Jos asiakas esitti konsultoivan kysymyksensä kokouksen lopetusvaiheessa, jossa aikaa oli enää vähän käytettävissä ja hänelle annettiin mahdollisuus kysymiseen, jäivät vastaukset pinnallisiksi.

Informaation jakaminen

Kokouksessa suurin osa ajasta käytettiin aloitus- ja kuntoutustutkimusten tulosten esittelyvaiheeseen. Vaiheet muodostuivat esittely-, arviointi- ja lääketieteellisistä puheista, jotka olivat luonteeltaan informaation jakamista. Kuntoutustutkimustulosten esittelyvaihetta voisi verrata lääkärin ja potilaan vastaanotolla tapahtuneeseen keskusteluun potilaan diagnoosista. Diagnoosia käsiteltäessä potilas osallistui keskusteluun usein vain minimipalautteella, vaikenemalla tai toistolla (Heath 1992, Engeström 1999, 179). Asiakkaat tuottivat häiriötä informaation jakamiseen korjaamalla esimerkiksi päivämääriä. Saman suuntaista asiakkaiden tekemiä korjauksia ja tarkennuksia informaation jakamisen yhteydessä on todennut Silverman tutkimuksessaan HIV-potilaan ja ammattilaisen välisessä neuvontatilanteessa (Silverman 1997).

Informaation jakamisessa ammattilaiset asemoivat itsensä ekspertin asemaan. Heidän puheessaan korostui oma asiantuntijuus ja tekeminen. Jakaessaan informaatiota ammattilaiset pyrkivät toteuttamaan omia ja organisaation tavoitteita ja heidän vuorovaikutustaan sääтели se institutionaalinen rooli, joka heillä oli kuntoutustutkimusosastolla ja tässä kokouksessa. Sillä oli vaikutuksensa myös asiakkaan osallistumiseen. Tällainen menettelytapa asemoi asiakkaan toissijaiseen, marginaaliseen rooliin aktiivisten ja tietävien ammattilaisten kanssa. Asiakkaat olivat passiivisina informaation vastaanottajina. He antoivat minimipalautteella viestin tiedon vastaanottamisesta, minkä jälkeen he luovuttivat tilan ammattilaisille kehittää keskustelua haluamallaan tavalla. Näin asiakas tuotti yhdessä ammattilaisen kanssa itselleen myötäilijän position.

Samansuuntaisen organisaatiokulttuurisen roolin ylläpidon on havainnut Opie (1998) tutkimuksessaan sitä, miten moniammatillinen tiimi valtaistaa asiakastaan ja hänen perhettään kokouksessa, jossa käsitellään asiakkaan ennustetta ja kotiuttamista. Kokouksen tavoitteena oli aktivoida asiakkaita päätöksentekoon pois asiantuntijakeskeisestä päätöksenteosta. Kokouksessa asiantuntijat kertoivat kukin erikseen asiakkaan etenemisen terapiassa. Jokaisen asiantuntijan puheenvuoron jälkeen kysyttiin, oliko asiakkailta joitain kommentoitavaa tai kysyttävää. Asiakas asetettiin reagoijan rooliin, mutta ei aloitteentekijän asemaan. (Opie 1998.) Omassa tutkimuksessani asiakkaalta kysyttiin kommentteja vasta kokouksen lopetusvaiheessa.

Opie (1998) toteaaakin, että asiantuntijat kontrolloivat tilannetta, eikä se rohkaise dialogin kehittymiseen. Pitkät, monimutkaiset ammattilaisten selostukset tärkeänä pitämistään asioista, jotka eivät johtaneet selkeisiin johtopäätöksiin, eivät palvele asiakaskeskeisyyttä. Paljon lyhyemmät ja strukturoidummat asiakkaille etukäteen annetut kuvaukset ammattilaisten näkemyksistä ja kuinka tilannetta voitaisiin jatkaa, edistäisivät asiakaskeskeisyyttä. Vakuuttelun keinona ja asiantuntijoiden tehdyn työn korostamisella pitkillä kuvauksilla oli merkitystä. Hän kysyykin, onko yksityiskohtaisella informaation jakamisella merkitystä asiakkaalle. (Opie 1998.) Saman kysymyksen voi tehdä myös tämän tutkimuksen pohjalta. Jos asiakkaalle olisi annettu mahdollisuus keskustella testien merkityksestä heidän kuntoutumiselleen ja työkyvyllään, niin olisiko keskustelu saanut uuden käänteen?

Kysyminen

Vuorovaikutuksen toinen pääasiallinen muoto informaation jakamisen ohella oli kysymys – vastaus muoto, kuten oli myös Silvermanin tutkimuksessa (Silverman 1997). Kysyminen mahdollistaa uuden puheenvuoron ja uuden aiheen nostamisen keskusteluun (Raevaara 1997). Niin kysymysten tekemisessä kuin puheenaiheiden aloituksissa ja puheenvuorojen jakaantumisessa oli asymmetriaa niin ammattilaisten kuin asiakkaiden ja ammattilaistenkin välisessä osallistumisessa. Määrällisesti sekä kysymyksiä että puheenvuoroja käyttivät eniten lääkärit ja ajallisesti ne olivat pisimpiä. Asiakkaat aloittivat harvoin puheenaiheita tai tekivät kysymyksiä. Heidän puheenvuoronsa olivat melko lyhyitä. Kysymyksiä tehdessään asiakkaat asettuivat konsultoijan asemaan.

Sellaisessa ympäristössä, jossa tehdään kysymyksiä, maallikolla on vähäiset mahdollisuudet ottaa aloitetta keskusteluun. Kysymyksillä ja aloitteillaan lääkäreiden on vuorovaikutustilanteissa todettu pitävän kontrollia siitä, mistä puhutaan, mikä on relevanttia ja mihin asti. Kontrolli aloituksesta ja keskustelun aiheiden muodostamisesta osoittaa asymmetriaa keskustelussa. (Drew ja Heritage 1992, 50; Silverman 1997, 184-185; Opie 1998.) Vaikka kysymysten tekemisen tarkoituksena onkin muotoilla toimintaa ja toiminnan järjestystä saattaa se samoin kuin puheenvuorojen jakaminenkin vääristää osallistumista (Drew & Heritage 1992).

Toisaalta kysymysten tekemisellä on etunsaakin, koska kysymys-vastaus malli vaatii asiakasta puhumaan (Raevaara 1997). Hypoteettisten kysymysten johdonmukainen ja taitava käyttö saa asiakkaat puhumaan asioista, joista he muuten olisivat vastahakoisia puhumaan. Samalla kysymykset rajoittavat keskustelukumppanin toimintaa hyvin tehokkaasti. (Silverman 1997.) Oleellista olisi kuitenkin selvittää kysymysten funktiota eri tilanteissa. Niillä voi olla hyvinkin erilaisia tehtäviä ja funktioita keskustelun eri jaksoissa. (Silverman 1997, 59.) Tässä tutkimuksessa kysymykset näyttivät palvelevan mm. diagnoosin tekemistä, joka onkin erittäin tärkeää eläkehakemuksen valmistelua varten. Keskustelumuotona kysymys- vastaus rakenne saattaa olla erittäin tärkeä yhteisymmärryksen rakentumisen kannalta (Suoninen 1999). Kuntoutussuunnitelmien tekemisessä kysymysten funktio oli saada asiakkaat kertomaan omia mielipiteitään ja tunteksi-
aan esitetyistä vaihtoehdoista.

Rutiini

Vähemmän on kiinnitetty huomiota siihen jännitteeseen, joka muodostuu siitä, että ammattilaiset käsittelevät yksilöitä rutiinitapauksina. Asiakkaalle tilanne on useimmiten ainutkertainen ja hänen tapauksensa ainutlaatuinen. (Heritage 1997.) Asiakkaita käsitellään ja arvioidaan vertaamalla heitä rutiinikategorioihin, eivätkä he itse ole tietoisia mihin tapaukseen he sopivat. (Drew & Heritage 1992, 51). Tällainen rutiininomaisuus oli myös kuntoutustyöryhmän kokouksessa. Ammattilaiset toimivat viikoittain useissa samanlaisissa tilanteissa ja tuottivat kokouskäytännön ja menettelytavan, johon rutinoituvat, kun taas asiakkaille ne olivat ainutkertaisia. Keskustelussa asiakasta verrattiin monissa yhteyksissä normaaliin ja eri organisaatioiden asettamiin kriteereihin. Ammattilaiset muodostivat käsityksensä asiakkaasta suhteessa näihin kriteereihin. Kriteerit eivät kuitenkaan olleet asiakkaan tiedossa. Asiakkaan käsitykset omasta työ- ja toimintakyvystään ja kuntoutumisen mahdollisuuksista nousivat hänen omista kokemuksistaan. Tällaisessa tilanteessa asiakkaan on vaikea ottaa osaa keskusteluun.

Lääkäri-potilas suhteissa tämän ”knowhow” kuilun on todettu aiheuttavan sekavuuden kokemusta. Ammattilaiset saattavat kehittää rutiinejaan tehtäviensä hoidon kannalta parempaan tai huonompaan suuntaan. Rutiiniomaisuus saattaa vaikuttaa ammattilaisten kykyyn puhua asioista suoraan ja asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla. (Zimmermann 1992.)

5. 1. 3 Puhetapojen vaikutus osallistumiseen

Kuntoutussuunnitelmakokouksen keskustelut hajosivat kahdeksaa käsitteitä ja lähestymistapoja käyttäväksi puhetavaksi; esittelypuhe, lääketieteellinen puhe, arviointi-, arkielämä-, empatia-, mahdollisuus-, suositus- ja hallinnollinen puhe.

Moniin asioihin on mahdollista viitata useilla sanoilla ja kuvauksilla. Puheen institutionaalisuus voi viitata siihen miten sanoja ja kuvaustapoja valitaan (Drew & Heritage 1992, Heritage 1996, 151-158; Peräkylä 1997a). Sanojen ja kuvausten valinta kuvaa osapuolten suuntautumista institutionaaliseen tehtäväänsä ja rooleihin. Se millaista sanastoa tai kuvauksia valitsemme voi auttaa suorittamaan tehtäväämme. Sanaston valinnasta voi tunnistaa institutionaalisen tehtävän ja erityistietämyksen. Henkilöt valitsevat kuvaavat termit, jotka sopivat heidän rooleihinsa institutionaalisisessa tehtävässä. Ihmiset esittävät itsensä erilaisissa rooleissa ja suhteissa vuorovaikutuskumppaneihinsa. Heillä on edistettävänä monenlaisia hankkeita ja strategioita. Sanojen valinta

on sidoksissa puhujan ja kuulijan intresseihin kaikessa puheessa. (Drew & Heritage 1992, 29-31.)

Ammattilaiset käyttivät omaa sanastoaan sosiaalisen roolinsa ja suunnittelukokouksen tehtävän mukaisesti. Asiakkaat käyttivät pääasiallisesti arkielämäsanaa, mutta saattoivat ottaa käyttöönsä lääketieteellistä sanastoa ja hallinnollista sanastoa, joka oli heille kertynyttä yhteistä tulkintaresurssia. Ammattilaiset puhuivat organisaation edustajina. Lähes kaikki heidän kokouksessa käyttämänsä kieli oli muodollista. Esimerkiksi huumoria käytettiin erittäin harvoin. Selkeitä osoituksia muodollisuudesta oli ajankäytön ilmausten erot. Muodollisessa keskustelussa aikakäsitys muotoillaan universaalisti tai ajallisesti objektiivisesti mitattavasti kun taas arkipuheessa aikakäsitys liitetään johonkin tapahtumaan. Aikakäsitys saattaa johtaa myös hyvin erilaiseen asioiden käsittelyyn. (Engeström 1999.) Tutkimuksessani asiakkaat liittivät esimerkiksi oireensa tapahtumiin ” *silloin kun olin siellä vaneritehtaalla*” tai ” *nuoruudessa.*” Toiminnan kielellinen muoto voidaan valita tietyllä tavalla sen perusteella, millaisia institutionaalisia (työkyvyn arviointi ja eläkepäätökset vai kuntoutuksen tie) tehtäviä ollaan suorittamassa. Jos tarkoituksena on puhua eläkkeen vireillepanosta se näytti rajaavan keskustelun kuntoutuksesta pois.

Vaikka tulkintarepertuaarit rakentuvat eri konteksteissaan erilaisiksi ja niillä on erilaiset funktiot, ovat useat tutkijat puheita tarkastellessaan tunnistaneeet samantyyppisiä tulkintatapoja kuin kuntoutussuunnittelukokouksessakin tuli esille.

Peräkylä (1990) tutkiessaan sairaalahenkilöstön käsityksiä kuolemasta päätyi erilaisiin tulkintakehyksiin kuten lääketieteelliseen ja maallikkokehykseen. Maallikkokehystä voi verrata analysoimaani arkielämän puheeseen. Engeström (1999) eritteli yhdeksän vastaanoton sosiaalista kieltä, jotka olivat lääkäreiden ja potilaiden käytössä vastaanotolla tapahtuvassa ongelmanratkaisutilanteessa. Hän nimesi kielet lääketieteelliseksi kieleksi somaattisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta kohteesta, arkielämän kieleksi somaattisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta sekä hallinnon kieleksi somaattisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta kohteesta. Forsberg (1994) tutkiessaan sosiaalitoimiston asiakkaiden keskusteluja on tunnistanut juridis-byrokraattisen kielen ja Oranen (1996) lastensuojelukeskusteluissa virastopuheen, jotka molemmat sisältävät samoja elementtejä kuin nimeämäni hallinnollinen kieli.

Engeström muodosti lääketieteellisen kielen somaattisesta kohteesta potilaan fyysisistä tutkimuksista, potilaan aikaisemmista sairauskertomuksista, potilaalle tehdyistä tutkimuksista sekä

lääkehoidoista (Engeström 1999, 181). Nämä olivat myös piirteitä, joita löysin tutkimuksessani puheesta, jonka olen nimennyt lääketieteelliseksi puheeksi.

Esittelypuheella luotiin katsaus asiakkaan historiaan, hänen ongelmiinsa ja niiden aikaisempiin ratkaisuyrityksiin. Puheen tarkoituksena oli orientoida osallistujat asiakkaan tilanteeseen ennen tutkimusjaksolle tuloa yhteenvedon muodossa. Kun tapahtumat oli kerrottu, oli kaikilla osallistujilla pääsy tapahtumiin. ” Tapauksesta” kertominen on tyypillinen työskentelytapa ammattilaisille erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja erityisesti lääketieteellisessä työssä.

Lääketieteessä narratiivit potilaista muodostuvat viittauksista kirjoitettuun ja puhuttuihin selontekoihin, joita täydennetään asiakkaan lausumilla. Vaikka tapausten historia on erilaista, niissä on samoja rituaalisia piirteitä. Niissä käytetään tiettyjä sanoja, lauseita ja kertomuksessa näkyy kronologinen aikakäsitys. Useimmiten niissä on sisältönä asiakkaan ongelmat ja niiden käsittely. Sosiaalisia ongelmia niissä ei juurikaan käsitellä. (Atkinson 1995, 91.) Esittelypuhe oli rakenteeltaan ja sisällöltään hyvin samantyyppistä (ote 5.2.1.) Atkinson (1995) toteaa, että tapauksen kertomisesta on tullut seremonia, joka pitää yllä lääketieteellistä kulttuuria eri terveydenhuollon organisaatioissa ja niiden kokouksissa (Atkinson 1995). Tällainen kulttuuri oli läsnä myös moniammatillisessa kuntoutussuunnittelukokouksessa. Asiakkaat yrittivät muuttaa tätä kulttuuria tulemalla mukaan täydentämään ja korjaamaan kertomusta itsestään.

Arviointipuheessa muodostettiin objektiivinen kuva asiakkaan työ- ja toimintakyvystä. Arviointipuheen rakentumista voi verrata tietyiltä osin lääketieteellisen puheen tapaan kuvata potilasta. Lääketieteellisen kielen avulla potilaan ongelmista muodostetaan objektiivinen kuva. Rationaalinen kieli irrottaa ongelman potilaan yksilöllisistä kokemuksista ja elämän tapahtumista. Kieli tekee eri potilaiden oireista yhteismitallisia ja standardoituja ominaisuuksia. Ongelmaa käsitellään ajan, mitta-asteikkojen ja keston ulottuvuuksilla. (Engeström 1999). Kohteellistava ja ongelmallistava kielenkäyttö on todettu myös ammatti-ihmisten laatimissa asiakirjoissa (Vehkakoski 2000).

Erotuksena rationaalisesta lääketieteellisestä puheesta ammattilaiset liittivät arviointipuheeseen asiakkaan omaa arviota. Asiakkaan sanaston liittämisen tarkoituksena oli lähinnä argumentoida asiantuntijoiden omia johtopäätöksiä eikä niinkään muodostaa yhteisymmärrystä asiakkaan

kanssa. Asiakkaiden omaa mielipidettä ei tiedusteltu eikä sitä miten hän ymmärsi kuntoutustutkimuksen tulokset.

Suunnittelukokouksen arkielämän puheessa oli samoja piirteitä kun Engeströmin (1999) arkielämän kielestä somaattisesta kohteesta. Asiakas kuvasi somaattisia vaivojaan arkielämän kielellä. Asiakkaat antoivat kivun ja ongelmien tuntemukselle merkityksen ruumiillisen elämänsä avulla, johon liittyi oleellisena työssä ja arjessa selviytyminen sekä sosiaaliset suhteet (uidessa, sisähommiin joutuessa, kiivetessä). Tässä toiminnan tekstissä ongelmaa käsiteltiin kielellisesti arkielämän tarpeiden termeillä. Tämän kielen toinen piirre oli, että asiakkaat konstruoivat itsensä oireiden tulkitsijoina, niiden kokijoina sekä erilaisten omaehtoisten ratkaisujen kuten läheteiden ja etuuksien pyytäjinä tai hoitomääräysten toteuttajina. Aikaa asiakkaat konstruoivat arkielämän tapahtumien avulla (vrt. Engeström 1999, 221). Arkielämän kieli konstruoitui ammattilaisten puheessa, jossa asiakkaan näkökulma tuli ammattilaisten huomion kohteeksi, kun yritettiin sovittaa ammattilaisten toteamia ongelmia ja asiakkaan arkielämää toisiinsa. Suoninen (1999) toteaaakin, että ammattilaisten ottaessa käyttöön asiakkaan kokemuksia heidän toiminnassaan toteutuu asiakaskeskeisyys (Suoninen 1999).

Kokouksen suunnitteluvaiheessa syntynyt ristiriitatilanne tai asiakkaan osoittamat tunteenilmaukset kuten pettymys päätökseen ratkaistiin lähinnä empatiapuheella. Asiakkaan tunteita saatettiin myös kysyä ja niihin vastattiin kuuntelemalla ja myötätuntoa osoittamalla. Muissakin terveydenhuollon vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa on todettu, että ratkaisemattomissa tilanteissa otetaan käyttöön empatia (Peräkylä 1990, Opie 1998). Ongelmalliseen asiaan voidaan reagoida ilmaisemalla sympatiaa, tarjoamalla neuvoja tai antamalla huolten kertojalle tilaa jatkaa kertomusta. Toisaalta jokainen puheenvuoro tuo ilmi tulkinnan. Keskustelijat voivat valita responsinsä tietyllä tavalla, koska he ovat tekemässä heille kuuluvia tehtäviä. (Peräkylä 1997a.)

Mahdollisuus- ja suosituspuhetta käytettiin eniten kokouksen suunnitteluvaiheessa ja lopetusvaiheessa kuten hallinnollistakin puhetta. Mahdollisuuspuheessa otettiin huomioon yhteiskunnan tarjoamia voimavaroja, lähinnä kuntoutuspalvelujen tarjontana. Asiakkaan omista voimavaroista kuntoutuksen lähtökohtana ei keskusteltu. Näkökulma keskustelussa painottui yksilön ongelmiin ja niiden ratkaisuihin ulkoisin keinoin. Hallinnollis-taloudelliset ja tutkimukselliset seikat sekä erilaisten sosiaalisten etuuksien saaminen kuntoutuksessa vaativat usein lääketieteellistä argumentointia ihmisestä vikoineen, kun taas kuntoutuksen lähtökohtana tulisi olla myös asiakkaan voimavarat (Riikonen 1992). Asiakkaan ongelmiin keskittyminen ja diagnooseihin vetoaminen

saattavat luoda voimattomuutta ja antaa kuvan vaikeuksien voittamattomuudesta (Riikonen 1992, Riikonen & Smith 1998).

Suosituspuheen keskiössä oli aina jokin pulma ja sen ratkaisu. Siksi oli luonnollista, että puheeseen liittyi oleellisena elementtinä asiakkaiden odotus neuvoista ja niiden antamisesta. Silverman (1997) totesi tutkiessaan HIV-neuvontaa, että asiakkaat odottivat spesiaalitetämystä asiantuntijalta. Odotuksensa he perustivat asiantuntijoiden monipuoliseen kokemukseen muista vastaavanlaisista tapauksista ja selkeään tuntemukseen kohtaamisen tarkoituksesta. Tästä seurasi, että neuvoja sai aloitteentekijän ja tietäjän roolin ja asiakas puolestaan asettui kontrolloijan rooliin. (Silverman 1997, 56.)

Suosituspuheessa neuvonanto rakentui suorille henkilökohtaisille neuvoille, persoonattomille neuvoille ja kysymysneuvoille. Suoraa neuvonantoa auttamistyössä sovelletaan harvoin. Neuvominen on pikemminkin vihjailevaa. (Suoninen 2000.) Tässä tutkimuksessa oli melko paljon suoraa neuvontaa. Kysymysneuvot sekä epäsuora yleinen neuvonta voidaan tulkita vihjailevaksi neuvonnaksi. Keskeinen ongelma neuvonannossa on se, että se uhkaa herkästi neuvottavan henkilön kasvoja. Usein keskustelussa pyritään erilaisilla selonteoilla suojaamaan toisen osapuolen kasvat ja vältetään toisen häpäisyä (Potter & Wetherall 1987). Persoonaton neuvonanto ja varsinkin persoonaton tiedonjako välttävät asiakkaan kasvojen menettämistä ja silti niillä on neuvonnan efektiä. Niiden ongelmana on se, ettei neuvon ja vihjeen perillemenosta ole tietoa. (Suoninen 2000.)

Asiakkaat osallistuiivat eri tavoin vastaanottamaan neuvoja. Asiakkaat hyväksyivät suosituspuheen sanallisesti, minimipalauttein, hiljaisuudella tai vastustivat sitä passiivisesti tai avoimesti ja aktiivisesti. Avoin vastustaminen tuotti neuvottelijan roolin. Heritage ja Sefi (1992) ovat löytäneet kolme tapaa ottaa vastaan neuvoja. Asiakkaat hyväksyvät neuvonannon merkitsemällä sen puheella. Tätä kutsutaan merkityksi hyväksymiseksi. Toinen vastaanoton kategoria on merkitsemätön vastaanotto, joka ilmenee minimipalautteena (”totta”, ”selvä”) joka voi olla hyväksyvää vastaanottoa, tai passiivista vastustamista (mm, nii). Kolmas kategoria sisältää oman kompetenssin ja tiedon esiintuomisen ja tiedon välttelemisen, jossa asiakas ei asetu tietoa tarvitsevan asemaan. (Heritage ja Sefi 1992.) Lastensuojeluaineistossa Juhila (2000) on löytänyt asiakkaiden aktiivista neuvon vastustamista epäilyn muodossa.

Kuntoutus on monien organisaatioiden ja ammattilaisten toteuttamaa viranomaistoimintaa. Asiakkaan asioita selvitetään ja toteutetaan eri tahoilla ja organisaatioissa. Vastuu asioiden hoitamisesta siirtyy milloin asiakkaalle, milloin omaiselle tai eri organisaatioille. Pahimmillaan vastuu voi jäädä määrittelemättä. Erilaisten käyntien näkökulmasta tarkasteltuna kuntoutussuunnittelu-kokouksen keskustelua analysoidessa erotin hallinnollisen puheen, jota käytettiin asioiden organisointiin. Hallinnollista kieltä käyttivät niin ammattilaiset kuin asiakkaatkin. Asiakkaat, joiden asioita oli selvitelty ja hoidettu useita vuosia asemoivat itsensä asiantuntijoiksi hallinnollisessa puheessa ja ammattilaiset käyttivät hyväkseen näiden asiakkaiden tietämystä.

Kielet saattavat sisällöllisesti olla samankaltaisiakin eri konteksteissa, mutta oleellista on mitä toimintaa ne saavat aikaiseksi. Usein puhutaan myös siitä, että asiakkailla on erilainen sisäänpääsy kieliin. Pääsyllä tarkoitetaan sitä, miltä pohjalta kukin voi osallistua puheenalaisen asian käsittelyyn. Pohjana pääsyyn voi olla oma kokemus, samankaltaiset kokemukset tai yleinen kulttuurinen tieto. Saattaa olla myös niin, että mahdollista pohjaa ei ole keskustelulle, jolloin voidaan esittää kysymyksiä. (Seppänen 1997b.) Asiakkaat tulivat mukaan keskusteluun omien kokemustensa kautta sekä yleisen kulttuurisen tiedon kautta. Asiakkaille oli kertynyt yleistä tietämystä mm. lääkärien oikeudesta kirjoittaa reseptejä, sairaslomia ja erilaisia todistuksia ja he käyttivät tätä tietämystään resurssina keskustelussa.

Puheeseen sisäänpääsyä voi rajoittaa esimerkiksi termistö. Ammatillisten termien käytön on todettu sulkevan pois muita puhetapoja (Jokinen 1993, 87). Ammatti-ihmiset käyttivät vuorovai-
kutyksessaan sekä ammattisanastoa että asiakkaalle tarkoitettua selkokieltä rinnan. Ammat-
tisanaston ja -termistön käyttö yksinkertaistaa ja helpottaa ammattilaisten keskinäistä kommuni-
kointia, mutta sulkee asiakkaat pois keskustelusta. Käytettäessä termistön selkeyttämistä puhut-
taessa asiakkaalle otettiin huomioon asiakkaan erilainen tiedontaso. Näin puhetta muokattiin
kontekstiin ja se loi sitä. Toisaalta voi kysyä, miksi keskustelua ei käydä kielellä, jota sekä asia-
kas että ammattilainen ymmärtävät?

5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tutkimukseni luotettavuustarkastelun kohteena on todellisuuden kuvaamisen onnistuminen sel-
laisena kuin se tutkimustilanteessa esiintyi, kun tutkimuksen kohteena oli luonnollisessa tilan-
teessa kasvokkain tuotettu institutionaalinen puhe. Tutkimus perustuu näkemykseen, että tutkit-
tavasta kohteesta voi olla olemassa useita todellisuuksia. Tutkimus tuottaa tietyn näkökulman
ilmiöstä, eikä objektiivista totuutta. (Tynjälä 1991, Eskola & Suoranta 1998.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereinä on käytetty useita käsitteitä perinteisen validiteetin ja reliabiliteetin sijaan kuten tulosten uskottavuus, varmuus, vahvistuvuus, vastaavuus ja siirrettävyys (mm. Tynjälä 1991, Eskola & Suoranta, Mäkelä 1990). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa joudutaan arvioimaan myös kohderyhmän valintaa, aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta (Mäkelä 1990, Pyörälä 1994, Peräkylä 1997b, Eskola & Suoranta 1998). Erityisesti luotettavuuskysymykset liittyvät vaiheeseen, jossa siirrytään empiirisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan (Pyörälä 1994.) Tämä tarkoittaa aineiston luokittelu- ja tulkintasääntöjen huolellista esittämistä ja noudattamista (Uusitalo 1991, 84).

Tutkimuksessani olen edennyt induktiivisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija ei tavallisesti tutkimuksen alussa tiedä tarkasti millaisiin ilmiöihin hän suuntautuu. Aineistoa pitää kuitenkin olla niin paljon, että variaatiot toistuvat useaan kertaan. (Peräkylä 1997b.) Diskurssianalyttisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu vaikeus määrittää täsmällistä aineiston kokoa. Aineiston laajuus on kuhunkin tutkimustehtävään ja asetelmaan sekä käytettävissä oleviin resursseihin liittyvä ratkaisu. Puheen litterointi ja yksityiskohtien esiintuominen on työlästä. Aineiston analysointi diskurssianalyttisesti on aikaa vievää ja siten haaste rajaamisen taidolle. (Juhila & Suoninen 1999, Peräkylä 1997b, Eskola ja Suoranta 1998.)

Aineiston riittävyden kriteerinä on käytetty *saturaatiota eli kylläntymistä*. Aineiston keräämisen voi lopettaa silloin, kun uudet tapaukset eivät tuota kohteesta uutta informaatioita ja aineiston tietty peruslogiikka alkaa toistua, esimerkiksi lausumat ja puhettavat. Tutkijalla on oltava tuntuma aineistoon sen keruuvaiheessa. (Pyörälä 1994, Eskola ja Suoranta 1998.)

Tutkimukseni aineiston kokoon jouduin ottamaan kantaa etukäteen eettisen toimikunnan lupahakemusta varten. Tämä rajaaminen ei kuitenkaan ollut sattumanvaraista vaan minulla oli tuntuma samankaltaiseen aineistoon, jonka olin saanut osallistuessani toisessa organisaatiossa vastaavansiin kokouksiin testatakseni äänentoistolaitteiden toimivuutta ja saadakseni karkean käsityksen siitä, mitä kuntoutussuunnittelukokouksissa tapahtuu. Tämän kokemusten perusteella päädyin kymmenen kokouskerran äänittämiseen, joka oli myös lopullinen aineistoni.

Analyysin olen tehnyt koko aineistosta. Analyysin edetessä menetelmä alkoi hahmottua ja sen kehittämisessä oli suurena apuna institutionaaliseen keskustelututkimukseen perehtyminen. Eräät piirteet kuten kokouksen vuoronvaihto, asioiden käsittelyjärjestys ja kokouksen vaiheet ja keskustelun muoto löytyivät jo muutaman kokousäänitteen analyysin jälkeen. Näiden osalta kyl-

lääntyminen toteutui jo muutaman kokouksen analysoinnin jälkeen. Kokouksessa käytettyjen tyyppillisimpien tulkintarepertuaarien analysoimiseksi tarvittiin jo useampaa äänitettä, mutta niidenkin kirjo sillä tarkkuudella millä analyysiä suoritin, alkoi toistua.

Tutkimukseni raakamateriaalina olivat ääninauhat. Niiden teknisellä laadulla ja litteroinnilla on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen (Peräkylä 1997b, Silverman 2000, 185-189). Äänitteiden tekninen laatu oli melko hyvä. Kahden mikrofoniin käyttö olisi tosin parantanut äänen laatua ja vähentänyt taustakohinaa ja toistuvien kuuntelujen määrää. Ääninauhoista suurimman osan kirjoitti auki ja litteroi tässä tehtävässä kokenut henkilö. Hän merkitsi tekstiin epäselviksi jääneet kohdat. Hänen kirjoittamansa äänitteet kuuntelin uudelleen ja tarkistin puhutun ja kirjoitetun tekstin vastaavuuden. Osallistuttuani itse kokouksiin tunnistin puhujat ja asiasisällön, joten epäselvien kohtien tarkennus onnistui hyvin.

Koko aineisto kirjoitettiin sanatarkasti. Transkripteihin merkittiin puheenvuorojen käyttäjät, puheen päällekkäisyydet, tauot, nauru ja itku. Ne olivat riittäviä tutkimustehtävään ja -asetelmaan nähden. Joihinkin aineistokohtiin olen palannut uudelleen ja litteroinut ne tarkemmin vahvistaakseni tulkintaani. Äänitteiden kuunteleminen useaan kertaan tutkimusprosessin edetessä ja epäilyjen tarkistamisessa edisti analyysimenetelmien kehittelyä ja vahvisti tulkintoja. Diskurssi-analyysissä asia ymmärretään niin, että olennaiset sisällöt ja päälinjat rakentuvat puheessa ja kirjoituksessa usein juuri sanavalintojen, painotusten ja tauotusten kautta. Litteraation tarkkuus ei määrää tutkimuksen korkeatasoisuutta. (Juhila & Suoninen 1999.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että muut voivat seurata tutkijan päättelypolkuja eivätkä tulkinat perustu satunnaisiin poimintoihin aineistossa. Mäkelä ehdottaa laadullisen aineiston pilkkomista hallittavaan ja prosessoitavaan muotoon esimerkiksi aineistoa luetteloimalla ja tulkintaoperaatioiden pilkkomista vaiheisiin. (Mäkelä 1993, 53.) Tutkimuksessani olen analysoinut tulkintarepertuaarit ja kuvannut niiden tunnustuspiirteet, joiden perusteella niiden luotettavuutta voi arvioida. Koko tutkimusaineisto on jaettu episodeihin, jotka toimivat havaintoyksikkönä osallistujien vuorovaikutuksen tarkastelussa.

Kokouksen neljä vaihetta ovat tuloksia, mutta toimivat myöhemmin analyysiyksikköinä tarkastellessani kuinka eri tulkintarepertuaareja on käytetty kokouksen eri vaiheissa. Autenttiset katkelmat suoraan aineistosta ovat lisäämässä tutkimuksen luotettavuutta. Raportissa esiintyvissä autenttisissa otteissa on testattu tuloksina esitettyjen puheiden käyttöä ja lukija voi testata niiden

luotettavuutta. Tutkimuksessani olen käyttänyt määrällistä laskemista puheenaiheiden aloittajista ja kysymysten määristä sekä joitakin aikamittauksia kokouksen keston vaiheista. Silverman (2000, 184-85) on esittänyt, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa saattaa olla hyödyllistä tehdä yksinkertaisia laskutoimituksia, joiden tarkoituksena on tarkistaa tulkinnan taustalla olevien havaintojen yleisyyttä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan puhua Tynjälän (1991) mukaan totuusarvosta, jonka yhtenä arviointikriteerinä on *vastaavuus*. Tutkijan on osoitettava, että tutkimuksen tuottamat rekonstruktiot tutkittavien todellisuudesta vastaavat alkuperäisiä konstruktioita todellisuudesta. (Tynjälä 1991.) Kysymys liittyy myös kohderyhmän paikantamisesta ja kykyvystä rakentaa toimiva tutkimusasetelma. On voitava osoittaa, että tiettyä tutkimusasetelmaa käyttämällä ja tiettyä kohderyhmää tutkimalla voidaan vastata tutkimuksen kysymyksen aseteluun. Toisaalta on myös kyse siitä, päteekö esitetty tulkinta ensinnäkin koko tutkimusaineistossa ja toiseksi siinä ympäristössä, jota on haluttu tutkia. (Pyörälä 1994, Peräkylä 1997b.)

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden osallistumista vuorovaikutuksen näkökulmasta kuntoutussuunnitteluun moniammatillisessa ryhmässä. Tutkimustulokset saattaisivat olla toisenlaiset, jos kohderyhmänä olisi ollut sellainen ryhmä, jossa tavoitteena on ainoastaan kuntoutussuunnitelman tekeminen. Nyt ryhmän tehtävänä oli myös työ- ja toimintakyvyn arvioiminen ja sen pohjalta kuntoutussuunnitelman tekeminen. Toisaalta kuntoutussuunnitelman tekeminen, olipa se laajuudeltaan ja tarkoitukseltaan millainen tahansa, perustuu aina erilaisiin ammattilaisten tekemiin arvioihin ja todennäköisesti ne esitetään suunnitelman pohjaksi.

Puheen äänittäminen luonnollisessa tilanteessa aineistonkeruumenetelmänä oli tähän tutkimukseen erittäin sopiva. Aineistot ovat syntyneet tutkijasta riippumatta, tosin tutkijan läsnäollessa. Luonnollisia tilanteita on suosittu diskurssianalyysissä, sillä vuorovaikutuksen sävykyys, monimutkaisuudet ja säännönmukaisuudet eivät ole kartoitettavissa tilanteen ulkopuolelta. Tutkijan itse aikaansaamien aineistojen kautta ei päästä samalla tavoin käsiksi luonnollisten tilanteiden rikkauteen. (Juhila ja Suoninen 1999.)

Aineiston analyysiin käytin diskurssianalyyttistä lähestymistapaa. Diskurssianalyyttinen tutkimus ei sisällä valmista metodista mallia, jota voisi siirtää tutkimuksesta toiseen sellaisenaan. Tutkimuksen analyysivälineet on kehiteltävä ja ne kehittyvät analyysin edetessä. Repertuaareja lähdin identifioimaan, koska olin kiinnostunut mitä ja miten kuntoutussuunnitelmakokouksissa

puhutaan. Repertuaarien tulkinta olisi voinut olla hienovaraisempaakin. Kiinnostukseni ensisijaisena kohteena oli asiakkaiden osallistumisen tarkastelussa eikä niinkään sisällössä ja siksi analysoin tyypillisimmät repertuaarit, jotka toistuvat keskustelusta toiseen. Episodeissa tarkastelin tarkemmin asiakkaan aseman vaihteluita. Keskustelunanalyysin keinot taas paljastivat vuorovaikutuksen rakennetta. Lopulta näiden analyysien kautta päädyin asiakkaan asemaa kuvaaviin osallistujiin.

Menetelmien yhdistäminen saattaa olla tämän tutkimuksen heikkous. Molemmat menetelmät olivat itselleni täysin uusia ja analyysimenetelminä varsin työläitä. Lisäksi niiden mahdollisuudet näyttivät lähes rajattomilta ja siksi vaarana oli innostua useista erilaisista analyyseista. Lopulta tulokset saattoivat jäädä melko pinnallisiksi. Joka tapauksessa diskurssianalyttinen lähestymistapa oli sopiva menetelmä asetettuun tutkimusongelmaan nähden.

Diskurssianalyysissä korostetaan aineistolähtöisyyttä ja sitä, että on nojaututtava toimijoiden omaan orientaatioon ja heidän kielenkäytössään luomiinsa konstruktioihin. Tämä ei tarkoita sitä, että tutkija olisi ulkopuolinen suhteessa aineistoon. Myös tutkija operoi kielenkäytön maailmassa. Tutkimuksen tulokset ovat tutkijan kielen avulla tuottamia tulkintoja aineistosta ja näin hän omalta osaltaan on rakentamassa sosiaalista todellisuutta. (Juhila & Suoninen 1999.) Tutkijana olen jossain määrin sen kulttuurin ja sosiaalisen todellisuuden jäsen, jota tutkin. Tämä auttoi tulkintojen teossa, mutta toisaalta se saattaa olla estämässä näkemästä itsestään selvyiksi. Toisaalta käyttämäni käsitteet ja lähestymistapa, jotka olivat itselleni uusia avasivat näkemään itsestään selvyksien taakse.

Tutkimukseni on tapaustutkimus, jonka aineisto on kerätty yhden terveydenhuollon organisaation kuntoutussuunnittelukokousten vuorovaikutustilanteista. Peräkylä (1997b) toteaa tällaisten tutkimustulosten yleistettävyyden perinteisessä mielessä olevan melko rajattua. Tutkittaessa yhtä tai harvoja tapauksia, ne eivät oikeuta johtopäätöksiin ammattilaisten ja asiakkaiden samanlaisesta toiminnasta jossakin toisessa ympäristössä. Hän lähestyykin yleistettävyyksymystä *mahdollisuuden* (possibility) käsitteen kautta. Sosiaaliset käytännöt, kuten kielenkäytön mahdollisuudet, ovat mahdollisia kaikessa vuorovaikutuksessa institutionaalisissa ympäristöissä. Erilaisien käytäntöjen mahdollisuutta voidaan pitää yleistettävänä, vaikka käytäntöjä ei olisikaan todennettu samalla tavalla eri ympäristöissä. (Peräkylä 1997b). Tynjälä (1991) puolestaan käyttää *siirrettävyyden* käsitettä, jolla hän tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. Siirrettävyyteen vaikuttaa se, miten samankaltaisia tutkimusympäristö ja sovellusympäristö ovat keske-

nään. Tutkijan onkin kuvattava riittävästi aineistoaan ja tutkimustaan. (Tynjälä 1991.) Olen pyrkinyt kuvaamaan yksityiskohtaisesti niin tutkimusaineistoa, ympäristöä kuin tutkimuksen analyysivaihetta ja antamaan täten lukijalle arviointipohjaa tulosten soveltamista varten.

Mahdollisuuksien näkökulmasta tutkimustulokseni saattavat olla ainakin joiltain osin (puheet ja kokonaisrakenne) yleistettävissä kuvauksina siitä, mitä ammattilaisten ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus voi olla ja miten se voi rakentaa asiakkaiden osallisuutta kuntoutussuunnittelussa terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä edellyttäen, että ryhmän kokoonpano ja ammatilliset taustat ovat yhtenevät. Sen sijaan tuloksia ei voi yleistää kuvauksina siitä, mitä ammattilaiset ja asiakkaat tekevät. Tutkija ei yksin tee johtopäätöksiä tulosten siirrettävyydestä vaan jokainen tutkimustulosten hyödyntäjä joutuu omalta osalta ottamaan vastuun tulosten sovelletavuudesta (Tynjälä 1991). Lopulta ilmiölle annetun selityksen siirrettävyyttä voi kukin punnita mielessään vertaamalla sitä omiin kokemuksiinsa (Alasuutari 1993, 190).

Alasuutari (1993) puhuu puolestaan tulosten yleistettävyyden sijasta tulosten *suhteuttamisesta*. Suhteuttamisessa on kyse siitä, miten tutkija osoittaa analyysinsä kertovan muustakin kuin vain aineistosta. Aineiston paikallinen selittäminen on tutkimuksen ydin, mutta teoreettisen viitekehysten ja aiemman tutkimuksen varassa edeten osoitetaan, mitä yleisempiä johtopäätöksiä tuloksista voidaan vetää. (Alasuutari 1993, 210.) Myös diskurssitutkimuksen tulokset ovat ainakin osittain suhteutettavissa aineiston ulkopuolelle. Tähän suhteuttamiseen olen pyrkinyt tekemään joidenkin havaintojen osalta tarkastelemalla niitä muihin lähinnä institutionaalisen vuorovaikutuksen diskurssianalyttisesti tai keskusteluanalyysillä tehtyihin tutkimuksiin. Minkä tahansa muun tutkimuksen samansuuntaisten tulosten ei kuitenkaan ajatella tukevan diskurssianalyttisiä löydöksiä, koska erilaisista teoreettista lähtökohdista saadut tulkinnat eivät ole yhteismitallisia. Yhteismitallisuutta löytyy diskurssianalyttisen tradition sijasta myös muusta konstruktionistisesta ja keskusteluntutkimuksesta. (Juhila & Suoranta 1999.)

5.3 Johtopäätökset

Moniammatillisen työryhmän kokouksessa asioiden käsittely oli tehokasta ja asiantuntijalähtöistä. Ammatillaiset pitivät omista organisatorisista tehtävistään ja tavoistaan kiinni ja puhuivat usein asiakkaan puolesta. Vuorovaikutus perustui lähes kokonaan ammattilaisten asiantuntijuuteen. Ajoittain keskustelussa oli piirteitä dialogisuudesta. Asiakas ei ollut tasavertainen keskustelukumppani ammattilaisiin nähden. Hänellä oli rajattu mahdollisuus osallistua keskusteluun ja

päätöksentekoon. Hän tuli kuulemaan kuntoutustutkimusjakson päättyessä arviota työ- ja toimintakyvystään ja ammattilaisten ehdotuksia kuntoutussuunnitelmaksi.

Kokouksen keskustelu piti sisällään asiakaslähtöisyyden elementtejä silloin, kun asiakkaan mielipidettä kysyttiin, hänen kanssaan neuvoteltiin tai ammattilaiset ottivat käyttöönsä asiakkaan arkielämäpuhetta. Tämä sekä kuntoutustutkimusjakson monipuolisuus ja kokonaisvaltaisuus mahdollistavat myös toisenlaisen, asiakaslähtöisemmän tavan toimia ja kuulla asiakkaan mielipiteitä ja aktivoida häntä osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon, mikäli asiakkaiden osallistumista ja asemaa kuntoutuksensa suunnittelussa halutaan kehittää.

Asiakasta voidaan valmistella kokoukseen. Asiakkaan olisi tiedettävä etukäteen, miksi kokous pidetään, mitä asioita siellä käsitellään ja mitä häneltä odotetaan ja mikä puolestaan on eri ammattilaisten tehtävä kokouksessa. Kokouksen tavoitteet ja sisältö pitäisi olla selvillä niin asiakkailta kuin muillakin jäsenillä, mieluummin kirjallisena. Tällainen valmistelu saattaisi näyttää tarvitseeko asiakas luottohenkilön, joka hoitaa hänen asioitaan kokouksessa, jos hänen ja ammattilaisten mielipiteet eroavat käsiteltävässä asiassa.

Saattaisi olla hyödyllistä arvioida kokoukseen osallistuvien määrää ja sen sopivuutta asiakkaalle. Kokous voisi olla avainhenkilön tai -henkilöiden kanssa, jotka olisivat etukäteen tehneet kokonaisarvioin asiakkaan työ- ja toimintakyvystä asiakkaan kanssa käytävän keskustelun pohjaksi. Asiakas voisi perehtyä tähän yhteenvetoon etukäteen. Hän voisi itse määrittää ne henkilöt, joiden kanssa haluaa käydä keskustelua. Kokouksessa tulisi huomioida asiakkaan tietotaso mieluummin kuin viedä kokous läpi rutiininomaisesti.

Yksityiskohtainen, monimutkainen, taaksepäin suuntautunut raportointi kuntoutustutkimusjakson tuloksista ja ammattilaisten tekemisistä ei mahdollista keskustelua siitä miten asiakkaat ovat ymmärtäneet prosessin ja siitä saadut tulokset sekä niiden vaikutuksen hänen kuntotutumisestaan koskeviin päätöksiin. Ammattilaisten kannattaisi kehittää edelleen prosesseja, jotka varmistavat, että asiakkaiden tiedot ja omat mielipiteet ovat etualalla. Kokouksen tavoitteena voisi olla sellaisen ympäristön luominen, missä dialogi on keskeinen. Halutessaan asiakas saattaisi toimia kokouksessa käsiteltävien asioiden määrittäjänä ja rajaajana.

Asiakkaiden osallistumisen vahvistaminen kuntoutuksensa suunnitteluun on haaste traditionaalisesti toimiville ammattilaisille ja asiakkaille sekä perinteisen puheen muuttamiselle. Ammatti-

laisten olisi annettava oma asiantuntijuutensa rohkeammin asiakkaan käytettäväksi ja heidän tulisi rohkaista asiakasta osallistumaan enemmän keskusteluun ja päätöksentekoon.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä asiakaslähtöisyyttä. Toisaalta tuloksia voidaan ottaa käyttöön myös muilla areenoilla. Jatkotutkimuksen aiheena tämä tutkimus herättää ainakin yhden mielenkiintoisen kysymyksen siitä, miten asiakkaat kokevat osallistumis- ja vaikutusmahdollisuutensa kuntoutuksensa suunnittelussa.

LÄHTEET:

Alasuutari, P. (1993). Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Atkinson, P. (1995). Medical talk and medical work. The liturgi of the clinic. London: Sage Publications.

Carlsson, I. & Järvi, V. (1997). Suunnittelematta tuloksiin? Kartoitus kuntoutussuunnittelun käytännöistä psykiatrisessa sairaanhoidossa. Mielenterveyden Keskusliitto. Kuntoutusyksikkö 11/97.

van Dijk, T. A. (1997). Discourse as interaction in Society. Teoksessa T. A. van Dijk (Ed.) Discourse as Social Interaction. Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction. Volume 2. London: Sage Publications.

Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analysing talk at work: An itroduction. Teoksessa P. Drew ja J. Heritage (Eds.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Studies in interactional sociolinguistics. Cambridge: University Press, 3-65.

Drew, P. & Heritage, J. (Eds.) (1992). Talk at work. Interaction in institutional settings. Studies in interactional sociolinguistics. Cambridge: University Press.

Drew, P. & Sorjonen, M-L. (1997). Institutional dialogue. Teoksessa T. A. Van Dijk (ed.) Discourse as social interaction. Volume 2. London: Sage Publications, 92-118.

Engeström, R. (1999). Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluis- ta. Helsinki: University press.

Eskola, A. (1982). Vuorovaikutus, muutos, merkitys. Sosiaalipsykologian perusteiden kriittinen tarkastelu. Helsinki: Tammi.

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

- Forsberg, H. (1994). Yksi ja monta perhettä. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden perhetulkinnoista sosiaalitoimistotyössä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan lisensiaattitutkielma.
- Hakulinen, A. (1997a). Johdanto. Teoksessa L.Tainio (toim.) Keskustelunalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 13-17.
- Hakulinen, A. (1997b). Vuorottelujäsennys. Teoksessa L.Tainio (toim.) Keskustelunalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 32-55.
- Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. Teoksessa P. Drew ja J. Heritage (Eds.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Studies in interactional sociolinguistics. Cambridge: University Press. 235- 267.
- Heritage, J. (1996). Garfinkel ja etnometodologia. Helsinki: Gaudeamos.
- Heritage, J. (1997). Conversation Analysis and Institutional Talk. Analysing Data. Teoksessa D. Silverman (Ed.) Qualitative Research. Theory, Method and Practice. London: Sage Publications, 161-182.
- Heritage, J. & Sefi, S. (1992). Dilemmas of Advice: Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interaction between Health Visitors and First-time Mothers. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (Eds.) Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Studies in interactional sociolinguistics. Cambridge: University Press, 359-417.
- Jokinen, A. (1999a). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 37- 53.
- Jokinen, A. (1999b). Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 126-159.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (1999). Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 54-97.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999). Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993). Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993). Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja diskursiivinen maailma. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 17-47.

Jokinen, A., Suoninen, E. & Wahlström, J. (2000). Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen E. (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino Jyväskylä: Gummerus Oy 15-33.

Juhila, K. (1993). Miten tarinasta tulee tosi? Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 151- 188.

Juhila, K. (2000). Neuvot ja pulmat lastensuojelukeskusteluissa. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen E. (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 105-129.

Juhila, K. & Suoninen, E. (1999). Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 233-252.

Järvikoski, A. (1994). Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Tutkimuksia 46/ 1994. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Vastapaino.

Kallanranta, T. (1997). Kuntoutussuunnitelma/kuntoutussopimus ja prosessin suunnittelu. Teoksessa Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 31- 45.

Kallanranta, T. & Rissanen, P. (1996). Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:5. Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta. Toteutumisen seuranta vuosina 1992-1997. Kansaneläkelaitos, terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja. Helsinki. 1998.

Karjalainen, V. (1993a). Lain voimalla. Seurantatietoa kuntoutuksen paikallisesta yhteistyöstä. Stakes. Raportteja 124. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Karjalainen, V. (1993b). Yhteistyön virityksiä. Kuntoutuksen yhteistyöverkostojen kehitysvaiheen tarkastelua. Raportteja 96. Stakes. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Karjalainen, V. (1996). Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentamisesta. Stakes. Tutkimuksia 68.

Karjalainen, V. & Saikku, P. (toim.) (1999). Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakastyöstä. Stakes raportteja 236. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Kuntoutus uudistuu. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Oppaita 11. Helsinki: VAPK-kustannus.

Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/91.

Maynard, D. W. (1992). On clinicians co-implicating recipients perspective in the delivery of diagnostic news. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (Eds.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Studies in interactional sociolinguistics. Cambridge: University Press, 331-358.

Määttä, P. (1999a). Pelaako palvelut? Vanhemmat arvioivat lasten ja nuortenosaston toimintaa. Research reports 68. Erityispedagogiikan laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Kopi-jyvä Oy.

Määttä, P. (1999b). Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Atena.

Niemi V. (1969). Näkökohtia kuntoutusjärjestelmämme kehitysvaiheeseen. Sosiaalinen aikauskirja 3.

Northouse, L.L. & Northouse, P.G. (1998). *Health Communication. Strategies for Health Professionals*. Third edition. Tsamford: Appleton & Lange.

Nuolijärvi, P. (1992). Keskusteluntutkimus. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 114-141.

Opie, A. (1998). "Nobody`s asked me for my View" User`s Empowerment by multidisciplinary health teams. *Qualitative health research* 2, 8, 188-206.

Oranen, M. (1996). "Semmonen pikkunen huoli" Diskurssianalyttinen tutkimus lastensuojelun arviointikeskusteluista. Kehitys- ja kasvatopsykologianerikoistumiskoulutuksen lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto: Psykologian laitos.

Peräkylä, A. (1990). Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Tampere: Vastapaino.

Peräkylä, A. (1996). Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sosiologia* 33, 2, 89-102.

Peräkylä, A. (1997a). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 177-203.

Peräkylä, A. (1997b). Reliability and validity in research based on transcripts. Teoksessa D. Silverman (ed.) *Qualitative Research. Theory, method and Practice*. London: Sage.

Peräkylä, A. (1997c). Vartijan näkökulma. Tutkimus vanginvartijan työhön liittyvästä tulkinta-kehyksestä. Helsinki: Tietosanoma.

Piirainen, K. (1995). Kuntoutussopimus. Tutkimus asiantuntija-asiakassuhteen sosiaalisesta ylläpidosta. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology*. London: Sage Publications. Ensimmäinen painos.

- Puumalainen, J. (1993). Kuntoutujan näkökulma. Vammaistuen saajien ja kuntoutustutkimuksessa olleiden näkemyksiä ja kokemuksia kuntoutustoiminnasta. *Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 39/1993. Helsinki: F. G. Lönnberg.
- Pyörälä, E. (1994). Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 4-14.
- Raevaara, L. (1997). Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 75- 92.
- Riikonen, E. (1992). Auttamistyön ongelmäkäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikeleeseen. *Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 32. Helsinki.
- Riikonen, E. & Smith, G.M. (1998). Inspiraatio ja asiakastyö. Suom. P. Kamppikoski & E. Riikonen. Tampere: Vastapaino.
- Rostila, I. (1997). Keskustelu sosiaaliluukulla. Sosiaalityön arki sosiaalitoimiston toimeentulo-keskusteluissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 547.
- Saikku, P. (1999a). Oma ja yhteistä. Asiakasyhteistyötä ympäri Suomea. Teoksessa V. Karjalainen & P. Saikku (toim.) *Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakastyöstä*. Stakes raportteja 236. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 37-55.
- Saikku, P. (1999b). Vihdoinkin ratkaisu? Asiakkaat arvioivat ryhmiä. Teoksessa V. Karjalainen & P. Saikku (toim.) *Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakastyöstä*. Stakes raportteja 236. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 74-88.
- Saikku, P. & Karjalainen, V. (1999). Laista lähdettiin. Asiakasyhteistyöryhmät toiminnassa. Teoksessa V. Karjalainen & P. Saikku (toim.) *Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakastyöstä*. Stakes raportteja 236. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 18-36.
- Seppänen, E-L. (1997a). Osallistumiskehikko. Teoksessa L-Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 156-176.

- Seppänen, E-L. (1997b). Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa L-Tainio (toim.) Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 18-31.
- Silverman, D. (1997). Discourses of counselling. HIV Counselling as Social Interaction. London: Sage.
- Silverman, D. (2000). Doing Qualatativy research. A Practical Handbook. London: Sage.
- Suoninen, E. (1992). Perheen kuvakulmat: Diskurssianalyysi perheenäidin puheesta. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tutkimuksia. Sarja A nro 24.
- Suoninen, E. (1997). Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä. Acta universitatis Tamperensis 580. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Suoninen, E. (1999). Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 101-125.
- Suoninen, E. (2000). ”Tanssilajit ja -tyylit” asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen E. (toim.). Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino Jyväskylä: Gummerus Oy, 67- 104.
- Tainio, L. (1997). Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja. 5-6, 22, 387-398.
- Uusitalo, H. (1991). Tiede, tutkimus ja tutkielma. Juva: Wsoy.
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittamisestä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 1994:3. Helsinki 1994.
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.10.1998. Helsinki: Oy Edita Ab.

Vehkakoski, T. (2000). Vammaisen lapsi ammatti-ihmisten asiakirjoissa. Diskurssianalyttinen tutkimus lausuntojen kielenkäytössä. Research reports. N:o 71. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos.

Wahlström, J. (1992). Merkityksen muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 94. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä.

Winell, K. & Ståhl, T. (1998). Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Stakes. Raportteja 226.

Zimmerman, D.H. (1992). The interactional organisation of calls for emergency assistance. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (Eds.) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Studies in interactional sociolinguistics*. Cambridge: University Press, 418-469.

ARVOISA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Tutkimus on osa terveystieteiden lisensiaatin opintojani Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa. Lisensiaatintyötäni ohjaavat professori Ulla Talvitie terveystieteiden laitokselta ja professori Paula Määttä erityispedagogiikan laitokselta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten kuntoutuja pystyy osallistumaan ja vaikuttamaan kuntoutumistaan koskeviin päätöksiin, kuntoutuksensa tavoitteisiin ja sisältöihin asiantuntijoiden muodostamassa kuntoutustyöryhmän kokouksessa sekä miten kuntoutuja kokee kuntoutussuunnitelman laadintatilanteen. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään kuntoutussuunnittelukäytäntöjen kehittämisessä.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule julki missään tutkimuksen vaiheessa eikä sen jälkeen. Tiedot ovat luottamuksellisia ja vain minun käytössäni.

Kuntoutustyöryhmän kokouksissa, joissa TEILLE laaditaan kuntoutussuunnitelma, äänitän ja teen havaintoja kokouksen kulusta. Suunnittelukokouksen jälkeen haastattelen TEITÄ kokemuksistanne erikseen sovittuna aikana. Äänitän haastattelutilanteet. Ääninauhat tuhoataan tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja teillä on oikeus kieltäytyä siitä missä tutkimuksen vaiheessa tahansa, jos katsotte sen aiheelliseksi. Ennen tutkimukseen lupautumistanne olen valmis keskustelemaan kanssanne henkilökohtaisesti tutkimukseen liittyvistä asioista.

Jyväskylässä 14.10.1999

Yhteistyöstä kiittäen

Pirkko Perttinä
Terveystieteiden jatko-opiskelija
Alvettulanmutka 23, 40520 Jyväskylä
puh. 014-642607 tai 050-3046990

Osallistun tutkimukseen

Jyväskylässä _____/_____ 1999

Nimi: _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

Allekirjoitus: _____

Asiakkaiden taustatiedot

Liite 2

Asiakas	Suku- Puoli	Ikä	Koulutus/ Ammatti	Ongelmat	Taloudellinen tilanne	Lähetävä taho	Oma toive	Päätös
K1	M	43	Kansakoulu	Alkoholin käyttö Muistamattomuus	Työtön Ansioidonomainen päiväraha	Työvoimatoimisto	Työelämään paluu	Pysyvä työkyvyttömyyseläke
K2	M	39	Kansakoulu	Unihäiriöt	Työtön Ansioidonomainen päiväraha	Työvoimatoimisto	Työelämään paluu	Työkykyinen
K3	N	47	Keskikoulu/ Sosiaaliohjaaja	Tules-vaivat	Työtön Työmarkkinatuki	Neurologinen osasto	Työelämään paluu	Työkykyinen
K4	M	50	Kansakoulu	Masennus Kivut	Työtön Peruspäiväraha	Työvoimatoimisto	Työelämään paluu	Pysyvä työkyvyttömyyseläke
K5	M	59	Kansakoulu Pienviljelijäkoulu	Tules-vaivat	Työssä ansiotulo	Työterveyshuolto	Yksilöllinen varhaiseläke	Yksilöllinen varhaiseläke
K6	M	59	Kansakoulu	Tules-vaivat	Työtön Peruspäiväraha	Työvoimatoimisto	Työelämään paluu	Pysyvä työkyvyttömyyseläke
K7	N	51	Kansakoulu	Tules-vaivat	Työssä Sairauspäiväraha	Fysiatrian poliklinikka	Ei läke	Työkykyinen Ammattilinen kuntoutus
K8	M	45	Kansakoulu/ Lähihoitaja	Tules-vaivat	Työtön Ansioidonomainen päiväraha	Työterveyshuolto	Ei läke tai työelämään paluu	Työkykyinen Työkokeilu
K9	M	52	Kansakoulu/ Turkisleikkaaja	Tules-vaivat Alkoholin käyttö	Työtön Toimeentulotuki	Kirurginen osasto	Työelämään paluu	Työkyvyttömyys kuntoutustuella
K10	M	50	Kansakoulu/ Hitsaaja - koneenkorjaaja	Tules-vaivat	Työpaikka Työkyvyttömyyseläke ulkomailta	Työterveyshuolto	Ei läke	Pysyvä työkyvyttömyyseläke

Asiakkaiden ja ammattilaisten kokouksissa käyttämät puheenvuorot.

Liite 3

Asiakas	Asiakas/ Osaston- lääkäri	Asiakas/ Fysioterapeutti	Asiakas/ Toiminta- terapeutti	Asiakas/ Fysiatr	Asiakas/ Psykologi	Asiakas/ Sosiaali- hoitaja	Asiakas/ Kuntou- tuksen ylilääkäri	Asiakas/ Omahoitaja	Asiakas/ Työvoimat oimiston edustaja	Yht.
KI	5/17	4/7	-/1	-/1	-/2	-/1	4/9	1/2		14/40
K2	2/8	-/1	1/1	-/2	-/2	-/1	-/2	-/-		3/17
K3	6/13	-/1	3/5	3/8	-/1	-/2	-/1	-/-		12/31
K4	5/15	-/3	-/2	-/1	4/8	1/2	3/6	-/-	3/6	16/43
K5	poissa	-/3	-/1	13/19	2/3	3/17	Poissa	-/-		18/43
K6	19/24	4/5	-/1	2/6	Poissa	-/1	Poissa	-/-	1/2	26/39
K7	7/19	2/3	1/2	5/16	1/6	-/3	1/9	-/-		17/58
K8	11/19	9/8	3/4	3/4	8/11	Poissa	Poissa	-/-		34/46
K9	12/19	8/18	Poissa	12/23	Poissa	1/1	Poissa	-/-		33/61
K10	21/33	-/3	1/3	6/18	4/5	-/-	Poissa	-/-		32/62
Yht.	88/167	27/52	9/20	44/98	19/38	5/28	8/27	1/2	4/8	205/440

- * seuraava puhuja katkaisee puhujan vuoron
- // päällekkäispuhunnan alku
- // // päällekkäin puhuttu jakso
- (.) tauko, joka poikkeaa puheen rytmistä, mutta jota ei ole mitattu
- (tauko) huomattava tauko
- [] huomautukset esimerkiksi äänitteistä kuuluvasta naurusta ja joistakin havainnoista
- () litteroijalta kuulematta jäänyt puhe tai epävarmasti kuultu sana

Litteraatiossa käytetyt lyhenteet

K1 ... K10 = Kokouksen asiakas 1 ...10

O1 = osastonlääkäri

Ku = kuntoutuksen ylilääkäri

Fy= fysiatri

Ft = fysioterapeutti

Tt = toimintaterapeutti

Psy = Psykologi

Sos = sosiaalityöntekijä

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain
Huom! Samassa episodissa voidaan olla samaa mieltä, eri mieltä sekä tehdä korjauksia

Liite 5/1(7)

Asiakas	Episodin numero	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samanmie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K1	E1/1	Laihtuminen	OL	x		x				
	E2/2	Kävelytestistä suoriutuminen	FT		x					
	E3/3	Kehno kunto	K1		x			x		
	E4/4	Työkykytestistä suoriutuminen	TT		x		x			
	E5/5	Oireet	KU						KU, KU, KU	Diagnosointi
	E6/6	Alkoholin käyttö	KU		x					
	E7/7	Ruokahaluttomuus	OL			x				
	E8/8	Suunnitelman toimeenpano	OL						OL	"Tuliskos mieleen kysyttävää?" Puheenvuoron antaminen asiakkaalle
	E9/9	Kokouksesta poistuminen	SH		x					
K2	E1/10	Työkykytestistä suoriutuminen	TT		x					
	E2/11	Oireet	FY		x				FY	Diagnosointi
	E3/12	Yhteistyötahot	KU						KU	Yhteistyötahojen selvittäminen
	E4/13	Byrokraattisuuden arvioiminen	PSY		x					
	K5/14	Kuntoutustutkimus-jakson arviointia	K5						OL	"Tuliskos mieleen kysyttävää?" Puheenvuoron antaminen asiakkaalle

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/2(7)

Asiakas	Episodin numero kokouksittain	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samanimie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K3	E1/15	Työkykytesteistä suoriutuminen	TT			x				
	E2/16	Työkykytesteistä suoriutuminen	TT				x			
	E3/17	Oma ammatti	FY	x						
	E4/18	Hermon lisäähtautumisen estäminen	K3						K3	Konsultointi
	E5/19	Työn raskaus	OL		x				OL, OL, K3	Työolosuhteiden kartoitus Puheenvuoron pyyntö Suunnittelu
	E6/20	Fyysisen kunnan kohentaminen	OL						OL	
	E7/21	Liikkumisen motivaatio	OL						OL	Sitoutumisen varmistaminen
	E8/22	Kokouksen herättämät pelot	OL	x					OL	Tunteiden kysyminen
	E9/23	Kuntoutustutkimusjakson arviointia	K3						OL	”Tuliskos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle Diagnosointi
K4	E1/24	Fyysisen kunnan testeistä suoriutuminen	FT		x				KU	
	E2/25	Aikaisemmat kuntoutusyritykset	OL	x	x				OL, TE, TE, KU, TE	Kuntoutustoimien kartoitus
	E3/26	Psykkisen toimintakyvyn tukeminen	PSY						PSY	Mielenterveyspalvelujen käytön selvittäminen
	E4/27	Työkyvyttömyys päätöksen aiheuttamat tunteet	PSY			x			PSY	Asiakkaan mielipiteen kysyminen

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/3(7)

Asiakas	Episodin numero kokouksittain	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samanimie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K4	E5/28	Selän parantaminen	K4						OL	”Tuli kos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle Konsultointi
K5	E1/29	Kävelytestistä suoriutuminen	FT	x					K4	
	E2/30	Oireet	FY	x					FY, FY	Diagnosointi
	E3/31	Psyykkisen toimintakyvyn testeistä suoriutuminen	PSY			x				
	E4/32	Sairaslomista	SOS		x				SOS	Asiakkaan mielipiteen kysyminen Sairasloman pyytäminen
	E5/33	Varhaiseläke	FY		x				K5 K5	Toimeentulon turvaaminen
	E6/34	Määräaikaiseläke	K5		x				OL	”Tuli kos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle Toimeentulon turvaaminen Asiakkaan mielipiteen kysyminen
K6	E1/35	Osa-aikatyö	OL			x			K5 OL	
	E2/36	Oireet	OL		x					
	E3/37	Voimaharjoitukset	FT						FT, FT, FT	Voimaharjoittelun ohjaus
	E4/38	Osa-aikatyö	OL			x				
	E5/39	Työn sisältö	OL						OL	Työn muutoksen kartoittaminen
	E6/40	Työkyvyttömyyseläke	OL			x			OL SOS	Tunteiden kysyminen Ehdotukseen suostuminen

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/4(7)

Asiakas	Episodin numero	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samannie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K6	E7/41	Työkyky	OL	x						
	E8/42	Työn vaihtoehdot	OL			x			OL	Ehdotukseen suostuminen
	E9/43	Lääkehoito	K6						K6, K6 OL	Reseptin pyytäminen "Tuliskos mieleen kysyttävää?" Puheenvuoron antaminen asiakkaalle
	E10/44	Harjoitusohjelma	OL							
K7	E1/45	Kuntoutusyritysten vaikutukset	OL	x	x					
	E2/46	Arjesta selviytyminen	OL	x	x					
	E3/47	Kävelytestistä suoriutuminen	FT		x					
	E4/48	Työkykytestien epäily	TT			x				
	E5/49	Leikkaukset	FY	x						
	E6/50	Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet	FY		x					
	E7/51	Työtehtävien vaihtaminen	FY						FY, FY, FY, FY, FY	Asiakkaan arvio työmahdollisuuksista
	E8/52	Vuorokausirytmi	PSY		x					
	E9/53	Ammatillisen kuntoutumisen suunnitelma	OL						OL	Asiakkaan oman mielipiteen kysyminen
	E10/54	Työtilanne	OL		x					

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/5(7)

Asiakas	Episodin numero kokouksittain	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samannie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K7	E11/55	Ammatillisen kuntoutuksen toteutuminen	FY	x						
	E12/56	Toimeentulo	K7						K7 OL	Sairasloman pyytäminen "Tuliskos mieleen kysyttävää?" Puheenvuoron antaminen asiakkaalle
K8	E1/57	Oireet	OL	x						
	E2/58	Fyysisen kunnan testeistä suoriutuminen	FT	x	x					
	E3/59	Työkykytesteistä suoriutuminen	TT		x				TT	Testipaikan selvittäminen
	E4/60	Oireet	FY	x						
	E5/61	Fysioterapiaan hakeutuminen	OL			x			OL	Fysiatrin mielipiteen selvittäminen Fysioterapiaan hakeutumisen toteutuminen
	E6/62	Psyykkisen toimintakyvyn testeistä suoriutuminen	PSY		x				FY	
	E7/63	Osapäivätyöstä selviytyminen	PSY		x					
	E8/64	Työkyvyttömyyseläke	OL		x					
	E9/65	Arjesta selviytyminen	OL		x					
	E10/66	Oireet	OL						OL	Asiakkaan liikuntaan suostuttelu
	E11/67	Työkokeilu	OL	x	x					

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/6(7)

Asiakas	Episodin numero	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samannie-lisyys	Erimie-lisyys	Ylläty	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K8	E12/68	Elämän realiteetit	K8		x					
	E13/69	Sosiaaliset suhteet	K8						OL	Asiakkaan liikuntaan suostuttelu
	E14/70	Työkokeilun arviointia	OL		x					
	E15/71	Kuntoutustukimus jaksos arviointia	K8						OL	”Tuliskos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle
K9	E1/72	Leikkaukset	OL	x						
	E2/73	Alkoholin käyttö	OL		x					
	E3/74	Fyysisen kunnan testeistä suorituminen	FT	x	x					
	E4/75	Valokuvat dokumenttina	FT		x			x		
	E5/76	Kuntoutusjakson suunnittelua	FT	x	x				FY, FY, FY, FY OL	Asiakkaan toimintakyvyn arvioiminen Muistelemine
	E6/77	Työ/työttömyyshistoria	OL							
	E7/78	Psyykkisen toimintakyvyn arviointi	OL		x					
	E8/79	Työmotivaatio	FY	x	x				FY, FY, FY, FY	Asiakkaan työmotivaation selvittäminen
	E9/80	Tasapainon harjoittaminen	K9		x					
	E10/81	Harjoitteluun motivointi	FY		x					

Puheenaiheet, aloittajat, keskustelun funktiot, kysyjät ja kysymysten funktiot episodeittain

Liite 5/7(7)

Asiakas	Episodin numero kokouksittain	Puheenaihe	Aloit-taja	Korjaus	Samannie-lisyys	Erimie-lisyys	Yllätys	Huumori	Kysyjä ja kysymysten määrä	Kysymyksen/kysymysten funktio
K9	E11/82	Sosiaalisuus	FY		x					
	E12/83	Tasapainon harjoittaminen	K9						OL	”Tuliiskos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen
K10	E1/84	Oireet	OL	x						
	E2/85	Työkykytesteistä suoriutuminen	TT	x					K9	”Tuliiskos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle Konsultointi
	E3/86	Oireet ja löydökset	FY	x					FY, FY	Diagnosointi
	E4/87	Psyykkisen toimintakyvyn testeistä suoriutuminen	PSY		x					
	E5/88	Työkyvyttömyys	OL		x					
	E6/89	Laihtuminen	FY			x			FY, FY, FY, K10, K10	Diagnosointi Konsultointi
	E7/90	Ravintoneuvonta	OL		x					
	E8/91	Kuntoutussuunnitelma	OL						K10	Lähetteen pyytäminen fysioterapiaan ”Tuliiskos mieleen kysyttävää?” Puheenvuoron antaminen asiakkaalle
	E9/92	Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen	PSY		x				OL	
YHT			92	21	44	14	2	2	77	