

Jäsenkategorisoinnin analyysi palvelutarpeen määrittelyssä

Riitta-Liisa Kinni: *YTL, suunnittelija, Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate, Itä-Suomen yliopisto*
riitta-liisa.kinni@uef.fi

Janus vol. 19 (1) 2011 20–35

Janus

Tiivistelmä

Jäsenkategorisoinnin analyysin (MCA) avulla on mahdollista lähestyä hierarkkisissa instituutioissa tapahtuvaa palvelutarpeen määrittelyä. Moniammatillisen asiakastyön arjessa palvelutarpeen määrittely saattaa olla virallisista kriteereistä huolimatta jännitteistä. Analysoin menetelmää apuna käyttäen sairaalan moniammatillisen ryhmän jäsenten ja iäkkään kuntoutujan haastattelupuhetta. Tässä tapaustutkimuksessa vahvaksi palvelutarvetta määrittäväksi kriteeriksi nousi röntgenkuva. Kuva tulkitsemaan pystyvillä ammattilaisilla oli sairaalainstituution sosiaalisessa järjestyksessä eniten kategorisointivaltaa. Sosiaalityöntekijän kannalta tilanne osoittautui pulmalliseksi, koska hänellä ei ollut samanlaisia kulttuurisia resursseja kategorisointiansa perusteluun kuin muilla ammattilaisilla. Myös kuntoutujan päätelmät jatkohoidostaan poikkesivat muista haastatelluista. Menetelmällisesti jäsenkategorisoinnin analyysi soveltui hyvin ammattilaisten ja kuntoutujan palvelutarvetta koskevien näkemysten erittelyyn ja instituution sosiaalisen järjestyksen esille nostamiseen. Menetelmällä saaduilla tutkimustuloksilla on merkitystä myös sosiaalityön käytännön kehittämisessä.

Instituutioissa kategorisoidaan ihmisiä hoidosta tai palvelujen myöntämisestä päätetäessä. Sairaalainstituutiossa potilaita kategorisoidaan erilaisissa asiakirjoissa, ammattilaisten keskinäisissä tapaamisissa sekä ammattilaisten ja potilaiden kohtaamisissa. Tällaisia ovat esimerkiksi sairauskertomukset, lääkärinkierrot ja hoitokokoukset. Eri ammattilaiset muodostavat potilaina olevista ihmisistä oman asiantunteuksensa mukaiset näkemykset, joista muokataan moniammatillista kokonaiskuvaa (Isoheranen 2005, 14). Ihmisistä muotoutuu tiettyä sairautta sairastavia potilaita, tiettyä lääkitystä tarvitsevia, sairaalahoitoa tarvitsevia, kotikuntoisia ja niin edelleen. Harvey Sacksin kehittämä jäsenkategorisoinnin analyysi (MCA) tarjoaa metodologisia välineitä lähestyä näitä kategorisointeja, sillä sen avulla voi selvittää, miten ja millä perusteilla ihminen sijoitetaan tiettyyn kategoriaan. Kategorisoinnit ovat tärkeitä, koska

niiden perusteella tehdään päätöksiä hoidosta ja hoivasta, esimerkiksi sairaalahoidon jälkeisestä jatkohoidosta.

Kun tutkitaan toimijoiden kategorisointeja ja kategorisointiperusteita puheesta tai kirjoitetuista dokumenteista, tärkeäksi kysymykseksi nousee, mitkä ja kenen kategorisoinnit ovat "oikeita". Mitkä kategorisoinnit ovat uskottavia ja mitä pidetään luotettavana kategorisointiperusteena? Uskottavan, luotettavan ja oikeaksi katsotun kategorisoinnin syntymistä voidaan ajatella faktuaalistamisena, tosiasian rakentamisena (Jokinen 1999, 129; Juhila 2004, 172). Uskottavuutta ja luotettavuutta voidaan tavoitella kehittämällä kriteerejä ja mittareita, joilla haetaan päätöksen pohjaksi yksiselitteistä mitattavaa – yleensä numeerista – arvoa hoidon ja hoivan tarpeelle. Näin arvioidaan muun muassa ikääntyneiden

toimintakykyä päätettäessä heidän hoivapalveluistaan.

Tarkastelen tässä artikkelissa, miten sairaalan kategorisointikäytäntöjä voidaan tehdä näkyviksi jäsenkategorisoinnin analyysillä. Sairaalan moniammatillisen työryhmän jäsenet ja iäkäs kuntoutuja määrittävät kukin haastatteluaineistossa kuntoutujan sairaalakuntoutuksen jälkeistä palvelutarvetta. Analyysi kertoo tietyn kategorisoinnin faktuaalistumisesta ja kuntoutujan muotoutumisesta tiettyyn palvelumuotoon sopivaksi asiakkaaksi hoivapalvelujen järjestelmässä.¹ Menetelmän avulla syntyy myös käsitys siitä, ketkä toimijoista kategorisoituvat luotettaviksi kategorisoijiksi sairaalan moniammatillisessa työryhmässä.

Esittelen aluksi jäsenkategorisoinnin analyysin käyttöä eräissä tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavissa sosiaali- ja terveydenhuollon instituutioiden asiakkaiden ja potilaiden kategorisointiin paneutuneissa tutkimuksissa. Pohdin myös sitä, miten eri toimijoiden erilaiset kulttuuriset resurssit näkyvät analyysimenetelmän esille nostamissa kategorisointiperusteissa. Lisäksi tarkastelen MCA:n käyttämättömyyksiä erilaisissa aineistoissa. Tutkimusasetelmaa käsittelevässä luvussa esittelen jäsenkategorisoinnin analyysin välineistöä siltä osin kuin sitä on käytetty tässä tutkimuksessa. Palvelutarpeen määrittelyä kuvaavassa luvussa otteet aineiston analyysistä avaavat tutkimuksen logiikkaa ja toimivat esimerkkinä välineistön käytöstä. Johtopäätöksissä vedän yhteen MCA:n antia palvelutarpeen määrittelyssä tapaustutkimuksen perusteella. Nostan myös esille sen käyttämättömyyksiä moniammatillisen työn tutkimuksessa yleensä ja antia sosiaalityön menetelmällisessä kehittämisessä.

Jäsenkategorisoinnin analyysi hierarkkisten instituutioiden kategorisointien tutkimuksessa

Yhdysvaltalainen Harvey Sacks kehitti jäsenkategorisoinnin analyysin 1960-luvulla. Hän oli aiemmin opiskellut lakia ja kiinnostunut muun muassa siitä, miten laki instituutiona toimii. Useille aloille kohdistunut kiinnostus ohjautui lopulta etnometodologisen ajattelun kautta vuorovaikutuksen, erityisesti keskustelun, tutkimiseen ja analysointiin. (Schegloff 1989, 186–195.) Kirsi Juhilan (2004) mukaan jäsenkategorisointimenetelmä juontaakin juurensa vuorovaikutuksen tutkimuksen metodisessa sukupolvijaottelussa toisen sukupolven etnometodologiaan ja näyttäytyy nykyisen kolmannen sukupolven kategoria-analyttisenä suuntauksena. Sacksin tavoitteena oli alun perin kehittää metodi, jolla puhetta voitaisiin analysoida systemaattisesti ja täten luoda sosiaalitytieteisiin luonnontieteitä vastaava säännönmukainen järjestelmä. Hän halusi kehittää sosiologiasta vakiintuneen naturalistiseen havainnointiin perustuvan tieteen, johon hänen mielestään kuului selonteko sekä tuloksista että toimista, joilla tutkija on saavuttanut tuloksensa. (Schegloff 1989, 202–204.)² Jäsenkategorisoinnin analyysi tarkoittaa saksilaisittain "apparaattia", resursseja ja käytäntöjä (Schegloff 2007, 467). Sacks (1972a, 32; 1989c, 271–273) kuvaa sitä kokoelmana jäsenryhmitä ja tapana, jolla jäsenet valitsevat tietyn jäsenryhmituskategorian kuvatessaan toisia ja itseään eri tilanteissa. Se kuvaa vuorovaikutukseen osallistuvien toimijoiden, jäsenten, menetelmällisiä kulttuurisia resursseja ja käytäntöjä. Menetelmää kutsutaankin tämän mukaan lyhenteellä MCD (Membership Categorization Device) (ks. esim. Roivainen 1999, 26). Sitä kutsutaan myös lyhenteellä MCA (Membership Categorization Analysis). Käytän itse tätä nimitystä, koska se kuvaa menetelmää paremmin nimenomaan tieteellisenä analyysimenetelmänä. MCA-lyhennettä käyttävät Stephen Hester ja Peter Eglin (1997, 3–4) määrittelevät MCA:n kohteeksi jäsenten – niin maallikkojen kuin tutkijoidenkin

– jäsenkategorioiden, jäsenryhmitysten ja kategoriaan liitettävien predikaattien käytön. Tämä selvittää eroa lyhenteiden välillä: MCA on menetelmä, jolla voi tutkia MCD:ien käyttöä.³ Menetelmää käytetään edelleenkin samantyylisten tutkimusaiheiden ja aineistojen tutkimiseen kuin mistä Sacks oli kiinnostunut. Toisaalta sitä on kehitetty Sacksin "apparaattia" joustavampaan suuntaan, mitä myös tämä tutkimus edustaa.

Sacks oli kiinnostunut lähinnä luonnollisesti esiintyvistä puheesta. Puhelinkeskustelut ja myös kirjoitetut dokumentit ovat jäsenkategorisoinnin analyysin klassisia kohteita (Sacks 1972a; 1989a; 1989b, 303–305; ks. myös esim. Schegloff 1989, 194; 2007, 464–466). Viimeaikaisessa tutkimuksessa on analysoitu esimerkiksi liike miesten puhelinkeskusteluja. Gitte Rasmussen Hougaard (2008) selvittää – hyödyntäen kategorisointien lisäksi myös keskustelun sekvenssejä – miten liikemiehet kategorisoivat itsensä ja toisensa eri kansallisuuksien jäseniksi. Kysymys on kansallisen identiteetin tuottamisesta. MCA:ta sovelletaan myös haastatteluaineistoon. Scott McCabe ja Elizabeth Stokoe (2004) kiinnittävät huomiota sosiaalisten identiteettikategorioiden neuvoteltuun luonteeseen sekä kategoriasidonnaisiin toimintoihin ja ominaisuuksiin eli kategoriapiirteisiin, kuten olen myös tässä tutkimuksessani tehnyt. He analysoivat kiinnostavasti kansallisuudessa käyneiden haastatteluja ja hyödyntävät ajatusta, miten kulttuurin jäsenet sijoittavat itsensä ja toisensa "turistin", "kävijän" ja "vaeltajan" kategorioihin tietyn sosiaalisen järjestyksen mukaisesti

Suomalaisessa ja kansainvälisessä tutkimuksessa jäsenkategorisoinnin analyysiä on käytetty sosiaali- ja terveydenhuollon instituutioissa tehtävien kategorisointien tarkasteluun. Suomessa moniammatillisen puheen institutionaalisia kategorioita tutkinut Pirjo Nikander (2003a; 2003b; 2006) on selvittänyt ammattilaisten kategorisointeja, kriteerejä ja päätöksentekoa ikääntyneiden asiakkaiden sijoittamisessa hoiva-

palveluihin. Hän on käyttänyt menetelmää kokousten ryhmäpuheen analysointiin. Nikander on päätenyt siihen, että vaikka keskustelunanalyysi on tarkin monipuhujatilanteen analyysimuoto, jäsenkategorisoinnin analyysillä saadaan selville, mitä kategorisointeja pidetään tärkeinä sekä luotettavina päätöksenteon kannalta. Jäsenkategorisoinnin analyysi osoittaa myös millaisille kriteereille päätöksenteko ammatillisissa arkikäytännöissä pohjautuu (Nikander 2003a, 282, 287). Susan White (2002) ja Joanna Latimer (1997; 1999) ovat analysoineet potilaiden kategorisointia brittiläisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. White (2002) erittelee erilaisen "tapausten" muotoutumista lastentautien hoidossa. Hän on kiinnostunut siitä, millaisen tiedon perusteella ammattilaiset muokkaavat ihmisistä "tapauksia" ja tekevät päätöksiä. Hän käyttää MCA:n välineistöä kategoriapiirteitä ja vakiopareja puheen retoristen piirteiden analysointiin. Kategoriapiirteet tulevat Whiten tutkimuksessa esille muun muassa vanhemmuuteen liitettävänä moraalina odotuksina. Vastavuoroisia oikeuksia ja velvollisuuksia sisältävää vakioparia edustaa hänen tutkimuksessaan potilas–lääkäri-pari. Analysoidessaan ammattilaisten narratiiveja White päätyy siihen, että moniammatillisten toimijoiden päätöksenteko on kompleksista ja ristiriitaista. Oma aineistoni poikkeaa Nikanderin ja Whiten tutkimuksista siten, että siinä on mukana myös potilaan, iäkkään kuntoutujan, puhe. Latimerin (1997; 1999) etnografiat sisältävät myös iäkkäiden potilaiden itseään koskevia kategorisointeja. Hän paneutuu keskustelunanalyysin lisäksi potilaiden sosiaalista identiteettiä rakentaviin kategorisointeihin ja kategorisointiperusteisiin sekä sosiaalisen järjestyksen ylläpitoon hierarkkisessa sairaalainstituutiosta (Latimer 1997, 168–169; 1999, 191–192).

Jäsenkategorisoinnin analyysillä voi siis porautua hierarkkisten instituutioiden kategorisointivaltaan. Sacks (1989b, 303–304) osoitti poliisiasiakirjoja käsittelevässä esimerkissään, ettei kaikkiin kategorioihin liity sosiaalisen järjestyksen

mukaista oikeutta todeta, miten "asiat oikeasti ovat". Sacks (1989b) pohti myös mitattavuutta ja huomasi, että ihmiset käyttävät puheessaan normaalin kategorian ilman (mittariin perustuvaa) standardoitua arvoa. Kun luotettavuutta haetaan mittaritiedolla, se on yleensä ammattilaisten hallitsemaa teknistä tietoa (ks. Rapley ym. 2003; ks. myös Latimer 1997, 169). Käytännössä mitattava yksiselitteisyys on vaikeasti tavoitettavissa (ks. esim. Nikander 2003b). Ihmisten yksilölliset ja subjektiiviset tilanteet, tuntemukset ja kokemukset eivät asetu selkeärajaisiin lokeroihin, joiden perusteella voitaisiin ristiriidattomasti perustella tietyn palvelun myöntäminen tai myöntämättä jättäminen.

Menetelmän kehittämisestä lähtien on haluttu selvittää, miten tietty kategoria tulee valituksi tietyistä henkilöistä puhuttaessa (Sacks 1989c, 273). Aiemmin kuvatun MCD:n idean mukaisesti kategoriat, jäsenryhmitykset ja kategorisointitavat sisältyvät toimijoiden kulttuurisiin resursseihin, jotka ovat heidän arkitietoaan (ks. Hester & Eglin 1997, 3; ks. myös Sacks 1972b). Kategorisointien täytyy olla ymmärrettäviä vuorovaikutukseen osallistujille; puhuja kutsuu kuulijan tilanteen kannalta järkevään jäsenryhmitykseen, jonka arvioi tämän ymmärtävän (Schegloff 1989, 198; ks. myös Silverman 1998, 74, 90–96). Esimerkiksi mittaritieto tuntuu kuuluvan tiettyjen ammattilaisten kulttuurisiin resursseihin. Voidaan myös sanoa, että kulttuuriset kategoriat tarjoavat narratiivisia resursseja kertojille sosiaalisen identiteetin rakennukseen (Holstein & Gubrium 2000, 108). Potilaat kertovat itsestään omat tarinansa eikä heillä välttämättä ole käytössään samanlaisia kulttuurisia kategorioita kuin ammattilaisilla. Moniammatillisten ryhmien jäsenet lähestyvät potilaan tilannetta kukin omasta ammatillisesta näkökulmastaan ja potilas omasta arkielämästään käsin. Vastaavaa menetelmää käyttäneissä tutkimuksissa on todettu, että arkityössä päätöksenteossa neuvotellaan ja taiteillaan eri argumenttien välillä, eivätkä sosiaaliset identiteetit välttämättä rakennu virallis-

ten kriteereiden mukaan (ks. esim. Antaki ym. 2007; Nikander 2003a ja 2003b; White 2002). Henkilön sosiaalisen identiteetin rakentuminen onkin neuvottelua kategorioiden jäsenyydestä – tai jäsenyyden kieltämisestä (ks. esim. Antaki & Widdicombe 1998, 3).

Tutkimusasetelma

Tässä tutkimuksessa MCA-menetelmää on käytetty haastatteluaineiston analysointiin. Aineisto on kerätty aiempaa tutkimustani varten (Kinni 2005, ks. myös Kinni 2007; 2008). Se koostuu suurehkon suomalaisen kaupungin sairaalassa kuntoutujana olleen iäkkään naisen ja häntä hoitaneen moniammatillisen työryhmän jäsenten haastatteluista. Kysymyksessä on tapaus-tutkimus, joka käsittelee yhtä kuntoutujaa ja häntä hoitaneita ammattilaisia. Haastateltavan kuntoutujan valintaperusteena oli hänen jatko-suunnitelmiansa epävarmuus. Tällä halusin saada esille sosiaalisen identiteetin konstruoituvan ja neuvoteltavan luonteen, jota mahdollisesti esille tulevat erilaiset näkemykset ilmentäisivät. Tavoittelin "mahdollisimman epävarmaa" ääritapausta, joka aktivoi muun muassa enemmän toimijoita eli muodostaa rikkaamman, mahdollisimman monitoimijaisen ja moninäkökulmaisen tapauksen. (Flyjberg 2004, 425.) Kyseessä on teoreettisesti perusteltu tarkoituksenmukaisuus tapauksen valinnassa. Tapaus toimii esimerkkinä siitä, miten kategorisointi voi tapahtua tietyssä sosiaalisessa kontekstissa, tässä tapauksessa sairaalassa. (Silverman 2000, 83, 104–105).

Haastateltu kuntoutuja on yli 80-vuotias lonkka-leikkauksesta kuntoutuva nainen, joka oli ennen leikkausta asunut omissa kodissaan omaistensa ja palvelujen avulla. Aineistossa hänestä käytetään nimeä Katriina. Haastatellun työryhmän ammattilaisia ovat sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, lääkäri ja kaksi hoitajaa. He olivat kaikki työskennelleet Katriinan kanssa. Haastattelukustelut käytiin kahden viikon sisällä. Haastattelun ensiksi kuntoutujaa ja viimeisenä haastattelu-

päivänä fysioterapeuttia ja kahta hoitajaa. Välissä olivat sosiaalityöntekijän ja lääkärin haastattelut. Haastattelut ovat hoitajaparin haastattelua luokun ottamatta yksilöhaastatteluja. Haastattelun aluksi pyysin kutakin haastateltavaa kertomaan tarinansa kuntoutujan sairaalajaksosta. Ammatilaisten kerrontaa ohjasi pyyntö lähestyä asiaa oman ammatin näkökulmasta, koska tutkimuksen tavoitteena oli tavoittaa moniammatillinen näkökulma kategorisointien tuottamisessa. Valitsin haastattelutavaksi narratiivimuodon, jotta kunkin puhujan tuottamat omat kategorisoinnit, jäsenten jäsenkategorisoinnit (MCD:t), nousisivat esille (ks. Hester & Eglin 1997, 3). Narratiivien jälkeen käsitelimme teemoja, jotka koskivat kuntoutussuunnitelmaa, tavoitteita, kuntoutukseen osallistujia ja toimintakyvyn määrittelyä (Kinni 2005, liite 3).

Aineistoni on tuotettu haastattelukeskusteluisa. Tutkimusta varten esimerkiksi haastatteleamalla tuotetun ja luonnollisesti olemassa olevan aineiston, kuten puhelinkeskustelujen, mahdollisista eroista on esitetty erilaisia näkökantoja. Tärkeintä on kuitenkin edetä aineistolähtöisesti ja tarkastella puhetta vuorovaikutuksena sinällään. (Ks. esim. Nikander 2008, 417–418.) Haastattelun käsitäminen keskustelevana vuorovaikutuksena hälventää eroa luonnollisesti esiintyvän ja haastattelupuheen välillä. Tällaista haastatteluaineiston aktiivisen tuottamisen ajatusta ovat nostaneet esille esimerkiksi Paul Atkinson ja David Silverman (1997) sekä James A. Holstein ja Jaber F. Gubrium (1997). Sen mukaan myös haastattelija osallistuu aineiston tuottamiseen haastattelukeskustelun vuorovaikutuksessa. Tällöin haastattelupuhe ymmärretään haastattelijan ja haastateltavan välisenä vuorovaikutuksena, jossa jonkun kategorian jäsenyys on sekä keskustelun aihe että aikaansaannos (Baker 1984, 320–322; ks. myös Wang & Roulston 2007). Aktiivinen haastattelukeskustelu on siten myös arkipäiväistä "luonnollisesti ilmenevää" toimintaa (Holstein & Gubrium 1997, 126).

Narratiivitkin ovat vuorovaikutuksessa tuotettuja, vaikka niitä ei ohjailtaisikaan, sillä ne kerrotaan aina jollekin.⁴ Temaattinen keskustelu haastateltavan ja haastattelijan välillä on vielä selkeämmin sosiaalisen todellisuuden tuottamista yhdessä (ks. Baker 1997a, 131). Tämän tutkimuksen aineiston luonteeseen vaikuttaa myös se, että tutkin oman työyhteisöni työtä. Jossain paikoin onkin nähtävissä, että haastateltava puhuu kollegalle.

Hyödynnän tässä artikkelissa edellä kuvaamaani aineistoa tarkastellakseni jäsenkategorisoinnin analyysin tutkimuksellisia mahdollisuuksia selvittää toimijoiden tapaa määrittää kuntoutujan palvelujen tarvetta. Kyse on toimijoiden kategorisointiperusteista eli kriteereistä, joilla he sijoittavat henkilöitä eri kategorioihin. MCA:n kielellä puhutaan *jäsenkategorioista* eli luokista, joiden jäsenyydestä henkilöt tunnistetaan arkikielessä ja -elämässä. Olen tunnistanut kategorioita *kategoriapiirteiden* avulla. Kategoriapiirteisiin sisältyy kategoriasidonnaisia toimintoja sekä oikeuksia, velvollisuuksia, tietoa, ominaisuuksia ja kompetensseja. Sacksin (1972b) mukaan lapsen kategoria voidaan tunnistaa itkemisen kategoriasidonnaisesta toiminnasta. Kategoriat kuuluvat johonkin kategoriakokoelmaan, *jäsenryhmykseen*. Esimerkiksi kategoriat äiti ja lapsi kuuluvat jäsenryhmyykseen perhe. (Hester & Eglin 1997, 3; Jayyusi 1984, 20–47; Järviluoma & Roivainen 1997, 17–18; Lepper 2000, 1–30; Sacks 1972b; myös Forsberg ym. 1991, 113–115.)

Esimerkiksi "asiakkaan" kategoria on tunnistettavissa aineistosta toimeksiantojen antamisen kategoriasidonnaisen toiminnon kautta (Kinni 2005, 80, 126–130). Toiminto nousee esille sosiaalityöntekijän selonteossa hänen kertoessaan, millaista asiaa kuntoutujalla oli hänelle sosiaalityöntekijänä: kuntoutuja "halusi tarkistaa sen vapaakortin" ja "pyysi huolehtimaan, että laskut lähtee". Selonteon mukaan kuntoutuja ja sosiaalityöntekijä sopivat keskenään toimitettavista tehtävistä, jotka kuntoutuja asiakkaana antaa

sosiaalityöntekijän tehtäväksi. Tällainen toiminta kuvaa asiakkaan ja ammattilaisen välistä suhdetta.

Kuten Whiten (2002) tutkimuksessa tästäkin aineistosta löytyy "potilaan" ja "lääkärin" kategorioiden muodostama *vakiopari*, johon siis liittyy vastavuoroisia toimintoja, oikeuksia ja velvollisuuksia (ks. esim. Järviluoma & Roivainen 1997, 138). "Potilaan" kategorialla kuvaavat lääkäriin puheessa kategoriapiirteet lonkkaleikkauksen jälkeisestä vuodepotilaasta ja lääkäriin potilaalle määräämästä lääkityksestä: "tulee helposti laskimotulppa vuodepotilailla", joten "näille potilaille annetaan verenohennus- tai veren hyytymistä estävää lääkitystä" (Kinni 2005, 85–86, 126–130). Lääkäriin puheen sisältämän suoran maininnan "vuodepotilaasta" voi nähdä myös potilaiden jäsenryhmyksen jäsenenä – muita voisivat olla vaikka kävelyä harjoittelevat kuntoutujat tai lapsipotilaat. Tässä tapauksessa vuodepotilaaksi määrittymistä on edeltänyt potilaan kategoriasidonnainen piirre, lonkkaleikkaus, minkä voi nähdä olemisena lonkkaleikkauksen jälkeisessä tilassa tai siten, että henkilö on ollut lonkkaleikkauksen kohteena. "Potilaan" kategoriapiirteisiin kuuluu myös, että hän on lääkäriin lääkemääräysten kohde.

Tässä tutkimuksessa keskityn tarkastelemaan aineistosta nousseita palvelutarvetta kuvaavia "kotona pärjääjän" ja "palvelukeskukseen menijän" kategorioita ja sitä, millaisilla kategoriapiirteillä, kriteereillä, puhujat perustelevat kuntoutujan kuulumista tai kuulumattomuutta näihin kategorioihin. Aiempia tutkimuksia varten olen jo käynyt läpi koko litteroidun haastatteluaineistoni MCA:n avulla. "Kotona pärjääjä" ja "palvelukeskukseen menijä" ovat tuolloin esille tulleita kategorioita. (Kinni 2005, myös Kinni 2007; 2008.) Tätä tutkimusta varten olen käynyt aineistoa uudelleen läpi edellä mainituista näkökulmista pohtien, mitä MCA:n välineistöllä voidaan saada tällaisesta aineistosta esille.

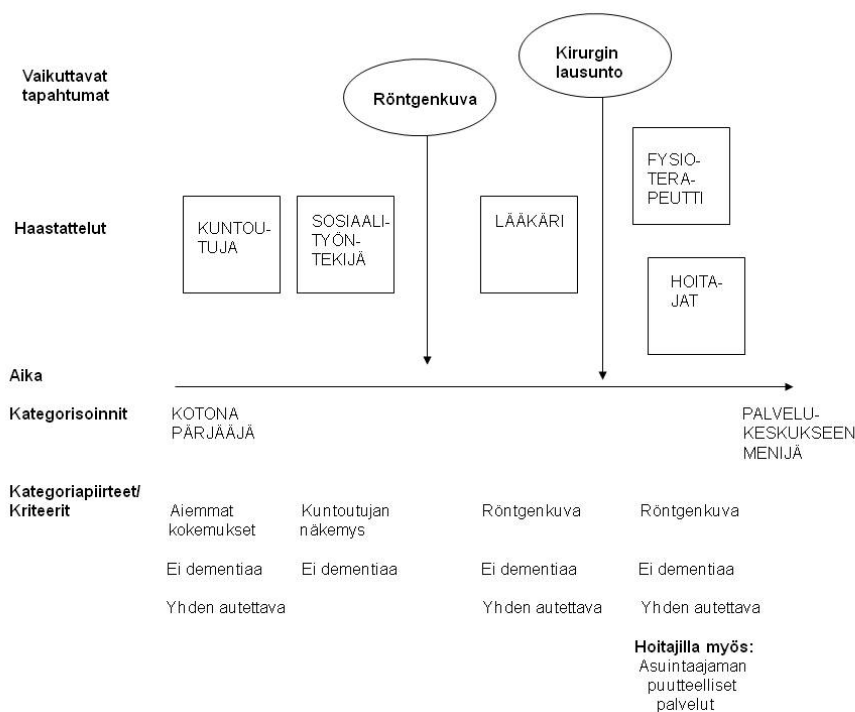
Kuviosta 1 käyvät esille haastateltavien kriteereinä käyttämät kategoriapiirteet.

Nuoli osoittaa kuntoutujan palvelutarpeen määrittelyn ja sosiaalisen identiteetin kehityksen "kotona pärjääjästä" "palvelukeskukseen menijäksi". Aineistosta on löydettävissä haastattelujen kestämän kahden viikon ajalta tapahtumia – röntgenkuva ja kirurgin lausunto – jotka vaikuttivat ratkaisevasti kuntoutujan "palvelukeskukseen menijän" kategorisoinnin vahvistamiseen.

Miten palvelukeskukseen sopivuus perustellaan?

Haastatteluselontekojen mukaan kuntoutuja pärjäsi ennen sairastumistaan kotonaan autettuna, erilaisten palveluiden ja omaistensa avulla. Hän oli sosiaaliselta identiteetiltään "kotona pärjääjä". Sairaalassa hänen sosiaalinen identiteettinsä muokkautui palvelutarveluokituksen mukaisessa jäsenryhmyksessä "palvelukeskukseen menijäksi". MCA:n avulla "palvelukeskukseen menijän" kriteereinä nousivat esille seuraavat kategoriapiirteet: kuntoutuja ei sairasta dementoivaa sairautta, hänen lonkkaansa ei voi enää leikata (röntgenkuva) ja hänestä kuntoutuu yhden autettava henkilö⁵. Lisäksi hänen asuinpaikkansa vaikutti asiaan. Kuntoutuja kategorisoitui kaikkien ammattilaisten puheissa "palvelukeskukseen menijäksi". Lonkan tilannetta – leikkauksen mahdottomuutta – todistavana tekijänä ja koko "palvelukeskukseen menijän" kategorian faktuaalistajana käytettiin röntgenkuvaa ja kirurgin tulkintaa siitä.

Erittelen seuraavassa otteita haastateltujen selonteista nostaen esille kategoriapiirteitä, toimintoja ja ominaisuuksia, jotka liittyvät tiettyyn palvelutarvetta kuvaavaan kategoriaan (ks. myös Nikander 2003b, 117). Ne rakentavat kuntoutujan sosiaalista identiteettiä myöntämällä hänelle jäsenyyden tiettyyn kategoriaan ja kieltämällä jäsenyyden johonkin toiseen. Kuntoutuja sovitetaan erilaisiin lokeroihin ja puntaroidaan



Kuvio 1. Kategorisointien ja palvelutarpeen määrittäminen haastatteluprosessin aikana

eri vaihtoehtoja, mikä kuvastaa sosiaalisen identiteetin neuvoteltua luonnetta. Litteroinneissa käytetyt merkinnät on esitetty loppuviitteessä 6.

Kuntoutujan selonteoissa rakentuu – ammattilaisten selonteoista poiketen – kuva pärjääjästä (ks. kuvio 1). Kuntoutuja perustelee toistuvasti kategorisointumistaan "kotona pärjääjäksi" aiemalla pärjäämisellään. Lisäksi hän esittelee kotiavun käyntejä kotona pärjäämistään tukevin kategoriapiirteinä.

K: ...toivon, jotta pääsisin täältä suoraan kottiin.

H: Yy. Niin, te haluatte ihan omaan kotiin?

K: Ihan omaan kottiin.

H: Joo.

K: Kun ihan mulla siellä nyt on, kun avustajat käyvät kotona. Minä kun ite pääsen nouse-

maan vessaan ja pesut tekivät ne hoitajat ja aamukahvit keittivät ja voileivät laittoivat päiväks...

...

...

H: Mikä se sinun oma tavote olis?

K: No, se ois tietysti se, jotta kottiin pääsis.

H: Niin. Mitä se edellyttäs sinun mielestä?

K: No sitä, jotta minä pääsisin omin varoin sänkyyn nousemaan, sängystä pois ja pukkeutummaan. Johan minä pukkeuvuin sillonkin, sillonki, kun aikasemmin.⁶

Katriina puhuu samoista kategoriapiirteistä kuin ammattilaisetkin, omin avuin tai autettuna toimimisesta. Muualla aineistossa hän puhuu myös siitä, että ei sairasta dementiaa. Hänen päätelmänsä poikkeaa kuitenkin ammattilais-

ten näkemyksestä, sillä omasta mielestään hän pärjäisi edelleen kotona. Kirurgin tulkitseman röntgenkuvan vaikutuksia Katriinan omiin kategorisointeihin aineisto ei kerro, sillä hänen haastattelunsa tehtiin ennen kuvan tulkintaa. Hänen selonteissaan lopullinen kategorisointivalta annetaan lääkärille:

H: No kukas se tekee sitten sinun kohalla sen päätöksen, että pääsetkö sinä kotiin vai et?

K: Sitä kun minä en oo kysynnä.

H: Niin. Päätätkö sinä itse vai joku muu?

K: No itehän minä päätän. Jos nyt ei toisin määrää tuo tohtor.

Sosiaalityöntekijä ei kategorisoi Katriinaa palvelutarpeen suhteen. Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä ja haastattelija keskustelevalta kuntoutujan jatkosuunnitelmista.

H: Joo. Taikka oliko sulla tietoa muista suunnitelmista, mitä sen hänen kuntoutumisensa suhteen oli tehty?

S: Ei ollu siinä vaiheessa muuta tietoo kun, sitten tuota siinä, mitä ite kerto sitten. Elikkä siinä huoneessa oli kaikilla niillä ihmisillä omat juttunsa. Ja hänellä oli asiallisesti sitten nämä kysymykset, jotka hän halusi sosiaalityöntekijän selvittäväksi ja tuota, oli ite sitä mieltä, että hänellä oli suunnitelma valmis. Elikkä jos hän ei siellä kotona pärjää, niin sitten on se seuraava paikka, johon hän ois mahdollisesti joutunu jo sillon yheksän kuukautta sitten, mutta hän kuntoutu ja omaksi onneksen on saanu olla kotona.

H: Yy. Eli se on sinun käsitys siitä, että mikä hänen tavoitteensa on tälle jaksolle vai onko hänellä minkälaisia kuntoutumistavoitteita sinun mielestä?

S: E-en. Hän on asiallinen ihminen. En tuota niinku... tietysti hänellä on semmonen kuntoutumistavote, että pääsee tuota siihen kuntoon, että voisi palata omaan kotiinsa. Näin minä ymmärsin.

Sosiaalityöntekijänkin puheesta löytyy kategorisointiperusteena se, ettei Katriina sairasta dementoivaa sairautta, vaan hän on "asiallinen ihminen". Hänellä on siten oikeus päättää asioistaan muun muassa jatkohoidon suhteen. Toisaalta sosiaalityöntekijäkin toteaa, että mikäli Katriina ei sovi "kotona pärjääjien" jäsenryhmytykseen, hän "joutuu seuraavaan paikkaan" (= palvelukeskus). Sosiaalityöntekijän selonteosta nousee esille kategoriipiirteenä "kunto", jonka perusteella voidaan joko myöntää tai kieltää kuuluminen "kotona pärjääjien" jäsenryhmytykseen. Kuntoa ei tarkemmin määritellä, kuten muiden puheissa, esimerkiksi auttajien lukumäärän mukaan. Sosiaalityöntekijä ei hyödynnä sairaalainstituution palvelutarvekriteerejä kategorisoinnissaan. Sosiaalityöntekijä ei myöskään vetoa röntgenkuvaan tai luustoon. Nikander (2003a, 281) onkin todennut, että moniammatillisessa kontekstissa esimerkiksi lääketieteelliset, psykologiset ja sosiaaliset kysymykset painottuvat eri tavoin eri ammattilaisten ja asiakkaiden argumenteissa (ks. myös Wareing & Newell 2005, 112). Tai, kuten White (2002, 413) toteaa, eri ammattilaiset voivat kertoa saman tapauksen hyvin eri tavoin.

Sosiaalityöntekijä voi vetäytyä palvelutarpeen määrittelystä, mutta lääkärin on sairaalan sosiaalisen järjestyksen mukaisesti kategorisoitava potilaat: lääkäri päättää sairaalaan ottamisesta sekä sieltä poistamisesta. Alla olevassa otteesta pyydän lääkäriä määrittelemään Katriinan jatkohoitopaikan.

H: No mitenkäs sinä ajattelet tämän Katriinan, että mikä on hänen (jatkohoito)paikkansa/rlk)?

L: Niin. Kotona hän ei pärjää. Että tässä on selvästi laitoshoido. Hän on henkisesti niin virkee, että, jos se X:n palvelukeskus elikkä ennen sanottiin vanhainkoti...

H: Yy.

L: ...niin sinne hänelle saatas paikka niin hänellähän olis siellä ympäri vuorokautinen apu

ja hoiva. Pyörätuolipotilaana hän on ollut ja sel-laseksi jää. Enkä usko, että kirurgikaan uutta leikkausta ehdottaa, kun tuon kuvan näkee ja lukee ne aikasemmat paperit...

Lääkäri käyttää kategorisointivaltaa ja äärimmäisiä retorisia ilmauksia tehdäkseen kategorisointinsa oikeutetuksi. White (2002, 417) raportoi samantyyppisistä äärimmäisistä tapausformuloinneista ja liittää ne syytöksiin tai arvottomuuden ilmauksiin. Tässä lääkärin kategorisoinnit eivät ole syyttäviä tai arvottavia, mutta ne kieltävät tehokkaasti jäsenyyden "kotona pärjääjien" jäsenryhmytyksestä. Toteamus "niin" on kuultavisissa "asia on niin" -aloituksena, jota seuraa faktan kuvaus: "kotona hän ei pärjää". Kyseeseen tulee "selvästi" laitoshoido. Aiemmin mainittujen kategoriapiirteiden, lonkkaleikkauksen mahdottomuuden ja pyörätuolin käytön aiheuttaman avuntarpeen lisäksi lääkärin selonteosta nousee esille "henkisen virkeyden" kategoriapiirre. Se sijoittaa Katriinan "ei-dementiaa sairastavien" jäsenryhmytykseen. Sairaala-instituution kulttuuristen resurssien käyttäjä tietää, että se tarkoittaa sijoittumista "palvelukeskukseen menijän" kategoriaan.

Lääkäri hakee vahvistusta kategorisoinneilleen aiemmasta potilasdokumentaatiosta ("aikasemmat paperit"), röntgenkuvasta ja etenkin kirurgin kategorisoinnista. Röntgenkuvan ympärillä käytävä neuvottelu kuntoutujan identiteetistä ja päätöksentekoprosessi ovat nähtävissä kahden viikon aikavälillä tehdyissä haastatteluisa. Röntgenkuva oli otettu ennen lääkärin haastattelua, mutta kirurgi ei ollut vielä tulkinnut sitä (ks. kuvio 1). Lääkäri on omalta osaltaan tutkinut kuvia ja odottaa kirurgilta tukea kategorisoinnilleen. Hän tuntuu empivän sen suhteen, kategorisoiisiko kuntoutujan leikkaukseen menijäksi vai ei. Hoitopaikan valinta, palvelutarveluokituksen jäsenyysskategorisointi, sisältää moraalisia pohdintoja, joihin lääkäri odottaa helpotusta "kuvasta" ja kirurgin, vahvan kategorisointivaltaa omaavan ammattilaisen, suorittamasta arviosta.

"Sairaalan pitkäaikaisosastohoitoa tarvitsevan" kategoria nousi "kotona pärjääjän" lisäksi esille palvelutarveluokituksen vaihtoehtoina.

"Sairaalan pitkäaikaishoitoa tarvitsevien" kategoriaan Katriina ei lääkärin selonteon mukaan lukeudu, koska hänellä ei ole sitä edellyttävää ominaisuutta, dementoivaa sairautta. Tätä pohdittava ote on päätös lääkärin hoitopaikkaa koskevalle pohdinnalle. Lääkäri ja haastattelija neuvottelevat otteen lopuksi yhteisen kategorisoinnin.

L: Mutta () muita vaihtoehtoja. En haluais häntä pitkäaikaisosastolle tänne sairaalaan.

H: Niin joo.

L: Koska siellä on yhessänkymmeni prosentteja dementtejä potilaita ja ei oo oikein inspiroiva se ympäristö. Siellä taantuu sitten nopeesti.

H: Niin, ja sehän on tuttu paikka hänelle se

L: Niin

H: kun hän on käynyt siellä, mitäs hän kerto, niitä virsiä veisuuttamassa

L: Joo

H: ja varmaan tuntee kaikki.

L: No, semmonen.

Lääkärin moraaliset hankaluudet kategorisoinnissa ovat nähtävissä esimerkiksi hänen pohdinnassaan entisaikojen vanhustenhoidosta. Olisi mukavaa voida kategorisoida kuntoutuja "kotona pärjääjäksi", sillä laitoshoido näyttäytyy ei-toivottavampana vaihtoehtona. Toisaalta poissa olevat omaiset edesauttavat laitoshoidon kategorisointumista.

L: Että ihanteellisintahan olis, että vanhus sais elää rauhassa loppuun asti kotona. Maallahan se oli ennen tavallista. Eihän siellä ketään laitokseen

H: Yy

L: pantu, vaan kotiin otettiin vanhukset. Ei kaupunkiyhteisössä (). Omaiset usein asuu kaukana. Ympäri maata tai jossain maailmaa. Ne,

jotka on kaikkein kauimpana, ne on kaikkein eniten huolissaan ja () eniten vastustaa sitä kotihoitoa.

Lääkäri, hoitajat ja fysioterapeutti käyttävät jäsenyysskategorian määrittelyssä ammatillista kompetenssiaan kulttuurisena resurssina samalla tavalla, käyttämällä palvelutarpeen kriteerinä tarvittavien auttajien lukumäärää. Sairaalainstitutiiossa "yhden auttamana selviytyminen" on palvelutarvekriteereissä liitettävissä palvelukeskuksen asiakkuuteen. Tämä kuvastaa Nikanderin (2003b, 120–124) tutkimuksessa esille tullutta seikkaa, että on olemassa jaettu ammatillinen ymmärrys siitä, mikä on relevanttia käytettäväksi argumenttina perusteltaessa asiakkaan kuulumista tiettyyn asiakkuuskategoriaan. Seuraava ote on peräisin fysioterapeutin narratiivista:

F: ...Ja tavoitteenahan tässä nyt olis sitten, po-tilaan itsensä kanssakin on juteltu, että hänen oma toive olis sinne X:n palvelukeskukseen. Että hän pärjäis siellä yhden auttamana sitte.

Fysioterapeutti esittää palvelukeskukseen menon myös kuntoutujan omana toiveena. Tässä selonteossa se esitetään ammattilaisen kategorisointia vahvistavana ja oikeuttavana. Fysioterapeutti on myös tyytyväinen siihen, että kuntoutuja on "realisti" ja mukautuu hänen ammatillisen asiantuntijuutensa kategorisointivaltaan. Neuvottelussa kuntoutujan identiteetistä päädytään hänen selonteossaan yhteiseen kategorisointiin. Alla oleva katkelma sisältää asiakastyöntekijä-vakiopariin sisältyvän moraalisen kannanoton: työntekijän kategoriaperiteisiin tuntuu kuuluvan oikeus pystyä arvioimaan asiakkaan tilanne oikein, realistisesti. Ote on peräisin haastattelun vaiheesta, jossa keskusteltiin kuntoutuksen tavoitteesta.

H: Yy. Joo. Joo. No mites sitte, jos ajattelet oman työsi kannalta, niin millä tavalla nämä tavoit-

teet sille sinun työlle on asettunu, tai sitte tälle yhteiselle työlle?

F: Oikeestaan ihan kivasti, että minun tavoitteet on melkein samat ollu, on kohdannu nämä meidän, asiakkaan ja minun tavoitteet.

H: Yy.

F: Hän on niin realisti, että pystyy ite tämän tilanteensa arvioimaan.

Sairaanhoitaja perustelee seuraavassa otteessa, miksi kuntoutuja ei hänen mielestään ole kategorisoitavissa "kotona pärjääjäksi" vaan "palvelukeskukseen menijäksi". Ote on peräisin sairaanhoitajan kertoman narratiivin alusta.

H: Minä olen kaikkia ammatillaisia pyytäny kertomaan siitä omasta ammatillisesta näkökulmasta tämän Katriinan kuntoutumistarinan nyt tältä, tämänkertaiselta sairaalareisulta. Sen, minkä te itse tiedätte ja se tosiaan niinku teidän hoitotyön näkökulmasta se tarina.

HoI: Yy. No tuota, Katriinanahan on iäkäs ruuva, joka jo pitkään tuolla X:ssä asustellut ja pyörätuolilla pari vuotta liikkinut lonkkamurtuman jälkihoidon takia. Ja nyt sitte tullu uus murtuma, erittäin tämmönen osteoporoottinen luusto hänellä on ja tuota siltä tiimoilta sitte siellä on, eilen kirurgi just näytti näitä röntgenkuvia, niin erittäin säröinen reisiluun murtuma. Ja tuumin kirurgille, että kirurgi visiin leikatessaan vaan heitelly nauvoja sinne, että ottaa kiinni jos ottaa. Eli tosi pahalta näyttää. Ja koska on tämmönen pitkäaikainen istuminen jo hänen kohdallaan ollut, niin tässähän on jatkosuunnitelmat hänellä, että yhden auttamana jos hänet pystyis pyörätuoliin saamaan ja sitä myöten sitten jatkohoidot olis tuolla X:n palvelukeskuksessa. Että omassa asunnossaan hän ei tule selviytymään sen takia, koska X:ssä ei ole iltahoitoa eli siellä loppuu kello 17 tää kotiavun anto.

H: Ahaa.

HoI: He pystyvät aamupäivällä, päivällä ja kello 17 vielä antamaan. Mut sit siinä on aika

avuton ihminen sen jälkeen. Pitkä yö edessä ja pitkä ilta edessä.

Sairaanhoidaja käyttää ammatillista hoitotyön kompetenssiaan arvioimalla, että "pitkäaikainen istuminen" eli pitkäaikainen pyörätuolin käyttö vaikuttaa siihen, että Katriinalla ei ole mahdollisuutta kuntoutua täysin omatoimiseksi, vaan yhden autettavaksi. Sairaanhoidajan esille tuomiin kategoriapiirteisiin kuuluu lisäksi se, että Katriinalla on jo ennenkin ollut lonkkamurtuma ja nyt uuden vaikean murtuman myötä hänen osteoporoottisen luustonsa leikkausmahdollisuudet näyttävät huonoilta. Tämäkin selonteko nostaa esille sairaalainstituution vahvan auktoriteetin, kirurgin, jota hoitaja käyttää vahvistajana luuston tilanteeseen liittyvässä kategorisoinnissaan. Kategoriapiirteisiin kuuluu lisäksi asuminen taa-jamassa, jonka palvelutarjonta on puutteellinen. Hoitaja käyttää vakuuttavaa retoriikkaa tehdesään selkoa siitä, että Katriina "ei tule selviytymään" kotonaan, koska sinne ei ole saatavissa illalla kotiapua. Hän olisi "avuton ihminen", jolla olisi "pitkä yö edessä ja pitkä ilta edessä". Pitkäaikaista pyörätuolin käyttöä ja siitä johtuvaa mahdollisuutta kuntoutua yhden autettavaksi (ei omatoimiseksi), luuston kuntoa ja siitä johtuvaa uuden leikkauksen mahdollisuutta sekä kotitajaman puutteellista palvelutarjontaa käytetään tässä kriteereinä sijoittaa Katriina "palvelukeskukseen menijän" kategoriaan ja kieltää jäsenyys "kotona pärjääjien" kategorian jäsenyydestä.

Hoitajat ja fysioterapeutti ovat jo haastattelukeskusteluun mennessä kuulleet kirurgin (=ortopedi) arvion röntgenkuvasta. He voivat esittää faktana lonkan leikkausmahdollisuutta koskevan ominaisuuden, kuten fysioterapeutti tekee narratiivissaan:

F: Hirveen korkeellehan tässä niitä tavoitteita ei oo voinu asettaa, koska hän kaks vuotta ollu jo pyörätuolissa, niin ei hänestä niinku kävelevää () tehä. Ja eilen kävi se ortopedi

kattomassa sen alaraajan tilanteen. Ja sitähän ei voi uudelleen leikata.

Kirurgin kategoriaan näyttää näiden haastattelutavien selonteoissa liittyvän kategoriapiirteensä valta. Tässä tulee selkeästi esille MCA:n idea: kun analysoidaan jäsenyysskategorioita sekä niihin liittyviä toimintoja (ja ominaisuuksia), nousee esiin päätelmiä täynnä olevia ("inference-rich") toimintoja ja kuvauksia, jotka muodostavat sosiaalisen järjestyksen perustan (Forsberg ym. 1991, 113; Lepper 2000, 4; Sacks 1989c). Sacks (1989c, 272) totesi, että paljon siitä tiedosta, mitä yhteiskunnan jäsenillä on yhteiskunnasta, on varastoitunut kategorioihin. Tässä kirurgin arvio vahvistaa työryhmän ammattilaisten kategorisoinnin "palvelukeskukseen menijästä" faktaksi.

Johtopäätökset

Tapaustutkimus erään kuntoutujan jatkohoitosuunnitelmien määrittelystä osoittaa, että jäsenkategorisoinnin analyysillä on mahdollista tunnistaa haastatteluaineistosta eri ammattilaisten ja asiakkaiden palvelutarpeen määrittelyjä ja määrittelyssä käytettyjä kriteerejä. Kategorisoinnit löytyvät haastatteluaineistosta MCA:n välineistöllä kategoriapiirteiden, kategoriasidonnaisten toimintojen ja ominaisuuksien, sekä suorien kategoriainintojen avulla. Kategoriapiirteet paljastavat myös, kenellä haastateltavien mielestä on valtaa tosiasioita kuvaavien, tai ainakin toimenpiteisiin johtavien, kategorisointien tekemiseen. Välineistön avulla voidaan siis avata sosiaalisen järjestyksen kysymyksiä.

Sairaalan moniammatillista toimintaa olisi voinut lähestyä muidenkin vuorovaikutuksen tutkimuksen nykysuuntausten kautta: keskustelunanalyysillä, diskurssianalyysillä, narratiivisella tutkimuksella tai uuden etnografian avulla (ks. Juhila 2004). Kategorisointien neuvoteltu luonne olisi mahdollisesti tullut esille vielä selkeämmin tuotamalla aineisto ryhmähaastatteluissa tai etno-

grafisella otteella. Etnografisella otteella, seuraamalla toimintaa osastolla ja käyttämällä erilaisia aineistoja, olisi kenties mahdollista päästä lähimäiksi instituution arjessa käytettäviä kategorisointikriteerejä. MCA:n käyttötapaa voisi sitenkin tuotetuissa aineistoissa olla samanlainen kuin tässä kuvatussa tutkimuksessa.

Tutkimuksen kuntoutuja siirtyi myöhemmin palvelukeskukseen. Palvelukeskukseen menijän jäsenyysskategorisoinnista oli tullut fakta, joka johti käytännön toimintaan (ks. Jokinen 1999, 129–130). Menetelmä tavoitti aineistosta retorisia välineitä ja lopullisena faktuaalistamiskeinona käytetyn röntgenkuvan. Kuvan voidaan ajatella edustavan samantyylistä tavoiteltavaa "objektiivisuutta" kuin kvantifoinnin (Sacks 1989b, 299; Juhila 1993, 157). Kuva siis toimi eräänlaisena "mittarina". Kuvan tulkintaa ei puheessa problematisoitu. Sen lopullisen tulkinnan suoritti kirurgi, joka voidaan nähdä perinteisen tiedekäsityksen mukaisen lääketieteellisen asiantuntijatiedon huippuedustajana, jolla on hallussaan totuutta koskeva tieto ja taito (Gillett 2004, 728, 731). Röntgenkuva ja kirurgin kategorialle myönnetty valta vapauttivat osastonlääkäriin ja muut ammattilaiset kategorisoinnin vaikeudesta ja ristiriitaisuudesta. Potilaiden ja asiakkaiden kategorisointi voi olla kiusallista juuri siksi, että kategoriat eivät ole viattomia, vaan ne sisältävät moraalisia arvotuksia ja niillä on käytännön seurauksia (ks. esim. McHoul 2007). Niiden pohjalta tehdään potilaita ja asiakkaita koskevia päätöksiä, jotka koskettavat heidän elämäänsä mitä suurimmassa määrin. Kuva ja sen kantama tieto mielletään yksiselitteisenä ja vastaansanomattomana, toisin kuin esimerkiksi vaikeaselkoisemmat ja neuvottelua sekä pohdintaa vaativat sosiaaliset tekijät tai subjektiiviset tuntemukset. Röntgenkuvan lisäksi toinenkin kriteerinä käytetty kategoriapiirre tavoitteli yksiselitteisyyttä: autettavuus on kvantifioitavissa auttajien lukumäärän mukaan ja se on yksi virallisten palvelutarvekriteerien mittari.

Analyysimenetelmällä oli mahdollista selvittää, ketkä käyttivät puheessaan mitään kriteerejä tai kenelle määriteltiin toisten puheissa kategoriapiirteeksi valta käyttää tiettyjä kriteerejä. Tässä tapauksessa lääkäri, fysioterapeutti ja hoitaja määriteltiin päteviksi käyttämään röntgenkuvaan liittyviä kategorisointikriteerejä. He käyttivät kriteerinä myös yhden auttajan tarvetta. Tässä tapauksessa kategoriapiirteiden kantama mittaritieto oli pääasiassa, mutta ei täysin, ammattilaisten hallitsemaa teknistä tietoa (vrt. Rapley ym. 2003). Poikkeuksen ammattilaisista muodosti sosiaalityöntekijä, joka mainitsi kuntoutujan kunnon, mutta ei mitenkään määritellyt tai kvantifioinut sitä tarkemmin. Toisaalta ammattilaisten lisäksi myös kuntoutuja käytti kriteerinä sairaalainstituution kulttuuriin resursseihin kuuluvaa auttajien lukumäärää. Dementoivan sairauden puuttuminen oli yleisimmin käytetty kategorisointikriteeri ja sen käyttämiseen olivat päteviä kaikki haastateltavat. Menetelmä nosti esille sairaanhoitajan puheesta myös kuntoutujan asuintaajaman palvelut. Se on oleellinen selviytymiseen vaikuttava sosiaalisen toimintakyvyn piirre, jollaisia ei usein nähdä mittaristoissa.

Vaikka tutkittavat eivät olleet suorassa vuorovaikutuksessa keskenään, puheista nousseita jäsenkategorisointeja on kuitenkin mahdollista vertailla keskenään (vrt. Baker 1997b). Kysymykseksi nousee potilaiden ja ammattilaisten mahdollisuudet käydä keskustelua samanlaisia kulttuurisia resursseja käyttäen. MCA edellyttää aineistolähtöisyyttä; tutkija ei etukäteen luo kategorioita ja tarkastele, osaavatko tutkittavat sijoittaa henkilön oikeilla kriteereillä oikeaan lokeroon. Tutkittavat toimijat ratkaisevat, mitä pitävät totuudenmukaisena selontekona, jonka perusteella he tekevät omat kategorisointinsa (Heritage 1996, 206). Perusteina toimivia kulttuurisia resursseja voivat olla ammatilliset opit, viralliset, hallinnolliset määritelmät tai henkilön omaksumat arkipäiväiset ajattelutavat. Kyse on "jäsenten järjelymetodeista" (members' met-

hods). MCA:n avulla on siten mahdollista ymmärtää, miksi moniammatillinen työskentely tai ammattilaisten ja asiakkaiden yhteinen neuvonpito ja sopiminen voivat olla haasteellisia. Kaikki sopijat eivät välttämättä ole yhteiset kulttuuriset resurssit omaavan ryhmän jäseniä, joten heidän järjestyksensä ovat erilaisia. Sosiaalityön kannalta on kiinnostavaa tietää, miten sosiaalityöntekijät osallistuvat tiedonmuodostukseen ja päätöksentekoon moniammatillisessa työssä ja palveluista päätettäessä. Samoin on kiinnostavaa tietää, miten asiakkaat osallistuvat näihin toimiin. Ammatillaiset ja ei-ammattilaiset, osittain eri ammattilaisetkin, kuuluvat eri jäsenryhmiin, joten heidän käyttämänsä kategorisoinnit ovat erilaisia (vrt. Schegloff 1989, 198). Myös sosiaalityöntekijän kategorisointeihin vaikuttaa se, minkä jäsenryhmiin hän sairaalan kontekstissa on. Tässä tapauksessa sosiaalityöntekijä ei käytä samanlaisia faktuaalistamiskeinoja kuin muut työryhmän jäsenet. Ryhmään kuuluttamattomana hänellä ei ole käytössään samoja kulttuurisia resursseja ja pätevyyttä, määrälliseen mittaamiseen ja fyysiseen toimintakyyn pohjautuvaa asiantuntijuutta, kuin muilla haastatelluilla ammattilaisilla (ks. myös Kinni 2007; 2008). Sosiaalityöntekijä ei viittaa myöskään sosiaalisen asiantuntijuuteen kuuluvaan potilaan asuinpaikan palvelutarjontaan – toisin kuin sairaanhoitaja. Kuntoutujalla ja sosiaalityöntekijällä ei aineiston perusteella ole käytettävissään resurssinaan samoja kriteerejä kuin muilla haastateltavilla. Heidän tietonsa ei tässä tapauksessa ole sellaista asiantuntijatietaa, jonka perusteella palvelutarpeen arviointi tehdään (ks. Doherty & DeWeaver 2002; Karjalainen 2005, 323–324).

Tapaustutkimuksen tulokset eivät sinällään ole siirrettävissä koskemaan muita moniammatillisia ryhmiä, mutta tutkimus osoittaa, että tällainen lähestymistapa on hedelmällinen ja sovellettavissa muihin vastaavanlaisiin tapauksiin. Metodilla voi saada mielenkiintoisia tuloksia jo pienistäkin aineistoista. Olisikin mielenkiintoista vertailla erilaisia toimintaympäristöjä ja moniammatillista

yhteistyötä eri organisaatioissa. MCA voi vuorovaikutuksen tutkimuksen välineenä olla hyödyksi myös sosiaalityön työmenetelmiä kehitettäessä. Sillä on sijansa Marjo Kurosen (2004) esille nostamassa vuorovaikutukseen sekä kieleen perustuvien työmenetelmien kehittämisen ja ammatikäytäntöjen vuorovaikutuksen tutkimuksen lähentämisessä. MCA voi toimia esimerkiksi hyviksi koettujen tai vaikuttavaksi arvioitujen ammatillisten kohtaamisten vuorovaikutuksen analyysimenetelmänä. Sen avulla – mahdollisesti yhdistettynä esimerkiksi keskusteluanalyysiin tai etnografiseen tutkimukseen – voi selvittää, millainen vuorovaikutus saa aikaan toivottuja lopputuloksia. Tältäkin kannalta katsottuna MCA:lla on annettavaa moniammatilliseen yhteistyöhön ja palvelutarpeen määrittelyyn.

Viitteet

¹ Hoivapalvelujen järjestelmällä tarkoitin ikääntyneiden hoivan ja hoidon porrastusta, jonka katsotaan yleensä kulkevan kevyimmästä raskaimpaan seuraavasti: koti itsenäisesti tai omaisten avulla, kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, laitoshoido. Laitoshoitoon katsotaan kuuluvan palvelukeskus- ja vuodeosastohoidon (ks. esim. Oikea hoidon porrastus...).

² Saksin työtoverina toiminut Schegloff (2007, 476–477) korostaa tämän kehittäneen metodia pitkälle ja kritisoi nykytutkijoita sekä menetelmän kehittäjiä Saksin aikaansaannosten huomiotta jättämisestä

³ Ajatusta voidaan kritisoida etnometodologisten perusteiden vastaisuudesta; etnometodologisesti ajatellen tutkijat samaten kuin arkielämän toimijat toteuttavat samoja MCD:n periaatteita toiminnassaan ja heitä molempia koskee toiminnan refleksiivinen selostettavuus ja siihen liittyvä selontekovelvollisuus (esim. Heritage 1996, 11, 45). Kyse on kuitenkin lähinnä orientaatiosta, jota varren tietoa tuotetaan: tutkijalla on tavoitteena tarkastella toimintaa tietoisesti analyttisesti ja reflektiivisesti nostaa esille itsestään selvyiksiä, joita toimintaan kenties liittyy (ks. Schegloff 2007, 476; ks. myös esim. Silverman 1998, 63; Jayyusi 1984, 9). Tämä ei tarkoita sitä, että tutkijan tiedon ajateltaisiin olevan „oikeampaa“ tietoa objektiivisuuden merkityksessä kuin arkitoimijalla.

⁴ Myös Saksin perinteisen ”vauva itki”-esimerkin lauseet ovat pikkulapsen kertoman ”tarinan” alku, joka on kerrottu kirjan ”Children Tell Stories” kirjoittajalle. Esimerkin lauseet – ”Vauva itki. Äiti nosti sen ylös.” – kuullaan Saksin mukaan MCD:n logiikalla siten, että vauvan ikäkauden

mukaiseen jäsenryhmyykseen perheen jäsenenä kuuluu kategoriasidonnaisena toimintona itkeminen. Lisäksi oletamme, että nostaja on juuri kyseisen vauvan äiti, sillä edellä kuvatus jäsenryhmyyksen, perheen, jäsenenä äidin moraalisenä velvollisuutena, kategoriapiirteenä, on lohduttaa itkevää lastaan. (Sacks 1972b.)

⁵ Mikäli henkilö tarvitsee kahden henkilön apua henkilökohtaisissa toiminnoissaan, esimerkiksi vuoteesta pyörätuoliin siirtymisessä, hän olisi tutkimuspaikkakunnan palvelutarvekriteeristöjen mukaan kuulunut sairaalan pitkäaikaisuudeosaston hoitoa tarvitsevien kategoriaan. (Ks. myös esim. Oikea hoidon porrastus...)

⁶ Haastatteluotteissa käytetyt kirjaintunnisteet:

F = fysioterapeutti, H = haastattelija, HoI = sairaanhoitaja, K = kuntoutuja, L = lääkäri, S = sosiaalityöntekijä

Litteroinnissa on käytetty seuraavia merkintöjä:

... Tekstikatkelmaa edeltää tai sitä seuraa tekstiä haastattelulitteroinnissa

() Nauhalta kuulematta jäänyt sana/sanoja

Kirjallisuus

Antaki, Charles & Widdicombe, Sue (1998) Identity as an Achievement and as a Tool. Teoksessa Charles Antaki & Sue Widdicombe (toim.) Identities in Talk. London: Sage, 1–14.

Antaki, Charles & Finlay, W.M.L. & Walton, Chris (2007) The staff are your friends: Intellectually disabled identities in official discourse and interactional practice. *British Journal of Social Psychology* 46 (1), 1–18.

Atkinson, Paul & Silverman, David (1997) Kundera's Immortality: The Interview Society and the Invention of the Self. *Qualitative Inquiry* 3 (3), 324–345.

Baker, Carolyn (1984) The "Search for Adulthood": Membership Work in Adolescent-Adult Talk. *Human Studies* 7 (3/4), 301–323.

Baker, Carolyn (1997a) Membership Categorization and Interview Accounts. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage, 130–143.

Baker, Carolyn D. (1997b) Ticketing Rules: Categorization and Moral Ordering in a School Staff Meeting. Teoksessa Stephen Hester & Peter Eglin (toim.) *Culture in Action. Studies in Membership*

Categorization Analysis. *Studies in Ethnometodology and Conversation Analysis* no 4. Washington D.C.: International Institute for Ethnometodology and Conversation Analysis and University Press of America, 77–98.

Doherty, John B. & DeWeaver Kevin L. (2002) Critical Incidents in the Lives of Elders with a Disability: Factors Leading to Institutional Placement. *Journal of Gerontological Social Work* 38 (4), 39–51.

Flyjberg, Bent (2004): Five Misunderstandings about Case-study Research. Teoksessa Clive Seale & Giampietro Gobo & Jaber F. Gubrium & David Silverman (toim.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage, 420–434.

Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1991) MCD-analyysillä moraalisen järjestyksen lähteille? Teoksessa Hannele Forsberg & Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Helmi Järviluoma & Marjo Kuronen & Tarja Pösö & Aino Ritala-Koskinen & Irene Roivainen & Ilmari Rostila & David Silverman & Eero Suoninen (toim.) *Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Katkelmia empiirisen tutkimuksenteon vaiheista. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia, Sarja A Nro 1*. Tampere: Tampereen yliopisto, 111–121.

Gillett, Grant (2004) Clinical Medicine and the Quest for Certainty. *Social Science and Medicine*, 58, 727–738.

Heritage, John (1996) Harold Garfinkel ja etnometodologia. Jyväskylä: Gaudeamus.

Hester, Stephen & Eglin, Peter (1997) Membership Categorization Analysis: An Introduction. Teoksessa Stephen Hester & Peter Eglin (toim.) *Culture in Action. Studies in Membership Categorization Analysis. Studies in Ethnometodology and Conversation Analysis* no 4. Washington D.C.: International Institute for Ethnometodology and Conversation Analysis and University Press of America, 1–23.

Holstein, James A. & Gubrium Jaber F. (1997) The Active Interviewing. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage, 113–129.

Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (2000) *The Self We Live By. Narrative Identity in a Postmodern World*. New York: Oxford University Press.

- Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Jayyusi, Lena (1984) *Categorization and Moral Order*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Jokinen, Arja (1999) Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 126–159.
- Juhila, Kirsi (1993) Miten tarinasta tulee tosi: Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 151–188.
- Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus* 12 (2), 155–183.
- Järviluoma, Helvi & Roivainen, Irene (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. *Sociologia*, 34 (1), 15–25.
- Karjalainen, Jouko (2005) Sivutietoa. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Stakes, 319–335.
- Kinni, Riitta-Liisa (2005) Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa. Vanhus kuntoutujana sairaalan moniammatillisessa työssä. Julkaisematon lisensiaatin tutkielma. Kuopion yliopisto, sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.
- Kinni, Riitta-Liisa (2007) Sosiaalityö vanhuskuntoutujan toimintakykyä määrittämässä. Teoksessa Marjaana Seppänen & Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 219–234.
- Kinni, Riitta-Liisa (2008) Agency in multiprofessional work: A case study of rehabilitation of an older patient in hospital care. *Social Work & Social Sciences Review. An International Journal of Applied Research* 13 (3), 25–47.
- Kuronen, Marjo (2004) Sosiaalityön tutkimuksen ja käytännön jaettu kiinnostus vuorovaikutukseen ja kieleen. *Janus* 12 (2), 218–226.
- Latimer, Joanna (1997) Giving patients a future: the constituting of classes in an acute medical unit. *Sociology of Health and Illness* 19 (2), 160–185.
- Latimer, Joanna (1999) The Dark at the Bottom of the Stairs: Performance and Participation of Hospitalized Older People. *Medical Anthropology Quarterly* 13 (2), 186–213.
- Lepper, Georgia (2000) *Categories in Text and Talk. A Practical Introduction to Categorization Analysis*. London: Sage.
- McCabe, Scott & Stokoe, Elizabeth H. (2004) Place and Identity in Tourists' Accounts. *Annals of Tourism Research* 31 (3), 601–622.
- McHoul, Alec (2007) "Killers" and "Friendlies": Names Can Hurt Me. *Social Identities* 13 (4), 459–469.
- Nikander, Pirjo (2003a) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40, 279–290.
- Nikander, Pirjo (2003b) The Absent Client. Case Description and Decision Making in Interprofessional Meetings. Teoksessa Christopher Hall & Kirsi Juhila & Nigel Parton & Tarja Pösö (toim.) *Constructing Clienthood in Social Work and Human Services. Interaction, Identities and Practices*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers, 112–128.
- Nikander, Pirjo (2006) *Managing Scarcity: Joint Decision Making in Interprofessional Meetings*. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) *Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments and Actions*. Toronto: Canadian Scholar's Press, 260–279.
- Nikander, Pirjo (2008) *Constructionism and Discourse Analysis*. Teoksessa James A. Holstein & Jaber F. Gubrium (toim.) *Handbook of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press, 413–428.
- Oikea hoidon porrastus ja palvelurakenteen kehittäminen. [online]. <URL: <http://www.iisalmi.fi/dep-tid=12130>>. Luettu 6.3.2009.
- Rapley, Mark & McCarthy, David & McHoul, Alec (2003) Mentality or morality? Membership categorization, multiple meanings and mass murder. *British Journal of Social Psychology* 42 (3), 427–444.

- Rasmussen Hougaard, Gitte (2008) Membership categorization in international business phonecalls. The importance of "being international". *Journal of Pragmatics* 40 (2), 307–332.
- Roivainen, Irene (1999) Sokeripala metsän keskellä. Lähiö sanomalehden konstruktiona. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2.
- Sacks, Harvey (1972a) An Initial Investigation of the Usability of Conversational Data for Doing Sociology. Teoksessa David Sudnow (toim.) *Studies in Social Interaction*. New York: The Free Press, 31–74.
- Sacks, Harvey (1972b) On the Analysability of Stories by Children. Teoksessa John J. Gumperz & Dell Hymes (toim.) *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 329–345.
- Sacks, Harvey (1989a) Extract One. "Who may I say is calling?". *Human Studies* 12 (3/4), 229–231.
- Sacks, Harvey (1989b) Lecture Eight. On Measuring. *Human Studies* 12 (3/4), 295–305.
- Sacks, Harvey (1989c) Lecture Six. The M.I.R. Membership Categorization Device. *Human Studies* 12 (3/4), 271–281.
- Schegloff, Emanuel A. (1989) Harvey Sacks – Lectures 1964-1965. An Introduction/Memoir. *Human Studies* 12 (3/4), 185–209.
- Schegloff, Emanuel A. (2007) A tutorial on membership categorization. *Journal of Pragmatics* 39 (3), 462–482.
- Silverman, David (1998) *Harvey Sacks. Social Science and Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Silverman, David (2000): *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage.
- Wang, Jia & Roulston, Kathryn J. (2007) An Alternative Approach to Conceptualizing Interviews in HRD Research. *Human Resource Development Quarterly* 18 (2), 179–210.
- Wareing, David & Newell, Christopher (2005) Commonsense and the *doing* of supported care: A case study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 30 (2), 104–114.
- White, Susan (2002) Accomplishing "the case" in paediatrics and child health: medicine and morality in inter-professional talk. *Sociology of Health and Illness*. 24 (4), 409–435.