

Anneli Sarja

KT, Dos., erikoistutkija, Koulutuksen tutkimuslaitos,
Jyväskylän yliopisto

Jaettu asiantuntijuus vuorovaikutustyössä

Artikkelissani kuvaan dialogisen vuorovaikutuksen näkökulmasta käytäntöä uudistavan yhteisöllisen oppimisen muotoa ihmissuhde-työssä. Tarkastelun kohteena on, miten asiantuntijuus näyttäytyy tilanteessa, jossa valtaa ja vastuuta jaetaan tasapuolisesti ja jossa tavoitteena on asiakkaan motivointi ja vastuuttaminen. Diskurs- sin tasolla jaettu asiantuntijuus näyttäytyy kahden tasavertaisen keskustelijan kohdennettuna dialogina. Uudistavassa dialogissa on tilaa molemminpuoliselle hämmennykselle ja kriittiselle reflek- toinnille mutta myös oman näkemyksen puolustamiselle etenkin silloin, kun suhteessa keskitytään vaihtoehtoisten näkökulmien vuoropuheluun kaikkia koskettavista arkipäivän ongelmista.

Asiakastyön ohjauksessa voidaan erottaa Mönkkösen (2007) mukaan kolmenlaista vuorovaikutussuuntausta: asiantuntija- keskeinen, asiakaskeskeinen ja dialoginen. Huomioita on, että kyseiset asiakastyön ja oppimisen orientaatiot sopivat erilaisiin tilanteisiin. Asiantuntijakeskeinen toiminta sisältää vallan määrittellä tilannetta, luokitella ongelmia sekä päättää tarpeellisista työtavoista ja toimenpiteistä. Tämänkaltainen vuorovaikutusmalli voi näyttäytyä myös maallikoiden puheessa liian autoritaarisessa ja käsitteellisessä kielenkäytössä. Tällöin herkkyys toisen ihmisen kohtaamiseen, vaihtoehtoisten ajat- telutapojen ja jaetun ymmärryksen kehittymiseen usein estyy. Vastakohta asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutusorientaatiolle ihmissuhde-työssä on asiakaskeskeinen toimintamalli, jossa asiakkaan tarpeiden kunnioittaminen ja asiakkaan tilanteen mää- rittely on vuorovaikutuksen keskiössä. Dialogisuus näyttäytyy vuorovaikutuksen tasolla kuunteluna ja tarkoituksenmukaisina kysymyksinä asiantuntijan toimiessa pääasiassa taustatukena. Tällainen vuorovaikutussuhde harvoin rakentaa jaettua asian- tuntijuutta. (Mönkkönen 2007, 37–85.)

Kurkistetaanpa seuraavaksi asiakaskeskeisen sosiaalityön arki- päivään. Työelämälähtöisen oppimisen viitekehityksessä toteut- tamamme korkeakouluopetuksen tutkimus- ja kehittämishanke

havainnollistaa, millaisia käytänteitä asiakaskeskeinen työote voi äärimuodoissaan asiakastyössä tuottaa (Janhonen, Sarja & Juntunen 2006). Pyysimme sosionomiopiskelijoita kiinnittä- mään huomiota asiakastyön harjoittelujaksolla käytännön työssä havaitsemiinsa jännitteisiin, ongelmatilanteisiin sekä oman tai toisten toiminnan epäjohtomukaisuuteen. Kertomuksissaan opiskelijat nostivat esille henkilökohtaisesti merkityksellisiä ja heitä emotionaalisesti koskettaneita asiakastilanteita. Opiske- lijoita pyydettiin kuvailemaan, miten työelämän ammattilaiset ratkaisivat kohtaamansa ristiriitatilanteet. Esimerkissämme opiskelija hämmästelee ammatissa toimivan perhetyöntekijän epäeettistä toimintatapaa hänen luovuttaessaan sylvävauvan yksinhuoltajaäidin huumetokkuraiselle poikaystävälle. Näin hän tapahtumaa kuvaa:

”Nuoren huumeäidin 10 kuukautinen vauva oli päivähoi- dos- sa määrättyinä päivinä viikossa. Ongelma oli, että äiti ei useimmiten tullut hakemaan lasta sovittuna aikana. Tämän asian takia moni työntekijöistä otti 'hernettä nenäänsä'. Kerran sitten tuli ihan vieras mies hakemaan sen vauvan. Mun mielestä se mies oli huumeiden vaikutuksen alaisena. Ei se ihan pihalla ollut kuitenkaan. Se sanoi, että hän on hoitanut ennenkin ja kysyi ruokahommat ja muut. Vaikutti ihan asialliselta. Hänelle luovutettiin se lapsi. Mutta sitten yhtenä perjantaina se äiti taas soitti, että vie se sinne kotiin ja anna se hänen miesystävälleen. Nyt se mies oli semmosessa kunnossa, että oli suurin piirtein seiniä pitkin kävellyt ja napannut sen lapsen vaan syliin ja paiskannut oven kiinni. Ja perhetyöntekijä jätti sen sinne ja tuumas, ettei halua leikkiä omalla hengellään. Oisko siitä henki läh- tenyt, jos se ois sanonut, että hän vie lapsen turvakotiin? Käyköön äiti sieltä hakemassa. En olis missään tapauk- sessa antanut sitä lasta semmoisessa kunnossa olevalle ihmiselle. Mutta missä se raja kulkee sitten? Käytiin tiukka keskustelu siitä, mutta minä kun olen vain opiskelija.”

Mitä esimerkki meille kertoo? Millaisen sosiaalialan asiantuntijan toimintaa se heijastaa? Moniongelmaisen asiakkaan hoidossa vastuu helposti jakautuu useamman sektorin osalle. Tällöin herää kysymys: kuka kantaa vastuun? Luonnollistahan on, että yllättävä tilanne synnyttää työntekijässä pelon, epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteita. Miten toimia ristiriitatilanteessa, jossa lapsen mutta myös oma turvallisuus ovat uhattuina? Mitään yksiselitteistä ratkaisua tai selkeää teoriaa ei näin haastaviin kohtaamisiin ole tietenkään tarjolla. Lapsen huostaanotto on toimenpide, johon sosionomilla ei koulutuksensa perusteella ole valtuuksia. Vastuullisesti toimiessaan hän joutuisi uudelleen tulkitsemaan työtoimintaansa ohjaavia 'sääntöjä'. Esimerkitapauksessamme työntekijä edustaa asiakaskeskeistä työtettä luottaessaan siihen, että yksinhuoltajaäiti ja hänen miesystävänsä pystyvät itse vastaamaan tekemistään ratkaisuista. Perhetyöntekijän toiminta heijastaa myös sitä, että työpaikalla toimitaan rutiinimaisesti ja virallinen työaika säätelee toimintaa. Ongelmatilanteista ei keskustella avoimesti työyhteisössä eikä asiantuntijuutta näin jaeta.

Esimerkkiopiskelijamme ei olisi ollut ammattiroolissaan epätietoinen, miten toimia. Opiskeluvaiheessa työelämän ongelmatilanteita on mahdollista hahmottaa erilaisin yhteisöllistä oppimista ja dialogista työtettä edistävin menetelmin kehittelemällä erilaisia tiedon luomisen malleja. Käytännön työssä esiin nousevia ongelmia pohditaan harvoin kysymyksinä, joihin yhdessä mietittäisiin vaihtoehtoisia ehkä myös tutkittuun tietoon perustuvia ratkaisuja. Osallistumisparadigmaa haasteellisemmän tavan asiakkaan kanssa käytävään vuorovaikutukseen tarjoaa yhteiskehittely ja tiedon luomisen paradigma (Engeström 2004; Hakkarainen ym. 2005). Oppimistoimintoja voidaan esimerkiksi visuaalisesti mallintaa tai käsitteellistää (Sarja 2000; Janhonen & Sarja 2007) ja jäsentää näin asioiden välisiä suhteita koko toimintajärjestelmän tasolla. On tärkeää hahmottaa niitä toiminnallisia kokonaisuuksia, joissa asiakas on osallisena, koska haastavissa ohjaussuhteissa ajaututaan helposti tilanteisiin, joissa asiantuntija (opettaja, hoitaja) usein huomaamattaan käyttää auktoriteettivaltaansa suhteessa asiakkaaseensa (oppijaan, potilaaseen) tai vetäytyy liikaa asiantuntijavastuustaan (ks. esim. Mönkkönen 2007; Sarja & Janhonen 2009).

Käsillä olevassa artikkelissa rajaudun dialogisen vuorovaikutussuhteen analyysiin, koska siinä tavoitteena on jaetun tietämyksen tuottaminen. Aluksi kuvaan, miten dialogista suuntausta on toteutettu asiantuntijatyössä yhteisöllisen oppimisen viitekehityksessä. Tämän jälkeen havainnollistan vielä esimerkein, yhteisöllisen dialogioppimisen prosessia ja sisältöä uuden tiedon luomisesa. Niin opetus- kuin terveydenhuoltotyössäkin kiinnostavaa

on sellainen dialogimuoto, joka mahdollistaa asiantuntijavallan osittaisen riisumisen ja aidon kohtaamisen kautta mahdollistuvan jaetun asiantuntijuuden kehittymisen. Hahmottelen artikkelissani tällaisen uudistavan dialogin kehittämismahdollisuuksia eri vuorovaikutustilanteissa.

Dialoginen työote asiantuntijatyössä

Dialoginen työorientaatio perustuu Mönkkösen (2007, 95) mukaan vastavuoroiseen ja neuvottelevaan suhteeseen, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Dialogisessa suhteessa myös asiantuntijan voi kohdata oman avuttomuutensa ja tunnustaa, ettei hänelläkään ole riittävää tietoa työnsä muuttuvasta kohteesta. Ihminen omaksuu näkemyksiä toisilta ja on tilanteittain muuttuva. Jos asiakkaan oma viiteryhmä tukee vääränlaista käyttäytymistä, asiantuntijan vastuuna on vaihtoehtoisten näkemysten tarjoaminen. Dialogissa lähdetään liikkeelle asiakkaan käsityksistä, uskomuksista ja tunteista. Asiantuntija asettaa kuitenkin haasteita yhteenvetojen, kannanottojen ja joskus jopa mallinnusten muodossa. Itsessään dialoginen prosessointi voi olla hidasta rakentamista ja yhteistä assosiointia turvallisessa ympäristössä. Mutta se voi olla myös nopeasti tapahtuvaa kognitiivisten ristiriitojen ja näkemyserojen prosessinomaista tiedostamista. Kummassakin tapauksessa on tärkeä pysyä kuitenkin asiakkaan (potilaan, oppijan) lähikehityksen vyöhykkeellä.

Erityisesti mielenterveystyössä haasteellisia ovat hetket, joissa syntyy vahva tunne siitä, ettei kummallakaan ole valmista vastausta vaan ratkaisua lähdetään etsimään yhdessä. Joskus asiantuntija joutuu myös puuttumaan aika rajustikin asiakkaansa ongelmiin luopuessaan perinteisestä roolistaan. Koski-Jännes ja Hänninen (1998) ovat tutkineet dialogia muutoksen rakentamisen välineenä erilaisista riippuvuuksista vapautumisessa. Kun lääkärin ja potilaan yhteistoiminnan perustana on vastavuoroinen luottamus ja arvostus, voi dialogi avata potilaille uuden näkökulman myös omaan itseensä. Tällainen kääntymyksen hetki saa ihmisen peilaamaan itseään, kun kaksi erilaista näkökulmaa itsestä joutuu vastakkain. Esimerkiksi seuraavassa lausumassa käänteentekevaksi osoittautuu kotiin lähettävän lääkärin vastaus päihderiippuvaisen potilaan kysymykseen:

"Koska saan ottaa, niin se sanoi, että koska vaan. Juodaan pullo, juodaan kaks, juodaan päivä, juodaan kaks. Oli perjantaipäivä. Se sanoi, että hän tulee maanantaina töihin, että tuletko sinä. Mä sanoin, että minä en tiedä. Se sanoi, näytti mulle sormella näin ja sanoi, että sinun kaltaisen tyyppin kannattaa ajatella ... sillä kenenkään koneet ei kestä tuommosta elämää loputtomiin. ... Ja sillan mulla tapahtui

semmonen niinku juttu. Että ajattelin että olin juonut noin 20 000 monen viikon aikana. Ja ajattelin että onko tässä mitään järkeä, että siis ei tää voi olla hauskaa!” (Koski-Jännes & Hänninen 1998, 179.)

Katkelmassa asiantuntijan ilmaisema suorasanainen, mutta samalla toisen valinnanvapautta kunnioittava, toteamus on laukaiseva tekijä muutoksen käynnistäjänä. Dialogista työtettä vahventaa se, ettei lääkäri kriittisellä hetkellä käytä ammattikieltä ja pitäydy auktoriteettiasemassaan. Sitä vastoin hän tarttuu potilaan kysymykseen tulkiten sitä ammattilaisen näkökulmasta arkikielellä. Rakentavan kriittisessä sävyssä toteutettu dialogi 'pakottaa' potilaan tarkastelemaan tilannetta täysin uudesta, jopa yllättävästikin näkökulmasta. Huomattava on, että institutionaalisen vuoropuhelun toisena osapuolena ei ole vain toinen ihminen vaan sairaalaympäristö kokonaisuudessaan – vieruspeteille kuolleet kaverit, letkut ja tippapullot, hoitohenkilökunta - jonka osia molempien kielelliset ilmaisut aina ovat (Koski-Jännes & Hänninen 1998, 179–180).

Asiantuntija instituutionsa edustajana

Dialogi on usein määritelty kahden tai useamman ihmisen väliseksi sanalliseksi vuorovaikutussuhteeksi, jonka tarkoituksena on vaiheittainen jaetun tietämyksen tai ymmärryksen rakentaminen. Millaisia ehtoja tiedon sosiaaliselle rakentumiselle ja jaetun asiantuntijuuden kehittymiselle voidaan sitten ylipäätään asettaa? Voiko uudistumista ja muutosta tietoisesti tuottaa ja mitkä ovat yksilöllisen ja yhteisöllisen oppimisen rajan ylittämisen ja uudelleenorganisoinnin edellytykset? Usein dialogia pidetään vallasta vapaana keskustelumuotona, jossa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että turvattaisiin sen kehittymiseksi suotuisia olosuhteita. Eri yhteyksissä on painotettu mm. vastavuoroisuuden, osallistumisen, molemminpuolisen sitoutumisen, aidon kuuntelun ja kunnioituksen sekä vapaaehtoisuuden ihanteita. Joskus kuulee jopa väitettävän, ettei dialogia voi saavuttaa tekemällä vaan ainoastaan antamalla sen tapahtua ja avoimeen vuorovaikutussuhteeseen asettumalla.

Olen kuitenkin sitä mieltä, että dialogin muoto ja sisältö kehitetään pitkälti niiden käytänteiden mukaiseksi, jotka määrittävät asiantuntijoiden yhteistä toimintaa. Dialogi voi toisin sanoen saada erilaisia ilmenemismuotoja siitä riippuen, miten sen osapuolet tulkitsevat omaa toimintaympäristöään. Randall ja Munro (2010) ovat tutkineet mielenterveystyön ammattilaisten (lääkäreiden, ohjaajien, psykiatristen hoitajien jne.) käsityksiä jokapäiväisestä työstään. Näyttää siltä, että se toimiiko lääkäri vapaalla vai virallisella sektorilla, määrittää hänen toimintamallejaan ja käsityksiään siitä, miten esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön uhreja aute-

taan. Normaaliuden käsite on esimerkiksi sairaalainstituutioissa ohjenuora, jonka mukaan asiantuntija kontrolloi epänormaaliuden ilmentymiä lääketieteellisin toimenpitein. Potilaan parantumisen näkökulmasta tärkeämpää on kuitenkin se, miten luottamus itseän ja toisiin ihmisiin saadaan palautetuksi. Juuri potilaan kertomukset ja niiden totuudellisuuteen luottaminen olivat vapaaehtoistyön asiantuntijoilla hoitosuhteen tärkein lähtökohta. Parantumisessa merkityksellistä oli, luottiko mielenterveystyön ammattilainen potilaan olevan kykenevä hoitamaan itse itseään ja vapautumaan näin vaikean trauman aiheuttamasta sosiaalisesta eristäytynyydestään.

Narratiivisen suuntauksen yleistyminen onkin mahdollistanut neuvottelukeskisemmän lähestymistavan yleistymisen asiakastyössä. Narratiivisen metodin ansio näyttäytyy erityisesti myös teorian ja käytännön integroinnin mahdollistumisena niin työ- kuin koulutuskonteksteissakin (Sarja & Janhonen 2002; Janhonen, Sarja & Juntunen 2006). Huomioitava on, että asiakkaan kertomukset rajaavat keskustelun kohteen hänelle tärkeisiin arjen käytänteisiin ja ovat näin oivallinen menetelmä erilaisten näkemysten, kokemusten ja käsitysten jakamiseen ja uusien kehittelyyn. Lisäksi ne auttavat tunnistamaan sitä laajempaa toimintaympäristöä, jossa asiakas on osallisena. Randal ja Munro (2010) jäsenivät tutkimuslöydöksiään foucaultilaisessa viitekehityksessä 'elämästä aktiivisena esteettisenä käytäntönä', jonka mukaan

”Alistunut ihminen toteuttaa itseään käyttäytymällä toistuvasti tietyllä tapaa; hän ei kuitenkaan itse keksi toteuttamiaan käytänteitä. Hän valitsee ympäröivästä kulttuurista erilaisia malleja, joita hänen kulttuurinsa, yhteisönsä ja sosiaaliryhmänsä tarjoaa, ehdottaa, suosittaa ja jopa tyrkyttää.” (Foucault 1997, 291.)

Dialogisen työotteen mukaisesti myös Foucault (Randall & Munro 2010) korostaa, että vaikka itsetuntemus on tärkeä osa itsen hoitoa, se ei saa hallita koko hoitotapahtumaa. Ihmisen hoidon tulisi keskittyä suuremmissa määrin ruumiin kuin sielun hoitoon. Tämä merkinnee sitä, että asiantuntijan vastuulle jää nimenomaan sellaisen turvallisen elinympäristön ja vuorovaikutusilmaston luominen, jossa asiakas voi vapaasti elää ja tutkia suhdettaan itseensä ja kanssaihmiisiinsä. Mutta tärkeä on myös se, miten aktiivisen suhteen asiantuntija luo itseensä kehittäessään potilaan kanssa käytännönläheisiä selviytymisstrategioita hänen kohtaamiinsa ongelmiin.

Yhteisöllinen dialogi muutoksen tuottajana

Miettinen (2000) on jaotellut sosiaaliseen konstruktivismiin perus-

tuvat oppimisen suuntaukset 1) diskursiivisiin eli kriittis-dialogisiin teorioihin sekä 2) käytäntöperusteisiin eli ympäröivän todellisuuden muuttamiseen pyrkiviin teorioihin (ks. tarkemmin Sarja & Janhonen 2009). Diskursiivisiin oppimisteorioihin lukeutuu joukko erilaisia postmoderneja suuntauksia, joita on luokiteltu lukuisin eri tavoin. Yksi tämän suuntauksen keskeisimpiä periaatteita on tiedon rakentaminen ja koettelu ihmisten välisessä diskurssissa. Uuden tiedon syntymisessä luotetaan pelkästään kielelliseen tulkintaan, kriittiseen reflektioon ja dialogiin. Tällöin myös oppiminen käsitetään useiden yhdessä toimivien yksilöiden kokemusten uudelleenkonstruoinniksi. Dialogissa huomio kohdentuu luottamuksellisten suhteiden ja ilmapiirin rakentamiseen, tiedon ja kokemusten jakamiseen, kuunteluun, vastavuoroisuuteen ja keskinäiseen tulkintaan. Konteksti ymmärretään situationaalisesti, vuorovaikutustapahtumaa ympäröivänä kokonaistilanteena. Dialogin kautta saavutetun yksimielisyyden kriteerinä on esitettyjen perusteiden yhdenmukaisuus. Diskursiivisiin oppimisteorioihin perustuvassa ohjaussuhteessa on tärkeää tukea toisen aloitteellisuutta, jolloin ohjaajan tehtävä on keskinäisen reflektion vahvistaminen. (Sarja 1995; Sarja 2000, 22–25; Sarja & Janhonen 2009.)

Käytäntöpainotteisissa oppimisteorioissa tiedon perustana on sen sijaan Miettisen (2000) mukaan ihmisen toiminta, käytännöllisten ongelmien ratkaisu ja esineellinen vuorovaikutus ympäristön kanssa. Koska tiedon ensisijaisena kriteerinä ei ole yksilöiden välinen vuorovaikutus tai ulkoinen oppimisympäristö vaan niiden välinen suhde, tiedon pätevyyttä testataan käytännöllisten kokeilujen avulla (Vygotsky 1982). Tämän vuoksi myös kontekstin ymmärretään muotoutuneen kerrostuneesti, jolloin se näyttäytyy historiallisesti erillisinä liukuvarajaisina ajankohtina, vaihtoehtoisina ja jopa ristiriitaisina toiminta- ja ajattelumalleina, vuorovaikutusprosessissa. Tärkeä yhteistoiminnan määrittäjä on käsillä oleva ongelma, ja dialogin käynnistymisen ehto onkin usein asian ytimen eli dialogin kohteen hyvä tuntemus (Vygotsky 1982). Käytäntöpainotteisissa teorioissa oppiminen ja ammatillisen identiteetin kehittyminen kytkeytyvät selkeämmin työympäristön muuttamiseen ja uusien toimintatapojen ja välineiden luomiseen (Miettinen 2000).

Luottamuksen kehittyminen on välttämätön edellytys yhteisöllisesti painottuneen dialogioppimisen kehittymiselle ja tuon kehittymisen ehtona on joko yhteisiin toimintoihin osallistuminen tai yhteinen kiinnostuksen kohde. Käytäntöpainotteisempi dialogi merkitsee näin ollen yhteisen kohteen rakentamista suhteessa opittavaan tai keskustelun alla olevaan asiasisältöön sen omassa toimintajärjestelmässä. Tällöin toimintajärjestelmän kokonaisu-

udessa ja sen osissa esiin nousevat sisällölliset näkökulmat perustuvat käytännön ongelmiin ja niiden tieteeseen ja kokemuksiin perustuviin ratkaisuyrityksiin. (Hakkarainen & Janhonen 1997; Sarja & Janhonen 1999.) Kiinnostavia ovatkin juuri ne sekaannukset (väärinymmärrykset, ristiriidat, vastakkainasettelut), jotka tekevät yhteiskehittelystä myös sangen haasteellisen. Näissä työyhteisön ongelmatilanteissa on usein nähtävissä merkkejä eriaisteisesta – myös tuottavasta - 'vallankäytöstä'. Näin ongelmatilanteita voidaan hyödyntää erityisesti uuden tiedon ja uudenlaisien toimintakäytänteiden yhteiskehittelystä. Ristiriidat syntyvät yleensä yhteisössä virallisesti omaksutun ja siellä epävirallisesti toteutetun kulttuurin yhteenlöymäyksistä. Ihmiset luovat omia sääntöjään, jotka poikkeavat ulkoisesti määritellyistä säännöistä ja vaatimuksista. Diskurssi muovautuu usein laajempien sosiaalisten rakenteiden sekä yhteisössä omaksuttujen historiallisten ajattelu- ja toimintatapojen yhteenkietoutumina. (ks. Sarja 2000, 57–63.)

Jaettua asiantuntijuutta kehittävä käytäntölähtöinen dialogi on menetelmä, jonka avulla asiantuntija voi jäsentää oman työyhteisön vakiintunutta toimintaa sekä kehittää uusia toimintakäytänteitä. Terveystieteiden opettajankoulutuksen opetusharjoitteluvaiheesta lainaamani esimerkki havainnollistaa edelleenkin mielestäni osuvasti sitä, miten käytännöstä rajattu kertomus edesauttaa niin juonellista toisilta oppimista kuin rohkeaa itsensä ylittämistä (ks. Sarja 2000, 2002; Sarja & Janhonen 2009). Kyseisen dialogioppimista toteuttavan opetuksen kehittämiskokeilun aikana jo ammattitutkinnon suorittaneet ja työelämässä olleet opiskelijat suunnittelivat ja toteuttivat kokonaisen oppikurssin (ks. Hakkarainen & Janhonen 1997). Opiskelijoiden käytännön asiantuntijuus oli tärkeä yksittäisen oppitunnin suunnittelun peruste, jonka aiheena oli kuolevan potilaan fyysisten voimavarojen tukeminen. Opiskelijat käyttivät mallintamisen menetelmää kytkeäkseen teorian (ks. myöhemmin autoritääriin diskurssi) ja käytännön (sisäisesti vakuuttava diskurssi) kiinteämmin toisiinsa. Ongelmallisten tilanteiden visuaalinen käsitteellistäminen on oivallinen dialogioppimisen lähtökohta, koska yhteiset käsitteet mahdollistavat vaihtoehtoisten ratkaisujen kokeilun ja kehittelyn.

Seuraavassa opettajaopiskelijan opetustapahtumansa suunnittelu-, toteutus- ja palautevaihetta kuvaavassa tiivistetyssä esimerkkitarkastelussa havainnollistan sitä juonellista jatkumoa, joka näkyy suunnitteluvaiheen dialogisen orientaation (käytäntöpainotteinen oppimisteoria) kulkeutumisena myös toteutusvaiheeseen reflektiivisinä dialogiketjutuksina (ks. esim. Wells 2006). Huomattava on, että dialogista orientaatiota osoittaa se, että opiskelija tulkitsee oman työnsä kohdetta ja tulosta uudella tavalla

entistä laajemmissa yhteyksissä. Induktiivinen ote perustuu todelliseen hoitotyön ongelmatilanteeseen. Potilasesimerkki rajautuu yhteisen oppimisen kohteeksi, kun potilaan kokonaishoitoa tarkastellaan ensisijaisesti hoitotyön näkökulmasta ja kun hoitoyhteisön vakiintuneet toimintakäytänteet ovat tarkastelun keskiössä.

SUUNNITTELUVAIHE:

Opettajaopiskelija: "Mehän ei voida hoitaa kuin päätöksen mukaisesti potilasta. ... Ja kun se päätös oli väärä tai sitä ei oltu tehty, niin hoidettiin potilasta koko ajan väärin. ... Oltaisi lievitetty sen kärsimyksiä, kun ei oltaisi tehty niitä kaikkia asioita mitä tehtiin sille potilaalle. Toimenpiteet, jotka tuotti hänelle enemmän kärsimystä. Nyt painotetaan näihin hoitotyön erityispiirteisiin tarkoituksenmukainen hoito päämääränä. ... Siinä tipahtaa tällaiset toimenpiteet pois, jotka ei ole potilaan hyvän olon tuottamiseksi tarkoituksenmukaisia. Lääketieteen painotus muuttuu. ... Eli miten hoitotyöllä tuetaan kärsimystä? Miten meidän pitää keskustella potilaan kanssa? Miten hoitajana käytän omaa itseäni potilaan hoidossa? Mitä keinoja mulla on esimerkiksi tajunnan tason tarkkailuun? ... Tarkoituksenmukaisen hoidon lähtökohtana on kulloisellakin hetkellä olevat potilaan tarpeet ja käytettävissä olevat hoitotyön menetelmät. Silloin kivun ja henkisen kärsimyksen lievittäminen on lähtökohtatarpeita tämän potilaan kohdalla. Se hoitajalle antaa vapautta mutta myös vastuuta. ... (Ohjausdialogin tuottama muutos!) Voisin sillä tavalla kaunistaa tätä tilannetta, etten kertoisi sitä päätöksentekoa, mikä oli se todellisuus. Vaan että täällä oli elintoimintoja ylläpitävä hoito ja huomattiin, ettei ollut mitään tehtävissä lääketieteen keinoin. Tekisi tällaisen muutoksen tähän asiaan. Että tehtiin aktiivinen päätös ja kaikki toimi päätöksen mukaan. Ei kertoisi sitä ristiriitaa, mikä todellisuudessa oli, koska täytyy minun kuitenkin lähteä tästä. Minusta siellä on hoitotyön vapaus ja vastuu hoitaa sitä potilasta sen oman ajattelutavan mukaan. ... Miten lähestyn potilasta? Minkälainen näkemys mulla on? Onko vain se näkemys, että kun täytän kaavakkeeseen nuo kohdat, niin potilas on hoidettu? Minusta siinä koko ajan on sellainen oma alue potilaan kokonaishoidossa, josta lääketiede tuskin on kiinnostunut."

TOTEUTUSVAIHE:

Opettajaopiskelija: "Tämän tunnin toteutus tapahtuu yhden kuolevan potilaan kokonaishoidon tarkastelun kautta. Elikkä nyt haetaan tämän potilastapauksen perusteella hoitotyön tai potilaan keskeiset tarpeet ja konkreettiset

hoitotyön käytännön toiminnot ja niiden toteuttaminen. ... Ja aloitettiin palovammapotilaan periaatteita ohjaava hoito tiettyyn pisteeseen asti, kunnes huomattiin, että lääketieteellisin keinoin ei voida sitä sairautta parantaa elikkä tämä sairaus joka tapauksessa johtaa kuolemaan. Tehtiin selkeä hoitolinjan muutos ja päädyttiin hyvään kuolemaan mahdollistavaan hoitoon. Ja kun ajatellaan sitä kokonaisuutta, mikä oli hoitotyön näkökulmasta. Hoitotyö palveli sitä periaatetta, että esimerkiksi kaikki seurantahoito meni elintoimintojen ylläpitämiseen. ... Kun tehtiin hoitolinjan muutos, niin suhde muuttu toisella lailla. Nyt tarkoituksena on hahmottaa hoitotyön näkökulmaa potilaan tarpeiden tyydyttämiseksi. Jos vielä pantaisiin ne konkreettisesti tärkeysjärjestykseen ja ilmaistaisiin ne käytännön toimintana. ... Voisitte käyttää aiemmin opittuja hoitotyön teorioita, malleja, mitä tahansa mistä löytyisi, miten tätä asiaa voisi lähestyä. Voitte luoda jopa uuden. Tärkeää on, että se palvelee teidän hahmottamista tässä tilanteessa. ... Asian valottamiseksi konkreettinen esimerkki potilaan hoidosta. ... Se peruste miksi asentohoitoa tehdään, ei olekaan enää niitten limajuosteitten ennaltaehkäiseminen vaan hyvän olon tuottaminen, ettei ole kärsimystä, kipua. Että asioiden tekemisen perustelu muuttuu osittain. Meiän ei tarte enää hoitaa potilasta aseptisten sääntöjen mukaan. ... Eli palovammojen hoito, haavojen, palovamma-alueen hoito ei ole keskeisin tekijä, joka ohjaa hoitajan toimintaa vaan täällä painottuvat hyvän olon tuottaminen ja kärsimysten lievittäminen elikkä perushoito. Toit viimeksi semmoista, että jos potilaalla on hengenahdistusta, niin hänelle annetaan siihen esimerkiksi nesteenoistolaäkettä. Niin se on silloin potilaan toisaalta oireenmukaista hoitoa ja se on siihen potilaan tarpeeseen. Se ei ole siihen tarpeeseen, että näkyy, että keuhkoissa on vettä vaan se on oireenmukaiseen tarpeeseen. Eli tämä vähän enemmän perustelee sitä näkökantaa elikkä täällä tulee tarpeenmukainen hoito. ... Se on aina yksilöllisestä hoitosuhteesta, hoitosuunnitelmasta riippuvaa. Riippuvaa siitä organisaatiosta, kulttuurista, missä ollaan ja tietenkin ensi kädessä potilaan tilasta: pystyykö hän itse ottamaan osaa päätöksentekoon, osallistumaan hoitoon jne."

PALAUTEVAIHE:

Ohjaaja: "Ehkä heillä oli käsitys, ettei terminaalihoidossa enää ole mitään tehohoitoa tai lääketieteellistä lääkärin määräämää, ei ole katetria, ei voi olla tippoja, antibiootteja. Ohjasit ja autoit heitä löytämään ne toisenlaiset perusteet. Juuri se rupes näkymään, mitä kaikkea voi kuitenkin

tehdä, että ihminen ei kärsisi. ... Kertasit tai vedit yhteen ihan näitä eron kautta, miten se ilmenee ja toiminnan perusteet muuttuu. Että hoito voi olla samanlaista, mutta perusteet, tavoite on toinen. Arvioin, että opettajana pyrit kokoamaan ja jäsentämään, kun keskusteluja tuotit siinä, peilaamaan heihinkin, että ymmärtääkö he nyt. ... Koska sehän oli keskeistä, että he pohtivat esimerkin valossa, muuttuuko hoitotyö lääketieteessä hoitolinjan muutoksen myötä, miten ja miksi. Oisin toiminut samalla lailla. Nämä kysymykset ja niiden hakeminen liittyy just tähän oppimis-tehtävään.”

Huomionarvoista on, että dialogisen työotteen mukainen ekspansiivinen oppiminen (Engeström 2004) ei ole vain tiedollinen kysymys vaan myös uusien auttamismenetelmien, työnjakotkaisujen ja sääntöjen kehittämistä. Kertomuksessaan opiskelija kritisoi niitä päätöksiä, joiden mukaisesti hänen tuli esimerkkitalanteessa toimia. Hän käyttää opiskelijaryhmän yhdessä kehittelemää hyvän hoidon mallia käytännön jäsentämisen välineenä. Sen avulla opiskelija pystyy arvioimaan tarkoituksenmukaisen hoidon toteutumista erilaisissa tilanteissa. Malliin on valittu ne keskeiset teoreettiset käsitteet (tarkoituksenmukainen hoito, elintoimintoja ylläpitävä hoito jne.), joiden toteutuminen mahdollistaa yhteisen tavoitteen: hyvä olo – ei kärsimystä saavuttamisen. Ohjausdialogin tuloksena opiskelija luopuu ristiriitatilanteen kuvauksesta oppimisen lähtökohtana. Blackleria ja McDonaldia (2000) soveltaen diskurssiperusteinen dialogioppiminen ilmentää usein sitä, että ihmiset hyväksyvät valmiina tuotettuja käsitteitä ja toisten tekemiä päätöksiä (toimintaa ohjaavia käsikirjoituksia), toteuttavat omia roolejaan ja noudattavat yhteisössä vakiintuneita sääntöjä. Esimerkkiopiskelija on työkokemuksensa perusteella sisäistänyt toimintaansa ohjaavat rakenteelliset piirteet (ks. tarkemmin Sarja 2002).

Lisäksi opiskelija käyttää mallintamista jaetun asiantuntijuuden kehittämisen välineenä. Blackler ja McDonald (2000, 838–841) toteavat, että siirtymä vain sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen merkityksenantoon perustuvan dialogioppimisen tasolta käytänteitä uudistavan dialogioppimisen tasolle toteutuu vasta sitten, kun yksilön tai ryhmän vuorovaikutus siirtyy yleisellä tasolla tapahtuvan käsitteellistämisen tasolta keskinäisen käsitteellistämisen tasolle. Juuri dialogissa, keskinäisen käsitteellistämisen kautta edistetään epävakamman ammatillisen identiteetin ja samalla myös jaetun asiantuntijuuden syntymistä. Tässäkin esimerkissä opetuksen toteutusvaiheessa oppimisen kohteeksi rajattu ja työyhteisön toimintakäytänteisiin sidottu potilaskertomus käynnistää oppilaiden ja opettajarajoittelijan kes-

kinäisen dialogin. Opettajan kysymysten ja sisältötiedon valossa oppilaat pohtivat erilaisten hoitotoimenpiteiden tärkeysjärjestystä yhteisen tavoitteen, hyvä olo – ei kärsimystä, saavuttamiseksi. Palautevaiheessa myös ohjaaja korostaa käytäntöpainotteisen, kokonaisuuksiin keskittyvän, dialogioppimisen merkitystä. Dialogiopetuksessa väärinymmärrykset ja tietämättömyys tulevat julki silloin, kun liikutaan ns. rajavyöhykkeellä, jossa on tilaa myös uuden luomiselle, so. palovammapotilaan hoitoa selittävän periaatteen löytymiselle (esim. Burbules 2006).

Paikantunut tieto jaetun asiantuntijuuden kehittämisessä

Institutionaalisissa dialogeissa, joissa suhteen päämääränä on toisen osapuolen identiteetin vahvistaminen, merkityksellistä on paikantunut tieto. Tällainen tieto nousee ihmisten omista kokemuksista, heidän arjestaan ja kiinnittyy näin heille merkitykselliseksi muotoutuneisiin elämäntilanteisiin. Hännisen ja muiden (2005) mukaan tällainen tieto on usein hyvin yksityiskohtaista, kokemuksellista, ihmettelevää ja jopa paljastavaa. Tällainen narratiivinen tieto tukeutuu ihmisten kohteena olemisen kokemuksiin, näkökulmiin ja ääniin. Mönkkönen (2005, 288–289) toteaa osuvasti, että ammatillinen asiantuntijuus on muuttumassa suuntaan, jossa asiantuntijankin on kyettävä astumaan dialogista kohtaamista mahdollistavan ”tietämättömyyden” alueelle. Toimitaan eräänlaisella maallikkouden alueella, jossa tietoisena pyrkimyksenä on asiantuntijavaltaan liittyvän tietämisen välttäminen ja ei-ammattillisuuden suosiminen. Dialogissa asiantuntijan lausumat muuttuvat yhteiseksi tietoisuudeksi. Paikantunut, osallistujia kiinnostava tieto, on moniäänistä. Sitä on helppo vaihtaa, se täsmentyy, korjautuu, muuntuu ja uudistuu (Hänninen ym. 2005).

Yhteisesti jaetun tietämyksen muotoutumisessa ensisijaista ei ole niinkään se, miten eri asemassa (ekspertti-noviisi) olevat osapuolet ymmärtävät toisiaan kuin se, miten he pystyvät liikkumaan erilaisten alakulttuurien välisillä rajapinnoilla, kohtaamaan erilaisuutta ja ylittämään myös oman kulttuurinsa rajoja. Hyvän viitekehysten jaetun asiantuntijuuden kehittämisen analyysille sekä kontekstin käsitteen havainnollistamiselle tarjoavat kaksi Bahtinin (1981) määrittelemää puheenmuotoa: autoritäärinen ja sisäisesti vakuuttava diskurssi:

Autoritäärisellä diskurssilla Bahtin (1981, 344, 424) tarkoittaa virallista tieteen ja taiteen kieltä, ns. valmiina annettua sanaa. Sillä on meihin suuri vaikutus, vaikka se on samanaikaisesti meille etäinen. Se perustuu auktoriteetin valtaan: voimakkaisiin hahmoin, määräyksiin, traditioihin ja tietämättömyyteen – isän, aikuisten ja opettajien sanaan tai yleisesti hyväksytyihin totuuksiin. Äärim-

millään autoritääriin diskurssi merkitsee suvaitsemattomuutta, toisten puolesta puhumista, haluttomuutta kuunnella ja toisten kuulustelua, omien ajatusten ja oletusten kyseenalaistamattomuutta ja halua tyrkyttää omia näkemyksiä muille.

Sisäisesti vakuuttavalla diskurssilla Bahtin (1981, 345) tarkoittaa sitä vastoin ei-autoritääristä puhetta, joka perustuu ilmaistujen lausumien dialogiseen kyselyyn, koetteluun ja arviointiin. Sille on ominaista valmiin tekstin tulkitseminen omin sanoin ja korostuksien, elein ja muunnoksien. Se ei ole ennustettavissa olevaa, minkä takia osallistujien on alati neuvoteltava yhteisistä tavoitteista ja suuntaviivoista. Sisäisesti vakuuttava sana on puoliksi meidän ja puoliksi jonkun toisen. Sen luovuus ja tuottavuus perustuu tosiasiaan, ettei se riipu niin paljon omasta tulkinnastamme kuin vapaudestamme kehittää ja soveltaa sitä uusiin aineksiin ja uusiin olosuhteisiin. Se joutuu usein myös kiivaaseen vuorovaikutukseen toisten sisäisesti vakuuttavien diskurssien kanssa.

Ihmisten yhteistoiminnan, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kulttuurisen kohtaamisen prosessi on jatkuvaa taistelua kahden edellä mainitun diskurssityypin välillä: yritystä sulautua ympäröivään järjestelmään ja samanaikaista halua vapautua omaksutusta autoritäärisen sanan diskurssista tai niitä edeltävistä aikaisemmista sisäisesti vakuuttavista sanoista, jotka eivät ole enää meille merkityksellisiä. (Bahtin 1981.) Sisäisesti vakuuttavan diskurssin merkitys nousee keskeiseksi esimerkiksi hoitotyössä, jossa toinen osapuoli (yleensä potilas) pitäisi kohdata kokonaisvaltaisesti. Esimerkissämme opetusharjoittelijan puhe kuvastaa sisäisesti vakuuttavaa diskurssia. Tämänkaltaisessa yhteistoiminnallis-katalyyttisessä hoitotyössä toiminnan pääpaino on potilaan terveyden turvaamisessa mutta myös halussa kytkeä koko muu hoitoyhteisö ja siinä toteutettu autoritääriin diskurssi, so. erityyppiset hoitotyön toimintamallit, jaetun asiantuntijuuden kehittämisen tueksi. (ks. Janhonen 1992.)

Lopuksi

Jaettu asiantuntijuus -käsite kuvastaa osuvasti nykyaikaa, jona verkostoitunut työ etsii muotoaan. Erityisesti vuorovaikutustyössä (hoitotyö, mielenterveystyö, opetustyö) ongelmat ovat siinä määrin monimutkaistuneet, että tarvitaan uudenlaisia käsitteellisiä välineitä, vaihtoehtoisia toiminta- ja ajattelumalleja sekä moniammatillista yhteistyötä. Laajemminkin ottaen näyttää siltä, etteivät yksistään tieto eivätkä taidot riitä takaamaan enää menestystä nykyisessä maailmassa. Asiantuntijatyö ja siihen kouluttautuminen edellyttää yhä enemmän riskinottoa, jatkuvaa itsensä ylittämistä ja uudistamista, tietynlaista mielenlaatua ja sitoutuneisuutta (Barnett 2004). Tällöin suhteeseen asettuminen,

terve ihmettely ja herkkänä oleminen toisen osapuolen näkemyksille ovat hyviä työvälineitä jaetun asiantuntijuuden kehittymiselle. Epävarmuutta on opittava sietämään ja ratkaisujen löytymiseksi on tunnistettava yksilöllisen tietämyksensä rajat.

Mutta palataanpa vielä alussa esittämäni asiakaskeskeiseen esimerkkiin ja katsotaan, millaisia toimintamalleja oppilaitoksella tuotetaan opiskelijaa emotionaalisesti koskettaneeseen kertomukseen. Opiskelijaa askarruttaa ensinnäkin se, kumpi kyseisessä tapauksessa itse asiassa pitäisi ymmärtää työn kohteeksi: lapsi vai äiti. Dialogisessa vuorovaikutuksessa työn punaisena lankana on lapsen etu. Jaettu asiantuntijuus merkitsee ohjaajan mukaan sitä, että asiakas, tässä tapauksessa äiti, on kumppani, jonka kanssa pyritään yhteiseen tavoitteeseen auttaen häntä löytämään voimavarat oman elämänhallinnan edistämiseksi. Erilaiset ongelmat ovat monesti asiakkaille myös eräänlainen turva, joihin hän haluaa itse etsiä ratkaisua. Näin sosionomin vaikuttamis- ja auttamismahdollisuudet ovat perhetyössä muita paremmat, koska hän toimii lähempänä asiakasta. Omasta työstään vastuuta kantava asiantuntija käyttää myös valtaa.

"Ymmärrät kai, että tuossa tilanteessa sinulla on suostaan velvollisuus toimia tietoa ja asiantuntijuuttasi jakamalla" toteaa ohjaava opettaja.

Lähteet

Bahtin, M.M. 1981. The dialogic imagination: Four essays. Austin: University of Texas.

Barnett, R. 2004. Learning for an unknown future. Higher Education Research and Development 23 (3), 247–260.

Burbules, N. 2006. Rethinking dialogue in networked spaces. Cultural Studies, Critical Methodologies 6 (1), 107–122.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2005. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Porvoo: WSOY.

Hakkarainen, P. & Janhonen, S. 1997. Teaching practice as a testbench of learning in master's degree education for nurse teachers in Finland. Nurse Education Today 17 (6), 454–462.

Hänninen, S., Karjalainen, J. & Lahti, T. (toim.) 2005. Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes: Gummerus.

- Janhonen, S. 1992. The core of nursing as seen by the nurse teachers in Finland, Norway and Sweden. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica 245.
- Janhonen, S., Sarja, A. & Juntunen, A-L. 2006. Mikä ohjaa oppimisprosessia ammattikorkeakoulussa? Esimerkkinä sosiaali-alan koulutusohjelman asiakastyön harjoittelu. Julkaisussa T. Aarrevaara & J. Herranen (toim.) Mikä meitä ohjaa? Artikkelikokoelma Jyväskylässä 5. – 6.9.2005 järjestetystä korkeakoulutuksen tutkimuksen IX symposiumista. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 241–252.
- Janhonen, S. & Sarja, A. 2007. Mallitus työelämälähtöisen oppimisen edistäjänä. KeVer-verkkolehti 3. <http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/issue/current>.
- Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. 1998. Dialogiset prosessit ja riippuvuudesta vapautuminen. Teoksessa A.-R. Lahikainen & A.-M. Pirttilä-Backman (toim.) Sosiaalinen vuorovaikutus. Helsinki: Otava, 173–191.
- Miettinen, R. 2000. Konstruktivistinen oppimisenäkemys ja esineellinen toiminta. Aikuiskasvatus 20 (4), 276–292.
- Mönkkönen, K. 2005. Toiminnallinen vaikuttaminen – maallikkous vuorovaikutuksen energialähteenä. Teoksessa M. Nylund & A. B. Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta – anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 277–304.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Randall, J. & Munro, I. 2010. Foucault's care of the self: A case from mental health work. Organization Studies 31 (11), 1485–1504.
- Sarja, A. 1995. Dialogioppiminen opetuksen ohjaustilanteissa. Kasvatus 26 (4), 311–321.
- Sarja, A. 2000. Dialogioppiminen pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajankoulutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 160.
- Sarja, A. 2002. Yhteisölliset käytänteet yksilöllisen oppimisen voimavarana ammattiin johtavassa yliopistokoulutuksessa. Teoksessa L. Lestinen & M. Saarnivaara (toim.) Kohtaamisia ja ylityksiä. Pedagogisia haasteita yliopisto-opetukselle. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 81–98.
- Sarja, A. & Janhonen, S. 1999. Dialogioppimisen analyysi hoitotyön opetus- ja oppimisprosessin suunnittelussa. Hoitotiede 11 (2), 53–62.
- Sarja, A. & Janhonen, S. 2002. Dialogioppiminen kehittävän arvioinnin välineenä ryhmätentissä. Kasvatus 33 (4), 403–412.
- Sarja, A. & Janhonen, S. 2009. Methodological reflections: supervisory discourses and practice-based learning. Teaching in Higher Education 14 (6), 619–630.
- Wells, G. 2006. Dialogue in the classroom. The Journal of the Learning Sciences 15 (3), 379–428.
- Vygotsky, L.S. 1982. Ajattelu ja kieli. Espoo: Weilin + Göös.