



Päätöksentekokeskustelu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla

Artikkelissa tarkastelen päätöksentekoa monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla, joissa joko lääkäri tai potilas on maahanmuuttaja eikä puhu suomea äidinkielenään. Tavoitteenani on analysoida päätöksentekokeskustelun kielellisiä ja vuorovaikutuksellisia yksityiskohtia ja pohtia sitä kautta potilaan osallistumista ja osallistumismahdollisuuksia. Aineistonani on 36 videoitua yleislääkärin vastaanottoa, joista puolessa maahanmuuttajaosapuoli on potilas ja puolessa lääkäri. Metodini ovat keskustelunanalyysi ja vuorovaikutuslingvistiikka.

Analysoin ensin niin sanottuja päätösaloitteita, joilla päätös tuodaan ensimmäisen kerran keskusteluun ja keskusteltavaksi. Lääkärinen päätösaloitteet voi järjestää niiden implikoiman päätösvallan mukaisesti seuraavasti: velvoitukset, kehotukset, toteamukset, luvat, suositukset, tarjoukset, ehdotukset ja kysymykset. Suomea äidinkielenään puhuvat lääkärit ja ulkomaalaistaustaiset lääkärit eroavat toisistaan päätösaloitteiden käytössä: ulkomaalaistaustaiset lääkärit käyttävät enemmän velvoittavia ja vähemmän tarjoavia ja ehdottavia aloitteita. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin päätösaloitevalikoima näyttää siis olevan jokseenkin autoritaarisempi kuin suomea äidinkielenään puhuvien.

Toiseksi tarkastelen, miten päätösaloitteisiin vastataan ja millaisia neuvotteluja päätöksentekokeskustelussa syntyy. Tulokset osoittavat, että potilaat voivat kieli- ja kulttuurierosta huolimatta ilmaista vastarintaa ja neuvotella päätöksistä. Lisäksi potilaat tekevät oma-aloitteisia pyyntöjä ja ehdotuksia lääkärille. Tulokset eivät tarkoita, etteivät kieli- ja kulttuurierot voisi vaikuttaa päätöksentekokeskusteluun, mutta ne antavat syyn uskoa, etteivät ne väistämättä heikennä potilaan asemaa. Artikkelini tarjoaa uusia näkökulmia potilaskeskiseen päätöksentekoon ja voi toimia virikkeenä lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen kehittämiseksi.

ASIASANAT: monikulttuurinen vuorovaikutus, lääkärin vastaanotto, keskustelunanalyysi, maahanmuuttajat, suomen kieli

JENNY PAANANEN

I JOHDANTO

Päätöksenteko lääkärin vastaanotolla on yhtä aikaa yksinkertainen ja monimutkainen prosessi. Periaatteessa moni varsinainen päätös on viime kädessä lääkärin: lääkärillä on lääketieteellisen asiantuntemuksensa ja institutionaalisen asemansa ansiosta tietoa siitä, mitä potilaan asialle on mahdollista tehdä, sekä valta päättää, mihin tutkimuksiin ja hoitoihin potilaalla on pääsy ja

mihin ei. Vain lääkäri voi kirjoittaa lähetteet ja reseptit. Toisaalta on kuitenkin selvää, että lääkärin päätökset riippuvat hyvin pitkälti potilaasta, siitä, mitä ja miten potilas kertoo, millaisia pyyntöjä ja vaatimuksia hän esittää ja mihin hän suostuu (1–4). Lisäksi potilaan hoitoon liittyy tyypillisesti muutakin kuin terveysasemalla tai sairaalassa tehtävät toimenpiteet ja lääkitys, ja potilaan elämäntapoja koskevia päätöksiä lääkäri ei voi

käytännössä tehdä (5). Keskustelunanalyttisten tutkimusten perusteella tutkimuksiin ja hoitoon liittyvistä päätöksistä voidaan joka tapauksessa neuvotella (1–2,6–10). Potilas voi kyseenalaistaa lääkärin päätöksiä, lääkäri voi kyseenalaistaa potilaan valintoja, ja kumpikin osapuoli voi muuttaa kantaansa.

Artikkelissa tarkastelen päätöksentekoa monikulttuurisilla vastaanotoilla, joissa joko lääkäri tai potilas on maahanmuuttaja eikä puhu suomea äidinkielenään. Artikkelin ensisijaisena tavoitteena on selvittää, millaista päätöksenteko on kielen ja vuorovaikutuksen suhteen. Analysoin päätösaloitteita eli päätöksiä alulle panevia lausumia seuraavien kysymysten kautta:

- Millaisten toimintojen kautta päätösaloitteita tehdään?
- Mitä päätösaloitteiden kielellinen muotoilu kertoo siitä, miten päätösvallan ja päätöksiin tarvittavan tiedon oletetaan jakautuvan lääkärin ja potilaan välillä? Miten tulokset suhteutuvat aiempiin tutkimuksiin aiheesta?
- Onko suomea äidinkielenään puhuvien lääkärin ja suomea toisena kielenä puhuvien ulkomaalaistaustaisten lääkärin käyttämissä päätösaloitteissa eroja?

Toisena tavoitteenani on analysoida päätöksentekokeskustelujen etenemistä. Tutkimuskysymykseksi ovat seuraavat:

- Miten potilaat ottavat lääkärin päätösaloitteet vastaan?
- Ilmaisevatko potilaat vastarintaa?
- Miten päätöksistä neuvotellaan?

Aihe on ajankohtainen. Vieraskielisten osuus Suomen väestöstä on moninkertaistunut 2000-luvulla (11)¹, ja aiemmat tutkimukset kielellisesti ja kulttuurisesti epäsymmetrisestä lääkäri–potilasvuorovaikutuksesta ovat tuottaneet huolestuttavia tuloksia. Esimerkiksi Schoutenin ja Meeuwesenin (12) laajan kansainvälisen katsauksen perusteella lääkärit näyttävät suhtautuvan negatiivisemmin eri kulttuuritaustasta tuleviin potilaisiin kuin oman ryhmänsä edustajiin ja tarjoavan heille heikkolaatuisempaa hoitoa. Myös suhdetta rakentavaa puhetta esiintyy kulttuurisesti epä-

symmetrisillä vastaanotoilla vähemmän. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Suomessa. Maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen on todettu saavan laadultaan heikompaa hoitoa kuin kantaväestö ja kokevan syrjintää terveyspalveluissa (13,14). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (15) puolet venäläistaustaisista ja kolmannes kurditaustaisista maahanmuuttajista vastasi, ettei pystynyt edellisellä lääkärikäynnillään vaikuttamaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkökulmasta maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaaminen koetaan hankalana ja siihen tarjolla olevaa koulutusta pidetään riittämättömänä (16,17).

Myös terveydenhuollon henkilöstössä on huomattavasti enemmän ulkomaalaistaustaisia kuin vuosituhannen alussa; vieraskielisten lääkärin osuus Suomessa työskentelevistä lääkäreistä on itse asiassa suurempi kuin vieraskielisten ihmisten osuus koko väestöstä.² Eriarvoisuuteen ja puutteelliseen koulutukseen liittyvät ongelmat nousevat esiin myös ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä koskevissa tutkimuksissa. Aiempi tutkimus osoittaa, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokevat työssään jonkin verran syrjintää sekä potilaiden että kollegojen taholta (19,20). Kielikoulutusta ja laillistamisprosessia on kritisoitu (21), ja ulkomaalaistaustaisten lääkärin kollegat pitävät ulkomaalaistaustaisten lääkärin kielitaitoa puutteellisena ja jopa vakavia ongelmia aiheuttavana (22). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit arvioivat kuitenkin itse tulevansa hyvin toimeen kielitaidollaan. Lääkäriliiton kyselyssä 55 % vastaajista arvioi kielitaitonsa riittävän erittäin hyvin potilastyöhön ja 42 % melko hyvin (20). Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kielitaitoon kohdistuvat odotukset ja lääkärin oma kokemus eivät siis kohtaa.

Autenttiseen videoaineistoon perustuva tutkimukseni avaa monikulttuurisiin lääkärin vastaanottoihin uudenlaisen näkymän. Siinä missä aiemmat kyselyihin ja haastatteluihin perustuvat tutkimukset ovat tavoittaneet asenteellisia ja kokemuksellisia seikkoja, keskustelunanalyttinen tutkimukseni keskittyy konkreettisesti toiminnassa ilmeneviin yksityiskohtiin. Tarkastelen

¹ Vuonna 2000 Suomen väestöstä 1,9 % puhui äidinkielenään muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea, vuonna 2016 jo 6,5 % (11).

² Suomessa asuvista työikäisistä lääkäreistä 8,7 % puhui äidinkieltään muuta kuin suomea tai ruotsia vuonna 2016 (18).

vastaanottojen päätöksentekoa keskusteluna ja teen päätelmiä kielieron mahdollisista vaikutuksista lääkärin ja potilaan väliseen dynamiikkaan ja päätöksentekoon. Lähestyn siis monikulttuurisen lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen ajankohdaisia kysymyksiä laadullisesti suoraan vuorovaikutustilanteista käsin.

Artikkelin aihe kytkeytyy keskusteluun siitä, että vuorovaikutteisuuden tulisi olla olennainen osa nykyaikaista päätöksentekoa länsimaisilla lääkärin vastaanotoilla. Viime vuosikymmeninä tautiorientoituneesta, lääkärikeskeisestä mallista on pyritty siirtymään kohti tasa-arvoista, dialogista lääkäri–potilas-suhdetta (23). Lääkäreitä on ohjattu käyttämään *potilaslähtöistä* tai *potilaskeskeistä*³ ja *kulttuurisesti kompetenttia* lähestymistapaa, jonka ytimenä on käsitellä potilasta yksilönä ja kunnioittaa hänen kokemustaan sairaudesta (24–27). Tällaisessa lähestymistavassa pyritään huomioimaan potilaan toiveet sekä hänen sosiaalinen ja kulttuurinen kontekstinsa. Potilaille pyritään tarjoamaan häntä itseään koskevaa informaatiota, ja hänet otetaan mukaan päättämään omasta hoidostaan (24–27). Tutkimusten perusteella potilaskeskeinen lähestymistapa parantaa potilaan emotionaalista hyvinvointia ja kokemusta yhteisymmärryksestä vastaanotolla (28,29). Potilaan kokemuksella vuorovaikutuksen laadusta on myös selvä yhteys potilaan voimaantumiseen (30). Monikulttuurisilla vastaanotoilla, joissa kieli- ja kulttuuriero voivat etäännyttää lääkäriä ja potilasta toisistaan entisestään, potilaskeskeinen ote olisi erityisen tärkeä (24–27). Tämän vuoksi pohdin tutkimustuloksiani myös suhteessa potilaskeskeisyyden ihanteeseen.

Esittelen seuraavaksi aineiston ja menetelmät. Tämän jälkeen, luvussa 3, analysoin päätösaloitteita toiminnoittain ja pohdin eri toimintojen implikoimia oletuksia päätösvallasta ja päätöksen tarvittavasta tiedosta. Luvussa 4 tarkastelen päätöksentekokeskusteluja ja päätöksistä neuvottelua. Lopuksi pohdin, mitä tulokset kertovat päätöksenteosta monikulttuurisilla vastaanotoilla ja miten potilaskeskeisyyttä voidaan ylipäänsä ilmentää päätöksenteossa.

³ En käytä tässä artikkelissa nimityksiä *asiakaskeskeisyys* ja *asiakaslähtöisyys*, sillä näen lääkärin vastaanotot aivan erityisenä palvelukohtausena, jossa lääkärin ja potilaan rooleilla on muitakin merkityksiä kuin palvelun tarjoaja ja asiakas.

2 AINEISTO JA METODIT

Tutkimuksen aineistona on 36 videoitua yleislääkärin vastaanottoa, jotka on kerätty seitsemältä eri terveysasemalta Varsinais-Suomen alueelta. Olennaista on, että toinen osapuolista on suomea äidinkielenään puhuva ja syntyperältään suomalainen ja toinen ei ole. Vastaanotoista 18 on sellaisia, joissa lääkäri puhuu suomea äidinkielenään ja potilas on maahanmuuttaja eikä puhu suomea äidinkielenään. Seitsemällä näistä vastaanotoista on mukana myös tulkki. Suomeen muuton syitä ei ole rajattu: joukossa on pakolaisia, turvapaikanhakijoita ja muista syistä Suomeen muuttaneita ihmisiä. Potilaiden äidinkielet ovat albania, dari, italia, kurdi, persia, somali, venäjä, vietnam ja viro. Loput 18 vastaanottoa on sellaisia, joissa lääkäri on ulkomaalaistaustainen. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin äidinkielet ovat venäjä ja viro. Näillä vastaanotoilla potilas on syntyperältään suomalainen ja puhuu suomea äidinkielenään. Yhteensä lääkäreitä on mukana kymmenen: viisi puhuu suomea äidinkielenään ja viisi toisena kielenä.

Potilaista käytän taustaan perustuvaa käsiteparia *syntyperältään suomalainen potilas* ja *maahanmuuttajapotilas*. Lääkäreistä käytän kuitenkin käsiteparia *suomea äidinkielenään puhuva lääkäri* ja *ulkomaalaistaustainen lääkäri*. Valintaperusteeni on, että kyseisessä parissa hahmottuvat sekä kieli- että kulttuuriero, sillä käsitelen ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä toisaalta suhteessa syntyperältään suomalaisiin potilaisiin ja toisaalta taas vertaan heitä nimenomaan kielen näkökulmasta suomea äidinkielenään puhuviin lääkäreihin.

Aineisto on kerätty *Monikulttuuriset kohtaukset lääkärinvastaanotolla* -hankkeessa⁴ Turun yliopistossa. Tutkimuksella on Turun yliopiston eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, ja jokainen osallistuja on allekirjoittanut kirjallisen tutkimusluvan. Osallistujien anonymiteetti turvataan kaikessa julkaistussa materiaalissa. Aineisto on tutkimusta varten litteroitu keskusteluanalyttisellä menetelmällä (ks. litterointimerkit).

⁴ Hanketta johtaa Marja-Liisa Honkasalo. Hankkeen kotisivu: <http://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/suomi-sgr/tutkimus/tutkimushankkeet/Sivut/Monikulttuuriset-koh- taamiset.aspx>

Tutkimukseni on laadullista, ja metodeina olen käyttänyt keskusteluanalyysia (31,32) ja vuorovaikutuslingvistiikkaa (33,34). Metodien ydinajatus on, että keskustelu on järjestynyttä toimintaa, jossa vuorovaikutuksen eri elementit kytkeytyvät edellä oleviin ja vaikuttavat seuraaviin. Olennaista keskustelussa on yhteistyö, jonka ansiosta keskustelun osapuolet ymmärtävät toisiaan ja voivat tehdä itseään ymmärrettäväksi. Vuorovaikutuslingvistiikassa sosiaalisen vuorovaikutuksen toimintoja lähestytään kielellisistä valinnoista käsin. Tarkastelun kohteena on, millaisilla kielellisillä yksiköillä ja rakenteilla merkityksiä luodaan ja millaisia merkityksiä kielelliset yksiköt vuorovaikutuksessa saavat (33,34). Tässä artikkelissa analysoin päätösaloitteina käytettyjä toimintoja ja niiden kielellisiä yksityiskohtia sekä päätöksentekokeskustelun kulkua.

Käytän tukena aiempia tutkimuksia lääkärin ja potilaan suhteesta lääketieteen, sosiologian ja kielitieteen aloilta. Lääkärin vastaanottokeskusteluja on tutkittu jo pitkään, ja niiden vuorovaikutuksellisesta dynamiikasta on olemassa myös runsaasti keskusteluanalyyttistä pohjatietoa (35,36). Vastaanottojen päätöksentekokeskustelua on tutkittu eri näkökulmista esimerkiksi Englannissa, Norjassa, Ruotsissa, Suomessa ja Yhdysvalloissa (1–9). Kielellisesti epäsymmetrisen vastaanottojen päätöksenteosta on kuitenkin olemassa huomattavan vähän keskusteluanalyyttistä tutkimusta (Landmarkin ym. tapaustutkimus, 37).

3 PÄÄTÖSALOITTEET MONIKULTTUURISILLA VASTAANOITOILLA

Tässä luvussa paneudun niin sanottuihin päätösaloitteisiin. Päätösaloitteet eivät ole valmiita päätöksiä vaan niin sanotun päätöksentekojakson aloittavia vuoroja, eli vuoroja, joilla päätökset tuodaan keskusteluun tai keskusteltavaksi (toimintajaksoista ks. 38,39). Päätösaloitteet koskevat potilaan tutkimiseen ja hoitoon liittyviä asioita ja jatkotoimenpiteitä. Tavoitteenani on analysoida, miten erilaisia toimintoja käytetään päätösaloitteina ja mitä erilaiset toiminnot ja niiden kielellinen muotoilu kertovat lääkärin ja potilaan suhteesta.

Aiemmissa keskusteluanalyyttisissä tutkimuksissa päätöksiä on jaoteltu niin kutsuttuihin unilateraalisiin ja bilateraalisiin päätöksiin sen

mukaan, onko kyseessä lääkärin aloitteesta tapahtuva päätös tai ehdotus vai tehdäänkö päätös lähtökohtaisesti yhdessä potilaan kanssa (3,6,40,41). Unilateraalisisissa päätöksentekokeskusteluissa lääkärit esittävät päätökset valmiina ja välttämättöminä, jolloin päätöksentekokeskustelu voi olla enemmän potilaan informoimista kuin päätöksistä neuvottelua. Bilateraalisisissa päätöksenteossa potilas puolestaan johdatetaan keskusteluun, jossa päätökset tehdään, ja potilaille kerrotaan erilaisista mahdollisuuksista. (6,40) Bilateraalisen mallin voikin ajatella olevan lähempänä potilaskeskeisen lähestymistavan ihannetta. Toisaalta jakoa ei ole syytä tulkita niin, että lääkärin aloitteesta tapahtuvat päätökset sulksivat potilaan näkökulman kokonaan ulkopuolelle, sillä päätöksentekovaiheeseen päädytään yhteisen keskustelun kautta, jolloin lääkärillä oletettavasti on jo jonkinlainen kuva potilaan ajatuksista ja toiveista (vrt. 6,3).

Pohdin analyysissani päätösaloitteiden sijoitumista uni- ja bilateraalisen päätöksenteon kentille, mutta koska tarkasteluni keskittyi tässä luvussa pelkästään aloitteisiin eikä kokonaisuun päätökseskusteluihin, lähestyn lääkäri- ja potilaskeskeisyyttä päätösaloitteiden ilmaisemista valtasuhteista käsin. Analysoin päätöksiin liittyvää deonttista auktoriteettia eli sitä, kenellä on tilanteessa oikeus määrittää omaa tai toisten toimintaa (8,9,42,43). Melisa Stevanovic (42) on tutkinut vallankäyttöä vuorovaikutuksessa, ja hän kutsuu valta-aseman ilmentämistä puheessa deonttiseksi asenteeksi (*deontic stance*). Luvussa tarkastelen, kuinka päätösvalta eri tilanteissa jakautuu lääkärin ja potilaan välillä ja miten tämä valta-asetelma näkyy deonttisena asenteena päätösaloitteiden kielellisessä muotoilussa. Esimerkiksi käskyt, kehotukset ja välttämättömyyden ilmaukset viestivät voimakkaammasta deonttisesta asenteesta kuin mahdollisuuden ja toiveen ilmaukset (42,43,44). Huomioin myös, kenet asetetaan päätösaloitteen muotoilussa toimijan rooliin.

Deonttisen auktoriteetin ohella tarkastelen episteemisiä eli tietämykseen liittyviä suhteita (45). Ilmausten episteemisyttä tutkittaessa tarkastellaan, miten ne ilmentävät puhujien tietoa, päätelmiä tai uskoa asiantilan mahdollisuudesta, todennäköisyydestä tai varmuudesta. Erilaiset ilmaukset voidaan sijoittaa episteemisyden

suhteen jatkumolle esimerkiksi seuraavasti: mahdollon – epätodennäköinen – epävarma – mahdollinen – todennäköinen – varma. (Episteeminen modaalisuus 46,47, § 1556.) Keskustelussa episteemisen auktoriteetin katsotaan kuuluvan sille, kenellä on enemmän tietoa aiheesta tai pääsy sellaiseen päätöksenteon kannalta relevanttiin tietoon, johon toisella ei ole pääsyä. Lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa on episteemisuuden kannalta usein tilanne, jossa sekä lääkärin lääketieteellisellä ammattitiedolla että potilaan henkilökohtaisen kokemusmaailman tiedolla on tärkeä merkitys, jolloin episteeminen auktoriteetti ei kuulu yksinomaan kummallekaan osapuolelle (8,9,35,36). Analysoin sekä päätöksen aiheeseen liittyvää episteemistä asetelmaa että episteemisuuden ilmaisemista päätösaloitteissa.

Olen tyypitellyt lääkärin päätösaloitteet aineistolähtöisesti toimintoihin ja lingvistiseen muotoon perustuen. Käsittelen erityyppisiä päätösaloitteita seuraavassa, deonttista ja episteemistä auktoriteettia löyhästi mukailevassa järjestyksessä: veloitukset (3.1), toteamukset ja kehotukset (3.2), luvat (3.3), tarjoukset, ehdotukset ja suositukset (3.4) ja potilaan kantaa kartoittavat kysymykset (3.5). Lääkärin päätösaloitteiden jälkeen käsittelen potilaiden tekemiä päätösaloitteita, jotka ovat aineistossani selvästi harvinaisempia (3.6). Luvun päätteeksi (3.7) tarkastelen päätösaloitteita kokoavasti.

3.1 LÄÄKÄRI VELVOITTAÄ

Velvoittavat päätösaloitteet ovat deonttiselta ja episteemiseltä asenteeltaan voimakkaimpia päätösaloitteita aineistossani. Niissä lääkäri ilmaisee siis olevansa etulyöntiasemassa sekä tarvittavan tiedon suhteen että päätösvalan suhteen. Velvoittavissa aloitteissa käytetään välttämättömyyttä ilmaisevia nesessiivisiä modaaliverbejä *pitää*, *täytyä* ja *tarvita*.⁵ Niitä esiintyy ulkomaalaistaustaisen lääkärin päätösaloitteissa niin tutkimuksiin (a) ja lääkitykseen (b) kuin käytännön suunnitelmiin ja potilaan elämäntapoihin liittyvissä aloitteissa (c).

⁵ Modaaliverbit ovat ns. apuverbejä, joilla ilmaistaan puheen olevan teon välttämättömyyttä (esim. nesessiiviverbit *täytyä*, *pitää*) tai mahdollisuutta (esim. *voida*, *saada*). (47, § 1562, 1569 ja 1573.)

- a. *no täytyy ottaa röntgenkuva. kontrolli.* (L: S2)
- b. *ensiksi minusta tuntuu että ↑ pitää kokeilla; (.) varmasti joku masennus? (.) lääke* (L: S2)
- c. *jotain pitää tehdä semmosta (.) ihan perusasiat yks kaks kolme yks kaks kolme, (jumppaliike)* (L: S2)

Velvoittavissa päätösaloitteissa on ehdoton, käskävä sävy, joten ne edustavat unilateraalista eli lääkärin näkemyksestä lähtevää päätöksentekotyylä. Aineiston tapaukset ovat kuitenkin nollapersoonaisia (53), eli niissä jää määrittelemättä, ketä pakko koskee (vrt. *minun/sinun/meidän täytyy*). Toisaalta ulkomaalaistaustaiset lääkärit käyttävät velvoittavissa päätösaloitteissa myös adverbiä *varmasti*, mikä lisää ilmausten ehdotomuutta (*pitää kokeilla varmasti; varmasti pitää kuvata*). Suomea äidinkielenään puhuvat lääkärit sen sijaan eivät aineistossani käytä välttämättömyyttä ilmaisevia päätösaloitteita juuri lainkaan, ja ainoissa nesessiiviverbin sisältävissä tapauksissa on mukana pehmentävä mahdollisuuden tai epävarmuuden ilmaus kuten adverbi *varmaan* tai konditionaali *-isi-* (*täytyy varmaan laittaa varmaan kiireellinen täbystys sulle; tarvitsisi käydä tuolla ö keskustassa elikkä tuolla kaupunginsairaalassa*). Adverbit *varmasti* ja *varmaan* saattavatkin olla suomea toisena kielenä puhuvan näkökulmasta erehdyttävän samankaltaiset, sillä niitä voidaan toisinaan käyttää synonyymisesti, vaikka niillä on olemassa selvä merkitysero. Kieli-toimiston sanakirjan (48) luonnehdinta ensimmäisestä on 'luotettavasti, epäilyksettä, kiistatta', kun taas jälkimmäisen merkitys on 'luultavasti, otaksuttavasti, kai'.

3.2 LÄÄKÄRI TOTEAA JA KEHOTTAÄ

Toteavat ja kehottavat päätösaloitteet ilmentävät myös unilateraalista päätöksentekoa. Niitä käytetään tyypillisesti päätettäessä lääkityksestä ja tutkimuksista, jotka ovat myös aihealueina selkeimmin lääkärin vallan alaisia. Päätösaloitteen unilateraalinen muotoilu heijastaa siis näissä tapauksissa lääkärin deonttista auktoriteettia. Stiversin ym. (41) hoitosuosituksen toimintoihin perustuvassa luokittelussa on tyyppi *pronouncement* 'julistus', johon tässä artikkelissa esitetyt toteamukset ja kehotukset ja mahdollisesti myös veloitukset ja salliminen sopisivat. Se on yleisin

hoitosuosituksen tyyppi Englannissa ja Yhdysvalloissa taltioiduissa aineistoissa (41). Myös tämän artikkelin aineistossa toteavat ja kehottavat päätösaloitteet ovat hyvin tavanomaisia.

Lääkärit ottavat lääkitykseen ja tutkimuksiin liittyvät päätökset usein esiin teknisestä näkökulmasta puhumalla reseptien ja läheteiden kirjoittamisesta (poikkeuksena reseptien uusiminen, ks. luvut 3.5 ja 3.6). Lääkärit käyttävät tällöin tyypillisesti yksikön ensimmäisen persoonan indikaatiivin⁶ preesensmuotoa, kuten *mä kirjotan* tai *mä laitan*. Sekä suomea äidinkielenään puhuvat (esimerkkilauseumat d ja e) että suomea toisena kielenä puhuvat lääkärit (f) käyttävät yksikön ensimmäistä persoonaa toteamuksissa.

- d. *mä laitan sulle tämmöset Duakt-nimiset kapselit*, (L: S1)
- e. *ja sit mä kirjotan sulle (.) kipulääkettä*. (L:S1)
- f. *jatka h:oitona >varmasti s_on< fysiatrini-poliklinika #minä laita lahete#.=*, (L: S2)

Toteava muotoilu on aivan tavanomainen myös sellaisissa aineistoissa, joissa sekä lääkäri että potilas puhuvat äidinkielenään suomea (vrt. 3). Samankaltaista muotoilua käytetään myös muissa kielissä, esimerkiksi englannin kielisillä vastaanotoilla (10: *I'm gonna prescribe you...; I'm going to refer you off to see...*). Kun näkökulmana on läheteen tai reseptin laatiminen, aktiiviseksi toimijaksi hahmottuu automaattisesti lääkäri. Indikaatiivi ja väitelausumuotoisuus saavat lisäksi aikaan sen, että päätös esitetään varmana ja valmiina, eikä potilaalla ole paikkaa ilmaista kantansa päätöksestä ennen kuin sen konkreettiseen toteuttamiseen ollaan jo ryhtymässä tai kun se on jo tehty (vrt. *pronouncement*, 41). Päätöksiä rakennetaan niin, että odotuksenmukaisessa tapauksessa potilas hyväksyy sen. Jos potilas on eri mieltä, hänen on joko keskeytettävä lääkärin toiminta tai pyrittävä saamaan lääkäri tekemään siihen muutoksia jälkikäteen.

Toinen tapa kertoa läheteiden ja reseptien laatimisesta on käyttää *minä*-muodon sijaan

me-muotoa (g ja h). Tällaisissa tapauksissa pronominin *me* viittaussuhde jää jokseenkin avoimeksi: toisaalta lääkärin voi ajatella puhuvan instituutionsa puolesta ("me täällä terveystasemalla"), ja toisaalta *me*-muodon voi tulkita myös niin, että lahete tai resepti tehdään näennäisesti yhdessä potilaan kanssa ("minä ja sinä"), jolloin potilas käsitellään mukaan lääkärin toimintaan (ensimmäisen persoonan avoimesta käytöstä 49). *Me*-muodon käyttäminen luo oletuksen yhteistoiminnasta ja jakaa deonttista auktoriteettia myös potilaalle, mutta tällaiset päätösaloitteet eivät perustu todennettuun samanmielisyyteen.

- g. *me laitetaan sulle niinko kaks- tai niinku kahdentyyppinen hoito tähän*. (L: S1)
- h. *perus Amorion-kuuri laittame* (L: S2)

Lääkärit voivat myös esittää potilaalle kehotuksia. Suora tapa kehottaa on käyttää imperatiivi- eli käskymuotoa (47, § 118; 50). Imperatiivimuotoiset päätösaloitteet ovat yksikön toisessa persoonassa ja koskevat siten potilaan toimintaa. Tällaiset kehotukset liittyvätkin aineistossani tyypillisesti potilaan omahoidon keinoihin ja vapaa-aikaan eli niihin aiheisiin, joissa potilaan toimijuus korostuu (i: *laita kylmäpussi*; myös *kuuntele musiikki*).

- i. *laita* ↑ *kylmäpussi tai kylmägu-geeli* (L: S2)

Toinen kehotuksen tyyppi on niin sanottu passiivimuotoinen direktiivi (47, § 1325 ja 1654; 50). Lääkärit käyttävät aineistossani passiivimuotoisia direktiivejä pannessaan alulle tutkimuksia koskevia päätöksiä niiden toteuttamisen tai tulosten näkökulmasta (*otetaan, katsotaan, tilataan*, esimerkkilauseumat j ja k). Muotoilu vaikuttaa aiempien tutkimusten perusteella tyypilliseltä (vrt. 3). Tutkimusten eteneminen ja täytäntöönpano edellyttävät usein monen eri toimijan panosta ja yhteistyötä, ja passiivi sopii ilmaisemaan määrittelemätöntä osallistujajoukkoa, johon puhuja itsekin kuuluu (ks. myös inklusiivinen imperatiivilause, 50). Lääkäri on tutkimusten tilaaja ja tulosten tulkitsija, mutta ei yleensä itse ota röntgenkuvia tai verinäytteitä (ei: *otan, katson*). Potilaan taas voi ajatella sisältyvän siihen joukkoon, joka tutkimuksen fyysiseen tekemiseen osallistuu (vrt. kehotukset fyysisen tutkimuksen yhteydessä vastaanotoilla: *pannaan polvee koukkuun*, 51). Tut-

⁶ Indikaatiivi on suomessa tunnukseton modus eli tapaluokka. Se on ns. perustapaluokka, joka on säilyttänyt neutraali ja kuvaa toiminnan todellisuutta (*hän kirjoittaa*). Muut modukset ovat konditionaali (*-isi-, kirjoittaisi*), potentiaali (*-ne-, kirjoittanee*) ja imperatiivi (*kirjoita*). (47, § 115.)

kimusten varsinaiset tekijät puolestaan eivät ole mukana puhetilanteessa, joten päätösaloitetta ei ole tarkoitettu kehotukseksi heille, vaan se toimii päätöksentekoa julistavana elementtinä lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa.

j. *otetaan sitten vielä tämmöinen tulehdusarvo.* (L: S1)

k. *tilataan noi ulosteen bakteeriviljelyt* (L: S1)

Vaikka passiivin käyttö toisaalta ilmentääkin lääkärin ja potilaan yhteistyötä, väitelausmuotoisuudesta tulee esiin, että deonttinen valta ja vastuu ovat lääkärillä. Potilasta ei kutsuta osallistumaan päätökseen tilata tutkimus, vaan tutkimukseen meneminen ja lääkkeiden käyttäminen nähdään vastaanotolla toimintana, johon potilas on jollakin tavalla varautunut ja joista lääkäri voi oma-aloitteisesti tehdä päätöksiä. Tällaisten päätösten muotoilu bilateraalisesti eli potilaasta käsin voisikin olla suorastaan epäluontevaa (ei esim. *haluaisitteko katsoa tulehdusarvon*).

Yksikön ensimmäisessä persoonassa olevat toteamukset ja passiivimuotoiset kehotukset näyttävät olevan hyvin idiomaattista lääkärinkieltä, sillä lääkärit käyttävät niitä myös muulla tavalla aloitettujen päätösten lopuksi ikään kuin julistamaan päätöksen valmiiksi ja ilmaisemaan, että lääkäri työskentelee seuraavaksi tietokoneella (ks. esimerkit 3 ja 4 jäljempänä). Voisikin ajatella, että lääkärin väitelausmuotoiset päätökset heijastavat lääkärin ammatillista pätevyyttä (3,6). Samaa on sanottu lääkärin väitelausmuotoisista diagnooseista (52).

3.3 LÄÄKÄRI LUPAA

Lupaa ilmaisevia päätösaloitteita lääkärit käyttävät esimerkiksi silloin, kun puheena on kivunlievitys. Tavallisimpia särkylääkkeitä, joista osaa on mahdollista hankkia myös ilman reseptiä, ohjeistetaan tyyppillisesti ottamaan tarvittaessa, ja tällaisissa aloitteissa käytetään mahdollisuutta ilmaisevia modaaliverbejä *voida* ja *saada* (l ja m). Lupaa ilmaiseva päätösaloite voidaan tulkita myös kehotukseksi, kuten esimerkilausumassa n, jossa lääkäri ”sallii” potilaan tehdä polvijumppaa.

l. *voit lisäksi käyttää Buranaa.* (L: S1)

m. *Panadol yksi krammast saa käyttöä sis tarvittaessa (autta), (.) kipuun.* (L:S2)

n. *mä näytän sulle äkkiä (.)* ↑ *jumppaliikkeen >mitä sä voit tehdä< molemmilla polvilla,* (L: S1)

Lupaa ilmaisevissa päätösaloitteissa lääkäri ei sijoita itseään subjektin paikalle. Kun modaaliverbi on yksikön toisessa persoonassa (*voit, saat*), subjektiksi hahmottuu potilas. Kun taas modaaliverbi on yksikön kolmannessa persoonassa ilman ilmipantua subjektia (*voi, saa*), kyseessä on niin sanottu nollapersoonarakenne (47, § 1347; 53). Tällöin lääkkeen käyttöä käsitellään näennäisesti kenen tahansa näkökulmasta, vaikkakin kontekstista on pääteltävissä, että puheena on nimenomaan potilaan tilanne. Huomionarvoista on, että vaikka aktiivinen rooli päätöksenteossa jätetään potilaalle, lupaaminen itsessään ilmaisee lääkärin auktoriteettia: lääkäri antaa potilaalle luvan liikkua tai käyttää lääkettä, johon potilaalla on pääsy muutenkin tai johon hän on saanut reseptin. Tällaisten ilmausten käyttäminen ei kuitenkaan ole turhaa, sillä ilmaukset nostavat potilaan omaehtoisen toiminnan relevantiksi osaksi hoitoa.

3.4 LÄÄKÄRI TARJOAA, EHDOTTAJAA JA SUOSITTELEE

Lääkärit voivat myös tarjota, ehdottaa ja suositella potilaalle jotakin ratkaisua. Myös tällaiset aloitteet perustuvat lääkärin episteemiseen auktoriteettiin eli siihen, että lääkärillä on tietoa siitä, mitä on mahdollista tehdä ja mistä voisi olla hyötyä. Deonttiselta asenteeltaan ne ovat kuitenkin hieman heikompia kuin edellä käsitellyt päätösaloitetyypit, sillä ne tekevät potilaan kannanotosta relevanttimman. Päätösaloitteina esiintyvät tarjoukset, ehdotukset ja suositukset limittyvät Stiversin ym. (41) hoitosuosituksen tyyppien *suggestion, proposal, offer* ja *assertion* kanssa, mutta eivät vastaa suoraan toisiaan, sillä Stiversin ym. tyyppittely ei varsinaisesti pohjaa kieliopillisiin muotteihin ja sen lähtökohtana on, että kaikki tyypit ovat jonkinlaisia suosituksia.

Tarjoukset ja ehdotukset muodostetaan aineistossani useimmiten mahdollisuutta ilmaisevan konditionaalien eli *-isi-*muodon avulla (o-r). Konditionaalia käytetäänkin puheessa tyyppillisesti silloin, kun ehdotetaan ja suunnitellaan (54). Lisäksi tarjouksissa ja ehdotuksissa voidaan käyttää *voida*-verbiä (*voisin kirjottaa*) ja *jos*-laukseita (*jos laittas tän päivän sairaslomaa*). Tarjouksissa puheenalaisen toiminnan tekijäksi

hahmottuu erityisesti lääkäri ja toiminnan hyötyjäksi potilas, kun taas ehdotuksissa potilas hahmottuu sekä ensisijaiseksi tekijäksi että hyötyjäksi (55). Lääkärit tarjoavat potilaille esimerkiksi lääkkeitä (y.1.p., *mä voisin*, o) ja sairauslomia (nollapersoona, *jos laittas*, p) (vrt. *offer*, 41).

- o. *nyt ↑ oireita lievittämään mä voisin kirjoittaa sinulle, tämmösen ehkä vähän vahvemman tämmösen reseptiyskänlääkkeen siinä, ja sitten voisin kirjoittaa ihan tällasta Burana- kipulääkettä*, (L: S1)
- p. *ja sen vois ajatella et jos laittas tän päivän sairauslomia, niin saa levätä tässä* (L: S1)

Ehdotukset koskevat puolestaan potilaan elämäntapoja ja omahoidon keinoja, jotka ovat potilaan päätösvallan alueella (5). Lääkäri voi esimerkiksi ehdottaa potilaille vapaa-ajan harrastuksia (q, *sä voisit käydä vaikka kirjastossa*, vrt. *suggestion*, 41). Ehdotusten ja tarjousten välimaastoon sijoituvat tutkimuksia koskevat passiivissa olevat ilmaukset, joissa puheenalainen toiminta edellyttää yhteistyötä ja on jossain määrin kumpaakin osapuolta hyödyttävää (r, *otettais tämmönen pissanäyte*; vrt. *proposal*, 41,55).

- q. *sä voisit käydä vaikka kirjastossa katsomassa siellä on myös persiankielistä kirjallisuutta*, (L: S1)
- r. *ihan varmuudeksi otettais tämmönen ↑ pissanäyte myös* (L: S1)

Koska ehdotuksissa ja tarjouksissa käytettävä konditionaali ilmentää mahdollisuutta, sen avulla lääkäri voi viestiä, että hän on valmis tekemään potilaan hyväksi jotain sellaista, mikä ei ole välttämätöntä. Tässä mielessä tarjoukset ja ehdotukset voivat antaa lääkäristä huomaavaisen vaikutelman. Toisaalta mahdollisuuteen ja valinnaisuuteen voi ajatella sisältyvän jonkinlaisen epävarmuuden elementin: tarjottu lääke ei välttämättä auta merkittävästi, ehdotettu tutkimus ei välttämättä anna vastauksia potilaan ongelmaan eikä ehdotettu vapaa-ajanviete välttämättä kiinnosta potilasta. Toteamuksiin ja kehotuksiin verrattuna tarjoukset ja ehdotukset viestivät siis enemmän sekä kohteliaisuutta että varovaisuutta.

Suosituksiksi kutsun puolestaan sellaisia päätösaloitteita, joissa lääkäri ilmaisee oman kan-

tansa aiheessa, jossa puheenalainen toiminta edellyttää potilaan toimijuutta. Lääkäri voi esimerkiksi käyttää *suositella*-verbiä (s) tai ilmaista, mitä itse tekisi potilaan asemassa. Suositus voi olla myös epäsuora ja tapahtua luonnehtimalla jotakin asiaa potilaille suotuisaksi (t ja u; 47, § 891; vrt. *assertion*, 41). Suosituksissakin käytetään usein konditionaalia (*suositellisin että keskustelisit; vois olla hyvä; olis hjyvä*). Konditionaali lisää kohteliaisuutta ja varovaisuutta, joita esimerkiksi arkaluonteinen aihe (s) ja potilaan elämäntapojen käsittely (t) voivat edellyttää.

- s. *mää suositellisin että- että sä keskustelisit psykologin kanssa*. (L: S1)
- t. *sä oot varmaan- istut kauheesti että, pieni liikunta vois olla ihan hyvä*. (L: S1)
- u. *joka päivä piini voimistelu olis hjyvä*, (L: S2)

Huomionarvoista on, että aineiston ulkomaalais-taustaiset lääkärit käyttävät konditionaalimuotoisia päätösehdotuksia hyvin harvoin (poikkeuksena u). Konditionaalin puuttuminen ulkomaalaistaustaisten lääkärin päätösaloitteista selittyy kielierolla: suomen kielen taiputusjärjestelmän oppiminen voi viedä kauan. Toisaalta tarjoaminen ja ehdottaminen ovat mahdollisia muillakin tavoilla, esimerkiksi edellä mainittujen *jos*-lauseiden ja *voida*-verbin avulla. Tällaisia tarjouksia ja ehdotuksia on aineistossani ulkomaalaistaustaisten lääkärin vastaanotoilla kuitenkin vain pari: *jos me otetan tietokonekuvaus ja mä voin tota kirjotan sulle tota Cocellanasta reseptin*. Valtaosa tarjouksista, ehdotuksista ja suosituksista aineistossani on siis suomea äidinkielenään puhuvien lääkärin tekemiä (o–t).

3.5 LÄÄKÄRI KYSY POTILAAN KANTAA

Kaikkein selvimmin potilaan päätösvaltaan suuntautuvia päätösaloitteita aineistossani ovat potilaan kantaa kartoittavat kysymykset. Kysyviä päätösaloitteita käytetään kahdenlaisissa asetelmissä. Ensinnäkin potilalta kysytään silloin, kun kyseessä on potilaan kannalta arkaluonteinen aihe kuten mielialalääkityksen aloittaminen (v) tai kajoavaan tutkimukseen osallistuminen (w). Tällaisissa tilanteissa lääkärit jakavat deonttista päätösvaltaansa potilaille. Toiseksi potilaan kantaa kysytään, kun potilaalla on päätöksen aiheen suhteen episteeminen auktoriteetti. Tällaisia aihe-

piirejä ovat esimerkiksi kivunlievityksen tarve ja muoto (x) ja reseptien uusiminen (y, z). Potilaan oma arvio kivusta ja eri valmisteiden tehosta ja hyödyistä sekä tieto hallussaan olevien lääkkeiden määrästä ovat olennaisia lääkärin toiminnan kannalta. Myös sairausloma on aihealue, jossa päätöksiä voidaan lähestyä kysymällä potilaalta (z). Potilaalla on tässäkin pääsy ratkaisevaan tietoon – onko hänellä töitä, koska ja minkälaista, kokeeko hän itsensä työkykyiseksi.

- v. *mä aloittaisin sulle lääkkeen joka on tähän niinkun tähän- tähän pelon ja trauman- trauman hoitoon mitä mieltä sä oot ↑ siitä* (L: S1)
- w. *mitä mieltä oot kai sä suostut siihen tähys- tähystykseen,* (L: S1)
- x. *tarvitsetko nyt laitta joku piste.* ((kortisonipiikki)) (L: S2)
- y. *tarvitseko uusitta melataniinireseptijä,* (L: S2)
- z. *Panadol ei tarvitse uusitta. koton on riittävästi;* (L: S2).
- å. *haluut sä sairauslomatodistuksen,* (L: S2)

Kuten esimerkkitilausuma z havainnollistaa, kysymysten ei keskustelussa tarvitse olla kieliopilliselta muodoltaan kysymyslauseita, vaan lääkärit esittävät potilaalle myös väitelausumuotoisia arvioita varmistusta kysyvässä tarkoituksessa. Useimmat kysyvistä päätösaloitteista aineistossani ovat tulkittavissa vaihtoehtokysymyksiksi, eli ne hakevat vastaukseksi myöntöä tai kieltä, hyväksyntää tai hylkäystä tai valintaa annettujen vaihtoehtojen välillä (w-å; 47, § 1689; lääkärin kysymyksistä 4). Oletettavasti tämä heijastaa lääkärin asiantuntija-asemaa; lääkäri ohjaa keskustelunkulkua ja tietää, millaisia toimintamahdollisuuksia eri tilanteissa on. Aineistossani on kuitenkin myös yksi tapaus (å), jossa lääkäri tarjoaa kysymyksellään potilaalle paikan tehdä ehdotuksia jatkoon suhteen. Kysymys on aineistoni bilateraalisiin päätösaloitteiksi, sillä se ei tarjoa potilaalle minkäänlaista valmista vaihtoehtoa vaan tilaisuuden esittää millainen toive tahansa.

- å. *onks jotain mitä sä toivoisit miten- miten sua autettas.* (L: S1)

Ennen päätösaloitteiden käyttöä koskevaa yhteenvettoa (3.7) käsitellen vielä lyhyesti potilaiden tekemiä päätösaloitteita.

3.6 POTILAS TEKEE ALOITTEEN

Potilaat tekevät päätösaloitteita harvoin lääkäriin verrattuna. Aineistossani on kuitenkin yksi konteksti, jossa potilaat tekevät toistuvasti aloitteita, ja se on reseptien uusiminen. Näyttää siltä, että se, että potilas on saanut reseptin aieminkin ja hänellä on lääkkeestä kokemusta, avaa potilaalle mahdollisuuden olla aloitteen tekijä ja jopa velvoittava osapuoli. Aineistossani lääkärit nimittäin käsittelevät reseptien uusimista usein ongelmattomana – pois lukien riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet.

Uusimiseen liittyviä aloitteita tekevät sekä syntyperältään suomalaiset potilaat että mahanmuuttajapotilaat. Tällaiset aloitteet voisi luokitella pyynnöiksi, sillä niissä potilas osoittaa haluavansa lääkärin toimivan tavalla, josta potilas hyötyy (*request*, 55). Pyytäminen voi tapahtua esimerkiksi suoralla imperatiivimuotoisella kehotuksella (*kirjota*, α), konditionaalimuotoisella pyynnöllä (*saisinko*, β) tai kysymykseksi tulkittavalla lausumalla, jota seuraa tahdon ilmaus (*entäs migreenilääke. tarvitsen sitäkin*, γ). Vaihtoehtoisesti potilaat voivat pyrkiä onkimaan reseptin lääkäriltä (δ). Tyypillinen keino suostutella lääkärinä uusimaan resepti on tuoda lääkkeestä keskustelun yhteydessä esiin, ettei sitä ole jäljellä. Samassa yhteydessä potilaat saattavat myös kehua lääkkeen tehoa (δ). Tällainen vihjailu voi olla sosiaalisesti helpompi vaihtoehto, sillä se kutsuu lääkärinä tarjoamaan apuaan omaehtoisesti (56). Kehun voisi myös ajatella nostavan lääkärin kynnystä kieltäytyä, sillä kehu viestii, että lääkäri on aiemmin toiminut potilaalle mieleisellä tavalla, jolloin olisi odotuksenvastaista toimia toisin.

- α . *kirjota ny sitä Duakkiaki ↓ lisää s_oli hyvää ainaki välillä.* (P: S1)
- β . *saisinko mä samal sen Nasofanim,* (P: S1)
- γ . *entäs migreenilääke. tarvitsen sitäkin.* (P: S2, tulkinnon tulkkaama vuoro)
- δ . *ne ((Dolan)) o hyvä mutta si- niitä ei o enää jällellä.* (P: S1)

Potilaat tekevät toisinaan myös lisäehdotuksiksi tulkittavia aloitteita, joissa he pyrkivät saamaan tiettyjä tutkimuksia tai uusia lääkkeitä. Koska tällaiset vuorot hahmottuvat lääkärin päätösaloitteiden jälkijäseniksi, käsitellen niitä potilaiden vastarinnan yhteydessä (esimerkki 5 luvussa 4). Merkille pantavaa potilaiden tekemien aloit-

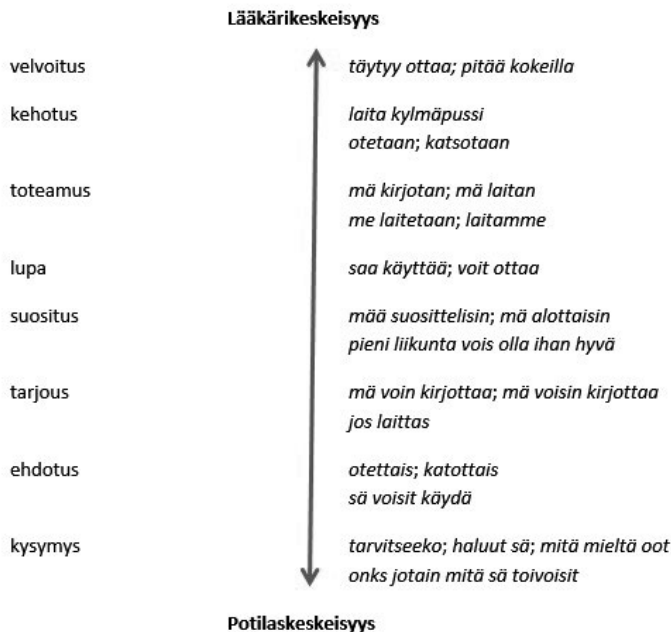
teiden kohdalla on, etteivät he tee aloitteita niissä aiheissa, joissa he itse olisivat päätösvaltaisia. He eivät esimerkiksi ehdota terveydelle haitallisten elämäntapojen lopettamista tai uuden harrastuksen aloittamista. Potilaat myös vastaavat omiin valintoihinsa liittyviin lääkärin aloitteisiin usein pelkällä partikkelilla (*joo*) tai yleiseltä kannalta (L: *piini voimistelu olis hjyvä* → P: *no olis varmaa joo*) sen sijaan, että keskustelisivat siitä, miten aikovat jatkossa toimia. Tältä osin lääkärin vastaanotot eroavatkin esimerkiksi psykoterapiasta, jossa asiakkaan toiminnasta neuvotellaan (57).

3.7 YHTEENVETO PÄÄTÖSALOITTEIDEN MUOTOILUSTA

Olen järjestänyt edellä käsittelemäni päätösaloitetyypit kuvioon 1 lääkärikeskeisistä potilaskeskeisiin. Kunkin tyyppin kohdalla on esimerkkejä aloitteiden kielellisestä asusta, ja myös esimerkit etenevät lääkärikeskeisemmästä suunnasta potilaskeskeisempään. Liikuttaessa lääkärikeskeisestä potilaskeskeisempään suuntaan päätöksen valmius ja varmuusaste heikkenevät. Siinä missä lääkärikeskeiset päätösaloitteet tarjotaan valmiina ja tarpeellisina, potilaskeskeiset päätösaloitteet ovat valinnaisia ja hyödyltään epävarmempia. Onkin kiinnostavaa, että myös päätöksenteon aiheet on mahdollista asettaa jatkumolle, jonka toisessa päässä aiheet edellyttävät lääkärin toimeenpano-

valtaa ja asiantuntemusta ja toisessa päässä sopeuttamista potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen ja mieltymyksiin. Olen järjestänyt aineistossa esiintyvät aiheet lääkärin päätösvalan alaisista potilaan vallan alaisiin kuvioon 2.

Lääkärikeskeisimpiä päätöksen aiheita ovat reseptilääkitys ja jatkotutkimukset. Lääkärin ja potilaan yhteisellä alueella ovat selvimmin sairausloma ja erilaiset aikatauluihin liittyvät päätökset, joissa sekä deonttinen että episteeminen asetelma ovat melko tasaisia. Esimerkiksi sairauslomasta keskusteltaessa lääkäri päättää, myöntääkö sairauslomaa vai ei, mutta potilas päättää, haluaako sairauslomaa. Sairausloman pituuteenkin vaikuttavat molemmat osapuolet. Lääkärillä on tietoa vaivan luonteesta ja kestosta, kun taas potilaalla on tietoa oman työnsä asettamista rajoista: onko työ raskasta, millainen tartunnan leviämisen riski työssä on ja milloin ja minkä verran potilaalla ylipäätään on töitä. Samoin on tutkimuksiin liittyvissä aikataulukysymyksissä: lääkäriellä on tietoa aukioloajoista ja tulosten saamiseen tarvittavasta ajasta, kun taas potilaalla on omat suunnitelmansa ajankäytön suhteen. Potilaskeskeisiä aiheita ovat puolestaan kivunlievityksen tarve ja vapaa-ajan käyttö, joissa potilaan tiedolla ja tahdolla on ratkaiseva merkitys.



Kuvio 1. Lääkärin päätösaloitetyypit lääkärikeskeisistä potilaskeskeisiin.



Kuvio 2. Vastaanottokeskustelujen päätösten aiheet lääkärikeskeisistä potilaskeskeisiin.

Esittämäni jatkumot näyttävät korreloivan jonkin verran keskenään: selvästi lääkärikeskeisiä aiheita lääkärit lähestyvät lääkärikeskeisesti (velvoitukset, toteamukset) ja selvästi potilaskeskeisiä potilaskeskeisesti (ehdotukset, kysymykset). Potilaiden päätösaloitteet eivät kuitenkaan noudata samaa periaatetta, vaan ne ovat aineistossani pieni joukko erilaisia pyyntöjä, jotka koskevat reseptien uusimista ja muita lääkärin hyväksyntää edellyttäviä asioita.

Kaiken kaikkiaan maahanmuuttajapotilaille suunnatut päätöksiä aloittavat toiminnot eivät vaikuta lääkärikeskemiltä kuin aiemmissa tutkimuksissa, joissa lääkärillä ja potilaalla on ollut sama äidinkieli ja kulttuuri, sillä käytössä on koko kirjo toteamuksista potilaan kantaa kartoitaviin kysymyksiin (1–3,6, 8–10, 40–41). Ulkomaalaistaustaisten lääkärin päätösaloitteet sen sijaan poikkeavat suomea äidinkielenään puhuvien lääkärin päätösaloitteista velvoittamisen ja ehdottamisen kohdalla. Velvoittaminen on aineistossani lähes yksinomaan ulkomaalaistaustaisten lääkärin keino aloittaa päätöksiä, kun taas ehdottavia ja tarjoavia päätösaloitteita ulkomaalaistaustaisten lääkärin vastaanotoilta löytyy selvästi vähemmän kuin suomea äidinkielenään puhuvien. Ehdotusten vähyyks liittyyneen konditionaalimuodon (*-isi*) käyttöön ja sen osaanmiseen. Tutkimusaineistossa ulkomaalaistaustaisten lääkärin päätösaloitevalikoima näyttää siis olevan jonkin verran autoritaarisempi kuin suomea äidinkielenään puhuvien.

4 PÄÄTÖKSISTÄ NEUVOTTELU

Siinä missä edellä käsittelemäni päätösaloitteet hahmottuvat päätöksenteon etujäseniksi, päätösaloitteita seuraavat vuorot toimivat päätöksenteon jälkijäseninä. Jälkijäsenen tehtävä on ottaa päätökseen kantaa; niillä hyväksytään, hylätään, vastustetaan tai jatketaan edellä sanottua. Toisiinsa kytkeytyviä etu- ja jälkijäseniä nimitetään keskusteluanalyyseissa vieruspareiksi. (Vrt. 38,39). Tässä luvussa tarkastelen, millaisia jälkijäseniä potilaat tuottavat lääkärin päätösaloitteisiin ja millaisia päätöksentekokeskusteluja vastausten kautta syntyy. Lopuksi pohdin potilaan osallistumismahdollisuuksia monikulttuurisilla, kielellisesti epäsymmetrisillä vastaanotoilla.

Kuten luvussa 3 ilmeni, lääkärit muotoilevat päätösaloitteen usein niin, että odotuksenmukaisessa tapauksessa potilas hyväksyy sen. Havainnollistan hyväksyvää jälkijäsentä esimerkeillä 1 ja 2, jotka ovat kahden eri lääkärin vastaanotoilta. Molemmissa potilas on loukannut ranteensa ja lääkäri tekee röntgenkuvausta koskevan, velvoittavan aloitteen. Esimerkissä 1 potilas tuottaa lääkärin aloitteisiin myötämielisyyttä ilmaisevia dialogipartikkeleita (*joo; juu; selvä*; dialogipartikkeleista 58) ja esimerkissä 2 potilas esittää positiivisen arvion lääkärin päätöksestä (*no juu, se on kyl hyvä tutkia*). Myös pelkkä nyökkäys voisi toimia hyväksyntänä.

Esimerkki 1. Röntgenkuva ranteesta 1. (L: S2)

- 1 L ↑varmasti pitää kuvata.
2 P→ **jaha, joo,**
3 L jos minä laita (.) lahetteen päivystykseen näi-
4 P→ **juu? selvä.**

Esimerkki 2. Röntgenkuva ranteesta 2. (L: S2)

- 1 L .hhh selvä. no täytyy ottaa röntgenkuva. kontrolli
2→ P **no juu, se on kyl hyvä. (.) tutkia.**

Lääkärin aloitteita vastustavia jälkijäseniä puolestaan on aiemman tutkimuksen perusteella kahta tyyppiä: potilas voi ilmentää aktiivista tai passiivista vastarintaa (1,2,10). Passiivisessa tapauksessa potilaat pidättäytyvät ilmaisemasta hyväksyvää kantaa esimerkiksi pysymällä hiljaa tai tuottamalla merkitykseltään laimeita vastauksia. Tällaisia ovat aineistossani esimerkiksi dialogipartikkelit *mm* ja *mh* sekä sitoutumattomuutta ilmaisevat lausumat kuten *juu täytyy kattoo nyt*. Tyypillisesti tämäntyyppiset reaktiot saavat lääkärin kertaamaan ja tarjoamaan potilaille lisäperusteluja, jotta tämä antaisi merkin hyväksynnästä (1,2). Toisinaan lääkärit kuitenkin tulkitsevat potilaan passiivisuuden myös hyväksymiseksi (3,6,41). Suomenkieliseen vastaanottoaineistoon perustuvassa tutkimuksessa (3,6) minimaalista osallistumista ja hiljaisuutta on itse asiassa pidetty potilaan keinona orientoitua lääkärikeskeiseen päätöksentekoon ja osoittaa se riittäväksi. Tässä tutkimusaineistossa passiivinen osallistuminen saa kuitenkin lääkärin aloittamaan myös vastarinnan purkamiseksi tulkittavia selittäviä, kertavia ja perustelevia vuoroja.

Aktiivista vastarintaa puolestaan on, kun potilas esittää eriävän kannan, torjuu lääkärin päätösaloitteen tai haastaa tämän pohtimaan vaihtoehtoja (1,2,3,6,10). Potilas voi esimerkiksi aloittaa passiivisella vastarinnalla ja siirtyä aktiiviseen vastarintaan vasta tarvittaessa eli mikäli lääkäri ei havaitse passiivista vastarintaa tai ei vastaa siihen potilaan toivomalla tavalla. Viimeistään aktiivista vastarintaa kohdatessaan lääkärin on reagoitava jotenkin: kerrattava hoitosuosituksensa, selitettävä ja perusteltava asiaa tai annettava vaihtoehtoja. (1,2,6,10.) Mikäli potilas ja lääkäri eivät neuvottelujen tuloksena-

kaan ole samoilla linjoilla, on lääkärin käytännössä pakko toimia joko omia periaatteitaan tai potilaan toiveita vastoin (vrt. 2).

Aineistossani vastarintaa ilmentävät niin syn-typerältään suomalaiset potilaat kuin maahanmuuttajapotilaat. Vastaanotoilla, joissa potilas on maahanmuuttaja, eritasoisia erimielisyyden osoituksia on kolmellatoista vastaanotolla kahdeksastatoista. Vastaanotoilla, joissa potilas on syn-typerältään suomalainen, vastarintaa on kymmenellä vastaanotolla. Kaikkiaan vastarintaa on siis 23 vastaanotolla eli noin 60 %:ssa vastaanottoja. Osassa näistä vastaanotoista potilas vastustaa enemmän kuin yhtä hoitoon ja jatkotoimenpiteisiin liittyvää päätöstä. Potilaat osoittavat erimielisyyttä esimerkiksi lääkityksen, tietyn lääkevalmisteen, tutkimusten, tutkimuspaikan ja -ajan suhteen. Vastarintaa esiintyy myös tulka- tuilla vastaanotoilla sekä vastaanotolla, jossa tulkkia ei ole tarpeesta huolimatta saatu paikalle ja potilaan äiti joutuu tulemaan toimeen alkeel- lisellä suomen kielen taidollaan. Tässä aineistos- sa kieli- ja kulttuuriero eivät siis näytä estävän potilaita tuomasta eriäviä mielipiteitään esille. Tarkastelen seuraavaksi esimerkkien kautta, mil- laisia tilanteita vastarinnan osoituksista seuraa.

Esimerkki 3 on vastaanotolta, jonne potilas on tullut vuosia kestäneen polvisäryn pahenemi- sen vuoksi. Keskustelussa on selvinnyt, ettei po- tilas käytä särkyyn lääkkeitä. Ulkomaalaistaus- tainen lääkäri kysyy, haluaako potilas kokeilla erilaista lääkettä kuin on aiemmin kokeillut (1– 2). Potilas ei kuitenkaan ota vastauksessaan kan- taa lääkkeen aloittamiseen, jolloin lääkäri lähes- tyy aihetta uudelleen lausumalla, joka on yhtä aikaa toteava ja suositteleva (*nyt on hyvä aika laitamahan*, rivi 5).

Esimerkki 3. Lääkeinho. (L: S2, P: S1)

- 1 L no haluatteko kokeilla siis panadol (.) kipuun (.) et se on
 2 (.) tehokkaampi kui ibusal nelisatast,
 3 P ei mul ol- ei mul ol ollu ikän panadoli (.) ei mul o- kut ei
 4 mul ol koton mittä lääkkei (.) mukko i- laste-
 5 L mutta varmaan nyt on hyvä aika laitamahan jotain [kipuun],
 6 P [mh,]
 7 L jos se kipu on siis jatkuva ja joka päivä (.) et ei saa olla
 8 ilman lääkettä et-
 9→ P mutko mä olen semne ihmine kon ko mä ni- mä nii inhoon
 10 lääkkei se on-
 11 L selvä,
 12→P (ko te mu) mä on ikän joutunu syämää (.) mä ole niin terve
 13 ihmine ollu et-
 14 L joo.
 15→P et mitä sit- .hh mitä sit sillon- sillon ko (.) .hh kot en
 16 mää tiätäny viä- viäl hh et meil on sitä diabetest nin paljo
 17 ni mää söin sillo ihan kaikkilai vaik kuin paljo ni .hh ni
 18 mul on (.) toi (.) pitkä verensoker sillon ni hiukan vajaa
 19 seittemä? (.) ja sillon sanotti et sun täyty ruvet
 20 sokertautilääkei syömää ja siitä asti minä olen hoitanu ittiä
 21 (.) mul määrätti sems sokertautilääkkeijakki ja- .hh ja (.)
 22 niit ol siin paketis yhreksänkymment tabletti ja siäl ne viäl
 23 kaapis ova ja- (.) muu-
 24 L no silti mä kirjotan öö panadol yksi grammaa se on (.) hyvä
 25 lääke polvikipuun,
 26 P jaaha,

Potilas vastaa lääkärin uuteen aloitteeseen ensin dialogipartikkelilla *mh* (rivi 6), minkä voi tulkita passiiviseksi vastarinnaksi (1,2). Aiemman keskustelun ja potilaan laimean vastauksen johdosta lääkäri alkaa perustella ajatustaan ja voimistaa samalla omaa asennettaan niin, ettei lääkitys ole ainoastaan hyvä vaan välttämätön hoitokeino (*ei saa olla ilman*, rivit 7–8). Potilas kuitenkin keskeyttää lääkärin ja esittää moniosaisen, aktiivista vastarintaa ilmentävän kannanoton (rivit 9–10, 12–13, 15–23). Potilaan näkökulmasta lääkkeiden käyttäminen on yleensä ottaen vastenmielistä (*mä nii inhoon lääkkei*). Lisäksi potilas näyttää kokevan lääkkeiden käytön merkkinä sairaudesta, jolloin lääkityksen aloittaminen muuttaisi hänen kokemustaan omasta terveydestään (*mä ole niin terve ihmine ollu*). Lopuksi potilas käyttää perusteluna aiempaa kokemustaan: hän kertoo, kuinka hän on saanut diabeteslääkkeet ja kuinka ne ovat yhä käyttämättä, koska hän on hoitanut itseään muilla keinoin (*minä olen hoitanu ittiä; siäl ne viäl kaapis ova*, rivit 16–19).

Esimerkki 3 havainnollistaa tyypillistä ristiriitatilannetta lääkärin vastaanotoilla; siinä lääkärin ammatillinen näkemys ja potilaan henkilökohtainen mielipide ja kokemus asettuvat vastakkain (vrt. 1–4, 7–10, 41, 59–60). Lääkärin näkökulmasta jatkuvaa kipua on syytä lääkittää, kun

taas potilaan näkökulmasta lääkkeiden käyttö on epätoivottavaa (potilaiden lääkkeisiin liittyvästä vastarinnasta 10). Tällaisten tilanteiden ratkaiseminen voi olla hankalaa. Esimerkin 3 tapauksessa tilanne ratkeaa niin, että lääkäri toteaa kirjoittavansa reseptin (*no silti mä kirjotan*, rivit 24–25) ja potilas ottaa tiedon vastaan dialogipartikkelilla *jaaha*, jolla vastaanotetaan tyyppillisesti uutena tietona tulevia asioita (58). Näennäisestä vastahakoisuudestaan huolimatta potilas sanoo vastaanoton lopussa menevänsä suoraan apteekkiin.

Myös esimerkissä 4 yritetään purkaa lääketieteellisen asiantuntemuksen ja potilaan kokemukseen perustuvan näkökannan välistä ristiriitaa, ja tällä kertaa ulkomaalaistaustainen osapuoli on potilas. Potilas on tullut vastaanotolle voimakkaiden vieroitusoireiden vuoksi saadakseen jatkoa kipulääkitykselleen, vaikka edellisellä käynnillä on jo sovittu, että potilas vähentää anostusta vähitellen ja lopettaa käytön. Vastaanotolla lääkäri on ensin ottanut esiin mahdollisuuden laatia uusi vieroitusohjelma lääketippojen avulla, mutta sitten on tullut esiin, että potilas on jo ollut kaksi päivää kokonaan ilman lääkettä. Esimerkissä lääkäri ehdottaa, että potilas lopettaisi eikä uutta reseptiä enää kirjoitettaisi.

Esimerkki 4. Vieroitus. (L: S1, P: S2)

1 L mm. siis EILEN otit vielä vai, vai toissapäivänä.
 2 P toissapäivänä. [eilen tai-]
 3 L [#sunnuntai:#,]
 4 L sunnuntaina.
 5 P joo. joo joo sunnuntaina joo, sunnuntaina oli.
 6 L no sithän sä oot jo aika hyvin vieroittunu. em:mää tiedä
 7 tarvitaanko, siis nää vierotusoireet ei oo vaarallisia. siis
 8 ne ei oo. jos on alkoholisti? ymmärrätkö alkoholisti,
 9 P joo joo.
 10 L paljon juo, lopettaa alkoholin, sitten voi olla vaaralline,
 11 tai joku muu lääke. mutta tämä ei ole vaarallinen, se on
 12 ikävä, ja inhottava. mutta ei ole vaarallinen.
 13 P m hmm.
 14 L ymmärrätkö,
 15 P joo ymmärrän. ymmärrän.
 16 L et mä vähän mietin et jos sä oot ollu kaks päivää ilman ni-
 17 P =mut miksi tulee [kuumaa kylmaaaja joskus ja ja,]
 18 L [hehehe no she- se johtuu]
 19 L se johtuu juuri siitä kun sinä olet lopettanut sen ja
 20 olet käyttänyt monta vuotta. mutta ne oireet menee ohi. t,
 21 mitähän mä uskaltasin sanoo, varmaan viikossa. et nyt mä vaan
 22 mietin et kannattaako meidän (.) tehdä näin monimutkanen (.)
 23 °ohjelma°. koska kyllä se- kyllä se vähän vaikeaa ON (.)
 24 päästä eroon. sinun täytyy vähän kärsiä. ei ole ihan (.)
 25 [normaalit.]
 26 P [maanantaina]. en tiedä. sunnuntaina tai maanantaina oli
 27 viime kerta:, mä (.) otin kaksi ee kaksi, mutta loppu.
 28 L niin. nyt mä vaan mietin että eiks sun ois- eiks kannattas
 29 vaan lopettaa.
 30 (2.0)
 31 L oletko varma (.)
 32 P eb b mä sanoin-
 33 L =ettei se onnistu.
 34 P mä sanoin en pysty en onnistu. tulee mulle kuuma ja kylmä ja,
 35 L =heh nii i? se on ihan-
 36 P mä yritin-
 37 L okei joo.
 38 P yritin,
 39 L mut nyt tehään tämmönen ohjelma jonka mukaan sä sitten (.)
 40 l:opetat.

Esimerkissä 4 lääkäri ohjaa potilasta omaksumaan oman kantansa (vrt. 44). Hän käyttää hyväksi lääketieteellistä asiantuntemustaan toteamalla potilaan jo aika hyvin vieroittuneeksi (rivi 6) ja vierotusoireet vaarattomiksi (rivit 7–12), tilapäisiksi (rivit 20–21) ja normaaleiksi (rivit 24–26). Lääkityksen lopettamista lääkäri lähestyy varovasti potilaan toiveen kyseenalaistavilla lausumilla (rivi 7: *em:mää tiedä tarvitaanko, 22: mietin et kannattaako meidän*). Nostamalla esiin potilaan olon ja sen muuttumisen parempaan (*varmaan viikossa*, rivi 21) lääkäri pyrkii huomioimaan potilaan näkökulman aiheeseen. Ymmärrystä potilaan tilannetta kohtaan osoittavat myös maininnat lopettamisen vaikeudesta ja kärsimyksestä (rivit 23–24). Lääkäri näyttää myös ottavan huomioon kielieron mahdolliset vaikutukset ymmärtämiseen: hän korostaa avainsanoja, selittää sanastoa ja varmistelee potilaan

ymmärtämistä (rivit 8, 14, 23–25, selittämisestä monikulttuurisilla vastaanotoilla 61). Perustelujen ja merkitysneuvottelujen jälkeen lääkäri muotoilee päätösaloitteen samanmielisyyttä hakevaksi kysymykseksi *eiks kannattas vaan lopettaa* (rivit 28–29).

Potilas sanoo ensin ymmärtävänsä (rivi 15), mutta vetoaa ikäviin tuntemuksiinsa (*kuuma ja kylmä*) (rivi 17), joista hän on kertonut useaan kertaan myös vastaanoton alussa. Hän ei myöskään vastaa lääkärin kysymysmuotoiseen päätösaloitteeseen, vaan kysymystä seuraa hiljaisuus, jonka voi tulkita passiiviseksi vastarinnaksi (rivi 30). Lääkäri esittää uuden kysymyksen *oletko varma ettei se onnistu*, johon potilas vastaa *mä sanoin en pysty en onnistu* ja toistaa, että hänelle tulee *kuuma ja kylmä* (rivi 34). Lisäksi potilas painottaa, että on jo yrittänyt (rivit 36, 38). Potilaan vakuuttamiskeinot näyttävät olevan omaan

kokemukseen vetoaminen ja toisto. Lääkärin perustelut ja järjkeilyt lopettamisen kannattavuudesta eivät muuta sitä, että potilas kokee vieroituisoireet sietämättömiksi. Lääkärin on vaikeaa jatkaa keskustelua, ja niin hän palaa alkuperäiseen suunnitelmaansa laatia uusi vieroitushjelma (rivit 39–40). Lopullisen päätöksen lääkäri esittää väitelausmuodossa ja varmana (*tehdään, sä sitten lopetat*).

Aiemmin määritelyjen passiivisen ja aktiivisen vastarinnan lisäksi aineistossa esiintyy kolmannen tyyppistä vastarinnaksi tulkittavaa toimintaa, nimittäin sellaisia potilaiden vuoroja, jotka tuovat esille, että lääkärin tarjoama ratkaisu on jollain tavalla riittämätön. Kutsun tällaisia vuoroja lisäehdotuksiksi. Lisäehdotuksia tuottavat sekä suomea äidinkielenään puhuvat potilaat että maahanmuuttajapotilaat. Ne koskevat nimenomaan asioita, joita lääkäri ei ole päätöksentekovaiheessa maininnut (*entäs tarttisik tätä kuvata, P:S1*) ja toimivat jälkijäsenenä lääkärin päätösaloitteille tai sellaisille lääkärin vuoroille, joista on ymmärrettävissä, ettei lääkäri aio ehdottaa mitään jatkotoimenpiteitä. Lisäehdotukset eivät suoranaisesti vastusta sitä, mitä lääkäri on edellä sanonut, vaan tuovat esille, että lääkärin päätös on potilaan näkökulmasta vielä riittämätön tai jotakin on jäänyt epäselväksi.

Huomionarvoista on, että potilaiden lisäeh-

dotukset koskevat tutkimuksiin tai erikoislääkärille pääsyä ja reseptilääkkeiden saamista, jotka ovat lääkärin deonttisen päätösvallan alaisia asioita. Lisäehdotuksillaan potilaat yrittävät siis vaikuttaa kaikkein lääkärikeskeisimpiin päätöksiin. Liikkuminen lääkärin päätösvallan alueella näkyy kuitenkin siinä, että tyypillisesti lääkärit vastaavat potilaiden lisäehdotuksiin kieltävästi. Kieltäytyessään lääkärit kuitenkin perustelevat kantansa jotenkin ja viestivät näin, ettei heidän alkuperäinen suunnitelmansa ollut heidän mielestään vajavainen, vaan potilaan ehdottaman asian puuttumiseen on jokin syy.

Havainnollistan lisäehdotuksen kautta ilmevävää vastarintaa esimerkillä 5, jossa potilaana on pieni ripulista kärsivä lapsi ja potilaan isä hoitaa puhumisen. Lääkäri on tutkinut lapsen ja todennut, ettei hänellä ole nestehukkaa. Katkelmassa 5a lääkäri aloittaa päätöksentekovaiheen passiivimuotoisella kehotuksella *mut otetaan-tilataan noi ulosteen bakteeriviljelyt* (rivit 1–2). Potilaan isä ei kuitenkaan toimi odotuksenmukaisesti eli hyväksy tai hylkää lääkärin päätöstä, vaan pyrkii kesken lääkärin lausuman lisäämään verikokeen toimenpiteisiin. Hän tuottaa täytymistä ilmaisevan lausuman *tarvii verhi otamme*, jossa *me*-muoto ilmentää pyrkimystä toimia lääkärin kanssa yhdessä (rivi 3). Potilaan isän lisäehdotus aloittaa keskustelussa erimielisyyden.

Esimerkki 5a. Verikoe. (L: S1, P: S2)

1 L mut otetaan- tilataan noi ulosteen bakteeriviljelyt ja (.) noi
2 parasiitti eli noi- [(-)
3 I [ja tarvii verhi otamme,
4 L ei tarvi ees ottaa ne on ulosteessa sitten.
5 I mutta: parempi kirjota kaiken. koska meillä paljon (-) em mä
6 tiedä mitään. .hh
7 L anteeks,
8 I sopiiko- voisitko kirjoittaa kaikki testa hänelle.
9 I laboratorin.
10 L mjoo. ei siin nyt varsinaisesti (.) mum mielestä mitään muuta
11 kun noita ulosteesta tutkittavia (.) tarvitse vai oliko teil
12 itellänne joku (.) ajatus et mitä sieltä,
13 I varmaan hänellä on helikobakteeri.
14 L ↑helikobakteeri,
15 I joo o? emmä tiedän hänellä on heliko- emmä tiedän sinä olet
16 lääkäri. mutta: voisitko kirjoittaa hänelle on kaikki testaa
17 laboratorin.
18 L ää mä kirjotan kai- kaikki tarpeelliset kyllä. [joo,]
19 I [kyllä.]
20 I kiitoksia paljon,
21 L joo,

Kuten muissakin vastaavissa tapauksissa, lääkäri torjuu potilaan lisäehdotuksen (*ei tarvi ees ottaa*, rivi 4). Lääkäriin peruste nojaa lääketieteelliseen asiantuntemukseen (*ne on ulosteessa sitten*). Potilaan isä ei hyväksy lääkärin kantaa, mutta luopuu oman ilmaisunsa ehdottomuudesta (*tarvii → parempi kirjota*) ja esittää itsensä vähemmän tietävänä osapuolena (*em mä tiedä mitään*, rivit 5–6). Lääkäri toistaa perustelunsa ja pyrkii kartoittamaan, miksi potilaan isä haluaisi verikokeen (*oliks teil itellänne joku ajatus et mitä sieltä*, 11–12). Lääkäri siis antaa isälle paikan kertoa ja perustella. Isä ilmaisee epäilevänsä helikobakteeria

(rivi 13), mutta ei kykene tarjoamaan epäilylleen perustelua vaan vahvistaa lääkärin episteemistä auktoriteettia (*emmä tiedän sinä olet lääkäri*). Potilaan isä ei siis kykene vakuuttamaan lääkäriä tämän asiantuntemusalueella, eikä hänellä ole myöskään tarjota henkilökohtaiseen kokemukseen tai tietoon perustuvaa syytä verikokeen ottamiselle (vrt. esimerkki 4). Tästä huolimatta isä toistaa pyynnön saada kaikki kokeet lapselleen, ja lääkäri lupaa *kaikki tarpeelliset*. Tilanne kuitenkin jatkuu esimerkissä 5 b, kun potilaan isä saa tulostetun lähetteen luettavakseen.

Esimerkki 5b. Kaksi näytettä. (L: S1, P: S2)

((poistettu 13 riviä: Lääkäri ohjeistaa potilasta ulostenäytteen otosta ja purkkien hakemisesta ja ohjeistaa potilaalle tulostamansa lähetteen. Potilas silmäilee lähetettä.))

35 I ja- nyt- ä anteksi nyt vain tulee (.) kakasta [on testaa.
 36 L [joo,
 37 I ei ole ve:rti,
 38 L ei- ei tarvitse nyt ottaa verestä koska hänellä ei nyt mitään
 39 kuumetta [tai] mitään tällästä.
 40 I [oke,]
 41 I oke,
 42 L tota, mä teen- teen itse asias kahteen kertaan noi, eli
 43 otetaan niinku ensin yhet näytteet, ja sitte viel kolmen
 44 päivän kuluttuu toiset näytteet niin siit tulee luotettavampi
 45 siitä.
 46 I aha. tarvii kahden kertaan mennä_tämä.
 47 L =joo,
 48 I =kolme päivä vie- [ee välillä.]
 49 L [välillä joo,]
 50 I ensimmäinen kerta mä annan ee ensimmäinen purkin? sitten?
 51 kolme päivää sitten-
 52 L =joo,
 53 I =thoisen.
 54 L =joo,
 55 I oke.
 56 L näin just.
 57 I @asia selvä.@
 58 L joo,
 59 I kaikki on ookoo.
 60 L =joo,
 61 I kiitoksia paljon.

Potilaan isä hämmentyy huomattessaan, että lähetteisä mainitaan vain ulostenäyte (rivit 35–37). Reaktiosta voi päätellä, että hän on aiemman neuvottelun perusteella jäänyt siihen uskoon, että verikoe kuuluu ”kaikkiin tarpeellisiin” kokeisiin. Tällä kertaa lääkäri antaa verikokeen poisjättämisen perusteluksi tarvittavien oireiden puuttumisen (*hänellä ei nyt mitään kuumetta*, 3b, rivit 38–39). Potilaan isä näyttää hyväksyvän tilanteen, sillä hän tuottaa myönteisen partikkelin *oke* (rivit 40–41). Lääkäri kuitenkin jatkaa vielä: hän sanoo tekevänsä kokeen kahteen kertaan, jotta

tuloksesta tulee luotettavampi (rivit 42–45). Näin lääkäri osoittaa suhtautuvansa potilaan vaivaan vakavasti. Potilaan isä näyttää olevan tyytyväinen lääkärin toimintaan, sillä kerrattuaan näytteen ottamiseen liittyvät ohjeet hän tuottaa monta samanmielisyyttä ja myönteistä suhtautumista ilmentävää vuoroa (*oke; asia selvä; kaikki on ookoo*) ja kiittää lääkäriä (*kiitoksia paljon*).

Luvun esimerkit osoittavat, että lääkäriillä ja potilaalla tai tämän vanhemmalla voi toisinaan olla hyvin erilainen näkemys siitä, mikä on potilaalle parhaaksi, ja että ristiriitatilanteiden

ratkaiseminen voi edellyttää pitkiä neuvotteluja. Vastarinnan esiintyminen osoittaa kuitenkin, että potilaat kykenevät osallistumaan päätöksentekoon aktiivisesti kieli- ja kulttuurierosta huolimatta. Toinen tärkeä huomio on, ettei erimielisyyksiä sivuuteta aineistossani vaan niistä keskustellaan. Lääkärit antavat potilaille tilaa kertoa omasta kannastaan ja perustella sitä. Lisäksi he antavat omille päätösaloitteilleen lääketieteellisiä perusteluja ja tarjoavat näin potilaalle päätöksenteon kannalta relevanttia informaatiota. Lääkärit huomioivat perusteluissaan myös mahdolliset huolenaiheet (vieroittumisen aiheuttama kärsimys esimerkissä 4 ja testaamisen luotettavuus esimerkissä 5). Tällainen toiminta sopii potilaskeskeisen lähestymistavan periaatteisiin (25–27). Kun neuvottelussa päädytään yhteisymmärrykseen, lopputuloksena ei ole vain joko lääkärin tai potilaan näkökannan mukainen päätös vaan päätös, josta lääkäri ja potilas voivat olla yhtä mieltä.

5 POHDINTA

Olen tarkastellut artikkelissani päätöksentekokeskusteluja monikulttuurisilla vastaanotoilla kahdesta näkökulmasta. Luvussa 3 analysoin päätösaloitteita, joilla päätökset tuodaan keskusteluun, ja luvussa 4 tarkastelin päätösaloitteisiin vastauksista ja päätöksistä neuvottelua. Vastaanottojen monikulttuurisen asetelman kannalta tulokset ovat kiinnostavia. Ensinnäkin ne osoittavat, että lääkärin potilaille tarjoamat päätösaloitteet monikulttuurisilla vastaanotoilla ovat aiempaan tutkimukseen verrattuna hyvin tyypillisiä, eli päätöksiä ei ainakaan lähtökohtaisesti panna alulle epätyypillisillä tavoilla. Päätöksentekokeskusteluista puolestaan näkyy, etteivät kieli- ja kulttuurierot välttämättä passiivoi potilaita. Potilaat osallistuvat päätöksentekoon sekä hyväksymällä ja vastustamalla lääkärin päätösaloitteita että tuottamalla omia päätösaloitteita. Neuvottelutilanteissa potilaat näyttävät toimivan samalla tavalla kuin yleensäkin: he vetoavat omiin henkilökohtaisiin kokemuksiin, tunteisiin ja oloon, joihin heillä on episteeminen auktoriteetti, vaikuttaakseen asioihin, joissa deonttinen päätösvalta on lääkärillä (vrt. esim. 1,4,6,8,9). Olennainen havainto on myös, että potilaat voivat saada tahtonsa läpi vastustamalla ja pyytämällä asioita. Tulosteni perusteella potilaiden mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon näyttävät siis olevan monikult-

tuurisilla vastaanotoilla melko samanlaiset kuin kahden äidinkielen puhujan välisillä, vaikka kie-liero näkyikin keskustelun yksityiskohdissa.

Tutkimustulosten luotettavuuden osalta on huomioitava, että kyseessä on suhteelliseen pieneen, vapaaehtoisilta kerättyyn aineistoon pohjautuva tutkimus ja että päätöksenteko on ilmiönä hyvin tilannesidonnainen. Tällainen tutkimus ei välttämättä tavoita koko kuvaa, joten yleistysten suhteen on oltava varovainen. Voi olla syytä olettaa, että esimerkiksi sellaiset lääkärit ja potilaat, jotka suhtautuvat vastaanottokeskusteluun lähtökohtaisesti negatiivisesti, rajautuvat vapaaehtoisen osallistumisen myötä tarkastelun ulkopuolelle. Tämä ongelma ei tietenkään kosketa pelkästään monikulttuuriseen vuorovaikutukseen suuntautuneita tutkimuksia, vaan vapaaehtoisen osallistumiseen perustuvia tutkimuksia yleensä.

Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia aiempaan tietoon monikulttuurisista lääkärin vastaanotoista on syytä huomioida, että potilaan kokemus osallistumisesta saattaa olla erilainen kuin miltä vuorovaikutuksen tasolta katsottuna näyttää. Videotallenne ja kyselylomake voivat tuottaa keskenään erilaisen tuloksen (vrt. Maamutkimus, 15). Keskusteluanalyysilla ei voi tavoittaa sanomatta jäänyttä. On siis mahdollista, että tämän tutkimuksen potilaat olisivat arvioineet osallistumismahdollisuutensa puutteellisiksi, jos tällainen arviointi olisi tehty. Toisaalta taas jälkikäteen pyydettyihin arvioihin voivat vaikuttaa myös muut seikat, kuten potilaan tyytyväisyys ja vuorovaikutuksen yleinen sujuminen vastaanotolla (62). Mikäli potilaan asemaa päätöksenteossa ja eri ryhmien saamaa ja toivomaa kohtelua haluttaisiin tarkastella luotettavammin, yksi keino olisi kerätä samoista tilanteista sekä tallenne että itsearviointi. Näin olisi mahdollista etsiä yhdistäviä tekijöitä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen ja potilaan hyvän tai huonon kokemuksen välillä.

Artikkelissa esittelemäni päätösaloitetyypit avaavat joka tapauksessa näkyvän päätöksenteossa käytettäviin keinoihin suomenkielisillä vastaanotoilla. Laatimani jatkumo lääkärikeskeisistä toiminnoista potilaskeskeisempiin havainnollistaa erilaisten vaihtoehtojen luomia implikaatioita ja voi siten auttaa lääkäreitä reflektoimaan omia toimintatapojaan. Artikkelin autenttiset esimerkkikatkelmat voivat puolestaan toimia vi-

rikkeinä pohdittaessa, kuinka vastaanottojen ristiriitatilanteita voidaan hoitaa: Miten voidaan suostutella, vakuutella ja perustella? Miten potilaille voidaan osoittaa, että häntä kuunnellaan?

Päätösaloitteiden luokittelu on myös tuottanut uutta tietoa ulkomaalaistaustaisten lääkärien kielitaidon yksityiskohdista, mikä on ollut viime aikoina puhuttu aihe (21,22,63). Nimittäin ulkomaalaistaustaisten lääkärien päätösaloitevalikoima on analyysini perusteella jonkin verran autoritaarisempi kuin suomea äidinkielenään puhuvien. Heillä on käytössään velvoittavia päätösaloitteita (*varmasti pitää kuvata*), kun taas tarjous- ja ehdotusmuotoisia päätösaloitteita (*voisin kirjoittaa, otettais näyte*) he käyttävät huomattavan vähän. Tällaiset seikat saattavat vaikuttaa puheen sävyyn ja sitä kautta potilaan kokemukseen osallisuudesta, joten niihin voisi olla hyvä paneutua lääkärien kielikoulutuksessa.

Toisaalta päätöksentekokeskustelun tarkasteleminen laajemmasta kontekstista osoittaa, ettei autoritäärinen, lääkärikeskeinen tapa puhua päätöksistä välttämättä tarkoita, että päätöksenteko olisi potilaan kannalta epäoikeudenmukaista tai ongelmallista. Tämän artikkelin aiheistossa potilaat ottavat lääkärin velvoittavat aloitteet usein vastaan samanmielisesti ja suhtautuvat niihin ongelmattomina (esimerkit 1 ja 2). Aiemmissa tutkimuksissa on myös havaittu, että potilaat odottavat lääkäriltä asiantuntevaa otetta ja että lääkärikeskeinen puhetapa on yksi keino ilmentää tätä (3,6,35,36). Potilaat saattavat myös kieltäytyä vastuullisesta roolista päätöksenteossa, jos sitä heille tarjotaan (8,9). Lukuosat potilaan osallistumishalukkuutta kartoittavat kyselytutkimukset ovat myös osoittaneet, että osa potilaista pitää yhteistä päätöksentekoa huonompana vaihtoehtona kuin lääkärivetoista (64).

Keskusteluista tulee lisäksi esiin, etteivät potilaskeskeisetkään vuorovaikutuselementit välttämättä rakenna potilaasta lähtevää päätöksentekoa, vaan niitä käytetään sekä potilaan kannan selvittämiseen että siihen vaikuttamiseen. Esimerkiksi näennäisesti potilaan kantaa kysyvä aloite saattaa luoda puitteet lääkärin näkökannan mukaiselle vastaukselle, ja sitä voi edeltää tai seurata kyseisen ratkaisun paremmuutta korostavaa ja siihen suostuttelevaa puhetta (*haluatteko kokeilla*, esimerkki 3; *eiks kannattas vaan lopettaa*; esimerkki 4). Päätöksentekokeskustelu-

jen luokittelu on potilas- tai lääkärikeskeiseksi olisikin usein yksinkertaistavaa, sillä päätöksentekojaksoissa voidaan hyödyntää monia erilaisia lähestymistapoja.

Miten lääkäreitä sitten voitaisiin ohjeistaa potilaskeskeiseen päätöksentekoon? Keskusteluanalyyttisten tutkimuksen pohjalta ajattelen, että potilaskeskeisellä päätöksenteolla tarkoitetaan ennen kaikkea vuorovaikutteista käytäntöä, jossa päätöksistä on mahdollista neuvotella ja saada tietoa ja jossa lopullisista päätöksistä on olemassa yhteisymmärrys. Potilaskeskeisessä päätöksenteossa lääkäri pyrkii yhteisymmärrykseen ja saattaa lääketieteellisen osaamisensa potilaan palvelukseen siten, että potilas voi ymmärtää päätökset suhteessa omaan tilanteeseensa ja kokea ne itselleen suotuisiksi. Tässä potilaan kulttuurin huomioimisella on myös tärkeä rooli (24). Potilaskeskeisessä päätöksenteossa potilaille annetaan myös tilaa tuoda esiin oma kantansa ja sen taustalla olevat syyt. Potilaan osallistuminen voi olla eri tavalla mahdollista eri tilanteissa, joten olennaista on, että lääkäri osaa tunnistaa ne kontekstit, joissa potilas voi osallistua, ja tehdä ne omalla puheellaan ja toiminnallaan näkyviksi potilaille (vrt. 40).

Yhteisymmärryksen rakentaminen lääkärin vastaanotolla on herkkä prosessi. Lääkärin ja potilaan välillä on omat jännitteensä, ja monikulttuurisissa kohtaamisissa kieleen ja kulttuuriin liittyvät eroavaisuudet saattavat luoda keskusteluun myös uusia jännitteitä. Ristiriitatilanteiden välttäminen onkin lääkärin työssä luultavasti mahdotonta. Hyvät vuorovaikutustaidot auttavat selviämään työstä, ja näitä taitoja voi ja kannattaa kehittää jatkuvasti vastaamaan paremmin muuttuvan potilaskunnan ja työnkuvan tarpeita. Erilaisten ihmisten solidaarinen kohtaaminen on aihe, jossa opittavaa riittää eliniäksi.

KIITOKSET

Kiitän kaikkia videointiin osallistuneita lääkäreitä, tulkkeja ja potilaita tutkimuksen mahdollistamisesta. Kiitän ohjaajiani professori Marja-Liisa Helasvuota, ma. professori Camilla Lindholmia ja professori emerita Marja-Liisa Honkasaloa sekä referoita arvokkaasta palautteesta kirjoitusprosessin aikana. Lisäksi kiitän Turun yliopiston Utuling-tohtoriohjelmaa tutkimukseni rahoittamisesta.

This article focuses on decision-making in interaction in primary care consultations where either the doctor or the patient is an immigrant and not a native speaker of Finnish. The aim is to analyze the linguistic and interactional details of decision-making and to consider their effect on the patient participation. The data consist of 36 video recorded consultations, and the methods applied are conversation analysis and interactional linguistics.

The first part of the analysis concerns actions used as decision initiators, i.e. utterances that serve to spell out a decision or bring forward a matter to be decided on. The decision initiators range from obligations, announcements, requests and permissions to recommendations, propositions, offers, and questions about the patient's opinion. The latter four express a weaker deontic stance and can therefore be seen as more patient-centered options. Comparing native Finnish and immigrant doctors' decision-initiators reveals that the immigrant doctors' range is slightly more authoritarian: they use obligations,

which the native doctors seem to avoid, and they seldom use proposals and offers, which are commonly used by native Finnish doctors.

The second part of the analysis is focused on how patients respond to the decision initiators used by the doctors. In the data, both native and immigrant patients express resistance toward the decision-initiators by the doctors, and they also make their own suggestions and requests. Taken together, the results indicate that the linguistic and cultural differences between the doctor and the patient do not necessarily hinder patients from participating in decision-making. The examples discussed in the article provide new insight into patient-centered decision-making.

Keywords: multicultural interaction, conversation analysis, Finnish language, immigration, primary care consultation

Saapunut 17.11.2017
Hyväksytty 17.04.2018

LÄHTEET

- (1) Stivers T. Potilaan vastarinta: keino vaikuttaa lääkärin hoitopäätökseen. *Suom. Sanna Vehviläinen. Sos Lääketiet Aikak* 2004;41:199–213.
- (2) Stivers T. *Prescribing under pressure: Parent-physician conversations and antibiotics*. New York: Oxford university press; 2007.
- (3) Ijäs-Kallio T. Patient participation in decision making process in primary care. A conversation analytic study. Tampere: Tampere University Press; 2011.
- (4) Korpela E. Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä. Helsinki: SKS; 2007.
- (5) Peräkylä A, Sorjonen M-L, Tammi T, ym. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Kirjassa: Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino; 2001, 161–182;.
- (6) Ijäs-Kallio T, Ruusuvauro J, Peräkylä A. 'Unilateral' decision making and patient participation in primary care. *Commun Med* 2011;8:145–155.
- (7) Toerien M, Shaw R, Reuber M. Initiating decision-making in neurology consultations: 'recommending' versus 'option-listing' and the implications for medical authority. *Sociol Health Illn* 2013;35:873–890. doi: 10.1111/1467-9566.12000
- (8) Landmark AMD, Gulbrandsen P, Svennevig J. Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *J Pragmat* 2015;78:54–69. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.11.007>
- (9) Lindström A, Weatherall A. Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. *J Pragmat* 2015;78:39–53. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.01.005>
- (10) Bergen C, Stivers, T, Barnes R, ym. Closing the deal: A cross-cultural comparison of treatment resistance. *Health Commun* 2017. doi: 10.1080/10410236.2017.1350917
- (11) Suomen virallinen tilasto. Väestörakenne. Tilastokeskus; 2017.
- (12) Schouten B, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Educ Couns* 2006;64:21–34.
- (13) Malin M, Suvisaari J. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Kirjassa: Pakaslahti A, Huttunen M (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2010, 134–163.

- (14) Castaneda A, Larja L, Nieminen T, ym. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus - Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi - tutkimus 2014 (UTH). Helsinki: THL; 2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/127023>
- (15) Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis- somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: THL; 2012. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- (16) Sainola-Rodriguez K. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopio: Kuopion yliopisto; 2009.
- (17) Anis M. Sosiaalityö ja maahanmuuttajat. Lastensuojelun ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutus ja tulkinat. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D47/2008. Helsinki: Väestöliitto; 2008.
- (18) Lääkäriliitto. Lääkärit 2016. Lääkäriliiton vuositilasto 2016. Helsinki: Lääkäriliitto; 2017. Luettu 24.10.2017: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/1116_taskutil_fi_net.pdf
- (19) Lääkäriliitto. Tietoja ulkomaalaisista lääkäreistä Suomessa. Lääkärien työolot ja terveys 2010 -tutkimuksen otos. Helsinki: Lääkäriliitto; 2011. Luettu 12.2.2018 https://www.google.fi/url?sa=t&rcct=j&q=&csrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjIhryh-rKDZAhUjCwKHX9DC68QFggoMAA&curl=https%3A%2F%2Fwww.laakariliitto.fi%2Fsite%2Fassets%2Ffiles%2F1268%2Ftietoja_ulkomaalaisista_laakareista_suomessa.pdf&usq=AOvVaw04gebo36LhX1oj2crMKx0n
- (20) Aalto A-M, Elovainio M, Heponiemi T, ym. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet. Raportti 7/2013, Helsinki: THL; 2013. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104416>
- (21) Tervola M, Pajunen A, Vainio S, ym. Maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden suomen kielen taito laillistamiskeskustelussa. Duodecim 2015;131:339–346. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12097>
- (22) Tervola M. Työelämän näkökulma maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden kielitaitoon. Sos Lääketiet Aikak 2017;54:196–208. <https://journal.fi/sla/article/view/65564>
- (23) Kokko S. Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkäriä pitäisi tapahtua? Hanki ja jää, Helsinki: WSOY; 1990.
- (24) Napier AD, Ancarno C, Butler B, ym. Culture and health. Lancet 2014;384:1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- (25) Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
- (26) Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. Ann Fam Med 2011;9:100–103. doi: 10.1370/afm.1239
- (27) Koivuranta-Vaara P (toim.) Terveysthuollon laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto; 2011. Ladattavissa verkosta: http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=2597
- (28) Stewart M, Brown JB, Donner A, ym. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000;49:796–804.
- (29) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making — The pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med 2012;366:780–781. doi: 10.1056/NEJMp1109283
- (30) Kuusela M. Yleislääkärin vastaanottotapahtuma. Näkökulmia laatuun. Turku: Turun yliopisto; 2014. <http://www.utupub.fi/handle/10024/95916>
- (31) Sidnell J, Stivers T (toim.) Handbook of conversation analysis. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013.
- (32) Stevanovic M, Lindholm C. (toim.) Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere: Vastapaino; 2016.
- (33) Selting M, Couper-Kuhlen E (toim.) Studies in interactional linguistics. Amsterdam: John Benjamins; 2001.
- (34) Laury R, Etelämäki M, Couper-Kuhlen E (toim.) Introduction. Special issue: Approaches to grammar for interactional linguistics. Pragmatics 2014;24:435–452.
- (35) Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino; 2001.
- (36) Heritage J, Maynard DV (toim.) Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- (37) Landmark AMD, Svennevig J, Gerwing J, ym. Patient involvement and language barriers: Problems of agreement or understanding? Patient Educ Couns 2017;100:1092–1102. doi: 10.1016/j.pec.2016.12.006
- (38) Schegloff E. Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis. Cambridge: Cambridge university press; 2007.
- (39) Raevaara L. Toimintajaksojen rakenteet. Kirjassa: Stevanovic M, Lindholm C. (toim.) Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere: Vastapaino; 2016, 143–161.
- (40) Collins S, Drew P, Watt I, ym. 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. Soc Sci Med 2005;61:2611–2627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.047>
- (41) Stivers T, Heritage J, Toerien M. Treatment recommendations as actions. Health Commun 2017; doi: 10.1080/10410236.2017.1350913.
- (42) Stevanovic M. Deontic rights in interaction. A conversation analytic study on authority and cooperation. Helsinki: University of Helsinki; 2013.
- (43) Stevanovic M, Peräkylä A. Deontic rights in interaction: the right to announce, propose, and decide. Res Lang Soc Interact 2012;45:297–321.

- (44) Laitinen L. Välttämättömyys ja persoona. Suomen murteiden neessiivisten rakenteiden semantiikkaa ja kielioppia. Helsinki: SKS; 1992.
- (45) Heritage J. Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Res Lang Soc Interact* 2012;45:1–29. <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.646684>
- (46) Kangasniemi H. Modal Expressions in Finnish. Helsinki: SKS; 1992.
- (47) Hakulinen A, Vilkuna M, Korhonen R, ym. Iso suomen kielioppi. Helsinki: SKS; 2004. Verkkoversio: <http://scripta.kotus.fi/visk>
- (48) Kielitoimiston sanakirja. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus; 2017. URN:NBN:fi:kotus-201433. Päivitetty verkkosivustolla. [Viitattu 1.3.2018].
- (49) Helasvuo ML. Minä ja muut: Puhujaviitteisyys ja kontekstuaalinen tulkinta. *Virittäjä* 2008;112:186–206.
- (50) Lauranto Y. Imperatiivi, KÄSKY, direktiivi. Arkikeskustelun vaihtokauppakielioppia. Suomi 205. Helsinki: SKS; 2014.
- (51) Sorjonen M-L. Lääkärin ohjeet. Kirjassa: Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla, Tampere: Vastapaino; 2001, 89–111.
- (52) Peräkylä A. Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Kirjassa: Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla, Tampere: Vastapaino; 2001, 71–88.
- (53) Laitinen L. Nollapersoona. *Virittäjä* 1995;99:337–358.
- (54) Kauppinen A. Puhekuviot, tilanteen ja rakenteen liitto. Tutkimus kielen omaksumisesta ja suomen konditionaalista. Helsinki: SKS; 1998, 79–80.
- (55) Couper-Kuhlen E. What does grammar tell us about action? *Pragmatics* 2014;24:623–647. <https://doi.org/10.1075/prag.24.3.08cou>
- (56) Ruusuvuori J. Control in medical consultation. Practises of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampere: University of Tampere; 2000.
- (57) Ekberg K, LeCouteur A. Clients' resistance to therapists' proposals: Managing epistemic and deontic status. *J Pragmat* 2015;90:12–25. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.10.004>
- (58) Sorjonen M-L. Dialogipartikkelien tehtävistä. *Virittäjä* 1999;103:170–194.
- (59) Ijäs-Kallio T, Ruusuvuori J, Peräkylä A. Patient resistance towards diagnosis in primary care: implications for concordance. *Health* 2010;14:505–522. doi: 10.1177/1363459309360798.
- (60) Landmark AMD. Negotiating patient involvement in treatment decision making. A conversation analytic study of Norwegian hospital encounters. Oslo: University of Oslo; 2016.
- (61) Paananen J. Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota? Selittäminen vuorovaikutuksellisenä, kielellisenä ja kehollisena toimintana monikulttuurisilla vastaanotoilla. *Puhe ja kieli* 2017;37:119–144. <https://doi.org/10.23997/pk.66755>
- (62) Virtanen V. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Oulu: Oulun yliopisto; 1991.
- (63) Sariola S. Kielitaidosta pitää puhua. *Lääkärilehti* 2012;67:926–929.
- (64) Kaplan RM, Frosch DL. Decision making in medicine and healthcare. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:525–556. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144118

JENNY PAANANEN

FM, tohtorikoulutettava

Turun yliopisto

Kieli- ja käännöstieteiden laitos, tohtoriohjelma
Utuling

Litterointimerkit

.	laskeva intonaatio prosodisen kokonaisuuden lopussa
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
↑	sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
<u>mi</u> tä	äänteen tai tavun painotus sanan sisällä
mi t ä	voimakkaasti äännetty klusiili
mi:tä	äänteen venytys
.mitä	sana lausuttu sisäänhengittäen
>mitä<	nopeutettu jakso
<mitä>	hidastettu jakso
°mitä °	muuta puhetta hiljaisempi jakso
MITÄ	kovaäänistä puhetta
@mitä@	sana lausuttu hymyillen
mi-	sana jää kesken
(mitä)	epäselvä jakso
(-)	sana, josta ei ole saatu selvää
[päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta
(.)	alle sekunnin tauko
(2.0)	tauco ja sen pituus sekunteina
(())	litteroijan kommentti