

Kiistanalaisesta sairaudesta keskusteleminen lääkärin vastaanotolla – tapauksena sisäilmaoireet

SUVI KAIKKONEN

Väitöksenalkajaisesitys Helsingin yliopistossa 14. joulukuuta 2024

Olipa kerran ihminen, joka sairastui. Hän hoiti oireitaan itse kotona parhaan kykynsä mukaan. Kun omat keinot oli käytetty loppuun eikä tilanne parantunut, hän kääntyi lääkärin puoleen. Lääkäri keskusteli potilaan kanssa ja ammattinsa tuomin tiedoin, taidoin ja valtuuksin diagnosoi tämän vaivan ja ehdotti siihen hoitoa. Potilas poistui vastaanotolta tyytyväisenä, osti apteekista lääkkeitä ja parani. Lääkärikin oli tyytyväinen. Sen pituinen se.

Tämä lääkärikertomus on satu. Me kaikki tiedämme, että tosielämässä lääkäriissä käynti ei aina suju näin helposti. Joskus vaikeus on siinä, ettei potilaalla voida todeta mitään lääketieteellistä hoitoa vaativaa vaivaa. Joskus siinä, ettei vaivaan ole hoitoa. Potilaalla ja lääkärillä voi olla myös hieman eri käsitys ongelmasta ja siitä, miten sitä tulisi hoitaa. Näin voi käydä erityisesti silloin, kun potilaan vaiva ei sovi lääketieteen vakiintuneisiin selitysmalleihin.

Tänään tarkastettavassa suomen kielen alaan kuuluvassa väitöskirjassani *Discussing a contested illness during a medical consultation – The case of indoor air symptoms* olen tutkinut näitä viimeksi mainittuja tilanteita lääkärin vastaanotolla. Huomattava osa suomalaisista kärsii oireista, jotka he itse yhdistävät johonkin elinympäristönsä rakennukseen, esimerkiksi työpaikkaansa. Sisäilmaoireet ovat lääketieteellisesti osin kiistanalaisia. Useinkaan ei pystytä pitävästi osoittamaan, missä määrin oireet liittyvät haitalliseen sisäilma-altistukseen, esimerkiksi homeisiin tai kemikaaleihin, ja missä määrin muihin asioihin, kuten psykososiaalisiin tekijöihin ja yksilön ominaisuuksiin. Tällainen tilanne voi olla hankala ja jännitteinen niin potilaalle kuin lääkärillekin. Usein, kun sisäilmapotilaat hakeutuvat lääkäriin, oireiden syyt nousevat keskusteluun.

Väitöstutkimukseni sai alkunsa viime vuosikymmenellä, jolloin sisäilmaongelmat ja -oireet olivat jatkuvasti otsikoissa. Jutuissa toistui potilaiden kokemus siitä, että he eivät tule kohdatuksi ja autetuksi lääkäriissä. Potilaat kuvasivat kokemuksiaan

esimerkiksi sanomalla että ”se ei ottanut mua vakavasti”. Pieni vilkaisu tutkimuskirjallisuuteen kertoi, että turhautuminen ja hankaluus oli molemminpuolista. Myös lääkärit kokevat nämä keskustelut vaikeiksi. Heräsi kysymys, mitä näissä kohtaamisissa oikeastaan tapahtuu. Minulle oli alusta alkaen selvää, että kysymystä voisi parhaiten valottaa nimenomaan vastaanoton vuorovaikutusta tutkimalla.

Kun aloitin tutkimuksen tekemisen, ymmärsin varsin nopeasti, mitä tarkoittaa tutkia ajankohtaista ja kiistanalaista aihetta. Se tarkoittaa ilahtuneita ja kannustavia kommentteja: ”vihdoin joku tarttuu tähän aiheeseen”. Se tarkoittaa avun tarjouksia: ”tietenkin haluan auttaa ja osallistua”. Mutta se tarkoittaa myös hienovaraisia tiedusteluja siitä, kenen joukoissa seisot ja mitä puolta kannatat. Ja yrityksiä määritellä, kuka saa tutkia sisäilma-aihetta ja kuka ei, ja mitkä näkökulmat ovat suotavia.

Yksi keskeinen areena, jolla kamppailua sisäilmaoireiden syistä käydään, on potilaista ja oireita käytetyt nimitykset. Olen käyttänyt matkan varrella erilaisia nimityksiä ja saanut kritiikkiä niistä kaikista. Siksi olen joutunut miettimään paljon, millaiset nimitykset olisivat mahdollisimman neutraaleja. Kaikkien mielestä neutraaleja nimityksiä ei ole tarjoutunut. Olen siksi päätenyt nimityksiin, jotka osoittavat potilaiden omaa käsitystä oireista. Puhun siis tutkimuksessani sisäilmapotilaista ja sisäilmaoireista. Näissä nimityksissä ei ole kyse minun tulkinnastani, vaan potilaiden tulkinnasta. Nimityksistä heijastuu koko väitöskirjani fokus. Tutkimukseni keskiössä ovat nimenomaan potilaat ja heidän toimintansa.

Keräsin tutkimukseni aineistoksi 80 tuntia aitoja, videoituja lääkärin vastaanottoja neljästä suomalaisesta terveydenhuollon yksiköstä. Keräyspaikat valikoituivat sen mukaan, mistä sisäilmapotilaita todennäköisesti löytyisi. Mukaan tuli työterveyshuollon yksikkö, yksityinen lääkäriasema sekä keuhkosairauksien ja työlääkätieteen poliklinikat. Videoin 75 vastaanottoa ja tutkin tarkemmin niistä 33. Analysoin aineistoa menetelmäparilla keskustelunanalyysi ja vuorovaikutuslingvistiikka. Menetelmät ovat laadullisia ja mikroanalyttisia, vuorovaikutustilanteen todellista lähiluentaa. Niissä keskeiseen rooliin vuorovaikutuksen tulkinnassa voivat nousta seikat, jotka äkkiä ajateltuna tuntuisivat merkityksettömiltä ja sattumanvaraisilta. Näitä voivat olla esimerkiksi puolen sekunnin tauko puheessa, naurahdus, sisäänhengitys tai tavun verran kestävä yhtä aikaa puhuminen. Keskustelunanalyysin hienous on siinä, että sillä päästään käsiksi siihen, miten keskustelun osallistujat itse tulkitsevat meneillään olevaa keskustelutoimintaa. Fokus ei siis ole siinä, miten minä tutkijana tulkitSEN keskustelua. Se on siinä, miten puhujat itse tuottavat ja tulkitsevat merkityksiä keskustelun kontekstissa, joka on aina dynaaminen eli etenee ja uusiutuu puheenvuoro puheenvuorolta.

Sisäilmakeskusteluiden tarkasteleminen vuorovaikutuksena on tutkimuksellisesti uutta. Tähänastinen tutkimus on lähestynyt sisäilmaoireita pääosin potilaiden kertomien kokemusten ja heidän identiteettityönsä kautta sekä lääkäreiden näkemyksistä käsin. Myös sitä on selvitetty paljon, mistä sisäilmaoireet lääketieteellisesti ottaen johtuvat. Minä en tiedä, mistä aineistoni potilaiden oireet johtuvat. Sen sijaan tiedän tutkimukseni pohjalta, mistä potilas ja lääkäri puheellaan esittävät niiden johtuvan ja millaisilla kielen keinoilla he tämän esittämisen tekevät. Kysyn työssäni laajasti ottaen sitä, millaisilla kielellisillä käytänteillä potilaan oireista voidaan rakentaa yhtäältä sisäilmaoireita tai toisaalta oireita, jotka johtuvat jostain muusta syystä.

Tällainen kysymyksenasettelu nojaa inhimillisen vuorovaikutuksen perusluonteeseen. Vuorovaikuksemme pohjautuu nimittäin käytänteisiin, jotka ovat jaettuja, normatiivisia ja säännönmukaisia. Nimenomaan sen ansiosta, että vuorovaikutuskäytänteemme ovat tällaisia – jaettuja, normatiivisia ja säännönmukaisia – puhujat itse pystyvät tuottamaan näitä käytänteitä ja tunnistamaan, että ne toimittavat tiettyjä vuorovaikutustehtäviä. Tästä näkökulmasta ei siis riitä, että ajattelen, että oireeni johtuvat sisäilmasta. Minun on myös kerrottava oireistani sellaisilla vuorovaikutuskäytänteillä, jotka ovat jaettuja, ja lääkäri voi siksi tunnistaa, että rakennan oireistani nyt nimenomaan sisäilmaoireita.

Voisi kuvitella, että tällaisia vuorovaikutuskäytänteitä on lukemattomia ja että voisin vapaasti valita niistä minkä tahansa. Valinta ei kuitenkaan ole varsinaisesti vapaa, sillä vuorovaikutus on normatiivista ja järjestäytyntä, yksityiskohtiin asti. Se, millaisen käytänteen valitsen, on tilanteista ja sitä ohjaa moni asia. Oleellista on muun muassa se, mikä on puheenvuoroni paikka keskustelun kokonaisrakenteessa ja puhejaksossa ja mitä keskustelukumppanini on edellä sanonut. Vuorovaikutuksen järjestäytyneisyys näkyy siinä, että samanlaisissa keskusteluolosuhteissa käytetään tiettyjä, samoja vuorovaikutuskäytänteitä, puhujasta riippumatta. Näitä puhujasta riippumattomia käytänteitä tutkimukseni kuvaa.

Olen keskittynyt analyysissäni kahden eri toiminnan vuorovaikutuskäytänteisiin: yhtäältä käytänteisiin, joilla lääkäri ja potilas puhuvat potilaan oireet sisäilmaoireiksi ja rakennuksen sisäilmaongelmaiseksi, ja toisaalta käytänteisiin, joilla keskustellaan muista mahdollisista syistä oireille. Tutkimukseni näyttää, että keskeisin käytänteen, jolla potilaan oireet puhutaan sisäilmaoireiksi, on ajallisen yhteyden osoittaminen oireiden ja tiettyssä rakennuksessa oleskelun välillä. Yhteyden voi osoittaa esimerkiksi sanomalla ”nää oireet alko helmikuussa kun mä vaihdoin Sarvilahden opistoon töihin”. Tällöin potilas puhuu oireet sisäilmaoireiksi epäsuorasti, eikä suoraan esitä, että oireet nimenomaan johtuisivat, olisivat kausaalisessa suhteessa rakennuksessa oleskeluun. Yhteyden voi osoittaa myös kausaalisemmin, esimerkiksi nimittämällä oireita suoraan ”sisäilmaoireiksi”.

Tutkimukseni osoittaa, että se, kumman tavan potilas valitsee, on sidoksissa lääkärin tapaan kysyä asiasta. Lääkärin edeltävä vuoro voi luoda joko sisäilma-aiheen suhteen neutraalin keskusteluympäristön tai vaihtoehtoisesti ympäristön, joka tekee potilaalle helpoksi puhua oireet sisäilmaoireiksi. Suotuisassa ympäristössä potilaat voivat kuvata oireitaan sisäilmaoireiksi epäsuoremmin, koska myös lääkäri osallistuu oireiden rakentamiseen sisäilmaoireiksi. Neutraalissa ympäristössä potilas sen sijaan tekee koko työn itse, mikä vaatii usein suurempaa puhetta oireiden luonteesta. Lääkärin luoma ympäristö heijastuu myös siihen, miten lääkärit itse ottavat vastaan potilaiden kuvauksia. Neutraalissa ympäristössä lääkärit keskittyvät yksinkertaisesti kysymään lisää oireista, kun taas sisäilmapuheelle suotuisassa ympäristössä lääkärit yleensä ensin osoittavat, että suhtautuvat myönteisesti potilaan omaan käsitykseen oireistaan. Lääkärin aloittava vuoro on siis ratkaiseva sen suhteen, miten avoimesti, miten vaittomasti ja miten uskottavasti potilas pystyy rakentamaan oireensa sisäilmaoireiksi.

Lääkärin vuorovaikutustoiminnan keskeisyys potilaan oireiden rakentamisessa sisäilmaoireiksi on havainto, joka toistuu läpi tutkimukseni. Lääkärin toiminta on

keskeistä esimerkiksi sille, miten potilas puhuu rakennuksista, joihin hän liittää oireensa. Potilas voi puhua jonkun rakennuksen sisäilmaongelmaiseksi pääpiirteittäin kahdella eri tavalla. Potilas voi tuoda esiin seikkoja, jotka ovat todisteita sisäilma-ongelmasta ilman, että hän kuitenkaan suoraan väittäisi, että kyseessä on sisäilma-ongelma. Esimerkiksi ”kuulin että siellä oli katto vuotanut”. Vaihtoehtoisesti potilas voi väittää suoraan, että rakennus on sairas. Lääkäreiden kysymisen tavat vaikuttavat järjestelmällisesti siihen, millaiseen kuvaukseen potilas päätyy. Karkeasti ottaen, mitä suuremmin lääkäri kysyy rakennuksesta, sitä suuremmin potilaalla on mahdollisuus kertoa rakennuksen ongelmista.

Toinen keskeinen toiminta, joka olen työssäni tarkastellut, on se, miten muista syistä potilaan oireille puhutaan. Tutkimus näyttää, että lääkärit tuovat säännöllisesti esiin muita mahdollisia syitä oireille. Näitä voivat olla vaikkapa flunssa tai hermoston liiallinen herkistyminen. Potilaat sekä hyväksyvät että hylkäävät näitä selityksiä. Tutkimus osoittaa, että siinä, hyväksyykö vai torjuuko potilas lääkärin oireselityksen, ei ole kyse pelkästään siitä, mitä potilas oireistaan ajattelee. Yhtä lailla kysymys on vuorovaikutuksesta; siitä, miten ja missä kohtaa lääkäri asian esittää. Lääkärin tapa esittää muuta syytä vaikuttaa esimerkiksi siihen, päätyykö potilas hyväksymään vai vastustamaan selitystä, jääkö vastustus passiiviseksi vai sanallistaako potilas sen ja kuinka suoraan. Toisaalta tutkimukseni näyttää, että vuorovaikutus on vuoroin vaikuttamista molempiin suuntiin. Tämä näkyy erityisesti siinä, että potilaan vastarinta johtaa vuorostaan usein siihen, että lääkäri muokkaa diagnostista selitystään. Vaikka lääkärit pääosin pitävät kiinni ehdottamistaan selityksistä, he usein muokkaavat niitä niin, että ne ottavat huomioon potilaan vastarinnan perusteet.

Kuvaan väitöskirjassani sitä, miten potilaat ja lääkärit tosiasiallisesti toimivat lääkärin vastaanotolla. Havaittavaan toimintaan keskittyminen monipuolistaa käsitystämme sisäilmaproblematiikasta. Tähänastinen tutkimus on antanut melko synkän kuvan sisäilmapotilaiden ja terveydenhuollon suhteesta. Oman tutkimukseni keskeinen johtopäätös sen sijaan on, että keskusteleminen sisäilmaoireista ei ole kaksintaistelua, vaan lääkärin ja potilaan yhteistyötä. Riippumatta siitä, missä määrin potilas ja lääkäri ovat samanimielisiä tai erimielisiä, keskustelu on yhteistyöhakuista. Tämä näkyy muun muassa siinä, että keskustelijat pyrkivät sovittamaan omaa toimintaansa toisen osallistujan toimintaan mahdollisimman myötäsukaisesti. Myös eri mieltä ollessaan he minimoivat vuorovaikutuksen erilinjaisuutta ja vastakkainasettelua. Molemmat osapuolet myös pitävät toisen osapuolen asiantuntemusta merkityksellisenä sisäilma-asian käsittelylle. Niin lääkärin ammatillista asiantuntemusta kuin potilaan kokemukseen perustuvaa asiantuntemusta käsitellään keskusteluissa oleellisena ja oikeutettuna. Tällaisen myötäsukaisuuden on havaittu olevan inhimillisen vuorovaikutuksen peruspiirre. Sitä on kutsuttu vuorovaikutuksen prososiaaliseksi vinoumaksi.

Humanistista tutkimusta kritisoidaan usein kysymällä, mitä hyötyä siitä on. Haluan vastata kysymykseen, vaikka en ajattelekaan, että kielitieteellisen tutkimuksen pitäisi suoranaisesti hyödyttää ketään. Kieli on niin keskeinen inhimillisen olemassaolon areena, että sen tutkiminen on arvokasta sinänsä. Oma tutkimukseni osallistuu tähän työhön syventämällä käsitystämme niistä vuorovaikutuskeinoista, joiden varassa hoidamme asioita lääkärin vastaanotolla. Lääkärin vastaanotto on modernin yhteis-

kunnan keskeinen instituutio, joka koskettaa meistä jokaista. Vastaanotot hoidetaan joko kokonaan tai osittain kielellä, ja on itseisarvo ymmärtää, miten ne rakentuvat.

Tutkimukseni voi kuitenkin hyödyttää myös rajatumminkin sisäilmavastaanottoja. Koska olen tarttunut näin ajankohtaiseen ja hankalaankin aiheeseen, olen pitänyt tärkeänä pohtia myös sitä, miten tieteellisen tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa käytännön työhön. Olen koonnut tämän pohdinnan työni loppuun avuksi ja ajatuksen ruuaksi lääkäreille ja potilasjärjestöille. Olen keskittynyt sovelluksissa kahteen vuorovaikutuksen ulottuvuuteen: siihen, miten lääkäri voi edistää potilaan näkemysten esiin pääsemistä vastaanotolla, ja siihen, millaiset vuorovaikutuskäytänteet toimivat ja millaiset eivät toimi, kun vastaanotolla keskustellaan oireiden mahdollisista muista syistä. Molemmat asiat toistuvat erilaisissa suosituksissa siitä, miten sisäilmapotilas tulisi vastaanotolla kohdata, mutta konkretiaa suositukset eivät tarjoa. Työni täyttää tätä tietoaukkoa ja ehdottaa tutkimukseen perustuvia konkreettisia välineitä, joilla näitä tehtäviä voidaan vastaanotolla hoitaa ja siten rakentaa toimivaa ja luottamuksellista vuorovaikutusta.

Toiveeni on, että tutkimukseni tekee näkyväksi sitä arkista ja usein näkymätöntä työtä, jota lääkärit tekevät sisäilmapotilaiden kanssa. Yhtä lailla toivon, että työni antaa äänen sisäilmapotilaille, joiden asema terveydenhuollossamme on haavoittuva. Sillä kaikilla potilailla on sama oikeus hyvään hoitoon. Myös niillä, joiden oireet eivät helposti istu lääketieteen vakiintuneisiin selitysmalleihin.

Suvi Kaikkonen: *Discussing a contested illness during a medical consultation. The case of indoor air symptoms.* Dissertationes Universitatis Helsingiensis, 314/2024. Helsinki: Helsingin yliopisto 2024. Kirja on luettavissa osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-84-0415-6>.

Kirjoittajan yhteystiedot: suvi.kaikkonen@helsinki.fi