

taan. Kielitieteilijälle tällainen leksikko on luettelo ja kuin vankila: siellä ovat ne, jotka ovat lakien ulkopuolisia, ts. säännönmuokausuusiien ulkopuolella.

Tämän psykologisesti orientoituneen leksikkokäsitteen rinnalla kielentutkimuksen leksikkokäsite on paljon kompleksisempi, ja sen on oltava, koska se ottaa kantaa eri asioihin. Jos sanojen tuottamiseen liittyy säännöstöä, joka ei kuitenkaan ole kielioppia vaan osa leksikkoa, leksikon ja kieliopin terävä raja katoaa.

Sanan leksikaaliseen tietoon kuuluu sen merkityksen lisäksi muun muassa tieto syntaktisesta kategoriasta: tiedämme automaattisesti, ilman lauseyhteyttä, että *hyvä* on adjektiivi. Jos yhdyssanat tuotetaan leksikossa, leksikon on konsultoitava sellaista säännöstöä, joka perinteisesti on kuulunut syntaksiin tai ainakin tietoon verbin määritesuhteista. Tällainen leksikko ei voi olla lista eikä luettelo, vaan se on luonteeltaan pikemminkin proseduraalinen, siis erilaisia vaiheita sisältävä prosessi. ■

JUKKA MÄKISALO *Grammar and experimental evidence in Finnish compounds*. Studies in languages 35. Joensuu: Joensuun yliopisto 2000.

Savonlinna School of Translation Studies, University of Joensuu
Sähköposti: jukka.makisalo@joensuu.fi

POTILAAN TEHTÄVÄT LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

—•••—
LIISA RAEVAARA

VÄITÖKSENALKAJAISITELMÄ
HELSINGIN YLIOPISTOSSA
29. SYYSKUUTA 2000

Aloittaessani lääkärin ja potilaan vuorovai-
kutuksen tutkimista mieleeni tuli usein, että
minun pitäisi kerätä kokoelma myös niistä
lääkäreitä käsittelevistä kertomuksista, joita
kuulin. Kun olen maininnut työstäni, ihmiset
ovat alkaneet kertoa kokemuksistaan
lääkärin vastaanotolla. Näissä kertomuk-
sissa lääkäri on lähes aina jonkinlaisessa kon-
nan roolissa: Hän alkaa kirjoittaa reseptiä
kelloaan vilkuillen, kun potilas on vasta
kuvaamassa ongelmaansa, hän unohtaa ker-
toa diagnoosin tai suhtautuu vähättelevästi

potilaan oireisiin tai huolestumiseen. Lää-
käri töksäyttää tiedon vakavasta sairaudesta
ilman ennakkovaroitusta tai tuijottaa koko
vastaanoton ajan työpöytänsä nostamatta
kertaakaan katsettaan tiikeriksi pukeutuneeseen
lapsipotilaaseen, joka muristen vaatii
huomiota.

Yhteistä kertomuksille on myös se, että
potilas on kokijan roolissa — ei siis osal-
listujana, joka tekisi tai jättäisi tekemättä jo-
tain — lukuun ottamatta tietysti nuorta, mu-
risevaa tiikeripotilasta.

Samantyyppisiä kertomuksia voi hah-
mottaa myös monissa lääkärin ja potilaan
vuorovaiikutusta käsittelevissä tutkimuk-
sissa. Niissä tarkastelun kohteena on useim-

▷

miten lääkärin toiminta ja lisäksi sellainen, joka on potilaan kannalta tavalla tai toisella ongelmallista. Tutkimuksissa on selvitetty esimerkiksi sitä, miten lääkärit keskeyttävät potilaan kysymyksillään heti vastaanoton alussa, kun tämä on vasta kertomassa käyntinsä syistä. On myös selvitetty, miten lääkärit jättävät potilaan tietämättömäksi diagnostisen päättelynsä perusteista ja esittelevät diagnoosin ja hoitopäätöksen niin, että potilaan on vaikea ottaa niihin kantaa. Lisäksi tutkimuksen kohteena ovat olleet erilaiset toiminnan tavat, joilla lääkärit ohjaavat potilaan ongelman käsittelyn lääketieteelliseen kehykseen ja jättävät huomiotta tämän oman näkökulman ja sairauden merkityksen arkielämän kehyksessä. Potilaan asemaan vastaanottokeskusteluissa on siis kiinnitetty runsaasti huomiota, mutta hänet on nähty suhteellisen passiivisena osapuolena — sivuosassa — kun taas lääkäri on kuvattu aktiivikseksi toimijaksi ja vallan käyttäjäksi.

Tutkimukseni aineisto eli ne terveystieteiden vastanotot, joita tutkimushankkeessamme videoimme ja litteroimme, näyttävät kuitenkin osin erilaisilta. Niissä on kaksi toimijaa. Lääkärin ja potilaan keskusteluissa voi nähdä monia toisiinsa kiertoutuvia ja usein ristiriitaisiakin kertomuksia, joissa osallistujat saattavat hypätä roolista toiseen kesken puheenvuoronkin. Myös potilailla näyttää olevan selvä käsitys vastaanoton juonesta, ja joskus heidän juonensa on erilainen kuin lääkärin. Kun lääkäri on vasta aloittamassa suullista tutkimusta, potilas voi riisua sukkansa, asettaa kipeän jalkansa lääkärin nähtäväksi ja osoittaa, että itse asiassa olisi fyysiseen tutkimuksen aika; tai kun lääkäri kysyy potilaan viimeaikaisista verensuonepainearvoista, tämä voi alkaa kertoa kipeytyneestä polvestaan ja siitä, ettei ole päässyt lenkkeilemään. Potilas voi myös ryhtyä esittämään omia ehdotuksiaan diagnoosista, kun lääkäri on

vasta selvittämässä oireita.

Lähdin itsekin liikkeelle lääkärin toiminnasta. Kun aloitin työtäni, tarkoitukseni oli analysoida lääkärin kysymyksiä suullisen tutkimuksen aikana. Samalla tietysti päädyin katsomaan myös potilaiden vastauksia. Tällöin huomioni kohdistui siihen, että vastatessaan lääkärin kysymyksiin potilaat eivät useinkaan kertoneet vain kysytyä tietoa, vaan esittivät laajempia vastauksia ja tarjosivat lääkärille monenlaista lisätietoa. Potilaan puheenvuorojen sisältöön ja muotoiluun näyttivät siis vaikuttavan muutkin seikat kuin se, millaisia kysymyksiä lääkäri esitti ja miten kontrolloidusti tai vapaasti tämä antoi potilaan puhua. Tämä sai minut kiinnostumaan potilaan osuudesta vastaanotolla. Halusin selvittää, miten potilaan käsitys puheena olevasta ongelmasta ja vastaanoton kulusta näkyy keskustelussa ja vaikuttaa vuorovaikutukseen.

Rajasin tutkimuskohdettani uudelleen ja ryhdyin keräämään sellaisia potilaan puheenvuoroja, joilla he näyttivät osallistuvan diagnostiseen päättelyyn. Nimitän näitä vuoroja potilaan diagnoosiehdotuksiksi, vaikka ne eivät lääketieteellisessä mielessä olekaan diagnostisia niin, että ne antaisivat oireille täsmällisen lääketieteellisen määritelmän. Diagnoosiehdotuksellaan potilas voi tarjota oireidensa selitykseksi paitisi jonkin sairauden, myös sellaisia syitä kuin sää tai vaikkapa ikä, kuten seuraavista esimerkeistä voi nähdä:

mä uskon että tää kipu johtuu siis tästä issiaksesta

mä tykkäisin et se on sydämessä toi vika

mä aattelin et jos siel on joku semmonen tulehdus joka kiertää noissa niveliissä

aina kun tää hartia on jumissa täältä näin nin sillohan sitte verensuonepaineki aina niinku kohoo

se on tunneperäinen reaktio ilmeisesti

*kai se on jo minu ikäni joka väsyttää mi-
nua jo*

*mä oon jotain siitäkin epäilly että voiks
se sitten patjan kanssa olla missään te-
kemisissä*

Potilaan esittämät selitykset on yleensä merkitty epävarmaksi tiedoksi erilaisilla modaalisisilla aineksilla: modaaliverbeilla, modaaliverbeillä tai kysymysmuodolla. Usein selitys on muotoiltu potilaan omaksi mielipiteeksi esimerkiksi sellaisella selitystä edeltävällä ilmauksella kuin *mä uskon, mä tykkään, mä aattelin*.

Potilaan diagnoosiehdotukset ovat kiinnostavia siksi, että niitä esittäessään potilas itse selittää oireitaan sen sijaan, että jättäisi niiden selittämisen lääkärin tehtäväksi. Keskeisin syy, miksi päädyin tutkimaan potilaan diagnoosiehdotuksia, oli kuitenkin se, että ehdotusten paikallisista konteksteista — tilanteista, joissa niitä esitetään — alkoi löytyä yhteisiä, potilaan toiminnan kannalta kiinnostavia piirteitä. Potilaat näyttivät esittävän ehdotuksia sellaisissa keskustelun kohdissa, joissa heidän toimintansa poikkesi tavalla tai toisella odotuksenmukaisesta: tilanteissa, joissa heidän kykynsä tai halunsa toimia pätevästi ja vastaanoton käytänteitä noudattaen tuli jollain lailla kyseenalaiseksi.

Esittämällä oletuksen oireidensa aiheuttajasta potilaat käsittelevät näitä ongelmallisia tilanteita ja osoittavat tietävänsä, miten vastaanotolla yleensä toimitaan ja mitä potilaan tulee tietää ja osata, vaikka he juuri siinä tilanteessa toimivatkin toisin. Potilaan diagnoosiehdotukset ovat työssäni eräänlaisia ikkunoita. Niiden avulla on mahdollista kohdistaa huomio sellaisiin vastaanoton kohtiin, joissa keskustelijat osoittavat puheensa ja toimintansa yksityiskohdilla potilaan tehtäviä ja velvollisuuksia koskevat odotukset merkityksellisiksi.

Keskeinen kysymys työssäni on siis se, millaisissa tilanteissa ja miksi potilaat esittävät diagnoosiehdotuksia. Selvitän esimerkiksi, miten ensimmäisen esimerkin potilas tulkitsee tilannetta, kun hän heti vastaanoton alussa tuo ilmi päätelmänsä, että hänen jalkaansa tullut verenpurkauma on johtunut liiallisesta särkylääkkeen käytöstä; tai miksi esimerkin 2 potilas kertoo fyysisen tutkimuksen aikana epäilleensä oireiden syyksi syöpää; tai mitä esimerkin 3 potilas tekee, kun hän lääkärin diagnoosin jälkeen ottaa esille vaihtoehdoisen selityksen selkävulleen. Lisäksi analysoin sitä, miten lääkärit käsittelevät vastaanoton eri vaiheissa ja erilaisissa toimintajaksoissa esitettyjä ehdotuksia.

(1)

potilas: tää on ny vähä aprillikäynti (.) vaimo
hätäänty .hh ku mun< .hh tänne oikeeseen
jalkaan tuli hyvi (.) voimakkaasti valu
verta ja<

lääkäri: joo.

potilas: ja siitä o jo< (.) kuinka kauan siitä nyt
→ on aikaa - - - ja ilmeisesti mä oon ottanu
→ Disper- sitä minkä te määräsitte sillon,
(1.0) yhdeksänkym:mentä.

lääkäri: ymhh joo:[:.

potilas: [mä en tarkasti muista sanotteko
te (.) sen määrän (.) mitä pitää vuorokauden
→ aikana ottaa. .hh mutta mä ilmeisesti oon
→ ottanu sitä vähä sitte (0.3) liian kanssa

▷

(2)

- lääkäri: mä näytän sen liikkeen. tänne näi, (0.5) no ni, nyt koitatte sanoa, (0.3) tekeeks tää °kipeetä°, (0.3) ((L liikuttaa P:n jalkaa))
- potilas: °ei:°,
- lääkäri: jos käännytte vielä ympäri ni koitetaa sit selän puolelta. (6.8) ((P kääntyy))
- potilas: → *mää jo< (.) rupesin e- epäileen et siin o*
→ *luusyöpä kun (.) jäytää sielt nin kamalasti.* (4.0) ((L liikuttaa P:n jalkaa))
- potilas: ei: kyl nää on ihan siedettäviä nää kaikki, (.) hommat.

(3)

- lääkäri: kyl se tommoseks lihasvaivaks sopii että se on vaan sitten, (0.5) ookko saanu vetoo tai muuten .hh ärty[ny,
- potilas: → [ei se sitte tuolta jostai
→ *sisältä tuu kun sillain polttaa et ei siel*
→ *munuaisis tai missää o kipeytyny*

Potilaat esittävät diagnoosiehdotuksia kaikissa vastaanoton vaiheissa. He voivat esittää ehdotuksen heti vastaanoton alussa kertoessaan lääkärille käyntinsä syistä. Tällöin kyseessä saattaa olla tilanne, jossa käynnin tarpeellisuus ei ole selvää eikä potilaan ongelma ehkä edellyttäisikään lääkärille tuloa. Ilmaisemalla epäilynsä oireiden aiheuttajasta potilas perustelee ongelmansa vakavuutta ja käynnin tarpeellisuutta. Vastaavasti silloin, kun potilas kertoo jostakin uudesta akuutista vaivasta määräaikaisen kontrollikäynnin alussa, diagnoosiehdotuksen liittäminen vaivan esittelyyn voi perustella sitä, että potilas tarjoaa asiaa lääkärin selvitettäväksi ennalta sovittujen rutiiniasioiden ohella.

Vastaanoton myöhemmissä vaiheissa potilaat esittävät diagnoosiehdotuksia pääasiassa kahdenlaisissa tilanteissa. Ensinnäkin on tavallista, että potilas esittää ehdotuksensa silloin, kun hän mainitsee lääkärille jostakin lisävaivasta joko tutkimusvai-

heen aikana tai vastaanoton lopulla. Tällaisen ylimääräisen ongelman esittelyyn liitetty ehdotus on yleensä ongelmaa vähättelevä. Esittämällä ehdotuksen potilas osoittaa, ettei kyseessä ehkä ole kovin vakava asia. Tällä tavoin hän antaa lääkärille tilaisuuden käsitellä ongelmaa lyhyesti tai jättää se kokonaan selvittämättä.

Toiseksi potilaat esittävät diagnoosiehdotuksia sellaisissa tilanteissa, joissa lääkärillä ja potilaalla näyttää olevan erilainen käsitys potilaan ongelman vakavuudesta. Lääkärin huomioidut ja kommentit tutkimusvaiheessa tai hänen esittämänsä diagnoosi voivat viitata siihen, että potilaan vaiva onkin vähemmän vakava kuin millaiseksi tämä on sen itse arvioinut ja kuvannut. Tällöin potilas saattaa esittää epäilynsä oireiden aiheuttajasta perustellakseen huolestumistaan tai omaa tulkintaansa oireista. Joskus potilaan oireiden taustalta ei löydy mitään sairautta. Tällaisessa tilanteessa potilas voi päättää ongelmansa käsittelyn tar-

joamalla oireidensa syyksi vaikkapa säätä, psyykkisiä syitä tai vanhuutta, ja osoittaa näin, että hänen havaitsemansa oireet ovat kuitenkin todellisia, vaikka lääkäri ei niille selitystä löytänytkään. On myös mahdollista, että asetelma on päinvastainen. Potilas voi esittää asian vakavuutta vähättelevän selityksen sellaiselle terveysongelmalleen, jonka hän arvelee olevan merkittävä lääkärin näkökulmasta — esimerkiksi korkeille verenpaine- tai maksa-arvoilleen.

Potilaan diagnoosiehdotusten analysoiminen tuo esiin sen, että potilaan ja lääkärin puhetta ja toimintaa jäsentää monin tavoin myös heidän käsityksensä potilaan tehtävistä vastaanotolla. Osapuolet suuntautuvat toiminnassaan siihen, että potilaan tulee osoittaa käyntinsä aiheelliseksi ja ongelmansa sellaiseksi, joka edellyttää lääketieteellistä ammattiapua. Potilaan tehtäväksi on yleensä nähty vain oireidensa kuvaaminen. Kertoessaan ongelmistaan potilaat kuitenkin suuntautuvat myös siihen, että potilaan tulee kuvata oireitaan asianmukaisella ja pätevällä tavalla: hänen tulee osata arvioida vaivansa vakavuutta ja päätellä, mitkä oireet liittyvät toisiinsa. Vastaanottokeskustelun etenemistä muokkaa myös molempien osapuolten käsitys vastaanoton kokonaisrakenteesta ja siitä, että keskustelu jäsentyy odotuksenmukaisesti vain yhden ongelman ympärille.

Lääkärin vastaanottokeskustelu on nähty selvästi epäsymmetrisenä vuorovaikutustilanteena, jossa lääkäri on monessa mielessä valta-asemassa. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta käsittelevissä keskusteluanalyysisissä tutkimuksissa — kuten myös omassa työssäni — näkökulma epäsymmetriaan on kuitenkin muuttunut. Sen sijaan, että pyrittäisiin kartoittamaan niitä keinoja, joilla lääkäri ohjaa ja rajoittaa potilaan toimintaa ja rakentaa auktoriteettiasemaansa, on analysoitu yksityiskohtaisesti sitä, miten lääkäri ja potilas yhdessä muo-

toavat vastaanottoon sisältyviä eri toimintajaksoja ja tehtäviä. Oman työni kannalta keskeisimpiä ovat olleet John Heritagen ja Johanna Ruusuvuoren tutkimukset vastaanoton aloitusvaiheesta sekä Christian Heathin ja Anssi Peräkylän tutkimukset diagnoosivaiheesta. Selvittämällä, miten sekä lääkäri että potilas huolehtivat vastaanoton tehtävistä, miten he neuvottelevat kontrollista, auktoriteetista ja työnjaosta, on saatu tietoa myös lääkärin auktoriteetin sekä potilaan tietämyksen ehdoista ja rajoista.

Potilaskeskeisempien toimintatapojen etsiminen ja vakiinnuttaminen on ollut keskeinen tavoite käytännön pyrkimyksissä parantaa ja kehittää lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta. On pohdittu sitä, millaisia toimintatapoja lääkäreiden tulisi välttää ja millaisia suosia, jotta potilaan näkökulma pääsisi paremmin esille. Se, mitä lääkäri tekee, vaikuttaa luonnollisesti olennaisella tavalla vuorovaikutukseen ja keskustelun kulkuun. Erilaisten toimintavaihtoehtojen arvioimiseksi on kuitenkin välttämätöntä tietää jotain myös siitä, miten potilas toimii: millaiset odotukset ja normit ohjaavat hänen toimintaansa. Vaikka lääkäri antaisikin potilaalle tilaa kertoa vapaasti ongelmistaan, tämä ei välttämättä käytä sitä kuvataksaan ongelmiaan arkielämän kehyksessä, »elämismaailman äänellä». Lääkärin vastaanotolla potilaan puhe on suunnattu lääkärille ja muotoiltu sopivaksi tähän institutionaaliseen tilanteeseen. Sen vuoksi potilas voi käyttää saamaansa tilaa myös tuodakseen ilmi sellaisia yksityiskohtia, jotka hän olettaa tärkeiksi nimenomaan lääkärin näkökulmasta ja lääketieteen kannalta.

Tutkimuksessani olen tarkastellut potilaiden diagnoosiehdotuksia ja lääkäreiden tapoja käsitellä näitä ehdotuksia. Analyysi, jossa olen keskittynyt lääkärin ja potilaan yhteistyön ja toimintojen koordinoimisen yksityiskohtiin, tuo selvästi ilmi sen, että vuorovaikutuksen ongelmat ja ristiriidat

▷

eivät useinkaan ole suuria ja dramaattisia. Päinvastoin: ongelmia ja ristiriitoja osoitetaan ja käsitellään hyvin hienovaraisin tavoin ja monin eri keinoin. Lääkärit tarvitsevat tietoa ja kokemusta siitä, miten kohdata hyvin hankalia potilaita, miten kertoa tietoa vaikeasta sairaudesta, miten käsitellä suurta ahdistusta ja pelkoa. Mutta sen ohella tarvitaan tietoa myös jokapäiväisemmistä ongelmista, niistä ohituksista, näkemyseroista ja neuvotteluista, joita keskustelijat eivät välttämättä edes tarkkaan tiedosta, mutta jotka jättävät epämääräisen tunteen siitä, että jokin keskustelussa ei sujunut.

Viime vuosina Suomessa on valmistunut useita keskustelunanalyttisiä tutkimuksia, joissa analysoidaan erilaisia institutionaalisia tilanteita, ja vielä useampia tutkimuksia on tekeillä tai juuri valmistumassa. Ne antavat tietoa siitä, miten erilaisia toimintoja tehdään ja koordinoidaan esimerkiksi terapiassa, erilaisissa neuvontatilanteissa, televisiokeskusteluissa, liike-neuvotteluissa, vaihtoehdotilakinnässä jne. Tällaisen tutkimustiedon lisääntyminen luo aivan uudenlaisen mahdollisuuden erilais-

ten institutionaalisten tilanteiden ja niissä käytettyjen toimintamallien ja toiminnan rakenteiden vertailemiseen: erojen ja yhtäläisyyksien havaitsemiseen. Saamme kumuloituvaa tietoa muun muassa erilaisista neuvomisen tavoista tai siitä, miten asiakkaalta kerätään tietoa tai miten tämän tiedon pohjalta esitetään tulkintoja ja päätelmiä. Saamme tietoa siitä, miten neuvoja otetaan vastaan, miten tietoa annetaan ja miten ammattilaisen tulkintoihin ja päätelmiin vastataan. Vuorovaikutuksen yksityiskohtaisen analyysin avulla on mahdollista selvittää, mihin erilaiset toiminnan tavat ja rakenteet johtavat ja miten ne liittyvät kunkin institutionaalisen tilanteen erityispiirteisiin ja työn taustalla vaikuttaviin tietoihin tai tiedostamattomiin ideologioihin. Tämänkaltainen tieto on myös sovellettavissa käytäntöön niin, että vähitellen voimme esittää empiriaan perustuvia, hyvinkin yksityiskohtaisia ja konkreettisia ehdotuksia esimerkiksi siitä, millaista asiakaskeinen tai potilaskeskeinen toiminta voisi olla. ■

LIISA RAEVAARA *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2000.

Suomen kielen laitos, PL 3 (Fabianinkatu 33), 00014 Helsingin yliopisto
Sähköposti: liisa.raevaara@helsinki.fi