

POTILAS KOHTAA LÄÄKÄRIN

Liisa Raevaara *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2000. 233 s. ISBN 951-746-226-3.

Liisa Raevaaran väitöskirja kuuluu viime aikoina vahvistuneeseen institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimusperinteeseen (Ruusuvuori, Haakana ja Raevaara 2001). Tässä tutkimusperinteessä lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on ollut yksi keskeisistä tutkimusaiheista sekä Suomessa että kansainvälisestikin (Sorjonen, Peräkylä ja Eskola 2001; Heritage ja Maynard tulossa). Tutkimuksen tavoitteena on valottaa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen keinoja ja tekniikkoja sekä niitä keskinäisen kommunikaation rakenteita, joiden avulla täytetään vastaanoton tehtävä, potilaan vaivan diagnostisointi ja hoitosuosituksen antaminen. Raevaaran tutkimus keskittyy toimintamuodon yhteen erityiseen piirteeseen, potilaan esittämiin vaivaa koskeviin diagnoosiehdotuksiin. Raevaara analysoi sekä sitä, milloin potilaat päätyvät esittämään diagnoosiehdotuksia, että sitä, millaisia seuraamuksia diagnoosiehdotuksilla on vuorovaikutuksen ja toiminnan kulle.

Tutkimus noudattaa keskustelunanalyttistä otetta. Keskustelunanalyysi on tutkimusohjelma, jonka avulla selvitetään yksityiskohtaisen tarkasti vuorovaikutuksen ja sosiaalisen toiminnan piirteitä siltä osin, ja vain siltä osin, kuin ne ovat havaittavissa toteutuneen toiminnan taltioinneissa. Keskustelunanalyttistä otetta ja sen täsmälli-

syyttä kuvaa se, että se kattaa paitsi varsinaisen verbaalisen toiminnan, myös sen paraverbaaliset piirteet — prosodian, tauot, puheen päällekkäisyydet, hengityksen, nauhdukset, äänenväriin — sekä osin myös nonverbaalit toiminnot, kuten puhujien katseet, eleet ja ruumiinliikkeet. Täten tutkimusotteen avulla pyritään kuvaamaan kokonaisvaltaisesti vuorovaikutuksellista toimintaa sen kaikessa monimuotoisuudessaan ja kompleksisuudessaan. Tätä laajuudessaan ja runsaudessaan liki mahdotonta kenttää keskustelututkijat pyrkivät hallitsemaan tutkimusotteeseen sisältyvän ekonomian ja niukkuuden estetiikan avulla. Keskustelunanalyysin avulla ei pyritäkään kuvaamaan kauttaaltaan kaikkia vuorovaikutuksen äärettömän monista piirteistä. Tarkastelu pyritään keskittämään ja rajaamaan ainoastaan niihin piirteisiin, joihin tutkittavat keskustelijat itse suuntautuvat tehden ne siten oman toimintansa kannalta merkityksellisiksi. Keskustelunanalyysi onkin käänteisrakentamisen tiedettä: se on tutkimusote, joka erittelee ja pilkkoo osiin sosiaalisen toiminnan löytääkseen ja osoittaakseen ne piirteet ja vuorovaikutuksen säännönmukaisuudet, joiden avulla puhujat rakentavat keskustelut ja sosiaalisen maailman sellaisena kuin me sen tunnemme.

Huolimatta ilmiöiden kuvausten yksityiskohtaisuudesta ja kuvattavien seikkojen

▷

lukuisuudesta keskustelunanalyysiä ei ehkä tulisikaan ymmärtää yksinomaan kuvailevaksi ja luokittelevaksi tieteenksi, joka etsii ja määrittelee kielenkäytön piirteitä. Keskustelunanalyysi on myös yleinen sosiaalisen toiminnan tutkimusote. Se tutkii, kuinka toimijat tuottavat toimintansa merkityksen hetki hetkeltä toteutuvan havaittavan orientoitumisen ja organisoitumisen kautta. Niinpä Raevaaran työ kytkeytyy paitsi keskustelunanalyysin perinteeseen myös sosiaalitieteellisiin keskusteluihin lääkärin työn luonteesta ja lääkärin ja potilaan suhteesta.

Keskustelunanalyttisenä tutkimuksena Raevaaran työ tuo merkittävän lisän aiempaan tutkimukseen ensinnäkin keskittymällä tarkastelemaan potilaan toimintaa vastaanotolla, mikä yleisesti ottaen on ollut vähemmän huomion kohteena (ks. myös Ruusuvoori 2000; Haakana 1999). Useimmiten institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksissa huomio on päädytty kohdistamaan ammattilaisen toimintaan. Raevaaran työ kohdentuu nimenomaan selventämään sitä, miten potilas osallistuu diagnositseeseen päättelyyn, erityisesti diagnoosiehdotusten avulla. Yleisemmällä tasolla työ on ansiokas sikäli, että siinä yhdistyvät luontevalla tavalla kansainvälinen lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta koskeva tutkimus ja erityinen suomalaisen keskustelututkimuksen suomalaisia puheikäytänteitä koskeva tietämys.

Sosiaalitieteellisestä näkökulmasta Liisa Raevaaran tutkimus tarkentaa, täydentää ja korjaakin lääkärin ja potilaan suhteen epäsymmetriasta esitettyjä näkemyksiä. Tutkimus tarkentaa aiempia näkemyksiä osoittamalla, ettei lääkärin ja potilaan suhteen epäsymmetria palaudu yksinomaan lääkärin auktoriteettiin, vaan potilasta koskevat odotukset muovautuvat vastaanoton tyyppin ja vaiheen ja käynnissä olevan toiminnon mukaan. Väitöskirja täydentää aiempaa tietämystä inkongruenssitilanteis-

ta eli tilanteista, joissa lääkärin ja potilaan käsitykset diagnoosista eroavat. Yhtäältä Raevaara osoittaa, ettei inkongruenssi aina liity vaivan vakavuutta koskeviin mielipideeroihin vaan myös muihin seikkoihin. Lisäksi Raevaara nostaa esiin aiemmin tarkastelematta jääneet tilanteet, joissa potilas vähättelee vaivaansa.

Lopuksi väitöskirja korjaa esitettyjä käsityksiä lääkärin ja potilaan välisestä lääketieteen tulkintakehyksen ylivallasta osoittamalla, että lääkäri ja potilas voivat suuntautua samanaikaisesti sekä lääketieteen että arjen näkökulmaan.

KESKEISET TULOKSET

Raevaara huomauttaa, että aiemmissä tutkimuksissa on yleensä keskitytty niihin vastaanottoihin, joissa potilas tulee lääkäriin uuden vaivan takia. Tämänkään vuoksi ei ole juuri kiinnitetty huomiota siihen, miten lääkärillä käynnin syy vaikuttaa potilaan tehtäviin vastaanotolla. Aiemmissä tutkimuksissa esiin nostettu lääkäroitävyyden ongelma — se, että potilaan tulee oikeuttaa ja osoittaa aiheelliseksi lääkärille tulonsa — rajoittuu oma-aloitteisiin käynteihin. Ensi käynneillä potilas suuntautuu sen osoittamiseen, että vaiva vaatii hoitoa ja asiantuntijan apua. Lääkäroitävyys saavutetaan kuvailemalla oireiden pitkäaikaisuutta, haitallisuutta tai epätavallisuutta tai vetoamalla kipujen voimakkuuteen. Oma-aloitteisilla jatkokäynneillä potilas puolestaan pyrkii osoittamaan käynnin perustelluksi ottamalla huomioon sen, mitä vaivasta jo tiedetään. Määräaikaikäykneillä lääkäroitävyys ei nouse esiin, vaan vastaanotto voi rakentua rutiininomaisen asialistan varaan, jota potilas voi halutessaan täydentää erilaisilla lisäasioilla.

Käynnin syyn huomioon ottaminen tarkentaa kuvaa lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta ja heihin vastaanotolla kohdis-

tuvista tehtävistä tai odotuksista. Tutkimuskäytännön tasolla se samalla tarkoittaa sitä, että tutkija on irtautunut joskus keskustelunanalyysiin liitetystä puhtaasti paikallisesta kontekstin käsitteestä. Hyödyntäessään käynnin syystä tai tyyppistä olemassa olevaa tai vuorovaikutuksen kulusta pääteltävissä olevaa tietoa Raevaara ei siis analysoi vain vuorovaikutuksen paikallista jäsentymistä vaan myös sitä, kuinka paikallinen toiminta rakentuu suhteessa toimijoiden olettamiin ja tietämiin rakenteisiin ja taustaseikkoihin, joihin he mahdollisesti suuntautuvat. Yhtäältä omaksuttu tutkimusote rikastaa keskustelunanalyysiä ja tuo tarkastelun piiriin myös eräät toiminnan rakenteelliset ehdot siltä osin, kuin ne tulevat jotenkin näkyville toteutuvassa vuorovaikutuksessa. Toisaalta syntyy jännite sen välille, missä määrin keskusteluntutkimuksessa on kyse toimijoiden suuntautumisten tutkimisesta ja missä määrin sosiaalisen toiminnan tutkimisesta, jolloin vuorovaikutus voi tuoda esiin myös epäsuorasti taustatekijöitä ja -olettamuksia. Esimerkiksi käynnin tyyppi — onko kyse ensi- vai jatkokäynnistä tai lääkärin vai potilaan ehdottamasta tapaamisesta — ei ole keskustelun kohteena vaan on keskustelijoiden itsestäänselvästi olettama lähtökohta, joka on epäsuorasti pääteltävissä vuorovaikutuksen kulusta. Uskon, että Raevaaran tekemä tutkimuskohteen laajennus on hyödyllinen, mutta tutkimus sinänsä olisi hyötynyt hivenen laajemmasta asiasta koskevasta keskustelusta. Lisäkeskustelua kaipaisi erityisesti se, missä määrin keskustelunanalyysiä halutaan rajoittaa instituutioissa tapahtuvan puheen analyysiin ja missä määrin sitä halutaan hyödyntää instituutioissa tapahtuvan toiminnan analyysiin. Nämä kaksi kun ovat toisiinsa kietoutuneita mutta silti erotettavissa olevia ilmiöitä (vrt. Heath ja Luff 2000; Luff, Hindmarsh ja Heath 2000; Goodwin 2000).

Toinen Raevaaran kiinnostava tulos koskee inkongruenssitilanteiden uudelleenanalyysiä. Kirja monipuolistaa aiemmin esitettyjä näkemyksiä lääkärin ja potilaan diagnoosia koskevista mielipide-eroista. Ensinnäkään kaikissa mielipide-eroissa ei suinkaan ole kyse siitä, että vaivastaan huolestunut potilas kokisi lääkärin vähättelevän sitä. Raevaaran mukaan potilaat osallistuvat vaivan diagnostisointiin myös käsityksillä, jotka osoittavat heidän pitävän vaivaa lääkärin käsitystä vähäisempänä. Raevaara käyttää johdonmukaisesti termiä »vähättele» kuvaamaan niitä tilanteita, joissa potilaat ilmaisevat »lievemmän» näkemyksen vaivastaan kuin lääkäri. Termin valinta ei vaikuta kovin onnistuneelta. Ainakaan kaikissa Raevaaran käsittelemissä tapauksissa potilaat eivät mielestäni millään tavoin »vähättele» vaivaansa, vaikka näkevätkin sen »lievempänä» kuin lääkäri. Tutkija taitaa tässä kohdassa tulla vahingossa osoittaneeksi sitoutuneensa melko vahvasti lääkärin näkökulmaan, niin että se näyttäytyy tunnusmerkittömänä ja potilaan näkökulma taas korostetun tunnusmerkkisenä, kuten vähättelevänä. Vaikka Raevaaran analyysit ovat kauttaaltaan tarkkoja ja asiantuntevia, huomaan juuri tässä kohden olevani erimielinen myös joidenkin analyysien kanssa. Ainakaan kaikissa tarkastelluissa mielipide-eroissa ei mielestäni ole selkeästi kyse yhdestä skaalasta, siis ongelman vakavuudesta, vaan siitä, että lääkäri ja potilas näkevät vaivan eriluonteisena tai kuvaavat sitä erilaisissa semanttisissa kentissä, jotka saattavat olla lähtökohtaisestikin yhteismitattomia. Analyysien mahdollisista pulmista huolimatta on Raevaaran havainto inkongruenssitilanteiden monensuuntaisuudesta silti erittäin tärkeä.

Raevaarankin mukaan pääosa inkongruenssitilanteista on sellaisia, joissa lääkäri näkee potilaan vaivan vähäisemmäksi kuin potilas itse (siis sellaisia, joissa

▷

lääkäri vähättelee potilaan vaivaa?). Jyrkimmäksi ristiriita muotoutuu silloin, kun lääkärin diagnostinen kannanotto kyseenalaistaa potilaan oirekuvauksen. Näissä tapauksissa potilas saattaa ilmaista erimielisyytensä eksplisiittisesti. Nämä tapaukset erityisesti ja inkongruenssitapaukset ylipäänsä vaikuttavat tärkeiltä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen kannalta sikäli, että tällöin potilaan voi kuvitella olevan jossakin määrin tyytymätön lääkärin diagnoosiin. Yksi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen keskustelunanalyttisten tutkimusten paradoksi on se, että vaikka ainakin osan potilaista tiedetään ajoittain olevan tyytymättömiä saamaansa palveluun, tämä ei sinänsä tarkoissa ja detaljoiduissa keskustelunanalyttisissä tutkimuksissa juuri tule esiin. Osaltaan kyse on siitä, että vuorovaikutus ja siitä muodostuvat käsitykset ovat eritasoisia ilmiöitä eikä tällä hetkellä tiedetä juuri mitään siitä, millainen mielikuva koetusta vuorovaikutuksesta ihmisille muodostuu. Jatkossa tuntuisi tarvittavan nimenomaan monikomponenttista tutkimusta, jossa vuorovaikutuksen tarkka analyysi yhdistettäisiin palvelun laadun tai toiminnan tuloksellisuuden mittauksiin. Inkongruenssitilanteiden analyysi voi periaatteessa olla jatkon kannalta tärkeä lähtökohta.

Yleisemmällä tasolla Raevaara hahmottelee lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen eroa ohjaus- tai terapiavuorovaikutukseen. Raevaaran mukaan ohjaus- ja terapiakeskusteluissa työntekijä joutuu osoittamaan ottavansa huomioon asiakkaiden tulkinnat ja käsitykset muotoillessaan neuvoja tai ratkaisuehdotuksia. Analysoidun aineiston mukaan tällaista odotusta ei kohdistu lääkäreihin. Lääkärit voivat jättää potilaan ehdotukset tai käsitykset ongelmasta huomiotta ilman, että se nousisi keskusteluissa selostusta vaativaksi lääkärin tai potilaankaan kannalta. Tältä osin potilas vaikuttaa konkreettisesti vallattomalta. Myös tämä tulos

vaikuttaa hoitokäytäntöjen ja vastaanottoinstituution kannalta hyvin relevantilta. Toisaalta Raevaara lieventää yksipuolista kontrollinäkökulmaa osoittamalla potilaiden orientoituvan lääketieteelliseen kehykseen, vaikkei lääkäri potilasta erityisesti suuntaisikaan siihen.

KONTEKSTI JA LÄÄKÄRIN AUKTORITEETTI

Erityisesti institutionaalista vuorovaikutusta koskeville keskustelunanalyttisille tutkimuksille on ominaista jännite toiminnan paikallisen rakentumisen ja sen institutionaalisten ehtojen välillä. Raevaarakin korostaa voimakkaasti, jopa jyrkästi, tutkivansa vuorovaikutuksen paikallista rakentumista eli sitä, miten toiminta paikallisesti tuotettuna ja osallistujien suuntautumisten saavutuksena toteuttaa tarkasteltavan institutionaalisen toimintamuodon. Emanuel Schegloffin (1991) esittämiin metodologisiin periaatteisiin tukeutuen Raevaara (s. 31) esittää, että »keskustelu on institutionaalista vain sikäli ja sillä hetkellä, kun osanottajat osoittavat puheenvuorojensa yksityiskohdilla suuntautuvansa keskustelun institutionaalisuuteen ja merkitsevät sen relevantiksi meneillään olevassa toiminnassa». Täten institutionaalista toimintaa eivät määritäkään pysyvät kontekstipiirteet vaan institutionaalisuus rakentuu paikallisesti arkikeskustelun käytänteiden muunnelmista. Tämän takia myös osallistujien identiteetit ja tehtävät muotoutuvat paikallisesti ja hetkellisesti.

Tutkimuskäytännön tasolla Raevaara nojautuu kuitenkin huomattavasti maltillisempaan käsitykseen institutionaalisuuden luonteesta. Itse asiassa hän määrittelee paikallisen kontekstin tarkoittavan »sitä toimintaa (kysymistä, neuvomista, käynnin syyn kuvaamista, diagnoosin esittämistä tms.), johon analysoitava ilmiö sijoittuu» (s.

28, alaviite 8). Täten Raevaara päätyy hyväksymään tutkimuksen lähtökohdaksi tarkasteltavan ilmiön pysyvät kontekstipiirteet, kuten vastaanoton osallistujiin kohdistuvat tehtävät, joiden ei jyrkemmän metodologisen itseymmärryksen mukaan tulisi määrittää toimintaa sen tiukemmin paikallisella tasolla. Hedelmällisimmillään keskustelunanalyysin ohjelma avaa tarkasteltavaksi myös Raevaaran työssä sosiaalisen tai institutionaalisen toiminnan yleisten muotojen paikalliset, empiirisesti havaittavat piirteet ja niiden rekisterit. Kuitenkaan jyrkkä keskustelunanalyysin ohjelma ei näytä toteuttamiskelpoiselta institutionaalisissa konteksteissa. Raevaara ei esimerkiksi pysty täyttämään itselleen antamaansa tehtävää ja osoittamaan niitä systemaattisia arkikeskustelun muuntumia ja muunnelmia, joista lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen institutionaalisuus muotoutuisi. Se, että tutkimuksessa ei löydetä systemaattisia muuntumia arkikeskustelun käytänteistä, osoittaa, ettei lääkärin ja potilaan vuorovaikutus poikkea muodoiltaan arkisemmista keskusteluista ja että tilanteen institutionaalisuus nojautuu muuhun kuin vuorovaikutuksen muodollisiin piirteisiin. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen tehtäväksi ei kannattaisikaan nimetä arkikeskustelun käytänteistä poikkeamien etsimistä vaan sen tarkasteleminen, millaisia erityisiä käyttäjiä ja merkityksiä arkikeskustelun käytänteille institutionaalisissa tilanteissa muotoutuu (esim. Maynard 1992).

Toinen keskustelunanalyysille ominainen jännite muodostuu havaintojen ja niitä tehtävien löydösten sekä niiden tulkinnan välille. Keskustelunanalyysi korostaa yksityiskohtaista todennettavuuden vaatimusta ja ohjaa tutkijoita esittämään havaintomateriaaliin pohjautuvan näytön esittämilleen ilmiöille. Tässä suhteessa Raevaaran työ on mallikelpoinen: siinä tarkastellut ilmiöt esitellään yksityiskohtaisen ja tarkan

empiirisen käsittelyn avulla. Sen sijaan keskustelunanalyysin piirissä on keskusteltu vähemmän siitä, miten tehtyjä löydöksiä tulkitaan tai millaisia päätelmiä niistä tehdään. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan erimielisyyksien vähäisyys työssä tulkitaan juontuvaksi potilaiden orientaatiosta lääkärin auktoriteettiin. Tältä osin tulkinnan perusteista olisi voinut keskustella laajemminkin. Yhtäältä kyse voi olla myös lääkärin valta-asemasta, kuten yksinoikeudesta määrätä lääkkeitä, sairauslomaa ja tehdä muita potilasta koskevia päätöksiä. Toisaalta osa tulkinnoista olisi voitu palauttaa suoraan vuorovaikutuksen tasolle ilman ulkopuolista auktoriteettiselitystä. Esimerkiksi jo Heathin aikoinansa (1992) tekemä tulkinta siitä, että potilaiden pidättäytyminen diagnoosien arvioinnista osoittaisi heidän orientaatiotaan lääkärin auktoriteettiin, voitaisiin myös tulkita potilaiden arvioksi toiminnan keskeneräisyydestä — diagnoosia seuraava vuoro ei ole sopiva paikka erimielisyydelle. Joka tapauksessa tutkijan taustaolettamukset ovat sikäli tärkeitä, että ne ohjaavat empiirisestä aineistosta tehtäviä johtopäätöksiä. Niinpä Raevaara tapaa nähdä merkkejä potilaiden orientoitumisesta lääkärin auktoriteettiin myös silloin, kun potilaat tuovat erimielisyytensä lääkärin kanssa julki. Kun potilas esimerkiksi aloittaa erimielisyyden ilmaisemisen sanomalla *nii joo mut tosiaan niinku mä sanoin...*, Raevaara (s. 173) katsoo potilaan osoittavan partikeleilla *nii joo* saaneensa uutta tietoa ja siten orientoituvansa lääkärin lääketieteelliseen auktoriteettiin. Varsinkin kun potilas useilla äärimmäisyyden muotoilulla (*ei ollenkaan sitä, en... siitä puhuis mitää, aivan muuta*) osoittaa olevansa jyrkästi erimielinen lääkärin kanssa, väkisin mukaan tuotu keskustelu lääkärin auktoriteetista tuntuu vievän analyysia sivuraiteille. Ne edellisen kaltaiset esimerkiksi nivelvaivoihin liittyvät tapaukset, joissa potilaan kokemuksel-

linen tieto ja lääketieteellisesti todettavissa oleva tieto poikkeavat voimakkaasti toisistaan (Puranen 2000), vaikuttaisivat avautuvan paremmin muiden taustakategorioiden kuin lääkärin auktoriteettiasemaa koskevan käsittelyn avulla. Raevaara käyttää tulkintojen teossa kauttaaltaan jonkin verran tarpeettomia pseudoteknisiä aputermejä, kuten potilaan kasvojen ylläpito, vastaanoton monotopikaalisuus ja puheenvuoron odotuksenmukaisuus ja -vastaisuus. Kaikkiaan työssä on kuitenkin ansiokasta empiiristen havaintojen tarkka ja naseva läpikäynti, sen sijaan havaintojen tulkinta ja systematisointi jättää enemmän toivomisen varaa.

KOKONAISARVIO

Liisa Raevaaran tutkimus potilaiden diagnoosiehdotuksista lääkärin vastaanotolla on kaikkiaan vahva ja ansiokas. Se osoittaa tekijänsä taitoa ja kykyä pitkäjänteiseen ja korkeatasoiseen tieteelliseen työskentelyyn. Voi kuitenkin myös sanoa, että työ on keskustelunanalyttinen tutkimus hyvässä ja pahassa. Tutkimuksen kirkkain anti on sen tarkassa, huolellisessa ja elävässä aineistoanalyysissä, jonka avulla se välittää sekä analyttisesti perustellun että syvän kuvan lääkärin ja potilaan suhteesta ja sen rajoista ja jännitteistä. Sen sijaan työn kokonaisuuden jäsentely ja työstä tehdyt johdopäätökset eivät ole loppuun asti kehiteltäviä tai hiottuja.

Empiirisen analyysin osalta Liisa Raevaaran tutkimus on kaikkiaan mallikelpoinen. Sen analyysit ovat rikkaita, yksityiskohdilta runsaita, pitkälle mietittyjä ja perusteltuja. Samanaikaisesti ne ovat kuitenkin myös hyvin ekonomisia. Analyysien runsaus ja täyteläisyys ei vivahdakaan turhamaisuuteen vaan perinpohjaisuuteen ja tarkkaan harkintaan. Tutkijan ajoittain käyttöön ottama visuaalinen materiaali osoittaa

hänen myös kykenevän hyödyntämään aineistoaan monipuolisesti sekä ääni- että kuvamateriaalin osalta. Systemaattiseen videoanalyysiin tutkimuksessa ei kuitenkaan ole menty, eikä tutkimustehtävä liene sitä edellyttänytkään.

Tutkimus nostaa esiin lukuisan joukon kiinnostavia havaintoja ja löytöjä, joten sitä voi pitää tuloksiltaan rikkaana ja monipuolisena. Ehkäpä kaikkein kiinnostavinta Raevaaran työssä on lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteen moniulotteisuuden kuvaus. Tarkkojen ja sensitiivisten analyysiensä kautta tutkimus problematisoi perustellusti kaavamaiset näkemykset siitä, kuinka lääkärin on katsottu institutionaalisina vallankäyttäjinä estävän potilaan elämismaailman esiintuloa lääketieteellisessä kontekstissa. Sen sijaan Raevaara ottaa esiin sen, kuinka toimijat voivat suuntautua toiminnassaan sekä lääketieteen että elämismaailman ääniin. Samoin tutkija tuo esiin lääkärin ja potilaan näkemyserojen moninaisuuden niin, että vaivan vakavuutta koskevien monisuuntaisten näkemyserojen rinnalle nostetaan muita näkemyserojen lähteitä.

Kirjan jäsenitys on systemaattinen vaikkei aivan koherentti. Jäsennyksensä suhteen kirja itse asiassa poikkeaa induktiivisesta keskustelunanalyttisestä jäsennyksestä, jossa tarkasteltava ilmiö olisi ryhmitelty alaluokkiin vasta analyysin jälkeen. Sen sijaan Raevaara tarkastelee ilmiötä taustakategorioiden — vastaanoton vaiheen, käynnin syyn ja oireen tyyppin — kautta luokiteltuna. Työssä käytetty jäsenitys on sinänsä toimiva, mutta olisi kuitenkin kaivannut laajempaa perustelua. Lisäksi hivenen formaalisempi, taustakategorioiden kiinnittämätön tarkastelu olisi saattanut avata näkyville uusia ilmiön ulottuvuuksia.

Tutkimus on kiistatta ansiokas myös sosiaalitieteellisestä näkökulmasta. Tosin tutkijan suhde sosiaalitieteellisiin käsittei-

siin »institutionaalisuuden» käsitettä myöten on ehkä hivenen pintapuolinen. Hän näyttää omaksuneen melko funktionalistisen näkemyksen lääkärin ja potilaan roolijaosta, mikä saattaa olla vaikuttanut hienokseltaan konsensualistiseen tulkintaan lääkärin ja potilaan suhteesta. Toisenlaisesta taustaymmärryksestä lähtien olisi erityisesti lääkärin ja potilaan näkemyseroja koskevista aineisto-otteista voinut lukea enemmän potilaiden tyytymättömyyttä lääkäreitä kohtaan.

Tutkimuksen yhteenvetoluku sisältää paljon kiinnostavia havaintoja ja pohdintaa. Varsinaisia jatkokysymyksiä tutkimukselle tai ammattikäytäntöä koskevia suosituksia siinä ei kuitenkaan esitetä. Tätä ei akateemiselta tutkimukselta vaaditakaan. Silti olisi ollut tekijälle hyödyllistä ja lukijalle antoisaa avata näkymä laajempaankin johdopäätöksiä koskevaan keskusteluun. Uskon, että tutkijalla olisi ollut tähän edellytykset.

Huolimatta joistakin pääosin pienehköistä puutteista on Raevaaran tutkimus erittäin korkeatasoinen. Lukijalle työ on monin tavoin palkitseva. Se tarjoaa tieteellisesti luotettavan, mutta myös syvätarkan ja hienovireisen kuvan erään ammattikäytännön asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisesta. ■

ILKKA ARMINEN
Sosiologian laitos
PL 10

00014 Helsingin yliopisto
Sähköposti: ilkka.arminen@helsinki.fi

LÄHTEET

GOODWIN, CHARLES 2000: Action and embodiment within situated human interaction. – *Journal of Pragmatics* 32 s. 1489–1522.
HAAKANA, MARKKU 1999: *Laughing mat-*

ters. A conversation analytical study of laughter in doctor-patient interaction. Painamaton väitöskirja. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

HEATH, CHRISTIAN 1992: The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation. – Paul Drew & John Heritage (toim.), *Talk at Work* s. 235–267. Cambridge: Cambridge University Press.

HEATH, CHRISTIAN – LUFF, PAUL 2000: *Technology in action.* Cambridge: Cambridge University Press.

HERITAGE, JOHN – MAYNARD, DOUGLAS (toim.) tulossa: *Practising medicine: talk and action in primary care encounters.* Cambridge: Cambridge University Press.

LUFF, PAUL – HINDMARSH, JON – HEATH, CHRISTIAN (toim.) 2000: *Workplace studies: Recovering work practice and informing system design.* Cambridge: Cambridge University Press.

MAYNARD, DOUGLAS 1992: On clinicians complicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. – Paul Drew & John Heritage (toim.), *Talk at work: interaction in institutional settings* s. 331–358. Cambridge: Cambridge University Press.

PURANEN, AULI 2000: *Keskusteluja sairaudesta. Sairauden kokemuksen jäsentyminen pehmytreumapotilaiden ryhmässä.* Lapin yliopisto, sosiologian laitos.

RUUSUVUORI, JOHANNA 2000: *Control in the medical consultation: Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary healthcare.* Acta Electronica Universitatis Tamperensis 16. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4755-7.pdf>.

RUUSUVUORI, JOHANNA – HAAKANA, MARKKU – RAEVAARA, LIISA (toim.) 2001: *Institutionaalinen vuorovaikutus. Kes-*

▷

- kustelunanalyttisiä tutkimuksia.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- SCHEGLOFF, EMANUEL 1991: Reflections on talk and social structure. – Deidre Boden & Don Zimmerman (toim.), *Talk & social structure* s. 44–70. Cambridge: Polity Press.
- SORJONEN, MARJA-LEENA – PERÄKYLÄ, ANSSI – ESKOLA, KARI (toim.) 2001: *Keskustelu lääkärin vastaanotolla.* Tampere: Vastapaino.