

Kielellisen merkityksen välittymisen ongelmia maahanmuuttajalääkärien potilastenteissä



TAINA PITKÄNEN, MAIJA TERVOLA, MERJA TOIVONEN
JA ELISE KOSUNEN

1 Johdanto

Lääkärin ja potilaan välinen keskustelu on tilanne, jossa potilaan puheella on tärkeä rooli: potilas kertoo omin sanoin vaivoistaan ja kokemuksistaan, ja lääkärin tehtävä on käyttää potilaan kertomaa apunaan lääketieteellisen diagnoosin muodostamisessa ja oikean hoidon löytämisessä. Niinpä potilaan kertomilla asioilla on poikkeuksellista painoarvoa, ja merkitysten välittyminen täsmällisesti on ensiarvoisen tärkeää.

Lääkärinä toimii yhä useammin henkilöitä, jotka käyttävät työkielenä muuta kuin vahvinta kieltään. Kielellisen eriparisuuden on todettu altistavan kommunikointihäiriöille (Drew 1991), ja muun kuin vahvemman kielen käyttö potilashoidossa on yhteydessä heikompiin hoitotuloksiin (Schwei ym. 2016). Myös Suomessa on todettu, että suomea toisena kielenä käyttävillä lääkäreillä on kielitaitopuutteita, jotka tuottavat lisätyötä muulle henkilökunnalle ja lisäävät epävarmuutta terveydenhuollon laitosten toiminnassa (Tervola 2017).

Tällä hetkellä lääkärin laillistamiseen vaadittava suomen tai ruotsin kielen taitotaso on varsin alhainen eli B1 (Valvira).¹ Vastaanottotilanne voi kuitenkin olla kielellisesti hyvin vaativa, eikä muodollisen kielitaitovaatimuksen täyttämistä välttämättä ole osoitus käytännön työssä riittävästä kielitaidosta. Tästä syystä lääkärin kielitaitoa on tarpeen tutkia tarkemmin ammatillisen tilanteen vaatimuksista käsin.

Tässä artikkelissa tarkastelemme EU/ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden laillistamisprosessin viimeiseen vaiheeseen kuuluvia potilastenttejä ja niissä tapahtuvaa potilaan ja lääkärin välistä keskustelua. Selvitämme, missä määrin potilaan kertomat asiat välittyvät tai jäävät välittymättä lääkärille. Teemme tulosten perusteella johtopäätöksiä lääkäreiden kuullunymmärtämisen taidosta sekä kielitaidon riittävydestä suhteessa vastaanottotilanteen vaatimuksiin. Osoitamme, että osa tenttijöistä hyötyisi lisätuesta ammatillisen kielitaidon kehittämisessä. Tuen tarpeen paikan-

1. 1.1.2022 tulee voimaan uusi kielitaitovaatimus B2 potilastenttiin ilmoittauduttaessa (Tampereen yliopisto).

taminen on tärkeää ennen kaikkea potilasturvallisuuden näkökulmasta mutta myös lääkärin ammatillisen kehittymisen vuoksi.

Potilastentissä lääkäri ottaa vastaan autenttisissa tilanteissa kolme terveyskeskuksessa asioivaa potilasta, ja hänen suorituksensa arvioidaan ammatillisesti (Haukilahti 2014). Tutkimusaineistomme koostuu näiden potilastilanteiden videotallenteista sekä tenttijäläkäreiden kirjoittamista potilaskertomusmerkinnöistä. Lisäksi käytämme analyysin tukena tenttiä valvovan lääkärin arviointimuistioita.

Tutkimuksessa tarkastelemme kielellisten merkitysten välittymistä lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa. Käytännössä siis tarkkailemme, ymmärtääkö lääkäri potilaan puhetta oikein. Lääkärin ja potilaan välisestä keskustelusta on jo olemassa runsaasti tutkimusta (esim. Peräkylä 1997; Raevaara 2000; Ruusuvuori 2000; Korpela 2007; Ijäs-Kallio 2011; Paananen 2019), mutta vuorovaikutukseen keskittyvissä tutkimuksissa pyrkimyksenä ei ole ollut tavoittaa lääketieteellisen tiedon muodostumisen ja välittymisen prosessia, joka on tämän tutkimuksen keskiössä. Vuorovaikutusaineistosta ei myöskään ole pyritty tekemään päätelmiä osallistujien kielitaidosta.

Käytännössä tutkimme keskustelussa käytettyjen sanojen ja lauseiden merkityksiä ja niiden vastaavuutta: vastaako lääkärin myöhemmin keskustelussa ilmaisema tulkinta potilaan puheen merkityksiä, ja vastaavatko potilaskertomusmerkinnät keskustelun sisältöä? Keskusteluaineistoa ja potilaskertomusmerkintöjä yhdistävän aineistotriangulaation avulla saamme näkyviin myös sellaisia ymmärtämisen ongelmia, jotka eivät näy keskustelun pinnassa. Puheen lisäksi kiinnitämme huomiota siihen, miten lääkäri toimii: osoittaako hänen ammatillinen toimintansa, että hän on ymmärtänyt potilaan antaman informaation? Tässä keskusteluaineistoa täydentävät arviointimuistiot, joihin on dokumentoitu potilastenttiä valvovan lääkärin havaintoja siitä, mitä potilas on kertonut oireistaan ja miten lääkäri on niihin reagoanut.

Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat: Millaisia tiedon välittymisen ongelmia keskusteluaineistosta ja sen kanssa yhdessä tarkastelluista potilaskertomusmerkinnöistä ja arviointimuistioista on tunnistettavissa? Mitkä vastaanottotilanteen piirteet ovat yhteydessä ymmärtämisen ongelmiin? Mitä päätelmiä ongelmakohtien perusteella voidaan tehdä lääkärin kielitaidosta?²

2 Kuullun ymmärtäminen vastaanottotilanteen kehyksessä

Lääkärin ja potilaan välinen keskustelu vastaanottotilanteessa on kiinteä osa lääkärin ammatillista toimintaa. Se on vahvasti sidoksissa kontekstiinsa, johon kuuluu kielin lisäksi ainakin vastaanottohuone tilana, keskustelijoiden roolit sekä sosiaalinen ja

2. Tutkimus on osa Taina Pitkäsän väitöskirjaprojektia, ja Pitkänen on päävastuussa tutkimuksen toteutuksesta ja tutkimuksessa tehdyistä valinnoista. Aineiston analyysi on toteutettu Pitkäsän ja Tervolan yhteistyönä, ja Toivonen on toiminut analyysia tehtäessä lääketieteen asiantuntijana. Teoriatausta ja argumentointi ovat Pitkäsän ja Tervolan yhteistyötä. Kosunen on ollut vastuussa aineistonkeruun ja -hallinnan asianmukaisesta hoitamisesta sekä tutkimuksen eettisestä arvioinnista. Kiitämme kaikkia aineistossa esiintyviä lääkäreitä ja potilaita sekä Tampereen yliopiston potilastenttien valvontaan ja arviointiin osallistuneita lääkäreitä. Lisäksi kiitämme artikkelin käsikirjoitusvaiheen nimettömiä arvioijia sekä Johanna Vaattovaaraa ja Camilla Lindholmia arvokkaista kommentteista käsikirjoitukseen.

kulttuurinen konteksti laajemminkin (Duranti & Goodwin 1992; Måseide 2007: 614). Potilaan puheen ja fyysisen tutkimuksen lisäksi lääkärin diagnostinen päättely perustuu erilaisiin teksteihin, joita lääkärillä on käytettävissään vastaanoton aikana (Jones 2013). Erityisen suuri merkitys on sähköisillä potilaskertomusjärjestelmillä, joihin terveydenhuollon ammattilaiset kollektiivisesti tuottavat tekstiä potilaan hoitoon liittyvistä asioista (Jones 2015: 850; Måseide 2007: 614).

Kielellisesti vastaanottotilanne on kohtalaisen vaativa. Yhtäältä se on lääkärille tuttu ja harvoin erityisen kiireellinen tai potilaan hengen kannalta kriittinen. Toisaalta potilaiden suuri vaihtuvuus ja laaja diversiteetti aiheuttavat sen, että lääkäri ei useimmiten tunne potilaitaan ennalta, mikä vaikeuttaa yhteisymmärryksen rakentamista. Koska kyseessä on institutionaalinen vuorovaikutustilanne, jossa lääkäri on auktoriteetti-asemassa ja potilas puolestaan haavoittuvassa asemassa, kommunikoinnin onnistuminen ja tiedon välittyminen on erityisesti lääkärin vastuulla. (Tervola 2018.)

Potilaan kuunteleminen kuuluu kiinteästi potilaskeskeisen hoidon ideaan. Pyrkimys potilaskeskeisyyteen on syrjäyttänyt aiemmin vallalla olleen asia- tai lääkärikeskeisen hoitokäytännön, jossa lääkäri hallitsee vastaanottotilannetta omien tiedontarpeidensa mukaan (Kurtz, Silverman & Draper 2005: 54). Kuunteleminen on osa lääkärin ammattitaitoa, mutta työskentely muulla kuin vahvimmalla kielellä tuo siihen oman lisähaasteensa.

Kuuntelemista ja kuullun ymmärtämistä voidaan tarkastella joko kognitiivisena prosessina tai toimintana (Bodie 2018). 1980-luvulta lähtien kuuntelemisen tutkimus on alkanut painottaa puhujan ja kuuntelijan vuorovaikutusta yksilön mentaalisten prosessien sijaan. Kuuntelijaa ei enää nähdä vain passiivisena tiedon vastaanottajana vaan aktiivisena osapuolena puhujan ja kuuntelijan yhteisessä merkityksenantoprosessissa (Bavelas, Coates & Johnson 2000).

Kun tarkastellaan kuuntelemista sosiaalisena toimintana, sitä voidaan lähestyä kahdesta suunnasta: vuorovaikutuksen tai informaation välittymisen näkökulmasta (vrt. puheen kaksi perusfunktiota, interaktionaalinen ja transaktionaalinen, Brown & Yule 1983). Vuorovaikutuksen tasolla tavoitteena on sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, kun taas informaation välittymisen näkökulmasta tärkeintä on käsillä olevan tehtävän hoitaminen (Rost 2014: 138). Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa on näiden kahden funktion nähty kietoutuvan olennaisesti yhteen ja keskitytty tarkastelemaan sitä, miten keskustelun transaktionaalista tehtävää toteutetaan nimenomaan vuorovaikutuksen kautta tai avulla (Raevaara, Ruusuvoori & Haakana 2001). Tämä lähestymistapa jättää kuitenkin varjoon ne tilanteet, joissa vuorovaikutus on sujuvaa mutta informaation välittämisessä on ongelmia. Myös lääketieteen sosiologiassa transaktionaalinen puoli, varsinaisen lääketieteellisen tiedon muodostaminen ja välittäminen, on usein sivuutettu, vaikka se on lääkärin ammatillisen toiminnan perusta (Atkinson 1995: 37).

Suuri osa kuuntelemisesta on myös mielensisäistä prosessointia: sanojen tunnistamista puhevirrasta, segmentointia kieliopillisiksi yksiköiksi, tulkintojen tekemistä sekä koherenttien merkitysten rakentamista (Imhof 2010; Burlison 2011; Révész & Brunfaut 2013; Rost 2014). Kuullun ymmärtämisen prosessit voidaan jaotella alhaalta ylös ja ylhäältä alas eteneviin (esim. Vandergrift & Goh 2012). *Alhaalta ylös -prosessoinnissa* tulkintaa luodaan ensisijaisesti analysoimalla puhevirtaa käyttäen hyväksi fonologista,

semanttista ja kieliopillista tietoa. *Ylhäältä alas -prosessoinnissa* puolestaan lähtökohtana ovat kuuntelijan ennakkotiedot, joita hyödynnetään tulkinnessa.

Lääkärin vastaanotto on institutionaalinen vuorovaikutustilanne (Drew & Heritage 1992; Peräkylä 1997), joka vakiintuneen rakenteensa vuoksi tarjoaa lääkärille monenlaisia ennakkotietoa. Vastaanoton rakenne on eräänlainen käsikirjoitus, jossa kullakin osallistujalla on oma roolinsa ja joka etenee tiettyssä järjestyksessä (vrt. *skripti* eli johonkin stereotyyppiseen tilanteeseen liittyvä tapahtumasarja, Field 2008: 217). Kullakin vastaanoton vaiheella (vastaanoton aloitus, tiedon kerääminen, fyysinen tutkiminen, jatkosuunnitelman laatiminen ja selittäminen ja vastaanoton lopetus) on oma tehtävänsä potilaan hoidon kannalta (Byrne & Long 1984 [1976]; ten Have 1989; Peräkylä 1997; Ruusuvoori 2000; Raevaara 2000). Eri vaiheisiin sisältyy sekä institutionaalista tai ritualisoitua että vapaata puhetta (Ainsworth-Vaughn 2001).

Tiedetään, että ymmärtämisen ongelmat voivat liittyä suoraan kuullun prosessointiin, kuten äänneiden erottelukykyyhin (Sparks & Ganshow 2001; Wilson, Kaneko, Lyddon, Okamoto & Ginsburg 2011), sanastonhallintaan (Bonk 2000; Staehr 2009), sanantunnistusnopeuteen (Milton 2009; Hui & Godfroid 2020) tai työmuistiin (Laakso 2018; Borges Mota, McNeill & Wen 2015). Suomen kielessä tutunkin sanan tunnistamista saattaa vaikeuttaa tekstissä käytetty taivutusmuoto tai äänneiden assimiloituminen tai kato (Laakso 2018: 188–189). B1-tason puhuja osaa tunnistaa satunnaiset vieraat sanat ja päätellä niiden merkityksen kontekstin perusteella sekä tarvittaessa selvittää epäselväksi jääneitä merkityksiä (Eurooppalainen viitekehys). Ongelmallista on kuitenkin se, jos vieraita sanoja on kuuntelijan prosessointinopeuteen nähden liikaa (Laakso 2018: 195). Eräiden tutkimusten mukaan (esim. Bonk 2000; van Zeeland & Schmitt 2013) ymmärtääkseen kuulemansa kohtuullisella tarkkuudella kuuntelijan pitää ymmärtää 90–95 prosenttia juoksevista sanoista.

Eräs merkittävä ongelma puheen prosessoinnissa on kuuntelijan huomion ajautuminen väärille raiteille (Rost 2014). Huomio voi kohdistua keskustelun ulkopuolelle, lääkärin vastaanottotilanteessa esimerkiksi kirjallisen materiaalin lukemiseen. Silloinkin, kun kuuntelija on keskittynyt kuuntelemiseen, epäselvä äännejako puhevirrassa voi aiheuttaa väliaikaisen prosessointiviiveen, jolloin kuultuun jää aukkoja (Graesser & Forsyth 2013; van Herten, Chwilla & Kolk 2006). Ne vaikuttavat kaikkeen alhaalta ylös-prosessointiin, myös sanantunnistukseen ja syntaktisten rakenteiden analysointiin (Rost 2014), jolloin lyhytkestoiseen muistiin tallentuu epätarkkoja tulkintoja (*Shallow Structure Hypothesis*, Clahsen & Felser 2006; Paradis 2009).

Taitavilla kuuntelijoilla on monenlaisia strategioita, joilla he pyrkivät vastaamaan kuullun ymmärtämisen haasteisiin (Goh & Hu 2014). He voivat esimerkiksi toistaa tai muotoilla kysymyksiä uudelleen (Paananen 2016), esittää lisäkysymyksiä (Korpela 2007), tehdä yhteenvetoja puhutusta tai pyytää puhujaa muotoilemaan sanottavaansa uudelleen ymmärtämisen varmistamiseksi (Paananen 2018). Yhteisymmärryksen syntyminen onkin usein keskustelijoiden yhteistyön tulosta (Bavelas & Gerwing 2011; Ijäs-Kallio 2011).

Jos ymmärtämättä jääneitä kohtia on suhteellisen vähän, kuuntelija pystyy edelleen osallistumaan aktiivisesti keskusteluun; tosin toisen kielen puhujien kesken on isojakin eroja siinä, miten hyvin he pystyvät kompensoimaan ymmärtämiseen jääviä aukkoja ja sietämään niiden aiheuttamaa epävarmuutta (Dewaele & Wei 2013). Joka tapauksessa

toisella kielellä kuuntelemiseen tarvitaan enemmän kognitiivista kontrollia kuin ensi-kielellä (Rost 2014: 133; Bobb & Wodniecka 2013; Kroll & Bialystock 2013), mikä tuottaa stressiä. Korkea stressitaso puolestaan heikentää kuullun ymmärtämisen tuloksia, kuullun mieleen palauttamista ja päättelykykyä sekä pidentää reaktioaikaa (Eysenck, Santos, Derekschan, & Calvo 2007; Rai, Loschky, Harris, Peck & Cook 2010). Rost (2014) nostaakin affektiiviset tekijät kognitiivisten ja pragmaattisten taitojen rinnalle kuullun ymmärtämisen onnistumista tai epäonnistumista selittäviksi tekijöiksi.

Aineistoa tarkasteltaessa käy hyvin selväksi, miten monitahoisesta ja kokonaisvaltaisesta ilmiöstä kuullun ymmärtämisessä on kysymys. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme kuullun ymmärtämistä kielellisten merkitysten välittymisen näkökulmasta ja joudumme jättämään analyysin ulkopuolelle monia muita vastaanottotilanteen onnistumiseen liittyviä näkökohtia. Aineistomme sisältää runsaasti esimerkkejä tilanteista, joissa ymmärtämisongelmat saadaan selvitettyä erilaisten metakielellisten keinojen tai potilaan avulla, mutta tässä artikkelissa huomiomme ei kohdistu korjauskeinoihin vaan tilanteisiin, joissa korjauskeinoja ei käytetä. Emme myöskään tarkastele kehollisten tai materiaalistien resurssien käyttöä keskustelussa, vaan keskitymme kielellisiin merkityksiin.

3 Videoituun keskusteluaineistoon, potilaskertomusmerkintöihin ja arviointimuistioihin perustuva aineistotriangulaatio

Tutkimuksen kohteena on EU/ETA-maiden ulkopuolella tutkinnon suorittaneiden lääkärin laillistamiseen kuuluva potilastentti, joka on videoitu potilasvastaanotto (Hauki-lahti 2014). Potilastenttitilanteen potilas on terveyskeskuksen asiakas; lääkäri hoitaa vastaanoton osana laillistusprosessiaan, ja hänen ammatillinen suoriutumisen arvioidaan hyväksytyksi tai hylätyksi. Vastaanotolla on mukana myös valvova lääkäri, joka on tenttisuorituksen alustavan arvioinnin³ lisäksi vastuussa siitä, että potilas saa asianmukaisen hoidon. Tenttijäläkärin kielitaitoa ei varsinaisesti arvioida, mutta tenttiä valvova lääkäri saattaa arviointimuistiossaan kommentoida myös kielellistä suoriutumista.

Aineisto koostuu 30 lääkärin tenttisuorituksista, joissa kukin lääkäri hoitaa tavallisesti kolme vastaanottoa. Yhteensä vastaanottotilanteita on 87 ja niiden kokonaiskesto noin 40 tuntia. Vastaanottotilanteiden videotallenteiden lisäksi käytämme aineistona tenttiä valvovan lääkärin laatimia muistioita sekä vastaanotoista tehtyjä potilaskertomusmerkintöjä.

Analyysissa keskityimme potilaan hoidon kannalta merkityksellisen tiedon muodostumiseen ja välittymiseen. Tarkkailimme keskustelutallenteen ja siihen liittyvien asiakirjojen (potilaskertomusmerkinnät ja arviointimuistiot) avulla tiedon kulkua potilaalta lääkärille. Aineiston analyysi eteni kehämäisesti siten, että ensin tunnistimme kohdat, joissa potilas antaa informaatiota, ja sen jälkeen useilla katselukerroilla pyrimme tutkimusryhmän jäsenten havaintoja vertaillen ja kirjallisia aineistoja hyödyntäen todentamaan, onko lääkäri ymmärtänyt saamansa informaation oikein.

3. Tenttitilanteessa valvojalääkäri täyttää strukturoidun arviointilomakkeen ja laatii arviointimuistion. Lopullisen arvioinnin tekee kolmen hengen arviointiryhmä videon ja kirjallisen materiaalin pohjalta.

Käytännössä siis poimimme aineistosta kohdat, joissa jokin seikka osoittaa, että potilaan aiemmin kertoma tieto ei ole välittynyt lääkärille tai on välittynyt väärin.

Informaation välittymisen ongelmat tunnistettiin aineistosta seuraavilla kolmella tavalla:

- a) Havainnoimalla lääkärin puhetta ja toimintaa koko vastaanoton ajan, jolloin informaation välittymisen ongelmat paljastuvat myöhemmästä keskustelusta tai ammatillisesta toiminnasta.

Esimerkissä 1 potilas kuvailee korvien suhinaa vertaamalla sitä lentokoneen ääneen. Myöhemmin lääkäri viittaa potilaan puheeseen sanomalla, että korvissa tuntuu kipua lentomatkan aikana.

(1) Lentokoneen ääni [Lo3P3]⁴

P: mutta joskus on sitte voimakaskin ääni ihan sillai niinku menis jotkut lentokoneet pörräis tual taivaalla,

*noin 16 minuuttia myöhemmin

L: mutta keskellä **sä mainittanut** että että kun sä on lentokoneessa tulee korvakipua enemmän eikö niin?

P: ei ole koskaan minulla ollu semmosta, minä en oo nyt lentokoneella menny hetkeen aikaan taitaa olla toistakymmentä vuotta kun on viimeks käyty eteläs,

- b) Vertaamalla lääkärin kirjoittamia potilaskertomusmerkintöjä vastaanotto-keskusteluun. Potilaskertomukseen voi olla kirjattuna asioita, joista potilas ei ole puhunut.

Esimerkissä 2 potilaskertomukseen on kirjattu *runsasta television ja näyttöpäätteiden katselua*, jollaisesta potilas ei puhunut vaan valitti, että näköhäiriöitä tulee, kun lukee *pientä präänttiä*.

(2) Pientä präänttiä [L15P2]

L: onks sun näkö on vähentynyt tai huonontunut viime aikana?

P: mutta nyt mä oon luku aika paljon ja kummallakin kertaa se tuli se sahalaitakuvio kun mää luin ja semmost **pientä präänttiä pökkaria** niin siinä lukiessa,

Potilaskertomus on vain tiivistelmä tärkeimmistä asioista, joita potilaan hoitoon liittyy, ja vastaanotolla keskustellaan paljon sellaistaakin, mikä ei tule kirjatuksi mihinkään.

4. Keskustelukatkelmien litteroinnissa käytetyt merkintätavat ja periaatteet on esitelty verkkoliitteessä.

Se, että potilaan kertomaa asiaa ei löydy potilaskertomuksesta, ei siis vielä tarkoita, että lääkäri ei olisi ymmärtänyt asiaa. Sen sijaan se, että kirjattuna on jotain sellaista, mitä potilas ei ole sanonut, on selvä merkki väärinymmärryksestä. Vääriä kirjauksia on kuitenkin vähän. Potilaskertomusten merkittävin hyöty tutkimuksen kannalta sen sijaan on se, että niiden avulla voidaan ehkäistä keskusteluaineiston virhetulkintoja: joskus keskustelun perusteella saattaa vaikuttaa siltä, että lääkäri ei ole ymmärtänyt potilaan kertomaa asiaa, mutta paikkansapitävä potilaskertomusmerkintä vahvistaa hänen ymmärtäneen.

- c) Tarkastelemalla vastaanottotilanteesta laadittua arviointimuistiota, johon tenttiä valvova lääkäri on kirjannut asioita, jotka tenttijälääkäriltä on jäänyt huomaamatta. Esimerkiksi ”Tenttijä ei huomioi oireiston mahdollista sydänperäisyyttä.” (L18P1)

Arviointimuistiot sisältävät pääasiassa huomioita tenttijälääkärin ammatillisesta toiminnasta. Potilastentissä ei siis arvioida kielitaitoa, joten kielellisiä asioita, kuten mahdollisia ymmärtämisiongelmiä, ei kirjata arviointimuistioihin systemaattisesti. Arviointimuistiot sisältävät kuitenkin myös väärinymmärryksiin ja potilaan puheen sivuuttamiseen liittyviä huomioita, jotka auttavat paikantamaan ymmärtämisiongelmiä keskusteluaineistosta. Yksinään ne eivät sisällä riittävän paljon eivätkä riittävän spesifiä tietoa kielitaidon arviointia varten.

Käytimme analyysissa Elan-ohjelmaa, jossa keskustelulitteraatit ja niitä koskevat huomiot saa merkittyä rinnakkaisiin raitoihin. Ensin tunnistimme vastaanotto-keskusteluista kohdat, joissa informaation kulku näytti häiriintyvän (taulukossa 1 seur. sivulla sarakkeet Keskustelun kohta ja Ongelma). Litteroimme kyseiset kohdat karkeasti ja samalla merkitsimme erilliseen raitaan selityksen siitä, miten ongelma ilmenee (sarake Selite). Vertasimme keskustelun sisältöä potilaskertomusmerkintöihin ja arviointimuistioihin, jotka joko vahvistivat tai kumosivat keskustelun perusteella tehtyjä tulkintoja (selitteessä suluissa oleva merkintä keskustelu/potilaskertomus/arviointimuistio viittaa siihen, mitä osa-aineistoa ongelman tunnistamiseen on käytetty). Tunnistetut kohdat luokittelimme sen mukaan, millainen informaation välittymisen ongelma niissä on (sarake Analyysikategoria).

Analyysin perusteella ongelmakohdat näyttivät jakautuvan kahteen pääryhmään: sellaisiin, joissa kielellinen merkitys välittyy väärin (*informaation vääristyminen*), ja sellaisiin, joissa merkitys jää kokonaan välittymättä (*informaation kato*). *Informaation vääristymisellä* tarkoitamme tilanteita, joissa lääkäri muodostaa potilaan puheesta tulkinnan, joka on ristiriidassa potilaan sanoman kanssa. Vastaanottotilanteessa tämä näkyy siten, että lääkäri viittaa virheellisesti potilaan puheeseen tai kirjaa virheellisiä tietoja potilaskertomukseen. Aina lääkäri ei kuitenkaan välttämättä kielenä omaa tulkintaansa potilaan puheesta. Analyysimme osoittaa, että informaation välittymisen ongelma voi tulla ilmi myös siten, että lääkäri ei näytä puheessaan tai toiminnassaan ottavan huomioon asioita, joita potilas on kertonut. Hän ei siis näytä vastaanottaneen potilaan kertomia tietoja. Tätä nimitämme *informaation kadoksi*. Informaatio voi olla paitsi oireiden, tapahtumien tai taustatietojen kuvausta myös potilaan esiin tuomia kysymyksiä tai huolenaiheita, joihin lääkärin tulisi vastata.

Taulukko 1.

Ymmärtämisiongelmiä tunnistaminen.

Tunniste	Keskustelun kohta	Ongelma	Selite	Analyysikategoria
L14P3	P: sukurasite on että on tota äidin puolelta on kaks veljee kuollu ja yhdelle on tehty kaks kertaa ohitusleikkaus L: kaksi veljeä kuollu ja äiti kuollu kaikki sepelvaltimo- tautiin	Lääkärin tulkinta ristiriidassa potilaan kertomuksen kanssa	Lääkäri ymmärtää virheellisesti, että äiti on kuollut. (keskustelu)	Informaation vääristyminen
Lo2P1	P: mun tarvii nyt kyl sanoo et tää on parantunu tää silmä (.) tota se on menny nyt ohi sen jälkee ku mä tuln siitä hakeen sitä aikaa L: okei onko tällä hetkelläkin kipua?	Lääkärin kysymykset ristiriidassa potilaan kertomuksen kanssa	Tulosyiksi kirjattu ”oik. silmä kiipeä ja vetistää”. Potilas kertoo oireiden menneen ohi lääkäriaikaa odottaessa. Lääkärin kysymyksen myönteinen muoto ja liitepartikkeli <i>-kin</i> tuntuvat ennakoivan myönteistä vastausta, kun taas potilaan puheen perusteella odotuksenmukainen olisi kielteinen vastaus (parantunut ≠ on kipua). (keskustelu + potilas-kertomus)	Informaation kato
L12P2	O: kotona mitattiin aamulla ni [verenpaine] oli 136 kautta 82 (.) meillä on kotona mittari ja me on monta kertaa viikossa mitattu L: mutta mä suosittelen kotona ihan verenpaine-seurantaa (.) joo saattaa olla että valkotakkiverenpainetta tässä	Lääkäri esittää uutena tietona asian, jonka potilas on juuri kertonut.	Lääkäri suosittelee verenpaineen kotiseurantaa, vaikka potilaan omaisuus on juuri kertonut, että heillä on tapana mitata kotona verenpainetta ”monta kertaa viikossa”. (keskustelu)	Informaation kato

Toisinaan lääkäri saattaa myös tarkoituksella sivuuttaa potilaan kertomaa tietoa. Sivuttaminen voi olla ammatillisesti perusteltua silloin, kun lääkäri pyrkii kohdentamaan keskustelun käsillä olevaan vaivaan, ja tällaista sivuttamista tapahtuu myös silloin, kun lääkärillä ja potilaalla on sama ensikieli (Raevaara 2000: 146). Toisaalta sivuttaminen voi kertoa lääkärin puutteellisista vuorovaikutustaidoista. Tässä tutkimuksessa kohdistamme huomiomme erityisesti niihin tapauksiin, joissa kadonnut tai vääristynyt informaatio olisi voinut olla potilaan diagnoosin tai hoidon kannalta olennaista. Koska sivuttaminen ei ole näissä tilanteissa ammatillisesti perusteltua, on syytä epäillä, että lääkäri ei ole ymmärtänyt annettua informaatiota.

Ongelmakohtien tunnistamisen jälkeen etsimme keskustelutilanteista piirteitä, jotka ovat voineet vaikuttaa siihen, ettei lääkäri ymmärtänyt potilaan puhetta (taulukossa 2 sarake Tilanteen piirre). Toisin sanoen pohdimme, tukevatko tilanteen piirteet oletusta, että informaation vääristymisen tai kadon syynä voisivat olla lääkärin kuullun ymmärtämisen ongelmat.

Taulukko 2.**Ongelmakohtiin liittyvät tilanteiden piirteet.**

Tunniste	Keskustelun kohta	Selite	Analyysikategoria	Tilanteen piirre
L14P3	P: sukurasite on että on tota äidin puolelta on kaks veljee kuollu ja yhdelle on tehty kaks kertaa ohitusleikkaus L: kaksi veljeä kuollu ja äiti kuollu kaikki sepelvaltimotautiin	Lääkäri ymmärtää virheellisesti, että äiti on kuollut.	Informaation väärityminen	Vieras sana tai ilmaus
L02P1	P: mun tarvii nyt kyl sanoo et tää on parantunu tää silmä (.) tota se on menny nyt ohi sen jälkee ku mä tuln siitä hakeen sitä aikaa L: okei onko tällä hetkelläkin kipua?	Tulosyksi kirjattu ”oik. silmä kipeä ja vetistää”. Potilas kertoo oireiden menneen ohi lääkäriaikaa odottaessa. Lääkäri ei näytä ottavan sitä huomioon, vaan tutkii silmän ja määrää lopulta antibioottikuurin, jonka valvova lääkäri myöhemmin peruu.	Informaation kato	Potilaan tilanne muuttunut tulosyyn kirjauksen jälkeen

Huomion kohdistuminen muualle kuin potilaan puheeseen saattaa selittää osan ongelmakohdista, etenkin potilaan antaman informaation katoamisesta. Lääkäri saattaa olla keskittyneenä samanaikaisesti lukemaan jotakin tietokoneen näytöltä tai paperilta, tekemään tutkimusta tai etsimään tutkimusvälinettä. Etenkin toisen kielen puhujilla monikanavaisuus vaikuttaa väistämättä kuullun ymmärtämiseen, kun huomio voi kohdistua kerralla vain rajalliseen määrään asioita. Lisäksi visuaalisen kontaktin puute jo sinällään heikentää ymmärtämistä (Bostrom 2006: 276). Aineistossamme kuitenkin merkittävä osa informaation välittymisen ongelmista ilmenee tilanteissa, joissa lääkärin katse on kohdistunut potilaaseen ja hän näyttää keskittyneen kuuntelemaan.

Seuraavassa kuvaamme esimerkkien avulla, miten informaation välittymisen ongelmat aineistossamme ilmenevät. Käsittelemme ensin kielen prosessointiin liittyviä ongelmia (alhaalta ylös -prosessointi, ks. lukua 2) ja sen jälkeen pragmaattisen tiedon hyödyntämiseen liittyviä ongelmia (ylhäältä alas -prosessointi). Samalla teemme huomioita tilanteiden kielellisestä vaativuudesta.

4 Informaation välittymisen ongelmakohdat vastaanottokeskustelussa

Potilastentin hyväksyminen tai hylkääminen perustuu ammatillisiin kriteereihin. Aineistomme 30 lääkäristä yhdeksän tenttisuoritus hylättiin. Heistä kahden kielitaito oli arvioitu jopa erinomaiseksi, ja hylkäyksen syyksi oli merkitty selvä ammatillinen virhe. Lopuilla seitsemällä hylätyllä ammatillisen toiminnan virheet limittyivät kielellisiin ongelmiin. Hylkäämisiä perusteltiin muun muassa puutteellisella diagnostisella päätelyllä sekä potilaan haastattelussa ja kommunikaatiossa ilmenneillä vakavilla puutteilla. Myös potilaan puheen sivuuttaminen nousee esiin potilastenttien arvioinnissa,

mutta tällöin se tulkitaan ennen kaikkea ammatillisten vuorovaikutustaitojen puutteeksi; kielitaito saatetaan arvioida hyväksi huolimatta siitä, että lääkäri jättää reagoimatta potilaan puheeseen.

Lääkärin diagnostinen päättely ei perustu pelkästään potilaan antamiin tietoihin, joten puheen ymmärtämisen ongelmat eivät aina johda ammatillisiin virheisiin. Kielellisiä ongelmakohtia löytyikin myös sellaisilta lääkäreiltä, joiden tenttisuoritus oli hyväksytty. Kaikkien 30 lääkärin joukosta erottui kuusi lääkäriä, joilla oli useita kielellisiä ongelmatilanteita kaikissa kolmessa vastaanotossa; heistä kaksi läpäisi kuitenkin tentin, koska heidän ammatillisessa toiminnassaan ei ollut merkittäviä virheitä. Noin kolmanneksella ongelmia ei ollut juuri lainkaan, ja hieman yli kolmanneksella ongelmat olivat satunnaisia. Emme ole analyysissa erotelleet potilaan hoidon kannalta kriittisiä väärinymmärryksiä vähäpätöisemmistä, joten on syytä korostaa, että kaikki kuullun ymmärtämisen ongelmat eivät vaaranna potilaan hoitoa. Kielitaidon arvioinnin näkökulmasta kuitenkin myös vähäisemmällä ongelmilla on merkitystä, sillä ymmärryskatkos lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa on jo sinänsä riski, vaikka siitä ei juuri sillä kerralla aiheutuisikaan vaaraa.

4.1 Alhaalta ylös -prosessointi: kielellinen dekodaus, sanahahmojen tunnistaminen ja sanastonhallinta

Tarkastelemme ensin sanastonhallintaan liittyviä ongelmatilanteita. Sanastolliset ongelmat tulevat vain harvoin eksplisiittisesti näkyviin keskustelussa. Suurin osa väärintulkintoista on sellaisia, joissa lääkäri ei itse havaitse tai ainakaan osoita ymmärtämättömyyttään. Aineistossamme on kuitenkin muutamia tapauksia, joissa lääkäri pystyy tuntemattoman sanan kohdatessaan paikantamaan sen ja kysymään tarkennusta. Tällöin informaation kulku ei katkea vaan ainoastaan häiriintyy hetkeksi. Esimerkissä 3 lääkäri onnistuu kohdistamaan tarkentavan kysymyksensä oikein, koska osaa johtaa *roudari*-sanasta verbin *roudata* ja taivuttaa sitä.

(3) Informaation vääristyminen: vieras sana [L19P1, keskustelu⁵]

P: kahekskytluvulla olin [nimi]-nimisen yhtyeen **roudarina** (.) rock-yhtyeen roudarina,

L: roudasit tarkoitat laiva. onko se laivalla?

P: ei vaan tota kierrettiin ympäri Suomee erinäköisissä konserttipaikoissa,

Ymmärtämisiongelma voi aiheutua myös tutusta sanasta, jos sen perusteella tehdään vääriä tulkintoja laajemmasta kokonaisuudesta. Esimerkissä 4 potilas on tullut lääkäriin pitkittyneen yskän vuoksi ja haluaa samassa yhteydessä ottaa influenssarokotuksen. Influenssaa hän ei ole sairastanut eikä influenssasta ole ollut aiemmin pu-

5. Lääkärin ja potilaan tunnistenumeron perään on merkitty, mitä kolmesta aineistosta (keskustelu, potilaskertomus, arviointimuistio) analyysissa on hyödynnetty.

hetta. Lääkäri poimii potilaan puheesta tutun sanan *influenssa* ja luo sen avulla virheellisen tulkinnan, että kyseessä olisi influenssan jälkijälke.

(4) Informaation vääristyminen: tuttu sana [L10P1, keskustelu]

P: mä olin menossa tonne **influenssarokotukseen** tässä viime tiistaina ja tota noin niin kysyin sitte siltä hoitajalta että onks se nyt turvallista ottaa ku mul on ollu tätä tämmöstä tavallista flunssaa ny jo kolme viikkoo,

L: eli yskä alkoi **influensan** yhteydessä.

Näyttää siis siltä, että lääkäri ei pysty ymmärtämään selostavaa puhetta vaan hänen huomionsa kiinnittyy yksittäisiin sanoihin. Tutun sanan perusteella tehty väärä tulkinta on aineistossamme yleisin informaation vääristymisen syy: niitä on 12 lääkäriellä eli noin kolmanneksella.

Väärinymmärryksiä tapahtuu myös kielen perussanaston, kuten lukusanojen, kohdalla (esim. 5).

(5) Informaation vääristyminen: sanahahmon tunnistaminen [L15P2, keskustelu]

P: lyrica **seitkytviis plus sataviiskymment** sellasella elikkä seitenviis aamulla sataviiskymmentä illalla sellasella annostuksella,

L: anteeks sanoitko uudestaan mikä annokset,

P: <seitkytviis milligrammaa aamulla ja sataviiskyt milligrammaa illalla>

L: yhteensä tulee kaheksansataa milligrammaa vuorokaudessa.

L: seitsemänsataa.

P: siis seitkytviis milligrammaa ja sataviiskyt milligrammaa,

L: seitkytviis okei,

Tässä ongelmana ei näyttäisi olevan sanastonhallinta vaan sanahahmojen erottaminen puheesta. Ensikieli voi vaikuttaa äänneiden havaitsemiseen, sillä aikuiset pystyvät tunnistamaan helpommin sellaisia foneettisia piirteitä, jotka ovat heidän ensikielensä aktiivisia (Cutler 2012: 305; Laakso 2018: 190; Lintunen 2014: 177; Rost 2016: 39; Vandergrift & Goh 2012: 41).

Sanastonhallinnalla on keskeinen osa kielellisten merkitysten dekodeeramisessa. Olennaista ei ole vain sanavaraston määrä vaan myös sen laatu: osa lääkärin ja potilaan välisistä ymmärtämisvaikeuksista saattaa liittyä siihen, että potilaat ja lääkärit puhuvat samoista asioista eri sanoin. Mishler (1984) käyttää ilmiöstä käsitteitä lääketieteen ääni (*the voice of medicine*) ja elämämaailman ääni (*the voice of life-world*) (ks. myös Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley 2001; Köhler, Rautava & Vuorinen 2018). Lääketieteen ääni on eksaktia ja perustuu mitattavissa oleviin faktoihin; elämämaailman ääni tuo keskusteluun potilaan oman havainto- ja kokemusmaailman. Lääkäri saattaa

pyrkii palauttamaan keskustelun lääketieteen äänelle, jos potilas ”harhautuu” pitkästi puhumaan elämismaailman äänellä (Mishler 1984: 95–97).

Elämismaailman ääni kuuluu potilaiden monimuotoisessa tavassa ilmaista oireitaan ja tuntemuksiaan. Erityisesti kipu on hyvin subjektiivinen kokemus, jota jokainen ihminen kuvailee omalla tavallaan (Vainio 2018). Kipua voidaan kuvata adjektiiveilla (esim. *jomottava, polttava, vihlova*) tai verbeillä (esim. *jomottaa, juulii, nipistää, pakottaa, pistää, puristaa, särkee*), joiden merkitys saattaa hieman vaihdella murrealueittain (Niemi-Murola & Pöyhä 2012; Vainio 2018). Kipua kuvataan myös erilaisilla metaforilla. Maallikoiden tapa kuvata kipua on paljon moninaisempi kuin lääketieteellinen kivun kuvausmatriisi (Ketovuori & Pöntinen 1981). Vaikeasti kuvattavia ja jossain määrin subjektiivisia ovat myös erilaiset huimaustuntemukset. Aineistossa potilaat vertaavat huimausta humalaan esimerkiksi ilmauksilla *niinku ois shotti noussu päähän* tai *niinku pienessä pöhnässä*. Metaforisia ilmauksia käytetään myös tuki- ja liikuntaelinvaivojen kuvauksissa, joissa on *palikat sekasin siinä polvessa* tai *sillee menny nurinniskoin tää jalka*. Sanastollista vaikeustasoa lisää murreilmausten käyttö: *tasapainojutussa on jottain vilunkia*.

Kivun voimakkuuden ja luonteen lisäksi lääkärille tärkeää tietoa on esimerkiksi se, säteileekö kipu johonkin. Verbi *säteillä* on lääketieteen kielessä yleinen, mutta potilaalle se ei ole ainoa mahdollinen tapa kuvata kyseistä tuntemusta. Säteilevän kivun kuvaus, jossa ei käytetä sanaa *säteillä*, saattaa kuitenkin jäädä lääkäriltä huomaamatta (esim. 6).

(6) Informaation kato: potilaan kieli [L18P1, keskustelu + potilaskertomus + arviointimuistio]

P: mä rupesin täältä (.) kävi täällä puolellaki välillä oikee,

*osoittaa kädellä vasempaan käsivarteen suuntautuvaa liikettä

L: öö joo,

P: jos menee (---) ettei kerkii hyvästi sanoo.

*molemmat nauravat

Potilaan mukaan (kipu) *kävi* myös kehon toisella puolella. Potilaskertomuksessa ei ole mainintaa vasempaan käteen säteilevästä kivusta, ja myös arviointimuistiossa huomautetaan, että vihje oireen mahdollisesta sydänperäisyydestä jäi tenttijäläkäriltä huomaamatta. Tenttijäläkärä ei myöskään tunnista äkkikuolemaan viittaavaa idiomia *mennä niin ettei kerkiä hyvästiä sanomaan*. Potilas naurahtaa tulkinnalleen, ja lääkäri tulkitsee sen vitsiksi ja nauraa mukana. Tämän jälkeen lääkäri vaihtaa puheenaihetta, eikä rintakipuihin enää palata. Informaation välittymisen tasolla huomiotta jää tieto rintakivusta, vuorovaikutuksen tasolla potilaan mahdollinen huoli asiasta.

Haakanan (2001: 196–197) mukaan potilaan nauru saattaa viestiä asian arkaluonteisuudesta tai epävarmuudesta (ks. myös Graugaard, Eide & Finset 2003). Esimerkin 6 tilanteessa kuolemaan viittaaminen tekee asiasta arkaluonteisen, ja nauru voisi kertoa myös siitä, että potilas pitää itsekin ajatusta äkkikuolemasta epävarmana tai epätodennäköisenä. Kielellisesti hän etäännyttää itsensä tästä tulkinnasta käyttämällä nollapersoonaa (*Ø menee (---) ettei Ø kerkii hyvästi sanoo*). Tavallisesti tällaisissa

tilanteissa lääkäri ei naura mukana vaan ryhtyy käsittelemään aihetta asiallisesti (Haakana 2001: 203). Se, että esimerkkitalanteen lääkäri nauraa mukana, tarkoittaa, että hän ei ymmärtänyt, että nyt ei ole kyse pelkästä vitsailusta.

Esimerkki 6 osoittaa samalla sen, että potilasta huomioiva vuorovaikutus ja kielellisten merkitysten välittyminen eivät aina kulje käsi kädessä. Esimerkkitalanteessa lääkäri kohtelee potilasta kohteliaasti ja ystävällisesti, yhtyy nauruun ja näyttää kuuntelevan intensiivisesti. Potilaan käyttämän kielellisen ilmauksen merkitys jää kuitenkin välittymättä, ja ilman kielen tukea potilaan ei-kielellinen viestintä tulee tulkituksi väärin.

Potilaan puheen tulkitseminen vaatii kykyä tunnistaa epäsuoria ja epätarkkoja merkityksiä. Esimerkissä 7 epäselvyyttä aiheuttaa se, millainen määrä on *vähän* ja millainen ajanjakso on *viime aikoina*.

- (7) Informaation vääristyminen: epäsuora ajan ja määrän ilmaus [L19P2, keskustelu + potilaskertomus + arviointimuistio]

L: oletko laihtunut **viime aikana**?

P: oommä laihtunu vähä,

L: kuinka paljon?

P: **siitä kun eläkkeelle jäin** ni siitä oon laihtunu, kymmenkunta kiloo ainaki.

L: oletteko eläkeläinen?

P: eläkkeellä ollu jo **kaheksan vuotta**.

Potilas kertoo laihtuneensa viime aikoina *vähä*, mutta kun lääkäri kysyy tarkennusta, potilas määrittelee uudelleen sekä laihtumisen määrän (*kymmenkunta kiloo*) että ajanjakson, jona laihtuminen on tapahtunut (*siitä kun eläkkeelle jäin*). Lääkäriltä on mahdollisesti jäänyt huomaamatta elämismaailman mittareilla annettu uusi, epäsuora ajan ilmaus, ja hän on kirjannut potilaskertomukseen ”merkittävästi laihtunut viime aikana”. Kymmenen kilon laihtuminen kahdeksan vuoden aikana ei ole ammatillisesti merkittävää, mutta lyhyessä ajassa vastaavalla laihtumisella voisi olla lääketieteellistä merkitystä. Tenttiä valvova lääkäri on pitänyt kirjausta epätasmallisena ja korjannut sen muotoon ”laihtunut kymmenisen kiloa eläkkeelle jäännin eli noin 7 v aikana”.

Samassa esimerkissä lääkärin ja potilaan puheenvuorojen välillä on myös toisenlaista erilinjaisuutta. Vastauksessaan laihtumiskysymykseen potilas viittaa eläkkeelle jäämiseen, mutta lääkäri kysyy heti perään *oletteko eläkeläinen*. Kysymys kuulostaa tiedonhakupysymykseltä, vaikka tieto eläkkeellä olosta tuli juuri potilaan edellisessä puheenvuorossa. Erilinjaisuus ei kuitenkaan välttämättä johdu kuullun ymmärtämisen ongelmasta vaan mahdollisesti siitä, ettei lääkäri osaa muotoilla kysymystään varmistuskysymykseksi. Ymmärtämisen ongelmia voikin olla vaikea erottaa puheen tuottamisen ongelmista (ks. myös Lehtimaja & Kotilainen 2019: 325).

Potilaan kielen ja lääkärin kielen ero ei ole pelkästään sanastollista. Ammatikielessä asiat esitetään jäsenytyneesti ja selkeästi, kun taas potilaan kuvaus esimerkiksi tapaturmasta tai tilanteesta, jossa oireet ovat alkaneet, voi olla tarinamainen ja syntak-

tiselta rakenteeltaan katkonainen. Esimerkissä 8 potilas kuvailee huonoa unen laatua ja mahdollisesti siitä johtuvaa poissaoloa autoa ajaessa.

(8) Informaation vääristyminen: potilaan kieli [L15P1, keskustelu]

P: et se on siis ihan mä aamulla kun mä herään ni musta tuntuu et
mä en oo nukkunu niinku sen yön aikana ollenkaan (.) ja nyt mä
oon sitte huomannu mikä mua on ruvennu vähän pelottaa niinku
autolla ajaessa on tapahtunu sillai (.) mä havahdun ihan
yhtäkkiä niinku että hetkinen mä ajan autoa (.) et tulee niinku
joku semmonen (.) mä en tiä mihin mä häviän niinku hetkeks mutta,
L: oletko ollut kolaris tai onks autokolari tai

Lääkärin jatkokysymykset keskittyvät vanhaan autokolariin, josta on merkintä potilastiedoissa. Keskustelu ajautuu siis hieman väärille raiteille siksi, että lääkärin on oletettavasti vaikea poimia rönsyilevästä kertomuksesta sen olennaista sisältöä. Kertomus koostuu puhekielelle tyypillisistä limittäisrakenteista, ja lisäksi runsas pronomiinien käyttö vaikeuttaa viittaussuhteiden hahmottamista. Myös potilaan tapa referoida omaa ajatteluaan aiemmassa tilanteessa (*että hetkinen mä ajan autoa*) tekee kerronnasta monitasoista.

Esimerkissä 9 potilas kertoo, että hänellä on jalassa epämääräisiä tuntemuksia, joita hän kuvaa puutumiseksi ja pistelyksi. Aiemmin hän on myös maininnut tuntemuksen muistuttavan suonenvetoa. Lääkäri ei juuri hyödynnä potilaan yritystä kielentää tuntemuksia vaan tarjoaa vaihtoehdoksi tyypillisiä kipua kuvaavia adjektiiveja ilmeisenä tavoitteenaan saada eksaktia ja itselleen tuttua sanastoa potilaan omin sanoin esitetyn kuvauksen tilalle.

(9) Informaation kato: potilaan kieli [L23P1, keskustelu]

L: minkälainen kipu?
P: no semmonen niinkun ei siinä oikee veri kiertäis niinku sillai
että se rupee niinku puudutus että se ois niinku puutuneena ollu
ja siinä rupee taas niinku [pal-
L: [onko se pistävää, vihlovaa?

Myös ensikielellään toimivia lääkäreitä on kritisoitu tavasta keskeyttää potilaan oirekuvaus ennen aikaisilla kysymyksillä (Ruusu vuori 2001: 43). Valmiiden sana- vaihtoehtojen tarjoaminen voi olla myös ammatillisesti perusteltu keino ohjata vastausta diagnostisen päättelyn kannalta tarkoituksenmukaiseen suuntaan ja rajata mahdollisten vastausten kirjoa. Moniosaiset kysymysvuorot (ks. esim. Linell, Hofvendahl & Lindholm 2003), joissa lääkäri esittää ensin avoimen kysymyksen ja sitten rajatun kysymyksen, ovat tavallisia kaikkien lääkärin vastaanottokeskusteluissa, mutta toisella kielellä työskentelevälle lääkärille niillä on erityistä merkitystä siksi, että ne lisäävät vastausten ennakoitavuutta myös kielellisesti.

Esimerkeissä 8–9 informaation välittymisen ongelmakohdissa ei ole kyse suoranaista väärinymmärryksistä vaan siitä, että potilaan kieli on niin vaikeaa, että lääkärin on hankala poimia siitä yksityiskohtia tai erottaa, mikä on asian ydin. Esimerkin 9 lääkärin tapaa ohjata vastaanottokeskustelua voidaan luonnehtia lääkärikeskeiseksi (Kurtz ym. 2005; Smith & Hoppe 1991). Hänen kysymyksensä ovat kaavamaisia ja näyttävät etenevän oman logiikkansa mukaan riippumatta siitä, mitä potilas on jo kertonut. Lääkärikeskeiseen haastattelutekniikkaan turvautumista saattaa selittää potilaan oireiden epäspesifisyys, joka näkyy potilaan oirekuvauksessa myös kielellisesti. Vastaanoton loppupuolella potilas itsekin viittaa siihen, että hänen on vaikea saada kuvattua oireitaan siten, että lääkäri ymmärtäisi: *voi kun mä osaisin sen oikein selittää noin (.) se on vaikee sanoo mutta sitten kun se tulee se kipu tonne jalkaterään niin siihen tulee niinku niin kova kipu että se on semmonen niinku siä ei veri kiertäis*. Epäspesifien oireiden kuvaaminen on siis ensikielelläkin haastavaa, ja keskustelijoiden kielellinen eriparisuus lisää haastavuutta entisestään. Tällaisessa tilanteessa lääkärikeskeinen haastattelu voi olla ainoa keino päästä eteenpäin.

Tässä luvussa olemme kuvanneet kielelliseen dekodaukseen liittyviä ymmärtämisen ongelmia. Kun tarkastellaan lähemmin väärinymmärryksen synnyttäneitä tilanteita, voidaan todeta tiivistäen, että ongelmat liittyvät ensinnäkin idiomien, murteen ja puhekielisten ilmausten ymmärtämiseen ja toiseksi rakenteeltaan jäsentymättömään suulliseen selostukseen ja puhekielen lauserakenteisiin. Tällaiset puheen piirteet on mainittu Eurooppalaisessa viitekehyksessä (2003) C1–C2-tason kohdalla, joten on odotuksenmukaista, että lääkäreillä, joiden kielitaitotaso on alempi, on ongelmia niiden ymmärtämisessä. Kaikki mutkikkaat rakenteet eivät kuitenkaan välttämättä ole lääkäreille hankalia, jos ne ovat tuttuja esimerkiksi potilaskertomusten kielestä. Helpoimmin dekodattavia ovatkin ne syntaktiset rakenteet, jotka ovat kuuntelijalle tuttuja riippumatta siitä, kuinka kompleksisia ne ovat (Andringa, Olsthoorn, van Beuningen, Schoonen & Hulstijn 2012: 55).

4.2 Ylhäältä alas -prosessointi: tukeutuminen ennakkotietoon

Tässä luvussa kerromme tilanteista, joissa lääkäri turvautuu ennako- ja tilannetietoihin muodostaessaan tulkintaa potilaan puheesta. Lääkärille ennakkotietoa on lääketieteellinen tieto ja ammatillinen kokemus sekä pragmaattinen tieto vastaanotto-tilanteen kulusta. Erityisen tärkeää ennakkotietoa on potilaskertomus, joka on tiivistelmä potilaan siihenastisesta sairaushistoriasta ja hoidosta. Jonesin (2015: 841) mukaan lääkärin ammatillisen toiminnan onnistuminen on pitkälti riippuvaista siitä, miten hyvin hän onnistuu hyödyntämään muiden ammattilaisten tuottamia tekstejä ja muuntamaan vastaanotolla käydyt keskustelun tekstiksi.

Ennen kuin potilas astuu lääkärin vastaanottohuoneeseen, lääkäri on ehtinyt nähdä potilaskertomusjärjestelmään kirjatun tulosityn, joka ohjaa hänen ennakkokäsityksiään potilaan tilanteesta. Tämä tulee erityisen selvästi näkyviin silloin, kun potilaan tilanne on muuttunut esitietojen kirjaamisen jälkeen.

Esimerkissä 10 tulosityksi on kirjattu ”oik. silmä kipeä ja vetistä”, mutta potilas kertoo oireiden menneen ohi lääkäriaikaa odottaessa.

(10) Informaation kato: tulossyn kirjaus [Lo2P1, keskustelu + potilaskertomus + arviointimuistio]

P: mun tarvi nyt kyl sanoo et tää on parantunu tää silmä,
tota se on menny nyt ohi sen jälkeen ku mä tulin siittä hakeen
sitä aikaa,

L: okei onko tällä hetkelläkin kipua?

*tutkimuksen jälkeen

L: tosi paksuu-paksuuntunut vuo-vuoto tullut eikö niin ja varmuuden
vuoksi laitetaan vielä tippoja,

P: mikä on paksuuntunu?

L: vuoto.

P: niin joo se oli mut ei se enää oo,

Lääkäri sivuuttaa tiedon sitä, että vaiva on parantunut, vaikka potilas ilmaisee sen mo-
neen kertaan (*on parantunu, on menny ohi, oli mut ei se enää oo*). Kysymys onko tällä
hetkelläkin kipua ei ole muodoltaan varmistuskysymys, jolla varmistettaisiin, että ki-
pua ei enää ole, vaan tuntuu pikemminkin ennakoivan myönteistä vastausta. Lisäksi
lääkäri muodostaa käsityksen, että silmä on rähminyt, vaikka potilaan puheen perus-
teella näin ei ole. Lääkäri ratkaisu määrätä antibioottikuuri paksuuntuneen vuodon
vuoksi näyttääkin perustuvan ennako-oletuksiin eikä siihen, mitä potilas sanoo, ja
niinpä ratkaisu on kliinisesti väärä: tenttiä valvova lääkäri peruu antibioottikuurin.

Ennakkotietoa on myös tieto siitä, miten vastaanottotilanne on tavallisesti rakentunut.
Vastaanoton ”käsikirjoituksen” (vrt. skriptin käsite, Field 2008) tuntemus tukee ymmär-
tämistä silloinkin, kun kielellisessä tulkinnassa on ongelmia. Vastaanoton käsikirjoitus
auttaa lääkäreitä päättämään, mikä on potilaalta odotuksenmukaista puhetta missäkin
vastaanoton vaiheessa, ja lääkärit myös kohtelevat vastaanoton eri vaiheissa tuotettuja po-
tilaan keskustelualoitteita eri tavoin (Raevaara 2000: 209). Yllättävässä kohdassa tuotetut
uudet puheenaiheet aiheuttavat usein ymmärtämisongelmia (Graesser & Forsyth 2013).

Vastaanoton lopuksi on tapana kysyä, onko potilaalla vielä jotain kysyttävää.
Odotuksenmukaista olisi, että kysymys koskisi hoitosuunnitelmaa. Seuraavan esi-
merkin potilas haluaa kuitenkin tietää, voiko hän saada influenssarokotteen, mikä on
täysin uusi puheenaihe tällä vastaanotolla.

(11) Informaation kato: vastaanoton käsikirjoitus, potilaan valitsema puheenaihe
ja käyttämä kieli [L12P1, keskustelu + arviointimuistio]

L: hyvä onko jotain kysyttävää herralla?

P: saanko mä lunssapiikin tosta?

L: no ensin otetaan se röntgenkuva ja katotaan se vaikeusaste
minkälainen ja (.) fysioterapeutille ja ja kipulääkityksellä nyt
katotaan pärjäätekö tällä auttaako tai ei mikäli ei auta
jatkoissa kyllä uusi yhteys että jos kaikesta huolimatta kipu
jatkuu voi harkita jotain muuta,

Kielellinen tulkinta ei onnistu – oletettavasti siksi, että puhekielinen *lunssapiikki* on lääkärille vieras sana. Sen sijaan, että lääkäri pyrki selvittämään kielellisen ongelman, hän etsiikin ratkaisua vastaanoton käsikirjoituksesta ja vastaa tavalla, joka sopisi käsi-
kirjoitukseen mutta ei vastaa potilaan kysymykseen. Tässä näkyy myös, miten lääkäri ei ilmaise ymmärtämättömyyttään: lääkäri käyttäytyy kuin ymmärtäisi, vaikkei ilmeisesti ymmärrä.

Esimerkissä 11 potilas esittää kysymyksen lääkärille ja pääsee siten valitsemaan puheenaiheen. Tällöin lääkäri ei pysty ennakoimaan, mistä on puhe. Pelkät sanat eivät kuitenkaan kannan niin paljon merkityksiä, että ne riittäisivät välittämään informaation ilman topiikin ja tilannekehityksen tukea. Puheen ymmärtämisen kannalta näyttääkin olevan erityisen merkityksellistä se, kuka on valinnut puheenaiheen. Aineistossamme on tavallista, että lääkäri näyttää ymmärtävän vastaukset omiin kysymyksiinsä mutta ei pysty tarttumaan potilaan esiin nostamiin puheenaiheisiin.

Esimerkissä 12 keskustellaan käsivarteen säteilevästä olkapääkivusta. Potilas antaa olkapäähän liittyvää taustatietoa, mutta se jää lääkäriltä huomaamatta mahdollisesti siksi, että potilas kertoo tiedon oma-aloitteisesti ja lääkärin kannalta ”väärään” aikaan.

(12) Informaation kato: potilaan valitsema puheenaihe [Lo5P1, keskustelu + potilaskertomus + arviointimuistio]

L: onko muita oireita kivun yhteydessä tämän vasen olkapään kipeää
(.) onko aikaisemmin jotain ollut niinkuin hengenahdistusta tai sydäntykytystä tai rytmihäiriöitä?

P: emmää ainakaa oo huomannu,

L: ei mitään te olette terve joo.

P: ohan se joskus pieneen vissii sijoiltaan menny pari kertaa,
muistan et oon kaatunu sit se on jääny tällasee asentoo ja oon
nykässy väkisin alas ja se on sattunu ihan helvetisti (.) mut et
se on ollu joskus ala asteel,

L: ahaa mutta ei niinkun sydänoireita niinkun jotain ja onko
suvussa jotain?

Lääkäri yrittää tarkistaa, ettei käsivarteen säteilevä kipu ole sydänperäinen oire, kun taas potilas pysyttelee olkapääteemassa, jonka vuoksi hän on vastaanotolle tullut. Potilas tarttuu kysymyksen kohtaan *onko aikaisemmin* ja alkaa kertoa olkapäähän liittyvästä aiemmasta tapaturmasta. Olkapään sijoiltaanmeno lapsena on olennainen mutta ei lääkärin ennako-odotuksen mukainen tieto. Lääkärin ratkaisu suunnata keskustelu takaisin sydänoireisiin voisi olla hyvinkin perusteltu siinä tapauksessa, että potilaan esiin nostamaan asiaan palattaisiin myöhemmin, mutta näin ei tapahdu eikä olkapään sijoiltaanmenoa mainita myöskään potilaskertomuksessa. Lääkäri ja potilas näyttävät siis keskustelevan eri asiasta. Erilinjaisuutta esiintyy myös ensikielen puhujien välisissä keskusteluissa (esim. Kurhila & Lindholm 2016: 272), mutta kakkoskielisisä keskusteluissa erilinjaisuutta on enemmän ja se voi olla merkki ymmärtämisen ongelmista (Lehtimaja & Kotilainen 2019: 325).

Lääkärin on myös pystyttävä päättämään potilaan tekemistä keskustelualoitteista, mikä on puheenvuoron tarkoitus. Esimerkissä 13 keskustellaan muistisairauden diagnosoinnista ja hoidosta. Potilas ei näytä täysin ymmärtäneen hoitosuunnitelmaa.

- (13) Informaation kato: puhetoiminnon tunnistaminen ja potilaan kieli [L09P2, keskustelu]

L: pääänkuva ja sitten aloitetaan lääkitys,

P: joo kyllä ilman muuta jos kerta tämmönen on todettu olen valmis ku partiopoika,

L: mm,

P: **kunhan ei vaan puukkoo rupee antaa**, mua on niin kauheest puukotettu ku mul on tekonivelet jaloissa ja sitä ennen leikattii jo monia monia kertoja,

L: mm mm,

P: mutta kyllä minä suostun

L: no niin en kiusaa enempää

Potilaan lausuma *kunhan ei vaan puukkoo rupee antaa* ei ole tilanteessa odotuksenmukainen, koska leikkauksesta ei ole ollut mitään puhetta eikä sellaista ole odotettavissakaan. Lääkärin minimipalautteena on koko ajan samanlainen *mm*, josta ei voi päätellä, onko hän ymmärtänyt, mitä potilas tarkoittaa, mutta mahdollisesti ei, koska tilannekehys ei anna juurikaan tukea ymmärtämiseen ja kielellisesti potilaan lausuman tulkitsemiseen liittyy useita haasteita. Ensinnäkin idiomi *antaa puukkoa* merkityksessä 'leikata' voi olla vieras, mutta lisäksi voi olla, että lääkäri ei ymmärrä, miksi potilas sanoo näin eli mitä puhetoimintoa se edustaa ja mitä taustaoletuksia siihen liittyy. Toisen kielen puhujan on ylipäättään vaikea tunnistaa puhetoimintoja (Lehtimaja & Kotilainen 2019: 339), mutta tässä kyseisessä tilanteessa vaikeutta lisää se, että potilaan puheenvuoro näyttää rikkovan keskustelun maksiimeja (Grice 1968), eli se vaikuttaa epärelevantilta tilanteeseen nähden. Lääkärin olisi pystyttävä päättämään puhujan tarkoitus, joka tekee lausuman relevantiksi, eli se, että potilas ei ole ymmärtänyt hoitosuunnitelmaa ja on mahdollisesti huolissaan.

Mikä sitten on potilaan hoidon kannalta relevanttia informaatiota? Joskus potilaan hoidon kannalta tärkeät asiat (esim. erilaiset pelot, yksinäisyys, masennus) voivat tulla esiin kevyeltä jutustelulta näyttäviissä puheenvuoroissa (Barry, Bradley, Britten, Stevenson & Barber 2000). Esimerkissä 14 potilas on jo poistumassa vastaanotolta, kun esiin alkaa nousta potilaan elämäntilanteeseen liittyviä asioita, jotka olisivat saattaneet vaatia lääkärin huomiota.

- (14) Informaation kato: vastaanoton käsikirjoitus; potilaan valitsema puheenaihe [L12P1, keskustelu]

P: mä jäin leskeks ja ja ja,

L: joo uinti myöskin suositellaan (.) ja uintia ois hyvä,

P: täytyy kattoo mitä tästä keksii ja kehittää,
 P: jäi auton penkille kassit ku täytyy mennä kauraryyniä hakemaa
 (.) jäi tänä aamuna syömäti kun ei ollu yhtää mutta nyt mää meen
 ens työkseni hakemaa,
 L: nii tää polvituki ois hyvä myöskin käyttää välillä,

Lääkäri ei jostain syystä ota vastaan potilaan tarjoamaa uutta puheenaihetta vaan turvautuu vastaanoton vaiheelle tyypilliseen puheeseen ja jatkaa hoito-ohjeiden antamista. Lääkäri ja potilas näyttävät käyvän kumpikin omia keskustelujaan, jotka eivät kohta.

On havaittu, että lääkärit saattavat toisinaan perustaa päättelynsä liian vahvasti kirjallisiin esitietoihin (Ruusuvuori 2001: 48). Toisella kielellä kontekstivihjeisiin turvaututaan vieläkin herkemmin (Andringa ym. 2012: 51–52; Field 2004: 369; Vandergrift & Goh 2012: 45), jolloin väärinymmärrysten riski kasvaa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat havaintoja, joiden mukaan toisen kielen puhujat turvautuvat hyvin herkästi ylhäältä alas -prosessointiin eli hyödyntävät ennakkotietojaan puheen tulkittamisessa. Onnistunut kuullun ymmärtäminen edellyttää kuitenkin sekä alhaalta ylös että ylhäältä alas -prosessointia, ja kuuntelijan on huomioitava molemmista suunnista tuleva informaatio muodostaessaan tulkintaa.

5 Mitä keskustelun ongelmakohdat kertovat kielitaidosta

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet suomea toisena kielenä puhuvien lääkärin ja heidän potilaidensa välisiä keskusteluja kielellisten merkitysten välittymisen näkökulmasta. Tavoitteena oli tehdä päätelmiä lääkärin kuullun ymmärtämisen taidoista poimimalla vastaanottotilanteista ongelmakohtia ja analysoimalla ongelmiin liittyviä tekijöitä.

Tutkimusmenetelmänä oli keskusteluaaineistoa, potilaskertomusmerkintöjä ja arviointimuistioita yhdistävä aineistotriangulaatio. Aineistotriangulaation avulla informaation välittymisen ongelmakohdista muodostui moniulotteisempi kuva kuin pelkän keskusteluaaineiston avulla, mutta kuvaan jää edelleen aukkoja, joiden paikkaaminen olisi mahdollista vain kysymällä asianosaisilta itseltään, mitä he ovat tai eivät ole ymmärtäneet potilaiden puheesta. Tenttijälääkäreiden retrospektiiviset haastattelut olisivat kuitenkin olleet hankalia toteuttaa ja tenttitilanteen kuormittavuuden vuoksi myös eettisesti kyseenalaisia.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että kuullun ymmärtämisen ongelmien taustalla voi olla toisaalta puhutun kielen prosessoinnin ongelmia (esim. 3–9) sekä toisaalta liiallista tukeutumista ennakkotietoihin (esim. 10–14). Osa ongelmakohdista on yhdistettävissä yksittäiseen sanaan tai ilmaukseen; osa liittyy puhekielen syntaktiseen rakenteeseen tai epäsuoriin ilmauksiin. Vaikeimmin tunnistettavia ovat ne ongelmakohdat, joiden taustalla on laajemman tulkintakehyksen, esimerkiksi vastaanoton rakenteen, perusteella tehtyjä virhetulkintoja (ks. myös Bremer 1996; Brunfaut 2016).

Vastaanottotilanteen kielellistä vaativuutta tuottavat etenkin potilaiden puheen kielellinen variaatio sekä puheenaiheiden ennakoimattomuus (ks. myös Tervola 2018). Myös ensikielellään toimivalla lääkärillä on samat haasteet, mutta keskustelijoiden

kielellinen eriparisuus lisää väärinymmärrysten riskiä. Lääkärillä voi olla vaikeuksia ymmärtää esimerkiksi potilaan oireiden kuvausta muilla kuin ammattikielen sanoilla (*huimaus, pahoinvointi vs. huippaus, hontelo olo, pienessä pöhnässä*). Potilaan puheen tulkinta saattaa myös perustua liiaksi yksittäisiin sanoihin (esim. 4). Varsinaisten väärinymmärrysten lisäksi tulkinnat saattavat olla yksinkertaistavia tai muuten epätarkkoja (esim. 7).

Ammatillinen tieto voi tukea kielen ymmärtämistä, mutta se voi myös johtaa harhaan. Jos lääkäri on epävarma potilaan puheesta, hän saattaa tukeutua pelkästään ennakkotietoihinsa ja rakentaa tulkintansa niiden perusteella, jolloin etenkin vastaanoton kaavaan kuulumaton puhe ja yllättävässä kohdassa tuotetut uudet puheenvuorot saattavat jäädä ymmärtämättä (esim. 11–14). Vastaanotolla tapahtuva potilaan puheen sivuuttaminen tulkitaan usein ammatillisen vuorovaikutusosaamisen puutteeksi, mutta analyysimme antaa viitteitä siitä, että potilaan puheen sisällön huomiotta jättämisessä voisikin olla kyse puheen ymmärtämisen vaikeuksista.

Aineistossa kuitenkin näkyy, miten lääkäri voi pyrkiä kompensoimaan kielitaidon puutteita. Sairaalaympäristössä tehdyissä tutkimuksissa (esim. Kahlin, Tykesson & Romanitan 2019; Tervola 2019) lääkäreiden on havaittu turvautuvan herkästi hoitohenkilökunnan apuun kielellisissä ongelmakohdissa, mutta terveyskeskuslääkäri on vastaanotolla potilaan kanssa kahden, jolloin potilaan rooli keskustelukumppanina korostuu. Osa lääkäreistä käyttääkin taitavasti hyödykseen metakielellisiä keinoja ja keskustelukumppanin apua ymmärtämisongelmien selvittämiseen (esim. 3). Osa ei kuitenkaan näin toimi (esim. 11), ja tästä aiheutuvia ongelmia olemme kuvanneet tässä artikkelissa.

Houkutus jättää ymmärtämisongelma käsittelemättä potilaan kanssa voi olla erityisen suuri potilastentin kaltaisessa korkean panoksen testitilanteessa, jossa onnistuminen ratkaisee sen, saako tenttijä oikeuden toimia laillistettuna lääkärinä Suomessa. Ymmärtämisen jatkuva varmistelu heikentää vastaanoton sujuvuutta, ja koska sujuvuus puolestaan synnyttää ammattimaisen vaikutelman, lääkärille saattaa syntyä houkutus pitää kiinni sujuvuudesta silläkin uhalla, että jotain jää ymmärtämättä (Stivers & Robinson 2006; Lehtimaja & Kotilainen 2019). Lisäksi varmistuskysymysten hyödyntäminen edellyttää, että osapuolilla on kyky paikantaa epäselviä kohtia ja kohdistaa kysymyksiä niihin, mikä edellyttää, että kuullun ymmärtämisen taso ei ole liian kaukana puhujan puhetavasta.

Yksi mahdollinen keino, jolla lääkäri voi pyrkiä hallitsemaan kielellisiä haasteita, on lääkärikeskeiseen haastattelutyylisiin turvautuminen (esim. 9). Lääkärikeskeinen vastaanotto etenee lääkärin kysymysten varassa. Kun lääkäri pääsee itse valitsemaan puheenaiheet, hän pystyy ennakoimaan potilaan vastauksia, jolloin ymmärtäminen on helpompaa. Potilaskeskeisempi lähestymistapa edellyttäisi taitoa poimia tietoa potilaan puheesta ja seurata potilaan valitsemia puheenaiheita. Taito poiketa ennalta suunnitelluista kysymyksistä ja viedä haastattelua eteenpäin haastateltavan vastausten pohjalta kuuluu kuitenkin vasta B2-tason kielitaitoon (Eurooppalainen viitekehys).

Tutkimuksemme tukee väitteitä vastaanottotilanteen haastavuudesta suhteessa lääkärin kielitaitoon. Lääkäriltä vaadittava kielitaitotaso on B1, mutta monet edellä kuvatut vastaanottotilanteen kielenkäytön piirteistä löytyvät vasta C1–C2-tason kuvauksista (Eurooppalainen viitekehys). Tätä ristiriitaa voitaisiin kompensoida esimerkiksi löytämällä potilastenttejä tekevien lääkärin joukosta ne, joiden kielitaito ei vielä riitä

vastaanottotilanteen vaatimusten tasolle ja tarjoamalla heille lisätukea. Lisäksi tietoa kielitaitopuutteiden luonteesta voidaan hyödyntää terveydenhuollon laitoksissa sekä täydennyskoulutuksissa, kun pohditaan, millaista kielellistä tukea maahanmuuttajalääkärit voisivat tarvita.

Lähteet

- AINSWORTH-VAUGHN, NANCY 2001: The discourse of medical encounters. – Deborah Schrif-
fin, Deborah Tannen & Heidi Ehernberger Hamilton (toim.), *The handbook of discourse
analysis* s. 470–502. London: Blackwell.
- ANDRINGA, SIBLE – OLSHOORN, NOMI – BEUNINGEN, CATHERINE VAN – SCHOONEN,
ROB – HULSTIJN, JAN 2012: Determinants of success in native and non-native listening
comprehension. An individual differences approach. – *Language Learning* 62 s. 49–78.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9922.2012.00706.x>.
- ATKINSON, PAUL 1995: *Medical talk and medical work. The liturgy of the clinic*. London: Sage
Publications.
- BARRY, CHRISTINE – BRADLEY, COLIN – BRITTEN, NICKY – STEVENSON, FIONA –
BARBER, NICK 2000: Patients' unvoiced agendas in general practice consultations.
Qualitative study. – *British Medical Journal* 320 s. 1246–1250. [https://doi.org/10.1136/
bmj.320.7244.1246](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1246).
- BARRY, CHRISTINE – STEVENSON, FIONA – BRITTEN, NICKY – BARBER, NICK – BRAD-
LEY, COLIN 2001: Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical
care? A qualitative study of doctor–patient communication in general practice. – *Social
Science & Medicine* (4) 53 s. 487–505. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00351-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00351-8).
- BAVELAS, JANET – COATES, LINDA – JOHNSON, TRUDY 2000: Listeners as co-narrators.
– *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (6) s. 941–952. [https://doi:10.1037/0022-
3514.79.6.941](https://doi:10.1037/0022-3514.79.6.941).
- BAVELAS, JANET – GERWING, JENNIFER 2011: The listener as addressee in face-to-face dia-
logue. – *International Journal of Listening* 25 (3) s. 178–198. [https://doi.org/10.1080/10904018.
2010.508675](https://doi.org/10.1080/10904018.2010.508675).
- BOBB, SUSAN – WODNIECKA, ZOFIA 2013: Language switching in picture naming. What
asymmetric switch costs (do not) tell us about bilingual speech planning. – *Journal of
Cognitive Psychology* 25 (5) s. 568–585. <https://doi:10.1080/20445911.2013.792822>.
- BODIE, GRAHAM 2018: Measuring behavioral components of listening. – Debra Worthington
& Graham Bodie (toim.), *The sourcebook of listening research. Methodology and measures*
s. 123–150. Newark: John Wiley & Sons, Inc.
- BONK, WILLIAM J. 2000: Second language lexical knowledge and listening comprehension.
– *International Journal of Listening* 14 (1) s. 14–31. <https://doi.org/10.1080/10904018.2000.10499033>.
- BORGES MOTA, MAILCE – MCNEILL, ARTHUR – WEN, ZHISHENG 2015: *Working memory
in second language acquisition and processing*. Bristol: Multilingual Matters. [https://doi.
org/10.21832/9781783093595](https://doi.org/10.21832/9781783093595).
- BOSTROM, ROBERT N. 2006: The process of listening. – Owen Hargie (toim.), *The hand-
book of communication skills* s. 267–292. 3. painos. Oxon: Taylor & Francis. [https://doi.
org/10.4324/9780203007037](https://doi.org/10.4324/9780203007037).
- BREMER, KATHARINA 1996: Causes of understanding problems. – Peter Broeder, Katharina

- Bremer, Celia Roberts, Marie-Thérèse Vasseur & Margaret Simonot (toim.), *Achieving understanding. Discourse in intercultural encounters* s. 37–64. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315844954>.
- BROWN, GILLIAN – YULE, GEORGE 1983: *Discourse analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1075/sl.10.1.16ken>.
- BRUNFAUT, TINEKE 2016: Assessing listening. – Dina Tsagari & Jayanti Banerjee (toim.), *Handbook of second language assessment* s. 97–112. Boston: De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9781614513827>.
- BURLESON, BRANT R. 2011: A constructivist approach to listening. – *International Journal of Listening* 25 (1–2) s. 27–46. <https://doi.org/10.1080/10904018.2011.536470>.
- BYRNE, PATRICK – LONG, BARRIE 1984 [1976]: *Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviours of doctors in the consultations*. London: Her Majesty's Stationary Office. <http://hdl.handle.net/10822/772545>.
- CLAHSEN, HARALD – FELSER, CLAUDIA 2006: Grammatical processing in language learning. – *Applied Psycholinguistics* 27 (1) s. 3–42. <https://doi.org/10.1017/S0142716406060024>.
- CUTLER, ANNE 2012: *Native listening. Language experience and the recognition of spoken words*. Cambridge, MA: MIT Press.
- DEWAELE, JEAN-MARC – WEI, LI 2013: Is multilingualism linked to a higher tolerance of ambiguity? – *Bilingualism. Language and cognition* 16 (1) s. 231–240. <https://doi.org/10.1017/S1366728912000570>.
- DREW, PAUL 1991: Asymmetries of knowledge in conversational interactions. – Ivana Marková & Klaus Foppa (toim.), *Asymmetries in dialogue* s. 29–48. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- DREW, PAUL – HERITAGE, JOHN 1992: Analyzing talk at work. An introduction. – Paul Drew & John Heritage (toim.), *Talk at work. Interaction in institutional settings* s. 3–65. Cambridge: Cambridge University Press.
- DURANTI, ALESSANDRO – GOODWIN, CHARLES 1992: *Rethinking context. Language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eurooppalainen viitekehys = Eurooppalainen kielten oppimisen, opettamisen ja arvioinnin yhteinen viitekehys 2003. Helsinki: WSOY.
- EYSENCK, MICHAEL – SANTOS, RITA – DEREKSCHAN NAZANIN – CALVO, MANUEL 2007: Anxiety and cognitive performance. Attention and control theory. – *Emotion* 7 (2) s. 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>.
- FIELD, JOHN 2004: An insight into listeners' problems. Too much bottom-up or too much top-down? – *System* 32 (3) s. 363–377. <https://doi.org/10.1016/j.system.2004.05.002>.
- 2008: *Listening in the language classroom*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511575945>.
- GOH, CHRISTINE M. – HU, GUANGWEI 2014: Exploring the relationship between meta-cognitive awareness and listening performance with questionnaire data. – *Language awareness* 23 (3) s. 255–274. <https://doi.org/10.1080/09658416.2013.769558>.
- GRAESSER, ARTHUR C. – FORSYTH, CAROL M. 2013: Discourse comprehension. – Daniel Reisberg (toim.), *The Oxford handbook of cognitive psychology* s. 475–491. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195376746.001.0001>.
- GRAUGAARD, PETER KJÆR – EIDE, HILDE – FINSET, ARNSTEIN 2003: Interaction analysis of physician–patient communication. The influence of trait anxiety on communication and outcome. – *Patient education and counseling* 49 (2) s. 149–156. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00074-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00074-5).

- GRICE, H. PAUL 1968: Utterer's meaning, sentence-meaning, and word-meaning. – *Foundations of language* 4 (3) s. 225–242.
- HAAKANA, MARKKU 2001: Laughter as a patient's resource. Dealing with delicate aspects of medical interaction. – *Text & Talk* 21 (1–2) s. 187–219. <https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.187>.
- HAVE, PAUL TEN 1989: The consultation as a genre. – Brian Torode (toim.), *Text and talk as social practice* s. 115–135. Dordrecht: Foris Publications. <https://doi.org/10.1515/978311684369-008>.
- HAUKILAHTI, RIITTA-LIISA 2014: *ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit Suomessa*. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-9603-5>.
- HERTEN, MARIEKE VAN – CHWILLA, DOROTHEE – KOLK, HERMAN 2006: When heuristics clash with parsing routines. ERP evidence for conflict monitoring in sentence perception. – *Journal of Cognitive Neuroscience* 18 (7) s. 1181–1197. <https://doi.org/10.1162/jocn.2006.18.7.1181>.
- HUI, BRONSON – GODFROID, ALINE 2020: Testing the role of processing speed and automaticity in second language listening. – *Applied Psycholinguistics* 42 (5) s. 1–27. <https://doi.org/10.1017/S0142716420000193>.
- IJÄS-KALLIO, TARU 2011: *Patient participation in decision making process in primary care. A conversation analytic study*. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8494-0>.
- IMHOF, MARGARETE 2010: The cognitive psychology of listening. – Andrew D. Wolvin (toim.), *Listening and human communication in the 21st century* s. 97–126. Boston, MA: Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444314908>.
- JONES, RODNEY 2013: *Health and risk communication. An applied linguistic perspective*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203521410>.
- 2015: Discourse and health communication. – Deborah Tannen, Heidi E. Hamilton & Deborah Schiffrin (toim.), *The handbook of discourse analysis* s. 841–857. Chichester: Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118584194.ch39>.
- KAHLIN, LINDA – TYKESSON, INGELA – ROMANITAN, MIHAELA OANA 2019: Reparationssekvenser i nyanlända läkares samtal med kolleger och patienter. – *Språk och interaktion* 5 (2) s. 27–44. <http://hdl.handle.net/10138/307893>.
- KETOVUORI, HEIKKI – PÖNTINEN, PEKKA 1981: A pain vocabulary in Finnish. The Finnish pain questionnaire. – *Pain* 11 (2) s. 247–253. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(81\)90010-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(81)90010-5).
- KORPELA, EVELIINA 2007: *Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus lääkärin kysymyksistä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-746-885-5>.
- KROLL, JUDITH – BIALYSTOK, ELLEN 2013: Understanding the consequences of bilingualism for language processing and cognition. – *Journal of Cognitive Psychology* 25 (5) s. 497–514. <https://doi.org/10.1080/20445911.2013.799170>.
- KURHILA, SALLA – LINDHOLM, CAMILLA 2016: Ymmärtämisen haasteet. – Melisa Stevanovic & Camilla Lindholm (toim.), *Keskusteluanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Tampere: Vastapaino.
- KURTZ, SUZANNE – SILVERMAN, JONATHAN – DRAPER, JULIET 2005: *Teaching and learning communication skills in medicine*. Toinen painos. Oxford: Radcliffe. <https://doi.org/10.1201/9781315378398>.
- KÖHLER, HARRY – RAUTAVA, PÄIVI – VUORINEN, VILLE 2018: Lääkäri viestii, potilas oppii. – *Duodecim* 134 s. 2147–2154. <http://hdl.handle.net/10138/306629>.
- LAAKSO, SAARA 2018: Rajallinen työmuisti S2-oppijoiden puheenymmärtämisvaikeuksien

- selittäjänä. – *Puhe ja kieli* 38 (4) s. 181–202. <https://doi.org/10.23997/pk.68805>.
- LEHTIMAJA, INKERI – KOTILAINEN, LARI 2019: Suomea toisena kielenä puhuvan työntekijän erilinjaiset vuorot kokousvuorovaikutuksessa. – *Virittäjä* 123 (3) s. 320–346. <https://doi.org/10.23982/vir.72965>.
- LINELL, PER – HOFVENDAHL, JOHAN – LINDHOLM, CAMILLA 2003: Multi-unit questions in institutional interactions. Sequential organizations and communicative functions. – *Text & Talk* 23 (4) s. 539–571. <https://doi.org/10.1515/text.2003.021>.
- LINTUNEN, PEKKA 2014: Ääntämisen oppiminen ja opettaminen. – Päivi Pietilä & Pekka Lintunen (toim.), *Kuinka kieltä opitaan*. Helsinki: Gaudeamus.
- MILTON, JAMES 2009: *Measuring second language vocabulary acquisition*. Bristol: Multilingual Matters. <https://doi.org/10.21832/9781847692092>.
- MISHLER, ELLIOT G. 1984: *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- MÄSEIDE, PER 2007: Discourses of collaborative medical work. – *Text & Talk* 27 (5–6) s. 611–632. <https://doi.org/10.1515/text.2007.028>.
- NIEMI-MUROLA, LEILA – PÖYHIÄ, REINO 2012: Kipu, kieli ja kulttuuri. – *Finnanest* 45 (1) s. 48–51.
- PAANANEN, JENNY 2016: Kuinka lääkärit korjaavat kysymyksiään? Kysymysten uudelleenmuotoilu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. – *Virittäjä* 120 (4) s. 552–579.
- 2018: Päätöksentekokeskustelu monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. – *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 55 (4) s. 287–308. <https://doi.org/10.23990/sa.66980>.
- 2019: *Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla*. Turun yliopiston julkaisu. Annales Universitatis Turkuensis C 465. Turku: Turun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-29-7557-0>.
- PARADIS, MICHEL 2009: *Declarative and procedural determinants of second languages*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/sibil.40>.
- PERÄKYLÄ, ANSSI 1997: Institutionaalinen keskustelu. – Liisa Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet* s. 177–203. Tampere: Vastapaino.
- RAEVAARA, LIISA 2000: *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- RAEVAARA, LIISA – RUUSUVUORI, JOHANNA – HAAKANA, MARKKU 2001: Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. – Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.), *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia* s. 11–38. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- RAI, MANPREET – LOSCHKY, LESTER – HARRIS, RICHARD – PECK, NICOLE – COOK, LINDSAY 2010: Effects of stress and working memory capacity on readers' inferential processing during comprehension. – *Language Learning* 61 (1) s. 187–218. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9922.2010.00592.x>.
- RÉVÉSZ, ANDREA – BRUNFAUT, TINEKE 2013: Text characteristics of task input and difficulty in second language listening comprehension. – *Studies in Second Language Acquisition* 35 (1) s. 31–65. <https://doi.org/10.1017/S0272263112000678>.
- ROST, MICHAEL 2014: Listening in a multilingual world. The challenges of second language (L2) listening. – *International Journal of Listening* 28 (3) s. 131–148. <https://doi.org/10.1080/10904018.2014.937895>.
- 2016: *Teaching and researching listening*. Kolmas painos. New York: Routledge.
- RUUSUVUORI, JOHANNA 2000: *Control in medical consultation. Practices of giving and receiving*

- ing the reason for the visit in primary health care.* Tampere: Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-4755-7>.
- 2001: Miten vastaanotto aloitetaan? – Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* s. 27–48. Tampere: Vastapaino.
- SCHWEI, REBECCA J. – DEL POZO, SAM – AGGER-GUPTA, NIELS – ALVARADO-LITTLE, WILMA – BAGCHI, ANN – CHEN, ALICE HM – DIAMOND, LISA – GANY, FRANCESCA – WONG, DOREENA – JACOBS, ELIZABETH 2016: Changes in research on language barriers in health care since 2003. A cross-sectional review study. – *International Journal of Nursing Studies* 54 s. 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001>.
- SMITH, ROBERT C. – HOPPE, RUTH B. 1991: The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. – *Annals of Internal Medicine* 115 (6) s. 470–477. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-6-470>.
- SPARKS, RICHARD – GANSCHOW, LEONORE 2001: Aptitude for learning a foreign language. – *Annual Review of Applied Linguistics* 21 s. 90–111. <https://doi.org/10.1017/S026719050100006X>.
- STÆHR, LARS 2009: Vocabulary knowledge and advanced listening comprehension in English as a foreign language. – *Studies in Second Language Acquisition* 31 (4) s. 557–607. <https://doi.org/10.1017/S0272263109990039>.
- STIVERS, TANYA – ROBINSON, JEFFREY 2006: A preference for progressivity in interaction. – *Language in Society* 35 s. 367–392. <https://doi.org/10.1017/S0047404506060179>.
- Tampereen yliopisto = EU-/ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin kuulustelut. <https://research.tuni.fi/yle/eu-eta-alueen-ulkopuolella-koulutettujen-laakarinen-kuulustelut/> (1.10.2021).
- TERVOLA, MAIJA 2017: Työelämän näkökulma maahanmuuttajataustaisten lääkärin kielitaitoon. – *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54 (3), 196–208. <http://dx.doi.org/10.23990/sa.65564>.
- 2018: Lääkärin työtilanteiden kielellisen vaativuuden määrittäminen. – *Puhe ja kieli* 38 (2) s. 83–107. <https://doi.org/10.23997/pk.65094>.
- 2019: *Maahanmuuttajalääkärin suomen kielen taito ja kielitaitotarpeet. Erityisalan kielitaidon näkökulma lääkärin työhön.* Tampereen yliopiston väitöskirjat 92. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-03-1164-3>.
- VAINIO, ANNELI 2018: Kipu ja kieli. – Eija Kalso, Maija Haanpää, Katri Hamunen, Vesa Kontinen & Anneli Vainio (toim.), *Kipu* s. 25–30. Helsinki: Duodecim Oppiportti.
- Valvira. EU/ETA-valtioiden ulkopuolella koulutetut lääkärit. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/eu_eta_valtioiden_ulkopuolella_koulutetut_laakarit (10.6.2021).
- VANDERGRIFT, LARRY – GOH, CHRISTINE 2012: *Teaching and learning second language listening. Metacognition in action.* New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843376>.
- WILSON, IAN – KANEKO, EMIKO – LYDDON, PAUL – OKAMOTO, KIYOMI – GINSBURG, JASON 2011: Nonsense-syllable sound discrimination ability correlates with second language (L2) proficiency. *Proceedings of the 17th International Congress of Phonetic Sciences (ICPhS XVII)* s. 2133–2136. Hong Kong: City University of Hong Kong.
- ZEELAND, HILDE VAN – SCHMITT, NORBERT 2013: Lexical coverage in L1 and L2 listening comprehension. The same or different from reading comprehension? – *Applied Linguistics* 34 (4) s. 457–479. <https://doi.org/10.1093/applin/ams074>.

Problems in the communication of linguistic meaning in clinical skills tests of migrant physicians

This article considers the listening comprehension skills in clinical skills tests taken by physicians who use Finnish as a second language. The focus is on communicating linguistic meanings. The aim is to present conclusions about the physicians' ability to understand patients' speech during their consultations.

The research data consists of clinical skills tests for the licensing process of physicians who completed their degrees outside the EEA, i.e. video-recorded patient consultations. The data consists of 30 test results, a total of 87 patient consultations (approx. 40 hours). In addition to video recordings, the data includes the patient records of each consultation and reports by the physician supervising the test.

The analysis examined situations in doctor-patient consultations where the information provided by the patient was either not communicated to the doctor at all or was miscommunicated. Data triangulation linking the video material, patient records and test evaluation records was used to reveal comprehension problems that remain hidden under the surface of the consultation.

The study showed that problems in communicating linguistic meanings were manifested both as associations diverging from the semantic content of the patient's speech (distortion of information) and as disregard for the patient's speech (loss of information). Some problems may be associated with a single word or phrase, some with a syntactic structure or the indirect expressions of colloquial language. Some appeared to consist of misinterpretations based on a broader interpretation framework, such as the structure of the consultation.

From the perspective of listening comprehension, the study highlighted two key challenges: the linguistic variation of the patient's speech and the unpredictability of the topics of discussion. Physicians and patients use a different vocabulary, and a physician may have difficulty understanding matters such as symptoms when described in non-professional terms. Comprehension is facilitated by the predictability of discussion topics, whereas new topics arising at an unexpected point can lead to misunderstandings.

Kielellisen merkityksen välittymisen ongelmia maahanmuuttajalääkärien potilastenteissä

Artikkeli käsittelee suomea toisena kielenä käyttävien lääkärien kuullun ymmärtämistä potilasvastaanottotilanteessa. Tutkimuksessa analysoidaan kielellisten merkitysten välittymistä ja tehdään päätelmiä lääkärien kyvystä ymmärtää potilaiden puhetta.

Tutkimusaineistona on EU/ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden laillistamisprosessiin kuuluvia potilastenttejä eli videoituja potilasvastaanottoja. Aineisto koostuu 30 lääkärin tenttisuorituksista, yhteensä 87 potilasvastaanotosta (n. 40 tuntia). Videotallenteiden lisäksi aineisto sisältää kustakin vastaanottotilanteesta laaditut potilaskertomusmerkinnät sekä tenttiä valvovan lääkärin muistion. Analyysissa etsittiin keskustelusta kohtia, joissa potilaan kertoma informaatio ei välity lääkärille lainkaan tai se välittyy väärin. Aineistotriangulaation avulla pyrittiin saamaan näkyviin myös sellaisia ymmärtämisen ongelmia, jotka eivät näy keskustelun pinnassa.

Tutkimuksesta ilmenee, että muutamilla lääkäreillä on toistuvia merkitysten välittymisen ongelmia. Noin kolmanneksella ongelmia ei ole juuri lainkaan, ja hieman yli kolmanneksella ongelmat ovat satunnaisia. Ongelmat näkyvät potilaan puheen semanttisesta sisällöstä poikkeavina tulkintoina (*informaation vääristyminen*) sekä potilaan puheen sisällön jäämisenä kokonaan huomiotta (*informaation kato*). Osa ongelmakohdista on yhdistettävissä yksittäiseen sanaan tai ilmaukseen; osa liittyy puhekielen syntaktiseen rakenteeseen tai epäsuoriin ilmauksiin. Osassa taustalla on laajemman tulkintakehyksen, esimerkiksi vastaanoton rakenteen, perusteella tehtyjä virhetulkintoja.

Kuullun ymmärtämisen näkökulmasta tutkimus nostaa esiin kaksi keskeistä haastetta suomea toisena kielenä käyttävälle lääkärille: potilaan puheen kielellisen variaation ja puheenaiheiden ennakoimattomuuden. Lääkäri ja potilas käyttävät osin eri sanastoa, ja lääkärillä voi olla vaikeuksia ymmärtää esimerkiksi oireiden kuvausta muilla kuin ammattikielen sanoilla. Puheenaiheen ennakoitavuus helpottaa ymmärtämistä, kun taas yllättävässä kohdassa esitetyt uudet puheenaiheet saattavat jäädä ymmärtämättä.

Kirjoittajien yhteystiedot:

etunimi.pitkanen@tuni.fi, etunimi.tervola@tuni.fi, etunimi.toivonen@fimnet.fi,
etunimi.kosunen@tuni.fi

Taina Pitkänen on suomen kielen yliopisto-opettaja Tampereen yliopistossa. Maija Tervola on suomen kielen ja kulttuurin yliopisto-opettaja Tampereen yliopistossa. Merja Toivonen on toiminut lääkärikouluttajana laillistamiskokeisiin valmentavissa koulutuksissa ja Elise Kosunen on yleislääketieteen emeritaprofessori Tampereen yliopistossa.