

Vastaanoton päättäminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla

Aino-Liina Isoniemi

Pro gradu -tutkielma

Suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus

Suomen kieli, kieliasiantuntijan opintopolku

Kieli- ja käännöstieteiden laitos

Humanistinen tiedekunta

Turun yliopisto

Toukokuu 2019

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Kieli- ja käännöstieteiden laitos/Humanistinen tiedekunta

ISONIEMI, AINO-LIINA: Vastaanoton päättäminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla.

Tutkielma, 62 s., 1 liites.

Suomen kieli ja suomalais-ugrilainen kielentutkimus

Suomen kieli, kieliasantuntijan opintopolku

Toukokuu 2019

Pro gradu -tutkielmassani tarkastelun kohteena on lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus lääkärin vastaanoton lopetusvaiheessa. Tutkielmani aineistona käytän Turun yliopiston *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen videotallenteita, jotka on litteroitu keskusteluanalyttisesti. Tutkielmani aineisto koostuu 20 vastaanotosta. Aineistoa on kymmeneltä eri lääkäriltä. Puolessa aineistosta lääkäri on ulkomaalaistaustainen ja puhuu suomea toisena kielenään ja potilas on äidinkieleltään suomenkielinen. Toisessa puolessa asetelma on päinvastainen.

Tavoitteenani on selvittää, millaisin sanallisin ja non-verbaalisin keinoin lääkärin vastaanotolla siirrytään vastaanoton lopetusvaiheeseen eli tehdään aloite vastaanoton päättämisestä. Selvitän myös, tekeekö päätösaloitteen lääkäri vai potilas, onko lääkärin tai potilaan kielellisellä ja kulttuurisella taustalla vaikutusta edellä mainittuihin seikkoihin ja päättyykö vastaanotto aina lääkärin ja potilaan yhteisymmärryksessä. Lisäksi tarkastelen, millaisia keinoja lopetusvaiheessa hyödynnetään vastaanoton pikaisemmän päätöksen saavuttamiseksi. Hyödynnän tutkielmassani keskusteluanalyttistä metodia.

Vaikka tutkielmassa käytettävä aineisto on suppea ja keskityn aineiston laadulliseen tarkasteluun, kuvaa tutkielma kattavasti erilaisia vastaanoton päättämiskeinoja. Tutkimukseni perusteella vastaanoton lopetusvaiheen aloittavana osapuolena toimii useimmiten lääkäri. Sekä ulkomaalaistaustainen että äidinkieleltään suomenkielinen lääkäri aloittaa lopetusvaiheen joko verbaalisella lopetusvuorolla tai suuntaamalla kehonsa reseptien ja läheteiden kirjoittamisen jälkeen kohti potilasta. Lopetusvuorossa suositaan usein vastaanoton summaavaa proadjektiivisiä *tämmönen* ja *semmosta* tai hoito- ja toimintaohjeiden lyhyttä kertaamista. Aineistossa esiintyy myös toteavia ”ei sitten muuta” -lopetusvuoroja sekä kysymysmuotoisia ”oliko vielä kysyttävää” -vuoroja. Kysymysmuotoisia lopetusvuoroja esiintyy ainoastaan ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla. Tämä onkin huomattavin ulkomaalaistaustaisen ja äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin lopetusvuoroja erottava tekijä. Vastaanoton päättymistä nopeuttaakseen lääkärit ajoittain vähentävät suoran katsekontaktin luomista potilaaseen ja vastaavat potilaan vuoroihin lähes pelkillä minimipalautteilla.

Tämän tutkimuksen perusteella monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen lopetusvaiheet ovat useimmiten ilmapiiriltään avoimia potilaan esittämiä tarkentavia kysymyksiä varten. Ilmapiirin avoimuus on tärkeää, jotta hoito-ohjeet eivät jää potilaalle epäselviksi ja vastaanotto voi päättyä lääkärin ja potilaan yhteisymmärryksessä. Vastaanottojen lopetusvaiheiden tutkimista on syytä jatkaa, jotta saadaan selville lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja lääkärin työskentelyn kannalta tehokkaimmat vastaanoton päättämiskeinot.

Asiasanat: keskusteluanalyysi, vuorovaikutus, institutionaalinen vuorovaikutus, non-verbaalinen vuorovaikutus

Sisällys

1. Johdanto	3
1.1. Tutkimuskysymykset ja hypoteesit.....	4
1.2. Aineisto	5
1.3. Aiempi tutkimus	7
1.4. Tutkielman rakenne	8
2. Ulkomaalaistaustaiset lääkäreinä ja potilaina suomalaisessa terveydenhuollossa.....	9
2.1. Ulkomaalaistaustainen lääkäri suomalaisessa terveydenhuollossa.....	9
2.2. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaito.....	11
2.3. Ulkomaalaistaustainen potilas suomalaisessa terveydenhuollossa.....	12
3. Keskustelunalyysi ja vuorovaikutuksen tutkimus.....	15
3.1. Keskustelun rakenne	15
3.2. Institutionaalinen vuorovaikutus.....	19
3.2.1. Lääkäri–potilas-vuorovaikutus	21
3.2.2. Epäsymmetrinen vuorovaikutus	23
3.3. Non-verbaalinen vuorovaikutus.....	23
4. Aineiston analyysi.....	26
4.1. Vastaanoton päättäminen ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla	26
4.2. Vastaanoton päättäminen äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin vastaanotolla ..	39
4.3. Vastaanottojen päättämisen vertailu	51
5. Lopuksi	56

Lähteet	59
Liite 1.....	63

1. Johdanto

Tarkastelen pro gradu -tutkielmassani vuorovaikutustilanteita monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. Kiinnitän huomioni vastaanottojen lopetusvaiheisiin ja erityisesti lopetusvuoroihin, joista lopetusvaiheen voi katsoa alkavan, sekä niihin keinoihin, joita vastaanoton päättämiseksi käytetään. Vastaanoton lopetusvaiheella tarkoitetaan vastaanoton viimeistä vaihetta, johon saattaa sisältyä jo annettujen hoito- ja toimintaohjeiden kertausta sekä hyvästelyfraaseja aivan vastaanoton päätteeksi. Käytän tutkielmassani termejä päättämiskeino ja lopetuskeino synonyymisesti ja tarkoitan niillä niitä eleitä tai puheenvuoroja, jotka joku keskustelun osapuolista tekee osoittaakseen kaiken tarpeellisen olevan käsitelty ja että vastaanottotilanne on tullut päätökseen.

Käytän aineistonani Turun yliopiston *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen video- ja äänitallenteita muutaman eri terveystieteiden yleislääkäreiden vastaanotoista. Alun perin olin kiinnostunut tutkimaan pro gradu -tutkielmassani tervehtimistilanteita, mutta saamani aineisto ei ollut siihen tarkoitukseen mielekäs, sillä aineiston vastaanottojen tervehtimistilanteet eivät ole vastaavia kuin lääkärin vastaanoton alussa tavallisesti. Tämä johtuu siitä, että hankkeen tutkija on ollut vastaanottohuoneessa lääkärin ja potilaan sekä mahdollisten perheenjäsenten ja tulkin kanssa käynnistämässä kamerat ja sanelimen, minkä jälkeen hän on vasta poistunut vastaanottohuoneesta. Päädyinkin hankkeen tutkijan avustuksella tarkastelemaan tervehtimistilanteiden sijaan vastaanottojen päättämistä.

Koen tärkeäksi tutkia monikulttuurisista lääkärin vastaanotoista nimenomaan niiden päätöstilanteita, vaikka en alun perin osannutkaan tarttua aiheeseen itse. Mielestäni on tärkeää tarkastella, päättyvätkö monikulttuuriset vastaanotot lääkärin ja potilaan väliseen yhteisymmärrykseen sovituista hoitotoimenpiteistä vai jääkö esimerkiksi potilaalle jokin asia vielä epäselväksi. Jos lääkäri vain lopulta toteaa vastaanoton päättyneen ja esimerkiksi nousee seisomaan hyvästelläkseen potilaan, voi potilaan olla vaikea enää pyytää täsmennyksiä hoito-ohjeisiin. Jos taas lääkäri esittää yleisen kertauksen vastaanotolla puhutusta ja lopuksi vielä varmistaa ”oliko siinä kaikki?” tai ”olemmeko valmiit?”, voi potilaan olla helpompi vielä varmistaa mahdolliset epäselviksi jääneet asiat. Vastaanotto on onnistunut silloin, kun lääkärin ja potilaan välille ei jää mitään epäselvää. Kun lääkärin ja potilaan kielellinen ja kulttuurinen tausta eroavat toisistaan, on tärkeää antaa toiselle

osapuolelle, erityisesti potilaalle, riittävästi aikaa käsitellä saatua informaatiota ja esittää tarvittavia lisäkysymyksiä.

Monikulttuuristen vuorovaikutustilanteiden tutkiminen on tärkeää maahanmuuton ja vieraskielisen väestön lisääntyessä: kun vuonna 1994 Suomeen muutti noin 10 000 maahanmuuttajaa, on vuonna 2014 vastaava luku 30 000 (Väestöliitto). Myös terveydenhuollon ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus on lisääntynyt 2000-luvulla, ja Suomessakin ulkomaalaistaustaisten lääkärien osuus kasvaa jatkuvasti. Suurin osa Suomeen muuttavista terveydenhuollon ammattilaisista tulee EU- ja Eta-maista, erityisesti Virosta, mutta myös niiden ulkopuolelta, kuten Venäjältä. (Aalto ym. 2013.)

1.1. Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisin keinoin, kuten sanoin, elein ja ilmein, tehdään aloitus vastaanoton päättämistä ja kumpi sen tekee – lääkäri vai potilas?
2. Eroavatko vastaanoton päättämisen keinot lääkärin tai potilaan kielellisen ja kulttuurisen taustan vaikutuksesta?

Ensimmäinen hypoteesini on, että aloitteen vastaanoton päättämistä tekee lääkäri. Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa (ks. luku 3.1), esimerkiksi lääkärin vastaanottokeskustelussa, lääkäri on ikään kuin auktoriteetin asemassa, valta-asemassa, ja vie keskustelua eteenpäin. Lääkäri–potilas-keskustelu perustuu osittain kysymys–vastaus-vieruspaireille ja useimmiten kysymyksen esittäjänä on lääkäri (ks. esim. Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001). Oletukseni on siis, että vastaanoton lähestyessä loppuaan, eli kun potilas on esittänyt vaivansa, lääkäri on tutkinut tämän ja antanut hoito-ohjeet sekä kertonut mahdolliset jatkotoimenpiteet, lääkäri toteaa esimerkiksi ”Ei kai tässä sitten muuta” tai ”Tässä taisi olla kaikki”. Edellä oleviin toteamusesimerkkeihin oletan potilaan esittävän myötäilevän vastauksen. Tässä kohtaa on mielenkiintoista tarkastella, onko potilaan olemuksesta tai tavasta vastata lääkärille pääteltävissä, jäikö hänelle jokin asia vielä epäselväksi vai ei. En usko lääkärin kielellisen ja kulttuurisen taustan vaikuttavan siihen, onko hän vastaanoton päättävä osapuoli vai ei.

Toinen hypoteesini on, että lääkärin kulttuurinen ja kielellinen tausta voi hieman vaikuttaa siihen, millaisin elein tai kielellisin keinoin hän vastaanoton päättää. Suomalaisia pidetään stereotyyppisesti vähäsanaisina ja ujoina, ja voisi ajatella, että tämä näkyy myös lääkärin vastaanotolla: suomalaistaustainen lääkäri tuo nopeammin ja suuremmin ilmi, että on aika päättää vastaanotto ja potilaan on aika poistua. Maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden taustat ovat toki keskenään eroavia, mutta oletan kuitenkin, että he ovat jossain määrin puheliaampia kuin suomalaistaustaiset lääkärit. He voivat vielä vastaanoton lopussa kysyä ”Oliko vielä jotain muuta?”, johon potilas saattaa hyvin vastata myöntävästi.

En ota tässä tutkielmassa kantaa lääkäreiden tai potilaiden yksilöllisiin kielellisiin ja kulttuurisiin taustoihin, vaan pitäydyn äidinkieleltään suomenkielisten ja suomea toisena kielinä puhuvien vertailevassa tarkastelussa. Varsinkin ulkomaalaistaustaisten potilaiden taustat ovat niin moninaiset, että ne erikseen huomioitaessa tutkimuksesta tulisi liian laaja.

1.2. Aineisto

Käytän tutkimusaineistonani jo aiemmin mainitsemani Turun yliopiston *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen (jatkossa myös MKLV) video- ja ääninauhoitteita. Joistakin nauhoitteista on tehty valmiit litteraatit, ja hyödynnän myös niitä työssäni. *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hanke tarkastelee sellaisia yleislääkärin vastaanottoja, joissa joko lääkäri tai potilas on ulkomaalaistaustainen ja puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea. Hankkeen tavoitteena on selvittää, minkälaisia haasteita erilaiset kulttuuriset ja kielelliset taustat mahdollisesti ilmentävät lääkäri–potilas-vuorovaikutuksessa ja millaisin keinoin näistä haasteista pyritään selviämään. (MKLV.)

Hankkeen aineisto koostuu 52 videoidusta ja äänitetystä vastaanotosta, jotka on kuvattu seitsemällä eri terveysasemalla Turun seudulla. Aineistoa on kerätty 11:n eri lääkärin vastaanotolta. Lääkäreistä viisi on äidinkieleltään suomenkielisiä, ja heistä kolme on miehiä ja kaksi naisia. Ei-suomenkielisistä lääkäreistä kaikki ovat naisia, ja he puhuvat äidinkielenään venäjää, viroa ja ukrainaa. Lääkärit ovat iältään 26–54-vuotiaita. Koska saman lää-

kärin vastaanotolta on taltioitu useamman kuin yhden potilaan vastaanottokäynti, potilaiden määrä ja sen myötä heidän taustansa ovat huomattavasti moninaisemmat kuin lääkärin. Kaikkien potilaiden ikää ei ole kirjattu ylös, mutta iät vaihtelevat yhdestä vuodesta noin 90 ikävuoteen. Myös potilaiden kielellinen tausta on monipuolisempi: he puhuvat äidinkielenään muun muassa daria, italiaa, venäjää ja persiaa. (MKLV.)

Kaikilla vastaanotoilla läsnä ei ole ainoastaan lääkäri ja potilas, vaan potilaan mukana on useammalla vastaanotolla yksi tai useampi omainen, ja erityisesti ei-suomenkielisen potilaan tapauksessa mukana voi olla myös tulkki. Oman tutkielmani aineistoon ei ole valikoitunut ainoatakaan tapausta, jossa potilaan mukana olisi tulkki, mutta neljällä vastaanotolla lapsen kanssa on vanhempi, molemmat vanhemmat tai isovanhempi.

Tämä tutkimus on laadullinen ja tarkastelenkin tutkielmassani vain 20:ta eri vastaanottoa. Nämä vastaanotot on valmiiksi litteroitu keskustelunanalyttisesti. Osaan litteraateista on litteroitu myös eleet, ja tarvittaessa täydennän eleitä myös muihin litteraatteihin. Puolessa tarkastelemistani vastaanotoista lääkäri on ulkomaalaistaustainen ja äidinkieleltään ei-suomenkielinen ja potilas on puolestaan äidinkieleltään suomenkielinen. Vastaavasti toisessa puolessa vastaanotoista asetelma on päinvastainen.

Osa aineiston vastaanotoista päättyy taltioinnin osalta lääkärin ja potilaan poistumiseen vastaanottohuoneesta. Näissä tilanteissa poistumisen syynä on useimmiten jonkin toimenpiteen, kuten luomen poiston, suorittaminen toimenpidehuoneessa. Lisäksi kahdella vastaanotolla vastaanoton aloittaa ulkomaalaistaustainen amanuenssi, jolla ei vielä aineistonkeruuhetkellä ollut täysiä oikeuksia lääkärityön harjoittamiseen, minkä vuoksi vastaanoton puolivälissä lääkäri vaihtuu. Jotta vastaanoton päättäminen olisi mahdollisimman autenttinen, tähän tutkielmaan tarkasteltavaksi päätyneiden vastaanottojen valinnan edellytyksenä oli, että vastaanotto alkaa ja päättyy vastaanottohuoneessa ja että vastaanoton hoitaa vain yksi lääkäri. Yhdellä tämän tutkielman aineistoon päätyneellä vastaanotolla lääkäri ja potilas käyvät toimenpidehuoneessa, mutta tulevat kuitenkin takaisin vastaanottohuoneeseen hoito-ohjeiden antamista ja vastaanoton päättämistä varten, joten vastaanottoa ei ollut syytä rajata pois. Muutamaa edellä mainittua rajausta lukuun ottamatta vastaanotot on valittu satunnaisesti.

1.3. Aiempi tutkimus

Lääkäri–potilas-vuorovaikutusta on tutkittu paljon sekä Suomessa että muualla maailmalla. Liisa Raevaara on tutkinut keskustelunanalyttisesti potilaan institutionaalisia tehtäviä väitöskirjassaan *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla* (2000). Eevliina Korpela puolestaan on tarkastellut väitöskirjassaan *Oireista puhuminen lääkärin vastaanotolla* (2007) lingvistiksi painottuneen keskustelunanalyysin avulla, millaisia kielellisiä keinoja lääkäri käyttää rakentaessaan kysymyksiä ja kuinka nämä keinot toteutuvat käytännössä. Marja-Leena Sorjosen, Anssi Peräkylän ja Kari Eskolan toimittamassa teoksessa *Keskustelu lääkärin vastaanotolla* (2001) on tutkittu hieman yleisemmällä tasolla, kuinka lääkärin vastaanotolla puhutaan.

Ulkomaisista tutkijoista sosiologi Candace West on tutkinut lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ongelmakohtia teoksessaan *Routine Complications: Troubles with Talk between Doctors and Patients* (1984). Paul Atkinsonin ja Christian Heathin toimittamassa kokoelmateoksessa *Medical Work: Realities and Routines* (1981) on puolestaan tarkasteltu muun muassa lääketieteellistä jargonia lääkäri–potilas-vuorovaikutuksessa.

Asetelmaa, jossa lääkärin ja potilaan välillä vallitsee kaksinkertainen epäsymmetria, eli lääkäri on asiantuntija sekä lääketieteen että kielen suhteen (Paananen 2017), on tutkittu huomattavasti vähemmän. *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen aineistosta on hankkeen tutkija Jenny Paananen kirjoittanut väitöskirjansa *Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla* (2019). Paananen on kirjoittanut aineistosta myös useampia artikkeleita, esimerkiksi *Kuinka eleet helpottavat yhteisymmärrystä? Ikoniset ja deiktiset eleet monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla* (2015), jossa hän on tutkinut, miten eleet helpottavat eri äidinkieliä puhuvien lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Lisäksi hän on tutkinut asiantuntijainformaation selittämistä vuorovaikutuksellisenä, kielellisenä ja kehollisena toimintana ja myös sitä, kuinka lääkärit uudelleenmuotoilevat kysymyksiään. Vuonna 2017 hankkeeseen valmistui Karoliina Salon pro gradu -tutkielma *Suomea toisena kielenä puhuvan lääkärin direktiivit ja potilaan responsit monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla* ja vuonna 2018 Fanni Keskiikosen pro gradu -tutkielma *Miten lääkäri mukauttaa kieltään suomea toisena kielenä puhuvan potilaan taitotasoon sopivammaksi?*. (MKLV.)

Lääkäri–potilas-vuorovaikutus lukeutuu institutionaaliseen vuorovaikutukseen, jota on tutkittu Johanna Ruusuvuoren, Markku Haakanan sekä Liisa Raevaaran toimittamassa

artikkelikokoelmassa *Institutionaalinen vuorovaikutus: keskustelunanalyttisiä tutkimuksia* (2001). Institutionaalista vuorovaikutusta on tutkittu tarkemmin muun muassa opettajan ja oppilaiden välillä Liisa Tainion toimittamassa teoksessa *Vuorovaikutusta luokkahuoneessa. Näkökulmana keskustelunanalyysi* (2007). Marja-Leena Sorjosen ja Liisa Raevaaran toimittamassa artikkelikokoelmassa *Arjen asiointia. Keskusteluja Kelan tiskinäkökulmalla* (2006) on puolestaan tarkasteltu keskustelun institutionaalisuutta Kelan asiointitilanteissa.

1.4. Tutkielman rakenne

Tutkielman johdannossa olen esitellyt tutkimuskysymykseni ja hypoteesini sekä *Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla* -hankkeen ja hankkeelta käyttöön saamani aineiston. Johdantoluvun lopussa sivusin myös aiempaa keskustelunanalyttistä tutkimusta.

Luvussa 2 taustoitan ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden asemaa suomalaisessa terveydenhuollossa. Esittelen näkökulmia ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaidosta sekä heidän pätevytymisprosessistaan uudessa kotimaassa. Esittelen myös lyhyesti ongelmia, joita maahanmuuttajat saattavat kohdata uuden kotimaansa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Luvussa 3 käyn läpi tutkielmassa hyödynnettävää keskustelunanalyttistä metodia sekä vuorovaikutuksen tutkimusta yleisemmin. Esittelen tutkielman kannalta keskeisiä käsitteitä, kuten keskustelun jäsenyykset sekä institutionaalinen, epäsymmetrinen ja non-verbaalinen vuorovaikutus. Esittelen myös tutkielmani kannalta keskeistä lääkäri–potilasvuorovaikutusta sekä lyhyesti lääkärin vastaanoton rakennetta.

Luku 4 on varsinainen analyysiluku, jossa puran aineistosta ensin ulkomaalaistaustaisten suomi toisena kielenä -lääkäreiden vastaanottojen lopetukset ja sen jälkeen äidinkielellään suomenkielisten lääkäreiden vastaanottojen lopetukset. Tämän jälkeen vertailen näiden eri asetelmien lopetuksia nähdäkseni, onko vastaanoton päättämässä eroja kielellisen ja kulttuurisen taustan vaikutuksesta. Tutkielman loppuluvussa, luvussa 5, kokoan tutkimustulokseni ja pohdin, vastasivatko tutkimuksen tulokset hypoteeseihini. Esitän myös pohdintoja mahdollisista jatkotutkimuksista aiheen parissa.

2. Ulkomaalaistaustaiset lääkäreinä ja potilaina suomalaisessa terveydenhuollossa

Vielä 1980-luvulla ulkomailta Suomeen muuttaneiden määrä oli vähäinen maantieteellisestä sijainnista sekä poliittisista syistä johtuen. Pakolaispolitiikan muuttuminen hyväksyvämmäksi ja Suomen liittyminen Euroopan Unioniin lisäsivät kuitenkin maahanmuuttoa ennen vuosituhannen vaihdetta. Syitä Suomeen muuttamiselle on monia: osa saapuu perhesyistä, osa pakolaisena oman kotimaan turvattomuuden vuoksi ja osa työn tai opiskelun perässä. (Aalto ym. 2013: 21.)

Tilastokeskuksen (2019) mukaan vuonna 2017 Suomen väestöstä 7 % eli 384 123 oli ulkomaalaistaustaisia. Suurimpia ulkomaalaistaustaisia kansalaisuusryhmiä Suomessa vuoden 2018 lopussa äidinkielen mukaan olivat viron-, venäjän-, kurdin-, kiinan-, ruotsin-, thain-, somalin- ja arabiankieliset. Tässä luvussa kerron lyhyesti ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä Suomessa ja heidän pätevytymisprosessistaan ennen laillistettuna lääkärinä toimimista. Tuon esille myös tutkimustuloksia ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaidosta pätevytymisprosessin kuulusteluosuudessa sekä heidän omista kokemuksistaan suomen kielellä pärjäämisessä lääkärin työssä. Lopuksi käsittelen hieman ulkomaalaistaustaisen potilaan osaa suomalaisessa terveydenhuollossa.

2.1. Ulkomaalaistaustainen lääkäri suomalaisessa terveydenhuollossa

Viimeisin Lääkäriliiton vuositilasto on vuodelta 2016, ja sen mukaan silloisista Suomessa asuvista työikäisistä lääkäreistä muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhui 8,7 % (Lääkäriliitto 2016). Vuonna 2013 julkaistun tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustaiset lääkärit sijoittuvat työelämässä kantasuomalaista lääkäriä useammin terveyskeskuslääkäriksi tai erikoistuvaksi lääkäriksi ja harvemmin vakituiseen työsuhteeseen (Aalto ym. 2013: 59).

Lääkäriliitto toteutti vuonna 2010 yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Työterveyslaitoksen (TTL) sekä Työsuojelurahaston (TSR) kanssa kyselytutkimuksen lääkäreiden työoloista ja terveydestä. Tämän tutkimuksen ohessa tehtiin tiedonkeruu kaikista ulkomaalaisista lääkäreistä Suomessa. Ulkomaalaisiksi lääkäreiksi määritettiin

Valviran avulla sellaiset ”Suomessa laillistetut lääkärit, joilla on tai on jossain vaiheessa ollut muu kuin Suomen kansalaisuus.” (Lääkäriliitto 2013.)

Kyselytutkimuksen mukaan Suomessa työskentelevistä ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä suurin osa on syntynyt Virossa tai Venäjällä (tai entisen Neuvostoliiton alueella). Vastaavasti suurin osa ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä Suomessa puhuu äidinkielenään viroa tai venäjää. Muina äidinkielinä kyselytutkimuksessa mainittiin ruotsi, unkari, arabia, puola ja saksa sekä "muu". (Lääkäriliitto 2013.)

Lääkärinä toimimisen edellytyksenä Suomessa on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran myöntämä ammatinharjoittamislupa. Hakuprosessi on erilainen riippuen siitä, onko lääkärintutkinto suoritettu EU- ja Eta-valtiossa vai niiden ulkopuolella. EU- ja Eta-valtiossa tutkintonsa suorittaneen tulee hyväksyttää ulkomainen tutkintonsa ja todistaa kielitaitonsa suomeksi tai ruotsiksi valtionhallinnon kielitutkinnolla tai yleisellä kielitutkinnolla. Hakemuksen käsittelyaika on 3–4 kuukautta, ja hakijalta ei vaadita lisäsuorituksia tai täydentäviä opintoja. (Valvira 2019 ; Karhapää-Puhakka, Kaarniemi & Mentula 2011.)

EU- ja Eta-valtioiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneen on käytävä läpi kahden vuoden mittainen pätevytymisprosessi: Samoin kuin EU- ja Eta-valtioissa suoritettu tutkinto, tulee myös kyseisten valtioiden ulkopuolella suoritettu tutkinto ensimmäisenä hyväksyttää Valviralla. Lupahakemukseen tulee vastaavasti myös liittää todistus suoritetusta yleisestä tai valtionhallinnon kielitutkinnosta suomeksi tai ruotsiksi. Yleisestä kielitutkinnosta hakijan tulee saavuttaa vähintään taso 3 ja valtionhallinnon kielitutkinnosta vähintään tyydyttävä taitotaso. Näiden lisäksi pätevytyvän lääkärin on suoritettava lyhimmillään kuuden kuukauden mittainen harjoittelu julkisyhteisöjen ylläpitämässä sairaalassa tai terveyskeskuksessa sekä kolmiosainen kuulustelu Tampereen yliopistossa. (Valvira 2019; Karhapää-Puhakka, Kaarniemi & Mentula 2011.) Kuulustelun ensimmäinen ja toinen osa suoritetaan kirjallisesti, ja niillä mitataan hakijan kliinistä osaamista sekä tuntemusta Suomen terveydenhuollon käytänteistä. Kuulustelun kolmantena osana on videoitava potilasvastaanotto, jossa kielenä on suomi tai ruotsi. (Tervola ym. 2015.)

Kuten jo luvussa 1.2 mainitsin, tässä tutkielmassa käytettävän aineiston ulkomaalaistaustaiset lääkärit tulevat Virosta, Venäjältä sekä Ukrainasta. Aineiston venäläistaustaiset lääkärit ovat siis käyneet läpi edellä esitetyn kahden vuoden mittaisen

pätevyitymisprosessin. Yksi aineiston ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä toimi vielä aineistonkeruuhetkellä amanuenssina, jonka laillistamisprosessi oli kesken.

2.2. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaito

Kuten luvussa 2.1 mainittiin, ulkomaalaistaustaisen lääkärin tulee osoittaa riittävä kielitaito suorittamalla yleinen kielitutkinto vähimmäistasolla 3. Tätä tasoa on kuitenkin pidetty riittämättömänä, ja opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmä on vuonna 2014 esittänyt EU- ja Eta-alueelta tulevien laillistettavien terveydenhuollon ammattilaisten kielitaitovaatimuksen nostamista tasolle 4 (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014). Maija Tervola ym. (2015) ovat tutkineet ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden suomen kielen taitoa EU- ja Eta-maiden ulkopuolelta tuleville lääkäreille pakollisissa laillistamiskuulusteluissa (ks. luku 2.1). Heidän tavoitteenaan oli selvittää, johtuvatko ensimmäisen kuulusteluosuuden suuret hylkäysprosentit hakijan heikosta kielitaidosta. Kielitaitoa mittaava kielikoe suoritetaan ennen laillistamiskuulustelua. Tutkimus kuitenkin osoitti, että osa kuulusteluvastauksista ei yltänyt kielikokeen määritellylle vähimmäistasolle. Kielitaidolla on siis yhteys kuulusteluissa menestymiseen. Tämä puolestaan osoittaa, ettei laillistamisprosessin kielikoe nykyisenään ole toimiva mittaamaan lääkärin riittävää kielitaitoa. Tervola ym. esittävät, että kielikoetta tulisi kehittää niin, että siinä hyödynnettävät kirjoitustaitoa sekä sanaston ja rakenteiden hahmottamista mittaavat tehtävät liittyisivät tiiviisti itse ammattiin. Myös sanaston koon, niin yleisten kuin myös harvinaisempien ammattisanojen ja -fraasien, lisäämisen merkitystä korostettiin.

Lääkäriliiton teettämässä, luvun 2.1 alussa esitellyssä, kyselytutkimuksessa tutkimusryhmä selvitti yleisten taustatietojen lisäksi ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden omaa arviota suomen kielellä selviämistä joka päiväsissä työtehtävissä. Yli puolet kyselyyn vastanneista 460 työikäisistä lääkäreistä vastasi pärjäävänsä erittäin hyvin suomenkielisessä kanssakäymisessä sekä potilaiden että työkavereiden kanssa. Myös suomenkielisen ammattikirjallisuuden seuraamisen arvioitiin sujuvan erinomaisesti. Työhön liittyvien raporttien ja selvitysten kirjoittamisen arvioitiin puolestaan sujuvan melko hyvin. Eniten epävarmuutta koettiin työpaikan kokouksissa sekä työhön liittyvässä kirjoittamisessa. Kaikkiaan kyselyyn osallistuneet ulkomaalaistaustaiset lääkärit

arvioivat suomen kielellä selviytymistään positiivisesti. (Lääkäriliitto 2010; Aalto ym. 2013.)

Vaikka aiemmat kyselytutkimukset osoittavat ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden arvioivan suomen kielellä pärjäämistään myönteisesti, kyselyistä ilmenee, ettei kielikoulutusta pidetä riittävänä ja että toiveissa on omaan ammattiin spesifioituja kielikursseja, jotka auttaisivat pärjäämään paremmin oman työn vuorovaikutustilanteissa. THL:n teettämän tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella ulkomaalaistaustaiset lääkärit pitävät tärkeänä saada oppia kieltä ja alan sanastoa aidossa vuorovaikutustilanteessa potilaan ja muiden lääkäreiden kanssa. (Aalto ym. 2013.) Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden riittävä kielikoulutus ei ole ainoastaan tae potilasturvallisuudelle, vaan myös lääkärin hyvinvoinnille, sillä vieraalla kielellä toimiminen uudessa elin- ja työympäristössä on henkisesti kuormittavaa (Paananen 2019: 28–29).

Maija Tervola (2017) on tutkinut ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaitoa myös työelämän ja erityisesti ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kollegoiden näkökulmasta. Tutkimukseen vastanneet ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kanssa työskennelleet lääkärit ja muu hoitohenkilökunta toivat esille, että ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kielitaidossa on puutteita, mikä aiheuttaa haasteita työyhteisölle, vaarantaa potilasturvallisuutta ja lisää muun hoitohenkilökunnan työmäärää. Hankalimmaksi koettiin vuorovaikutus potilaan kanssa, erityisesti puhelinkonsultoinnissa. Tutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset toivat myös ilmi potilaiden oman huolen siitä, saako ei-suomenkielisen lääkärin vastaanotolla niin sanotusti oikeanlaista apua oikeaan vaivaan. (Tervola 2017: 198–200, 204.)

2.3. Ulkomaalaistaustainen potilas suomalaisessa terveydenhuollossa

Antti Pakaslahden ja Matti Huttusen toimittamassa teoksessa *Kulttuurit ja lääketiede* (2010) tarkastellaan monikulttuuristumisen haasteita ja vaikutuksia suomalaiseen terveydenhuoltoon, erityisesti lääkärintyön näkökulmasta. Teoksen alkupuheessa Pakaslahti ja Huttunen korostavat kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen sekä potilaslähtöisyyden merkitystä monikulttuurisessa terveydenhuollossa. Kun potilaana on

ulkomaalaistaustainen henkilö, avainasemassa on niin sanottu kulttuurinen herkkyys, joka ”painottaa erikulttuurisen potilaan arvostamista, omaa avoimuutta, empatiaa, halukkuutta kuunteluun ja dialogiin” (Pakaslahti & Huttunen 2010: 6–7).

On tärkeää mahdollistaa terveyspalveluiden saanti ja laatu valtaväestön lisäksi myös etnisille vähemmistöille sekä ulkomaalaistaustaisille. Maili Malin ja Jaana Suvisaari (2010: 147–148) kirjoittavat maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia koskevassa artikkelissaan, että lääketieteellisen hoidon saaminen ei ole ulkomaalaistaustaiselle potilaalle ongelmatonta. Hoitoon hakeutuminen saattaa viivästyä esimerkiksi luottamuspuulan tai omassa kulttuurissa stigmautuneen sairauden aiheuttaman häpeän vuoksi. Myös työttömyys, köyhyys sekä kielitaidon puute voivat olla hoitoon hakeutumisen tiellä. Toisaalta on havaittu myös, että vaikka ulkomaalaistaustainen potilas hakeutuisikin hoitoon, hän saattaa joutua odottamaan hoitoon pääsyä kauemmin tai saavan heikompilaatuista hoitoa kuin valtaväestöön kuuluva. Myös sosiologi Barbara Schouten ja sosiaalipsykologi Ludwien Meeuwesen (2006) tuovat esiin lääkäri–potilasvuorovaikutusta koskevassa julkaisussaan, että lääkärit suhtautuvat etnistä vähemmistöä edustavaan potilaaseen huomattavasti eri tavalla kuin valtaväestöä edustavaan potilaaseen: muusta kulttuurista tulleeseen potilaaseen suhtauduttiin vähemmän empaattisesti ja ystävällisesti, ja joissakin tapauksissa lääkäri saattoi sivuuttaa joitakin potilaan puheenvuoroja. Potilaan kulttuurisen taustan havaittiin myös vaikuttavan siihen, esitettiinkö hänelle avoimia vai suljettuja kysymyksiä ja annettiinkö potilaan itse esittää kysymyksiä vastaanotolla.

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden omalääkärinä työskennellyt Valentina Oroza (2010) kirjoittaa artikkelissaan *Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan*, kuinka toisesta kulttuurista tulevan potilaan tapa kertoa sairaudestaan ja oireistaan voi olla suomalaiselle lääkärille jopa hämmäntävää. Tilannetta usein hankaloittaa se, ettei yhteistä kieltä ole tai että toinen osapuoli puhuu kieltä välttävästi. Oroza painottaa myös, että se, kuinka ihmiset eri kulttuureissa sairastavat, vaihtelee paljon: Sairauskäyttäytymisen on havaittu olevan yhteydessä muun muassa ihmisen sosiaaliseen asemaan, perheeseen, elämäntilanteeseen ja asenteisiin. Myös maahanmuuttajuus itsessään vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin, ja on tutkittu, että ulkomaalaistaustaisten terveys on valtaväestön terveyttä heikompi. Yhtenä heikomman terveyden selittäjänä saattaa Malinin ja Suvisaaren (2010:

160) mukaan olla ulkomaalaistaustaisten asettuminen alempaan sosiaaliluokkaan, johon kuuluu myös osa valtaväestöstä, esimerkiksi työttömät ja pienituloiset.

Koettu terveys vaihtelee ulkomaalaistaustaisten keskuudessa paljon. Useimmiten ulkomaalaistaustaiset kokevat terveytensä heikommaksi kuin muu väestö, mutta eroja esiintyy muun muassa sukupuolesta, iästä, koulutuksesta sekä tulo- ja lähtömaasta riippuen: esimerkiksi nuoret maahanmuuttajat kokevat useimmiten itsensä terveemmiksi kuin vanhemmat maahanmuuttajat. (Malin & Suvisaari 2010: 151–152).

Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat ulkomaalaistaustaisen potilaan kanssa työskentelyn ajoittain hankalaksi ja kuormittavaksi. Toisaalta on myös niitä, jotka kokevat työn päinvastoin mielekkäämmäksi. Yhtenä suurimpana ongelmana nähdään vastaanottoajan rajallisuus erityisesti niissä tapauksissa, joissa lääkrillä ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä, vaan vuorovaikutus tapahtuu tulkin välityksellä. Lisäksi ulkomaalaistaustaisen potilaan, erityisesti Euroopan ulkopuolelta tulleen, mahdollisia traumoja ja eri kulttuurista johtuvia asenteita voi olla vaikea länsimaisena terveydenhuollon ammattilaisena ymmärtää. (Oroza 2010: 274.)

Koska maahanmuuttoa ei nykyään nähdä ainoastaan turvallisuusriskinä, vaan muun muassa väestön ikääntymisen ja mahdollisen työvoimapulan myötä tarpeellisena voimavarana (Malin & Suvisaari 2010: 135), on tärkeää, että terveydenhuoltojärjestelmässämme on aikaa ja osaamista myös ulkomaalaistaustaisille potilaille. Maahanmuuton lisääntyessä edelleen on tärkeää panostaa monikulttuurisen lääkäri–potilas-vuorovaikutuksen tutkimiseen, jotta eri kulttuureista tulleiden kohtaaminen esimerkiksi lääkärin vastaanotolla ei tunnu vaikeammalta kuin valtaväestöön kuuluvan potilaan kohtaaminen.

3. Keskustelunanalyysi ja vuorovaikutuksen tutkimus

Keskustelunanalyysi on hyvin monitieteinen tutkimusmetodi. Sen suosio on erityisen vahva sosiologian alalla, mutta sillä on nykyisin vankka asema myös muun muassa kielitieteen, antropologian, kasvatustieteen ja psykologian tutkimuksessa. Keskustelunanalyysi juontaa juurensa Harold Garfinkelin etnometodologiaan, josta sitä ovat 1960-luvun lopulla lähteneet kehittämään Garfinkelin oppilas Harvey Sacks sekä hänen kollegansa Emanuel Schegloff ja Gail Jefferson. (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016: 9–10; Stivers & Sidnell 2013: 1.) Keskustelunanalyttinen tutkimus on aineistolähtöistä, ja mielekkään aineiston on koostuttava sellaisista vuorovaikutustilanteista, jotka tapahtuisivat muutoinkin kuin niitä tutkittaessa (Tainio 2007: 28–29).

Suomen kielen professori Auli Hakulinen kotiutti keskustelunanalyysin Suomeen 1980-luvulla. Siis vaikka keskustelunanalyysi on alkujaan sosiologinen tutkimusmetodi, olivat sen alkuajat Suomessa painottuneet kielitieteellisesti. 1980-luvulla keskustelunanalyysin kohteena olivat lähinnä arkiset keskustelut, esimerkiksi kaverusten välinen puhelinkeskustelu. Vasta 1990-luvulla keskustelunanalyttikot ryhtyivät tutkimaan myös institutionaalisia vuorovaikutustilanteita, kuten poliittisia TV-haastatteluja ja lääkärin vastaanottoja. (Lindholm, Stevanovic & Peräkylä 2016: 10–11; ks. luku 3.1.)

3.1. Keskustelun rakenne

Vuorottelu ohjaa lähes kaikkea toimintaamme, niin myös vuorovaikutusta. Puheemme jakautuu *puheenvuoroihin* ja niiden sisältämiin vuoron rakenneyksiköihin, joita yleisimmin kielentutkimuksessa kutsutaan *lausumiksi*. Lausuma ei kirjoitusasun samankaltaisuudesta huolimatta vastaa lausetta, vaan se on ennemminkin kuin kirjoitetun tekstin virke. Lausuma voi siis olla sekä monipolvinen, useasta lauseesta koostuva että yhden sanan mittainen tai jotain näiden väliltä. Puheenvuoro voi sisältää useamman kuin yhden lausuman, jos vuorossa oleva esimerkiksi kertoo tarinaa jostakin hänelle tapahtuneesta. (Hakulinen 1998: 36–38; Stevanovic 2016: 109.)

Kaikki keskustelut, kuten mikä tahansa muukin useamman kuin yhden henkilön yhteiseen päämäärään tähtäävä toiminta, vaativat toimiakseen tietynlaista järjestystä ja

jäsentymistä. Vuorovaikutus ei voi onnistua, jos jokainen osanottaja puhuu ja tekee omiaan samanaikaisesti. Keskusteluanalytytikot ovat havainneet ihmisten jäsentävän vuorovaikutustaan kolmen keskeisen perusjäsenyyksen avulla. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 11, 15; Hakulinen 1998: 32–33.) Näistä jäsenyyksistä esittelen ensimmäisenä *vuorottelujäsenyyksen*.

Vuorottelujäsenyys ei ole varsinainen kirjattu sääntö, vaan yhteistoiminnan edellytyksenä sisäistetty normi, joka on opittava jo lapsena. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 15–16). Sen tarkoituksena on jäsentää keskustelu niin, että vain yksi puhuu kerrallaan ja että keskustelun osapuolet tietävät, milloin ja miten kauan on hyväksyttävää puhua ja kuinka vuoron saa itselleen. Tärkeää on myös, että siirtymät vuorojen ja puhujien välillä tapahtuvat sujuvasti (Hakulinen 1998: 32; Ruusuvuori 2016: 55). Päällekkäin puhumista voi olla vaikea välttää, mutta keskustelun kannalta tärkeämpää on, että mahdolliset päällekkäisyydet pysyvät lyhyinä. Vuorottelujäsenyykseen vaikuttaa toisaalta esimerkiksi osallistujien määrä puhetilanteessa, mutta toisaalta se noudattaa aina samoja periaatteita puhetilanteesta riippumatta (Hakulinen 1998: 33–35).

Toinen keskustelun perusjäsenyyksistä on *sekvenssijäsenyys*. Toimiva vuorovaikutus on rakenteellista, ja tätä rakenteellisuutta luovat sekä edellä esitelty vuorottelujäsenyys että sekvenssijäsenyys. Sekvenssijäsenyykseksi kutsutaan tapaa, jolla keskustelun osapuolet järjestävät puheenvuoronsa sopimaan edelliseen vuoroon. Näin puheenvuorot muodostavat toimintajaksoja eli sekvenssejä. Sekvenssijäsenyykseen liittyvät hyvin olennaisesti *vierusparit*, jotka ovat hyvin kiinteästi toisiinsa liittyneitä kahden vuoron kokonaisuuksia, kuten kysymys ja vastaus: kun keskustelun toinen osapuoli esittää kysymyksen, on oletuksena, että toinen osapuoli vastaa esitettyyn kysymykseen. Vierusparien osia kutsutaan *etujäseneksi* ja *jälkijäseneksi*, joista esimerkiksi kysymys–vastaus-vierusparissa kysymys on etujäsen ja vastaus jälkijäsen. (Raevaara 1998: 75–76; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 15–16.)

Vierusparien lisäksi sekvenssijäsenyykseen liittyy *preferenssijäsenyys*. Englanniksi preferenssijäsenyys on *preference organization*, suomennettuna suosituimmuusjäsenyys. Preferenssijäsenyys tarkoittaa siis vierusparin jälkijäsenen valikoitumista mahdollisista vastakkaisista vaihtoehdoista. Tietynlaiset etujäsenet suosivat tietynlaisia jälkijäseniä ja esimerkiksi pyyntöön tai kutsuun on hyväksyttävämpää ja oletettavampaa vastata myönteisesti kuin kielteisesti. Jälkijäsenen valitseminen näkyy selvästi keskustelun

kulussa: vastakkainen mielipide tai pyynnön torjuminen esitetään keskustelukumppanille eri tavoin kuin samanmielinen vastaus tai pyynnön hyväksyminen. Torjuva jälkijäsen on usein polveileva ja siihen liittyy sekä epäröintiä että viivyttelyä, kun taas samanmielinen jälkijäsen esitetään usein suoraan ja viivyttelämättä. (Tainio 1998: 93–94; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 16; Raevaara 2016: 151.)

Lääkärin vastaanotolla preferenssijäsennys näkyy selvästi esimerkiksi kysymys–vastausvieruspareissa. Vastaanoton alussa lääkärin esittäessä "Mitä kuuluu?" -tyyppisen kysymyksen on odotuksenmukaista, että potilas vastaa kertomalla syynsä siihen, miksi on hakeutunut lääkärin vastaanotolle, kuten esimerkissä 1¹.

(1) Mitä kuuluu ? (L = lääkäri, P = potilas)

- 1 L: no mitä sulle kuuluu,
- 2 P: no tota yskää,
- 3 P: siis mullon [tommost ihan kuivaa et mä oon
- 4 [koko melkein viime yön nyt valvonu?
- 5 L: [joo
- 6 [joo

Esimerkin 1 tilanne näyttää tässä lääkärin vastaanottokontekstissa niin sanotusti oikeaoppiselta: lääkäri tiedustelee potilaan kuulumisia, eli toisin sanoen tämän vointia, ja potilas vastaa kärsivänsä yskästä. Tämän jälkeen potilas vielä tarkentaa, millaisesta yskästä on kyse, johon lääkäri reagoi lyhyillä, ymmärrystä osoittavilla *joo*-partikkeleilla. Jos saman keskustelun kuvitteleekin esimerkiksi kaverusten väliseksi, tuntuisi poikkeavalta, ettei vastaajan vuorossa oleva kerro ensiksi kuulumisiaan yleisemmin, vaan menee heti suoraan vointinsa yksityiskohtiin. Kavereiden keskisessä arkikeskustelussa olisi tavanomaista esittää ensimmäisenä kuulumisia kysyneelle vastavuoroinen kysymys, mutta lääkärin ja potilaan välillä se puolestaan olisi poikkeavaa (ks. Raevaara 2016: 153).

Kolmantena keskustelun perusjäsenyyksenä on *korjausjäsenyys*. Se liittyy keskustelussa mahdollisesti esiintyviin ongelmiin puheen tuottamisessa, ymmärtämisessä tai kuulemisessa. (Sorjonen 1998: 111.) Tällaisia ongelmia voi syntyä yksinkertaisimmillaan väsymyksen tai hajamielisyyden vuoksi, mutta ne voivat myös johtua esimerkiksi

¹ Kaikki tässä tutkielmassa käytetyt litteroidut esimerkit ovat MKLV-hankkeen aineistosta.

sensorisista, motorisista, kielellisistä tai kognitiivisista seikoista. Esimerkiksi uutta kieltä opiskelevan voi olla aluksi vaikeaa muodostaa vieraita äänneitä, minkä vuoksi puhuminen saattaa olla takkuilevaa. Vastaavasti vieraan kielen ymmärtämisessä ja oikein kuulemisessa voi olla vaikeuksia. (Kuruhila & Laakso 2016: 224–225.)

Vuorossa oleva puhuja voi itse korjata puhettaan, jolloin puhutaan *itsekorjauksesta*. Myös keskustelun toinen osapuoli voi esittää korjausaloitteen tai vaihtoehtoisesti suoran korjauksen (Kuruhila & Laakso 2016: 226). Sorjonen (1998:113–136) on esittänyt viisi mahdollista sijaintia, joihin *korjaussekvenssi* tai *-jakso* voi keskustelussa sijoittua: Ensimmäinen mahdollinen sijainti korjausjaksolle on ongelmavuorossa ennen ongelmallisen rakenneyksikön loppua. Toisena korjausjakso voi sijaita ongelmavuoron ja sitä seuraavan vuoron välisessä siirtymätilassa. Näissä tilanteissa korjauksen tekee ongelman tuottaja. Kolmas mahdollinen sijainti on ongelmavuoroa seuraavassa vuorossa, ja tässä ongelmavuoron vastaanottaja voi tehdä korjauksen. Neljäntenä sijaintina on ongelmavuoroa seuraavan vuoron jälkeinen vuoro, jolloin ongelman tuottaja voi jälleen tehdä korjauksen omasta tai keskustelun toisen osapuolen aloitteesta. Viimeinen mahdollinen sijainti korjausjaksolle on neljäs positio, jossa korjausaloitteita kuitenkin esiintyy harvoin.

Esimerkissä 2 potilas on äidinkieleltään venäjänkielinen ja sanan "jalkapohja" muistaminen on hieman kangertelevaa.

(2) Niveltulehdus

- 1 P: =ni:veltulehdus on so- sormella ja *ka- mh
2 jalanpohjassa,
3 *osoittaa etusormella kohti jalkojaan
4 L: joo, okei.
5 P kaks kerta vuodessa lääke, lääkäri teki
6 mulle kortisonipiikki,

Esimerkin ensimmäisellä rivillä potilas tekee itsekorjauksen virheelliseksi kokemassaan vuoron rakenneyksikössä. Sanan alusta *ka-* voidaan tehdä johtopäätös, että potilas on ollut sanomassa esimerkiksi "kantapää", mutta onkin tajunnut heti, että tarkoittaa jalkapohjaa hieman laajemmin. Potilaan nopean reagoinnin ja korjausjakson ansiosta potilaan ja lääkärin keskustelu voi jatkua normaaliin tapaan riviltä neljä eteenpäin.

Esittelen vielä lyhyesti muutaman vuoroihin liittyvän käsitteen, jotka ovat keskeisessä roolissa aineiston analyysi -osiossa. *Dialogipartikkelit, tai responssipartikkelit* (ks. Lindholm & Stevanovic 2016: 88), kuten *mm, niin, aha* ja *joo* ovat lyhydestään huolimatta merkittävässä osassa vuorovaikutuksessa. Dialogipartikkeleista voidaan puhua myös *minimipalautteena* (Hakulinen 1998: 50; ks. myös Aho & Yli-Luukko 2005: 207). Marja-Leena Sorjosen mukaan (1999: 170–171) dialogipartikkelit osoittavat keskustelussa ensisijaisesti vastaanottajuutta ja sitä, onko kerrottu tieto vastaanottajalle uutta vai ennestään tuttu. Hän myös toteaa, että yhtenä dialogipartikkelin mahdollisena tehtävänä on osoittaa, toivooko puhuja keskustelun päättyvän vai jatkuvan edelleen (Sorjonen 1999: 175).

Dialogipartikkeleja tulkittaessa on hyvä ottaa huomioon myös lausuman *prosodiset piirteet*, kuten sävelkorkeus ja -kulku, äänenvoimakkuus, äänenlaatu sekä tempo (Sorjonen 1999:177; Aho & Yli-Luukko 2005: 2017).

3.2. Institutionaalinen vuorovaikutus

Keskustelunanalyytikot ovat kiinnostuneita kahdenlaisista keskusteluista: *arkikeskusteluista* sekä *institutionaalisisista keskusteluista*. Arkikeskustelut ovat nimensä mukaisesti jokapäiväisiä, mahdollisimman tavallisessa ympäristössä tapahtuvia perheenjäsenten tai tuttavien välisiä keskusteluja. Instituutiolla puolestaan tarkoitetaan yhteiskunnan virallisia järjestelyitä, kuten terveydenhuoltoa ja oikeuslaitosta. Puhekielessä instituutioiksi voidaan ymmärtää myös epämuodolliset, vakiintuneet järjestelyt. Tällaisia ovat esimerkiksi perhe, perheen yhteinen ateria sekä uskonto. Keskustelunanalyysissa kuitenkin nimenomaan virallisten instituutioiden vuorovaikutustilanteet nähdään institutionaalisisina ja nämä jäljempänä esiteltyt nähdään arkikeskusteluina. (Peräkylä 1998: 177–179.)

Keskustelunanalyytikot ovat ensisijaisesti kiinnostuneita arkikeskustelusta, sillä ne ovat useimmiten institutionaalista keskustelua suuremmassa roolissa ihmisen elämässä. Arkipuheella on erityinen merkitys siinäkin mielessä, että lapsena opitaan ensimmäisenä toimimaan arkisissa vuorovaikutustilanteissa perheenjäsenten kanssa. Arkikeskustelun osapuolilla ajatellaan myös olevan käytössään enemmän keskustelun keinoja kuin institutionaalisen keskustelun osapuolilla, joiden on täytettävä omat institutionaaliset

roolinsa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että institutionaalinen vuorovaikutus olisi tutkijoiden mielestä vähempiarvoista vuorovaikutusta. (Revaara, Ruusuvuori & Haakana 2001: 14–15.)

Sekä arkikeskusteluja että institutionaalisia keskusteluja tutkiva on tekemisissä samojen keskustelun jäsentymistasojen kanssa (Peräkylä 1998: 180). Tämän tutkielman luvussa 3.1 esiteltujen keskustelun jäsentymisen tasojen lisäksi Anssi Peräkylä (1998: 180–182) esittelee *Keskustelunanalyysin perusteet* -teoksen osiossaan Paul Drewn ja John Heritage esittämät, institutionaalisessa keskustelussa havaitut tyypilliset ja toistuvat piirteet. Käyn nämä piirteet läpi seuraavaksi.

Ensimmäisenä piirteenä mainitaan *sanojen kuvaus ja valinta*. Puhuja voi viitata samaan asiaan usein eri sanoin, ja tietyn sanavalinnoin ja kuvauksin hän tulee muokanneeksi omaa rooliaan sekä tilanteen mahdollista institutionaalisuutta. Toisena piirteenä esitellään *responsiivisen toiminnan valinta*, joka tarkoittaa sitä, että seuraavan vuoron puhujalla on aina vapaus valita, kuinka vastata edelliseen puheenvuoroon. Tietynlainen vastaus palvelee tietynlaista roolia tai tilannetta. (Peräkylä 1998:181.) Esimerkiksi lääkärin vastaanotolla lääkärin esittäessä ”Mitä kuuluu?” -tyyppisen kysymyksen, potilas palvelee institutionaalista rooliaan kertomalla voinnistaan eikä esimerkiksi puhumalla säästä (ks. luku 3.1, esimerkki 1).

Kolmas Drewn ja Heritage havaitsema institutionaalisen keskustelun piirre on *toiminnan kielellinen muotoileminen*. Voimme käyttää puheenvuoromme monentyyppisiin toimintoihin, kuten esimerkiksi kysymiseen ja vastaamiseen. Käytössämme on useita vaihtoehtoisia kielellisiä tapoja muodostaa näitä toimintoja: puhuja voi valita muun muassa erilaisten lauserakenteiden välillä. (Peräkylä 1998: 181, 191.) Esimerkiksi lääkäri voi muotoilla kysymyksensä ”Minkälaisia oireita?” -tyyppiseksi hakukysymykseksi tai hän voi esittää vaihtoehtokysymyksen, kuten ”Onko kipu jatkuvaa?”, johon vastausvaihtoehdot ovat ”kyllä” tai ”ei”.

Sekvenssirakenne on neljäs institutionaalisen leiman omaava keskusteluun liittyvä piirre. Kuten arkikeskustelukin, myös institutionaalinen keskustelu on jäsentynyt sekvensseiksi. Keskustelun institutionaalisuutta voivat palvella sekä tietynlaiset vierusparit ja niiden eteen tai jälkeen sijoittuvat laajennukset että mahdolliset etu- ja jälkijäsenen väliin muodostuvat välisekvenssit. (Peräkylä 1998: 181; ks. luku 3.)

Viidentenä piirteenä Peräkylä esittelee *keskustelun kokonaisrakenteen*, joka tarkoittaa, että keskustelulla on selkeästi havaittavissa oleva, keskustelusta toiseen samankaltaisena toistuva kulku. Myös esimerkiksi lääkärin vastaanotolla on tietynlainen kokonaisrakenne (ks. luku 3.2.1), jonka osia ovat muun muassa vaivasta kertominen, hoito-ohjeiden antaminen ja lopetus, jota tässä tutkielmassa tarkastellaan tarkemmin. (Peräkylä 1998: 181, 197.)

Kuudes piirre, *ammattillisen neutraalisuuden ilmentymät*, tarkoittaa sitä, että molemmat institutionaalisen keskustelun osapuolista pyrkivät muokkaamaan puhettaan niin, että käsiteltävänä oleviin asioihin suhtautuminen säilyy neutraalina. Ammattilaiset, esimerkiksi lääkärit, välttävät siis moraalisia kannanottoja keskustellessaan asiakkaidensa kanssa. (Peräkylä 1998: 181.) Viimeisenä eli seitsemäntenä piirteenä mainitaan *vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys* (mt.), jota esittelen tarkemmin tämän tutkielman luvussa 3.2.2.

3.2.1. Lääkäri–potilas-vuorovaikutus

Lääkäri–potilas-vuorovaikutus on institutionaalista vuorovaikutusta. Lääketieteessä keskusteluanalyysia on alettu hyödyntää samoihin aikoihin, kun myös muun muassa luokahuoneiden ja oikeussalien vuorovaikutustilanteista ryhdyttiin analysoimaan institutionaalisia piirteitä. Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa ja Alankomaissa lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus alkoi herättää kiinnostusta jo 1970-luvun lopulla. Richard Frankel, joka toimii nykyisin lääketieteen professorina, videokuvasi jo 1970–80-lukujen taitteessa lääkärin ja potilaan kohtaamisia, joskin hän hyödynsi niitä opetustarkoituksessa. (Gill & Roberts 2013: 575–576.)

Useat eri tieteenalat ovat tutkineet lääkäri–potilas-vuorovaikutusta useista eri näkökulmista. Muun muassa haastatteluilla ja kyselytutkimuksilla on tarkasteltu sitä, kuinka eri toiminnot, kuten tiedon kysyminen ja sen antaminen, vastaanotolla jakautuvat lääkärin ja potilaan kesken. On myös tutkittu lääkäreiden ja potilaiden sisäisiä malleja, joita he käyttävät hahmottaessaan eri sairauksia. (Raevaara 2000.) Lääkäri–potilas-vuorovaikutuksesta on keskusteluanalyttisen metodin avulla haluttu tarkastella sitä, miten tavallinen keskustelu muokkautuu lääkärin ja potilaan välillä saavuttamaan sille

osoitetut tehtävät ja kuinka nämä keskustelun osapuolet sopeutuvat institutionaalisiin rooleihinsa (Gill & Roberts 2013: 575–576).

Patric Byrne ja Barrie Long (1976) ovat jakaneet lääkärin vastaanottotilanteen kuuteen eri vaiheeseen: aloitus, potilaan vaivan selvittäminen, sanallinen ja/tai fyysinen tutkimus, potilaan terveydentilan arvioiminen, ohjeet tulevasta hoidosta ja viimeisenä vaiheena lopetus. Vaikka kyseessä onkin vain lääkärin vastaanoton ideaalimalli, eivätkä kaikki kuusi edellä mainittua vaihetta välttämättä sisälly jokaiseen vastaanottoon, on selvää, että vastaanotolla on aina alku ja loppu. Osassa MKLV-hankkeen aineiston vastaanotoista lääkäri ja potilas poistuvat sanallisen ja/tai fyysisen tutkimuksen jälkeen vastaanottohuoneesta toimenpidehuoneeseen esimerkiksi luomen poistoa varten. Tällöin tallenne päättyy ja taltioituna tilanne jää auki. Vastaanoton päättäminen ei siis tällöin tapahdu itse vastaanottohuoneessa, mutta se tapahtuu kuitenkin jossakin toisessa tilassa.

Lääkärin vastaanoton vaiheiden pituus vaihtelee eri vastaanotoilla: toisella vastaanotolla esimerkiksi sanalliseen ja fyysiseen tutkimukseen voi kulua useampi vuoro, kun taas toisella vastaanotolla vain muutama vuoro voi riittää. Vastaanoton eri vaiheet saattavat myös tapahtua ikään kuin lomittain, minkä vuoksi tarkka rajanveto eri vaiheiden välillä voi olla haastavaa. (Korpela 2002: 13.) On myös mahdollista, että vastaanoton edettyä esimerkiksi lopetusvaiheeseen tilanne voi palata vielä edelliseen, hoito-ohjeiden antamisvaiheeseen potilaan tai lääkärin huomaamasta epäkohdasta tai epävarmuustekijästä johtuen.

Lääkäri–potilas-vuorovaikutus perustuu osittain kysymys–vastaus-vieruspareille. Vastaanotto alkaa useimmiten lääkärin esittämällä avoimella kysymyksellä, jonka tarkoituksena on saada potilas kertomaan syynsä vastaanotolle saapumiseen (Raevaara & Sorjonen 2001: 49–51). Vaikka avointen kysymysten esittäminen potilaalle on tärkeää, jotta lääkäri saa selville mahdollisimman kattavan kuvauksen potilaan terveydentilasta, myös suljetuille hakukysymyksille on paikkansa esimerkiksi arkaluontoisempia asioita käsiteltäessä (Pyörälä 2001: 187). Lääkärin vastaanottotilanteissa potilas toimii harvemmin kysyjän roolissa, vaikka hänelle olisikin osoitettu mahdollisuus tarkentavien tai lisäkysymysten esittämiseen (Pyörälä 2001: 189).

3.2.2. Epäsymmetrinen vuorovaikutus

Institutionaalinen vuorovaikutus on epäsymmetristä vuorovaikutusta: keskustelun toinen osapuoli on aina ammatillisessa suhteessa toiseen osapuoleen (Peräkylä 1998: 180). Esimerkiksi lääkärin ja potilaan suhde on epäsymmetrinen lääketieteellisen tiedon suhteen: lääkäri toimii vastaanotolla asiantuntijana ja potilas tarvitsee lääkärin konsultaatiota tilastaan. Toisaalta, kuten Paananen (2019: 43) toteaa, myös potilaalla on tietoa, jota vastaavasti lääkäri tarvitsee diagnoosin tekemiseen. Sekä lääkärin lääketieteellinen asiantuntijuus että potilaan itsensä kokemukset terveydentilastaan ovat välttämättömiä edellytyksiä vastaanoton onnistumiselle.

Vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys ei rajoitu ainoastaan institutionaalisiin rooleihin, sillä epäsymmetrisyys voi olla myös esimerkiksi kielellistä. MKLV-hankkeen vastaanottotilanteet ovatkin sekä tiedollisesti että kielellisesti epäsymmetrisiä. Lääkärin on selvitettävä arvionsa potilaan tilasta tälle niin, että potilas varmasti pystyy muodostamaan käsityksen kaikista hoitovaihtoehdoista (Lääkäriliitto 2013). Vaikka lääkäri ja potilas puhuisivat samaa kieltä äidinkielenään, saattaa vastaanottotilanteessa erityisesti lääkäri joutua selventämään ja tarkentamaan, mitä hän joillakin lääketieteellisillä termeillä tarkoittaa.

Monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla huolena on, että jo edellä mainittujen epäsymmetrian ilmenemismuotojen lisäksi lääkärin ja potilaan välille kehittyy epäsymmetrisyyttä myös osallistumisen suhteen. Äidinkielen puhuja saattaa alkaa täydentää heikommin kieltä osaavan puhetta, jolloin heikommalle puhujalle jää keskustelussa vähemmän tilaa. Vuorovaikutustilanteen liiallinen epäsymmetrisyys vaikeuttaa institutionaalista tehtävistä suoriutumista vastaanotolla. (Paananen 2019: 45.)

3.3. Non-verbaalinen vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen ajatellaan usein rakentuvan lähinnä kielellisesti, vaikka suuri osa siitä on non-verbaalista (myös non-verbaalinen viestintä) eli ei-kielellistä vuorovaikutusta. Non-verbaalisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan keskustelutilanteessa käytettäviä eleitä, ilmeitä sekä muuta niin kutsuttua kehon kieltä. Kun kielellisten ja ei-kielellisten vuorovaikutuskeinojen lisäksi yhteisymmärryksen saavuttamiseksi hyödynnetään myös

senhetkistä ympäristöä, kyse on vuorovaikutuksen multimodaalisuudesta. (Kääntä & Haddington 2011: 11–12.)

Non-verbaalinen vuorovaikutus on erityisen tärkeässä asemassa kielellisesti epäsymmetrisissä vuorovaikutustilanteissa, sillä elehtiminen usein helpottaa yhteisymmärryksen saavuttamista. Eleillä ja ilmeillä on mahdollista korvata sanoja, ja esimerkiksi lääkärin vastaanotolla ei-äidinkielisen puhujan on helppoa turvautua elehtimiseen, jos hän ei muista tai tiedä jonkin ruumiinosan nimeä. (Paananen 2017.) Non-verbaalisten vuorovaikutuskeinojen käyttäminen puhumisen ohella voi myös auttaa välttymään väärinymmärryksiltä, joita mahdollisesti pelkän puheen välityksellä syntyisi, kuten esimerkissä 3.

(3) Kuinka monta vuotta (L = lääkäri, Ä = potilaan äiti)

- 1 L: joo, joo, mutta poika mi:- kuinka vanha,
2 lääkäri koskettaa peukaloa ja etusormeja toisiaan vasten pari ker-
3 taa
4 Ä: ee vanha vanha. em:
5 L: tämä poika. kuinka monta vuotta.
6 lääkäri elehtii ikää näyttämällä neljää sormeja
7 Ä: neljä, NELjä.
8 äiti näyttää kolmea sormeja
9 L: £neljä£ hehe joo, joo,
10 Ä: kula- [kelakhortti?
11 L: [kolme vuotta

Esimerkissä 3 lääkäri kysyy potilaana olevan pojan äidiltä pojan ikää. Vastatessaan äidillä menee suomenkieliset numerot selvästi hieman sekaisin, kun hän sanoo *neljä* näyttäessään kuitenkin vain kolmea sormeja. Äidin vastaus on eleiden ja puheen suhteen ristiriitainen, minkä hän itsekin vaikuttaa huomaavan, sillä lopulta hän näyttää pojan Kela-korttia lääkärille. Non-verbaalisesta eleestä oli siis tilanteessa hyötyä, koska sen ja puheen eroavuuden johdosta pojan ikä varmistettiin Kela-kortista.

Myös vastaanoton päättämistilanteissa vastaanoton osapuolet voivat hyödyntää non-verbaalista viestintää. Esimerkiksi lääkäri voi vastaanoton päättymistä osoittaakseen nousta seisomaan ja olla valmiina kättelemään potilasta hyvästiksi. Myös pienempi ele, kuten reseptin ojentaminen, voi toimia merkinä vastaanoton päättymisestä. Vastaavasti

potilas voi seisomaan nousemisella ja tavaroidensa keräämisellä osoittaa lääkärille, että hänen huolenaiheensa on käsitelty ja jatkotoimenpiteet ovat selvillä.

Vuorovaikutustilanteessa katseella ja sen suuntaamisella on suuri merkitys. Katseen suuntaaminen antaa muille läsnäolijoille viitteitä siitä, mihin yksilö suuntaa mielenkiintonsa ja keskittymisensä. Myös katseen suuntaamattomuudella on merkityksensä ja esimerkiksi katsekontaktin välttely on tulkittavissa etäisyyden luomiseksi. (Ruusuvuori 2016: 61.) Katseen suuntaaminen on keino osoittaa muille osallistujille olevansa läsnä. On tutkittu, että esimerkiksi lääkärin vastaanotolla lääkärin suunnatessa katseensa tietokoneeseensa, potilas alkaa epäillä kuulluksi tulemistaan (Ruusuvuori 2016: 53). On tärkeää, että lääkäri osoittaa sekä katseensa suuntaamisella että kehollisella läsnäolollaan potilaalle olevansa vastaanottava erityisesti silloin, kun potilas kertoo jotakin oleellista tietoa terveydentilastaan.

4. Aineiston analyysi

Tässä luvussa käyn läpi tutkielmani aineistoksi valikoituneiden vastaanottojen päättämistilanteita. Luvussa 4.1 tarkastelun kohteina ovat vastaanotot, joissa lääkäri on ulkomaalaistaustainen suomea toisena kielenä puhuva, ja luvussa 4.2 vastaavasti vastaanotot, joissa lääkäri puhuu äidinkielenään suomea. Luvussa 4.3 vertailen edellisissä alaluvuissa tarkasteltuja vastaanottojen päättämistilanteita ja kokoaan päätelmäni.

Kuten jo luvussa 3.2.1 mainittiin, lääkärin vastaanoton ideaalimallin kaksi viimeistä vaihetta ovat hoito-ohjeiden antaminen ja lopetus. Samassa luvussa tuotiin ilmi myös, että rajanveto vastaanoton eri vaiheiden välillä voi olla vaikeaa. Tavoitteenani on kuitenkin löytää vastaanottokeskustelusta sellaisia lääkärin tai potilaan vuoroja, jotka pyrkivät vastaanoton päättämiseen tai jotka suoraan päättävät. Aineistoluvun esimerkkien numerointi alkaa numerosta 1.

4.1. Vastaanoton päättäminen ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla

Tutkielmani aineisto koostuu 20 videoidusta ja äänitetyistä vastaanotosta, ja näistä puolet, ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotot, ovat tässä luvussa tarkastelun kohteena. Vaikka ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä on MKLV-hankkeen aineistossa kuusi, on tämän tutkielman aineistossa vastaanottoja vain viideltä heistä, sillä amanuenssin vastaanotot, joissa lääkäri vaihtuu puolella välissä, on rajattu jo luvussa 1.2 esitetyistä syistä ulkopuolelle. Jokaiselta viideltä lääkäriltä on valittu tarkasteluun kaksi vastaanottoa, joista oli jo olemassa valmiit litteraatit.

Esitin tutkielman johdantoluvussa hypoteesin, jonka mukaan lääkärin vastaanoton päättävä osapuoli olisi lääkäri. Esitin myös, että ulkomaalaistaustainen lääkäri saattaa jollakin tavalla olla suomalaista lääkäreitä sosiaalisempi, jolloin vastaanoton päättämistilanteen voi ajatella venyvän toteavasta ”eipä tässä sitten muuta” -kommentista. Oletuksenani oli, että edellä mainitun kaltaiset toteamukset kuuluvat enemmän suomalaisen lääkärin vastaanotolle ja vastaavasti ulkomaalaistaustainen lääkäri esittäisi vastaanoton lopussa kysymysmuotoisen ”oliko vielä muuta?” tai ”oliko siinä kaikki?”. Vastoin hypoteesiani esimerkissä 1 ulkomaalaistaustainen lääkäri esittää toteavan lopetusvuoron.

(1) Ei sitten muuta (L = lääkäri, P = potilas, M = mummo)

1 M: nii ja kyl mun mielest ku sä oot ollu niin
2 terveen [tapanen et jos
3 P: [°mm, °
4 M: korva tosiaan on kipiä ni [kyl seki on erilaine,
5 P: [°mm, °
6 L: =nii joo kyllä,
7 M: ettei-
8 P: °joo°
9 L: =no niin ei sitten *muuta he he,
10 *lyö kädet yhteen
11 M: ei mittään lääkkeitä, he he
12 L: nii ei ole lääkettä joo,
13 M: *se on iha hyvä,
14 *P ja M nousevat ylös
15 L: noni joo,
16 M: *kiitos,
17 *L nousee, kaikki kävelevät ovelle

Esimerkin 1 potilas, nuori tyttö, on saapunut mummonsensa kanssa vastaanotolle tutkituttamaan korvansa korvien naksumisen vuoksi. Lääkäri on tutkinut korvat ja todennut molemmat terveiksi. Diagnoosin kuultuaan mummo toteaa tytön vaikuttaneenkin ”terveen tapaiselta”, mihin lääkäri reagoi vain nopeasti ja jatkaa lähes saman tien rivin 9 toteamukseen. Lääkäriin intonaatio on tasainen, ei lainkaan nouseva, joten vuoro ei ole tulkittavissa kysyväksi. Toisaalta potilas tai hänen mummonsensa eivät ole vastaanoton aikana osoittaneet muita vastaanotolle saapumisen syitä kuin jo tutkitut korvat, joten lääkäriellä ei ole tässä kohtaa syytä odottaa lisäoireita. Rivin 9 toteamusta tehostaa käsien lyöminen yhteen: ele kuvaa sitä, että vastaanotto on ikään kuin ”lyöty pakettiin”. Vaikka mummon vuoro rivillä 7 on ennen lääkäriin toteamusta jäänyt kesken, ei hän enää palaa aiempaan vuoroonsa, vaan jatkaa eteenpäin naureskelemaan toteamukseen (rivi 11). Mummon toteamus ei vaikuta kysyvältä tasaisen intonaation vuoksi, mutta toisaalta toteamuksen taustalla saattaa olla varmistus, sillä vaikka lääkäri totesi tytön korvat terveiksi, ei korvien naksumiseen löytynyt tutkimuksessa mitään syytä, eikä lääkäri antanut ohjeita siihen, kuinka naksumisesta pääsee eroon. Saatuaan lääkärieltä varmistuksen, ettei lääkettä tarvita (rivi 12), potilas ja mummo nousevat ylös lähteäkseen. Myös lääkäri nousee ja saattaa potilaan ja mummon ovelle, jossa hyvästely tapahtuu.

Lääkärin tai potilaan seisomaan nouseminen merkitsee usein sitä, että jäljellä on enää hyvästely. Esimerkin 1 vastaanotolla kaikkien osapuolten käveltyä ovelle ja oven ollessa jo auki lääkäri kuitenkin vielä toteaa *vau ei ole mitään muuta oiretta oli vain se korva*. Toteamuksen paikka olisi ollut luontevampi lähempänä rivin 9 vuoroa ja onkin mielenkiintoista, että vielä ovella mummokin ikään kuin varmistaa tytöltä *nii ei- ei sul mittä*, johon tyttö reagoi hiljaa *ei mul mitää muuta*. Vastaanoton ollessa näin loppuillaan, olisi ollut erikoista, jos potilas olisikin sanonut hänellä vielä olleen jotain mielen päällä. Tämän kaltaisessa tilanteessa voi ajatella olevan normien vastaista tuoda ilmi vielä jokin lääkärin tarkistusta vaativa vaiva. Toisaalta tytön hiljainen, jokseenkin epävarman oloinen vastaus saattaa olla osoitus siitä, että jokin jäi vielä vaivaamaan. Potilaan kielteiseen vastaukseen vaikuttaa varmasti muiden läsnäolijoiden kommenttien sävy: jos potilaalle esitetään toteamus ”ei sulla mitään” kysymyksen ”oliko sulla muuta” sijaan, vierusparin etujäsenen, tässä tapauksessa mummon tai lääkärin toteamus, preferoi jälkijäsenen, tytön vastauksen, kielteisyyttä.

Esimerkin 1 vastaanoton lisäksi vain yhdellä aineiston vastaanotolla lääkäri esittää ”ei muuta” -tyyppisen kommentin vastaanoton päätteeksi. Molemmilla vastaanotoilla kyseessä on sama lääkäri, joten tämän tyyppinen kommentti vastaanoton päätösvaiheessa ei vaikuta suositulta.

Hypoteesissani oletan, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit suosivat kysymysmuotoisia ”oliko vielä muuta” -tyyppisiä toteamuksia varsinaisten hoito-ohjeiden antamisen jälkeen, vaikka kysymys ei varsinaisesti odotakaan myöntävää vastausta, ennemminkin ehkä päinvastoin. Byrne ja Long havaitsivat tutkimuksessaan lääkäreiden ”oliko muuta” -tyyppiset kysymykset pelkiksi kohteliaisuuksiksi, joihin potilaat usein vastaavat kieltävästi, jotta vastaanotto voi tulla päätökseensä (Korpela 2002: 28). Tämän tutkielman aineistossa kahdella vastaanotolla esiintyy tämän tyyppinen kysymys lääkärin kysymänä. Molemmilla vastaanotoilla kysymys saa kielteisen vastauksen, jota kuitenkin seuraa vielä tarkentava jatkokysymys, mikä puolestaan pidentää vastaanoton päätösvaihetta.

Aineiston ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotoilla esiintyy kaksi kysymysmuotoon aseteltua vastaanoton päättämiseen suuntaavaa vuoroa. Seuraavan esimerkin vastaanoton lopetusvaihe on hieman pidempi. Potilas on saapunut vastaanotolle kaaduttuaan ja loukattuaan kätensä. Vastaanoton edettyä vaiheeseen, jossa lääkäri on kertonut potilaalle toimintaohjeet, lääkäri varmistaa *onko jotain kysyttävää*.

Kysymys on esitetty tasaisella intonaatiolla, mutta se on kuitenkin selvästi tarkoitettu kysymykseksi, jonka jälkeen potilaan on mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä.

(2) A. Onko jotain kysyttävää.

1 L: ja mm ja särkylääke. ei varmasti mitään muita,
2 P: joo selvä? toivotaan sitte-
3 L: =onko jotain kysyttävää,
4 P: eipä kyl oikeestaan,
5 L: =joo?
6 P: =et tai sit vaan- et mää voin niinko kävellä
7 tonne noi vai soitanko mä sinne ensin,

Esimerkin 2A rivillä 1 hoito-ohjeiden antaminen on loppuillaan. Lääkäri on ohjeistanut potilasta menemään toiseen toimipisteeseen röntgenkuvaukseen ja tämän jälkeen hän on neuvonut potilasta hakemaan apteekista särkyläkettä sekä käyttämään kylmäpussia ja -geeliä. Potilas toteaa ohjeet ymmärretyksi (rivi 2) ja on jatkamaisillaan vuoroaan, kunnes lääkäri keskeyttää hänet vastaanoton päättämiseen tähtävällä kysymyksellä (rivi 3). Vaikka potilas vastaakin kysymykseen kieltävästi, mikä voisi johtaa hyvästelyvaiheeseen, hän kuitenkin alun kieltävästä vastauksesta huolimatta esittää vielä jatkokysymyksen röntgenkuvaan menemisestä rivillä 7. Kun lääkäri on kerrannut toimintaohjeet ja potilas on uudelleen todennut ohjeet selviksi, lääkäri esittää jälleen vastaanoton päätökseen tähtävän vuoron (esimerkki 2B rivit 8–9).

(2) B. Jos ei mitään kysyttävää.

8 L: Joo jos ei mitään [kysyttävää voi- voi
9 L: vaatteet (--)
10 P: [ei kyllä hehe *(--)
11 *P nousee seisomaan ja pukee takin päälleen
12 L: ja resepeti annettu apteekin.
13 P: aha?
14 L: se on sähköreseptinä.
15 P: =onk se tuola (.) [(paikan nimi) apteekissa.
16 L: [esimerkiksi (paikan nimi)
17 apteekissa se on kaikissa [apteekeissa.
18 P: [juu jaa aha okei
19 okei, nii et se näkyy joka pual
20 P: menny nii yksinkertaseks kaikki ko kaikki
21 nykyää toimii tuol netis ni (.) saa nopeesti

22 menemää sitte,
23 L: e:li: *katsoo tietokonetta ja kirjoittaa paperille
24 (.)
25 P: m hm (.) *mjoo o (.) oliko sit viel muuta vai
26 se oli tässä vai
27 *potilas istuu takaisin tuolille ja sulkee takin vetoketjun

Esimerkin 2B ensimmäisellä rivillä lääkäri esittää olettamuksen, ettei potilaalla ole enempää kysymyksiä ja kehottaa tätä pukemaan takin ylleen. Potilas vastaa jälleen kieltävästi ja vahvistaa vastauksensa nousemalla ylös ja pukemalla takkinsa lääkärin kehotuksen mukaisesti. Kuitenkin, kuten riveiltä 25–27 huomataan, seisomaan nouseminen ja pukeutuminen eivät tällä vastaanotolla johdakaan suoraan hyvästelyosuuteen, vaan takin puettuaan potilas istuu vielä takaisin tuolille. Vaikka lääkäri on itse esimerkin 2B ensimmäisessä vuorossaan tähdännyt vastaanoton päättymiseen, hän kuitenkin potilaan vastauksen jälkeen varmistaa vielä, että potilas muistaa hänelle kirjoitetun sähköisen reseptin: tästä seuraa jälleen lyhyt toimintaohjeiden kertaus (rivit 15–22). Toimintaohjeiden kertaamisen jälkeen lääkäri toteaa hitaasti *eli* ja syvenyy katsomaan tietokonettaan sekä kirjoittamaan jotakin paperille. Tämä *eli* saattaa vaikuttaa siihen, että potilas pukeuduttuaan istuu vielä tuolille ja esittää nyt puolestaan kysymyksen vastaanoton päättymisestä. Kysymyksen jälkeen lääkäri kertoo hoitosuunnitelman lyhyesti, minkä jälkeen potilas nousee ylös, kiittää ja kättelee lääkäriä ja poistuu vastaanottohuoneesta.

Esimerkin 2 vastaanotolla on havaittavissa molemminpuolista epävarmuutta siitä, onko kaikki asiat jo käsitelty. Lääkäri vaikuttaa olevan epävarma siitä, onko potilas sisäistänyt kaikki hoito-ohjeet ja jatkotoimenpiteet, mikä johtuu mahdollisesti siitä, että potilas ensimmäisen *onko jotain kysyttävää* -kysymyksen jälkeen esittää tarkentavan kysymyksen. Lääkäri saattaa ajatella tämän vuoksi, että myös muita ohjeita on vielä syytä tarkentaa. On tärkeää, että vastaanoton ilmapiiri on mahdollisimman avoin tarkentaville kysymyksille, jotta mitään epäselvää ei jää ja potilas saa parhaimman mahdollisen hoidon.

Toinen aineistossa esiintyvä ”oliko muuta” -tyyppinen kysymys ei nostata yhtä pitkää loppukeskustelua vastaanotolla kuin esimerkissä 2. Potilas on saapunut vastaanotolle korvatipponen aiheuttaman inhottavan tuntemuksen vuoksi. Vastaanoton puolivälissä lääkäri ja potilas käyvät toimenpidehuoneessa, mutta he tulevat takaisin

vastaanottohuoneeseen päättämään vastaanoton. Lääkäri ei kirjoita potilaalle uutta reseptiä eikä anna uusia hoito-ohjeita, mutta ennen vastaanoton varsinaista lopetusvaihetta lääkäri kertoo viime vastaanottokäynnistä tapahtuneet parannukset potilaan tilassa.

(3) Onk muita murheita.

1 L: niin ja sitten tota- tota bronkiitti on
2 parantumassa,
3 P: mm joo,
4 L: =juu nii,
5 P: =vielä ku sais nukuttua,
6 L: mhm hehe j(h)oo,
7 L: [kyllä kyllä niin,
8 P: [hehe
9 P: kyllä se siitä,
10 L: =mm juu,
11 L: onk muita murheita,
12 P: ei pitäskö mun niitä korvatippoja vielä sit
13 laittaa [jos (--)

Esimerkin 3 vastaanoton päätösvaiheen voi ajatella alkavan jo riveiltä 3–4, sillä siitä alkaa useamman vuoron mittainen dialogipartikkelien (ks. esim. Hakulinen 1998: 50) ja lyhyiden toteamusten jono: vastaanotolla ei ole enää mainittavaa lääketieteellistä antia, sillä potilaan vointi on jo kartoitettu. Kuitenkin sekä potilas että lääkäri jatkavat keskustelua, joka ei liity hoito- ja toimintaohjeisiin tai muihin vastaanoton varsinaisiin aiheisiin: potilas toivoo saavansa nukuttua paremmin, lääkäri vastaa tähän minimipalautteella, minkä jälkeen potilas itse toteaa lohduttavasti *kyllä se siitä*. Erityisesti lääkärin antamat minimipalautteet näyttävät pyrkivän vastaanoton lopetukseen: keskustelu ei voi jatkua loputtomiin, jos toinen keskustelun osapuolista ei anna keskustelulle minimipalautteita suurempaa panosta. Potilaan toteamuksen jälkeen lääkäri antaa potilaalle mahdollisuuden tuoda vielä ilmi jotakin mielen päällä olevaa (rivi 11), mutta tälläkin vastaanotolla kysymys jää kohteliaisuudeksi, sillä potilaalla ei ole enempää murheita (rivi 12). Vaikka potilas ei tuokaan enää esiin muita vaivoja tai huolia, hän kuitenkin välittömästi kieltävän vastauksen annettuaan tarkistaa vielä jatkohoito-ohjeita. Saatuaan tarkennuksen lääkäriltä potilas toteaa itse *ei sitte muuta ku-*, kääntyy paikallaan ottamaan käsilaukkunsa tuolin selkänojalta ja nousee ylös. Tämän jälkeen vastaanotto päättyy kiitoksiin, hyvästelyihin ja lääkäriin toivottamiin parempiin vointeihin.

Kuten esimerkin 3 vastaanotolla, myös toisella aineiston vastaanotolla lääkäri alkaa hyödyntää vastauksinaan lähes pelkkiä minimipalautteita osoittaakseen potilaalle vastaanoton olevan päätöksessä. Esimerkin 4 potilas on saapunut vastaanotolle polvikivun vuoksi. Potilas on 78-vuotias nainen, joka vastaanoton loppupuolella alkaa jutella lääkärille niitä näitä muun muassa pojastaan, veljistään sekä mehunsäilöntäaineen ostamisesta. Lääkäri pyrkii aloittamaan vastaanoton lopetusvaiheen hoito- ja toimintaohjeiden antamisen jälkeen toteamuksella *semmosta* (rivi 2).

(4) A. Semmosta.

1 P: jaaha,
2 L: semmosta,
3 P: °jaaha, °
4 L: joo,
5 P: *mää toi noi ni hh,
6 *alkaa pukea sukkia jalkaan, katse tiukasti jaloissa
7 L: ja kipulääke mä kirjoitan sähkönen resepti
8 teistä,
9 P: (--) kenk o vaa ollu likanen ja su- kum-
10 puhtaan sukan pistin jalkaan ni (.) kyl
11 vaa kengäs o jottai ollu,
12 L: ja panadolia saa ottaa yks viiva kolm
13 tablettia päivässä eli kolmesti päivässä
14 saa ottaa tarvittaessa kipuun,
15 P: mut jos se särkemäst lakkaa ni (.) soitak
16 mä sit sin (paikan nimi) lainkaa,

Lääkärin *semmosta*-kommentti on tulkittavissa koko vastaanoton kokoavaksi toteamukseksi, vaikka osa hoito-ohjeista on kuitenkin vielä antamatta. Lopetukseen tähtäävästä kommentista huolimatta lääkäri kuitenkin alkaa vielä tarkentaa potilaalle ohjeita jatkosta (rivi 7). Potilas ei reagoi lääkärin antamiin lääkeohjeisiin, vaan keskittyy sukkiin pukemiseen. Vaikka potilas vaikuttaa siltä, ettei välttämättä pukeutumiseltaan kuuntele lääkärin ohjeita, hän kuitenkin esittää lääkärille kysymyksen koskien polvien kuvaamista. Vastaanoton tutkimusvaiheessa potilas itse toivoo useaan otteeseen saavansa lähetteen polvien kuvaamiseen, ja myös lääkäri kehottaa potilasta sopivan ajan varaamiseen kuvantamisyksiköstä. Onkin erikoista, että potilas reagoi lääkärin lääkeohjeisiin puheenvuorolla, jossa hän kyseenalaistaa polvien kuvantamistarpeen (rivit

15–16). Tästä vuorosta alkaa uudelleen lyhyt keskustelu siitä, mikä polvissa mahdollisesti on vikana ja onko polvia tarpeellista kuvata.

Esimerkin 4 vastaanoton lopetusvaihe on pitempi kuin monen muun vastaanoton. Tähän on syynä jo aiemmin mainitusti se, että potilas alkaa rupertella lääkärille vastaanottoon varsinaisesti liittymättömiä asioita. Potilas ei vaikuta pysyvän institutionaalisessa roolissaan, vaan tietoisesti tai tiedostamatta suuntaa keskustelua kohti arkisempaa ”jutustelua”. Vastaanoton ollessa loppuvaiheessa rupattelusta ei aiheudu vastaanotolle muuta haittaa kuin vastaanoton mahdollinen pitkittyminen. Jos potilas ajautuisi vastaanoton aiemmassa vaiheessa puhumaan muusta kuin minkä vuoksi hän on vastaanotolle saapunut, on mahdollista, että tutkimusvaiheessa tai hoito-ohjeiden antamisvaiheessa tapahtuu virheitä tai väärinymmärryksiä.

Esimerkin 4 vastaanotolla lääkäri yrittää useaan otteeseen saada vastaanottoa päätökseen muutamien eri keinoin. Yksi keinoista on jo aiemmin mainitut minimipalautteet ainoana kommentointimuotona. Potilaan alkaessa kertoa poikansa terveydentilasta lääkäri ryhtyy niin sanotusti hymähtelemään lyhyillä dialogipartikkeleilla, kuten *mhm*, *aha* ja *joo*. Lääkäri on myös osittain suuntautuneena tietokonetään kohti. Tämä keino ei kuitenkaan vaikuta olevan kaikkein tehokkain lopetuskeino, sillä potilas jatkaa kertomustaan usean vuoron verran. Toisaalta lääkärin pitäytyminen roolissaan ja reagoiminen minimipalautteilla, vaikuttaa lopulta varmasti siihen, kuinka pitkästi ja yksityiskohtaisesti potilas vastaanottoon liittymättömistä asioista puhuu. Jos lääkäri osoittaisi kiinnostusta ja alkaisi kommentoida potilaan kertomusta päivitellen ja esittäen lisäkysymyksiä, saattaisi vastaanottotilanne pitkittyä entisestään. Selkeimmäksi lopetusyritykseksi osoittautuu kuitenkin adjektiivi *selvä*, jonka lääkäri useampaan otteeseen lausuu hieman muuta puhetta korkeammalta, aaltomaisella, loppua kohden nousevalla intonaatiolla.

Toisena keinona vastaanoton päättämiseksi lääkäri hyödyntää tietynlaista toistoa: vastaanoton lopetusvaiheessa lääkäri ei tuo keskusteluun enää mitään uutta sisältöä, vaan toistaa jo annettuja hoito- ja toimintaohjeita sekä osia potilaan puheesta, kuten esimerkissä 4B.

(4) B. Joo joo hän on siis käynyt.

1 P: ja he käy riabeteksen t- takia,

2 L: mm joo joo hän on siis [käynyt,
3 P: [joo, ehe he
4 L: =joo hyvä, (.) *no ei mitään tehdään [näin et
5 L: kuvataan uudestaan polvet ja- ja [särkylääke
6 ostakaa apteekista,
7 *L ja P nousevat ylös ja kättelevät
8 P: [ni,
9 P: [juu,

Potilas on kertonut veljiensä käyvän saman lääkärin vastaanotolla. Lääkäri ei kommentoi asiaa sanomalla, että esimerkiksi muistaisi kyseisen potilaan veljiä, mikä toisaalta liittyy myös lääkärin vaitiolovelvollisuuteen, vaan lyhyesti toistaa, että *on siis käynyt*: keskustelua on hankala vielä eteenpäin, jos molemmat keskustelun osapuolet eivät ole keskustelussa aktiivisesti mukana. Esimerkin rivillä 2 esitetyn kommentin jälkeen lääkäri siirtyy välittömästi toimintaohjeiden kertaukseen (rivit 4–6). Lääkäri on jo aiemmin pyrkinyt samaa keinoa hyödyntäen ohjaamaan vastaanottoa päätökseen, mutta vasta tällä toisella kerralla lausuma *tehdään näin* ja hoito-ohjeiden toistaminen vievät vastaanottoa kohti päätöstä. Sekä potilas että lääkäri nousevat hyvin samanaikaisesti ylös kättelemään samalla, kun lääkäri kertoo viimeisiä toimintaohjeita. Vaikka vastaanotolla on päästy jo kättelyvaiheeseen, jatkaa potilas yhä lääkärin ohjeistusten jälkeen tuttavallista jutustelua. Lääkäri reagoi potilaan puheeseen edelleen minimipalautteilla, ja potilaan siirtyessä vastaanottohuoneen ovelle pukemaan takkia lääkäri istuu takaisin tuolilleen ja alkaa kirjoittaa jotain tietokoneelle. Monella muulla aineiston vastaanotolla vastaavassa tilanteessa jäljellä olisi enää vain hyvästelyt, mutta tällä vastaanotolla potilas aloittaa vielä juttelun. Lääkäri kääntyy nopeasti tuolillaan potilasta kohti, mutta huomattessaan, ettei potilaalla ollut enää varsinaiseen vastaanottoon liittyvää asiaa, hän kääntyy takaisin tietokoneensa ääreen jatkamaan kirjoittamista. Potilaan pitäessä pienen tauon puheessaan lääkäri toteaa *katsotaan mitä siis kuvassa* sekä kiittää ja hyvästelee tämän, jonka jälkeen potilas kiittää ja lähtee.

Minimipalautteen ja muiden sanallisten sekä prosodisten keinojen lisäksi esimerkin 4 lääkäri hyödyntää jonkin verran eleitä edistääkseen vastaanoton päättymistä. Kuten jo aiemmin mainitsin, lääkäri on useaan otteeseen suunnannut koko olemuksensa, kehonsa ja katseensa, tietokoneeseensa. Useimmiten kahden henkilön välisessä kohtaamisessa toisen henkilön suuntautuminen toisaalle herättää keskustelun toisessa osapuolella kysymyksen siitä, tuleeko hän kuulluksi. Tällä vastaanotolla potilasta ei kuitenkaan tunnu

vaivaavan se, että lääkäri on kohdistanut huomionsa pois potilaasta. Kehon suuntaamisen lisäksi muita lääkärin hyödyntämiä non-verbaalisia eleitä ovat katse ja ilmeet. Vaikka lääkäri on ajoittain suuntautuneena kohti potilasta ja potilas selvästi pyrkii saamaan katsekontaktia lääkäriin, lääkäri ottaa katsekontaktia vain vähän. Hänen katseensa kulkee, joskin pienin silmänliikkein, sivulta toiselle sekä välillä alas ja ylös. Katsekontaktin välttäminen liittyy selvästi vastaanoton päättämisyrytykseen, sillä vastaanoton alkupuolella ja hoito-ohjeita antaessa lääkärin katse ei ikään kuin harhaile, vaan hän ottaa enemmän suoraa katsekontaktia. Katseen suuntaamisen lisäksi lääkärin kasvot ovat hyvin vähäeleiset ja vakavat.

Usealla ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla lääkäri vaikuttaa olevan se, joka aloittaa vastaanoton lopetusvaiheen. Vain yhdellä aineiston vastaanotolla potilas on se, joka tekee lopetusaloitteen. Potilas on tullut vastaanotolle yskän ja flunssan vuoksi, joihin lääkäri kertoo määräävänsä hänelle yskänlääkettä ja potilaan pyynnöstä tuttua nenäsumutetta. Lääkärin kirjoittaessa ja tulostaessa reseptiä potilas pukee jo takkinsa ylleen nousematta kuitenkaan ylös tuolilta. Kun resepti on tulostunut, lääkäri toteaa *no niin tässä on sulle resepti* ja kääntyy potilasta kohti ojentaen reseptiä, jolloin potilas parantaa otettaan sylissään olevasta huivista nojautuen ensin hieman taaksepäin ja saman tien takaisin eteenpäin ojentaen lisäksi oman kätensä vastaanottaakseen reseptipaperin. Potilas edestakainen liike näyttää ennakoivan tuolilta nousemista: vaikuttaa siltä, ettei potilas tarvitse enempää ohjeistusta saamiensa lääkkeiden käytöstä, sillä ainakin toinen lääkkeistä on tuttu, ja siksi hän ojentuu vastaanottamaan reseptin ja valmistautuu nousemaan lähteäkseen. Eteenpäin nojautuessaan potilas kiittää lääkäriä normaalia puhettaan korkeammalta, mikä luo vaikutelman siitä, että kiitos on osoitettu kiitokseksi koko vastaanotosta, ei pelkästään reseptistä. Lääkäri kuitenkin vielä laskee reseptin pöydälle ja alkaa ohjeistaa lääkkeiden käyttöä, jolloin potilas laskeekin aluksi ojennetun kätensä takaisin syliinsä. Hoito-ohjeet ja jatkotoimenpiteet ovat potilaalle selvät, ja hän vastaa lääkärin ohjeisiin lyhyillä *joo*-partikkeleilla. Kun lääkäri saa hoito-ohjeet kerrottua, potilas ottaa reseptipaperin pöydältä. Tämän jälkeen lääkäri vielä muistuttaa potilasta olemaan uudelleen yhteydessä ennen potilaan seuraavaa työvuoroa, jos olo ei parane. Tällä vastaanotolla potilaan nouseminen tuolilta johtaa hyvin nopeasti vastaanoton päättämiseen: Potilaan noustua lääkäri kohottaa kättään kätelläkseen potilasta. Lääkäri ja potilas kättelevät, minkä yhteydessä lääkäri toivottaa ”paranemisia”, potilas kiittää ja poistuu vastaanottohuoneesta.

Monella aineiston vastaanotolla aloite vastaanoton päättymisestä tehdään uuden yhteydenottokehotuksen muodossa. Seuraavan esimerkin vastaanotolla lääkäri tekee hyvin selväksi sen, että kyseinen vastaanotto on päättymässä. Lääkäri ei kysy, onko potilaalla vielä muuta, vaan sanoo suoraan, että vaikka potilaalla olisikin vielä muita vaivoja, on hänen niistä kertoakseen varattava uusi vastaanottoaika.

(5) Jos mä kiitän tästä päivästä.

1 L: okei (potilaan nimi) (.) jos mä kiitän tästä
2 päivästä ja (.) tässä oli kaikki jos
3 teillä mitään muuta ongelmat (.) sitten?
4 P: mm?
5 L: te voisitte varata (.) toinen aika
6 P: joo
7 L: *nyt [se vain ajokortti varten oli va[rattu
8 aika?
9 *L nousee seisomaan
10 P: [joo
11 [okei joo joo

Ennen varsinaista lopetusvuoroa (rivit 1–2) lääkäri on jo kerran aiemmin ilmaissut potilaalle vastaanoton olevan loppuillaan: ”sori mä katon aika mä voin mulla on seuraava potilas”. Lääkäri on huolestunut, sillä hän uskoo seuraavan potilaan olevan jo ovella odottamassa vuoroaan. Huoli ei kuitenkaan välittömästi vaikuta vastaanoton kulkuun, enkä pidä tätä lääkärin puheenvuoroa varsinaisena lopetusvuorona, sillä käynnissä oleva vastaanotto on vielä kesken: potilas on saapunut vastaanotolle ajokortin uusimista varten ja jo ennen kuin lääkärintodistus on katsottu läpi, tulostettu ja allekirjoitettu, lääkäri ilmaisee huolensa vastaanoton päättymisestä. Vastaanotto siis jatkuu lääkärin kommentista huolimatta samaan tapaan kuin se olisi jatkunut muutenkin.

Kuten aiemmin mainitsin, esimerkin 5 vastaanotolla lääkäri ei anna potilaalle mahdollisuutta kertoa muista mahdollisista vaivoista, vaan lopetusvuoronsa vahvistamiseksi lääkäri nousee seisomaan ja ottaa muutaman askeleen kohti ovea. Lääkärin nouseminen on ääneen lausumaton merkki potilaalle, että hänenkin on nyt syytä nousta ylös. Vastaanoton lopetus tapahtuu kuitenkin yhteisymmärryksessä, sillä potilas on saanut lääkärintodistuksen, joka oli syy hänen saapumiseensa vastaanotolle, ja sillä lääkäri on ohjeistanut potilasta varaamaan uuden ajan, mikäli on tarvetta.

Esimerkin 5 lääkärin toisen vastaanoton lopetusvaihe etenee hieman toisenlaisesti, joskin siinä on havaittavissa myös samoja piirteitä. Potilaana on iäkkäämpi nainen, joka on saapunut vastaanotolle taksikortin hankkimista varten. Kun lääkäri on selostanut potilaalle jatkotoimenpiteet ja kääntynyt tuolillaan pois päin työpöydästään kuin noustakseen ylös hyvästelemään potilaan, kääntää potilas vielä yllättäen keskustelun epäsopivaan hammasproteesiinsa. Potilas on kuitenkin ollut selvästi tietoinen vastaanoton päättymisestä, sillä samalla kun lääkäri kääntyy tuolissaan, potilas kohentaa otetta käsilaukustaan. Toisaalta otteen kohentaminen saattaa johtua myös vain laukun putoamisen tunteesta, joten pidän kuitenkin lääkärin kehonkieltä vastaanoton varsinaisena lopetuskeinona. Potilaan puhuessa hampaistaan, lääkäri ottaa kasvoilleen myötätuntoisen ilmeen ja lohduttelee potilasta, vaikka keskustelun aihe ei enää liitykään vastaanoton varsinaiseen aiheeseen. Tämän vastaanoton lääkäri suhtautuu siis potilaan vastaanotolle kuulumattomaan puheeseen hyvin eri tavalla kuin esimerkin 4 lääkäri. Keskustelu potilaan hampaista jää kuitenkin lyhyeksi, kun lääkäri ja potilas nousevat samanaikaisesti ylös. Tämän jälkeen lääkäri hakee vielä potilaalle seinän vieressä olleet kävelysauvat ja saattaa hänet ulos vastaanottohuoneesta.

Vastaanoton kulku ja sujuvuus ovat riippuvaisia sekä lääkärin että potilaan sosiaalisuudesta ja sosiaalisesta verkostosta. Vuorovaikutushalukkuus riippuu monista eri asioista, ja esimerkiksi vaikea elämäntilanne tai sairaus voivat vaikuttaa halukkuuteen keskustella toisen ihmisen kanssa joko lisäten halukkuutta kanssakäymiseen tai vähentäen sitä. Esimerkiksi yksin asuvan vanhuksen tilanteessa päivän ainoa sosiaalinen kanssakäyminen saattaa tapahtua juuri lääkärin vastaanotolla, jolloin on mahdollista, että vastaanoton päätöstilanne venyy arkisen rupattelun vuoksi, mistä saattaa olla kyse esimerkiksi esimerkin 4 tapauksessa. Aineistosta on havaittavissa, että esimerkiksi väsymyksestä tai masennuksesta kärsivä on vastaanotolla vähäsanaisempi ja muutenkin hiljaisempi kuin jonkin muun vaivan vuoksi vastaanotolle saapunut. Tällöin lääkärin voi olla hankala havaita, onko potilas sisäistänyt kerrotut hoito-ohjeet ja jatkotoimenpiteet.

Yhdellä aineiston vastaanotolla potilaana on 20-vuotias nainen, joka haluaa lähetteen psykologille. Vuorovaikutus vastaanotolla on kaiken kaikkiaan melko vähäistä, sillä potilaan vuorot ovat hyvin lyhyitä. Myös vastaanoton lopetusvaihe on lyhyt: Lääkäri toteaa *ei muuta* ja ohjeistaa potilasta hakemaan lääkkeen apteekista sekä odottamaan kutsua psykologille. Vuoronsa jälkeen lääkäri nyökkää nopeasti hymyillen, potilas vastaa

hiljaa *okei*, kiittää ja nousee lähteäkseen. Vastaanoton lopetusvaiheesta puuttuu jopa hyvästelyvaihe kokonaan, sillä potilaan noustua hän lähtee saman tien kohti vastaanottohuoneen ovea ja lääkäri kääntyy kohti tietokonettaan. Potilaan nopea poistuminen vastaanottohuoneesta luo vaikutelman siitä, ettei mikään asia jäänyt käsittelemättä tai epäselväksi. Toisaalta vastaanotolle tulon syyhyn saatiin ratkaisu, lähete psykologin vastaanotolle, joten yleislääkärin vastaanottoa on turha pitkittää kysymyksillä, kun seuraava vastaanotto on tiedossa.

Viimeisenä käsiteltävän ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanoton lopetusvaihe on mielenkiintoinen. Potilas on tullut vastaanotolle selkävun vuoksi, ja vastaanoton tutkimusvaiheen jälkeen lääkäri poistuu hetkeksi huoneesta hakemaan hoitajaa, joka antaisi potilaalle kipulääkettä ja lihasrelaksanttia sisältävän injektion. Hoitajan on määrä tulla vastaanoton loppupuolella, ja vastaanotto etenee lääkärin ja potilaan kesken kohti lopetusvaihetta. Lääkäri on lähes koko lääke- ja toimintaohjeidenannon ajan suuntautuneena tietokoneeseensa kirjoittaen samalla jotakin, ilmeisesti sähköisiä reseptejä. Potilaan puheenvuorot ovat hyvin lyhyitä, eikä lääkäri osoita potilaalle kysymyksiä. Reseptien kirjoittamisen loppupuolella lääkäri toistaa potilaalle kirjoittaneensa sähköisen reseptin ja kehottaa potilasta ottamaan yhteyttä, mikäli lääkitys ei ole riittävä. Ilman merkittäviä taukoja lääkäri jatkaa samassa vuorossaan, ettei tiedä, missä hoitaja on, ja että potilas voi nyt mennä hoitajien ”huoneeseen ja saada piikkiä”. Lääkäri ei jätä potilaalle tilaa kysyä, mihin huoneeseen potilaan tulisi mennä, vaan osoittaa ovea ja lisää enää kutsun fysiatriille tulevan kotiin. Potilas vastaa lääkärille *joo*-partikkelilla ja poistuu nopeasti vastaanottohuoneesta.

On mahdollista, että edellisessä kappaleessa esitellyn vastaanoton lääkäri ja potilas ovat jo aiemmin olleet toisella vastaanotolla vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin tämän kaltainen nopea ja lyhyt lopetusvaihe ilman kiitoksia ja hyvästejä ei ole niin kummallinen kuin jos kyseessä olisivat toisilleen tuntemattomat henkilöt. Joka tapauksessa vaikuttaa siltä kuin lääkäriillä olisi kiire saada potilas ulos vastaanottohuoneesta. Vaikka terveyskeskus ja lääkärin nimeämä ”hoitajien huone” olisikin potilaalle paikkana tuttu, olisi lääkärin kuitenkin vielä hyvä varmistaa, että potilas tietää minne mennä. Ulkopuolisena tarkastelijana en voi olla varma, olisiko potilaalla ollut vielä jotain kysyttävää lääkäriltä, sillä vastaanotto tuntuu jäävän ikään kuin avoimeksi. Tämä tunne johtuu todennäköisesti hyvästelyjen ja kättelyiden puutteesta.

4.2. Vastaanoton päättäminen äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin vastaanotolla

Tässä luvussa tarkastelen äidinkieleltään suomenkielisten lääkäreiden vastaanottojen päättämistilanteita. Kuten edellisessä luvussa, on tässäkin luvussa tarkastelun kohteena kaikkiaan kymmenen vastaanottoa. Lääkäreitä on yhteensä viisi, ja koska suurin osa vastaanotoista on kuvattu saman lääkärin vastaanotolta ja yhdeltä lääkäriltä on aineistossa vain yksi vastaanotto, on ensin mainitulta lääkäriltä aineistoon valikoitunut kolme vastaanottoa ja jäljempänä mainitulta hänen ainoa taltioitu vastaanottonsa. Jokaiselta muulta lääkäriltä tarkastelussa on kaksi vastaanottoa.

Hypoteesini suomalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotoista on, että aloitteen vastaanoton päättämiseksi tekee lääkäri ja että vastaanotto lopetusvuoron jälkeen päättyy nopeasti. Oletan, että vastaanoton päätteeksi lääkäri lausuu ”ei sitten muuta” -tyyppisen kommentin ja mahdollisesti nousee myös seisomaan hyvästelläkseen potilaan, mikä saattaa johtaa pelkkää suullista lopetusvuoroa pikaisempaan vastaanoton päätökseen.

Hypoteesini siitä, että suomalaistaustainen lääkäri tekee aloitteen vastaanoton päättämiseksi, osuu osittain oikeaan: viidellä vastaanotolla lääkäri on selvästi lopetusvaiheen aloittava osapuoli, kahdella potilas ja kolmella vastaanotolla selvää aloitetta ei varsinaisesti tehdä, vaan sekä potilas että lääkäri ovat tietoisia, että vastaanotto on päätöksessä ja lopetusvaihe alkaa ikään kuin itsestään. Vain yhdellä vastaanotolla lääkärin tekemä lopetusvuoro on ”ei muuta” -tyyppinen. Vaikka lääkärin toteamus ei ole kysymysmuotoinen, jättää se kuitenkin potilaalle mahdollisuuden ilmaista vielä, jäikö jokin epäselväksi.

(6) Sitte ei mun puolesta muuta.

- 1 L: *SELVÄ. sitte ei (.) mun puolesta muuta.
2 *L kääntyy tuolillaan P:tä kohti ja laskee kädet syliinsä
3 P: =okei kuinka monta tablettia sää kirjoita
4 mulle.
5 L: s:i:tä - sitä on tota: [yhdeksäkytkaheksan,
6 sata.
7 P: [just joo. okei, selvä.

8 P: no ni,
9 L: mm?
10 P: ja muut mun- (.) hirvee (.) pap- pape-
11 L: =paperi (.) fnivaskaɸ. he[hehe
12 P: [hehe
13 P: o:kei. kiitoksia.

Esimerkin 6 rivillä 1 lääkäri tekee aloitteen vastaanoton päättämisestä sanomalla muuta puhetta voimakkaammalla äänellä ja laskevalla intonaatiolla *selvä*, samalla kääntyen tuolissaan kohti potilasta ja laskien kädet syliinsä. Lääkäri jatkaa vuoroaan toteamuksella *sitte ei mun puolesta muuta* ja silmäilee potilasta ikään kuin etsien merkkejä siitä, onko potilaalla vielä jotakin sanottavaa. Hieman ennen lopetusvuoroa lääkäri on ojentanut potilaalle reseptit, joita potilas tarkastelee nostamatta katsettaan lääkäriä kohti. Lääkärin lopetusvuorossa merkittävä tekijä tilanteen avoimuuden jatkumisen osoittamiseksi on, että vuoron *ei muuta* koskee nimenomaan lääkäriä: ilmaus *mun puolesta* jättää potilaalle edelleen tilaa esimerkiksi mainita vielä jostakin vaivasta tai esittää tarkentavia kysymyksiä koskien jo annettuja hoito-ohjeita tai lääkitystä, kuten kyseisen vastaanoton potilas tekeekin (rivi 3). Potilas kuitenkin osoittaa ymmärtäneensä vastaanoton olevan päätösvaiheessa vastatessaan *okei* lääkärin lopetusvuoroon ja jatkamalla vasta sitten tarkentavalla kysymyksellä. Myös lääkärin kehonkieli, eli kääntyminen potilaaseen päin kädet rennosti leväten sylissä, lopetusvuoron yhteydessä viestii potilaalle, että vaikka aloitus vastaanoton päättymiseksi on jo tehty, on vielä mahdollisuus keskustelulle, joskin sen on alettava potilaan aloitteesta. Jos lääkäri olisikin tässä kohtaa esimerkiksi nousuttu ylös ja ojentanut kättään kätelläkseen potilasta, olisi tämä ele kiiruhtanut vastaanoton päätöstä, eikä tilanne olisi ollut avoin potilaan esittämille lisäkysymyksille.

Lausumisen muuta puhetta suurempi äänenvoimakkuus yhdessä laskevan tai nousevan intonaation kanssa näyttää merkitsevän seuraavaan vaiheeseen siirtymistä lääkärin vastaanoton loppupuolella. Edellisen esimerkin *selvä* (rivi 1) ei välttämättä olisi kontekstissaankaan helposti tulkittavissa lopetusvaiheen aloittavaksi vuoroksi, jos sitä ei olisi lausuttu laskevan intonaation lisäksi muuta puhetta voimakkaammin. Puolestaan sillä, onko intonaatio nouseva vai laskeva, ei näytä olevan merkitystä siihen, onko vuoro tulkittavissa lopetusvaiheen aloittavaksi vuoroksi vai ei.

Äänen voimakkuus ei ole ainoa piirre, joka intonaation lisänä vaikuttaa ilmaisevan lopetusvaiheen alkua, vaan myös sillä, sanooko jonkin sanan tai vuoron muuta puhetta

korkeammalta, on merkitystä. Seuraavassa esimerkissä lääkäri puhuu hyvin tasaiselta korkeudelta ja tasaisella intonaatiolla, jolloin vastaanoton päätökseen tähtäävä *noni* erottuu selvästi.

(7) Noni.

- 1 L: joo. joo. joo, ↑no ni? (.) *joo nyt voit
2 laittaa siihen kylmää tosiaan ja- ja tota (.)
3 mä teen lähetteen.
4 *kääntyy tietokoneelta potilasta kohti, vilkaisee papereita pöydällä
5 ja nostaa sitten katseen potilaaseen
6 P: joo,
7 L: (>toivottavast<) saat pian ajan. jos ei- (.)
8 no, kyl se tulee °aika pian.°
9 P: joo. (.) joo kii:tos paljon.
10 P ottaa takin tuolin selkänojalta
11 L: =joo ei mitään. tarvii sä nyt nii (.) kouluun
12 varmaan täst päivästä. ku sä et ollu tänää.
13 P alkaa pukea takkia
14 L nojaa taakse kohti vetolaatikkoa

Esimerkin 7 vastaanotolla lopetusvaiheen aloittaa lääkäri (esimerkin rivi 1). Potilas on saapunut vastaanotolle polvikivun vuoksi ja viimeisenä ennen vastaanoton lopetusvaihetta, on lääkäri perunut tarpeettomana toisen vastaanottoajan, joka potilaalle oli polvikivun takia varattu. Lääkäri muistuttaa potilasta, ettei paikalle kannata saapua, sillä aika on peruttu. Potilas vastaa lyhyesti dialogipartikkelilla *joo*, ja lääkäri alkaa toistaa tasaisella intonaatiolla *joo*-partikkelia (rivi 1). Heti viimeisen *joo*-partikkelin jälkeen lääkäri tokaisee aiempaa puhetta korkeammalta ja lisäksi nousevalla intonaatiolla *no ni*, jonka jälkeen vuoro jatkuu vielä lyhyellä kertauksella hoito-ohjeista ja jatkotoimenpiteistä (rivit 1–3). Myös potilas tulkitsee kyseisen vuoron vastaanoton lopetusvuoroksi, sillä hän alkaa kasata reseptipapereita pöydältä laskien ne kuitenkin vielä takaisin pöydälle takin pukemisen ajaksi. Potilas kiittää lääkäriä ja ottaa takin tuolinsa selkänojalta samalla, kun lääkäri vielä varmistaa potilaalta tämän tarpeesta saada lääkärintodistus kouluun vietäväksi. Tarvetta lääkärintodistukselle ei kuitenkaan ole, ja potilas jatkaa takkinsa pukemista. Vastaanotto näyttää olevan hyvästelyä vaille päätöksessä, sillä vaikka lääkäri vielä sanoo toivovansa polven paranemista, hän ei enää juurikaan ota suoraa katsekontaktia potilaaseen. Tällaisen eleen voi ajatella jälleen ikään

kuin sulkevan vastaanottotilanteen: potilaan olisi helpompi vielä jatkaa jostakin aiheesta, jos potilaan ja lääkärin katseet kohtaisivat keskusteluyhteyden luomiseksi. Vaikka katsekontaktia ei ole, potilas muistaa takin puettuaan, että hänellä oli vielä perheensä puolesta lääkärille kysymys, ja vastaanotto jatkuu vielä muutaman minuutin ajan. Toisin kuin esimerkiksi esimerkissä 4, esimerkin 7 vastaanotolla lääkäri reagoi monipuolisemmin potilaan esittämään vastaanottoon liittymättömään aiheeseen. Lääkäri ei vastaa ainoastaan minimipalautteilla, vaan neuvoo potilasta tämän esille tuomassa asiassa, joskin hän tekee sen lyhyesti, jotta vastaanotto ei veny äärettömiin.

Edellisen esimerkin lääkärin toisella vastaanotolla lopetusvaiheen aloitus on hyvin samanlainen: lääkärin intonaatio on tasainen, ja hän puhuu melko hiljaisella äänellä, kunnes sanoo hieman korkeammalta ja voimakkaammin, nousevalla intonaatiolla, jälkimmäistä tavua painottaen *okei*. Dialogipartikkeli *okei* aloittaa vastaanoton lopetusvaiheen, mutta kuitenkin vielä tämän jälkeen lääkäri varmistaa, ettei potilaalla ollut tarvetta poissaolotodistukselle, kuten hän tekee myös edellisen esimerkin vastaanotolla. Lopetusvaiheen aloitettuaan lääkäri lisäksi vielä neuvoo potilasta tulemaan uudelleen päivystykseen, jos hänen vointinsa pahenee, ohjeistaa potilaan pyynnöstä, missä sairaalan toimisto on ja keneltä potilas voi varata ajan seuraavaan tutkimukseen, sekä kysyy vielä, haluaako potilas tulkin mukaan tähystykseen. Vastaanoton lopetusvaihe on kyseisen lääkärin molemmilla vastaanotoilla huomattavasti pitempi kuin seuraavan esimerkin vastaanotolla. Vastaanotolla potilaana on pieni tyttö, jolla on mukanaan sekä isä että äiti. Tytön isä hoitaa lääkärin kanssa puhumisen, mutta välillä perheenjäsenet keskustelevat myös keskenään omalla äidinkielellään vietnamiksi.

(8) Tämmönen. (L = lääkäri, I = isä, Ä = äiti)

- 1 L: joo, tämmönen.
- 2 I: *joo selvä.
- 3 *nyökyttelee, katsoo lattiaa, vilkaisee pöydälle ja taas lattiaa
- 4 L: .hjoo
- 5 (.)
- 6 Ä: +++
- 7 I: *++ saisiko *[(.) kerro hänelle.
- 8 Ä: [+++++
- 9 I: *katsoo Ä:tä ja viittoo lääkärin suuntaan
- 10 *katse lääkäriin ja viittoo Ä:n suuntaan

11 L: =joo,
12 I: joo. *++++ *mm, joo,
13 *katso Ä:tä ja nyökyttelee
14 *katso lääkäriä
15 L: nii just, selvä, mut tämmönen,

Esimerkin 8 vastaanoton lopetusvaihe alkaa lääkärin vuorolla esimerkin rivillä 1. Perhe on saapunut vastaanotolle tytön korvakivun vuoksi, ja koska jo aiemmalla vastaanotolla on diagnosoitu korvatulehdus ja mahdollinen tärykalvon puhkeaminen, lääkäri on juuri ennen lopetusvaihetta ohjeistanut, että korva on suihkuun mentäessä suojattava. Lääkärin kanssa kommunikoiva isä on osoittanut ymmärtävänsä ohjeet nyökyttelemällä päätään ja toistamalla sanaa *joo*. Annettuaan ohjeet, lääkäri laskevaintonaatioisella *joo tämmönen* -toteamuksellaan ikään kuin kokoaa koko vastaanoton yhteen ja aloittaa vastaanoton lopetusvaiheen. Tytön isä ymmärtää vastaanoton olevan päätöksessä vastaamalla lääkärin toteamukseen niin ikään laskevalla intonaatiolla *joo selvä* (rivi 2). Lopetusvuorojen (rivit 1–3) jälkeisen lyhyen tauon jälkeen äiti sanoo isälle jotakin vietnamiksi. Rivien 7–14 vuorot ovat mielenkiintoisia, sillä isän vuoro rivillä 7 luo vaikutelman, että myös lääkäri osaisi vietnamia: äiti on sanonut jotain vietnamiksi, johon isä vastaa lyhyesti, kääntyen sitten lääkärin päin ja sanoen *kerro hänelle* samalla osoittaen äitiä. Lääkäri vastaa isän vuoroon *joo*-partikkelilla, tasaisella intonaatiolla (rivi 11), vaikka hän selvästi ei tiedä, mitä hänen pitäisi kertoa. Tilanne menee kuitenkin nopeasti ohi isän kääntyessä äitiin päin ja puhuessa tälle vietnamia. Vuoronsa lopuksi isä kääntyy takaisin lääkäriin, ottaen vain nopean katsekontaktin tähän. Lääkärin vuoro *nii just selvä* rivillä 14 vaikuttaa siltä kuin hän olisi ymmärtänyt vietnamiksi käydyin keskustelun, vaikka vastaanotolla on käynyt aiemmin selväksi, ettei lääkäri ymmärrä vietnamia. Saman vuoron lopussa lääkäri toistaa jo aiemmin sanomansa *mut tämmönen* -toteamuksen, mikä ikään kuin palauttaa keskustelun lopetusvaiheeseen, vastaavaan tilanteeseen kuin aiemman toteamuksen (rivi 1) kohdalla. Lääkärin toisen lopetusvuoron jälkeen isä kiittää lääkäriä ja kysyy vielä nopean kysymyksen, johon lääkäri vastaa lyhyesti laskevalla intonaatiolla *toimistosta*, samalla osoittaen ovea. Tämän jälkeen perhe kiittää ja poistuu vastaanottohuoneesta. On vaikea tietää, jäikö äidille esimerkiksi jokin hoito-ohje epäselväksi, sillä hänen puhettaan ei ole tulkattu. Isä kuitenkin vaikuttaa ymmärtäneen lääkärin hoito-ohjeet, sillä hän nyökyttää päätään ja toteaa *selvä* (rivi 2), eikä hän enää esitä tarkentavia kysymyksiä.

Esimerkin 8 vastaanoton lopetusvaihe eroaa esimerkin 7 vastaavasta siinä, että lääkärin tehtyä aloitteen vastaanoton päättämisestä hän ei enää kertaakaan ohjeita tai esimerkiksi toivota potilaalle pikaista paranemista. Esimerkissä 7 lääkäri puolestaan vielä jatkaa keskustelua lopetusvuoronsa jälkeen. Esimerkin 7 lopetusvaiheessa lääkärin vuorot eivät kuitenkaan ole sellaisia, joihin potilas voisi ikään kuin tarttua, jotta vastaanotto palaisi johonkin aiempaan vaiheeseen tai josta mahdollisesti alkaisi pitempi keskustelu. Esimerkin 8 vastaanotolla lääkäri tekee lopetusvuoronsa jälkeen vähäsanaisuudellaan ja -eleisyydellään selväksi sen, että kaikki asiat on käsitelty. Toisaalta tälläkin vastaanotolla potilaalle on tehty lähete erikoislääkärin vastaanotolle, joten vaikka jokin jäisi kyseisellä vastaanotolla sanomatta tai kysymättä, seuraava lääkäriaika on jo tiedossa.

Aineistosta on havaittavissa, että lääkärit eivät pääte vastaanottojaan aina samalla tavalla, vaan että samankin lääkärin eri vastaanotoilla lääkäri saattaa hyödyntää erilaisia lopetuskeinoja. Aineistossa on kaksi vastaanottoa 26-vuotiaalta mieslääkäriltä, jonka vastaanottojen lopetusvaiheet ovat hyvin erilaiset: toisella vastaanotolla lääkäri tekee aloitteen vastaanoton päättämisestä ojentaessaan reseptin potilaalle ja toisella vastaanotolla potilas tekee lopetusaloitteen, jonka jälkeen lääkäri vielä kertaakaan ohjeita ja lopetusvaihe kestää kauemmin. Näihin kahteen lopetusvaiheeseen ja niiden pituuteen näyttää vaikuttavan se, kokeeko lääkäri tarpeelliseksi muistuttaa potilasta hoito- tai toimintaohjeista. Lyhyemmän lopetusvaiheen vastaanotolla potilaana on venäjänkielinen mies ja toisella vastaanotolla kurdinkielinen perhe, jossa potilaana on pieni tyttö, mutta jossa puhujana toimii tytön isä. Sekä venäjän- että kurdinkielinen mies puhuvat suomea melko samantasoisesti, joten en ajattele kielen taitotason vaikuttavan vastaanoton lopetusvaiheen kulkuun tai sen pituuteen.

Koska lääkärin vastaanottoon on varattu tietty aika, jonkin vastaanoton vaiheen venyminen voi vaikuttaa toisen vaiheen, erityisesti vastaanoton lopetusvaiheen, pituuteen. Esimerkiksi edellisessä kappaleessa esitellyllä lyhyemmän lopetusvaiheen sisältävällä vastaanotolla, lääkäri pahoittelee toimintaohjeiden antamisvaiheessa, että kyseinen vastaanottoaika ei riitä potilaan molempien vaivojen, selkävun ja pahoinvoinnin, käsittelyyn, sillä selkävun tutkimiseen kului suurin osa vastaanottoajasta. Se, että jokin vastaanoton vaiheista venyy, ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että jokin toinen vaihe sen vuoksi lyhenisi. Vastaanoton lopetusvaihe voi muodostua pelkästä lopetusvuorosta sekä mahdollisista kiitoksista ja hyvästeistä, kunhan

kaikki tärkeät hoito- ja toimintaohjeet on annettu ja ymmärretty jo aiemmissa vastaanoton vaiheissa.

Edellisissä kappaleissa esitellyllä vastaanotolla, jossa potilaana on venäjänkielinen mies, mielenkiintoisena piirteenä on, että vastaanoton lopetusvaiheen voi katsoa alkavan lääkärin vuorosta jo samalla, kun hän ojentaa potilaalle reseptin (esimerkki 9, rivi 1). Ei kuitenkaan ole täysin yksiselitteistä, alkaako vastaanoton lopetusvaihe nimenomaan tästä lääkärin vuorosta. Kun lääkäri jo aiemmin pahoittelee vastaanottoajan riittämättömyyttä ja tämän jälkeen antaa ohjeet kipulääkkeen käytöstä sekä tarkistaa, sopiiko uusi lääke potilaalle aiemmin määrätyn kanssa, on lääkärin vuoroissa havaittavissa lopetusvuoron piirteitä: esimerkiksi tarkistettuaan lääkkeiden yhteensopivuuden, lääkäri sanoo hiljaa kokoavasti *näin*. Tämä voisi olla lopetusvuoro, mutta osa toimintaohjeista on vielä antamatta. Lääkärin antaessa ohjeita uuden ajan varaamiseen laboratorio- ja röntgentuloksia sekä kyseisellä vastaanotolla tutkimatta jäänyttä oksennusvaivaa varten, potilas keskeyttää kysymällä oksenteluun ottamastaan lääkkeestä. Tässä vastaanoton vaiheessa lääkärille ei jää vuoroa aloittaa lopetusvaihetta, vaan varsinaiseksi lopetusvuoroksi on edelleen tulkittavissa esimerkin 9 rivillä 1 *noi(n)*.

(9) Se oli sitten se

- 1 L: noi,
(.)
2 L jää tuijottamaan potilaalla olevaa paperia
3 P: voitko lisää vielä.
4 L: ja sitte se glukoosi,
5 P: =joo ja lukoosi. se täytyy olla sama.
6 L: joo, sit täytyy olla sama.
(.)
7 L: noi,
8 L: joo, se oli (sitten) se
9 P nousee ylös

Esimerkin 9 vastaanotolla ojentaessaan reseptiä, lääkäri sanoo melko hiljaisella äänellä *noi*. Pelkästä lausumasta vuoroa ei voi tulkita lopetusvuoroksi, vaan lääkärin eleet ovat merkitsevässä roolissa: Reseptiä ojentaessaan lääkäri ei ota potilaaseen katsekontaktia, vaan hänen katseensa on reseptipaperissa. Tämän jälkeen hän vilkaisee tietokonetta käsi hiiren päällä, minkä jälkeen hän luo lyhyen katseen potilaaseen ja jää tuijottamaan

potilaan kädessä olevia papereita. Se, että lääkäri ei nosta kättään ylös hiireltä luo vaikutelman, että tietokoneella on kiireisiä asioita hoidettavana. Potilas kuitenkin huomaa laboratoriolähetteestä puuttuvan merkinnän, jonka hän jo aiemmin pyysi lääkäriä merkitsemään. Samalla kun potilas pyytää lääkäriä lisäämään merkinnän (rivi 2), lääkäri muistaa, mikä merkintä puuttuu (rivi 3). Lääkäri lisää merkinnän tietokoneelleen ja toteaa uudelleen *noi* (rivi 6). Tämän jälkeen lääkäri elehtii samoin kuin edellisen *noi*-toteamuksen jälkeen: vilkaisee potilasta ja jää tuijottamaan papereita potilaan kädessä. Lääkäriin seuraavan kokoavan lopetusvuoron (rivi 7) jälkeen potilas nousee ylös. Vastaanotto päättyy nopeasti, sillä edellä mainituilla eleillään lääkäri osoittaa potilaalle ajan olevan loppu. Lääkäri on kuitenkin ohjeistanut potilasta varaamaan uuden ajan, joten vaikka potilaalla selvästi oli vielä käsittelemättömiä vaivoja, ei lääkäri kuitenkaan sivuuttanut niitä. Vastaanoton päättäminen välittömästi reseptin ojentamisen jälkeen on poikkeavaa, mutta koska määrätty lääke ja annosmäärä ovat potilaalle tuttuja, ei toisaalta ole välttämätöntä kuluttaa rajallista vastaanottoaikaa jo ennestään tutun asian toistamiseen.

Edellisen esimerkin lääkärin toisella vastaanotolla aloitteen vastaanoton päättämisestä tekee potilas, tarkemmin 1,5-vuotiaan potilaan isä. Kurdinkielinen perhe on saapunut vastaanotolle pienen tytön vatsavaivojen sekä poikkeuksellisen vähäisen painonnousun vuoksi. Lääkäri kirjoittaa tytölle lähetteen laboratoriotutkimuksiin ja ohjeistettuaan ulostenäytteen ottamisen, isä aloittaa vastaanoton lopetusvaiheen.

(10) Kaikki on ookoo.

1 L: =joo,
2 I: oke.
3 L: näin just.
4 I: *asia* *selvä.
5 *laittaa oikean käden tuolin käsinojalle kuin tueksi nousemiselle
6 L: joo,
7 I: kaikki on ookoo.
8 L: =joo,
9 I: kiitoksia paljon.

Esimerkin 10 vastaanotolla potilaan isä osoittaa kolmella vuorollaan (rivit 4, 7 ja 9), että vastaanotto voi hänen puolestaan päättyä. Isä on toistanut hitaasti lääkärin ohjeet näytteenannosta ja on hieman epäselvää, liittyykö rivin 4 *asia selvä* vielä ohjeistuksen

ymmärtämiseen vai tarkoittaako potilas koko vastaanoton olevan ymmärretty. Toisaalta se, että isä nostaa oikean kätensä tuolinsa käsinojalle ikään kuin ottaakseen siitä tukea ylös nousemiselle, antaa vaikutelman, että hän nousee lähteäkseen. Isän seuraava vuoro (rivi 7) on puolestaan selvä lopetusvuoro: koska vuoro on lausuttu laskevalla intonaatiolla, vuoro ei ole tulkittavissa kysymykseksi vaan toteamukseksi, jolla isä osoittaa, että kaikki annetut toimintaohjeet on ymmärretty. Vaikka isä on selvästi aloittanut vastaanoton lopetusvaiheen ja esittänyt kiitoksensa lääkärille, lääkäri jatkaa vielä muistuttamalla soittoajan varaamisesta. Vaikka vastaanoton lopetusvaiheeseen voi sisältyä kertausta hoito- ja toimintaohjeista, kuten aiemmat esimerkit ovat osoittaneet, esimerkin 10 vastaanotolla keskustelu palaa vielä ohjeistusvaiheeseen, sillä lääkäri ei ole vielä aiemmin antanut ohjetta soittoajan varaamiseen laboratoriotuloksista. Potilas kumartuu lääkäriä kohti kuuntelemaan ohjeistusta, josta seuraa vielä lyhyt keskustelu. Kun isä on mielestään ymmärtänyt lääkärin ohjeet, hän sanoo jälleen hymyillen laskevalla intonaatiolla *asia selvä*, kuten esimerkin rivillä 4. Vuoro on isältä selvästi jälleen osoitus siitä, että vastaanotolla käydyt asiat on ymmärretty ja toimintaohjeet ovat selvillä, ja ikään kuin korostaakseen tätä isä kopauttaa lääkäriltä saadut paperit pöytää vasten ja nojaa taakse päin kuin ottaakseen vauhtia ylös nousemista varten. Lääkäri kuitenkin kokee vielä tarvetta tarkentaa ohjeita seuraavan ajan varaamisesta ja päivystykseen saapumisesta, mikäli tytön tila pahenee, mikä saa jälleen isän jäämään paikalleen. Vaikka potilas onkin siis tehnyt vastaanotolla useamman lopetusvuoron, lääkäri kuitenkin ylläpitää keskustelua niin pitkään, kunnes on varma siitä, että toimintaohjeet ovat perheelle selvät. Toisaalta lääkärin useamman vuoron mittaiset toimintaohjeiden varmistukset saattavat myös liittyä vastaanotolla aiemmin käytyyn keskusteluun: Tytön isä pyytää vastaanotolla useaan otteeseen, että tytöltä otettaisiin ulostenäytteen lisäksi verinäyte, sillä hän selvästi epäilee ulostenäytteestä saatavan tiedon riittävyttä. Lääkäri kuitenkin pysyy kannassaan pelkän ulostenäytteen ottamisesta ja vakuuttaa kirjoittavansa kaikki tarpeelliset näytteenotot. Isä vaikuttaa kyseenalaistavan lääkärin valinnan aloittamalla pyyntönsä useammista testeistä sanoen *tiedän sinä olet lääkäri mutta*. Voi siis ajatella, että lääkärit useat varmistukset vastaanoton lopetusvaiheessa pyrkivät saamaan isän vakuuttuneeksi hänen tietämyksestään lääketieteen ammattilaisena.

Muutamalla aineiston suomenkielisten lääkäreiden vastaanotolla ei ole täysin selvästi tulkittavissa, tekeekö aloitteen vastaanoton päättämisestä lääkäri vai potilas. Seuraavan esimerkin vastaanotolla on 3-vuotias poika äitinsä kanssa. Vastaanotolla ei vaikuta olevan

varsinaista lopetusvuoroa, vaan vastaanotto siirtyy lyhyeen lopetusvaiheeseen ikään kuin itsestään.

(11) Ookei moikka.

1 lääkäri kirjoittaa
2 L: noin.
3 lääkäri ojentaa paperin
4 Ä: =khiitos paljon.
5 L: =joo, ja tämä (.) tippa. joo,
6 lääkäri ojentaa reseptin
7 Ä: [joo +++
8 äiti ottaa paperit käteensä ja toisella kädellä ottaa laukkunsa
9 olkahihnoista ja tekee eleen noustakseen, lääkäri nojaa poikaa kohti
10 L: [@ookei? moikka, @
11 poika vilkuttaa lääkärille pöydän ääressä, lääkäri vilkuttaa pojalle
12 L: ei (-), hehehe

Lääkäri on juuri kirjoittanut äidille poissaolotodistuksen kouluun vietäväksi ja ojentaessaan paperin äidille, lääkäri toteaa laskevalla intonaatiolla *noin* (rivi 2), johon äiti vastaa kiitoksella (rivi 4). Äidin laskevalla intonaatiolla sanottu kiitos voisi toimia lopetusvuorona, samaan tapaan kuin esimerkissä 10, mutta tämä kiitos ei ole osoitettu yleiseksi kiitokseksi koko vastaanotosta, vaan kiitos vaikuttaa osoitetun poissaolotodistuksen saamiselle. Esimerkin rivien 2, 4 ja 5 vuorot on lausuttu peräkkäin ilman taukoja, ja vasta rivin 5 vuoron jälkeen, kun lääkäri on ojentanut reseptin äidille, vastaanotto etenee lopetusvaiheeseen. Lääkäri ja äiti tekevät samanaikaisesti eleet, joista vastaanoton päätöksen voi katsoa alkavan: Lääkärin ojennettua resepti äidille, tämä kerää kaikki paperinsa pöydältä, parantaa otetta laukustaan ja kääntyy tuolillaan poikaansa päin sanoen tälle jotain dariksi. Samaa aikaan lääkäri nojautuu eteenpäin kohti poikaa ja hymyillen sanoo hänelle *moikka*. Hyvästelyt jatkuvat vielä useamman vuoron ajan, mutta muuta vastaanotolla ei enää käsitellä. Onkin mielenkiintoista, että tällä vastaanotolla siirrytään lähes suoraan hoito- ja toimenpideohjeiden annon jälkeen hyvästelyosuuteen. On tietysti mahdollista, että kyseisen vastaanoton lääkäri on aiemminkin ollut tekemisissä saman potilaan ja/tai hänen äitinsä kanssa, jolloin lääkäri esimerkiksi osaa mahdollisesti tulkita äidistä, että käsitellyt hoito-ohjeet ovat selvät eikä muuta käsiteltävää tällä vastaanotolla ole. Tällaisessa tapauksessa ylimääräiset ohjeiden kertaamiset tai muu

vastaanottoon liittyvä tai liittymätön puhe ovat pois muusta lääkärin työhön liittyvästä tai seuraavien potilaiden ajasta.

Kuten esimerkissä 11, myös toisen, joskin eri lääkärin, vastaanoton lopetustilanteessa lääkäri ja potilas tekevät ikään kuin yhtä aikaa aloitteen vastaanoton päättämiseksi. Potilas on saapunut vastaanotolle ajokortin lääkärintarkastusta varten ja lääkärin ojennettua potilaalle kaikki vaadittavat paperit, sekä lääkäri että potilas tekevät aloitteen vastaanoton päättämiseksi. Lääkäri tekee lopetusvuoron eleellään: kun hän on ojentanut potilaalle lääkärintodistukset ja he ovat yhdessä käyneet läpi, mitkä papereista viedään poliisilaitokselle ja mitkä puolestaan jäävät potilaalle, hän jää istumaan paikalleen potilasta kohti, kädet syliin laskettuina. Potilas puolestaan selaa papereitaan eikä huomaa lääkärin elettä, vaan lyhyen tauon jälkeen hän toteaa kokoavasti aaltomaisella, nousevalla intonaatiolla *jaaha*. Toteamus on potilaalta osoitus siitä, että hänen puolestaan kaikki on käsitelty. Juuri ennen potilaan toteamusta lääkäri näyttää olevan sanomassa oman lopetusvuoronsa, mutta potilas ehtii vuorollaan ensin. Lääkäri vastaa potilaan vuoroon sanomalla *mm se oli siinä* ja ilmentää näin, että vastaanotto voi tosiaan päättyä. Lopetusvuorojen jälkeen potilas vielä samalla, kun hän laittaa papereita takkinsa taskuun, toistaa itsekseen, mitkä papereista jäivät hänelle ja mitkä menivät poliisille. Potilas ei vaikuta siltä, että hän tarvitsee lääkäriltä vielä ohjeistusta, sillä hän nyökkäilee itsekseen ja nousee paperit läpikäytyään seisomaan. Potilaan noustua seisomaan vastaanotto päättyy pian kiitoksiin ja hyvästeihin.

Yksi lääkäreistä, jonka vastaanottoja tämän tutkielman aineistossa on kaksi, toimii terveyskeskuksen päivystävänä lääkärinä, minkä vuoksi hän joutuu toisella vastaanotolla vastaamaan puhelimeen useamman kerran vastaanoton aikana. Toisella vastaanotolla puhelin ei soi kertaakaan, mutta toisen vastaanoton loppupuolella puhelin soi kolmesti, minkä lisäksi myös potilaan puhelin soi kerran. Erilaiset häiriötekijät, kuten puhelimen soiminen, voivat vaikuttaa vastaanoton kulkuun sekä yhteisymmärryksen ja hyvän vuorovaikutuksen ylläpitämiseen. Kun lääkäri joutuu päivystäjänä toimiessaan suuntaamaan keskittymistään ja ajankäyttöään vastaanotolla olevan potilaan lisäksi myös muihin potilaisiin ja kiireellisiin asioihin, voi läsnäolevalle potilaalle jäädä tunne, että hänen vointinsa on jäänyt taka-alalle. Tämä puolestaan voi vaikuttaa siihen, jättääkö potilas tarkentavat kysymykset esittämättä, vaikka hän toisaalta pitäisi kysymistä tarpeellisena.

Edellisessä kappaleessa esitellyn päivystävän lääkärin toisella vastaanotolla lääkärin puhelin keskeyttää vastaanoton kahdesti. Kaikkiaan puhelin soi kolme kertaa, mutta kolmannella kerralla lääkäri vie vastaanoton päätökseen ennen puhelimeen vastaamista. On selvää, että puhelimen soiminen vaikuttaa jossain määrin sekä lääkärin työskentelyyn että potilaan mukavuuteen: Päivystävällä lääkäriellä on ristiriitainen tilanne, sillä hänen tulisi hoitaa fyysinen vastaanotto päätökseen, mutta hänellä on myös velvollisuus vastata päivystyspuheluihin. Potilas puolestaan saattaa kokea olonsa epämukavaksi puhelimen alkaessa soida, eikä hän välttämättä osaa tai uskalla ottaa puheenvuoroa, vaikka hänellä olisikin jotakin kysyttävää. Päivystävän lääkärin vastaanotolla puhelin vaikuttaa jouduttavan lopetusvaihetta. Puhelimen alkaessa soida kolmannen kerran potilas on juuri kertomassa lääkärille uutta puhelinnumeroaan soittoaikaa varten. Numeron kirjattuaan lääkäri aloittaa välittömästi lopetusvuoron, jonka alkupuolella potilas nousee seisomaan. Myös lääkäri nousee seisomaan potilaan noustua, jolloin potilas ojentaa kättään kätelläkseen. Potilaan nopeasta seisomaan nousemisesta ja käden ojentamisesta on havaittavissa, että potilas kokee tarvetta nopeuttaa vastaanoton päättymistä, jotta lääkäri pääsee vastaamaan puheluun. Lääkärin lopetusvuoro ennen hyvästelyjä on kuitenkin melko pitkä, kun hän huolellisesti kertaa toimintaohjeet potilaalle.

Aineiston päivystävällä lääkäriellä on selvästi vakiintuneena keinona aloittaa vastaanoton päätösvaihe kertaavalla vuorolla. Lääkäri aloittaa vuoronsa sanomalla *mut katsotaan tosiaan näin*, jonka jälkeen hän huolellisesti kertaa hoito- ja toimintaohjeet jatkoa varten. Kun edellisessä kappaleessa esitellyn vastaanoton lopetusvaihe on melko lyhyt, on jälkimmäisen vastaanoton lopetusvaihe pidempi. Lääkäri ohjeistaa potilaita, isää ja poikaa, menemään laboratorioon nielunviljelyä varten, ja koska paikka ei ole potilaille tuttu, antaa lääkäri yksityiskohtaiset ohjeet suullisesti ja lopuksi vielä kirjallisesti. Isä seisoo kirjallisia ohjeita odottaessaan lääkärin vieressä, ja lääkärin ojennettua ohjepaperin myös poika nousee. Potilaiden noustua myös lääkäri nousee kättelemään potilaat, jonka jälkeen hän toivottaa pikaista paranemista, toteaa molempien flunssan olevan jo parempaan päin ja lopulta kertaa vielä toimintaohjeita. Lääkäriellä on toisaalta käytössään tehokas vastaanoton päättämiskeino, kokoava kertaaminen, mutta samojen hoito- ja toimintaohjeiden kertaaminen pitkällisesti useaan otteeseen ei vaikuta välttämättömältä etenkin, kun potilaat eivät vaikuta siltä, että jokin olisi jäänyt epäselväksi.

4.3. Vastaanottojen päättämisen vertailu

Vastaanottojen lopetusvaiheita tarkastellessa huomasin, että on kyseessä ulkomaalaistaustaisen tai äidinkielen suomalaisen lääkärin vastaanotto, ei vastaanotosta ole aina helppoa osoittaa ja nimetä selvää lopetusvuoroa. Haluan korostaa sitä, että rajanveto vastaanoton eri vaiheiden, erityisesti hoito-ohjeiden antamisen ja lopetusvaiheen, välillä on ajoittain hankalaa. Olisi ihanteellista, jos vastaanotto etenisi ikään kuin käsikirjoitetusti, jolloin jokainen vaihe olisi helppo rajata ja nimetä. Autenttisesta vastaanottokeskustelusta ei kuitenkaan ole täysin yksiselitteisesti osoitettavissa, mistä ja kenen aloitteesta esimerkiksi tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena oleva vastaanoton lopetusvaihe alkaa. Myös tutkijan oma tulkinta saattaa jossain määrin vaikuttaa lopetusvuorojen ja -keinojen tulkintaan, vaikka käytössä onkin yleiset keskusteluanalyttiset työkalut.

Aineistosta on havaittavissa, että vastaanoton päättämiseksi käytetään monenlaisia keinoja. Sanallisten lopetusvuorojen tehokeinoina ja niiden lisäksi käytettiin suurempia eleitä, kuten seisomaan nousemista, sekä pienempiä eleitä, kuten katseen suuntaamista. Oletin, että äidinkieleltään suomenkieliset lääkärit ja ulkomaalaistaustaiset lääkärit käyttäisivät toisistaan poikkeavia vastaanoton päättämiskeinoja, mutta aineisto osoittaa, etteivät keinot olekaan kovin poikkeavia ja että muutamat kielellisiltä ja kulttuurisilta taustoiltaan eroavat lääkärit suosivat keskenään samankaltaista päättämiskeinoa.

Hypoteesini, jonka mukaan aloitteen vastaanoton päättämisestä tekisi lääkäri, pitää aineiston tarkastelun perusteella suurelta osin paikkansa sekä äidinkieleltään suomenkielisten lääkäreiden että ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotoilla. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotoista yhdeksällä ja äidinkieleltään suomenkielisten lääkäreiden vastaanotoista seitsemällä lopetusvaiheen aloittaa lääkäri. Vain kahdella vastaanotolla, yhdellä kummastakin asetelmasta, lopetusvuoron tekee potilas. Yhdellä vastaanotolla lääkäri on eleistään päätellen juuri lausumassa lopetusvuoron, mutta potilas ehtiikin ensin. Tulkitsin siis molempien samanaikaisesti aloittavan lopetusvaiheen. Viimeinen äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin vastaanotto siirtyy lopetusvaiheeseen kuin itsestään ilman, että lääkäri tai potilas tekee selvää lopetusvuoroa.

Lääkäreiden keinot vastaanoton päättämiseksi vaihtelevat, mutta suurin osa lääkäreistä tekee suullisen lopetusvuoron. Esitin hypoteesissani, että äidinkieleltään suomenkielinen

lääkäri ilmoittaa ulkomaalaistaustaista lääkäriä todennäköisemmin suuremman suullisen lopetusvuoron vastaanoton päättymisestä. Oletin siis, että suomalaisen lääkärin annettua hoito- ja toimintaohjeet hän toteaa esimerkiksi ”ei sitten muuta”. Tämä hypoteesi ei juurikaan osoittautunut oikeaksi. Vain yhdellä suomenkielisellä lääkärillä on hieman ulkoasultaan vastaava lopetusvuoro *sitte ei mun puolesta muuta*, mutta käytännössä vuoro jättää tilanteen vielä avoimeksi, jolloin potilas niin kokiessaan, voi vielä ilmaista murheitaan. Lisäksi vastoin oletustani kahdella, joskin saman ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla, lääkärin lopetusvuoro kuuluu *no ei muuta*. Vaikka ajattelin ”ei muuta” -tyyppisen toteamuksen sulkevan keskusteluilmapiirin vastaanotolla niin, että potilas vain hymähtää vastauksen toteamukseen ja nousee lähteäkseen, ei tämäkään oletus pitänyt juuri paikkaansa. Toteamuksen jälkeen vastaanotto on yhä avoin potilaan ja lääkärin väliselle vuorovaikutukselle, ja toisella vastaanotolla lopetusvaiheen keskustelu jatkuukin vielä hetken hyvästeihin saakka.

Aineistosta on havaittavissa, että vastaanotto päättyy lähes poikkeuksetta lääkärin ja potilaan yhteisymmärryksessä: vaikka lääkäri tai potilas olisi jo esittänyt vuoronsa vastaanoton päättämiseksi, lopetusvaiheessa esiintyy usein vielä tarkentavia vuoroja. Näin tapahtuu yhtä ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanottoa lukuun ottamatta kaikilla vastaanotoilla.

Sekä ulkomaalaistaustaisen että äidinkieleltään suomalaisen lääkärin vastaanotoilla ilmapiiri pysyy avoimena, vaikka lääkäri on jo tehnyt aloitteen vastaanoton lopettamisesta. Aineistosta on havaittavissa, että vaikka esimerkiksi lääkäri ilmaisisi kiireensä ja että vastaanottoaika on jo päättynyt, potilas saa siitä huolimatta esitettyä huolensa ja tarkentavat kysymyksensä. Yhdellä vastaanotoista lääkäri ilmaisee suoraan, että jotakin toista potilaan esittämää vaivaa ei ehditä kyseisellä vastaanotolla käsitellä, jolloin lääkäri kehottaa jo lopetusvuorossaan potilasta uuden ajan varaamiseen.

Kuten hypoteesissani oletin, kysymysmuotoisia lopetusvuoroja suosivat ulkomaalaistaustaiset lääkärit, joskaan eivät kaikki. Tämä onkin aineiston perusteella suurin eroavaisuus äidinkieleltään suomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden käyttämien lopetuskeinojen välillä: yksikään suomenkielinen lääkäri ei esitä aineiston vastaanotoilla kysymysmuotoista lopetusvuoroa, mutta ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä kaksi esittää kysyvän vuoron vastaanottonsa lopetusvaiheessa.

Muutamalla vastaanotolla ulkomaalaistaustainen ja äidinkieleltään suomenkielinen lääkäri päättävät vastaanoton samalla tavalla aloittamalla lopetusvuoron ilmaisulla *tehdään/katsotaan näin*, jonka jälkeen he kertaavat potilaalle toimintaohjeet jatkosta. Tutkielman ollessa laadullinen ja aineiston hyvin suppea en oletanut, että aineiston vastaanotoista löytyisi kahta näin samankaltaista lopetusta eri lääkäreiltä. Molemmilta lääkäreiltä tarkasteltavana on kaksi vastaanottoa, ja molemmissa lääkärit hyödyntävät samaa lopetuskeinoa. Suomenkielisen lääkärin vastaanotoilla potilaat ymmärtävät lääkärin kokoavan vuoron lopetusvuoroksi, sillä he alkavat jo lääkärin vuoron aikana tehdä lähtöä. Toisin on ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolla, jolla potilaat vielä lääkärin kokoavan lopetusvuoron jälkeen jatkavat joko vastaanottoon liittyvällä tai siihen liittymättömällä puheella.

Sekä ulkomaalaistaustaisten että suomenkielisten lääkäreiden vastaanotoista on havaittavissa, että vaikka lääkärillä ja potilaalla on erilainen tausta niin kielellisesti kuin kulttuurisesti, ei vastaanotto pääty ennen kuin kaikista käsitellyistä asioista vallitsee yhteisymmärrys. Kuten jo luvun alussa mainitsin, useimmiten vastaanoton lopetusvuoron tekee lääkäri, mutta muutamalla vastaanotolla myös potilas tekee aloitteen vastaanoton päättämisestä. Sekä ulkomaalaistaustaisten että suomenkielisten lääkäreiden vastaanotoista vain yhdellä kummastakin asetelmasta potilas tekee aloitteen vastaanoton päättämisestä. Vaikka potilas tekee vastaanotolla aloitteen vastaanoton päättämisestä ja ilmaisee ymmärtäneensä hoito- ja toimintaohjeet, lääkäri kuitenkin vielä molemmissa tapauksissa jatkaa ohjeiden antamista tai tarkentamista. Voidaan siis havaita, että vaikka potilas tekisikin vastaanotolla lopetusvuoron, on lääkäri kuitenkin se, joka ikään kuin antaa vastaanotolle luvan päättyä.

Tämän tutkielman aineistossa on kaksi vastaanottoa, joissa potilas alkaa vastaanoton päätösvaiheessa puhua vastaanottoon liittymättömistä asioista. Toinen näistä on ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotto (esimerkki 4) ja toinen suomenkielisen lääkärin vastaanotto (esimerkki 7). Näillä vastaanotoilla lääkärit suhtautuvat potilaan vastaanottoon liittymättömään puheeseen hyvin eri tavoin. Ulkomaalaistaustainen lääkäri pyrkii viemään vastaanottoa päätökseen reagoimalla potilaan puheeseen hyvin vähin elein, minimipalautteella, vakava ilme kasvoillaan ja välttämällä pitkää katsekontaktia. Lääkäri selvästi pyrkii pitämään tilanteen institutionaalisena, eikä hän lähde rupattelemaan potilaan kanssa ylimääräisiä vastaanoton ollessa lähellä päättymistä.

Vaikka potilas kertoo poikansa lannerangan murtuneen, ei lääkäri juurikaan osoita merkkejä empatiasta. Suomenkielinen lääkäri puolestaan suhtautuu potilaan esille tuomaan asiaan toisella tavalla: potilas kertoo perheensä ikävästä tilanteesta kotimaassa, mihin lääkäri suhtautuu vakavasti ja empaattisesti, vaikei osaakaan antaa tilannetta helpottavia neuvoja. Molemmilla vastaanotoilla lopetusvaihe kestää lähes yhtä kauan, useamman minuutin ajan, vaikka lääkärit suhtautuvatkin potilaan asiaan eri tavoin.

Sekä ulkomaalaistaustaiset lääkärit että suomenkieliset lääkärit hyödyntävät vastaanoton lopetusvaiheen edistämiseksi erilaisia eleitä ja ilmeitä. Aineistosta havaitsen, että suurin osa lääkäreistä on hoito- ja toimintaohjeiden antamisvaiheessa suuntautuneena kohti tietokonettaan. Tämä johtuu todennäköisesti siitä syystä, että lähetteet ja reseptit kirjoitetaan sähköisesti samalla, kun potilas on vielä läsnä vastaanottohuoneessa. Vaikka lääkärit ovat suunnanneet kehonsa työpistettään kohti, he kuitenkin ottavat suoraa katsekontaktia potilaaseen selostaessaan hoito-ohjeita. Siirryttäessä vastaanoton lopetusvaiheeseen monet sekä ulkomaalaistaustaiset että suomenkieliset lääkärit kääntyvät pois tietokoneeltaan kohti potilasta, mutta vähentävät kuitenkin suoran katsekontaktin määrää. Näin tapahtuu etenkin niillä vastaanotoilla, joiden lopetusvaihe on pidempi.

Muutama sekä ulkomaalaistaustainen että äidinkieleltään suomenkielinen lääkäri vakavoittavat kasvonsa vastaanoton ollessa lopetusvaiheessa. Toisaalta muutaman vastaanoton lopetusvaiheessa lääkärit myös hymyilevät, osoittavat ilmeellään myötätuntoa tai jopa nauravat. Vakavan ilmeen voi ajatella kiirehtivän vastaanoton lopetusta etäännyttämällä potilasta. Ilmeillä ei kuitenkaan näytä olevan merkittävää vaikutusta vastaanoton lopetusvaiheen kestoon, ja uskon, että ilmeen valinta ei olekaan lääkärille tietoista, vaan tilanteesta ja lääkärin persoonallisuudesta riippuvaista.

Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että vastaanoton lopetuskeinot eivät niinkään riipu lääkärin kielellisestä tai kulttuurisesta taustasta, vaan kyseessä ovat ennemminkin yksilölliset erot. Tähän tulokseen saattaa vaikuttaa osittain se, että aineiston ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kulttuuriset taustat eivät loppujen lopuksi poikkeava toisistaan niin paljon kuin olisi mahdollista. Venäläis-, virolais- ja ukrainalaistaustaiset lääkärit tulevat melko suppealta alueelta ottaen huomioon, että lääkäreitä saattaisi olla esimerkiksi Yhdysvalloista tai Kiinasta.

Koska suurimmalta osalta lääkäreistä on tämän tutkielman aineistossa enintään kaksi vastaanottoa, en voi tehdä johtopäätöstä siitä, käyttävätkö kyseiset lääkärit aina johdonmukaisesti samoja vastaanoton päättämiskeinoja kaikilla vastaanotoillaan. Tutkimukseni tulokset kuitenkin osoittavat, että osa lääkäreistä hyödyntää samaa lopetuskeinoa useamman kerran, mikä voi olla merkinä siitä, että kyseinen keino on useamminkin lääkärin käytössä. Päättämiskeinoja on kuitenkin näinkin suppeassa aineistossa niin useita, etten ajattele keinojen olevan lääkäreillä tiedostettuja ja harjoiteltuja.

5. Lopuksi

Tässä pro gradu -tutkielmassa olen tarkastellut monikulttuuristen lääkärin vastaanottojen lopetusvaihetta. Tavoitteenani oli selvittää, kumpi vastaanoton osapuolista, lääkäri vai potilas, tekee aloitteen vastaanoton päättämisestä ja millaisin kielellisin keinoin tai elein aloite tehdään. Vastaanottoasetelmia aineistossa on kaksi: toisessa asetelmassa lääkäri on äidinkieleltään suomenkielinen ja potilas ulkomaalaistaustainen suomea toisena kielenään puhuva ja toisessa asetelma on päinvastainen. Tutkimus on laadullinen, ja sen aineisto koostuu 20 taltioidusta yleislääkärin vastaanotosta.

Vastaanoton lopetusvaihe on olennainen ja välttämätön osa lääkärin vastaanottoa. Lopetusvaiheessa potilaalla on vielä mahdollisuus ottaa esille jokin epäselväksi tai kokonaan käsittelemättä jäänyt asia, joka kuitenkin on vastaanoton onnistumisen sekä potilaan parhaan mahdollisen hoidon kannalta tärkeä. Erityisesti monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla, joilla toinen tai mahdollisesti molemmat osapuolet joutuvat kommunikoimaan muulla kielellä kuin omalla äidinkielellään, tarkentavia lisäkysymyksiä voi esiintyä ja ymmärtämistä voidaan joutua varmentamaan.

Tutkimukseni osoittaa, että keinoja vastaanoton päättämiseksi on monia ja että useimmiten lääkäri tekee aloitteen vastaanoton päättämiseksi. Tutkimus myös vahvistaa jo aiemmin tehtyä havaintoa vastaanoton rakenteesta: vastaanoton eri vaiheet voivat limittyä keskenään, ja rajanveto näiden eri osien välille on ajoittain hankalaa. Vain kahdella vastaanotolla potilas pyrkii päättämään vastaanottoa, mutta näilläkin vastaanotoilla lääkäri on lopulta se, joka ikään kuin antaa vastaanotolle luvan päättyä. Usealla vastaanotolla vastaanoton lopun vaiheet limittyvät toisiinsa: vaikka aloite lopetusvaiheeseen siirtymisestä on jo tehty, jompikumpi vastaanoton osapuolista kuitenkin palaa hetkellisesti vastaanoton edelliseen vaiheeseen, usein kuitenkin tarkistaakseen vain yhden epäselväksi jääneen asian.

Hypoteesini, jonka mukaan ulkomaalaistaustaisen lääkärin ja äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin vastaanottojen lopetuskeinot eroaisivat huomattavasti toisistaan, kumoutui suurimmilta osin. Aineisto osoitti, että ulkomaalaistaustaiset ja suomenkieliset lääkärit jopa paikoin suosivat samoja vastaanoton päättämiskeinoja, mistä on pääteltävissä, että erot lääkäreiden käyttämien päättämiskeinojen välillä vaihtelevat lähinnä yksilöllisistä syistä, eivät niinkään kielellisistä tai kulttuurisista syistä.

Tutkimus antaa aineiston suppeudesta huolimatta kattavan kuvauksen lääkärin vastaanotolla käytettävistä lopetuskeinoista. Usealla sekä ulkomaalaistaustaisen että äidinkieleltään suomenkielisen lääkärin vastaanotolla lopetusvuorona toimii vastaanoton summaava proadjektiivi *tämmönen* ja *semmosta*. Proadjektiivi näyttää muodostavan lopetusvuoron yksin ja useimmiten se on lausuttu selvästi laskevalla intonaatiolla. Äidinkieleltään suomenkieliset lääkärit hyödyntävät lopetusvuoroissaan dialogipartikkelia *okei* tai *no niin*. Lausuman prosodiset piirteet, kuten nouseva tai laskeva intonaatio, vaikuttavat siihen, onko lausuma tulkittavissa lopetusvuoroksi vai ei. Aineiston vastaanottojen lopetusvaiheissa esiintyy myös toteavia ”ei muuta” - lopetusvuoroja sekä kysymysmuotoisia ”oliko vielä kysyttävää?” -vuoroja. Kysymysmuotoisia lopetusvuoroja esiintyy ainoastaan ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden vastaanotoilla, mikä osoittaa yhden hypoteeseistani oikeaksi. Mielenkiintoinen piirre potilaiden vastatessa kysymysmuotoisiin lopetusvuoroihin on, että vaikka potilas poikkeuksetta vastaa aluksi kieltävästi, hän kuitenkin esittää lääkärille vielä ainakin yhden tarkentavan kysymyksen. Vastaanoton lopetusvaiheessa ja erityisesti lopetusvaiheen pitkittyessä lääkärit pyrkivät vastaamaan potilaan vuoroihin lähes pelkillä minimipalautteilla, minkä lisäksi he näyttävät välttelevän suoraa katsekontaktia potilaan kanssa.

Vastoin kuin odotin, haasteita vastaanottojen lopetusvaiheeseen ei näytä syntyvän monikulttuurisista syistä johtuen, vaan yksinkertaisesti ja puhtaasti vuorovaikutuksellisista syistä. Toisaalta tähän tulokseen vaikuttaa varmasti osaltaan se, että aineiston lääkärit puhuvat pääpiirteittäin hyvää suomea. Myös suuri osa aineiston potilaista pärjää suomeksi lääkärin vastaanottokeskustelussa omasta näkökulmastani hyvin. Aiempien ulkomaalaistaustaisiin lääkäreihin liittyvien tutkimustulosten perusteella monikulttuuristen lääkärinvastaanottokehtaamisten tutkimusta on hyvä jatkaa. Olisi erityisesti kiinnostavaa ja kannattavaa suunnata tutkimusta pätevytymisprosessin harjoitteluvaiheessa olevien lääkäreiden vuorovaikutukseen, jotta pätevytyvät lääkärit saisivat uudessa kotimaassa ja uudella kielellä työskentelyn alkuvaiheessa keinoja parempaan ja tehokkaampaan vuorovaikutukseen.

Olisi mielenkiintoista tarkastella monikulttuuristen lääkärinvastaanottojen päättämistilanteita myös laajemmasta aineistosta. Koska MKLV-hankkeen aineiston ulkomaalaistaustaiset lääkärit ovat kotoisin melko suppealta alueelta, Venäjältä, Virosta

ja Ukrainasta, olisi mielenkiintoista tarkastella myös muualta tulleiden, esimerkiksi aasialaistaustaisten, lääkäreiden vastaanoton päättämiskeinoja. Myös itsessään lääkärin vastaanottojen päättämistilanteet ovat kiinnostava tutkimuskohde, ja olisi mielenkiintoista tarkastella, valitseeko lääkäri vastaanoton lopetuskeinon potilaan iän, sukupuolen tai muun taustatekijän perusteella. Lääkärin vastaanottojen lopetusvaiheita olisikin hyvä tutkia lisää, jotta saataisiin selville tehokkaimmat, mutta kuitenkin potilaan tarpeet huomioivat, vastaanottojen lopetuskeinot.

Lähteet

Aineslähteet

Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla -hankkeen video- ja äänitallenteet sekä niiden pohjalta tehdyt litteraatit.

Kirjallisuus

Aalto, Anna-Mari – Elovainio, Marko – Heponiemi, Tarja – Hietapakka, Laura – Kuusio, Hannamaria – Lämsä, Riikka 2013: *Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen yliopistopaino, Tampere. [Verkkoversio. Viitattu 18.1.2018.] Saatavissa:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104416/URN_ISBN_978-952-245-857-5.pdf?sequence=1

Aho, Eija – Yli-Luukko, Eeva 2005: Intonaatiojaksoista. *Virittäjä* 2/2005. S. 201–220.

Byrne, Patric S. – Long, Barrie E. L. 1976: *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Gill, Virginia Teas – Roberts, Felicia 2013: Conversation Analysis in Medicine. *The Handbook of Conversation Analysis*. S. 575–592.

Hakulinen, Auli 1998: Vuorottelujäsennys. *Keskustelunalyysin perusteet*. S. 32–55.

Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunalyyttisiä tutkimuksia. Toim. Johanna Ruusu vuori, Markku Haakana ja Liisa Raevaara. SKS, Helsinki 2001.

Karhapää-Puhakka, Satu – Kaarniemi, Heli – Mentula, Helene 2011: *Lääkäriksi Suomeen. Opas työyhteisölle*. Joensuu, Itä-Suomen yliopisto, Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate.

Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Toim. Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä ja Kari Eskola. Vastapaino, Tampere 2001.

Keskustelunalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Toim. Melisa Stevanovic ja Camilla Lindholm. Vastapaino, Tampere 2016.

Keskustelunalyysin perusteet. Toim. Liisa Tainio. Vastapaino, Tampere 1998.

Kieli, keho ja vuorovaikutus. Multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan. Toim. Pentti Haddington ja Leila Kääntä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 1337. SKS, Helsinki 2011.

Korpela, Eveliina 2002: Lapset lääkäreinä ja potilaina. *Virittäjä* 1/2002. S. 2–34.

Kulttuurit ja lääketiede. Toim. Antti Pakaslahti ja Matti Huttunen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2010.

Kurhila, Salla – Laakso, Minna 2016: Puhumisen haasteet. *Keskustelunanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 224–242.

Kääntä, Leila – Haddington, Pentti 2001: Johdanto multimodaaliseen vuorovaikutukseen. *Kieli, keho ja vuorovaikutus. Multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan*. S. 11–45.

Lindholm, Camilla – Stevanovic, Melisa 2016: Sanat. *Keskustelunanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 79–99.

Lindholm, Camilla – Stevanovic, Melisa – Peräkylä, Anssi 2016: Johdanto. *Keskustelunanalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 9–30.

Lääkäriliitto 2010: *Tietoja ulkomaalaisista lääkäreistä Suomessa*. [Verkojulkaisu. Viitattu 16.1.2018.] Saatavissa: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tietoja_ulkomaalaisista_laakareista_suomessa.pdf

————— 2013: Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus. *Lääkärin etiikka*. [Verkojulkaisu. Viitattu 15.1.2018.] Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhde/potilaan-ja-laakarinvuorovaikutus/>

————— 2016: Lääkärit 2016. Lääkäriliiton vuositalasto 2016. [Viitattu 25.4.2019.] Saatavissa: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_taskutil_fi_net.pdf

Malin, Maili – Suvisaari Jaana 2010: Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. *Kulttuurit ja lääketiede*. S. 134–163.

MKLV = Monikulttuuriset kohtaamiset lääkärin vastaanotolla. [Verkkosivu. Viitattu 11.1.2018.]

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014: Lääkärien kielitaitotasoa halutaan nostaa. [Verkkosivu. Viitattu 25.4.2019.] Saatavissa: https://minedu.fi/artikkeli/-/asset_publisher/laakarien-kielitaitotasoa-halutaan-nostaa

Oroza, Valentina 2010: Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan. *Kulttuurit ja lääketiede*. S. 272–296.

Paananen, Jenny 2017: Kuinka lääkärit selittävät asiantuntijainformaatiota? Selittäminen vuorovaikutuksellisenä, kielellisenä ja kehollisena toimintana monikulttuurisilla vastaanotoilla. *Puhe ja kieli*, 37:3, S. 119–144.

————— 2017: Vuorovaikutus lähtee käsistä. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 7/2017. S. 653–659. [Verkojulkaisu. Viitattu 19.1.2018.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13649>

————— 2019: *Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla vastaanotoilla*. Turun yliopiston julkaisuja, Turku.

Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti (toim.)2010: *Kulttuurit ja lääketiede*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Raevaara, Liisa 1998: Vierusparit – Esimerkkinä kysymys ja vastaus. *Keskustelunanalyysin perusteet*. S. 75–92.

————— 2000: *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. SKS:n toimituksia 791. SKS, Helsinki.

————— 2016: Toimintajaksojen rakenteet. *Keskustelunalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 143–161.

Raevaara, Liisa – Ruusuvuori, Johanna – Haakana, Markku 2001: Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. *Institutionaalinen vuorovaikutus*. S. 11–38.

Ruusuvuori, Johanna 2016: Katse. *Keskustelunalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 47–62.

Peräkylä, Anssi 1998: Institutionaalinen keskustelu. *Keskustelunalyysin perusteet*. S. 177–203.

Pyörälä, Eeva 2001: Keskustelunanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. S. 183–195.

Schouten, Barbara – Meeuwesen, Ludwien 2006: Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64. S. 21–34. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014>

Sorjonen, Marja-Leena 1998: Korjausjäsenitys. *Keskustelunalyysin perusteet*. S.111–137.

————— 1999: Dialogipartikkelien tehtävistä. *Virittäjä* 2/1999. S. 170–194.

Stevanovic, Melisa 2016: Prosodia. *Keskustelunalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. S. 100–121.

Stivers, Tanya – Sidnell, Jack 2013: Introduction. *The Handbook of Conversation Analysis*. S. 1–8.

Tainio, Liisa 1998: Preferenssijäsenitys. *Keskustelunalyysin perusteet*. S. 93–110.

————— 2007: Miten tutkia luokkahuoneen vuorovaikutusta keskustelunalyysin keinoin? *Vuorovaikutusta luokkahuoneessa. Näkökulmana keskustelunalyysi*. S. 15–58.

Tervola, Maija 2017: Työelämän näkökulma maahanmuuttajataustaisten lääkärin kieli-taitoon. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54: 196–208. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/65564>

Tervola, Maija – Pajunen, Anneli – Vainio, Seppo – Honko, Mari – Mattila, Kari 2015: Maahanmuuttajataustaisten lääkärin suomen kielen taito laillistamiskustelussa. *Duodecim* 131:4, 339–346. [Verkojulkaisu. Viitattu 15.4.2019.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12097>

The Handbook of Conversation Analysis. Toim. Jack Sidnell ja Tanya Stivers. Wiley-Blackwell, Chichester 2013.

Tilastokeskus 2019. [Verkkosivu. Viitattu 25.4.2019.] Saatavissa: <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html>

Valvira 2019. [Verkkosivu. Viitattu 2.4.2019.] Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet>

Vuorovaikutusta luokkahuoneessa. Näkökulmana keskustelunalyysi. Toim. Liisa Tainio. Gaudeamus, Helsinki 2007.

Väestöliitto 2018. [Verkkosivu. Viitattu 11.1.2018.] Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/

Liite 1

Aineiston litteroinnissa käytetyt litterointimerkit.

.	laskeva intonaatio
,	tasainen tai vähän laskeva intonaatio
?	nouseva intonaatio
-	katkos (myös kun sana jää kesken)
↑	korkeammalla äänellä lausuttu jakso
(--)	epäselvä jakso
(joo)	sana tai vuoro kuultu epäselvästi
> <	nopeampi tempo
< >	hitaampi tempo
:	äänteen venyttäminen
<u>alleviivaus</u>	painokkaammin lausuttu jakso
CAPS	voimakkaampi ääni
£ £	hymyillen lausuttu jakso
◦ ◦	muuta puhetta hiljaisempi jakso
@ @	lapselle hellitellen lausuttu jakso
(.)	tauko
hh	uloshengitys
.hh	sisäänhengitys
k(h)yllä	nauraen lausuttu sana
[päällekkäispuhunnan alku
=	vuoro aloitettu välittömästi seuraavan vuoron jälkeen
*	ele tai muu non-verbaalinen toiminta
+++	muun kielistä puhetta, jota ei ole käännetty