

Potilaan vastarinta: keino vaikuttaa lääkärin hoitopäätökseen

Usean maan terveyspolitiikassa pyritään edistämään potilaiden suurempaa osallistumista omaan terveydenhoitoonsa, ja ennen kaikkea omasta hoidostaan päättämiseen. Potilaan osallistumisen hoitoonsa ajatellaan kuitenkin usein tarkoittavan vain sellaista osallistumista, joka seuraa lääkärin selkeästä kutsusta osallistumiseen. Analysoimalla akuutteja lääkärin vastaanottoja tässä artikkelissa näytetään, että lääkärit odottavat potilaan hyväksyntää hoitoehdotukselleen (ja siten osallistumista) ennen kuin he päättävät vastaanoton. Artikkelissa näytetään myös, miten potilaat voivat osallistua, osallistuvat ja vaikuttavat hoitopäätökseen jättämällä sen hyväksymättä tai vastustaen sitä aktiivisesti.

TANYA STIVERS

(suomentanut Sanna Vehviläinen)

JOHDANTO

Monissa maissa korostetaan nykyisin potilaan keskeistä roolia oman terveytensä ylläpidossa ja hoidossa. Sen vuoksi terveydenhuollon piirissä on alettu suosittaa, että lääkärit osallistaisivat potilaita ja lapsipotilaiden vanhempia hoitopäätöksen tekemiseen. Yhdysvaltain hallituksen terveyspoliittisen kannan mukaan potilaiden aktiivinen osallistuminen terveydenhoitoaan koskevaan päätöksentekoon vaikuttaa merkittävästi yleiseen kansanterveyteen (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Lisäksi useat terveydenhuollon tutkijat painottavat, että potilaille tulisi aina kun mahdollista tarjota vaihtoehtoja hoitopäätöksen teossa (Brody 1980, Butler ym. 2001, Evans ym. 1987, Fallowfield ym. 1990). Myös monet amerikkalaiset lääketieteelliset järjestöt suosittavat potilaiden osallistamista (Frosch ja Kaplan 1999).

Näitä suosituksia perustellaan kahdella tavalla. Ensinnäkin katsotaan, että potilailla on sekä oikeus että halu osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Blanchard ym. 1988, Cassileth ym. 1980, Ende ym. 1989, Faden ym. 1981). Toiseksi tuodaan esiin, että potilaiden osallistuksessa hoitoa koskevaan päätöksentekoon hoidon tuloksellisuus paranee hoitotyytyväisyyden

suhteen (Brody ym. 1989a, Brody ym. 1989b, Evans ym. 1987), potilaiden terveyden suhteen (Brody 1980, Kaplan ym. 1989) sekä potilaiden mielenterveyden suhteen (Brody ym. 1989a, Evans ym. 1987, Fallowfield ym. 1990). Useat tutkijat ovat esittäneet, että lastenlääkärit harvemmin ottavat potilaita tai potilaiden vanhempia mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Braddock ym. 1999, Elwyn ym. 1999, Tuckett ym. 1985). Nämä väitteet kuitenkin näyttävät perustuvan oletukseen, että lääkäreiden täytyisi erityisesti *houkutella* vanhempia osallistumaan hoitopäätöksenteon prosessiin.

Tässä artikkelissa osoitan, että itse asiassa vanhemmat joka tapauksessa pyrkivät vaikuttamaan hoitoon vuorovaikutuksensa kautta. Näytän myös, että lääkärit käsittelevät vanhempien vuorovaikutukseen osallistumista omaa toimintaansa määräävänä tekijänä. Keskityn erityisesti yhteen käytänteeseen, jossa paljastuu, että potilaan tai potilaan vanhemman vastustus hoitopäätöstä kohtaan saa aikaan neuvottelua hoitosuosituksista. Näin käy, koska lääkärin vastaanotolla orientoidutaan yhteisesti normatiiviseen oletukseen (eli kohdellaan asianmukaisena oletusta), että lääkärin hoitosuosituksen tulee saada potilaan vanhemman selvä hyväksyntä ennen

kuin lääkäri voi päättää hoitosuositustoiminnon. Näin potilaiden/vanhempien voidaan katsoa vaikuttavan hoitopäätöksiin sen kautta, miten he vastaavat lääkärin hoitoehdotuksiin.

AINEISTO JA MENETELMÄ

Artikkelini perustuu useaan video- tai ääninauhoitettuun aineistokorpukseen, jotka on kerätty sisätautilääkärien, ortopedien ja lastenlääkärien vastaanotoilta vuosina 1996–2001. Alun perin olen analysoinut tässä tarkastelemani käytäntöä nimenomaan lastenlääkärien vastaanotoista. Aineisto käsitti 360 vastaanottoa (ko. aineistosta tarkemmin Stivers painossa-b, Stivers ym. 2003). Aiempiin analyyseihini tukeutuen (Stivers painossa-b, Stivers painossa-c, Stivers ym. 2003) hyödynnän tässä artikkelissa laajempaa aineistoa osoittaakseni, että hoitopäätöksestä neuvotellaan perusterveydenhuollossa kautta linjan. Tätä artikkelia varten valitut esimerkit, olivatpa ne lastenlääkäriltä tai aikuisten hoidosta, ovat laadullisesti edustavia suhteessa niihin, joista käytänteen alkuperäinen analyysi on tehty.

Ääni- sekä videonauhoitetun aineiston analysoimisessa käytettiin keskusteluanalyysejä (yleisesitys ks. Heritage 1984). Keskusteluanalyysi (tai 'KA') tutkii sosiaalisia toimintoja, joita toimijat toteuttavat vuorovaikutuksen kautta (esim. tervehtiminen, pyynnöt, kutsut). Se tutkii vuorovaikutuksen sekvenssejä eli toimintojaksoja sen sijaan, että analysoisi erillisiä lauseita tai ilmauksia. Tarkastellessaan sosiaalista vuorovaikutusta KA etsii vakiintuneita ja systemaattisia toimintamalleja tai -kuvioita, joiden kautta toimijat suorittavat tunnistettavia sosiaalisia käytäntöjä – joko puheeseen tai muussa viestinnässään. Jotta jotain viestinnän tapaa voitaisiin kutsua ”käytännöksi”, sen on oltava toistuva. Toimijoiden itsensä on rutiininomaisesti kohdeltava sitä tietynlaisena siten, että se voidaan erottaa muista käytännöistä tai rinnastaa samanlaisiin. Näin olen tutkijan tulkinta sosiaalisista toiminnoista voidaan validoida tarkastelemalla sitä, miten toimijat itse käsittelevät kyseisiä toimintoja reagoi-
nessaan tai vastatessaan niihin.

Tämä tutkimus tarkastelee yksityiskohtaisesti lääkärien ja potilaiden/vanhempien välisiä kohtaamisia soveltaen keskusteluanalyyttistä metodologiaa. Analyysi keskittyy niihin vuorovaikutuksen keinoihin, joita käyttäen osallistujat neuvottelevat hoitopäätöksestä. Keskusteluanalyyttisen metodologian mukaisesti aineisto on literoitu Gail Jeffersonin kehittämää tapaa nou-

dattaen (ks. liite s. 198). Esiteltäväksi on valittu esimerkkejä, jotka edustavat käsiteltävää ilmiötä erityisen selkeästi. Koska kyse on laadullisesta tutkimuksesta, en ilmoita ilmiöiden tarkkoja frekvenssejä, mutta pyrin kuitenkin kuvaamaan käytäntöjen suhteellista esiintyvyyttä. Kaikki ilmiöiden esiintymistä koskevat väitteeni koskevat tätä nimenomaista aineistoa, ellen toisin mainitse.

ANALYYSI

VASTAUKSET DIAGNOOSEIHIN JA HOITOSUOSITUKSIIN

Sekä potilaiden vanhemmat että lääkärit käsittelevät diagnoosia lääkärin asiantuntemuksen piiriin kuuluvana asiana. Tätä osoittaa selkeästi se, että kun lääkärit antavat diagnooseja, niihin rutiininomaisesti jätetään vastaamatta (Heath 1992, Peräkylä 1998, Stivers painossa-b). Lääkärit eivät myöskään erityisesti houkuta vanhemmilta vastauksia diagnooseihinsa. Tällä tavalla diagnoositoiminto saatetaan loppuun ja siitä voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen eli hoitosuositukseen. Sen sijaan hoitosuositusta sekä lääkärit että vanhemmat kohtelevat toimintona, joka vanhemmilla (mahdollisesti enemmän kuin aikuispotilailla) on oikeus hyväksyä tai hylätä. Diagnoosia siis kohdellaan yksinomaan lääkärin vastuualueeseen kuuluvana, kun taas hoitopäätöstä molempien osapuolten vastuulle kuuluvana asiana. Tämä sosiaalinen normi on artikkelini perusväittämän ytimessä: vanhemmat/potilaat eivät vain osallistu hoitopäätökseen hoitosuosituksiin antamiensa vastaustensa kautta, vaan heidän *normatiivisesti odotetaan* tekevän niin.

Aiemmin on esitetty, että hoito on viimeinen toimintojakso siinä toimintojen kokonaisuudessa, jossa potilaan terveysongelmaa käsitellään (Robinson 2003). Sen paremmin lääkärit kuin potilaatkaan eivät kuitenkaan pidä pelkkää hoitosuosituksen esittämistä riittävänä toiminnon loppuun saattamiseksi. Molemmat osapuolet orientoituvat odotukseen, että vanhemman on esitettävä hyväksyntänsä hoitosuositukseen ennen kuin toiminto voidaan päättää (Stivers painossa-b). Niinpä hoitosuositustoiminnon kulkuun tyypillisesti kuuluukin ensin suositus, jota seuraa vanhemman/potilaan hyväksyntä, ja vasta sitten siirtyminen muihin asioihin tai vastaanoton päättämiseen. Katsotaan esimerkkiä:

(1) 2002 (Dr. 6)

- 1 DOC: .hhh Uh:m his- #-# lef:t:=h ea:r=h, is infected,
2 -> (0.2)
3 DOC: .h is bulging, has uh little pus in thuh
4 -> ba:ck,=h
5 DOC: -> Uh:m, an' it's re:d,
6 DOC: .hh So he needs some antibiotics to treat tha:t,
7 DAD: => Alright.
8 DOC: Mka:y, so we'll go ahead and treat- him: <he has
9 no a- uh:m, allergies to any penicillin or anything.

Saataan juuri päätökseen lapsen tutkimisen lääkäri selvittää otteen alussa diagnoosiaan (r. 1–5). Vaikka lääkärin vuoron voi kuulla valmiina selvimmin rivin 1 lopussa ja myös rivien 4 ja 5 lopussa, lapsen isä ei vastaa. Sen sijaan, kun lääkäri esittää hoitosuosituksen rivillä 6, isä hyväksyy tämän sanomalla ”selvä” (*Alright*) välittömästi ensimmäisessä vuoronvaihdon mahdollistavassa kohdassa (ks. Heritage 1984). On myös huomattavaa, että kun isä on esittänyt hyväksyn-

nän, lääkäri siirtyy (r. 8) yleisluontoisesta antibioottia koskevasta kuvauksesta tarkempaan pohdintaan siitä, millaista lääkettä lapselle voidaan antaa.

Toinen esimerkki näkyy otteessa 2. Siinä äiti ”kuittaa” lääkärin diagnoosin korvatulehduksesta mm-partikkelilla (r. 3). Tällainen partikkeli ilmaisee puheen rekisteröimistä ja vastaanottamista (Gardner, 1997).

(2) 1183 (Dr. 1)

- 1 DOC: Well I think what's happened is is that she
2 ha:s this: uh- (.) .h ear infection in her left ear?,
3 MOM: [Mm:.
4 DOC: -> [And we'll put her on some medicine and she'll [be fine.
5 MOM: [Okay.

Sen sijaan äidin vastaus hoitosuositukseen rivillä 5 on ”selvä” (*Okay*). Tämä vastaus – nimenomaan laskevalla intonaatiolla esitettynä – hyväksyy lääkärin suosituksen. Äidin vastaus siis kohtelee lääkärin vuoroa ehdotuksena, joka hakee hyväksyntää, eikä pelkkänä informointina. Näiden kahden erilaisen vastauksen esittäminen välittömästi lähekkäin tarjoaa todistusaineistoa siitä, että vanhemmat todella orientoituvat diagnooseihin ja hoitosuosituksiin erityyppisiä vastauksia edellyttävinä toimintoina.

HYVÄKSYNNÄSTÄ PIDÄTTYMINEN PASSIIVISENA VASTARINTANA

Edellä esitin, että vanhemmat rutiininomaisesti ilmaisevat hyväksyntänsä hoitosuosituksiin, mutta eivät diagnooseihin. He siis osallistuvat hoitopäätöstoimintoon tavalla, jolla he eivät osallistu

diagnoositoimintoon. Toinen osoitus vastaavasta orientaatiosta on se, että lääkärit pyrkivät houkuttamaan hyväksynnän ilmauksia, jos niitä ei kuulu. Katsotaan esimerkkiä 3, joka on peräisin sisätautilääkärin vastaanotolta. Diagnoosi annetaan riveillä 1–7. Potilas vastaanottaa sen partikkeleilla (*mm hm*), joilla tarjoaa mahdollisuutta, että lääkäri jatkaa puhettaan (r. 3,6 ja 9). Rivillä 10 lääkäri siirtyy antamaan hoitosuositusta, ja senkin potilas vastaanottaa tällaisella ”jatkajalla” (r. 12, 14 ja 16). Tässä näemme, että lääkäri siirtyi diagnoosista hoitosuositukseen, vaikka sai potilaalta pelkkiä puheen vastaanottamista ilmaisevia mm-vastauksia. Sen sijaan hoitosuositusvaiheeseen siirryttyään hän alkaa houkuttaa potilaalta hyväksynnän ilmauksia.

(3) SG 1211

- 1 DOC: I don't think- to be honest I think you
2 probably had this infection .hh=
3 PAT: =M[m hm,
4 DOC: [an:d=uh it's- whatever you had it's: viral
5 infection:, your bo[u]dy is trying to get rid of
6 PAT: [Mm hm,
7 it,
8 DOC: .h[h
9 PAT: [Mm h[m.
10 DOC: [An' you just need uh little bit of push

11 (0.4)
 12 PAT: [Mm hm,
 13 DOC: [to help you to get over this cough:.
 14 PAT: Mm hm,
 15 DOC: I don't think you need antibiotics?,
 16 PAT: Mm hm,
 17 DOC: → I (didn't)/(don't) see any si:gns .h indicati:ng
 18 → (.) ya know- (.) uh: for thuh [antibiotics.
 19 PAT: [#huh huh# ((cough))
 20 PAT: hm [kay,
 21 DOC: [.hh Uhm you probably need some strong cough
 22 medicatio:n=so[me
 23 PAT: [Mm hm,
 24 DOC: expectorant, stronger expectorants, [.hh ai- to=
 25 PAT: [Mm hm,
 26 DOC: =clear your airways from thuh phle:gm,
 27 DOC: → .ml[h and uh:(m) also at ni:ght I would use uh=
 28 PAT: [Mm hm,
 29 DOC: → =cough suppressant which I usually: (.) am hesitant
 30 → to u:se_
 31 DOC: → .hh [but only at ni:ght_ (.) so you can go t:o s:=
 32 PAT: [Mm hm,
 33 DOC: → =[uh to slee:p an:' not wake up with (th') cough.
 34 PAT: =[Mm hm,
 35 PAT: Mm hm?,
 36 DOC: → Okay?
 37 PAT: Mokay.

Riveillä 17–18 lääkäri ensin perustelee suositustaan, ettei potilas tarvitse antibioottia. Suosituksen selittäminen on eräs tapa houkuttaa hyväksynnän ilmausta (Stivers painossa-b). Potilas vastaa ”okei” (*hm* kay) jatkavalla intonaatiolla. Tällöin hän osoittaa vastaanottaneensa edeltävän vuoron mutta ei vielä ilmaise hoitosuosituksen hyväksyntää. Sen jälkeen lääkäri tarjoaa vaihtoehtoja lääkintää (”vahvaa yskänlääkettä” riveillä 21–22, 24, 26), mutta tämän potilas vastaanottaa ainoastaan ”jatkajilla” (mm hm – partikkeilla). Näin potilas osoittaa, ettei katso lääkärin vielä lopettaneen hoitosuositustoimintoa. Sitten lääkäri jatkaa suositamalla vielä yhtä lääkettä riviltä 27 lähtien (”ja myös yöllä...” *also at ni:ght*). Tämä suositus tarjotaan vasta kun mitään vastausta rivin 26 selostukseen ei kuulu. Ei ole sinänsä epätavallista, että lääkäri antaa moniosaisia suosituksia, mutta on huomattavaa, että lisäehdotukset tyypillisesti ilmaantuvat tällaisiin vuorovaikutuksen saumakohtiin, joissa vanhempi tai potilas ei ole tuottanut hyväksynnän ilmausta lääkärin ehdotukseen. Lää-

käri jatkaa vielä uudistaen yöhoitoa koskevan suosituksensa (r. 31) jolla täydentää hoitosuositusjaksoa ja pyrkii siirtymään kohti jakson loppua (Schegloff, painossa). Hoitosuositustoiminnon lopulla potilas edelleen vastaa vain minimaalisilla vastauspartikkeilla. Tällöin lääkäri pyytää hyväksyntää suoraan sanomalla nousevalla intonaatiolla ”Okay?” (r. 36).

Ote 4 lastenlääkärin vastaanotolta on esimerkkitapaus siitä, että hiljaisuus tai ”jatkajat” viestittävät tässä yhteydessä hyväksynnästä pidättymistä. Otteessa lääkäri on juuri ottanut nieluviiljelyn, jonka tuloksen saaminen vie useita minuutteja. Hän aloittaa hoitosuosituksensa ehdotuksilla, jotka ovat nieluviiljelyn tuloksista riippumattomia. Tämän selonteon aikana potilaan äiti sanoo varsin vähän. Yksinkertaiset nuolimerkinnot osoittavat kohtaa, jossa äidillä olisi mahdollisuus esittää hyväksyntänsä ja jossa nimenomaan hyväksyntä olisi odotuksenmukainen toiminto. Tästä huolimatta äiti ei missään kohtaa esitä hyväksyntää, tai edes puheen vastaanottoa osoittavaa vuoroa.

(4) 2020 (Dr. 6)

1 DOC: #Mkay:::.# so::,=h (0.5)
 2 DOC: Tlk=.h Let's see: what=thuh results of this i:s,=h
 3 while we're waiting for tha::t,
 4 DOC: .h So no matter what the result i:s, h she does
 5 ha:ve uh:m hh redness in 'er throa:t, an' looks
 6 like she has pharyngitis, <whether it's from bacterial

7 -> or from virus,
8 DOC: -> .hh So:: uhm I want her to do mouthwashes?,
9 DOC: -> .h Gargling at ho:me?,
10 DOC: -> Really deep gargling. (.) All the way back.
11 => #Aghghghgh.# All thuh way back of thuh throat. okay:?,
12 DOC: -> .hh Do it as many as- time as you can.
13 (.)
14 DOC: -> Three:_ four times uh day. Especially after eating.
15 => Mkay,
16 DOC: -> .h That clears it out an' that makes it feel better.
17 Mkay,=you can do it with salt water:, you can do it
18 -> with Sco:pe,
19 DOC: -> .hh whatever mouthwash: flavor that she likes.
20 DOC: -> .hh So lets do tha:t,
21 DOC: => .hh Give 'er uh soft diet:?, Mkay:, Don't
22 give her anything heavy, nothing oily:,
23 -> French fries, (.) fried chicken_ hamburgers,
24 DOC: => .hh Nothing spicy.=h for uh couple days. Okay:,
25 DOC: .h Cuz it's gonna hurt every time she swallows those
26 -> kind uh stuff.
27 DOC: -> .hh Let's give 'er lots of liquids at ho:me,
28 (0.6)
29 DOC: -> .hh Give 'er: water, jui:ce, whatever she wants to drink.=h
30 DOC: -> Ice cream is okay:, That will make her feel better:,
31 DOC: -> .h Popsicles,
32 (.)
33 DOC: -> That makes you feel better,
34 DOC: => .h Mkay:?,
35 DOC: -> .h Maybe some mashed potatoe::s, you know
36 -> (so)/(it's uh) soft diet. as uh general.
37 (.)
38 DOC: => Yogur:t, things like that. Nkay:,
39 DOC: -> .hh Uh:m_ and you're just gonna have to rest.
40 (.)
41 DOC: You know?,
42 (.)
43 DOC: She's gonna have to rest.
44 MOM: Yeah.=
45 DOC: =No more running arou:nd an'- (.) ya know staying
46 -> up la:te, an' things like that.
47 DOC: .h You're just gonna have=t' take lots of na:ps,
48 -> an' re:st, throughout thuh weekend.
49 DOC: => .h Mkay:, ((Doc moves to look at rapid strep culture)

Otteessa lääkäri hakee aktiivisesti hyväksyntää hoitosuosituksiinsa, jotka käsittelevät suun huuhtelua (r. 8), helposti sulavien ruokien nauttimista (r. 21), nesteiden nauttimista (r. 27) ja lepoa (r. 39). Näemme hyväksynnän houkuttamisen useista seikoista. Ensinnäkin, kuten otteessa 3, hän selittää suositustaan (r. 16, 25, 30 ja 33). Hän myös toistaa hoitosuosituksensa (r. 10–11, 35–36, 43, 47–48). Kolmanneksi, hän esittää lisähoito-ohjeita (r. 21, 27, 39). Neljänneksi, hän houkuttaa hyväksyntää nousevalla intonaatiolla vuoron rakenneyksikköjen lopussa riveillä 8, 9, ja 21 (Sacks ja Schegloff 1979, Schegloff 1996). Se, että näissä kohdissa on kyse juuri hyväksynnän aktiivisesta hakemisesta, näkyy muun muassa siitä, että rivillä 10 lääkäri toistaa rivien 8–9 asiat ja yksityiskohtaistaa ohjettaan ”aivan kurkun takana” (*all the way back*, myös rivillä 10).

Hyväksynnän hakeminen jatkuu rivillä 11, kun lääkäri ensin demonstroi kurlausta ja sen jälkeen uudelleen toistaa ohjeensa ”aivan kurkun takaosassa” (*All thuh way back of thuh throat.*) ja pyytää sitten vielä suoremmin hyväksyntää sanomalla ”okay:?”.

Lääkäri hakee hyväksyntää myös käyttämällä puheessaan kolmiosaisia listoja. Tällaisen listarakenteen on todettu vuorovaikutuksessa voimakkaasti houkuttavan vastaanottajan vastausta (Heritage ja Greatbatch 1986, Jefferson 1990). Esimerkiksi rivin 19 lopussa lääkäri esittää kolmiosaiseksi rakentamansa listan kolmannen asian ja siten kutsuu kuulijalta hyväksyntää. Vastavanlainen lista löytyy myös riviltä 29, mutta myöskään tässä kohtaa ei hyväksyntää kuulu.

Kuten otteessa 3, lääkäri hakee hyväksynnän ilmausta aktiivisesti muillakin tavoin. Esimerkik-

si kaksoisnuolilla merkityissä kohdissa näemme lääkärin käyttävän ”okei” -ilmauksia tällä tavoin. Lääkäri myös vaihtaa puheensa vastaanottajaa äidistä lapseen (r. 33 ja 39). Rivillä 41 hän puolestaan sanoo *you know?*. Tästä kaikesta huolimatta äidin minimaalinen samanmielisyyden ilmaus levon suositukseen seuraa vasta rivillä 44, kun lääkäri on yrittänyt monin tavoin houkuttaa vanhemman hyväksyntää ja vaihtanut lapsen puhuttelusta takaisin vanhemman puhutteluun.

Tässä jaksossa olen näyttänyt, että lääkärit houkuttavat sinnikkäästi vanhempien hyväksynnän ilmauksia ennen kuin päättävät hoitosuositustoiminnon. Heidän keinojaan tähän ovat selitysten sisällyttäminen hoitosuositukseen, aiempien toimintojen (kuten diagnostisten löytöjen) kertaaminen hoitosuosituksen tueksi, lisähoitosuositusten tarjoaminen sekä hyväksynnän suoranainen pyytäminen intonaatiolla sekä ”okei”-pyynnöillä. Lääkärit käsittelevät vanhemman/potilaan hyväksynnän ilmauksen puuttumista nimenomaan hyväksynnästä pidättymisenä ja siten passiivisena vastarintana (Heritage ja Sefi 1992) ehdottamalleen hoidolle. Näin ollen passiivista vastarintaa voi pitää yhtenä vuorovaikutuksen resurssina, jonka avulla vanhemmat/potilaat saavat aikaan neuvottelua hoitopäätöksestä. Tämä väittämä perustuu vuorovaikutuksen rakentumista koskevaan tietoon: myös se, että jossain vuorovaikutuksen kohdassa ”ei tee mitään”, voi

olla seuraamuksellinen tapa osallistua vuorovaikutukseen ja vaikuttaa lääkärin hoitopäätöksiin.

AKTIIVINEN VASTARINTA

Siinä missä passiivinen vastarinta toimii lähinnä responsiivisessa sekventiaalisessa positiossa (eli vastaajalle varatussa vuorossa), aktiivinen vastarinta kutsuu lääkäriltä reaktiota, eli toimii yhtä aikaa sekä responsiivisena että aloitteellisena toimintona. Näin se muodostaa vahvemman vastarinnan muodon. Tästä huolimatta molemmat vastarinnan muodot saattavat lääkärin asemaan, jossa hänen on koetettava ”vakuuttaa” vanhempi/potilas tai tarjottava tälle mahdollisia tai aktuaalisia myönnytyksiä. Tämä johtuu jaetusta normatiivisesta orientaatiosta odotukseen, että vanhemman/potilaan on selkeästi hyväksyttävä lääkärin hoitosuositus ennen kuin lääkäri voi siirtyä seuraavan vastaanoton vaiheeseen. Molempien vastarinnan muotojen kautta vanhemmat ottavat havaittavasti vastustavan kannan ehdotettuun hoitoon. Erityisesti lastenlääkärin vastaanotoilla vanhempien vastarinta kohdistuu tyypillisesti sellaiseen hoitosuunnitelmaan, johon ei sisälly lääkärin kirjoittamaa lääkemääräystä vaan jossa turvaudutaan reseptittömiin lääkkeisiin. Seuraavassa otteessa näemme, kuinka lääkärin esitettyä antibioottivastaisen kantansa, potilaan isä vastustaa esittämällä tarinamuotoisen kuvauksen omasta sairastamisestaan (rivit 6,10,12,14, 17–18, 20, 23, 25, 27).

(5) 32-28-03

- 1 DOC: I th:ink from what you've told me (0.2) that this is
 2 pro:vably .h uh kind of (0.2) virus infec[tion,
 3 DAD: [Uh huh,
 4 DOC: (0.4) th:at I don't think antibiotics will ki:ll,
 5 (0.2)
 6 DAD: -> Well-
 7 DOC: [Thee other-
 8 DAD: [()
 9 DOC: >Go=ahead_<
 10 DAD: -> Yeah. .hh () I had it- I had thuh symp[toms
 11 DOC: [I understand.
 12 DAD: -> Three weeks ago.
 13 DOC: [Right.
 14 DAD: -> [.hh An:d I've been taking thuh over the counter cough
 15 -> [()
 16 DOC: [(Good_)
 17 DAD: -> Uh s- () coughing syrup, Nothing take away .hh
 18 -> Especially my sor- my [th- my throat was real=
 19 DOC: [Mm hm
 20 DAD: -> =sore [for (awhile- et- that) w:EEK.
 21 DOC: [Uh huh
 22 DOC: °Right,
 23 DAD: -> an:d (.) I start taking thuh antibiotic (0.5)
 24 INF: eh he ((cry))
 25 DAD: -> Yesterday.

26 DOC: Right,
 27 DAD: => And it (.) seemed to take care of the problem.
 28 DOC: [(Well) that's why we're doin' a throat [culture.
 29 DAD: [() [Yeah.
 30 DOC: [is TUH SEE if they need antibiotics.
 31 DAD [() Yeah yeah.
 32 (0.2)
 33 DOC Cause <I don't th::ink they do.
 34 DAD O[kay,
 35 DOC: => [Now if you (.) absolutely insjst_ I will give you
 36 => antibiotics_ but [I don't think that's the right=
 37 INF: [#eh::#
 38 => medicine for 'em,
 39 DAD No I'm not saying- I'm not saying it- (0.2) don't
 40 get me wrong but- I'm sta- trying tuh tell you the
 41 [history of ()
 43 DOC [I understand, I- I heard [you when you told me,
 43 DAD: [Yeah.
 44 DOC: I under[stand,
 45 DAD [Uh huh,

Riveillä 23, 25 ja 27 potilaan isä esittää kuvauksen, jossa pyrkii osoittamaan että antibiootti tepsi hänen sairauteensa. Isän tarina sijoittuu kohtaan, jossa hyväksynnän ilmaus olisi odotuksenmukainen teko, ja tarina on siten kuultavissa vastarintana. Kuvauksellaan isä implikoi, että antibiootti tehoaisi myös hänen kahteen poikaansa, joilla on ”sama tauti” (kuten hän aiemmin vastaanotolla on maininnut). Lääkärin vastaus käsittelee tätä implikaatiota, kun hän selittää, että antibiootti on kyllä mahdollinen hoito ja juuri sen vuoksi nieluviiljely tehdään. Lisäksi hän tarjoutuu määräämään antibiootin vastoin lääketieteellistä näkemystään, jos vanhempi sitä vaatii (r. 35–36, 38). On huomattavaa, että lääkäri ottaa isän painostuksen eksplisiittisesti esille: jos toinen jatkaa painostusta, hän määrää antibiootin, vaikka pitääkin sitä tehottomana ja siten sopimattomana hoitona.

Tämä esimerkki tarjoaa kahdenlaista näyttöä vanhempien/potilaiden osallistumisen merkittävyydestä vastaanotoilla: 1) Potilaan vanhempi osoittaa aktiivisella vastarinnallaan katsovansa, että hänen näkemyksellään on tilanteessa merkitystä. Hän ottaa kannan, vaikkakin implisiittisesti, jossa puhuu antibiootin puolesta ja vastustaa reseptittä saataviin lääkkeisiin turvautumista; 2)

Lääkärin eksplisiittinen lupaus myöntää antibiootti paineen edessä osoittaa, että lääkäreille vanhempien osallistuminen on seuraamuksellista ja voi vaikuttaa hoitopäätökseen. Näin siis silloinkin, kun osallistuminen saa tällaisia muotoja (sen sijaan että se olisi vain vastaamista vaihtoehtoja tarjoaviin lääkäriin tiedusteluihin).

Toinen esimerkki on ortopediseltä klinikalta kerätystä aineistosta, ja siinä naispotilas on lääkärillä hartiakivun takia. Lääkäri suosittaa kahdenlaista hoitoa riviltä 1 alkaen. Ensin hän tarjoaa fysikaalista hoitoa (r. 1–5). Rivillä 6 ei näy mitään verbaalista vastaanoton ilmausta, mutta on huomattava, että ”numeroimalla” hoitosuosituksensa lääkäri on viestittänyt että tulossa on toinenkin suositus, eli ”numero yhden” jälkeen tulee vielä toinen. Niinpä hyväksynnän paikka onkin vasta toisen hoitosuosituksen jälkeen. Tästä huolimatta potilas on esittänyt ei-verbaalisen hyväksynnän ilmauksen nyökkäämällä (r. 6). Toinen hoitosuositus on riveillä 7–8 ”antaa sulle pienen pistoksen tähän” (*tuh let me give ya uh little injection right here*). Vastauksena tähän potilas vetäytyy pois lääkärin ulottuvilta (r. 10) ja sanoo hyvin tunteikkaan, korkealta lausutun ”mm”:in (r.11). Tätä lääkäri kohtelee välittömästi vastarintana.

(6) SG 901

1 DOC: SO WHAT I'D LIKE- what I would recommend
 2 that we do is number one is that you get
 3 some formal physical therapy tuh work on
 4 some exercises.an' I have uh little
 5 [sheet that we'll go over,
 6 PAT: [(nodding))
 7 DOC: .hh And number two I'd like you tuh let me give
 8 ya uh little injection [right here.
 9 DOC: [(pointing at shoulder model))

10 PAT: [(wraps arms around body; leans back)]
 11 PAT: → (↑Mm:::) ((high pitch))
 12 DOC: If you don't wanta do it we don't [(hafta do.)]
 13 PAT: [No: no no.]
 14 (I- i- if you hafta you hafta I- I)
 15 just #ugh#.
 16 (0.5)
 17 DOC: If you wanna wai:t (.) I mean we can do it
 18 next ti:me,
 19 (.)
 20 DOC: But it- I- I think most of thuh time what
 21 happens is is I put three medicines in
 22 there oka:y,

Välittömästi tämän aktiivisen vastarinnan perään lääkäri peru suosituksensa ruiskeesta. Sen sijaan että kertoisi mitä itse ”haluaa” potilaalle tehdä, hän tarjoaa suositustaan nyt potilaan oman valinnan asiana (r.12). Hieman myöhemmin, kun potilas on pitkin hampain myöntynyt (r. 13–15), lääkäri tarjoutuu lykkäämään ruiskeen antamista seuraavaan kertaan (r. 17–18). Vaikka potilas lopulta suostuu ottamaan ruiskeen (r. 13–15), lääkärin tekemät muokkaukset alkuperäiseen suositukseensa osoittavat, että hoitopäätös on neuvottelun tulos.

On sekä vuorovaikutuksellisesti että lääketieteellisesti ongelmallista, että lääkärit vastaavat vanhempien/potilaiden vastarintaan myönnytyksillä – oli se sitten lykkäämällä nimenomaista suositusta tai jättämällä sen kokonaan pois, jotka molemmat vaihtoehdot näimme yllä olevassa esimerkissä, tai tarjoamalla jotain kokonaan uutta hoitoa. Joissain tapauksissa lääkärit esimerkiksi muuttavat hoitosuositustaan lääkkeestä toiseen. Tämä voi olla erityisen haitallista, jos kyse on ylimääräisistä kipulääkkeistä, lääkkeistä joilla on tunnettuja sivuvaikutuksia taikka antibiooteista (ks. Esimerkki 5). Viimeksi mainittuun liittyy kansainvälisestikin ajankohtainen kysymys

bakteerikantojen vastustuskyvyn noususta (Baquero ym. 2002, Neu 1992, Reichler 1992, B. Schwartz 1999, Whitney ym. 2000, Wise ym. 1998), jota on kiihdyttänyt turhien antibioottien määrääminen virusinfektioihin (Cristino 1999, Deeks ym. 1999, Watanabe ym. 2000).

Vaikka on harvinaista, että lääkäri täysin pyörtäisi hoitosuosituksensa, jo se että niin joskus tapahtuu, on osoitus vanhempien vastarinnan merkityksestä sekä keskeisestä roolista, joka heidän ilmaisemallaan hyväksynnällä on hoitopäätöksen syntymisessä. Neuvottelujakso, joka kehkeytyy vanhemman hyväksynnän esille saattamiseksi, voi venyä hyvinkin pitkäksi ja lääkäri päätyä tekemään dramaattisia myönnytyksiä. Esimerkki tästä näkyy otteissa 7a–7d. Oteesta 7a lääkäri ensin esittää antibiootin vastaisen hoitosuosituksen eikä saa potilaan äidin hyväksyntää (r. 1–2). Sen jälkeen lääkäri esittää suosituksensa laajennuksen, jossa käsittelee sitä, miten kauan antibioottikuuri kestäisi (Schegloff 2001). Äiti ei tässäkään kohden esitä hyväksyntää. Sitten lääkäri ehdottaa vaihtoehtoista hoitoa eli silmien lääkintää (r. 4) ja selittää tätä suositustaan riveillä 7–8.

(7a) 2019 (Dr. 6)

1 DOC: .hh So: uh:m a- at this time I don't wanta commjt 'er to:
 2 antibiotics.
 3 DOC: Like two weeks, or three weeks, or whatever:?
 4 DOC: .h I thi:nk I'll go ahead and treat her for the eyes:?
 5 an' I wanta give her some decongestant.
 6 (.)
 7 DOC: .hh So that would, suck out all that, um,
 8 secretions?=
 9

Seuraa 45 rivin mittainen puhejakso (ei otteessa), jossa äiti edelleen jättää hyväksymättä hoitosuosituksen ja siten esittää passiivista vastarintaa lääkärin antibioottivastaiselle hoidolle. Hän kysyy tukkoisuutta vähentävistä lääkkeistä (*decon-*

gestants) sekä siitä missä muodossa niitä saa (nesteinä vai pillereinä), muttei hyväksy niitä. Rivillä 54 hän sitten kysyy tyttärensä silmien hoidosta. Seuraava jakso näkyy otteessa 7b:

(7b) ((following 7a))

- 54 MOM: [And then for conjunctivitis is there [(another one?), or_]
 55 DOC: [She needs uh:m_]
 56 She needs eye drops.
 57 (0.4)
 58 DOC: Antibiotic eye drops.
 59 (.)
 60 DOC: M_{kay}:=h=An' she's gonna hafta put- you're gonna hafta put-
 61 (.) few drops i:n_ several times uh d_a:y.
 62 DOC: .hh An' that will clear her redness:, an' that (will) get
 63 rid of all that goopy: stuff. that she's h_{aving}.
 64 (1.0)
 65 DOC: M_{kay}:?
 66 (0.2)
 67 DOC: .h ^But otherwise her ears look really good:
 68 MOM: Yeah [(her) ears alwa[ys look good.
 69 DOC: [.hh [Her: chest sounds goo:d,
 70 DOC: Uh:m, .hh- Ya know i- She doesn't look like uh:m (.)
 71 Why don't we go ahead and try thuh decongestant first.
 72 (.)
 73 DOC: M_{kay}:,
 74 DOC: An' if you don't think there's any: improvement with
 75 thuh decongestan:t, .h an' you think she still has s:-
 76 you know (-)getting all the secretions ba:ck, .h [you know=
 77 MOM: [Mm hm.
 78 DOC: =an' if she has:=signs of fever:, .h you know at that t_i:me
 79 we'll go ahea:d, but at th_is ti:me, you know she's (uh)
 80 she's afebrile no[:w,

Tässäkin äiti esittää passiivista vastarintaa sidekalvon tulehdukseen ehdotettua hoitoa kohtaan (rivien 56, 58, 61 ja 63 jälkeen). Kuten aiemmissa tapauksissa, lääkäri yrittää houkuttaa hyväksyntää. Huomaa erityisesti silmätippasuosituksen selittäminen riveillä 62–63 ja kysymys ”okei?” (M_{kay} rivillä 65) joka seuraa sekunnin mittaista hiljaisuutta ja hyväksynnän puuttumista. Tällöin lääkäri palaa esittämään uudelleen tutkimuksensa löytämiään seikkoja (r. 67, 69). Äiti vastustaa tätä perustelua sanomalla ”(hänen) korvansa näyttävät aina hyvältä” (r. 68 (her) ears always look good). Lääkäri ei vastaanota tätä äidin vastarintaa, vaan esittää hoitosuosituksensa uudes-

taan rivillä 71. Äiti esittää edelleen passiivista vastarintaa, vieläpä selkeän houkuttamisen jälkeen (r. 73). Sitten lääkäri siirtyy kuvaamaan tilannetta, jossa olisi valmis määräämään antibiootin (eli esittää tulevaisuuteen siirretyn myönnytyksen). Tällainen myönnytys olisi mahdollinen, kuten lääkäri sanoo, jos lapsella olisi voimakasta limaneritystä tai kuumetta. Nämä ovat kuitenkin juuri niitä oireita, joiden takia lapsi on alkujaan tuotu vastaanotolle. Äiti vastustaa aktiivisesti, koska antibiootin määräämisen ehdot ovat hänen mielestään jo täyttyneet. Katsotaan otetta 7c:

(7c)

- 81 DOC: . . . afebrile no[:w,
 82 MOM: . . . afebrile no[(Well) she's had uh low-grade temp f- on
 83 [an' off (for) thuh past couple day:s_ (.) Uh:m_ (0.5)
 84 DOC: [Mm hm:,
 85 MOM: She never- She- (0.5)
 86 DOC: Mm hm[:,

Äiti vastustaa aktiivisesti antibiootin torjumista, joka on siis tullut viimeksi esitettyä muodossa ”silloin voimme kyllä määrätä (antibiootin), mutta tässä tilanteessa” (at that t_i:me we'll go ahea:d, but at th_is ti:me). Äidin vastustaa sanomalla, että lapsella on ollut kotona kuumetta (r. 82–83) – lääkärihän on juuri todennut että kuume voisi olla riittävä peruste antibiootin

määräämiseen. Sen jälkeen hän kuvaa kokemukseen vastaanotoilta, joissa lapsen kuumetta ei ole huomattu (r. 85 alkaen, otetta ei näytetä).

Seuraavaksi äiti palaa aktiiviseen vastarintaan vedoten paitsi lapsen kuumeeseen (r. 93) myös hänen poikkeavaan käyttäytymiseensä (r. 95, 97).

(7d) ((6 lines following 7c))

- 93 MOM: But anyway she's had low-grade temp [(an' uhm),
 94 DOC: [Mm hm.
 95 MOM: (1.1) just really hasn't been hersel:f. It's- it's- It's:=
 96 DOC: =M[m hm.
 97 MOM: [(ya know)/(even) more than: uhm (1.5) thee eye thi:ng.
 98 DOC: Uh huh:,
 99 MOM: <I mean I usually don't- I- I usually wait to bring her in
 100 at least until [().
 101 DOC: [You wait unti- Yeah:,
 102 DOC: .hhh Uh:[m-
 103 MOM: [Cuz it's such a big deal to come here [()
 104 DOC: [Yea:h,=h
 105 I mean: if you want ya know- I mean she looks.=
 106 MOM: =Can I at least have thuh prescription an' I'll decide
 107 whether or not to fill it, i[n a couple day:s,
 108 DOC: [.tlk
 109 DOC: For the antibiotics[:?
 110 MOM: [Ye[ah.
 111 DOC: [Uh::m_ I really don't like to do that:,
 112 because: I mean .hh She doesn't look: like she has sinusitis:.
 113 Ya know?,
 114 (.)
 115 DOC: Uhm, if you really wanta be su:re we can go ahead and take:
 116 → x rays to make su:re if it's really opacify:,
 117 DOC: .hh cause unnecessary treatment for sinusitis: she can
 118 → get resistant to uh lot of those antibiotics?,
 119 → uh lot of those bugs. I mean.
 120 DOC: → .hh An:d it's- it's not really good for her:.
 121 → (1.0)
 122 DOC: So:: we try to minimi:ze ya know- treatment until
 123 → it's really necessary.
 124 → (.)

Äidin puheen viesti riveillä 95 ja 97 näyttää olevan että tyttö on sairaampi kuin lääkärin hoitosuositus antaa ymmärtää. Riveillä 99–100 ja 103 äiti myöskin selittää yleensä ”odottavansa” ennen lääkärille tuloa. Näin hän esittää itsensä ”huoliresistanttina” (*troubles resistant*) (Halkowski painossa, Heritage ja Robinson painossa, Jefferson 1980); hän ei kiikuta lastaan lääkärille joka pikkuasiasta. Tässäkin äiti siis viestittää, että lapsen vaiva on vakavampi kuin lääkärin hoitosuositus esittää.

Tähän lääkäri vastaa vuorolla joka vaikuttaa myöntyvämmältä. Ensin hän esittää samanmielisen responssin ”Yeah” (r.104) ja sitten ”siis jos haluat” (*I mean: if you w*ant ya know-). On huomattavaa, että tämä vuoron aloitus muistuttaa vuoron alkua ”jos välttämättä vaadit” joka oli esillä otteessa 5 (Esimerkki 5, r. 35). Molemmat vuoronaloitukset kehystävät lääkärin vuoron myönnetykseksi ja siten implikoivat, että vanhempi/potilas on vaikuttanut hoitosuositukseen. Otteen 7 äiti ei ole tähän mennessä suoranaisesti vaatinut mitään, mutta hän on esittänyt 1) passiivista vastarintaa jättämällä hyväksymättä lääkärin hoitosuositukset ja 2) aktiivista vasta-

rintaa viestittämällä, että lapsi on sairaampi kuin mitä lääkäri on valmis myöntämään.

Lääkäri kuitenkin luopuu myöntävästä linjasta sanoessaan rivillä 105 ”siis hän näyttää” (*I mean she looks*). Hoitosuositusjaksoa edeltävässä fyysisessä tutkimuksessa ei ole löytynyt lääkehoitoa vaativaa ongelmaa, joten lääkärin voi ennakoida aloittavan vuoroa, joka olisi linjassa tutkimuksen tuloksen kanssa ja olisi siten antibiootivastainen. Tällä kohtaa äidin vastarinta onkin vahvimmillaan: hän pyytää suoraan antibioottia riveillä 106–107. Näin hän kyseenalaistaa paitsi lääkärin tähänastiset hoitosuositukset, myös lääkärin alussa selvästi esittämän antibiootin torjunnan (ote 7a, r. 1–2).

Pyynnöllään ”Saanko mä ainakin sen reseptin” (Can I at least have thuh prescription) äiti esittää antibioottimääräyksen vähimmäisvaatimuksenaan. Tämä näkyy sanasta ”ainakin” sekä hänen vuoronsa jatkosta ”ja mä päätän sitten parin päivän sisällä käytänpö sen vai en” (*an' I'll decide whether or not to fill it in a couple day:s*). Näin hän varaa itselleen mahdollisuuden käyttää omaa harkintaansa (eli hän ei heti hankkisi lapselleen antibioottia mutta voisi myöhemmin

päätää, tekisikö niin). Lääkäri torjuu äidin pyynnön rivillä 111 mutta tarjoaa myönnytyksenä mahdollisuutta röntgenkuvaan, joka voisi selvittää, olisiko lapsella oikeata syytä saada (antibiootti)hoitoa sivuontelontulehdukseen (r. 115–116). Perusteluinaan antibiootin vastaiselle hoitosuositukselleen lääkäri lisäksi selittää, ettei antibiootti sovellu tähän vaivaan ja viittaa myös yleiseen pyrkimykseen välttää turhien antibiootien määräämistä. Tämä selostus, joka on tavallinen elementti niin kutsutuissa epäpreferoiduissa vuoroissa (tässä siis pyynnön torjumisessa, ks. Pomerantz 1984), myös taas kerran houkuttaa vanhemmalta hyväksyntää hoitosuositukselle.

Äiti ei hyväksy sen paremmin antibiootin torjumista kuin myönnytyksiäkään. Alla olevassa otteessa 7e nuolet osoittavat kohtia, joissa äidin hyväksynnän ilmaus olisi mahdollinen mutta jää tulematta. Sen jälkeen hän jatkaa aktiivisella vastarinnalla. Kun lääkäri palaa selostamaan, missä tilanteessa hän saattaisi antibiootin määrätä, eli jos tyttö ”vaikuttaa oikein huonolta” (*looks really -ba:d*, r. 125), äiti korostaa, ettei tytär koskaan sairastaessaan vaikutakaan huonolta (127–128). Hän jatkaa selostuksella, jonka ydin on, että tyttö ei ole oma itsensä ja hän on sairaampi kuin lääkäri tajuaa. Tämä jakso alkaa riviltä 127 ja jatkuu 20 rivin verran (ei otteessa).

(7e)

- 122 DOC: So:: we try to minimize ya know- treatment until
 123 → it's really necessary.
 124 → (.)
 125 DOC: You know of course if she's s- you know looks really -ba:d,
 126 [then I'll go ahead.
 127 MOM: [(see she ne-) she never looks: ba:d. I mean
 128 [she can be really sick and she never looks-
 129 DOC: [Mm hm:,
 130 DOC: Mm hm];
 131 MOM: [You know: I've taken her in here with
 ((20 lines: examples of girl not acting sick but having infections))
 152 MOM: And plus it's her (t=her:) uhm (0.6) tlk (0.4)
 153 Uh:hm_ (0.5) °What'm I tryin' t' say: ° Emotionally.
 154 MOM: (I [mean she's been] .hh (0.8) t- you know more 'n more=
 155 DOC: [Mm hm:,
 156 MOM: =tjre:[d,
 157 DOC: :[Mm [hm:,
 158 MOM: [And more 'n more (.) upset easily_ [an' stuff:
 159 DOC: [Mm hm,
 160 MOM: over thuh past couple weeks, [an' it's- it's just been
 161 DOC: [Mm hm:,
 162 MOM: =building an' building an' bui]lding.
 163 DOC: [Mm hm.

Äiti kärjistää väitteitään tyttären voinnista viit- taamalla emotionaaliin ja psykologisiin tekijöihin (r. 152–154, 156, 158, 160, 162) sekä tois- toa sisältävällä kuvauksella lapsen pahentuvasta tilasta (r. 160, 162).

Lopulta lääkäri pyrkii sulkemaan toiminnon – sen jälkeen kun hoidosta on neuvoteltu yli 160

rivin mittaisen jakson ajan. On huomattavaa, että jos äiti olisi myöntynyt heti otteessa 7a näkyvän suosituksen jälkeen, toiminto olisi hyvin- kin voitu päätää lähestulkoon välittömästi. Nyt lääkäri sen sijaan tarjoaa vielä yhtä myönnyty- tä, eli ilmaisee halukkuutta keskustella potilaan oman lääkärin kanssa (r. 166, 169).

(7f)

- 152 MOM: =building an' building an' bui]lding.
 153 DOC: [Mm hm.
 154 DOC: .tlkhh Who: usually sges her.
 155 MOM: Doctor H]lton.
 156 DOC: .hh Uh:m lemme call him an' see what he uhm says.=
 157 MOM: =Oh is h[e around (today?)
 158 DOC: [Okay?
 159 I don't know if he's arou:nd but I'll=lemme try to call him.
 160 .hh because: uh:m_
 161 MOM: He's not [(.)
 162 DOC: [Tlk I really don't want to treat 'er.

| | |
|-----------|---|
| 163 | (0.5) |
| 164 DOC: | Uhm but then I've only seen her first time. |
| 165 DOC: | This is my first time seeing her so I really don't |
| 166 | know how she (.) you know i:s, |
| 167 DOC : | .hh So let me call 'im an' see: what he suggest:st, |
| 168 DOC: | .h An' the:n we'll go from there. |
| 169 | (.) |
| 170 DOC: | [Does that sound okay? |
| 171 MOM: | ['Okay.° |
| 172 MOM: | Sure, if you [can (reach) him fit sounds great.£ |

Vaikka lääkäri on tarjoutunut soittamaan lapsen omalle lääkärille, äiti vastustaa uudelleen tarjotua hoitosuositusta, joka näkyy rivillä 163. Kun lääkäri myöhemmin tarjoaa vaihtoehdoksi soittaa ja kysyä mitä omalääkäri ehdottaa (see what he suggest, r. 167) ja tehdä ratkaisun sitten (r. 168), äiti ei hyväksy tätäkään ensin. Lääkäri houkuttaa hyväksyntää rivillä 170 sanomalla ”Sopisiko sellainen?” (*Does that sound okay?*), jolloin äiti esittää selemmän hyväksynnän, vaikka vieläkin muotoilee asian ehdollisena: ”Ilman muuta, jos saat hänet kiinni niin hienoa” (*Sure, if you can (reach) him fit sounds great.£*)

Lääkäri ei saa kiinni tytön omaa lääkäriä, ja määrää työlle lopulta antibiootin – huolimatta siitä, että on esittänyt diagnoosin sidekalvon tulehduksesta, selkeästi vastustanut sivuontelontulehdusdiagnoosia ja useaan otteeseen selvästi ilmaissut haluttomuutensa määrätä antibioottia.

Tässä jaksossa olen tarkastellut toista vastarinnan muotoa – aktiivista vastarintaa lääkärin hoitosuositusta kohtaan. Näimme että aktiivinen vastarinta on voimakkaampaa kuin passiivinen, koska se avaa uuden puhejakson ja tuottaa lääkärille odotuksen vastata. Näin lääkäri joutuu tilanteeseen, jossa hänen on yhtä aikaa pyrittävä sekä sulkemaan tämä (vanhemman avaama) puhejakso että varmistettava vanhemman hyväksyntä hoidolle ennen kuin voi edetä seuraavaan toimintoon ja/tai vastaanoton loppuun. Tämän vuoksi vastarintaa voidaan pitää vuorovaikutuskäytäntönä, jolla vanhemmat voivat – tietoisesti tai tietämättään – painostaa lääkäreitä muuttamaan hoitosuositustaan. Vastarinta on ratkaiseva vanhempien/potilaiden osallistumisen muoto, jonka roolia hoitotulosten muotoutumisessa ei välttämättä yleensä tunnusteta.

POHDINTA

Tässä artikkelissa olen osoittanut, että vastoin yleisiä oletuksia, päivystysvastaanottojen potilaat tai potilaiden vanhemmat osallistuvat hoitosuositustoimintoon ja että heidän nimenomaan odotetaan tekevän niin. Molemmat osapuolet

selvästi orientoituvat odotukseen, että vanhemmilla/potilailla on oikeus ja velvoite hyväksyä lääkärin hoitosuositus – riippumatta siitä muotoileeko lääkäri suosituksensa osallistumista rohkaisten vai ei. Kun vanhemmat/potilaat eivät esitä hyväksyntää lääkärin suositukseen, lääkärit hakevat tätä hyväksyntää jopa siihen pisteeseen että myöntyvät määräämään muuta lääkitystä kuin alun perin suosittivat.

Kuten aiemmin mainitsin, käsittelemäni aineisto on monipuolinen: sisätautilääkärin, ortopedien ja lastenlääkärin vastaanottoja. Keskeisin analyysi tehtiin aineistolla, joka käsitti lastenlääkärin päivystysvastaanottoja, jotka liittyivät ylähengitysteiden infektoihin. Samat hoitopäätöksestä neuvottelemisen käytännöt esiintyvät kuitenkin myös aikuisten vastaanotoilla. On silti mahdollista, että lapsipotilaat ovat erityistapaus siinä mielessä, että lääkärit ja vanhemmat katsovat kantavansa heistä jaettua vastuuta. Näillä kahdella ”hoitavalla osapuolella” voi kuitenkin olla kilpailevia tavoitteita. Useimmat käsittelemistäni tapauksista sisälsivät lääkärin ratkaisun siitä, määrätäkö antibioottia vai ei. Lääkärin näkökulmasta antibiootin välttäminen voi olla sekä lapsen että yhteisön kannalta pidemmällä tähtäimellä parempi vaihtoehto. Vanhempi puolestaan saattaa haluta lääkitystä, jotta lapsen olo kohenisi ja koska juuri hän joutuu kohtaamaan tilanteet, joissa lapsi heräilee yöllä tai hänellä on kipuja. Tämän vuoksi hoitopäätöksestä neuvottelemisen, vaikkakin esiintyy koko aineistossa, on erityisen tärkeä prosessi juuri lastenlääkärin vastaanotolla.

Artikkelini johtopäätös lääkäreiden kannalta on se, että potilaat/vanhemmat joka tapauksessa osallistuvat hoitopäätökseen, vaikkei heitä siihen erityisesti kutsuttaisi. Lääkärit itse kertovat kokevansa, että potilaat/vanhemmat painostavat heitä määräämään tietentyypisiä lääkkeitä tai aivan väriä lääkkeitä (Barden ym. 1998, Palmer ja Bauchner 1997, B. Schwartz 1999, R. H. Schwartz ym. 1997). Lääkärit kuvaavat tämän painostuksen avoimeksi, vaikka se itse asiassa

näyttää enimmäkseen (ainakin USA:ssa) olevan epäsuoraa tai implisiittistä, kuten tässä kuvattu vastarinta. Sekä passiivinen että aktiivinen vastarinta voivat saada lääkärin jopa kokonaan muuttamaan lääkemääräystään. Sen vuoksi vastarinnan minimoiminen on lääkäreille tärkeä strategia. Viimeaikaisen tutkimuksen mukaan eräs keino minimoida vastarintaa (sekä myös liiallista lääkkeiden määräämistä) on tarjota potilaalle/vanhemmalle ensimmäisessä hoitosuosituksessa jokin konkreettinen toimi; seuraava askel (vaikkei se olisikaan lääke). Tällä tavoin potilas/vanhempi saa ratkaisun vaivaan, ja tämä voi myös auttaa oikeuttamaan sitä, että vaivaan ylipäänsä haettiin lääkärin apua (Stivers, painossa-a; Stivers, painossa-c).

Artikkelini lisää ymmärrystämme, ei ainoastaan siitä, miten potilaiden/vanhempien osallistuminen vaikuttaa hoitotuloksiin, vaan myös siitä mitä potilaiden/vanhempien osallistuminen ylipäänsä on. Toivoakseni olen osoittanut, että sekä terveydenhoidon tutkimuksessa että lääkärin keskuudessa olisi laajennettava käsitystä siitä, mitä potilaan osallistuminen tarkoittaa. Se ei tarkoita vain tilanteita, joissa lääkäri kysyy potilaan mielipidettä johonkin asiaan, vaan myös tilanteita, joissa potilas oma-aloitteisesti osallis-

tuu. Lisäksi tämä osallistuminen voi olla luonteeltaan enemmän tai vähemmän piilevää tai epäsuoraa. Sen vuoksi se voi helposti jäädä huomaamatta ja silti vaikuttaa voimakkaasti sekä vuorovaikutukselliseen että lääketieteelliseen tulokseen, kuten on laita hoitosuosituksen kohtaamaan vastarinnan kohdalla.

Tämän artikkelin nojalla voidaan esittää myös potilaiden/vanhempien osallistumiseen liittyvä varoituksen sana. Nykytutkimus korostaa potilaiden osallistumisen monia hyötyjä, mutta mahdollisia haittoja on käsitelty paljon vähemmän – semminkin kun ”osallistumisen” määrittelyminen on ylipäänsä ollut ongelmallista. Artikkelini osoittaa, että vaikka potilaiden osallistuminen on varmasti tärkeätä ja he osallistuvat joka tapauksessa, joissain tilanteissa heidän osallistumisensa voi tarkoittaa lääkärin painostamista sellaisiin hoitovaihtoehtoihin, jotka ovat vahingollisia potilaille itselleen tai laajemmin yhteiskunnalle. Sen vuoksi potilaiden/vanhempien osallistumista tulee kyllä aktiivisesti edistää, mutta lääkäreitä tulisi kouluttaa sekä potilaiden aktiiviseen osallistamiseen että passiivisen vastarinnan muotojen tunnistamiseen, jotta voitaisiin paremmin käsitellä painostusta väärään lääkin-tään tai huonoihin hoitovaihtoehtoihin.

Stivers T. Patient resistance: One way patients shape treatment decisions

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – *Journal of Social Medicine* 2004;41:199–213

Current health policies across a range of countries advocate for patients to be more involved in their own health care and, in particular, in their own treatment decisions. However, patient participation in treatment is often thought to involve only participation that follows an explicit invitation by a physician. This paper focuses on acute care encounters and shows first that physicians orient to patient acceptance of the treat-

ment (and thus participation) as normatively required prior to their closing the encounter without that participation being overtly requested. This paper then shows that when patients withhold acceptance, and even more when they actively resist the recommendation, this is an interactional resource through which patients can and do participate in and affect treatment decisions.

KIRJALLISUUS

- Baquero F, Baquero-Artigao G, Canton R, Garcia-Rey C. Antibiotic consumption and resistance selection in *Streptococcus pneumoniae*. *J Antimicrob Chemother* 2002;50(Supplement C), 27–38.
- Barden LS, Dowell SF, Schwartz B, Lackey C. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: Results from physicians' and parents' focus group discussions. *Clin Pediatr* 1998;37:665–672.
- Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988;27(11), 1139–1145.
- Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association* 1999;282(24):2313–2320.
- Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med* 1980;93:718–722.
- Brody DS, Miller SM, Lerman C, Smith MD, Caputo C. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* 1989;4:506–511.
- Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989;27(11):1027–1035.
- Butler CC, Kinnersley P, Prout H, Rollnick S, Edwards A, Elwyn G. Antibiotics and shared decision making in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2001;48:435–440.
- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980;92:832–836.
- Cristino JM. Correlation between consumption of antimicrobials in humans and development of resistance in bacteria. *Int J Antimicrob Agents* 1999;12(3), 199–202.
- Deeks SL, Palacio R, Ruvinsky R, Kertesz DA, Hortal M, Rossi A, ym. Risk factors and course of illness among children with invasive penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. The *Streptococcus pneumoniae Working Group*. *Pediatrics* 1999;103(2):409–413.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49(477–482).
- Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989;4:23–30.
- Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. A communications skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *British Journal of Medical Psychology* 1987;60:373–378.
- Fallowfield L, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J* 1990;301:575–580.
- Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. *Am J Prev Med* 1999;27(11):1139–1145.
- Gardner R. The conversation object Mm: a weak and variable acknowledging token. *Research on Language and Social Interaction* 1997;30(2):131–156.
- Halkowski T. Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery. Teoksessa Heritage J, Maynard D, toim. *Practicing Medicine: Talk and Action in Primary-Care Encounters*. Cambridge University Press, Cambridge (painossa).
- Heath C. The delivery and reception of diagnosis and assessment in the general practice consultation. Teoksessa Drew P, Heritage J, toim. *Talk at Work*. Cambridge University Press, Cambridge 1992, 235–267.
- Heritage J. Garfinkel and ethnomethodology. Polity Press, Cambridge 1984.
- Heritage J, Greatbatch D. Generating Applause: A Study of Rhetoric and Response at Party Political Conferences. *American Journal of Sociology* 1986;92(1):110–157.
- Heritage J, Robinson JD. Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. Teoksessa Heritage J, Maynard D, toim. *Practicing Medicine: Talk and Action in Primary-Care Encounters*. Cambridge University Press, Cambridge painossa.
- Heritage J, Sefi S. Dilemmas of Advice: Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions Between Health Visitors and First Time Mothers. Teoksessa Drew P, Heritage J, toim. *Talk at Work*. Cambridge University Press, Cambridge 1992, 359–417.
- Jefferson G. On 'Trouble-Premonitory' Response to Inquiry. *Sociological Inquiry* 1980;50:153–185.
- Jefferson G. List Construction as a Task and Interactional Resource. Teoksessa Psathas G, toim. *Interaction Competence*. International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis and University Press of America, Washington 1990, 63–92.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110–126.
- Neu HC. The crisis in antibiotic resistance. *Science* 1992;257: 1064–1073.
- Palmer DA, Bauchner H. Parents' and physicians' views on antibiotics. *Pediatrics* 1997; 99(6):862–863.
- Peräkylä A. Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly* 1998;61(4):301–320.
- Pomerantz, A. Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/ Dispreferred Turn Shapes. Teoksessa Atkinson JM, Heritage J, toim. *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press, Cambridge 1984, 57–101.

- Robinson JD. An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Commun* 2003;15(1):27–57.
- Sacks H, Schegloff EA. Two Preferences in the Organization of Reference to Persons and Their Interaction. Teoksessa Psathas G, toim. *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers, New York 1979, 15–21.
- Schegloff EA. Turn Organization: One Intersection of Grammar and Interaction. Teoksessa Ochs E, Thompson S, Schegloff E, toim. *Interaction and Grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge 1996, 52–133.
- Schegloff EA. Increments: Where they are and what they do. Paper presented at the Linguistic Institute, Santa Barbara, CA 2001.
- Schegloff EA. A primer for conversation analysis: Sequence organization. Cambridge University Press, Cambridge, England painossa.
- Schwartz B. Preventing the spread of antimicrobial resistance among bacterial respiratory pathogens in industrialized countries: The case for judicious antimicrobial use. *Clin Infect Dis* 1999;28: 211–213.
- Schwartz RH, Freij BJ, Ziai M, Sheridan MJ. Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: a survey of pediatricians and family practitioners. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:185–190.
- Stivers T a. Participating in Decisions about Treatment: Overt Parent Pressure for Antibiotic Medication in Pediatric Encounters. *Soc Sci Med* 2002;54(7):1111–1130.
- Stivers T b. 'Symptoms only' and 'Candidate diagnoses': Presenting the Problem in Pediatric Encounters. *Health Commun* 2002;14(3):299–338.
- Stivers T a. Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. *Soc Sci Med* painossa.
- Stivers T b. Parent Resistance to Physicians' Treatment Recommendations: One Resource for Initiating a Negotiation of the Treatment Decision. *Health Commun* painossa.
- Stivers T c. Treatment Decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters. Teoksessa Heritage J, Maynard D, toim. *Practicing medicine: Talk and action in primary-care encounters*. Cambridge University Press, Cambridge painossa.
- Stivers T, Mangione-Smith R, Elliott MN, McDonald L, Heritage J. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians perceive. *J Fam Pract* 2003;52(2):140–148.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. Tavistock, London 1985.
- U.S. Department of Health and Human Services, P. H. S. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health* (2nd ed.). US Government Printing Office, Washington D.C. 2000.
- Watanabe H, Sato S, Kawakami K, Watanabe K, Oishi K, Rikitomi N, ym. A comparative clinical study of pneumonia by penicillin-resistant and -sensitive *Streptococcus pneumoniae* in a community hospital. *Respirology* 2000;5(1):59–64.
- Whitney CG, Farley MM, Hadler J, Harrison LH, Lexau C, Reingold A, ym. Increasing prevalence of multidrug-resistant *Streptococcus pneumoniae* in the United States. *N Eng J Med* 2000;343:1917–1924.
- Wise R, Hart T, Cars O, Streulens HR, Huovinen P, ym. Antimicrobial resistance is a major threat to public health. *Br Med J* 1998;317:609–610.

TANYA STIVERS

Ph.D.

Max Planck Instituutti Nijmegen

Alankomaat