

# **LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN PÄÄTÖKSENTEKO TYYPIN 2 DIABETESNEUVONNASSA**

Päivi Juutilainen

Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Terveyskasvatus  
Pro gradu -tutkielma  
Syksy 2004

*Mamman ja Papan muistolle*

## TIIVISTELMÄ

Lääkärin ja potilaan välinen päätöksenteko tyypin 2 diabetesneuvonnassa

Päivi Juutilainen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatus

Pro gradu –tutkielma, 73 sivua

Syksy 2004

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkärin ja potilaan välistä päätöksentekoa tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Keskeisenä tavoitteena oli selvittää miten päätöksenteko rakentuu lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa, millaisiin institutionaalisiin tehtäviin ja velvollisuuksiin lääkärit ja potilaat suuntautuvat päätöksenteossa sekä mistä diabetesneuvonnan sisältöalueista päätöksiä tehdään.

Tutkimusaineisto oli osa Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksella vuosina 2000 - 2002 kerättyä seurantatutkimusaineistoa, jossa selvitetään perusterveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisen tyypin 2 diabetesneuvontakäytäntöjä. Tämän tutkielman aineisto koostui 31 lääkärin ja potilaan välisestä videoidusta ja litteroidusta vastaanottotilanteesta. Kyseisestä aineistosta erottui 35 tyypin 2 diabetesneuvontaan liittyvää päätöksentekojaksoa, jotka analysoitiin keskusteluanalyttisesti.

Aineistosta löytyi yhteensä yhdeksän erilaista, lääkärin ja potilaan yhteistyössä, vaihe vaiheelta rakentuvaa päätöksentekoprosessia. Päätöksenteonvaiheista selvimmän erottuivat ongelman määrittäminen, päätös ja sen vahvistaminen. Tiedon hankinta ja käsittely sekä ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi jäivät usein puutteellisiksi. Lääkäri ja potilas suuntautuivat puheessaan pääasiallisesti perinteisiin institutionaalisiin tehtäviin ja velvollisuuksiin estäen vastavuoroisuuden syntymistä. Suurin osa päätöksistä olikin lääkärikeskeisiä. Kuitenkin potilaat pystyivät vaikuttamaan päätöksenteon rakentumiseen aktiivisella toiminnallaan. Päätöksenteko keskittyi aineistossa lääkeneuvontaan. Elintapaneuvonnassa päätöksenteon rakentumista varjosti aiheen arkaluontoisuus ja päätöksenteko keskeytyi valta-osaltaan lääkärin persoonattomaan neuvon.

Potilaan osallistuminen päätöksentekoon on yksi voimavarakeskeisen diabetesneuvonnan keskeinen periaate, joka ei useinkaan toteutunut tässä tutkimuksessa. Potilaille tulisi suunnata interventioita, jotka rohkaisevat heitä esittämään jämäkämmin omaa subjektiivista asiantuntemustaan. Mahdollisesti myös lääkärit tarvitsisivat koulutusta huomioidakseen paremmin potilaan yksilöllisiä tarpeita päätöksiä tehtäessä.

Avainsanat: päätöksenteko, tyypin 2 diabetesneuvonta, lääkeneuvonta, elintapaneuvonta, lääkäri, potilas

## ABSTRACT

Decision making between doctor and patient in type 2 diabetes counselling

Päivi Juutilainen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Department of Health Sciences

Health Education Program

Master's thesis, 73 pages

Autumn 2004

---

The purpose of the study was to define the decision making between doctors and patients in type 2 diabetes counselling. The main aim was to clarify how decision making is constructed through doctor – patient interactions, what kind of institutional duties doctors and patients implement in decision making and from which content areas of diabetes counselling decisions are made.

The research material was part of a follow-up study, which was conducted by the Department of Health Sciences at the University of Jyväskylä during years 2000-2002 to find out the diabetes counselling practices between professionals of primary health care and patients. The research material of this study consisted of 31 video-taped and transcribed meetings between doctors and patients. From the material, 35 decision periods were distinguished and were analysed with conversational analyses.

A total of nine different decision making processes were identified from the material, which the doctors and the patients constructed together, step by step. The decision making process was segmented clearly into problem identification, the decision itself and decision confirmation. Information acquisition and processing as well as construction and evaluation of decision options were often inadequate. The doctors and the patients implemented their traditional institutional duties in their speech, which prevented reciprocity. Most decisions made were paternalistic. However, it was seen that patients could contribute to the construction of decision making if showing active involvement. In the material, the decision making focused on medicine counselling. In the lifestyle counselling, sensitivity of the subject obscured the construction of the decision making and decision making was interrupted by the doctor's impersonal advice.

A central principle of empowering diabetes counselling is the patient's involvement in decision making, which in this study was exceptional. Interventions, which encourage patients to express their subjective expertise, are needed. Possibly, doctors would also require training to perceive patients' individual needs better in decision making.

Keywords: decision making, type 2 diabetes counselling, medicine counselling, lifestyle counselling, doctor, patient

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN DIABETESNEUVONTA.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Diabetesneuvonta ja sen sisältö.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Päätöksenteko diabetesneuvonnassa.....</b>	<b>5</b>
<b>3 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN PÄÄTÖKSENTEKO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Päätöksenteko.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Lääkärikeskeinen päätöksentekomalli.....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Tiedonvaihto.....	8
3.2.2 Harkintavaihe ja päätös.....	9
<b>3.3 Tietoon perustuva päätöksenteonmalli.....</b>	<b>9</b>
3.3.1 Tiedonvaihto.....	10
3.3.2 Harkintavaihe ja päätös.....	10
<b>3.4 Jaetun päätöksenteonmalli.....</b>	<b>11</b>
3.4.1 Tiedonvaihto.....	13
3.4.2 Harkintavaihe ja päätös.....	14
<b>4 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄ.....</b>	<b>16</b>
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Päätöksenteon jakautuminen diabetesneuvonnassa.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Päätöksenteko lääke- ja muuhun diabeteksen hoitoon liittyvässä neuvonnassa.....</b>	<b>21</b>
5.2.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko.....	21
5.2.1.1 Piilotettu päätöksenteko.....	21
5.2.1.2 Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko.....	24
5.2.1.3 Suostutteleva päätöksenteko.....	27
5.2.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko.....	33
5.2.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko.....	33
5.2.2.2 Houkutteleva päätöksenteko.....	37
5.2.2.3 Ongelman vähättelyyn perustuva päätöksenteko.....	41

<b>5.3 Päätöksenteko elintapaneuvonnassa.....</b>	<b>44</b>
5.3.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko.....	45
5.3.1.1 Keskeytyvä päätöksenteko.....	45
5.3.1.2 Siirtyvä päätöksenteko.....	47
5.3.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko.....	50
5.3.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko.....	50
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1 Tutkimustulosten yhteen veto.....</b>	<b>53</b>
6.1.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa.....	53
6.1.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa.....	54
6.1.3 Lääkärikeskeinen ja potilaskeskeinen päätöksenteko elintapaneuvonnassa.....	56
<b>6.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat.....</b>	<b>58</b>
<b>6.3 Tutkimusmenetelmän arviointia.....</b>	<b>61</b>
<b>6.4 Jatkotutkimushaasteet.....</b>	<b>63</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>64</b>

## 1 JOHDANTO

Lähes 200 000 henkilöä sairastaa Suomessa diabetesta. Valta osalla sairastuneista on tyypin 2 diabetes (Reunanen 2002), joka on veren suurentuneen glukoosipitoisuuden perusteella todettava valtimosairaus (Mustonen 2002). Perinnöllisen taipumuksen lisäksi sairauden keskeisimmät vaaratekijät ovat lihavuus, vähäinen liikunta ja ravitsemuksen epätasapaino. Hoitamattomana tauti johtaa useisiin vakaviin lisäsairauksiin, muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin, munuais- ja hermostovaurioihin sekä usein ennen aikaiseen kuolemaan. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja lisäsairauksien ehkäisy aloitetaan elintapamuutoksilla. Keskeistä on terveellinen ravitsemus, liikunta ja laihduttaminen. Tarvittaessa elintapahoitoa tuetaan lääkehoidolla. (Suomen diabetesliitto 2000.) Hoidossa tulisi huomioida sokeritasapainon ohella myös muut sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, kuten verenpaine, ylipaino, lipidihäiriöt sekä lisääntynyt hyytymistäipumus (mm. Mustonen 2002).

Helsingin perusterveydenhuollossa tehdyssä kartoituksessa tyypin 2 diabeetikoiden glukoositasapaino osoittautui epätyytyttäväksi. Myös perusterveydenhuoltoon keskittyvässä diabeteksen hoidossa havaittiin puutteita. Huonosti hoidettu tyypin 2 diabetes ja siitä aiheutuneet lisäsairaudet, etupäässä sydän- ja verisuonitaudit, kuormittavat terveydenhuoltoa ja koituvat yhteiskunnallisesti kalliiksi. (Kangas 2001.) Sairauden on arvioitu lisääntyvän lähitulevaisuudessa räjähdysmäisesti (Reunanen 2002), mikä tarkoittaa myös kustannusten tuntuva kasvua (Kangas 2001). Tyypin 2 diabeteksestä on siten muodostunut merkittävä haaste kansanterveydellemme.

Tyypin 2 diabeteksen hoito kulminoituu potilaan itsehoitoon, jonka onnistuminen vaatii potilaalta aktiivista otetta sekä halua sitoutua terveyttä edistäviin elintapoihin ja lääkehoitoon. Itsehoidon perustana on perusterveydenhuollon ammattilaisten toteuttama diabetesneuvonta. (Ilanne-Parikka ym. 2003.) Intensiivisen, potilaan yksilöllisiin tarpeisiin räätälöidyn diabetesneuvonnan on todettu edistävän tehokkaasti diabeetikoiden terveyskäyttäytymistä (mm. Step-toe ym. 1999; Canga ym. 2000) ja sen avulla on pystytty ehkäisemään itse sairautta ja sen komplikaatioita (mm. Tuomilehto ym. 2001). Suositusten mukaan diabetesneuvonnan tulisi kin pohjautua asiakaslähtöiseen, voimavarakeskeiseen lähestymistapaan, jolloin diabeetikko toimii asiantuntijan kanssa tasavertaisena, oman elämänsä asiantuntijana. Tällöin hän myös osallistuu asiantuntijan tukemana sairautensa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (vrt. mm. Anderson ym. 2000.)

Lääkärin ja potilaan välinen diabetesneuvonta on perinteisesti pohjautunut asiantuntijakeskeiseen lähestymistapaan. Se on tähdännyt lisäämään potilaiden kuuliaisuutta toteuttaa lääkärin hoidolle asettamia tavoitteita ja hoitopäätöksiä. (Muhlhauser & Berger 2000.) Kuitenkin tutkimukset osoittavat potilaan osallistumisen sairauttaan koskevaan päätöksentekoon lisäävän potilaan hoitoon sitoutumista ja itsehoidon onnistumista (vrt. mm. Golin ym. 1996; Heisler ym. 2002). Lisäksi suurin osa diabeetikoista haluaisi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Golin ym. 2001). Kuitenkin tutkimukset osoittavat päätöksenteon tapahtuvan eri sairauksien osalta etupäässä lääkärikeskeisesti, potilaan tyytyessä tiedon passiiviseksi vastaanottajaksi (vrt. Stevenson ym. 2000).

Tämän kvalitatiivisen vuorovaikutustutkimuksen tarkoituksena on kuvata lääkärin ja potilaan välistä päätöksentekoa tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Kansainvälisesti lääkärin ja potilaan välinen päätöksenteko on ollut tutkijoiden suuren mielenkiinnon kohteena (mm. Stevenson 2000; Heisler ym. 2002). Aihetta on lähestytty lähinnä potilaan osallistumista korostavan, jaetun päätöksenteon toteutumisen näkökulmasta. Suomessa aihetta on tutkittu hyvin vähän (mm. Gerlander 2003). Myös tyypin 2 diabetesneuvonnan sisältöjen, rakenteen ja vuorovaikutuksen tutkimus on vähäistä (mm. Karhila ym. 2003). Siksi onkin perusteltua lisätä aiheeseen liittyvää tutkimustietoutta sekä tarjota välineitä perusterveydenhuollon ammattilaisille päätöksenteon osalta voimavarakeskeisen diabetesneuvonnan kehittämiseksi. Kehittämällä perusterveydenhuollon diabetesneuvontakäytäntöjä, voidaan mahdollisesti ehkäistä diabeteksen ja sen komplikaatioiden räjähdysmäistä kasvua ja säästää merkittävästi hoitokustannuksissa (vrt. Kangas 2001).

Tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen muodostavat päätöksenteon yleisen määritelmän lisäksi kolme keskeistä lääkärin ja potilaan välisen päätöksenteonmallia: lääkärikeskeinen päätöksenteonmalli, tietoon perustuvan päätöksenteonmalli sekä jaetun päätöksenteonmalli. Lisäksi tarkastelen oman otsikon alaisuudessa lääkärin ja potilaan välistä diabetesneuvontaa. Analyysimenetelmänä käytän tutkimuksessani keskustelunanalyysia, joka mahdollistaa potilaan ja lääkärin välisessä institutionaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuvan päätöksenteon yksityiskohtaisen tarkastelun (vrt. Pyörälä 2001). Tutkimukseni keskeisenä tavoitteena on selvittää 1) miten päätöksenteko rakentuu lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa, 2) millaisiin institutionaalsiin tehtäviin ja velvollisuuksiin lääkäri ja potilas päätöksenteossa suuntautuvat sekä 3) mistä diabetesneuvonnan sisältöalueista päätöksiä tehdään.



## 2 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN DIABETESNEUVONTA

### 2.1 Diabetesneuvonta ja sen sisältö

Tässä työssä käytän potilasohjausta (mm. Ilanne-Parikka 2003) ja diabeteskasvatusta (*diabetes education*) (mm. Anderson ym. 2000; Muhlahauser & Berger 2002) diabetesneuvonnan synonyymeina. Diabetesneuvonta on kiinteä osa diabeteksen hoitoa (Muhlahauser & Berger 2002). Vastuu siitä kuuluu perusterveydenhuollon ammattilaisille, etupäässä hoitajille ja lääkäreille (vrt. Miettinen ym. 2001). Neuvonnassa keskitytään diabeteksen ja sen komplikaatioiden ehkäisyssä ja hoidossa tarvittavaan käytännön diabetestietouteen, hoitotaitoihin sekä omaseurantaan. Tavoitteena on, että diabeetikko oppii ja motivoituu omahoitoon, joka on hyvän hoitotasapainon sekä täysipainoisen elämän edellytys. (Suomen diabetesliitto 2000.)

Diabetesneuvonta sisältää niin elintapa- kuin lääkehoitoonkin liittyvän neuvonnan. Elintapaneuvonnassa keskitytään etupäässä terveelliseen ravitsemukseen, painonhallintaan, laihduttamiseen sekä liikuntaan. Lääkeneuvonta kohdistuu pääasiallisesti diabeteksen (tabletit ja insuliini) sekä muiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden lääkehoidon toteuttamiseen. (vrt. Miettinen ym. 2001; Mensing ym. 2004.) Niin elintapa- kuin lääkehoidonkin omaksuminen osaksi jokapäiväistä elämää vaatii diabeetikolta usein monimutkaisiakin käyttäytymisen muutoksia, joita neuvonnalla pyritään tukemaan (vrt. Skinner & Lawrence 2002). Varsinkin elintapaneuvonnan merkitys on hoidon onnistumisen kannalta keskeinen. Elintapahoidolla pyritään välttämään ensisijaisesti lääkehoidon tarvetta tai siirtämään sitä myöhemmäksi. Lääkehoitoon siirryttäessä elintapahoito jatkuu yhä kiinteästi sen rinnalla. (Suomen Diabetesliitto 2000.) Tutkimukset osoittavat onnistuneella elintapaneuvonnalla pystyttävän tukemaan elintapahoitoon liittyviä käyttäytymisen muutoksia ja siten ehkäisemään tyypin 2 diabetesta ja sen komplikaatioita lääkehoitoakin tehokkaammin (mm. Knowler ym. 2002).

Diabetesneuvonta tapahtuu perusterveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ja siihen sovelletaan terveysneuvonnan lainalaisuuksia (vrt. Anderson ym. 2000). Yleisellä tasolla diabetesneuvonta voidaan jakaa terveysneuvonnan tapaan asiantuntijakeskeiseen sekä asiakaslähtöiseen, voimavarakeskeiseen lähestymistapaan. Perinteinen asiantuntijakeskeinen neuvonta etenee asiantuntijan ehdoilla ja perustuu yleisten hoito-ohjeiden antamiseen. Potilaan näkemykset ja arvostukset ovat toissijaisia. Hänen tehtävänä on ainoastaan noudattaa asiantuntijan ohjeita ja päätöksiä ehkäistäkseen tai korjatakseen terveyson-

gelmansa. Asiakaslähtöinen, voimavarakeskeinen neuvonta puolestaan rakentuu potilaan ja asiantuntijan vastavuoroisessa neuvontakeskustelussa potilaan kokemusten, tietojen ja arvostusten pohjalta. (vrt. mm. Poskiparta ym. 2000.)

Lääkäreiden diabetesneuvontakäytäntöjä on vuorovaikutuksen tasolla tutkittu hyvin vähän (vrt. Poskiparta ym. 2004). Kansainvälisesti lääkäreiden diabetesneuvontaan liittyvä tutkimus on keskittynyt selvittämään neuvonnan vaikuttavuutta potilaan hoitoon sitoutumiseen (mm. Krein ym. 2002; Egede 2003), hoitotasapainoon (Muhlahausser & Berger 2002; Norris ym. 2002) sekä elämän laatuun (Kinmonth ym. 1998; Tankova ym. 2004). Kyseisissä tutkimuksissa diabetesneuvontaa on lähestytty lähinnä lääkärin yksisuuntaisen tiedonjaon näkökulmasta. Useimmiten tutkimuksiin on lääkäreiden lisäksi osallistunut myös muita perusterveydenhuollon ammattiryhmiä. Varsinaisesti vuorovaikutuksentasolla lääkärin antamaa diabetesneuvontaa ei ole kansainvälisestäikään tutkittu. Raevaaran (2000) selvityksen mukaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutus on muilta osin ollut useiden eri tieteenalojen mielenkiinnon kohteena niin Suomessa kuin kansainvälisestäikin. Kvantitatiivisin tutkimuksin on selvitetty muun muassa eri vuorovaikutustoimintojen jakautumista lääkärin ja potilaan kesken sekä joidenkin kommunikaation piirteiden korreloitumista esimerkiksi potilaan ikään ja sukupuoleen. Kvalitatiivisesti on analysoitu esimerkiksi vuorovaikutuksen rakenteellisia piirteitä, jolloin tarkastelu on kohdistunut siihen, miten erilaiset sosiaaliset rakenteet ja niihin liittyvät lääkärin ja potilaan valtasuhteet muotoutuvat ja heijastuvat vuorovaikutuksessa.

Haasteelliseksi lääkärin ja potilaan välisen diabetesneuvonnan tekee vuorovaikutuksen institutionaalisuus, jossa korostuvat osapuolten tietämyserot. Perinteisesti potilaan asema on ollut alisteinen lääketieteellisen tiedon auktoriteetille. (vrt. mm. Drew & Heritage 1992; Peräkylä ym. 2001; Raevaara ym. 2001.) Molemmat osapuolet suorittavat odotuksenmukaisia institutionaalisia tehtäviään. Lääkärin tehtävänä on perinteisesti ollut potilaan esittämien ongelmien ratkaisu, kun taas potilaan tehtäväksi on jäänyt lääkärin antamiin hoito-ohjeisiin mukautuminen (mm. Ruusuvoori 2000.) Lääkärit ovat turvautuneet ainoastaan biomedikaaliseen tulkintakehykseensä, jolloin potilaan oma arvio sairaudestaan on jäänyt huomioimatta (mm. Raevaara 2000). Kuitenkin viimevuosina potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa on tapahtunut muutos lääkärin tiedollista auktoriteettia korostavasta suhteesta potilaan itsemääräämistä kunnioittavaksi (esim. Roter 2000). Tähän ovat vaikuttaneet mm. potilaiden oikeuksien parantuminen ja näkemys potilaasta terveydenhuollon kuluttajana (mm. Hibbard ym. 1997). Lisäksi ihmiset ovat tiedollisesti valveutuneempia ja vaativat osakseen tasa-

arvoisempaa kohtelua (Peräkylä ym. 2001). Tutkimuksin onkin pyritty löytämään potilaskeskeisempiä toimintatapoja tasa-arvoisemman vuorovaikutuksen kehittämiseksi terveydenhuollossa. Myös lääketieteellisessä koulutuksessa on viime vuosien aikana kiinnitetty lisääntyvästi huomiota vuorovaikutustaitoihin (vrt. Pyörälä 2001). Tästä huolimatta vuorovaikutustaitojen opetuksen osuus on edelleen hyvin vähäinen (ks. esim. Kuopion yliopiston opinto-oppaat 2003-2004).

## **2.2 Päätöksenteko diabetesneuvonnassa**

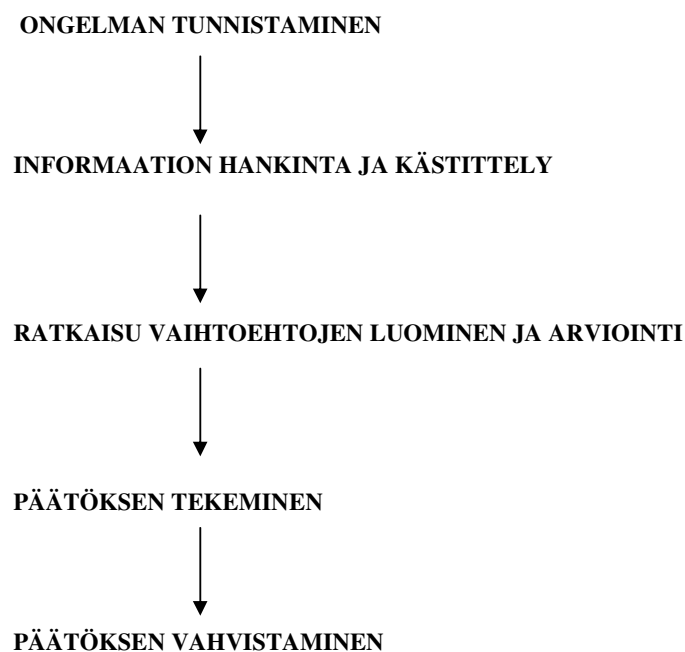
Diabeetikon osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on yksi keskeinen asiakaslähtöisen, voimavarakeskeisen diabetesneuvonnan osa-alue (vrt. Anderson ym. 2000). Päätöksentekoon osallistumisen on todettu olevan yhteydessä diabeetikon suurempaan hoitotyytyväisyyteen (Golin ym. 2002; Partanen 2002), itsehoidon onnistumiseen (Heisler ym. 2002), sekä parempiin hoitotuloksiin (Greenfield ym. 1988). Lääketieteen kehitys on lisännyt hoitomahdollisuuksia eikä yksikään hoito ehkäise täysin diabeteksen vakavia komplikaatioita. Lisäksi jokaisella hoidolla on omat yksilölliset vaikutuksensa. Diabeetikoiden tulisikin saada tietoa kaikista olemassa olevista hoitomahdollisuuksista, niiden yksilöllisestä soveltuvuudesta etuineen ja haittoineen sekä osallistua itse mieleisensä hoidon valintaan asiantuntijan tukemana (vrt. Anderson ym. 2000; Muhlhauser & Berger 2000). Diabeetikot joutuvat vastaamaan jokapäiväisestä hoidostaan itse ja tekemään päivittäin itsenäisiä hoitopäätöksiä, jolloin he tietävät parhaiten mikä on heidän tarpeidensa mukaista (vrt. Anderson ym. 2000). Tutkimukset osoittavat myös suurimman osan diabeetikoista olevan halukkaampia osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon kuin tekemään päätökset itsenäisesti tai siirtämään vastuun niistä kokonaan lääkärille (Golin ym. 2001).

Lääkärin neuvontakäytäntöjen tulisikin, vastaanoton luonteesta riippuen, ankkuroitua asiakaslähtöisen, voimavarakeskeisen neuvonnan periaatteisiin (vrt. Anderson ym. 2000). Tällöin lääkäri ohjaa neuvontaprosessia puheellaan ja pyrkii rakentamaan siitä vastavuoroisen potilaan osallistumista mahdollistamalla. Potilaan näkemykset ja arvostukset ovat ensisijaisia ja ohjaavat neuvonnan kulkua. Lääkäri tukee myös potilasta tämän omiin näkemyksiin ja arvostuksiin perustuvassa päätöksenteossa eikä hän tee päätöksiä potilaan puolesta. Tällöin lääkärin neuvontatehtävä perustuu vuorovaikutuksen laatuun ja diabeteksen hoitoon liittyvien muutosprosessien tukemiseen. Diabetesneuvonnalla voi tällöin olla potilaan omaa muutöksentekokykyä vahvistava vaikutus.

### 3 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN PÄÄTÖKSENTEKO

#### 3.1 Päätöksenteko

Tässä työssä päätöksenteolla tarkoitetaan eri vaiheista koostuvaa, prosessinomaista ja arvosidonnaista valinnan tekemistä erilaisten vaihtoehtojen tavoitteiden tai käytäntöjen välillä (vrt. mm. Simon 1979, Tamminen 1985). Yksinkertaisimmillaan päätöksenteko on jonkin asian tekemisestä tai sen tekemättä jättämisestä (Tamminen 1985). Päätöksentekoa on verrattu ongelmanratkaisuprosessiin, jonka keskeiset vaiheet ovat yhtenevät päätöksentekoprosessin kanssa (ks. Kuvio 1). Prosessin vaiheiden välillä tapahtuu jatkuvaa vuorottelua tutun, rutiinimaisen ja aikaisemman tiedostetun tiedon sekä uuden, tuntemattoman ja aikaisemmin tiedostamattoman tiedon välillä riippuen ratkaistavan ongelman luonteesta. (vrt. mm. Simon 1979.)



**Kuvio 1** Päätöksentekoprosessin vaiheet (vrt. Simon 1979)

Tiedon merkitys on päätöksenteossa keskeinen, sillä valinnan tekeminen vaatii hyvin jäsenyntyä teoreettista ja kokemuksellista tietoa kaikista valinnanmahdollisuuksista. Tiedon tehtävänä on määrittää millaisia seurauksia kullakin vaihtoehdolla on. Päätöksentekoprosessia ohjaavat sille asetetut tavoitteet sekä kaikkien prosessiin osallistuvien yksilölliset ja yhteisölliset arvot. Prosessissa vaikuttavien erilaisten arvojen tunnistaminen, selkiinnyttäminen ja tärkeys-

järjestykseen asettaminen mahdollistavat tietoisemman ja tarkoituksenmukaisemman päätöksenteon. Siten prosessiin osallistuvilta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Lopullinen päätös on riippuvainen siitä, miten vaihtoehdot tulevat toteuttamaan asetetut tavoitteet ja arvot. Valittu vaihtoehto ei koskaan mahdollista tavoitteiden täydellistä saavuttamista ja siten jokainen päätös on tiettyssä mielessä kompromissi. (Simon 1979.)

On olemassa lukuisia päätöksenteonmalleja ja –teorioita, jotka soveltuvat erilaisiin päätöksenteon konteksteihin (mm. Tamminen 1985). Tässä työssäni keskityn aikaisemman kirjallisuuden tapaan kolmeen yleisempään lääkärin ja potilaan välisen päätöksenteonmalliin. Kyseiset mallit ovat lääkärikeskeinen päätöksenteonmalli, tietoon perustuvan päätöksenteonmalli sekä jaetun päätöksenteonmalli. (mm. Emmanuel & Emmanuel 1992; Ong ym. 1995; Charles ym. 1997; 1999; Whitney ym. 2004.)

**Taulukko 1** Lääkärin ja potilaan väliset päätöksenteonmallit (mukaillen Charles ym. 1999)

Luokituskriteerit	Lääkärikeskeinen	Tietoon perustuva	Jaettu
<b>Tiedonvaihto</b>			
Kulku	Enimmäkseen yksisuuntainen	Enimmäkseen yksisuuntainen	Kaksisuuntainen
Suunta	Lääkäri→Potilas	Lääkäri→Potilas	Lääkäri←→Potilas
Tietoperusta	Lääketieteellinen	Lääketieteellinen	Lääketieteellinen ja potilaskohtainen
Määrä	Vaadittu lakisääteinen vähimmäismäärä	Kaikki päätöksenteon kannalta oleellinen	Kaikki päätöksenteon kannalta oleellinen
<b>Harkinta</b>	Lääkäri yksin tai toisten lääkäreiden kanssa	Potilas yksin (myös mahdollisesti muita osapuolia, kuten potilaan omaiset)	Lääkäri ja Potilas yhdessä (mahdollisesti myös muita osapuolia, kuten potilaan omaiset)
<b>Hoitopäätös</b>	Lääkäri	Potilas	Lääkäri ja Potilas yhdessä

Kyseiset mallit perustuvat erilaisiin potilaan ja lääkärin välisiin tietopohjaisiin valtasuhteisiin. Taulukossa 1 on esitetty kyseisten päätöksentekomallien pääpiirteet ja niiden väliset erot tiedonvaihto-, harkinta- ja päätösvaiheissa. Kyseiset vaiheet esiintyvät konkreettisessa päätöksenteossa samanaikaisina tai toistuvina prosesseina, jolloin on vaikeaa osoittaa mistä yksi

vaihe alkaa ja toinen loppuu. (vrt. Charles ym. 1999.) Ajatuksena on, että eri mallit soveltuvat erilaisiin terveydenhuollon päätöksenteonkonteksteihin (esim. ensihoito, kroonisten sairauksienhoito), joissa potilaan ja lääkärin päätöksentekoon osallistumisen asteet vaihtelevat. Siitä millaisissa tilanteissa ja missä määrin potilaan ja lääkärin tulisi osallistua päätöksentekoprosessiin, on paljon erilaisia, ristiriitaisiakin, näkemyksiä. (mm. Charles ym. 1997; Whitney ym. 2004.)

### **3.2 Lääkärikeskeinen päätöksenteonmalli**

Lääkärikeskeisen päätöksenteonmallin (*paternalistic model*) mukaan lääkäri hallitsee päätöksentekoprosessia lääketieteellisen tiedon ja ammatin tuoman kokemuksen pohjalta. Lääkärikeskeisyys on perinteinen, aina 1980-luvulle asti vallinnut piirre potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Malli perustuu ajatukseen, jonka mukaan sairaus velvoittaa potilasta mukautumaan lääkärin määräämään lääketieteelliseen hoitoon. Potilas asetetaan tällöin passiiviseen ja lääkäristä riippuvaiseen asemaan. (mm. Charles ym. 1997; 1999.)

#### **3.2.1 Tiedonvaihto**

Kyseisen mallin ajatuksena on, että lääkäri tietää parhaiten ja tekee siten päätöksen potilaan puolesta. Potilaan osallistuminen tiedonvaihtoon katsotaan tällöin tarpeettomaksi ja aikaa vieväksi. (Emmanuel & Emmanuel 1992.) Tiedonvaihto muodostuu siten suurelta osin yksisuuntaiseksi; lääkäri jakaa potilaalle tarpeelliseksi katsomaansa ja tarkasti valikoimaansa tietoa. Malli velvoittaa kuitenkin lääkäriä antamaan potilaalle hoitoon liittyvät, lainmukaiset vähimmäistiedot. Potilaan rooli rajoittuu tiedon passiiviseksi vastaanottajaksi. Joissakin tapauksissa lääkäri saattaa ottaa potilaan tiedonvaihtoon mukaan suljetuin kysymyksiin esimerkiksi selvittääkseen mahdollisia hoidon biomedikaalisia vasta-aiheita (esim. allergiat). Kyseiset tiedot vaikuttavat lääkärin päätökseen. Lääkärin jakaman tiedon määrää rajoittavat usein aika- sekä taloudelliset resurssit. Kyseinen malli vie juuri yksisuuntaisuutensa vuoksi vähemmän aikaa kuin esimerkiksi jaettu päätöksenteko ja on siinä mielessä taloudellisempi. (Charles ym. 1999.)

### 3.2.2 Harkintavaihe ja päätös

Harkintavaihe tapahtuu myös lääkärikeskeisesti, jolloin lääkäri punnitsee eri hoitovaihtoja sekä niiden etuja ja haittoja. Yleensä tämä tapahtuu lääkärin päässä. Hän voi myös pyytää tarvittaessa apua kollegoiltaan. Potilas toimii edelleen passiivisena tiedon vastaanottajana. (Charles ym. 1999.) Lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen ohella päätökseen vaikuttavat lääkärin henkilökohtaiset näkemykset ja arvot. Potilaan henkilökohtaisilla mieltymyksillä, tarpeilla, arvoilla tai elämäntilanteella ei ole vaikutusta päätökseen, joskaan niitä ei päätöksenteon aikana edes selvitetä. (mm. Emmanuel & Emmanuel 1992; Charles & Whealan 1999.) Lääkäri paljastaa potilaalle harvoin päätökseen johtaneen harkintaprosessin, vaan ilmoittaa ainoastaan sen tuloksena syntyneen päätöksensä. Ajallisesti harkintavaihe voi olla hyvinkin lyhyt, jos lääkärillä on paljon potilaan ongelmaa koskevaa tietoa ja aikaisempaa kokemusta. (Charles ym. 1999.)

Potilaan osallistuminen on rajoitettu lääkärin hoitopäätöksen hyväksymiseen. Mallin mukaan potilas kunnioittaa lääkärin lääketieteellistä asiantuntemusta ja hyväksyy siten lääkärin päätöksen. (Charles ym. 1997; 1999.) Muussa tapauksessa lääkärin on suostuteltava potilasta hyväksymään päätös (Emmanuel & Emmanuel 1992). Mallia on kritisoitu siitä, että potilaan on mahdotonta hyväksyä päätöstä ilman sitä koskevaa, perusteellista tiedonjakoa (Charles ym. 1997). Parhaiten lääkärikeskeisen päätöksenteonmallin katsotaan soveltuvan tilanteisiin, jotka vaativat nopeita päätöksiä (esim. ensihoitotilanteet) (Charles ym. 1997) tai päätöksiin, joissa on selkeästi vain yksi hoitovaihtoehto (Whitney ym. 2004). Tutkimusten mukaan iäkkäämmät potilaat suosivat perinteistä lääkärikeskeistä päätöksentekotapaa (mm. Benbassat & Pilpel 1998; McKinstry 2000; Rosen ym. 2001).

### 3.3 Tietoon perustuva päätöksenteonmalli

Viime vuosikymmenien aikana lääkärikeskeistä päätöksenteonmallia on alettu kritisoida ja kyseenalaistaa potilaan oikeuksien parantumisen ja kuluttaja-ajattelun myötä. Kritiikki on kohdistunut potilaan passiiviseen asemaan (mm. Charles ym. 1997). Potilaan aseman parantamiseksi on kehitetty päätöksentekomalleja, jotka korostavat potilaan aktiivista osallistumista ja itsemääräämisoikeutta. Tietoon perustuvan päätöksenteonmallissa (*informed consent*) hoitopäätös nähdään potilaan yksinoikeutena. (Ong ym. 1995; Charles ym. 1997; 1999.) Potilas on terveydenhuollon kuluttaja, jolla on oikeus saada tarjolla olevista palveluista mahdoli-

simman kattavasti sellaista tietoa, jonka perusteella hän pystyy itsenäisesti tekemään oman elämäntapansa ja arvojensa mukaisia valintoja (Hibbard ym. 1997; Guodangoli & Ward 1998).

### **3.3.1 Tiedonvaihto**

Tässäkin mallissa tiedonvaihto on yksisuuntaista: lääkäri jakaa tietoa potilaalle. Kuitenkin potilaalle suunnatun tiedon tulee olla perusteellisempaa kuin lääkärikeskeisessä mallissa. Lääkärin on annettava potilaalle sellaista tietoa tämän sairaudesta, kaikista olemassa olevista hoitovaihtoehtoista sekä niiden eduista ja haitoista, jonka varassa potilas pystyy itsenäiseen harkintaan ja päätökseen. (mm. Charles ym. 1997; 1999.) Potilaan ja lääkärin motivaatio ja intressit eivät useinkaan kohtaa, jolloin lääkäri voi aiheuttaa potilaalle haittaa johdattelemalla häntä tietyn suuntaiseen, omien intressiensä mukaiseen päätökseen (Charles ym. 1999). Siten lääkärin on tietoa jakaessaan pidättäytyttävä paljastamasta omia näkemyksiään ja arvostuksiin (Pelliser & Venta 1996). Potilashan tulee itse elämään päätöksistä aiheutuvien seurauksien kanssa, ei lääkäri (Whitney ym. 2004). Äärimmäisissä tapauksissa tiedonjako voi tapahtua potilaan sairautta ja sen hoitoa käsittelevän ohjelehtisen tai videon välityksellä, ilman terveydenhuollon ammattilaisten läsnäoloa (Charles ym. 1999).

### **3.3.2 Harkintavaihe ja päätös**

Lopulliseen päätökseen johtava harkintavaihe tapahtuu potilaan päässä. Päätökseen vaikuttavat lääkärin antaman tiedon lisäksi potilaan henkilökohtaiset arvot, näkemykset ja aikaisemmat kokemukset. Kyseinen päätöksentekoprosessi on lyhytkestoinen yksisuuntaisen tiedonvaihdon vuoksi ja koska harkintavaihe sekä lopullinen päätös tapahtuvat potilaan päässä (Charles ym. 1999). Malli sisältää Charlesin ym. (1997) mukaan minimin jaetusta päätöksenteosta, nimittäin potilaan tietoon perustuvan suostumuksen hoitoon. Mallia on kritisoitu siitä, että se vastaa potilaan tarpeisiin, mutta rajoittaa perinteisiä lääkärin tehtäviä ja valtuuksia (Charles ym. 1999). Tietoon perustuvan päätöksenteonmallin katsotaan soveltuvan hoitopäätöksiin, jotka sisältävät suuren riskin ja useita hoitomahdollisuuksia (Whitney ym. 2004).



### 3.4 Jaetun päätöksenteonmalli

Viime vuosikymmenien aikana jaetun päätöksenteonmallin (*shared decision making*) on katsottu tarjoavan ideaalisen päätöksentekoaikasetelman lääkäri-potilassuhteessa. Tutkimusten mukaan potilaat eivät ole useinkaan halukkaita tai kykeneviä tekemään päätöksiä lääketieteellisestä hoidosta itsenäisesti. (Charles ym. 1997.) Enemmistö potilaista kuitenkin haluaisi vaikuttaa sairautensa hoitoon sekä tehdä valintoja asiantuntijan ohella (mm. Benbassat & Pilpel 1998; Rosen ym. 2001). Jaetun päätöksenteonmalli tarjoaakin keskitien vaihtoehdon hoitopäätöksiä tehtäessä (Charles ym. 1997).

Malli perustuu ajatukseen potilaan ja lääkärin tasavertaisesta kumppanuudesta: lääkäri on lääketieteellisen tiedon ja potilas oman itsensä ja elämänsä asiantuntija. Molemmat osapuolet osallistuvat kaikkiin päätöksentekoprosessin vaiheisiin mahdollisimman tasavertaisesti ja kantavat yhdessä vastuun prosessin onnistumisesta. Potilaan ja lääkärin tietoon perustuva valtasuhde muodostuu tällöin symmetriseksi, mikä erottaa sen edellisistä malleista. (Pelliser & Venta 1996; Charles ym. 1997; 1999.) Jaetun päätöksenteon katsotaan lisävään potilaan hoitoon sitoutumista sekä siten vaikuttavan myös positiivisesti hoitotuloksiin (mm. Towle & Godolphin 1999). Alun perin jaetun päätöksenteonmalli on kehitetty kroonisesti sairaiden potilaiden tarpeisiin (Lelie 2000). Mallin on katsottu myös helpottavan lääkärin asemaa jakamalla vastuun valitusta hoidosta ja sen onnistumisesta yhdessä potilaan kanssa (Charles ym. 1997). Viimekäden vastuu hoidosta kuitenkin säilynee lääkrillä (Towle & Godolphin 1999).

Jaetussa päätöksenteossa korostetaan tietoon perustuvan päätöksenteon tapaan potilaan itsemääräämisoikeutta (mm. Charles ym. 1997). Suomessa vuonna 1993 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista on yhdenmukainen jaetun päätöksenteon periaatteiden kanssa, sillä se korostaa potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa. Se myös velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia antamaan potilaalle riittävästi tietoa muun muassa potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehtojen vaikutuksista. Lisäksi potilasta tulisi lain mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Jaetun päätöksenteon periaate vastaa myös voimavarakeskeisen diabetesneuvonnan vaatimuksiin (vrt. Anderson ym. 2000).

Käsitteenä jaettu päätöksenteko on jokseenkin löyhästi ja epätarkasti määritelty. Tämä on johtanut helposti sekaannuksiin sekä kaikenlaisten lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta kos-

kevien filosofioiden ja teorioiden sisällyttämiseen. Charles ym. (1997; 1999) ovat pyrkineet selkeyttämään jaettua päätöksentekoa asettamalla sille seuraavat neljä kriteeriä:

1. Päätöksentekoon osallistuu vähintään lääkäri ja potilas
2. Lääkäri ja potilas osallistuvat yhdessä kaikkiin päätöksentekoprosessin vaiheisiin
3. Vastavuoroinen tiedonvaihto on jaetun päätöksenteon perusedellytys
4. Lääkäri ja potilas hyväksyvät yhdessä lopullisen päätöksen

Jos kaikkia edellä mainittuja kriteereitä ei täytetä, jaettu päätöksenteko ei toteudu. Tarvittaessa jaettuun päätöksentekoon voi potilaan ja lääkärin lisäksi osallistua muita terveydenhuollon ammattilaisia sekä potilaan omaisia. (Charles ym. 1997.)

Tasavertaisen kumppanuuden syntyminen vaatii lääkäriltä ja potilaalta ennen kaikkea sujuvaa vuorovaikutusta. Potilaan on osattava ilmaista itseään ymmärrettävästi, mutta myös ymmärrettävä lääkärin jakamaa tietoa. Lisäksi potilaalta vaaditaan kykyä asettaa omalle hoidolle tavoitteita ja arvoja sekä hänen on pystyttävä niiden mukaiseen harkintaan. Toisin sanoen potilaan on ymmärrettävä, mikä hänelle itselleen on hoidon kannalta parasta. (Charles ym. 1997.) Lääkärin haasteellisin tehtävä jaetussa päätöksenteossa on luoda potilaan osallistumista salliva ilmapiiri. Tähän lääkäriltä vaaditaan taitoa kuunnella potilasta aktiivisesti sekä rohkaista häntä omien näkemyksiensä esittämiseen. (Towle & Godolphin 1999.)

Potilaan osallistumishalukkuuden selvittämistä pidetään ensisijaisen tärkeänä, ja sen katsotaan tarjoavan potilaalle parhaimman mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. Myös lääkärin antama tieto siitä, ettei ole varmuutta, mikä eri hoitovaihtoehdoista olisi potilaalle sopivin, avaa väylän avoimempaan vuorovaikutukseen. Lääkärit eivät useinkaan selvitä potilaan osallistumishalukkuutta, koska pelkäävät potilaiden pitävän kyseistä tiedustelua retorisena tai asiaan kuulumattomana. Lisäksi kysymyksen esittäminen vaatii perusteluja, mikä puolestaan pitkittäisi vastaanoton kestoja. (Elwyn ym. 2001.) Esteeksi jaetulle päätöksenteolle voikin muodostua avoimen keskustelun puute, jolloin molemmat osapuolet saattavat tehdä täysin vääriä oletuksia toistensa pyrkimyksistä. Myös kieli sekä osapuolten erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset taustat voivat estää jaetun päätöksenteon toteutumista. (Towle & Godolphin 1998.)

### 3.4.1 Tiedonvaihto

Jaetussa päätöksenteossa tiedonvaihto on kaksisuuntaista. Lääkärin on annettava potilaalle lääketieteellistä tietoa hänen sairaudestaan, siihen liittyvistä hoitovaihtoehtoista sekä niiden eduista ja haitoista. Potilaan on tärkeää saada tietää, miten eri hoitovaihtoehdot vaikuttavat hänen jokapäiväiseen elämäänsä. Vähimmäisvaatimuksena on, että lääkäri ilmaisee hoitovaihtoehtojen kaikki tunnetut seuraukset. Lääkärin jakaman tiedon tulisi tapahtua mahdollisimman selkeästi ja yksinkertaisesti, potilasta harhaanjohtamatta. Ilman kyseistä informaatiota potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon. Potilas on puolestaan itsensä ja oman elämänsä asiantuntija. Hän on siten velvollinen esittämään omia hoitoon liittyviä näkemyksiään ja arvostuksiaan sekä nimeämään häntä eniten miellyttävän hoitovaihtoehdon. Hänen on myös tarvittaessa uskallettava esittää hoitovaihtoehtoihin liittyviä kysymyksiä. (Charles ym. 1997; 1999.) Lääkärin tulee rohkaista potilasta esittämään kysymyksiään ja huolenaiheitaan, sekä selvittää onko potilas ymmärtänyt lääkärin jakaman tiedon oikein (Elwyn ym. 2001).

Arvojen merkitys korostuu jaetussa päätöksenteossa. Osapuolten yksilöllisten ja yhteisöllisten arvojen katsotaan vaikuttavan suuressa määrin lopulliseen päätökseen. Yhteisölliset arvot voivat esimerkiksi vaikuttaa lääkärin tarjoamien hoitovaihtoehtojen laatuun ja määrään. Potilas puolestaan tekee valinnan omien ja yhteisönsä arvostusten mukaisesti. Lääkärin henkilökohtaiset ja ammatilliset arvot ovat usein selkeitä ja hyvin muotoutuneita, sillä hän on tehnyt aiemminkin vastaavia päätöksiä. Potilaalle omien arvojen tiedostaminen ja selkeyttäminen voi puolestaan osoittautua vaikeaksi jo sairaudenkin vuoksi. Täten osapuolten tasa-arvoinen asema arvojensa suhteen kyseenalaistuu. (Pelliser & Venta 1996.) Lääkärin onkin oltava varovainen esittäessään hoitovaihtoehtoja, etteivät hänen arvonsa johdata potilaan valintaa (Charles ym. 1997).

Tiedonvaihdossa ongelmaksi usein muodostuu se, ettei lääkäri ole tietoinen missä määrin ja millaista tietoa potilas tarvitsee. Lääkäri saattaa itse kokea antamansa tiedon riittäväksi hoitopäätöksen jakamiseen, kun taas potilaan kokemus saattaa olla päinvastainen (vrt. Stevenson ym. 2000). Aina ei myöskään ole selkeää, millaista tietoa potilaan pitäisi lääkärille jakaa, jotta tämä pystyisi antamaan omat potilaskohtaiset hoitosuosituksensa (Charles ym. 1997). Osapuolien tulisikin esittää avoimesti tiedontarpeensa sekä perustella omia näkemyksiään. Päätöksenteko saattaa osoittautua tehottomaksi puutteellisten tietojen vuoksi. (vrt. Stevenson ym. 2000.) Potilaan aktiivisempaa osallistumista jaettuun päätöksentekoon on pyritty edistämään

päätöksentekoon räätälöidyillä apuvälineillä. Ne tarjoavat potilaalle tietoa hoitovaihtoehdoista ja niiden potilaskohtaisesta soveltuvuudesta. Päätöksentekoapuvälineet saattavat olla huipputeknologiaan perustuvia tietokoneohjelmia tai yksinkertaisempia ohjekirjasia. Potilaat pitävätkin apuvälineitä hyvänä tiedonlähteenä ja kokevat niiden lisäävän mahdollisuuksiaan osallistua hoitopäätöksentekoon. (esim. Dowding ym. 2004.)

### **3.4.2 Harkintavaihe ja päätös**

Harkintavaihe tapahtuu yhdessä potilaan tilanteen ja tarpeiden näkökulmasta, ei yleisten suositusten mukaan. Lääkärin ja potilaan avoin keskustelu johtaa päätökseen tai päätös kehittyy epäsuorasti päätöksentekoprosessin edetessä. Keskustelun aikana lääkärin tulee auttaa potilasta punnitsemaan ja arvioimaan hoitovaihtoehtoja niiden etujen ja haittojen perusteella. Lisäksi lääkärin on annettava potilaskohtainen hoitosuosituksensa. Potilaalla on kuitenkin oikeus sellaisen hoitovaihtoehdon valintaan, joka parhaiten soveltuu hänen elämäntapaansa ja arvostuksiinsa. Tärkeää on, että potilas on saanut tarkoituksenmukaista tietoa, jonka perusteella hän tekee valintansa. Lääkärin tulee edelleen varmistaa, ettei potilaalla ole hoitovaihtoehtoihin liittyviä virheellisiä tai epärealistisia käsityksiä. (Charles ym. 1997; 1999.)

Jos potilaan ja lääkärin näkemykset ovat yhdenmukaisia, on osapuolten helppo päätyä yhteiseen päätökseen. Osapuolten näkemysten poiketessa suuresti toisistaan, päätöksestä on neuvoteltava. Neuvottelun pitäisi tapahtua siten, että osapuolet ovat tasa-arvoisessa asemassa. Kuitenkaan tämä vaatimus ei ole potilaalle helppo tilanteessa vallitsevan tieto- ja valtaepätasapainon vuoksi. Lääkäreillä on ylivoimainen asema lääketieteellisen tiedon vuoksi ja usein monien vuosien kokemus samantyyppisistä potilastapauksista. Lääkäri on ekspertti kun taas potilas on hyvin haavoittuvassa asemassa. Osapuolten väliset koulutukselliset, tulo-, kulttuuri- ja sukupuolierot saattavat ehkäistä edelleen potilasta ilmaisemasta omaa näkökulmaansa vapaasti ja avoimesti, puhumattakaan tasa-arvoisesta neuvottelusta lääketieteen asiantuntijan kanssa. Lääkärin olisi osattava kuunnella potilasta ja pyrittävä ymmärtämään, miksi potilas suosii lääkärin näkökulmasta poikkeavaa hoitovaihtoehtoa. Päätös voidaan mahdollisesti ratkaista pitemmällä keskustelulla, jossa potilaan näkökulmat ja arvostukset selkeytyvät. (Charles ym. 1999.)

Neuvottelun päätteeksi lääkärin on päätettävä tukeeko hän potilaan päätöstä. Jos lääkäri ei syystä tai toisesta pysty tukemaan potilaan valintaa jaetusta harkintavaiheesta huolimatta, po-

tilas voi kääntyä toisen lääkärin puoleen. Potilaalla on myös vielä harkintavaiheen jälkeen mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta lopulliseen päätökseen ja antaa valtuudet siitä lääkärille. (Charles ym. 1999.) Päätöksen hyväksyminen voi tapahtua suullisesti tai se voi ilmetä esimerkiksi ajanvarauksena tai potilaan ilmestymisenä järjestettyyn hoitoon. Päätös voidaan myös siirtää myöhemmäksi, jolloin potilaalle jää aikaa miettiä juuri hänelle sopivinta hoitovaihtoehtoa. (Charles ym. 1997.) Päätöksen jälkeen molempien osapuolten on ehdottomasti oltava selvillä tehdystä päätöksestä. Sen lisäksi lääkärin ja potilaan on yhdessä sovittava hoidon toteutuksesta, vastuun jakamisesta ja seurannan järjestämisestä. (Towle & Godolphin 1999.)

Jaetun päätöksenteon hahmottaminen on käytännössä vaikeaa, koska se sisältää päällekkäisyyksiä lääkärikeskeisen ja tietoon perustuvan päätöksenteonmallien kanssa. Toisaalta päätöksenteko saattaa vaihdella samaisenkin vastaanoton aikana. Vastaanotto saattaa alkaa lääkärikeskeisesti, mutta lopullinen hoitopäätös jaetaan potilaan ja lääkärin kesken. Jaettu päätöksenteko on aiemmin esitettyihin malleihin verrattuna pitkäkestoisempi ja siten taloudellisesti kalliimpi. (mm. Charles ym. 1997; 1999.) Kirjallisuudessa on useita erilaisia, ristiriitaisiakin näkemyksiä jaetun päätöksenteon soveltuvuudesta. Whitney ym. (2004) mukaan jaettu päätöksenteko soveltuu tilanteisiin, joissa on valittavana vähintään kaksi samanarvoista, pienen riskin sisältävää hoitovaihtoehtoa sekä silloin kun hoitovaihtoehdot ovat arvopohjaisia, niihin liittyy moraalaisia tai uskonnollisia kysymyksiä tai kysymys on henkilökohtaisista mieltymyksistä. Esimerkiksi he antavat kohonneen kolesterolin hoidon, jolloin potilas voi mieltymystensä ja arvostustensa mukaan tehdä valinnan kolesterolilääkityksen ja elintapamuutosten välillä. Elwyn ym. (2001) puolestaan katsovat jaetun päätöksenteon soveltuvan hoitopäätöksiin, joissa lääkäreillä ei ole ammatillista yhdenmielisyyttä. Charles ym. (1997) pitävät hoitopäätöksenteon jakamista tärkeänä taas silloin, kun ihmisen on itse kannettava vastuu hoitonsa onnistumisesta. Tämä vastuu korostuu kroonisten sairauksien, kuten esimerkiksi diabeteksen hoidossa. Lisäksi samaiset tutkijat esittävät jaetun päätöksenteon olevan mahdollista aina, jos hoitovaihtoehtoja on yksi tai useampi. Vähäpätöisempiin terveysongelmiin liittyvien päätösten jakamista kyseiset tutkijat pitävät kuitenkin tarpeettomana. Towlen ja Godolphinin (1999) näkemys on puolestaan päinvastainen. Heidän mielestään lääkäreiden ja potilaiden olisikin ensin opeteltava jakamaan pienempiin terveysongelmiin liittyvät päätökset, jotta he osaisivat tulevaisuudessa jakaa merkityksellisempiä hoitopäätöksiä.

#### 4 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄ

Tutkimusaineisto on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen tyypin 2 diabetes-neuvonta seurantatutkimusaineistoa, joka sisältää yhteensä 152 videoitua potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä vastaanottokäyntiä. Seurantatutkimusaineisto on kerätty vuosien 2000 - 2002 aikana perusterveydenhuollossa. Aineisto sisältää yhteensä 31 lääkärin ja potilaan välistä videoitua ajanvarausvastaanottokäyntiä, joita olen käyttänyt tässä tutkimuksessa. Lääkäreitä aineistossa oli yhdeksän, joista viisi oli naista ja neljä miestä. Potilaita oli yhteensä kahdeksan. Potilaista naisia ja miehiä oli yhtä monta. Potilaat ovat keski-ikäisiä ja heillä oli vasta todettu tyypin 2 diabetes tai kohonneesta glukoosipitoisuudesta johtuva lääkärin arvioima neuvonnan tarve. Lisäksi useimmilla potilailla oli muita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Vastaanoton käyntimäärät vaihtelivat potilaskohtaisesti yhdestä seitsemään (ks. Taulukko 2). Neljän potilaan kohdalla väestövastuulääkäri vaihtui ainakin kerran kahden vuoden seurantajakson aikana. Tutkimukseen osallistuneet potilaat ja lääkärit ovat vapaaehtoisia ja antaneet kirjallisen suostumuksensa aineiston tutkimuskäyttöön.

Kuvanauhoitukset on tehty lääkäreiden tavanomaisissa vastaanottohuoneissa, osana lääkäreiden ja potilaiden välistä päivittäisten vastaanottokäyntien arkea. Videointitilanteisiin osallistuivat vain lääkäri ja potilas. Videokamera oli sijoitettu niin, että lääkäri ja potilas näkyvät kuvassa ainoastaan istuessaan lääkärin pöydän ääressä. Kuvausetäisyyden pituus ja kuvan ajoittainen epäselvyys, vaikeuttivat päätelmien tekoa mm. lääkärin ja potilaan välisestä katsekontaktista. Myös äänen kuuluvuus oli ajoittain heikkoa taustamelusta ja osallistujien hiljaisesta puheesta johtuen.

Videoaineisto oli valmiiksi litteroitu kirjalliseen muotoon. Syvensin litterointeja lisäämällä puhutulle kielelle ominaisia piirteitä, kuten tauot, päällekkäispuheen kohdat, äänen sävyn ja voimakkuuden vaihtelut, naurahdukset ja takeltelut (vrt. mm. Tainio 1997). Muun sanattoman viestinnän (katset, eleet) huomioin kuvatarkkuuden sallimissa rajoissa tilanteissa, joissa se mielestäni tuki päätöksenteon osalta lääkäreiden ja potilaiden välistä suullista vuorovaikutusta. Seuraavassa on litteroinnissa käyttämäni symbolit (ks. Raevaara 2000):

P:	potilas
L:	lääkäri
(KA+)	lääkäri suuntaa katseensa potilaaseen
(KA-)	lääkäri suuntaa katseen pois potilaasta
(NY)	nyökkäys

sa{na	päällekkäispuhunnan alku
sana}	päällekkäispuhunnan loppu
(1.0)	hiljaisuus sekunnin tarkkuudella
(.)	mikrotauko, alle sekunnin tauko
>sana<	ympäristöä nopeammin lausuttu puhe
<sana>	ympäristöä hitaammin lausuttu puhe
sana::	äänteen venytys
\	laskeva intonaatio
/	nouseva intonaatio
^SANA	ympäröivää puhetta voimakkaampi ääni
˘sana˘	ympäröivää puhetta hiljaisempi ääni
@sana@	äänensävyyn selvä muutos
˘sana	korostus
sa-	katko puheessa
hh	ulohengitys
.hh	sisäänhengitys
£sana£	nauruinen ääni
heheheh	nauria
(sana)	sana, josta litteroija epävarma
( )	epäselvä puhe
= =	välittömästi toisiaan seuraavat vuorot
→	analyysin kannalta tärkeä kohta
((yskii))	litteroijan kommentteja

Tässä tutkimuksessa olen keskittynyt lääkärin ja potilaan välisen aidon, verbaalisen vuorovaikutuksen tarkasteluun. Päätöksentekoprosessithan rakentuvat lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkimusmenetelmänä olen käyttänyt keskusteluanalyysia (engl. Conversational analysis, CA) (ks. mm. Sacks ym. 1974; Drew & Heritage 1992), koska se mahdollistaa lääkärin ja potilaan välisen institutionaalisen vuorovaikutuksen dynamiikan yksityiskohtaisen tarkastelun (vrt. Ruusu vuori 2000; Peräkylä 1997a; Raevaara ym. 2001).

Keskusteluanalyysi on vahvasti aineistolähtöinen menetelmä (mm. Sacks ym. 1974, Drew & Heritage 1992; Ruusu vuori 1996). Sen vuoksi olenkin tarkastellut aineistoa mahdollisimman avoimesti ja välttänyt päätöksentekoprosessien ennakkoluokittelua. Kiinnostukseni kohteena ovat olleet lääkäreiden ja potilaiden omat menetelmät, joilla he rakentavat päätöksentekoa. Olen kiinnittänyt huomioni ennen kaikkea keskustelun yksityiskohtiin (vuorovaihdot, tauot, takkuilut, äänensävyntuutokset, persoonapronominien käyttö), joista käsin pyrin löytämään laajempia päätöksenteon rakentumiseen liittyviä säännönmukaisuuksia. (vrt. mm. Sacks ym. 1974; Drew & Heritage 1992; Raevaara ym. 2001.)

Aineiston analyysi eteni vaiheittain. Aluksi luin litteroituja tekstejä ja katsoin videonauhauksia useita kertoja. Aikaisemmat lääkärin ja potilaan välistä päätöksentekoa käsittelevät tutkimukset (mm. Charles ym. 1997; 1999; Elwyn ym. 2001) ohjasivat käsitteellisesti (*sensitizing concept*) päätöksentekoprosessien tunnistamista kyseisestä aineistosta (vrt. Patton

2002). Hiljalleen aineistosta hahmottui 38 hoitopäätöksentekojaksoa, joista 35 koskivat tyypin 2 diabeteksen ja muiden sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Kolmesta analyysin ulkopuolelle jättämästäni päätöksentekojaksosta kaksi käsittelivät potilaan allergian ja kolmas yliaktiivisen virtsarakon hoitoa, eivätkä ne siten varsinaisesti liittyneet diabeteksen hoitoon. Päätöksentekojaksot jakaantuivat hyvin epätasaisesti eri potilaiden ja vastaanottojen välillä (ks. Taulukko 2). Jaksot vaihtelivat myös pituudeltaan eivätkä useinkaan edenneet yhtäjaksoisesti, vaan kulkivat muiden vastaanotolla käsiteltävien aiheiden lomassa. Päätöksentekojaksot saattoi alkaa vastaanoton alussa keskeytyen muiden käsiteltävien asioiden vuoksi, kunnes vastaanoton loppupuolella siihen palattiin taas uudelleen. Joillakin vastaanotoilla kaksi päätöksentekojaksoa eteni lomittain, kun taas joissakin tilanteissa päätöksentekojaksot olivat yhtenäisiä, lyhyitä ja ytimekkäitä.

**Taulukko 2** Potilaskohtaiset vastaanottokäynnit ja päätöksenteon jakautuminen

Potilas	Potilaan vastaanottokäyntien määrät	Vastaanotot, joilla päätöksentekoa	Päätöksentekojaksot vastaanotoilla
A	5	4	10
B	7	4	6
C	1	1	1
D	5	4	7
E	6	3	8
F	2	1	1
G	2	2	2
H	3	2	3
Yhteensä	31	21	38

Toisessa vaiheessa luin litteroituja lääkärin ja potilaan välisiä päätöksentekokeskusteluja useita kertoja ja täydensin tekstilukua intensiivisellä kuvanauhojen katselulla ja kuuntelulla saadakseni kokonaiskuvan kustakin päätöksentekojaksosta sekä hahmottaakseni jaksojen muotoutumisen kannalta merkitykselliset tekijät. Litterointien lukemisen ja kuvanauhoitteiden katselun rinnalla perehdyin aikaisempiin lääkärin ja potilaan päätöksentekoa käsitteleviin tut-



kimuksiin sekä lisäksi muihin keskustelunanalyttisiin tutkimuksiin hakeakseni vahvistusta havainnoilleni ja laajentaakseni katsantoani (vrt. mm. Ruusuvuori 1996).

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Päätöksenteon jakautuminen diabetesneuvonnassa

Tässä aineistossa päätöksenteko keskittyi pääasiallisesti lääkeneuvontaan (ks. Taulukko 3). Myös elintapaneuvonnassa hahmottui päätöksenteon rakenteita, mutta valtaosa päätöksenteosta keskeytyi lääkärin persoonattomaan neuvon. Ainoastaan kaksi päätöksentekoa rakentui elintapaneuvonnassa kokonaisiksi. Lisäksi aineistossa tehtiin yksi potilaan polvien leikkaushoitoon sekä kaksi potilaan jalkahoitoon liittyvää päätöstä. Polvivaivat rajoittivat mm. potilaan liikkumista ja siten diabeteksen hoitoa. Myös jalkahoito liittyy kiinteästi diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon. Olen luokitellut edellä mainitut diabeteksen muuksi hoidoksi. Päätöksentekorakenteeltaan ne olivat yhteneväisiä lääkehoitoon liittyvän päätöksenteon kanssa, joten käsittelen niitä seuraavassa yhteisen otsikon alaisuudessa.

**Taulukko 3** Potilaan ja lääkärin välisen päätöksenteon jakautuminen diabetesneuvonnassa

Potilas	Päätöksenteko läikehoidossa	Päätöksenteko elintapahoidossa	Päätöksenteko muussa hoidossa
A	7	2	1
B	4	2	-
C	-	1	-
D	2	3	
E	6	-	2
F	-	-	-
G	1	1	-
H	3	-	-
Yhteensä	23	9	3

## **5.2 Päätöksenteko lääke- ja muuhun diabeteksen hoitoon liittyvässä neuvonnassa**

Lääke- ja muuhun diabeteksen hoitoon liittyvästä neuvonnasta oli löydettävissä kuusi erilaista päätöksenteonrakennetta: kolme lääkärikeskeistä (piilotettu, potilaan näkemyksen ohittava ja suostutteleva päätöksenteko) sekä kolme potilaskeskeistä (neuvotteleva, ongelman vähätelyyn perustuva ja houkutteleva päätöksenteko). Suurin osa tehdyistä päätöksistä rakentui lääkärikeskeisesti. Potilaiden aktiivinen osallistuminen oli harvinaisempaa. Päätökset käsittelivät pääasiallisesti lääkehoidon aloitusta, muutosta tai lopetusta. Seuraavassa esitän yksityiskohdaisemmin löytämäni päätöksenteonrakenteet omien otsikoiden alaisuudessa.

### **5.2.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko**

#### **5.2.1.1 Piilotettu päätöksenteko**

Piilotetussa päätöksenteossa lääkäri hallitsi päätöksenteon kaikkia vaiheita ja rajoitti vuorovaikutuksellaan potilaan osallistumista. Aineistosta löytyi yhteensä 12 tällaista päätöksenteonrakennetta. Aloitteen päätöksentekoon teki lääkäri ongelman määrittelyllään. Tiedonjako oli yksisuuntaista ja rajoittui lääkkeen yleisten käyttöohjeiden antamiseen tai mainintaan lääkkeen yleisimmästä sivuvaikutuksesta. Harkintaprosessi tapahtui lääkärin päässä, eikä se paljastunut potilaalle. Siksi nimeänkin kyseisen päätöksenteon piilotetuksi. Potilaan näkemyksiä ei huomioitu ja hänen osallistumisensa rajoittui lääkärin päätöksen hyväksymiseen tai odotuksenmukaisen vastauksen antamiseen lääkärin suljettuihin kysymyksiin. Ongelman määrittäminen kuten myös lopullinen päätös pohjautuivat lääketieteellisiin kriteereihin. Lääkärikeskeisyytensä vuoksi päätöksenteko muotoutui yhtäjaksoiseksi ja lyhytkestoiseksi. Piilotettu päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Lääkäri määrittelee ongelman
2. Harkintavaihe lääkärin päässä
3. Lääkäri tekee päätöksen
4. Lääkäri vahvistaa päätöksen
5. Potilas hyväksyy lääkärin päätöksen

**Esimerkki 1** (piilotettu päätöksenteko)

- 1 L: Joo. Pitkäaikaissokeri oli 7.9, vähän huonompi, mutta ei huonoimmillaan.  
 2 Paastosokeritkin vähän noussut kyllä. Kolesterolin 4.6 on (3.0) ollut joskus  
 3 vähän parempi (3.0) HDL 0.8 (4.0) mutta sulla ei pahanlaatusta kuitenkaan oo  
 4 **1→** ku se 2.0, että sillä, toi triglyseridirasva on kyllä liian korkea (2.0) oliko  
 5 sulla kolesterolilääke?  
 6 P: Mulla on se, onko se Lipe-, onko semmonen ku Lipitor?  
 7 L: Lipitor.  
 8 P: Joo, semmonen on. On.  
 9 **1→** L: Aha (3.0) joo, sen pitäis kyllä laskea, mutta, triglyseridejä on nyt sillai, että se  
 10 **2, 3→** ei riitä tuo (3.0) vahvuus noin (17.0) mepäs vaihetaan se. Onks sulla sitä nyt  
 11 kuinka paljon kotona? (KA+)  
 12 P: Mulla on yks liuska. {Mä just tänä aamuna otin.  
 13 L: {Paljos siinä liuskassa on?  
 14 P: Siinä liuskassa on, kymmenen, on ku se on, mä otan aina yhen, siinä on  
 15 {kolme liuskaa  
 16 L: {Joo. (KA-)  
 17 P: että ku, yli kuukauden satsi.  
 18 **4→** L: Mie vaihan sen toiseen valmisteseen. Annan sinulle siitä reseptin ja sit myö  
 19 katotaan se, kolmen kuukauden päästä uudelleen, onko se tehonnut.  
 20 **5→** P: Justiin joo. (3.0) Käytänkö mä nyt kuitenkin tämän  
 21 {liuskan loppuun?  
 22 L: {Nämä loppuun. (KA+) Ne loppuun, sitten  
 23 P: Joo.

Ennen päätöksentekoa (esimerkki 1) vastaanotolla on vallinnut kiireen tuntu lääkärin nopean puheen ja ripeän toiminnan vuoksi. Lääkäri on hallinnut vastaanoton kulkua ja rajannut potilaan osallistumista. Piilotettu päätöksenteko alkaa siitä, kun lääkäri tarkastelee potilaan rasva-arvoja tietokoneelta (rivit 1-5) ja aloittaa ongelman määrittämisen todetessaan yhden rasva-arvoista (*triglyseridi*) liian korkeaksi. Rivillä 5 lääkäri selvittää suljetulla kysymyksellään potilaan rasvalääkitystilannetta. Potilaan vastaus rivillä 6 sisältää epävarmuutta kuvastavia elementtejä (vrt. Raevaara 2000). Hän takeltelee sanoissaan eikä ole varma lääkkeen nimestä. Hän esittääkin lääkkeen nimeä koskevan kysymyksen ja käsittelee asiaa lääkärin tiedon piiriin kuuluvana (vrt. Raevaara 2000). Lääkäri esittää potilaan vihjeen perusteella lääkkeen nimen (rivi 7), jonka potilas vahvistaa oikeaksi rivillä 8. Kyseinen tieto olisi varmasti löydettävissä myös tietokoneelta, mutta selvittämällä asian suoraan potilaalta lääkäri säästää aikaa. Rivillä 9 lääkäri kohtelee potilaan antamaa tietoa lääkityksestä uutena *aha*-sanalla (vrt. Vehviläinen 2001), vaikka kysymyksessä on jo potilaan viides vastaanottokäynti samalla lääkärillä.

Ongelman määrittäminen jatkuu riveillä 9-10: potilaalla on jo kolesterolilääke, mutta lääkkeen vahvuus ei ole riittävä. Tauot rivillä 10 osoittavat lääkärin prosessoivan päätöstä omassa pääs-

sään, koska heti pidemmän tauon jälkeen hän ilmoittaa päätöksensä lääkkeen vaihdosta. Hän käyttää monikon ensimmäistä persoonaa (*mepäs*), jolla lääkärit saattavat viitata kollegoihinsa vahvistaakseen omaa näkemystään (Silverman 1987). Tässä lääkärin äänensävy on muuttunut ystävälliseksi ja *me*-muodon voikin tulkita viittaukseksi lääkärin ja potilaan yhteiseen toimintaan (Sorjonen 2001). Vaikka lääkäri tekee päätöksen yksin eikä huomioi potilaan näkemyksiä, hän osoittaa persoonapronominivalinnallaan potilaan osalliseksi päätökseen. Lisäksi persoonapronominin *-päs* -päätte pehmentää sanomaa (vrt. Hakulinen 1989). Tämän voi tulkita lääkärin pyrkimykseksi pehmentää muutoin lääkärikeskeistä päätöstä.

Riveillä 10-11 lääkäri osoittaa potilaalle suljetun kysymyksen potilaan tämän hetkisestä lääkityksestä. Näin lääkärin voi tulkita toimivan kohteliaasti ja potilaan parasta ajatellen, jolloin jäljellä olevat lääkkeet voidaan hyödyntää. Tässä vaiheessa lääkäri huomioi potilaan katseellaan ensimmäistä kertaa (vrt. Ruusuvuori 2001). Kaiken kaikkiaan lääkäri suuntaa katseensa potilaaseen kyseisen päätöksenteon aikana ainoastaan kaksi kertaa (rivit 11 ja 22). Suurimman osan ajasta lääkärin katse kohdistuu tietokoneen näyttöön, mikä osoittaa lääkärin huomion suuntautuneen enemmän potilaan kirjallisiin tietoihin kuin itse potilaan kuulemiseen (vrt. Ruusuvuori 2001). Tämä osoittaa myös päätöksen syntyvän pääasiassa lääketieteellisten kriteereiden perusteella. Lääkäri hallitsee suurimmaksi osaksi myös vuoronvaihtoja ja siten päätöksenteon kulkua (Gwyn & Elwyn 1999). Hän antaa potilaalle mahdollisuuden osallistumiseen ainoastaan suljetuin kysymyksin (rivit 4, 10, 13), joihin potilas vastaa odotuksen mukaisesti (mm. rivit 12 ja 14) (vrt. Tainio 1997). Suljetut kysymykset rajoittavat siten potilaan osallistumista (vrt. Gwyn & Elwyn 1999). Pällekkäiset puheenvuorot kertovat siitä, ettei lääkäri malta kuunnella potilasta, vaan hän kiirehtii päätöksentekoa eteenpäin (riveillä 12-13, 15-16 sekä 21-22). Toisaalta potilas ei yritäkään tehdä aloitetta osallistuakseen ja ylläpitää myös itse päätöksenteon lääkärikeskeisyyttä passiivisuudellaan.

Rivillä 18 lääkäri palaa päätöksensä ja vahvistaa sen viittaamalla reseptin kirjoittamiseen. Nyt lääkkeen vaihtajana ja reseptin kirjoittajana toimii yksikön ensimmäinen persoona, lääkäri itse, mikä viittaa päätöksenteon lääkärikeskeisyyteen (Silverman 1987). Lääkkeen vaikutuksen seuraaminen seuraavalla kontrollikäynnillä osoitetaan taas (rivit 18-19) lääkärin ja potilaan yhteiseksi toiminnaksi (vrt. Sorjonen 2001). Potilas hyväksyy lääkärin päätöksen minimipalautteella. Potilaan kysymys käyttämästään lääkityksestä viittaa myös päätöksen hyväksymiseen (rivit 20-21). Lääkäri vahvistaa asian ja samalla päätöksen (rivi 22). Potilas kuittaa lääkärin vuoron minimipalautteella (rivi 23).

### 5.2.1.2 Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko

Aineistosta löytyi yhteensä kolme potilaan näkemyksen ohittavaa päätöksenteonrakennetta. Kyseisessä päätöksenteossa lääkäri selvitti potilaan hoitoon liittyviä näkemyksiä. Tämä tarjosi potilaalle mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. (vrt. Charles ym. 1997.) Jostakin syystä lääkäri kuitenkin ohitti potilaan näkemyksen. Päätöksenteko muuttui tällöin lääkärikeskeiseksi ja lääketieteellisiin kriteereihin perustuvaksi piilotetun päätöksenteon tapaan. Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Lääkäri määrittelee ongelman
2. Potilaan näkemyksen selvittäminen
3. Potilaan näkemyksen ohittaminen
4. Lääkäri tekee päätöksen
5. Lääkäri vahvistaa päätöksen
6. Potilas hyväksyy päätöksen

#### Esimerkki 2 (Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko)

- |   |   |
|---|---|
| 1 | P: ... Että sitä vois niinku alotella.  |
| 2 | <b>1</b> → L: @Mmm. (3.3) <u>Mutta</u> , (.) et sitten oo alotellut@            |
| 3 | P: En minä nyt oo sitä ku ei sitä nyt oo sillei (3.3)                           |
| 4 | <b>2</b> → L: No, miltäs sen alottaminen tuntus?                                |
| 5 | P: (5.0) ((Potilas kääntää katseensa pois lääkäristä, on mietteliään näköinen)) |
| 6 | <b>3</b> → L: Onks sulla herkkä vatsa?  |
| 7 | P: ☹No, ei se nyt sillai oo.☹(KA+)  |
| 8 | L: Joo. Joo. Etkä oo asperinille allerginen?                                    |
| 9 | P: Ei.  |

Potilaan ja lääkärin suhde on ollut vastaanoton aikana, ennen päätöksentekoa (esimerkki 2), toverillinen ja keskusteleva. Lääkäri on suunnannut katseensa potilaaseen. Päätöksentekoon päädytään potilaan epänormaalien rasva-arvojen vuoksi. Potilas on esittänyt aiemmin vastaanoton aikana, ettei ole halukas aloittamaan rasvalääkitystä. Hän ei myöskään käytä verenkiertoa edistävää aspiriinia, jota potilas lääkärin mielestä rasvalääkityksen sijaan tarvitsisi. Katkelma alkaa potilaan lopettaessa kertomustaan siitä (rivi 1), mitä aspiriinin käytöstä on diabeteskoulutuksessa kerrottu. Hän toteaa, että aspiriinia on suositeltu aloitettavaksi. Potilas käyttää konditionaalista *voida*-verbiä (*vois*), jolloin hän kuvaa lääkityksen aloittamisen vaihtoehtoiseksi (vrt. Kurri & Wahlström 2000). Lääkäri antaa ensin *mmm*-minimipalautteen

kuuntelun merkiksi (rivi 2), jota seuraa tauko. Tauko luo mahdollisesti odotuksen potilaan jatkolle (vrt. Hakulinen 1997). Potilaan jatkoa ei kuitenkaan seuraa, jolloin lääkäri ottaa vuoron itselleen.

Lääkärin lause alkaa painotetulla, edelliseen lausumaan kontrastoivalla *mutta*-sanalla (vrt. Raevaara 2000), jota hän tehostaa tauolla. Lääkärin äänensävy on muuttunut tiukaksi ja kuulustelevalle. Suosituksesta huolimatta, potilas ei ole aloittanut kyseistä lääkettä ja lääkäri käsittelee sitä ongelmallisena. Lääkärin lausuma voidaan tulkita joko toteamukseksi tai epäsuoraksi kysymykseksi. Toisaalta jo aiemmin vastaanotolla on ilmennyt, ettei potilaalla ole aspiiriinia käytössään, jolloin lääkärin vuoro toimii toteamuksena. Potilas puolestaan kohtelee (rivi 3) lääkärin vuoroa epäsuorana kysymyksenä antaen siihen vastauksensa, joka ei ole täysin odotuksen mukainen kyllä- tai ei -vastaus (vrt. Olin 1996). Esimerkiksi potilaan käyttämä *sillei*-sana viittaa asian kaipaavan selitystä ja kommentointia siitä, miksei hän ole lääkettä aloittanut (vrt. Raevaara 2000). Potilas ei kuitenkaan jatka vuoroaan ja seuraa tauko. Potilaan vuoro ennakoii lääkkeen käyttöön liittyvää ongelmallisuutta.

Lääkäri ottaa vuoron itselleen (rivi 4). Hän on todennäköisesti aistinnut potilaan vuoron ongelmalliseksi, koska hän esittää avoimen kysymyksen potilaan lääkeshoidon aloittamiseen liittyvistä tuntemuksista. Avoimien tuntemuskysymysten käyttö rakentaa potilaan osallistumiselle suotuisaa ilmapiiriä (vrt. Kettunen ym. 2001) ja johtaa myös päätöksentekoa potilaskeskittämiseksi (vrt. Charles ym. 1997). Käyttämällä konditionaalista lääkärin esittää lääkkeen aloittamisen ehdotuksena (vrt. Kurri & Wahlström 2000). Kysymys on esitetty passiivissa, jolloin ei ilmene kenen tuntemuksista lääkäri on kiinnostunut. Lääkäri suuntaa kysymyksensä katseellaan kuitenkin potilaalle. Potilas ei vastaa lääkärin kysymykseen, vaan seuraa tauko (rivi 5). Tauko voi olla osoitus potilaan passiivisesta vastarinnasta (ks. Vehviläinen 2001). Toisaalta potilas kääntää katseensa pois lääkäristä ja näyttää miettivältä. Siten hänen voikin tulkita miettivän vastausta mielessään ennen sen esittämistä lääkärille. Lääkäri ei kuitenkaan jää odottamaan potilaan vastausta, eikä myöskään esitä aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä. Hän kiirehtii suljetuilla kysymyksillään sulkemaan pois mahdolliset vasta-aiheet lääkkeen käytölle (rivit 5 ja 8) ohittaen näin potilaan näkemyksen. Nyt lääkäri esittää kysymyksensä suoraan potilaalle käyttäen yksikön toista persoonaa (*sulla, etkä oo*). Potilaan vastausta voidaan pitää jälleen varauksellisena (rivi 7), sillä vuoro alkaa *no*-sanalla, joka ennakoii odotuksenvastaista jälkijäsentä (mm. Raevaara 2000). Vastaus ei ole myöskään laadittu suljetun kysymyksen rakenteen projisoimaksi avoimeksi myönnöksi tai kielloksi (vrt. Raevaara 2000), kuten taas

potilaan vastaus rivillä 9. Lisäksi potilas esittää asian ikään kuin se tarvitsisi lisäselvitystä (*sillai*) (vrt. Raevaara 2000). Potilaan vuorossa on siis jälleen ongelmallisia aineksia.

### **Esimerkki 2** (Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko)

- 10 L: Joo. Joo ((Lääkäri mittaa verenpainetta)) Mitäs siellä koulutuksessa sa-  
 11 nottiin sen lääkkeen (2.3)  
 12 P: Ne sano, että ( ) tai se lääkäri puhu siitä, että on niinku, on todettu, että se  
 13 on niinku ne positiiviset vaikutukset ois suuremmat ku negatiiviset, että.  
 14 Joku kysykin sitä, että onkse aiheuttanut sisäisiä verenvuotoja. ((Potilaan  
 15 katse seikkailee ja käsi liikkuu hermostuneesti))  
 16 L: Mmm. Ennen vanhaan ehkä siinäkin käytettiin, just jossain  
 17 aivoverenkiertohäiriöissä käytettiin paljon isompia annoksia ja niistähän oli  
 18 sitten mahahaittoja ja voi tulla just mahahaavoja ja tämmöstä ärsytystä, mut  
 19 et vallankin tää Primaspan, joka on, se on semmonen suolistoliukonen  
 20 P: Mmm.  
 21 L: et sen ei pitäs ärsyttää vatsaa kyllä niin paljon.  
 22 P: Mmm.  
 23 **4→** L: Kyllä mä suosittasin sitä sulle ihan (.) alotettavaksi...  
 (rivejä poistettu)  
 24 **5→** L: Mutta tuota, tämän mä kyllä ehottasin tän Primaspanin kans otettavaks kans  
 25 ihan virallisesti käyttöön. ((Lääkäri ojentaa reseptiä potilaalle))  
 26 **6→** P: Niin just, joo.  
 27 **5→** L: Tätähän saa ilman reseptiäkin, mut että nyt ainakin on reseptillä, niin tulee  
 28 sit otettua. Tuo ois sit maaliskuulla niitä seuraavia kokeita varten. Jos sit  
 29 kattoo nuo...

Seuraavaksi lääkäri esittää potilaalle refleктоivan kysymyksen (vrt. Kettunen ym. 2001) haluten tarkentaa potilaan tietämystä kyseiseen (*se*) lääkkeeseen liittyen (rivit 10-11). Tämä on myös keino mahdollistaa potilaan osallistuminen. Samalla lääkäri voi varmistaa onko potilaan tieto asianmukaista tulevaa päätöstä ajatellen. (vrt. mm. Elwyn ym. 2001.) Lääkäarin äänensävy on edelleen tiukka ja kuulusteleva. Lause keskeytyy verenpaineen mittaukseen ja seuraa tauko. Potilas ennakoii lääkäarin kysymyksen loppuosaa, ja kertoo (rivit 12-15) mitä lääkkeestä oli koulutuksessa sanottu. Potilas aloittaa vastauksen hyvin hiljaisella äänellä, eikä lauseen alusta saa siten selvää. Hän esittää tietävänsä positiivisten vaikutusten olevan negatiivisia vaikutuksia suuremmat, mutta hän myös esittää sisäistenverenvuotojen mahdollisuuden epäsuorasti toisten kysymyksenä. Potilaan puhe kangertelee ja hän käyttää *niin ku-* ja *ett-*sanoja toistuvasti, mikä ilmentää potilaan vastaukseen liittyvän jälleen varauksellisuutta (ks. Hakulinen 1989). Myös potilaan katse seikkailee ja vasen käsi liikkuu hermostuneesti, ikään kuin lääkärin esittämä kysymys tai käsiteltävä aihe kokonaisuudessaan tuntuisi hänestä kiusalliselta.



Riveillä 16-19 ja 21 lääkäri muotoilee lääkkeen aloituksen houkuttelevaksi (vrt. Kurri & Wahlström 2000). Hän esittää lääkkeeseen liittyvän positiivisen ominaisuuden (*suolistoliukoinen*). Lisäksi hän toteaa sen aiheuttavan vähemmän negatiivisia vaikutuksia muihin vastaaviin lääkkeisiin verrattuna (*mahahaittoja, mahahaavoja*). Rivillä 23 lääkäri suosittelee kyseistä lääkettä (*sitä*) potilaalle. Hän esittää suosituksensa konditionaalissa, ja käsittelee sitä vaihtoehtoisena (vrt. Kurri & Wahlström 2000). Hän viittaa itseensä (*mä*) suosittelijana, ikään kuin jättäen potilaalle vapauden lopullisesta päätöksestä. Potilas kuittaa lääkärin vuoroja minimipalautteilla (rivit 20 ja 22) reagoimatta niihin muutoin. Näin hän voi esittää kuuntelevansa lääkäreitä ja antaa tälle tilaa jatkaa vuoroaan. Toisaalta tämä voi merkitä myös passiivista vastarintaa (vrt. Vehviläinen 2001). Onhan potilaan vuoroihin liittynyt koko ajan varauksellisia elementtejä. Tämän lausuman jälkeen lääkäri siirtää keskustelun toiseen aiheeseen.

Vastaanoton lopussa lääkäri palaa jälleen aiheeseen (rivit 24-25). Hän esittää lääkkeen aloituksen edelleen omana ehdotuksenaan (*ehottasin*) vaihtoehtoisena. Ristiriitaisesti hän kuitenkin ojentaa valmiiksi kirjoitetun reseptin kyseisestä lääkkeestä potilaalle. Tästä voi päätellä, että lääkäri on jo aiemmin tehnyt päätöksensä omassa päässään. Reseptillä lääkäri ainoastaan vahvistaa sen. Nähtävästi rivillä 23 lääkäri esitti jo päätöksensä, pehmentäen muutoin lääkärikeskeistä päätöstä omana ehdotuksenaan. Lääkärin päätös perustuu potilaan tietämykseen lääkkeestä ja vasta-aiheiden poissulkemiseen. Potilaan vastauksen *niin*-sana (rivi 26) käsittelee ehdotusta tunnettuna (Raevaara 2000). Asiaahan on käsitelty jo aiemmin. *Just joo*-palutteen voi tulkita lääkärin ehdotuksen hyväksymiseksi. Lääkäri ilmoittaa (rivit 27-29) varmistavan päätöksensä toteutumisen kirjoittamallaan reseptillä. Kyseinen lääkehän on myös saatavana reseptivapaana. Lääkäri muotoilee lääkityksen jatkamisen välttämättömäksi (*tulee otettua*), jolloin hänen voi kuulla myös vastaavan potilaan vuoroissa esiintyneeseen varauksellisuuteen (vrt. Sorjonen 2001). Tämän jälkeen lääkäri siirtyy toiseen aiheeseen.

### 5.2.1.3 Suostutteleva päätöksenteko

Aineistosta löytyi kaksi suostuttelevaa päätöksenteonrakennetta. Niissä lääkäri selvitti edellisen päätöksenteon tapaan potilaan näkemyksiä tarjoamastaan hoitovaihtoehdosta. Potilaan ja lääkärin näkemykset kuitenkin erosivat toisistaan. Molemmissa tapauksissa potilaat tarjosivat lääkärin esittämän lääkehoidon vaihtoehdoksi elintapahoitoa. Lääkäri ryhtyi tämän seurauksena suostuttelemaan potilasta oman näkemyksensä kannalle. Suostuttelussa lääkäri houkuttelee potilasta tekemään lääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna ”oikean” valinnan (vrt. Kurri

& Wahlström 2000). Suostuttelun on todettu ehkäisevän potilaan osallistumista (vrt. Kettunen 2001). Siksi olenkin luokitellut kyseisen päätöksenteon lääkärikeskeiseksi. Potilaat reagoivat lääkärin suostutteluun joko passiivisella tai aktiivisella vastarinnallaan. Passiivisella vastarinnalla vastaanottaja ilmaisee ymmärtävänsä vuorot (esimerkiksi minimipalauttein), muttei reagoi niihin muutoin, vaikka edellinen vuoro sitä edellyttäisikin (Vehviläinen 2001). Suostuttelun ja vastarinnan seurauksena päätöksenteko rakentui hyvin pitkäkestoiseksi. Lopulta joko lääkäri tai potilas myöntyi yhteiseen päätökseen. Suostutteleva päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Lääkäri määrittelee ongelman
2. Lääkäri tarjoaa potilaalle vaihtoehdon
3. Potilaan näkemyksen selvittäminen
4. Lääkäri suostuttelee potilasta
5. Potilaan aktiivinen tai passiivinen vastarinta
6. Lääkäri tai potilas myöntyy
7. Yhteinen päätös
8. Lääkäri vahvistaa päätöksen

### Esimerkki 3 (Suostutteleva päätöksenteko)

- 1    **1→**    L: Nää on nää rasva-asiat nyt, joita pitäis sun kohdalla ruveta hoitaa. ((L ojenta  
2            laboratoriokeiliuskat potilaalle)). Tuosson nuo, tuosson nuo kolesteroliarvot,  
3            mitä on nytten katottu (4.4) ((L lukee koneelta laboratoriokearvoja))  
4            kokonaiskolesteroli 5.3, joka nyt ei hälyyttävä oo, mutta korkeempi ku mitä  
5            sullon ennen ollut ja sit mikä on se kaikista pahin tässä, niin tää huono koles-  
6            teroli, tuo LDL  
7            P: Mmm.  
8    **1→**    L: joka pitäs olla alle kolmen, niin se on sulla nyt noussut 4.2:een.  
9            P: Kahteen.  
10 **1→**    L: Ja se kyllä sokeripotilailla pitäs saada alemmaks ja  
11            P: Aha, joo.  
12            L: ja tuota (1.7), just olin tässä yhessä koulutuksessa, missä tää, (1.6) (Lääkärin  
13            nimi), sydänlääkäri  
14            P: Mmm.  
15            L: sano, et sokeripotilaitten niinku parasta sokeritaudin hoitoo ois tämä rasvojen  
16            hoito.  
17            P: Joo.  
18 **2→**    L: Elikkä rasvaläkkeet.  
19            P: ☐Kyllä☐  
20            L: Et kun se on niinku, varmaan tiität, että se on tässä se suurin syyllinen sitten ja  
(Rivejä poistettu)  
21            L: sitä ei varmaan ruokavaliolla sitten mun mielestä enää pysty hoitamaan.

- 22 P: Mmm. (.)  
(Rivejä poistettu)
- 23 L: Joo. Mun mielestä noi rasvat kaipais hoitoa.
- 24 P: Niin.
- 25 3→ L: Mitä mieltä sä ite oot? (1.4)
- 26 P: Niin. (1.3) Tietysti mä vähän (.), mielelläni en niitä lääkkeitä ((takeltelua))
- 27 (1.6), paljon söis, mutta tota (3.6) mmm=
- 28 L: =Ootsä sitä Primaspania tai sitä Asperinia syönyt?  
rivejä poistettu

Päätöksenteon (esimerkki 3) alussa lääkäri tarkastelee potilaan laboratorioarvoja tietokoneelta. Hän aloittaa ongelmanmäärittämisen rivillä 1 todeten potilaan rasva-arvojen tarvitsevan hoitoa. Lääkäri käyttää pitää-verbiä, joka viittaa ohjeeseen tai neuvoon (ks. Hakulinen 1989), tässä rasva-arvojen hoidolle asetettuihin suosituksiin. Hän pehmentää sanomaansa konditionaalilla ehdotukseksi (*pitäis*) (vrt. Sorjonen 2001). Lääkärin käyttämä passiivi viittaa lääkärikeskeiseen lähestymistapaan (Silverman 1987). Hän perustelee hoidon tarvetta huonon kolesterolin kohoamisella (5-6) ja käsittelee hoidon tarvetta yleisesti välttämättömyytenä (*pitää*) diabeetikoille (rivi 10) (vrt. Sorjonen 2001). Rivillä 12 lääkäri hakee vahvistusta omalle näkemykselleen lääkeshoidon tarpeesta vetoamalla tunnettuun (*tää*) sydänlääkäriin painottaen tämän nimeä ja ammattiarvoa. Potilas osoittaa kuuntelevansa lääkäriä minimipalautteella (rivit 7, 14, 17) ja toistaen lääkärin lausumaa (rivi 9). Rivillä 11 potilas käsittelee lääkärin perustelua hoidon tarpeesta *aha*-sanalla uutena tietona (vrt. Vehviläinen 2001). Rivillä 18 lääkäri nimeää rasvojen hoidoksi rasvalääkkeitä. Potilas vastaa tähän hiljaisella *kyllä*-sanalla, käsittelee asiaa tunnettuna ja osoittaen olevan asiasta samaa mieltä (rivi 19) (Raevaara 2000). Lääkäri jatkaa hoidon tarpeen perustelua rivillä 20. Rivillä 21 lääkäri toteaa, ettei potilas pysty enää ruokavaliolla rasva-arvoihinsa vaikuttamaan, mutta liittyy siihen varauksellisuutta (*varmaan*) (vrt. Sivinen 1996). Hän myös pehmentää sanomaansa esittämällä sen omana mielipiteenään (vrt. Raevaara 2000). Viestiä pehmentämällä lääkäri voi pyrkiä suojelemaan potilaan kasvoja. Potilas kuittaa asian minimipalautteella (rivi 22).

Rivillä 23 lääkäri toteaa jälleen potilaan rasvojen kaipaavan hoitoa. Hän esittää asian omana mielipiteenään, konditionaalissa pehmentäen näin sanomaansa. Potilas vastaa minimipalautteella (rivi 24). Rivillä 25 lääkäri selvittää potilaan näkemystä rasvojen hoidosta. Hän käyttää avointa kysymystä, jolloin lääkäri kutsuu potilasta osallistumaan päätöksentekoon (vrt. Charles ym. 1997). Potilaan vastaus rivillä 26-27 sisältää paljon taukoja ja takeltelua. Lisäksi hän käyttää lievennyskeinoja (*vähän, mielellään, paljon*). Lievennyskeinojen käytöstä voi tulkita, että potilas kokee lääkkeiden käytön ongelmallisena (vrt. Hakulinen 1989), mutta ei halua

esittää sitä avoimesti. Mahdollisesti hän pelkää kasvojensa menettämistä. Hän jatkaa edelliseen lausumaansa kontrastoivalla *mutta*-sanalla, joka kuitenkin päättyy taukoon. Lääkäri ei jää odottamaan potilaan lausuman jatkumista, vaan ottaa vuoron itselleen ja siirtyy selvittämään onko potilaalla verenkiertoa edistävää aspiriinia (rivi 28). Hetkeksi keskustelu siirtyy kyseiseen aiheeseen.

### Esimerkki 3 (Suostutteleva päätöksenteko)

- 29 P: Tota (4.6) pitäsköhän se juuston syöntikin sitten vähän lopettaa ihan.  
 30 L: Mistäs sä saat kalkkia, käytätsä maitoo yhtään?  
 31 P: No, KU MÄ EN  
 32 L: Kalkkia jostain.  
 33 P: OIKEESTAAN niin, sitten sillai niinku, lasista mä en juurikaan kyllä juo, että  
 34 kahviin tai johonkin laitan, mutta.  
 35 4→ L: Mmm. Sit sä tarvisit sitä kalkkia purkista kuitenkin.  
 36 P: Niin.  
 37 L: Sit sun pitäs käydä sitä syömään. (4.4)  
 38 5→ P: Joo.(.) Kyllä mä sitä varmaan vähän oon liikaa sitä juustoo laittanut (2.0),  
 39 laittanut sitä sitten. (2.2)  
 40 4→ L: Niin (2.4) mut onkse sitten (2.7) onks sekään sitten hyvä, että jos se ruokava-  
 41 lio on hirmu tiukka ja ei mitään semmosta hyvää ja mukavaa voi käyttää?  
 42 5→ P: Niin.(.) Mut kyllä mä sitä nyt voisin ainakin (.), vähentää varmaan.  
 43 L: Mmm.  
 44 L: =koska tuota se (1.7), se tosiaan (1.3), tässä sokeritaudissa, mikä sulla on,  
 45 niin (1.2) tähän on tämmönen niinku verisuonitauti.  
 46 P: Mmm.  
 47 4→ L: Valtimotauti ja, ja jos näitä ei näitä rasvoja hoideta, niin se tavallaan, ne ko-  
 48 koajan sitten rassaa niitä sun suonia ja  
 49 P: Niin  
 50 L: kalkkeuttaa niitä ja rasvottaa niitä ja, ja vaikka sokerit ois kuin hyvät, jos ras-  
 51 vat on huonot, niin sillon me ei niitä riskejä sitten hoideta kunnolla.  
 52 P: Mmm.  
 53 4→ L: Kun se rasvojen hoito siinä ois niinku=  
 54 5→ P: =Mikäs, oiskos siinä=  
 55 L: =[tärkeätä.]  
 56 5→ P: [sitten muuta], konstia, onhan siitä nyt puhuttu niistä ravintoasioistakin, mut  
 57 tota...  
 (rivejä poistettu)

Rivillä 29 potilas tarjoaa oman ravitsemukseen liittyvän hoitoehdotuksensa (*pitäisköhän*). Hän esittää sen passiivissa kysymyksenä, eikä siten suuntaa sitä varsinaisesti lääkärille. Lääkäri ei vastaa potilaan kysymykseen, vaan ryhtyy selvittämään potilaan kalkinsaantia juuston käytön lopettamista ennakoiden (rivit 30, 31). Potilas kuvailee kalkinsaannin hyvin vähäiseksi riveillä 33-34. Lääkäri esittää, että potilaan olisi sitten aloitettava kalkkitablettien käyttö (*pur-*

*kista*) (rivit 35, 37). Tällä hän todennäköisesti tarkoittaa sitä, että potilaan olisi joka tapauksessa aloitettava jonkinlainen lääkitys rasvalääkityksen sijaan. Näin lääkäri voi houkutellessa potilasta rasvalääkityksen kannalle. Lääkärin suostuttelu provosoi potilaan passiiviseen vastarintaan (rivit 38-39). Potilas ei reagoi lääkärin vuoroon muutoin kuin minimipalautteella ja jatkaa juuston käytön pohtimista. Hän aloittaa verbiin loppuvan lauseensa *kyllä*-sanalla, mikä voi myös tulkita piiloiseksi erimielisyyden osoitukseksi. Lisäksi vuoro sisältää taukoja ja muuta varauksellista ainesta (*varmaan, vähän*). (vrt. Sivinen 1996.) Riveillä 40-41 lääkäri jatkaa suostuttelua. Potilas ei edelleenkään reagoi lääkärin vuoroon, vaan jatkaa oman näkemysensä käsittelyä (rivi 42). Lääkärin suostuttelu ja potilaan vastarinta jatkuvat riville 57 asti.

### Esimerkki 3 (Suostutteleva päätöksenteko)

- 58 L: Mmm. (.) Mmm.(.) Tuntuuks susta yleensä ottaen sit lääkkeitten syöminen  
 59 niinku huonolta? (1.4) Tai vaikeelta aatella, että sitä joutus pitkään käyttää?  
 60 Vai mikä siinä on?  
 61 P: No, ehkä niinkin.  
 62 L: Mmm. (4.0)  
 63 P: ¤Siinä vois olla semmonen.¤  
 64 4→ L: Toisaalta sulla tää tauti on nyt niin vähän aikaa ollut, että sulla ois niinku  
 65 kauheen hyvät mahdollisuudet mun mielestä niinku ehkästä niitä tulevia taut-  
 66 teja  
 67 5→ P: Niin.  
 68 4→ L: mitä sokeritautiin liittyy, että nyt kannattas tietysti tässä vaiheessa hoitaa vie-  
 69 lä ku pystyy.  
 70 5→ P: Niin. Niin justiin, joo.  
 (rivejä poistettu)  
 71 6→ L: Mutta ihan hyvin, voidaan tehdä niinkin, että katotaan kertaalleen vielä, jos sä  
 72 jotakin juustoja vielä vähennät.(1.5) Mutta sitten jos ne nyt ei tästä oleellisesti  
 73 laske, niin (1.3)  
 74 P: Mmm.  
 75 L: entäs jos sitten alotettas (1.3)  
 76 7→ P: No, kyllä se ihan, {ihan selvä on, että}  
 77 L: {sitä kolesterolilääk }että  
 78 P: tota, turhaahan se on, tavallaan terveydellä sitten  
 79 (.) leikkiä, että tuota...  
 80 L: Mmm. Sulla jos ei sokeritautia oo, niin nehän näi-, kyllähän näitten kans pär-  
 81 jäis  
 82 P: Niin.  
 (Rivejä poistettu)  
 83 P:... Mmm. Mitähän mä nyt rupeen keksimään sitten, että sen sais puotettua,  
 84 ettei tarttes sitä lääkitystä sitten syödä.  
 85 L : Mmm.  
 86 P: Rupeen kasvissyöjäks. ((Nauraa))

87 8→ L: No, kek-, keksi nyt ne juustot vähentää ainakin ja se ois yks mitä voit tehdä.

Todennäköisesti lääkäri on huomannut potilaan vastarinnan, koska riveillä 58-59 hän esittää potilaalle avoimen kysymyksen lääkkeen käytön ongelmallisuudesta. Kysymystä seuraavasta tauosta huolimaatta, potilas ei ota vuoroa itselleen, vaan lääkäri tarkentaa asiaa lisäkysymyksin (rivit 59-60). Potilas aloittaa *no*-sanalla ja antaa hyvin epävarman vastauksen (rivi 61). Hän käyttää suojausta (*ehkä*), joka ilmaisee jälleen lääkkeen käyttöön liittyvää varauksellisuutta. (vrt. Hakulinen 1989.) Lääkäri esittää minimipalautteella kuuntelevansa potilasta ja tauko osoittaa potilaalle tilan jatkaa (rivi 62). Potilas jatkaa hyvin hiljaisella äänellä (rivi 63). Hänen vastauksessaan on jälleen epävarmuutta ja varauksellisuutta ilmentäviä elementtejä. Hän esittää asian konditionaalissa vaihtoehtoisena (*vois*) ja käyttää likimääräisyyttä ilmaisevaa *semmoista*-sanaa (vrt. Hakulinen 1989). Potilas ei joko itsekään tiedä mistä hänen lääkevastaisuutensa johtuu, tai sitten hän ei halua paljastaa sitä lääkärille mahdollisesti suojellakseen kasvojaan. Lääkäri jatkaa suostuttelua riveillä 64-66 sekä 68-69. Potilas reagoi suostutteleluun ainoastaan minimipalauttein (rivit 67, 70), ylläpitäen passiivista vastarintaa.

Riveillä 71-72 lääkäri myöntyy potilaan ehdotukseen ja tarjoaa potilaalle yhteistä päätöstä passiivisella me-muodolla (*voidaan ja katotaan*) (vrt. Sorjonen 2001). Lääkäri on todennäköisesti huomannut, ettei suostuttelusta ole tilanteessa hyötyä. Kuitenkin hän ehdottaa potilaalle lääkityksen aloittamista, jos ei juuston vähentämiselläkään rasva-arvoissa tapahdu oleellista muutosta (rivit 72-73, 75, 77). Potilas ei suoraan vastaa lääkärin ehdotukseen vaan toteaa terveydellä olevan turha leikkiä (rivit 76 ja 78-79). Toteamus viittaa siihen, että potilas ymmärtää tilanteen vakavuuden ja on tulevaisuudessa suostuvainen lääkkeen aloitukseen. Siten potilas myös yhtyy päätökseen. Riveillä 80-81 lääkäri perustelee edelleen lääkehoidon tarvetta, jonka jälkeen osapuolet siirtyvät käsittelemään muita aiheita.

Vastaanoton lopussa potilas palaa vielä aiheeseen (rivit 83-84). Hän hakee edelleen kysymyksellään ratkaisua rasvojen alentamiseksi (*sen sais puotettua*) ja lääkehoidon välttämiseksi. Hän ei kohdistaa kysymystä kenellekään, vaan esittää sen taas passiivissa. Potilas ikään kuin hakee lääkäriltä epäsuorasti lupaa lääkkeettömään hoitoon (*ettei tarttes sitä lääkitystä*). Samalla hän osoittaa asian lääkärin tiedon piiriin kuuluvaksi. Lääkäri kuittaa potilaan vuoron minimipalautteella (rivi 85) jättäen vastaamatta potilaan kysymykseen. Seuraavassa vuorossa potilas ehdottaa ryhtyvänsä kasvissyöjäksi. Ehdotuksen päätteeksi hän nauraa (rivi 86). Tässä nauru voi merkitä potilaan huumorillista suhtautumista lausumaansa. Toisaalta se voi myös

ilmaista asiaan liittyvää ongelmallisuutta ja kiusallisuutta, kuten potilaan aiemmat vuorot ovat osoittaneet (vrt. Haakana 2001). Lääkäri käyttää potilaan käyttämää keksiä-verbiä ja vahvistaa päätöksen juuston käytön vähentämisestä (rivi 87).

## 5.2.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko

### 5.2.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko

Aineistosta löytyi kolme neuvottelevaa päätöksenteonrakennetta. Kyseisessä päätöksenteossa lopullinen päätös syntyi osapuolien yhteisen neuvottelun tuloksena. Lääkäri mahdollisti potilaan osallistumisen päätöksentekoon ja potilas osallistuiinkin aktiivisesti. Lääkärin ja potilaan välillä vallitsi kuitenkin jonkin asteinen näkemysero. Tästä huolimatta lääkärit antoivat potilaan näkemysten vaikuttaa päätökseen ja osoittivat näin hyväksyvänsä potilaan autonomian (vrt. Kettunen 2001). Tämä on myös yksi jaetun päätöksenteon periaate (Charles ym. 1997). Neuvotteleva päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Potilas määrittelee ongelman omien tuntemustensa perusteella
2. Lääkäri arvioi ongelman
3. Lääkäri tarjoaa vaihtoehtoja ja antaa niihin liittyvää tietoa
4. Potilas esittää oman näkemyksensä
5. Yhteinen päätös
6. Lääkäri vahvistaa päätöksen

#### Esimerkki 4 (Neuvotteleva päätöksenteko)

- 1   **1→**   P: ... mullon sen Amarylin kans semmonen ongelma, että kun mä tota, mulla  
2           tahtoo mennä, sitten se hupsahtaa niin alas, että mulle tulee siinä  
3           aamupäivällä aina semmonen sitten, että ei oikein uskalla mihinkään lähtee=  
4           L: =Mmm=(KA+)  
5           P: =eikä lenkillekään, mihinkään mennä, kun tulee sitten se semmonen  
6           huonovointisuus.  
7           L: Niin että se menee niinku liian alas sitten?  
8           P: Niin. Vaikkei se siinä, se käy kolmen ki-, mutta ku mulla jo siinä lähellä kol-  
9           mee, niin mulle tulee jo, että mulla kädet tutisee  
10          L: No joo, no se on, se on kyllä (.) varmasti totta. Joo.  
(rivejä poistettu)  
11       **2→**   L: Joo, se on kanssa, se voidaan katsoa tässä, joo ((katsoo tietokoneelta)) elikkä  
12           se on tää, ihan tää tavallinen verensokeri, se on 7.5.

- 13 P: Aha.  
 14 L: Sit tää pitempiaikainen on tasan 7.  
 15 P: Tasan seittemän.  
 16 L: Et sekin on vähän yläkanttiin.  
 (rivejä poistettu)

Esimerkissä 4 potilaan omalääkäri on vaihtunut. Tällä kertaa kuitenkin uuden omalääkärin sijaisena toimii nuori lääketieteen kandidaatti. Ennen päätöksentekoa potilas on kertonut itse lopettaneensa verensokerilääkityksen. Jakso alkaa potilaan omiin tuntemuksiin perustuvalla ongelman määrittelyllä. Potilas kertoo lääkkityksen seurauksena verensokerin laskevan alhaiseksi (*hupsahtaa niin alas*) aiheuttaen erilaisia oireita (*huonovointisuus, kädet tutisee*). Oireet rajoittavat potilaan arkielämää ja liikkumista (rivit 1-3, 5-6). Rivillä 7 lääkäri tarkentaa epäsuoralla kysymyksellään potilaan edellisiä vuoroja ja käsittelee ongelmaa siten merkityksellisenä. Potilas vastaa odotuksenmukaisesti (rivit 8-9) ja jatkaa kertomustaan havainnollistaen verensokerin laskua konkreettisella verensokeriarvolla. Rivillä 10 lääkäri aloittaa vuoronsa *no*-partikkelilla, jota seuraa *joo*-palaute. Näin hän merkitsee potilaan kertomuksen verensokerin laskusta riittäväksi ja on hänen vuoronsa ottaa kantaa potilaan ongelmaan (vrt. Hakulinen 1989). Samalla lääkäri käsittelee potilaan tuntemuksia uskottavana (*varmasti totta*). Lääkäri siirtyy katsomaan tietokoneelta potilaan verensokeriarvoja ja alkaa arvioida tilannetta niiden perusteella (rivit 11-12, 14, 16). Hän toteaa potilaan sokeriarvojen olevan koholla. Potilas esittää kuuntelevansa lääkäriä minimipalautteella ja toistamalla lääkärin lausumaa (rivit 13 ja 15).

#### Esimerkki 4 (Neuvotteleva päätöksenteko)

- 17 **3→** L: Mites tässä nyt, oikeestaan on kaks (1.2) vaihtoehtoa, että toinen on,  
 18 että kokeillette sillä puolikkaalla (KA+, NY)  
 19 P: Mmm.  
 20 L: ja ottaa kontrolleja sitten tosiaan (KA-), kun teillä on noin hyvä tää, mittaus  
 21 (KA+) kotona järjestelmä, niin  
 22 P: Joo.  
 23 L: niin voitte sitten tosiaan ottaa heti yhteyttä, jos se painuu liian alas  
 24 P: Joo.  
 25 L: ja sitten taas se joutuu, että ruveta tai miettiin  
 26 P: Joo, joo.  
 27 L: (KA+) mutta että sitä pienemmä-, pienempää annosta ei oikeestaan=  
 28 P: = {Joo ja  
 29 L: {taas, siitä ei oo mitään hyötyä.  
 (rivejä poistettu)  
 30 **3→** L: Tai sitten kokeilla ihan kokonaan vielä ilman (KA+) ja kontrolloida sitten ja



- 31 kattoo (KA-)  
 32 P: Joo.  
 33 L: että lähteekö se vielä kiipeämään.  
 34 **4 →** P: Joo. Ku mä nimittäin (.) mull oli nyt jäänyt ja niinku viime, tässä niinku  
 35 keväällä, liikunta vähemmälle...  
 (rivejä poistettu)

Arvioituaan tilannetta lääkäri antaa potilaalle avoimesti hoitoon liittyvät kaksi vaihtoehtoa ja mahdollistaa näin potilaan osallistumista. Potilaan on mahdollista jatkaa käyttämäänsä lääkitystä (rivit 17-18). Lisäksi lääkäri ohjeistaa potilasta, miten kyseisen vaihtoehdon kohdalla toimitaan (rivit 20-21, 23, 25, 27, 29). Huomioidessaan rivillä 23 mahdollisen verensokerilas-kun, lääkäri osoittaa toistamiseen suhtautuvansa potilaan ongelmaan vakavasti. Lääkäri suuntaa katseensa usein potilaaseen, jonka lisäksi hän esittää potilaan toimijaksi (*kokeillette*) (Silverman 1987). Näin hän osoittaa potilaan osalliseksi päätöksentekoon. Potilaan vuorot koostuvat minimipalautteista (rivit 19, 22, 24, 26). Hän nyökkäilee ja suuntaa katseensa lääkäriin, jolloin minipalautteet voidaan tulkita lääkärin kuunteluksi (vrt. Kettunen ym. 2001) ja tilaksi lääkärille jatkaa vuoroaan (Hakulinen 1997). Riveillä 28 ja 29 lääkärin ja potilaan vuorot menevät osittain päällekkäin potilaan yrittäessä ottaa vuoroa itselleen. Lääkäri ei ole kuitenkaan vielä päättänyt vuoroaan ja potilaan vuoro siirtyy.

Riveillä 30-31 ja 33 lääkäri esittää toisen hoitovaihtoehdon verensokerin seuraamisesta tois-  
 taiseksi ilman lääkitystä. Lääkäri osoittaa vaihtoehdon katseellaan taas potilaalle, mutta toi-  
 mintasuhteen hän taka-alasta passivilla (*kokeilla ja kontrolloida*). Toimintasuhteen taka-  
 alaistaminen ilmentää kyseiseen vaihtoehtoon liittyvää ongelmallisuutta (vrt. Sorjonen 2001).  
 Ilmeisesti lääkäri itse on enemmän lääkehoidon kannalla ja käsittelee lääkkeetöntä vaihtoehtoa  
 siten ongelmallisena. Riveillä 34-35 potilas esittää oman näkemyksensä. Potilaan lausumaan  
 sisältyy ongelmallisuutta ilmaisevia elementtejä, kuten sananhakua ja takkuilua (Haku-  
 linen 1997). Mahdollisesti potilas kokee oman näkökulmansa esittämisen hankalana lääkärin  
 lääketieteellisen tiedon rinnalla (vrt. Raevaara 2001). Potilas esittää liikunnan jääneen hyvin  
 vähäiseksi elämäntilanteensa vuoksi ja kertoo siitä yksityiskohtaisemmin lääkärille.

#### **Esimerkki 4** (Neuvotteleva päätöksenteko)

- 36 P: ... että musta tuntuukin, että kun pääsee tekemään lenkkejä, niin se voi ehkä  
 37 L: Mmm, kyllä. {Et ihan...}  
 38 P:... {auttaa sii}hen.  
 39 **5→** L: et jos niinku tuntuu, et teistä (KA+) tuntus paremmalta se, että kaks

- 40 kuukautta vaikka seurattas (KA+)=  
 41 P:= Niin, joo=  
 42 L: =kesän jälkeen katottais ja sitten=  
 43 P: = Joo=  
 44 L: (KA-) ja sitten alotettas se puolikas.  
 45 P: Joo, mä, mä, melkein niinku=  
 46 5→ L: =Jos tehdään niin. (KA+)  
 47 5→ P: Niin, mä oisin niinku halukaskin kokeileen vielä ilman, koska siinä...  
 48 L: Joo, koska nimenomaan se( KA-)=  
 49 P: =musta niinku haittavaikutukset tuntuu ikävältä.  
 50 L: Niin, niin se on nimenomaan siinä, (KA+-) et tässä rajalla, että millon se  
 51 sitten, mutta silloin vaatii kyllä tiheempää seurantaa, et (KA+-)  
 52 P: Joo, joo.  
 53 L: se ei pääse sitten nouseen.  
 (rivejä poistettu)  
 54 6→ L: Joo. Joo. Tosiaan käy-, käykää siellä laboratoriossa sitten elokuussa, tilatkaa  
 55 sitten=  
 56 P: =Joo.=  
 57 L: =aikaa ja kokeilkaa sitä liikuntaa nytten sitten =  
 58 P: Joo. Se tosiaan oli, huono omatunto siitä, mutta kun nyt on ollut semmonen  
 59 tilanne, mutta nyt tosiaan on asia korjaantunut.

Riveillä 36 ja 38 potilas päätyy siihen, että mahdollisesti liikunnalla on syy-yhteys verensokeriarvoihin. Yhteyttä hän käsittelee kuitenkin epävarmana (*musta tuntuu, ehkä*) (vrt. Kurri & Wahlström 2000) ja osoittaa asian lääkärin tiedon piiriin kuuluvaksi (vrt. Raevaara 2001). Potilaan vuoroista ilmenee, että hän on lääkkeettömän hoitovaihtoehdon kannalla. Lääkäri esittää yhtyvän potilaan lausumaan *kyllä*-sanalla (Hakulinen 1997) ja pyrkii samalla ottamaan vuoron itselleen siinä kuitenkin onnistumatta, koska potilaan lausuma on vielä kesken (rivi 37). Lääkäri jatkaa kesken jäänyttä lausumaansa riveillä 39-40 viitaten potilaan tuntemuksiin. Ensimmäin hän esittää asian passiivissa, mutta kuitenkin korjaa potilaan toimijaksi (*jos teistä tuntuu*). Lääkäri ehdottaa yhteistä päätöstä potilaan näkemyksiin perustuen (rivit 42, 44). Hän myös viittaa siihen, että mahdollisesti lääkitys aloitettaisiin kesän jälkeen. Edelleen lääkäri esittää asian konditionaalissa vaihtoehtoisena (*katottas, alotettas*). Hän käyttää passiivista me-muotoa, jolla lääkäri osoittaa potilaan edelleen osalliseksi päätöksentekoon (vrt. Haakana 2001). Tämän jälkeen lääkäri toistaa lääkkeen mahdollista aloittamista useamman kerran kyseisen vastaanoton aikana ja ilmentää itse olevansa pohjimmiltaan lääkehoidon kannalla. Hän todennäköisesti ennakoii, ettei potilaan verensokeri tule laskemaan ja lääkitystä kuitenkin tulevaisuudessa tarvitaan. Rivillä 45 potilas yrittää ottaa vuoroa itselleen, mutta epäonnistuu koska lääkärin vuoro on vielä kesken. Lääkäri jatkaa (rivi 46) yhteisen päätöksen tarjoamista (*jos tehdään niin*). Rivillä 47 potilas esittää olevansa halukas vielä kokeilemaan ilman lääkitystä. Hänen voi siten tulkita yhtyvän lääkärin tarjoamaan päätökseen. Potilas pe-

rustelee tätä (rivi 49) tuntemuksellaan ja lääkäri osoittaa ymmärtävänsä potilasta (48 ja 50). Lääkäri asettaa päätökselle kuitenkin vaatimuksen (*vaatii*) verensokerin tiheämmästä seurannasta, koska potilaan verensokeriarvot ovat lääkehoitosuositusten rajoilla (rivit 50-51).

Vastaanoton lopussa lääkäri palaa vielä päätökseen vahvistaen sen. Hän kehottaa potilasta käymään laboratoriokokeissa ja tilamaan ajan seuraavaa vastaanottokäyntiä varten (rivit 54-55). Lisäksi hän muistuttaa (rivi 57) potilasta liikunnasta käyttäen käskylausetta (*kokeilkaa*), jolloin lääkärin voi tulkita asettavan itsensä autoritaariseen asemaan suhteessa potilaaseen (Sorjonen 2001). Toisaalta potilas on jo aiemmin tuonut liikuntaharrastuksensa esiin ja lausumallaan lääkäri esittää huomioivansa sen (vrt. Peräkylä ym. 2001). Potilas vastaa tähän preferoidusti ja viittaa huonolla omantunnolla syyllisyyteen siitä, ettei ole ehtinyt liikkumaan elämän tilanteensa vuoksi (*semmonen tilanne*). Näin hän osoittaa olevansa vastuuntuntoinen potilas. Hän kertoo asian kuitenkin jo korjaantuneen ja antaa näin lupauksen liikunnan harrastamisesta (rivit 58-59). Päätös on siten edelleen vahvistettu ja molemmin puolin hyväksytty.

#### 5.2.2.2 Houkutteleva päätöksenteko

Aineistosta löytyi kolme houkuttelevaa päätöksenteonrakennetta. Houkuttelevassa päätöksenteossa potilaat ”houkuttelivat” lääkäriä mieleiseensä päätökseen. Houkuttelulla tarkoitan tässä lääkärin johdattelua tietyn suuntaiseen päätökseen, ilman että potilas pyytää sitä suoraan (vrt. Kurri & Wahlström 2000). Potilaat palasivat yhä uudestaan ja uudestaan epäsuorasti esittämään aiheeseen liittyvää ongelmallisuutta. Lääkäri ei kuitenkaan reagoinut potilaiden toivomalla tavalla. Lopulta potilaiden olikin avoimesti esitettävä oma hoitoa koskeva näkemyksensä ja johdateltava lääkäriä avoimesti tietyn suuntaiseen päätökseen. Kuitenkin jämäkkään lääkärin johdatteluun liittyi tietynasteista epävarmuutta. Lääkäri päätyikin kyseisissä jaksoissa potilaan mieleiseen päätöksen, perustaen sen kuitenkin myös lääketieteellisiin kriteereihin. Houkuttelevan päätöksenteon rakenne on seuraava:

1. Potilas määrittelee ongelman
2. Potilas houkuttelee
3. Lääkäri arvioi lääketieteellisin kriteerein
4. Lääkäri myöntyy päätökseen
5. Potilas hyväksyy
6. Lääkäri vahvistaa päätöksen

**Esimerkki 5** (Houkutteleva päätöksenteko)

- 1 L: ja tässä joulukuussa olit tuossa diabeteshoitajan vastaanotolla. Sillon veren-
- 2 painetta oli 155/85, et tuota parempia ku mitä mä silloin vastaanotolla sain.
- 3 **1→** P: Nyt on kyllä asia niin, että voiks verenpaine, paineeseen vaikuttaa stressi, ja
- 4 ahdistus?
- 5 L: Totta kai.
- 6 P: Kaikki se. Mullon nyt kyllä semmonen tilanne, että.....((Potilas kertoo vai-
- kasta elämäntilanteestaan lääkärille, rivejä poistettu))
- 7 **1→** P:.... Se on niinku, mut mä vaan aattelin, että varmaan mun verenpainetta on
- 8 voinut vähän nostaa tämmönen.
- 9 L: Joo, kyllä tämä nostaa, elämä vaikuttaa siihen ja tuota (2.1)
- 10 **2→** P: Mutta saatasko me mitään semmosta verenpainelääkettä mulle, mikä.(1.9)
- 11 mua se nyt tässä huolestuttaa.
- 12 **3→** L: Katotaan, joo. Mut nää kokee nyt on itseasiassa aika mukavat ((Katsoo
- 13 laboriokoetulosteita ja lukee arvoja ääneen))

Päätöksenteon (esimerkki 5) alussa lääkäri ja potilas ovat tarkastelemassa potilaan verenpaine-arvoja. Lääkäri toteaa potilaan verenpaineen parantuneen edellisiin arvoihin nähden (rivit 1-2). Potilas aloittaa vuoronsa (rivit 3-4) jämäkällä toteamuksella (*nyt on kyllä asia niin*), mutta siirtyykin esittämään kysymyksen stressin ja ahdistuksen yhteydestä verenpaineeseen. Potilas ennakoii näin käsiteltävää ongelmaa ja osoittaa asian lääkärin tiedonpiiriin kuuluvaksi (vrt. Raevaara 2001). Lääkäri vastaa myöntävästi (rivi 5) ja seuraavassa vuorossaan potilas alkaa kertoa vaikeasta elämäntilanteestaan. Kertomuksen jälkeen potilas palaa käsittelemään verenpainettaan (rivit 7-8) ja kertoo myös itse ajatelleensa stressaavan elämäntilanteensa vaikuttaneen siihen. Näin hän esittää omaa kompetenssiaan. Kuitenkin potilas liittyy lausumaansa varauksellisia elementtejä (*varmaan, voinut*) nostaessaan oman maallikko tietämyksensä lääkärin lääketieteellisen tietämyksen rinnalle (vrt. Ruusuvuori 2001). Lausuma vahvistaa potilaan ongelmaksi kohonneen verenpaineen. Lääkäri vastaa potilaan lausumaan myöntävästi (rivi 9). Potilas ottaa vuoron itselleen lääkärin vuoron päättyessä. Riveillä 10-11 potilas aloittaa lääkärin houkuttelun. Hän esittää epäsuoran kysymyksen verenpaineen lääketoimintaan liittyen, eikä esimerkiksi kysy asiaa suoraa lääkäriltä. Samalla hän siirtää vastuuta päätöksestä lääkärille esittäessään toiminnan yhteisenä (*saatasko me*). Lisäksi hän paljastaa avoimesti huolensa kohonneesta verenpaineesta (*se*). Lääkäri antaa lupauksen harkita asiaa (*katotaan*) ja siirtyy arvioimaan tilannetta potilaan laboriokoearvojen perustella (rivit 12-13).

**Esimerkki 5** (Houkutteleva päätöksenteko)

- 14 P: Sä silloin (1.3), oisko siitä nyt, millonka sä nyt sit annoit sen uuden tai sen  
 15 toisenkin verenpainelääkkeen mulle.(.)Mä oon niitä kyllä säännöllisesti ihan  
 16 2→ ottanut, mutta oisko siinä nyt sitten mitään,(2.0) mitään temppea sen veren-  
 17 paineen kans?  
 18 3→ L: Tää on ( ) ((Katsoo sydänfilmiä))  
 19 P: Tä?  
 20 L: Tää sydänfilmikin on ihan hyvä.  
 21 P: Joo, ei siinä varmaan=  
 22 3→ L: =Tuota, onks sulla viime päivinä mitattu sitä verenpainetta?  
 23 P: No nyt toissapäivänä mä viimeks mittuutin ja se oli 180/100.  
 24 L: Joo.  
 25 P: Ja oli, ol-, kävin mä täälläkin, täällä terveydenhoitajalla, ei tästä oo kovin  
 26 kauaa. Oisko se ollu näihin samoihin aikoihin, kun mä täällä kävin. (.) Kyl se  
 27 varmaan laitto sinne.(1.2) Ei se ihan noin korkea ollut  
 28 L: Joo.(Lääkäri katsoo tietokoneelta) (6.2)  
 29 P: Varsinkin kun mä ajan autoo paljon, niin sitten niitten reissujen jälkeen mä  
 30 tunnen, että mulla niinku (2.0) ne on nää matkatkin aika pitkiä=  
 31 L: =Katotaas mitä se=  
 32 P: =Nyt siihen tietysti vielä lääkärilisäkin.=  
 33 3→ L: = mitä se nyt näyttää. ((Alkaa mitata potilaan verenpainetta))  
 34 P: Mut ei ton sokerin tai diabeteksen kans ei varmaan tarvi mitään lääkitystä...  
 (Rivejä poistettu)

Riveillä 14-17 potilas palaa jälleen käsittelemään verenpainettaan, mikä ilmentää asian olevan potilaalle merkityksellisen (vrt. Raevaara 2000). Hän kertoo ottaneensa säännöllisesti lääkärin määräämää verenpainelääkettä ja osoittaa näin kuuliaisuutensa lääkärin määräystä kohtaan. Tämän jälkeen potilas jatkaa houkuttelua. Lause jatkuu vastakkaisuutta edelliseen lausumaan ilmaisevalla *mutta*-sanalla (vrt. Raevaara 2000), peräten taas kysymyksen muodossa verenpaineenhoitoa. Mahdollisesti potilas myös ennakoi tämän hetkiseen lääkitykseensä liittyvää ongelmallisuutta, koska hän haluaa sitä selvästi muutettavan. Potilaan vuoroon liittyy taukoja, jotka kuvaavat jälleen asian esittämiseen liittyvää varauksellisuutta nostaa oma tietämys lääkärin lääketieteellisen tiedon rinnalle (vrt. Raevaara 2000).

Lääkäri ei vastaa potilaan vuoroon vaan jatkaa arviointia tarkastelemalla potilaan sydänfilmiä (rivit 18, 20) ja toteaa sen hyväksi. Rivillä 21 potilas vastaa aavistuksen verran närkästyneellä äänellä, ettei sydänfilmissä todennäköisesti pitäisikään olla mitään. Potilaan närkästys johtuneen siitä, ettei lääkäri vastannut potilaan verenpaineenhoitoa koskevaan kysymykseen. Rivillä 22 lääkäri tiedustelee, onko potilas viimeaikoina mittauttanut verenpainettaan arvioidakseen tilannetta viimeaikaisten arvojen perusteella. Potilas kertoo ajankohdan ja nyt ensimmäisen kerran havainnollistaa verenpaineen korkeutta mittaustuloksien (rivi 23). Hän jatkaa riveil-

lä 25-27 kertoen käyneensä myös terveydenhoitajalla mittaauttamassa verenpainettaan ja vihjaa tulosten löytyvän tietokoneelta. Lisäksi hän toteaa, että arvot olivat silloin matalammat kuin nyt. Lausumallaan potilas mahdollisesti estää lääkäriä tekemästä hoitopäätöstä aiempien tulosten perusteella. Lääkäri on suunnannut katseensa tietokoneelle ja tarkastelee koneelta nähtävästi potilaan aiempia verenpainearvoja. Seuraa pitempi tauko, jonka aikana potilas ottaa vuoron itselleen (rivit 29-30) ja jatkaa ongelman kuvailua. Riveillä 31 ja 33 lääkäri jatkaa tilanteen arviointia mittaamalla potilaan verenpainetta. Potilas pelkää, että arvot ovat aiempaakin korkeammat, koska hän puhuu *lääkärilisästä* (rivi 32). Potilas siirtyy käsittelemään verenpaineen mittauksen yhteydessä muita asioita (rivi 34).

#### **Esimerkki 5** (Houkutteleva päätöksenteko)

- 35 L.: 182 ja 94.  
 36 P: Mut eihän toi alapaine hirvee oo, ku se on 94. Se on alle sadan(.)hehheh (5.0)  
 37 2→ mut itse asiassa, se uus lääkitys, minkä sä siihen lisäks panit, niin se ei oo  
 38 kyllä tehnyt ainakaan, se ei alentanut sitä ainakaan yhtään.  
 39 4→ L: ((Lääkäri katsoo tietokoneelta)) (32.5) Vois, voitais tehdä sillä tavalla,  
 40 että sellasen kapselin(.), mikä siinä on, (.)niin sitä saa semmosena nyt, siinä  
 41 on vähän nesteenoistoainetta mukana.  
 42 P: Niin.  
 43 L: Se tehostaa vielä sen=  
 44 P: =Vaikutusta.  
 45 L: vielä sen vaikutusta.  
 46 6→ P: No, mullon nyt niitä vähän, muutama vielä, jonkun verran jälellä, niin voinks  
 47 mä syödä ne kuitenkin loppuun?  
 48 7→ L: Juu ja seuraavana sitten  
 49 P: ottaa?  
 50 L: Ottaa ((Kirjoittaa reseptiä))  
 51 P: Siihen pitäis varmaan nyt kirjottaa se toinenkin sitten, sekin alkaa loppua koh-  
 52 ta...

Rivillä 35 lääkäri ilmoittaa potilaalle mittauksella saamansa verenpainearvot. Potilas on yllätynyt, ettei alapaine ollutkaan niin korkea kuin hän oli odottanut (rivi 36) ja nauraa. Mahdollisesti potilas käsittelee naurullaan aikaisemmassa yhteydessä ilmennyttä asiaan liittyvää ongelmallisuutta ja huoltaan (vrt. Haakana 2001). Kenties potilas myös pelkää, ettei lääkäri suhtaudu hänen ongelmaansa vakavasti. Verenpainehan ei ollut niin korkea, kuin potilas oli antanut lääkärin ymmärtää. Potilaan naurua seuraa tauko. Lääkäri on suunnannut katseensa tietokoneelle ja nähtävästi hän arvioi edelleen potilaan verenpainetilannetta. Potilas jatkaa lääkärin houkuttelua riveillä 37-38. Hän aloittaa *mutta*-sanalla, joka kontrastoi edellä lausuttuun (Raevaara 2000): Vaikka verenpaine on nyt hiukan alhaisempi, potilaan mielestä tämän hetkinen lääkitys ei ole siihen kuitenkaan vaikuttanut. *Ainakaan*-, *yhtään*- ja *kyllä*-sanojen käytön poti-

laan lausumassa voi tulkita retoriseksi viestin tehostamiseksi (vrt. Olin 1996). Nyt vasta potilas esittää avoimesti ja jämäkästi tyytymättömyytensä tämän hetkiseen verenpainelääkitykseen ja paljastaa näin ongelman, josta hän on aiemmin vain epäsuorasti vihjailnut. Tästä voi tulkita, ettei potilas ollut ensin halukas esittämään avoimesti lääkitykseen liittyvää tyytymättömyyttään. Hän ehkä toivoi verenpaineen mittauksen osoittavan sen lääkärille. Näin ei kuitenkaan tapahtunut ja potilas joutui esittämään avoimesti lääkkeeseen kohdistuneen tyytymättömyytensä.

Rivillä 39 lääkäri jatkaa tilanteen arviointia katsomalla toistamiseen tietokoneelta potilaan tuloksia ja näyttää mieltivältä. Seuraa noin puolen minuutin tauko, jonka aikana lääkäri todennäköisesti harkitsee päätöstä vielä päässään verikoearvojen perusteella, koska heti tauon jälkeen hän esittää päätöksensä uuden lääkkeen aloittamisesta. Lääkäri myöntyy siten potilaan houkutteluun. Houkuttelun lisäksi lääketieteelliset kriteerit vaikuttivat lääkärin päätökseen. Lääkäri aloittaa passiivisella *voida*-verbillä, jonka hän kuitenkin korjaa yhteiseksi toiminnaksi (*voitas*) haluten näin osoittaa potilaan osallisuuden päätökseen. Lääkäri käyttää lisäksi konditionaalialia ja *voida*-verbiä esittäen päätöksensä ehdotuksena (Kurri & Wahlström 2001). Ehdotavia keinoja käyttäessään lääkäri asettuu tasavertaisempaan asemaan potilaan kanssa (Sorjonen 2001). Lääkäri kertoo potilaalle uudesta, aloitettavasta lääkityksestä (rivit 40-41, 43, 45). Potilas esittää kuuntelevansa lääkäriä minimipalautteella (rivi 42) sekä ennakoimalla hänen sanomaansa (rivi 44). Potilaan vuorosta, riveillä 46-47, voi päätellä, että hän on hyväksynyt lääkärin päätöksen. Hän kysyy lääkäriltä lupaa (*voinks*) käyttää tämän hetkisen lääkityksensä loppuun. Lääkäri vastaa myöntävästi minimipalautteella ja neuvoo potilasta aloittamaan uuden lääkityksen vasta sen jälkeen (rivi 48, 50). Lääkäri alkaa kirjoittaa reseptiä vahvistaen päätöksensä. Potilas vaihtaa puheenaiheen muiden lääkereseptien uusimiseen (rivit 51-52) ja päätösepisodin voi katsoa päättyneeksi.

### 5.2.2.3 Ongelman vähättelyyn perustuva päätöksenteko

Aineistosta löytyi kolme ongelman vähättelyyn perustuvaa päätöksenteonrakennetta. Kyseisessä päätöksenteossa potilas teki aloitteen omiin tuntemuksiin ja kokemuksiin perustuvalla ongelman määrittelyllä. Ongelma tuntui rajoittavan kaikissa tapauksissa potilaan elämää, mutta lääkärin perustelujen jälkeen hän ikään kuin alkoi vähätellä ongelmaansa ja myöntyi lääkärin päätökseen. Oman ongelman vähättely kuvasi potilaan suuntautumista itsensä ja lääkärin väliseen näkemyseroon kumoamalla oman ongelmansa, ja tunnustamalla siten lääkärin

kompetenttiuden päätöksenteossa. Näin hän pystyi suojelemaan kasvojaan (vrt. Raevaara 2000). Ongelman vähättelyyn perustuva päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Potilas määrittelee ongelman
2. Lääkäri harkitsee
3. Lääkäri esittää päätöksensä
4. Lääkäri tarkentaa potilaan ongelmaa
5. Potilas vähättelee omaa ongelmaa ja tulee lääkäriä vastaan
6. Lääkäri vahvistaa päätöksen
7. Potilas hyväksyy lääkärin päätöksen

#### Esimerkki 6 (Potilaan näkemyksen vähättelyyn perustuva päätöksenteko)

- 1   **1→**   P: >Kun mä sillä, et, mä olin ite voimakkaasti sen puolesta, et se lääkitys olis  
2           jätetty pois, kun mulla tulee hirveen voimakas se verensokerin lasku tässä aamupäivällä.<  
3  
4           L: Joo. ((KA+, NY+))  
5           P: >Että mun on vaikee niinku liikkua, niinku mis(h)sään, ku mullon se, vaikka  
6           mä syön noin pienenkin annoksen, niin se laskee sitten sinne, että mä jo tutisen ku, ((takeltelua)) siinä jo ku se on, lähellä kolmee, niin mä oon ihan niin  
7           ku semmonen täys tutina päällä/<  
8  
9           L: Tulee oireita siitä=  
10          P: = >Niin<.=  
11          L: = matalasta sokerista.  
12          P: >Ja semmonen huono, niin.<=  
13   **2→**   L: =Tää pitkäaikaissokeri (.), HbA1C on nyt 6.9. Ja se on seilannut nyt nää viime  
14          vuodet ((L katsoo laboratoriokoetuloksia tietokoneelta))  
(rivejä positettu)  
15          L: Tuota, kyllä se alle 7 pitää olla  
16          P: .Mmm.  
17   **3→**   L: se pitkäaikaissokeri ja oisinkin sitä mieltä, että tätä tablettilääkitystä  
18          P: Joo.  
19          L: kyllä tarvitaan.  
20          P: Just.

Esimerkin 6 kohdalla potilaan omalääkäri on vaihtunut jo kolmannen kerran. Uusi omalääkäri ja potilas läpikäyvät potilaan lääkitystä vastaanoton alussa. Käsiteltäessä potilaan sokeritautilääkitystä potilas aloittaa ongelman määrittelyn (rivi 1). Potilas olisi aiemmin (imperfekti, *olin*) halunnut itse lopettaa tunnetun (se) verensokerilääkkeen käytön. *Mä ite*-kehyslausuma kuvaa ehdotuksen olleen potilaan oman (vrt. Raevaara 2000) ja *voimakkaasti*-sanan käyttö tuo potilaan lausumaan intensiteettiä (Raevaara 2000), korostaen juuri potilaan omaa halukkuutta lääkkeen lopettamiseen. Potilas kuvailee ja perustelee riveillä 2-3 sekä 5-8 pieneenkin lää-



keannoksen käyttöön liittyvää ongelmallisuutta ja rakentaa näin oman tietämisensä ja näkökulmansa oikeutusta (vrt. Gerlander 2003). Verensokeri laskee niin alhaiseksi, että siitä seuraa potilaan elämää rajoittava (*on vaikea liikkua*) sivuvaikutus (*tutina*). Potilas esittää asian preesensissä, josta voi tulkita ongelman jatkuvan yhä (vrt. Raevaara 2000). Potilaan nopea puhe, takeltelu ja naurahdus kuvaavat asiaan liittyvää ongelmallisuutta (ks. Hakulinen 1989), mutta mahdollisesti myös epävarmuutta esittää oma näkemyksensä lääkärille. Lääkärin katse on suuntautunut potilaaseen ja hän nyökkäilee sekä toistaa potilaan sanomaa (rivit 4, 9, 11) osoittaen kuuntelevansa potilasta ja pitävän tämän kertomusta merkityksellisenä. Potilas vahvistaa lääkärin toistoa ensin minimipalautteella (rivi 10). Rivillä 12 hän jatkaa *ja*-sanalla lisäten ”*semmone huono*”, jolla potilas todennäköisesti tarkoittaa verensokerin alhaisuudesta seuraavaa huonoa oloa.

Riviltä 13 lähtien lääkäri arvioi lääkehoidon tarvetta potilaan verensokeriarvojen perusteella. Hänen mukaansa verensokerin pitää olla alle 7. Hän käyttää *pitää*-verbiä, mikä ilmaisee ohjeeseen tai neuvoon perustuvaa ulkoista velvoitetta (ks. Hakulinen 1989). Tässä ohjeena ovat verensokerihoidon suositukset, joihin nojaten lääkäri tekee päätöksensä lääkkeen jatkamisesta (rivit 17 ja 19). Hän pehmentää päätöksen lääkärikeskeistä luonnetta esittämällä sen vaihtoehtoiseksi konditionaalissa ja omana mielipiteenään (*oisinkin sitä mieltä*) (vrt. Sorjonen 2001). Rivillä 20 potilaan voi tulkita hyväksyvän lääkärin päätöksen minimipalautteella (*just*).

#### **Esimerkki 6** (Potilaan näkemystä vähättelevä päätöksenteko)

- 21   **4→**   L: Mutta onko niitä oireita ihan joka päivä siitä matalasta sokerista?  
 22   **5→**   P: >Ei, ei,(.) että se on ja mä nyt osaan aika hyvin varautua siihen<  
 23           L: Joo.  
 24           P: >sillä tavalla, että kun tuota niin, mä, mä lähen, tietysti osittain se, ku mä  
 25           syön niin aikaseen aamupalankin, kun mä herään<  
 26           L: Niin.  
 27           P: >herään aikaseen, niin mä syön aamupalankin sillon. Ja sitten tuota niin, kyllä  
 28           mä kulen yleensä nyt kaupungillakin niin banaani laukus(h)sa tai jotakin, et-  
 29           tä>  
 30           L: Joo.  
 31           P: > et silleen, että ja, ja teen sen, et jos mä johonkin reissuun lähen, et mä tiän,  
 32           et mä en pääse, saa ruokaa, niin mä en ota sinä aamuna pilleriä.<  
 33           L: Joo, ollenkaan.  
 34           P: Niin.  
 35           L: Joo.  
 36           P: Että, että se on, koska se auttaa siihen sitten.  
 37           L: Onko näistä tablettilääkkeistä Kela-korvausoikeus myönnetty?  
 (rivejä poistettu)

- 38 6→ L: Mä oisin nyt tässä vaiheessa sitä mieltä, että jatketaan tuota pientä Amaryl-  
 39 annosta.  
 40 7→ P: Joo.  
 41 6→ L: Ja teen lähetteen laboratorioon...

Päätöksestään huolimatta lääkäri kuitenkin palaa (rivi 21) potilaan kuvailemaan ongelmaan käsitellen sitä siten merkityksellisenä (vrt. Raevaara 2000). Rivillä 22 potilas vastaa lääkärin kysymykseen alkaen vähätellä aiemmin kertomiensa sivuvaikutusten vakavuutta; oireita ei ole joka päivä ja lisäksi potilas kertoo osaavansa varautua niihin erinäisin järjestelyin, jopa jättämällä lääkkeen ajoittain kokonaan pois (rivit 24-25, 27-29, 31-32). Lääkäri osoittaa kuuntelevansa potilasta minimipalautteilla ja antaa hänelle tilaa jatkaa vuoroaan (rivit 23, 26, 30). Lisäksi rivillä 33 hän tarkentaa potilaan kertomusta. Rivillä 36 potilas nähtävästi perustelee lääkkeen ajoittaista pois jättämistä, toteamalla sen auttavan. Todennäköisesti hänelle ei tällöin tule oireita alhaisesta verensokerista. Lääkäri esittää rivillä 37 kysymyksen lääkkeen korvattavuudesta, ikään kuin hän selvittäisi sen mahdollista yhteyttä lääkkeen pois jättämiseen. Toisaalta se saattaa olla vain rutiininomainen, potilaan parhaaseen tähtäävä kysymys. Lääkäri ja potilas siirtyvät keskustelemaan lääkkeen korvattavuudesta.

Muiden asioiden käsittelyn jälkeen lääkäri palaa taas päätökseen vahvistaen sen (rivit 38-39). Lääkäri pitää päätöksensä, koska potilas on esittänyt ongelmansa edellä vähäisenä. Lisäksi hän oikeuttaa lääkkeen jatkamista kuvaillen potilaan lääkannosta pieneksi. Lääkkeen jatkamisen lääkäri esittää yhteisyyttä osoittavalla passiivisella me-muodolla (*jatketaan*) (Haakana 2001). Lisäksi hän esittää päätöksensä toistamiseen konditionaalissa ja omana mielipiteenään vaihtoehdokseksi (Kurri & Wahlström 2000). Näin lääkärin voi olettaa pehmentävän muuten lääkärikeskeistä päätöstä. Potilas hyväksyy päätöksen minimipalautteella (rivi 40). Rivillä 41 lääkäri alkaa kirjoittaa laboratorio lähetettä, josta voi tulkita asian loppuun käsitellyksi ja päätöksen edelleen vahvistetuksi.

### 5.3 Päätöksenteko elintapaneuvonnassa

Elintapaneuvonnasta oli löydettävissä kolme erilaista päätöksenteonrakennetta: kaksi lääkärikeskeistä (keskeytyvä ja siirtyvä päätöksenteko) ja yksi potilaskeskeinen (neuvotteleva päätöksenteko). Potilaan elintapoja käsiteltiin arkaluontoisesti, mikä vaikutti myös päätöksenteon rakenteeseen. Valta-osa päätöksenteosta keskeytyi lääkärikeskeiseen, persoonattomaan neuvon. Ainoastaan kaksi päätöksentekoa rakentui kokonaisiksi. Keskeytyneet, kuten myös ko-

konaiseksi rakentuneet päätökset, koskivat ravitsemukseen, tupakointiin, alkoholin käyttöön, liikuntaan ja laihduttamiseen liittyviä elintapamuutoksia.

### 5.3.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko

#### 5.3.1.1 Keskeytyvä päätöksenteko

Aineistossa oli yhteensä seitsemän päätöksenteonrakennetta, jotka keskeytyivät lääkärin persoonattomaan neuvon. Neuvon toteuttamisen lääkärit muotoilivat välttämättömäksi, luvanvaraiseksi tai kannattavaksi modaaliverbejä käyttäen (*pitää, täytyy, voi*). Päätös neuvon noudattamisesta jätettiin siten vastaanoton ulkopuolelle, potilaan harkinnan varaan. Neuvoille oli tyypillistä niiden esittäminen yleisesti ilman toimijaa (Sorjonen 2001). Tällainen persoonaton neuvo suojelee asiakkaan kasvoja tuottaen silti neuvonnan efektejä. Neuvonnassa potilaan tiedot asetetaan alempiarvoiseksi, jolloin neuvonta uhkaa potilaan ”kasvoja”. Kuitenkin persoonattoman neuvon ongelmana on usein, ettei sen perille menosta ole varmuutta (Suoninen 2000). Keskeytyvälle päätöksenteolle oli tyypillistä lisäksi pohjustaminen. Pohjustuksella kuten myös persoonattomilla neuvoilla voidaan neutralisoida aiheen arkaluontoisuutta ja osoittaa, ettei kysymyksessä ole mikään potilaaseen henkilöityvä seikka (vrt. Raevaara 2003). Keskeytyvä päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Lääkäri pohjustaa päätöksentekoa
2. Lääkäri määrittelee ongelman
3. Lääkäri antaa persoonattoman neuvon

#### Esimerkki 7 (Keskeytyvä päätöksenteko)

- 1 **1→** L: ... Kyllä. (3.0) Te jätitte sen tuota, (1.0) tuota tuota, sen oluen pois. Mites se  
2 viinin käyttö nyt?
- 3 P: No, sitä nyt tässä on tullut.(1.0) Mä oon sitäkin vähentänyt kyllä, (1.0) sitä  
4 tuota tosiaan niin ( ), ih- ihan sitte ( ) ihan ruokajuomana sitä on pidetty ja  
5 siinä sitä on sitte mennyt janojuomanakin ( ), voi sannoo. ( ) Ihan ruokaviiniä  
6 tosiaankin.
- 7 **2→** L: Joo. (2.0) Et siinähan tietysti (3.0) on, jos siinä pullo, pari menee päivässä,  
8 tietysti aika paljon liikaa, {mutta...}
- 9 P: {On siinä toki, joo, että...}
- 10 **3→** L: (2.0) Täytyy kyllä varmasti janojuomaks ja semmoseks ( ), niin joku  
11 tämmönen [KA+] vesi ol (h) la.[ KA-]
- 12 P: £ Kyllähän se niinkin on£. Se tahtoo tietysti olla, että  
13 siinä sitten tulee=

14 L: =Joo. Nythän tuota, kun näitä laboratoriokokeita teistä katottiin,

Ennen päätöksentekoa (esimerkki 7) lääkäri ja potilas ovat keskustelleet potilaan ravintotottumuksista potilaan ylipainon vuoksi, kunnes lopulta päädytään käsittelemään potilaan alkoholin kulutusta. Alkoholikeskustelun sisällyttäminen muuhun ravitsemukseen liittyvään keskusteluun neutralisoi aiheen arkaluontoisuutta (vrt. Raevaara 2003). Yleinen keskustelu ravintotottumuksista sekä lääkärin vuoro riveillä 1-2 pohjustavat potilaan alkoholin kulutuksen käsittelyä. Lääkäri käsittelee potilaan alkoholin käyttöä tunnettuna (*sen oluen, se viinin käyttö*) (Raevaara 2000), joten aihetta on todennäköisesti käsitelty aiemminkin. Riveillä 3-6 potilas kertoo vähentäneensä viinin käyttöä ja kuvailee käytön sosiaalisesti hyväksyttäväksi liittäen sen ruokailun yhteyteen (*ihan ruokajuomana*) (vrt. Raevaara 2003). Toisaalta viinin käyttö janojuomana esittää kulutuksen runsaaksi ja ongelmalliseksi. Potilaan vuorossa usein toistuvat taudit ja takeltelu kertovat myös aiheen käsittelyyn liittyvästä varauksellisuudesta ja ongelmallisuudesta (vrt. Peräkylä & Sorjonen 1997).

Rivillä 7 lääkäri vastaa ensin minimipalautteella. Lyhyen tauon jälkeen hän määrittelee potilaan alkoholin käytön avoimesti ongelmalliseksi. Ilmeisesti hänellä on entuudestaan tiedossa potilaan viinin kulutus määrällisesti tai sitten hän arvioi sen potilaan kertomuksen perusteella (*pullo tai pari*). Hän jatkaa edellä lausuttuun vastakkaisuutta ilmentävällä *mutta*-sanalla (vrt. Sorjonen 2001). Lause kuitenkin keskeytyy potilaan ottaessa vuoron itselleen päällekkäisellä puheellaan (rivi 9). Hän yhtyy lääkärin ongelman määrittelyyn ilmaisten samanmielisyytensä (Raevaara 2000). Riveillä 10-11 lääkäri esittää persoonattoman neuvon vedestä janojuomana. On selvää, että lääkäri osoittaa neuvon juuri potilaalle, mutta taka-alaistaa toimintasuhteen. Kyseisellä muotoilulla myös lääkäri käsittelee alkoholin kulutusta arkaluontoisesti. (Sorjonen 2001.) Neuvon noudattamisen lääkäri muotoilee *täytyy*-verbillä välttämättömäksi. Lausumansa lopuksi lääkäri naurahtaa ja potilas esittää seuraavan vuoron alussa samanmielisyytensä myös nauraen (rivi 12). Nauru vahvistaa edelleen molempien osapuolten kokevan aiheen käsittelyn arkaluontoiseksi (vrt. Haakana 2001). Riveillä 12-13 potilas alkaa todennäköisesti selittää asiaan liittyvää ongelmallisuutta, mutta vuoro keskeytyy lääkärin ottaessa sen itselleen ja vaihtaessa aihetta (rivi 14). Aiheeseen ei enää vastaanotolla palata.

### 5.3.1.2 Siirtyvä päätöksenteko

Toisessa kokonaiseksi rakentuvassa päätöksenteossa lääkäri pyrki aikaansaamaan päätöksen potilaan tupakoinnin lopettamisesta, vaikka potilaalle itsellään ei selvästikään ollut muutosvalmiutta tähän. Loppujen lopuksi potilas torjui lääkärin itsepintaisen yrityksen. Tällöin lääkäri joutui myöntymään ja siirtämään päätöksen potilaan ehdoille tulevaisuuteen. Tämäkin päätöksenteko aloitetaan pohjustuksella keskeytyvän päätöksenteon tapaan. Siirtyvän päätöksenteon rakenne on seuraava:

1. Lääkäri pohjustaa päätöksentekoa
2. Lääkäri määrittelee ongelman
3. Lääkäri tarjoaa vaihtoehtoja
4. Potilaan näkemyksen selvittäminen
5. Potilaan vastarinta
6. Lääkäri siirtää päätöksen

#### Esimerkki 8 (Siirtyvä päätöksenteko)

- 1   **1→**   L: Mitenkäs sitten tupakoinnin hyvät ja huonot puolet on ajatuksissa, että?  
 2           P: No, kyllä se yskittää jo ihan tarpeeksi, mutta en mä siitä eroon oo päässy,  
 3           että (5.5)  
 4   **2→**   L: Täähän ei (.) tää sokeritaudin kanssa (.) tää tupakka sopii sillai huonosti yh-  
 5           teen, kun se käy verisuonten päälle.  
 6           P: Mmm. ((NY))  
 7           L: Että sitte ku kyllästytkö yskimiseen, niin (5.6) sitten niin voitais tota (3.0) miet-  
 8           tiä, että hyödytkö sä niistä laastareista vai ootko sä kokeillut missään vaihee-  
 9           sa?  
 10          P: En.  
 11   **3→**   L: Niitä on olemassa laastareita, joista saa sitä nikotiinia, siinä toisessa vai-  
 12          heessa. Sitten on olemassa semmosta, jota vedetään henkeen.  
 13          P: Joo ((NY))  
 14          L: Sitten on semmosta, jota sumutetaan nenään.  
 15          P: Joo  
 16          L: Toiset tykkää, että se nenään sumutettava on tehokkain. Se on näistä ainut  
 17          semmonen, joka on reseptillä. Mutta sitte se, mikä henkeen vedetään, niin  
 18          sekin on ihan reseptivapaa. Että sä voit niinku ihan apteekista hakee ko-  
 19          keiltavaks.  
 20          P: Joo. ((NY)) (2.0)

Ennen päätöksentekoa (esimerkki 8) lääkäri on hallinnut vastaanoton kulkua keskusteltavien aiheiden valinnalla. Potilaan osallistuminen on ollut vähäistä. Lääkäri osoittaa olevansa en-

tuudestaan tietoinen potilaan tupakoinnista esittäessään sitä ja sen haittavaikutuksia kartoittavan kysymyksen (rivi 1). Kysymys on avoin ja refleктоiva, jolla lääkäri voi mahdollistaa potilaan osallistumista päätöksentekoon (vrt. Poskiparta ym. 2000). Potilas myöntää naurahtaen (rivi 2), että tupakasta on hänelle haittavaikutuksia (*yskä*). Tätä seuraa *mutta*-sana, joka merkitsee tulevan lauseen vastakohtaksi edelliseen (Raevaara 2000): haittavaikutuksesta huolimatta, potilas ei kuitenkaan ole lopettanut tupakointia. Potilaan lause jää kesken ja seuraa tauko (rivi 3), jonka jälkeen lääkäri ottaa vuoron itselleen. Riveillä 4-5 lääkäri perustelee esittämänsä kysymystä tupakan ja diabeteksen huonolla yhteensopivuudella. Samalla hän myös määrittelee ongelman.

Riveillä 7-9 lääkäri esittää tulevaisuuteen suuntautuvan ehdotuksen potilaalle. Kun potilas kyllästyy tupakan sivuvaikutukseen (ts. kun potilas on valmis muutokseen), vasta sitten aletaan miettiä tupakan vieroitushoitoa (tässä *laastari*). Lääkäri esittää toiminnan yhteiseksi passiivisella me-muodolla (*voidaan*) (Haakana 2001) osoittaen potilaan osalliseksi kyseiseen päätökseen. Lausuman lopuksi lääkäri selvittää suljetulla kysymyksellään, onko potilas joko kokeillut nikotiinilaastaria. Potilas vastaa hiljaisella äänellä kieltävästi (rivi 10). Vaikka lääkäri on esittänyt päätöksenteon ajankohtaiseksi vasta tulevaisuudessa (rivit 7-9), hän silti alkaa yksityiskohtaisemmin esitellä vaihtoehtoisia nikotiinituotteita (rivit 11-12, 14, 16-18).

### **Esimerkki 8** (Siirtyvä päätöksenteko)

- 21 L: Ja kyllä se niinku enempi on sitä, että tulee tarpeeks mietittyä nää hyvät ja  
 22 huonot puolet vastakkain sen tupakan kanssa. Sitte kun sen päättää, niin  
 23 pärjää ihan hyvin, mutta niin kauan ku se päätöksenteko on kesken, niin  
 24 niin kauan se tupakanpoltto ei lopu.  
 25 P: Näin on. ((NY)) (4.0)  
 26 L: Kyllä sitä varmaan aina pysähtyy (1.0)  
 27 P: Joka kerta, aina.((Potilas hymyilee.lääkäri nauraa))  
 28 **4→** L: No, meneekö {se sitten}  
 29 **5→** P:{Kyllä mulle/}on pidetty oikein palopuheitakin, heheheh että se  
 30 on lopetettava nytten hehehheh, mutta ei se nyt oikein oo £menny vielä niin-  
 31 ku tajuntaan.£  
 32 **6→** L: Mmm. (.) No, jos tykkäät, niin otetaan vaan joka toinen kerta  
 33 P: Hehhehheh  
 34 L: Sano sitten niin lakataan ärsyttämästä.((Lääkäri kääntää katseensa pois po-  
 35 tilasta tietokoneen näyttöön kasvoillaan on kireä hymy))  
 36 P: £ No, kyllähän sitä saa kysyä.£

Vaihtoehtoja tarjoamalla lääkärin voi tulkita jo tässä vaiheessa pyrkivän tekemään päätöksen, vaikka riveillä 23-24 hän toteaa ristiriitaisesti, että tupakan lopettamispäätökseen täytyy olla valmis. Potilas ilmaisee olevansa samaa mieltä lääkärin kanssa (rivi 25) ja vihjaa samalla, ettei hänellä vielä ole valmiutta tupakoinnin lopettamiseen. Rivillä 26 lääkäri aloittaa lauseensa, joka jostakin syystä keskeytyy. Ilmeisesti hän tarkoittaa tupakoinnin lopettamisen miettimistä, joka kerta kun sivuvaikutuksia ilmenee. Rivillä 27 potilas ennakoii, mihin lääkäri keskenjääneessä vuorossaan pyrkii ja vastaa myöntävästi: hän on asiaa miettinyt, joka kerta ilmeisesti sivuvaikutuksen ilmaantuessa. Potilas esittää asian hymyillen, johon lääkäri yhtyy naurullaan. Tässä yhteydessä nauru mahdollisesti liittyy siihen, että molemmat osapuolet käsittelevät aihetta arkaluontoisena ja ongelmallisena (Vrt. Haakana 2001). Myös toistuvat taudit vahvistavat tätä (Peräkylä & Sorjonen 1997). Lääkärin kysymyksen voi myös tulkita potilaalle tarjotuksi osallistumismahdollisuudeksi. Tähän viittaa myös lääkärin aloittama potilaan vastausta tarkentava kysymys rivillä 28, joka kuitenkin keskeytyy potilaan ottaessa ponneksaasti vuoron itselleen.

Potilas esittää jämäkästi saaneensa valistusta (rivit 29). Nähtävästi hän on kokenut sen negatiiviseksi kuvaillessaan sitä *palopuheena*. Potilas käyttää edelliseen kontrastoivaa *muttasanaa* (Raevaara 2000) ja myöntää ettei saamastaan valistuksesta huolimatta ole vielä sisäistänyt tupakoinnin lopettamista (*ei oo mennyt tajuntaan*) (rivi 30-31). Tämä myös ilmentää, että potilaalla on asiaan liittyvää tietoa, mutta ei valmiutta muutokseen. Potilaan vuoro on tulkittavissa päätöksenteon epäsuoraksi torjunnaksi, jota potilas kuitenkin pehmentää naurullaan (rivit 30-31, 33) (vrt. Haakana 2001). Tähän mennessä potilaan mukanaolo päätöksenteossa on rajoittunut minimipalautteisiin ja lyhyisiin vastauksiin. Kyseisen potilaan kohdalla minimipalautteiden tulkinta osoittautui vaikeaksi, koska esimerkiksi vuorot riveillä 6, 13, 15 ja 19 vihjailevat, ettei potilaalla ole vielä valmiutta lopettamispäätökseen. Minipalautteet voisi siten tulkita passiiviseksi vastarinnaksi (vrt. Vehviläinen 2001). Toisaalta minimipalautteet voidaan tässä tulkita myös kuuntelun osoitukseksi, sillä potilaan katse on suuntautunut lääkäriin ja hän vahvistaa minimipalautteitaan nyökkäämällä (Vrt. Kettunen ym. 2001). Kysymyksessä voi olla myös hyvin hienovarainen passiivinen vastarinta, joka muuttuu lopulta epäsuoraksi torjunnaksi (vrt. Vehviläinen 2001). Lääkäri tulkitseekin potilaan vuoron päätöksenteon torjunnaksi keskeyttäessään päätöksenteon tähän (rivit 32) ja siirtäessään sen tulevaisuuteen potilaan ehdoille. Lisäksi lääkärin viimeisen kommentin (rivi 34) voi tulkita närkästykseksi potilaan torjuvaan vuoroon (*lakataan ärsyttämästä*). Tätä tukee myös se, että lääkäri kääntyy tietokoneelle pois potilaasta kireä hymy kasvoillaan. Tähän asti lääkäri on istunut kasvokkain

potilaan kanssa. Potilas yrittää keventää tilannetta (rivi 35) todeten nauraen, että saahan asiaa tietenkin kysyä. Lääkäri siirtyy uuteen aiheeseen.

### 5.3.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko

#### 5.3.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko

Toista elintapaneuvonnassa kokonaiseksi rakentuvaa päätöksentekojaksoa ei ollut mahdollisuus litteroida yksityiskohtaisemmin, koska videonauhoitus katkeaa juuri ennen sitä. Valitsin kuitenkin kyseisen päätöksenteon aineistooni, koska se on elintapaneuvonnan osalta ainutlaatuinen potilaan aktiivisen osallistumisen vuoksi. Päätöksenteko käsittelee potilaan osallistumista painonhallintaryhmään. Päätös syntyi lääkärin ja potilaan yhteisen neuvottelun tuloksena potilaan näkemysten ja oman elämänsä asiantuntijuuden pohjalta. Kyseinen päätöksenteko on yhtenäinen keskeytyvän ja siirtyvän päätöksenteon kanssa, koska tässä myös lääkäri pohjusti päätöksentekoa. Neuvotteleva päätöksenteko rakentui seuraavasti:

1. Lääkäri pohjustaa päätöksentekoa, määrittää ongelman ja tarjoaa epäsuorasti vaihtoehtoa
2. Potilas esittää oman näkemyksensä
3. Neuvottelu
4. Yhteinen päätös
5. Potilas vahvistaa päätöksen

#### Esimerkki 9 (Neuvotteleva päätöksenteko)

- 1   **1→**   L: ... Ja tän verenpaineen kannalta tietenkin se liikunta ja painonpudotus olisi  
 2           hyväksi ja sitten tän lievästi kohonneen sokeritason kannalta kanssa. Et ne  
 3           olis nyt semmosia lisäkannustimia siihen. Ootko koskaan ollut missään sem-  
 4           mosessa ryhmässä?  
 5           P: Painonhallintaryhmässä?  
 6           L: Niin.  
 7   **2→**   P: Mä oon tuota oikein ammattilainen tässä. Mä oon ollut Painonvartijoissakin  
 8           ja kaikinlaisissa. Painonvartijoihin mä en enää mene, mut vois in mä ajatella  
 9           kyllä jos joku tämmönen terveyskeskus tai joku tämmönen ryhmä ko-  
 10          koontuu, niin  
 11          L: Ihan semmonen oma, vähän omalaisensa juttu, että ei  
 12          P: Varmaan syksyllä vois olla taas, kun eiks näitä syksyllä taas tule?  
 13          L: Meillä on semmosia ryhmiä kyllä on, että...  
 14          P: Niin.



- 15 3→ L: että se on vähän sitten, että kaikki ei semmosista ryhmistä tykkää, mutta se on  
 16 yks mahdollisuus kokeilla.  
 17 P: Joo, mä tiedän. Oman itseni tuntien, niin tämmönen ryhmä vois olla mulle  
 18 kyllä hyvin kannustava samoin kuin nyt ihan tämä tutkimusjuttu tässä, niin  
 19 sekin on niinku semmonen... mä oon vähän semmonen itekseni ku pitäs jo  
 20 tain, niin ei oikein. Että sillä mä esimerkiks tosta kuntosaliharjottelusta tyk-  
 21 kään, ku mä pääsen vaan siitä salin ovesta sisään, niin musta se on niin  
 22 selkeetä, ku siellä on ne määrätyt vempaimet, mitkä käydään läpi, niin sit se  
 23 on tehty.  
 24 L: Jaa.

Ennen päätöksentekoa (esimerkki 9) lääkäri ja potilas ovat keskustelleet potilaan ylipainosta sekä korkeasta verenpaineesta. Lääkäri on antanut potilaalle liikunnan harrastamiseen liittyviä persoonattomia neuvoja, jotka ovat pohjustaneet kyseistä päätöksentekojaksoa. Vastaanoton ilmapiiri on ollut avoin ja potilas on osallistunut aktiivisesti. Päätöksenteko alkaa siitä, kun lääkäri toteaa yleisesti liikunnan ja painonpudotuksen hyväksi myös lievästi kohonneen soke-ritason kannalta ja käsittelee niitä hoidon *lisäkannustimina* (rivit 1-3). Lääkäri määrittelee ongelman, mutta pohjustaa samalla seuraavaa kysymystään, jolla hän selvittää potilaan aikaisempaa osallistumista ryhmiin. Hän käsittelee ryhmää epämääräisenä *semmoinen*-sanalla, eikä tarkenna, mitä ryhmää hän tarkoittaa (rivit 3-4). Potilas esittääkin tarkennuskysymyksen (*painonhallintaryhmä*) (rivi 5), jonka lääkäri vahvistaa minimipalautteella rivillä 6. Potilaan seuraavasta vuorosta ilmenee, että hän on osallistunut ryhmiin paljonkin, koska hän kuvaa itseään *ammattilaiseksi* (rivit 7-10). Potilas esittää myös jämäkästi omat mieltymyksensä ryhmiin osallistumiseen liittyen. Rivillä 11 lääkäri kuvaa tarkoittamaansa ryhmää jälleen hyvin epämääräisesti, (*semmonen, omanalainen juttu*). Potilas ottaa vuoron itselleen (rivi 12). Hän ilmoittaa varauksellisesti (*varmaan*), sitoutumatta kokonaan lausumaansa (vrt. Hakulinen 1989), voivansa syksyllä osallistua johonkin ryhmään. Lisäksi hän tarkentaa kysymyksellään ryhmien alkamisajankohtaa, mikä kuvaa myös potilaan kiinnostusta aiheeseen. Lääkäri vastaa kysymykseen hyvin epämääräisesti (rivi 13). Potilas kiittää lääkärin vuoron minimipalautteella (rivi 14) ja osoittaa kuuntelevansa lääkäriä (vrt. Raevaara 2000).

Rivillä 15 lääkäri toteaa, todennäköisesti omien kokemustensa perusteella, ihmisten erilaiset mieltymykset painonhallintaryhmiä kohtaan (*semmosista ryhmistä*). Hän ikään kuin ennakoi myös kyseisen potilaan suhtautuvan kielteisesti asiaan. Hän esittää painonhallintaryhmän yleisesti yhtenä mahdollisuutena, ja jättää näin ollen asian potilaan päätäntävaltaan (rivi 16). Seuraavassa lausumassaan potilas (rivit 17-23) esittää omia mieltymyksiään ja kuvaa olevansa oman elämänsä asiantuntija. Hän osoittaa suhtautuvansa positiivisesti painonhallintaryhmään.

Rivillä 24 lääkäri käsittelee potilaan vuoroa *jaa* -sanalla, joka osoittaa asian uutisluontoisuutta (vrt. Hakulinen 1997). Hänen voi tulkita käsittelevän potilaan positiivista suhtautumista jokseenkin odotuksenvastaisena. Rivillä 15 lääkärihän lähestyi asiaa varovasti, jokseenkin valmistautuneena potilaan kielteiseen suhtautumiseen.

### **Esimerkki 9** (Neuvotteleva päätöksenteko)

- 25 P: Et ihan samoja asioita vois tehdä kotona, mutta ku ei tuu tehtyä.  
 26 L: Joo, mut sinänsähän nyt tää tilanne on mennyt koko ajan parempaan  
 27 suuntaan. Tää verenpainetaso on tässä nyt kääntymässä paremmaksi ja tää  
 28 sokeritasohan nyt on vain hyvin vähän noussut, että ei tää nyt sinänsä tää ti-  
 29 lanne oo huono. Mutta tää nyt on se, että mitä siihen nyt sitten ite pystyy vielä  
 30 P: Joo, mut ei  
 31 L: pystyy vielä lisää tekemään.  
 32 P: Mut itekseen se ei paremmakskaan siitä muutu.  
 33 **4→** L: Mä voisin tehdä passituksen sinne ryhmään  
 34 P: Tee vaan joo, mut ei nyt kesäaikana.  
 35 L: Sillon syksyllä niitä alkaa, että  
 36 **5→** P: Joo, ihan mielelläni, ihan mielelläni. Se on, mä tarvin semmoset raamit ja  
 37 semmosen ryhdin tähän hommaan, et se on ihan jees.  
 38 L: Joo.

Potilas jatkaa rivillä 25, miksi hän pitää ryhmää itselleen sopivana, vedoten saamattomuuteen kotioloissaan. Riveillä 26-29 lääkäri antaa positiivista palautetta potilaan tilanteesta. Riveillä 29 ja 31 hän kuitenkin kontrastoi *mutta*-sanalla aiempaan lausumaansa (vrt. Raevaara 2000), todeten yleisesti passiivissa, tilanteen kehittymisen olevan riippuvainen potilaan omasta panostuksesta (*ite pystyy*) lääketieteellisen hoidon lisäksi. Potilas vastaa tähän minimipalautteella (rivi 30) ja yrittää ottaa vuoron itselleen. Hän saa vuoron vasta lääkärin päättäessä omansa rivillä 32. Potilas yhtyy lääkärin lausumaan ja täydentää sillä lääkärin vuoroa. Näin potilas myös esittää ymmärtävänsä oman vastuunsa hoidosta. Rivillä 33 lääkäri ehdottaa päätöstä (*voisin tehdä passituksen*) potilaan vuorojen perusteella ryhmään lähettämisestä. Esittäen päätöksen konditionaalissa ehdotuksena, lääkäri laskeutuu potilaan tasolle (vrt. Sorjonen 2001) ja tarjoaa hänelle mahdollisuutta osallistua päätökseen. Rivillä 34 potilas yhtyy päätökseen (*tee vaan joo*). Kuitenkin hän esittää päätökselle jäməkäksi ehdon (*ei kuitenkaan kesäaikana*). Vuorossaan 35 lääkäri toteaa ryhmien alkavan syksyllä ja täyttää näin potilaan asettaman ehdon. Riveillä 36-37 potilas vahvistaa päätöksen ilmaistessa osallistuvansa ryhmään mielellään ja toteamalla tarvitsevansa raamin ja ryhdin hoitoonsa (*tähän hommaan*). Lääkäri kuittaa tämän minimipalautteella (rivi 38).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimustulokset osoittivat lääkärin ja potilaan vaikuttavan yhdessä päätöksenteon muotoutumiseen toteuttamalla puhekäytännössään perinteisiä institutionaalisia tehtäviään ja velvollisuuksiaan, mutta myös poikkeamalla niistä. Päätöksenteon eri vaiheita oli vaikea hahmottaa, sillä prosessin eteneminen ei ollut suoraviivaista. Eri vaiheet saattoivat esiintyä samanaikaisesti tai toistuvasti. Selkeimmin erotettavissa olivat ongelman määrittäminen, päätös ja sen vahvistaminen. Ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi sekä tiedon hankinta ja käsittely jäivät usein puutteellisiksi. Seuraavassa tarkastelen tutkimustuloksia tarkemmin lääkeneuvonnan osalta heijastaen päätöksenteon rakentumista päätöksenteonvaiheisiin. Samalla tarkastelen lääkäreiden ja potilaiden tehtäviä ja velvollisuuksia päätöksenteossa. Taulukoissa 4 ja 5 olen lisäksi esittänyt lääkärikeskeisen ja potilaskeskeisen päätöksenteonvaiheet pääpiirteittäin.

#### 6.1.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa

Aiempien tutkimusten tapaan päätöksenteko keskittyi tässä tutkimuksessa lääkeneuvontaan (vrt. mm. Kjellgren ym. 2000). Tätä selittäneen se, että suurin osa lääkäreiden työstä perustuu diabeteksen hoidossa diagnostiikan ja tutkimusten ohella lääkehoitoon (vrt. Miettinen ym. 2001). Lisäksi lääkkeiden määräämistä on perinteisesti pidetty ainoastaan lääkärin tehtävänä ja velvollisuutena (vrt. Stevenson ym. 2000). Tämänkin tutkimusaineiston pohjalta lääkeneuvontaan liittyvässä päätöksenteossa erottui selkeästi perinteinen lääkärin ja potilaan institutionaalisiin tehtäviin ja velvollisuuksiin perustuva työnjako (vrt. Makoul ym. 1995). Lääkäri määräsi päätöksenteon kulkua rajaamalla potilaan osallistumista puheellaan ja sanattomalla viestinnällään (vrt. Gwyn & Elwyn 1999). Tästä huolimatta he pyrkivät pehmentämään päätöksenteon lääkärikeskeisyyttä huomioimalla potilaita näennäisesti erilaisilla vuorovaikutuskäytänteillään (vrt. Kjellgren ym. 2000). Myös potilaat itse ylläpitivät lääkärikeskeistä päätöksentekoasetelmaa suuntautumalla perinteiseen, passiiviseen rooliinsa.

Lääkärikeskeisessä päätöksenteossa (ks. Taulukko 4) lääkäri teki aloitteen **ongelman tunnistamisella**, joka perustui lääketieteellisiin kriteereihin. Tutkimus osoitti ongelman tunnistamisen ratkaisevan sen, kumpi osapuolista määräsi jatkossa päätöksenteon kulkua. **Ratkaisu-**

**vaihtoehtojen luominen** oli hyvin niukkaa eikä ratkaisuvaihtoehtojen **arviointia** ollut nähtävissä. Tämä näytti tapahtuvan lääkärin päässä, koska päätöksenteon loppupuolella lääkäri kuitenkin esitti valmiin ratkaisunsa. Harvoissa tapauksissa lääkäri tarjosi potilaalle yhden ratkaisuvaihtoehdon. Tällöin ratkaisuvaihtoehtojen luominen vaihtoi paikkaa tiedon hankinnan ja käsittelyn kanssa.

Aikaisempien tutkimusten tapaan näkyvä **tiedon hankinta ja käsittely** oli niukkaa tai sitä ei ollut lainkaan nähtävissä (vrt. Kjellgren ym. 2000; Stevenson ym. 2000). Tämäkin vaihe näytti tapahtuvan useimmiten lääkärin päässä ratkaisuvaihtoehdon luomisen ja arvioinnin tapaan. Lääkärit suuntasivat potilaalle tietoa ainoastaan silloin, kun halusivat suostutella häntä omalle kannalleen. Tällöinkin tiedonjako keskittyi ainoastaan lääkehoidon etuihin. Satunnaisesti lääkärit hankkivat potilaalta tietoa omiin tarpeisiinsa. Potilaan vastausta pyrittiin tällöin rajaamaan tietyn suuntaiseksi suljetuin kysymyksiin eikä mahdollisten ongelmakohtien syvällisempään purkamiseen ryhdytty. (vrt. Stevenson ym. 2000.) Näyttäisikin siltä, että lääkäreiltä puuttuu taitoa potilaan intensiiviseen kuunteluun ja heidän on vaikea havaita potilaiden sanatomia viestejä (vrt. Kettunen 2001). Vastavuoroista tiedon hankintaa ja käsittelyä ei koskaan syntynyt.

Pääasiallisesti lopullinen **päätös** kuului lääkärin tehtäviin ja velvollisuuksiin ja se perustui lääkärin biomedikaaliseen viitekehykseen (vrt. Kjellgren ym. 2000). Potilaan yksilölliset tarpeet ja arvostukset eivät vaikuttaneet päätökseen. Tosin niitä ei prosessin aikana edes selvitetty. (vrt. Stevenson ym. 2000.) Harvoissa tapauksissa päädyttiin potilaan ja lääkärin yhteiseen päätökseen. Tällöinkin yhteinen päätös oli lääkärin suostuttelun tai potilaan passiivisen vastarinnan tulos. **Päätöksen vahvistaminen** tapahtui pääsääntöisesti lääkärin ja potilaan välisessä yhteistyössä. Potilas hyväksyi päätöksen, jonka lääkäri konkretisoi esimerkiksi kirjoittamalla reseptin. Päätöksen hyväksyminen jäi usein potilaan ainoaksi tehtäväksi lääkärikeskeisessä päätöksenteossa. Yksittäisissä tapauksissa ainoastaan lääkäri vahvisti päätöksen.

### 6.1.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa

Potilaskeskeisessä päätöksenteossa potilas poikkesi perinteisestä, passiivisesta roolistaan. Hän ohjasi aktiivisempaan osapuolena päätöksenteon rakentumista näkemyksiään, arvostuksiaan ja kysymyksiään esittäen. Aikaisempien tutkimusten tapaan lääkärit osoittivat hyväksyvänsä potilaan aktiivisen toiminnan (mm. Silverman 1987; Stevenson ym. 2000). He syventyivät

potilaan näkemyksiin ja hakivat niille vahvistusta biomedikaalisista mittareista. Kuitenkin potilaiden aktiivisuutta varjosti heidän puhekäytäntöjensä epävarmuus ja varauksellisuus. Tämä osoittaa potilaiden kyseenalaistavan omaa pätevyyttään määrätä päätöksenteon kulkua sekä kykynsä ja halunsa noudattaa vastaanoton perinteisiä lääkärikeskeisiä käytänteitä. Näin he käsitelivät päätöksentekoa edelleen osittain lääkärin tehtävänä ja velvollisuutena. (Drew & Heritage 1992.)

**Taulukko 4** Lääkärikeskeisen ja potilaskeskeisen päätöksenteonvaiheet lääkeneuvonnassa

<b>PÄÄTÖKSENTEKO</b>	<b>LÄÄKÄRIKESKEINEN PÄÄTÖKSENTEKO</b>	<b>POTILASKESKEINEN PÄÄTÖKSENTEKO</b>
<b>Ongelman tunnistaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkäri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilas</li> </ul>
<b>Ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaihtoehtoja ei keskustella</li> <li>• Lääkäri tarjoaa vaihtoehdon, josta ei keskustella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilas tarjoaa vaihtoehdon, jota lääkäri arvioi yksin</li> <li>• Vaihtoehtoja ei keskustella</li> <li>• Lääkäri tarjoaa ja arvioi vaihtoehtoja</li> </ul>
<b>Tiedon hankinta ja käsittely</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei tiedon hankintaa ja käsittelyä</li> <li>• Lääkärin potilaalle suuntaama tieto</li> <li>• Tiedon hankinta lääkärin tarpeisiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei tiedon hankintaa ja käsittelyä</li> <li>• Tiedon hankinta lääkärin tarpeisiin</li> <li>• Vastavuoroinen tiedonvaihto</li> </ul>
<b>Päätös</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkäri</li> <li>• Yhdessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkäri</li> <li>• Yhdessä</li> </ul>
<b>Päätöksen vahvistaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhdessä</li> <li>• Lääkäri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhdessä</li> <li>• Lääkäri</li> </ul>

Potilaskeskeisessä päätöksenteossa (ks. Taulukko 4) potilas teki aloitteen päätöksentekoon **ongelman tunnistuksella**, joka perustui hänen omiin tuntemuksiinsa. **Ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi** sekä tiedon hankinta ja käsittely vaihtoivat myös potilaskeskeisessä päätöksenteossa paikkaa. Joissakin tapauksissa potilas asetti oman ratkaisuvaihtoehdonsa ja houkutteli lääkäriä sen mukaiseen päätökseen. Tällöin lääkäri arvioi ratkaisuvaihtoehtoa lääketieteellisten kriteereiden perusteella. Joissakin tapauksissa vaihtoehdoista ei keskusteltu ollenkaan. Useampia vaihtoehtoja lääkärit antoivat potilaalle harvoin. Tällöin lääkäri myös arvioi antamia vaihtoehtoja niiden todennäköisten seurausten perusteella.

**Tiedon hankinta ja käsittely** tapahtui lääkärin ja potilaan välillä vastavuoroisesti silloin, kun useampia ratkaisuvaihtoehtoja oli asetettu. Joissakin tapauksissa ei varsinaista tiedon hankintaa tai käsittelyä ollut nähtävissä, kun taas toisinaan lääkärit hakivat potilaalta lisätietoja ongelman vakavuudesta vahvistaakseen jo tekemänsä päätöksen. **Päätös** osoittautui useimmiten myös potilaskeskeisessä päätöksenteossa lääkärin tehtäväksi. Kuitenkin lääkärin päätökseen vaikutti vahvasti lääketieteellisten kriteereiden lisäksi potilaan subjektiivinen asiantuntemus. Ainoastaan vastavuoroisesta tiedonjakoasetelmasta päädyttiin lääkärin ja potilaan yhteiseen päätökseen. **Päätöksen vahvistaminen** tapahtui lääkärin ja potilaan välisessä yhteistyössä potilaan hyväksyessä päätöksen ja lääkärin konkretisoidessa sen. Yksittäisissä tapauksissa ainoastaan lääkäri vahvisti päätöksen.

### 6.1.3 Lääkärikeskeinen ja potilaskeskeinen päätöksenteko elintapaneuvonnassa

Elintapaneuvonta ja siihen liittyvä päätöksenteko oli tässä tutkimuksessa vähäistä. Tämä johtuneen siitä, että lääkärit arvioivat työssään vain harvoin potilaan elintapoja (Raevaara 2003). Perinteisesti elintapoja on pidetty arkaluontoisena, potilaan henkilökohtaisena asiana (vrt. Johansson ym. 1995), joihin puuttuminen asiantuntijan taholta koetaan herkästi moralisointina. Aiheen arkaluontoisuus oli nähtävissä myös päätöksenteossa. Erityisesti lääkärit käsittelivät aihetta neutraalisti, välttämällä henkilöimästä elintapaongelmia liaksi potilaaseen (vrt. mm. Peräkylä & Sorjonen 1997; Raevaara 2003). Varovaisen lähestymistavan seurauksena, valtaosa päätöksenteosta keskeytyi lääkärin persoonattomaan neuvoon. Päätös elintapamuutoksesta, kuten myös keinojen löytäminen sen toteuttamiseen, jätettiin vastaanoton ulkopuolelle potilaan vastuulle (vrt. Sorjonen 2001).

Lääkärikeskeisessä päätöksenteossa (ks. Taulukko 5) lääkäri lähestyi **ongelman tunnistamista** varovasti pohjustuksellaan. **Ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi** ajoittuivat myös elintapaneuvontaan liittyvässä päätöksenteossa ennen tiedon hankintaa ja käsittelyä. Pääsääntöisesti lääkärit loivat yhden ratkaisuvaihtoehdon, joka esitettiin persoonattomana neuvona. Useampien vaihtoehtojen tarjoaminen potilaalle oli poikkeuksellista.

**Taulukko 5** Lääkärikeskeisen ja potilaskeskeisen päätöksenteonvaiheet elintapaneuvonnassa

PÄÄTÖKSENTEKO	LÄÄKÄRIKESKEINEN PÄÄTÖKSENTEKO	POTILASKESKEINEN PÄÄTÖKSENTEKO
<b>Ongelman määrittäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääkäri pohjustuksensa jälkeen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääkäri pohjustuksensa jälkeen</li> </ul>
<b>Ratkaisuvaihtoehtojen luominen ja arviointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääkäri tarjoaa vaihtoehdon/vaihtoehtoja, joista ei keskustella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääkäri tarjoaa vaihtoehdon, josta keskustellaan</li> </ul>
<b>Informaation hankinta ja käsittely</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei tiedon hankintaa ja käsittelyä</li> <li>Lääkäri hakee potilaalta tietoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vastavuoroinen tiedonvaihto</li> </ul>
<b>Päätös</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei päätöstä</li> <li>Lääkäri siirtää päätöksen myöhemmäksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhdessä</li> </ul>
<b>Päätöksen vahvistaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei vahvistusta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilas</li> </ul>

Ratkaisuvaihtoehtojen arviointia, kuten ei myöskään **tiedon hankintaa ja käsittelyä**, ollut nähtävissä. Yksittäisessä tapauksessa lääkäri yritti hankkia potilaalta tietoja vastavuoroisen tiedonvaihdon aikaansaamiseksi. Tämä yritys kuitenkin tyrehtyi potilaan vastarintaan. **Päätöstä** ja sen **vahvistamista** ei tapahtunut, vaan valta-osa päätöksenteosta keskeytyi persoonattoman ratkaisuvaihtoehdon antamiseen. Ainoastaan päätöksenteossa, jossa potilaalle annettiin

useampia ratkaisuvaihtoehtoja, lääkäri teki päätöksen potilaan vastarinnan perusteella. Tällöinkin päätös koski ainoastaan sen siirtämistä myöhempään ajankohtaan.

Ainoastaan yhdessä tapauksessa päätöksenteko rakentui potilaskeskeisesti (ks. Taulukko 5). Lääkäri teki tällöin aloitteen **ongelman tunnistamisella**, jota hän myös lähestyi pohjustuksellaan. Lääkäri loi yhden **ratkaisuvaihtoehdon**, josta potilas ja lääkäri keskustelivat yhdessä. **Tiedon hankinta ja käsittely** tapahtuivat vastavuoroisesti, mikä johti lääkärin ja potilaan yhteiseen **päätökseen**. Päätökseen vaikutti lääketieteellisen tiedon ohella vahvasti potilaan subjektiivinen asiantuntemus. Lääkeneuvontaan liittyvästä päätöksenteosta poiketen, **päätöksen vahvasti** ainoastaan potilas.

## 6.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Tutkimus osoitti päätöksenteon tapahtuvan tyyppin 2 diabetesneuvonnassa pääasiallisesti lääkärikeskeisesti. Voimavaraisen diabetesneuvonnan keskeinen periaate, potilaan osallistumisesta itseään koskevaan päätöksentekoon, ei useinkaan toteutunut tässä aineistossa. Vastavuoroisuuden syntymistä esti pääasiallisesti se, että lääkärit ja potilaat toteuttivat puheessaan perinteisiä institutionaalisia tehtäviään ja velvollisuuksiaan. Lääkäreiltä näyttäisi puuttuvan tämän aineiston pohjalta taitoja huomioida potilaan yksilöllisiä tarpeita päätöksenteossa. Potilasta ei välttämättä osata kuunnella tarpeeksi intensiivisesti eikä tulkita hänen sanattomia viestejään. Potilaat puolestaan arastelevat oman subjektiivisen asiantuntemuksensa esittämistä lääkärin lääketieteellisen tiedon rinnalla ja tyytyvät liiankin helposti potilaan perinteiseen, passiiviseen rooliin. Kuitenkin poikkeamalla tästä roolista, potilaat pystyivät vaikuttamaan mieleisensä päätöksen muotoutumiseen. Pitkäaikaisissa hoitosuhteissa potilaan aktiivisuus saattaa olla jopa odotuksenmukaista, sillä hänen asiantuntemuksensa pohjautuu tällöin toistuvaan, pidempiaikaiseen kokemukseen ja tietämykseen omasta sairaudestaan (Raevaara 2000).

Edellä mainitut seikat esiintyivät pääasiallisesti ratkaisuvaihtoehtojen luomisen ja arvioinnin sekä tiedon hankinnan ja käsittelyn vaiheissa, jotka ovat merkityksellisiä potilaan osallistumisen mahdollistamisessa (vrt. mm. Charles ym. 1997; Elwyn ym. 2001). Kyseiset vaiheet näyttivät tapahtuvan usein lääkärin päässä, eikä niitä tehty potilaille näkyväksi. Vaihtoehtoja tarjottiin potilaille hyvin harvoin ja usein vain yksi. Charlesin ym. (1998) tutkimuksessa potilaat kokivat yhden ainoan vaihtoehdon pakottavan heidät suostumaan lääkärin intressien mukaiseen hoitoon. Myös lääkärin ja potilaan välinen tiedonvaihto oli hyvin niukkaa ja usein yk-



sisuuntaista. Tämä saattaa johtua siitä, ettei lääkäreillä ja potilailla ole realistisia käsityksiä toistensa tiedontarpeista avoimen vuorovaikutuksen puuttuessa (mm. Stevenson ym. 2000; Dickinson & Raynor 2003). Tutkimuksessa päädyttiinkin lääkärin hiljaisen tiedon varassa tehtyihin päätöksiin, jotka potilaat myös kyseenalaistamatta hyväksyivät. Tosin se, hyväksyivätkö potilaat todella lääkärin päätöksen vai oliko kysymys vain näennäisestä potilaan velvollisuuden täyttämisestä, ilmenee vastaanoton ulkopuolella siinä, toteuttavatko potilaat käytännössä lääkärin päätöksiä (vrt. mm. Stevenson ym. 2000). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet vastavuoroisen tiedonvaihdon puuttuessa hoitopäätösten nojaavan usein lääkäreiden ja potilaiden virheellisiin arvauksiin ja oletuksiin. Tämän seurauksena potilaat saattavat noudattaa tehtyä hoitopäätöstä väärin tai eivät noudata sitä lainkaan. (Britten ym. 2000; Stevenson ym. 2000; Eaton 2003.) Tästä syystä potilaiden ja lääkäreiden olisikin avoimesti keskusteltava tiedontarpeistaan (mm. Charles ym. 1999).

Päätöksenteon lääkärikeskeisyyttä tässä tutkimuksessa selittäneen myös se, että suurin osa päätöksenteosta tapahtui lääkärin lääketieteellisen tietämyksen alueella, lääkeneuvonnassa. Lääkäreiden käsitysten mukaan potilaat eivät ole kyvykkäitä tai edes halukkaita osallistumaan lääkepäätöksiin (vrt. Stevenson ym. 2000). Kuitenkin tutkimukset osoittavat yhä useamman potilaan tyytymättömyyden lääkepäätöksiin, joihin heillä itsellään ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa (vrt. Eaton 2003; Jenkins ym. 2003). Elintapaneuvonta ja siihen liittyvä päätöksenteko oli tässä tutkimuksessa hyvin vähäistä elintapahoidon ensisijaisuudesta huolimatta tyypin 2 diabeteksessa. Lisäksi lääkäreiden neutraali ja varovainen tapa käsitellä potilaan elintapoja, johti pääsääntöisesti lääkärikeskeiseen lähestymistapaan; päätöksenteon keskeytymiseen persoonattomaan neuvoon. Potilaan muutosvalmiutta näiden neuvojen toteuttamiseen ei koskaan selvitetty. Ilman potilaan muutosvalmiutta persoonattomat neuvot saattavat jäädä merkityksettömäksi, laskevat potilaan motivaatiota ja herättävät muutosvastarintaa. (vrt. Mustajoki 2003.) Siten elintapahoidon kohdalla potilaiden osallistuminen, kuten myös päätösten loppuun saattaminenkin, olisi erityisen tärkeää. Kyseisten päätösten tukena lääkärit voisivat käyttää muutosvaihemallia potilaan muutosvalmiuden ymmärtämiseksi ja päätöksenteon järjeistämiseksi.

Tämä tutkimus on ajankohtainen, koska tyypin 2 diabeteksen ja sen komplikaatioiden on ennustettu lisääntyvän merkittävästi lähitulevaisuudessa ja kuormittavan entisestään käymistilassa olevaa perusterveydenhuoltoa. Siten on tärkeää ymmärtää kaikki ne tekijät tyypin 2 diabetesneuvonnassa, jotka mahdollisesti lisäävät potilaan muutoksentelekokykyä ja parantavat hoitotuloksia (Heisler ym. 2000). Niin yhteisen päätöksenteon kuin muidenkin voimavaraisten

neuvonnan periaatteiden toteuttamiseksi olisi tärkeää, että osapuolet oppisivat suhtautumaan toisiinsa tasavertaisina kumppaneina, jolloin molempien asiantuntemus on hoidon onnistumisen kannalta merkityksellistä. Tarvitaan interventioita, jotka rohkaisevat potilaita esittämään jämäkämmin omaa subjektiivista asiantuntemustaan, päätöksentekoavun antamista sekä yleisen tiedon lisäämistä piintyneiden institutionaalisten roolien romuttamiseksi. (vrt. Entwistle ym. 2000.) Toisaalta voimavarakeskeinen työskentelymalli sallii myös potilaan osallistumattomuuden (vrt. Kettunen 2001). Lääkärin tulisikin päätöksenteon alussa aina selvittää avoimesti potilaiden osallistumishalukkuus, perustella potilaalle miksi kyseistä tietoa tarvitaan sekä korostaa potilaan subjektiivisen asiantuntemuksen merkitystä. Potilaan tulee itse määrittellä päätöksentekoon osallistumisen laatu ja laajuus omien näkemystensä, voimavarojensa ja mahdollisuuksiensa mukaisesti. (vrt. Elwyn ym. 2001.) Jos tilanne vaatii potilaalta liikaa vastuuta, se saattaa lisätä sairauden aiheuttamaa stressiä ja ahdistusta (vrt. McKinstry 2000).

Lääkäreille tulisi myös suunnata koulutusta, jotta he pystyisivät paremmin huomioimaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita. Käytännössä ongelmana on se, että diabetesneuvontaa ei varsinaisesti edes pidetä lääkärin tehtävänä, vaan vastuu siitä asetetaan muille perusterveydenhuollon ammattilaisille (vrt. Miettinen ym. 2001). Tällöin myös koulutus suunnataan pääasiallisesti diabetesneuvonnasta vastaaville ammattiryhmille (Entwistle ym. 2000). Suositusten mukaan (vrt. Suomen diabetesliitto 2000) diabetesneuvonta kuuluu myös lääkäreiden työhön, jolloin erilaisten neuvontainterventioiden ja täydennyskoulutusten tulisi kohdistua myös heidän neuvontakäytäntöihinsä. Kerran omaksuttujen, syvälle juurtuneiden vuorovaikutustaitojen ja asenteiden muuttaminen on usein vaikeaa (vrt. Godolphin 2003). Parhaimpiin tuloksiin mahdollisesti päästäisiin, jos tarve tähän lähtisi lääkäreiltä itseltään.

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet lisäksi terveydenhuollon organisaation liittyvien tekijöiden, kuten tulospainoiden, vastaanottoajan rajallisuuden (vrt. Holmes-Rovner ym. 2000; Elwyn ym. 2001) sekä lääkäreiden voimavarojen puutteen estävän lääkäreiden ja potilaiden yhteistä potilaiden osallistumista (Stevenson 2003). Siten perusterveydenhuollossa tulisikin kehittää toimintamalleja, jolloin olemassa olevat henkilöresurssit, potilasmäärät, ajankäyttö ja työmäärät tukisivat voimavarakeskeisen diabetesneuvonnan periaatteiden toteuttamista (Poskiparta ym. 2004). Asiantuntijakeskeinen lähestymistapa saattaa ennen pitkään koitua yhteiskunnallisesti kalliiksi, jos asiantuntijoiden päätökset eivät pohjimmiltaan miellytä potilaita eikä määrättyjä hoitoja siten noudateta (vrt. mm. Barry ym. 2000). Tällöin tulisikin miettiä, mikä perusterveydenhuollossa on taloudellisesti tarkoituksenmukaisinta.

### 6.3 Tutkimusmenetelmän arviointia

Tutkimusmenetelmänä keskusteluanalyysi mahdollisti lääkärin ja potilaan välisen päätöksenteon monipuolisen ja yksityiskohtaisen vuorovaikutuksellisen tarkastelun (vrt. Raevaara 2000). Kuitenkin aineiston pienuus ja siinä toistuvat samat lääkärit ja potilaat rajoittavat yleispätevien objektiivisten faktojen tuottamista (Peräkylä 1997b). Toisaalta analyysini kohdistui siihen, millaisten jäsenysten kautta osanottajat rakentavat päätöksentekoa ja tekevät toimintansa toisilleen ymmärrettäväksi. Tällöin yksikin tapaus on merkityksellinen. Aineiston pienuus mahdollisti myös rakenteeltaan ja sisällöiltään poikkeavien päätöksentekojaksojen ulkoa oppimisen, jolloin niiden erilaisten yhteyksien ja kytkösten havaitseminen oli helpompaa. Rinnakkaistapauksien hahmottaminen osoittautuikin ajoittain vaikeaksi vuorovaikutuksen ainutlaatuisuuden vuoksi. (vrt. Raevaara 2000.)

Tutkimukseni luotettavuutta voidaan arvioida esittämieni kuvausten, väitteiden ja selitysten perusteella. Olen pyrkinyt kirjoittamaan tutkimusraportin sellaiseen muotoon, että lukija pystyisi seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä esittämieni väitteiden ja selitysten perusteella mahdollisimman tarkasti. (Eskola & Suoranta 1998). Lisäksi luotettavuutta lisäävät käyttämäni autenttiset esimerkit, jotka havainnollistavat lukijalle analyysini perusteita. Tällöin myös jokainen lukija voi hyväksyä tai riitauttaa tulkintojani. (Peräkylä 1997b.)

Tutkijatriangulaatio on tässä tutkimuksessa toteutettu siten, että olen käynyt keskusteluja tulkintoistani taustavoimanani olevan tutkijaryhmän kanssa (vrt. Eskola & Suoranta 1998). Keskustelut ovat vahvistaneet ja syventäneet tulkintojani, mutta myös joissakin tapauksissa johtaneet luopumaan väittämistäni ja korvaamaan ne uusilla. Videoaineisto ja litteraatiot ovat myös mahdollistaneet keskusteluihin palaamisen aina uudestaan ja siten tulkintojen varmistamisen ja laajentamisen (vrt. Viitanen 1997). Koska kysymyksessä on lisäksi puhekäytäntöjen yksityiskohtainen tutkimus, sain vahvistusta havainnoilleni myös muista aiemmista, institutionaalista, keskusteluanalyttisistä tutkimuksista (vrt. Raevaara 2000).

Laadullisen tutkimuksen yhtenä ideaalisena tavoitteena on kerätä aineisto luonnollisesta tilasta (esim. Eskola & Suoranta 1998). Tässä tutkimuksessa tavoitteeseen on pyritty käyttämällä aineistoa, joka on kerätty videoimalla todellisia lääkärin ja potilaan välisiä vastaanottokeskusteluja. Luonnollisuus on lisäksi pyritty säilyttämään siten, ettei tutkija ollut läsnä videointilanteissa. Videointi itsessään on saattanut vaikuttaa kuvattavien käyttäytymiseen. Esimerkiksi

lääkärit ovat voineet paneutua huolellisemmin potilaiden ongelmiin normaaleihin vastaanotto-tilanteisiin verrattuna. Kuitenkin aiemmissa tutkimuksissa videoinnin vaikutus on todettu vain hetkelliseksi. Myös se tapa, jolla ihmiset rakentavat puheensa, toimintansa ja liikkeensä on niin rutinoitunutta, ettei videointi sitä välttämättä muuta. (vrt. Viitanen 1997.)

Koska en ole itse osallistunut tämän tutkimuksen aineiston keräämiseen, olen todennäköisesti menettänyt jotakin kuvauksiin liittyvistä oheishavainnoista ja tutkimuspaikan tunnelmista. Sanotaankin, että laadullisen aineiston voi analysoida onnistuneesti vain sen kerännyt tutkija (vrt. Raunio 1999.) Kuitenkin tässä tutkimuksessa aineiston luonne ja tutkimustehtävät ovat mahdollistaneet myös ulkopuolisen tutkijan onnistuneen analyysin (vrt. Kettunen 2001). Tutkimustehtävänähän oli selvittää päätöksentekoa vuorovaikutuksen tasolla, jolloin edellä mainituilla tekijöillä ei ollut merkittävää vaikutusta tutkimukseni onnistumiseen. Myöskään videointiin liittyvä kontekstuaalisuuden puute ja se, ettei minulla ole ollut mahdollisuutta tulkintojen varmistamiseen paikan päällä, ole haitanneet tutkimustani (vrt. Viitanen 1997).

Tulosten johtopäätöksiä tulkittaessa on tärkeää kuitenkin muistaa, että tämän tutkimuksen teoreettisilla lähtökohdilla on saattanut olla vaikutuksia tutkimustuloksiini. Toisenlaiset teoreettiset lähtökohdat saattavat tuottaa erilaisia tutkimustuloksia, jotka eivät välttämättä kuitenkaan ole ristiriidassa tämän tutkimuksen kanssa. (vrt. Alasuutari 1995.) Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa ei pyritäkään objektiiviseen totuuteen vaan hyväksytään useampien totuuksien olemassa olo (mm. Eskola & Suoranta 1998).

Lisäksi tulosten johtopäätöksissä tulee huomioida aineiston pienuus, työyhteisökohtainen ja kvalitatiivisten tutkimuskriteereiden soveltuvuus (Peräkylä 1997b). Tämä vaikuttaa myös esittämiäni havaintojeni ja päätelmiäni yleistettävyyteen. Keskusteluanalyttisen tutkimuksen yleistettävyyttä arvioitaessa, keskeistä on kielen käytön mahdollisuus. Tässä tutkimuksessa kuvailin yksityiskohtaisesti päätöksenteon rakentumista lääkäreiden ja potilaiden puheen kautta tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Samanlaiset puheikäytännöt ovat siten mahdollisia toimintakäytäntöjä myös muissa terveydenhuollon päätöksenteon konteksteissa. (vrt. Peräkylä 1997b.) Myös aikaisemmat institutionaaliseen keskusteluun liittyvät tutkimukset ovat osoittaneet samanlaisia ilmiöitä, vaikka niiden lähtökohdat eivät olleetkaan samanlaiset. Tästä syystä on syytä olettaa, että tutkimustulokset ovat mahdollisia myös muissa institutionaalisen keskustelun yhteyksissä, joissa tehdään päätöksiä asiakkaan ja asiantuntijan välillä (vrt. Raevaara 2000).

Menetelmänä keskustelunanalyysi on ollut työläs ja aikaa vievä, mutta samalla erittäin innosta ja kiehtova tapa tutkia. Se on mahdollistanut lääkärin ja potilaiden vuorovaikutusrutiinien näkyväksi tekemisen ja tarjoaa siten välineitä lääkäreiden ja potilaiden vuorovaikutuksen sekä tehokkaamman diabetesneuvonnan kehittämiseen päätöksenteon osalta (vrt. Pyörälä 2001). Terveystieteiden palvelujen markkinataloistuminen ja potilaiden tiedon lisääntyminen kohdistavat lääkärin työhön yhä enemmän erilaisia, ristiriitaisiakin odotuksia. Päätöksentekoon liittyvän säännönmukaisuuden tunteminen voi potilaiden näkemysten huomioimisessa osoittautua arvokkaaksi resurssiksi. (vrt. Engeström & Ruusuvaori 2003.)

#### **6.4 Jatkotutkimushaasteet**

Tämä tutkimus antaa alustavan ja suppean kuvauksen lääkärin ja potilaan välisestä päätöksenteosta kokonaisuutena tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tutkimukseni tarjoaakin seuraavia jatkotutkimushaasteita:

- Tämän tutkimuksen tutkimustehtäviä tulisi tarkastella suuremman ja heterogeenisemmän aineiston osalta.
- Päätöksenteon eri osa-alueiden yksityiskohtainen ja syvempi analyysi olisi perusteltua rutinoitujen vuorovaikutuskäytäntöjen avaamiseksi, esimerkiksi tiedonjaon osalta.
- Yksityiskohtaisemmin voitaisiin tarkastella, mitkä tekijät lääkärin ja potilaan vuorovaikutuskäytännöissä estävät vastavuoroisen päätöksenteon rakentumista.
- Tutkimuksissa voitaisiin hyödyntää potilaiden osallistumista lisääviä sekä lääkäreiden neuvontataitojen kehittämiseen tähtäviä interventioita. Tällöin voidaan tutkia interventioiden vaikuttavuutta päätöksenteon vuorovaikutukselliseen rakentumiseen.
- Lääkäreiden ja diabeetikoiden haastatteluja voisi yhdistää päätöksenteon vuorovaikutustutkimuksiin. Esimerkiksi diabeetikoiden mieltymyksiä päätöksenteon suhteen voitaisiin selvittää ennen vastaanottoa sekä tarkastella niiden toteutumista päätöksenteossa vuorovaikutuksentasolla.
- Tutkimuksissa voisi arvioida ja verrata erilaisten päätöksenteonmuotojen vaikuttavuutta diabeetikoiden itsehoidon toteutumiseen ja hoitotuloksiin.

## LÄHTEET

Alasuutari P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Jyväskylä: Gummerrus

Anderson R, Funnell M, Carlson A, Saleh-Statim N, Craddock S & Skinner TC. 2000. Facilitating self-care through empowerment. Teoksessa Snoek FJ & Skinner TC (toim.) *Psychology in Diabetes Care*. John Wiley & Sons Ltd, 69-97.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA & Barber N. 2000. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal* 320, 1246-1250.

Benbassat J & Pilpel D. 1998. Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioural Medicine* 24, 81-88.

Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N & Bradley CP. 2000. Misunderstanding in prescribing decisions in general practice: a qualitative study. *British Medical Journal* 320, 484-488.

Canga N, De Irala J, Vara E, Duasi MJ, Ferrer A & Martinez-Gonzales MA. 2000. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. *Diabetes Care* 23, 1455-1460.

Charles C, Gafini A & Whealan T. 1997. Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44, 681-692.

Charles C, Redko C, Whealan T, Gafini A & Reyno L. 1998. Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Sociology of Health and Illness* 20, 71-95.

Charles C, Gafni A & Whealan T. 1999. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49, 651-661.

Charles C & Whealan T. 1999. What do we mean by partnership in making decision about treatment. *British Medical Journal* 319, 780-783.

Dickinson D & Raynor DKT. 2003. Ask the patient –they may want to know more than you think. *British Medical Journal* 327, 861.

Dowding D, Swanson V, Bland R, Thomson P, Mair C, Morrison A, Taylor A, Beechey C, Simpson R & Niven K. 2004. The development and preliminary evaluation of a decision aid based on decision analysis for two treatment conditions. Benign prostatic hyperplasia and hypertension. *Patient Education and Counseling* 52, 209-215.

Drew P & Heritage J. 1992. Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Drew P & Heritage J (toim.) *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-65.

Eaton L. 2003. Hospital patients say they are not fully informed about drugs. *British Medical Journal* 327, 180.

Egede LE. 2003. Lifestyle modification to improve blood pressure control in individual with diabetes. Is physician advice effective? *Diabetes Care* 26, 602-607.

Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hibbs R, Wilkinson C, Grol R. 2001. Shared decision making in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 7, 211-221.

Emanuel EJ & Emanuel LL. 1992. Four models of the physician – patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267, 2221-2226.

Engeström R & Ruusuvoori J. 2003. Puhe lääkärin työvälteenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Duodecim* 119, 303-311.

Entwistle VA. 2000. Supporting and resourcing treatment decision making: some policy considerations. *Health Expectations* 3, 77-85.

Eskola J & Suoranta J 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Gerlander M. 2003. Jännitteet potilaan ja lääkärin välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in humanities 3.

Godolphin W. 2003. The role of risk communication in shared decision making. First let's get to choices. *British Medical Journal* 327, 692-693.

Golin CE, Dimatteo MR & Gelberg L. 1996. The role of patient participation in the doctor visit: implication for adherence to diabetes care. *Diabetes Care* 19, 1153-1164.

Golin CE, Dimatteo MR, Leake B, Duan N & Gelberg L. 2001. A diabetes-specific measure of patient desire in medical decision making. *The Diabetes Educator* 27, 875-886.

Golin C, Dimatteo MR, Duan N, Leake B & Gelberg L. 2002. Improvised diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *Journal of Internal Medicine* 17, 866-875.

Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Yano Em & Frank HJL. 1988. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal medicine* 3, 448-457.

Guodangoli E & Ward P. 1998. Patient participation in decision making. *Social Science & Medicine* 47, 329-339.

Gwyn R & Elwyn G. 1999. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in general practice encounter. *Social Science & Medicine* 49, 437-447.

Haakana M. 2001. Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) Tampere: Vastapaino, 135-160.

Hakulinen A (toim.). 1989. Suomalaisen keskustelun keinoja 1. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

Hakulinen A. 1997. Vuorottelujäsennys. Teoksessa Tainio L (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 32-55.



Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM & Kerr EA. 2002. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine* 17, 243-252.

Hibbard JH, Slovic P & Jewett JJ. 1997. Informing consumer decisions in health care: implications from decision making research. *The Milbank Quarterly* 75, 395-417.

Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B & Keiser S. 2000. Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations* 3, 182-191.

Ilanne-Parikka P. 2003. Tyypin 2 diabeetikon hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA & Rönnemaa T (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 173-191.

Jenkins L, Britten N, Stevenson F, Barber N & Bradley C. 2003. Developing and using quantitative instruments for measuring doctor-patient communication about drugs. *Patient Education and Counseling* 50, 273-278.

Johansson M, Larsson UU, Sätterlung B, Säljö R & Svärdsudd K. 1995. Lifestyle in primary health care discourse. *Social Science & Medicine* 40, 339-348.

Kangas T. 2001. Diabeetikoiden ja verrokkien terveystalvelujen käyttö ja kustannukset Helsingissä. *Suomen lääkirilehti* 56, 1525-1531.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M & Liimatainen L. 2003. Negotiation in type 2 diabetes counselling. From problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counselling. *Qualitative Health Research* 13, 1205-1224.

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveystalveluissa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 75.

Kettunen T, Poskiparta M & Liimatainen L. 2001. Empowering counselling. A case study: Nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 16, 101-112.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N & Campbell MJ. 1998. Randomised controlled trial of patient centred care of general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. *British Medical Journal* 317, 1202-1208.

Kjellgren K, Svensson S, Ahlner J & Säljö R. 2000. Antihypertensive treatment and patient autonomy – the follow up appointment as a resource for care. *Patient Education and Care* 40, 39-49.

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA & Nathan DM. 2002. Reduction the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine* 346, 393-403.

Krein SL, Vijan S, Pogach LM, Hogan MM & Kerr EA. 2002. Aspirin use and counselling about aspirin among patients with diabetes. *Diabetes Care* 25, 965-970.

Kuopion yliopiston opinto-oppaat 2003-2004. Lääketieteellinen tiedekunta. [online][Viitattu 30.5.2004] [Http://www.uku.fi/opiskelu//oppaat2003/laaketiede.pdf](http://www.uku.fi/opiskelu//oppaat2003/laaketiede.pdf).

Kurri K & Wahlström J. 2000. Moraalin vuorovaikutuksellinen rakentaminen perheväkivalta-keskusteluissa. Teoksessa Jokinen A & Suoninen E (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimus sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 167-188.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 785 / 17.8.1992.

Lelie A. 2000. Decision making nephrology: shared decision making? *Patient Education and Counseling* 39, 81-89.

Makoul G, Arntson P & Schofield T. 1995. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine* 41, 1241-1254.

McKinstry B. 2000. Do patients want to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British medical journal* 321, 867-872.

Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, Hosey G, Kopher W, Lasichak A, Lamb B, Mangan M, Norman J, Tanja J, Yauk L, Wisdom K & Adams C. 2004. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 27, Supplement 1, S143-S149.

Miettinen J, Friman A & Vanhala M. 2001. Miten väestövastuinen terveyskeskus vastaa tyyppin 2 diabeteksen hoidon haasteisiin. *Suomen Lääkärilehti* 56, 515-519.

Muhlhauser I & Berger M. 2000. Evidence-based patient information in diabetes. *Diabetic Medicine* 17, 823-829.

Muhlhauser I & Berger M. 2002. Patient education – evaluation of a complex intervention. *Diabetologia* 45, 1723-1733.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 58, 4235-4237.

Mustonen J. 2002. Diabeetikon sydän. *Katsaus. Duodecim* 118, 601-608.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH & Engelgau MM. 2002. Self management education for adults with Type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycaemic control. *Diabetes Care* 25, 1159-1171.

Olin K. 1996. Kysymysten rakenteesta heijastuva kuulijaan suuntautuminen. Teoksessa Hakulinen A (toim.) *Kieli 10: Suomalaisen keskustelun keinoja II*. Helsinki: Helsingin yliopiston-suomen kielen laitos,

Ong LML, deHaes JCJ, Hoos AM & Lammes FB. 1995. Doctor-patient encounter: a review of the literature. *Social Science & Medicine* 40, 903-918.

Partanen TM. 2002. Dehkon hoitotyytyväisyystutkimus: Eroon turhista rutiineista, enemmän aikaa vuorovaikutukselle. *Diabetes ja lääkäri* 6, 10-15.

Patton MQ. 2002. Qualitative research & evaluation methods. 3rd edition. London: Sage Publications.

Pelliser JM & Venta ER. 1996. Introducing patients values into the decision making process for breast cancer screening. *Women and health* 24, 47-67.

Peräkylä A. 1997a. Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Tainio L (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 177-203.

Peräkylä A. 1997b. Reliability and validity in research based on tapes and transcriptions. Teoksessa Silverman D (toim.) *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: Sage Publications, 201-220.

Peräkylä A & Sorjonen ML. 1997. Miten yleislääkärin vastaanotolla puhutaan alkoholista? *Duodecim* 113, 2161-2169.

Peräkylä A, Eskola K & Sorjonen ML. 2001. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 7-26.

Poskiparta M, Kettunen T & Liimatainen L. 2000. Questioning and advising in health counselling: results from a study of Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89.

Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T & Kiuru P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen Lääkärilehti* 59, 1491-1495

Pyörälä E. 2001. Keskustelunalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 183-196.

Raevaara L. 2000. Potilaan diagnoosi ehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia* 791. Helsinki: SKS.

Raevaara L. 2001. Potilaan diagnoosi ehdotukset lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino, 113-134.

Raevaara L, Ruusuvoori J & Haakana M. 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvoori J, Haakana M & Raevaara L (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: SKS, 11-38.

Raevaara L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö – ongelmallinen puheen aihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 119, 313-320.

Raunio K, 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Gaudeamus.

Reunanen A. 2002. Diabeteksen esiintyvyys Suomessa. *Diabetes ja lääkäri* 2, 6-7.

Rosen P, Anell A & Hjortsberg C. 2001. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 55, 121-128.

Roter D. 2000. The medical visit context of treatment decision-making and therapeutic relationship. *Health Expectations* 3, 17-25.

Ruusuvoori J. 1996. Keskustelunanalyttinen metodi lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 162-166.

Ruusuvoori J. 2000. Control in medical consultation. Practices of giving and receiving the reason for a visit in primary health care. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16.

Ruusuvoori J. 2001. Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino,

Sacks H, Schegloff EA & Jefferson G. 1974. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50, 696-735.

- Silverman D. 1987. *Communication and medical practice: social relations in the clinic*. London: SAGE Publications Ltd.
- Simon HA. 1979. *Päätöksenteko ja hallinto*. Suomentanut Pirkko Rajala. Espoo: Amer yhtiymä Oy Weilin+Göös kirjapaino.
- Sivinen T. 1996. Verbiloppuiset lauseet keskustelupuheessa. Teoksessa Hakulinen A (toim.) *Kieli 10: Suomalaisen keskustelun keinoja II*. Helsinki: Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, 109-139.
- Skinner TC & Lawrence IG. 2002. Lifestyle modification in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 19, 4-6.
- Sorjonen ML. 2001. Lääkärin ohjeet. Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A & Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 89-112.
- Stephoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T & Hilton S. 1999. Behavioral counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *British Medical Journal* 319, 943-947.
- Stevenson F, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. 2000. Doctor – patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine* 50, 829-840.
- Stevenson F. 2003. General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient education and Counseling* 50, 291-293.
- Suomen Diabetesliitto. 2000. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010*. Tampere: Diabetesliitto.
- Suoninen E. 2000. "Tanssilajit ja -tyylit" asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa Jokinen A & Suoninen E (toim.) *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimus sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Tampere: Vastapaino, 67-104.

Tainio L. 1997. Preferenssijäsennys. Teoksessa Tainio L (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 93-111.

Tamminen R. 1985. Mitä on päätöksenteon teoria. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteen julkaisuja 68.

Tankova T, Dakovska G & Dragomir K. 2004. Education and quality of life in diabetic patients. *Patient Education and Counselling* 53, 285-290.

Towle A & Godolphin W. 1999. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal* 319, 766-770.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V & Uusitupa M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine* 344, 1343-1350.

Vehviläinen S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudeamus.

Viitanen E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 577.

Whitney SN, McGuire AL & McCullough LB. 2004. A typology of shared decision making, informed consent, and simply consent. *Annals of Internal Medicine* 140, 54-59.

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN DIABETESNEUVONTA.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Diabetesneuvonta ja sen sisältö.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Päätöksenteko diabetesneuvonnassa.....</b>	<b>5</b>
<b>3 LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLINEN PÄÄTÖKSENTEKO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Päätöksenteko.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Lääkärikeskeinen päätöksentekomalli.....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Tiedonvaihto.....	8
3.2.2 Harkintavaihe ja päätös.....	9
<b>3.3 Tietoon perustuva päätöksenteonmalli.....</b>	<b>9</b>
3.3.1 Tiedonvaihto.....	10
3.3.2 Harkintavaihe ja päätös.....	10
<b>3.4 Jaetun päätöksenteonmalli.....</b>	<b>11</b>
3.4.1 Tiedonvaihto.....	13
3.4.2 Harkintavaihe ja päätös.....	14
<b>4 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄ.....</b>	<b>16</b>
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Päätöksenteon jakautuminen diabetesneuvonnassa.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Päätöksenteko lääke- ja muuhun diabeteksen hoitoon liittyvässä neuvonnassa.....</b>	<b>21</b>
5.2.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko.....	21
5.2.1.1 Piilotettu päätöksenteko.....	21
5.2.1.2 Potilaan näkemyksen ohittava päätöksenteko.....	24
5.2.1.3 Suostutteleva päätöksenteko.....	27
5.2.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko.....	33
5.2.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko.....	33
5.2.2.2 Houkutteleva päätöksenteko.....	37
5.2.2.3 Ongelman vähättelyyn perustuva päätöksenteko.....	41



<b>5.3 Päätöksenteko elintapaneuvonnassa.....</b>	<b>44</b>
5.3.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko.....	45
5.3.1.1 Keskeytyvä päätöksenteko.....	45
5.3.1.2 Siirtyvä päätöksenteko.....	47
5.3.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko.....	50
5.3.2.1 Neuvotteleva päätöksenteko.....	50
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1 Tutkimustulosten yhteen veto.....</b>	<b>53</b>
6.1.1 Lääkärikeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa.....	53
6.1.2 Potilaskeskeinen päätöksenteko lääkeneuvonnassa.....	54
6.1.3 Lääkärikeskeinen ja potilaskeskeinen päätöksenteko elintapaneuvonnassa.....	56
<b>6.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat.....</b>	<b>58</b>
<b>6.3 Tutkimusmenetelmän arviointia.....</b>	<b>61</b>
<b>6.4 Jatkotutkimushaasteet.....</b>	<b>63</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>64</b>