

VAASAN YLIOPISTO  
Humanistinen tiedekunta  
Nykysuomen ja kääntämisen laitos

Tina Kallio  
Potilaskertomuksen prototyyppi

Nykysuomen pro gradu -tutkielma

Vaasa 2008

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
1 JOHDANTO	5
1.1 Tavoitteet	5
1.2 Aineisto	6
1.3 Menetelmät	7
2 LÄÄKETIETEEN ERIKOISKIELI	9
2.1 Erikoiskieli, teknolekti ja minilekti	10
2.2 Ominaispiirteet	12
2.2.1 Lääketieteen erikoisalajat ja kielimuodot	13
2.2.2 Ammattisanasto	16
2.2.3 Fragmentaarisuus	17
3 TEKSTIEN PROSESSOINTI	21
4 POTILASKERTOMUSTEN RAKENTUMINEN	27
4.1 Konteksti	28
4.2 Asettelu ja tekstin osat	31
4.3 Tekstityyppiominaisuudet	39
4.4 Virke- ja lausetaso	41
4.5 Termit	49
5 PÄÄTELMIÄ	55
LÄHTEET	59



---

**VAASAN YLIOPISTO**  
**Humanistinen tiedekunta**

<b>Laitos:</b>	Nykysuomen ja kääntämisen laitos
<b>Tekijä:</b>	Tina Kallio
<b>Pro gradu -tutkielma:</b>	Potilaskertomuksen prototyyppi
<b>Tutkinto:</b>	Filosofian maisteri
<b>Oppiaine:</b>	Nykysuomi
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2008
<b>Työn ohjaaja:</b>	Esa Lehtinen

---

**TIIVISTELMÄ:**

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää terveyskeskuksessa laadittujen potilaskertomusten perusrakenne. Tarkastelun kohteena ovat konteksti, asettelu ja tekstin osat, tekstityyppiominaisuudet, virke- ja lausetaso sekä termit. Kyseessä on kvalitatiivinen erikoiskielen tutkimus, jossa tavoitteen saavuttamiseksi käytetään tekstilingvistisiä menetelmiä.

Potilaskertomusten perusmalli koostuu neljästä kappaleesta otsikoineen, jotka määritellään pakollisiksi informaatiokentiksi. Teksteissä voi esiintyä näiden lisäksi kolme vaihtoehtoista osiota, mikäli hoitosuhde sitä vaatii. Näistä seitsemästä eri informaatiokentästä muodostuu ilmiänsuutaan erilaisia tekstejä, mutta kenttien sisältämät tiedot sekä tekstimuodot ja -tyypit ovat aina samankaltaisia tekstistä riippumatta.

Virke- ja lausetasolla potilaskertomuksia hallitsevat yksinkertaiset fragmentaariset virkkeet. Tiedon pakkaaminen tiiviimpään muotoon tekee lauseista lyhyempiä perinteisen kieliopin täydellisiin lauseisiin verrattuna. Kyse ei ole huonosta tai sopimattomasta kielenkäytöstä, vaan työyhteisön vakiinnuttamasta tekstinmuodostuskäytännestä, joka todellisessa kielenkäyttötilanteessa on paitsi hyväksyttävää myös välttämätöntä tekstien funktion kannalta. Fragmentaariset lauseet mahdollistavat myös sen, ettei työmuistia kuormiteta liikaa ja tarvittavat tiedot löytyvät teksteistä nopeasti ja vaivattomasti.

Potilaskertomuksissa esiintyvistä termeistä valtaosa on suomen kieleen mukautettuja erikoislainoja. Kokonaisuudessaan termit perustuvat latinan, kreikan ja englannin kieliin ja suomenkielisiin vastineisiin, joten tekstien voidaan katsoa olevan suhteellisen seka-kielisiä. Termien muodostamisperusteiden osalta potilaskertomuksissa käytettävä kieli on kryptistä.

---

**AVAINSANAT:** Erikoiskielet, lääketiede, potilaskertomus



## 1 JOHDANTO

Terveysthuollon perustilanteena voidaan pitää terveyskeskuslääkärin vastaanottoa, jonne potilas saapuu terveyteensä liittyvän ongelman vuoksi joko ajanvarauksella (ajan-tilausvastaanotto) tai ilman (päivystysvastaanotto). Vastaanoton loputtua lääkärin toimenkuvaan kuuluu sanella kyselemällä ja tutkimalla saadusta tietomäärästä kaikki olennaiset potilaan tilaa koskevat asiat kokonaiskuvan saamiseksi. ATK:n avulla toteutettavan potilastietojen hallinnan tärkein väline on potilaskertomus, johon puhtaaksi kirjoitetut potilastiedot ovat myöhempää käyttöä varten heti saatavilla. Potilaskertomukset ovat kirjallisia alan sisäiseen viestintään tarkoitettuja tekstejä, mutta myös potilaalla on oikeus saada niitä halutessaan luettavakseen.

Pääsääntöisesti tekstit eivät muodostu peräkkäisistä irrallisista sanoista ja lauseista, vaan ne ovat rakenteellisia kokonaisuuksia. Tekstit pyrkivät mukautumaan käyttötarkoituksensa ja käyttöyhteisön mukaan. Työyhteisöt, kuten terveyskeskukset, jäsensivät omaa toimintaansa nimeämällä toimintojaan ja tekstilajejaan, jolloin tekstit vakiintuvat. Kie- lenkäyttö itsessään on jatkuvaa valintaa ja neuvottelua. Vaihtelun myötä kaikki samaan tekstilajiin kuuluvat tekstitkään eivät ole täysin samanlaisia. Niistä voidaan kuitenkin löytää toistuvia piirteitä, joita ei valita joka kerta erikseen. Nämä piirteet luonnehtivat tekstejä, kuten potilaskertomuksia, ja erottavat niitä muista tekstilajeista.

### 1.1 Tavoitteet

Lääkärit käyttävät keskinäisessä viestinnässään kieltä, jota kaikkien teksteihin osallisina olevien on osattava käyttää viestinnän onnistumisen kannalta. Tarkoitukseni on kuvailla laajemmin lääketieteen erikoisaloja ja niissä käytettäviä kielimuotoja sekä millainen lääkäreiden käyttämä kieli on tieteellisestä ja käytännöllisestä näkökulmasta katsottuna ja mitkä ovat sen erityispiirteet. Uskon näiden piirteiden heijastuvan myös tässä tutkimuksessa aineistona oleviin teksteihin. Ammattikieliset tekstit asettavat niiden laatijoille ja vastaanottajille tiettyjä kriteerejä, jotta tekstejä voidaan tuottaa ja ymmärtää

oikein. Pyrin hahmottamaan mitä nämä kriteerit ovat ja minkälaisen viitekehyksen pohjalta lääkärit viestivät keskenään.

Ennen kaikkea päätavoitteenani on etsiä vastauksia kysymykseen: Miten potilaskertomukset rakentuvat? Pyrin löytämään ne toistuvat elementit, joiden varaan potilaskertomukset muodostavat oman tekstilajinsa. Uskon näitä toistuvia elementtejä löytyvän sekä kielenulkoisista että kielellisistä tekijöistä. Mielenkiintoni kohteina ovat konteksti, potiasertomuksen asettelu ja tekstin osat, tekstityyppiominaisuudet, virke- ja lausetaso sekä termit.

## 1.2 Aineisto

Aineistona on viisitoista (15) suomalaisessa terveyskeskuksessa laadittua potilaskertomusta. Niiden laatijoina on ollut sekä mies- että naislääkäreitä, joilla on vähintään kahden vuoden ammatillinen kokemus lääketieteen harjoittamisesta terveyskeskuksessa. Nämä seikat takaavat ensinnäkin sen, että potilaskertomusten laatimisesta on muodostunut lääkäreille rutiininomainen osa heidän työtään ja aineisto on riittävä toistuvien piirteiden löytymiseen. Toisekseen, huomioitaessa molemmat sukupuolet valmiista potilasasiakirjoista saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva.

Kaikki potilasta koskevat asiakirjat, kuten potilaskertomukset, kuuluvat vaitiolovelvollisuuden piiriin. Olen sitoutunut käsittelemään aineistoani ainoastaan tutkimustarkoituksessa ja täysin luottamuksellisesti. Jokaiselta potilaalta on pyydetty kirjallinen suostumus oman potilaskertomuksensa luovuttamiseen. Ennen aineiston saamista oli terveyskeskuksessa tehty vielä tarvittavat lisätoimenpiteet potilaan tunnistamiseen johtavien tietojen salaamiseksi.

Lisäksi aineiston tarkastelussa esimerkkeinä käytettävät sanat, lauseet ja virkkeet poimin eri potilaskertomuksista ja eri asiayhteyksistä, jolloin niitä ei voida yhdistää kokonaisuudeksi. Kaikki numerotiedot (ikä, sairauden kesto, tutkimustulokset sekä muut vastaavat tiedot) ja osan sanoista muutan tai korvaan ajatusviivalla potilaan tietojen

turvaamiseksi, mutta tekstin alkuperäisen rakenteen pyrin säilyttämään sellaisenaan. Tärkeintä aineiston käsittelyn suhteen on potilaan oikeusturvan suojaaminen.

### 1.3 Menetelmät

Tutkimukseni tavoitteena on muodostaa potilaskertomuksen perustyyppi. Tavoitteen saavuttamiseksi käytän tekstilingvistisiä menetelmiä. Tarkasteltavina asioina ovat konteksti, tekstin ja tekstin eri osien kommunikatiivinen funktio, tekstien osiin kirjoittuvat äänet, tekstistä välittyvät eksplisiittiset ja implisiittiset merkitykset, tekstityypit ja kielen eri tasot aina virkkeistä termeihin. Kyseessä on kvalitatiivinen erikoiskielen tutkimus ja aineiston analyysissä hyödynnän deduktiivista tutkimusmenetelmää, jossa analyysi etenee yleisestä yksityiskohtiin.

Työssä yhdistyvät kognitiivinen, pragmaattinen ja semanttinen näkökulma. Kognitiivisesta näkökulmasta käsin tarkastelen tekstien tuottamista ja ymmärtämistä eli tekstien prosessointia. Pragmaattisuus korostuu silloin, kun tarkastelen tekstejä niiden käyttötilanteissa. Kielen merkitystasolla eli semanttisesta näkökulmasta käsin selvitän, miten tieto ilmaistaan potilaskertomuksissa, sillä sanoja ei voida yhdistellä miten tahansa.

Luvussa 1 kerron tutkimukseni tavoitteet, kuvailen aineiston ja menetelmät, joiden avulla tavoitteet ovat ratkaistavissa. Luvut 2 ja 3 muodostavat tutkimuksen taustateorian. Luvussa 2 käsittelen erikoiskielen tutkimuksessa käytettävää terminologiaa, kerron lääketieteen erikoisaloista ja niissä käytettävistä kielimuodoista sekä kuvailen käytäntöön suuntautuneen lääketieteen kielen tunnusomaisia piirteitä, joiden uskon heijastuvan myös aineistona oleviin potilaskertomuksiin. Luvussa 3 keskityn ammattikielisten tekstien tuottamis- ja ymmärtämisprosessiin sekä pyrin kuvailemaan tarkemmin lääkäreiden välisen viestinnän taustalla olevan viitekehyksen.

Luvussa 4 *Potilaskertomusten rakentuminen* yhdistyvät teoria ja aineiston analysointi. Analyysiosuudessa käsiteltävinä asioina ovat konteksti, tekstin asettelu ja sen eri osat, tekstityyppiominaisuudet, virke- ja lausetaso sekä termit. Potilaskertomusten rakentumi-



nen kuvataan teksteissä esiintyvien sekä pakollisten että valinnaisten rakenne-elementtien perusteella. Huomioon otetaan niin muodolliset kuin funktionaaliset piirteet. Tutkimuksen päättää luku 5. Siihen pyrin kokoamaan tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset ja pohtimaan tutkimuksen hyödynnettävyyttä käytännössä sekä esittämään jatkotutkimusideoita.

## 2 LÄÄKETIETEEN ERIKOISKIELI

Jokainen meistä on ollut potilaana syystä tai toisesta terveyskeskuksessa ja tietää, kuinka laajoja työyhteisöjä ne muodostavat eri ammattikuntineen. Terveyskeskuksessa työskentelee muun muassa perushoitajia, sairaanhoitajia, laboratorionhoitajia, röntgenhoitajia ja tietenkin lääkäreitä. Hoitohenkilöstön lisäksi on hallinto-, talous- ja huoltohenkilöstöä. Näinkin suuressa työyhteisössä kohtaa monen eri erikoisalan edustajaa, joiden välillä ei aina vallitse kielellistä yhteisymmärrystä, mikäli kaikki osapuolet pitävät omassa ammattikielessään.

Eri ammattiryhmien kohdatessa on totuttu käyttämään keskinäisessä kommunikaatiossa kieltä, jota kaikki viestintään osallistuvat ymmärtävät erilaisista taustatekijöistä riippumatta. Tästä seuraa se, että työyhteisössä muodostuu eri ammattiryhmien välille erilaisia kielimuotoja. Lääkäri käyttää erilaista kieltä kommunikoidessaan niin kollegan, sairaanhoitajan kuin potilaan kanssa eli hän mukauttaa kielenkäyttöään jokaisen tilanteen vaatimalla tavalla.

Lähinnä eri tilannetekijöihin perustuvia toisistaan eroavia kielimuotoja voidaan sairaalaympäristöstä mainita lääketieteen erikoiskieli, hoitotieteen erikoiskieli, hoitohenkilöstön puheessa esiintyvä slangi, potilaille puhuttu hoivakieli, hallinnon kieli ja teknisen henkilöstön, kiinteistön ylläpito henkilöstön siivous- ja ruokahuollon henkilöstön erikoiskielet (Niemi 1996: 124–125).

Potilaskertomukset ovat kirjallisia potilasasiakirjoja, joissa tietojen ilmaisemiseen käytetään lääketieteen erikoiskieltä. Tässä tutkimuksessa perehdytään nimenomaan terveyskeskuksissa työskentelevien potilasta tutkivien asiantuntijoiden, lääkäreiden, väliseen kirjalliseen viestintään, jossa kielimuotona on käytännön työhön suuntautunut lääketieteen erikoiskieli. Seuraavaksi käsittelemme erikoiskielten tutkimuksessa käytettävää terminologiaa ja kuvailen tarkemmin käytäntöön suuntautuneen lääketieteen kielen ominaispiirteitä.

## 2.1 Erikoiskieli, teknolekti ja minilekti

Erikoiskielillä tarkoitetaan erikoisalojen, kuten tieteen-, ammatti- tai harrastealan kielimuotoja, joita saman alan edustajat käyttävät keskinäisessä viestinnässään. Vaikka nämä kielimuodot perustuvat yleiskieleen, ne sisältävät suuren määrän maallikoille tuntemattomia sanoja ja ilmauksia, mikä tekee kielestä vaikeatajuista. (Haarala 1981: 9; Ingo 1990: 41.) Lääketieteen kielelle on ominaista poikkeuksellisen laaja ammattisanasto, joka perustuu kreikan ja latinan kieliin. Sanaston vierasperäisyyteen on omat historialliset syynsä.

Antiikin Kreikassa kehittyneen järkipäiseen ajattelutapaan perustuvat lääketieteen tunnetuin edustaja on kreikkalainen Hippokrates (noin 460 – noin 377 eKr.) ja häntä pidetään länsimaisen lääketieteen isänä (Forsius 2001: 17). Huomattava osa lääketieteen sanastosta on peräisin juuri kreikan kielestä. Keskiajalla latina syrjäytti kreikan ja säilyi lääketieteen valtakielinä 1800-luvulle asti. Vaikka latina menetti vähitellen asemansa eurooppalaisille kansankielille, vanha kreikkalais-latinalainen lääketieteen sanasto on säilynyt kaikkialla laina-aineena. (Haarala 1994: 68.)

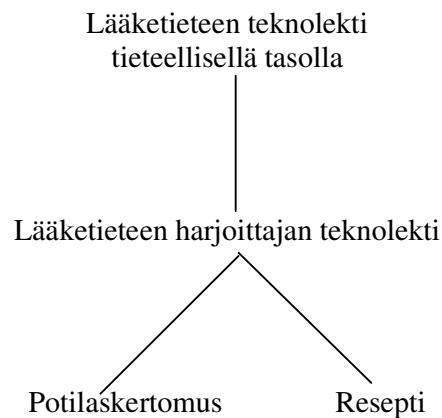
Toisen maailmansodan jälkeen Englanti on ollut lääketieteessä kansainvälisen valtakielin asemassa, minkä johdosta Suomeen on tullut myös englanninkielistä laina-ainesta. Esimerkkeinä mainittakoon *burn out*, *low-density-lipoproteiini* ja *stressi*. Monet lainoista ovat hankalakäyttöisiä, jolloin niiden rinnalle on kehittynyt lyhenteitä:

low-density-lipoproteiini = LDL (tiheydeltään välillä 1,019–1,063 oleva veriplasman lipoproteiini, jonka runsaus katsotaan sepelvaltimotaudin vaaratekijäksi),

respiratory syncytial -virus = RSV (paramykovirusiin kuuluva, etenkin lapsilla keuhkokuumetta ja muita hengityselininfektioita aiheuttava virus, joka kudosviljelmissä aiheuttaa monitumaisen jättisolujen muodostumista) ja

acquired immunodeficiency syndrome = AIDS (HI-viruksen aiheuttama tappava tauti, jolle on ominaista mm. CD4-imusolujen tuhoutumiseen liittyvä elimistön immuunipuolustuksen heikkeneminen ja potilaan menehtyminen johonkin muuten suhteellisen vaarattomaan tartuntatautiin tai kasvaimeen). (Haarala 1994: 69–70.)

Erikoiskielten rinnalla on ryhdytty käyttämään myös termejä teknolekti ja minilekti tarkasteltaessa alan asiantuntijoiden käyttämää kielimuotoa heidän keskinäisessä viestinnässään. Yksittäiset teknolekit muodostuvat määrätyn alan mukaan, jolloin voidaan puhua muun muassa matematiikan, talouden tai lääketieteen teknolektistä. Teknolekit ovat erikoiskieliä erikoiskielten sisällä, mutta ne voivat edelleen sisältää entistä rajatumpia kielimuotoja, joita kutsutaan minilekteiksi. Minilekit ovat lähinnä hyvin suppean asiantuntijaryhmän tai erikoisalan käytäntöön suuntautuneita kielimuotoja. (Nordman 1994: 10, 21.)



**Kuvio 1.** Minilekit sisällön ja tarkoituksen tuotteina (Nordman 1994: 25).

Samankin ammattialan minilekit eroavat toisistaan, kun niitä jaotellaan sisällön ja tarkoituksen mukaan (ks. kuvio 1). Nordmanin (1994: 24) esimerkissä tieteellisen tason lääketieteen teknolekti on sidoksissa lääketieteen harjoittajan työssään käyttämäänsä lääketieteen teknolektin varianttiin. Tämä variantti sisältää muun muassa potilaskertomusten laatimiseen ja reseptien kirjoittamiseen vaadittavat kielimuodot. Vaikka syntyneet tekstit ovat osittain samankaltaisia, ne eivät kuulu samaan minilektiin vaan muodostavat kaksi erillistä: potilaskertomuksen ja reseptin. Yksittäisten tekstien on oltava sisällön ja tarkoituksen osalta täysin yhtenäisiä, jotta ne voisivat kuulua samaan minilektiin.

Hiidenmaa (2003: 114, 117) korostaa, että vaikka ammatinharjoittajat tarvitsevat työssään täsmällisesti sovittuja termejä, lääketieteen erikoiskielen omaksuminen ei ole pelkästään sanaston hallintaa. Tekstien tasolla ammattisanaston hallinta on vasta osa erikoiskieltä. Siihen kuuluvat myös koko kielen käyttötapa, rakenne ja tapa esittää tietoa, jotka ovat yhteydessä alan ajattelutapaan ja toimintatapoihin. Lääkäreidenkin on osattava laatia erilaisia tekstejä erilaisia tarkoituksia varten, kuten potilaskertomuksia ja reseptejä, ja siten hallittava vaihtelevia ja aikojen kuluessa vakiintuneita tekstien esitystapoja.

## 2.2 Ominaispiirteet

Lääketieteen kieltä on monesti pidetty yhtenä tyyppiesimerkkinä erikoiskielistä (ks. Niemikorpi 1996: 94) ja kreikkalais-latinalainen termistö on yksi lääketieteen ominaispiirteistä (Haarala 1994: 68). Hyvän käsityksen ammattisanastosta saa Koivusalon ja Huovinen-Nybergin (1985: 12–13) esimerkistä, jossa sama asia ilmaistaan erikoiskielellä ja yleiskielellä:

Potilaalle päätettiin tehdä valvulotomia, jossa atriumin ja ventrikkelin välistä ostiumia dilatoidaan. Tällöin pulmonaalinen kongestio vähenee ja dyspnea häviää” / ”Potilaalle päätettiin tehdä läppäleikkaus, jossa sydämen eteisen ja kammion välistä aukkoa laajennetaan. Tällöin verentungos keuhkoissa vähenee ja hengenahdistus häviää.

Erikoiskielisessä katkelmassa on paljon maallikolle vieraita sanoja, kuten valvulotomia, ventrikkeli ja dyspnea, joiden merkitys on tuttu vain alan ammattilaiselle ja latinaa osaavalle. Yleiskielisessä versiossa sanojen tuttuusaste vaihtelee tekstin lukijan mukaan, mutta sanojen merkitys on osien perusteella suhteellisen helposti tulkittavissa. Lääkärit sanelevat ja tulkitsevat potilaskertomuksia oman vankan asiantuntemuksensa perusteella käytännön lääketieteen kieltä käyttäen.

Seuraavaksi tarkastelen lähemmin minkälainen on lääkäreiden käyttämä käytännön lääketieteeseen suuntautunut erikoiskieli. Tuon esiin ne peruspiirteet, joiden uskon vah-

vasti esiintyvän myös potilaskertomuksissa käytettävässä kielimuodossa. Käsiteltävinä asioina ovat lääketieteen erikoisalajat ja niiden käyttämä ammattisanasto, termien muodostamisperusteet ja suomenkielinen termityö sekä fragmentaarisuus ja sen eri käyttömuodot.

### 2.2.1 Lääketieteen erikoisalajat ja kielimuodot

Sanalla lääketiede tarkoitetaan sekä alaa tieteenä että tieteelliselle pohjalle perustuvaa parannustaitoa ja sen käyttöön soveltamista. Vaikka käsitykset sairauksista ja niiden hoito- ja ehkäisykeinoista ovat muuttuneet vuosien saatossa, perusongelmat: mikä potilasta vaivaa, mistä tauti johtuu ja mitä terveyden saavuttamiseksi olisi tehtävä, ovat pysyneet samoina. (Hirvonen 1987: 13–14.) Vaikka lääketieteen kieltä voidaan yleistäen pitää oman tieteenalansa erikoiskielenä, Haaralan (1994: 71) mukaan ei voida puhua mistään yhdestä yhtenäisestä kielimuodosta, vaan joukosta useita lääketieteen erikoisalojen kieliä ammattisanastoineen.

Niemikorpi (1996: 41–42, 122) viittaa samaan asiaan puhumalla alan toiminnassa kaiken aikaa vaihtelevasta kielellisestä kaleidoskoopista, koska ei voida puhua vain yhdestä alan yhtenäisestä kielestä. 1960-luvulla Oulun yliopistoon tilastollisella otannalla luodussa tekstikorpuksessa myös lääketieteen kieli on edustettuna. Oulun korpuksen ryhmittely ei kuitenkaan anna todellista kuvaa nykyaikaisen lääketieteen kielen luonteesta, sillä lääketieteellä on kytkentöjä monille eri aloille, kuten biologiaan, eri tekniikan aloille, julkiseen hallintoon, politiikkaan ja jopa lingvistiikkaan.

Hiidenmaa (2003: 109, 113) kuvaa erikoiskieltä hyvin muuntuvaksi ja amebamaiseksi kategoriaksi. Esimerkiksi lääketieteen erikoiskieleen kuuluu monta eri erikoiskieltä psykiatrian ja kansanterveystieteen sosiologisista käsitteistä aina perinnöllisyystieteen kemiallisiin ja biologisiin käsitteisiin. Nämä kielet puolestaan sivuavat muiden tieteenalojen, kuten käyttäytymistieteiden, luonnontieteiden ja tekniikan erikoiskieliä. Erikoiskielet eivät kuulu yleiseen kielenkäyttöön ja yleiseen sivistykseen, vaan niillä korostetaan minkä tahansa alan syvällistä asiantuntemusta. Erityisesti niin sanotuilla kovilla

tieteenaloilla, kuten lääketieteessä, erikoiskielten käyttö on välttämätöntä ja välillä jopa mystifioitua.

Lääketieteen erikoisalojen eriytyminen on ollut ensisijaisesti 1900-luvun ilmiö:

Lääketiede on nykyisin jakautunut n. 50 erikoisalaan. Suomessa myönnetään erikoislääkärin oikeudet 30 alalla, joista yksi on yleislääketiede. Lisäksi niihin liittyy n. 50 suppeaa erikoisalaa. Erikoisala voi olla tauti- tai elinکوhtainen. Se voi olla diagnostinen tai terapeuttinen. Jako on välttämätön tieto- ja taitomäärän lisääntymisen vuoksi [...]. (Hirvonen 1987: 238, 240.)

Hervonen ja Nienstedt (2000: 271–273) ovatkin luetelleet viitisenkymmentä lääketieteen erikoisalaa ja rinnakkaistiedettä aina allergologiasta (allergiatiede, allergia-tautioppi) yleislääketieteeseen (valikoimattomien tautitapausten hoitoon ja ehkäisyyn kohdistuva lääketieteen alue). Muista mainittakoon andrologia (miestentautioppi), dermatologia (ihotautioppi), histologia (kudosoppi), kardiologia (sydäntautioppi) ja ortopedia (luustokirurgia). Yhteistä kaikille lääketieteen erikoisaloille on se, että ne tutkivat ihmiseen liittyviä sairauksia, niiden syitä, esiintymistä, hoitoa ja ennaltaehkäisyä.

Jaottelusta huolimatta on kuitenkin syytä mainita, etteivät lääketieteen erikoisalat ole niin ehdottoman tarkkarajaisia ja eriytyneet toisistaan riippumattomiksi. Osaamisaluiden suhteen ilmenee päällekkäisyyttä. Odontologiaan eli hammaslääketieteeseen erikoistuneen lääkärin on hallittava myös kariologiaa (kariesoppi) ja ortodontiaa (hampaidenoikomisoppi) ja anatomian tunteminen kuuluu monen erikoisalan perustietoihin. Toisaalta käytännön tasolla gastroenterologi (vatsatautilääkäri) ja gastrokirurgi (vatsakirurgian erikoislääkäri) tekevät osin täysin samoja töitä, kuten mahan tähystyksiä.

Kirurgiasta on aikojen kuluessa eronnut omiksi erikoisaloikseen useita eri lohkoja. Aikajärjestyksessä ovat kirurgiasta eronneet muun muassa synnytys- ja naistentautioppi, silmätautioppi, korva-, nenä- ja kurkkutautioppi sekä hammas- ja leukakirurgia. Kirurgia puolestaan on 1900-luvulla jakautunut useiksi suppeiksi erikoisaloiksi. Niitä ovat muun muassa ortopedia ja traumatologia, urologia, neurokirurgia, thoraxkirurgia,

verisuoni-kirurgia, sydänkirurgia, gastroenterologinen kirurgia ja endokriininen kirurgia. (Forsius 2004: 29.)

Kirurgiassa on tapahtunut jakautumista myös käytettyjen menetelmien mukaisesti. Esimerkkejä siitä ovat elinsiirtokirurgia, keinotekoisten elinproteesien istuttaminen, plastiikkakirurgia, endoskooppinen ja videolaparoskooppinen kirurgia, mikrokirurgia, syöpäkirurgia, lastenkirurgia sekä prenataalinen kirurgia. Aivan uutta toimintatapaa edustaa muun muassa bench-surgery eli leikkauksen kohteena olevan elimen poistaminen potilaasta toimenpiteen ajaksi. (Forsius 2004: 29–30.)

Lisäksi on erikoisaloja, jotka eroavat toisistaan huomattavasti sanaston perusteella. Psykiatriassa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyden häiriöitä, mutta nämä häiriöt eivät ole silmin nähtävissä tai käsin kosketeltavissa kuten dermatologiassa (ihotautioppi). Termien muodostamisperusteet näillä lääketieteen erikoisaloilla ovat erilaiset, jolloin kieliä voidaan kutsua joko delfisiksi tai kryptisiksi.

Delfisiä kieliä ovat sellaiset kielet, joissa uusiin käsitteisiin viitataan tutuilla yleissanakirjoissa esiintyvillä sanoilla vain sanojen merkitystä muuntaen (esimerkiksi sosiologia: *rooli*, *roolikäyttäytyminen*). Delfisten kielten termit on helppo oppia ja muistaa, mutta maallikon kannalta teksti voi johtaa väärin tai epätarkkoihin tulkitoihin, mikäli sanan yleiskielestä poikkeavaa käsitettä ei tunneta. Kryptisiä kieliä ovat puolestaan sellaiset kielet, joissa uusiin käsitteisiin viitataan uusilla erikoissanakirjoissa esiintyvillä termeillä (esimerkiksi sähköoppi: *kapasitanssi*, `sähkönvaraamiskyky` ). Kryptisten kielten termien ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys on yleensä hyvä, koska vieraan termin merkitys on pakko opetella. (Kapiala 2003: 246–247; Niemikorpi 1996: 83–84.)



### 2.2.2 Ammattisanasto

Lääketieteen kieli edustaa yleisesti niin sanottua kryptistä ammattikieltä, mutta monilla lääketieteen erikoisaloilla käytetään rinnan molempia terminmuodostuskeinoja (Niemi-korpi 1996: 12, 84). Näin on muun muassa psykiatriassa, kuten Kapiala (2003) teoksessaan osoittaa. Hänen tutkimuksensa kohteena ovat psykiatria ja sen diagnoosinimikkeet. Hän liikkuu sanaston tasolla ja tarkastelee mielenterveyshäiriöiden nimeämisperusteita ja häiriöiden nimityksiin sisältyviä oletuksia. Taustalla on ajatus siitä, että mielenterveyden häiriöitä sairastavat potilaat haluavat tietää sairautensa nimen ja sitä kautta ymmärtää itseään, vaikka psykiatrian kieli on tarkoitettu ensisijaisesti alan ammattilaisten käyttöön.

Maallikon silmissä juuri ammattisanasto tekee lääketieteen kielestä vaikeatajuista. Ahmavaara selittää tämän johtuvan `kielen kertaluvusta`: ”Mitä korkeamman kertaluvun käsite tai kieli on kysymyksessä, sitä abstraktisempi tämä käsite tai kieli on”. Kielen abstraktisuus mahdollistaa laaja-alaisemman ja nopeamman tiedonvälityksen kielenkäyttäjien välillä kuin konkreettinen kielenkäyttö. (Ahmavaara 1975: 55, 101.) Korkeamman kertaluvun eli lääketieteen terminologian takia lääketieteen erikoiskieli on informaatiopitoisempaa yleiskieleen verrattuna.

Lääketieteellisen terminologian oikeanlainen ja huolellinen käyttö takaavat sen, että kaikki teksteihin osallisina olevat terveydenhuoltoalan henkilökunnasta ymmärtävät tekstin viestinnän etäisyydestä riippumatta. Näin taataan paitsi se, että seuraavalla kerralla potilasta tutkiva toinen lääkäri löytää myös esimerkiksi ylimääräisen tuumorin (kyhmy, kasvain) vatsaontelon alueelta tai kohdun seinämästä, mutta myös kansainvälisen tieteellisen kanssakäymisen: *Appendicitis acuta* (äkillinen umpilisäketulehdus) tarkoittaa samaa julkaisukielestä riippumatta. (Hervonen & Nienstedt 2000: 241.)

Duodecimin selittävän suursanakirjan *Lääketieteen termit* hakusanamäärä sisältää Haaran mukaan vain pienen osan lääketieteen termien kokonaismäärästä, joka saattaa olla jopa puoli miljoonaa. Ammattisanaston laajuuden vuoksi lääketieteen harjoittaja ei voi hallita kaikkia lääketieteen sanoja ja aloja, vaan erikoistuessaan hän omaksuu oman eri-

koisalansa ja sen kielen. (1994: 71.) Lääketieteelliselle terminologialle on luonteenomaista asiasisällön yksiselitteisyys ja lyhyt ilmaisumuoto. Oikeata ja huolellista lääketieteellisen ammattisanaston käyttöä tarvitaan kaikilla terveydenhuollon tasoilla työskennellessä. Lääkäriin tulee hallita keskimäärin noin 2000 ammattisanaston ilmaisua. Lääketieteen opiskelijoilla huomattava osa työpanoksesta kuluukin lääketieteellisen latinan opiskeluun. (Hervonen & Nienstedt 2000: 5, 241.)

Lääketieteen kieli on saanut paljon laina-aineksia, mutta toisaalta omaa suomenkielistä sanastoa on haluttu myös tietoisesti kehittää. Suomenkielistä lääkintätaitoon liittyvää tekstiä on esiintynyt ensimmäisen kerran Mikael Agricolan teoksessa *Rucouskiria*, joka julkaistiin vuonna 1544 (Forsius 2001: 187). Häkkinen (1994: 128, 130–131) mainitsee varsinaisen lääketieteen alan merkittävimmiksi teoksiksi 1700-luvulta Kristfrid Gananderin lääkärikirjat *Maanmiehen Huone- ja Koti-Aptheeki* (1788) ja *Eläinden Tauti-Kirja* (1788). 1800-luvulla lääketieteellisen kirjallisuuden uranuurtajia olivat J.H. Keckman, joka suomensi Carl Nordbladin *Terweyden Opetus-Kirjan yhteiselle kansalle* vuonna 1837 ja Elias Lönnrot, jonka kirjoittama *Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri* painettiin ensimmäisen kerran 1839.

Lääketieteen kielen parissa tehdään myös termityötä. Vuonna 1881 Matti Äyräpään johdolla perustetun Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin tehtävänä on sen perustamisesta lähtien ollut edistää lääketieteen suomen kieltä julkaisemalla suomen kielellä lääketieteellistä aikakauskirjaa, järjestämällä sanakilpailuja omakielisten termien löytämiseksi ja perustamalla lääketieteen sanastolautakunnan suomen sanavarojen kehittämiseen ja suomen kielen aseman vahvistamiseen lääketieteen kielenä (Kivelä 2003: 8, 9–10).

### 2.2.2 Fragmentaarisuus

Ammattisanaston laajuuden ja outouden lisäksi lääketieteen kielen ominaispiirteenä voidaan mainita fragmentaarisuus, joka Niemikorven (1996: 130) mukaan on säännöllistä monissa erikoiskielissä. Perinteisen kielioppinäkömyksen mukaan lauseopin perusyksiköitä ovat virke ja virkettä pienempi yksikkö lause. Yksinkertaiset virkkeet muo-

dostuvat yhdestä lauseesta ja yhdysvirkkeet kahdesta tai useammasta lauseesta, jotka ovat toisiinsa nähden joko rinnasteisia tai alisteisia. Täydellinen lause rakentuu finiitti-muotoisen verbin eli predikaatin ympärille. Tavallisesti lauseessa on predikaatin lisäksi tekemisen suorittaja eli subjekti. Nämä pääjäsenet muodostavat lauseen rungon, mutta niiden lisäksi lauseessa voi olla lisjäseniä. (*Nykysuomen käsikirja* 1983: 130–132.) Kun lauseesta puuttuu yksi tai useampia jäseniä, on kyse fragmentaarisuudesta.

Fragmentaarisuutta esiintyy yleisesti keskusteluissa, sarjakuvissa ja mainoksissa sekä tiedon pakkaamisen vuoksi tiivistetyissä teksteissä, kuten otsikoissa, raporteissa ja tietosanakirjoissa (Niemikorpi 1996: 130). Pakkaaminen mahdollistaa suuren tietomäärän varastoimisen tilankäytön kannalta taloudellisesti. Periaatteena on, että pakkaamisella tekstiä muokataan viestintätilanteen mukaan vaihtoehtoiseen peruslausetta tiiviimpään muotoon eri syistä. (Niemikorpi 1989: 66, 68.)

Niemikorpi (1989: 64–65) mainitsee kolme erilaista pakkaamistapaa, jotka ovat morfosyntaktinen ja leksikaalinen pakkaaminen, semanttinen pakkaaminen ja temaattinen pakkaaminen. Pakkaamistapojen luonnehdinnassa on hyödynnetty potilaskertomuksista otettuja esimerkkejä.

Teksteissä lausemaisuuuden asteen vähentäminen johtaa morfosyntaktiseen ja leksikaaliseen pakkaamiseen:

- (1) potilas on väsynyt → *väsynyt potilas*
- (2) potilas on hyväkuntoinen → *hyväkuntoinen potilas*

Ensimmäisessä esimerkissä jälkimmäinen ilmaus *väsynyt potilas* sisältää kaksi alkuperäistä peruslausetta: ”x on potilas” ja ”potilas on väsynyt”. Toisessa esimerkissä jälkimmäinen ilmaus *hyväkuntoinen potilas* sisältää seuraavat kaksi peruslausetta: ”x on potilas” ja ”potilas on hyväkuntoinen”. Kummassakin tapauksessa kahden lauseen reema on pakattu yhdeksi nominaalikonstruktioksi.

- (3) Jos kipu pitkittyy, otetaan RTG-kuva. → *Kivun pitkittyessä (otetaan) RTG-kuva.*

- (4) Potilas on huomannut, että oireilee koirien ja kissojen läheisyydessä. →  
(Potilas on)Huomannut oireilevansa koirien ja kissojen läheisyydessä.

Lauseenvastikkeet ovat yleisesti ottaen pakatumppia kuin lauseet. (Niemikorpi 1989: 64.)

Semanttista pakkaamista on ajatuskokonaisuuden tiivistäminen termeiksi (Niemikorpi 1989: 64). Termit vaativat selitykseksi useita sanoja havainnollistuaakseen maallikoille siinä määrin, että ne voidaan ymmärtää ilman lääketieteen erikoistietoja. Esimerkiksi *parechovirus* on ”ryhmä pikornaviruksia, jotka aiheuttavat jossakin elämänvaiheessa lähes kaikille ihmisille infektion, joka voi olla oireeton tai johon liittyy enimmäkseen vähäisiä oireita ruuansulatuskanavassa tai hengitysteissä, harvoin sydänlihaksen tai aivokudoksen tulehduksia” (*Lääketieteen termit* 2002: 495). Niemikorven (1996: 88) mukaan tärkein pakkaamisen muoto on juuri semanttinen pakkaaminen eli termien käyttö, koska termi vastaa useampisanaista määritelmää.

Temaattisessa pakkaamisessa karsitaan uuden informaation välittämisen kannalta tarpeettomia aineksia, jolloin lauseista jää jäljelle vain niiden sisältämä uusi tieto. Temaattisesti pakattuja tekstejä ovat muun muassa tietosanakirjat, kuvatekstit ja lehtien otsikot. (Niemikorpi 1989: 65.) Potilaskertomusten aiheena, teemana, on potilas ja hänen terveydentilansa kuvaaminen, mutta sitä ei fragmentaarisuuden takia erikseen mainita. Se, mitä teemasta sanotaan (reema), muodostaa potilaskertomuksen pintarakenteen.

Fragmentaarisuus voi ilmetä lääketieteen kielessä monin eri tavoin. Koko tekstirakenne voi olla vaillinainen, jolloin tekstin vastaanottajalta vaaditaan alan ilmaisukonventioiden tarkkaa tuntemusta viestin ymmärtämiseksi. Fragmentaarisisissa teksteissä lause- ja virketasolla täydelliset lauseet ja yhdyslauseet ovat harvinaisia ja usein pääverbin puuttumisen vuoksi persoona, tempus ja modus on pääteltävä tekstiyhteydestä. (Niemikorpi 1996: 130, 133.)

Morfosyntaktisen ja leksikaalisen pakkaamisen, semanttisen pakkaamisen ja temaattisen pakkaamisen käyttö sopivat erinomaisesti ammattikielisen viestinnän tarpeisiin, sillä niiden piirissä oleva viestintä on kehittynyt erityistehtäviin, tilanteelle voidaan asettaa

erityisvaatimuksia ja tietoa voidaan välittää tehokasta ja häiriötöntä kanavaa pitkin. Näiden lisäksi muita tilannetekijöitä ovat viestin lähettäjän ja vastaanottajan perehtyneisyys viestittävään asiaan ja viestinnän funktion informatiivisuus. (Niemikorpi 1989: 65.)

Niemikorven (1996: 134) mukaan fragmentaarinen teksti on varsin tehokasta, sillä siinä käytettävä kieli on tiheää ja runsaasti informaatiota sisältävää. Kyse ei ole huonosta tai sopimattomasta kielenkäytöstä, vaan työyhteisön vakiinnuttamasta tekstinmuodostuskäytänteestä, joka todellisessa kielenkäyttötilanteessa on paitsi hyväksyttävää myös välttämätöntä tekstin funktion kannalta. Yleistäen voidaankin ajatella, ettei kielellinen kompetenssi eli kyky käyttää kieltä riitä potilaskertomusten laatimiseen ja niiden ymmärtämiseen vaan tarvitaan kommunikatiivista kompetenssia eli kykyä käyttää kieltä asianmukaisella tavalla eri tilanteissa.

### 3 TEKSTIEN PROSESSOINTI

Kielen avulla ihmiset kommunikoivat keskenään, ajattelevat, luovat käsitteitä ja hahmottavat maailmaansa (Korhonen 1993: 19). Kun kielellisin keinoin tuotetut tekstit ovat osana viestintäjärjestelmää, näillä viesteillä on oltava myös lähettäjänsä ja vastaanottajansa. Vaikka teksti on täynnä merkityksiä, lopullinen tulkinta syntyy kuitenkin vasta lukijan ja tekstin kohdatessa. Onnistuneen viestinnän ehtona voitaisiin pitää oikeiden tulkintojen tekemistä, mutta miten ne syntyvät? Vastauksen saamiseksi on tukeuduttava kognitiotieteeseen.

Tekstien tuottamista ja ymmärtämistä eli prosessointia ohjaavat kognitiiviset toiminnot. Kognitiivisiin toimintoihin eli kognitioon kuuluvat tiedon hankintaan (havaitsemiseen), tiedon käsittelyyn, muokkaamiseen ja käyttöön (ajatteluun, kieleen) sekä tiedon varastointiin (muistiin) liittyvät tiedolliset prosessit (Karlsson 1988: 121; Neisser 1982: 10). Kognitio tarkoittaa siis tietämiseen ja tiedonhankintaan tähtääviä toimintoja ja tiloja, niiden tuloksia ja tajuntaa ja mieltä tai tajunnan ja mielen sisältöä (Kajannes 2000: 9).

Kielellisyys on keskeistä ihmisen kognitiivisuudessa, sillä tieto jäsentyy lingvististen sääntöjen nojalla (Kajannes 2000: 16). Karlsson (1988: 127) pitää nimenomaan kielenkäyttöä ihmisen kognition perustavimpana piirteenä. Kieli on merkkijärjestelmä, jonka avulla informaatiota voidaan käsitellä ja siirtää. Ajatusten koodaus kielelliseksi muodoksi tapahtuu kieliopin avulla, jolla tässä tapauksessa tarkoitetaan ihmisen aivoissa olevaa säännöstöä. Lähettäjän aivoissa säännöstö muuntaa ajatuksen kielelliseksi rakenteeksi ja vastaanottajan aivoissa kielellisen rakenteen ajatukseksi. (Korhonen 1993: 22–23.) Käsittelyn ja siirron kohteena oleva informaatio voi esitysmuodoltaan olla kirjoitettua, puhuttua tai näiden muodostama yhdistelmä.

Ihmisen kognitiivisten toimintojen on päätelty perustuvan viiteen päätyyppiin: ihminen tarkastelee tapahtumien peräkkäisyyttä, pohtii niiden syitä ja vaikutuksia, vertaa, luettelee ja ratkoo ongelmia. Näitä kognitiivisia perustoimintoja vastaisivat viisi tekstissä esiintyvää toimintoa: teksti myötäilee tapahtumien aikajärjestystä, teksti analysoi syitä ja seurauksia, pohtii, päättelee ja perustelee, teksti vertailee ja asettaa ilmiöt toistensa

vastakohtiksi, teksti luettelee ja jaottelee ja teksti määrittelee ongelman ja pyrkii ratkaisemaan sen. (Karvonen 1994: 13.)

Kyse on kulttuurisista ajattelu- ja tekstimalleista, joihin olemme lapsesta asti kasvaneet länsimaisen kulttuurin vaikutuksessa. Näiden mallien mukaan jäsenämme todellisuutta, kuvaamme näiden mallien mukaisia havaintoja ja lukijoina orientoidumme tulkitsemaan lukemiamme tekstejä näiden suodattimien lävitse. (Karvonen 1994: 13.) Tulkinta puolestaan on erilaisen tiedon suhteuttamista toinen toiseensa ja kontekstiin. Päättelyn prosessien kautta tekstin merkitystä luodaan valikoimalla ja yhdistelemällä joukosta sekä eksplisiittisesti että implisiittisesti välittyviä merkityksiä. Tekstillä voi olla yhtä aikaa useita merkityksiä, mutta lukija tuottaa lopulta tekstin kokonaismerkityksen. (Kovala 2000: 195, 197.)

Tekstin ymmärtämiseen vaikuttavat oleellisesti vastaanottajan lukemiskyky ja tiedon sisältö. Esimerkiksi tieteellisen tekstin prosessoiminen on sitä vaikeampaa, mitä totuttomampi lukija on käyttämään ajatteluaan lukiessaan ja mitä vieraammasta materiaalista on kyse. (Waern 1982: 40, 42.) Pelkästään ammattisanaston takia on lääketieteellisten tekstien parissa työskentelevillä oltava yhteinen tieto- ja taitotausta onnistuneen viestinnän takaamiseksi. Siksi lääketieteen terminologian perusteiden tuntemisen voidaan ajatella olevan se lähtökohta, aivossa olevan kieliopin lisäksi, jonka perusteella potilaskertomuksia voidaan tuottaa ja ymmärtää oikein.

Kognitiivisiin toimintoihin liittyy kiinteästi myös skeeman käsite. Skeemojen eli sisäisten mallien avulla ymmärretään ja jäsennetään maailmaa. Ne ovat yksilön tietorakenteita, jotka ovat syntyneet toistuvien tapahtumien ja tilanteiden kautta. Tietoa tulkitaan aina suhteessa yksilön aikaisemmin hankkimiin tai saamiin tietoihin ja kokemuksiin. Jos uusi tieto ei vastaa jo rakentunutta skeemaa, se muuttuu uuden tiedon mukaan. (Neisser 1982: 48, 50, 51–52.)

Työyhteisössä tekstien prosessointia voidaan ajatella ohjaavan erityiset kollektiiviset tekstiskeemat, jotka ovat eräänlaisia malleja tekstin rakenteesta, sisällöstä ja tarkoituksesta. Tekstiskeemoja ohjaavat tilannetekijät: samantyyppiseen tilanteeseen liittyy aina

samantyyppinen teksti. Tämä vaikuttaa myös tekstissä käytettävään kielimuotoon ja sitä kautta eri minilektiön hallitsemiseen. Totutun tekstimallin käyttäminen takaa sen, että samaan minilektiin kuuluvien tekstien laatiminen ja niiden ymmärtäminen tapahtuu moitteettomasti. Jos teksti poikkeaa aikaisemmista, muuttunut tekstiskeema on sisäistettävä uudelleen.

Tekstien prosessointi edellyttää niiden laatijoilta ja lukijoilta yhteisen kielen ja kollektiivisen tekstiskeeman lisäksi myös yhteisen viitekehyksen, jonka puitteissa tekstit tulkitaan. Amerikkalainen kielifilosofi Paul Grice (1989: 26–27) on kehittänyt keskustelumaksiimit (Conversational Maxims) eli kielenkäytön normeja ja periaatteita noudattavat ”säännöt”, joita puhuja tai kirjoittaja käyttää pyrkiessään vilpittömästi yhteistyöhön kuulijan tai lukijan kanssa erityisesti informatiivisessa viestinnässä. Keskustelumaksiimeista tärkein on yhteistyön periaate (the Cooperative Principle), joka puolestaan koostuu määrän (Quantity), laadun (Quality), suhteen (Relation) ja tavan (Manner) alamaksiimeista:

Yhteistyön periaate	”Tee puheenvuorostasi sellainen kuin keskustelun tavoitteet ja tarkoitus edellyttävät juuri siinä keskustelun vaiheessa”
Määrän maksimi	”Anna oikea määrä informaatiota”
Laadun maksimi	”Tee puheenvuorostasi totuudellinen”
Suhdemaksimi	”Ole relevantti”
Tapamaksimi	”Ole selkeä”.

Koska lääkäreillä on potilaskertomusten suhteen yhteinen tavoite ja tarkoitus eli kirjoittajana välittää ja lukijana saada tietoa potilaista ja heidän terveydentilastaan, he mitä ilmeisimmin noudattavat Gricen maksimeja tekstejä laatiessaan. Jos maksimeista tärkeintä, yhteistyön periaatetta, ei noudatettaisi, potilaskertomusten tuottaminen ja niiden ymmärtäminen olisi mahdotonta, koska se heijastuisi suoraan alamaksiimeihin. Tekstien prosessoinnin perustana on oltava luottamus vuorovaikutuksen mahdollisuuteen.

Määrän maksimi sisältää oikean tietomäärän antamisen. Oikean informaatiomäärän antaminen on tilannesidonnaista. Lääkärin vastaanotolle voi tulla kaksi potilasta saman



oireen vuoksi (kuume), mutta diagnoosiin johtavat tutkimukset, jatkotutkimukset ja hoitotoimenpiteet voivat olla erilaisia. Flunssaa potevan henkilön potilaskertomus on informaatiomäärältään pienempi kuin vakavammin sairastavan potilaan. Määrän maksiimiin vaikuttavat myös potilaan aikaisempi sairaushistoria, laboratorio- tai/ja jatkotutkimusten tarpeellisuus sekä niistä saatava tiedon määrä ja niin edelleen.

Toisaalta on myös huomioitava, että potilaskertomukset ovat potilaan tietojen välittämisen ja säilyttämisen lisäksi tärkeitä asiakirjoja sekä lääkärin että potilaan oikeusturvan kannalta. Kiistatilanteissa näistä potilasasiakirjoista voidaan tarvittaessa tarkistaa mitä tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä lääkäri on potilaalle tehnyt tai jättänyt tekemättä. Siksi lääkärin on erittäin tärkeää kertoa kaikki oleellinen tieto vastaanotolla käydyistä keskusteluista ja tehdyistä toimenpiteistä, mutta kuitenkin välttää liian yksityiskohtaista selostusta, että tekstien funktio toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Laadun maksiimi perustuu puheenvuoron totuudellisuuteen. Kyseisen maksiimin rikkominen olisi lääketieteessä erittäin kohtalokasta ja siitä Hervonen ja Nienstedt (2000: 241) antavatkin erittäin hyvän esimerkin. Jos potilas lähetettäisiin sairaalaan kirurgiseen toimenpiteeseen ja terveyskeskuslääkäri olisi laittanut totuudenvastaisesti potilaskertomukseen sanan *sinister* (vasen) tilalle sanan *dexter* (oikea), voisi se johtaa esimerkiksi väärän jalan *amputointiin* (katkaisuun). Niinpä tällaisten tapausten estämiseksi potilaskertomusten on oltava totuudenmukaisia.

Potilaskertomukset jo nimityksensä osalta viestivät siitä, että ne ovat kertomuksia potilaasta, joka on tullut lääkärin vastaanotolle jonkun terveyteensä liittyvän ongelman vuoksi. Teksteissä mainitaan kaikki potilaan sen hetkiseen tilaan johtaneet syyt, nykyinen tilanne ja hoitotoimenpiteitä koskeva oleellinen tieto, jolloin pysytään itse asiassa. Potilaan ihmissuhteiden tai vaikkapa taloudellisen tilanteen selvittely on tarpeetonta suhdemaksiimia ajatellen, mikäli niillä ei ole vaikutuksia potilaan nykyiseen terveydentilaan.

Tapamaksiimi liittyy siihen, miten tieto ilmaistaan teksteissä. Tärkeää on välttää epäselvyyttä, moniselitteisyyttä ja monisanaisuutta. Tätä periaatetta varten muun muassa

lääketieteen terminologia mahdollistaa selkeän, yksiselitteisen ja tarkan potilasta koskevan tiedon käsittelyn. Lukijalla vain täytyy olla samanlainen tieto- ja taitotausta, että termien käyttö on mahdollista.

Tekstien prosessoinnissa myös muistilla on merkittävä osuus, koska se on yksi kognitiivisista toiminnoista. Muistijärjestelmät jaotellaan yleensä niiden keston perusteella lyhytkestoiseen muistiin, työmuistiin ja pitkäkestoiseen muistiin. Muistijärjestelmistä työmuisti on vastuussa ihmisen aktiivisen toiminnan aikana tapahtuvasta informaation käsittelystä, mutta sen rajoittavana piirteenä on kapasiteetti. Ihminen voi käsitellä tietoa vain rajoitetun määrän ja ymmärtäminen vaikeutuu, mikäli työmuistia kuormitetaan liikaa. (Saariluoma 1988: 78, 79.)

Saariluoman (1988: 85) mukaan erityisesti ”tekstin pintapiirteillä on merkitystä niiden muistamisessa. Esimerkiksi kertomuksessa olevien lauseiden pituuden kasvu tekee niiden palauttamisen vaikeammaksi.” Waern (1982: 43) on samoilla linjoilla todetessaan, että ymmärrettävän tekstin tuottamiseksi lauseiden on oltava lyhyitä ja tiedon määrän on oltava kohtuullinen. Näiden lisäksi sanojen on oltava lyhyitä, yksinkertaisia ja tavallisia, teksti on jäseneltävä helposti havaittavaksi ja käytettyjen loogisten muotojen on oltava yksiselitteisiä.

Kielen yksi keskeisimpiä ominaisuuksia on, että se on yhteisön väline: yhteisön maailmankuva ja ajattelu, toiminnat, sosiaaliset normit, odotukset ja asenteet ilmenevät kielessä. Kieli on keino rakentaa yhteisö ja luoda yhteenkuuluvuutta. Erikoisalojen kielessä on kysymys koko taustalla olevan maailmankäsityksen ja tiedon ja tarkastelutapojen tuntemisesta. (Karvonen 1994: 23, 25, 26.)

Jokapäiväisessä kollegojen välisessä juttelussa ammattikunnan sisäiset opitut normit ohjaavat tiettyyn slanginomaiseen ilmaisuun, joka ei taas sovi esimerkiksi tieteellisen artikkelin tyyliin. Keskustelu potilaan kanssa tai maallikoille suunnattu yleistajuinen kirjoitus puolestaan vaatii toisenlaista kielenkäyttöä. Lääketieteen kieli on muiden erikoisalojen kielten tavoin suppean asiantuntijaryhmän sisäinen viestintäväline. Kun lääketieteen asioista on puhuttava alan ulkopuolisille, tämä ilmaisumuoto ei enää toimi-

kaan. Se perustuu sellaiseen ajattelutapaan, käsitteistöön ja sanastoon, joka on maallikoille vieras. Toisin sanoen on käytettävä keskustelukumppanin tai lukijan tuntemaa sanastoa, muuten ei viesti mene perille. (Haarala 1994: 70, 73.)

#### 4 POTILASKERTOMUSTEN RAKENTUMINEN

Kun ihminen oireilee kotona, eikä itsehoito tehoa, hän lähtee ensisijaiseen hoitopaikkaan terveyskeskukseen saadakseen syyn oireiluunsa ja apua olotilansa parantamiseksi. Jokaiselle meistä on muodostunut jonkinlainen mielikuva lääkärin vastaanoton kulusta. Ensimmäiseksi terveyskeskuksessa ilmoitaudutaan vastaanottoluukulle, jossa ilmoitetaan hoitajalle lääkäriissäkäynnin syy. Seuraavaksi odotetaan omaa vuoroa lääkärin vastaanotolle, jonne lääkäri kutsuu nimeltä. Vastaanotolla lääkäri kyselee tarkempia tietoja oireilusta potilaalta ja tutkii hänet. Sen jälkeen lääkäri pyrkii tekemään diagnoosin. Lopuksi keskustellaan mahdollisista jatkotutkimuksista ja hoito-ohjeista, kunnes vastaanotto loppuu kyseisen potilaan osalta.

Vuositasolla potilas ja lääkäri kohtaavat lääkärin vastaanotolla noin 15 miljoonaa kertaa (Puustinen 2002: 65). Käytännössä tämä tarkoittaa 15 miljoonan potilaskertomuksen valmistumista vuosittain. Lääkäreille tekstien laatiminen ei ole oheistoimintaa, vaan tärkeä osa heidän toimenkuvaansa. Huolellisesti laadittuun potilaskertomukseen kootaan potilasta koskevat tiedot hoitohenkilökunnan käytettäväksi. Potilaskertomusten analyysissä tarkasteltavina asioina ovat konteksti, tekstin typografiset ominaisuudet (asettelu ja tekstin osat), tekstin moniäänisyys, tekstityypit, virke- ja lausetaso sekä termit. Tarkoitukseni on kuvailla ja selittää teksteissä toistuvia elementtejä. Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus.

Tässä vaiheessa on syytä mainita, että kielellisissä tekijöissä saattaa lääkäreiden välillä esiintyä vaihtelua. Esiin on tuotu kuitenkin ne yleisimmät kielenpiirteet, jotka ovat ominaispiirteinä kaikissa potilaskertomuksissa. Vaikka päähuomioni kohdistuu nimenomaan tekstien pintarakenteeseen, potilaskertomuksissa esiintyvän fragmentaarisuuden takia otan huomioon myös puuttuvat osat. Ne täydennän lauseyhteyden perusteella. Itse lisäämäni sanat ovat sulkeissa ja ne perustuvat omaan kielelliseen tietämykseeni lauseopista ja lauseenjäsennyksestä. Kielentutkimuksen taustalla on perinteinen kielioppinäkemyks. Termien määrittelyissä ja suomennoksissa hyödynnän teosta *Lääketieteen termit* (2002).

#### 4.1 Konteksti

Kielenkäyttäjä ei rakenna tekstiään tyhjästä, vaan kaikki aikaisempien tekstien muodostamat tyylihallit ohjaavat häntä valitsemaan sopivan muodon käyttöyhteyden mukaan. Syntyneet tekstinmuodostussäännöt aiheutuvat kontekstista eli siitä kokonaisympäristöstä, jossa kieltä käytetään. Tämän kokonaisympäristön osatekijöitä ovat kielenkäyttäjän tarkoitukset (intentiot), kielellisen ilmaisun tehtävä (funktio), sosiaalinen tilanne, näkökulma (perspektiivi) ja suhde tarkoitettodellisuuteen (referenssi). (Saukkonen 1984: 9–12, 161.) Seuraavaksi kuvailen näitä osatekijöitä tarkemmin Saukkosen (1984) teoksen *Mistä tyyli syntyy* pohjalta ja pyrin hahmottamaan sen kokonaisympäristön, jossa potilaskertomuksia laaditaan ja käytetään.

Intentio-funktion avulla pyritään kuvaamaan viestintätapahtuman pääasiallinen tarkoitus. Pohdittavia asioita tästä näkökulmasta käsin ovat viestin lähettäjän tarkoitus, tekstin tehtävä ja tarkoitus vastaanottajan näkökulmasta sekä mitä tekstin on tarkoitus vastaanottajassa aiheuttaa. Sosiaalinen tilanne kuvaa viestin lähettäjän ja viestin vastaanottajan välisen suhteen. Tekstejä ajatellen kirjoittajan on huomioitava lukija, jotta viestintä onnistuisi tekstin funktion mukaisesti. Perspektiivi kuvaa sanoman lähettäjän valitseman näkökulman. Siihen vaikuttavat intentio-funktio ja sosiaalinen tilanne. Referenssillä tarkoitetaan tekstin viittausta reaaliseseen tai fiktiiviseen maailmaan eli tarkoitteeseen.

Potilaskertomukset syntyvät pääsääntöisesti lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen loputtua lääkärin vastaanotolla. Perinteisen tavan mukaan lääkäri sanelee nauhurille potilaan terveyden kannalta keskeisimmät tiedot, jotka hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä kirjoittaa tietokoneella puhtaaksi potilaskertomukseksi. Saneluita ei ole lupa muokata kenenkään toimesta, vaan ne on kirjoitettava sellaisinaan. Joskus lääkäri voi sanella poikkeuksellisesti potilaan läsnäollessakin, mutta sen ei saa haitata potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta.

Potilaskertomuksissa intentio-funktio ilmenee siten, että lääkärin tarkoituksena on sanella potilasta koskevat terveystiedot mahdollisimman yksiselitteisesti ja asiallisesti, jotka kirjoitetaan tämän jälkeen puhtaaksi potilaskertomuksen muotoon. Kuvauksen on

oltava sellainen, josta toinen hoitohenkilöstöön kuuluva lukija saa mahdollisimman nopeasti ja tarkasti selville potilaan tilan, sairauden tai vammojen luonteen ja mitä alustavia toimenpiteitä on tehty tai tullaan tekemään mahdollisen terveyteen liittyvän ongelman poistamiseksi. Tarkoituksena ei ole vedota vastaanottajan asenteisiin ja tunteisiin, vaan erikoistietoon muun muassa ammattisanaston avulla.

Erikoiskielisyytensä takia lääketieteen kieli on suppean asiantuntijaryhmän sisäinen viestintäväline. Potilaskertomukset ovat ensisijaisesti potilasta tutkivien eri lääkäreiden ja myös potilasta tutkivien eri yksiköiden välistä viestintää, mutta myös muiden hoitohenkilökuntaan kuuluvien työntekijöiden on ymmärrettävä niissä käytettävää kieltä. Vaikka potilasta tutkivat lääkärit tunsivat toisensa hyvin, heidän välinen sosiaalinen tilanteensa on ammatillisessa mielessä etäinen. Siksi potilasta koskevat asiakirjat on laadittava muodollista ja virallista tyyliä noudatellen, eikä niissä saa esiintyä esimerkiksi potilasta herjaavia kommentteja. Potilaskertomukset ovat julkisia asiakirjoja ja potilaat saavat ne niin halutessaan luettaviksi, joten potilasta loukkaavat sanonnat olisivat sopimattomia.

Yhtenä tapana on jakaa tekstit kolmeen eri päätyylilajiin, jotka ovat taiteellinen tyyli, tiedotustyyli ja tieteellis-teoreettinen tyyli. Näitä eri tyyliä luonnehtivat ja erottelevat seuraava tekijät: abstraktisuus–konkreettisuus, staattisuus–dynaamisuus, objektiivisuus–subjektiivisuus ja rakenteellinen näkökulma. Tieteellis-teoreettisten tekstien perspektiivi puheena olevaan asiaan on abstraktia, staattista ja objektiivista ja nämä muuttujat myös erottelevat kyseiset tekstit tiedotusteksteistä ja taiteellisista teksteistä.

Katson potilaskertomusten edustavan tieteellis-teoreettista tekstilajia. Niissä esiintyvien käsitteiden abstraktisuuden aste on niin korkea, että ne vaativat selitykseksi useita sanoja havainnollistuaakseen maallikoille. Esimerkiksi:

- (5) (Potilaalle tehty) Lasèguen testi (oli) negat(iivinen),

jossa *Lasèguen testi* tarkoittaa koetta, jossa tutkittavan alaraajaa koukistetaan lonkanivelestä eteenpäin polvi suorana. Testi on positiivinen, jos alaraajaan säteilevä kipu

estää nostamasta jalkaa. Yleisenä tendenssinä on, että abstrakti ilmiö eli yleistys edustaa konkreettia todellisuutta eli potilasta koskevaa informaatiota.

Potilaskertomuksissa staattisuus ilmenee epätoiminnallisten verbien välityksellä, joista yleisin on verbi *olla*. Objektiivisuus–subjektiivisuus -tasolla lääkäri tekee omiin aistiha-  
vaintoihin ja/tai välineellisiin tutkimustuloksiin perustuvia päätelmiä potilaan tilasta. Näistä havainnoista lääkäri valitsee mitä asioita teksteissä esiintyy ja millaisia ilmauksia hän niistä käyttää. Nämä päätelmät eivät kuitenkaan tuo esiin lääkäreiden henkilö-  
kohtaista kantaa tai arvostusta, vaan heidän työhönsä kuuluu oleellisena osana potilaan tarkkailu ja tutkiminen vastaanotolla sekä näistä tiedoista raportoiminen. Näin lääkärei-  
den asenne puheena olevaan asiaan on objektiivinen.

Lääkärikoulutuksessa opiskelijat saavat samanlaisen tieto- ja kokemuspohjan, jota he hyödyntävät tulevassa ammatissaan. Lääkärit tietävät tämän tosiasian viestiessään tois-  
tensa kanssa ja se mahdollistaa potilasta koskevan tiedon käsittelyn suhteellisen impli-  
siittisesti viestinnässä käytettävän kanavan ja sosiaalisen tilanteen etäisyydestä huoli-  
matta. Potilaskertomukset ovat todellisuuteen, reaaliseseen maailmaan perustuvia puolu-  
eettomia ja virallisia asiakirjoja. Ne muodostuisivat ihan toisenlaisiksi, jos niiden laati-  
jana olisi lääkärin asemesta potilas itse tai vaikkapa omainen. Syynä tähän on se, että arvioitsijoilla olisi erilainen lääketieteellinen tietämys ja kokemus potilaan tilasta.

Rakenteellinen näkökulma koostuu tekstin konkreettien tai abstraktien, staattisten tai  
dynaamisten, objektiivisten tai subjektiivisten osailmiöiden välisestä suhteesta. Tämä  
asia käsitellään kappaleessa 4.3 Tekstityyppiominaisuudet (s. 39), jossa hyödynnetään  
Werlichin (1975) tekstityyppiäottelua.

Potilaskertomusten kontekstuaaliset tekijät voidaan kuvata seuraavasti (malli Niemikor-  
pi 1996: 112, 114, 115):

Puheenaihe (referentti)	- potilas ja hänen terveydentilansa
Viestin lähettäjä	- lääketieteen asiantuntija/lääkäri
Viestin vastaanottaja	- lääketieteen asiantuntija/lääkäri

Lähettäjän intentio	- informatiivinen
Funktio vastaanottajalle	- uusi tieto
Tilanne	- yhteinen tieto suuri, kanava kirjallinen
Perspektiivi	- sekä lähettäjän että vastaanottajan kannalta: älyyn perustuva etäinen, objektiivinen, analyttinen.

Viestin lähettäjä eli lääketieteen asiantuntijana toimiva lääkäri informoi viestin vastaanottajaa eli toista lääketieteen asiantuntijaa, lääkäriä, potilaan terveydentilasta, joka toimii kaikkien potilaskertomusten puheenaiheena. Viestin välittämisen kanava on kirjallinen eli viestin vastaanottaja ei ole läsnä antamassa suoraa palautetta, eikä hänellä ole mahdollisuutta tarkistaa ymmärtämäänsä. Tämän johdosta teksteihin osallisina olevilla on oltava suuri yhteinen tieto- ja taitomäärä, jotta ne voidaan prosessoida oikein. Potilaskertomusten perspektiivi sekä viestin lähettäjän että vastaanottajan kannalta puheena olevaan asiaan eli referenttiin, potilaan terveydentilaan, on etäinen, objektiivinen ja analyttinen.

#### 4.2 Asettelu ja tekstin osat

Potilastietojen hallinta perustuu tietotekniikkapohjaiseen tietojenkäsittelyyn, mikä mahdollistaa nopean ja vaivattoman tietojen säilyttämisen ja haun. Potilaskertomukset ovat tiedostoja, joita luetaan ensisijaisesti tietokoneen näytöltä. Tämä asia on huomioitava myös tekstien asettelussa. Vakioasettelua noudattamalla voidaan parantaa tekstin luettavuutta, silmäiltävyyttä ja tarvittavat tiedot potilaasta ja hänen terveydentilastaan löytyvät helposti esimerkiksi ensiaputapauksissa.

Kuviossa 2 (s.31) on havainnollistettu potilaskertomuksen vakioasettelu ja tekstikentät. Potilaskertomuksessa on omat paikat erilaisille tunnisteille. Vasemmassa reunassa on potilaan lääkärin vastaanotolla käynnin päivämäärä. Seuraavat tunnistekentät ovat väliotsikoille ja kappaleille. Väliotsikot, jotka ovat tummennettuja, helpottavat asioiden johdonmukaista esittämistä ja jokaisessa kappaleessa käsitellään väliotsikon mukaista



<u>Päiväys</u>	
<b>Tekijä</b>	
<b>Käynn.tark.</b>	
<b>Anamneesi</b>	
<b>Status</b>	
<b>Jatkosuunn.</b>	
<b>Lääkehoito</b>	
<b>Pyyntö</b>	

**Kuvio 2.** Potilaskertomuksen vakioasettelu otsikoineen.

tekstin osaa. Väliotsikot ja kappaleet on sisennetty alkamaan omilta riveiltään ja tämän lisäksi kappaleiden väliin on jätetty tyhjä rivi, jolloin ne erottuvat toisistaan paremmin. Pääotsikkona on Potilaskertomus, mutta sitä ei teksteissä mainita erikseen, vaan tieto perustuu opittuun käytäntöön. Potilaskertomuksen yhtenäinen malli selkeyttää ulkoasua.

Kuviosta voidaan myös hahmottaa eri tunnistekehtien sisältämä informaatiopitoisuus. Kappaleiden koko perustuu niissä esiintyvien tietojen keskiarvoiseen määrään. Suhteellisesti eniten informaatiota sisältää väliotsikon *Status* kappale. Sen jälkeen järjestyksessä suurimmasta pienimpään *Anamneesi*, *Jatkosuunnitelma* ja yhtä suuren kokonaisuuden sisältävät kappaleet ovat *Lääkehoito* ja *Pyyntö* sekä *Tekijä* ja *Käynnin tarkoitus*. Kappaleiden kokoon vaikuttaa suurentavasti esimerkiksi se, jos potilas saapuu lääkärin vastaanotolle useamman kuin yhden syyn takia, jolloin tekstimäärä suurenee. Pienentävänä tekijänä voi olla esimerkiksi se, että potilas käy lääkärissä vain perustoitmenpiteen takia, kuten poistattamassa tikit.

Potilaskertomuksen perusmallissa on tavallisesti neljä osaa, jotka ovat *Tekijä*, *Käynnin tarkoitus*, *Anamneesi* ja *Status*. Näistä jokaisella on tekstissä oma funktionsa. Osat jäsenyivät otsikoineen eri kappaleiksi. Otsikot ilmaisevat asioiden esittämisjärjestyksen ja ne noudattavat vakiokaavaa. Kukin kappale esittää otsikon osoittaman asiakokonaisuuden, jolloin niiden sisältö rakentuu potilaskertomuksesta riippumatta aina samankaltaisista tiedoista. Osien funktio ja niissä esiintyvät tärkeimmät tiedot on eritelty seuraavassa.

*Tekijä*: Potilaan tutkivan lääkärin nimi ja ammattinimike.

*Käynnin tarkoitus*: Potilaan ilmoittautumisen yhteydessä antama lääkäriin tulon syy, joita voi olla yksi tai useampia. Tavallisimmin potilas tulee vastaanotolle yhden syyn takia.

*Anamneesi*: Esitiedot potilaasta, hänen ongelmastaan ja sen vaikutuksista. Tärkeimpiä tietoja ovat potilaan ikä, mistä ja miten ongelma on aiheutunut ja miten se vaikuttaa tällä hetkellä, itsehoito, aikaisempi ja nykyinen lääkehoito, perussairaudet, suvussa esiin-

tyvät sairaudet ja riskitekijöiden kartoitus eri sairauksien poissulkemiseksi sekä viittaukset aikaisempiin lääkäriissäkäynteihin.

*Status:* Lääkäri tutkii potilaan vastaanotolla aistihavainnoin ja yksinkertaisin apuvälineiden ja/tai testien avulla ja näistä saadut tulokset lääkäri on kirjannut ylös. Tärkeimpiä tietoja ovat potilaan yleistila, ruumiinrakenne ja ulkonäkö sekä erilaiset tutkimukset ja niistä saadut tulokset (verenpainemittaukset, testit, kuuntelututkimukset). Tässä kohdassa mainitaan myös väliotsikon *Pyyntö* (ks. viimeinen kohta) mukaiset tutkimustulokset, mikäli ne on jo saatu analysoitua lääkärin valitsemassa yksikössä tai hoitopaikassa. Tärkein informaatio on lääkärin kuvaus mitä poikkeavuuksia potilaasta on havaittu tai löydetty terveeseen henkilöön verrattuna.

Edellä mainittuja osioita (*Tekijä, Käynnin tarkoitus, Anamneesi ja Status*) voidaan nimittää potilaskertomuksen pakollisiksi informaatiokentiksi, koska ne muodostavat kyseessä olevien tekstien perusrungon. Näiden lisäksi omina kappaleinaan voivat esiintyä seuraavat kolme osaa niiden sisältämine tietoineen, mikäli hoitosuhde niin vaatii ja näin ollen ne ovat vaihtoehtoisia informaatiokenttiä. Myös niillä on omat otsikkonsa:

*Jatkosuunnitelma:* Tehdään, mikäli tarvitaan täydentäviä lisätutkimuksia diagnoosin varmentamiseksi tai tietyn sairauden poissulkemiseksi. Tärkeimpiä tietoja ovat potilaalla esiintyvien vaivojen kuvaus, lääkärin vastaanotolla tehdyn tutkimuksen perusteella tehdyt johtopäätökset, vaadittavat tutkimukset, kontrollikäynnit, määrättävät lääkkeet eli jatkohoidon syyt, hoitosuunnitelma ja ongelman poistamiseksi tehtävät toimenpiteet.

*Lääkehoito:* Annetaan, mikäli lääkkeillä tehtävä hoito potilaan ongelman poistamiseksi aloitetaan heti. Tärkeimmät tiedot ovat lääkkeen tai lääkkeiden nimet, muoto, annostus- ja nautinta-ohjeet ja lääkehoidon pituus.

*Pyyntö:* Mikäli on tarvetta suorittaa potilaalle jatkotutkimuksia, tehdään tutkimuspyyntö, jonka tekeminen osoitetaan tietyille yksiköille tai hoitopaikoille. Tärkeimmät

tiedot ovat tutkimuksen suorittava paikka, kuten tietty terveyskeskus, ja tutkimuksen tai tutkimusten nimet. Yleisimpiä tutkimuksia ovat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset.

<p><u>Päiväys</u></p> <p><b>Tekijä</b> Lääkärin nimi ja ammattinimike</p> <p><b>Käynnin tarkoitus</b> Potilaan antama syy lääkarissäkäyntiin</p> <p><b>Anamneesi</b> Esitiedot, sairaushistoria</p> <p><b>Status</b> Lääkärin vastaanotolla tekemiä tutkimustuloksia</p> <p><u>Päiväys</u></p> <p><b>Tekijä</b> Lääkärin nimi ja ammattinimike</p> <p><b>Käynnin tarkoitus</b> Potilaan antama syy lääkarissäkäyntiin</p> <p><b>Anamneesi</b> Esitiedot, sairaushistoria</p> <p><b>Status</b> Lääkärin vastaanotolla tekemiä tutkimustuloksia</p> <p><b>Lääkehoito</b> Lääkkeiden nimet ja annostusmäärät</p>
---

**Kuvio 3.** Potilaskertomuksen kaksi vaihtoehtoista ilmenemismuotoa.

Potilaskertomuksista voi muodostua erilaisia eri lääkäriissäkäyntien yhteydessä, kuten kuviosta 3 (s. 34) voidaan huomata. Ensimmäinen lääkäriissäkäynti ei ole lääkärin tutkimusten perusteella vaatinut jatkotutkimuksia tai lääkehoitoa. Toisella käyntikerralla potilaalle on puolestaan katsottu tarpeelliseksi hoitaa vaiva lääkkeillä. Määrätyn lääkehoidon on katsottu riittäväksi hoitotoimenpiteeksi eikä esimerkiksi jatkotutkimuksiin ole ollut aihetta. Molemmissa potilaskertomuksissa on mukana pakollisiksi luokittelemanni informaatiokentät, mutta jälkimmäisessä on näiden lisäksi myös vaihtoehtoinen informaatiokenttä *Lääkehoito*.

Potilaskertomuksen informaatiokenttien ja niiden sisältämien tietojen avulla pystytään kuvaamaan tekstissä esiintyvät tietojen esittämistavat. Tietojen esittämisessä käytetään sekä aika- että ongelmanratkaisujärjestystä. Aikajärjestyksessä korostuvat potilaan tilan, sairauden tai vammojen laatu ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Ongelmanratkaisujärjestyksessä korostuvat potilaan tilan, sairauden tai vammojen syiden, niiden ilmenebismuotojen ja seurausten pohtiminen. Niiden pohjalta tehdään ratkaisut ongelman poistamiseksi.

Vastaanotolla lääkäri saa tietoa potilaan oireista, niiden laadusta, kestosta, sijainnista, muuttumisesta ja esiintymisestä sekä sairaushistoriasta ja elämäntavoista kysymysten avulla, joihin potilas vastaa. Niin sanotut kyllä/ei-kysymykset kuuluvat lääkärikeskeiseen keskustelutapaan, joka rajaa ja ohjaa potilaan vastausmahdollisuuksia. Niin sanotut avoimet hakukysymykset kuuluvat potilaskeskeiseen keskustelutapaan, joka tarjoaa potilaalle tilaisuuden esittää laajempi kuvaus tai kertomus vaivastaan. (Raevaara & Sorjonen 2001: 49–50.)

Mishler (1984: 14, 71, 91) puhuu lääkärikeskeisestä keskustelutavasta ja potilaskeskeisestä keskustelutavasta nimillä ”the voice of medicine” ja ”the voice of the lifeworld”, joista käytetään suomeksi nimityksiä ”lääketieteen ääni” ja ”elämismaailman ääni” ja nämä kaksi erilaista puhumisen ja ymmärtämisen tapaa kohtaavat lääkärin vastaanotolla (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001: 14). ”Lääketieteen ääni” on objektiivinen, mitaamiseen nojaava ja syy–seuraus-suhteita etsivä. Se tarkastelee ruumiillisia tapahtumia irrallaan laajemmasta yhteydestä ja dominoi vastaanoton tapahtumia ja kulkua. ”Elä-

mismaailman ääni” on subjektiivinen ja potilaan oman elämänsä kokemiseen nojaava. Se suhteuttaa tarkasteltavat asiat potilaan omaan elämänsä kulkuihin.

Potilaskertomusten osioita erikseen tarkastelemalla voidaan selvittää kuinka nämä kaksi tärkeää vastaanotolla erotettavaa ääntä, ”lääketieteen ääni” ja ”elämismaailman ääni”, heijastuvat potilaskertomusten kieleen ja informaation luonteeseen sekä huomioida mahdolliset muut teksteissä esiintyvät äänet ja mitkä tahot tai henkilöt niiden taustalla ovat.

Kun potilas saapuu terveyskeskukseen, ensimmäiseksi hän ilmoittautuu vastaanottolukulle. Henkilöllisyystietojen antamisen ja yhteystietojen tarkistamisen jälkeen hän kertoo vastaanottovirkailijalle lääkärisikäyntinsä syyn. Potilas harvoin kuvailee syytään vain yhdellä sanalla, mutta potilaskertomuksissa *Käynnin tarkoitus* on usein juuri yhden sanan mittainen. Vaikka hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä lyhentää potilaan kuvauksen tekstin vaatimalla tavalla, jotta lääkärin on helppo ja nopea lukea tieto ennen potilaan saapumista tutkimushuoneeseen, on osiossa vaikuttavana tekijänä silti elämismaailman ääni.

*Anamneesissa* keskitytään kertomaan yksityiskohtaisia tietoja potilaasta ja hänen vaivastaan. Tiedot ovat sen luonteisia, ettei lääkäri voisi tietää niitä kysymättä niistä potilaalta itsellään ja potilaan kertomatta totuudenmukaista tietoa. Voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että kyseistä osiota hallitsee potilaskeskäinen keskustelutapa, jolloin lääkäri antaa potilaan olla enemmän äänessä avointen hakukysymysten avulla. Ja tiedot perustuvatkin sitten potilaan omaan kertomukseen siitä, kuinka hän näkee ja kokee asiat. Kyseessä on siis elämismaailman ääni, kuten seuraavista esimerkeistä havaitaan:

- (6) Potilaan mukaan –.
- (7) Potilas kokee –.
- (8) Potilas ei (ole) mittailut verenpainetta kuukausiin.
- (9) Potilaan kertoman mukaan –.

*Statuksessa* kuvaillaan yksityiskohtaisesti esimerkiksi missä vaiva sijaitsee, millainen se on, kuinka kosketusherkkä ja niin edelleen. Tässä kohdin potilas vastailee suurimmaksi osaksi lääkärikeskeisen keskustelutavan mukaisesti lääkärin esittämiin kyllä/ei-kysymyksiin, jolloin saadaan paikallistettua tarkasti esimerkiksi jalassa oleva kipukohta, minkälaista kipu on, miten se säteilee muihin paikkoihin ja niin edelleen. Kyseistä osiota hallitsee lääketieteen ääni.

*Statuksen* lisäksi myös muissa potilaskertomuksen osioissa, paitsi *Käynnin tarkoituksessa* ja *Anamneesissa*, joita hallitsi elämismaailman ääni, dominoivana äänenä on lääketieteen ääni. Ominaisia piirteitä sille ovat termien runsaampi ja lyhyempien lauseiden ja virkkeiden käyttö kuin elämismaailman äänen ollessa kyseessä. Juuri näiden ominaispiirteiden käyttö korostaa lääkärin asiantuntijuutta kyseisissä kappaleissa.

Lääkäri- ja potilaskeskeisen äänimaailman lisäksi teksteissä esiintyy myös muitakin lähteitä. Potilaskertomuksissa saattaa olla viittauksia aikaisempiin lääkärisäkäynteihin, jolloin potilasta on saattanut tutkia joku toinen kuin oma lääkäri ja hänen äänensä heijastuu seuraavaan potilaskertomukseen. Muun muassa laboratorio- ja kuvantamistutkimusten yhteydessä teksteihin osallisina ovat näistä tuloksista vastaavat tahot ja hoitohenkilökuntaan kuuluvat työntekijät, jotka ovat kirjanneet tulokset ylös. Potilaskertomuksiin kirjoittuu informaatiota useista eri lähteistä, mikä tekee niistä varsin moniäänisiä tekstejä. Seuraavassa muutama esimerkki kyseisistä tapauksista:

- (10) Katso edellinen käyntikerta (päiväys).
- (11) Potilaan paperit – (ovat) saapuneet.
- (12) Oikean jalan RTG-kuvassa –.
- (13) Neurologin lausunnon mukaan –.

Moniäänisyys heijastuu myös informaation luonteeseen. Elämismaailman ääni, jonka lääkäri kirjaa, on vapaamuotoisempaa kuin lääketieteen ääni. Ja toisaalta lääketieteen äänessä on havaittavissa kahdenlaista tyyliä. Esimerkiksi *Statuksessa* lääkäri on kirjannut tiedot vapaan tekstin muodossa, mutta joissakin tekstin osissa, kuten *Lääkehoito* ja *Pyyntö*, myös lääketieteen ääni joutuu tukeutumaan todella sidottuun tekstimuotoon.

Tämä johtuu siitä, että esimerkiksi laboratoriotutkimuksille on tarkat ohjeet siitä, miten ne laaditaan, jotta yhteistyö eri yksiköiden välillä olisi nopeaa ja moitteetonta.

#### 4.3 Tekstityyppiominaisuudet

Werlich (1975: 30–34) jaottelee tekstityypit viiteen kategoriaan, jotka ovat kuvaileva (deskriptiivinen), kertova (narratiivinen), erittelevä (ekspositorinen), kantaaottava (argumentoiva) ja ohjaava (instruktiivinen) tekstityyppi. Kuvailevissa teksteissä liikutaan tilassa ja havaintoja esitetään pysyvistä ilmiöistä. Kertovissa teksteissä liikutaan ajassa ja tyypillinen aikamuoto on imperfekti. Erittelevissä teksteissä käsitellään ilmiöiden välisiä suhteita ja verbit ovat yleensä preesensmuodossa. Kantaaottaville teksteille on ominaista arvostusten ja arvioiden esittäminen ja tavallisia tunnusmerkkejä ovat kieltolauseet ja vastakohtailmaukset. Ohjaavat tekstityypit ovat toimintaa ohjaavia ja niille tunnusomaisia ovat syy- ja seuraussuhteet.

Potilaskertomuksissa esiintyy kuvailevia virkkeitä ensisijaisesti kappaleessa *Status*, kun paikallistetaan potilaan sairauden tai vammojen luonne. Kyseisissä virkkeissä luonnehditaan fyysisen tutkimuksen seurauksena potilaalla todettuja poikkeavuuksia terveeseen henkilöön verrattuna. Yleinen aikamuoto on preesens:

- (14) (Potilaan) Käsivarsissa (on) osin rikki menneitä paukamia.
- (15) (Potilaalla on) Kulumavaivoja polvissa ja nilkoissa.
- (16) (Potilaan) Oikeassa lonkassa (on) rotaatiokankeutta.
- (17) (Potilaan) Rintarangassa (on) fasettinivelten artroosia.

Kertovissa virkkeissä käsitellään potilaan tilaa ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Tiedot lääkäri on saanut potilaalta itseltään kyselemällä. Näitä virkkeitä esiintyy ensisijaisesti kappaleessa *Anamnesi*, jossa korostuu juuri elämämaailman ääni. Kyseisissä virkkeissä selostetaan milloin potilaan oireilu on alkanut ja missä vaiva esiintyy. Kyse on yleensä tapahtumasarjasta, jossa olennaista on asioiden peräkkäisyys. Ajan ilmauksista esiintyvät muun muassa *eilen*, *seuraavana päivänä* ja *siitä lähtien*. Tyypillisiä aikamuotoja ovat imperfekti ja perfekti:



- (18) (Potilaalla on) Eilen alkanut puristava rintatuntemus.
- (19) Huhtikuun lopulla (potilas on) ollut –. (Potilas) Hakeutui seuraavana päivänä paikalliseen terveyskeskukseen –. Siitä lähtien potilaalla (on ollut) selkäkipua.
- (20) (Potilasta on) Eilen illalla alkanut huimata.

Erittelevissä rakenteissa virkkeet kuvaavat potilaan nykyiseen tilaan johtaneita syitä ja niiden aiheuttamia seurauksia eli tietty ilmiö on aiheuttanut uuden ilmiön. Näitä virkeitä käytetään kappaleessa *Jatkosuunnitelma*. Yleinen aikamuoto on preesens:

- (21) Koska taudilla on selkeä vaste penisilliinille, jatketaan kuuria vielä viikon päivät.
- (22) (Potilaan) Kolesteroliarvot (ovat) olleet vuosia koholla, joten tehdään lähete –.
- (23) Potilaan oireiden ja iän vuoksi tehdään lähete – klinikalle.
- (24) (Koska potilaalla on) Vahva – epäily, suositellaan (häntä) kiireellisellä aikataululla –.

Kantaaottavia virkeitä käytetään kappaleessa *Jatkosuunnitelma*. Näissä virkkeissä lääkäri vertaa potilaan kertomia tietoja saamiinsa tutkimistuloksiin ja esittää tämän perusteella oman mielipiteensä. Vastakkain voidaan ajatella olevan potilaan näkemykset ja johtopäätökset omasta vaivastaan tai sairaudestaan ja lääkärin asiantuntijuus. Tyypillinen aikamuoto on preesens:

- (25) Mielestäni (potilaan kuvaus) ei nyt kuulosta sepelvaltimotaudille –.
- (26) (Potilaan) Vaivalla ei (ole) selvää yhteyttä fyysiseen rasitukseen.
- (27) – tuskin kaatumisesta johtuu.
- (28) Herää epäily, että potilaan oireiden taustalla (on) sepelvaltimotauti.

Ohjaavuus ilmenee parhaiten määrätyn *Lääkehoidon* yhteydessä. Virkkeissä annetaan tarkat tiedot ja ohjeet siitä, miten lääkehoito toteutetaan, muun muassa mitä lääkettä potilaan tulee ottaa ja kuinka usein ja kuinka kauan lääkettä on otettava:

- (29) 1 tabletti vuorokaudessa kipuun
- (30) Zyrtec N:o x 10 mg
- (31) 2 tablettia 2 kertaa vuorokaudessa kuuri loppuun
- (32) V-pen mega N:o xxx 1000000 iu.

Potilaskertomukset osoittautuivat sekatyypeiksi, sillä niissä esiintyivät kaikki Werlichin luokitukseen perustuvaa viisi tekstityyppiä: kuvaileva, kertova, erittelevä, kantaaottava ja ohjaava tekstityyppi. Sekatyypisyys johtuu ensisijaisesti siitä, että potilaskertomuksissa esiintyvillä osilla on kaikilla oma funktionsa ja tiedot näissä osioissa pysyvät samanlaisina tekstistä riippumatta. Eksplisiittisen informaation välittämisen kannalta ajateltuna kaikissa potilaskertomuksissa esiintyy kuvailevia ja kertovia virkkeitä ja niitä voidaankin pitää aineiston hallitsevina tekstityypeinä perusmallissa esiintyvien osien mukaan. Perusmallihan koostuu neljästä pakollisesta osasta, jotka ovat *Tekijä*, *Käynnin tarkoitus*, *Anamneesi* ja *Status*. Kaksi viimeisintä osiota sisältävät informaatiota vähintään yhden virkkeen verran, joista voidaan analysoida tekstityypit.

Vaikka joissain teksteissä ei esiintynyt ohjaavaa aineista ollenkaan, ohjaavuus voi esiintyä teksteissä eri tavalla ilman, että kyseessä on lääkehoito tai puhdas informaatio. Jos potilaalle ei ole annettu lääkehoitoa ja kyseistä kappaletta ei löydy potilaskertomuksesta, se ohjaa seuraavaa potilasta tutkivaa lääkäriä esimerkiksi kokeilemaan lääkehoitoa, mikäli vaiva ei ole poistunut ilman lääkitystä. Implisiittisen informaation välittämisen kannalta ajateltuna voidaan todeta, että ohjaava tekstityyppi on hallitseva ominaisuus potilaskertomuksissa.

#### 4.4 Virke- ja lausetaso

Potilaskertomusten virke- ja lausetasoa tarkastellaan perinteisen kielioppinäkemyksen pohjalta. Tarkoitukseni on selvittää ja kuvailla minkälainen teksteissä esiintyvä syntaksi on, minkälaisista virkkeistä tekstit koostuvat ja mitkä pää- ja lisjäsenet muodostavat lauseiden ytimen. Tässä kohdin hyödynnän teoksia *Nykysuomen lauseoppia* (1979), *Suomen lauseopin perusteet* (1996) ja *Iso suomen kielioppi* (2004). Fragmentaarisuudella on merkittävä osuus käsiteltävien asioiden muotoutumisessa, joten sen rooli painottuu virke- ja lausetason tutkimuksen yhteydessä.

Fragmentaaristen virkkeiden muodostustapaa potilaskertomuksissa voidaan parhaiten havainnollistaa kahden yleisimmin puuttuvan sanan avulla. Puuttuvat sanat ovat sulkeis-

sa ja niiden lisääminen tekstiin perustuu omaan kielelliseen tietämykseeni lauseopista ja lauseenjäsennyksestä. Yleisin puuttuva sana on olla-verbi, joka toimii lauseessa predikaattina tai predikaatin osana:

- (33) (Potilaalla) Ei (ole) korvaoireita.
- (34) Kyseessä (on) 52-vuotias mies.
- (35) (Potilaan) Selän liikkeet (ovat) normaalit.
- (36) (Potilas on) Hyväkuntoinen mies.

Vaikka olla-verbi on potilaskertomuksissa yleisin puuttuva sana, fragmentaarisuuden takia lauseista puuttuu yleensä koko pääverbi, kuten seuraavissa tapauksissa:

- (37) (Otetaan) Potilaalta EKG, THX –.
- (38) – kipu (tuntuu) jomottavalta.
- (39) Jatkossa (potilaan) verenpaine (mitataan) – kuukaudessa.
- (40) Tarvittaessa (otetaan) yhteys neurologiin –.

Toinen yleisesti puuttuva sana on potilas tai vaihtoehtoisesti hän, jota käytetään lauseissa muun muassa:

- |               |  |
|---------------|--|
| Subjektina    | (41) (Potilas) Harrastaa liikuntaa säännöllisesti.     |
|               | (42) (Potilas on) Lopettanut lääkityksen vuosi sitten. |
| Objektina     | (43) – toi (potilaan) päivystykseen.                   |
|               | (44) Sukulaiset (ovat) auttaneet (potilasta).          |
| Attribuuttina | (45) Roosin testiä ei (ole potilaalle) tehty.          |
|               | (46) (Potilaalla on) Päivittäistä kipua.               |
| Adverbiaalina | (47) (Potilaan) Olkapään fleksio (on) normaali.        |
|               | (48) (Potilaan) Päänahassa ei (ole) oireita.           |

Eksplisiittisesti ajateltuna sana potilas esiintyy potilaskertomuksissa tekstien alussa kappaleessa *Anamneesi* ja tämän lisäksi tekstien lopussa kohdassa *Jatkosuunnitelma*, pelkästään tekstien alussa kappaleessa *Anamneesi*, pelkästään tekstien lopussa kappaleessa *Jatkosuunnitelma* tai sitten potilas-sanaa ei ole potilaskertomuksissa ollenkaan. Merkittävin havainto on se, että kyseistä sanaa ei esiinny ollenkaan kappaleessa

*Status*, jota hallitsee lääketieteen ääni. Voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että potilas-sanalla korostetaan potilaskertomuksen alussa potilaan omaa subjektiivista ääntä eli elämismaailman ääntä. Tekstien lopussa esiintyessään potilas-sanalla lääkäri korostaa ohjaavuutta, kuten seuraava esimerkki paljastaa:

- (49) Soitetaan potilaalle löydöksistä ja jatkohoito-ohjeista.

Lauseista saattaa puuttua myös molemmat pääjäsenet, predikaatti ja subjekti, samanaikaisesti, kuten seuraavissa tapauksissa:

- (50) (Potilas on saanut) Kaksi pistosta.  
 (51) (Potilas on ollut) Kesäkuun lopulla –.  
 (52) (Potilas on) Raskaana.  
 (53) (Haava on ) Siisti.

Toisin sanoen täydellisten lauseiden rungon muodostavat pääjäsenet, predikaatti ja subjekti, puuttuvat potilaskertomuksista kauttaaltaan. Siksi on tarpeellista pohtia tarkemmin fragmentaarisuutta suhteessa tekstien prosessointiin verbin paikkaisuuden avulla.

Lausetta voidaan ajatella verbin ja sen seuralaisten muodostamana kokonaisuutena. Pelkän verbin avulla pystyy osan seuralaisista tietyllä tasolla arvaamaan. Esimerkiksi katsoa-verbin seuralaiset ovat katsoja ja katsottava: potilas katsoo lääkäriä tai lääkäri katsoo potilasta. Vaikka katsojan ja katsottavan paikalla voi olla erilaisia sanavalintoja, ne edustavat kuitenkin samanlaisia seuralaistyyppejä. Kun pelkkä verbi kertoo mitä seuralaisia se tarvitsee mukaansa, sanotaan että seuralaiset kuuluvat sen valenssiin. (Vilku-  
na 1996: 23.)

Verbit ovat kaikista sanaluokista selvimmin valenssillisiä. Sanan valenssilla tarkoitetaan sen kykyä saada oheensa tietty määrä tietynlaisia seuralaisia, joita kutsutaan sanan täydennyksiksi. Sana avaa siis yhden tai useampia tyhjiä paikkoja, jotka seuralaiset sitten täyttävät. Kun valenssia tarkastellaan täydennysten määrän kannalta, puhutaan verbin paikkaisuudesta. Yhden täydennyksen saava verbi on yksipaikkainen, kaksi täydennystä

saava kaksipaikkainen ja niin edelleen. Kullakin täydennyksellä on oma semanttinen roolinsa suhteessa verbin tarkoittamaan tapahtumaan tai tilaan. Esimerkiksi luottaa-verbin valenssiin kuuluu kaksi täydennystä, joista toinen tarkoittaa luottajaa ja toinen luottamuksen kohdetta. (*Iso suomen kielioppi* 2004: 438.)

Potilaskertomuksissa puuttuvien verbien paikkaisuutta tarkastellaan antaa-verbin avulla. Antaa on kolme täydennystä saava verbi, joten se on täydennysten määrän kannalta kolmepaikkainen. Antaa-verbin sisältävä lause aktuaalistuu seuraavasti: JOKU antaa JOLLEKIN JOTAKIN. Kun tarkastellaan lähemmin potilaskertomuksissa esiintyvää lausetta *Antanut sairaslomaa*, voidaan tehdä seuraavanlaisia päätelmiä paikkaisuuden ja kontekstin avulla. Verbi *antanut* kertoo lauseen olevan perfektissä, mutta siitä puuttuu apuverbi olla (on antanut). Antaja voidaan puolestaan päätellä lauseyhteyden perusteella. Antajana on lääkäri, sillä ennen kyseistä lausetta on viittaus aikaisempaan lääkärisäkäyntiin. Saavana osapuolena on puolestaan potilas, joka on ollut lääkärin vastaanotolla sellaisen vaivan takia, joka vaatii poisjäämistä työpaikalta. Näin tyhjät aukot voidaan täydentää seuraavasti: (Lääkäri on) *Antanut* (potilaille) *sairaslomaa*.

Jos potilaskertomuksissa käytettäisiin runsaasti useampipaikkaisia verbejä erilaisine määritteineen, näinkin fragmentaaristen virkkeiden käyttö ei olisi mahdollista, koska sanat vaatisivat ympärilleen paljon muita määritesanoja. Samalla verbillä voi kuitenkin olla kontekstista johtuen montakin erilaista aktuaalistumistapaa eri merkitysten mukaan, joiden mukaan myös verbin paikkaisuus voi vaihdella. Tämä korostaa entisestään kontekstin tuntemisen merkitystä tulkittaessa erikoiskielisiä tekstejä.

Yksinkertaisia virkkeitä on muodostettu jopa yksittäisistä sanoista ja yleensä ne esiintyvät kappaleessa *Käynnin tarkoitus*, joka on potilaan antama syy lääkärisäkäyntiin. Yksisanaisista virkkeistä on poistettu kaikki muu kielenaines paitsi uutta informaatiota tuova osa, kuten Mäkinen (1996: 44–45) on omassa tutkimuksessaan osoittanut. Potilaskertomusten aihe eli potilas ja hänen terveydentilastaan kertominen ja tekstin väliotsikot kuitenkin sitovat kappaleiden virkkeet ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi ja mahdollistavat niiden ymmärrettävyyden.

- (54) (Potilas on) Hyväkuntoinen.
- (55) (Potilas) Tupakoi.
- (56) (Potilaalla on) Hengenahdistus.
- (57) (Potilas on tullut lääkärinvastaanotolle) Selkäkipu(jen takia).

Viimeisimmässä esimerkissä fragmentaarisuuden takia karsiutuneet kielenaineokset teki-sivät eksplisiittisessä muodossaan virkkeestä liian pitkän, jotta lääkäri saisi nopeasti ja vaivattomasti tiedon potilaan vaivasta. Fragmentoinnin lähtökohtana on vähiten infor-maatiota sisältävien kielenainesten karsiminen. Vaikka potilaskertomusten virke- ja lau-serakenne on kauttaaltaan fragmentaarista, käyttötilanteessaan lausefragmentit ovat riit-täviä tiedon välittämisen ja tekstien ymmärtämisen kannalta. Lääkäreiden yhteinen tie-to- ja kokemustausta mahdollistavat tiedon pakkaamisen. Eksplisiittisesti teksteissä il-maistaan sellaista tietoa mitä toinen ei vielä tiedä.

Tulkinta riippuu kontekstista. Kontekstin avulla tiedetään, että terveyskeskukseen apua ongelmiinsa hakevat asiakkaat ovat potilaita ja heitä tutkivat ja hoitavat alan am-mattilaiset ovat lääkäreitä. Kun potilasta tutkiva lääkäri tarvitsee aikaisemmista potilas-kertomuksista tietoa vastaanotolle tulon syistä, kollektiivinen tekstiskeema ohjaa lääkä-riä etsimään hänen tarvitsemaansa tietoa potilaskertomuksesta oikeasta paikasta. Tul-kintaan liittyvä yhteinen viitekehys takaa sen, että häntä aikaisemmin tutkinut lääkäri on noudattanut yhteistyön periaatetta. Kun otetaan tarkasteluun fragmentaarinen virke *Sel-käkipu* ja suhteutetaan se edellä oleviin tietoihin, oikean tulkinnan tekeminen on mah-dollista.

Lääkärin vastaanotolle tulon syy löytyy heti tekstikohdasta *Käynnin tarkoitus*. Potilas on aikaisemmin tullut vastaanotolle selkäkipujen eikä esimerkiksi jalkakipujen takia, koska taustalla on laadun maksimin vaikutus eli puheenvuoro on totuudellinen. Virk-keestä on karsittu kaikki epäoleellinen kielenaines pois ja jäljelle on jäänyt vain uutta tietoa tuova osa. Implisiittisesti ajatellen konteksti mahdollistaa myös sen tiedon, että kyseessä on potilas, joka on tullut lääkäriin hakemaan hoitoa selkäkipunsa parantami-seksi, koska se haittaa hänen jokapäiväistä elämäänsä eikä itsehoito ole mahdollista.

Potilaskertomusten fragmentaarisuus johtuu siitä, että niissä oleva tieto on pakattu tilankäytön kannalta taloudellisesti. Teksteissä esiintyivät kaikki kolme pakkaamisen tapaa eli morfosyntaktinen ja leksikaalinen pakkaaminen (*väsinyt potilas/Kivun pitkittyessä otetaan RTG-kuva*), semanttinen pakkaaminen (*parechovirus*) ja temaattinen pakkaaminen (tarpeettomien kielenainesten karsiminen, jolloin lauseesta jää jäljelle vain niiden sisältämä uusi tieto).

Potilasta tutkiessaan lääkäri käyttää apunaan aistihavaintoihin (näkö, kuulo, tunto ja haju) perustuvia tutkimusmenetelmiä. Aistihavaintojen lisäksi lääkäri käyttää fyysiseen tutkimiseen joitakin yksinkertaisia apuvälineitä, kuten otoskooppia (korvantähystin), spaattelia (lastain) ja stetoskooppia (kuuntelulaite). Lääkärin toimenkuvaan kuuluu näillä tehtävien tutkimusten tekeminen vastaanotolla aina kunkin tarpeen mukaan ja niistä kertomiseen potilaskertomuksessa. Siksi näitä tuloksia koskevat tiedot ovat teksteissä erittäin runsaita ja sitä kautta myös seuraavaksi esimerkkeinä annettavat virkkeet rakenteeltaan.

Näköaistiin perustuvia havaintoja ovat seuraavat:

- (58) (Potilaan) Pään liikkeet (ovat) kohtuulliset.
- (59) (Potilaan) Silmien liikkeet (ovat) kunnossa.
- (60) (Potilaan) Selän liikkeet (ovat) normaalit.
- (61) (Potilaan) Selässä ei (ole) rajoituksia.

Kuuloaistiin perustuvia havaintoja ovat seuraavat:

- (62) (Potilaan) Keuhkoauskultaatio (on) siisti ja symmetrinen.
- (63) (Potilaan) Sydäimestä (kuuluu) sivuäännetön rytmi.
- (64) (Potilaan) Sydäimestä (kuuluu) säännöllinen rytmi.
- (65) Potilaan keuhkoauskultaatio (on) siisti.

Tuntoaistiin perustuvia havaintoja ovat seuraavat:

- (66) (Potilaan) Käsien puristusvoima (on) hento.
- (67) (Potilaan) Puristusvoimat (ovat) symmetriset.
- (68) (Potilaan) Selässä ei (ole) koputteluarkuutta.
- (69) (Potilaan) Vatsalla ei tunnu pulsaatioita.

Hajuaistiin perustuvia havaintoja ei aineistosta löytenyt, mutta kyseistä aistia voidaan hyödyntää muun muassa potilaan yleisen hygieniatason mittaamisessa tai päihtyneen potilaan tunnistamisessa. Kaikissa edellä olevissa esimerkeissä on kuitenkin havaittavissa pari yhdistävää tekijää. Ensinnäkin kaikki virkkeet ovat yksinkertaisia toteamusvirkeitä ja toiseksi fragmentaarisuuden takia virkeistä puuttuvat juuri kaksi yleisintä sanaa *olla* ja *potilas* ja näistä *potilas* toimii lauseissa adverbiaalina. Verbit puolestaan ovat aistihavainto- tai oloverbejä.

Yhtenä virketyyppinä potilaskertomuksissa käytetään luettelointia. Näitä virkeitä esiintyy muun muassa tutkittaessa potilaan riskitekijöitä sairastua tiettyyn tautiin, tutkimustulosten, lääkehoidon ja tutkimuspyynnön yhteydessä, joista seuraavassa muutama esimerkki:

- (70) –taudin riskitekijät: suku +, kolesteroli –, verensokeri ?, tupakka –, ylipaino +.
- (71) Pituus – cm, paino – kg, RR –/–, pulssi –.
- (72) – laboratorio  
P -Natrium, P -Krea, P -Kalium, P -ALAT.

Kyseisissä virkkeissä ei ole predikaattia, eikä luettelon kahden viimeisen sanan välissä käytetä rinnastuskonjunktioita ja. Nämä tiedot ilmaistaan yleensä lyhenteinä, kuten *cm* ja *kg* ja numeroina, kuten *pituus*, *paino* ja *verenpaine*. Tiettyyn tautiin sairastumisen riskitekijöiden kartoituksessa +-merkillä tarkoitetaan sitä, että potilaalla on kyseinen riski tietyn osatekijän kohdalla sairastua, kuten esimerkissä 70 potilaan suvussa esiintyy kyseessä olevaa sairautta yleisemmin. – -merkillä tarkoitetaan sitä, ettei potilaalla ole kyseisen osatekijän osalta riskiä sairastua ja ?-merkillä tarkoitetaan sitä, ettei potilaasta ole tietoja kyseisen osatekijän osalta ja mahdollisesti on tehtävä jatkotutkimuksia asian tarkistamiseksi.

Yhdysvirkkeistä kaksilauseisia esiintyy sekä alistus- että rinnastussuhteessa. Alisteisten lauseiden välissä on relatiivipronomini joka.

- (73) (Potilaalla on) Aikaisemmin ollut –, joka (on) ollut erilaista.
- (74) Kyseessä (on) 60-vuotias nainen, jolla (on) perussairautena –.



- (75) Potilaalla (on) viime päivinä (ollut) rintakipua, joka säteilee –.  
 (76) (Potilas on) – sairastava mies, jolla nyt (on) ollut pahempaa – noin viikon ajan.

Päälauseetta seuraa alisteinen sivulause, jossa kuvaillaan tarkemmin kyseisen potilaan vaivaa, sen sijaintia ja kesto.

Rinnasteisten lauseiden välissä käytetään rinnastuskonjunktia ja.

- (77) Muutama viikko tämän jälkeen (potilaan) kurkkukipu (on) alkanut uudestaan ja (hän on) hakeutunut yksityiselle –.  
 (78) (Potilaalla) Ei ole ollut kuumetta ja (hänen) yleisvointi on hyvä.  
 (79) (Potilaan) Liikkeelle lähtö tuottaa vaikeuksia ja (hän) ontuu selvästi vasenta alaraajaa.

Kolmilauseisia virkkeitä löytyi pari kappaletta, mutta sitä useampilauseisia ei yhtään. Potilaskertomusten virke- ja lausetasoa kuvaa parhaiten jatkuva yksinkertaisten virkkeiden käyttö.

Potilaskertomuksista löytyi kaksi sivulauseetta korvaavaa lauseenvastiketta:

- (80) Kivun pitkittyessä (otetaan) RTG-kuva.  
 (81) (Potilas on) Huomannut oireilevansa koirien ja kissojen läheisyydessä.

Ensimmäinen on temporaalinen eli aikaa ilmaiseva lauseenvastike ja jälkimmäinen referatiivinen lauseenvastike, jossa on korvattu että-sivulause.

Potilaskertomusten virke- ja lausetason tarkastelussa päästään seuraaviin yleistäviin päätöksiin. Potilaskertomusten virkkeet ja lauseet ovat kauttaaltaan fragmentaarisia. Kaksi yleisintä puuttuvaa sanaa ovat predikaattina tai predikaatin osana lauseessa toimiva olla-verbi ja potilas. Sanaa potilas tai vaihtoehtoisesti sanaa hän viittaamassa potilaaseen käytetään lauseissa lähinnä subjektina, objektina, attribuuttina tai adverbiaalina.

Kun fragmentaarisuutta pohdittiin tarkemmin potilaskertomuksissa esiintyvien verbien paikkaisuuksien avulla, osoittautui, että teksteissä käytetään pienipaikkaisia verbejä. Tämän johdosta yksisanaistenkin virkkeiden käyttö on mahdollista ilman, että ne vaikeuttaisivat tekstin ymmärrettävyyttä. Tekstejä hallitsevat yksinkertaiset virkkeet. Kolmelauseisia yhdysvirkkeitä löytyi pari kappaletta, muttei yhtään useampivirkkeistä. Kaksilauseisia virkkeitä löytyi sekä alustus- että rinnastussuhteessa. Fragmentaarisuus johtuu siitä, että tieto on potilaskertomuksissa pakattu mahdollisimman tiiviiseen muotoon.

#### 4.5 Termit

Lääketieteen erikoiskielen yksi tunnusomaisia piirteitä on sen käyttämä terminologia. Tarkoitukseni on kuvailla minkälainen lääketieteen terminologia on ja minkälaisia termejä potilaskertomuksissa esiintyy.

Haaralan (1981: 37) mukaan hyvä termi on ”lyhyt, muista tarpeeksi erottuva, kieliopillisesti moitteeton sekä helppo ääntää, kirjoittaa ja taivuttaa.” Hervonen ja Nienstedt korostavatkin lääketieteellisten termien ominaispiirteinä niiden yksiselitteisyyttä ja lyhyttä ilmaisumuotoa:

Potilasta tutkittaessa ja löydöstä sairaskertomuksen muotoon kirjoitettaessa on totuttu käyttämään sellaista sanastoa, että myös kollega, joka tutkii potilaan seuraavalla viikolla, löytää kuvauksen perusteella esim. ylimääräisen tuumorin (kyhmy, kasvain) vatsaonteloalueelta tai kohdun seinämästä. Juuri tämän kaltaisia tarpeita varten on syntynyt terminologia, jonka avulla tarkka käsitteiden määrittely on mahdollista. (tarkista: 158.)

Lääketieteellisten termien käytössä on kuitenkin otettava huomioon myös erikoisala, jossa sitä käytetään. Esimerkiksi *plakki* tarkoittaa:

anomiassa           `sykkyräsuolen limakalvossa normaalisti esiintyviä imukeräsikermiä`;

patologiassa	`taudin aiheuttamia kovia kudostenmuodostelmia, esim. keuhkopussilevyt asbestoosin yhteydessä, Alzheimerin taudille ominaiset muodostumat aivoissa ja ateroskleroosille ominaiset valtimoiden kovettumat`;
ihotautiopissa	`ympäristöstään kohoava ihoalue, etenkin kuiva, karhea ja hilseilevä läiskä`;
hammaslääketieteessä	`hampaiden pintaa peittävä lähinnä bakteerimassasta muodostunut pehmeä vaalea kalvo` ( <i>Lääketieteen termit</i> 2002: 518).

Sen lisäksi, että lääketieteen alan asiantuntijoiden on tunnettava harjoittamansa erikoisalan sanasto, heidän on käytettävä alan sanastoa täysin samalla tavalla eri asiayhteyksissä, jotta viestintä sujuisi ongelmitta. Näiden lisäksi myös kontekstin tunteminen auttaa oikeiden tulkintojen tekemisessä. Esimerkiksi selkä ei tarkoita potilaskertomuksissa tietynlaista vesistöä, vaan ruumiin osaa.

Lääketieteen perustermistö on monilta osin kolminkertainen järjestelmä eli samalla asialla voi olla kolme erilaista nimitystä: latinasta tai kreikasta sellaisenaan lainattu (sitaattilaina), kirjoitusasultaan ja ääntämykseltään suomeen mukautettu (erikoislaina) tai suomenkielinen vastine, kuten bronchus – bronkus – keuhkoputki, haemorrhagia – hemorrhagia – verenvuoto, resistens – resistentti – vastustuskykyinen (Haarala 1994: 69.)

Suurin osa potilaskertomuksissa käytettävistä termeistä on kirjoitusasultaan suomalaitettuja erikoislainoja:

- (82) (Potilaan) Alaselässä (on) prolapsi.  
prolapsi = latinaksi prolapsus, suomeksi nikamavälilevyn esiinluiskahdus
- (83) (Potilaan) Keuhkot (ovat) auskultaatiossa normaalit.  
auskultaatio = latinaksi auscultatio, suomeksi kuuntelu, kuuntelututkimus
- (84) (Potilaan) Karotiksista ei (kuulu) suhinoita.  
karotis = latinaksi carotis, suomeksi kaulavaltimo.

Sitaattilainat muutetaan erikoislainoiksi muun muassa seuraavien esimerkkien tavoin: ch-äänneyhtymä kirjoitetaan k:na (ischias – iskias), ph kirjoitetaan f:nä, jos se myös lausutaan niin (staphylococcus – stafylokokki), x korvataan konsonanttiyhtymällä ks sil-

loin, kun x on sanan sisällä (excisio – eksisio) ja ainakin latinankielisissä termeissä yleisenä tendenssinä on se, että c korvataan s:llä tai k:lla.

Erikoislainoja käytetään muun muassa liikettä ja paikkaa ilmaisevien termien yhteydessä, jotka perustuvat lääkärin aistihavainnoin tekemiin tutkimustuloksiin:

- (85) ekstensio = ojennusliike
- (86) fleksio = koukistusliike
- (87) rotaatio = kierto liike
- (88) dorsaalinen = selänpuoleinen
- (89) lateraalinen = sivunpuoleinen
- (90) ventraalinen = vatsanpuoleinen.

Sitaattilainoja esiintyy potilaskertomuksissa suhteellisen vähän. Niitä käytetään yleensä diagnoosien yhteydessä ja termeinä, joita ei ole mukautettu suomen kieleen tai joilla ei ole sopivaa suomenkielistä vastinetta tai se on tekstien käyttötarkoitusta ajatellen liian pitkä. Tällaisia ovat yleensä x-loppuiset sanat, kuten *appendix* = lisäke, *larynx* = kurkunpää ja *thorax* = rintakehä, tooraksi, kaulan ja vatsaontelon välissä sijaitseva vartalon yläosa.

Suomenkielisten ilmausten vakiintuneisuus lääketieteen kielessä vaihtelee suuresti. Mitä yksityiskohtaisemmista anatomisista, diagnostisista ja vastaavista termeistä on kyse, sitä harvinaisemmiksi suomenkieliset nimitykset käyvät. Vanhentuneita tai käytöstä syrjäytyneitä termejä ovat esimerkiksi kaatumatauti (epilepsia) ja näkökeskus (näkökuorialue). Arkikielisiä tai yleiskielisiä ilmauksia ovat esimerkiksi senkka (lasko) ja sydänfilmi (elektrokardiogrammi eli EKG), joita ei kuitenkaan käytetä eksakteissa tieteellisissä yhteyksissä. (*Lääketieteen termit* 2002: 9, 13.)

Potilaskertomuksissa esiintyi jonkin verran myös suomenkielisiä ilmauksia, kuten:

- (91) ahtauma = onton (etenkin putkimaisen) elimen ahdas kohta
- (92) magneettikuvaus = kuvaus joka perustuu magneettikentässä olevan elimistön vetyatomien lähettämiin signaaleihin, kun niihin vaikutetaan radioaalloilla

- (93) verenpaine = verenkiertojärjestelmän eri osissa vallitseva hydrostaattinen paine, erityisesti vasemmassa kammiossa ja ison verenkierron suurissa valtimoissa vallitseva suhteellisen korkea paine.

Hyvän esimerkin näistä antaa kuitenkin 92 magneettikuvaus, josta tavallisesti käytetään lyhennettä MRI ja se tulee englanninkielisistä sanoista magnetic resonance imaging.

Potilaskertomuksissa termien käyttö on runsasta tutkimustulosten, jatkosuunnitelmien, lääkehoitojen ja pyyntöjen yhteydessä. Välineisiin perustuvissa tuloksissa termit ovat tavallisesti lyhennytyssä muodossa, mikä helpottaa ja nopeuttaa alan asiantuntijoiden välistä viestintää. Tavallisimpia lyhennemuotoja ovat aakkoslyhenteet (a., d., i.v., v.) SI-järjestelmän mukaiset supistelyhenteet (ml, cm, Na, K), katkolyhenteet (ausk., lab., fys.ter.), koostelyhenteet (ks.) ja isokirjainlyhenteet (EKG, RR, UÄ-tutkimus).

Henkilön mukaan nimettyjä termejä ovat *RR* (verenpainetta tarkoittava lyhenne, joka on peräisin verenpainemittarin erään keksijän Riva-Roccin nimestä) ja *RTG* (röntgensäteilyn keksijän Wilhelm Konrad Röntgenin nimestä peräisin oleva laite röntgentutkimusten tekemiseen) sekä eräät testit, joista seuraavassa muutama esimerkki:

- (94) Babinskin testi = koe, jossa ärsytetään raaputtamalla jalkapohjaa, jolloin isovarvas kipristyy jalkapohjan puolelle (normaalitilanne) tai jalanselän puolelle (vaurio).
- (95) Phalenin testi = rannekanavaoireyhtymän tutkimisessa käytetty kliininen koe, jossa ranteiden taivutus aiheuttaa sormien puutumista ja pistelyä.
- (96) Rombergin testi = koe, jossa tutkittava seisoo silmät kiinni ja jalat yhdessä; tulos on positiivinen, jos tutkittava huojuu voimakkaasti tai menettää tasapainonsa.

Tutkintapyynnössä esiintyvät termit ovat *Laboratoriotutkimusnimikkeistön 2006 (2005)* mukaisia. Laboratoriotutkimusnimikkeistö on tarkoitettu kaikkien laboratoriotutkimuksia tekevien laboratorioden sekä tutkimuksia tilaavien toimintayksiköiden käyttöön. Nimikkeistö kattaa kliinisen kemian, kliinisen fysiologian, kliinisen mikrobiologian, kliinisen neurofysiologian ja patologian laboratoriotutkimukset.

Nimikkeistön avulla pyritään valtakunnalliseen yhdenmukaisuuteen, mikä on tutkimustoiminnan kannalta välttämätöntä. Se edistää myös erilaisten raporttien tuottamista ja luotettavuutta. Nimikkeistön muuttaminen jokaisen yksikön omien tarpeiden mukaan vaikeuttaisi yhteistyötä ja pahimmassa tapauksessa siitä saattaisi aiheutua hoitovirheitä. Tutkimuspyynnöissä tärkeintä on tutkimusnimikkeiden yksiselitteisyys ja yksilöllinen ja selvä nimeäminen. (*Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2006 2005: 5, 9.*)

Tutkimuspyynnöissä voidaan erottaa kolmenlaisia pyyntötyyppejä. Tavallisin näistä on tutkintapyynnön kohdistuminen yhteen yksittäiseen tutkimukseen. Silloin yhden komponentin pyyntöön tulee yksi vastaus. Esimerkiksi *S –Na* (Serum Natrium), jolloin potilaalta tutkitaan natriumpitoisuus valkuaispitoisesta liuoksesta, josta solut (ja muu saostuva osa) on poistettu. Toinen pyyntötyyppi on yhden komponentin pyyntö, johon tulee kaksi tai useampia vastauksia. Esimerkiksi *S –Salm –Ab* (Serum Salmonella Antibody), jolloin potilaalta tutkitaan suolisto- ja yleisinfektioiden aiheuttavien bakteerien vasta-aineita valkuaispitoisesta liuoksesta, josta solut (ja muu saostuva osa) on poistettu.

Kolmas tyyppi on ryhmätutkimuspyyntö. Se on tiivistetty pyyntö, jolla on koottu yhdeksi nimikkeeksi laiteautomaation tai kliinisen käytännön johdosta vakiintunut tutkimuskokonaisuus. Esimerkkinä edellisestä on *B –PVK* (Blood Perusverokuva), jolloin potilaalta tutkitaan verestä verenpuna, punasolujen tilavuusosuus, punasolujen kokonaisuus ja valkosolujen kokonaisuus. Kyseessä on eräiden tavallisimpien veriko-keiden yhdistelmä. Jälkimmäisestä ryhmätutkimuspyynnöstä on esimerkkinä *F –BaktVi1* (Feces Bakteriviljely 1), jolloin potilaan ulosteesta tutkitaan Salmonella, Shigella, Yersinia ja Campylobacter (kampylobakteeri). (*Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2006 2005: 9.*)

Erikoisalakohteisissa ohjeistuksissa mainitaan, että kliinisen kemian nimet perustuvat pääsääntöisesti yhdisteiden kemiallisiin nimiin. Kliinisessä mikrobiologiassa samaa mikrobiologista tutkimusta (bakteriviljely, antigeenin määrittäminen ja niin edelleen) voidaan tehdä useasta erilaatuisesta näytteestä (veri (*B*), uloste (*F*), seerumi (*S*) ja niin edelleen) tai näytteenottokohdasta (nielu (*Ps*), virtsaputki (*Uf*) ja niin edelleen). (*Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2006 2005: 17, 18.*)

Kliinisen fysiologian tutkimuksilla on tarkoitus mitata eri elinten toimintakykyä. Tavallisesti tutkimuskokonaisuuteen sisältyy useita eri vaiheiden mittauksia aikasarjana tai olosuhteita vaihtaen. Usein suoritetaan myös eri elinten toiminnan samanaikaisia mittauksia. Patologian nimikkeistön tarkoituksena on varmistaa, että näytettä lähetettäessä yksikäsitteisesti pyritään määrittelemään haluttu tutkimus. Nimikkeen tulee perustua näin ollen pyyntöön. (*Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2006* 2005: 109, 119.)

Potilaskertomuksissa esiintyvät tutkintapyynnöt olivat laboratoriotutkimusnimikkeistön mukaisia. Pyyntötyypeistä käytettiin tutkintapyynnön kohdistumista yhteen yksittäiseen tutkimukseen, johon tulee yksi vastaus, yhden komponentin pyyntöä, johon tulee vähintään kaksi vastausta sekä ryhmätutkimuspyyntöjä. Esimerkissä 72 (s. 47) on ensin mainittu jatkotutkimusten suorittava paikka. Kyseisessä esimerkissä on kyse laboratoriotutkimuksista. Paikan lisäksi on mainittu tutkimusten nimet, jotka ovat P -Natrium, P -Krea, P -Kalium ja P -ALAT. Jokaisessa pyynnössä näyte otetaan veri-plasmasta ja kaikki pyynnöt kohdistuvat yhteen yksittäiseen tutkimukseen, johon tulee yksi vastaus. Tämä olikin yleisin pyyntötyyppi, joita teksteissä käytettiin.

Potilaskertomuksissa lääkärin käyttämät termit ovat lähes kauttaaltaan erikoislainoja. Suurin osa termeistä on latinankielisiä, osa kreikankielisiä ja tutkintapyynnöt perustuvat yksinomaan englanninkieleen. Muutamia sitaattilainoja ja suomenkielisiä vastineita on myös käytössä. Voidaan yleistäen todeta, että kyseiset tekstit ovat sekakielisiä terminologian suhteen.

Teksteissä käytettävät termit ovat muodostamisperusteiden suhteen lähes poikkeuksetta kryptisiä. Jotta tekstejä voi ymmärtää, termien merkitykset on pakko opetella. Toisaalta se tarkoittaa sitä, että lääketieteen kielen terminologia on ihanteellinen täsmälliseen kanssakäymiseen, kunhan termejä käytetään huolellisesti ja oikein. On kuitenkin muistettava, että lääketieteen kieli kehittyi koko ajan uusien sairauskokonaisuuksien tunnistamisen ja uuden tekniikan myötä, jotka luovat uusia nimikkeitä. Omallakin alalla on oltava koko ajan tietoinen näistä uudistuksista.

## 5 PÄÄTELMIÄ

Tutkimukseni tavoitteena on kuvailla millainen lääkäreiden käyttämä kieli on lääketieteen ja käytännön työn näkökulmista katsottuna sekä selvittää minkälaisin kriteerein ja minkälaisen viitekehysten pohjalta tekstejä voidaan prosessoida, että viestintätapahtuma onnistuisi tarkoituksenmukaisesti. Aineistona minulla on viisitoista (15) terveyskeskuslääkäreiden laatimaa potilaskertomusta, joista pyrin löytämään toistuvia piirteitä, joita voidaan jälkikäteen pitää kyseisten tekstien osalta ominaispiirteinä. Aineiston osalta mielenkiintoni kohteina ovat konteksti, potilaskertomusten asettelu ja tekstin osat, tekstityyppiominaisuudet, virke- ja lausetaso sekä termit.

Lääketieteen ammattisanasto perustuu kreikan ja latinan kieliin, mutta suomeen on tullut laina-ainesta myös muista kielistä, kuten englannista. Samalla on tietoisesti pyritty termityön avulla edistämään suomen kielen asemaa lääketieteen kielenä. Lääketieteen kieli ei kuitenkaan ole vain ammattisanaston hallintaa, vaan erikoiskieltä osatakseen on oltava perillä myös kielen käyttötavoista, rakenteesta ja tavoista esittää tietoa eri asiayhteyksissä. Esimerkiksi potilaskertomus ja resepti ovat lääkärin vastaanoton seurauksena syntyneitä tekstejä, mutta ne eivät sisällön ja tarkoituksen osalta ole yhtenäisiä. Lääkärin on osattava molempien tekstien tekemiseen vaadittavat kielimuodot.

Käytännön lääketiede perustuu potilaan taudin, sairauden tai vammojen paikantamiseen, niiden syiden etsimiseen ja sitä kautta niiden parantamiseen. Hoitoratkaisuihin päädytään monien vastaanotolla tapahtuvien vaiheiden kautta, joten on muistettava lääkärin ammatin luonne: se on päätöksentekoa eri vaihtoehtojen välillä. Potilaskertomukset kuvaavat lääkäreiden tapaa tarkastella potilaitaan koskevaa todellisuutta ja se heijastuu myös niissä käytettävään kieleen.

Potilaskertomusten onnistuneen prosessoinnin lähtökohtana on lääketieteen erikoiskielen hallinta. Sitten on osattava laatia erilaisiin tilanteisiin tarkoitettuja minilektejä, joissa käytetään erilaisia kielimuotoja. Lääkärin on osattava valita sopiva kielimuoto jokaista minilektiä varten niiden funktion mukaisesti. Yhteisen kielen ja kollektiivisen tekstiskeeman lisäksi teksteihin osallisina olevilla on oltava yhteinen viitekehys, jonka puit-



teissa tekstejä prosessoidaan. Parhaimman edellytyksen tähän antoivat Gricen (1989) keskustelumaksiimit, sillä erityisesti informatiivisessa viestinnässä kirjoittajan oletetaan pyrkivän vilpittömästi yhteistyöhön lukijan kanssa.

Potilaskertomuksissa käytetään vakioasettelua, jossa on tunnistekentät eri tiedoille. Nämä tiedot ovat aina samankaltaisia tekstistä riippumatta. Pakollisiksi informaatiokentiksi katsottuun kuuluvan kappaleet *Tekijä*, *Käynnin tarkoitus*, *Anamneesi* ja *Status*, koska ne esiintyvät jokaisessa potilaskertomuksessa. Vaihtoehtoisia informaatiokenttiä ovat puolestaan *Jatkosuunnitelma*, *Lääkehoito* ja *Pyyntö*, sillä ne esiintyvät teksteissä pelkästään hoitosuhteen niin vaatiessa. Potilaskertomusten ilmiasu voi vaihdella näiden eri kappaleiden suhteen, mutta perusrunko säilyy aina tekstistä toiseen.

Kappale *Tekijä* sisältää potilaan tutkivan lääkärin nimen ja ammattinimikkeen. Osiota hallitsee lääketieteen ääni, joten siinä käytetty tekstimuoto on sidottua. Kappale *Käynnin tarkoitus* sisältää potilaan antaman syyn lääkäriä käyntiin. Osiota hallitsee elämämaailman ääni, joten käytetty tekstimuoto on vapaata. Kappale *Anamneesi* sisältää potilaan esitiedot ja sairaushistorian. Osiota hallitsee elämämaailman ääni, joten tekstimuoto on vapaata ja käytetty tekstityyppi on kertova. Kappale *Status* sisältää lääkärin vastaanotolla tekemiä tutkimustuloksia. Osiota hallitsee lääketieteen ääni, joten tekstimuoto on sidottua. Käytetty tekstityyppi on kuvaileva.

Kappale *Jatkosuunnitelma* sisältää täydentävät lisätutkimukset. Osiota hallitsee lääketieteen ääni, joten tekstimuoto on sidottua. Käytettyjä tekstityyppejä ovat erittelevä ja kantaaottava. Kappale *Lääkehoito* sisältää lääkkeiden nimet ja annostusmäärät ja kappale *Pyyntö* suoritettavat jatkotutkimukset. Molempia osioita hallitsee lääketieteen ääni, mutta niissä sidottu tekstimuoto on tiukempaa muihin nähden, koska niiden kirjaaminen perustuu ohjeistuksiin. Molemmissa käytetty tekstityyppi on ohjaava.

Eksplisiittisen informaation kannalta katsottuna kuvailevat ja kertovat tekstityypit ovat potilaskertomuksissa hallitsevia, koska ne esiintyvät kaikissa teksteissä pakollisten informaatiokenttien mukaan. Toisaalta implisiittisen tiedon kannalta ohjaava tekstityyppi on hallitseva, sillä esimerkiksi vaihtoehtoisten informaatiokenttien puuttuminen tekstis-

tä paljastaa seuraavalle potilasta tutkivalle lääkärille, ettei potilaalle ole tehty aikaisemmin jatkotutkimuksia tai annettu lääkehoitoa. Mikäli potilaan vaiva ei ole poistunut, ohjaa teksti lääkäriä kokeilemaan näitä vaihtoehtoja ongelman poistamiseksi.

Potilaskertomusten informaatiokenttien ja niiden sisältämien tietojen avulla pystytään kuvaamaan teksteissä tietojen esittämisessä käytettäviä aika- ja ongelmanratkaisujärjestysten kulkuja:

Potilaalla on vaiva, jonka vuoksi hän tulee lääkärin vastaanotolle (syy).

Potilas kertoo vaivaan johtaneet syyt (ennen).

Lääkäri tutkii potilaan (seuraus/nyt).

Lääkäri tekee tutkimustuloksiin perustuvan diagnoosin (syy).

Lääkäri antaa potilaalle ohjeet vaivan poistamiseksi (seuraus/tulevaisuus).

Lääkäri joutuu paitsi tiivistämään sanottavaansa, mutta tämän lisäksi hän käyttää pakkaamista yhtenä tekstin rakennuselementtinä. Potilaskertomusten virke- ja lausetaso on kauttaaltaan fragmentaarista. Täydellisten lauseiden pääjäsenet, predikaatti ja subjekti, puuttuivat kauttaaltaan. Toisaalta teksteissä käytettävien verbien pienipaikkaisuus ja kontekstin tunteminen mahdollistavat jopa yksisanaistenkin virkkeiden käytön ilman, että tekstien ymmärrettävyys siitä kärsii. Potilaskertomuksia hallitsevat yksinkertaiset fragmentaariset virkkeet. Tiedon pakkaaminen tiiviimpään muotoon tekee lauseista lyhyempiä täydellisiin lauseisiin verrattuna, jolloin työmuistia ei kuormiteta liikaa ja tarvittavat tiedot löytyvät teksteistä nopeasti ja vaivattomasti.

Potilaskertomuksissa esiintyvistä termeistä valtaosa on kirjoitusasultaan suomen kieleen mukautettuja erikoislainoja. Sitaattilainojen ja suomenkielisten vastineiden vähäisyys yllätti siinä mielessä, että miltei yhdenmukaista terminologiaa käytetään kaikkialla länsimaisen lääketieteen piirissä tieteen kansainvälisen luonteen mukaisesti ja toisaalta suomen kielen asemaa on pyritty termityön avulla vahvistamaan lääketieteen kielenä. Termit perustuvat latinan, kreikan ja englannin kieliin ja suomenkielisiin vastineisiin, joten potilaskertomukset ovat erittäin sekakielisiä. Termien muodostamisperusteiden osalta potilaskertomusten kieli on kryptistä.

Potilaskertomusten ymmärtämiseen liittyy niiden tulkitseminen skeeman pohjalta. Jos tekstit poikkeavat totutusta, niiden prosessointi on vaikeampaa kuin skeeman mukaisten prototyyppisten tekstien. Vertailu vielä opiskeluvaiheessa olevien ja työssään jo vuosia toimineiden lääkäreiden välillä antaisi selkeän kuvan siitä, miten tekstit eroavat toisistaan rakenteellisesti työkokemuksen karttuessa. Sen pohjalta olisi helppo luoda tarpeen niin vaatiessa lääkäriopiskelijoille yhteiset säännöt kattava opas, jossa perusteltaisiin kielellisiä valintoja juuri terveyskeskuksissa laadittujen potilaskertomusten näkökulmasta. Näin lääketieteen kielen eri minilektien automatisoituminen aloitettaisiin jo koulutusvaiheessa.

Mäkinen (1996) on pro gradu -tutkielmassaan käsitellyt samantyyppisiä tekstejä kuin mitä tässä tutkielmassa on aineistona. Hän on vertaillut psykiatrian ja oftalmologian (silmäsairauksien) aloihin kuuluvia lääketieteen tekstejä kontekstin, tilanteen ja tekstin keskinäisten suhteiden eli vuorovaikutuksen kautta tekstilingvistisin menetelmin. Tutkittavana olevat tekstit ovat aitoja sairaalassa tuotettuja potilasasiakirjoja.

Terveyskeskus on kuitenkin potilaan ensisijainen hoitopaikka ja terveyskeskuslääkärit kohtaavat työssään valikoimattomia ongelmia toisin kuin sairaalalääkärit, jotka ovat erikoistuneet tietyn lääketieteen alan ongelmien hoitamiseen. Terveyskeskuksissa lääkärit hoitavat suurimman osan vastaanotolleen tulleista potilaista ja vain harva ohjataan läheteellä erikoislääkärille tai sairaalatutkimukseen, jolloin hoitosuhteista muodostuisi Mäkisen tutkimuksen kaltaisia tekstejä. Tutkimus osoittikin sen, että terveyskeskuksessa tuotetut tekstit muodostuvat sairaalassa tuotettuihin teksteihin verrattuna kokonaisrakenteeltaan erilaisiksi oman työyhteisön tarpeiden mukaisiksi potilasasiakirjoiksi.

## LÄHTEET

- Ahmavaara, Yrjö (1975). *Informaatio*. 3. uudistettu painos. Tapiola: Weilin+Göös.
- Forsius, Arno (2001). *Ihmisiä lääketieteen historiassa*. Jyväskylä: Gummerus.
- Forsius, Arno (2004). Kirurgian vaiheita. Teoksessa: *Kirurgia*, 21–30. Toim. Peter J. Roberts, Esko Alhava, Krister Höckerstedt & Eero Kivilaakso. Helsinki: Duodecim.
- Grice, Paul (1989). *Studies in the Way of Words*. London: Harvard University.
- Haarala, Risto (1981). *Sanastotyön opas*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 16. Helsinki.
- Haarala, Risto (1994). Lääketieteen erikoiskieli. Teoksessa: *Lääketieteen kieliopas*, 68–74. Toim. Kari Raivio, Minna Pernaa & Lyly Teppo. Helsinki: Duodecim.
- Hakulinen, Auli & Fred Karlsson (1979). *Nykysuomen lauseoppia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 350. Jyväskylä.
- Hervonen, Antti & Walter Nienstedt (2000). *Lääketieteellinen ammattisanasto*. 10. painos. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy.
- Hiidenmaa, Pirjo (2003). *Suomen kieli – who cares?* Helsinki: Otava.
- Hirvonen, Leo (1987). *Lääketieteen historia*. Hanko: Recallmed Oy.
- Häkkinen, Kaisa (1994). *Suomen kirjakielen historia: Agricolasta nykykieleen*. Juva: WSOY.
- Ingo, Rune (1990). *Lähtökielestä kohdekieleen. Johdatusta käänntieteeseen*. Helsinki: WSOY.
- Iso suomen kielioppi* (2004). 2. painos. Toim. Auli Hakulinen. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 950. Helsinki.
- Kajannes, Katriina (2000). Ihminen, kieli ja kognitio. Teoksessa: *Kirjallisuus, kieli ja kognitio: Kognitiivisesta kirjallisuuden- ja kielentutkimuksesta*, 9–22. Toim. Katriina Kajannes & Leena Kirstinä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kapiala, Ulla-Helena (2003). *Voiko mielenterveyden häiriötä ymmärtää ja nimetä? Psykiatria ja sen diagnoosinimikkeet*. ACTA WASAENSIA. No 121. Kielitiede 25. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Karlsson, Fred (1988). Kieli ja kognitio. Teoksessa: *Kognitiotiede*, 121–140. Toim. Antti Hautamäki. Helsinki: Painokaari Oy.
- Karvonen, Pirjo (1994). Kieli tieteen palveluksessa. Teoksessa: *Lääketieteen kieliopas*, 9–32. Toim. Kari Raivio, Minna Pernaa & Lyly Teppo. Jyväskylä: Gummerus.
- Kivelä, Tero (2003). Voiko lääkäriä ymmärtää? *Kielikello* 1, 8–10.
- Koivusalo, Esko & Liisa Huovinen-Nyberg (1985). *Selkeä virkakieli*. 4. painos. Valtion koulutuskeskus, julkaisusarja A n:o 1.
- Korhonen, Mikko (1993). *Kielen synty*. Helsinki: WSOY.
- Kovala, Urpo (2000). Inferenssi ja tulkinta. Teoksessa: *Kirjallisuus, kieli ja kognitio: Kognitiivisesta kirjallisuuden- ja kielentutkimuksesta*, 194–212. Toim. Katriina Kajannes & Leena Kirstinä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2006* (2005). *Klassifikation av laboratorieundersökningar 2006*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Lääketieteen termit* (2002). 4. painos. Toim. Walter Nienstedt. Helsinki: Duodecim.
- Mishler, Elliot G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Language and Learning for Human Service Professions. A Series of Monographs. New Jersey, USA: Ablex.
- Mäkinen, Jaana (1996). Psykiatrisen ja oftalmologisen kirjallisen viestinnän tekstilingvististä tutkimusta. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Vaasan tiedekirjasto Tritonia.
- Neisser, Ulric (1982). *Kognitio ja todellisuus. Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology*. Kääntänyt Helena Jahnukainen. Espoo: Weilin+Göös.
- Niemikorpi, Antero (1989). Pakattua vai tiivistä tekstiä – tiiviskö aina hyvää. Teoksessa: *Erikoiskielet ja käännteoria. VAKKI-seminaari IX*, 56–70. Toim. Gerald porter & Juhani Stenfors. Vaasan korkeakoulun käännteorian ja ammattikielten tutkijaryhmän julkaisut No 13. Vaasa.
- Niemikorpi, Antero (1996). *Liekepostista tuikeilmaisimeen ja sulhasesta kuraenkeliin. Erikoiskielten rakenteellisesta ja tyylillisestä vaihtelusta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 213. Kielitiede 34. Vaasa.
- Nordman, Marianne (1994). *Minilekter. Om de små textgenrernas språk*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 178. Språkvetsenskap 23. Vaasa.
- Nyky-suomen käsikirja* (1983). 7. painos. Toim. Osmo Ikola. Espoo: Weilin+Göös.

- Peräkylä, Anssi, Kari Eskola & Marja-Leena Sorjonen (2001). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa: *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 7–26. Toim. Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola. Tampere: Vastapaino.
- Puustinen, Raimo (2002). *Potilaan käsikirja. Johdatusta lääketieteen maailmaan*. Helsinki: WSOY.
- Raevaara, Liisa & Marja-Leena Sorjonen (2001). Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa: *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 49–69. Toim. Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola. Tampere: Vastapaino.
- Saariluoma, Pertti (1988). Ihmisen muisti. Teoksessa: *Kognitiotiede*, 71–99. Toim. Antti Hautamäki. Helsinki: painokaari Oy.
- Saukkonen, Pauli (1984). *Mistä tyly syntyy*. Helsinki: WSOY.
- Waern, Yvonne (1982). Ymmärtämisprosessit. Teoksessa: *Johdatus kognitiiviseen psykologiaan*, 34–61. Kääntänyt Yrjö Lehti. Toim. Erland Hjelmqvist, Lennart Sjöberg & Henry Montgomery. Vaasa: Vaasa Oy.
- Werlich, Egon (1975). *Typologie der Texte*. UTB 450. Heidelberg.
- Vilkuna, Maria (1996). *Suomen lauseopin perusteet*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 90. Helsinki.