

**TAMPEREEN YLIOPISTO**

**Eeva Atangana**

**Informoidusta potilaasta osallistuvaan potiluuteen**  
Potilaslähtöinen terveystiedotus internetiaikakaudella

Journalistiikan ja viestinnän pro gradu -tutkielma marraskuu 2016

*Tutkielman aihe:* Tutkielman aiheena on potilaslähtöinen terveysviestintä internetaikakaudella. Tutkimuksessa selvitetään, minkälaista terveydenhuolto-organisaation, tässä tapauksessa laboratorion, viestinnän tulisi olla, jotta se parhaiten palvelisi potilasta. Potilaslähtöistä viestintää lähestytään tiedonhaun, sähköisen asioinnin ja potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutussuhteen kautta. Terveysviestintä ymmärretään tässä tutkimuksessa laajasti kaikkena sellaisena viestintänä, joka liittyy terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhoitoon. Viestintä ymmärretään myös osana kulttuurillista kokonaisuutta, joka muuttuu ajan ja kulttuurin mukana.

Tutkimuksessa selvitetään, minkälaista internetin terveystietoa potilaat käyttävät, ja minkälaista tietoa he saavat ja haluaisivat saada terveydenhuollon organisaatiolta. Sen lisäksi tutkimuksessa käydään läpi potilaiden kokemuksia ja tuntemuksia terveydenhuollon sähköistä asiointia kohtaan. Tutkimuksessa selvitetään myös potilaiden kokemuksia potilaan ja lääkärin välisestä viestinnästä.

*Tutkimuksen kohde:* Tutkimuksen kohteena on laboratorion ja laajemmin muun terveydenhuollon viestintä laboratorion asiakkaiden näkökulmasta. Kyseessä on terveysviestinnän tutkimus, jonka aineisto on empiirinen. Tutkimukseen haastateltiin laboratorion asiakkaita käyttäen teemahaastatteluja. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin laboratorion asiakastyytyväisyyskyselyiden aineistoa. Tutkimuksessa tarkastellaan viestintää kulttuurillisesta näkökulmasta ja selvitetään, miten ympäristötekijät ja kulttuuriset käytänteet vaikuttavat potilaan ja organisaation väliseen viestintään.

*Tulokset ja päätelmät:* Lääkärillä on yhä merkittävä rooli terveystiedon välittäjänä. Potilaslähtöisessä viestinnässä lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteella on siten keskeinen merkitys. Potilaan ja lääkärin välinen suhde on tasavertaistunut internetin aikakaudella. Internetistä löydetty tieto on auttanut potilasta hahmottamaan omaa sairauttaan, ja tarjonnut lääketieteellistä ja ei lääketieteellistä tukea potilaan omahoitoon. Se on myös auttanut potilasta ymmärtämään, ja joskus jopa kyseenalaistamaan, lääkärin antamaa terveystietoa. Terveydenhuollon organisaatioiden tulee tunnistaa ja vastata potilaiden tietotarpeisiin omien sähköisten palveluidensa kautta. Lisäksi lääkärin tulisi ohjata potilaita luotettavan tiedon pariin.

Potilailla on halua tulla kuulluksi ja halua osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon. Heillä on myös halua saada tarpeeksi tietoa, jotta osallistuminen olisi mahdollista. Terveydenhuollon sähköiset palvelut tarjoavat hyvän mahdollisuuden potilaiden osallistamiseen. Ne tulisi kuitenkin suunnitella yhdessä potilaiden kanssa, jotta ne palvelisivat potilaiden tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla. Organisaatorajat rikkovien sähköisten työkalujen käyttö voisi helpottaa sekä lääkäreitä että potilasta viestinnän onnistumisessa. Terveydenhuollon organisaation tulisi myös tarkastella ja poistaa niitä institutionaalisia käytänteitä, jotka estävät potilaan voimaantumista. Erilaiset potiluudet ovat osittain potilaan itsensä valittavissa, mutta toisinaan niitä muokkaavat yhä institutionaaliset rakenteet ja vallitsevat kulttuurilliset käytänteet.

## SISÄLLYS

1. Sähköinen viestintä terveydenhuollossa - uhka vai mahdollisuus?.....	4
2. Terveysviestintä tutkimussuuntauksena ja käsitteenä .....	5
3. Terveys ja sairaus kulttuurisina ilmiöinä .....	12
4. Potiluus ja potilaan rooli .....	14
5. Potilaslähtöinen terveysviestintä internetaikakaudella .....	19
6. Tutkimuksen toteutus .....	21
7. Informoitu potilas .....	25
8. Terveystiedonhaku internetistä .....	29
9. Sähköinen asiointi terveydenhuollossa .....	35
10. Potilaan ja lääkärin välinen suhde internetaikakaudella .....	49
11. Potilaan rooli terveydenhuollon instituutiossa .....	59
12. Sähköinen asiointi on mahdollisuus potilaslähtöisen viestinnän onnistumiselle.....	68
13. Lähteet:.....	72
14. Liitteet .....	78

# 1. Sähköinen viestintä terveydenhuollossa – uhka vai mahdollisuus?

Terveys on yksi vallitsevista arvoistamme, ja ihmiset kokevat sen yhdeksi tärkeimmistä asioista elämässään. Internetin aikakaudella informaation paljous ja toisaalta oikean informaation löytämisen vaikeus koskettavat myös terveysviestintää. Yksisuuntaisen virallisen terveysviestinnän rinnalle on noussut epävirallisia terveysviestinnän muotoja, joissa osittain myös haastetaan perinteistä lääketieteellistä tietoa. Terveydenhuollon organisaatiot myös kehittävät jatkuvasti toimintaansa uusia teknologioita hyödyntäen. Aiheen valinnan pohjalla on tarve selvittää, saavatko ja löytävätkö laboratorion asiakkaat tarvitsemaansa terveystietoa, ja mistä tai keneltä he sen saavat. Tutkimuksessa selvitetään, tarjoaako laboratorio potilailleen heidän tarvitsemansa tiedon, ja tavoittaako tieto potilasasiakkaat heidän toivomallaan tavalla? Terveydenhuollon organisaatiot välittävät ensisijaisesti lääketieteellistä tietoa. Onko se tieto potilaalle riittävää ja ymmärrettävää vai kaipaavatko potilaat sen lisäksi jotain muuta tietoa? Onko tieto esitetty sellaisessa muodossa, että sen löytäminen ja ymmärtäminen onnistuu kaikilta potilailta? Vaikka valtaväestö sukkuloi internetissä sujuvasti ja moni osaa lukea internetin tarjoamaa terveystietoa kriittisesti, ovatko potilaat internetaikakaudella eriarvoisessa asemassa keskenään, jos he eivät itse pysty toimimaan aktiivisina osapuolina tiedon hankinnassa?

Työskentelen tutkimuksen aikana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) omistamassa laboratorioliiikelaitoksessa HUSLABissa. Tutkimuksella pyrin löytämään näkökulmia oman työpaikkani viestinnän kehittämiseen. Terveydenhuollossa on jo pitkään puhuttu potilaslähtöisestä hoidosta. Tässä tutkimuksessa selvitän mitä potilaslähtöinen terveysviestintä tarkoittaa, ja miten sitä voisi laboratorio-organisaatiossa toteuttaa. Lisäksi pyrin ymmärtämään ja paikantamaan terveysviestintää kulttuurillisessa viitekehyksessä. Aihe on ajankohtainen, sillä sähköisten palveluiden lisäämisestä ja omaan hoitoon osallistumisesta keskustellaan paitsi terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa niin myös mediassa ja politiikassa. Työskentely julkisen terveydenhuollon organisaatiossa antaa minulle mahdollisuuden ymmärtää terveydenhuollon organisaation toimintaa ja mahdollisuuksia, ja takaa helpon yhteyden terveydenhuollon asiantuntijoihin. Potilasnäkökulma antaa mahdollisuuden tarkastella terveydenhuolto-organisaation viestintää organisaation ulkopuolelta. Terveysviestinnän tutkimuksen näkökulmasta aihe on mielenkiintoinen, koska nimenomaan potilasnäkökulmasta terveydenhuolto-organisaatioiden terveysviestintää on tutkittu vähän, ja kulttuurisen tutkimuksen näkökulma on vielä varsin nuori terveysviestinnän kentällä.

## 2. Terveysviestintä tutkimussuuntauksena ja käsitteenä

Terveysviestinnän tutkimuksella ei ole yhtä yhtenäistä tutkimusperinnettä. Terveysviestintää käsittelevää tutkimusta löytyy niin lääketieteen, terveystieteen, yhteiskuntatieteiden kuin viestintätieteidenkin aloilta. Sinikka Torkkolan (2008, 40) mukaan terveystieteitä voikin usein kuvailla monitieteelliseksi tutkimukseksi. Terveysviestintä kiinnittyy moneen tutkimusperinteeseen ja siksi terveystieteiden määritelmiäkin on monia. Terveystieteiden tutkimuksella on kuitenkin perinteisesti ollut vahva yhteys terveydenhuollon ja terveyden edistämisen kanssa. Terveystieteiden yksi yleisimmistä ja suosituimmista tutkimusalueista on vuorovaikutustutkimus. Vuorovaikutustutkimuksella on juuret sosiologisessa ja psykologisessa tutkimuksessa. Vuorovaikutustutkimuksen keskiössä on terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välinen viestintä. Tällä hetkellä vuorovaikutustutkimuksessa yleisiä tutkimuskohteita ovat potilaan ja lääkärin välinen valtahierarkia, sekä se, kuinka paremmalla viestinnällä voitaisiin parantaa potilaan ja lääkärin välistä tasa-arvoa, vuorovaikutusta ja jopa hoitotuloksia. (Torkkola 2008, 80.) Puheviestinnässä käytetään vuorovaikutuksen rinnalla myös termiä interpersonaalinen viestintä. Viestintä nähdään yhtenä lääkärin työvälineenä, sillä puheen avulla hoidetaan sairautta sekä edistetään terveyttä. Aikaisemmat tutkimukset (Mead ym. 2002, Bylund ym. 2007) ovat osoittaneet, että onnistunut vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä johtaa parempaan hoitotyytyväisyyteen ja mahdollisesti jopa parempiin hoitotuloksiin. Hyvän vuorovaikutussuhteen avulla potilas on motivoitunut seuraamaan lääkärin hoitosuosituksia. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavat sekä lääkärin, että potilaan vuorovaikutustaidot. Potilas, joka aktiivisesti esittää omat näkökantansa, osaa kuvailla oireensa ja esittää lääkärin vastaanotolla kysymyksiä, saavuttaa todennäköisemmin parempia hoitotuloksia, kuin potilas, joka ei näin tee. Vuorovaikutuksessa viestintä rakentuu kahden osapuolen yhteistyössä ja viestien merkityksien tulkinnassa, eikä tieto automaattisesti siirry sellaisenaan lähettäjältä vastaanottajalle. (Cegala ym. 2012.)

Gerlanderin ja Isotauksen (2010) mukaan asiantuntija-asiakassuhteita tulkitaan usein vain viestin sisältöjen kautta. Lääkärin ja potilaan välinen viestintä on pääsääntöisesti tavoitteellista, ja siinä korostuu usein asiantuntijatieto. Tavoitteena on tukea potilaan hoitoa tiedon välittämisen avulla. Viestintä tapahtuu kuitenkin suhdeympäristössä, joka vaikuttaa viestin sisällön ymmärtämiseen ja rakentuu viestintäprosessin aikana. Siksi lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta ei tulisi nähdä ainoastaan viestinnän siirtomallin mukaisena tiedon siirtona. Gerlander kuvaa puheen lisäksi tapahtuvaa

viestintää relationaaliseksi ulottuvuudeksi. Relationaaliseen ulottuvuuteen sisältyvät esimerkiksi ne ilmeet ja eleet, jotka antavat vihjeitä siitä, miten viestisi tulisi tulkita, ja luovat siten sidoksia osapuolten välille. Relationaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat myös ne odotukset ja roolit, jotka muokkaavat osapuolten välistä viestintää. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa relationaalinen ulottuvuus vaikuttaa siihen, miten potilas kokee olonsa lääkärin vastaanotolla, ja miten hän suhtautuu tilanteeseen. Potilaan ja lääkärin välinen suhde voi vaikuttaa siihen, mitä potilas kertoo vastaanotolla, ja minkälainen kokemus potilaalle muodostuu saamastaan hoidosta. Tästä johtuen professionaalisissa viestintäsuhteissa, joilla on tavoitteellinen sisältö, myös sisällön ulkopuolisella viestinnän suhdeympäristöllä on merkitystä. (Gerlander & Isotalus 2010, Gerlander ym. 2013.)

Toinen terveystieteen tutkimuksessa suosittu tutkimusalue on vaikutustutkimus. Vaikutustutkimuksessa tutkitaan, miten viestinnällä voitaisiin edistää terveyttä tai vaikuttaa kansalaisten terveyskäyttäytymiseen. Vaikutustutkimus liittyy keskeisesti terveystieteen ja toisaalta joukkoviestintätutkimukseen. Vaikutustutkimuksella on pitkät perinteet, sillä ensimmäiset kirjalliset terveystieteen tutkimukset julkaistiin jo 1500-luvulla. Niiden leviämisen mahdollisti kirjapainotaidon kehittyminen ja lukutaidon lisääntyminen. 1800 ja 1900-luvulla terveystieteen yleistyminen ja joukkoviestimissä. Terveystieteen tutkimuksella pyrittiin lisäämään kansanterveyttä, mutta myös esimerkiksi väestönkasvua. Terveystieteen alkuun muodostui elämän osa-alue, johon kansalainen pystyi omalla toiminnallaan ainakin osittain vaikuttamaan. Toisaalta samalla valtaa pitävät määrittivät ja sääntelivät kansalaisten käyttäytymistä terveyteen ja lääketieteeseen vedoten. Vaikutustutkimus on yhä suosittu tutkimus suuntaus, sillä se pyrkii usein vastaamaan niihin kysymyksiin, joihin tutkimusten tilaajat, kuten poliittiset päättäjät ja kaupalliset tahot, etsivät vastauksia. Vaikutustutkimuksen avulla voidaan esimerkiksi tutkia, miten terveystieteen tai terveyteen liittyvä laki vaikuttaa valitun kohderyhmän terveyskäyttäytymiseen. Vaikutustutkimuksessa viestintä nähdään usein välineenä, jonka avulla välitetään terveyden ja sairauden sanomia. Tutkimuskysymyksissä pohditaan usein jonkin viestintävälineen toimivuutta viestintävälineenä. Vaikutustutkimuksien ongelmana on, ettei yhden viestintävälineen tai kampanjan vaikutusta voida eristää muista vaikutteista, olosuhteista ja kulttuurillisista ympäristöistä, jossa viestintä tapahtuu. Terveystieteen ja terveystieteen avulla luodaan kuitenkin kulttuurillisia merkityksiä asioille ja ilmiöille, jotka muuttuvat ajan ja paikan mukaan. Terveystieteen tuo julkiseen keskusteluun, mikä on terveellistä ja mikä epäterveellistä kyseisenä ajankohtana. Terveystieteen lisäksi vaikutustutkimukseen kuuluu myös joukkoviestimien terveysaiheisten ohjelmien ja kirjoitusten tutkiminen. Vaikutustutkimuksen perinteessä voidaan esi-

merkiksi tutkia minkälaista kuvaa media terveydenhuollosta välittää ja onko se totuudenmukaista, tai minkälaisia vaikutuksia medialla on terveyskäyttäytymiseen. (Torkkola 2008, 48–61.)

Kolmanneksi terveysviestinnän tutkimuksen alueeksi Torkkola (2008, 67) ehdottaa kulttuurista tutkimussuuntausta, jossa pohditaan, miten terveys ja sairaus rakentuvat osana kulttuuria. Kulttuuri rakentuu monimutkaisesta merkityksien verkosta, joka yhdistää yhteisöä yhteisten arvojen, uskomusten ja käytänteiden kautta. Kulttuurillisia tutkimuksia on tehty terveystieteissä, lääketieteellisessä antropologiassa sekä hoitotieteissä. Eteenkin viestinnän näkökulmasta tehdyssä terveysviestinnän tutkimuksessa kulttuurinen tutkimussuuntaus on kuitenkin yhä harvinainen. Kulttuurin tutkimuksessa tarkastellaan yhteiskunnan itsestäänselvyksiä ja rakenteita, ja niiden osuutta dominoivan enemmistön valta-aseman ylläpitämisessä. Sinikka Torkkolan väitöskirja *Sairasjuttu* (2008) voidaan luokitella terveysviestinnän kulttuurillista linjaa edustavaksi tutkimukseksi. Torkkola tutkii väitöskirjassaan sanomalehdissä rakentuvia sairauksia, terveyksiä ja potiluuksia. Myös Deborah Lupton on käyttänyt tutkimuksissaan kulttuurillista lähestymistapaa. Lupton nostaa kirjassaan *Medicine as culture* (2003, 92–96) esille lääketieteen ja lääkäreiden valta-aseman länsimaisessa kulttuurissa. Lupton esittää, että sairaus- ja potilas-käsitteet ovat muodostuneet länsimaisen lääketieteen määrittäminä. Sairautta on pitkään tutkittu modernin lääketieteen näkökulmasta, jossa potilas ymmärretään taudin kantajana. Lääketieteessä ei hoideta potilaita, vaan parannetaan tauteja. Lääketiede, kuten muu tiede nähdään objektiivisena totuutena, jossa potilaan kokemukset ovat toissijaisia. Lupton on kiinnostunut katsomaan sairastamista ja sairautta potilaan tuntemuksien ja kokemusten kautta. Hän uskoo, että juuri potilaan tuntemuksien ja kokemusten huomiotta jättäminen aiheuttaa epätyytyväisyyttä terveydenhuollon järjestelmiä kohtaan. Potilas-sana on kielellisesti yhteydessä sanaan kärsimys useassa eurooppalaisessa kielessä. Englannissa sanan *potilas* (patient) toinen merkitys on kärsivällinen. Potilaan kokemusten tutkiminen ja potilas tutkimuskohteena on otettu huomioon vasta terveystieteiden ja lääketieteellisen antropologian kehittymisen myötä. (Torkkola 2008, 67–68, 216.) Mohan Dutta (2015 (2007)) puolestaan tuo esille eri kulttuurien vaikutuksen terveyden käsittämiseen sekä eurooppakeskeisen terveyskäsitteen merkitystä globaalissa kontekstissa. Dutta kuvaa Luptonin tavoin kulttuurillista terveysviestinnän tutkimusta suuntaukseksi, jossa kyseenalaistetaan vallitsevien terveysviestintäteorioiden kulttuurilliset rakenteet ja käytänteet. Se, mitä viestimme terveydestä, tuo esille niitä normeja ja oletuksia, joita sana terveys kulttuurisamme käsittää. Terveystieteiden tutkimuksessa kulttuurillinen näkökulma nostaa esille, kuinka normina pidetty länsimaalainen terveysnäkemys muokkaa yhteiskuntaamme ja globaalia maailmaa. (Dutta 2015 (2007), Dutta 2010, Lupton 2003, 92–96, 106, 116.)

Terveysviestinnän kulttuurisella suuntauksella on yhteyksiä kriittiseen teoriaan. Kulttuurinen suuntaus kritisoi etenkin vallitsevan terveystieteen tutkimuksen lähtökohtia, asetelmia ja sitä, mitä vallitsevat tutkimukset jättävät huomioimatta. Terveystieteen tutkimuksen lähestymistavan keskiössä on usein biolääketiede. Vallitsevat terveystieteen tutkimukset keskittyvät tutkimaan ilmiötä ja rakenteita lääketieteellisessä kontekstissa, samalla edistäen lääketieteen hallitsevaa asemaa terveyteen liittyvässä keskustelussa. (Dutta-Bergman 2004a.) Kulttuurisessa terveystieteen tutkimuksessa lääketieteen valta-asema nähdään laajempina tiedon, vallan ja kontrollin yhteytenä. Duttan mukaan terveystieteen tutkimuksessa terveys nähdään usein universaalina käsitteenä, joka ymmärretään länsimaisen lääketieteen näkökulmasta. Tämä tapa ymmärtää terveyttä nostaa yhden puolen terveydestä keskiöön, kun taas toiset puolet jäävät taka-alalle. Dutta kritisoi sitä, kuinka terveystieteen tutkimuksessa ja terveyskeskustelussa usein sivuutetaan kokonaan tieteen paikallisuus, tieteeseen liittyvät sosiaaliset rakenteet ja tieteen kiistanalaisuus. Tieteestä puhutaan, niin kuin se oli universaali muuttumaton totuus, ja siten sen kyseenalaistamiselle ei ole tilaa. Terveystieteen kulttuurinen suuntaus on kiinnostunut siitä, kuinka länsimaisen lääketieteen terveyden ideologia palvelee sosiaalisen järjestelmän valta-asemassa olevia. Kulttuurisen terveystieteen tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille marginaaliset yhteisöt ja heidän käsityksensä terveydestä. Sen tarkoituksena on tuoda esille vallitsevan normin ulkopuoliset terveyteen liittyvät käsitykset ja kokemukset. Interpersonallisessa viestinnässä kulttuurin tutkimuksellisen näkökulman avulla voidaan käsitellä lääkärin ja potilaan välistä suhdetta, ja sitä, miten kulttuuri vaikuttaa tämän suhteen muodostumiseen. Kulttuurillisen näkökulman kautta voidaan todentaa biolääketieteen hallitseva asema länsimaalaisessa terveystieteen viestinnässä, ja huomioida myös vaihtoehtoiset hoidon ja parantumisen muodot. (Dutta-Bergman 2004a, Dutta 2015 (2007).)

### **Uusien viestintä teknologioiden vaikutus terveystieteen tutkimukseen**

Viestintäteknologian ja viestintäkanavien muutos on myös osaltaan vaikuttanut terveystieteen tutkimusaiheisiin. Terveystieteen viestintään liittyy läheisesti termi terveystieto. Internetin terveystiedon tutkimus on yleistynyt nopeasti 2000-luvulla. Terveystiedon hankintaa ja välittämistä on myös tutkittu useissa eri tieteenaloilla kuten lääke- ja hoitotieteessä sekä informaatio- ja viestintätieteissä. Terveystiedon tutkimuksella on myös monelta osin päällekkäisyyttä muun terveystieteen tutkimuksen kanssa. Merja Drake (2009, 20) jakaa terveystiedon tutkimukset neljään suuntaukseen. Ensimmäisessä suuntauksessa ollaan kiinnostuneista terveystiedonhakijoista, heidän taustoistaan ja motiiveistaan. Toisessa tutkimussuuntauksessa tutkitaan sitä, minkälaista terveystietoa internetistä

löytyy, ja voiko tietoon luottaa. Kolmannessa suuntauksessa tutkitaan internetin sisältämän terveystiedon vaikutuksia sekä sen mahdollisia hyötyjä ja haittoja. Neljännessä suuntauksessa käsitellään terveystiedon vaikutusta potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen. Näiden neljän suuntauksen lisäksi 2010-luvulla tutkimuksessa on kiinnostuttu terveystiedon lukutaidosta, eli siitä, miten terveystieto ymmärretään, ja mitkä tekijät, siihen mahdollisesti vaikuttavat. Lisäksi on ryhdytty tutkimaan sitä, mitä terveystiedolla tehdään. (Eriksson-Backa ym. 2012, Inoue ym. 2013, Jang & An 2014). Terveystiedon lisäksi 2010-luvulla on tutkittu myös erilaisten sähköisten terveystietopalveluiden käyttöä (Kuusisto ym. 2013, Hyppönen ym. 2014, Reponen 2015). Lisäksi sosiaalinen media ja mobiilitekniologia ovat nostaneet omia tutkimusaiheita terveystietoviestinnän tutkimuksen parissa (Chou 2009, Grajales III 2014, Mitchell 2014).

Rubenin (2016) mukaan osa terveydenhuollon viestinnällistä ongelmaa on se, että poiketen vallitsevasta viestintätutkimuksesta terveydenhuollon käytänteissä viestintä mielletään yhä ainoastaan viestintä siirtomallin mukaiseksi informaation vaihdoksi ja jakamiseksi. Lääkäri tai terveydenhuollon organisaatio informoi potilasta ja asia on sillä selvä. Viestinnän siirtomallissa jätetään huomioimatta antajan ja saajan viestille antamat merkitykset. Nykyviestinnän teoriat keskittyvät siihen, miten ihmiset luovat, tulkitsevat ja valitsevat viestejä ympäristöstään. Terveydenhuollossa toteutettu käytäntö on siis hyvin kaukana siitä viitekehuksesta, jossa nykyaikainen viestinnätutkimus viestinnän määrittelee. Potilaan kokemus terveydenhuollon viestinnästä tai sen puutteesta ei välttämättä vastaa terveydenhuollon organisaation tai terveydenhuollon henkilökunnan käsitystä omasta viestinnästä. Potilas saattaa kokea, että hänelle ei kerrota tarpeeksi tai terveydenhuollon prosessi on epäselvä, vaikka lääkärin mukaan hän on selittänyt potilaalle kaiken potilaalle oleellisen tiedon. Potilaan ja lääkärin välillä on kuilu jota voidaan verrata kulttuurien väliseen kuiluun. Potilas on kuin vierasmaahan tullut henkilö, jolle kaikki on uutta ja ehkä pelottavaakin ja joka yrittää ymmärtää niitä merkityksiä, joita uudessa ympäristössä tuotetaan. Lääkärille taas ympäristö, terminologia ja käytänteet ovat tuttuja ja jopa arkisia, eikä hän siten aina pysty selittämään asiaansa potilaalle ymmärrettävällä tavalla. (Ruben & Stewart 2006, Ruben 2016.)

### **Terveysviestinnän määrittely**

Terveysviestinnästä ei ole yksiselitteistä määritelmää. Tavallisimmin terveystietoviestintä käsitetään viestintänä, jolla pyritään edistämään terveyttä tai hoitamaan sairautta (Torkkola 2014, 19). Yhdysvaltojen terveysministeriö kuvailee terveystietoviestinnän ensisijaisesti viestinnän tieteenalana ja käytäntönä, jonka avulla informoidaan ja vaikutetaan yksilöihin sekä yhteisöihin terveyteen liittyvissä

valinnoissa. Määritelmän mukaan terveystieteen piiriin kuuluvat tautien ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen, terveystieteet, terveydenhuollon organisaatiot ja yksityisen henkilön elämiseen ja terveyteen liittyvät asiat (U.S Department of Health and Human Sciences 2015). Kansainvälisessä viestinnän sanakirjassa terveystietoa määritellään viestinnäksi, joka koskee terveystietoa ja terveyteen liittyvää henkilöiden välistä vuorovaikutusta. Sanakirja myös huomioi, että terveystietoa kuuluu monitieteelliseen tutkimukseen. (Viswanath 2015.)

Laajasti ajateltuna terveystietoa on kaikki sellaisen viestinnän, joka liittyy terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhoitoon. Se pitää sisällään kaikki viestinnän lajityypit mukaan lukien journalismin, televisio-ohjelmat, sosiaalisen median, internetin keskustelupalstat ja organisaatioviestinnän. Laajaan terveystieteen määritelmään kuuluvat myös terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välinen kasvokkaisuviestintä ja vuorovaikutus. Suppeammassa määritelmässä terveystietoa sen sijaan on vain viestin välitystä (Torkkola 2008, 81–88, Drake 2012, 26). Laajan ja suppean terveystieteen määrittelyn lisäksi Torkkola (2008, 87) jakaa terveystieteen muun viestinnän tapaan kohde-, keskinäis- ja joukkoviestinnäksi. Terveyteen liittyvään kohde- ja keskinäisviestintään kuuluvat terveydenhuollon suullinen ja kirjallinen viestintä, kuten potilaiden ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten välinen keskustelu ja kirjallinen potilasviestintä. Keskinäisviestintään kuuluvat myös terveydenhuollon henkilökunnan keskinäinen viestintä ja viestintä joka tapahtuu potilaiden välillä. Joukkoviestintä taas käsittää kaikenlaisen median viestinnän. Internet ja sosiaalinen media ovat kuitenkin hämärtäneet viestinnän osa-alueiden ja lajityyppien välisiä eroja. (Drake 2012, 26–27, Torkkola 2014, 18–19.)

Merja Draken mielestä (2009, 26) kohde- ja keskinäisviestintää paremmat termit ovat vuorovaikutuksellinen ja tietopohjainen viestintä. Terveystieteen kontekstissa näitä termejä edustavat potilaskeskeinen ja tietopohjainen terveystietoa. Potilaskeskeisellä terveystietöllä tarkoitetaan kaikkea sitä tietoa, joka kertyy potilaasta terveydenhuollon organisaatioille. Tällaista tietoa ovat muuan muassa lähete, potilasasiakirjat, sairauskertomukset, laboratoriotulokset, röntgenkuvat ja reseptit. Potilaasta ja potilaalta kerätty tieto auttaa hoitavaa henkilökuntaa ja potilasta hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Tietopohjaisella viestinnällä tarkoitetaan puolestaan kaikkea viestintää, jossa lääketieteellinen tieto on viestinnän keskeinen sisältö. (Hersh 2002, Drake 2012, 26–27.)

Terveystieteen kulttuurisesti suuntautunut määrittely eroaa muista tavoista määrittellä terveystietoa sillä, että siinä viestintä myös tuottaa kulttuurillista terveyttä ja sairautta. (Torkkola &

Mäki-Kuutti 2012). Sinikka Torkkola (2008, 89) on määritellyt terveystieteen kulttuurisesta näkökulmasta seuraavasti:

”Terveystieteen on terveyksiä ja sairauksia tuottava kulttuurinen ja yhteiskunnallinen käytäntö. Konkreettisesti terveystieteen on terveyden ja sairauksien sekä niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvää tietoa kaikilla tieteen alueilla eli keskinäis-, kohde-, ja joukkoviestinnässä. Sisällöllisesti terveystieteen voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen ja olla sekä faktuaalista että fiktiivistä.”

Kulttuurisesta näkökulmasta terveyttä ja sairautta voidaan määritellä lääketieteellisen määritelmän lisäksi myös muista lähtökohdista. Esimerkiksi potilaan sairaudesta ja sen kanssa elämisestä kertova blogi, lääkärin vuorovaikutustaidot tai sanomalehden juttu sairaalan resursseista nähdään kaikki terveystieteenä. Yksi vaihtoehtoinen lähtökohta on potilaan kokemusten tutkiminen. Potilaan kokemukset sairaudesta ja terveydestä voivat olla ristiriidassa lääketieteellisen taudinkuvan ja diagnoosin kanssa. Potilas saattaa kokea itsensä sairaaksi, vaikka lääketieteellistä diagnoosia ei sairaudelle löydy. Toisinaan potilas taas kokee itsensä perusterveeksi, vaikka hän eläisi usean kroonisen sairauden kanssa. Sinikka Torkkola (2008,105) esittää, että potilaan sairauskokemuksesta voisi suomen kielessä käyttää käsitettä *potemus* englanninkielisen sanan *illness* vastineena.

Moderni lääketiede määrittelee taudin objektiivisena totuutena. Tauti nähdään biologisena ilmiönä, joka löydetään ja määritellään ihmisen kehosta lääketieteellisen diagnoosin avulla. Tauti nähdään ihmisen kehoon ulkopuolisena tulleet asiana, joka pitää lääketieteen avulla hoitaa pois. Tauti on läsnä riippumatta siitä, miten potilas sen kokee tai ymmärtää. Kulttuurillisessa näkemyksessä tauti kuitenkin muokkautuu ja muuttuu kulttuurillisten ja yhteiskunnallisten käytäntöjen kautta. (Fox 1998, Torkkola & Mäki-Kuutti 2012.)

Tässä tutkimuksessa terveystieteen käsitellään siinä mielessä perinteisestä näkökulmasta, että keskitytään terveydenhuollon organisaation ja potilaan väliseen viestintään. Tutkimuksessa ei käsitellä joukkoviestintää tai potilaiden keskinäisviestintää. Terveydenhuollon organisaation viestintään katsotaan tässä tutkimuksessa kuuluvan myös terveydenhuollon henkilökunnan kohtaaminen potilaan kanssa. Perinteistä asetelmaa pyritään kuitenkin tarkastelemaan yhtäältä kulttuurisesta näkökulmasta ja toisaalta potilaan näkökulmasta. Terveystieteen käsitteenä ymmärretään myös sen laajassa mittakaavassa. Potilaan näkökulmaan asettautuessa myös potilaiden keskinäinen, potilaiden ja omaisten ja joukkoviestinnän merkitykset saattavat nousta esille.

### 3. Terveys ja sairaus kulttuurisina ilmiöinä

Terveysviestinnän laajassa määritelmässä terveys nähdään osana kulttuurillisia rakenteita. Terveys ja sairaus voidaan silloin ymmärtää kulttuurin avulla rakentuvina ilmiöinä. Kulttuurilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa arvojen, merkitysten, normien ja käytäntöjen järjestelmää, joilla ihmisten elämä muovautuu tietynlaiseksi. Terveiden, sairauden ja kulttuurin välisiä yhteyksiä tutkitaan eri tieteen aloilla, kuten antropologiassa, sosiologiassa ja historiantutkimuksessa. Näissä tutkimuksissa käsitellään esimerkiksi terveystieteitä, terveyden kokemusta, sairauksien yhteiskunnallista rakentumista tai ajallista vaihtelua. Tutkimukset muodostavat *medical humanities* -nimisen tieteidenvälisen tutkimusalan. Tutkimusalan keskeisiin ajatuksiin kuuluu parantamisen inhimillistäminen sekä kriittisyys sairauden ja terveyden määrittelyyn ainoastaan lääketieteellisinä ilmiöinä. (Honkasalo, Salmi ym. 2012, 13.) Tämän tutkimuksen analyysissä kiinnitän huomiota myös haastatteluaineistosta nouseviin kulttuurillisiin näkökulmiin, ja siksi terveyden ja sairauden ymmärtäminen kulttuurillisina ilmiöinä on tämän tutkimuksen kannalta oleellista.

Kulttuurillisessa terveystieteiden tutkimuksessa sairauksia ei hahmoteta ainoastaan lääketieteellisen määritelmän avulla, vaan niihin liittyy myös kulttuurin ja yhteiskunnan määrittelemiä mielikuvia ja yhteyksiä. Kulttuurisia ilmiöitä voivat olla esimerkiksi se, miten potilaan tulee käyttäytyä vastaanotolla tai miten lääkärin tulee puhutella potilasta, tai se miten laboratorio tai sairaala instituutiona rakentuu. Yksi merkittävä sairauden ja terveyden rakentumisen kulttuurillinen tapa on taudin nimeäminen, eli lääkärin antama diagnoosi. Taudin luokittelu tiettyyn ryhmään luokittelee potilaan sen mukaisesti. Potilaasta tulee diabeetikko, syöpäpotilas tai masentunut. Taudin nimi vaikuttaa myös siihen, miten potilaan oletetaan käyttäytyvän ja sairastavan. Diagnoosin saatuaan potilaalla on myös lupa käyttäytyä taudin mukaisesti. Ihmiset ilmentävät terveystietoisuutensa kulttuurisesti opittuja terveys arvoja, asenteita, uskomuksia ja toimintatapoja, jotka saattavat vaihdella paikan ja ajan mukaan. Kulttuuri on siten alituisessa muutoksessa. (Parrott 2004.)

Yksilön kokemukseen taudista liittyy myös kollektiivinen kokemus ja ymmärrys. Esimerkiksi potilaan saadessa syöpädiagnoosin hän ei välttämättä heti tunne tautia fyysisesti, mutta syöpä sanaan liittyvät merkitykset muokkaavat hänen kokemustaan ja tuntemuksiaan taudista. Potilas saattaa tuntea kuoleman pelkoa, hätää ja ahdistusta tai jopa fyysistä pahoinvointia vain sen mielikuvan vuoksi, joka hänellä taudista on. Taudin kokemiseen liittyvät myös vuorovaikutussuhteet, joihin potilas

joutuu: saako hän riittävästi tietoa lääkäriltä, mitä lääkäri sanoo ja mitä potilaan läheiset tai muut verkostot taudista kertovat. Myös yhteiskunta asettaa potemukselle ehtoja ja nämä ehdot voivat muuttua ajan myötä, mikä tekee potemisesta historiallista. Esimerkiksi lääketieteellisen diagnoosin saanut potilas saa usein luvan sairastaa, hän saa sairauslomaa ja yhteiskunta tukee hänen hoitoaan. Yhteiskunta voi myös määritellä, mikä sairaus on häpeällinen tai potilaan itsenä vika. Pitääkö potilas eristää muusta yhteiskunnasta sairauden vuoksi ja pitääkö häntä ylipäättänsä hoitaa. Sinikka Torkkola esittää että potemus ei edellytä taudin olemassa oloa, ” vaan se tulisi ymmärtää yhtenä sairauden ulottuvuutena, joka voi olla joko sopusoinnussa tai ristiriidassa sairauden tauti- ulottuvuuden kanssa”. (Torkkola 2012, 112.)

Torkkolan (2014, 17) mukaan terveys ja sairaus ovat medioituneet. Medioitumisella Torkkola tarkoittaa sitä, että media vaikuttaa yhä enemmän terveydenhuollon organisaatioiden käytäntöihin. Lisäksi media luo mielikuvia sairauksista ja terveyksistä, ja terveyttä sekä sairautta myös hoidetaan mediassa. Internetin on helpottanut potilaan mahdollisuutta päästä käsiksi lääketieteelliseen tietoon ja toisaalta tarjonnut terveydenhuollon organisaatioille mahdollisuuden tarjota tietoa uudella tavalla. Sosiaalinen media on tarjonnut uudenlaisen alustan jakaa terveydenhuoltoon liittyviä kokemuksia sekä löytää kokemuspohjaista tietoa ja vertaistukea. Internetissä ovat yhtä aikaa esillä sekä lääketieteellinen tauti että potilaan kokemukset sairastamisesta. (Torkkola 2014, 17.)

## 4. Potiluus ja potilaan rooli

Potiluus on Sinikka Torkkola (2008) käyttöön ottama suomennos englanninkielisestä sanasta *patienthood*. Potiluus voidaan ymmärtää potilasta kuvaavana kulttuurillisena rakennelmana tai potilaana olemisena ja sen kokemisena. Torkkolan määritelmän mukaan potiluus on konstruktionistinen, ja se saa muotonsa nimenomaan tekstissä ja kielellisissä ja visuaalisissa kohtaamisissa. Tässä tutkimuksessa potiluus ymmärretään potilaana olemisena ja sen kokemisena, mutta pohditaan myös niitä kulttuurillisia rakennelmia, jotka muokkaavat potilaana olemista. Potiluiden rakentumiseen vaikuttavat muun muassa erilaiset viestit, vuorovaikutussuhteet ja instituution määrittelemät asetelmat. (Torkkola 2008, 218- 219.)

Tässä tutkimuksessa potiluus on kokonaisuus, jossa potilaana oleminen rakentuu yhtäältä potilaan kokemuksiin ja mielenkiinnon sekä toisaalta ympäristön odotusten ja käytänteiden yhteyksistä. Tässä tutkimuksessa nousee esille erilaisia potiluiden ulottuvuuksia, kuten sähköinen potiluus ja osallistuva potiluus. Käsitteet eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan todentavat erilaisia tapoja, joilla potilaana oleminen rakentuu nykyisessä terveydenhuollon järjestelmässä. Molempiin potiluiden ulottuvuuksiin vaikuttavat sekä yhteiskunnan rakennelmat että potilaan omat valinnat ja kyvyt. Potilaan rooli on myös terminä lähellä potiluuksi. Torkkola (2008, 218) mukaan potilaan rooli kuvaa lääkärin ja potilaan suhdetta sosiaalisena järjestelmänä, jossa potilaalle on asetettu käyttäytymismalleja. Sana *rooli* viittaa näyttelemiseen ja siksi potilaan rooli voidaan ymmärtää potilaan ulkopuolisenä asiana, kun taas potiluus on osa potilaana olemista. Tässä tutkimuksessa potilaan rooli nähdään osana potiluiden muodostumista. Myös Riikka Lämsä (2013, 126) käyttää väitöskirjassaan potiluus termiä. Lämsän väitöskirja käsittelee, sitä minkälaisia potiluuksia sairaalan käytänteet luovat. Sairaalan arkiset käytännöt luovat ja muokkaavat erilaisia potiluuksia. Potiluidella on erilaisia ulottuvuuksia ja kukin ulottuvuus kuvaa potiluuksi omasta näkökulmastaan. Yksi Lämsän kuvaamista ulottuvuuksista on toimijuus. Sairaalan käytännöt luovat erilaisia mahdollisuuksia potilaan toimijuudelle. Osassa sairaalan käytännöistä potilaalla on hyvin vähän tilaa toimia aktiivisesti, vaikka halukkuutta siihen olisi. Toinen Lämsän mainitsema ulottuvuus on potilaan asema. Lämsä huomasi, että myös potilaan omalla toiminnalla oli vaikutusta potilaan asemaan sairaalaosastolla. Aktiivinen ja äänekäs potilas saattoi saada tahtonsa läpi, vaikka toinen samassa tilanteessa ollut potilas tyytyi osaston määräämään ratkaisuun. Myös sairaalaosaston sen hetkinen tilanne (sairaalaosaston resurssit, vapaat potilaspaikat, lääkärikierron aika) saattoivat vaikuttaa esimerkiksi potilaan kotiuttamis päätökseen. Silloin potilaan oma ääni, sairaalan käytänteet ja esimerkiksi ulkoiset paineet tai resurs-

sit kamppailivat keskenään asemastaan. Lämsän mukaan arkisten käytäntöjen kehittämistyö on avainasemassa potiluiden kehittämisessä. Toimijuuden ja aseman lisäksi Lämsä mainitsee potiluiden ulottuvuuksiksi vakauden, fokuksen ja erillisyyden. (Lämsä, 2013, 126–139.)

Potiluiden rakentuminen instituution määrittämänä nousee esille myös tutkittaessa potilaan ja lääkärin välistä suhdetta. Eriksson-Piela (2003) käsittelee väitöskirjassaan sairaalan hierarkiaa sairaalan ammattilaisten keskuudessa. Hänen tutkimuksessaan nousee esille institutionaalisia rakenteita, jotka ylläpitävät ammattiryhmien välistä hierarkiaa. Samalla tavalla voidaan nähdä instituution ylläpitävän hierarkkista asetelmaa myös potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa. Eriksson-Piela (2003,94) ei käytä termiä potiluus, mutta puhuu hoitajien puheessa muodostuvista potilaan subjektiivisista ja toimintapositioneista. Määritelmät asettavat potilaan ja hoitajan erilaisiin sosiaalisiin asemiin. Subjektiositiolla tarkoitetaan sellaista kielellistä asemoitua, jossa tekijä esitetään tiettyssä valossa ja hänelle esitetään tietty paikka. Eriksson-Pielan (2003, 94) mukaan sairaalamaailmassa potilaalle tarkoitettujen asemien keskeisiä sairaanhoitajien ammatillisen aseman ylläpitämisen kannalta. Eriksson-Piela (2003, 97) jakaa ammattilaisten puheessa potilaalle asetettujen osuuksien kolmeen ryhmään. Ensimmäisenä positiona on lääketieteellisten ja sairaanhoidollisten toimenpiteiden kohteena oleminen. Toisessa positiona potilas on osa sairaanhoidon institutionaalisia rakenteita. Kolmas positio taas jättää potilaan mainitsemisen kokonaan. Lääketieteellinen subjektiivisuus näkyy siinä, että potilaasta puhutaan hoidon kohteena. Potilas leikataan, potilaalle annetaan sädehoitoa tai potilaasta otetaan näyte. Terveystieteiden ammattilainen toimii aktiivisena osapuolena, kun taas potilas on passiivinen hoidon kohde. Potilaan asemaa määritellään luokittelemalla potilas lääketieteellisten termien kautta. Potilaaseen voidaan viitata esimerkiksi potilaan sairastaman sairauden mukaan tai sen osaston mukaan, missä potilasta hoidetaan. Puhutaan esimerkiksi syöpäpotilaasta, vuodepotilas tai laboratorioissa INR- ja Papa-asiakkaista. Potilas tulee luokiteltua siten sairaalan toimintatapojen ja organisaattorisen rakenteen mukaan. Kolmannessa puhettavassa potilas jää kokonaan mainitsematta ja esimerkiksi laboratorioissa puhutaan inreistä, papoista ja seuloista. Tällöinen potilas jää kokonaan huomioimatta puheessa ja keskitytään ainoastaan toimenpiteeseen.

### **Potilaan ja lääkärin välinen valtasuhde teoreettisessa tarkastelussa**

Potiluiden rakentumiseen vaikuttaa myös keskeisesti potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutussuhde. Potilas voi omaksua erilaisia potilaspositioneita lääkärikäynnin aikana ja samalla lääkäri voi omalla toiminnallaan rajata tai mahdollistaa erilaisia potiluuksia. Kulttuurilliset oletukset ja rakenteet muokkaavat ja ylläpitävät potilaan ja lääkärin rooleja. Roolit eivät kuitenkaan ole pysyviä, vaan

niistä käydään jatkuvaa neuvottelua potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa. Deborah Lupton esittelee kirjassaan *Medicine as Culture* (2003) erilaisia teoreettisia näkökulmia lääkärin ja potilaan välisen valtahierarkian tarkasteluun. Funktionaalisessa, kansantaloudellisessa<sup>1</sup> ja postmodernissa näkökulmissa yhteistä on se, että kaikki hyväksyvät, että potilaan ja lääkärin välinen valta-suhde on epätasa-arvoinen. Eri näkökulmat kuitenkin ymmärtävät lääketieteen aseman tässä valtasuhteessa eri tavoin.

Funktionaalisen näkökulman mukaan lääketieteen tehtävänä on palauttaa potilas normaaliin ”terveeseen” tilaan ja näin ollen ylläpitää yhteiskunnallista tasapainoa. 1950- ja 60- luvulla syntyneen funktionaalisen näkökulman mukaan lääkärin auktoritaarinen valta-asema on ansaittu ja oikeutettu. Funktionaalisen näkökulman mukaan valta ansaitaan poliittisen järjestelmän ja sosiaalisen yhteisymmärryksen kautta, lääkärin yhteiskunnalle antaman panoksen perusteella. Vallan jakautuminen epätasaisesti nähdään välttämättömänä yhteiskunnan toimivuuden kannalta. Kaikista kykenevimmat henkilöt toimivat vaativimmissa tehtävissä ja ansaitsevat samalla myös eniten valtaa yhteiskunnassa. Funktionaalisen mallin mukaan potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa ei kamppailla valta-asemasta. Lääkäreiden ammattikunta on ansainnut asemansa lääketieteen vallanpitäjinä usean vuoden koulutuksella ja yhteiskunnallisella panoksellaan toimittaessaan lääkärin tehtävää. Funktionaalissa näkökulmassa kunnan kansalaisen velvollisuus on hakeutua hoitoon, asettua potilaan rooliin, ja noudattaa lääkärin ohjeita. Potilaan ja lääkärin välinen valtahierarkia nähdään hyödyllisenä ja välttämättömänä lääkärin auktoriteetin säilyttämiseksi ja hoidon toteutumiseksi. Potilaiden uskotaan myös usein haluavan ja tarvitsevan sitä, että lääkäri tekee hoitopäätökset heidän puolestaan. Lääkärin tehdessä hoitoon liittyvät päätökset, potilas ulkoistaa hoidon onnistumiseen liittyvän vastuun lääkärille. Päätöksenteon vaikeuteen liittyy myös lääketieteen epävarmuus. Hoitoon liittyvissä valinnoissa ei aina ole selvää oikeaa vastausta vaan kyse on parhaan kompromissin valinnasta. Moniin toimenpiteisiin liittyy riskejä, joita potilaan tulee punnita. Potilas saattaa tuntea epävarmuutta päätöksenteossa ja uskoa, että lääkäri on kyvykkäämpi lääketieteen asiantuntijana punnitsemaan eri vaihtoehtoja hänen puolestaan. Lääkärin näkökulmaan luottaminen korostuu etenkin vakavien sairauksien yhteydessä. Luptonin mukaan funktionaalisen näkökulman heikkoutena on sen keskittyminen lääkärin ja potilaan väliseen mikrosuhteeseen, unohtaen laajemman sosiaalisen ja poliittisen analyysin ympäristöstä, jossa nämä suhteet toteutuvat. (Lupton 2003, 113–115.)

---

<sup>1</sup> The political economy perspective (Lupton 2003,8).

Kansantaloudellinen näkökulma oli 1970-luvulla vaikuttanut kriittinen vastaus funktionalismiin ja se tunnetaan myös nimellä kriittinen strukturalismi. Marxilaisuudesta vaikutteita saanut kansantaloudellinen näkökulma kritisoi yhteiseen tahtoon perustuvaa lääkärin ja potilaan välistä valtahierarkiaa. Kansantaloudellinen näkökulma esittää, että potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa on tunnusomaista osapuolten eroavat intressit ja että lääketieteen valta-asemasta käydään jatkuvaa valtaistelua eri ryhmien välillä. Kansantaloudellisen näkökulman mukaan lääkärin valta-asema perustuu heidän valtaansa lääketieteellisestä tiedosta. Lääkäreiden valta-asemaa ylläpitävät myös lääkärin ammattiin liittyvät yhteiskunnalliset rakenteet, kuten ammatin harjoittamisen säännökset ja luvanvaraisuus. Lisäksi yhteiskunta rajoittaa lääkäriksi kouluttautumista, antaen valta-aseman lääketieteen ja ammatin harjoittamiseen vain rajatulle ryhmälle. Lääkärin ammattikunnalla on myös valtaa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa monella eri osa-alueella. Lääkärin mielipidettä kysytään rikosoikeudellisissa asioissa, vakuutusasioissa tai esimerkiksi työkyvyn arvioinnissa. Kansantaloudellinen näkökulma kritisoi lääkäreiden poliittista valtaa lääketieteessä varsinkin silloin, kun he toimivat voittoa tavoittelevan yrityksen kautta. Tiedonpuute vaikuttaa myös potilaiden mahdollisuuteen esittää kritiikkiä terveydenhuollon palvelua kohtaan. Lupton argumentoi, että vaikka tiedonsaanti onkin muuttunut monella tapaa avoimemmaksi internetin, lukuisten lääketieteellisten julkaisujen ja tiedotusvälineiden avulla, terveystiedon tulkinta, terveydenhoito ja lääketieteellinen päätöksenteko on yhä vain rajatulla joukolla. Lisäksi Lupton korostaa, että ammatin harjoittamisessa kertyvää tietotaitoa ja kokemusta ei voida korvata tietokirjallisuuden avulla. Lääkärin ja potilaan välillä on näin ollen pysyvä vallan epätasapaino, jossa potilaan on usein vaikea kyseenalaistaa lääkärin päätöksentekoa. (Lupton 2003, 116–117.)

Postmodernin näkökulman mukaan potilaan ja lääkärin välinen valtahierarkia ei ole niin yksiselitteinen kuin, mitä kansantaloudellinen tai funktionaalinen näkökulma esittää. Postmodernin näkökulman mukaan sairaus on historiallisten ja poliittisten olosuhteiden tuote. Yhtäältä postmoderni näkökulma, kuten funktionaalinen näkökulma, pitää lääkärin ja potilaan välisen valtasuhteen epätasapainoa välttämättömänä, sekä potilaan, että lääkärin tarpeiden tyydyttämiseksi. Molemmat sekä potilas, että lääkäri saattavat esimerkiksi luottaa lääketieteelliseen tutkimukseen ja testaukseen, jatkuvaan seurantaan tai epämukavan tai intiimin tutkimuksen tarpeellisuuteen potilaan parhaan nimissä. Potilasta ei tarvitse pakottaa, vaan hän on suostuvainen siihen lääketieteelliseen hoitoon, mikä hänelle tarjotaan. Lääketieteen valta on näin ollen potilaslääkärisuhdetta syvemmillä yhteiskunnallisissa rakenteissa ja kulttuurillisessa ymmärryksessä. Lääketieteellinen valta-asema on myös tarpeellinen, jotta hoidon molempien osapuolien odotukset täyttyvät. Postmoderni näkökulma näkee

lääkärin ja potilaan välisen valtasuhteen jatkuvana neuvotteluna, missä valtasuhde ja roolit muuttuvat ja elävät. Potilas voi myös tapauskohtaisesti valita erilaisia rooleja. Hän voi päättää jossain tapauksessa luottavansa lääkärin ammattitaitoon ja toisella kerralla osallistua aktiivisesti päätöksentekoon. Lupton huomauttaa, että aina potilas ei halua asettua aktiiviseen potilaan rooliin lääkärin vastaanotolla. Osa potilaista haluaa luottaa lääkäriin ja antaa lääkärin tehdä tarvittavat päätökset heidän puolestaan. Luptonin mukaan lääkäriin luottavaa potilasta ei kuitenkaan tarvitse nähdä passiivisena, vaan päätös olla ottamatta aktiivista roolia voi olla potilaalle tietoinen ja mieluisa valinta. Osa potilaista yrittää ainakin osan ajasta kyseenalaistaa potilaan ja lääkärin välistä valtahierarkiaa. Potilaan valta merkitsee sitä, että potilas voi itse päättää, haluaako hän konsultoida lääkäriä vaivansa vuoksi ja hakeutuuko hän hoitoon. Luptonin mukaan lääketieteen asema on muuttunut kapitalismin ja kulturyhteiskunnan myötä. Lääkärit toimivat entistä useammin terveydenhuollon yrityksen alaisuudessa yksityisen ammatinharjoittamisen sijaan. Potilas saa lisää valtaa, jos hän on sellaisessa tilanteessa, että hän voi lisäksi itse päättää, mihin hän hakeutuu hoitoon. Potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa saattaa vaihdella potilaan taloudellisen tilan, potilaan tietotaidon, yhteiskunnan tarjoamien vaihtoehtojen tai sairauden laadun mukaan. Valtahierarkia muuttuu myös silloin, kun potilas maksaa itse lääkärin palvelusta. Yksityisen lääkäriaseman asiakas on usein herkempi vaatimaan ostamalleen palvelulle vastinetta kuin julkisessa terveydenhuollossa palvelua saava asiakas. Potilaan hoitopaikan valintaan voi kilpailuilla markkinoilla vaikuttaa asiakaskokemus ja asiakaslähtöisyys. (Lupton 2003, 122–141.)

## 5. Potilaslähtöinen terveystietä internetiaikakaudella

Tässä tutkimuksessa selvitetään, minkälaista terveydenhuolto-organisaation viestinnän tulisi olla, jotta se parhaiten palvelisi potilasta. Potilaslähtöisyys on yhdistetty aikaisemmissa tutkimuksissa hyviin hoitotuloksiin (Bylund ym. 2007). Muutokset viestintäkulttuurissa tuovat tarpeen muuttaa terveystietä. Kun tietoa on entistä enemmän kaikkien saatavilla, miten varmistetaan, että potilas löytää ja ymmärtää tarvitsemansa tiedon? Miten potilaalle tarjotaan sellaista tietoa, mitä hän haluaa ja kaipaa? Potilashoidossa puhutaan yhä useammin potilaskeskeisestä hoidosta, jossa potilasta hoidetaan kokonaisuutena, eikä ainoastaan tietyn sairauden perusteella. Potilaskeskeisyydellä haetaan inhimillistä näkökulmaa terveyden käsittämiseen. Potilaskeskeisessä hoidossa potilaan kuunteleminen ja yhteinen päätöksenteko diagnoosista ja hoidosta ovat keskiössä. Potilaalla tulee olla riittävästi tietoa, jotta hän kokee olevansa riittävästi informoitu osallistuakseen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Informoitu potilas on aikaisemman tutkimuksen perusteella motivoituneempi noudattamaan hoito-ohjeita ja tyytyväisempi saamaansa hoitoon kuin potilas, jolle hoito vain määrätään lääkärin toimesta. Potilaslähtöisessä ajattelussa pyritään ottamaan huomioon potilaiden toiveet ja mielipiteet, sekä samalla sen toivotaan tasa-arvoistavan potilaan ja lääkärin välistä suhdetta. Vaikka potilaan ja lääkärin välillä ei saavutettaisi täydellistä tasa-arvoa, potilaslähtöisellä ajattelulla voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan hoitokokemukseen ja parantaa potilaan asemaa. (Geist-Martin 2009.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään, minkälaista internetin terveystietoa potilaat käyttävät, ja minkälais-ta tietoa he saavat ja haluaisivat saada terveydenhuollon organisaatiolta. Sen lisäksi tutkimuksessa käydään läpi potilaiden kokemuksia ja tuntemuksia terveydenhuollon sähköistä asiointia kohtaan. Tutkimuksessa selvitetään myös potilaiden kokemuksia potilaan ja lääkärin välisestä viestinnästä. Koska tutkimuksessa on kulttuurillinen näkökulma, selvitetään myös, miten ympäristötekijät ja käytänteet vaikuttavat potilaan ja organisaation väliseen viestintään. Tutkimuskysymyksiä lähestytään laboratorio-organisaation ja sen asiakkaiden kautta. Laboratorio on osa suurempaa terveydenhuollon kokonaisuutta ja sen asiakkaat ovat aina myös jonkin muun terveydenhuollon toimijan asiakkaita tai potilaita. Siten myös laboratorion viestintä on osa laajempaa terveydenhuolto-organisaatioiden viestintä kokonaisuutta.

Sitä, minkälaista potilaslähtöisen terveystiedon tulisi internetiaikakaudella olla, selvitetään vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:

1. Saavatko laboratorion asiakkaat mielestään tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin liittyen, ja saavatko he tiedon haluamansa viestintäkanavan kautta?
2. Miten potilaat kokevat sähköisen terveystiedon, ja muuttuuko potilaiden teknologian vaikutuksesta?
3. Miten internet ja uudet teknologiat vaikuttavat lääkärin ja potilaan väliseen viestintään?

## 6. Tutkimuksen toteutus

HUSLABissa asiakastyytyväisyyttä on selvitetty asiakastyytyväisyyskyselyllä kerran vuodessa. Selvitys on toteutettu lomakekyselyllä, johon on voinut vastata näytteenottolaboratorioissa tai internetissä. Lisäksi palautetta voi antaa jatkuvasti suullisesti, kirjallisesti paperilla, puhelimitse tai sähköisesti. Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset ovat olleet erittäin hyviä, ja siksi kehityskohteiden löytäminen kyselyiden tulosten perusteella on hankalaa. Pienikin prosentti negatiivista palautetta voi kuitenkin kuvastaa kohtalaisen suurta joukkoa ihmisiä suurten asiakasmäärien vuoksi. Kielteisten palautteiden tarkempi tutkiminen on lisäksi tarpeen niiden parempaa ymmärrystä varten. Tästä syystä halusin kerätä asiakaspalautetta nyt eri lähtökohdasta ja tutustua palautteisiin yksilötasolla. Laboratorion asiakastyytyväisyyskyselyiden ja avoimien palautteiden lisäksi käytin tutkimuksessa puolistrukturoituja teemahaastatteluja. Haastattelut analysoin laadullisin menetelmin.

Haastattelin kymmentä henkilöä, jotka olivat käyneet laboratorion asiakkaana viimeisen vuoden aikana. Osittain kysymykset olivat strukturoituja, mutta haastattelun edetessä pyrin eri teemojen avulla pääsemään syvemmällä haastateltavien kokemuksiin ja antamaan tilaa haastateltavien omille ajatuksille. Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi kyselyä paremmin silloin, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan, tai kun vastaus perustuu haastateltavan henkilön omaan kokemukseen. Haastattelua käytetään myös, kun halutaan syventää tietoa jostakin asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2000). Teemahaastattelun käyttö tässä tutkimuksessa on perusteltua siksi, että haluan selvittää potilaiden kokemuksia syvällisemmin kuin mitä lomakekyselyssä on tullut esille. Teemahaastattelussa ei käytetä tarkkoja, yksityiskohtaisia ja valmiiksi muotoiltuja kysymyksiä. Sen sijaan haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta suunniteltuja teemoja. Teemoja voidaan käsitellä eri järjestyksessä, eikä kaikkien haastateltavien kanssa puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa. Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, sillä siinä aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutaankin joustavasti. Ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa. Teemahaastattelua käytetään usein, kun aihe on arka tai kun halutaan selvittää asioita, joita tunnetaan huonosti tai joista tiedetään vähän (Metsämuuronen 2008). Tutkijan ennakkoon asettamat teemat eivät välttämättä ole samat kuin teemat, jotka aineistoa analysoimalla osoittautuvat olennaisesti aineiston sisällön ja tutkimusaiheen kannalta. Teemahaastattelua ei tarvitse analysoida juuri tietyllä tavalla, mutta teemoittelu ja tyypittely ovat tavallisin analyysi muoto. Tässä tutkimuksessa haastattelujen analyysi-

siin käytettiin teemoittelua. Muita analyysitapoja ovat kvantitatiiviset tai kvantitatiivisuutta ja kvalitatiivisuutta yhdistelevät tavat. Myös kielelliset tarkastelutavat ovat tutkimusongelmasta riippuen mahdollisia. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Kyseessä on terveysviestinnän tutkimus, jossa yhdistyvät viestinnän tutkimus ja kulttuurin tutkimus. Tutkimuksessa selvitetään, minkälaista viestintää potilaat terveydenhuollon organisaatiolta saavat ja minkälaista viestintää he kaipaavat. Terveydenhuolto-organisaatiolta tuleva viestintä nähdään tässä tutkimuksessa kokonaisuutena, jossa myös potilaan ja lääkärin kohtaaminen on yksi organisaatioviestinnän muoto. Tutkimuksessa selvitetään, saako potilas hoidostaan ja sairaudestaan tarvitsemansa tiedon, ja mistä hän tiedon saa. Tutkimuksessa myös selvitetään, käyttävätkö potilasasiakkaat internetiä tietolähteenä ja tavoittaako organisaation sähköinen viestintä potilaat?

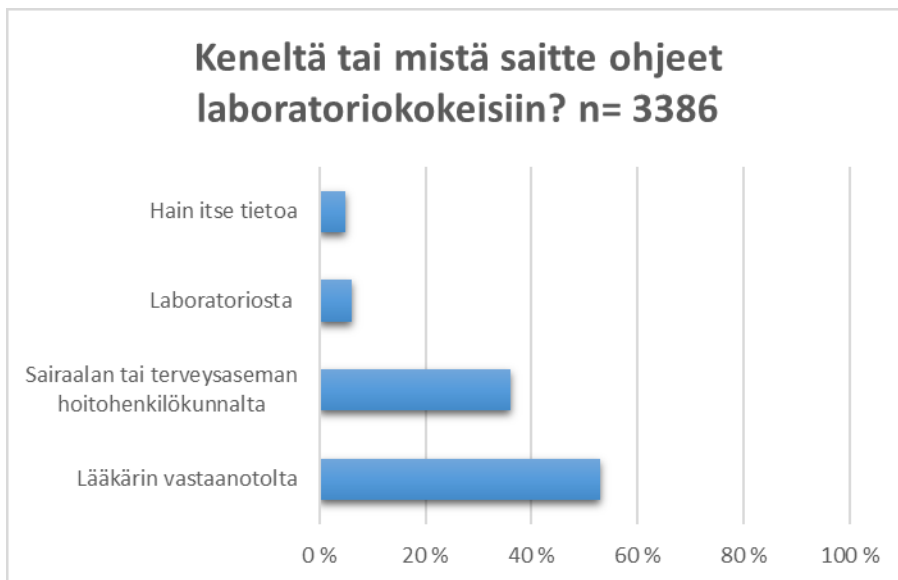
Tutkimuksessa ymmärretään terveysviestintä osana kulttuurillista kokonaisuutta. Se tarkoittaa, että terveysviestintä muuttuu ajan ja kulttuurin mukana, kuten seuraamalla ympäristön muutoksia ja trendejä. Kulttuuriset muutokset näkyvät esimerkiksi uuden teknologian käytön kautta. On syytä pohtia, tapahtuuko muutos uusien välineiden ehdoilla vai niitä hyödyntäen. Lisäksi tutkimuksessa avataan niitä kulttuurillisia rakenteita, jotka ylläpitävät olemassa olevia normeja, kuten potilaan ja lääkärin välistä valtahierarkiaa. Tutkimuksessa käydään läpi sähköisen viestinnän vaikutusta terveysviestintään sekä potilaan ja lääkärin väliseen vuorovaikutukseen. Kulttuurillisesta näkökulmasta tarkastellaan myös käsitteitä *terveys* ja *sairaus* sekä pohditaan potilaan roolia potilaana ja asiakkaana. Tässä tutkimuksessa pureudun niihin tapoihin, joilla potilaat haluaisivat, että heille viestitään. Selvitän myös kokemuksia nykyisten viestinnän keinojen ja kanavien onnistumisesta. Tutkimuksen rajallisuuden vuoksi en puutu viestien sisältöihin, sillä siinä olisi aihetta kokonaan toiselle tutkimukselle.

Haastattelin tutkimukseen kymmentä henkilöä. Haastattelut kestivät kymmenestä minuutista puoleentoista tuntiin. Haastateltavien ikäjakauma oli 35:stä 70 vuoteen. Seitsemän haastateltavista oli naisia ja kolme miehiä. Haastateltavat valittiin perustamalla asiakasraati, johon haettiin eri ikäryhmiin kuuluvia potilasasiakkaita. Asiakasraatiin ilmoittautumista markkinoitiin internetissä, laboratorioissa ja asiakastapahtumissa elo-joulukuussa 2014. Asiakasraatiin ilmoittautuneilta kysyttiin halukkuutta osallistua haastatteluun sähköpostilla ja lisäksi heille soitettiin. Seitsemän haastateltavaa rekrytoitiin asiakasraadista kautta. Kaikki asiakasraatiin ilmoittautuneet henkilöt olivat lähtökohtaisesti kiinnostuneita laboratoriotöiden kehittämistä, ja siinä mielessä he olivat aktiivisia asiakkaita. Tässä vaiheessa nousi huoli, että hiljaisten ja passiivisten asiakkaiden mielipide jäisi kuule-

matta. Lisäksi asiakasraatiin ilmoittautuneissa korostui 45–60-vuotiaiden osuus. Myös naisia oli ilmoittautunut miehiä enemmän. Edellä olevista syistä johtuen tutkijan lähipiirisitä rekrytoitiin lisäksi kolme haastateltavaa. Tutkijan lähipiiristä haastateltavat valittiin sukupuolen (mies) tai iän (alle 45 tai yli 64) johdosta. Edellytyksenä oli lisäksi se, että he olivat käyneet laboratoriossa viimeisen vuoden aikana. Nämä henkilöt eivät olleet erityisesti kiinnostuneita laboratoriotoinnin kehittämistä, vaikka suostuivatkin haastatteluun. Kuusi haastatteluista tehtiin laboratorion tiloissa, kaksi puhelimitse ja kaksi asiakkaan kotona. Haastateltavilta pyydettiin etukäteen taustatietoja sähköisellä kyselyllä. Kolme haastateltavista täytti taustatiedot etukäteen, lopuilta taustatiedot kysyttiin haastattelun alussa. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin mahdollisimman tarkasti. Haastatteluissa oli teemoina tiedonsaanti laboratoriota koskevista asioista, internetin käyttö terveysasioissa ja potilaan ja lääkärin välinen suhde. Haastattelut olivat keskustelunomaisia ja haastattelu eteni haastateltavan ehdoilla. Kysymykset johdattelivat haastattelun aiheita. Kaikilta haastateltavilta ei kysytty kaikkia kysymyksiä, eikä niitä kysymyksiä kysytty juuri samassa muodossa tai järjestyksessä. Monet asiat tulivat esille haastateltavan itsensä esittämänä keskustelun yhteydessä ja niitä tarkennettiin lisäkysymyksillä. Kyselyrunko toimi haastattelujen tukena, jotta pystyin haastattelijana tarvittaessa johdattamaan keskustelua tutkimusta koskeviin teemoihin.

Haastatteluaineiston lisäksi käytän tutkimuksessa HUSLABin asiakastytyväisyyskyselyn tuloksia vuodelta 2015. Vuoden 2015 asiakastytyväisyyskysely tehtiin 14.9.–27.9.2015. Kyselyyn oli mahdollista vastata 28 näytteenotto laboratoriossa sekä HUSLABin internetsivustolla. Kyselyyn vastasi yhteensä 3567 laboratorion asiakasta. Olen poiminut asiakastytyväisyyskyselystä tämän tutkimuksen kannalta kolme merkityksellistä kysymystä. Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, *saiko potilas tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin valmistautumisesta etukäteen*, ja toisessa kysymyksessä kysyttiin *mistä/keneltä asiakas sai laboratoriotutkimuksia koskevia ohjeita*, ja kolmannessa tiedusteltiin tapaa, jolla asiakas varaa ajan laboratorioon. Laboratorion asiakkaista 95 prosenttia koki saavansa tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin valmistautumisesta, kun taas viisi prosenttia asiakkaista ei ollut saanut riittävästi tietoa. HUSLABissa kävi syyskuun 2015 aikana yli 200 000 polikliinistä näytteenottoasiakasta. Siten, jos viisi prosenttia asiakkaista ei saa tarpeeksi tietoa, tarkoittaa se määrällisesti noin 10 000 asiakasta kuukaudessa. Suuren asiakasmäärän vuoksi tietoa vaille jääneiden asiakkaiden määrä on suuri, ja tämän vuoksi on perusteltua selvittää tarkemmin, mitä tietoa he jäävät kaipaamaan.

Lääkärit olivat merkittävässä asemassa ohjeiden antajana. Vastaajista 89 prosenttia oli saanut laboratoriokokeisiin liittyviä ohjeita lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta, kun taas 6 prosenttia vastaajista oli saanut ohjeita laboratorioista ja viisi prosenttia oli hakenut tietoa itse. Näin ollen laboratorion kannalta lääkäreiden ohjeistaminen on välillisesti erittäin tärkeää potilaiden ohjeistamisessa.



Kuva 1. HUSLABin asiakastytyväisyyskysely 2015. Keneltä tai mistä saitte ohjeet laboratoriokokeisiin?

Seuraavissa osioissa analysoin tutkimuksen haastatteluaineistoa teemoittain verraten sitä aikaisempaan terveysviestinnän tutkimukseen. Haastatteluissa esiin nousseet teemat ovat tiedonsaanti, tiedonhaku, sähköinen asiointi ja potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutussuhde. Teemahaastatteluiden tiedonsaanti-teema jakautui aineiston analyysissä kahteen erilliseen teemaan; tiedonsaanti ja tiedonhaku. Käsittelen näitä teemoja osioissa *Informoitu potilas* ja *Terveystiedonhaku internetistä*. Sähköisen asioinnin teemaa käsittelen osiossa *Sähköinen asiointi terveydenhuollossa*. Osiossa käydään läpi terveydenhuollon sähköisen asioinnin nykytilaa, ja potilaiden kokemuksia sähköisestä asioinnista. Osiossa pohditaan myös sitä, miten sähköinen asiointi muuttaa potiluuutta. *Potilaan ja lääkärin välinen suhde internetaikakaudella* osiossa käsittelen puolestaan internetin ja tiedonhaun vaikutusta potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen. Teemahaastattelua varten suunniteltujen teemojen lisäksi haastatteluissa nousi esille erilaisia kulttuurillisia käytänteitä tai terveydenhuollon organisaation rakenteita, jotka vaikuttivat viestintään. Kulttuurilliset käytänteet korostuivat haastatteluaineistossa etenkin potilaan ja lääkärin välisessä viestinnässä, ja siksi potilaan ja lääkärin välistä suhdetta käsitellään vielä erikseen kulttuurillisten käytänteiden ja institutionaalisten rakenteiden kautta osiossa *Potilaan rooli terveydenhuollon instituutiossa*.

## 7. Informoitu potilas

Potilaalla on lakiin perustuva oikeus saada hoitoonsa liittyen tarpeeksi tietoa. ”Potilaan tiedonsaantioikeus: Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 L2 §5). Lisäksi laissa sanotaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys sellaisessa muodossa, että potilas ymmärtää sen ”riittävästi”. Myös lääkärin ja potilaan välinen suhde on juridisesti määritelty, Irma Pahlman (2003) käsittelee väitöskirjassaan potilaan ja lääkärin oikeudellista asemaa, keskittyen erityisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen. Pahlmanin mukaan potilaan oikeuksien ja oikeus-suojan toteutumisessa lääkäriellä on keskeinen rooli. Potilaan oikeus merkitsee usein velvollisuutta lääkärille. Lääkäriellä on velvoite tyydyttää potilaan tiedontarve oma-aloitteisesti, ilman että potilas vaatii tietoa. Toisaalta potilaalla on oikeus kieltäytyä tiedon vastaanottamisesta. Laki jättää kuitenkin määrittelyn oleellisesta ja riittävästä tiedosta lääkärille tai terveydenhuollon ammattilaiselle. Lähtökohtana ei siis ole se tiedon määrä, jonka potilas itse kokee tarpeelliseksi tai haluaa. (Pahlman 2003, 200.)

HUSLABin asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan viisi prosenttia, eli noin 10 000 asiakasta kuukaudessa, ei saa mielestään tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin valmistautumisesta. Lisäksi haastattelussa käy ilmi, että vaikka henkilö kertoi haastattelussa saaneensa tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin liittyen, tarkemman keskustelun perusteella, hän ei kuitenkaan välttämättä saanut kaikkea haluamaansa tietoa. Kymmenestä haastattelusta asiakkaasta yksi koki, ettei ollut saanut tarpeeksi tietoa laboratoriotutkimuksiin liittyen. Hän kuitenkin löysi tarvitsemansa tiedon internetistä. Kaksi asiakkaista ei ollut saanut mitään ohjeistusta laboratoriotutkimuksiin liittyen ennen edellistä laboratorioskäyntiään. He kuitenkin kokivat, etteivät tarvitse ohjeistusta, koska tunsivat laboratorion toimintatavat riittävästi. Näin voi tapahtua esimerkiksi silloin, kun asiakas on käynyt laboratoriossa samassa tutkimuksessa aikaisemmin ja toimintatapa on tuttu. Laboratoriotutkimuksia ja niihin valmistautumista koskeva tiedonsaanti korostuu siten ensimmäisellä kerralla. Vaikka yhdeksän asiakasta ilmoitti saaneensa riittävästi tietoa laboratoriotutkimuksiin liittyen, kysyttäessä tarkemmin useampi haastateltava kertoi jääneensä kaipaamaan jotakin tietoa.

*”Joo kyllä se on ihan silleen riittävästi. Paitsi se, että tota mä vähän ihmettelin, kun mä luulin, että siihen kuuluu myös maksakokeet, mutta niitäpäs ei ookkaan.” (A1)*

Kaksi asiakasta koki, että tietoa sai, mutta sitä piti itse osata pyytää. Kahdelle oli jäänyt hieman epäselväksi, mitä tutkimuksia heistä oltiin ottamassa, ja yhdelle jäi epäselväksi, milloin lääkäri soittaisi vastauksista. Viisi asiakasta myös mainitsi, että oli itse esittänyt lääkärille tai hoitajalle laboratoriotutkimuksiin liittyviä kysymyksiä. Kaikki viisi olivat omasta mielestään saaneet tyydyttävän vastauksen kysymykseensä.

Asiakastyytyväisyyskyselyn avoimista palautteista nousee esille, että tiedonpuute koskee usein laboratorioskokeeseen valmistautumista. Osalle asiakkaista on jäänyt epäselväksi, pitääkö heille määrättyyn tutkimukseen paastota tai miten paastokokeeseen valmistaudutaan. Lisäksi osaa vastaajista jäi mietityttämään, mitä laboratorioskokeita heille oli määrätty. Näytteenottoprosessin mukaan potilaan tulisi saada ohjeet laboratorioskokeisiin valmistautumisesta ja mahdollisesta paastosta häntä hoitavalta lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta. Suurin osa laboratoriotutkimuksista ei vaadi paastoa. Siksi myös se, että tutkimus ei vaadi paastoa, olisi hyvä kertoa potilaalle epätietoisuuden välttämiseksi. Lista yleisemmistä paastoa vaativista tutkimuksista ja ohjeet laboratoriotutkimuksiin valmistautumisesta löytyvät HUSLABin internetsivuilta. Lisäksi HUSLABin palvelupuhelin vastaa laboratoriotutkimuksiin liittyviin kysymyksiin. Asiakastyytyväisyyskyselyn, haastattelututkimusten ja HUS:n internetsivujen kävijätietojen perusteella voi kuitenkin todeta, että hyvin pieni osa laboratorion asiakkaista etsii ohjeistukseen liittyvää tietoa laboratorion internetsivuilta.

Asiakkaista suurin osa (95 %) sai laboratoriotutkimuksiin liittyvän tiedon lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta. Lääkärin tapa välittää tietoa vaikutti asiakkaan kokemukseen. Asiakkaat toivoivat saavansa tiedon suoraan lääkäriltä. Suullisesti kerrotun lisäksi he toivoivat tietoa myös kirjallisesti, jotta siihen voisi palata lääkärikäynnin jälkeen. Osa asiakkaista mainitsi myös, että voisivat lukea tiedon sähköisessä muodossa. Lisäksi moni toivoi, että he pystyisivät itse tarkastamaan laboratoriotutkimuksiin liittyvät tietonsa sähköisen palvelun kautta.

*” Jotkut on sellaisia ihmisiä, että kun lääkäri sanoo niin ne omaksuu sen tiedon heti, mut mä oon vähän semmonen, että mulla menee helposti ohi. Et multa se menee ainakin vähän ohi, elleen mä sit tee niin että, mulla on kynää ja paperia jossain. Kyllä sillai kirjallisesti, nykypäivänä se tietysti olisi niin että ohjataan sitten johonkin .fi tai verkkosivustolle. Se nyt sitten on joko kätevää tai ei, mennä*

*nyt sitten kirjautumaan jollai pankkitunnuksilla. Mutta itse olen sellainen kirjallinen ihminen. Että tykkään että se on mustaa valkoisella.” (A3)*

Lääkärikäynnillä voi tulla niin paljon informaatiota, että potilas kokee vaikeaksi sisäistää kaiken tiedon hetkessä. Silloin lääkärillä käytyjä asioita voi haluta kerrata myöhemmin. Potilaille saattaa myös olla vaikea muistaa ottaa esille kaikki asiansa lääkärikäynnin yhteydessä, tai kysymyksiä saattaa herätä vasta käynnin jälkeen. Haastatteluissa nousi esille, että yhteydenottomahdollisuudelle lääkäriin, myös lääkärikäynnin jälkeen, olisi tarvetta. Osa asiakkaista mietti, olisiko sähköisellä palvelulla tähän tarjottavaa ratkaisua.

Aikaisemmassa tutkimuksessa (McMullan 2006) käy ilmi, että internetiä käytetään tiedonhakuun lääkärikäynnin jälkeen silloin, kun lääkärikäynniltä ei koettu saatavan riittävästi tietoa tai tieto ei ollut tarpeeksi tarkkaa. McMullan ehdottaakin, että lääkärin tulisi tarjota potilaalle luotettavia internetlähteitä lisäinformaation etsimiseen. Haastatteluissa kävi ilmi, että laboratoriotutkimuksiin, tai -käyntiin liittyviä ohjeita ei etsitty organisaation internetsivuilta. Asiakkaat olettivat ja toivoivat, että ohjeet annettaisiin heille automaattisesti joko paperilla tai sähköisen palvelun kautta. HUSLABin avoimissa asiakaspalautteissa toivottiin myös laboratoriotutkimuksiin liittyviä kirjallisia ohjeita ajanvarauksen yhteydessä. Kolme haastateltavista mainitsi, että lääkäri voisi myös ohjata potilaan oikean tiedon äärelle internetiin.

*”Mun mielestä eihän lääkäri kerkee millään selittää kaikkee, että kun meillä nyt on tällainen terveysportti, vaikka se ei oo täydellinen, mutta kun kehittyy koko ajan, niin kun lääkäri niin kuin totee, että sulla on esimerkiksi se psori, että osaatko terveysportin, no joo, lue sieltä se käypähoito, ja sitten vois saman tien sanoa sellaiset sivut esimerkiksi, tää ihon aika, olkoonkin sitten lääketehaan. Ja sitten mummuille, jotka ei tiedä pissatulehduksen hoidosta, niin sitten se niin kuin tulostaisi sen käypähoito potilasohjeen mummulle mukaan jos sillä ei oo nettiä. Ei käytettäisi sitä aikaa, että selitettäisi turhan aikaista. Sitten voisi kaikessa rauhassa lukea kotona.” (A4)*

Aikaisemmassa tutkimuksessa on myös päädytty siihen, että potilaat toivoivat lääkärin osoittavan heille internetsivustoja (McMullan 2006). Lisäksi aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että näin käy todellisuudessa harvemmin, kuin mitä potilaat toivoisivat (Rice 2006). Asiakaskokemuksen kannalta tiedonsaannin muodolla näyttäisi olevan eroa. Internetistä löydettyä tietoa ei koettu tiedonsaanniksi, koska se oli pitänyt itse aktiivisesti hakea. Haastattelujen ja asiakastyytyväisyysky-

selyn avoimien palautteiden perusteella näyttäisi siltä, että asiakas koki, ettei saanut tarpeeksi tietoa, jos oli itse hakenut tiedon internetistä. Kuitenkin, jos lääkäri ohjasi potilaan internetsivulle, se koettiin tiedonsaanniksi. Powell Inglis et al. (2011) ehdottaakin, että virallisten terveydenhuollon organisaatioiden tulisi tarjota tarpeeksi kattavat terveydenhuollon tiedon lähteet, jotta potilaiden olisi helpompi löytää ja luottaa internetistä löytämäänsä tietoon. Tähän tutkimukseen osallistuneet asiakkaat toivoivat kuitenkin vielä astetta personoidumpaa tietoa. Sen lisäksi, että tieto oli omakohtaista, toivottiin myös mahdollisuutta vuorovaikutukseen ja esimerkiksi lisäkysymyksien esittämiseen. Internetsivujen sijasta toimivana tietolähteenä pidettiin jonkinlaista personoitua sähköistä terveydenhuollon palvelua.

## 8. Terveystiedonhaku internetistä

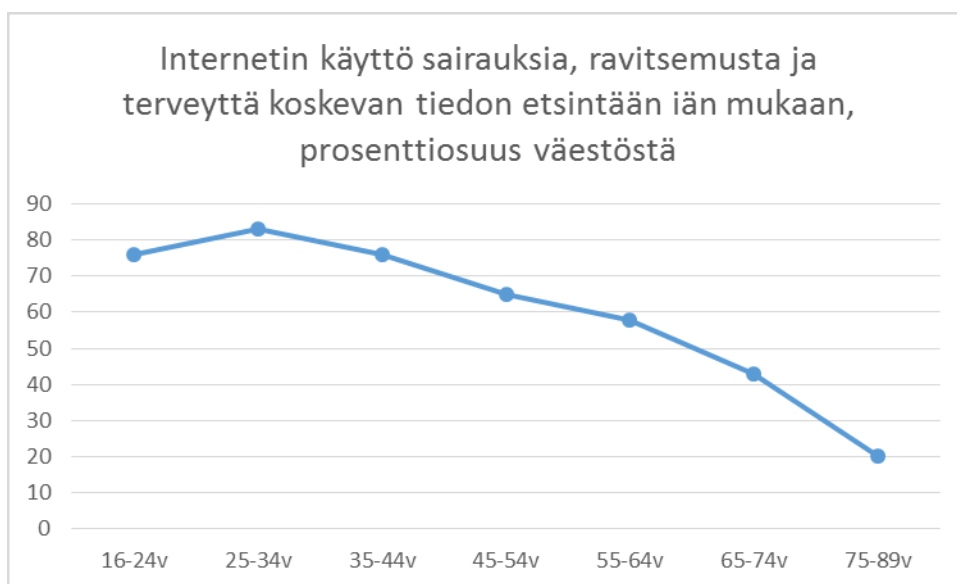
Internet on nyky-yhteiskunnassa merkittävä tiedonhankinnan lähde. Internet on arkipäiväistynyt ja kaikkien oletetaan osaavan käyttää sitä. Myös terveyteen ja sairauksiin liittyvää tietoa etsitään internetistä (Tilastokeskus 2015). Internetissä tiedon määrä on valtava, ja joskus oikean ja luotettavan tiedon löytäminen on vaikeaa. Viranomaisten velvollisuus on tarjota kansalaisille mahdollisuus luotettaviin tietolähteisiin. Jos viranomaiselta ei saada jostain asiasta tarpeeksi tietoa, hankitaan tieto parhaaksi katsotuista epävirallisista lähteistä. Epävirallisista lähteistä etsitään tietoa virallisen tiedon tueksi, esimerkiksi kokemuspohjaista tietoa. Internetin informaatioviidakosta tiedonhakijan on osattava arvioida tiedonlähdetä sekä ymmärrettävä mistä tarpeellinen tieto löytyisi parhaiten.

Terveystiedonhankintaa on tutkittu muun muassa seuraavista näkökulmista; mikä motivoi terveystiedon etsimiseen (Powell ym. 2011, Bhandari ym. 2014, Cao ym. 2016), kuka hakee internetistä terveystietoa ja minkälaista tietoa haetaan (Goldner ym. 2013, Beck ym. 2014, Bidmon & Terlutter 2015), miten terveystiedonhankinta vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen (Beck ym. 2014) tai miten terveystieto vaikuttaa potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen ( McMullan 2006 ja Iverson ym. 2008). Aikaisemmassa tutkimuksessa on tutkittu sekä potilaiden että terveydenhuollon henkilökunnan sähköistä terveystiedon hakua. Lisäksi on tutkittu sitä, miten internetistä löytyvään terveystietoon luotetaan (Beck ym. 2014). Viime vuosina on kiinnostuttu myös siitä, miten haettu tieto ymmärretään tai miten sitä käytetään (Eriksson-Backa ym. 2012, Jang & An 2014, Manganello ym. 2016).

Kansainvälinen ja kotimainen tutkimus osoittavat, että internetin käyttö terveystiedon haussa on yleistä (Fox & Duggan 2013, Tilastokeskus 2015 b). Tilastokeskuksen vuoden 2015 tutkimus (Kuva 2) osoittaa, että Suomessa 16–44-vuotiaista yli 70 prosenttia käyttää internetiä sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsinnässä. Nuorten aikuisten ryhmässä (25–34-vuotiaat) internetin terveystietoa käyttää jopa yli 80 prosenttia. Sen sijaan 45-vuotiaista alkaen internetin käytön yleisyys terveyteen liittyen laskee tasaisesti niin, että 65–74-vuotiaista vain 43 prosenttia ja yli 75 vuotiaista vain 20 prosenttia käyttää internetiä sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvissä asioissa. Myös kansainvälisessä tutkimuksessa (Powell ym. 2011) on huomattu, että sukupuoli, ikä ja koulutustausta vaikuttavat terveystiedonhakuun internetistä. Terveystiedonhaku on yleisintä nuorien, naisten ja korkeastikoulutettujen keskuudessa. Dutta-Bergmanin (2004b) tutkimuksessa kävi ilmi, että henkilöt, jotka olivat kiinnostuneita terveydestään

ja huolehtivat terveydestään, myös aktiivisesti etsivät terveystietoa medioista, kuten internetistä. Sellaiset henkilöt, jotka eivät taas olleet erityisen kiinnostuneita terveydestään, saivat eniten terveystietoa passiivisista medioista, kuten televisiosta tai aikakauslehdistä. Iverson, Howard ym. (2008) tutkivat potilaiden terveystiedon hakua internetistä. Heidän tutkimuksessaan yli puolet potilaista haki terveystietoa internetistä, ja heistä joka toinen kertoi muuttaneensa terveyskäyttäytymistään internetistä löydetyn tiedon perusteella. Tutkimuksessa nousi esille, että potilaat, jotka hakivat tietoa internetistä, myös kysyivät enemmän kysymyksiä lääkärikäynnin aikana, kuin potilaat, jotka eivät hakeneet tietoa internetistä.

Tämän tutkimuksen kaikki haastateltavat hakivat terveyteen ja sairauksiin liittyvää tietoa internetistä ainakin jossakin muodossa. Haastateltavien joukossa ei kuitenkaan ollut yhtään yli 75-vuotiasta. Haastattelututkimuksessa selvisi, että terveystieto saattoi käsitteenä merkitä eri asioita haastateltaville. Toisille se merkitsi kaikkea informaatiota, joka jotenkin liittyi terveydenhuoltoon, kuten esimerkiksi sairaalan yhteystietoja, palveluita ja vertaistukea. Toiset taas mielsivät terveystiedon nimenaan terveyteen tai sairauteen liittyvään lääketieteelliseen tietoon. Tutkimuksessa otettiin huomioon kaikki haastateltavien mainitsemat terveystiedon tulkinnot.



Kuva 2. (Tilastokeskus a) Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2015, Poiminta liitetaulukko 20;stä. Internetin käyttö sairauksia, ravitsemusta ja terveyttä koskevan tiedon etsintään 3 kk aikana iän mukaan 2015, %-osuus väestöstä.

Tähän tutkimukseen haastatelluista henkilöistä lähes kaikki kertoivat käyttävänsä googlea ja virallisia terveydenhuollon organisaatioiden sivustoja hakiessaan terveystietoa. Terveystietoa haettiin ensisijaisesti omiin sairauksiin tai läheisten sairauksiin liittyen. Tietoa haettiin myös silloin, jos koettiin, että lääkäriltä saatu tieto ei ollut riittävä. Samaan tulokseen ovat päätyneet myös aikaisemmat tutkimukset (McMullan 2006, Powell ym. 2011). Tässä tutkimuksessa laboratorion asiakkaat arvioivat löytävänsä tietoa pääasiassa hyvin. Osa asiakkaista pystyi kuitenkin muistamaan tilanteita, joissa ei ollut löytänyt tarvitsemaansa tietoa. Kolme asiakkaista ei löytänyt omaa sairauttaan koskevaa tietoa internetistä. Syynä oli heidän mielestään sairauden harvinaisuus tai se, että tietoa ei löytynyt suomeksi. Kaksi asiakasta mainitsi käyttävänsä tiedonhaussa tieteellisiä artikkeleita ja kaksi kertoi lukevansa terveyteen liittyviä blogeja. Kaksi asiakasta mainitsi myös lukevansa terveyteen liittyviä keskustelupalstoja internetissä. He eivät kuitenkaan välttämättä uskoneet sieltä löytävänsä tietoon, mutta näkivät keskustelupalstat esimerkiksi kokemuspohjaisen tiedon lähteinä. Lisäksi yksi asiakkaista mainitsi wikipedian, yksi lääkefirmojen sivustot ja yksi käytti amerikkalaisen potilasjärjestön facebook sivustoa tiedonlähteenä. (Taulukko 1.)

Tiedonhaun kanavat	Haastateltavia yhteensä, jotka käyttivät kyseistä kanavaa tiedonhakuun
Google	9
Viralliset terveydenhuollon sivustot (mainittu THL, Teveysportti, HUS)	9
HUSLABin sivut	7
Järjestöjen sivut	3
Keskustelupalstat	2
Facebook	2
Blogit	3
Tieteelliset artikkelit	2
Lääkeyhtiöt	1
wikipedia	1

Taulukko 1. Tiedonhaun kanavat

Tiedonhaun tarkoitus	Haastateltavia yhteensä, jotka käyttivät tiedonhaku kyseisessä tarkoituksessa
Hakee internetistä terveyteen tai sairauteen liittyvää tietoa	8
Hakee omaan tai läheisen sairauteen liittyvää tietoa	7
Hakee tietoa aukioloajoista ja/tai ajanvarauksesta	7
Hakee yleistä terveyteen liittyvää	5
Hakee tietoa ravitsemukseen liittyen	5
Hakee tietoa laboratoriotutkimuksista	4
Hakee laboratorioon liittyvää ohjeistusta	2
Hakee vertaistukea	2

*Taulukko 2. Tiedonhaun tarkoitus*

Kuten tässä tutkimuksessa myös Bell (2011) havaitsi, että yleisin motivaatiotekijä terveystiedonhaun oli mielenkiinto asiaa kohtaan. Tutkimuksen mukaan potilaat hakivat aktiivisemmin tietoa internetistä, jos kokivat, että eivät saaneet riittävästi tietoa lääkärikäynnin yhteydessä. Myös jos lääkäriltä saatu tieto ei tyydyttänyt potilasta, tiedonhaku internetistä lisääntyi (Bell ym. 2011). Toisessa tutkimuksessa (Sciamanna ym. 2003) ei kuitenkaan löytynyt yhteyttä lääkärin antaman tiedon määrän ja laadun sekä internetin terveystiedonhaun kanssa. Muita aikaisemmassa tutkimuksessa ehdotettuja motiiveja internetin terveystiedon haulle ovat diagnosoitu krooninen sairaus ja hävettävä tai leimaava sairaus. Molempien on todettu lisäävän internetin terveystiedonhaku. (Laugesen ym. 2015.)

*”Silloin kun on ajankohtaisia, ei ehkä päivittäin tai viikoittain, mutta silloin kun on ajankohtaista semmoista omakohtaista tai mikä muuten kiinnostaa, noh useimmitenhan se on tavalla tai toisella omakohtaista tai jotain läheistä koskevaa.” (A3)*

Eriksson-Backa ym. (2012) ovat tutkineet 65–79-vuotiaiden suomalaisten terveystiedon tiedonhaku. Heidän tutkimuksensa mukaan motivaatioon hakea terveystietoa vaikutti esimerkiksi potilaan koulutustausta ja sukupuoli. Tiedonhaun lisäksi Eriksson-Backa, Ek ym. (2012) olivat kiinnostuneita terveystiedon lukutaidosta. Terveystiedon lukutaito viittaa siihen, kuinka hyvin terveystiedon

etsijä pystyy ymmärtämään lukemaansa terveystietoa ja toisaalta arvioimaan sen luotettavuutta. Tutkimuksen mukaan terveystiedon lukutaidolla onkin selvä yhteys terveystiedon haun kanssa. Henkilöt, jotka olivat kiinnostuneita terveystiedosta ja hakivat terveystietoa aktiivisesti, kokivat ymmärtävänsä terveystietoa paremmin kuin ne henkilöt, jotka eivät olleet kiinnostuneita terveystiedosta tai eivät hakeneet sitä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että korkeasti koulutetut henkilöt hakevat enemmän terveystietoa ja heidän on helpompi löytää etsimäänsä tietoa sekä arvioida sen luotettavuutta, kuin vain peruskoulutuksen saaneiden henkilöiden. Myös (Manganello ym. 2016) havaitsivat, että henkilöt, jotka kokivat terveystiedon lukutaitonsa hyväksi, olivat aktiivisempia etsimään terveystietoa internetistä. Organisaatioviestinnän näkökulmasta tulisikin pohtia, onko organisaation tarjoama terveystieto sellaisessa muodossa, että kaikkien on helppo löytää ja ymmärtää etsimänsä. (Eriksson-Backa ym. 2012.)

Terveystiedon lukutaito on yhdistetty tietotekniikan käyttötaitoihin (Iverson ym.2008, Powell ym. 2011). Tässä tutkimuksessa nousi esille, että moni haastateltavista koki itse olevansa tiedonhakutaidoiltaan ja tietoteknisiltä taidoiltaan parempia kuin ihmiset yleensä. Varsinkin vanhempien yli 70-vuotiaiden internetin tiedonhakutaitoja epäiltiin.

*”No sen verran että nuorille se on helppoa, mutta meidän ikäisille se on vaikeampaa. Et mä oon ikäisistäni kuitenkin ehkä nohevimmasta päästä. Et ei mun kaveritkaan kaikki nettiä tai mitään näitä välineitä käytä. et ei ne oo tottunut. Et ei ole kaikilla printteriä kotona tai edes sähköpostia.”* (A9).

*”mä oon niin kuin tiedonlähteiden analysoinnissa niin kuin aika kova luu. Mä niin kuin tiedän. Mä luulen, että se on aika vaikeata muille.”* (A4)

Aikaisemman tutkimuksen mukaan (Iverson ym. 2008) potilaat kuitenkin usein pitävät itseään todellisuutta pätevimpinä tiedonhakijoina. Tavallinen internetin käyttäjä ei yleensä tiedä internetissä kohtaamansa materiaalin lähteitä tai osaa arvioida niiden luotettavuutta. Tutkimukset osoittavat, että lähteen luotettavuutta kyllä arvioidaan, mutta samalla luotettavaksi arvioidaan kaikki sivustot, joiden ulkoasu on ammattimainen ja käytettävyyys hyvä. Kukaan haastatelluista ei tässä tutkimuksessa osoittanut huolta omasta kyvystään hakea tietoa tai terveystiedon lukutaidoistaan. Myös Beck (Beck ym. 2014) huomasivat tutkimuksessaan, että 80 prosenttia nuorista aikuisista piti internetistä löytävää tietoa luotettavana. Joka neljäs nuorista aikuisista etsi terveyteen liittyvää tietoa internetistä ilman, että oli yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen, ja edelleen 33 prosenttia heistä muutti

terveyskäyttäytymistään internetistä löydetyn tiedon perusteella. Tutkimus osoitti, että vaikka nuoret aikuiset käyttivät internetiä paljon, heillä ei välttämättä ollut taitoa lähteiden luotettavuuden arviointiin.

Laboratoriotutkimuksiin liittyvä tieto ei noussut tässä tutkimuksessa keskiöön, vaikka haastateltavina olivat laboratorion asiakkaat. Eniten asiakkaat hakivat tietoa laboratorion aukioloajoista, sijainnista ja ajanvarauksesta. Kaksi haastateltavista kertoi etsineensä ohjeita laboratoriotutkimuksiin valmistautumisesta. Muut olivat saaneet ohjeet lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta tai eivät kokeneet tarvitsevansa ohjeita. Yksi haastateltavista kertoi huvin vuoksi lukeneensa laboratorion tutkimusohjekirjaa ja kolme muuta kertoi joskus etsivänsä juuri omiin laboratoriotutkimuksiin liittyvää tietoa. Omista laboratoriotutkimuksista etsittiin tietoa esimerkiksi viitearvoista tai mihin kyseistä tutkimusta käytetään. Kaksi hakijoista mainitsi myös, että toivoi tietoa nimenomaan suomeksi. Haastattelijan ja asiakastytyväisyystutkimuksen perusteella potilaat eivät hae aktiivisesti laboratorioon liittyvää ohjeistusta internetistä, vaan olettavat saavansa tarvitsevansa tiedon lääkärikäynnin yhteydessä. Silloin kun he eivät saa tarvitsemaansa tietoa, he saattavat kääntyvät internetin puoleen.

*”Ei, en oo saanut mitään ohjeistusta, mä oon sitten ite kaivanut netistä ne tiedot.”(A2)*

Haastatteluissa nousee esille, että eri henkilöt kaipaavat tietoa eri määrin ja eri kanavia pitkin. Asiakkailla on myös eri tavoin kiinnostusta ja motivaatiota etsiä ohjeita ja tietoa. Verrattaessa HUSLABin internetsivujen kävijämäärää HUSLABin asiakasmääriin voidaan arvioida, että karkeasti noin 11 prosenttia laboratorion asiakkaista käyttää internetsivuja. Internetin kävijätilastojen perusteella HUSLABin internetsivuja käytetään eniten ajanvaraukseen ja laboratorion aukioloaikojen, osoitetietojen ja palvelujen hakemiseen. Vain prosentti HUSLABin internetsivujen kävijöistä on käynyt laboratorioskokeisiin valmistautumiseen tai tutkimusten ohjeistukseen liittyvillä sivuilla. (Google analytics 2015<sup>2</sup>)

---

<sup>2</sup> Google analytics kertoo internetsivuston kävijämäärän

## 9. Sähköinen asiointi terveydenhuollossa

Sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa terveydenhuollon palveluiden käyttämistä tieto- ja viestintäteknologian avulla. Sähköinen asiointi edellyttää terveydenhuollon tarjoamaa sähköistä palvelua, kuten esimerkiksi asiakasneuvontaa, ajanvarauspalvelua, tiedotuspalvelua, tiedon- siirtopalvelua tai potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä kommunikointia sähköistä viestintäteknologiaa hyödyntäen. Tässä osiossa käyn ensiksi läpi suomalaisen terveydenhuollon sähköistä asiointia kahden laajan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin kautta. Sen jälkeen käsittelem tarkemmin tässä tutkimuksessa esille nousseita laboratorion asiakkaiden sähköisen asioinnin tarpeita ja kokemuksia. Osion lopussa käyn lyhyesti läpi tuoreimpien teknologioiden ja uusien viestintäkanavien tuomia muutoksia terveystieteen.

### **Suomalaisen terveydenhuollon sähköisen asioinnin nykytila ja käyttö**

Julkisessa terveydenhuollossa on 2000-luvulla kehitetty erilaisia sähköisiä palveluita. Tarve on noussut paitsi ympäristön muutoksesta ja teknologian kehityksestä myös poliittisista ja taloudellisista näkökulmista. Terveydenhuolto elää murroksessa, väestö ikääntyy, valtion ja kuntien terveystoimet kasvavat, työvoimasta on pulaa ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus ovat suurten muutosten kynnyksellä. Palveluiden tarpeen ja niiden rahoituskäytäntöjen välillä vallitsee kasvava ristiriita. Tieto- ja viestintäteknologian toivotaan lisäävän palveluntuottajan toiminnan tuottavuutta. Erilaisia sähköisiä palveluita onkin kehitetty eri terveydenhuollon toimijoiden aloitteesta. Kehityshankkeet ovat kuitenkin olleet osittain päällekkäisiä ja haasteena on ollut niiden integrointi valtakunnalliseen käyttöön. Kehityshankkeita ovat rahoittaneet useat eri tahot, ja haasteena on ollut sähköisten palveluiden ylläpito hankkeen loputtua. (Hyppönen ym. 2011.)

Valtiovarainministeriö asetti vuonna 2009 sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelman (SADE-ohjelma). Ohjelma oli ensimmäinen valtakunnallisiin sähköisiin asiointipalveluihin tähtäävä hanke. SADE-projektin yhtenä osa-alue oli sosiaali- ja terveystoimen palvelut. Sosiaali- ja terveystoimen palveluiden sähköisen asioinnin kehittämisen tavoitteena oli tukea kansalaisen oman terveyden hallintaa ja itsehoitoa sekä helpottaa palvelujen löytämistä ja niihin hakeutumista. Lisäksi tavoitteena oli lisätä kansalaisen vaikutusmahdollisuuksia palvelujen suunnittelussa ja tehostaa palvelujen toteutusta. Kehitystyöt pitivät sisällään asiointiprosessin kehittämistä, sähköisen palvelumallin kokonaisuuksia tai tukihankkeita. Hankkeista yli puolet oli yhden sairaanhoitopiirin tai yksittäisten kuntien alueelle rajautuvia pilotteja ja osa oli jo vakiintuneessa käytössä olevia tukihankkeita. Läh-

tötilanteena oli, että sähköisten palveluiden kehityshankkeita oli paljon suunnitteilla eri terveydenhuollon organisaatioissa. Näiden arvioitiin kuitenkin olevan keskenään toimimattomia ja todettiin tarve kansallisille ratkaisuille. Kunnat myös itse arvioivat olevansa vasta alkumetreillä sähköisten järjestelmien omaksumisessa, ja investointimahdollisuudet olivat vähäiset. SADE-ohjelman hyödyllisimmiksi palveluiksi arvioitiin sähköinen ajanvaraus, Mielenterveystalo ja Omaha-topalvelu. Lähes kaikki palvelut valmistuivat ohjelmakauden aikana ja hankkeet saavuttivat keskeisimmät tavoitteensa. Iso osa palveluista kuitenkin viivästyi alkuperäisestä aikataulusta ja hankkeiden hyödyt jäivät oletettua vähäisemmiksi. Varsinkin taloudellista hyötyä oli monen hankkeen suunnittelussa yliarvioitu. (Valtiovarainministeriö 2016.)

SADE-ohjelman avulla selvisi, että sähköisten palvelujen kehitystyön tulee olla nopeaa. Teknologinen kehitys, markkinat ja käyttäjien tarpeet muuttuvat nopealla tahdilla, ja kehittämisprojektin tulee pystyä muuttamaan tarpeiden muuttuessa. Monessa tapauksessa tuotosten viivästymisen seurauksena rinnalle on syntynyt lähes vastaavia yritysten tuottamia palveluita tai jokin tekninen ratkaisu tai toimintamalli vanhentui jo toteutuksen aikana. Esimerkiksi mobiiliteknologian laajaa leviämistä ei osattu ennakoida. SADE-hankkeen loppuraportissa todetaankin, että laaja valtioneuvostotasoinen ohjelma ei ole tarpeeksi joustava ja ketterä tapa tuottaa terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Sähköisen asioinnin hankkeet edellyttävät nopeaa reagointia ja toteutusta palveluiden toteutuksessa. Toinen keskeinen asia hankkeen onnistumiselle oli tarvelähtöisyys ja käyttöönottoon sekä jatkokehittämiseen liittyvät toiminnot. Kustannussäästöjen sijaan toteutettujen palveluiden hyödyt ovat olleet laadullisia. Sähköisillä palveluilla on parannettu kansalaisten osallistumis-, vaikuttamis- ja tiedonsaantimahdollisuuksia. Asiakaslähtöinen palveluiden kehittäminen on noussut julkisessa terveydenhuollossa keskeiseen rooliin. Esimerkiksi palvelumuotoilu kehittämisen työkaluna on yleistynyt terveydenhuollon kehittämisprojekteissa ja useissa hankkeissa potilaat on otettu mukaan suunnitteluun. Toisaalta asiakaslähtöisyyden vahvistamisen on vienyt enemmän aikaa ja vaatinut enemmän resursseja. Laajoihin kehittämishankkeisiin liittyvistä ongelmista huolimatta kansallisille sähköisen asioinnin palveluratkaisuille on yhä tarvetta. Uudessa hallitusohjelmassa oleva digitalisoitumisen tavoite nostaa asiakaslähtöisen yhden luukun -palveluperiaatteen tulevaisuuden kehittämisen lähtökohdaksi. Kantapalvelu on olemassa olevista terveydenhuollon sähköisen asioinnin palveluista laajin. Kantapalvelu käsittää kansalaisille tarkoitetun omakantapalvelun lisäksi, sähköisen reseptin, sähköisen lääketietokannan ja potilastiedon arkiston. Palvelun käyttäjiä ovat kansalaiset, apteekit, julkinen terveydenhuolto ja jotkin yksityisen terveydenhuollon toimijat. Omakantapalvelun käyttö kasvaa, sitä mukaan kun toimintaominaisuudet laajenevat. Vuonna 2015 kirjautumisia oli

noin 400 000 kuukaudessa. Tulevien kehityshankkeiden onkin toivottu olevan integroitavissa Kanta.fi palveluun. (Valtiovarainministeriö 2016.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tutkinut sähköisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä Suomessa keväällä 2014 (Hyppönen ym. 2014). Kansalaisilla on hyvät edellytykset sähköisten palveluiden käyttöön, sillä 87 prosentilla on mahdollisuus käyttää internetiä kotonaan. Kaksitoista prosenttia vastanneista oli ollut yhteydessä lääkäriin tai sairaanhoitajaan tietokoneen välityksellä. Lisäksi 85 prosentilla oli tunnukset sähköisten terveystalveluiden käyttöön. Tutkimuksessa selvisi, että eniten käytettiin oman kunnan terveydenhuollon verkkoportaaleja (41 prosenttia). Valtakunnallista Omakanta-palvelua oli käyttänyt 20 prosenttia ja lisäksi käytettiin yksittäisille sairausryhmille tarkoitettuja alueellisia palveluita, kuten Mielenterveystalo-verkkoportaalia. Yleisimpiä sähköisen asioinnin toimintoja olivat tiedonhaku, ajanvaraukset sekä reseptien pyytäminen ja niiden uusinta. Olemassa olevien sähköisten portaalien käyttäjäkokemukset olivat pääsääntöisesti positiiviset ja niiden koettiin korvaavan yli 1,5 terveydenhuoltokäyntiä vuodessa. Eniten hyötyä koettiin olevan sähköisessä muodossa olevasta tiedosta, muiden antamista palautteista, sähköisestä tuesta terveystalveluikäytymismuutoksiin, sähköisestä ajanvarauksesta, sähköisistä resepteistä ja palveluhakemistoista. (Hyppönen ym. 2014.)

Valtakunnallisessa *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi* -tutkimuksessa kansalaiset määrittivät tärkeimmiksi sähköisiksi kehitettäviksi toiminnallisuuksiksi laboratoriotulosten, potilastietojen ja reseptien katselun, reseptien uusinnan, ajanvarauspalvelut sekä luotettavan terveystiedon. Tutkimuksessa käy ilmi, että terveystalveluja paljon (yli 10 kertaa vuodessa) käyttävät henkilöt käyttivät sähköistä yhteydenottoa enemmän kuin ne henkilöt, jotka asioivat terveydenhuollossa harvemmin. Palveluita paljon käyttäville olisi siten myös perusteltua suunnata sähköisiä palveluita. Voi kuitenkin kysyä, liittykö vähemmän terveydenhuollon palveluita käyttävien toiminta sähköisen asioinnin halukkuuden puutteeseen vai pikemminkin tiedon puutteeseen? Tähän tutkimukseen haastateltujen laboratorion asiakkaiden kertoman perusteella myös harvemmin laboratoriossa asioivat olivat kiinnostuneita sähköisen asioinnin mahdollisuudesta, jos sellaista olisi tarjolla. (Hyppönen ym. 2014.)

*Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi* -tutkimus (Hyppönen ym. 2014)

osoittaa, että myös koulutustaustalla on yhteys sähköisten palveluiden käyttöön. Korkeasti koulutetut käyttävät sähköisiä palveluita todennäköisemmin kuin vähemmän koulutetut henkilöt. Myös yli

76-vuotiaat käyttävät sähköisiä palveluita huomattavasti vähemmän kuin nuoremmat ikäryhmät. Kansalaisten keskuudessa käytetyimpiä terveydenhuollon sähköisiä palveluita ovat tiedonhaku, ajanvaraus ja sähköinen resepti. Tulevaisuuden toiveisiin kuuluivat laboratoriotuloksien saaminen, omien potilastietojen näkeminen ja reseptien saaminen ja uusiminen. Tutkittaessa sähköisten terveyspalveluiden käyttöä oleellista on myös huomioida tämän hetkinen tarjonta. Kokonaisuudessaan sähköinen asiointi on 2000-luvun aikana levinnyt kattavasti terveydenhuollon henkilökunnan käyttöön. Sähköisillä potilaskertomuksilla, sähköisillä läheteillä, digitaalisilla kuvilla ja niiden arkistoinnilla sekä sähköisillä laboratoriotuloksilla on lähes tai yli 90 prosentin käyttöaste. Myös potilaille suunnattujen sähköisten palveluiden määrä on kasvanut, mutta niitä käytetään vielä huomattavasti vähemmän. (Reponen ym. 2015.)

Kaikilla palveluiden tarjoajilla sairaanhoitopiireillä, terveystaloksilla ja yksityisillä terveyspalveluiden toteuttajilla on tänä päivänä käytössään verkkosivut. Sivuilta löytyy tietoa esimerkiksi palveluista, ajanvarauksesta ja aukioloajoista. Palveluiden hakutoiminto on käytössä lähes puolella sairaanhoitopiireistä. Sähköinen ajanvaraus oli vuonna 2014 mahdollista valtaosassa sairaanhoitopiireistä ja lähes puolessa perusterveydenhuollon organisaatioissa. (Reponen ym. 2015.)

Asiakaspalautteen antamisen mahdollisuus sähköisesti on selvästi lisääntynyt terveydenhuollon kaikilla sektoreilla viimeisen viiden vuoden aikana. Sähköisen palautteen antamisen mahdollisuutta käytettiin kuitenkin melko vähän, eikä sitä koettu kansalaisten keskuudessa erityisen merkittäväksi sähköisen viestinnän osa-alueeksi (Hyppönen ym. 2014, Reponen ym. 2015). Terveystilan itsearviointipalveluja tarjoavien organisaatioiden määrä on myös kasvussa. Itsearviointipalveluja tarjosi verkkosivuiltaan kuitenkin vain alle kolmannes sairaanhoitopiireistä tai perusterveydenhuollon organisaatioista. Reseptien uusiminen tai pyytäminen sähköisesti onnistui noin viidennes perusterveydenhuollon yksikössä, mutta vain muutamassa sairaanhoitopiirissä. Laboratoriotuloksia pystyi katsomaan sähköisesti alle viidenneksessä palveluiden tuottajista, ja potilaskertomustekstejä oli mahdollisuus lukea vain muutamassa paikassa. Erityisesti laboratoriotutkimuksien katselun mahdollisuus on lisääntynyt merkittävästi, mutta on edelleen harvinaista. (Reponen ym. 2015.)

### **Laboratorion asiakkaiden sähköisen asioinnin tarpeet ja kokemukset**

Aikaisemmasta tutkimuksesta käy ilmi, että hyvin suunnitelluilla sähköisillä terveyspalveluilla on positiivisia vaikutuksia potilaan terveydenhuoltoon. Akesson, Saveman ja Nilsson (2007) tutkivat potilaiden kokemuksia interaktiivisten sähköisten terveyspalveluiden käytöstä. Heidän tutkimuksen

tuloksena oli, että potilaat kokivat sähköiset terveystietopalvelut voimaannuttavina. Krepsin ja Neuhauser (2010) tutkiessa aiempaa tutkimusta sähköisten terveystietopalveluiden käytöstä selvisi, että sähköiset terveystietopalvelut paransivat potilaiden terveystietoa, terveydentilaa, itseluottamusta ja suhdetta terveydenhuollon ammattilaisiin. Potilaat eivät jääneet kaipaamaan terveydenhuollon henkilökunnan tapaamista kasvokkain, eivätkä kokeneet ongelmia tietoturvassa (Kreps & Neuhauser 2010). Tässä tutkimuksessa nousi esille potilaiden halukkuus sähköiseen terveystietoihin suuremmissa mittakaavassa kuin mitä on tällä hetkellä tarjolla. Staattisista internetsivujen ja tiedonhaun sijaan potilaat toivoivat personoituja sähköisiä terveystietopalveluita. Myös aikaisemmassa kirjallisuudessa (Nijland 2008) on todettu, että potilaat toivovat sähköisiä palveluita, joissa yhdistyy korkealaatuinen tieto, vuorovaikutuksellisuus, mahdollisuus itsearviointiin, päätöksenteon tuki ja elämäntapamuutokseen liittyvä tuki. Potilaat eivät halua käyttää internetiä pelkkään tiedonhakuun, vaan sähköisten terveystietopalveluiden tulisi myös tarjota mahdollisuus hallinnoida omaa terveyttä ja tukea omahoidon toteutusta.

HUSLABissa potilaille selvimmän näkyvä sähköinen palvelu on sähköinen ajanvaraus. Asiakastyytyväisyyskyselyn avoimista palautteista käy ilmi, että ajanvarausmahdollisuutta arvostetaan asiakkaiden keskuudessa. Ajanvaraus saa paljon positiivista palautetta. Kuitenkin vain noin 12 prosenttia HUSLABin asiakkaista hyödyntää ajanvarausta, ja heistä vähän yli puolet varaa ajan sähköisesti. Sähköisen palvelun käyttö ei kuitenkaan välttämättä kuvaa palveluun suhtautumista. Haastatteluissa käy ilmi, että jos asiointi laboratoriossa on mutkatonta, ei ajanvarausta välttämättä hyödynnetä. Muita syitä olla käyttämättä ajanvarausta voi olla totutut käytännöt tai tietämättömyys ajanvarausmahdollisuudesta. Myös terveydenhuoltojärjestelmän luomat prosessit saattavat vaikuttaa ajanvarauksen käyttöön. Laboratorioon tullaan usein suoraan lääkärikäynniltä lääkärin lähettämänä, jolloin ajanvaraus ei tunnu luontevalta. Osa laboratorio tutkimuksista taas vaaditaan ajan varaaminen etukäteen. Lisäksi laboratorion tarjoamat tai vapaana olevat ajanvarausajat vaikuttavat siihen, valitseeko potilas ajanvarauksen vai jonottamisen. HUSLABissa on myös mahdollisuus antaa palautetta sähköisesti, mutta valtaosa palautteista tulee edelleen paperilla tai suullisesti. Sähköinen palaute koetaan ehkä hankalaksi tai sitä ei jakseta jälkikäteen etsiä. Palaute halutaan antaa suoraan tilanteessa. Henkilökunta kuitenkin siirtää paperilla tai suullisesti tulleet palautteet sähköiseen palautejärjestelmään. Palautteen antaminen ei noussut haastatteluissa esille lainkaan.

HUSLABissa ei ole omaa sähköistä järjestelmää, josta asiakas näkisi laboratorio tutkimuksien tulokset. Laboratorio ei myöskään pääsääntöisesti luovuta tuloksia suoraan potilaalle, vaan tulokset anne-

taan potilasta hoitavalle taholle. Haastateltavista suurin osa olisi halunnut laboratoriotulokset nähtäväkseen kirjallisessa muodossa ja osa saikin ne Omakanta-palvelun kautta. Osa haastateltavista piti myös turhana, että lääkärin pitäisi nähdä tulokset ennen kuin ne luovutetaan potilaalle. Kuitenkin viisi asiakasta uskoi, etteivät he kykenisi tulkitsemaan laboratoriotuloksia itse, jos ne poikkesivat normaalista. Kaksi asiakasta myös mainitsi haluavansa varmistaa tulkinnan lääkäriltä, vaikka periaatteessa uskoi osaavansa tulkita tuloksia. Laboratoriotuloksien tulkinta riippuu hyvin paljon laboratoriotutkimuksesta, menetelmästä ja potilaan sen hetkisestä yleisterveydestä ja ammatillaisen tulkinta on usein tarpeen. Kuitenkin jossakin kontrollitutkimuksissa kuten kolesterolimitauksissa tai usein toistuvissa tutkimuksissa, kuten INR-tutkimuksissa, asiakkaat voisivat hyvinkin seurata arvojaan itsenäisesti. Kuitenkin, jos arvot poikkeavat normaalista, ja vaativat esimerkiksi lääkityksen muutosta, lääkärin tulkinta on tarpeen.

Salatun sähköpostin ja televideon vastaanoton käyttö on yhä harvinaista, mutta niidenkin käyttö on lisääntynyt terveydenhuollossa. Seitsemän asiakasta oli valmis hyödyntämään sähköpostia tai televideon vastaanottoa ainakin vuositarkastuskäyntien korvaamiseen tai esimerkiksi reseptien uusinnassa. Sähköpostin tai televideon vastaanoton käytön toivottiin kuitenkin olevan vapaaehtoista ja valittavissa lääkärinkäynnin sijaan. Joidenkin potilaiden kiinnostus oman terveyden mittaamiseen ei näy vielä terveydenhuollon palveluissa. Potilaan itse tuottamien mittaustulosten tai tekstimuotoisen tiedon välittäminen terveydenhuollon käyttöön on vielä hyvin vähäistä. Myös tässä tutkimuksessa omaseurantaan ja itsetuotettuun sähköiseen terveystietoon oli osalla asiakkaista kiinnostusta. (Reponen ym. 2015.)

Tutkimukseen haastatellut laboratorion asiakkaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan kuinka he suhtautuvat sähköiseen asiointiin. Kolme asiakasta suhtautui sähköiseen asiointiin erittäin myönteisesti. Heidän mielestään kaiken, mikä vain suinkin olisi mahdollista, voisi hoitaa sähköisesti. He olisivat myös valmiita kokeilemaan uutta teknologiaa, kuten videota tai valokuvaa, jotta sähköinen asiointi olisi mahdollista. Myös esimerkiksi näytteenottaminen itse ei heidän mielestään olisi ongelma, jos se vain olisi teknisesti mahdollista ja varmaa. Neljä asiakasta suhtautui sähköiseen asiointiin melko positiivisesti. Myös he olisivat valmiita ja halukkaita asioimaan sähköisesti monissa asioissa, kuten ajanvarauksessa, reseptien uusinnassa ja rutiininomaisissa lääkärikäynneissä. He kuitenkin toivoivat lääkärin vastaanottoa silloin, kun lääkärin kanssa pitää keskustella, kun vaiva on uusi tai lääkärin pitää tutkia potilasta. Kolme asiakasta suhtautui sähköiseen asiointiin melko kiel-

teisesti tai kielteisesti. He ilmaisevat mieluummin asioivansa lääkärin kanssa kasvotusten. Heidän mielestään sähköinen asiointi ei ole mahdollista ainakaan heidän tapauksessaan.

*”Mun mielestä ei ainakaan meidän perheessä. Sillä meillä saatetaan oireilla aika pitkään, ennenku esimerkiks ei niin kun lähetä lääkäriin heti kun ensimmäiset oireet ilmenee. Että me kyl katotaan yleensä aika pitkään, että siinä on yleensä oikeesti se tarve, kun mä sen lääkärin varaan. Et mä en usko että se (sähköinen) olisi vaihtoehtona niissä tilanteissa.” (A5)*

*”Se on parempi, että ne (laboratoriotulokset) saa henkilökohtaisesti, niin siinä voi sitten neuvotella samalla.” (A1)*

Sähköiseen asiointiin kielteisesti suhtautuneet näkivät uhkakuvia siinä, että sähköinen palvelu korvasi kasvokkain kohtaamisen mahdollisuutta. Yksi haastateltavista oli myös huolissaan sähköisen asioinnin tietosuojasta. Sähköiseen asiointiin positiivisesti suhtautuneet pitivät tärkeänä, että potilas saisi itse valita, halusiko asioida sähköisesti vai ei. Haastateltavat kokivat, että sähköinen palvelu ei saisi kokonaan korvata kasvokkain asioimista, vaan sen tulisi olla vaihtoehtona tai lisänä muulle palvelulle. Haastatteluissa nousee esille huoli siitä, pärjäävätkö kaikki sähköisten palveluiden kanssa. Kolme haastateltavaa mainitsi, että itse pärjäsivät kyllä, mutta he olivat huolissaan muista. Huoli koskee nimenomaan vanhempia henkilöitä.

*”Nuorille se on helppoa, mutta meidän ikäisille se on vaikeampaa. Et mä oon ikäisistäni kuitenkin ehkä nohevimmasta päästä. Et ei mun kaveritkaan kaikki nettiä tai mitään näitä välineitä käytä. Et ei ne oo tottunut. Et ei ole kaikilla ole printteriä kotona tai edes sähköpostia. Se on se ainut ongelma.” (A9)*

Sähköisen asiointi koettiin osaksi nykypäivää ja sen uskottiin lisääntyvän. Asiakastyytyväisyystutkimuksen palautteista nousee selvästi tyytyväisyys sähköisen asioinnin mahdollisuuteen. Mahdollisuutta sähköiseen ajanvaraukseen kehuaan. Myös siihen, että laboratoriotulokset näkyvät kanta.fi -palvelussa tai ne saadaan tekstiviestillä, ollaan tyytyväisiä. Toisaalta sähköisiltä palveluilta toivotaan helppoutta ja hyvää käytettävyyttä, ja niihin turhaudutaan nopeasti jos ne eivät toimi tai niitä ei osata käyttää. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Nijland 2008) todetaan, että sähköisten palveluiden käytössä on yhä käyttäjäystävällisyyteen liittyviä ongelmia. Potilaat kokivat, että sähköisten palveluiden antama informaatio ei ollut tarpeeksi henkilökohtaista, ja tieto oli vaikeasti tulkittavissa, eikä

siitä siten ollut suoraa hyötyä omahoitoon. Potilaille oli myös suuremmat odotukset sähköistä palvelua kohtaan, kuin, mitä palvelu pystyi tarjoamaan.

Yksi tulevaisuuden malleista sähköisten terveystalujen tuottamisessa saattaa olla virtuaalisairaala. Terveyskylä.fi -palvelun virtuaalisairaaloissa tarjotaan kansalaiselle eri aihealueisiin liittyvää tietoa uutisten, tarinoiden ja artikkelien, itsehoito-ohjeiden, itsearviointikyselyjen ja tietovisojen muodossa. Tieto-osio vastaa nykyajan internetsivustoja, mutta lisäksi virtuaalisairaaloihin liittyy verkkopohjaisia sairaanhoidon ja kuntoutuksen palveluja. Jo nyt potilaiden on mahdollista saada lähete Mielenterveystalon nettiterapioihin ja pian myös Painonhallintatalon laihdutusvalmennuksiin. Terveyskylän toimintaideaan kuuluu se, että se on aina auki. Ensimmäisiä avattuja virtuaalisairaaloita ovat Mielenterveystalo, Painonhallintatalo ja Harvinaisten sairauksien talo. Rakenteilla on tällä hetkellä parikymmentä muutakin virtuaalisairaala.

### **Sähköinen potiluus**

Kansalliset terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat korostavat potilaan osallisuutta hoidossa. Oma-toiminen hoidonseuranta on mahdollista kehittyneen teknologian ansiosta ja ajanvarausmahdollisuus tuo joustoa potilaan ajankäyttöön. Sähköisen asioinnin kehittymisen myötä potilaille on entistä parempi pääsy tiedonlähteisiin, jotka olivat ennen vain terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. Internetistä löytyy lukuisia lääketieteen julkaisuja lisäksi esimerkiksi lääkäreille suunnattu laboratoriotutkimusohjekirja, terveydenhuollon käypähoito-ohjeet ja useat potilasohjeet löytyvät internetistä. Internetin tietolähteet lisäävät potilaan tietoisuutta, ja siten mahdollisuutta vaikuttaa omaan terveyteensä ja tehdä hoitoon liittyviä valintoja. Kanta-palvelun myötä myös potilaan potilaskertomukset ja esimerkiksi laboratoriovastaukset tulevat potilaalle nähtäväksi, mikä voidaan nähdä potilasta voimauttavana asiana.

Norjalaisen tutkimuksen (Andreassen ym. 2006) mukaan sähköinen asiointi vaikuttaa potiluteen usealla tavalla, sillä se vaikuttaa potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen ja myös potilaan rooliin. Potilaan ja lääkärin välinen luottamus on tärkeää sähköisen asioinnin onnistumiseksi. Andreassenin, Trondsenin ym muiden tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan on vaikea muodostaa luottamussuhdetta lääkäriin, jos asiointi tapahtui vain sähköisesti. Kuitenkin, jos lääkäri oli potilaalle ennestään tuttu, saattoi sähköinen asiointi toimia hyvin. Suomalaisessa tutkimuksessa (Kuusisto ym. 2013) todettiin, että potilaat olivat tyytyväisiä, vaikka erikoissairaanhoidon ensikäynti korvattiin puhelimella toteutetulla etäpalveluna. Sähköinen lähete- ja palautejärjestelmä mahdollistivat nopean tie-

donsiirron perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Potilaat puolestaan olivat tyytyväisiä, koska pääsivät erikoislääkärille ilman viivettä. Vastaanottoajan ja henkilökohtaisen tapaamisen sijasta heille oli tärkeää saada tietoa oireistaan ja niiden hoitomahdollisuuksista. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että erikoislääkärin etänä antama konsultaatio perusterveydenhuollon lääkärille mahdollisti usein potilaan jatkohoidon terveystieteiden keskuksessa. Vaikka kyseisessä tutkimuksessa oli kyse puhelinpalveluna toteutetusta etähoidosta, hoidon toteuttaminen vaati toimivia sähköisiä palveluita ympärilleen, kuten sähköisen lähetejärjestelmän. Lisäksi vastaava palvelu olisi hyvin toteutettavissa myös sähköisenä palveluna, kuten videopuheluna. Myös tässä tutkimuksessa osa potilaista näki sähköisen asioinnin voimaannuttavana. Voimaantuminen tapahtui siten, että asiakas koki saavansa valtaa ja tietoa omista asioista. Myös sähköisen asioinnin helppous ja nopeus koettiin voimaannuttavana.

*”Kun mä laitan sen sähköpostin, niin lääkärit tietää, mikä toimenpide on tarpeen, niin ei tarvii tätä pallottelua.” (A4)*

Sähköisen palvelun voimaannuttava vaikutus voidaan nähdä myös siinä, että sen avulla voidaan horjuttaa potilaan ja lääkärin välistä valta-asetelmaa. Alla olevassa esimerkissä laboratorion asiakas kokee loukkaavana ja alentavana sen, että laboratoriovastaukset eivät tule suoraan hänelle, vaan lääkäri tulkitsee ne ensin hänen puolestaan.

*”Ihan kun ihmiset olisivat jotenkin aivan idiootteja. Ihan joku ei tajuisi. Se tuntuu jotenkin ihan hirveen monimutkaiselta ja se työllistää lääkäreitä. Kyllä se olisi parempi, jos ne tulokset saisi suoraan itselle. Nehän voisi tulla automaattisesti tulla suoraan johonkin nettiin tai sähköpostiin.” (A2)*

Sähköinen asiointi saattaa kuitenkin tuhota potilaan luottamussuhteen lääkäriin, jos lääkärin tapa kommunikoida sähköisesti ei tyydytä potilasta. Kasvokkaisviestinnässä vuorovaikutussuhteen osapuolilla on enemmän keinoja esittää ja tulkita viestiä. Lääkäri voi esimerkiksi huomata potilaan ilmeestä tai eleestä, että tämä ei ymmärtänyt, ja hän voi silloin reagoida asiaan. Sähköpostilla käydyssä keskustelussa väärin ymmärryksen mahdollisuus on siten suurempi, kuin kasvokkain käydyssä keskustelussa. Osa potilaista kuitenkin kokee kirjallisen viestinnän helpommaksi, kuin kasvokkaisviestinnän. Tähän tutkimukseen haastatelluista laboratorion asiakkaista osa koki, että heidän oli helpompi muistaa ja esittää kysymyksensä kirjallisessa muodossa. He kokivat, että heille oli helpompi ilmaista itsensä kirjallisessa muodossa ja viestistä tuli ytimekkäämpi ja selkeämpi, kuin jos

he olisivat selittäneet saman asian kasvotusten. Potilaat uskoivat kirjallisen viestinnän säästä sekä heidän että lääkärin aikaa. (Andreassen ym. 2006.)

Toinen selvä vaikutus potiluteen on sähköisen asioinnin mahdollistama joustavuus paikan ja ajan suhteen. Norjalaisessa tutkimuksessa (Andreassen ym. 2006) potilaat kokivat voimauttavana sen, että saivat hoitaa terveysasioitaan heille itse sopivana ajankohtana sen sijaan, että heidän olisi pitänyt sovittaa muuta toimintaansa lääkärikäynnin mukaan. Ajallinen riippumattomuus auttoi potilaita puhumaan asioista silloin kuin se tuntui heistä ajankohtaiselta. Myös tässä tutkimuksessa sähköisen asioinnin paikan ja ajan joustavuus kiinnosti haastateltavia. Haastateltavat kokivat helpotuksena, jos jokin asia hoituisi sähköisesti sen sijaan, että pitäisi ”raahautua” paikan päälle tiettyyn kellon aikaan. Norjalaisen tutkimuksen mukaan sähköinen asiointi madalsi myös kynnystä puhua sellaisista asioista, joista tuntui vaikealta puhua kasvotusten. Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkärin vastaanottotilanteessa ei aina muistettu tai keksitty kysyä niitä asioita, jotka sitten askarruttivat jälkeenpäin kotona. Madaltunut kynnys ottaa yhteyttä edesauttoi potilaan ja lääkärin tasavertaisuutta ja kannusti potilaita kertomaan terveyshuolistaan vapaammin. Asioidessaan sähköisesti potilaat eivät kokeneet kuluttavansa lääkärin aikaa ja resursseja samalla tavalla kuin lääkärin vastaanotolla. (Andreassen ym. 2006.)

Kolmanneksi sähköisen asioinnin eduiksi luetellaan usein sen taloudellisuus. Myös tässä tutkimuksessa osalla potilaista oli se käsitys, että sähköinen asiointi säästäisi myös lääkärin aikaa ja terveydenhuollon resursseja.

*”Mulla onneksi on sellaiset lääkärit, jotka käyttää sähköpostia. Vaikka ne ei sais, mutta ne säästää hirveesti rahoja.” (A4)*

Sähköisten terveyspalveluiden taloudellisuutta olisi aihetta tutkia laajemminkin. Useat terveydenhuollon toimijat ovat havainneet, että taloudellisten hyötyjen sijasta sähköiset terveyspalvelut ovat tuoneet taloudellisten hyötyjen sijasta ennemminkin laadullisia hyötyä. Sähköiset palvelut ovat myös vaatineet suuria investointeja. (Hyppönen ym. 2011.) Sähköisen asioinnin tuomien vapauksien ohella, sähköinen asiointi saattaa lisätä myös potilaan vastuuta omasta hoidostaan. Potilaita vaaditaan yhä useammin aktiivisuutta ja vastuunottoa hoidostaan ja tilanteensa seurannasta. Monet hoidot ovat siirtyneet kotiin, kuten astman, diabeteksen, eteisvärinän, verenpainetaudin, haavahoitojen ja erilaisten lääkehoitojen seurannat (Aaltonen & Rosenberg 2013, 296). Laboratoriotutkimusten

osalta mietityttää, kenellä on vastuu laboratoriotulosten tulkinnasta, jos potilas itse teettää laboratoriotutkimuksen ilman lääkärin välitystä. Miten turvataan potilaan hoito, jos potilas ei vakavassa tapauksessa osaa tulkita laboratoriotuloksia oikein? Terveystietämys potilaiden keskuudessa on kirjavaa. Osa potilaista ei tiedä paljoakaan terveyteen liittyvistä asioista, ja heille terveydenhoidon termit ja käytänteet saattavat olla vieraita. Toisilla taas voi olla hyvinkin vahvat näkemykset ja vaatimukset hoidosta. Potilailla saattaa olla siten hyvin erilaiset valmiudet ja tahto aktiiviseen potiluu-teen.

### **Sosiaalinen media ja mobiiliteknologia**

Mobiiliteknologian ja nopeiden laajakaista yhteyksien kehittymisen myötä ihmisillä on jatkuvasti nopea pääsy internettiin ja erilaisiin sosiaalisen median sovelluksiin. Suomessa yli puolet verkon käyttäjistä on mukana jossakin yhteisöllisessä palvelussa. Sosiaalisen median vahvuuksia on sen tarjoama vertaistuki itsehoidossa ja erilaisten sairauksien kanssa selviämisestä. Toisten kokemuksista voi oppia ja uusista hoitomuodoista tai lääkkeistä voi kuulla vertaisiltaan. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan joka viides internetin käyttäjä hakee omaan sairauteen tai terveyteen liittyvässä asiassa vertaistarinoita internetistä (Fox 2011). Sosiaalinen media on myös edistänyt mahdollisuutta jakaa tietoa helposti. Terveysviestinnän näkökulmasta sosiaalisessa mediassa jaetaan liikkumiseen, ravitsemukseen ja sairauskokemuksiin liittyvää tietoa. Sosiaalisessa mediassa saatetaan myös jakaa kokemuksia saadun hoidon laadusta tai toimivuudesta, ja esittää mielipiteitä terveydenhuollon toimijasta. Sosiaalinen media ei noussut merkittävästi esille tämän tutkimuksen aineistosta. Puolet haastateltavista kuitenkin mainitsi sosiaalisen median käytön jossain muodossa terveystiedon hankkimiseen liittyen. Haastateltavista kaksi käytti keskustelupalstoja terveystiedonhankkimiseen. Keskustelupalstoilta saatuun tietoon suhtauduttiin varauksella, mutta niitä luettiin silti mielenkiinnosta ja erilaisia näkökulmia etsien.

*”Sit toki kyllä mä tiedän et ei kannata niihin keskustelupalstoihin sinänsä luottaa, mutta kattoo vähän, että mitä sielläkin on, et erilaisia näkökulmia. Tuleeks sielt esille jotain muuta.” (A8)*

Facebookia käytti kaksi haastatelluista, molemmat käyttivät potilasjärjestön Facebook-sivuja, joista tunsivat löytävänsä vertaistukea ja tietoa juuri omasta sairaudestaan. Sosiaalista mediaa ei pidetty niinkään luotettavan terveystiedon lähteenä vaan ennemminkin vertaistuen ja viihteen paikkana. Kolme haastateltavaa luki blogeja terveystiedon hankintaan liittyen. Kaikki kolme myös luottivat

blogeista löydettyyn informaatioon enemmän kuin terveydenhuollon ammattilaisilta saatuun tietoon.

*”Jotain terveystietoblogeja ja sit sellaisia ravintoon liittyviä, pikkuhiljaa opiskellut lisää. Rasvakeskustelu on aina mielenkiintoinen. Se on kuulemma kääntymässä nyt oikeesti jenkeissä. Uudet suositukset tulossa ja koko pakka pannaan ylösalaisin. Se on aika mielenkiintoista”. (A6)*

Aikaisemman tutkimuksen perusteella (Fox 2011) voi olettaa, että sosiaalisen median käyttö myös terveystietoon ja viestintään liittyen on kasvussa. Sosiaalinen media tarjoaa uudenlaisen väylän varsinkin vertaisviestintään ja terveystietoon. Amerikkalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että sosiaalista mediaa käytetään etenkin kokemuspohjaisen tiedon etsimiseen. Kuitenkin vain kuusi prosenttia oli itse osallistunut terveystietoon tai kommentoinut sitä, ja vielä harvempi on kertonut sosiaalisessa mediassa omia terveyteen liittyviä kokemuksia. (Fox 2011.)

Terveyttä ja sairautta koskevan tiedon luonne vaikuttaa siihen, mistä tietoa etsitään. Lääketieteellisen tiedon ja sairauden diagnosoinnissa lääkäri tai terveydenhuollon ammattilainen on yhä ensisijainen lähde, mutta arkisten sairauden kanssa elämiseen liittyvissä tilanteissa käännetään omien verkostojen ja internetin puoleen. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan omaishoitajat käyttivät sosiaalista mediaa terveyteen liittyvissä asioissa enemmän kuin muut. Myös kroonisella sairaudella tai vammaisuudella oli positiivinen vaikutus sosiaalisen median käyttöön terveyteen liittyvissä asioissa. Sosiaalisen median käyttö ei liittynyt niinkään terveystiedon hakuun, vaan sitä käytettiin pikemminkin vertaistuen saamiseksi, itsensä motivoimisen ja empatiaan liittyen. Internetistä ja sosiaalisesta verkostosta löytyvä tuki oli terveydenhuollosta saatua tietoa tukeva. Kuitenkin erittäin harvinaisten sairauksien kohdalla internetistä löytyvä vertaistuen verkosto koettiin korvaamattomana, koska se saattoi olla ainoa paikka, josta tietoa löytyi. (Fox 2011.)

Sosiaalisen median aikakaudella pelkkä tiedon tarjoaminen ei enää riitä. Organisaation sähköisiltä palveluilta toivotaan vuorovaikutusta, kuten esimerkiksi reaaliaikaista terveysneuvontaa. Olemalla mukana sosiaalisessa mediassa terveydenhuollon ammattilaisilla on mahdollisuus tavoittaa asiakkaat siellä, missä he milloinkin ovat. Sosiaalinen media tarjoaa organisaatioille mahdollisuuden näkyä verkossa ja tuoda esille omaa asiantuntijuuttaan. Sen avulla voidaan helpottaa tarjottujen palvelujen löytymistä ja niiden markkinointia omille verkostoille. Sosiaalinen media antaa välineitä terveyden edistämiseen, potilaiden osallistamiseen ja ammattilaisten verkostoitumiseen. Sosiaalisen median kääntöpuoli on se, että verkossa liikkuu paljon tietoa, jonka todenperäisyyttä ei ole osoitet-

tu. Kuka tahansa voi esiintyä asiantuntijana vailla minkäänlaista koulutusta ja eri motivaatioin. Sosiaalisessa mediassa viitataan usein tutkimustietoon kuitenkin selvittämättä tutkimuksen laatua tai todenmukaisuutta tarkemmin. Eija Hukan (2014, 109) mukaan terveydenhuollon organisaatioiden läsnäolo sosiaalisessa mediassa on tärkeää. Niitä tarvitaan aktiivisen tiedon jakajina, keskustelijoina. Jos asiantuntijat puuttuvat sieltä, missä keskustelua käydään, joutuvat tiedon hakijat muodostamaan näkemyksensä sen perusteella, mitä tietoa on saatavissa.

Mobiiliteknologia puolestaan tuo mahdollisuuksia potilaan omaseurantaan ja potilaan ja hoitoyksikön väliseen kommunikointiin. Amerikkalaisessa tutkimuksessa 27 prosenttia internetin käyttäjistä kertoi seuranneensa terveyttään jonkinlaisella mittarilla internetissä, tähän liittyi esimerkiksi painon, ruokavalion, liikkumisen tai muiden terveyteen liittyvien mittarien seuranta. Lisäksi henkilöistä, jotka omistivat älypuhelimien, yhdeksällä prosentilla on siihen ladattuna jokin terveyteen liittyvä sovellus. Laboratoriossa mobiiliteknologiaa on hyödynnetty esimerkiksi laboratoriotulosten välittämässä potilaille, sekä sairaalan klinikoiden ja laboratorion välisessä viestinnässä. Mobiiliteknologia olisi hyödynnettävissä myös esimerkiksi palauutteen keräämisessä. Lisäksi mobiiliteknologian yleistymisen on asettanut uusia vaatimuksia organisaation internetsivuille ja aiemmin tietokoneella käytetyille sähköisille palveluille. Kaiken sähköisen sisällön tulee olla käytettävissä useammilla laitteilla. (Fox & Duggan 2013.)

Organisaatioviestinnän näkökulmasta toiminnassa on tapahtunut suuri muutos, kun tiedon tuotantoprosessit siirtyvät internetiin ja oikeus tiedon tuotantoon on kaikilla. Terveystieteiden tutkimuksessa pohditaan tietoturvaan, tiedon oikeellisuuteen ja yksityisyyteen liittyviä kysymyksiä avoimen viestinnän ympäristössä. Sosiaalisessa mediassa mietityttää etenkin yksityisyyteen, vaitiolovelvollisuuteen, tietosuojan ja vastuuseen liittyvät kysymykset. Potilas voi myös itse jakaa itsestään tietoa ymmärtämättä sen julkisuutta. Sosiaalinen media on myös muuttanut tiedon hakemista. Sisältöjä ei välttämättä haeta organisaatioiden kotisivuilta, vaan ne löydetään omien verkostojen kautta. Hakukoneella on kuitenkin yhä merkittävä rooli tiedonhaussa. Organisaatioiden staattisten verkkosivujen löydettävyyden hakukoneillakin kuitenkin heikkenee sitä mukaan kuin sosiaalisesti tuotetun sisällön osuus verkossa kasvaa. Siksi sosiaalista mediaa ei voida ohittaa organisaatioviestintää pohdittaessa. Organisaatioissa onkin havahduttu sosiaalisen median tehokkuuteen esimerkiksi kriisitilanteissa. (Hukka 2014, 104-106.)

Sosiaalisen median ja mobiiliteknologian käyttö lisääntyy jatkuvasti ja korvaa niin perinteisten internetsivujen kuin myös tietokoneen käyttöä. Terveydenhuollon sähköisten palveluiden on ehdottomasti sovittava tähän ympäristöön ollakseen käytettävyydeltään asiakasystävällisiä. Sosiaalinen media on myös muuttanut niitä ympäristöjä, joissa terveyskeskusteluja käydään. Sosiaalisen median areenalla asiantuntijan ja potilaan roolit tasavertaistuvat, kun kenellä tahansa on yhtäläinen mahdollisuus osallistua keskusteluun. Kuitenkin asiantuntijoiden ja virallisten toimijoiden läsnäolo näissä keskusteluissa olisi tärkeää, jotta myös terveydenhuollon ääni pääsisi kuuluville.

## 10. Potilaan ja lääkärin välinen suhde internetaikakaudella

Kolmantena teemana haastatteluissa oli potilaan ja lääkärin välinen suhde. Lääkärillä on merkittävä rooli potilaan ja laboratorion välisessä kanssakäymisessä. Laboratoriotutkimuksiin vaaditaan lääkärin lähete. Lääkäri kertoo potilaalle, mitä tutkimuksia hänestä otetaan ja selittää minkä vuoksi. Lisäksi lääkäri pääsääntöisesti välittää laboratoriotutkimusten vastaukset potilaalle. Edellä mainituista käytännöistä johtuen potilaan ja lääkärin välistä suhdetta on perusteltua tarkastella myös laboratorion asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota potilaan ja lääkärin väliseen valtasuhteeseen, sekä siihen, oliko internetin tiedonhaulla osuutta roolien muodostumisessa. Potilaan ja lääkärin välistä suhdetta potilaan näkökulmasta avattiin kysymällä potilaan ja lääkärin välisestä vuorovaikutuksesta: a) Miten valmiita potilaat olivat esittämään lääkärille internetistä löytämänsä tietoa? b) Saiko potilas mielestään tarpeeksi tietoa lääkäriltä hoitoonsa liittyen? ja c) Oliko potilas joskus ollut eri mieltä lääkärin kanssa? Haastattelujen kulku johti myös muihin tarkentaviin kysymyksiin. Lisäksi lääkärin ja potilaan välinen suhde nousi esiin myös muiden kysymysten yhteydessä.

### **Internetin tiedonhaun vaikutukset potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen**

Potilaan ja lääkärin välistä suhdetta ja sen muuttumista internetaikakaudella on tutkittu paljon 2000-luvulla (Iverson ym. 2008, Marin-Torres ym. 2013, Brown ym. 2015, Hall & van Niekerk 2015). Aikaisemmasta tutkimuksesta nousee esille terveydenhuollon henkilökunnan huoli siitä, miten internetistä löytyvä tiedonmäärä ja vaihteleva laatu vaikuttavat potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen (Iverson ym. 2008). Huolena on, että potilaat eivät välttämättä osaa tunnistaa luotettavia tietolähteitä tai tulkitsevat tietoa väärin. Internetistä löytyvän tiedon avulla potilas saattaa hoitaa itseään omatoimisesti lääkärin antaman ohjeistuksen sijasta (Iverson ym. 2008). Lowrey (2006) esittää, että lääkärin valta-asema ja auktoriteetti terveydenhuollon asiantuntijana vähenee, kun potilaat löytävät vaihtoehtoisia tietoa internetistä. Internetistä löytyvän terveystiedon ansiosta lääkärillä ei ole enää absoluuttista valtaa lääketieteellisen tiedon haltijana tai välittäjänä. Lowrey (2006) arvioi, että tois- taiseksi potilaat menettävät luottamuksensa tai haastavat vain yksittäisiä lääkäreitä, mutta eivät vielä niinkään koko ammattikuntaa. Myös tämän tutkimuksen haastatteluissa löytyy viitteitä siitä, että lääkäreiden auktoriteettiasema potilaaseen nähden vaihtelee. Oman alan erikoislääkäriin ja tuttuun lääkäriin luotetaan enemmän kuin esimerkiksi tuntemattomaan terveyskeskuslääkäriin.

*„jos on joku ventovieras lääkäri, niin sitten on vähän epävarma olo.” (A1)*

*”No kyllä sillä on merkitystä (lääkärillä).” (A9)*

Lääkärin auktoriteetti ja valta-asema on tämän tutkimuksen haastatteluissa ristiriitaisen pohdinnan kohteena. Yhtäältä lääkärin auktoriteetti kyseenalaistetaan, ja osa potilaista pyrkii tasavertaiseen asemaan lääkärin kanssa. Toisaalta lääkäriä arvostetaan ja lääkäriin turvaudutaan vaikeissa tilanteissa. Lääkärin auktoriteettiasemalla voi siis olla myös tilannekohtaista vaihtelevuutta.

*”Se on vähän tilanne kohtaista, mutta voin sanoa pääsääntöisesti uskon enemmän itseäni kun lääkäriä. Paitsi jos on paha tilanne. Et sit, jos on jotain luomu hörhötystä, niin niitä ei parane lääkärille sanoa.” (A10)*

*”No mä luulen, että mä tiedän niist yhtä paljon kun ne lääkärit. Voi olla mielipide-eroja. Mutta kyllä mä arvostan tätä mun omaa lääkäriä, persoonana, puhutaan paljon muutakin. – Lääkärihän on vain konsultti niin kuin teollisuudessakin, päättäjät sitten firman omistajat, ja terveydestä pitää päättää itse.” (A6)*

Lowreyn (2006) tuloksista poiketen kanadalaisen tutkimuksen (Laugesen ym. 2015) havainto oli, että tiedonhaku internetistä ei pienentänyt potilaan ja lääkärin välisen suhteen valtahierarkiaa. Perinteisesti on ajateltu, että lääkärin auktoriteetti perustuu hänen valta-asemaansa lääketieteellisessä tietämyksessä. Näin ollen voisi olettaa, että kun potilaan tietämys lisääntyy internetin terveystiedolla, potilaan ja lääkärin välinen valta hierarkia kaventuisi. Kanadalaisessa tutkimuksessa näin ei kuitenkaan käynyt. Tutkimuksen tuloksia perusteltiin sillä, että vaikka potilas lisäisi omaa tietämystään internetistä saadulla tiedolla, saatavilla oleva tieto ei kuitenkaan ylittänyt lääkärin tietotasoa. Lääkäri on usein jo valmiiksi tietoinen potilaan esittämästä tiedosta (esimerkiksi uudesta hoitomenetelmästä tai lääkkeestä) ja siten hän pystyy vastaamaan ja selittämään potilaalle, miksi kyseinen hoitomenetelmä ei juuri kyseisen potilaan tapauksessa ole sopiva. Potilas huomaa, että vaikka hänen oma tietopääomansa on lisääntynyt tiedonhaun avulla, se ei ylitä lääkärin tietotasoa, ja näin ollen lääkärin valta-asema säilyy. Tämän tutkimuksen analyysin tulokset poikkeavat hieman kanadalaisesta tutkimuksesta. Vaikka lääkäriellä on edelleen valta-asema potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa, tässä tutkimuksessa nousi vahvasti esille potilaan pyrkimys vaikuttaa neuvottelemalla tuohon asemaan. Internetistä saatu tieto auttaa osaltaan potilasta kyseenalaistamaan lääkärin valta-asemaa, mutta se ei ole ainoa eikä välttämätön tekijä. Terveyskeskuslääkäri ei onnistunut aina herät-

tämään luottamusta ammattitaidollaan. Silloin oma tietämyksen taso, tai esimerkiksi erikoislääkärin konsultaatio, vaikutti potilaan omaan mielipiteeseen. Myös omaa kokemuspohjaista tietoa pidettiin vahvana lääketieteen kyseenalaistajana.

*”Mun tavallaan täytyy pystyä hallitsemaan sitä juttua tiettyssä määrin itse, kun neurologeistakin vaan suunnilleen neuroimmunologian professori tietää missä mennään, kun mä sitten meen jonnekin terveyskeskukseen tai jollekin muulle erikoislääkärille, niin mun täytyy olla aika hyvin kartalla, että mä osaan kertoa mikä on oleellista.” (A4)*

*”Esimerkiksi kerran tällaisella työterveyslääkärillä niin sellaisen yhden verenpainemittauksen perusteella hän olisi määrännyt sellaisen verenpainelääkityksen, kun on diabetesta ja metabolista oireyhtymää niin mä en sit ottanut sitä, ja hän sanoi et olisi hyvä ottaa, niin mä vaan, että sen yhden kahden tapaamisen perusteella mä niin kun loppuelämäni söisin jotain pillereitä.” (A3)*

Internetin terveystiedonhaku näyttäytyy tutkimuksissa kahtiajakoisesti; yhtäältä esitetään, että tiedonhaku lisäisi lääkäriä vietettyä aikaa ja nostaisi hoidon kustannuksia, toisaalta taas nähdään tiedonhaulla positiivisia vaikutuksia hoidon toteutumiseen ja jopa kustannusäästöjä. Pessimistisessä näkökulmassa pelätään, että internetistä saatava tieto lisäisi potilaiden kysymyksiä vastaanotolla, ja lisäisi lääkärin tarvetta selittää perusteellisemmin valitsemansa hoitomuoto. Potilaat saattaisivat myös tarpeettomasti vaatia kalliimpia hoitomuotoja, koska olivat lukeneet niistä internetistä. Lisääntyneen informaation pelättiin lisäävän väärinkäsityksiä ja hämmennystä potilaiden keskuudessa. Positiivisessa näkökulmassa kirjallisuus esittää, että hypoteeseista ja huolista poiketen, internetin tiedonhaulla on positiivisia vaikutuksia potilas-lääkäri-suhteeseen. Tiedonhaku lisää potilaan ymmärrystä terveyteen liittyvissä ratkaisuisissa ja antaa potilaalle paremman pätevyyden osallistua oman hoidon toteuttamiseen. Internetin tiedonhaku näyttäisi myös edistävän potilaan kiinnostusta omaan terveyteensä ja sitoutumista sen ylläpitoon ja hoitoon. Internetistä saatetaan myös hakea tietoa ja vastauksia sellaisiin kysymyksiin, joita ei kehdeta esittää lääkärille. Lisäksi internetissä asiaan on mahdollista tutustua rauhassa ja omalla ajalla viemättä lääkärin aikaa. Tiedon sisäistäminen voi viedä enemmän aikaa kuin lääkärikäynnin yhteydessä on mahdollista käyttää, ja näin ollen internet voi auttaa hallitsemaan lääkärikäynnillä saatua tietotulvaa. Lisäksi internet mahdollistaa vertaistuen hakemista potilailta, jotka ovat kohdanneet saman sairauden tai terveydellisen ongelman. On myös esitetty, että potilaiden lisääntynyt tietotaito voisi ehkäistä potilasvahinkoja. (Iverson ym. 2008.)

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tukea sille, että internetistä saatu tieto herättää kysymyksiä ja saattaa vaikuttaa potilaiden mielipiteisiin hoidosta. Kysymysten määrä lääkärille saattaa lisääntyä, mutta toisaalta internetistä löytyvään aineistoon saatetaan tutustua lääkärikäynnin jälkeen täydentämään tai selittämään lääkäriltä saatua tietoa. Haastatteluissa nousee selvästi esille potilaiden halu keskustella ja ymmärtää lääkärin määräämä hoito, keskustella vaihtoehtoista ja tulla kuulluksi. Vuorovaikutuksellisen yhteisymmärryksen kautta potilaat myös kokevat osallisuutta päätöksentekoon.

*”Mä en tykkää siitä, että vaan sanotaan säännöt vaan pitää perustella miksi.” (A2)*

*”Kyllä sen pitää yhdessä syntyä sen päätöksen, että se on hyväksyttävissä.” (A6)*

*”No kyllä (haluan vaikuttaa hoitoni), jos on sen tyyppinen lääkäri, että sen kanssa vois keskustella, jos sillä on aikaa ylipäättänsä keskustella yhtään mistään.” (A10)*

*”Sit tavallaan mäkin niin kun selvitän kauheesti taustoja ja sit mä kysyn et onko tää nyt näin ja oisko tässä mahdollisuus tehdä sillä toisella tavalla. Ja millä perusteella valitaan tää tapa eikä jokin toinen tapa.” (A2)*

*”Kyllä mä haluan, että siitä keskustellaan, ja silleen oon saanut vaikka vaihdettua lääkettä toiseksi, kun on itsestä tuntunut, että tää lääke ei sovi.” (A7)*

Internetistä saatu informaatio voi lisätä potilaan tietotasoa ja ymmärrystä omasta hoidostaan mahdollistaen vuorovaikutuksellisen keskustelun lääkärin kanssa. Tässä mielessä potilaan ja lääkärin välinen hierarkkinen kuilu kapenee. Haastatteluista käy ilmi, että halu vuorovaikutukseen ja keskusteluun ei kuitenkaan johdu yksiselitteisesti internetistä saadusta uudesta tai poikkeavasta tiedosta. Potilaan halu neuvottelevaan ja tasavertaiseen suhteeseen tulee esille useassa haastattelussa. Potilaan ja lääkärin välisestä valtahierarkiasta käydään jatkuvaa neuvottelua. Internetistä saatu tieto saattaa edesauttaa vuorovaikutusta potilaan ja lääkärin välillä. Se ei kuitenkaan johda lääkärin valta-aseman heikkenemiseen, vaan ehkä jonkin asteiseen auktoriteetin kyseenalaistamiseen.

Internetistä löytyvä tieto ei kuitenkaan aina johda voimaantumisen tuntemuksiin. Tähän vaikuttaa myös se, miten potilas pystyy käsittelemään saamaansa tietoa lääkärin kanssa ja miten lääkäri suhtautuu potilaan antamaan tietoon. Useat kansainväliset tutkimukset (Rice 2006, Fox 2006, Iverson

ym. 2008) osoittavat, että suurin osa potilaista ei näe ongelmana kertoa tai kysyä internetistä löytämästään tiedosta lääkäriltä. Siinä missä nuoremmat ikäryhmät eivät nähneet ongelmana tuoda internetistä löydettyä tietoa esille lääkärin vastaanotolla, vanhemmat ikäryhmät kertoivat internetistä löytämästään tiedosta harvemmin lääkärille. Amerikkalaisen tutkimuksen (Bylund ym. 2007) mukaan 30–40 % henkilöistä, jotka ovat etsineet tietoa internetistä, ottavat sen puheeksi lääkärikäynnin yhteydessä. Näistä henkilöistä vähän yli puolet kertoi lääkärille löytäneensä tiedon internetistä. Tutkimuksessa nousi esille, että harva potilaista esitti löytämänsä tiedon faktana. Suurin osa toi asian esille kysymyksillä tai ehdotuksilla. Tässä tutkimuksessa kuusi potilasta kertoi kysyneensä internetistä lukemastaan asiasta lääkäriltä. Haastatelluissa kuitenkin nousi esille, että internetistä löydetyn tiedon esittäminen lääkäreille ei ollut ongelmatonta.

*”Tähän on se vanha sääntö, että älä ikinä kerro että olet internetistä lukenut jotain. Pitää vaan niin kun ehdottaa, että onko mitenkään mahdollista, että voisiko se olla jotain tällasta. Että mut tähän on se et periaatteessahan se on hirveen negatiivinen suhtautuminen, jos joku sanoo, että on löytänyt jotain internetistä. Sehän sitten ihansellanen no no.” (A2)*

*”Kyllä varmaan, joo jos jonkun mielenkiintoisen jutun löytää, ja sitten siitä keskustellaan. Must tuntuu että jotkut lääkärit ei hirveesti tykkää, että jos heille tuodaan printti eteen – – Niin täytyy tietenkin asia hoitaa tyylikkäästi, että se ei ole varmasti oikea tapa jos heittää printin eteen kun se ei sit kerkee perehtyä.” (A6)*

Kuten esimerkeistä käy ilmi, asiakkaat kokivat, että kysymys oli tarpeen muotoilla sopivaan tapaan. Asiakas uskoi, että lääkäri suuttuisi tai ei pitäisi siitä, jos potilas esittäisi jotain itse löytämänsä. Osa asiakkaista koki epämukavuutta lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan auktoriteetin kyseenalaistamisessa. Sama asia nousi esille myös muissa asiayhteyksissä, jossa ei varsinaisesti viitattu internetistä löydettyyn tietoon. Myös Silver (2012) havaitsi, että potilaat saattavat jättää kertomatta lääkärille internetistä löytämästään tiedosta. Potilaat saattoivat ajatella, että lääkäri ei ehkä haluaisi kuulla internetistä löydetystä tiedosta tai he pelkäsivät sanovansa jotain väärin lääkärille. Potilaat jättivät kysymättä kysymyksensä siitä huolimatta, että asia askarrutti heitä.

*”Et ei maallikon sovi olla niiden kanssa eri mieltä, et kyllähän kaikki lääkäritkin on sitä mieltä. Et eihän maallikko voi tietää yhtään mitään.” (A10)*

*”Se oli musta vähän epämiellyttävää, mun olisi ollut kivempi sanoa vaan joo, kyllä mä niitä syön just niin kun pitää. Must tuntuu tyhmältä, että mä joudun jonkun työterveyshoitajan näkemyksiä korjaamaan,” (A8)*

*”Tuota, ehkä vähän sillai, että mulla on mielessä ollut, mutta miten nyt sanoisin, että olen vähän sisäänpäin vetäytynyt niin mielessä.” (A3)*

Myös kanadalainen tutkimus (Laugesen ym. 2015a) tuli siihen tulokseen, että lääkärit eivät pitäneet siitä, että internetistä löydettyä terveystietoa tuotiin esille vastaanotolla. Lääkärit kokivat, että internetistä ehkä väärin ymmärretyn tiedon selittäminen oli aikaa vievää ja turhauttavaa. Toisaalta lääkäriellä ei myöskään välttämättä ollut aikaa perehtyä esitetyn tiedon luotettavuuteen. Lääkäreiden mielestä internetistä löydetty tieto lisäsi potilaiden hämmennystä, ahdistuneisuutta, omien diagnoosien tekoa ja omahoitoa. Ongelmana oli, että potilaan itse tekemä diagnoosi ei välttämättä ollut lääketieteellisesti perusteltu. Silver (2015) vuorostaan havaitsi, että potilaan kysyessä lääkärit pystyivät hyvin ohjaamaan potilasta internetistä löytyvän terveystiedon äärelle ja auttamaan löydetyn tiedon luotettavuuden arvioinnissa. Potilailla on monesti halua perehtyä ja etsiä tietoa internetistä, mutta ei aina taitoa tai kärsivällisyyttä löytää luotettavaa tai ymmärrettävää lähdettä. Silverin mielestä lääkärin tulisi jopa kannustaa potilasta kertomaan internetistä löytämästään tiedosta, jotta potilas uskaltaisi tuoda häntä askarruttavat asiat esille lääkärin vastaanotolla. (Silver 2015.)

### **Luotettavuus, laatu ja yhteisymmärrys**

Aikaisemmassa tutkimuksessa esitetään, että potilaat pitävät omaa lääkäriä luotettavimpana terveystiedon lähteenä (Iverson ym. 2008). Lisäksi aikaisemmassa tutkimuksessa (Ahmad ym. 2006, Bell ym. 2011) on ehdotettu, että potilaan ja lääkärin välisellä luottamuksella on vaikutusta potilaan terveystiedonhakuun internetistä. Potilaat, jotka luottavat lääkäriinsä, eivät koe tarvetta hakea lisää informaatiota internetistä. Sen sijaan potilaat, jotka luottivat vähemmän terveydenhuollon henkilökunnan antamaan tietoon, hakivat enemmän tietoa internetistä. Myös kanadalaisessa tutkimuksessa (Laugesen ym. 2015) selvisi, että potilaan kokemalla lääkärin laadulla oli enemmän vaikutusta siihen, miten potilas toteuttaa hoitoansa kuin internetistä löydetyllä tiedolla. Lääkärin laatua arvioitiin lääkärin pätevyyden, vuorovaikutuksen ja empatiakyvyn perusteella. Kun potilas koki lääkärin laadukkaaksi, hän myös todennäköisemmin seurasi lääkärin antamaa ohjeistusta. Laadukas lääkäri pystyi osoittamaan potilaalle ammatillisen pätevyyteensä potilasta koskevassa asiassa ja siten herättämään potilaan luottamuksen. Laadukas lääkäri pystyi saavuttamaan yhteisymmärryksen potilaan

kanssa tämän diagnoosista ja sen hoidosta. Samassa tutkimuksessa myös kävi ilmi, että vaikka internetin tiedonhaku auttaa potilaan ja lääkärin vuorovaikutussuhteessa ja yhteisymmärryksessä, niin sen vaikutus ei ole ollenkaan yhtä vahva hoidon toteutumisen kannalta kuin lääkärin laadulla (Laugesen ym. 2015). Tämän tutkimuksen tulokset tukevat käsitystä lääkärin laadukkuuden ja potilaan luottamuksen yhteydestä. Potilaat kokivat, että oli helpompaa luottaa tuttuun lääkäriin, ja myös erikoislääkäriin luotettiin enemmän kuin terveyskeskuslääkäriin. Toisaalta myös taudin vakavuus vaikutti siihen, kuinka paljon lääkärin ohjeista oltiin valmiita poikkeamaan.

*”Mulla on niin pitkäaikaiset hoitosuhteet, että sellainen lääkäri, joka on mut nähnyt monta kertaa, niin se näkee, sen ei edes täydy ottaa mitään labraa.” (A4)*

*”Se on vähän tilanne kohtaista, mutta voin sanoa pääsääntöisesti uskon enemmän itseäni kun lääkäriä. Paitsi jos on paha tilanne.” (A10)*

Aikaisemman tutkimuksen perusteella internetistä haettu tieto osaltaan lisää potilaiden mahdollisuutta kyseenalaistaa lääkäriltä saatu tieto (Lowrey 2006). Tämän tutkimuksen haastatteluista nousee kuitenkin esille, että lääkärin kyseenalaistamiseen liittyy myös muita tekijöitä, kuten potilaan luottamus lääkäriin ja hänen ammattitaitoonsa, potilaan omat kokemukset ja tuntemukset, potilaan lähipiirin mielipiteet sekä muun median tuottama informaatio. Luottamus lääkäriltä saatuun tietoon on osa lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Sen muoto ei ole yksiselitteinen, totaali tai pysyvä, vaan keskusteleva, tapauskohtainen ja uudelleen muokkautuva. Toisinaan potilas saattaa jopa toimia lääkärin ohjeiden vastaisesti. Tottelemattomuus lääkärin ohjeita kohtaan näyttäisi johtuvan enemmänkin luottamuksesta kyseiseen lääkäriin kuin suoraan internetistä saadusta tiedosta.

*”Esimerkiksi kerran tällaisella työterveyslääkärillä niin sellaisen yhden verenpainemittauksen perusteella hän olisi määrännyt sellaisen verenpainelääkityksen, kun on diabetesta ja metabolista oireyhtymää niin mä en sit ottanut sitä ja hän sanoi et ois hyvä ottaa, niin mä vaan, että sen yhden kahden tapaamisen perusteella mä niin kun loppuelämäni söisin jotain pillereitä, no tää on ehkä sellainen ääripää.” (A3)*

Toki voi olla mahdollista, että internetistä saadun tiedon avulla potilaat ovat rohkeampia kyseenalaistamaan lääkärin neuvot. Haastatteluissa nousee kuitenkin esille viitteitä siitä, että juuri lääkärin

koetulla laadulla olisi merkitystä. Esimerkeissä näkyy luottamus omaan hoitavaan lääkäriin tai kyseisen alan erikoislääkäriin.

*”Ylipäätänsä koko tän diagnostiikan kanssa, kun tää mun sairaus on tällainen yksi miljoonasta lottovoitto, niin mun tavallaan täytyy pystyy hallitsee sitä juttua tietyssä määrin itse— kun neurologistakin vaan suunnilleen neuroimmunologian professori tietää missä mennään, kun mä sitten meen jonnekin terveyskeskukseen tai jollekin muulle erikoislääkärille, niin mun täytyy olla aika hyvin kartalla, että mä osaan kertoa mikä on oleellista.” (A4)*

*”No kyllä sillä on merkitystä (lääkärillä) — Eli tällainen yleislääkäri määräsi vaan joidenkin raja-arvojen perusteella sen beetasalpaajan, mutta se erikoislääkäri, joka oli tehnyt sen pallolaajenuksen oli sitä mieltä että riittää nää nykyiset verensäätölääkkeet.” (A9)*

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Ijas-Kallio ym. 2010) on esitetty, että lääkäri ja potilaat käyvät vuorovaikutuksellista keskustelua eri lähtökohdista. Lääkärillä lähtökohtana on lääketieteellinen näkökulma sairauden hoitoon, kun taas potilaan näkökulma on sairauden sovittaminen ja sen vaikutukset jokapäiväiseen elämään. Mahdollisimman hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi ja potilastyytyväisyyden edistämiseksi näiden eri lähtökohtien tulisi kohdata. Ruusuvooren (2006) mukaan hoitomyöntyvyyden sijaan tulisi puhua potilaan ja lääkärin yhteisestä hoitoa koskevasta näkemyksestä. Myös tässä tutkimuksessa löytyy viitteitä potilaan ja lääkärin viestinnän eri lähtökohdista ja tähän liittyvästä problematiikasta. (Ijas-Kallio ym. 2010.)

*”..mutta kyllä mulla tietysti on hieman jäänyt kismittämään se, et en mä henkilöinä moiti ihmisiä mut se on hyvin tämmöstä lääkepainotteista. Et vähän jää se kuva, että katotaan vaan niin sen helppo ratkaisu et näin ja näin ja sitten lääkkeet. Et joko lisätään tai pidetään ennallaan.” (A3)*

*”Ei minulla ollut mitään perusteita sanoa, että ei. Hänellä oli varmaan ne raja-arvot, minkä perusteella tällaista määrätään, mutta siinä ei sit ollut sellaista henkilökohtaista harkintaa.” (A9)*

Ijas-Kallio ym. (2010) suomalaisen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa potilaat pyrkivät lääkärin kanssa yhteiseen näkemykseen myös silloin, kun he olivat lääkärin kanssa eri mieltä alkuperäisestä diagnoosista. Ylipäätänsä potilaat vastustavat lääkärin antamaa diagnoosia

vain harvoin. Vastustaessaan lääkärin diagnoosia potilaat pyrkivät neuvottelemaan ehdottamalla vaihtoehtoisia näkökulmia sen sijaan, että olisivat suoraan vastustaneet lääkärin diagnoosia. Ijäs-Kallio ym. (2010) huomasivat, että ollessaan eri mieltä lääkärin kanssa potilaat eivät kyseenalaista lääkärin lääketieteellistä diagnoosia suoraan, vaan tuovat esille omia diagnoosin kanssa ristiriitaisia sairauden tuntemuksiaan. Osa potilaista myös piti omia tuntemuksiaan yhtä tärkeinä kuin lääkärin lääketieteellistä näkökulmaa diagnoosin ja hoidon määrittämisessä. Lääketieteellistä neuvottelua käydään myös aikaisemmilta lääkärikäynneiltä saadun tiedon pohjalta. Tutkimuksessa osoitettiin, että lääkärin diagnoosi on potilaan näkökulmasta neuvoteltavissa. Tämän tutkimuksen tulokset näyttäisivät osoittavan samaa; ristiriitatilanteissa potilaat pyrkivät neuvottelemaan lääkärin kanssa. Haastatteluista nousi esille myös se, että neuvottelu vaatii usein potilaalta oikeanlaista lähestymistapaa. (Ijäs-Kallio ym. 2010.)

*”No, mä olen oikeasti silleen aika taitava neuvottelee. Valituksilla ja kanteluilla ei saa mitään aikaseksi, niin mä niin kuin nätisti kerron.” (A4)*

Potilaat myös vaativat tai toivovat, että heitä kuunneltaisiin, ja että lääkäri ottaisi huomioon myös heidän näkökulmansa diagnoosia tehdessä.

*”Siinä mielessä, että ehkä se olisi ihan hyvä kuunnella sitä ihan yhtä lailla kun et se potilas ite ker-  
too omista oireistaan, niin silloinhan sen joka tapauksessa täytyy usko sen tuntemuksia, niin ja jos  
se nyt on yhtään järjellinen ihminen niin ehkä sitä kannattaisi ajatella ainakin yhtenä vaihtoehtona.  
Mitä se potilas ite ehdottaa, koska se itse tietää ne oireet mitä ne on kaikkein parhaiten ja miten se  
asia on kehittynyt.” (A2)*

*”Ne saa minulta myös sitä tietoa, tietää mitä mieltä mä olen, koska ne aina haluaa uusia kokeita,  
uusia aineita, esimerkiksi tämä hopea juttu se ei käy ollenkaan mulle. Se on tosi hyvä ne sanoo, mut  
se ei ole” (A1)*

Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde on hankala tiedollisen asymmetrian vuoksi, sekä sen vuoksi, että viestinnän sisältö saattaa merkittävästi vaikuttaa potilaan elämään ja elämänlaatuun. Rubenin (2016) mukaan vuorovaikutussuhteella on myös merkitystä potilaan tai hänen perheensä arvioidessa annetun hoidon laatua ja tyytyväisyyttä hoitoon. Vuorovaikutussuhteen merkitys korostuu, koska potilailla on harvoin kompetenssia arvioida hoidon lääketieteellistä laatua. Terveystieteiden organisaatioissa ja lääkäreiden vastaanotolla viestintää tulisikin ymmärtää laajempaan koko-

naisuutena kuin vain yksittäisenä tiedon siirtona organisaatiolta potilaalle. Viestinnässä tulisi ottaa huomioon, miten potilaat ja heidän läheisensä ymmärtävät ja tulkitsevat terveydenhuollossa kohtaamaansa viestintään. (Ruben 2016.)

Ijäs-Kallio, Ruusuvuori ym. (2010) ehdottavat, että ainoastaan lääketieteelliseen diagnoosin perustuva hoitopäätös ei välttämättä riitä vakuuttamaan potilasta. Yhteisen hoitoa koskevan näkemyksen saavuttamiseksi myös lääkäriltä vaaditaan neuvottelu ja vuorovaikutustaitoja, jossa hän ottaa huomioon potilaan omat tuntemukset. Lääkäri asettuu kuulijan paikalle, ja samalla antaa potilaalle valtaa lääkärin ja potilaan välisessä hierarkkisessa suhteessa. Collins ym. (2007) mukaan juuri viestinnällä on ensiarvoisen tärkeä asema potilaan voimaantumisen suhteen. Vuorovaikutustilanteissa lääkärin kanssa potilas voi tuntea tuleensa kuulluksi tai ei kuulluksi. Kun lääkäri kuuntelee potilasta ja ottaa huomioon hänen näkökulmansa diagnoosia tehdessä syntyy heidän välilleen yhteisymmärrys joka edesauttaa potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. Myös Andreassenin mukaan (2006) luottamus lääkäreihin ja lääketieteeseen ei ole ehdotonta. Potilaat voivat kyseenalaistaa lääkärin tieteellisen tiedon, ja siten yksinomaan tieto ei riitä muodostamaan luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta. Sen vuoksi luottamus täytyy ansaita ja sitä pitää huoltaa sosiaalisen kanssakäymisen keinoin. Luottamus ei myöskään ole pysyvää vaan sen voi myös kadottaa. (Ijäs-Kallio ym. 2010.)

Asiantuntijalta vaaditaan nykyään enemmän henkilökohtaistumista. Professionaalisuuden rinnalla on pystyttävä empatiaan ja inhimillisyyteen. Lääkäreitä arvostetaan myös henkilökohtaisten ominaisuuksien ja vuorovaikutustaitojen ei vain lääketieteellisen tietämyksen vuoksi. Siinä missä lääkäri haluaisi antaa vain lääketieteellisen mielipiteensä, potilas saattaa pyytää lääkäriltä tämän henkilökohtaista mielipidettä, jonkin hoitopäätöksen suhteen; ”Miten itse tekisit, jos olisit samassa tilanteessa?”. Tällaisessa tilanteessa lääkärin roolit asiantuntijana ja yksityishenkilönä sekoittuvat. Henkilökohtaistumisen painetta asiantuntija-asiakassuhteissa on lisännyt myös työn luonteen muuttuminen vuorovaikutuksellisemmaksi. Asiantuntijoiden tavoin, myös organisaatioilta vaaditaan viestinnässä inhimillisempää lähestymistapaa. Perinteinen kasvoton organisaatioviestintä koetaan kankeaksi ja vanhanaikaiseksi. Organisaatiosta halutaan tuoda esiin kasvoja ja työnantajan lähettiläitä, jotka omalla yksityisellä persoonallaan viestittävät organisaation haluamaa sanomaa. Yksityishenkilö nähdään niin ikään luotettavampana kuin kasvoton organisaatio. (Gerlander ym. 2013, Gerlander 2010.)

## 11. Potilaan rooli terveydenhuollon instituutiossa

Haastatteluissa nousseiden teemojen perusteella olen analysoinut potilaan ja terveydenhuollon organisaation välistä viestintää ja vuorovaikutusta. Tässä osiossa tarkastelen niitä kulttuurillisia käytäntöjä, jotka muokkaavat potilaan, lääkärin ja terveydenhuollon organisaation keskinäistä viestintää. Käyn myös läpi erilaisia potiluuksia, joita haastattelu aineistosta nousee esille. Yksi tällä hetkellä poliittisissa ohjelmissa ja terveysaiheisessa keskustelussa esille nostettu käytäntö on potilaan osallistaminen omaan terveydenhuoltoonsa. Käsittelen potilaan osallistamisen mahdollisuuksia osana potilaslähtöistä viestintää. Osion lopussa käyn lisäksi läpi potilas- ja asiakas-termien käyttöä terveydenhuollon kontekstissa.

### Erilaiset potilaan roolit ja potiluuudet

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Ijäs-Kallio ym. 2010, Ijäs-Kallio ym. 2011, Ruusuvuori 2013) on tutkittu potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta vastaanottotilanteessa. Tutkimusten mukaan potilailla ja lääkäreillä on edelleen selkeät roolit sille, miten tulee käyttäytyä. Lääkäri nähdään asiantuntijana ja potilas asiantuntemuksen tarvitsijana. Potilaat eivät välttämättä luota lääkärin tiedolliseen auktoriteettiin, mutta käyttäytyvät tietyn mallin mukaisesti saadakseen haluamansa hoidon. Ruusuvuoren mukaan roolit noudattavat institutionaalista järjestystä, ja havainnollistavat instituutioiden merkitystä ja vahvaa asemaa yhteiskunnassa. Vuorovaikutuksen tasavertaistumista on kuitenkin tapahtunut potilaan ja lääkärin välillä. Tasavertaistumiseen on vaikuttanut paitsi potilaan mahdollisuus saavuttaa tietoa, myös vuorovaikutuskulttuurin muutos, asiantuntijoiden aseman muutos yhteiskunnassa ja lisäksi terveydenhuollon organisaatioiden sekä lääkäreiden siirtyminen potilaslähtöisempään toimintaan. (Ruusuvuori 2013.)

Myös tämän tutkimuksen haastatteluista nousee esille uskomukset potilaan ja lääkärin rooleista sekä siitä, miten potilaana tulisi käyttäytyä. Alla olevassa esimerkissä potilaat käyttävät terminologiaa kuten ”maallikon ei sovi” tai ”miehellä kuuluukin olla”. Molemmat potilaat muokkaavat käytöstään olemassa olevien oletuksiensa perusteella.

*”Mut mie sillee vaan aina nyökyttelen, et en mie ala väittää lääkäreille vastaan, kun lääkäreitähän pelätään aina. Et ei maallikon sovi olla niiden kanssa eri mieltä, et kyllähän kaikki lääkäritkin on sitä mieltä. Et eihän maallikko voi tietää yhtään mitään.”(A10)*

*”Toisaalta olen realistinen, että en halua sellaista, että kaikki mahdolliset kokeet. Vähän niin kuin miehellä kuuluukin olla, mut toisaalta haluaisi tutkia, mut siinä on sellaista henkistä fundeeraamista, että kuinka paljon kehtaa mennä, kun on niin kuormittunut terveydenhuolto ja yksityiselle ei oo sellaista fyrkkaa tai tarvetta.” (A3)*

Lisäksi laboratorio organisaationa ylläpitää lääkärin ja potilaan roolimalleja. Instituutiona se asettaa lääkärin automaattiseen valta-asemaan. Tämä tapahtuu siitä huolimatta, että lääkäri ei ole edes läsnä laboratorion vastaanottotilanteessa. Lääkäri kuitenkin määrää, mitä tutkimuksia potilaista otetaan. Lääkäri on myös vastuussa siitä, että potilas saa tarvitsemansa tiedon laboratoriotutkimuksista ja niihin valmistautumisesta ja hän tulkitsee potilaalle laboratoriotutkimusten vastaukset. Kuten tässä tutkimuksessa on tuotu esille, lääkärin ja potilaan roolit istuvat yhä vahvasti myös vuorovaikutustilanteissa, vaikka aineisto osoittaa, että potilailla olisi pyrkimystä tasavertaisempaan asemaan. Voidaankin kysyä, kuinka paljon instituution asettama hierarkkinen valta-asetelma vaikuttaa potilaan ja lääkärin väliseen vuorovaikutukseen? Kuten tämän tutkimuksen alussa esitettiin lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutustilanteissa voidaan nähdä yhteiskunnan ja instituution asettamia lääkärin valta-asemaa ylläpitäviä elementtejä<sup>3</sup>. Yksi selvä elementti on lääkärin valta päättää potilaan diagnoosista. Lääkärillä on valta päättää onko potilas sairas vai kykenevä työhön, ja kuinka pitkäksi aikaa hänelle määrätään sairauslomaa. Lääkärillä on myös valta määrätä tai olla määräämättä reseptilääkkeitä. Tässä tutkimuksessa on kuitenkin käynyt ilmi, että potilaat pyrkivät vastaanottotilanteissa keskustelemaan, ja siten vaikuttamaan lääkärin päätöksiin. Toinen lääkärin valtaa ylläpitävä elementti on lääkärin vastaanotolla käsiteltävä aihe. Vastaanotolla lääkäri kuulee potilaan henkilökohtaisia asioita, ja saattaa jopa fyysisesti koskettaa potilasta tutkimuksen aikana. Lisäksi potilas joutuu usein riisumaan vaatteensa ainakin osittain, ja asettuu näin myös fyysisesti paljaana lääkärin eteen tutkittavaksi ja arvioitavaksi. Potilas ja lääkäri eivät silloin ole tasavertaisessa asemassa, sillä lääkärin ei tarvitse avautua tai paljastaa itseään potilaalle samalla tavalla. (Gwyn 2002.)

Potilaan ja lääkärin valta-asema asetelma ei ole vakio, vaan se vaihtelee jopa vastaanoton aikana. Perinteisesti on ajateltu, että lääkärin ja potilaan välisen kommunikaation asymmetria perustuu siihen, että lääkäri viestii lääketieteellisestä näkökulmasta, kun taas potilaan näkökulma on kokemuksen ja maalaisjärkeen perustuva. Gwynin (2002, 91) mielestä vuorovaikutustilanteet ovat monimutkaisempia. Lääkäri ja potilas eivät asetu mustavalkoisesti lääketieteelliseen ja kokemuspohjai-

---

<sup>3</sup> s.13-16 Potilaan ja lääkärin välinen valtasuhde teoreettisessa tarkastelussa

sen tiedon lokeroihin, vaan molemmat esittävät päätöksenteossa molempia näkökulmia. Esimerkiksi potilaalla itsellään voi olla syvässä uskomus nimenomaan lääketieteeseen, ja omassa päätöksenteossa hän kamppailee lääketieteellisen asiantuntemuksen ja omien kokemuspohjaisten tuntemusten kanssa. Myös tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaan ja lääkärin roolit eivät ole ongelmattomia tai yksiselitteisiä. Potilailla on pyrkimys saavuttaa yhteisymmärrys lääkärin kanssa keskustelemalla. Potilas ja lääkäri molemmat käyttävät toistensa tietoa päätöksenteossaan. Lisäksi eri potilaat asemoivat itsensä erilaisiin potilaspositioihin. Toisilla on aktiivisempi rooli kuin toisilla ja rooli saattaa muuttua tilanteen tai taudinkuvan mukaan.

Haastatteluissa nousi esille erilaisia reaktioita lääkärin ja potilaan välisissä ristiriitatilanteissa. Osapotilaista noudatti lääkärin ohjeita, vaikka olisi ollut erimieltä hoitopäätöksestä. Kolme potilasta mainitsi hakevansa mielipidettä toiselta lääkäriltä, jos ensimmäisen lääkärin mielipide ei tyydyttänyt. Kaksi haastateltavaa kertoi tilanteesta, jossa he eivät vastustanut lääkärin määräämää hoitoa vastaanotolla, mutta jättivät silti noudattamatta annettuja ohjeita. Lisäksi haastatteluissa nousi esille myös tilanteita, jossa potilas haastoi lääkärin tekemän diagnoosin.

*”Niin mä sanon et niin. Et mä en voi odottaa. Enkä mene psykologille. Niin et minä haluan et siitä otetaan VT labra. Minä haluan et se otetaa.” (A2)*

*”Kyllä ne sitten ymmärtää, kun mä sanon, että mä lopetan sitten itte, jos te ette lopeta.” (A1)*

Haastatteluissa nousi esille, että erimielisyyttä potilaan ja lääkärin välille syntyi lääkityksestä, ravintosuosituksista ja muusta hoidosta. Aineistosta nousi esille, että tilanteissa, joita ei koettu hengenvaarallisiksi tai jotka aiheuttivat terveydentilaan vain pientä haittaa, potilaat olivat valmiita poikkeamaan lääkärin ohjeista. Kun taas vakavissa tilanteissa kaivattiin lääkärin, joskus useammankin, mielipidettä.

*”Se on vähän tilanne kohtaista, mutta voin sanoa pääsääntöisesti uskon enemmän itseäni kun lääkäreitä. Paitsi jos on paha tilanne.” (A10)*

Tässä tutkimuksessa, kuten aiemmassakin tutkimuksessa (Rice 2006) on huomattu, että internetistä saadun tiedon avulla potilas pystyy asettautumaan tasavertaisempaan asemaan lääkärin kanssa ja horjuttamaan lääkärin auktoriteettista asemaa. Lääkärin valta-asemaa tukevat kuitenkin yhä useat

tietoon, instituutioon ja kulttuuriin sidoksissa olevat käytänteet. Potilaan ja lääkärin välistä suhdetta on kuvailtu kuin lapsen ja aikuisen väliseksi suhteeksi, jossa lääkäriellä on aikuisen rooli (Lupton 2003, 115). Lääkäriellä on valta ja auktoriteetti potilasta kohtaan, koska hän on huolissaan ja ajattelee potilaan parasta. Nytemmin voisi tämän tutkimuksen ja muun kirjallisuuden perusteella kuvailla lääkärin ja potilaan välisen suhteen kehittyneen niin, että lääkäri on yhä aikuinen, mutta potilas on kasvanut lapsesta nuoreksi. Nuori (potilas) osaa jo itse päättää monista asioista, tuoda esille omia tuntemuksiaan ja kyseenalaistaa vanhempansa (lääkäriä). Kuitenkin viime kädessä lääkäriellä on auktoriteetti tehdä lopulliset päätökset, suostutella potilasta haluttuun käyttäytymiseen, ja jakaa potilaalle tietoa, jota hänellä ei vielä ole. Lääkäri antaa kuitenkin potilaalle jonkin verran liikkumatilaa yhteisymmärryksen saavuttamiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan potilailla on selvä halu osallistua, keskustella ja tulla kuulluksi, mutta silti he haluavat yhä lääkärin tuen ja asiantuntemuksen päätöksenteon avuksi. Potilaan ja lääkärin välinen valta-asetelma ei ole yksioikoinen ja vakio, vaan se muuttuu tilanteen, ajan ja paikan myötä. Siihen vaikuttavat potilaan ja lääkärin henkilökohtaiset ominaisuudet, taudin kuva sekä ympäristön asettamat oletukset.

### **Potilaan osallistaminen osana asiakaslähtöistä viestintää**

Terveystieteiden organisaatioissa on jo kauan puhuttu potilaslähtöisyydestä. Sen tarkoituksena on horjuttaa perinteisiä valtahierarkiasuhteita, antaa enemmän valtaa potilaille ja palvella potilasta paremmin. Potilaiden osallistaminen on kansainvälisissä ja kansallisissa terveydenhuollon ohjelmissa noussut keskiöön 2000-luvulla. Potilaiden aktiivisen osallistumisen hoitoon on uskottu parantavan potilastyytyväisyyttä, yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja edistävän taudin hallintaa. Potilaita kannustetaan olemaan hoidon aktiivisia osapuolia, ja heidän tarpeitaan pyritään huomioimaan henkilökohtaisella tasolla. Myös terveydenhuollon kehittämishankkeissa potilaan osallistaminen ja kuuntelu on nostettu keskiöön. Lääkärin vastaanotto on keskeinen paikka potilaan osallistamiselle, ja viestinnällä on siinä tärkeä rooli. Lääkärin vastaanoton aikana viestitään jakamalla niin lääketieteellistä kuin oireiden kuvaukseen liittyvää tietoa, ja keskustelemalla hoitoon liittyvästä päätöksenteosta (Collins ym. 2007, 6). Peräkylän ja Ruusuvooren (2007, 167–169) mukaan potilaan osallistamiseen terveydenhuollossa on monenlaisia mahdollisuuksia. Osallistaminen voi olla sitä, kun potilas osallistuu johonkin toimintaan, kun potilas vaikuttaa konsultaation aiheeseen, tai kun potilas vaikuttaa päätöksentekoon. Sähköisten palveluiden osalta potilaan osallistaminen voi olla myös sitä, että potilaat osallistuvat sähköisten palveluiden kehittämiseen. Tarjoamalla oikeanlaista tietoa ja työkaluja sähköinen palvelu voi osallistaa potilasta hoidon arviointiin ja seurantaan sekä hoitopäätöksen tekoon. Potilaan osallistaminen on tapa lisätä potilaskeskeistä viestintää terveyden-

huollossa. Collins ym. (2007,6) argumentoivat, että potilaan osallistaminen ei todellisuudessa kuitenkaan usein onnistu. Aikaisemman tutkimuksen mukaan lääkärit eivät usein osallista potilasta päätöksenteossa, eivät aina kerro potilaalle eri hoitovaihtoehtoista (Ford ym. 2006, Hopmans ym. 2015).

Tässä tutkimuksessa kaksi asiakkaista asettui selvästi aktiivisen potilaan rooliin, he olivat aktiivisia tiedonhakijoita ja keskustelivat aktiivisesti hoidostaan lääkärin kanssa. He halusivat olla perillä omasta hoidostaan ja osittain kokivat, että heidän täytyi olla perillä asioista hoidon onnistumiseksi. He kuvailivat lääkärisuhdettaan ”konsultaatioksi” ja pitivät lääkäriä tasavertaisena keskustelukumppanina. Seitsemän asiakasta asettui johonkin aktiivisen ja passiivisen potilisuuden välille. He kertoivat osallistuneensa hoitoonsa neuvottelemalla, kysymällä kysymyksiä tai ottamalla kantaa päätöksentekoon, mutta eivät välttämättä olleet aktiivisia tiedonhakijoita. Yksi asiakas ei ollut aktiivinen tiedonhakija, mutta koki silti saaneensa riittävästi tietoa lääkäriltä pystyäkseen tekemään päätöksiä hoidostaan. Hän oli myös mielellään mukana päätöksenteossa, vaikka luottikin lääkärin mielipiteeseen. Aktiivisen ja passiivisen potilisuuden välimaastossa asiakkaan aktiivisuus saattoi riippua taudin kuvan laadusta. Pienissä asioissa oltiin valmiita tekemään päätöksiä itse, kun taas vakavammissa asioissa turvauduttiin enemmän lääkärin mielipiteeseen. Jos potilas tunsi, että hänellä oli tarpeeksi tietoa asiasta, oli hän valmiimpi osallistumaan hoitopäätöksentekoon, myös sellaisissa tilanteissa, jossa hoitopäätös ei ollut yksioikoinen. Lääkäriä ei aina kuvailtu tasavertaisena keskustelukumppanina, vaikka lääkärin kanssa yritettiin neuvotella. Vaikka lääkärin päätöksentekoa epäiltiin, sitä ei välttämättä tuotu esille vastaanoton aikana, vaan toista mielipidettä haettiin vastaanoton jälkeen muista tietolähteistä tai toiselta lääkäriltä. Potilaan/ asiakkaan osallistaminen toteutui joiltakin osin suurimmalta osalta tähän tutkimukseen haastatelluista asiakkaista. Vaikutti kuitenkin siltä, että osallistuminen oli tapahtunut ennemminkin asiakkaan omasta aloitteestaan ja kyvystä ilmaista itseään kuin lääkärin halusta osallistaa potilasta. Esille tuli myös tilanteista, joissa osallistuminen ei ollut onnistunut. Yksi asiakkaista oli aktiivinen tiedonhaussa, mutta koki, että ei ollut kyennyt viestimään lääkärille kaikkia häntä askarruttavia asioita tai osallistumaan päätöksentekoon. Hänen kokemuksensa oli, että hän olisi mieluusti osallistunut enemmän. Toinen asiakas taas koki, että häntä ei kuunneltu päätöksenteossa.

*”Kun mä haluan, että annetaan muita mahdollisuuksia. Tällaisia vaihtoehtoja et näin ja näin paino putooo tai elintavat paranee, aika vähän niitä vaihtoehtoja tarjotaan. Vaikka saisikin elintavoilla, niin silti niitä lääkkeitä suositellaan. Mä ymmärrän tällasena ennaltaehkäisevänä, mutta toisaalta se vähän suututtaa ja loukkaa.” (A3)*

Cegala, Chisolm ja Nwomeh (2012) tutkivat potilaan osallistumisen vaikutusta lääkärin viestintä-tyyliin. Heidän tutkimuksessaan selvisi, että lähtökohtaisesti aktiivinen potilas sai potilaskeskeisempää palvelua, kuin potilas, joka oli passiivinen vastaanotolla. Aktiivisena potilaana pidettiin potilasta, joka oma-aloitteisesti kysyi hoitoonsa tai sairauteensa liittyviä kysymyksiä tai pyysi tarkennusta lääkärin kertomaan tietoon. Cegala esittää, että potilaan oirekertomuksella on oleellinen vaikutus lääkärin antamaan diagnoosiin ja hoitoon, ja siten myös sitä voidaan pitää yhtenä tärkeänä potilaan osallistumisen muotona. Kertoessaan sairaudestaan tai oireistaan potilas voi tuoda esille omat näkökulmansa ja luoda neuvottelusuhteen lääkärin kanssa. Potilaan huolien esille tuominen auttaa lääkärinä ymmärtämään, miten potilas näkee oman sairautensa ja miten se saattaa vaikuttaa hoitoon. Cegalan tutkimuksessa kävi myös ilmi, että pidemmällä vastaanottoajalla oli positiivinen vaikutus potilaan osallistamiseen ja potilaskeskeiseen viestintään. (Cegala ym. 2012.)

Kaikki potilaat eivät kuitenkaan halua heille annettua valtaa, vaan haluavat nimenomaan säilyttää perinteiset potilaan ja lääkärin roolit. Gwynin (2002) mukaan he eivät halua valtaa, koska he eivät halua vastuuta mahdollisista vääristä päätöksistä. Toisaalta voi myös olla, että potilas ei usko, että hänellä on sama tietämys hänelle parhaasta hoidosta, koska hänen lääketieteellinen tietotaso ei vastaa lääkärin tietämystä. Lisäksi vaikka potilas osallistuisikin aktiivisesti keskusteluun lääkärin kanssa ja olisi mukana päätöksentekoprosessissa, päätöksenteko edellyttää lääkärin antamia vaihtoehtoja. Gwynin (2002) mukaan myös näissä tilanteissa lääkärin lääketieteellistä näkemystä pidetään potilaan ja lääkärin hyvässä yhteisymmärryksessä arvokkaampana kuin potilaan kokemusperäistä tietoa. Alla olevissa esimerkeissä potilas asettaa itse itsensä passiiviseen potilaan rooliin ja antaa lääkärille valta-aseman hoidossaan.

*”Olen uskonut lääkärinä. Jos on ollut itsellä jotain epäilyksiä, niin sitten olen tehnyt niin kuin lääkäri on sanonut.” (A7)*

*”En nyt niin kauheasti halua vaikuttaa, kyllä mä nyt ne hoidot oon hyväksynyt suurin piirtein sellaisena kun ne on määrätty.” (A9)*

### **Potilas vai asiakas**

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on määritelty *asiakas* ja *potilas* käsitteet. Laissa potilaan oikeuksista käytetään termiä *potilas*. Potilaalla tarkoitetaan terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Sen sijaan sosiaalihuollon lainsäädännössä sosiaalihuolto hakevaa tai käyttävää henkilöä kutsutaan asiakkaaksi. Käytännössä asiakas-sanaa käytetään nykyään terveydenhuollossa potilas-sanalla. *Potilas* on johdos verbistä *potea* eli

sairastaa. Potilas-sanaa on totuttu käyttämään sairaasta henkilöstä. Yhteys sairastamiseen liittyy potilas-sanaan negatiivisia tuntemuksia terveyttä ihannoivassa yhteiskunnassamme. *Potilas* tarkoittaa sanakirjan mukaan kuitenkin myös henkilöä, joka on lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa. Potilastermin korvaaminen asiakas-termillä liittyy myös potilaan aseman muuttumiseen terveydenhuollossa. Perinteinen potilas on passiivinen hoidon tarpeessa ja hoitoa vastaanottava henkilö, kun taas asiakkaan rooli mielletään aktiivisemmaksi ja arvokkaammaksi. Asiakasta kuunnellaan ja ”asiakas on aina oikeassa”. Asiakaslähtöinen ajattelutapa on yleistynyt terveydenhuollossa. Potilaasta on tullut asiakas, jota palvellaan ja jonka asiakaskokemuksen onnistumista pohditaan. Potilasasiakas viittaa aktiiviseen potilaaseen, jolla on valtaa päättää, mitä terveydenhuoltopalveluita hän käyttää, ja joka osallistuu itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaat ovat nykyään tietoisempia, vaativampia ja aktiivisempia omasta terveydestään. He ovat myös rohkeampia arvostelemaan sekä arvioimaan terveystalvojen tuottajaa. Alla olevassa sitaatissa potilas asemoi itsensä kuluttajaksi ja uhkaa vaihtaa lääkärin, valita toisen palvelun tai tuotteen, jos sen hetkinen palvelu ei tyydytä. (Torkkola 2008, Hakala ym. 2010.)

*” Vanhan kansa lääkäri saattoi pamauttaa vastauksen ja näkemiin, niin ainakaan tää tyylä ei mulle kävis. Mä vaihtaisin silloin saman tien lääkäriä, että pitää olla kanttia keskustella.” (A6)*

Perinteisessä potilas-lääkärisuhteessa lääkäri on ollut määräävä auktoriteetti, kun taas asiakaslähtöisessä ajattelutavassa potilas-lääkärisuhteessa on syytä pyrkiä kohti tasavertaisuutta, jossa kyse on lääkärin ja potilaan välisestä yhteistyösuhteesta. Asiakas-termin käyttö ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton. Kielitoimiston sanakirjan mukaan sanaa asiakas käytetään liikkeessä, virastossa tms. asioivasta henkilöstä. Asiakas teettää tai ostaa jotakin ammatinharjoittajalta. Sana asiakas viittaa vahvasti jonkinlaiseen kaupalliseen toimintaan. Kun potilaasta tulee asiakas, lääkärinä tulee kauppias. Onko silloin tärkeintä, että potilas saa haluamansa hoidon riippumatta siitä, mikä olisi lääketieteellisesti perusteltua? Potilaalla on juridisia oikeuksia ja lääkärillä vastuu potilaan hoidosta. Potilas-sanaa ei pitäisi väheksyä, vaan toiminnalla muuttaa sen miellelyhtymät arvokkaiksi. (Peltokorpi 2006.)

Potter ja McKinley (2005) katsovat, että koko terveydenhuolto on markkinoitumassa. Lääkäri nähdään terveydenhuollon tuottajana ja potilas asiakkaana, jotka toimivat lääketieteen markkinoilla. Kun lääketieteestä tulee kulutustavara, potilailla on enemmän valtaa kuin perinteisessä patriarkaalisessa lääketieteen mallissa. Julkisen terveydenhuollon asiakkaiden määrittely on kaksijakoista. Yh-

täältä asiakkaat ovat kuntia, jotka toimivat terveydenhuoltopalveluiden maksajina. Kunta-asiakkaan intressit ovat pitkälti terveydenhuollon kustannuksiin liittyviä. Palvellakseen kuntaa mahdollisimman hyvin terveydenhuollon tulisi toimia mahdollisimman tehokkaasti ja mahdollisimman pienin kustannuksin. Toisaalta terveydenhuollon ilmiselvä asiakasryhmä ovat potilasasiakkaat, jotka toivovat mahdollisimman hyvää hoitoa kustannuksista riippumatta. Lisäksi, kuten aiemmin on esitetty, hyvä hoito tarkoittaa potilaalle paljon muutakin kuin vain lääketieteellisesti laadukasta hoitoa.

Yhteiskunnassa terveys on tavoiteltava ja normaalia kuvaava tila. Terve ihminen on hyödyksi yhteiskunnalle, ja yhteiskunta kannustaa terveyden tavoitteluun. Sairaus on poikkeus, josta pyritään eroon ja jota pyritään välttämään. Terveyden tavoittelu näkyy selvästi esimerkiksi mediasisällöissä. Median esittämä terveys on kaunista, onnellista ja usein myös luonnollista. Sairaalassa potilas on usein menettänyt yhteiskunnan ihannoiman terveen ihmisen tavoitetilan. Potilas voi tuntea epäonnistumista ja häpeää. Hän on taakaksi yhteiskunnalle ja arvoton. Vaikka potilas haluaa, että häntä hoidetaan, hän tuntee ristiriitaisia tunteita siitä, minkälaista hoitoa hän voi vaatia. Gwyn (2002) esittää, että vaikka ihmisillä on näennäisesti enemmän vapautta ja valinnan mahdollisuuksia, yhteiskunta on samalla asettanut ihmisen itse vastuuseen omasta terveydestään. Tämän yhteiskunnan asettaman terveysihanteen avulla vallanpitäjät säilyttävät valta-asemansa ja rajaavat tarkasti sen normin, johon ihmisten tulisi pyrkiä. Tämä rajausta tehdään mediaesitysten, markkinoinnin ja koulutuksen avulla, jossa ei toivottuun käytökseen tai tilaan liitetään syyllisyyttä ja pelkoa. Myös tämän tutkimuksen haastatteluissa nousee esille potilaiden huoli ja syyllisyys sairaudestaan. Se tulee esille etenkin taloudellisena huolena terveydenhuollon kuormittamisesta.

*”Mut tällaset kalliit potilaat, mä itekin luokittelen itseni tällaiseksi kalliiksi potilaaksi, mul on hirvee syyllisyys siitä etten vaan tuhlaa yhteisiä hyvinvointivaltion varoja tarpeettomasti.” (A4)*

*”Arvaa mitä se maksoi, se sali ja henkilökunta joilta meni monta tuntia hukkaan ellei ne jostain saanut tempaistua sitten lennosta joku toinen.” (A2)*

*”..esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa aika on rajallista ja resurssit sillai, ja aika monotoonista, että labratulokset on blablabla ja ota yksi pilleri lisää. Mutta se kokonaisuus jää vähän tutkimatta, ja ite tietää et okei ei se nyt oo hengenvaarallista niin ei sit viitti sit rasittaa turhaan julkista terveydenhuoltoa.” (A3)*

Yllä olevissa viittauksissa potilaat ilmaisevat huolensa hoidon kustannuksista. He pyrkivät kuluttamaan mahdollisimman vähän julkista terveydenhuoltoa, koska tietävät, että sen resurssit ovat rajalliset. Potilaat arvioivat itse, ovatko oikeutettuja tai tarpeeksi sairaita hoidettavaksi. Tässä tapauksessa potilas joutuu syylliseen ja alistettuun asemaan sairautensa tai hoidontarpeensa johdosta. Sairaana syyllistämällä on myös pitkä historiallinen perinne. Varsinkin kristinuskon historiassa sairaus on yhdistetty syntiin ja heikkouteen (Gwyn 2002). Keskiajalla uskottiin, että sairaudet olivat seurauksia moraalisista rikkeistä tai että esimerkiksi lapsen sairaus johtui vanhempien pahoista teoista (Vehmas 2012, 269). Edelleen nykyään joihinkin sairauksiin, kuten alkoholismiin tai HIV:iin liittyy, syyllisyyttä ja syyllistämistä. Myös lihavuus nähdään nyky-yhteiskunnassa sairautena tai ainakin terveyden vastakohtana. Lihavuus nähdään myös usein potilaan omana vikana ja syynä lukuisiin sairauksiin.

Internet on mullistanut terveyttä koskevan tiedon hankinnan, mikä osaltaan on vaikuttanut potilaan asemaan. Terveydenhuollon viranomaisilta suoraan potilaalle annetun tiedon lisäksi internetistä löytyy niin ammattilaisten, viranomaisten, potilasjärjestöjen kuin myös yksityisten ihmisten välittämää terveystietoa. Terveystiedon sisältö vaihtelee lääketieteelliseen tutkimukseen pohjautuvasta, kokempohjaisesta ja yksittäisiin mielipiteisiin. Internet on antanut potilaalle mahdollisuuden hakea tietoa myös muualta kuin lääketieteestä tai omalta lääkäriltä. Uudet tietolähteet lisäävät mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteen ja tehdä hoitoon liittyviä valintoja. Samaan aikaan potilaiden vastuu omasta hoidosta kuitenkin kasvaa, ja muodostuu haasteita erottaa luotettava tieto mielipiteestä (Honkasalo ym. 2012). Kaikki potilaat eivät kuitenkaan pysty tietoiseen ja suunnitelmalliseen terveystietopalvelujen valintaan. On tärkeä pohtia, mitä sairaalle ja apua tarvitsevalle ihmiselle käy, jos aktiiviseen potilaskuluttaja rooliin asettuminen ei onnistu.

Potilaiden osallistaminen on kansainvälisissä ja kansallisissa terveydenhuollon ohjelmissa noussut keskiöön 2000-luvulla. Potilaiden aktiivisen osallistumisen hoitoon on uskottu parantavan potilastyytyväisyyttä, yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja edistävän taudin hallintaa. Vaikka potilaskeskeisyydestä puhutaan terveydenhuollossa laajalti, aikaisempien tutkimuksien perusteella käytänteet kulkevat osallistamisen suhteen jäljessä (Collins 2007). Lisäksi kaikki potilaat eivät halua osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Lääkärin kyky tulkita sitä potilaspositiota, jonka potilas haluaa ottaa, on tärkeää hoitotytytyväisyyden kannalta. Collins ym. (2007,6) argumentoivat, että potilaan ja lääkärin välinen viestintä on keskiössä potilaan osallistamisessa. Lääkärin konsultaation aikana viestinnällä on merkittävä rooli tiedonjaossa, hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja oireiden kuvauksessa.

## **12. Sähköinen asiointi on mahdollisuus potilaslähtöisen viestinnän onnistumiselle.**

Tässä kappaleessa kertaan tutkimuksen keskeiset tulokset ja niihin liittyvän keskeisen pohdinnan. Lopussa ehdotan myös aiheita jatkotutkimukselle.

### **Staattisista internetsivuista vuorovaikutteiseen sähköiseen palveluun**

Internet on yleisesti käytetty terveystiedon lähde, ja siksi on luontevaa, että myös terveydenhuollon organisaatiot käyttävät internetiä potilasviestinnässään. Laboratorion asiakkaat etsivät internetistä omaan tai läheisen sairauteen ja hoitoon liittyvää terveystietoa. Laboratoriotutkimusten osalta he ovat kiinnostuneita tutkimusten viitearvoista ja hinnoista sekä siitä, mitä kyseisellä tutkimuksella tutkitaan. Lisäksi asiakkaat toivoivat löytävänsä internetsivuilta yleistä tietoa laboratorioden aukioloajoista, palveluista ja ajanvarauksesta. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että suurelta osin laboratorion asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa tietoon laboratoriotutkimuksiin liittyen. He ovat myös tyytyväisiä laboratorion tarjoamaan ajanvarausmahdollisuuteen ja internetsivujen sisältöön, jos ovat niitä käyttäneet. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että vain pieni osa laboratorion asiakkaista käyttää laboratorion internetsivuja ja sähköistä ajanvarauspalvelua. Näin ollen myös muut tiedotuskanavat internetin ohella ovat edelleen tärkeitä asiakkaiden saavuttamiseksi. Laboratorion asiakkaan näkökulmasta lääkäri on yhä ensisijainen terveystiedon lähde. Asiakkaat olettivat saavansa kaiken tarpeellisen ohjeistuksen suoraan hoitohenkilökunnalta tai lääkäriltä. Laboratoriotutkimuksiin valmistautumisen ohjeistusta ei juurikaan haettu internetistä. Paperisen lääkäriltä saadun ohjeen vaihtoehtona nähtiin sähköisen palvelun kautta annetut henkilökohtaiset ohjeet. Laboratorion asiakkaat pitivät internetsivuja hyvänä paikkana tiedon kokoamiseen ja lisätiedon antamiseen. Lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen tulisi kuitenkin johdattaa potilasasiakas sähköisen tiedon luokse. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei asiakas kokenut saaneensa tarpeeksi tietoa, jos oli itse hakenut tiedon internetistä. Kuitenkin, jos lääkäri ohjasi asiakkaan internetsivulle, se koettiin tiedon-saanniksi. Lääkäreiden tulisi siten tuntea laboratorion internetsivut hyvin, jotta he osaisivat neuvoa potilasta tiedon löytämisessä.

Potilasasiakkaan tiedontarvetta ja organisaation tarjoamaa tietoa erottaa terveydenhuollon organisaation muodostamat rajat. Laboratorio-organisaatio tarjoaa tietoa laboratoriotutkimuksiin liittyen, kun taas potilas saattoi olla kiinnostuneempi omasta sairaudestaan ja sen hoidosta kokonaisuutena. Terveydenhuollon eri toimijoiden ja organisaatioiden välinen viestintä on avainasemassa potilaslähtöisen viestinnän onnistumisessa. Laboratorio-organisaation tulisi tarjota lääkärille työkaluja ja in-

formaatiota laboratorion toiminnasta sellaisessa muodossa, että lääkärin olisi helppo välittää tieto edelleen potilaalle. Laboratorion internetsivujen tulisi myös olla osana hoitokokonaisuutta ja löydettävissä samasta paikasta, kun muu hoitoon liittyvä tieto. Vaikka laboratorio toimii erillisenä organisaationa, potilaat mieltävät sen pienenä osana laajempaa hoitoketjua. Tietokatko hoitoketjun eri osien välillä oli suurin syy laboratorion asiakkaiden tiedonpuutteeseen. Organisaatorajat rikkovien sähköisten työkalujen käyttö voisi helpottaa sekä lääkäriä että potilasta viestinnän onnistumisessa. Lääkärin tulisi kuitenkin ohjata potilasta mahdollisten sähköisten palveluiden äärelle ja tarvittaessa tarjota niille vaihtoehto.

Internetsivut yksipuolisena terveydenhuollon organisaation välittämän tiedon jakajana ei sellaisenaan tyydytä potilaan tiedontarvetta. Lisäksi tarvitaan erilaisia sähköisiä vuorovaikutuksellisia palveluita. Sähköisistä palveluista on tullut osa arkipäivää muilla elämän osa-alueilla, ja siten myös terveydenhuollon palveluiden sähköistyminen tuntui potilaiden mielestä luontevalta. Useimmat haastatelluista olisivat valmiita käyttämään sähköisiä terveydenhuollon palveluita enemmän kuin mihin heille tällä hetkellä tarjottiin mahdollisuutta. Esimerkiksi joidenkin laboratorion kontrollitutkimusten yhteydessä olevat lääkärikäynnit voitaisiin hyvin korvata lääkärin antamalla sähköisellä palautteella, etenkin silloin, jos tutkimustulos ei johtanut lääkityksen muutokseen. Laboratorion asiakkaat toivoivat, että sähköiset palvelut olisivat vuorovaikutteisia, ja että asiakas voisi halutesaan esittää kysymyksiä lääkärille esimerkiksi sähköpostilla. Osa potilaista toivoi, että myös oma toimisen terveydenhuollon seurannan ja mittaamisen mahdollisuudet kasvaisivat tulevaisuudessa. Lisäksi potilaat toivovat, että sähköiset palvelut pysyisivät vapaaehtoisena vaihtoehtona perinteiselle lääkärikäynnille. Sähköisten palveluiden uhkakuvana nähtiin, että ne syrjäyttäisivät osan perinteisistä palvelumuodoista ja kaikki potilaat eivät osaisi käyttää niitä. Uhkana nähtiin myös se, että niiden toteutuksessa ei onnistuttaisi tai niistä puuttuisi vuorovaikutuksen mahdollisuus.

Erilaiset sähköiset terveystalvet luovat mahdollisuuksia antaa potilaalle enemmän valtaa ja ottaa käyttöön uusia terveydenhoidon muotoja. Samalla syntyy vastuu tehdä helppokäyttöisiä ja mielenkiintoisia sähköisiä palveluita erilaisille yleisöille ja käyttäjille. Toimivien sähköisten palveluiden kehittäminen vaatii jo suunnitteluvaiheessa potilaiden ja terveydenhuollon henkilökunnan osallistamista. Sähköisten palveluiden tulee palvella potilaan hoitoa luontevana osana potilaan hoitopolkua.

## **Potilaan voimaantuminen ja osallistaminen osana potilaslähtöistä viestintää**

Potilaan ja lääkärin välinen suhde on tasavertaistunut internetaikakaudella. Internetin tarjoama tieto on tarjonnut potilaalle vaihtoehtoisia näkökulmia. Se on monessa mielessä auttanut hahmottamaan omaa sairautta ja tarjonnut lääketieteellistä ja ei lääketieteellistä tukea potilaan omahoitoon. Potilaille on halua keskustella lääkärin kanssa internetin terveystiedosta, ja he toivoivat lääkäriltä viitteitä luotettavista internetsivustoista. Potilaat kokevat, että keskustelu internetistä löydetystä tiedosta ei kuitenkaan aina ole mahdollista lääkärin asenteesta tai ajankäytöllisistä haasteista johtuen. Potilas-keskeinen ajattelu on yleistynyt terveydenhuollossa, mutta potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa on kuitenkin yhä havaittavissa selvät roolit, jotka ylläpitävät hierarkkista asetelmaa. Lääkärin rooli lääketieteen asiantuntijana antaa lääkärille edelleen valta-aseman potilaan diagnoosin määrittelyssä, eivätkä potilaat aina koe tullessa kuulluksi lääkärikäynnin aikana. Potilaille jää myös usein epäselväksi, mistä he saisivat vastauksen heitä askarruttaviin kysymyksiin lääkärikäynnin jälkeen.

Potilaslähtöisessä viestinnässä lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteella on keskeinen merkitys. Potilailla on halua tulla kuulluksi ja halua osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen merkitsee keskustelua, jossa lääkärin ja potilaan näkökulmat tulevat molemmat esille ja jossa lopullinen päätös syntyy yhteistyössä. Osallistuva potilas ei kuitenkaan merkitse lääkärin lääketieteellisestä auktoriteetista luopumista, mutta tuo sen sijaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutukseen myös muita näkökulmia. Jotta potilas kokisi viestinnän onnistuneen, hänen tulisi ymmärtää lääkärin antama hoitoon liittyvä diagnoosi ja ohjeistus. Sen lisäksi hänen tulisi tuntea tullessa kuulluksi ja pystyneensä halutessaan vaikuttamaan hoitoonsa. Laboratorio voi organisaationa vaikuttaa niihin hierarkkisiin rakennelmiin, jotka ylläpitävät lääkärin valta-asemaa ja potilaan passiivisuutta. Potilasta voisi osallistaa tarjoamalla potilaalle enemmän mahdollisuuksia seurata omia lähetteitä ja tutkimustuloksia sekä tarjota laboratorioon liittyvää informaatiota personoidummin sähköisissä palveluissa. Myös erilaisille matalan kynnyksen neuvontapalveluille näyttäisi olevan tarvetta.

Potilailla on erilaisia haluja, tarpeita tai motivaatiota osallistua hoitoonsa. Sen vuoksi asiakaslähtöinen viestintä antaa potilaalle monenlaisia vaihtoehtoja, siitä minkälaiseen potiluuteen hän haluaa asettua, ja mitä kanavia tai keinoja hän sen toteuttamiseen käyttää. Terveystieteiden ammattilaisilta ja organisaatiolta vaaditaan näiden eri toiveiden tunnistamista. Potilaan oma kyky viestiä toiveistaan näyttäisi myös edesauttavan sopivan potiluuden löytymistä. Sähköiset palvelut tarjoavat hyvän mahdollisuuden potilaiden osallistamiseen. Ne tulisi kuitenkin suunnitella yhdessä potilaiden kanssa, jotta ne palvelisivat potilaiden tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla.

Lähivuosina sosiaali- ja terveysalan rakennemuutosten myötä potilaiden vapaus valita, mihin he hakeutuvat hoitoon kasvaa. Positiiviset kokemukset viestinnän onnistumisesta ovat silloin entistäkin tärkeämmässä roolissa. Sähköisissä järjestelmissä viestinnän onnistuminen voi tarkoittaa esimerkiksi helppokäyttöisyyttä ja mahdollisuutta vuorovaikutukseen. Terveydenhuollon markkinoitumisen myötä, kun potilaista kilpaillaan asiakkaiden tavoin, potilaan hoitokokemukseen suunnatut investoinnit voivat tuottaa myös taloudellista hyötyä. Terveydenhuollon markkinoituminen nostattaa kuitenkin myös uhkakuvia, jossa taloudelliset hyödyt ajavat laadullisten hyötyjen edelle. Olen tässä tutkimuksessa selvittänyt yleisellä tasolla, mitä potilaslähtöinen terveysviestintä voisi laboratoriossa olla ja ehdottanut toimenpiteitä potilaslähtöisyyden saavuttamiseksi sekä potilaiden osallistamiseksi. Tulokset ovat monin osin sovellettavissa myös muihin terveydenhuollon organisaatioihin ja yksiköihin. Jatkotutkimusta tarvittaisiin kuitenkin potilaslähtöisen viestinnän yksityiskohdista ja sisällöistä. Esimerkiksi tarkempi tutkimus nykyisten ja suunniteltujen sähköisten terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä olisi tarpeen. Myös tarkempi tutkimus erilaisten asiakasryhmien tarpeista ja halusta osallistua omaan hoitoonsa suomalaisessa terveydenhuollossa, olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde terveydenhuollon kehittäjille.

### 13. Läheteet:

- Aaltonen L-M & Rosenberg P, 2013, *Potilasturvallisuuden perusteet*. Duodecim. Helsinki.
- Ahmad F, Hudak PL, Bercovitz K, Hollenberg E & Levinson W. 2006. Are physicians ready for patients with Internet-based health information? *Journal of Medical Internet Research* 8 (3), e22.
- Akesson KM, Saveman BI & Nilsson G. 2007. Health care consumers' experiences of information communication technology--a summary of literature. *International Journal of Medical Informatics* 76 (9), 633-645.
- Andreassen HK, Trondsen M, Kummervold PE, Gammon D & Hjortdahl P. 2006. Patients who use E-mediated communication with their doctor: new constructions of trust in the patient-doctor relationship. *Qualitative Health Research* 16 (2), 238-248 11p.
- Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I & Renahy E. 2014. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research* 16 (5), e128.
- Bell RA, Hu X, Orrange SE & Kravitz RL. 2011. Lingering questions and doubts: online information-seeking of support forum members following their medical visits. *Patient Education and Counseling* 85 (3), 525-528.
- Bhandari N, Shi Y & Jung K. 2014. Seeking health information online: does limited healthcare access matter? *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA* 21 (6), 1113-1117.
- Bidmon S & Terlutter R. 2015. Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *Journal of Medical Internet Research* 17 (6), e156.
- Brown P, Elston MA & Gabe J. 2015. From patient deference towards negotiated and precarious informality: An Eliasian analysis of English general practitioners' understandings of changing patient relations. *Social Science & Medicine (1982)* 146, 164-172.
- Bylund CL, Gueguen JA, Sabee CM, Imes RS, Li Y & Sanford AA. 2007. Provider-patient dialogue about Internet health information: an exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 66 (3), 346-352.
- Cao W, Zhang X, Xu K & Wang Y. 2016. Modeling online health information-seeking behavior in China: The roles of source characteristics, reward assessment, and internet self-efficacy. *Health Communication* , 1-10.

- Cegala DJ, Chisolm DJ & Nwomeh BC. 2012. Further examination of the impact of patient participation on physicians' communication style. *Patient Education and Counseling* 89 (1), 25-30.
- Cho U WS. 2009. Social Media Use in the United States: Implications for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research* 11 (4).
- Collins S. 2007. *Patient Participation in Health Care Consultations : Qualitative Perspectives*. McGraw-Hill Education. Maidenhead, Berkshire, England.
- Drake M. 2012. Kansa kysyy ja netti vastaa -mutta kuinka kauan? Teoksessa: Järvi U. (toim.) *Tautinen Media*. 1 Edition. Duodecim. Helsinki. 84-84-98.
- Dutta MJ. 2015 (2007). *Communicating Health: A Culture-centered Approach*. e-book Edition. Wiley. Polity.
- Dutta-Bergman J. 2004a. Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors among Internet Health Information Seekers: Population-Based Survey. *J Med Internet Res* 6 (2), e15.
- Dutta-Bergman MJ. 2004b. Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication* 16 (3), 273-288.
- Eriksson-Backa K, Ek S, Niemela R & Huotari ML. 2012. Health information literacy in everyday life: a study of Finns aged 65-79 years. *Health Informatics Journal* 18 (2), 83-94.
- Eriksson-Piela S. 2003. *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaalan moninainen ammatillisuus*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Ford S, Schofield T & Hope T. 2006. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 9 (2), 130-137.
- Fox N. 1998. Postmodernism and health. Teoksessa: Petersen A & Waddell C. (toim.) *Health matters. A sociology of illness, prevention and care*. 1 Edition. Buckingham Open University Press. Buckingham. 9-22.
- Fox S. 2011. *The Social Life of Health Information, 2011*. Washington: Pew Research Center's Internet & American Life Project.
- Fox S. 2006. *Online health search 2006*. Washington: Pew Research Center's Internet & American Life Project.
- Fox S & Duggan M. 2013. *Health online 2013*. Washington: Pew Research Center's Internet & American Life Project.
- Geist-Martin P. 2009. "Open Your Heart First of All": Perspectives of Holistic Providers in Costa Rica About Communication in the Provision of Health Care. *Health Communication* 24 (7), 631-646.

- Gerlander M & Isotalus P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe Ja Kieli* 30 (1), 3-3-19.
- Gerlander M, Kivinen T, Isotalus P & Kettunen T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 11 (2), 14-22.
- Goldner M, Hale TM, Cotten SR, Stern MJ & Drentea P. 2013. The intersection of gender and place in online health activities. *Journal of Health Communication* 18 (10), 1235-1255.
- Grajales III FJ. 2014. Social Media: A Review and Tutorial of Applications in Medicine and Health Care. *Journal of Medical Internet Research* 16 (2).
- Gwyn R. 2002. *Communicating Health and Illness*. SAGE Publications Ltd. London. eBook Collection (EBSCOhost). Katsottu 9.3.2016.
- Hakala R, Tahvanainen S, Ikonen T & Siro A. 2010. *Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia*.
- Hall DR & van Niekerk AA. 2015. Reconsidering counselling and consent. *Developing World Bioethics* .
- Hersh WR. 2002. Medical informatics: improving health care through information. *JAMA* 288 (16), 1955-8.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 1.painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Honkasalo M, Salmi H & Launis V. 2012. Johdanto. Teoksessa: Honkasalo M & Salmi H. (toim.) *Terveystutkimuksen kulttuurin ehdoilla, Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. 1. painos. Turun yliopisto.
- Hopmans W, Damman OC, Senan S, Hartemink KJ, Smit EF & Timmermans DR. 2015. A patient perspective on shared decision making in stage I non-small cell lung cancer: a mixed methods study. *BMC Cancer* 15, 959-015-1974-6.
- Hukka E. 2014. Potilaasta partneriksi – sosiaalinen media haastaa terveydenhuollon. Teoksessa: Järvi U. (toim.) *Tautinen Media*. 1 Edition. Duodecim. 104-104-118.
- Hyppönen H, Hyry J, Valta K & Ahlgren S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi : kansalaisten kokemukset ja tarpeet. *Raportti / Terveystutkimuksen ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) = Report / National Institute for Health and Welfare* (33).
- Hyppönen H, Iivari A & Ahopelto M. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen asiointin hankkeet Suomessa 2010. Tampereen yliopisto.
- Ijas-Kallio T, Ruusuvaara J & Perakyla A. 2011. 'Unilateral' decision making and patient participation in primary care. *Communication & Medicine* 8 (2), 145-155.
- Ijas-Kallio T, Ruusuvaara J & Perakyla A. 2010. Patient resistance towards diagnosis in primary care: Implications for concordance. *Health (London, England : 1997)* 14 (5), 505-522.

- Inoue M, Takahashi M & Kai I. 2013. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice* 14, 40-2296-14-40.
- Iverson SA, Howard KB & Penney BK. 2008. Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: a survey-based study and review. *The Journal of the American Osteopathic Association* 108 (12), 699-711.
- Jang H & An JY. 2014. Social Network Analysis of Elders' Health Literacy and their Use of Online Health Information. *Healthcare Informatics Research* 20 (3), 216-225.
- Kreps GL & Neuhauser L. 2010. New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling* 78 (3), 329-336.
- Kuusisto H, Keränen T, Oksanen K & Saranto K. 2013. Erikoissairaanhoidossa etähoidettu potilas on tyytyväinen. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* 68 (9), 667-671.
- Lämsä R. 2013. Potilaskertomus - Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. THL. Tampere.
- Laugesen J, Hassanein K & Yuan Y. 2015. The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. *Journal of Medical Internet Research* 17 (6), e143.
- Lowrey W. 2006. The impact of Internet use on the public perception of physicians: a perspective from the sociology of professions literature. *Health Communication* 19 (2).
- Lupton D. 2003. *Medicine as Culture*. 2nd Edition. Sage Publications. London.
- Manganello J, Gerstner G, Pergolino K, Graham Y, Falisi A & Strogatz D. 2016. The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *Journal of Public Health Management and Practice : JPHMP* .
- Marin-Torres V, Valverde Aliaga J, Sanchez Miro I, Saenz Del Castillo Vicente MI, Polentinos-Castro E & Garrido Barral A. 2013. Internet as an information source for health in primary care patients and its influence on the physician-patient relationship. *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia Y Comunitaria* 45 (1), 46-53.
- McMullan M. 2006. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 63 (1), 24-28.
- Mead N, Bower P & Hann M. 2002. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine (1982)* 55 (2), 283-299.
- Metsämuuronen J. 2008. *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. 3 Edition. International Methelp.
- Mitchell SJ. 2014. Internet and Mobile Technology Use Among Urban African American Parents: Survey Study of a Clinical Population. *Journal of Medical Internet Research* 16 (1).

- Nijland N. 2008. Evaluation of Internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical Internet Research* 10 (2).
- Parrott R. 2004. Emphasizing "Communication" in Health Communication. *Journal of Communication* 54 (4), 751-787.
- Peltokorpi P. 2006. *Potilas kadoksissa*. Viimeksi päivitetty 2006, Potilas kadoksissa [Kielikello, kielenhuollon tiedotuslehti kotisivu], Saatavissa: <http://www.kielikello.fi/index.php?mid=2&pid=11&aid=1657>. Luettu 24.9.2016.
- Potter SJ & McKinlay JB. 2005. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Social Science & Medicine (1982)* 61 (2), 465-479.
- Powell J, Inglis N, Ronnie J & Large S. 2011. The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research* 13 (1), e20.
- Reponen J. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sähköiset palvelut murroksessa. *Duodecim* 131 (13-14), 1275-1276.
- Reponen J, Kangas M, Hämäläinen P & Keränen N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014 : tilanne ja kehityksen suunta. *Raportti / Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) = Report / National Institute for Health and Welfare* (12).
- Rice RE. 2006. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys. *International Journal of Medical Informatics* 75 (1), 8-28.
- Rubén B & Stewart L. 2006. *Communication and human behavior*. 5 Edition. Kendall-Hunt. Dubuque, IA.
- Rubén BD. 2016. Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same. *Health Communication* 31 (1), 1-11.
- Ruusuvuori J. 2013. Potilaan rooli - onko sitä? *Duodecim* 129 (6), 656-658.
- Sciamanna CN, Clark MA, Diaz JA & Newton S. 2003. Filling the gaps in physician communication. The role of the Internet among primary care patients. *International Journal of Medical Informatics* 72 (1-3), 1-8.
- Silver MP. 2015. Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over. *Journal of Medical Internet Research* 17 (1), e19.
- Tilastokeskus. 2015. *Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintäteknologian käyttö [verkkojulkaisu]. Liitetäulukko 20. Internetin käyttö tavaroita ja palveluita, sairauksia, ravitsemusta ja terveyttä koskevan tiedon etsintään sekä matkailupalveluiden selailuun 3 kk aikana iän, toiminnan, koulutusasteen, asuinpaikan kaupunkimaisuuden ja sukupuolen mukaan 2015,*

%-osuus väestöstä .Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi\\_2015\\_2015-11-26\\_tau\\_020\\_fi.htm](http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_tau_020_fi.htm). Luettu 18.4.2016.

Tilastokeskus 2015. *Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkójulkaisu]*. Suomen virallinen tilasto kotisivu ISSN=2341-8699. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi\\_2015\\_2015-11-26\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_tie_001_fi.html). Luettu:18.4.2016.

Torkkola S. 2014. Muuttuva terveystietäminen, meditoituvat terveydet ja sairaudet.

Torkkola S. 2008. *Sairas juttu tutkimus terveystietämisen teoriasta ja sanomalehden sairaalasta*. Tampere University Press. Tampere.

Torkkola S & Mäki-Kuutti A. 2012. Terveydet ja sairaudet mediassa. Teoksessa: Honkasalo M & Salmi H. (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. 1 Edition. k&h Kulttuurihistoria Turun yliopisto. 105.

Valtiovarainministeriö. 2016. *SADe-ohjelman loppuraportti*. Julkaisu 21/2016.

Vehmas S. 2012. Vammaisuus kulttuurisena konstruktiona. Teoksessa: Honkasalo M & Salmi H. (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. 1 Edition. K&h Kulttuurihistoria Turun yliopisto. Turku. 269.

Viswanath K. 2015. *Health communication. The international encyclopedia of communication*. Saatavissa: [http://www.communicationencyclopedia.com/public/tocnode?query=health+communication&wide\\_n=1&result\\_number=1&from=search&fuzzy=0&type=std&id=g9781405131995\\_yr2015\\_chunk\\_g978140513199513\\_ss9-1&slop=1](http://www.communicationencyclopedia.com/public/tocnode?query=health+communication&wide_n=1&result_number=1&from=search&fuzzy=0&type=std&id=g9781405131995_yr2015_chunk_g978140513199513_ss9-1&slop=1). Luettu 21.5.2016.

## 14. Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelu kysymykset

### Taustatiedot

1. Ikä
2. Sukupuoli
3. kuinka usein käyt laboratoriossa
4. Varaatko ajan vai tuletko jonottamalla?
5. Oletko kokenut ajanvarauksessa ongelmia?
6. Jos varaat ajan varaatko sen internetistä vai soittamalla?
7. Tiesitkö, että saat valita sinulle parhaiten sopivan toimipisteen?

### Tiedonsaanti:

1. Saitko ohjeita laboratoriotutkimuksiin tuloa varten tai itse tutkimuksista?
2. Keneltä tai mistä saitte ohjeet laboratorionkokeisiin?
3. Saitko ohjeet kirjoitetussa muodossa vai suullisesti?
4. Olivatko ohjeet selkeät/riittävät?
5. Saitko tietoa, mitä laboratoriotutkimuksia sinulta otetaan ja mitä varten?
6. Saitko tiedon siitä, miten tutkimuksiin tulisi valmistua?
7. Saitko tiedon mihin laboratorioon voit mennä ja tuleeko sinun varata aika?
8. Saitko tiedon milloin laboratoriotutkimukseen tulisi mennä?
9. Saitko tiedon siitä mistä saat laboratorionkokeiden tulokset ja milloin?
10. Saitko mielestäsi tarpeeksi tietoa?
  - 10.b Jos et mitä tietoa jäit kaipaamaan?

### Teemahaastattelu kysymykset (hahmotelma)

#### Internet:

Missä asioissa käytät internetiä?

Etsitkö terveyteen tai sairaanhoitoon liittyviä asioita internetistä?

Löydätkö etsimäsi?

Käytätkö hakukonetta vai jonkin organisaation kotisivuja, minkä?

Oletko käynyt HUSLABin internetsivuilla?

Löysitkö sivut helposti?

Mitä tietoa etsit sivuilta?

Löysitkö etsimäsi?

Mitä haluaisit että sivuilta löytyisi?

### **Sähköinen asiointi**

Saatko laboratoriotulokset sähköisesti esimerkiksi tekstiviestillä, ja haluaisitko saada?

Minkälaisissa asioissa haluaisit asioida sähköisesti lääkärin tai hoitajan kanssa, jos se olisi mahdollista?

### **Potiluus**

Oletko kysynyt jostain internetistä löytämästäsi tai muualta kuulemastasi tiedosta Lääkäriltä ja terveydenhuollon ammattilaiselta?

Ovatko he osanneet vastata sinulle tyydyttävästi?

Tuntuuko, että voit kysyä lääkäriltä tai hoitajalta mistä tahansa hoitoasi askarruttavasta asiasta?

Oletko ollut koskaan eri mieltä lääkärin kanssa hoidostasi?

Haluatko että lääkäri määrää hoitosi vai haluaisitko itse vaikuttaa hoitoon enemmän?

Miten haluaisit vaikuttaa?

Mitä muuta haluaisit tuoda esille? Miten haluaisit, että parantaisimme palvelua?