

# **Lääkäri kohtaa potilaan**

**-Yhteiskunnallinen muutos potilas-lääkäri -suhteen muokkaajana**

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta

Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma

Narvola Eero (Op.n:o 157695)

Lokakuu 2011

Tiedekunta Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden	Laitos Yhteiskuntatieteiden laitos
Tekijä Narvola Eero	
Työn nimi Lääkäri kohtaa potilaan - Yhteiskunnallinen muutos potilas-lääkäri -suhteen muokkaajana	
Oppiaine Yhteiskuntapolitiikka	Työn laji Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma
Aika Lokakuu 2011	Sivumäärä 82+2 (liite)
<p><b>Tiivistelmä – Abstract</b></p> <p>Lääkärillä on perusteltu valtaa suhteessa potilaaseen. Yksilöön vaikuttavat biovallan keinot vaikuttavat puh-taimmillaan vaikuttamaan lääkärin ammatin ytimeen - elämään ja terveyteen. Laajimmillaan biopolitiikka ulottuu kokonaisuin kansakuntiin. Yhtenä biovallan keinoista toimii normalisointi, sosiaalinen kontrollointi, joka määrit-telee käsityksemme normaalista tai oikeasta, sekä pyrkii määrittelemään väärän ja poikkeavan. Terveydenhuol-lossa biovallan keinot näkyvät esimerkiksi sukupuolisuuden ja seksuaalisuuden hallinnointina ja sen sääntelyme-kanismeina sekä terveyteen liittyvän medikalisoinnissa. Biovallan keinoin ihminen sosiaalistetaan pitämään huol-ta elinvoimistaan ja terveydestään. Terveellinen elämä on yksilön kuin myös kansakunnan kannalta itsearvoisen tärkeää. Valta suhteessa yksilöön on lääkärin professiolla, ei lääkärillä itsellään. Asiantuntijuuden suoman aukto-riteetin kautta sovellettavilla hallinnointi- ja vallankäytön tekniikoilla lääkäri toimii terveydenhuollon ja hoidon tekniikoiden portinvartijana. Potilas ei ole pelkästään kontrolloitavissa, vaan toimii aktiivisena potilaskuluttajana. Aktiivinen potilaskuluttaja osallistuu terveyteen liittyvään päätöksentekoon ja on valmis kyseenalaistamaan auk-toriteetit ja painottamaan asemaansa kuluttajana.</p> <p>Tutkielmassa tarkastelen potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutussuhteessa ilmenevää vallankäyttöä. Haastat-telin tutkielmaa varten yhdeksää terveyskeskuslääkärää. Teemahaastattelujen pohjalta saatuja tuloksia vertaan teoreettiseen viitekehukseen ja pyrin havainnoimaan vallankäytön tekniikoita ja toimintatarkoituksia, sekä poh-timaan näiden merkitystä. Haastattelujen mukaan lääkäri-potilas toimijapari toimii entistä tasa-arvoisemmassa asemassa. Potilas lähtökohtaisesti tuntee itse parhaiten oman terveydentilansa. Terveydentilastaan tietoiset poti-laskuluttajat vaativat hoitoja ja lääkärin on käytettävä professionsa kautta valtaa perustellakseen potilaalle miksi hän ei voi saada haluamiaan tutkimuksia. Potilaskuluttaja pyrkii ostamaan itselleen terveyttä, tällöin potilaat jou-dutaan usein ohjaamaan yksityisen sairaanhoidon puoleen koska aina tutkimusten suorittaminen ei ole lääketie-teellisesti perusteltua ja terveys ei ole ostettavissa. Lääkärin työn tavoitteena on kansakunnan terveys ja hyvin-vointi, mutta käytännössä tämä on mahdotonta ja vastuu yksilön terveydestä halutaan siirtää valtiolta yksilöille itselleen. Terveystietoisuus on lisääntynyt huomasti ja tämä yhdistetään terveysmedioiden lisääntymiseen sekä internetin kasvaneeseen asemaan päätoimisena tiedonlähteenä. Lääketiedettä pidetään tieteenalana, jonka tehtä-väksi on annettu ihmisten ongelmien ratkaisu, vaikka ongelma ei aina olisikaan lääketieteellinen. Lääkärit tun-nustavatkin suomalaisessa yhteiskunnassa kasvaneen medikalisaation merkityksen. Kasvanut terveystietoisuus on vapauttanut kritiikin yhteiskunnan auktoriteetteja kohtaan ja tämä on osaltaan syönyt yhteiskunnallisten auk-toriteettien arvoasemaa.</p>	
Asiasanat Valtasuhteet, biovalta, terveystietoisuus, medikalisaatio, potilaskuluttaja, normalisointi, asiantuntijavalta	
Säilytyspaikka	Itä-Suomen yliopiston kirjasto
Muuta tietoa	

## LÄÄKÄRI KOHTAA POTILAA

### -YHTEISKUNNALLINEN MUUTOS POTILAS-LÄÄKÄRI -SUHTEEN MUOKKAAJANA

<b>1. JOHDANTO .....</b>	<b>4</b>
1.1 Tutkimusasetelma .....	4
1.2. Tutkimuksen rakenne .....	6
<b>2. TERVEYSKANSALAISSUUS JA YKSILÖKESKEINEN HYVINVOINTIVALTIO .....</b>	<b>8</b>
2.1. Terveyskansalaisuus osana väestönhallintaa .....	8
2.2. Riskidynamiikka ja terveydenhuolto .....	10
2.3. Potilas polarisoituvassa yhteiskunnassa .....	12
<b>3. VALLAN KÄSITTEET .....</b>	<b>15</b>
3.1. Valta ja biovalta .....	15
3.2. Asiantuntijavalta ja auktoriteetti hyvinvointijärjestelmässä .....	19
3.2.1. Tieto- ja valtavetoinen terveydenhuolto .....	21
3.3. Normalisoinnin valta yksilöihin ja yhteisöihin .....	24
3.4. Elämän medikalisaatio ja sosiaalinen kontrolli .....	26
<b>4. LÄÄKÄRI JA POTILAS VUOROVAIKUTUKSESSA .....</b>	<b>30</b>
4.1. Luottamus sekä etiikka potilas-lääkäri -suhteessa .....	30
4.2. Lääkärin ammatti ja asema .....	32
4.2.1. Lääkäri organisaation ja lääketieteellisen instituution edustajana .....	33
4.3. Potilaan ja lääkärin kohtaaminen vuorovaikutustilanteena .....	35
4.4. Potilas kuluttajana .....	37
<b>5. TUTKIMUSMENETELMÄ JA HAASTATTELUAINEISTON KERUU .....</b>	<b>39</b>
5.1. Yhteiskunnallisen muutoksen tutkimus, eli tutkimuksen fenomenologia .....	39
5.2. Lääkäreiden teemahaastattelut aineistona .....	40
<b>6. POTILAAT VASTAANOTOLLA .....</b>	<b>42</b>
6.1. Tietoinen potilas vastaanotolla .....	42
6.1.1. Tyypillinen vastaanottotilanne .....	42
6.1.2. Terveystietoiset potilaat riski vai mahdollisuus? .....	44
6.1.3. Potilas aktiivisena toimijana ja diagnoosin laatijana .....	46
6.1.4. Tietoinen potilas haastaa lääkärin .....	50
6.2. Miten yhteiskunnallinen muutos näkyy potilaissa? .....	52
6.2.1. Potilas osana yhteiskunnallista muutosta .....	52
6.2.2. Potilas ja terveystiedon mediat .....	53

6.2.3. Kenellä vastuu terveydestä? .....	54
6.3. Miten lääkärin asema on muuttunut? .....	55
6.3.1. Lääkärin asema muutoksessa .....	55
6.3.2. Lääkäri portinvartijana .....	56
6.3.3. Syökö liika tietous lääkärin asemaa? .....	57
6.4. Keskeiset terveystiedon mediat .....	62
<b>7. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA POHDINTAA TULOKSISTA.....</b>	<b>66</b>
7.1. Aineiston analyysi.....	66
7.1.1. Lääkäri – luotettava ammattilainen ja kansakuntaa hallinnoiva auktoriteetti?.....	66
7.1.2. Lääkäri vaatimusten ja odotusten ristipaineessa kulutusmarkkinoilla .....	67
7.1.3. Lääkärin valta suhteessa potilaaseen ja vastuu terveydestä .....	69
7.1.4. Nuoret koulutetut naiset erityisesti medikalisaation keskiössä?.....	71
7.1.5. Lääkärin työ muuttuvassa yhteiskunnassa.....	73
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>77</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>83</b>

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Tutkimusasetelma

Lääkäri soveltaa enemmän tai vähemmän tiedostamattaan ammatinharjoittamisensa kautta valtaa suhteessa potilaaseen. Tätä sekä vallan harjoittamista mahdollistavia keinoja kutsutaan biovallaksi. Lääkärien harjoittamat biovallan keinot pyrkivät puhtaimmillaan vaikuttamaan juuri heidän ammatinsa ytimeen - elämään ja terveyteen. Biovallan keinoin voidaan terveyden ja terveysideaalien kautta vaikuttaa suoraan yksilöön, mutta laajimmillaan biopolitiikka ulottuu kokonaisuun kansakuntiin. Biovallan keinoin olemme kaikki tavoitettavissa, jopa ohjailtavissa, mutta silti biovallan keinojen onnistuu pysyä suuremmalta kritiikiltä usein piilossa, eikä niitä aina olisi syytä kritisoidakaan. Kukapa ei tänä päivänä pitäisi arvossa hyvän terveyden ja hyvän elämän arvoja.

Biovallan tekniikat toimivat periaatteessa näkymättömissä erilaisina vallankäytön tekniikkoina jotka ovat normalisoinnin tuloksena käyneet meille tutuiksi ja niitä pidetään jossain määrin jopa itsensänselvyyksinä. Se, että yksilöihin sovellettavat valtakeinot säästyvät kritiikiltä, ei johdu välttämättä siitä siis ettei kritisoitavaa olisi. Kritiikittömyys voi johtua myös siitä, että emme osaa tunnistaa vallan tekniikoita, sillä valta toimii kaikkialla, uusintaen itseään jatkuvasti, valta on läsnä myös kaikissa sosiaalisissa suhteissa. Pelkästä valtakeinojen kritiikistä ei kuitenkaan biovallan tarkastelussa ole kyse, sillä luonnostaan se ei pyri alistamaan ja tukahduttamaan yksilöä, vaan pikemminkin edistämään yhteistä elämän kokonaisvaltaista paranemista sekä kohottamaan kunkin yksilön elämän tasoa, ja tässä sen voidaan katsoa onnistuneen varsin hyvin.

Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä on monimuotoinen. Yksityisiä terveystalouksia tarjoavat lääkärin yksityisyrittäjinä, osakeyhtiöinä toimivat lääkärikeskukset ja muut yrittäjyyteen perustuvat hoitolaitokset. Työterveyshuollolla on omat asiakkaansa. Julkisella puolella palvelut koostuvat kuntien järjestämästä terveydenhuollosta terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Osin terveystalouksia hoitetaan myös valtion sairaaloissa. Tällä hetkellä työterveyshuollon ulkopuolelle jää jopa puoli miljoonaa työkäistä suomalaista. Työterveyshuollon ulkopuolelle jää työelämässä olevista etenkin reissu- ja pätkätyöntekijöitä sekä pienyritysten palveluksessa olevat. Ilman työtä olevat vähempiosaiset

ovat väliinpuotoajia. Tässä tutkimuksessa tarkastelen julkisia terveyspalveluja. Vaikka työterveys- huollon, yksityisen terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon asema on suomalaisessa terveyden- huoltojärjestelmässä merkittävä, keskityn terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden haastattelu- jen kautta tutkimaan potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutussuhteessa tapahtunutta muutosta.

Haastattelin tutkimusta varten terveyskeskuksissa työskenteleviä lääkäreitä, sillä mielestäni juuri he ovat tärkeänä solmukohtana potilaan, ja lääketieteellisen hoidon kohtaamisessa. Terveyskeskuksien valintaa tutkimukseni tarkastelun kohteiksi perustelen myös julkisen terveydenhuollon asemalla suomalaisessa yhteiskunnassa. Julkisen terveydenhuollon saatavuus perustuu lakiin, joka määrittelee kansalaiset tasa-arvoisiksi järjestämällä terveydenhoitoa johon kaikilla on varaa. Julkisella ter- veydenhuollolla on myös merkittävä asema ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, kun työ- sekä yksityinen terveydenhuolto keskittyy enemmän sairauden toteamiseen ja sen hoitoon.

Tasa-arvoisuutta julkiseen terveydenhuoltoon on pyritty tuomaan järjestämällä terveyspalvelut niin, että periaatteessa kaikki kansalaiset ovat palvelusten äärellä. Asuinpaikan, sosioekonomisen aseman tai työpaikan pysyvyyden ei siis pitäisi vaikuttaa hoidon saatavuuteen. Julkisen terveydenhuollon ongelmana on kuitenkin se, että käytännössä suomalainen terveydenhuolto on ehkä jopa entistä epä- tasa-arvoisempaa kuin ennen. Palvelujen saatavuus ja hoitotulosten laatu vaihtelevat huomattavasti eri paikkakunnilla. Tärkeä näkökulma tutkimukseni kannalta on myös se, että julkinen terveyden- huolto toimii niin sanotun yhteisen hyvän asialla, eli sen toiminta tähtää yleiseen kansalaisten posi- tiiviseen terveyskehitykseen pitkällä tähtäimellä, kun taas yksityinen terveydenhuolto toimii aina viimekädessä yritystoiminnan taloudellisen kannattavuuden näkökulmasta. Yksi näkökulma tutki- mukseni kannalta on myös se, että perinteisesti julkisen sektorin tarjoaman terveydenhuollon on katsottu rakenteeltaan olevan hierarkkista ja auktoriteetteihin perustuvaa. Toisin sanoen julkisen sektorin terveydenhuollossa lääkärin mahdollinen valta yli yksilön, pyrittäessä toimimaan potilaan parhaaksi, on helpompi havaita.

Juuri terveyskeskuslääkäri saa kosketuksen suureen joukkoon eri-ikäisiä ja taustoiltaan vaihtelevia terveyspalveluita tarvitsevia kansalaisia. Juuri terveyskeskukseen hakeutuu valikoimaton joukko ihmisiä, ilman lääketieteellisiä lähetteitä. Mielenkiintoista onkin tarkastella muun muassa sitä,

kuinka paljon terveyskeskukseen hakeutuvat potilaat ovat etukäteen selvittelleet omaa terveydentilaansa erilaisten informaatiolähteiden kautta. Missä määrin terveyskeskuksista haetaan lääketieteellistä vastausta ja vahvistusta jo tiedossa olevaan sairauteen, tai ainoastaan lääkärin sanan takana olevaa lääketieteellistä hoitokeinoa, kuvauksia tai lääkereseptiä. Tutkimuksessa tarkastellaan siis potilaan ja lääkärin kohtaamisia lääkäreiltä keräämäni aineiston kautta. Pyrin lääkärin haastatteluja aineistona käyttäen havainnoimaan myös sitä, kuinka valta konkretisoituu potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutustilanteessa. Valta on läsnä kaikissa sosiaalisissa suhteissa, ja tutkimukseni kannalta tehtävänäni on irrottaa haastattelukokonaisuudesta viitteitä vallankäytön tekniikoihin. Kysyn lääkäreiltä myös onko lääkärin työ muuttunut sekä ovatko potilaat muuttuneet heidän mielestään ajanmyötä. Paljon on puhuttu siitä, miten lääkärin professio on muuttunut ajan myötä ja kuinka työn arvostus on muuttunut entisaikoihin verrattuna. Haastatteluissani pyrin tarkastelemaan onko potilaiden vastaanottokäyttäytymisen, taikka lääkärin käytännön työn kautta havaittavissa jonkinlaista muutostrendiä. Havainnoidun muutoksen kautta pääsemme pohdiskelemaan mitä ne voisivat kertoa meille ympäröivästä yhteiskunnasta ja muuttuneista valtasuhteista.

## **1.2. Tutkimuksen rakenne**

Tutkimukseni aluksi avaan tutkimuksen kannalta tärkeitä käsitteitä, sekä kokonaisuuksia joissa avatut käsitteet tulevat sovelletuiksi. Pyrin teoretisoinnilla hahmottamaan sen kuvan, mikä sosiologisen, yhteiskuntatieteellisen sekä terveystieteellisen kirjallisuuden kautta syntyy käsiteltäessä yhteiskunnallisesti tärkeitä ilmiöitä kuten vallankäyttöä terveydenhuollossa ja sen ulkopuolella, sekä medikalisaatiota joka on juurtunut yhä syvemmillä myös suomalaisessa yhteiskunnassa.

Potilaan ja lääkärin välinen kohtaaminen on sosiologisessa mielessä ajateltuna mielenkiintoinen tapahtuma. Siinä kohtaa kaksi toisensa kaltaista ihmistä osana prosessia tai käytäntöä jolla on jokin tietty tarkoitus. Sen lisäksi, että vastaanottotilanteessa kohtaa kaksi ihmistä, kohtaa siinä myös kansalainen ja lääkärin professio, terveydenhuollon edustaja tai terveydenhuollon portinvartija. Lääkärillä on valta suhteessa vastaanotolle saapuneeseen potilaaseen suorittaa potilaan terveyden kannalta tärkeitä toimenpiteitä, jotka saattavat parhaimmassa tapauksessa olla potilaan terveyden säilymisen kannalta hyvinkin oleellisia. Teoretisoinnin kautta tuon esiin myös sen faktan, että lääkärin työtä ei

määrittele ainoastaan hoidon ja avun tarve, vaan lääkärin tulee toimia osana terveydenhuollon organisaatiota, joka toimii tiettyjen rajallisten resurssien pohjalta.

Avaan luvussa 5 myös yksilön terveyden ja sen ylläpidon merkitystä kansakunnalle eräänlaisena vastalahjana yhteiskunnan meille tarjoamasta turvasta ja suojasta. Havainnollistan tällä että terveys käsitteenä on muutakin kuin yksilön hyvinvointia vaikka sitä harvoin tiedostetaankaan. Hyvä kansanterveys on yksilön etu, mutta myös kansakuntamme etu, ja sitä halutaan ylläpitää tavoitteellisista syistä. Kansanterveydelliset toimenpiteet toimivat myös eräänlaisina kansakuntaa jaottelevina kontrolloikeina. Yksilön terveydenhoidon ja valistuksen kautta voidaan ainakin periaatteessa vaikuttaa jokaisen ihmisen toimintaan yksilötasolla. Terveydenhuollon kautta on mahdollista määritellä mikä on normaalia ja mikä katsotaan sairaudeksi tai poikkeavuudeksi. Normaalius on tavoiteltavaa ja sairaus tai sairaaloinen käytös on jotain mitä tulee välttää.

Terveydenhuolto ei kuitenkaan toimi yhteiskunnasta erillisenä yksikkönä vaan on mukana yhteiskuntamme ylä- sekä alamäissä. Tämän myötä kansakuntamme altistuu aivan uudennlaisille riskeille jotka pahimmillaan iskevät juuri kansakuntamme Akilleen kantapäähän, yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Kansanterveys on globalisoituvassa maailmassa yhä enemmän osana koko planeettamme hyvinvointia. Se, että elämme globaalissa maailmassa asettaa meidät myös alttiiksi uudennlaisille kokonaisiksi kansakuntia koskeville riskeille. Beck (2009, 8) tähdentääkin, että tällaisessa maailmassa moderni yhteiskunta ei kykene enää kontrolloimaan itse aiheutettuja tai tuotettuja vaaroja. Tätä kehitystä Beck pitää onnistuneen modernisaatiokehityksen sivuvaikutuksena.

Tutkimukseni loppupuolella (luku 6 alalukuineen) käyn läpi haastatteluaineistoa, jonka olen hankkinut haastattelemalla yhdeksää terveyskeskuksessa työskentelevää lääkäriä. Perustelen myös tutkimukseni tutkimusmetodologiset valintani samaisessa luvussa. Luvussa 7 käyn läpi tutkimukseni keskeiset havainnot, joita olen tehnyt aineiston pohjalta. Analysoin haastattelutuloksia havaintojen kautta, sekä vertaan niitä tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen.



## 2. TERVEYSKANSALAISSUUS JA YKSILÖKESKEINEN HYVINVOINTIVAL- TIO

### 2.1. Terveyskansalaisuus osana väestönhallintaa

Hélen & Jauho (2003, 13) määrittelevät terveyskansalaisuuden käsitteen näkökulmana, jonka määrittelyssä käytetään hyödyksi kahta kansalaisuuden käsitteen määrettä; kansakuntaan kuulumista ja oikeuksia. Kansalaisuuden määrittelyn lisäksi terveyskansalaisuus sisältää näkökulman terveydenhoidon politisoitumiseen, sekä yksilön terveydenhoidon oikeuksiin ja velvollisuuksiin.

Terveyskansalaisuuden käsitteellistäminen määrittelemään kansalaisuutta sisältää pyrkimyksen kansalaistaa jokainen yksilö terveydenhoidon nimissä. Hélenin & Jauhon (2003, 14) mukaan tämä on osa kansallista terveystyötä ja valistusta, eräänlaista terveydenhoidon sanoman levittämistä suurille väestöryhmille, joka vahvistui Suomessa kansallisen hygienialiikkeen ja sosiaalilääketieteen esiin-nousun myötä 1880 –luvulta alkaen.

Terveydenhuollon sanoman ulottaminen suuriin väestöryhmiin keskittyi alun perin pitämään sairaudet ja kuolema loitolla, sekä kiinnittämään huomiota terveellisiin elämäntapoihin. Hélenin & Jauhon (2003, 14-15) mukaan terveyskansalaisuuden määrittelyn myötä terveydestä tuli jokaisen yksilön henkilökohtainen velvollisuus kansakuntaa ja kansaa kohtaan, jota jokainen saattoi pitää yllä huolehtimalla terveydestään annettujen ohjeiden mukaisesti.

Toisaalta terveyskansalaisuuden näkökulmalla on ollut Hélenin & Jauhon (2003, 15) mukaan myös eriarvoistava pyrkimys kansanterveyden nimissä. Terveydenhuollon kansallisen vastuun myötä sitä valvovalla julkisella vallalla, sekä lääkärikunnalla on mahdollisuus tarkkailla, ryhmitellä ja eritellä kansakunnan jäseniä normaaleihin ja sairaaloihin, tuottaviin ja tuottamattomiin tai vaarattomiin ja vaarallisiin kansalaisiin. Nämä luokittelut, kuten myöhemmin normalisoinnin vallan käsitettä määrittellessä toteamme, antavat normaaliuden käsitettä ylläpitäville ja ruokkiville tahoille mahdollisuuden väestön kontrollointiin kollektiivisella tasolla sekä yksilöinä. Terveyskansalaisuuden myötä

väestönkontrollointi muuttaa hallittavat yksilöt ja ryhmät poliittisiksi, biologisiksi ja lääketieteelliseksi subjekteiksi. Näiden subjektien elinvoimaisuutta tulee kontrolloida, olivatpa he terveyskansalaisuuden tavoitteiden mukaisesti kelvollisia, tai vajaakelpoisia. Terveyskansalaisuus koskee kaikkia, eikä siinä suljeta vajaakelpoisia ulkopuolelle, vaan heidät alistetaan valvontaan, eristetään tai heille tarjotaan hoitoa ja hoivaa. Kansa, tai väestö voidaan nähdä eräänlaisena biologisena organisaationa, jota voidaan hallita biovallan strategioin, lisäämällä organismin elinvoimaa ja vaalimalla sitä julkisen vallan päämäärien mukaisesti ennen kaikkea sota-, työ- ja lisääntymisvoimana (Hélen & Jauho 2003, 16). Väestön kontrolloinnin vastuu on siirtynyt valtiolta osittain lääkärikunnalle sekä järjestöille ja paikallishallinnolle, joiden toimintaedellytyksiä ohjataan poliittisin keinoin. Hélenin & Jauhon (2003, 20) mukaan näillä väestön kontrollin osatoimijoilla on mahdollisuus harjoittaa terveystaloutta painostamalla valtiovaltaa säätämään lakeja, perustamaan hallinnonaloja ja ohjaamaan voimavaroja terveydenhoitotyöhön.

Vallan jakautuminen on osaltaan asettanut terveystaloutta alttiiksi poliittisten suuntausten ja globaalien uhkakuvien luomille uusille riskeille. Ne vaikuttavat väestöön muun muassa terveydenhuollon laadun ja saatavuuden kautta, sekä yleisissä yksilöä muokkaavissa yhteiskunnallisissa suuntauksissa. Länsimainen uus-liberalistinen kehitys muokkaa yksilön asemaa osana kansalaisyhteiskuntaa. Yksilöiden lisääntyvän autonomisuuden myötä myös terveystaloutta käsite on murroksessa ja terveydenhuollon organisaatiot muuttavat luonnettaan jatkuvasti lisääntyvien tarpeiden ja vaateiden edessä.

Medikalisaatiokriittisen mielipiteen mukaan kansanterveys on yksi muoto kaupallisen lääketieteellisuuden orjuutuksesta. Jos varsinaisen sairauden hoitaminen lääketieteellisin keinoin on hyvää bisnestä lääketieteellisyydelle, niin suurten kansantautien ennaltaehkäiseminen ja riskitapausten hoitaminen on todellinen kultakaivos. Terveystaloutta ei voida kaupallisen lääketieteellisuuden mielestä saavuttaa ilman lääketieteellisiä keinoja, ja jos meistä tuntuu että olemme noin suurinpiirtein terveitä, täytyy muistaa että riski sairastua odottaa aina kulman takana.

## 2.2. Riskidynamiikka ja terveydenhuolto

Kun Meksikon terveysviranomaiset keväällä 2009 raportoivat sikainfluenssaviruksen muuntuneen siten, että se kykeni leviämään siasta myös ihmiseen, alkoi Suomessa ja muualla maailmalla keskustelu siitä, mitkä ovat mahdolliset riskit saada tartunta. Pian taudin levittyä Yhdysvaltoihin ja Kanadaan sekä myöhemmin Eurooppaan julistettiin sikainfluenssa WHO<sup>1</sup>:n toimesta pandemiaksi ja mittavat rokotehankinnat alkoivat. Myös Suomi varautui pandemiaan hankkimalla rokotteet tautia vastaan koko väestölleen. Toinen hyvä esimerkki globaalien riskikuvien luomisesta on vuonna 2006 esiin noussut lintuinfluenssa-epidemia. Kaikesta mediamyllytyksestä huolimatta epidemia ei koskaan saapunutkaan rajojemme sisään. Epidemian levittämisestä syytettiin muuttolintuja joita pelättiin ennen muuttolintujen saapumista kuin rottia mustan surman aikana, mutta loppujen lopuksi tauti vaivasi pääosin siipikarjaa. Lintututteilijöiltä asiaa kysyttiin vasta kun taudin pelko oli ohitse.

---

<sup>1</sup> World Health Organization

Beckin (2009, 6-9, 48, 50) mukaan yhteiskunta on perustettu riskin monitulkintaisuuden pohjalle ja sitä hallinnoidaan sen perustein. Nykyään joudumme mukautumaan ennennäkemättömien riskien maailmaan ja taistelemaan tuntematonta vaaraa vastaan, sillä modernissa maailmassa joudumme tekemään päätöksiä koko maailman tulevaisuudesta itse aiheutettujen ja tuotettujen vaarojen pakottamina, tältä eivät välty hallitukset eivätkä yksilötkään. Beckin mukaan riskiyhteiskunnan ympärille on syntynyt myös paljon maailmanlaajuista kaupantekoa, josta esimerkkinä voidaan mainita lääketieteellisyys, joka taistelee piileviä riskejä vastaan tuomalla markkinoille jatkuvasti uusia lääkevalmisteita ylläpitääkseen lääketieteellisuuden vahvaa asemaa osana yleistä terveystrendiä.

Beck (2009, 8) tähdentää, että tällaisessa maailmassa moderni yhteiskunta ei kykene enää kontrolloimaan itse aiheutettuja tai tuotettuja vaaroja. Me siis kärsimme onnistuneen modernisaatiokehityksen sivuvaikutuksista. Tällaisessa maailmassa alistutaan katastrofien pelossa arvottamaan turvallisuutta perinteisen vapauden ja tasa-arvon määreiden sijaan perustarpeiden arvoasteikolla. Seurauksena tällaisesta kehityksestä on nähtävissä lain yhä tiukempi soveltaminen ja kontrollikeinojen tärkeä asema sekä rationaalinen puolustautuminen piileviltä vaaroilta.

Gaben et al. (2004, 88) mukaan riskin käsite on osittain sidoksissa kulttuuriin, ja siksi organisaatiot ja yksilöt saattavat käsittää piilevät vaarat eri tavoin esimerkiksi Intiassa kuin me täällä Suomessa. Globaali riskien pelko on kuitenkin nähtävissä joka puolella maapalloa ja on siksi kaikille yhteinen. Beck (2009, 13, 19) tähdentääkin, että riskit ovat kaikille samat, halusimme sitä tai emme, kyse on vain havainnointikyvystä (perception) ja siitä, kuinka riskit tuodaan esiin. Nämä määrittelevät riskien objektiivisuuden, ja näyttävät toisille suurempina kuin toisille.

Beck (2009, 9) kuvailee riskien pelon eräänlaiseksi tulevaisuuden peloksi. Pelätään että tapahtuu jotain joka on vaaraksi. Riskien pelkoa esiintyy terveydenhuollon yhteydessä institutionaalisella, sekä yksilötasolla. Institutionaalisella tasolla tiedostetaan ja määritellään riskitekijät, ja pyritään valmistautumaan tulevaisuutta varten ennaltaehkäisevin keinoin, vahvistamalla kansanterveydellisten ohjelmien, lääketieteellisten professioiden ja teknologioiden asemaa ja yksilöiden omaa vastuuta omasta terveydestään. Yksilötasolla riskien pelko tapahtuu sekä tietoisesti että piilotetun tiedon välittämänä. Terveystieteiden ja ideaalien kautta ihmisille jaetaan informaatiota eri kanavien kautta

terveyteen liittyvistä arvoista ja itsehoitokeinoista. Tämän kautta yksilö ehdollistuu ja jatkuvan itse-reflektion tuloksena pyrkii itselleen hyödylliseen, mutta välillisesti annettuun ideaaliseen kuvaan terveestä, hyvinvoivasta ja tuottavasta kansalaisesta. Kuitenkin samalla yksilö pyrkii puolustautumaan terveyden vaarantavilta ei-hyväksytyiltä toiminnoilta. Yksilöiden toimintaa pyritään ohjaamaan tietoisesti myös lainsäädännöllisin keinoin määrittelemällä sallittu ja ei-toivottu käytös. Beckin (2009, 10) mukaan tällainen toiminta on maailmaa muokkaava poliittinen voimakeino, sillä se muokkaa odotuksiamme, sekä ohjaa toimintaamme.

Riskidynamiikkaan kuuluu tulevan katastrofin pelko, eli pelko jostain merkittävästä konfliktista johon yhteiskuntamme turvaksi rakennettu verkosto ei osaa reagoida tai ei kykene ennalta reagoimaan. Katastrofi-tilanteissa turvaudutaan valtion toimintaan ja kykyyn selviytyä odottamattomasta uhkasta. Riskidynamiikka asettaakin valtion roolin tarkastelun alaiseksi. Globaali uusliberaali talouspolitiikka pyrkii minimoimaan valtion roolin kaikilla sektoreilla, ja antaa yhä enemmän vastuuta pääomamarkkinoille. Kuitenkin katastrofin sattuessa ainut toimija, jonka odotetaan ottavan vastuuta yksilöistä, on valtio. Valtiolta odotetaan, että se minimoi yksilöä uhkaavat vaarat ja riskit. Beckin (2009, 66) mukaan globaalit riskit antavat valtiolle valtuudet toimia entistä merkittävämmässä asemassa yksilöihin nähden. Globaalissa maailmassa myös kansalaisliikkeet toimivat kansainvälisesti pyrkimällä vaikuttamaan maailmanpolitiikkaan ja vaikuttamaan päätöksentekoon. Voimansa nämä toimijat saavat globaalilta pääomavallalta, jossa talouden sijoitusratkaisujen seurausten katsotaan aiheuttavan globaaleja riskejä.

Gloaalien riskien maailmassa ongelmat ovat olennaisesti kaikkien meidän yhteisiä, siksi ne vaativat meiltä jokaiselta yksilöinä monenlaista vastuuta. Yksilön on viimekädessä itse tehtävä rakaisunsa, oltava refleksiivinen omien yhteiskunnallisesti ja globaalisti merkityksellisten ratkaisujensa edessä.

### **2.3. Potilas polarisoituvassa yhteiskunnassa**

Yhteiskunnalliset tahot pyrkivät yhä enemmän pitämään ihmisiä kontrollin alla vaatimalla erilaisia lääketieteellisiä todistuksia eri tahoille. Ihmisten nähdään olevan koulutettuja ja tietoisia, mutta samaan aikaan kun ihmisten elintaso ja tietoisuus kasvaa, kasvaa myös niiden määrä kenellä menee

todella huonosti. Tämä kertoo yhteiskunnallisesta muutoksesta joka voidaan nähdä negatiivisena hyvinvointiyhteiskunnan lieveilmiönä. Tämä kertoo jotain yhteiskunnan arvoasetelmasta. Nykyaikana raha ratkaisee monia pulmia ja kovat, kilpailuhenkiset arvot ovat perusarvoina lisänneet jostain syystä kannatustaan.

Suomalaisten tuloerot ovat kasvaneet niin maakuntien välillä kuin niiden sisälläkin. Tämä mukailee näkemystä huono-osaisuuden ja kurjuuden syvenemisestä niiden keskuudessa, jotka siitä jo kärsivät ennestään. Hyvinvoivat varakkaat luokat yhteiskunnassamme saavat nauttia yhä suuremmista osingoista kuin koskaan aikaisemmin ja heidän tulo-osuutensa kasvaa. Tuloerojen kasvusta kertoo myös Tilastokeskuksen (Tilastokeskus, 2010) tutkimus pienituloisten reaalitulojen laskemisesta. Tutkimuksen mukaan pienituloisten<sup>2</sup> köyhyysvaje<sup>3</sup>, eli se kuinka paljon kotitalouden tulot keskimäärin alittavat pienituloisuusrajan, on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Ennen kaikkea nuoret aikuiset

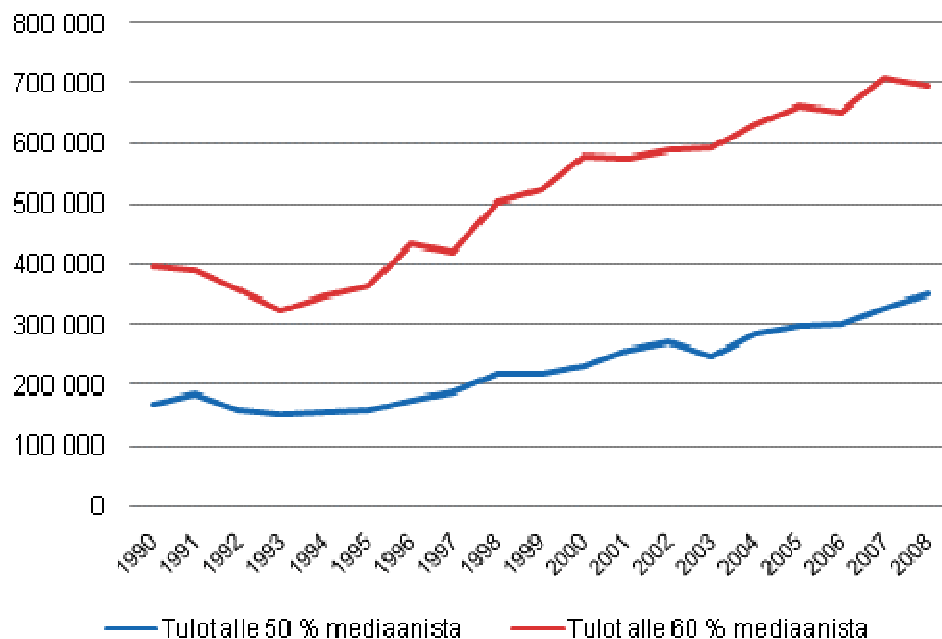
---

<sup>2</sup> Pienituloisiksi henkilöiksi määritellään kansainvälisten suositusten mukaisesti ne henkilöt, jotka kuuluvat kotitalouteen, jonka tulot kulutusyksikköä kohden ovat pienemmät kuin 60 prosenttia mediaanitulosta (n. 13 800 euroa yhden hengen taloudessa).

<sup>3</sup> Köyhyysvaje: Pienituloisuusrajan alittavien mediaanitulon ja pienituloisuusrajan erotus prosenttia rajasta.

ja vanhustaloudet kuuluivat selvästi muita ikäryhmiä useammin pienituloisiin. Nämä väestöryhmät ovat juuri terveyskeskuspalveluiden pääosaisia käyttäjiä. Muutos on ollut muutaman kymmenen vuoden aikana merkittävä. Kun vielä vuonna 1990 pienituloisten määrä väestöstämme oli 7,9 %, on se vuoteen 2008 mennessä kasvanut jo 13,2 % väestöstä.

Pienituloisten sekä alle 50 % mediaanituloista saaneiden lukumäärät vuosina 1990–2008 (Tilastokeskus 2010):



### 3. VALLAN KÄSITTEET

#### 3.1. Valta ja biovalta

Siitä huolimatta, että nykyisenkaltainen terveydenhuolto on käytännön tasolla muokkautunut auktoritatiivisesta valtaa soveltavasta instituutiomallista enemmän tasavertaiseen asiantuntijuushallintoihin, soveltaa lääkäri yhä asiantuntijuutensa ja auktoriteettinsa kautta valtaa suhteessa potilaisiin ja erityisesti biovaltaa sen puhtaimmassa tarkoituksessa eli elämään ja terveyteen vaikuttavissa muodoissa. Tämän vuoksi on tutkimuksessani oleellista tarkastella näitä kahta vallan käsitettä ja niiden luonnetta.

Valtaa tarkasteltaessa tulee erotella toisistaan sosiaalisen vallan sekä fyysisen vallan käsitteet, sillä englannin kielessä sana *power* mahdollistaa näiden kahden aspektin sekoittumisen. Suomen kielessä taas ero käsitteiden välillä kutakuinkin säilyy sanojen *valta* ja *voima* merkityserossa. On siis tärkeää erottaa nämä kaksi vallan aspektia: Kyky saada muutoksia aikaan fyysisessä ympäristössä (*voima*) ja kyky saada toinen ihminen tekemään jotain tai estää häntä tekemästä jotain (*valta*) (Kusch 1993, 99).

Biovaltaa tutkineen Foucault'n (1998, 99; ks. myös Malin 2006, 30) mukaan vasta 1700 –luvulla ihmisruumis alettiin nähdä *koneen* sijasta *lajiruumiina*, jonka keskeisiä toiminta-alueita olivat lisääntyminen, terveydentila, elinikä, elinvoima ja kuolema, sekä näihin vaikuttavat tekijät. Tämän myötä suhtautuminen elämänhallintaan ja valtatekijöihin muuttui, sillä lajiruumiin elämää ohjataan ja hallitaan erilaisilla väliintuloilla ja säätelymekanismeilla kurinpidollisten ja ruumiillisten pakkokeinojen sijaan. Tämän myötä vallan strategiat ovat keskittyneet tappamisen ja ruumiillisen kurituksen sijasta elämään panostamiseen, ihmisten ohjaamiseen ilman fyysisiä pakkokeinoja. Tämä on väestön biopolitiikkaa, valtaa, joka pyrkii panostamaan elämään.

Biovalta viittaa siihen, kuinka elämän säilyvyyttä ylläpidetään tietoisesti nostamalla se totuuteen vetoavan vallankäytön tavoitteeksi. Tämän myötä ihmisten eläminen pyritään laskelmallistamaan. Kun Foucault'n *Seksuaalisuuden historia* (1976-1984) teoksessa kuvaama suvereeni valtio pelotteli



keskiajalla kansalaisia sillä, että vääränlaisen tai poikkeavan toiminnan seurauksena on ruumiillinen rangaistus tai tarvittaessa jopa kuolema, on tämä kurivalta sittemmin korvautunut laskelmoivalla hallinnoinnilla, joka huolehtii kansalaisensa hyvinvoinnista hallinnoimalla ihmisten elämää ja kehoja erilaisten normien ja vallan tekniikoiden avulla. Ihmisten biologinen olemassaolo on noussut siis poliittiseksi kysymykseksi. Foucault'n mukaan valta hallita elämää ei ole oikeutta, vaan tekniikoita, eikä sen ydin ole laki vaan normalisointi ja sen tehtävänä ei ole rangaista vaan valvoa ja laskelmoida. (mm. Hänninen & Karjalainen 1997; Helén 1997, 15; Foucault 1998).

Terveystieteiden harjoittama vallankäyttö ei ole fyysisten voimien hallintaa pakkokeinoin, vaan siinä keskitytään alistamisen ja voimien tukahduttamisen sijasta hallinnoimaan hyödyntämällä vallankäytön strategioita. Foucault'n (1998, 69-71; Deleuze 1992, 98) mukaan vallan strategioissa voimasuhteet tulevat vaikuttaviksi, ja ne ilmentyvät valtakoneistossa, lain muotoilemisessa ja yhteiskunnallisissa hegemonioissa. Moninaiset voimasuhteet ilmenevät ja vallitsevat perheissä, pienryhmissä ja laitoksissa, ja ne ovat perusta vallan eri muodoille. Foucault kuvailee vallan olevan läsnä kaikkialla, koska valta tuottaa itse itseään joka hetki. Koska valta on läsnä kaikkialla, emme aina kykene havaitsemaan sen tekniikoita, mikäli emme tietoisesti niitä tarkkaile.

Hélenin (1997, 16) mukaan valtapyrkimykset ja asetelmat, jotka verkostoituvat biovallaksi ja – poliittiseksi, kohdistuvat juuri elämään ja ruumiisiin. Ne pyrkivät kontrolloimaan ihmisten elinvoimia, elämänaktiivisuutta, ja niihin vaikuttavia asioita. Biovalta on dynaamista: oleellista ei ole pysyvyys ja järjestys vaan edistys, yhteisen ja yksilöiden elämän kokonaisvaltainen parantaminen ja kohottaminen.

Vaikka tutkimuksessani tarkastelenkin lääkärin profession kautta terveydenhuollossa sovellettavaa vallankäyttöä, haluan kuitenkin tarkentaa, että ymmärrän vallan sekä biovallan käsitteen kuten Foucault (1998, 69-71; ks. myös Deleuze 1992, 97-98) vallan käsitteen määrittelee; valta ei ole mitään konkreettista, se ei ole instituutio, rakenne tai kyky joka on jollain varsinaisesti hallussa, vaan se on pelkkä nimi, joka on annettu tietyssä yhteiskunnassa vallitsevalle monimutkaiselle strategiselle tilanteelle. En siis pyri tutkimaan kenellä valta on potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutussuhteessa, vaan sitä kuinka vallankäyttö konkretisoituu näiden kahden subjektin välisessä tapaamisessa.

Hélenin (1997, 15) mukaan vallan, kuten biovallankin vaikuttavuus ilmenee sen toiminnassa. Biovalta tarkoittaa siis kykyä ja mahdollisuuksia toimia, ja toiminnan sekä käytön kautta ainoastaan valtasuhteet ilmenevätkin. Valta on kyvykkyyttä, toimivaltaa, joka aktivoituu valtasubjektien konkreettisissa suhteissa ja asetelmissa. Tässä tilanteiden ja voimien verkostossa muovautuvat myös poliittisten pyrkimysten ja toimien subjektit, vallan käyttäjät ja kohteet. Valta tulee alhaalta, eikä Foucault'n (1998, 70; Deleuze 1992, 97) mukaan tule tehdä jakoa hallitseviin ja hallittuihin. Valta ei siis klassisen esimerkin mukaan ole niillä ketkä riistävät, tai kenen taskuihin voitot kasaantuvat, valta ei ole myöskään hallitsevien käsissä. Kuitenkin valta toimii, tai sitä harjoitetaan niin, että se jakaa ihmisiä ja asioita kahdelle eri puolelle.

Tekninen ja yhteiskunnallinen kehitys on osaltaan vaikuttanut myös terveydenhuollon alaan. Enää meidän ei tarvitse odottaa sairautemme puhkeamista, jotta elämäämme puututaan terveyden edistymisen mekanismein. Jälkikäteen tapahtuvan hoidon lisäksi nykyaikaiseen terveyden edistämiseen kuuluu yhä enemmän ennaltaehkäisevä hoito, jota toteutetaan esimerkiksi sosiaali- sekä terveystoimien mekanismien keinoin. Esimerkkejä ennaltaehkäisevästä terveyden edistämisestä ovat monet itsestään selviltä tuntuvat arkipäiväiset asiat, kuten muun muassa hygieniaohjeistukset, viemärirointi, rokotukset sekä haitallisiin elämäntapoihin puuttuminen ja niiden kannattamattomaksi tekeminen. Lääketiede tarjoaa myös paljon ennaltaehkäiseviä terveyden ylläpidon keinoja, kuten seksuaalisuuteen liittyvät ehkäisykeinot, erilaiset ruumiillista ja psyykkistä terveyttä koskevat ohjeistukset, erilaiset seulonnat ja muut terveyttä seuraavat pakolliset sekä vapaaehtoiset tarkastukset sekä ennaltaehkäisevät lääkinälliset keinot. (Hänninen & Karjalainen 1997, 12-13; Häyry & Häyry 1992, 132.)

Vallan harjoittaminen terveydenhuollossa vahvistaa lääketieteellisen instituution asemaa osana yksilön hyvinvointia muun muassa vahvistamalla ja ohjailemalla hyvinvoinnin ideaalikäsitteitä ja terveyskansalaisuutta. Toisaalta valtaa harjoitetaan valvontana erilaisilla väliintulon teknologioina, joilla voidaan puuttua muun muassa yksilöiden sukupuolisuuteen, tai vaikkapa hedelmällisyyteen erilaisin keinohedelmöityksin tai seulonnoin. Foucault (1998, 97; ks. myös Alhanen 2007, 119) luonnehtiikin vallan tehtäviksi ohjata, muokata, vahvistaa, yhdistää ja hallinnoida alistamiaan voi-

mia. Hallinnoitavia voimia voivat olla muun muassa ihmisten kyky ajatella, kuvitella, tutkia, taistella, pakottaa tai suostutella toisia.

Keskeistä biovallan ja vallan strategioiden dynamiikan kannalta on käsitellä myös tiedon ja vallan suhdetta. Vastavuoroisesti tieteelliset diskurssit ja tutkimuskäytännöt saavat poliittisen merkityksen sisältäessään valtaa muokata ja säädellä ihmiselämää. Tiedon ja vallan yhteistuloksena on biovallan vaikuttavuus: tuottavuus, normalisointi ja yksilöinti. (Helén 1997, 16)

Biovalta onkin luonteeltaan vahvasti yksilöivää. Helénin (1997, 17) mukaan modernin biopolitiikan ja -hallinnan asetelmat muovaavat jokaisesta ihmisestä yksilön ja tuottavat yksilöllistymistä, joka pyrkii läpäisemään koko yhteiskunnan. Biovalta muokkaa ihmisistä laskelmoivia itseään hallitsevia yksilöitä, jotka ylläpitävät normaaliuden käsitettä.

Max Weberin kriittiseen vallan (Macht) määrittelyyn pohjautuen Kusch (1993, 99) määrittelee vallan taustalla olevan intuition seuraavanlaisesti: Ilman vallan *harjoittajan* tai *vallanpitäjän* toimintaa *vallan kohde* olisi toiminut toisin kuin toimi, tavalla, jota hän itse olisi pitänyt enemmän etujensa ja intressiensä mukaisena. Terveystieteissä ja sosiaali- sekä terveystieteissä tehdään paljon päätöksiä, jotka voidaan perustella vallan harjoittamiseksi. Kun tehdään selväksi, että jokin tietynlainen toiminta ei ole terveyden kannalta hyväksyttävää, pyritään määrittelemään se mikä on sosiaalisesti hyväksyttävää ja oikein. Sosiaalisesti on oikein jos ei esimerkiksi tupakoi tai juo alkoholia. Kun määritellään oikea tai normaali, ei voida välttyä määrittelemästä sitä mikä on epätoivottua. Terveystieteiden kannalta on siis epätoivottua tupakoida ja käyttää alkoholia. Tällaisen prosessin lopputuloksena luodaan terveysihanteita ja normalisoidaan yhteiskunnassa se, mitä on olla normaali ja syrjäytetään epänormaali toiminta tekemällä se kannattamattomaksi. Kusch (1993, 99) mainitsee kuitenkin, että vallan kytkeminen vallan kohteen mahdollisuuteen toimia toisin, tai vallan kohteen intresseihin ei kuitenkaan ole ongelmallista. Käytännössä on siis vaikea selvittää, miten vallan kohde olisi toiminut tai mitkä hänen intressinsä olivat.

On tärkeä ymmärtää, että vallan tai kontrollin soveltaminen johonkin yksilöön hänen sitä tiedostamatta tai erityisesti haluamatta ei missään nimessä tarkoita että harjoitettu valta olisi aina väkivaltaa

ja alistamista tai vapauden riistoa. Foucault siirtääkin vallan ja sen suhteiden tarkastelun yksilöihin ja mikrotasolle: valta ei ole vain ylivaltaa suhteessa hallittuihin, vaan se on jollain tavalla mukana kaikissa sosiaalisissa suhteissa. Ylivalta, alistaminen, estäminen tai rajaaminen ei ole vallan ensisijaisia aspekteja, eikä valta ole kenenkään hallussa. Valta on enemmän toimintaa ja voimien hallitsemista. Valta ei myöskään pyri olemaan tukahduttavaa, vaan tuottavaa. Valta muovaa ihmisiä yksilöinä, sekä heidän kykyjä ja ominaisuuksia. Valta tuottaa tarpeidensa mukaisen totuuden ja todellisuuden. (Saaristo & Jokinen 2004, 192-193; Alhanen 2007, 120; Foucault 1998)

### **3.2. Asiantuntijavalta ja auktoriteetti hyvinvointijärjestelmässä**

Työni kannalta tärkein vallan-aspekti tarkastelee auktoriteettien harjoittamaa valtaa. Tärkeää on tässä tapauksessa painottaa sitä, ettei valta varsinaisesti ole lääkärien (auktoriteettien) hallussa, vaan he hyödyntävät heille annettuja tekniikoita ja välineitä, sekä käyttävät asiantuntijuuttaan. Auktoriteettien kautta sovellettu valta saa legitimizeettinsä. Kuschin (1993, 101) mukaan auktoriteeteista puhutaan niissä tapauksissa, joissa vallan kohde katsoo, että vallan harjoittajan vaatimukset ovat rationaalisia ja/tai hyödyllisiä vallan kohteelle itselleen – ainakin pitkällä tähtäimellä katsottuna. Auktoriteetti ei siis ole tyranni, jota totellaan sen käyttämän voimankäytön vuoksi, vaan auktoriteettia totellaan vapaaehtoisesti, koska häneen luotetaan (Sennett 2007, 58).

Miller ja Rose (1991, 120-122) erottelevat kolme asiantuntijatiedon peruspiirrettä; *Ensinnäkin* he painottavat asiantuntijatiedon merkitystä liberaalis-demokraattisissa hallintamuodoissa, sillä se pitää etäisyyttä poliittisen vallan muodollisten elinten ja erilaisten hallinnon kannalta tärkeiden käytännöllisten toimenpiteiden välillä. Asiantuntijatiedolla on siis ratkaiseva välittävä tehtävä valtiovaltan muodollisten elinten, sekä toimenpiteiden ja ohjelmien kohteiden välillä. *Toiseksi* asiantuntijatieto synnyttää erityisen suhteen tiedon ja hallinnan välille. Hallintaohjelmissa hyödynnetään asiantuntijatietoa erilaisten poliittisten toimien operationalisoinnissa, muotoilussa sekä määrittelyssä. *Kolmantena* piirteenä he kuvaavat asiantuntijatiedon tuottavan tietynlaisen suhteen sosiaalipoliittisten harjoittajien ja palvelujen vastaanottajien välille. Asiantuntijatieto vaikuttaa yksilöiden elämäntapaan ehdollistamalla heitä kiistämättömiin, tieteellisesti perusteltuihin valintoihin.

Hyvinvointijärjestelmämme toimii terveydenhuollon asiantuntijoiden vastuulla. Vastuullisena tehtävänä on huolehtiminen tuntemattomien tarpeista. Tukea on saatavilla niille jotka ovat vaikeuksissa tai vaarassa tulla heitteille jätetyksi. Kuoleman lähestyessä on aina sairaanhoitaja saatavilla, jonka tehtävänä on lieventää kipuja, sekä pelkoja ja todistaa hengityksen hiipuminen viime hetkellä. Hyvinvointivaltiossa jokainen voi jäädä tuntemattomaksi apua tarvitseville ja samalla avunantaja voi vakuuttua siitä, että osallistuu apua tarvitsevien huolenpitoon. Hyvinvointijärjestelmä koostuu tiettyjä sääntöjä noudattavista virkailijoista ja tiettyyn tietoon nojaavista koulutetuista ammattilaisista. Hyvinvointijärjestelmä vastuullistaa myös kansalaisen vastuulliseksi yhteiskuntaa kohtaan. (Miller & Rose 1991, 122)

Hyvinvointijärjestelmän toimintaa ja ihmisten sosiaalista elämää kontrolloimaan on kehitetty erilaisten instituutioiden joukko, joita ohjataan ja hallinnoidaan keskuksista käsin. Institutionaaliset käytännöt muodostuivat kansallisesta terveydenhuollosta, kasvatusjärjestelmästä, paikallishallinnon sosiaalipalveluosastoista, asuntopuunnitteluvirastosta, sosiaaliturvajärjestelmästä sekä siihen liittyvistä toimistoista ja oikeusistuimista. Kun tämän verkoston toimijat aikoinaan yhdistettiin yhdeksi keskuksista johdettavaksi verkostoksi, muuttuivat myös sen kohteet teknisiksi, ammatillisiksi tai hallinnollisiksi toimijoiksi, joihin sovellettiin järkipäätä tietoa ja asiantuntemusta. Järjestelmä sitoo yksilön yhteiskunnan jäseneksi vakuuttamalla tyydyttävänsä sen sosiaaliset tarpeet, mutta vastineeksi yksilö tarjoaa itsensä ja tarjoutuu täyttämään häneltä odotetut velvollisuudet yhteiskuntaa kohtaan. (Miller & Rose 1991, 124-125) Tästä toimii hyvänä esimerkkinä sosiaalivakuutus, joka toimii hyvänä turvaverkostona kansalaiselle, mutta yksi sen funktioista on myös estää yhteiskuntamoraalin heikkenemistä, sekä puutteen aiheuttamia kielteisiä vaikutuksia.

Hyvinvointijärjestelmän toiminnan kannalta on tärkeä pystyä hallinnoimaan yksilöitä suoraan, eikä välillisesti. Tähän liittyen tärkeänä murroksena Miller ja Rose (1991, 129) pitävät psykoanalyttikko John Bowlbyn WHO:lle 1951 tekemässään tutkimuksessa *Maternal Care and mental health* esille tuomaa teoriaa äidin – tai muun vastuullisen huoltajan – ja lapsen välisen suhteen tärkeydestä. Bowlbyn (WHO 2008, 7-8, WHO 2004, 8) teorian mukaan äidin ja vastasyntyneen lapsen välinen suhde ensimmäisien kuukausien aikana on erittäin tärkeä, sillä se johtaa lapsen terveystäytymisen muotoutumiseen ja on yhteydessä suoraan lapsen kognitiivisen, sosiaalisen sekä ihmistenvälisen

toiminnan syntymekanismeihin. Tämä heijastuu taas merkittävästi lapsen suhtautumiseen ulkomaailmaan.

Tämän tutkimuksen teki tärkeäksi erityisesti se, että sen myötä alettiin hallinnoinnissa kiinnittää huomiota erityisesti perheiden ennaltaehkäisevään terveystyöhön jo ennen vakavien häiriöiden ilmaantumista. Tämän mekanismin kautta voitiin asiantuntijatieta kohdistaa sosiaalityöntekijöiden kautta suoraan yksityisen perheen ytimeen ja ohjata perheitä ottamaan itse vastuuta velvollisuudentuntoisten kansalaisten kasvattamisessa. Tämän myötä ”ajan trendiksi” muodostuivat valistunut harkinta, riskien ja hyötyjen ammatillinen kalkylointi, pakottamisen asiantunteva soveltaminen lapsen, mielenterveyspotilaan, vanhuksen tai vammaisen parhaiden etujen mukaisesti. Ammatillinen tieto, koulutus, erityiskyvyt ja tietoon perustuvat arviot ohjasivat ja oikeuttivat huolenpidon monimutkaista yhteiskunnallista byrokratiaa. (Miller & Rose 1991, 129)

Tarkasteltaessa asiantuntijavaltaa hyvinvointijärjestelmässä tulee ennen kaikkea tarkastella valtasuhteita. Yksittäiset valtasuhteet voivat järjestäytyä hallinnan kokonaisuuksiksi ja hallintamuodoiksi. Näissä ihmisten toimintaa ohjataan johdonmukaisesti lukuisilla käytännöillä ja tekniikoilla (Alhanen 2007, 129). Yksi lääkärin profession tehtävistä on toimia terveydenhuollon ja hoidon tekniikoiden portinvartijana. Profession tuoman auktoriteetin kautta lääkärin ammattiin kytkeytyy eräänlainen monopolisoitunut asema tiettyihin etuuksiin katsottuna. Vain lääkärin profession monopolisoinnin myötä heillä on valta tehdä lääketieteellisiä diagnooseja ja päättää jatkotoimenpiteistä. Auktoriteetti oikeuttaa myös tiettyjen sosiaalisten etuuksien myöntämiseen antamalla potilaan terveydentilaa koskevia lausuntoja, esimerkiksi sairausloman tarpeesta.

### **3.2.1. Tieto- ja valtavetoinen terveydenhuolto**

Vallan harjoittaminen ja politiikka perustuvat tieteelliseen tietoon ja sen asemaan luotettavana järjestyksen ja rationaalisuuden ylläpitäjänä. Tieteellisen tiedon tuottajina toimivien instituutioiden kautta poliittinen valta medikalisoituu, psykiatrisoituu ja sosiaalitieteellistyy. Terveys- ja sosiaalialojen erityisasiantuntijat saavat keskeisen aseman elämänhallinnan harjoittamisessa. Poliittinen valta muovautuu instituutioiden ylläpitämäksi byrokraattiseksi asiantuntijavallaksi. Tieteellinen

tieto ei kuitenkaan saa aina yksiselitteistä asemaa, vaan sen teorioita kyseenalaistetaan ja analysoidaan jatkuvasti. Tämän seurauksena elämänhallinnan ongelma on muuttuva ja siihen vaikuttavat yleiset ajan suuntaukset, muun muassa valtiojohdon näkemykset sosiaalipolitiikassa sekä talouspolitiikassa. Valta elämään jakautuu siis institutionaalisesti yhteiskunnan eri peruspilareiden kesken. Biologiset faktat ja tutkimusten tulokset ovat alttiita muuttumaan teknologian kehittyessä ja poliittisten suuntausten muutoksien myötä. Tämä pikkuhiljaa nakertaa asiantuntijuuden auktoriteettiasemaa ”todellisuuden” määrittelijöinä, ja antaa tilaa vaihtoehdoisille ”totuuden” määritelmille (mm. Beck 2009, 116). Tämä sama trendi näkyy myös terveydenhuollossa. Lääkärin professio on ajan mukana muokkautunut potilaaseen nähden tasa-arvoisempaan suuntaan, kun taas potilaat hankkivat ja kyseenalaistavat eri medioiden kautta saamaansa terveyteen liittyvää informaatiota.

Nylander et al. (2003, 3-5) kuvailevat suomalaista terveydenhuolto-organisaatiota tietointensiiviseksi organisaatioiden verkostoksi, jossa toiminta, päätöksenteko ja ohjaus eri tasoilla perustuvat tutkittuun ja mitattuun tietoon sekä asiantuntijuuteen ja professioihin. Instituutioiden kautta toimiva informaatio-ohjaus voi olla suoraa, tai epäsuoraa ohjausta. Esimerkiksi kuntataloudessa suoraa informaatio-ohjausta sisältyy muun muassa erilaisiin kohteisiin sidotuihin määrärahoihin ja niiden käyttöä koskeviin käskyihin, sääntöihin sekä normeihin. Epäsuora informaatio-ohjaus taas kohdistuu sitomattomasti määrärahoihin, ohjeisiin, suosituksiin tai toivomuksiin.

Valtionosuusuudistusten myötä kunnat ovat Nylanderin et al. (2003, 3-4) mukaan saaneet yhä enemmän autonomiaa toimia esimerkiksi terveydenhuollon järjestämiseksi. Yhteiskunnan rakenneuudistusten valossa tämä on tarkoittanut sitä, että valtio on informaatio-ohjauksen keinoina yhä enemmän luopunut suorista ohjauskeinoista. Perinteisistä hierarkkisista valtaperiaatteista on pyritty irtaantumaan tietoisesti, jotta valtion hallintorakenteiden taakkaa voitaisiin keventää. Tähän pyrkiminen on tuonut mukanaan muutoksia myös organisaatioiden rakenteissa, jotka ovat johtaneet myös hallinnon luonteen muutostarpeeseen. Tämä on osa valtion hallinnon ajamaa uusliberaalia yhteiskuntakehitystä ja yksilöiden autonomia-kehityksen vahvistusprosessia.

Uusliberaalin kehityskulun mukaisesti valtaa ja vastuuta halutaan siirtää yhä enemmän yksilöille. Sennettin (2007, 152) mukaan tällainen kehitys ei tarkoita kuitenkaan, että valtion valta olisi mis-

sään määrin heikentymässä. Valtio säilyttää vahvan ohjailevan roolinsa, mutta voimavaroja syötetään instituutioihin, joille valta halutaan siirtää. Tämän seurauksena valta ja auktoriteetti erkanevat toisistaan. Byrokratian myötä valtaa kyetään keskittämään, mutta vastuuta yksilöistä ei näin haluta ottaa. Uusi institutionaalinen järjestys hylkää Sennettin (2007, 152) mukaan yhteisen vastuuntunnon ja välinpitämättömyys toisista määrittellen yksilönvapaudeksi. Tällainen kehitys on uudesta kapitalismista ja uusliberaalista yksilönkehityksestä johdetun keskusvetoisen ja yksilöitä hallinnoivan politiikan pahe. Erona vanhaan institutionaaliseen malliin hallinnointi ei ole yhtä näkyvää kuin aikaisemmin, vaan tapahtuu yhä enemmän kulissien varjoissa, erilaisina tekniikkoina ja käytäntöinä. Valtion halutaan olevan terveyspalvelujen takaajana ja kansanterveyden selkärankana, mutta ei yksilöitä suoraan vahtivana toimijana. Tämänkaltaisen muutos on synnyttänyt perinteisen ylhäältä alas kulkevan valtaperiaatteen rinnalle uusia alhaalta ylös suuntautuvia periaatteita. Kaksijakoinen hierarkkinen kokonaisrakenne on tuonut mukanaan paljon erilaisia itsenäisiä toimijoita kuten kansalainen, potilas-lääkäri toimijapari, terveyspalvelujen tuottajaorganisaatio, kunta ja valtio. Nylander et al. (2003, 14) kuvaavat terveydenhuollon tietoympäristöä eräänlaiseksi autonomisten toimijoiden verkostoksi, jossa kullakin toimijalla on oma sisäinen tietoympäristö ja suhde tietoon. Näiden toimijoiden välillä syntyy vallankäyttöä, joka on tietoperustaista.

Lääkäri toimii Nylanderin et al. (2003, 9) mukaan informaation kerääjänä ja käsittelijänä. Lääkäri kerää potilasta koskevat oleelliset tiedot, jotka hän yhdistää yleisempään informaatioon ja omaan ammattiosaamiseensa pohjautuvaan tietämykseen. Näiden tietojen perusteella lääkäri tekee päätelmät jatkotoimenpiteistä. Lääkäriin ammatti on tietointensiivinen siinä mielessä, että päätöksenteko ei voi perustua pelkästään intuitioon, ideaan tai uskomuksiin. Lääkäreillä on Nylanderin mukaan viimekädessä ehdoton etuoikeus data-informaatio-tietämys-viisautus -ketjuun, jota he hyödyntävät hoitoprosessissa. Tätä suojataan myös lain asettamin keinoin lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Potilas, hoitohenkilö tai omainen on tiedonkäsittelyprosessissa tiedonantaja tai apuneuvoja. Toisaalta Gabe et al. (2004) (ks. myös Toiviainen 2007, 32) esittävät vuorovaikutusta korostavan mallin kehittyneen 2000 – luvulla kumppanuusmalliin, jossa korostetaan potilaan sekä lääkärin välistä tasa-arvoa, sekä jaettua hoitopäätöksentekoa. Gaben mukaan uutena mallina on myös kuluttajakes-



keinen malli, jossa aktiivinen potilas tekee kuluttajana informoituja päätöksiä, joista itse ottaa henkilökohtaista vastuuta. Toiviaisen (2007, 32) mukaan näiden mallien myötä potilaan määrittelemä ja kokema subjektiivinen tarve korostuu ja pyritään siihen, että räätälöidyissä hoitopäätöksissä otetaan huomioon potilaan arvot, toiveet, mieltymykset, uskomukset, kokemukset sekä persoonallisuus. Potilas ei ole siis enää passiivinen toimija, vaan tietoisesti toimiva itsenäinen ja informoitu terveyspalvelujen kuluttaja, joka voi vaikuttaa saamaansa hoitoon valintojensa kautta.

Yleisen tiedontason nousun sekä uusien potilas-lääkäri toimintaparien myötä potilas on saanut kuluttaja-roolin, joka pyrkii haastamaan lääketieteellisen asiantuntijuuden. Tritterin (2006, 41-43) (ks. myös Toiviainen 2007, 17) mukaan potilas toimii kuluttajana, kun hänellä on tarpeeksi tietoa tehdä valintoja hoitonsa suhteen. Nämä valinnat vaikuttavat taas hoitopalvelujen tarjoajaan. Toiviaisen (2007, 29) mukaan halu vaikuttaa esimerkiksi hoitopaikan valintaan on lisääntynyt kansainvälisesti 1990-luvulta lähtien.

### **3.3. Normalisoinnin valta yksilöihin ja yhteisöihin**

Valta elämään perustuu normalisointiin. Helénin (1997, 16-17) mukaan biovallan verkostossa elämän ilmentymille muodostuu normeja. Biovallan yhteydessä normilla ei kuitenkaan tarkoiteta oikeusnormia, kuten yleensä on tapana, eikä myöskään sosiaalisten toimijoiden sisäistämiä käyttäytymissäantöjä, -malleja tai -ihanteita. Ian Hackinin (1991, 286) mukaan normaaliudesta on tullut yksi kaikkein voimakkaimmista inhimillisten asioiden metakäsitteistä. Hänen mukaan käsitys normaaleista ihmisistä on kaukana valistuksen käsitteen ihmisluonnosta.

Helénin (1997, 17; ks. myös Hacking 1991, 286) mukaan normi biovallan perustana liittyy ajatuksen normaalista. Normaalin ja sairaalloisen erottelusta tuli 1800-luvulla biologiassa, lääketieteessä sekä ihmistieteissä tiedon ja todellisuuden tärkeä jäsentäjä. Erottelu antoi välineet jaotella ihmisruumiin toiminnot, sosiaalisen järjestyksen sekä psyyken toiminnan tosiasioina ja normatiivisesti, eli objektivoiden ja arvottaen. Juuri normi sitoo empiiriset ihmistieteet ja hallinnoimiskäytännöt toisiinsa ja näin ollen toimii biovallan tieteellistymisen perustana. Ihmistieteiden normalisointikäytäntöjen myötä asiantuntijatieto niissä saa valtaa muokata elämäntähtäviä ja eläviä ihmisiä. Tämmäläinen valta ei kuitenkaan toimi yksilöitä tai ihmisryhmiä pakottavana voimana, vaan ikään

kuin kulissien takana toimivana elämän kriteerien määrittelijänä ja niiden tarkentajana. Beckin (2009, 35) mukaan rationaalisen tiedon asema normalisoinnissa on merkittävä, sillä uuden tutkimuksen ja tiedon ansiosta jostain normaalista käytännöstä voi tulla riskitekijä vain yhdessä yössä, mikäli näkemykset muuttuvat.

Foucault (1998, 103; ks. myös Hänninen 1997, 155-157) väittää, että nykyisin laki toimii yhä enemmän normin tavoin ja oikeuslaitos sulautuu yhä enemmän elämää hallinnoiviin koneistoihin, kuten lääketieteellisiin sekä hallinnollisiin koneistoihin. Lain toimiessa normin tavoin oikeudenkäyttö tuottaa meille käsityksiä siitä, mikä on normaalia tai oikeaa. Toisaalta se pyrkii myös määrittelemään väärän ja poikkeavan, se siis normalisoi. Nykyään oikeusjärjestelmämme ei pyri määrittelemään niinkään vain sitä, kuka on syyllinen, vaan pyrkii tulkitsemaan myös sosiaalisen vaarallisuuden. Kyse on siis vaaran yksilöllistämisestä ja normaalin käsitteen vahvistamisesta. Foucault'n mukaan normalisoiva yhteiskunta on historiallinen seuraus elämään keskitetystä valtateknologiasta.

Foucault arvioi, että merkittävin poliittista rationaalisuuttamme kuvaava piirre on se, että yksilöiden integrointi yhteisöön on lisääntyvän yksilöllistämisen ja tämän kokonaisuuden vahvistamisen jatkuvan limittämisen tulosta. Moderni poliittinen rationaalisuus pyrkii samalla kertaa hallinnoimaan kaikkia yhdessä ja kutakin erikseen. Tätä Foucault kutsuu biovallaksi. (Hänninen & Karjalainen 1997, 11-12.)

Yksi keskeinen biovallan ja hallinnoinnin toimintojen kohde on Foucault'n (1998, 104-105; ks. myös Malin 2006, 32) mukaan sukupuoli, seksuaalinen ja ruumiillinen subjekti, yksilöruumis ja väestöruumis. Nämä ovat tärkeitä biovallan luonteelle koska yhteiskunta on riippuvainen täysin siitä, miten ihmiset käyttävät sukupuolisuuttaan. Foucault'n (1998, 19-25, 78-79, 105) mukaan subjektien sukupuolisuuden tutkiminen voimistuu ja tihentyy, kun niiden terveyttä ja toiminnallisuutta pyritään huoltamaan, säätämään, hallinnoimaan ja kontrolloimaan normaalia ja poikkeavaa määrittämällä.

Foucault'n hallinnoinnin teoretisoinnin valossa voidaan katsoa, että terveydenhuolto omaa hallinnoivan statuksen suhteessa yksilöihin. Terveydenhuollon hallinnointi näkyy arjessa muun muassa

sukupuolisuuden ja seksuaalisuuden säätelymekanismeina ja erilaisina väliintulomekanismeina, eli siis ruumiiseen kohdistuvana mikrovaltana. Foucault'n (1998, 112; Alhanen 2007, 104) mukaan ihmisiä objektivoidaan seksuaalisina ja sukupuolisina olentoina yhä useammilla elämänalueilla. Objektivoinnin myötä on syntynyt käytäntöjä, joilla ohjataan ihmisiä tutkimaan ja muokkaamaan itseään seksuaalisia haluja omaavina yksilöinä. Foucault väittääkin, että seksuaalisuudesta on tullut länsimaalaisten ihmisten subjektivoinnin keskeisimpiä alueita.

Terveydenhuollolla voidaan katsoa olevan vahva asema seksuaalisuuden objektivoinnissa. Terveydenhuolto ylläpitää läheistä suhdettaan yksilöiden seksuaalisuuteen erilaisilla säätelymekanismeilla ja väliintuloilla. Yksilön elämänhallinta ei rajoitu kuitenkaan yksin seksuaalisuuteen, vaan se ulottuu myös psyyken hallintaan, itsemäärittelyyn sekä maailman ja elämän selitysteorioihin. Foucault (1998, 104) kuvaa seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden olevan tärkeitä sisäänpääsykeinoja sekä ruumiin, että lajin elämään kohdistuvalle vallalle. Rosen (1999; ks. myös Malin 2006, 33) mukaan biovallan hallintastrategioihin kuuluu ihmisten sosiaalistaminen itse pitämään huolta elinvoimastaan ja terveydestään. Näin pitkitetään itse kuoleman ajankohtaa sekä tuotetaan itselle sopivia, mutta hallinnan mukaisia identiteettejä.

### **3.4. Elämän medikalisaatio ja sosiaalinen kontrolli**

Medikalisaation käsite on tutkimukseni kannalta olennainen, ja siksi on oleellista määritellä sen käsite, jotta medikalisaation ilmenevyyttä voidaan tarkastella. Medikalisaatio on omalta osaltaan hyvä esimerkki yksilöihin ja yhteisöihin suuntautuvista vallan strategioista, jotka toimivat ikään kuin normalisoituina itsestäänselvyyksinä ja yleisesti hyväksytyinä käytäntöinä yhteiskunnassamme.

Medikalisaatiolla tarkoitetaan prosessia, jossa ei-lääketieteellisestä ongelmasta tulee lääketieteellinen, sen määrittelyn ja hoidon kautta. Usein medikalisoitu ongelma määritellään sairaudeksi tai vaivaksi. (Conrad 1992, 209). Medikalisaatio koostuu lääketieteellisin termein määrittelystä ongelmasta, jonka käsittelemistä varten omaksutaan myös lääketieteelliset puitteet, tai sen hoitamista varten käytetään lääketieteellisiä hoitokeinoja. Tämä on sosiokulttuurinen prosessi, johon ei välttämättä sisälly lääketieteellistä toimijaa. Medikalisaatio liittyy inhimillisten ongelmien sitoutumiseen

yhteen lääketieteellisten professioiden lainkäyttövallan kanssa. Yleisimpien määritelmien mukaan medikalisaatio käsitetään prosessiksi, jossa yhä enenevässä määrin jokapäiväisestä elämästä on tullut lääketieteen hallitsemaa, elämään vaikuttavaa ja sitä valvovaa. (Conrad 1992, 211).

Medikalisaatiota ilmenee poikkeavan käyttäytymisen sekä luonnollisen elämän prosesseissa. Medikalisaatiotutkimus on sivunnut muun muassa seuraavanlaisten poikkeavuusongelmien käsittelyä: hulluus, alkoholismi, homoseksuaalisuus, opiaattiriippuvuus, lasten hyperaktiivisuus ja oppimisvaikeudet, liikasyöminen sekä anoreksia, lasten pahoinpitely, peliriippuvaisuus, hedelmättömyys sekä transseksuaalisuus. Luonnollisen elämän medikalisaatiotutkimus on käsitellyt muun muassa seksuaalisuutta, synnyttämistä, lapsen kehitystä, kuukautisia edeltävää oireyhtymää (PMS), kuukautisten lakkaamista (menopausi), ikääntymistä sekä kuolemaa. (Conrad 1992, 212-213) Medikalisaatio kohdistuu suuressa määrin naisiin, ja siksi sukupuolinäkökulma on medikalisaatiotutkimuksissa varsinkin nykypäivänä tärkeää huomioida. Naisiin ja naiseuteen liittyvää medikalisaatiotutkimusta on tehty liittyen naisten terveydenhuoltoon, sukupuolisuuteen sekä lääketieteellisiin seurantateknikoihin.

Conradin mukaan (1992, 210-213) medikalisaation käsitettä on käytetty paljolti kriittisesti keskittymällä ylimedikalisointiin, mutta käsitettä käytetään myös neutraalimmassa merkityksessä kuvaamassa yksinkertaisesti kuinka jostain asiasta on tullut lääketieteellinen. Kiinnostus medikalisaatioon on kohdistunut myös aikaisemmin ei-lääketieteellisten ongelmien jälkimedikalisointiin.

Medikalisaatiossa on kyse yhteiskunnallisesta ilmiöstä vaikkakin se usein määritellään joko hyväksi tai huonoksi seuraukseksi lääketieteen kasvaneesta vaikutuksesta ihmisiin. Medikalisaatiolla voidaan katsoa olevan kumpiakin seurauksia. Toisaalta medikalisaation vaikuttavuuden hyvät puolet näkyvät Lääkäriin eettisten ohjeiden (Suomen lääkäriliitto 2005, 130) mukaan parantuneena kansanterveytenä ja vaikkapa pienentyneenä lapsikuolleisuutena, mutta toisaalta se tuo mukanaan myös kielteisiä sivuvaikutuksia. Medikalisaation vaikutusten myötä lähes jokaisella ihmisellä on löydettävissä joku riskitekijä, jota voidaan hoitaa lääketieteellisin hoitokeinoin. Lähestulkoon kaikki outo ja poikkeava käytös pyritään leimaamaan ja alistamaan lääketieteen hoidettavaksi diagnosoimalla se.

Lääketieteen mahdollisuuksien kasvaessa ja yhteiskunnan vaurastumisen myötä ihmisten vaatimustaso on myös noussut huomattavasti. Lääketieteen mahdollisuuksien kasvun synnyttämänä on syntynyt uudenlaisia terveyteen liittyviä tarpeita. Medikalisaation käsitteellistäminen on kuitenkin riippuvainen kulttuurisista tekijöistä, joten kaikki eivät jaa yhteistä käsitteen määrittä.

Siitä huolimatta, että ”lääketieteen imperialismia” ei voida pitää keskeisenä selityksenä medikalisaatiolle, ei Conradin (1992, 214) mukaan lääketieteen organisaation sekä ammatin rakenteiden merkitystä voida sivuuttaa. Lääketieteen asiantuntijan ammatin valta-asema ja monopolisointi ovat olleet suuressa osassa antamassa lääketieteelle toimivaltaa käytännössä kaikessa mikä liittyy terveyteen tai sairauteen. Lääkärin eettiset ohjeet (Suomen lääkäriliitto 2005, 130-131) neuvovat lääkäreitä tietoisesti kuitenkin torjumaan ainakin kielteistä medikalisaatiota. Lääkärin tulee pitää mielessä, että lääketieteen ei tule johtaa ihmisiä harhaan antamalla katteettomia lupauksia omista kyvyistään. Lisäksi ihmisten hädänalaisen tilan käyttö markkinointitarkoituksiin ei ole lääkärin etiikalle sopivaa.

Conradin (1992, 220; ks. myös Gabe et al. 2004, 60-61) mukaan medikalisaatio tulisi nähdä asteittaisena vaikutuksena tarkasteltavaan ongelmaan. Jotkut ongelmat ovat lähes täysin medikalisoituja (kuolema, synnytys), toiset osittain medikalisoituja (opiaattiriippuvuus, menopaussi). Jotkut ongelmat taas voidaan määrittellä vain vähän medikalisoituksi (seksiriippuvuus, puolisoväkivalta). Conrad kuitenkin painottaa, että emme voi täysin tietää mitkä tekijät vaikuttavat medikalisaation asteisiin. Muutamia mahdollisia vaikutteita voidaan Conradin mukaan kuitenkin nimetä; lääketieteellisten professioiden kannatus, hoitojen saatavuus, kilpailevat määritelmät, sairausvakuutuksen kattavuus sekä ryhmät, jotka haastavat lääketieteelliset määritelmät. Joskus medikalisoinnin asteittäisyys ei toimi loogisesti, sillä esimerkiksi puolisoon kohdistuva väkivalta katsotaan vain vähän medikalisoituksi ongelmaksi, kun taas lapsiin kohdistuva väkivalta nähdään täysin medikalisoituna.

Gaben et al. (2004, 61) mukaan medikalisaatio on luonteeltaan kaksisuuntainen. Tämä tarkoittaa sitä, että ongelmia voidaan medikalisoimisen lisäksi de-medikalisoida. Tämä voidaan saada aikaan, mikäli ongelman luonne muuttuu, esimerkiksi tieteellisen tiedon ja lääketieteellisen tutkimuksen

kautta, eikä lääketiedettä enää katsota parhaimmaksi hoitokeinoksi ongelman ratkaisuun. Tästä esimerkkinä on muun muassa homoseksuaalisuus, joka ennen nähtiin sairautena, mutta sittemmin sen luonne on muuttunut valinnaiseksi elämäntyyliseksi. De-medikalisaatiota tapahtuu kuitenkin verrattain harvoin, mutta medikalisaatio prosessin luonteen ymmärtämisen kannalta on tärkeä ymmärtää prosessin kaksisuuntaisuus.

Gabe et al. (2004, 61) mukaan ei oikein tiedetä miksi medikalisaatiota esiintyy, mutta joidenkin teorioiden mukaan medikalisaatiota tuotetaan, koska lääketieteen professioilla on tarve harjoittaa terveydentilan määrittelyn ja kontrolloinnin valtaa edistääkseen ammatillista dominanssiaan. Toisen teorian mukaan medikalisaatio on tulosta laajemman skaalan sosiaalisista prosesseista, joihin lääkärit yksinkertaisesti vastaavat. Tällainen määrittely ottaa huomioon globaalin yhteiskunnallisen muutoksen, niin yksilötasolla, kuin terveydenhuollon organisaatioissakin. Osatekijöinä voidaan mainita myös kehittyvä lääketieteen teknologia, lääketieteen instituutioiden erikoisasema, byrokratisoituminen sekä moderni professoriippuvainen lääketiede.

## 4. LÄÄKÄRI JA POTILAS VUOROVAIKUTUKSESSA

### 4.1. Luottamus sekä etiikka potilas-lääkäri -suhteessa

Eettiset kysymykset ovat tärkeä osa lääkärin työtä. Lääkärin eettisten ohjeiden (Suomen lääkäriliitto 2005, 10) mukaan lääkärin velvollisuutena on suojata ihmiselämää ja lievittää kärsimystä. Hänen tulee pitää päätavoitteenaan edistää terveyttä ja sen saavuttamista. Lääkärin tulee kohdella jokaista potilastaan tasa-arvoisena. Eettisten ohjeiden mukaan lääkäri ei saa käyttää arvoaltaansa siten, että potilaan oikeus määrätä itsestään joutuu uhanalaiseksi. Näin ollen lääkärin velvollisuutena on toimia potilaan parhaaksi myös silloin kun potilas itse ei kykene ilmaisemaan tahtoaan. Potilaan sekä lääkärin välisiä velvollisuuksia ja oikeuksia suojataan erilaisin laein (esimerkiksi Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tieteen käsitykset muuttuvat tiedon karttumisen myötä ja hoitomenetelmät kehittyvät, mutta lääkintätaidon humanistinen ydin – hyvään pyrkiminen, vahingon välttäminen ja toisesta välittäminen – ovat pysyviä arvoja ja lääkärin työn moraalinen pohja.

Lääkintäetiikan ydinkohdat ovat säilyttäneet arvonsa ja merkityksensä antiikin ajoilta asti, mutta potilaan ja lääkärin asema ovat muuttuneet monella tavalla ajan myötä ja *Hippokrateen vala* on korvautunut erilaisilla yleispätevillä julkilausumilla ja etiketeillä kuten *Geneven julistuksella*, sekä Maailman lääkäriliiton *Lääkärinetiikan kansainvälisillä säännöillä*. Terveystenhoito on erottamaton osa yhteiskuntaa ja sen arvomaailmaa. Terveystenhoollon läheinen sidos yhteiskuntaan asettaa potilas-lääkäri -suhteen alttiiksi aatteiden ja tiedon virran, talouden ja sosiaalipolitiikan käännteiden, kansanväliset sopimusten sekä kansainvälisen lainsäädännön muutoksille. (Pelkonen 2005, 15). Jatkuvasta muutoksesta kertoo jo sekin, että Lääkärin etiikka -kirjaa, jäsenistönsä eettisiä raameja määrittelevää ohjeistusta, on Suomessa uusittu peräti seitsemän kertaa vuosien 1978 ja 2005 välisenä aikana (mm. Malinin 2006, 42). Toisaalta tämä kertoo siitä, että ammattikunta on reflektiivinen, moraalinen ja vastuullinen biovallan toimija, mutta toisaalta tämä kertoo myös siitä, että käytännöt ovat alttiita jatkuville muutoksille.

Ihmisoikeusajattelun vahvistuneen aseman, yksilön oikeuksiin panostamisen sekä lainsäädännön myötä potilaan autonomia on olennaisesti vahvistunut. Näin ollen kansalaiset ovat entistä enemmän tietoisia oikeuksistaan, sairauksista sekä niiden hoitomahdollisuuksista. Potilaan autonomian kasvanut merkitys on johtanut myös siihen, että nykyään hoidettavan potilaan lisäksi myös hänen perheen on mahdollista vaikuttaa päätöksentekoon entistä vahvemmin (Macklin 1999, xx; ks. Kuhse & Singer 2006, 664). Perhe on potilaan sekä lääkärin välisen luottamuksellisen vuorovaikutuksen kannalta kolmas osapuoli. Kolmannen osapuolen mukaan tuleminen on muuttanut luottamuksellisen hoitosuhteen olemusta, sillä hoitotapahtumaa on perinteisesti pidetty potilaan sekä lääkärin kahdenkeskeisenä asiana. Potilaan ja lääkärin välistä luottamussuhdetta pidetään myös yhtenä tärkeänä tekijänä potilaan paranemisen kannalta. Mikäli potilas ei voi luottaa häntä hoitavaan lääkäriin, asettaa hän kaiken vastaanotolla kuulemansa ja kokemansa kyseenalaiseksi, ja tämä asettaa koko lääkärintyön menestyksellisen toiminnan heikolle pohjalle. Potilaan tulee voida luottaa siihen, että lääkäri pyrkii toimimaan hänen hyväkseen hyödyntämällä omaa ammattinsa kautta opittua ammattitaitoaan. Luottamus on erittäin tärkeässä roolissa joissain potilasta koskevissa peruuttamattomissa päätöksissä, esimerkiksi aborteissa, keinohedelmöityksissä, sterilisaatioissa sekä eutanasiassa (Häyry & Häyry 1992, 131).

Lääkärin ammattikunnan kannalta eettisten säännösten tehtävä on ilmeinen, sillä se suojelee ammatin harjoittajaa laillisilta rangaistuksilta ja yleisen mielipiteen tuomiolta. Tämä on tärkeää lääkäreille jos ajatellaan ammatinkuvaan kuuluvaa työtä, joka usein puuttuu potilaiden ruumiilliseen sekä henkiseen koskemattomuuteen eri tavoin. Potilaan ja myös hänen läheistensä on voitava luottaa siihen, että koskemattomuuteen kajotaan ainoastaan terveydenhoidon etiikan vaatimuksesta ja terveydenhoidon keinoin. (Häyry & Häyry 1992, 134-135).

Lääkärin ja potilaan välinen suhde vaatii myös erityistä molemminpuolista luottamussuhdetta. Lääkärin on pidettävä potilaan luottamuksellisena kertomat asiat omana tietonaan suojellakseen hoidettavan haavoittuvaisuutta. Lääkärin tulee voida luottaa potilaaseen myös laatiessaan diagnooseja, jotka vaativat tarkkaa potilaan historian tuntemusta. Potilaan täytyy luottaa lääkäriin ja hänen ammattitaitoonsa, kuten myös tehtyjen hoitotoimenpiteiden turvallisuuteen ja tarpeellisuuteen. (Siegler 1982, 1519-1520; ks. myös Kuhse & Singer 2006, 598)



Hoitotapahtuma on terveydenhuollon ydintapahtuma. Lääkärillä ainoastaan on kuitenkin valta päättää täysivaltaisesti potilaan tutkimuksista ja hoidosta. Lääkärin toimintaa hoitotilanteessa ohjaa lääkärin etiikkaan perustuva ammatillisen käytöksen normi. Potilaan turvana vuorovaikutussuhteessa ovat lakisääteiset oikeudet hyvään hoitoon, salassapitoon sekä oikeusturvaan liittyen. Vuorovaikutussuhteen statuksien ja vallan kannalta vuorovaikutussuhde lääkärin ja potilaan välillä on merkittävä tapahtuma, sillä siinä kohtaavat potilaan oikeudet sekä lääkärin velvollisuudet, joita ovat esimerkiksi velvollisuus kunnioittaa potilaan autonomiaa ja soveltaa lääketieteellisesti perusteltuja hoitoja.

Lääkärillä on käytettävissään alansa ammattitietous, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, sekä kirurgiset ja lääkinnälliset hoitokeinot. Lääkäri toimii siis portinvartijana lääketieteellisten hoitokeinojen sekä vastaanotolle hakeutuvan potilaan välillä. Näiden kahden maailman kohtaamisen rajapintana on vastaanoton vuorovaikutus, jonka toimivuus pitkälti ratkaisee, saako potilas vaivaansa lääketieteellisen vastauksen vai ei.

## **4.2. Lääkärin ammatti ja asema**

Lääkärin ammatti on yhteiskunnassamme tärkeässä asemassa, ja onkin vaikea kuvitella mitään sellaista sivistynyttä yhteiskuntaa, josta kyseisen ammatin harjoittajat puuttuisivat. Ammatin asema on yleisesti arvostettu, mutta kuten aiemmin olen tuonutkin ilmi, on profession asema muutoksessa. Muutosta edistävät osaltaan muun muassa jatkuva yksilön asemaa vahvistava kehitys, sekä lisääntyvät vaihtoehtoiset hoitomahdollisuudet. Lääkäriyden asemaa pääomakentällä pohtiessa voidaan hyvin nostaa esiin Pierre Bourdieun teorian tiedollisesta pääomasta ja siitä kuinka se ilmenee. Tiedollinen pääoma ilmenee kolmessa eri muodossa: ruumiillistuneena, objektivoituneena ja institutionalisoituneena. Bourdieun mukaan sosiaalinen pääoma on niiden aktuaalisten ja potentiaalisten resurssien summa, joka yksilöllä (tai ryhmällä) on sen perusteella, että hänellä (sillä) on vahva verkosto institutionalisoituneita keskinäisiä tuttavuus- ja arvostussuhteita. (Bourdieu & Wacquant 1995, 149).

Se, kuinka lääkärin ammatin status on saavuttanut asemansa tiedollisen pääoman kentällä, on selitettävissä myös bourdieulaisittain. Bourdieun (1995, 168) mukaan yhteiskunnalliset toimijat ovat

historian tuotteita. Yhteiskunnalliset toimijat ylläpitävät asemaansa ja statustaan määräämällä itseään, tai kuten Bourdieu (1995, 168) asian ilmaisee: ”yhteiskunnalliset toimijat ovat määrättyneitä vain siinä määrin kun ne määräävät itseään”. Ne arvostuskategoriat, jotka tätä (itse)määräytymistä ohjaavat ovat yhteiskunnallisten ja historiallisten ehtojen määräämiä.

Kun toisaalta lääkärin ammatilla on monopoliasema terveystalouksissa, toimii tämä status myös velvoitteena lääkintäalan ammatinharjoittajille. Monopoliaseman myötä lääkintä ja hoitotyön ammattilaiset ovat sidottuja siihen, että he eivät voi vetäytyä vastuustaan vaaran uhatessa. Kuitenkin tämän velvoitteen täyttämistä vastaa jokainen ammattikunnan edustaja omalta kohdaltaan. (Häyry & Häyry 1992, 142-143)

#### **4.2.1. Lääkäri organisaation ja lääketieteellisen instituution edustajana**

Ennen kuin normaalista käytöksestä poikkeavasti toimiva potilas joutuu sairaalahoitoon, ei kukaan kyseenalaista tai koe häntä henkilönä josta on tulossa mielisairas. Jos häntä pidetään vasten tahtoaan sairaalassa, tulee sairaalan henkilökunnan olla vakuuttuneita siitä, että he toimivat oikein, eli he toimivat niiden mielenterveyttä määrittelevien sääntöjen mukaan, joita noudattamaan heidät on koulutettu. Ongelmallisuutta helpottaa, epäilemättä tahattomasti, se miten tällaisissa tapauksissa tapauskuvaus potilaan menneisyydestä laaditaan: siinä pyritään osoittamaan, että potilas on kaiken aikaa ollut tulossa sairaaksi ja jollei hän olisi joutunut sairaalaan, olisi hänen käynyt vielä pahemmin - mikä totta kai voi pitää paikkaansa. (Goffman 1997, 114-115) Omassa esimerkissään Goffman kuvaa totaalista laitosta, ja sitä ajatteluketjua, joka käydään läpi potilaan joutuessa totaaliseen laitokseen hoitoon. Otin tämän esimerkin esiin siksi, että mielestäni tämä kuvaa hyvin lääketieteellisen auktoriteetin sekä organisaation mahdollisuuksia oikeuttaa tiettyjä asioita tarkoitustensa mukaisesti. Esimerkissä näkyy hyvin myös se räikeä vastakkainasettelu, joka syntyy potilaan siirtyessä ”vapaasta elämästä” arkirutiiniensa keskeltä ”valvottuun elämään”.

Lääkäri edustaa vahvasti instituutiotaan, halusi sitä tai ei. Jokainen lääkäri toimii yksilönä työssään, mutta hänen toimintansa taustalla toimii aina organisaatio, jossa lääkäri työskentelee, sekä lääketieteellinen instituutio, joka vaikuttaa hänen ammattitaitonsa ja koulutuksensa kautta. Tutkimukseni

kannalta on kuitenkin oleellisempaa tutkia lääkärien mielipiteitä ja näkemyksiä lääketieteellistä instituutiota edustavina yksilöinä kuin tutkia lääkäreiden kautta puhuvaa lääketieteellistä instituutiota. Tällä haluan tuoda esiin, että mielestäni jokaisella haastateltavalla yksilöllä on omat mielipiteensä asioista, eivätkä he toimi kuin koneet, joita ohjataan jostain ylemmältä taholta. En kiellä sitä, että lääkärien mielipiteet voisivat muokkautua heidän edustamansa lääketieteen instituution mukaisiksi. Tämän tutkimuksen tehtävä ei ole löytää absoluuttisia totuuksia ja tehdä yleistyksiä yksilötapauksista laajasti. Yksittäistapaukset voivat paljastaa pienen osan laajasta kokonaisuudesta, ja aineistosta nousevien diskurssien pätevyys koskee vain tutkittavaa joukkoa. Tutkimuskohteena ovat aineistosta havaittavat sosiaaliset faktat. Kuten Bourdieu & Wacquant (1995, 26) asian ilmaisevat, sosiaaliset faktat ovat tiedon kohteena myös todellisuudessa, sillä ihmiset merkityksellistävät maailman, joka heidät tuottaa.

On selvää, että ihmisten välisissä keskusteluissa ainekset värittyvät tietyssä määrin sen mukaan, onko puhuja erikoistunut työskentelemään alalla, joka sivuaa keskustelun aihetta. Potter & Wetherell (1987, 98), sekä Parsons (1951, 42) korostavat erilaisten roolien vaikutuksia keskustelussa. Heidän mukaansa jokaisella yksilöllä on jonkinlainen sosiaalinen asema, joka määrittyy sen mukaan mihin yhteisöön yksilö kuuluu. Sosiaalinen asema saattaa liittyä esimerkiksi ammattiin, uskontoon tai sukuun. Sosiaalisia asemia voivat olla esimerkiksi rikollinen, pappi, hammaslääkäri tai poliitikko. Ihmiset, jotka täyttävät sosiaalisen roolinsa vaatimukset, pyrkivät käyttäytymään tietyllä tavalla jota heiltä odotetaan, ja näin ollen he opettelevat näyttelemään tätä odotettua roolia, aivan kuten mielisairaalan henkilökunta Goffmanin esimerkissä toimii.

Bourdieu & Wacquant'n (1995, 137, 143-144, 168) mukaan kielen ulkopuolisilla rakenteellisilla valtasuhteilla ja -asemilla on aina vaikutusta siihen, minkälaisella legitimitetillä tai statuksella kukakin toimija puhuu milläkin sosiaalisella kentällä. Esimerkiksi lääkärin työ terveydenhuollon parissa antaa lääkärille symbolista valtaa puhua terveyteen liittyvistä asioista asiantuntijana. Yksilö hyödyntää siis symbolista vallankäyttöä ja hallitsevaa kulttuuria sekä toimijana että kohteena (Parsons 1951, 301; ks. Ilmonen 2001, 113).

Malinin (2006, 36-37) mukaan lääkäreillä on erikoisosaamisensa kautta yksinoikeus lääketieteellisiin teknologioihin. Tämä asettaa lääkärikunnan erikoisasemaan yhteiskunnallisena toimijana. Lääketieteelliset teknologiat saattavat sisältää erilaisten hoitomenetelmien lisäksi lääkkeitä, laitteita, laskelmia, päättelysääntöjä sekä diagnostisia hoitomenetelmiä. Nämä yksinoikeudella suojatut teknologiat ylläpitävät hegemonisia valtasuhteita lääkärin sekä lääketieteellistä hoitoa tarvitsevan ihmisen välillä. Esimerkiksi hedelmöityshoidossa asiantuntijuus ja hegemonisuus korostuvat, sillä elämä on kirjaimellisesti asiantuntijan mikroskoopin alla.

### **4.3. Potilaan ja lääkärin kohtaaminen vuorovaikutustilanteena**

Lääketieteen historiassa on joskus katsottu, että lääkäri on ehdoton auktoriteetti. Vuorovaikutuksen ja potilaan autonomian asema on ollut tällöin huomattavan paljon pienempi ja vuorovaikutus on ollut paljon yksisuuntaisempaa. Lääkärin ja potilaan suhdetta on Peräkylän et al. (2001, 8) mukaan muovannut ihmisten tiedon tason nousu. Peräkylän et al. mukaan entisenlaisesta auktoritatiivisesta lääkäristä on tullut lääketieteen asiantuntija, joka on tasavertainen potilaan kanssa.

Nykyään vuorovaikutustilanne vastaanottotilanteessa nähdään avoimempänä ja tasa-arvoisempänä tapahtumana kuin aikaisemmin, mutta hoitotilanne sisältää tästä huolimatta vahvoja moraalisia odotuksia. Vahvana moraalisenä odotuksena voidaan pitää esimerkiksi sitä, että lähtökohtaisesti lääkäriä pidetään sairauksien ehdottomana asiantuntijana. Lisäksi yleisesti odotetaan, että vastaanotolle tuleva henkilö osaa huolehtia itsestään ja osaa tarkastella terveydentilaansa kriittisesti ja tunnistaa sairauden oireet ja niiden vakavuuden. (Peräkylä et al. 2001, 15).

Vastaanottotilanne on ennen kaikkea kaksisuuntainen luottamuksellinen tapahtuma. Kolmannen osapuolen ollessa mukana vastaanottotilanteessa kuvio hieman monimutkaistuu. Esimerkiksi lastaan lääkärin vastaanotolle vievää vanhempaa ei ole sopivaa epäillä lapsensa hoidon puutteellisuudesta. Näitä moraalisia odotuksia pidetään Peräkylän et al. (2001, 15) mukaan yllä tarpeen mukaan, eikä yleisesti pyritä kiinnittämään huomiota lääkärin epäröinteihin, eikä asioihin jotka viittaisivat siihen, että potilas ei olisi osannut huolehtia omasta terveydestään riittävällä tavalla.

Peräkylä et al. (2001, 7) painottavat puheen tärkeää asemaa vastaanottotilanteessa, sillä se rakentaa kummankin osapuolen välisen vuorovaikutuksen sosiaalisen kehyksen. Puheen kautta lääkäri pystyykin usein päättämään diagnoosiepäilynsä pohjan sekä vaivojen luonteen. Lääkärit ja potilaat puhuvat keskenään yleisesti ottaen neutraalin asiallisesti. Tilanteen neutraalisuus on kuitenkin yleisesti ottaen häilyvää, sillä todellisuudessa kohtaaminen sisältää vahvoja moraalisia odotuksia joiden perusteella potilaat ja lääkärit arvioivat toisiaan ja itseään.

Häyry & Häyry (1992, 160-161) esittävät, että terveydenhuollon yhteiskunnalle hyväksyttävät perusravot toteutuvat paremmin, jos potilaan sekä lääkärin välinen vuorovaikutus on onnistunut. Tämä asettaa vuorovaikutustilanteen tarkastelun alle. Goffmanin (1967, 1) mukaan kohtaamisissa on tärkeä vuorovaikutuksen myötä eläytyvä elekieli, jota käytetään ilmaisemaan orientaatiota tai osanottoa sosiaalisessa kanssakäymisessä. Tällaisia eleitä ovat muun muassa erilaiset katseet, sijoittumiset sekä keskusteluun osallistuvat nyansoidut verbaaliset ilmaisut. Lääkärin sekä potilaan tulee ymmärtää toisiaan riittävästi, jotta hoitotoimenpiteet sekä niiden toteuttaminen voivat johtaa toivottuun lopputulokseen, eli potilaan terveyteen.

Jotta vuorovaikutuksen kumpikin osapuoli ymmärtäisi toisiaan riittävässä määrin, kiinnitetään huomiota vuorovaikutuksessa käytettävään kommunikointiin. Lääkärin tulee olla ystävällinen, hänen tulee pyrkiä ymmärtämään potilaan kieltä ja tunnustamaan hänen vaivansa yksilöllinen ja ainutkertainen luonne. Tärkeää on vuorovaikutustilanteen kannalta myös se, että kumpikin osapuolista pyrkii suhtautumaan neutraalisti tilanteeseen, jotta välttyään pahoilta konflikteilta. Konflikteja välttämiseen kumpikin keskustelun osapuoli pyrkii säilyttämään ”omat kasvonsa” (defence), sekä puolustamaan muiden osallistuvien ”kasvoja” (protect). Näin vuorovaikutustilanne takaa osallistujien turvallisuuden, sekä minimoi mahdollisen ”kasvojen” menettämisen tai nöyryyttämisen riskit. Konfliktien välttämiseksi vuorovaikutustilanteen osapuolet pyrkivät hyväksymään myös osanottajien ylläpitämän roolin tilanteessa. Lääkärin ystävällisyys lieventää potilaan jännitystä ja edesauttaa potilaan avoimuutta vastaanotolla, lisäksi tämä vaikuttaa siihen, noudattaako potilas annettuja hoito-ohjeita vai ei. Lääkärin tulee myös vältellä tietoisesti vierasperäisten sanojen käyttöä ja kääntää ne kansantajuisempaan muotoon, jotta yhteinen ymmärrys saavutetaan. (Häyry & Häyry 1992, 161; Goffman 1967, 11, 14)

#### 4.4. Potilas kuluttajana

Tieteellisen kehityksen myötä myös tutkimus ja hoitomenetelmät ovat kokeneet suuria muutoksia. Hoitomenetelmät ovat tehostuneet ja monipuolistuneet huomattavasti, mutta samalla ne ovat kallistuneet, jonka vuoksi niiden holtittomaan käyttöön ei ole julkisella sektorilla varaa. Hoitoon suunnattujen taloudellisten resurssien mahdollisimman järkevään hyödyntämiseen tarvitaan laajat ja luotettavat esitiedot potilaan vaivoista. (Peräkylä et al. 2001, 8-9). Resurssit osoittautuvat kuitenkin nykyisenkaltaisessa terveydenhuollossa usein tarpeisiin riittämättömiksi. Toisaalta potilaiden vaatimustaso on myös muuttunut hoidon välineiden ja monipuolisuuden myötä.

Vappuna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki lisää vaiheittain potilaan valinnan mahdollisuuksia entisestään. Tämä vahvistaa erityisesti potilaan asemaa potilaskuluttajana. Uuden terveydenhuoltolain myötä potilaan on mahdollista valita, mitä oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen terveysasemaa hän käyttää. 1.1.2014 astuu voimaan lainmuutoksen toinen vaihe, jolloin valinnanvapaus laajenee koskemaan koko maan terveyskeskuksia ja erikoissairaanhoidon yksiköitä. Potilaskuluttaja tietää ja tuntee oikeutensa ja osaa vaatia tietynlaista hoitoa, haluaahan kuluttaja normaalisti aina vastinetta rahalleen. Se jää vielä nähtäväksi miten valinnan vapaus tulee konkretisoitumaan lainmuutoksen myötä, mutta tästä huolimatta internetiin on jo ilmestynyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämä [Palveluvaaka.fi](http://palveluvaaka.fi) – sivusto, jossa voi vertailla eri toimipaikkojen toimintaa eri mittareilla. Mittareina käytetään muun muassa asiakastyytyväisyyttä hoitajan ja lääkärin vastaanotoilla sekä hoidon saantia. Nähtäväksi jää kuinka pitkälle potilaskuluttaja voi kilpailuttaa terveyspalveluitaan kunnallisella tasolla ja rakentuuko julkisten terveyspalveluiden imago jatkossa brändäyksen varaan kuten yksityisellä sektorilla, tarvitseehan jokainen hoitoyksikkö potilaita pysyäkseen toimintakykyisenä.

Toiviainen (2007, 17) kertookin potilaiden terveydenhuollon palvelujen kuluttajina muuttuneen. Hän kertoo nykyisen kuluttajaroolin haastavan perinteisen lääketieteen asiantuntijuusmallin. Toiviainen käyttää tutkimuksessaan potilaasta aktiivisena kuluttajana termiä potilaskuluttaja. (mm. Toiviainen 2007, Tuorila 2000). Yleisesti potilaasta terveyspalvelujen kuluttajana puhutaan tutkittaessa yksityistä terveydenhuoltoa, ei niinkään julkista terveydenhuoltoa (mm. Tuorila 2000). Potilaskulut-

taja ei ole enää passiivinen hoidon kohde, vaan aktiivinen, kiinnostunut asiakas, joka pitää huolta oikeuksistaan ja asemastaan palvelujen käyttäjänä. Aktiivinen potilaskuluttaja haluaa osallistua itseään koskevaan terveydelliseen päätöksentekoon entistä enemmän. Potilaskuluttaja myös kyseenalaistaa auktoriteetit ja painottaa omaa asemaansa kuluttajana. Potilaan roolin muutokset ovat osittain seurausta kuluttajaliikkeestä ja toisaalta kuluttajamallin tuomisesta terveydenhuollon palveluihin. Toiset potilaista haluavat tietoa sairaudestaan ja toiset taas haluavat kontrolloida lääketieteellistä päätöksentekoa (Tuorila 2000, 36-38).

Ongelmallisen potilaskuluttajan roolista tekee se, ettei terveyspalveluja kuluttava potilas tavoittele terveydenhuoltopalveluksia itsessään, vaan niiden avulla tuotettavaa terveyttä. Terveys ei kuitenkaan ole suoranaisesti mitään mitä voi ostaa, se ei ole siis kulutushyödyke, vaan resurssi jota voidaan hankkia osittain terveyspalveluilla. Potilaskuluttaja on eräänlainen globaalin riskiyhteiskunnan luomus, joka uskoo moderniin lääketieteeseen hyvän ja pitkän elämän toivossa. Toinen ongelmallinen puoli potilaskuluttajuudessa on se, ettei akuutissa hoidontarpeessa olevalla terveyspalveluihin hakeutuvalla ole aina mahdollisuutta vaikuttaa aktiivisesti hoitotapahtumaan. (mm. Tuorila 2000, 38-39, 44; Tuomainen et. al 1999). Häyry & Häyry (1992, 162-164) kuvailevatkin terveyttä arvokäsittienä, jonka mukaan sekä ruumiillinen, että henkinen terveys ovat toivottuja tiloja sekä tavoittelemisen arvoisia asioita.

## 5. TUTKIMUSMENETELMÄ JA HAASTATTELUAINEISTON KERUU

### 5.1. Yhteiskunnallisen muutoksen tutkimus, eli tutkimuksen fenomenologia

Kaikessa ihmistutkimuksessa on jonkinlainen käsitys ihmisestä. Yhteiskuntatieteissä on oma käsitöksensä ihmisestä osana ympäröivää yhteiskuntaa, yhteiskuntatieteissä tutkitaan ihmistä siis yhteiskunnallisista näkökulmista. Tässäkin tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten toiminnan taustalta tekijöitä, jotka voidaan luokitella yhteiskuntaperäisiksi.

Fenomenologiassa tutkitaan kokemuksia, eli ihmisen suhdetta omaan todellisuuteensa, eli ympäröivään maailmaan. Juuri kokemusten kautta syntyy yksilön suhde toisiin ihmisiin, kulttuuriin ja luontoon. Ihminen myös saa vaikutteita ympäristöstään ja jossain määrin itsekin voi vaikuttaa välittömään ympäristöönsä. Lääkärin status terveydenhuollon asiantuntijana muodostuu hänen suhteestaan potilaisiin ja lääketieteelliseen instituutioon ja sen eri osapuoliin.

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkitaan merkityksiä, joiden kautta kokemukset syntyvät. Oletuksena on, että ihmisten toiminta on ainakin jossain määrin intentionaalista, eli tarkoituksellista. Merkitykset ovat intersubjektiiivisiä, eli siis subjektien välisiä. Siksi eri kulttuureissa elävät ihmiset saattavat kokea todellisuuden eri tavoin kuin toinen. (Laine 2001, 27-28).

Yhteisön jäsenenä meillä on yhteisiä piirteitä ja merkityksiä. Tämä juuri mahdollistaa yhteiskunnallisen tutkimuksen, sillä jonkin yhteisön jäsenen tutkiminen paljastaa aina myös jotain yleistä. Laineen (2001, 36-37) mukaan kokemusten ja käsitysten tutkiminen eroavat toisistaan, sillä niiden välinen suhde on ongelmallinen. Käsitykset eivät ole omien kokemusten reflektion kautta syntyneitä, vaan suurin osa käsityksistä on peräisin yhteisöstä. Käsityksien muotoutumiseen vaikuttavat muun muassa kasvatus sekä sosialisatio. Kokemus on jokaiselle yksilöllinen, mutta käsityksen saattavat jakaa useammatkin. Toisaalta jokainen yksilö on yksilönä erilainen.

Pyrin tutkimuksessani haastatteluaineiston kautta analysoimaan, kuinka tietyt yhteisölliset ajatusmallit, toiminnat sekä asenteet ilmentävät ympäröivää yhteiskuntaa. Uskon, että potilaan ja lääkärin



välisen vuorovaikutussuhteen kautta tulkittavien ilmiöiden avulla pystyn ymmärtämään nykyhetkeä ja ympäröivää yhteiskuntaa. Hyödynnän tutkimuksessani haastateltavien kokemuksia, sekä kykyä havainnoida merkityksiä vuorovaikutusprosessissa, jotka ovat tulkittavissa osaksi yhteiskunnallista muutosprosessia. Otan kuitenkin huomioon mahdolliset poikkeavat näkökannat, sillä ne ovat tutkimuksen kannalta oleellisia. Aineisto on kerätty haastattelemalla ainoastaan terveyskeskuslääkäreitä, eikä heidän potilaitaan. Tämän vuoksi tutkimuksessa voidaan käsitellä sitä, minkälaisia merkityssuhteita haastateltavat nostavat esiin ja oma analysointitehtäväni taas keskittyy siihen, miksi kyseiset merkitykset nostetaan esiin.

## **5.2. Lääkäreiden teemahaastattelut aineistona**

Tutkimukseni perustuu kirjallisuuden kautta havainnollistamaani teoriapohjaan, sekä yhdeksään henkilökohtaisesti suorittamaani puolistrukturoituun teemahaastatteluun. Suoritin haastatteluni lääkäreiden työpaikoilla terveyskeskuksissa. Haastattelut olivat kestoltaan noin 30–60 minuuttia. Tallensin haastattelut äänitallentimella ja litteroin ne omaa käyttötarkoitustani varten.

Haastattelun runko on jaettu taustatietoihin sekä 11 eri kysymykseen, jotka ovat merkittynä liitteenä olevaan haastattelurunkoon. Koska soveltamani haastattelumenetelmä on puolistrukturoitu teemahaastattelu, toimii haastattelurunko vain ohjeellisena pitäen haastattelut oikeilla raiteilla. Haastatteluni eivät noudattaneet muodollisesti eivätkä myöskään kaavamaisesti haastattelurungon kysymystenasettelua vaikkakin haastattelun teema-alueet olivat kaikille samat. Kysymysten järjestys sekä muotoilu on hyvin vaihtelevaa ja mukaan sattuu myös haastattelurungosta poikkeavia kysymyksiä jotka poikivat haastateltavien esiintuomista ja tärkeinä pitämistä seikoista. Juuri vaihtelevuus on teemahaastattelun suurin anti tutkimusmetodina, sillä se antaa aineiston keruulle uusia mahdollisuuksia ja vastauksiin vapautta.

Haastatteleman lääkärit ovat eri terveyskeskuksista ympäri Itä-Suomea. Suojellakseni lääkäreiden yksityisyyttä, en tuo esiin tutkimukseni suorissa lainauksissa mitään sellaista tietoa josta haastattelun voisi tunnistaa. En myöskään tuo esiin missä terveyskeskuksessa haastateltava työskentelee. Haastattelujen suorittamiseen ei ole myöskään käytetty minkäänlaisia potilastietoja. Koska haasta-

teltavia on yhdeksän kappaletta, olen päätenyt tutkimukseni kannalta ratkaisuun, etten yksilöi haastatteluja nimimerkein tai numeroin.

Haastattelemiä lääkäreitä omaavat hyvin vaihtelevan työskentelykokemuksen terveyskeskuksissa. Kokenein haastattelemiä lääkäreitä omaa urallaan jo lähes 40 vuoden kokemuksen, kun taas kokemattomien lääkäreitä oli juuri valmistunut. Haastateltujen ikäjakauma oli siis vaihteleva. Erilainen kokemuspohja antaa haastateltujen vastauksille väriä ja vaihtelevuutta, sekä erilaisia näkökulmia siihen kuinka he kokevat työnsä ja potilaansa. Myös lääkärikoulutuksen on täytynyt muuttua 40 vuoden aikana jonkin verran. Aineistoa varten haastattelin niin naislääkäreitä kuin mieslääkäreitäkin.

Haastatellut lääkäreitä olivat kaikki työskennelleet pääosin terveyskeskuksissa lukuun ottamatta koulutukseen kuuluvia erikoistumisjaksoja sairaaloissa, ja joitain lyhytkestoisia keikkamuotoisia työryhmiä sekä terveyskeskustyön ohessa suoritettuja muita töitä.

Seuraavaksi käyn läpi haastatteluaineiston, joka on jaettuna neljään pääkategoriaan, potilaat vastaanotolla (6.1.) alalukuineen sisältää viitteitä haastatteluaineistoon kysymyksistä 1-5. Seuraava kategoria (6.2.) käsittelee kysymyksiä 6-8 kautta sitä, kuinka yhteiskunnallinen muutos näkyy lääkäreiden mielestä potilaissa ja luku 6.3. keskittyy pohtimaan haastattelujen (kysymykset 9-11) kautta sitä, kuinka lääkärin asema on muuttunut. Pääluvun viimeinen kategoria (6.4) käsittelee haastattelujen perusteella esiin nostettuja keskeisiä terveystiedon lähteitä.

Luvussa 7 analysoin haastatteluja suhteessa teoreettiseen viitekehykseen, sekä pureudun keskeisiin tuloksiin tutkimuksessa.

## **6. POTILAAT VASTAANOTOLLA**

### **6.1. Tietoinen potilas vastaanotolla**

#### **6.1.1. Tyypillinen vastaanottotilanne**

Ensimmäiseksi kysyin haastateltavilta millainen on heidän mielestä tyypillinen asiakastilanne potilaan kanssa. Tällä kysymyksellä pyrin pääasiassa avaamaan keskustelua ja vähentämään haastateltavan ja haastattelijan/äänitallentimen tuomaa lisäjännitystä. Päästäkseni tähän, valitsin ensimmäiseksi kysymykseksi sellaisen, joka ei vaadi minkäänasteista erityistä pohdintaa vaan antaa haastateltavalle mahdollisuuden kertoa vapaasti näkemästään ja kokemastaan, työn arjesta.

Tyypillisen asiakastilanteen kartoittaminen antaa kuitenkin mahdollisuuden tarkastella sitä, kuinka lääkäri ottaa potilaan vastaan. Halutessaan lääkäri tai potilas voi tehdä heti selväksi mikä on hierarkia tilanteessa ja joissain tapauksissa tämä voi määritellä vastaanottokäynnin kulkua. Kohtaamisessa on mahdollista määritellä vallankäytön aste ja tilanteen luonne.

Lääkärin tulee jo ensikohtaamisesta lähtien luoda potilaan ja lääkärin välille luottamuksen ilmapiiri, sekä osoittaa potilaalle että lääkäri on tässä tilanteessa nimenomaan potilaan edun vuoksi ja haluaa auttaa häntä pulmansa kanssa. Luottamus on tärkeää vastaanottotilanteessa myös siitä syystä, että luottamuksen puuttuttua kärsii hoitomyönteisyys joka helposti saattaa johtaa siihen, että vastaanotolla annettuja ohjeita ei noudateta. Tämä voi johtaa pahimmassa tapauksessa hoidon epäonnistumiseen. Haastattelutilanteen kululla on siis merkitystä myös lopputuloksen kannalta.

Haastateltavat kuvailivat tyypillistä vastaanottotilannetta kutakuinkin yhtenevästi. Haastatteluissa toistunut vastaanottotilanteen kulku alkaa poikkeuksetta siten, että potilaan tullessa vastaanotolle esittäytytään ja vasta sen jälkeen aletaan tiedustella potilaan vastaanotolle tulon syytä. Potilaalle halutaan antaa mahdollisuus puhua tulonsa syystä ja siihen liittyvistä asioista, kun taas lääkäri keskittyy kuuntelemaan ja esittämään tarkentavia kysymyksiä. Tilanteen etenemiseen tästä eteenpäin vaikuttaa tulon syy, mutta mikäli tulon syynä on esimerkiksi kipu jossain tietyssä paikassa, niin

tiedustellaan kivun luonnetta, sekä tehdään mahdollisesti tutkimusta kivun alueella. Kun on tarvittavia tutkimuksia tehty, voi lääkäri alkaa analysoida tutkimuksen tuloksia ja päätyä mahdollisesti johonkin diagnoosiin tai määrätä jatkotutkimuksiin. Johtopäätöksien jälkeen potilasta neuvotaan kuinka vaivaa tulisi hoitaa ja sovitaan mahdollisesti tarvittavista kontrolloijaajoista. Jälkimmäisenä hoidetaan vastaanottotilanteeseen liittyvä paperityö, todistukset ja reseptit.

Haastattelutilanteissa noudatettiin yllä kuvailtua kaavaa, mutta muutama mielenkiintoinen poikkeava asia tuli esiin. Eräs haastateltavista tuo esiin, että on helpompi luoda ymmärrys ikääntyneemmän potilaan kuin nuoren potilaan kanssa.

*”Minun alueeseen kuuluu keskikaupunki jossa on aika vanha väestö joiden kanssa on hyvä yhteistoiminta ja sopeudun hyvin, se on vähän erilaista kuin nuorten kanssa. Helpompi saada lääkäri-potilas yhteys ja yhteisymmärrys syntymään”*

Tämä kertoo mahdollisesti siitä, että nuoremman potilaan silmissä lääkäri ei välttämättä ole oletusarvoltaan yhtä korkealla hierarkia-asteikolla kuin ikääntyneemmän potilaan mielestä. Tämä tuo tutkimuksen kannalta esiin sen että sukupolvien välillä on mahdollisesti odotettavissa eroja vastaanottotilannetta ajateltaessa. Käsittelen tätä kuitenkin tarkemmin myöhemmin tutkimuksessa.

Eräs haastateltavista tuo esiin luotettavuusnäkökulman, kertomalla että potilaan vastaanotolle haikutumisen syy ei välttämättä aina pidä paikkaansa.

*”yleensä potilas on varannut ajan ja minulla on tiedossa suunnilleen minkä takia hän tulee ja yleensä voikin aloittaa kyselemään hoitoon liittyviä asioita, usein pitää paikkansa että potilas tulee sen vuoksi mitä alkuun on ilmoittanutkin mutta ei aina”*

Jotta vastaanottotilanne olisi onnistunut, tulee tilanteessa saavuttaa molemminpuolinen luottamusuhde. Tätä ei kuitenkaan silloin saavuteta jos toinen osapuolista pidättäytyy kertomasta totuutta. Toisaalta varsinaisen tulosityn välttelyinkin voidaan joissain tapauksissa katsoa kuuluvan osaksi taudin kuvaa. Jos tulon syy ei selviä lääkärille vastaanottotilanteen alussa, joutuu hän käyttämään enemmän aikaa varsinaisen tulosityn selvittämiseen kuin normaalisti olisi tarvis. Vastaanottoaikojen

piteissa toimittaessa tämä on kuitenkin aina pois varsinaisesta hoitotyöstä ja pahimmillaan lisää lääkärin kiirettä kun aikataulu pettää.

### **6.1.2. Terveystietoiset potilaat riski vai mahdollisuus?**

Kysyin haastateltavilta heidän käsitystään siitä, kuinka hyvin potilaat ovat tietoisia omasta terveydentilastaan. Tämä on mielenkiintoinen kysymys sillä sen kautta voidaan tarkastella toisaalta kulisien takana toimivan medikalisaation leviämistä ihmisten tietoisuuksiin sekä terveyttä koskevaan toimintaan. Kysymyksen kautta ajattelin päästävän pureutumaan syvemmälle siihen laajaan sosiaaliseen prosessiin, johon vastataan lääketieteen voimin.

Tämän kysymyksen kohdalla haastatteluaineisto jakaantui kutakuinkin kahtia. Osa lääkäreistä oli sitä mieltä että potilaat ovat hyvin vaihtelevasti tietoisia omasta terveydestään, osa lääkäreistä taas kertoi potilaiden olevan vahvasti tietoisia omasta terveydestään, ehkä joskus jopa liikaakin. Yksi haastattelu toi esiin myös näkökulman jossa haastateltava kertoo potilaiden kuvittelevan tietävänsä enemmän kuin lääkärit ja tämä tuo mukanaan riskejä lääkärin työtä ajatellen.

Haastateltavat jotka olivat sitä mieltä, että potilaat ovat hyvin vaihtelevasti tietoisia terveydestään, kertoivat eron syntyvät paljolti ikäluokkien välille. Heidän mielestään nuoret potilaat ovat yleisesti ottaen aktiivisempia hakemaan tietoa terveydestään, ja ovat siksi tietoisia.

*”aika hyvin yleisesti ovat tietoisia, vaihtelee tietysti vähän ikäluokittain, vanhan kansan ihmiset yli 70 v ei ehkä ole niin terveystietoisia mutta siitä alaspäin tuntuu olevan netti ihan ahkerassa käytössä.-- alle 50v tai vähän päälle tuntuu olevan hyvin terveystietoista porukkaa. Ovat itse pitkälle miettineet jo diagnoosia ja muuta.”*

Iän lisäksi myös koulutus ja sukupuoli nähtiin määrittelevinä tekijöinä terveystietoisuudessa.

*”eroja on paljon, osalla ei ole paljoa koulutusta etenkin vanhemmat miehet ovat aika huonosti tietoisia mistään mikä liittyy terveydentilaan ja saa selittää heille kaikki ihan perusasioista lähtien. Mutta sitten koulutetut nuorehkot naiset ovat taas vähän turhankin hyvin perillä kaikesta mahdollisesta.”*

Haastateltavat näkivät myös sen, asuuko potilas kaupungissa vai maaseudulla, vaikuttavan potilaan terveystietoisuuteen ja tämän näkyvän myös suoraan työssä. Yleisesti ottaen lääkärit kuvailevat kaupungissa asuvien olevan paremmin tietoisia terveydestään kuin maalla asuvien.

*” -- trendi on nykyään sellainen että kun ollaan maalta kotoisin ja työikä ollaan kaupungissa vaikkapa Helsingissä ja sen jälkeen palataan maalle tai mökkikuntaan. Jonkun verran tulee meille tänne pikkupaikkakunnalle virkeitä vanhempia ihmisiä kaupungeista jotka ovat tietoisempia maalaisväestöön nähden.--”*

Osa lääkäreistä oli vahvasti sitä mieltä, että potilaat ovat hyvin tietoisia omasta terveydentilastaan. Nämä lääkärit toivat esiin vahvasti eri tietokanavien vaikutukset terveystietoisuuteen. Erityisesti tietokanavista mainittiin nuorempien potilaiden kohdalla internet kun taas keski-ikäisten sekä sitä vanhempien kohdalla kerrottiin erilaisten lehtien sekä tuttavien ja sukulaisten jakavan tietoa terveyteen liittyvissä asioissa.

Liiallisessa terveystietoisuudessa nähdään lääkärin näkökulmasta myös selkeitä riskejä.

*” -- se sukupolvi mikä nettiä käyttää niin kyllä se kyttää asioita paljon ennen vastaanotolle tuloa, mut toisaalta siellä on myös sit se vaara että rupee olemaan vähän liiankin tietonen terveydentilastaan. Kun netissä tarpeeks surffailee niin jokainen löytää monta tautia joka itteensä sopii vaikka se ei oo niin totta, että siinä mielessä jopa liiankin tietosia --”*

*”-- hyvin tavallista on nuoremmilla aktiivisimmilla että sanovat katsoneensa netistä oireita ja säikähtävät joskus turhaankin, he tulevat kysymään mielipidettäni siitä että voisiko olla joku tietty sairaus kyseessä tai jotain vakavaa. --”*

Liiallinen terveystietoisuus on lääkärin työn kannalta riski, koska vahva terveyteen liittyvän tiedon maallikko-osaaminen ja lääketieteellisen koulutuksen ja kokemuksen kautta muodostuva kuva sairauksista ja oireista joutuvat asettelussa vastakkain. Internet on pullollaan tietoa, mutta kaikilla ei välttämättä ole kykyä käsitellä sitä oikein.

Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että erilaiset kontrollit ja seurannat pitävät potilaan tietoisena omasta terveydentilastaan. Tässä hahmottuu hyvin juuri se, mihin lääketieteellisellä kontrollilla halutaan pyrkiä. Lääketieteellinen kontrolli ja puuttuminen ihmisten elämään luo medikalisaatiopro-

sessille pohjaa ja rakentaa sen valtaa suhteessa kansalaisiin. Tämä on eräänlaista terveystieteellistä, sosiaalista kontrollointia, sekä lääketieteen profession vallan uusintamista.

*” kyllä varmasti ovat tietoisia jos nyt ajatellaan joidenkin kansantautien kontrolleja niin aikahyvin ne osaavat sanoa ja tietävät missä mennään kun on ne määrätyt tavoitteet mihin pyritään ja sitten yleensä kysytään suorituskykyä ja vointia.--”*

Eräs haastateltavista oli sitä mieltä, että potilas usein kuvittelee olevansa hyvin tietoinen omasta terveydestään.

*” -- osa potilaista taas tulee vaatimaan tietynlaista hoitoa jollekin tietylle erikoissairaanhoidon alalle. Tällöin on suuri riski edessä, koska siinä saattaa helposti ajautua väärille poluille potilaan hoitopolussa, kun kuitenkin potilas kuvittelee tietävänsä enemmän kuin oikeasti tietää. tämä viivästyttää sitten sen oikeanlaisen hoidon aloittamista pahimmillaan.”*

Hoidon onnistumisen kannalta on oleellisen tärkeää että potilaan ja lääkärin välille syntyy luottamusuhde, joka mahdollistaa kummankin osapuolen toiminnan yhdessä. Yhteistyöhön kuuluu vahvasti se, että potilas ei pimitä tai kerro väärää tietoa vastaanottotapaamisessa. Erilaiset vaatimukset tuovat lääkärille työhön paineita toimia potilaan haluamalla tavalla. Aina tämä ei kuitenkaan ole oikea tapa toimia sairauden ja potilaan kannalta. Lääkärin profession on oleellista säilyttää oma asemansa vastaanottotilanteessa lääketieteen asiantuntijana, koska koulutuksen ja kokemuksen kautta lääkäri usein omaa potilasta kehittyneemmän kyvyn käsitellä sairautta koskevaa tietoa kokonaisvaltaisemmin osana potilaan terveydenkuvaa.

### **6.1.3. Potilas aktiivisena toimijana ja diagnoosin laatijana**

Kolmannessa kysymyksessä kartoitin potilaiden aktiivisuutta vastaanottokäynneillä, sekä sitä, kuinka aktiivisuus yleisesti ilmenee vastaanottotilanteessa. Tällä kysymyksellä pyrin tarkastelemaan vastaanottotilannetta sen kannalta, kuinka valtasuhde ilmenee potilaan ja lääkärin kesken. Neljännessä kysymyksessä tarkastelen kolmanteen kysymykseen liittyen myös sitä, ovatko potilaat jo ennen vastaanotolle tuloaan suorittaneet jonkinasteista omaa diagnosointia jonka kautta he mielestään tietävät ja tuntevat oman terveydentilansa ja osaavat aktiivisesti pyytää tai suorastaan vaatia tietyn-

laista hoitoa itselleen. Tämä kertoo siitä, pyrkivätkö potilaat ottamaan kontrollin vastaanottotilanteessa itselleen. Tämän kautta voidaan ehkä havainnoida sitä, kuinka tarkastelluissa tapauksissa hahmottuvat lääkärinvallan muutokset suhteessa potilaiden vaatimuksiin.

Pääosin haastatellut lääkärit ovat sitä mieltä, että päätöksenteon tulee olla sopivassa suhteessa yhteistyötä lääkärin ja potilaan kesken. Ensikädessä nähdään, että potilas tuntee hyvin oman terveydentilansa, ja on tästä syystä oman itsensä paras asiantuntija.

*”hyvin tavallista on nuoremmilla aktiivisimmilla että sanovat katsoneensa netistä oireita ja säikähtävät joskus turhaankin, he tulevat kysymään mielipidettäni siitä että voisiko olla joku tietty sairaus kyseessä tai jotain vakavaa. Yleensä tulee esiin kun kysyn niiltä että mitä potilas on tästä oireesta ajatellut, sitten ne kertoo sen oman mielipiteensä mahdollisesta sairaudestaan.”*

*”aika paljon saa pitää ohjat käsissään mutta tottakai neuvotellaan potilaan kanssa paljon ja tunnustellaan omia mielipiteitä.”*

*”lähtökohtaisesti diagnoosia rakentaessani lähdin siitä näkökulmasta että potilas on oman terveydentilansa paras asiantuntija. eli mahdollisimman pitkälle häntä kuuntelemalla ja kyselemällä etenen. Monesti potilailla saattaa olla tietyn taudin pelko tullessaan, mutta usein potilas tiedostaa sen itsekin jollain tasolla.”*

Joskus kuitenkin potilaiden omat mielipiteet liittyen terveydentilaansa ovat niin tiukkoja, että lääkäri saa tehdä kunnolla töitään sen eteen, että saa potilaan ymmärtämään ettei kaikkia tämän vaatimuksia ja toiveita voida täyttää. Tällaisissa tilanteissa lääkäri käyttää viimekädessä professionsa kautta ylläpitämäänsä valtaa suhteessa potilaaseen, ja toimii päätöksenteossa siten, kuin itse parhaimmaksi tilanteen kannalta näkee.

*”monesti on etukäteen mietitty mitä halutaan. Sitä harvemmin sanotaan, että tulit tänne saadakseni sen ja sen hoidon, mutta siitä keskustelun alotuksesta jo pystyy oikeastaan jo aistimaan että mitä tämä potilas tässä nyt haluaa ja sitten kysynkin että onko joku syy miksi haluatte sitä hoitoa että ei suotta kierrellä ja kaarrella sen asian ympärillä. Ei tämä ongelma ole, mutta aina se ei näin helppoa ole. Jos olen eri mieltä, silloin on mentävä oman mielipiteen mukaan”*

*”osa potilaista taas tulee vaatimaan tietynlaista hoitoa jollekin tietylle erikoissairaanhoidon alalle. Tällöin on suuri riski edessä, koska siinä saattaa helposti ajautua väärille poluille potilaan hoitopolussa, kun kuitenkin potilas kuvittelee tietävänsä*



*enemmän kuin oikeasti tietää. Tämä viivästyttää sitten sen oikeanlaisen hoidon aloittamista pahimmillaan.”*

*”-- aika monet ovat kyllä aktiivisia ja ilmoittavat heti ovesta tullessaan mitä haluavat ja mikä on heidän toiveensa ja osa kertoo vaan oireistaan, jotkut potilaat pyrkivät ohjaamaan kyllä jos heidän mielestä mennään sivupoluille.”*

Joskus lääkärit kohtaavat työssään konfliktitilanteita kun potilas pitää kiinni omasta mielipiteestään ja vaatii halujensa mukaista hoitoa, vaikka lääkärin näkökulmasta hoitoon ei ole edellytyksiä.

*”se on huono puoli että monesti potilaat lähtevät vaatimaan kaikkia hoitoja ja siitä on joskus vaikea keskustella potilaiden kanssa että miksi he eivät voi saada sitä hoitoa mitä haluavat. -- jos potilas ei saa haluamaansa niin joskus ohjataan yksityiselle josta saa haluamansa yleensä aina rahalla. Harvoin tulee pattitilanteita mutta on niitä joskus. --”*

*” -- jos ei nyt ihan päivittäin niin ainakin viikoittain yhdestä kahteen potilasta. enemmän tullaan ihan vaatimaan jotain tutkimusta vaikka rtt –kuvausta tai magneettikuvausta ilman perusteita. Yleensä he esittävät vaatimuksensa jo heti alkuun kun ei ole edes potilaan vaivasta tietoa. On kuitenkin olemassa tietyt kriteerit siihen että potilaan voi ohjata tutkimuksiin. -- aika hyvin saa käyttää puhelajahjojaan hyväksi ja perustella sitä miksi ei saa mitä haluaa.”*

*”-- joku vaati selän magneettikuvausta ja minä kieltäydyin ja se ei sitten ymmärtänyt mitenkään että miksi ei laiteta kuvauksiin..haukut siitä tuli sitten lääkärille että säästöt vaan yhteiskunnan rahoja vaikka miten lääketieteellisesti yritin perustella valinnan. Loppujenlopuksi kyllähän niitä on paljon ketkä vaativat että nyt otetaan kaikki kokeet ja tälleen, kyllä sitä aika usein joutuu toppuuttelemaan -- kyllä ne sitten [rauhhoittuvat] kun mä selitän oman näkemyksen ja perustelen itteni, perustelen sillä että mulla on niin pitkä kokemus tästä työstä ja että tiedän että tätä tutkimusta ei nyt kannata tehdä. --”*

Lääkärin kohtaamia konfliktitilanteita varten ja päätöksenteon tueksi kehitetyt käypähoito-ohjeet ovat lääkärille hyvä keino perustella potilaalle miksi hän ei voi saada haluamiaan tutkimuksia. Käypähoitosuosituksilla pyritään vähentämään tarpeettomia tutkimuksia ja selkeyttää päätöksentekoa niin lääkärille kuin potilaallekin.

Joskus konfliktitilanteet ovat tulosta suorasta kritiikistä yleistä terveydenhuollon toimintaa kohtaan, joka eskaloituu vastaanottotilanteessa.

*” -- monesti ristiriitatilanteisiin [joudutaan] kun potilas haluaa jotakin mitä ei voida tarjota ja sit siinä epäillä tietysti ikärasismia että yli kuuskymppinen pyytää sitä tutkimusta niin häntä ei tutkita sen takia kun hän on niin vanha tai muita hyviä selityksiä mutta kaikkee ei voi saaha”*

Osa lääkäreistä on sitä mieltä, että auktoriteetti on ja tulee olla lääkäriellä ensikädessä, ja lääkärin professionsa ja koulutuksensa kautta tulee olla vastaanottotilanteessa se kuka pyrkii ohjaamaan ja tekemään päätöksiä terveydentilaan liittyen.

*”kun etukäteen perehdytään asioihin niin se potilaan tieto ei aina ole luotettavasta lähteestä vaan usein perustuu jostain keskustelupalstalta saatuun tietoon, siellä on kaikenlaista asiantuntijaa, ongelma on lähinnä ne tietolähteet ja sitten se kouluttautuminen, että osaa tämmöstä laajempaa tietoa käsitellä eritavalla kuin maallikko. Joskus voi tulla myös vastakkainasetteluja ja niistä minä en pidä. Nykyään ollaan selkeästi menossa sellaiseen palveluammatti tyyliseen suuntaan että puhutaan asiakkaista ja kun asiakas haluaa jotain on se meidän hänelle tarjottava tämän seurauksena meidän oma ammattitietoinen harkinta siinä kapenee.”*

*” ei me anneta potilaan halun ratkaista vaan sen että onko tarvetta tutkimuksiin. Jos on hankala potilas niin pienempi riesa on tehdä se lähete koska sen tietää ettei ne sitä sinne tutkimuksiin ota kuitenkaan ja asia on sillä sitten loppuunkäsitelty.”*

Lääketiede on nykyään tieteellistetty huippuunsa asti. Jotta voidaan päätellä potilaalla olevan joku sairaus, vaatii se usein testauksia ja mittauksia perusteeksi. Perinteiseen kliiniseen tutkimukseen ja pelkkään lääkärin mielipiteeseen voidaan harvoin perustaa lääketieteellisen hoidon aloitusta. Tämä on mielestäni osittain lääkärin vallan siirtämistä osaksi professiota.

*” -- Virossa opeteltiin tekemään paljon käsityönä ja luottamaan aisteihin, minkä silmä näkee, minkä korva kuulee, minkä nenä haistaa. Kannustettiin luottamaan omaan intuition ja omiin taitoihin. Suomessa on menty siihen että hirveesti pitäis tehdä kuvantamistutkimuksia ja aina vaan potilaatkin vaatii että pitää kuvata ja testata. -- on luotettava myös siihen mitä itse voi havaita kliinisessä tutkimuksessa. Sinisilmäisesti ei voida luottaa kumpaankaan.”*

#### 6.1.4. Tietoinen potilas haastaa lääkärin

Kysyin haastateltavilta tuovatko potilaat vastaanottokäynnillä aktiivisesti esiin omia mielipiteitään lääketieteelliseen hoitoon ja diagnosointiin liittyen. Kysyin myös miten lääkärit suhtautuvat tällaisiin tilanteisiin ja potilaisiin.

Tällä kysymyksellä pyrin tarkastelemaan potilaiden aktiivisuutta haastaa lääkärin ammattitaito ja lääketieteellinen näkemys.

Viiden haastatellun lääkärin mukaan potilaat usein tuovat omia näkemyksiään esiin, mutta tämä nähdään lähes poikkeuksetta positiivisena asiana. Omat mielipiteet omasta itsestä ja terveydentilasta kertovat asiakkaan olevan huolestunut terveydestään ja tämä usein kertoo siitä, että hoitoon ollaan suostuvaisempia.

*” – vastavuoroisuus on tärkeää. Potilaan tulee ymmärtää hoidon syy jotta hoito onnistuu. Potilas täytyy saada sitoutumaan hoitoon, koska he eivät noudata ohjeita jos eivät koe niitä tarpeellisiksi.--”*

*”-- potilaan pitää ymmärtää että mitä se sairastaa ja miten sitä hoidetaan et eihän siinä..eihän se hoito toteudu jos sitä ei niinku ymmärrä miks jotakin lääkettä esimerkiksi syödään”*

Jossain määrin potilaiden omien mielipiteiden aktiiviseen esiintuontiin vaikuttaa myös se, kokeeko potilas lääkärin tarpeeksi luotettavaksi ja ammattitaitoiseksi. Jos potilaalla on epäilyksiä näiden seikkojen suhteen, kaikuu lääkärin ohjeistus kuuroille korville ja heikentää hoitoon suostuvaisuutta.

*”-- se että on nuori lääkäri niin kyllä se joittenkin ihmisten silmissä kyseenalaistaa sen diagnoosin jo valmiiksi, et kyllä kuuskymppistä mieslääkäreitä uskotaan helposti, mutta kaksytviisvuotiasta naislääkäreitä ei aina”*

*”potilas saattaa olla joskus hyvin itsepäinen kun hänellä on tiukka käsitys siitä mikä hänellä on. joskus potilailla on vaikea luopua siitä omasta näkemyksestään. Monesti pitää perustella tarkkaan hoitonäkökulmaansa että potilas itse motivoituu siihen hoitoon itse, muuten itsepäinen potilas saattaa vaikeuttaa sitä kun ei sitoudu vaivan hoitoon. Mikään resepti tai lääke ei auta jos se seisoo siellä kaapin päällä.”*

Osa lääkäreistä oli sitä mieltä, että potilaat saavat kyllä tuoda omia mielipiteitään esiin lääketieteellisissä asioissa, mutta lääkärin asema päätöksentekijänä ja hoitotoimenpiteiden määrääjänä tulee säilyttää. Heidän mielestä lääkärin ammatin kautta lääkäriillä on selkeämpi käsitys taudin kuvasta kuin potilaalla. Potilaan tieto on heidän mielestä usein hankittu epäpätevistä lähteistä ja sitä ei ole kyseenalaistettu lainkaan. Internetistä hankittu tieto koostuu pienistä tiedonjyväsistä eri lähteistä, eikä näin ollen anna oikeaa kuvaa sairaudesta.

*”-- potilaan tieto monesti ei ole luotettavaa kun se on haettu vaikka internetistä. lääkärin ammattiosaamisen ja kokemuksen puolustus auttaa jyräämään potilaan mielipiteen. lääkärin tulee tehdä viimekäden ratkaisut kuitenkin.--”*

*”-- hyvä että on tietoa mutta varmasti ihminen ei kykene erottamaan oikeaa tietoa väärästä kun hän lukee jostain internetistä tai muualta tietoa terveydestä, eri asia on kun minä olen lukenut 7 vuotta yliopistossa lääketiedettä ja on paljon työkokemusta. Joskus tuntuu oudolta kun 20 -vuotias tulee minulle kertomaan mitä minun pitää tehdä -- minä sanon suoraan aina että minulla on oma tieto ja mielipiteet minua ei kannata kyseenalaistaa. -- kyllä joku arvo pitää lääkäriillä olla. Ja internet on hyvä asia ja siellä on paljon tietoa mutta meidän töitä se häiritsee paljon kun he lukevat tutkimus ja hoitomahdollisuuksista paljon jotka minusta eivät ole päteviä. Kuva taudista voi olla siellä mutta ei enemmän tietoa. Asiakkailta ei ole minkäänlaista tietoa anatomiasta fysiologiasta tai farmakologiasta eikä patofysiologiasta, mutta jotkut päättävät että kun hänellä on yksi oire niin pitää tehdä tietyt tutkimukset. Mutta oire ei ole tauti. Suurin osa vaivoista on oireita eikä tauteja. Minä sanon suoraan mitä minä päätän ja se kelpaa tai ei. ”*

Lääkäri haluaa puolustaa omaa professiotaan ja koulutuksensa tuomaa asiantuntijuutta omalla alallaan. Joskus kuitenkin potilaan ja lääkärin mielipiteet saattavat erota toisistaan. Tällöin lääkärin tulee neuvotella potilaan kanssa puolustaakseen omaa näkemystään, tai keskustella niin, että potilaan kanssa päästään yhteiseen konsensukseen ja potilas myöntyy hoitoon. Mikäli mielipiteet eivät vieläkään kohtaa, ohjataan potilas usein yksityiseen terveydenhuoltoon tai pyytämään mielipidettä toiselta lääkäriltä. Tällainen konfliktitilanne kertoo sen kuinka tärkeä vastaanottotilanteessa on saavuttaa luottamussuhde potilaan ja lääkärin välille. Hoidolla on suurempi mahdollisuus onnistua, mikäli potilas myöntyy noudattamaan lääkärin antamia hoito-ohjeita.

## 6.2. Miten yhteiskunnallinen muutos näkyy potilaissa?

### 6.2.1. Potilas osana yhteiskunnallista muutosta

Kysyin haastateltavilta, kokevatko he, että potilaat olisivat muuttuneet jollain tavoin ajan myötä. Tällä pyrin selvittämään onko yhteiskunnallinen muutos näkyvissä potilaiden kautta ja jos on niin miten se näkyy. Halusin näin tietää, näkyykö selkeää muutosta potilaiden kasvaneena tietoisuutena omasta terveydestään, hoitomahdollisuuksistaan taikka oikeuksistaan. Pyysin lääkäreitä tarvittaessa myös pohtimaan syitä jotka ovat johtaneet näkyvään muutokseen.

Lääkärit näkevät poikkeuksetta muutoksen. Suurimmaksi syyksi muutoksiin potilaiden toiminnassa nähdään uudet teknologiat kuten internet. Tärkeitä havaintoja tehdään myös yleisen medikalisaation lisääntymisestä yhteiskunnassa. Entistä enemmän odotetaan lääketieteeltä ihmeentekijän roolia ja yhä enemmän kategorisoidaan ongelmat lääketieteellisiksi vaikka ne eivät sitä varsinaisesti olisi-kaan.

*”vanhemmat potilaat ovat tottuneet siihen että lääkärin sana on laki. Ei kyseenalaisteta. Netti on kuitenkin muuttanut paljon. Medikalisaatio on selkeästi lisääntynyt ja ihmisistä tullut uusavuttomia ja yhä helpommin hakeudutaan hoitoon. Lisäresurssit eivät ole ratkaisu ongelmiin. Lääketieteestä tullut ratkaisu kaikkeen ja kaikki pitää voida hoitaa. Ihmiset eivät enää luota kliinisiin tutkimuksiin vaan pitää olla faktaa ja tuloksia erilaisista testeistä.”*

Lääketieteellisen hoidon luonne on muuttunut enemmän kulutushyödykkeeksi ihmisten mielestä ja tämän vuoksi lääketieteelle asetetaan suuria odotuksia.

*”-- potilaat saattavat puhua ystäviensä kanssa ja kun ystävä on saanut jonkun hoidon niin se pitää saada myös hänen. Ihmiset enemmän valveutuneita yhteiskunnallisesti kuin ennen, kyseenalaistetaan auktoriteetit herkemmin. Ihmisten tietoisuus on lisääntynyt selvästi.”*

Ihmisen ei kuitenkaan koeta niinkään muuttuneen, vaan kyseessä on ennen kaikkea sosiaalinen muutos, joka muokkaa ihmisten toimintaa ja mielipiteitä. Sosiaalisen muutoksen takana koetaan olevan pääasiassa kasvanut koulutuksen taso, sekä sen myötä kasvanut tietoisuus.

Sosiaalisen muutoksen myötä on havaittavissa myös, että muutos ei suinkaan koske kaikkia kansalaisia.

*”ennen lapset ja nuoret huolehdittiin paremmin, nyt maaseudullekin on tullut paljon porukkaa joilla menee huonosti. Entistä enemmän on koulutettuja ja rikkaita mutta myöskin enemmän ongelmaisia. Ennen ei näkynyt pikkurikollisia ja huumeenkäyttäjiä.”*

*”-- terveystietoisuuden nousu näkyy selvästi. Jotkut käyvät paljon luennoilla ja seminaareissa. Ihmiset ovat kiinnostuneita terveyteen liittyvistä asioista, mutta on myös niitä jotka eivät pysty tai jaksa.--”*

*”maahanmuuttajia tullut paljon enemmän ja paljon on sellaisia nuoria jolla on pallo hukassa. Enemmän huumeiden käyttöä ja mielialahäiriöitä. Tietoisuus on selvästi lisääntynyt mutta ei kaikilla.”*

### 6.2.2. Potilas ja terveystiedon mediat

Kysyin haastatelluilta lääkäreiltä heidän näkemyksiään siitä, mitkä ovat tärkeimmät tiedon lähteet potilaille. Tällä pyrin selvittämään mitkä toimijat jakavat medikalisaation sanomaa aktiivisimmin ja mitkä ovat ne mediat, jotka kykenevät vastaamaan parhaiten ihmisten kyltymättömään tiedonnälkään.

Tässä tekemäni taulukko haastatteluissa esiin tulleista aktiivisista toimijoista terveystietouden jakajana:

Internet	6/9= 67%	Naapurit/sukulaiset/ystävät	3/9= 33%
Lehdet	7/9= 78%	Apteekki	2/9= 22%
Televisio	7/9= 78%	Luontaistuotekaupat	1/9= 11%
Radio	3/9= 33%	Terveystapahtumat/seminaarit yms.	2/9= 22%
Terveystietäminen	1/9= 11%	Info lehtiset	1/9= 11%

Prosenttiosuus yhdeksästä vastaajasta

Eri medioiden osuus nousee taulukosta selkeästi esiin vaikka kyseessä ei olekaan tätä suurempi ryhmä. Erilaisten lehtien, television sekä internetin merkityksen aktiivisena terveystiedon lähteenä tunnustaa lähes jokainen haastateltavista. Asiaan varmasti vaikuttaa se, että nämä mediat ovat helposti lähestyttäviä ja niiden terveystiedon tarjonta on laaja.

### **6.2.3. Kenellä vastuu terveydestä?**

Kysyin terveysalan ammattilaisilta kenellä tulisi olla vastuu terveyteen liittyvissä asioissa ja tulisiko heidän mielestä terveydenhuollon puuttua nykyistä enemmän terveyskäyttäytymiseen. Haastateltavat olivat vahvasti sitä mieltä, että viimekäden vastuu omasta terveydestä on potilaalla itsellään.

*”kyllä ihmisten pitää itse hoitaa ja aika hyvin ne hoitaakin..mutta ne ei hoida jos joku toinen koko ajan puuttuu siihen.”*

Terveydenhuollon tehtäväksi nähdään pääasiassa tarjota puitteet ja hoidot, jotta yksilön riittävä terveydentila voidaan taata. Tätä haittaa tietysti resurssien riittämättömyys. Terveydenhuollon on mahdotonta tarjota kaikille kaikkea mitä he osaavat kysyä, vaan tietynlaista priorisointia on harjoitettava. Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että priorisointeja tehtäessä tulisi kuitenkin kiinnittää erityisesti huomiota siihen, mistä resursseja leikataan.

*”siis enemmän ehdottomasti siinä mielessä että kun resurssit on huonot niin heti vähennetään ennaltaehkäisevästä työstä eli neuvolatyöstä ja terveyskasvatuksesta ja kaikesta muusta että se on niinku ihan älytöntä että nuoria ja lapsia ja aikuisiakaan ei niinku tavallaan..ku ois niinpaljon halvempaa ja helpompaa ennaltaehkäistä sairauksia ku sit hoitaa niitä myöhemmin.”*

Vaikka lääkärit ovat sitä mieltä, että potilaiden tulisi itse ottaa viimekäden vastuu terveydestään, kerrotaan kuitenkin, että näin tapahtuu liian harvoin.

*”aika paljon on vastuu lääkäriellä ja hoitajalla, ehkä puolet potilasita ottavat vastuun omasta terveydestään ja puolet eivät. vastuu on paljon lääkäriellä ja hoitajalla, mutta tuntuu ettei niinkään itsellä.”*

Toisaalta vastuun ottamisen aste riippuu myös jonkin verran sairauden luonteesta. Jos potilas tulee vastaanotolle jalka murtuneena, ei potilas tällaisessa tilanteessa voi ottaa vastuuta hoidosta, vaan lääkärin tulee se hoitaa. Mikäli on kyseessä jokin elämäntapasairaus, on potilaan otettava vastuu hoidon toteuttamisesta viimekädessä itselleen. Jotkin sairaudet vaativat jatkuvaa tarkkailua ja mittauksia, jotka velvoittavat oman terveyden tarkkailua erityisen tarkasti.

*”kyllä tämä hoitokin on mennyt siihen paljolti että ihmiset mittailevat itse arvoja kotonaan ja heille asetetaan tavoitteet joihin pyritään ja kerrotaan mitä seuraa jos ei pysytä tavoitteissa. yhä enemmän potilaat ottavatkin yhteyttä että ei olla ihan tavoitteissa että mitä tehdään lisätäänkö lääkitystä vai.”*

Vaikka potilas ja lääkäri ottavatkin vastuun terveyteen liittyvistä asioista, ei se välttämättä kuitenkaan tarkoita, että muu yhteiskunta seuraisi mukana.

*” -- yhteiskunta ei muuten ota vastuuta terveydenhuollosta, terveydenhuolto ottaa vastuuta ja potilaat itse ottavat vastuuta mutta muu yhteiskunta ei mene samaan suuntaan että kouluissa on karkki ja limsa-automaatit ja annoskoot ravintoloissa lisääntyvät ja lautaskoot lisäänty. Ja kaupoissa jos ostat pullan niin se on monikertainen siihen verrattuna minkäkokoinen se olisi jos leipoisit itse kotona pullan.”*

*” ihmiset mieluummin ottaa pillerin kun lähtee lenkille. Ehkä se tuo vääränlaista viestiä kun puhutaan vain lääkeshoidoista ja laboratorioarvoista, se antaa kuvan että hoi-tuuhan se näinkin se vaiva.”*

### **6.3. Miten lääkärin asema on muuttunut?**

#### **6.3.1. Lääkärin asema muutoksessa**

Kysyin haastattelemiltani terveydenhuollon ammattilaisilta myös näkevätkö he, että lääkärin asema olisi jotenkin muuttunut ajan myötä. Seitsemän yhdeksästä lääkäristä näki lääkärin aseman muuttuneen selkeästi ajan myötä, kaksi muuta taas koki että asema ei ole ennestäänkään ollut mikään ihmeellinen. He kokivat lääkärin auktoriteettiaseman asettuneen potilaan kanssa samalle viivalle, ja tämä koettiin ainoastaan hyvänä asiana. Nyt potilas on aktiivisemmin osana vastaanottotilannetta ja päätöksentekoa. Lääkärin arvostukseen tällä on ollut vaikutusta. Potilaat entistä enemmän osaavat vaatia tiettyjä hoitoja ja palvelua. Tässä nähdään myös sukupolvien välistä eroa. Nuoret ovat her-



kempä kyseenalaistamaan ja haastamaan näkemykset, vanhempi sukupolvi on tottunut siihen, että lääkärin sana on painava.

*”vanhemmat ihmiset arvostavat enemmän lääkärintyötä ja lääkäriä ja taitoja. keski-ikäisetkin vielä arvostavat mutta nuoret eivät niinkään arvosta jostain syystä. Mutta nuorena olemme kaikki vähän rohkeampia ja itsevarmempia ja se on ihan hyväkin toisaalta. Se pitää vain hyväksyä.”*

Terveyskeskuslääkärin arvostuksen katsotaan myös laskeneen. Tähän katsotaan vaikuttavan kiireellisen työrytmin sekä palkan heikomman kilpailuaseman yksityiseen terveydenhuoltoon verrattuna. Erikoisalat tuntuvat kiinnostavan nuoria koulutettuja lääkäreitä enemmän kuin terveystieteitä.

*”terveyskeskuksissa työ on välillä hyvin rankkaa ja on vieläkin ja välillä tuntuu että tätä työtä ei arvosteta ja sitä ei kukaan jaksakaan tehdä. Nuoret lääkärit eivät suhtaudu kovinkaan myönteisesti kunnallisiin virkoihin -- TK lääkäreiden keskuudessa on eräänlainen eriarvoisuus nähtävissä.”*

*”työ on vaativa ja laaja-alainen, mutta toisaalta joillakin ihmisillä on se asenne että se on vaan tk lääkäri eikä se mitään tiää. Tk on tällainen yhteiskunnan terveydenhuollon etulinja ja kyllä se näkyy --”*

*”-- jotkut ihotautekirurgit ja plastiikkakirurgia ja tällaiset ovat sellaisia mitä arvostetaan kovasti kun ne ovat erikoisaloja. Terveyskeskuksesta on vaan kuva että täällä kirjoitetaan lippuja ja lappuja vaan niska limassa ja työtahti on kova.--”*

*”on tämä arvostuksen lasku näkynyt myös valitusten määrässä että valituskynnys on laskenut varmasti. pienemmistä asioista potilaat valittaa ja suuttuu. Lääkäri on tärkeä kun sitä tarvitaan ja siitä on hyötyä mutta kun ei tarvita niin se on ahne tai jotain muuta.”*

### **6.3.2. Lääkäri portinvartijana**

Kysyin haastateltavilta onko heidän mielestään lääkäriellä valtaa suhteessa potilaaseen. Kaikki haastatellut olivat sitä mieltä, että lääkäriellä on valtaa, mutta se on perusteltua ja potilaan oikeuksia kunnioitetaan kaikesta huolimatta. Lääkärin valta on enemmänkin professionaalisen asiantuntijuuden kautta, ei niinkään lääkäriellä itsellään.

*” on lääkäriellä iso valta tavallaan jos ajatellaan potilaita kohtaan ja voi määrätä vaikka mielisairaalahoitoon tai pitkiä sairauslomia.”*

*” potilas usein tulee nöyränä vastaanotolle ja toivoo että häntä kohdellaan hyvin ja lääkäriellä on valta kohdella joko hyvin tai huonosti. Lääkäri voi määrätä kokeisiin tai olla määräämättä”*

*” minusta ei voida puhua vallan käytöstä vaan se tarkoittaa enemmänkin sitä että aikakaks vapautetaan siitä huolesta. minä voin sanoa sille että minä vastaan siitä sairaudesta, että lopeta sen ajattelu. Se tuo ihmiselle helpotusta. Se vie potilaalta sen huolen ja epävarmuuden.”*

*” lausuntoja ajatellen on valtaa. Mutta se valta on professiolla ei niinkään minulla.”*

### **6.3.3. Syökö liika tietous lääkärin asemaa?**

Kysyin lääkäreiltä mitkä ovat heidän mielestä ne seikat, jotka ovat heidän mielestään vaikuttaneet lääkärin aseman muutoksiin.

Kaikki haastattelemani lääkärit olivat sitä mieltä, että lääkärin asema on muuttunut ja paljolti kyse on ympäröivän yhteiskunnan muutoksista.

Haastatellut lääkärit kokivat lääketieteen kehityksen ja uusien teknologioiden vaikuttaneen työhön ja lääkärin asemaan. Usein resurssien vähäisyys kuitenkin jarruttaa uusimpien hoitomahdollisuuksien käyttöä. Resurssien jakamisesta ja riittävydestä onkin tullut yksi osa lääkärin työtä, vaikka tämä ei perinteisesti kuulukaan lääkärin työn vaatimuksiin.

*”on ne [hoitomahdollisuuksien lisääntyminen ja uudet teknologiat] tietysti helpottanut osaltaan, mutta edelleenkään ei niinku voi kaikille jakaa kaikkee se pitää niinku meidän osata arvioida että kenelle on hyötyä jostakin tutkimuksesta ja hoidosta että koska ei sitä niinku rahaa oo ihan kohtuuttomasti joka suuntaan että se pitää osata niinku kohdistaa oikein, mutta onhan se helpottanu myös paljon”*

*”riittämättömät resurssit ja jos olisi helpompi saada hoito ajoissa niin olisi parempi. Ja jos ei olisi rajoituksia tutkimuksissa, kaikkia ei voida magneettikuvata.”*

*”aikasemmmmin piti turvautua enemmän klinisiin tutkimuksiin ja haastatteluihin ja tämmöiseen tietoon, nyt on sitten aika hyvin mahdollista tutkia asiat. Lääkkeet olivat ennen paljon huonompia ja tutkimukset epätarkkoja. Monet tutkimukset tarjoavat tarkkaa tietoa. Lääkkeet ovat nykyään tehokkaampia ja tarkkoja toiminnaltaan ja hyvin tutkittuja.”*

Riittämättömien resurssien lisäksi lääketieteen kehitysliikkeessä ja alati kehittyvässä lääketeknologiassa nähdään myös muitakin haittapuolia. Kehittynyt lääketeknologia tarjoaa entistä laajemman kirjon erilaisia lääkintätapoja, joita lääkärin tulisi voida hallita.

*”lääkeyhtiöt ohjailevat hoitoa paljon, lääketutkimukset ovat suurimmaksi osaksi lääkefirmojen sponsoroimia ja tutkimuksien keinot ovat heidän määrittelemiä pitkälti. Tämä on johtanut siihen että hoitosuosituksissa on nykyään liikaa lääkkeitä ja niitä kirjoitetaan todella paljon. Käypähoitosuunnitelmien mukaisesti pitäisi lääkärrien kuitenkin toimia kun jos sitä jättää noudattamatta saattaa tulla vaikeuksia, meidät tavallaan siis pakotetaan määräämään liikaa lääkkeitä. Paljon on tehty tutkimuksia myös että lääkkeillä ei välttämättä saada yhtään parempaa hoitoa kuin esimerkiksi liikunnalla tai terapialla. Vaikea on yksittäisen lääkärin lähteä potkimaan eri suuntaan.”*

*”-- tarpeeks ku tutkitaan niin varmasti jotain vikaa löytyy ja sit on taas ihan älytöntä että niinku hoidetaan jotain laboratoriolöydöstä tai jotakin muuta jolla ei oo periaatteessa ihmisen elämään mitään vaikutusta että..et kyllä sellasta pitää olla vaivan että tai elämänlaatua heikentävä asia mitä ruvetaan hoitaa että ei sillä tavalla että otetaan kokovartalon tietokonekuvaus kaikesta ja katotaan kaikki pikkuviat mitä siellä on ja ruvetaan hoitaa ei siinä oo mitään järkeä.”*

Yleinen medikalisaation lisääntyminen näkyy myös lääkärin työssä. Medikalisaation myötä sairaudet ja yhä pienemmätkin vaivat ulkoistetaan terveydenhuollon hoidettavaksi. Kynnys hakeutua terveydenhuoltoon on selkeästi laskenut ja terveydenhuollolta vaaditaan yhä laajempia tutkimuksia ja hoitotapoja.

*”kyllä yleinen tietotason nousu ja medikalisaatio ovat varmasti murentaneet sitä lääkärin arvovaltaa varmasti mutta en tiedä onko se sitten huono asia. Nykypäivänä jos potilas sairastaa jotain eksoottisempaa sairautta niin potilas saattaa tietää sairaudesta enemmän kuin tällainen rivilääkäri, mutta se on ihan hyväksyttävää ja en koe sitä niin että minun arvo siinä jotenkin kyseenalaistettaisiin tai että ottaisin sitä jontekin itsetuntokysymyksenä. Mielestäni se on vain hyvä jos potilas on aktiivinen ja etsii sitä tietoa ja sitoutuu hoitoon.-- nykypäivän ihmiset eivät kestä sitä mitä ennen kestätiin. Hakeudutaan liian helposti vastaanotolle ja pitää saada tietää mikä viirus se nyt on ja onko minulla nyt se laktoosiintoleranssi. ei riitä että itse kokeilee selvittää miten maitotuotteiden jättäminen ja myöhemmin aloittaminen vaikuttaa vaan pitäisi tehdä kaikenlaisia kokeita ja tutkimuksia. Tällainen pakko tutkia on lisännyt paljon tätä meidän työmäärää ja kustannuksia.”*

*”tullaan monesti pyytämään todistusta jostain mikä ei oo mitenkään lääketieteellinen syy et on se vähän lisääntynyt.”*

*”on vaikuttanut kyllä paljon, monimutkaistanut työtä paljon lääkärin työ on muuten raskaammaksi kyllä. -- Lääketeollisuus on kehittynyt niin paljon lähi aikoina ja on tullut paljon lääkkeitä sellaisiin sairauksiin joihin ei aikaisemmin ollut lääkitystä.”*

Tiedustelin myös organisaatiomuutosten vaikutusta lääkärin työhön. Yleisesti ottaen haastatellut kokivat organisaatiomuutokset negatiivisessa valossa, sillä niitä toteuttavien tahojen koettiin olevan irtaantunutta ja tietämätöntä käytännön tarpeista ja työstä. Omaan työhön vaikuttaminen koettiin vaikeana ja päätäntävällän kerrottiin olevan niin hajautettua, että päätöksentekoon vaikuttaminen on lähes mahdotonta. Organisaation muutosten ajamista terveydenhuollon organisaatioihin pelätään koska muutokset koetaan stressaavina ja työtä hankaloittavina, eikä päätöksenteossa kuunnella yksittäistä työntekijää.

*”ehkä on enemmän saanut itsensä tuntemaan erittäin pieneksi osaksi byrokratian rattaita että eihän meiltä kysytä ikinä mitään että ne on isot herrat jotka tekee niitä päätöksiä ei ne nyt meillä hirveesti oo muuten vaikuttanu mutta meille on nyt tullu lisää näitä pikkukuntia hoidettavaksi et kyllä niinku työmäärä lisääntyy mutta ei resurssit että ei niinkun kyllähän näitten nimenomaan on näitten palvelurakennemuutosten päättäjien pitäis olla jollain tavalla tästä arjen työstä jollain tasolla edes tietosia että ..ei nyt hirveesti hyvää sanottavaa ole”*

*”meillä niitä on valitettavasti ja ne häiritsevät meitä. täydellistä organisaatiomuotoa ei ole löydetty vielä. muutos on jostain syystä enemmän häiritsevää kuin hyvää.”*

*”lääkärin työhön se vaikuttaa negatiivisesti, valta on mennyt terveydenhuollon ulkopuolelle, muutoksia tehdessä ei ole kuunneltu lääkärin mielipiteitä paljon. Kun yritetään yhdistää kaupungin byrokratian kanssa niin silloin käytännöt sekavoituu”*

*”yleensä ne organisaatiomuutokset tulevat ylemmältä taholta jotka eivät sitten käytännön työstä ymmärrä juuri mitään. Tämän vuoksi ne eivät ihan nappiin aina mene. Jatkuvat muutokset stressaavat ihmistä ja alkuun osa kokee negatiivisena ja osa positiivisena, ennenkuin ehditään käsittelemään paremmin. Sinällään uudistukset ovat hyvä asia kun se tähtää siihen että työnteko, työilmapiiri ja potilaiden hoito kehittyisi ja paranisi. Jos jatkuvaa kehittämistä tehdään ilman että keritään näkemään edellisten muutosten vaikutuksia niin se on äärimmäisen stressaavaa ihmisille. Aina jos muutoksia tulee ja mitä paremmin otetaan työntekijöiden näkökulmia huomioon niin sitä paremmin ne muutokset saadaan vietyä lävitse. Tällöin työntekijät kokevat että voivat itse vaikuttaa työhönsä ja tekemiseensä.”*

Kysyin haastatelluilta näkyvätkö erilaiset poliittiset tai lakimuutokset lääkärin työssä jotenkin. Erilaiset poliittiset päätökset näkyvät erityisesti erilaisina asetuksina ja lakeina. Lakien avulla voidaan vaikuttaa lääkärin työhön erilaisin velvoittein ja menettelyohjeiden avulla. Lait asettavat velvoitteita myös muille päätöksentekoeleimille. Muun muassa Kansaneläkelaitos toimeenpanee sairausetuuksien kautta suoraan laissa määriteltyjä käytäntöjä ja nämä usein vaativat lääkäreiltäkin erilaisia todistuksia ja lausuntoja. Lääketiede toimii suoraan sosiaalisen kontrollin toimeenpanevana elimenä, mutta sitä pyritään myös valvomaan lain asettamin keinoin. Poliittiset elimet ja päätöksentekijät koetaan kuitenkin etäisiksi, ja heidän käytännön työn tuntemustaan epäillään.

*”onhan niitä tietysti esimerkiksi joku ampuma-aselupaan tarvitaan lääkärin todistus niin emmiä usko et kukaan lääkäri sitä kahenkymmenen minuutin haastattelun perusteella sitä uskaltaa sanoa että onks tää nyt seuraava kouluampuja et koitappa siinä nyt sitten sanoa että saako tää nyt asean vai ei..ihan siis mahottomia tehtäviä siis aivan niinku periaatteessa yhteiskunnan pitää saada joku vastuuseen tai tavallaan joku auktoriteetti sanomaan että vähän niinku joka asiaan --”*

*”jos poliittisista asioista päättää joku joka tietää lääketieteellisistä asioista niin hän voi auttaa meitä paljon, mutta jos ei niin hänellä ei ole meille mitään annettavaa. En ole täällä työskennellessäni nähnyt kertaakaan että kaupunginjohtaja olisi käynyt täällä katsomassa mitä tämä on täällä terveyskeskuksessa, silti hän päättää paljon asioista. Ei myöskään piirin vastaava ylilääkäri tule tänne katsomaan mitä täällä tapahtuu, eikä katso työlistoja tai muuta. Heillä ei ole oikeen reaalista kuvaa meidän työstä ja siksi eivät tiedä mitä me teemme ja haluamme. Joskus pitää huutaa äänensä käheäksi että saa äänensä kuuluviin. Resursseissa aina on ristiriitaa”*

*”on vaikuttanut paljonkin, nyt on ollut sellainen trendi että ulkoistetaan ja yksityistetään ja pyritään keräämään rahaa ja se raha on se tärkein tekijä niin rahastavia firmoja on tullut yksityiselle puolelle niin se on hankaloittanut meidän lääkärin työtä kun lääkäreistä on pula ja työtä on paljon. yleinen poliittinen ilmapiiri on tällainen.”*

*”Kelalta tulee paljon säädöksiä jotka vaikuttavat ja potilasasiamies on vaikuttanut työhön. Käypähoitosuositus joka yhdistää hoitolinjoja vaikuttaa hoitotyöhön ja sen tasoon valtakunnallisella tasolla. Välillä näitä eroja pyritään yhdistämään lainsäädännönin.”*

*”poliitikot eivät yleensäkään tiedä mitään mitä täällä tehdään ja jos tällaiset ihmiset päättävät meidän työstä niin ei hyvältä näytä. Onneksi siellä on myös joitain tämän alan ihmisiä päättämässä.”*

Muutammat haastelluista lääkäreistä nostivat esiin myös joitain yksittäisiä seikkoja joiden he kokivat vaikuttaneen lääkärin työhön. Eräs haastatelluista koki omat mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä huonoina.

*” omaan työhön ei ole mahdollista vaikuttaa, vaan pitää tehdä sitä mitä ylilääkäri määrää. Välillä haluaisimme vaihtaa työtä ettei olisi sama rutiini kokoajan, mutta siihen ei ole mahdollisuutta. Meillä on paljon hyviä ideoita millä tavoin voidaan järjestää töitämme ja asoitamme, mutta se ei mene perille ollenkaan. Meillä on paljon hyviä suunnitelmia miten voidaan vähentää meidän paperitöitä esimerkiksi, mutta ei niitä kuulla ja hyväksytä. Se on vaikeaa. Paperityöt syövät meiltä paljon aikaa vaikka sen voisi tehdä myös joku muukin vaikka perushoitaja tai joku muu hoitaja, mutta näille asioille ei voi oikein mitään.”*

Eräs haastatelluista koki julkisen terveydenhuollon päätöksenteon vallan olevan niin hajautunutta, ettei varsinaisesti kenelläkään tunnu olevan vaikutusvaltaa merkittäviin epäkohtiin julkisessa terveydenhuollossa ja lääkärin työskentelyssä.

*”esimiehiin saa kyllä yhteyttä mutta heillä on hyvin vähän vaikutusta mihinkään loppujen lopuksi, ja hoitajien esimiehillä on enemmän valtaa mutta se on oman sektorinsa puitteissa. Julkisella sektorilla on vaan semmonen kummallinen byrokratia joka jatkuvasti vaatii lisää uhreja ja lisäselvityksiä, myös Kela on yksi sellainen laitos joka vaatii aina lisää lomakkeita ja todistuksia eikä siihen voi mitenkään vaikuttaa. Epäkohdat ovat hyvin tiedossa mutta niihin ei voi vaikuttaa.”*

Yksi haastatelluista lääkäreistä oli huolissaan yleisestä yhteiskunnallisesta kehityksestä. Hän nostaa esiin yleisen elämänrytmin muuttumisen kilpailuhenkiseksi ja tämän hän kertoo vaikuttavan suoraan erityisesti nuorten hyvinvointiin.

*”ihmisten hyvinvointi ei ole välttämättä lisääntynyt siten kun piti varsinkaan nyt laman aikana ja nyt työttömyys lisääntyy ja kilpailu on kovaa kouluissa ja lukioissakin ja yläasteella ja nuorison pelko siitä että saako töitä sekä tämä polarisoituminen näkyy lääkärin työssä, nuorisotyössä, opiskelijoiden terveydenhuollossa ja nuorilla aikuisilla kun he ovat jo burn outissa ennen kuin he ovat kerinneet aloittamaan työskentely kunnolla. -- lääkärin työtä tämä kaikki ahdistaa.”*

#### 6.4. Keskeiset terveystiedon mediat

Vaikkakin haastattelin vain yhdeksää lääkäriä, nousee aineistosta esiin mielestäni merkittävimmät tekijät jotka ovat vaikuttaneet potilaiden terveystietoisuuden selkeään lisääntymiseen, sillä juuri nämä lähteet koetaan yleisesti suurimmiksi medioiksi jotka levittävät aktiivisesti medikalisaation sanomaa. Terveystietoisuuden kasvun kannalta on olennaista, että tiedonlähteet ovat helposti saavutettavissa.

Internet	6/9= 67%	Naapurit/sukulaiset/ystävät	3/9= 33%
Lehdet	7/9= 78%	Apteekki	2/9= 22%
Televisio	7/9= 78%	Luontaistuotekaupat	1/9= 11%
Radio	3/9= 33%	Terveystapahtumat/seminaarit yms.	2/9= 22%
Terveystieteidenhuolto	1/9= 11%	Info lehtiset	1/9= 11%

## Prosenttiosuus yhdeksästä vastaajasta

Taulukosta näkyvät prosenttijakaumat tiedonlähteistä joita haastateltavat mainitsivat. Tuloksissa täytyy kuitenkin huomioida, että nämä tulokset perustuvat siihen, mitä haastateltavat ovat itse nostonaneet esiin.

Suurimpina terveystiedonjakajina mainitaan lehdet sekä televisio. Merkittävässä osassa on myös internet. Lehtien ja television suuri merkitys on perusteltavissa varmasti juuri saatavuuden perusteella sillä kaikilla ei välttämättä ole valmiuksia etsiä tietoa internetistä.

Internetin merkitys on tässä otoksessa kuitenkin suuri ja tätä puoltavat myös tilastot. TNS-Gallupin (TNS-Gallup) tekemän seurannan mukaan internetin viisi käytetyintä terveystietosivustoa 2009 vuoden viikolla 50 olivat Iltalehti Terveys (394 902 sess<sup>4</sup>), Ilta-sanomat hyvä olo (286 154 sess), Suomi24

---

<sup>4</sup> Sess: Sessions, vierailu. Yksi vierailukerta on saman käyttäjän yksi tai useampi sivupyyntö samasta palvelusta, kun perättäisten sivupyyntöjen väli on korkeintaan 30 minuuttia. Jos väli edellisestä pyynnöstä on kulunut yli 30 minuuttia, kirjataan jälleen uusi vierailukerta.



terveys (210 898 sess), Tohtori.fi (122 343 sess), Poliklinikka.fi (104 987 sess). Näistä luvuista päätellen terveysaiheiset sivustot ja portaalit kiinnostavat ihmisiä ja he seuraavat uutisointia terveydestä. Luvuista tekee varsin merkittäviä myös se, että nämä haut kohdistuvat ainoastaan 2009 vuoden viikon 50 ajalle. Viikottain luvut ovat vaihtelevia ja tällä tarkastelemallani viikolla 50 luvut olivat muutosprosentteina laskusuhdanteessa.

Yksi internetin tarjoama ero muihin medioihin, on sen mahdollistama lähes reaaliaikainen vertais-tukiverkosto jota tarjoavat erilaiset keskustelu- ja tukiryhmät. Tukiryhmät muodostavat kollektiivista tietoutta kaikkien nähtäväksi. Internetin välityksellä on lisäksi helppo levittää tietoutta helposti, nopeasti ja laajalle joukolle kerralla.

1. Iltalehti Terveys	394 902 sess
2. Ilta-sanomat hyvä olo	286 154 sess
3. Suomi24 terveys	210 898 sess
4. Tohtori.fi	122 343 sess
5. Poliklinikka.fi	104 987 sess

Suosituimmat suomalaiset terveysivut Internetissä 2009 viikko 50

Lehtien merkitys on myös suuri terveyteen liittyvän tiedon välittäjänä. Kansallisen mediatutkimuksen (KMT lukija 2009, 2009) julkaisemien levikkitietojen (lukijamäärät on ilmoitettu tuhansina) perusteella erityisesti naiset lukevat paljon heille suunnattuja erikoislehtiä, joissa julkaistaan paljon terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää materiaalia.

### Naisten erikoislehdet

Hyvä Terveys	451
Kauneus & Terveys	376
Suuri Käsiyölehti	312
Voi hyvin	250
Moda ↑	210
Kotilääkäri	172
Vauva	158
Meidän Perhe	154
Kunto Plus	147
Kaksplus	138
Sport	123
Painonvartijat-lehti	97
Fit <sup>1)</sup>	73
KG	73
Lapsen Maailma	69

Kuten tästä taulukosta voidaan havainnoida, ovat naiset kiinnostuneita terveyteen liittyvistä asioista. Tästä seurauksena terveystiedon markkinoille on syntynyt paljon tarjontaa ja levikit ovat suuria. Miesten lukemien lehtien levikki koostuu pääosin harrastelehdistä, jotka eivät juuri jaa pääasianaan ohjeita hyvinvointiin. Miehillä terveysvaikutteisia lehtiä ei erityisesti ole suunnattu. Tuloksista voimme päätellä, että terveystietoisuutta jaetaan hyvin avoimesti monissa eri medioissa, mutta naiset erityisesti ovat valikoituneet kohdeyleisöksi terveystietoisuuden levitykselle.

Terveyteen liittyvän tiedon lähteitä on medikalisoituneessa tai medikalisoivassa yhteiskunnassa valtava määrä. Tätä haastatellut lääkärit eivät näe kuitenkaan negatiivisena asiana, vaan tämä pyritään näkemään potilaille hyvänä mahdollisuutena saada avoimesti tietoa. Lääketieteen ei koeta enää olevan harvojen ja valittujen salatiedettä, vaan meitä kaikkia koskevaa avointa ja keskustelua herättävää informaatiota. Vastuu terveyden hoitamisesta on siirretty yksilöille ja tämä juontaa juurensa muun muassa uusliberaalista yhteiskuntakehityksestä.

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA POHDINTAA TULOKSISTA

### 7.1. Aineiston analyysi

#### 7.1.1. Lääkäri – luotettava ammattilainen ja kansakuntaa hallinnoiva auktoriteetti?

Lääkärin vastaanottotilanteen kulku määrää tapahtuman onnistumisen. Lääkärin tulee voittaa vastaanottotilanteessa potilaan luottamus puolelleen. Usein luottamus on saavutettu jo sillä, että potilas on hakeutunut vastaanotolle hakemaan lääkärin lääketieteellistä ratkaisua terveyteen liittyvään ongelmaan. Toimijoiden välinen luottamus konkretisoituu kuitenkin kasvokkaisessa tapaamisessa vastaanotolla. Jos tilanne käynnistyy jo huonosti, ei luottamussuhdetta synny tässä sosiaalisessa prosessissa. Potilas saattaa menettää kasvonsa eikä tällöin sitoudu välttämättä puhumaan edes totta tai sitoudu toimeenpanemaan annettuja ohjeita. Erään haastateltavan mukaan lääkärin on helpompi luoda ymmärrys yhteys ikääntyneemmän kuin nuoren potilaan kanssa. Tämä mahdollisesti kertoo siitä, että lääkäriprofession arvostus alansa ehdottomana asiantuntijana kyseenalaistetaan nykyään useammin kuin aikaisemmin. Tietoyhteiskunnassa kasvaneet nuoret ovat omaksuneet uudet informaation hakukeinot ja valjastaneet ne käyttöönsä omaa terveyttään koskevissa asioissa. Teknologian kehityksen ja informaatioähkyn parissa kasvanut nuoriso on tottunut siihen, että tietoa kyllä löytyy kunhan sitä vaan osataan etsiä.

Vanhempi sukupolvi ei ole välttämättä kiinnostunut uusimmista tietoteknisistä läpimurroista tai ei omaa samanlaista kiinnostusta kahlata rajattoman informaation lähteiden sekamelskassa. Ehkä vanhempi sukupolvi ei omaa kaikenkirjavan informaation käyttötarvettakaan, vaan he luottavat asiantuntijan sanaan terveyteen liittyvissä asioissa. Vanhempi sukupolvi hyväksyy helpommin hierarkkisen auktoriteettimallin, jota pidetään usein jopa itsestäänselvyytenä suhteessa lääkäriin. Jos potilas haluaa hoitoa vaivoihinsa, tulee hänen mennä vastaanotolle ja antaa lääkärin hoitaa asia, koska ilman sitä potilas on yksin vaivansa kanssa. Kaikki mikä voidaan diagnosoida sairaudeksi, tulee voida parantaa lääketieteellisin keinoin. Lääkärin auktoriteettia totellaan vapaaehtoisesti, koska hänen asiantuntijuuteen luotetaan.

Se, että lääkäriellä on yksin oikeus ohjata ihmisiä terveyteen liittyvissä asioissa ja määrätä lääketieteellisiä testejä sekä hoitoja, antaa lääkärielle erityisen aseman hallinnoida ihmisiä yksilötasolla. Hallinnointi toteuttaa yhteisesti sovittujen terveysohjelmien normalisoinnin myötä muokkatunutta ideaalikuvaan halutusta käytöksestä ja ihannekansalaisesta, joka huolehtimalla terveydestään palvelee yhteistä kansanterveydellistä tarkoitusta ja sosiaalisen yhteisvastuun ajatusta. Lääkäri toteuttaa professiotaan, eikä siis tietoisesti hallinnoi potilaita. Biovallan ydin on tekniikoissa, jotka ovat lääkärin käytettävissä professionsa ja asiantuntijuutensa kautta. Lääkäriin toteuttamat biovallan tekniikat pyrkivät ennen kaikkea kontrolloimaan ihmisten elinvoimia, elämän aktiivisuutta sekä näihin vaikuttavia asioita. Oleellista lääkärin hyödyntämissä biovallan keinoissa on tavoitteellisuus ja edistys, lääkäri pyrkii professionsa kautta yhteisen ja yksilöiden elämän kokonaisvaltaiseen parantamiseen. Se, että ihmisiä halutaan hallinnoida yksilötasolla, näkyy siinä, että ihmiset ehdollistetaan huolehtimaan myös omasta itsestään ja omasta terveydestään. Medikalisaation leviämisen myötä voidaan eri keinojen kautta vaikuttaa yksilöiden elämänhallintaan ehdollistamalla heitä asiantuntijätiedon perustelemaan haluttuun käytökseen ja toimintaan. Kun toimit niin kuin sanomme, pysyt terveenä ja terveys on äärimmäisen tavoiteltu elämän arvo ja kansakunnan yhteinen tavoite.

Jos sinulla on ongelma asuntosi viemäriputkistojen kanssa, käännyt LVI-alan asiantuntijan puoleen, koska itselläsi ei ehkä ole ammattitaitoa hoitaa tätä ongelmaa kuntoon. Mikäli kuitenkin haluaisit hoitaa ongelman itse, voi olla että internetistä tai alan muista medioista löytyy ongelmaan ratkaisu. Nuorisosta puhutaan usein uusavuttomana, mutta toisaalta joissain asioissa he ovat myös kokeilevia ja oma-aloitteisia. Terveys on kuitenkin sellainen asia, jossa omatoimisuuteen voi luottaa vain tiettyyn pisteeseen saakka. Omatoimisuuden raja menee siinä, tarvitaanko terveydellisen ongelman hoitoon lääketieteellisiä keinoja tai tutkimuksia. Lääketieteellisten hoitokeinojen portinvartinaja toimii kuitenkin alan asiantuntijana, lääkäri, joka sallii tai on sallimatta pääsyn hoitoihin.

### **7.1.2. Lääkäri vaatimusten ja odotusten ristipaineessa kulutusmarkkinoilla**

Haastattelemieni lääkärin mielestä potilaiden terveyteen liittyvän päätöksenteon tulee olla sopivassa suhteessa yhteistyötä kummankin toimijan kesken. Lääkärit painottavat sitä, että potilas itse tun-

tee parhaiten oman terveydentilansa. Potilaan hakeutuminen vastaanotolle johtuu siitä, että hän on huolissaan terveydentilastaan jossain määrin. Tästä syystä on tärkeää että potilaat tuovat esiin omia näkemyksiään terveydentilastaan. Kiinnostus omasta terveydentilasta viestittää lääkärille, että potilas on myöntäväinen sitoutumaan ongelman hoitamiseen ja tämä on hoidon kannalta erityisen tärkeää. Hoitoihin sitoutumisen kannalta on tärkeää, että potilas luottaa siihen että kumpikin osapuoli vastaanottotilanteessa pyrkii ratkaisemaan terveyteen liittyvän ongelman.

Aina potilas ei kuitenkaan ole oman terveydentilansa paras asiantuntija, vaan viime kädessä lääkärin asiantuntemus ratkaisee, vaatiiko vaiva lääketieteellistä hoitoa. Terveydentilastaan tietoiset potilaat osaavat aktiivisesti vaatia lääketieteellisiä hoitoja ja lääkärin on joskus hankala selvittää potilaalle, miksei tämä voi saada juuri niitä hoitoja mitä hän haluaa. Tässä konkretisoituu terveydentilastaan tietoinen potilaskuluttaja, joka painottaa asemaansa kuluttajana ja kyseenalaistaa auktoriteetit.

Potilaskuluttajuuden vahvistuttua kilpailu terveydenhuollon tekniikoista ja hoidoista on vääristynyt. Potilaat saattavat tulla vastaanotolle vaatimaan tietynlaista hoitoa tai tutkimuksia, mutta ovat kuitenkin tyytymättömiä kun lääkäri ei niitä mahdollista, terveyskeskuksesta näitä hoitoja kun ei rahalakaan saa. Joskus lääkärit neuvovat potilaita kääntymään yksityisen sairaanhoidon puoleen, sieltä kun hoitoja ja tutkimuksia saa jos vaan on varaa niihin. Markkinatalouden moraalittomuus on tässä mielessä todellista, mutta markkinatalouden mekanismit eivät pyrikään yksilön fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, vaan maksimoimaan hyödykkeen tuottajan ja alihankkijoiden oman edun yksilöiden etujen kustannuksella. Markkinatalouden tehtävänä ei ole päättää, mikä on yksilölle paras, vaan tämä jätetään jokaisen omaksi tehtäväksi oivaltaa. Markkinatalous pyrkii ainoastaan vastaamaan kysyntään ja luomaan uusia hyödykkeitä ja tämän kautta luomaan uusia tarpeita ihmisten ulottuville. Ihmiset yrittävät hoitojen kautta ostaa itselleen terveyttä, jota pidetään tavoittelemisen arvoisena. Ongelmana on kuitenkin että terveys ei aina ole ostettavissa. Lääkäri ohjaa potilaan terveyskeskuksesta lääketieteellisiin hoitoihin jos näkee tämän lääketieteellisesti perustelluksi, mutta pyrkii virkansa puolesta karsimaan turhat tutkimukset. Potilas kuitenkin tietää oikeutensa ja osaa vaatia hoitoa kun kokee sitä tarvitsevansa. Tällaisessa tilanteessa lääkäri joutuu käyttämään profes-

sionsa kautta valtaa suhteessa potilaaseen sillä hän viime kädessä päättää lääketieteellisten hoitojen toteuttamisesta ja hänellä on asiantuntemus työnsä kautta tehdä päätös hoidon tarpeellisuudesta.

Kun potilas kyseenalaistaa lääkärin auktoriteetin, on vaarana että vastaanottotilanne ajautuu konfliktiin. Lääkäri ei saavuta välttämättä potilaan kanssa molemminpuoleista luottamusta ja tällainen vastaanottokäynti ei aina johda haluttuun lopputulemaan. Lääkäri saattaa määrätä lääkekuurin, jota potilas ei kuitenkaan noudata, koska on itse eri mieltä vaivansa syystä tai hoidosta. Tärkeää haastateltujen mielestä on kuitenkin se, että lääkäri säilyttää auktoriteettinsa tilanteessa eikä lähde tinkimään päätöksistään, koska professionsa ja koulutuksensa kautta hän on tilanteessa asiantuntija. Pelkkä lääkärin mielipide ei kuitenkaan yksinään ratkaise mitään, vaan usein päätökset perustetaan tieteellisiin tutkimustuloksiin.

Haastatellut kertovat myös että auktoriteetin säilyttäminen vastaanottotilanteessa on tärkeää, sillä potilaat melko usein hankkivat tietonsa epäpätevistä lähteistä, eivätkä osaa suhtautua esimerkiksi internetistä saamaansa tietoon kriittisesti saati suhteuttaa sitä laajempaan kokonaisuuteen. Potilaat tunnistavat usein oireet helposti, mutta lääkärin tulee tehdä päätös siitä, onko kyseessä oire vai diagnosoitava sairaus.

### **7.1.3. Lääkärin valta suhteessa potilaaseen ja vastuu terveydestä**

Haastateltavat tunnustavat, että lääkäreillä on valtaa suhteessa potilaaseen, mutta he pitävät sitä perusteltuna ja potilaan oikeuksia kunnioitetaan kaiksesta huolimatta. Varsinaisesti valta ei kuitenkaan ole lääkärillä vaan professionilla jota he harjoittavat. Lääkärillä on valtaa suhteessa potilaaseen, mutta se valta on asiantuntijuuden oikeuttamaa (ks. Kuschin määritelmä auktoriteetista). Potilas tietää että lääkäri ei pyri vahingoittamaan potilasta, vaan tekemään potilaan terveyden hyväksi mitä tehtävissä on.

Yksi lääkäriprofession tehtävistä on toimia terveydenhuollon ja hoidon tekniikoiden portinvartijana. Vain lääkäriprofession monopolisoinnin myötä lääkäreillä on valta tehdä lääketieteellisiä diagnooseja ja päättää jatkotoimenpiteistä. Auktoriteetti oikeuttaa myös tiettyjen sosiaalisten etuuksien

myöntämiseen, kuten esimerkiksi sairauslomat sekä erilaiset potilaan terveydentilaa koskevat lausunnot.

Professionsa kautta lääkäri pystyy hallinnoimaan yksilöitä ja heidän elämänhallintaansa ehdollistamalla heitä tieteellisesti perusteltuihin valintoihin. Lääkärin harjoittamalla ennaltaehkäisevällä terveydenhuollolla on siis vahvasti normalisoiva vaikutus. Terveydenhuollon järjestelmä sitoo yksilön osaksi suurempaa sosiaalista järjestelmää lupaamalla tyydyttää yksilön terveyteen liittyvät tarpeet. Millerin ja Rosen mukaan (1991, 124-125) vastineeksi tästä yksilö tarjoaa itsensä ja tarjoutuu täyttämään häneltä odotetut velvollisuudet yhteiskuntaa kohtaan. Näin ollen lääkäri pystyy hallinnoimaan ihmisiä yksilötasolla biovallan tekniikoin, asetettujen terveystarkoituksien mukaisesti. Lääkärin työtä ohjaavat taas jossain määrin erilaisiin kohteisiin sidotut määrärahat, käskyt, säännöt, ohjeet, suositukset sekä normit. Lääkärit toteuttavat tekniikoidensa sekä asiantuntijuuden kautta hallintaa heille annettujen ohjeiden, odotusten ja suositusten mukaisesti. Valtaa suhteessa yksilöihin halutaan selkeästi siirtää valtiolta yksilöille itselleen mikä sisältyy Rosen (1999) näemyksen mukaisesti biovallan hallintastrategioihin. Valtio lupaa olla terveystalouden takaaja ja kansanterveyden selkäranka, mutta se ei suoraan vahtimalla yksilöitä, vaan siirtämällä vastuuta yksilöille ja terveydenhuollon instituutioille. Tämä vastuun siirtäminen naamioidaan yksilön vapaudeksi, kuten Sennett (2007, 152) on huomauttanut.

Haastateltavat ovat vahvasti sitä mieltä, että potilaalla itsellään tulee olla viimekädessä suurin vastuu omasta terveydestään, eikä kukaan muu voi sitä vastuuta ottaa. Terveydenhuollon tehtävänä on toimia eräänlaisena asiantuntijaorganisaationa, joka tarvittaessa mahdollistaa lääketieteellisen ongelmanratkaisun terveyteen liittyvissä ongelmissa. Haastatellut kertovat kuitenkin että harvoin potilaat ottavat vastuuta itselleen vaan ongelmat ja niiden hoito halutaan sysätä terveydenhuollon vastuulle. Yhteiskunta ei ota vastuuta yksilöiden terveydestä, vaan periaatteessa antaa ihmiselle mahdollisuuden valita itse polkunsaa.

Lainmuutosten sekä poliittisten muutosten vaikutus lääkärin työhön koetaan potentiaaliseksi, mutta käytännössä hankalaksi ja etäiseksi. Haastatellut kertovat päätöksentekojen vieraantuneen liikaa käytännön asioista ja näin ollen toteuttavan enemmän omia tavoitteitaan kuin vastaavan terveyden-

huollon henkilöstön tarpeisiin. Organisaatioiden valtarakenteiden koetaan olevan liian monisyisiä ja tämä koetaan johtavan siihen, ettei edes omaan työhön ole helppo vaikuttaa.

#### **7.1.4. Nuoret koulutetut naiset erityisesti medikalisaation keskiössä?**

Keräämäni aineiston perusteella potilaiden terveystietoisuus jakautuu kahtia. Toisaalta on potilaita jotka ovat erittäin hyvin tietoisia omasta terveydentilastaan, toisaalta taas sellaisia jotka heikosti tuntevat terveydentilansa, tai heitä ei kiinnosta tinkiä elämäntavoistaan juurikaan. Haastateltavat nostivat esiin iän, sukupuolen sekä koulutuksen merkityksen. Alle 50-vuotiaiden potilaiden kuvailtiin olevan erityisen tietoisia terveydentilaansa liittyvistä asioista, mutta sitä vanhemmilla tietoisuuden kerrotaan olevan heikompaa.

Aineistosta nousee esiin mielenkiintoinen näkökulma siitä, miten vähemmän koulutetuilla terveystietoisuus on heikompaa kuin korkeammin koulutetuilla. Yleisesti tutkimusten mukaan heikomman koulutuksen saanut väestö sairastaakin enemmän kuin korkeasti koulutetut. Erityisesti mainitaan että koulutetut naiset ovat hyvin tietoisia terveyteensä liittyvissä asioissa. Ehkä tässä on havaittavissa kansanterveydellinen näkökulma joka on sotien jälkeen kulminoitunut kansakuntamme rakentamisen keskiöön, naisiin joiden asema oli erittäin tärkeä niin sodan aikana kuin jälkeenkkin. Miehet olivat sotien aikaan sitoutuneet varsinaisiin sotilastehtäviin ja tämän myötä naiset ottivat entistä laajemman vastuun monista tehtävistä sekä sodassa että kotirintamalla. Naisten tehtäväksi jäi rintamatehtävien lisäksi myös perheestä huolehtiminen sekä lasten kasvatus.

Koulutus ja sukupuoli terveystietoisuuden määrittelijöinä liittyvät osittain kykyyn käsitellä kriittisesti valtavirrasta poimittua informaatiota, mutta toisaalta sukupuolikysymys voi kertoa kohdenne-  
tusta terveysvalistuksesta. Hélenin (1997, 101) mukaan lääketieteen tehtäviin on kuulunut perinteisesti naissukupuolen terveyden vaaliminen muun muassa kansakunnan reproduktioon liittyvistä näkökulmista. Muun muassa huoli lasten terveydestä toimi tienraivaajana naisiin kohdistetulle medikalisaation osa-alueelle.



Naiset ovat selkeästi miehiä enemmän ehdollistettuja terveystietoisuuden vaikutuksille muun muassa heille suunnattujen tietokanavien kautta. Toisaalta ehdollistava ja valvova lääketieteellinen medikalisaatio näkyy selkeämmin juuri naisten elämässä. Viimeistään sukukypsyyden saavuttanut nainen altistetaan erilaisille lääketieteellisille seurannoille joiden tavoitteena on turvata naisten terveyttä ja säädellä lisääntymiskykyisyyttä ja ylläpitää hedelmällisyyttä. Lääketieteen instituutiot soveltavat erityisesti naisiin biovallan kautta kontrollikeinoja liittyen juuri Foucault'n (1998, 99; ks. myös Malin 2006, 30) määrittelemiin keskeisiin vallan toiminta-alueisiin lisääntymiseen, terveyden tilaan, elinikään, elinvoimaan sekä kuolemaan ja näihin kaikkiin vaikuttaviin tekijöihin. Tämä on puhtaimmillaan Foucault'n määrittelemää laskelmoivaa hallinnointia, joka huolehtii kansalaisten hyvinvoinnista hallinnoimalla ihmisten elämää sekä kehoja.

Osa lääkäreistä painotti terveystietoisuuden paljolti johtuvan myös siitä, että tietoa on nykyään saatavissa monista eri lähteistä. Erityisesti tiedonsaantikanavista tuotiin esiin internet sekä erilaiset terveyttä käsittelevät lehdet sekä tuttavilta ja sukulaisilta kuultu tieto. Lääkärit näkevät toisaalta terveystietoisuuden hyvänä asiana, mutta toisaalta he kertovat myös internetin levittävän paljon väärää tietoa liittyen terveyteen. Haastattelussa näkyvä ero terveystietoisuudessa eri sukupolvien välillä on varmasti osaksi tulosta siitä, että nuorempi sukupolvi on kasvanut koko elämänsä osana tätä laajaa ehdollistamisprosessia ja heillä on ollut valmiudet ottaa uusia tiedonsaantikanavia käyttöön pienemmällä vaivalla kuin vanhemman sukupolven. Nuorempi sukupolvi yhdistää internetin vahvasti osaksi vapaa-aikaa, sekä tarvittaessa päämääräistä tiedonhakua. Nuori sukupolvi on kuitenkin kasvanut informaatioähkyn aikakaudella, jolla vallitsevasta ja kaikenkattavasta tiedontulvasta ei osata suodattaa tarvitsemaansa informaatiota ainakaan siinä muodossa kuin terveyteen liittyvissä asioissa olisi oleellista. Ikääntyneempi sukupolvi taas ahdistuu tietotulvan keskellä eri tavoin kun sen parissa kasvanut nuorempi sukupolvi, joka on kehittänyt itselleen jonkinasteisen informaatiolukutaidon. Informaatiolukutaidon vuoksi nuoremmat ovat valjastaneet internetin tiedonhaun käyttöönsä. Informaatiolukutaito on kuitenkin usein puutteellista nuoremmalla sukupolvellakin, johtuen paljolti siitä, että informaation valtavrassa tieto on pirstaloitunut pieniksi kappaleiksi joista on vaikea muodostaa suuria kokonaisuuksia.

Eräs haastateltavista kertoo, että erilaiset kontrollit ja seurannat pitävät omalta osaltaan potilaan tietoisena omasta terveydentilastaan. Tämä havainto hahmottaa juuri sen mihin lääketieteellinen kontrolli pyrkii. Ehdollistamalla yksilöt oman itsensä tarkkailuun ja kontrollointiin raivataan pohjaa medikalisaatioprosessille suhteessa kansalaisiin. Medikalisaation valta ulottuu vaikuttamaan kansalaisten kykyyn ajatella, kuvitella, sekä tutkia itseään aivan kuten Foucault (1998, 97; ks. myös Alhanen 2007, 119) Seksuaalisuuden historia -teoksessaan esittää. Biovallan tekniikoin kokonaisuin kansakuntiin voidaan vaikuttaa juuri yksilöiden kautta. Tämä on juuri terveyskansalaisuutta, sosiaalista kontrollia sekä lääketieteen profession vallan uusintamista.

Potilaiden tietoisuus omasta terveydestä voi kertoa meille jotain myös yhteiskunnallisesta muutoksesta yksilötasolla. Havaittavissa oleva tietoisuus omasta terveydestä on tulosta pitkäaikaisesta koko kansan lävistävästä sosiaalisesta kontrollista. Tällä pyritään vahvistamaan kansaa eräänlaisena biologisena organismina, jota voidaan kontrolloida julkisen vallan päämäärien mukaisesti. Kansanterveydellisten riskien pelossa pyritään lääketieteellisten instituutioiden avulla valmistautumaan tulevaisuutta varten vahvistamalla erilaisia kansanterveydellisiä ohjelmia ja ehdollistamalla yksilöt vastuuseen omasta terveydestään. Erilaiset terveysohjeistukset sekä ideaalit toimivat terveydellisen informaation sanansaattajan tehtävissä. Näiden kansalaisten tietoisuuteen tuominen tapahtuu eri kanavien kautta. Terveysohjeiden ja ideaalien kautta pyritään Beckin (2009, 9-10) mukaan ehdollistamaan yksilö jatkuvalle itsereflektiolle, jonka kautta yksilö pyrkii välillisesti asetettuun ideaaliin terveestä, hyvinvoivasta sekä tuottavasta kansalaisesta. Tähän ideaaliin pyrkiminen on täysin luonnollista ihmiselle, sillä se on viime kädessä hyödyllistä yksilön kannalta, kuitenkin samalla se toimii yksilön käyttäytymistä ohjaavana keinona jolla pyritään välttelemään terveyttä vaarantavia ei-hyväksytyjä toimintoja.

### **7.1.5. Lääkärin työ muuttuvassa yhteiskunnassa**

Pyysin haastateltavia pohtimaan ovatko potilaat heidän mielestä muuttuneet jollain tavoin ajan myötä. Lähes poikkeuksetta lääkärit kertovat havainneensa muutoksen potilaissa. Merkittävänä muutoksena he kertovat uusien tietolähteiden ja teknologian käyttöönoton tiedonhakumenetelminä ja katsovat näiden kanavien vaikuttaneen potilaiden selkeästi kasvaneeseen terveystietoisuuteen.

Haastateltavat tunnistavat lisääntyneen medikalisaation merkityksen potilaissa. Lääketiedettä pidetään jopa entistä enemmän tieteenalana, jonka tehtäväksi on annettu ihmisten ongelmien ratkaisu, vaikka ongelman ei aina tarvitse olla lääketieteellinenkään. Lääketieteen asiantuntijan ammatin valta-asema ja monopolisointi ovat olleet suuressa osassa antamassa lääketieteelle toimivaltaa käytännössä katsoen kaikessa mikä liittyy terveyteen tai sairauteen ja sairaudeksi määrittellään paljon sellaisia asioita joita ei ennen ole määriteltä lääketieteellisesti. Lääketieteen teknologisoitumisen myötä potilaiden luottamus klinisiin tutkimuksiin on heikentynyt ja luotetaan ainoastaan faktoihin ja erilaisiin tutkimustuloksiin.

Lääkärit tunnustavat että ihmiset eivät ole muuttuneet millään tavoin, vaan muutos on selkeästi sosiaalinen. Sosiaaliseen muutokseen vaikuttaviksi tekijöiksi nimetään kasvanut koulutustaso sekä sen myötä kasvanut tietoisuus. Tietoisuus on vapauttanut kritiikin yhteiskunnan auktoriteetteja kohtaan. Tämä on osaltaan syönyt yhteiskunnallisten auktoriteettien arvoasemaa ja tuonut potilaan sekä lääkärin lähemmäs toisiaan entistä tasa-arvoisemmaksi toimijapariksi. Toisaalta ihmisten kasvanut tietoisuus nähdään positiivisena asiana, koska tietoisuuden myötä ihmisten on mahdollista itse muuttaa epäterveitä elämäntapojaan.

Valtaosa haastateltavista kertoi lääkärin aseman muuttuneen ajan myötä. Erityisesti terveyskeskuslääkärin aseman arvostuksen katsottiin laskeneen. Arvostuksen laskun kerrottiin johtuvan muun muassa kiireellisestä työrytmistä, sekä palkan heikommasta kilpailuasemasta verrattuna yksityiseen sektoriin. Tämä kuvastaa sitä, kuinka kilpailu terveydenhuollon alalla on vääristynyt koska yksityinen sektori pystyy tarjoamaan reilusti suuremman korvauksen tehdystä työstä ja siellä potilasmäärä on pienempi ja ”turhaa” työtä vähemmän. Lääkärin professio on ajan mukana muokkautunut potilaaseen nähden tasa-arvoisempaan suuntaan, kun taas potilaat hankkivat ja kyseenalaistavat eri medioiden kautta saamaansa terveyteen liittyvää informaatiota.

Lääkärin aseman muutoksen kerrotaan olevan kuitenkin osa ympäröivän yhteiskunnan muutosta. Ympäröivän yhteiskunnan muuttuvat arvot ja ihmiset luovat oman paineensa myös terveydenhuoltoon. Yhä enemmän paine ohjataan päätöksentekojen välityksellä uusina ohjeistuksina ja käytäntöinä työhön jolloin vaikutuksilla on suora yhteys lääkärin työn muutoksiin. Omat haasteensa

luovat myös sovelletun sosiaalisen kontrollin, kuten medikalisaation suoranaiset vaikutukset ihmisiin. Medikalisaatio luo turhaa kysyntää terveystieteiden palveluista ja entistä korkeammin koulutetut ja terveystietoiset ihmiset asettavat tietynlaisia odotuksia lääkäreiden harteille. Medikalisaatiolle on luonteenomaista määrittellä ongelmat lääketieteellisiksi, koska tämä vahvistaa itse lääketieteen dominianssia. Käytännössä lääketiede luo tai määrittelee ongelmat ja tarjoaa omaa asiantuntemustaan ongelmien ratkaisemiseen.

Haastatellut lääkärit kokivat lääketieteen kehityksen ja uusien teknologioiden vaikuttaneen työhön ja lääkärin asemaan. Usein resurssien vähäisyys kuitenkin jarruttaa uusimpien hoitomahdollisuuksien käyttöä ja käyttöönottoa. Resurssien jakamisesta ja riittävydestä onkin tullut yksi osa lääkärin työtä, vaikka tämä ei perinteisesti kuulukaan lääkärin työn vaatimuksiin. Kun resursseja halutaan vähentää, kohdistuu se tärkeäksi tunnustettuun ennaltaehkäisevään työhön.

Rahaa (resursseja) ja potilaiden hoitoa ei kuitenkaan voida erotella toisistaan. Yleisesti ottaen ne ketkä puhuvat rahasta, haluaisivat rajoittaa terveystieteiden palveluja, kun taas ne ketkä puhuvat potilaista haluaisivat taas lisätä palveluja. Kun resurssien ja potilaiden vastakkainasettelun taustalla ovat eri tavoitteet, syntyy tästä terveydenhuollon paradoksi. Eri medioissa puhutaankin siitä kuinka terveydenhuollossa loppuvat rahat, kädet ja jalat jos terveydenhuollon resurssien kasvu säilyy ennallaan. Resurssien kasvun suurin ongelma on ollut se, miten käytössä olevat voimavarat voidaan kohdentaa parhaiten. Lääkärin loputon kiire ja resurssien riittämättömyys voivat pahimmillaan johtaa lääkärin loppuunpalamiseen tai työn vasemmalla kädellä tekemiseen kun lääkäri asettaa ammattiyhpeytensä kyseenalaiseksi. Vähilläkin resursseilla pyritään terveydenhuolto kuitenkin toteuttamaan mahdollisimman tasa-arvoisesti ja siten, että eniten ääntä pitävät potilaat eivät ole enemmän etusijalla lääketieteellisistä hoidoista ratkaistaessa kuin hiljaisetkaan potilaat.

Oman osansa lääkärin työhön tuovat alati muutoksen tilassa olevat terveydenhuollon organisaatiot. Lääkärit kokevat organisaation muutokset osittain tarpeellisiksi mutta toisaalta stressaaviksi, kun päätöksenteon takana olevat tahot eivät kuuntele tarpeeksi käytännön työtä tekevää hoitohenkilöstöä.

Riittämättömien resurssien lisäksi lääketieteen kehitysliikkeessä ja alati kehittyvässä lääketeknologiassa nähdään muitakin haittapuolia. Kehittynyt lääketeknologia tarjoaa entistä laajemman kirjon erilaisia lääkintätapoja, joita lääkärin tulisi voida hallita. Alati lisääntyvä tietous asettaa lääkärin informaatiotulvan keskiöön ja tämä asettaa työhön uudenlaisia paineita. Uudet kehittyvät lääketieteelliset teknologiat koetaan tärkeinä, mutta toisaalta ne luovat tarjonnan kautta kysyntää joka näkyy lääkärin työssä tarpeettomana kiireenä. Lääketehtaat mainostavat kehittävänsä jatkuvasti tarjontaansa jotta he voisivat vastata terveydenhuollon tarpeisiin. Käytännössä tilanne on usein kuitenkin juuri päinvastainen, lääketehtaat luovat turhia tarpeita, joihin ne tarjoavat omia ratkaisujaan.

Lisääntyvän medikalisaation myötä sairaudet ja yhä pienemmätkin vaivat ulkoistetaan terveydenhuollon hoidettavaksi. Kynnys hakeutua terveydenhuoltoon on selkeästi laskenut ja terveydenhuollolta vaaditaan yhä laajempia tutkimuksia ja hoitotapoja. Tämä luo kasvavaa painetta etenkin terveyskeskuksiin, joihin hakeutuu työterveyshuoltoon kuulumaton joukko ihmisiä, jotka vaativat hoitoa ja tutkimuksia, reseptejä sekä läheteitä. Medikalisaation luoma tarjonta terveyspalveluista ongelmien ratkaisijana luo terveydenhuollolle kasvavaa kysyntää ja uusintaa lääketieteen kontrollonin valtaa suhteessa yksilöön.

## **KIRJALLISUUS:**

Aaltola Juhani, Valli Raine. (Toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3/2001. Jyväskylä: PS-kustannus.

Airaksinen Timo (toim.) 1992. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka: Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. Yliopistopaino: Helsinki.

Alhanen Kai. 2007. Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n filosofiassa. Helsinki: Gaudeamus.

Beck Ulrich. 2009. World at risk. Polity Press.

Bourdieu Pierre & Wacquant Loïc. 1995. Refleksiiviseen sosiologiaan. Joensuu University Press Oy.

Conrad Peter. 1992. Medicalization and social control. Annual review of sociology, vol. 18, 209-232. Annual reviews Inc.

Deleuze Gilles. 1992. Autiomaan. Kirjoituksia vuosilta 1967-1986. Gaudeamus.

Foucault Michel. 1998. Seksuaalisuuden historia. Tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä. Helsinki: Gaudeamus.

Gabe Jonathan, Bury Mike, Elston Mary-Ann (Toim.). 2004. Key concepts in medical sociology. Sage publications Ltd.

Goffman Erving. 1967. Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior. Anchor books. New York: Doubleday & company, Inc.

Hacking Ian. 1991. The making and molding of child abuse. *Critical inquiry* 17. 2/1991, 253-288. The University of Chicago Press.

Helén Ilpo. 1997. Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle. Helsinki: Gaudeamus.

Helén Ilpo, Jauho Mikko (toim.). 2003. Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.

Hélén Ilpo, Jauho Mikko. Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa: Helén Ilpo, Jauho Mikko (toim.). 2003. Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena. 2001. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hänninen Sakari. Laki, normi, valta – Foucault ja ”vaarallisen yksilön” ongelma. Teoksessa: Hänninen Sakari, Karjalainen Jouko (toim.) 1997. Biovallan kysymyksiä: Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Helsinki: Gaudeamus.

Hänninen Sakari, Karjalainen Jouko (toim.) 1997. Biovallan kysymyksiä: Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Helsinki: Gaudeamus.

Häyry Heta, Häyry Matti. Oikeuksien ja velvollisuuksien rajapintoja lääkintä- ja hoitotyössä, 130-174. Teoksessa Airaksinen Timo (toim.) 1992. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka: Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. Yliopistopaino: Helsinki.

Ilmonen Kari. Muuan diskurssianalyysi. Esimerkkinä Chydenius-instituutin vaikuttavuustutkimus, 126-141. Teoksessa Aaltola Juhani, Valli Raine. (Toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3/2001. Jyväskylä: PS-kustannus.

Jokinen Arja, Juhila Kirsi. 1993. Valtasuhteiden analysoiminen, 75-107. Teoksessa Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino: Tampere.

Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino: Tampere.

KMT lukija 2009. 2009. Kansallinen mediatutkimus. Verkojulkaisu (luettu 29.3.2010)  
<http://www.levikintarkastus.fi/mediatutkimus/lukijamaarat.php>

Kuhse Helga, Singer Peter (toim.) 2006. Bioethics: an anthology. Sarjassa: Blackwell philosophy anthologies; 9. Oxford : Blackwell.

Kusch Martin. 1993. Tiedon kentät ja kerrostumat: Michel Foucault'n tieteentutkimuksen lähtökohdat. Prometheus -sarja. Oulu: Pohjoinen.

Laine Timo. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola Juhani, Valli Raine. (Toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3/2001, 28-45. Jyväskylä: PS-kustannus.

Lehto Juhani. 1991. Deprivation, social welfare and expertise. Helsinki: National agency for welfare and health, research reports 7.

Macklin Ruth. 1999. The Doctor-Patient relationship in different cultures. From Against relativism: Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine, 86-107. Oxford University press. Teoksessa: Kuhse Helga, Singer Peter (toim.) 2006. Bioethics: an anthology. Sarjassa: Blackwell philosophy anthologies ;9. Oxford: Blackwell.



Malin Maili. 2006. Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus; 156. Helsinki: Stakes.

Miller Peter, Rose Nikolas. 1991. Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto. Käännetty artikkelista: "Programming the poor: poverty, calculation and expertise" Teoksessa Lehto Juhani. 1991. Deprivation, social welfare and expertise. Helsinki: National agency for welfare and health, research reports 7.

Nylander Olli, Ståhle Pirjo, Nenonen Mikko. 2003. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Teoksessa Yhteiskuntapolitiikka 68. 1/2003, 3-18. Stakes. Saatavissa myös: <http://www.stakes.fi/yp/2003/1/031nylander.pdf> (katsottu 23.10.2008)

Parsons Talcott. 1951. The social system. The major exposition of the author's conceptual scheme for the analysis of the dynamics of the social system. The free press: New York

Pelkonen Risto. Potilas ja lääkäri. 2005. Teoksessa Suomen lääkäriliitto. Lääkäriin etiikka. 2005. Joensuu: Punamusta Oy.

Peräkylä Anssi, Eskola Kari, Marja-Leena Sorjonen. 2001. Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa Sorjonen Marja-Leena, Peräkylä Anssi, Eskola Kari. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. 2001. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Potter Jonathan, Wetherell Margaret. 1987 Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behaviour. London: Sage publications.

Saaristo Kimmo, Jokinen Kimmo. 2004. Sosiologia. Helsinki: WSOY

Sennett Richard. 2007. Uuden kapitalismin kulttuuri. Tampere: Vastapaino.

Siegler Mark. 1982. Confidentiality in medicine: A decrepit concept, 1518-1521. The New England journal of medicine 307: 24. Massachusetts Medical Society.

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

Suomen Lääkäriliitto. 2005. Lääkärin etiikka. Joensuu: PunaMusta Oy.

Saatavissa myös: <http://www.laakariliitto.fi/files/Etiikka05.pdf> (Katsottu 30.3.2008)

Tilastokeskus. 2010. Tulonjakotilasto 2008, ennakkotiedot, Tilastokeskus artikkeli ”Pienituloisten reaalitytulot laskivat” (julkaistu 26.1.2010). Verkkajulkaisu (katsottu 29.3.2010) [http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt\\_2008\\_01\\_2010-01-26\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_fi.pdf)

TNS-Gallup –the sixth sense of business. SUOMEN WEB-SIVUSTOJEN VIIKKOLUVUT. <http://www.gallupweb.com/tnsmatrix/site.aspx> linkin takaa valittava viikoksi 2009/50 ja kategoriaksi terveys. (Katsottu 29.3.2010)

Toiviainen Hanna. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia; 160. Helsinki: Stakes

Tritter Jonathan. 2006. Patient-centered healthcare: contesting patient choice and public involvement. 37-44. Teoksessa Vuorenkoski Lauri, Konttinen Mauno, Sinkkonen Minna. 2006. Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2006. 8/2006. Stakes: Helsinki.

Tuomainen Raimo, Myllykangas Markku, Elo Jyrki, Ryytänen Olli-Pekka. 1999. Medikalisatio – Aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.

Tuorila Helena. 2000. Potilaskuluttaja terveystalmarkkinoilla: yksityisten terveydenhuolto- palvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis; 764. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saatavissa myös: <http://acta.uta.fi/haekokoversio.php?id=4095>

Verkkojulkaisusarja: Acta Electronica Universitatis Tampereensis ; 52. (katsottu 20.10.2008)

Vuorenkoski Lauri, Konttinen Mauno, Sinkkonen Minna. 2006. Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2006. 8/2006. Stakes: Helsinki. Verkkojulkaisu (katsottu 26.3.2009): <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp8-2006.pdf>

WHO 2008. Maternal mental health & Child health and development: Literature review of risk factors and interventions on postpartum depression. Chapter 3. The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. 2008. Development of mental health and substance abuse. World Health Organization.

URL (katsottu 5.3.2008): [http://www.who.int/entity/mental\\_health/prevention/suicide/mmh&chd\\_chapter\\_3.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_3.pdf)

WHO 2004. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. 2004. Development of mental health and substance abuse. World Health Organization.

URL (katsottu 5.3.2008): <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159134X.pdf>

Yhteiskuntapolitiikka 68. 1/2003, 3-18. Stakes. Saatavissa myös: <http://www.stakes.fi/yp/2003/1/031nylander.pdf> (katsottu 23.10.2008)

## LIITTEET

Liite 1

### Haastattelurunko:

Taustatiedot:

- Koulutus
- Kuinka kauan olet työskennellyt ammatissasi?
- Entä terveyskeskuksessa?
- Oletko työskennellyt aina julkisen sektorin puolella?

Potilaiden terveydentila:

(1.) Millainen on tyypillinen asiakastilanne potilaan kanssa?

(2.) Ovatko potilaat tietoisia omasta terveydentilastaan?

Potilaiden autonomisuus:

(3.) Kuinka aktiivisia potilaat ovat mielestäsi vastaanotolla? (tilanteen kontrollointi)

-Miten aktiivisuus ilmenee vastaanotolla?

(4.) Tuntuuko koskaan siltä, että potilas tulee vastaanotolle vaatimaan hoitoa tai reseptiä? Miten tämä yleensä tuodaan esiin?

-Koituuko tällaisista tilanteista koskaan erimielisyyksiä. Hyvät/huonot puolet?

(5.) Tuovatko potilaat vastaanotolla esiin omia mielipiteitään ja näkemyksiään lääketieteellisissä asioissa (koskien hoitotoimenpiteitä tai diagnoosia)?

-Eroaako potilaan oma käsitys terveydentilastaan usein diagnoosista, ja kuinka potilas reagoi tilanteessa jossa olette eri mieltä.?

(6.) Ovatko potilaat mielestäsi muuttuneet jotenkin vuosien saatossa? (Miten)

1. Tietoisuus omasta terveydestä?

2.Hoitomahdollisuuksista?

3.Oikeuksista?

-Mitkä asiat ovat mielestäsi vaikuttaneet näihin muutoksiin?

-Mitkä ovat tapahtuneiden muutosten hyvät ja huonot puolet mielestäsi?

(7.)Yleinen terveystietoisuus lisääntynyt, mistä luulet potilaan saavan tätä tietoutta terveyteen liittyvistä asioista, hoitomahdollisuuksista tai oikeuksistaan?

(8.)Tulisiko vastuu terveydestä ja sen hoitamisesta olla terveydenhuollolla vai ihmisellä itsellään?  
Entä jollain muulla?

-Tulisiko terveydenhuollon puuttua ihmisten terveyskäyttäytymiseen enemmän/vähemmän?

Lääkärin asema:

(9.)Onko lääkärin asema mielestäsi muuttunut jotenkin vuosien saatossa?

-Arvostetaanko lääkäriä samoin kuin ennen?

(10.)Onko lääkäriellä mielestäsi valtaa? miten sitä käytetään?

(11.)Mitkä asiat ovat vaikuttaneet lääkärin aseman muutoksiin? hyvät/huonot puolet?

1.Ihmisten yleinen terveystietoisuuden nousu?

2.Hoitomahdollisuuksien lisääntyminen ja uudet teknologiat

3.Lakimuutokset

4.Organisaatiomuutokset?

5.Poliittiset muutokset?

6.Muut tekijät?

-Haluatko vielä sanoa haastattelun aiheista jotakin, jäikö jotain oleellista käsittelemättä?