

# Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistyvillä terveystarkkinoilla

Minna Autio, Susanna Helovuori ja Jaakko Autio

---

## TIIVISTELMÄ

Artikkeli tarkastelee potilaskuluttajan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta, rooliase-  
man tasa-arvoistumista sekä toimijoiden keskinäisiä rooliodotuksia sähköistyvillä  
terveystarkkinoilla. Analysoimme näiden kahden toimijan välistä suhdetta rooliteo-  
rian tutkimusperinteestä, jossa kohteena on roolievoluutio eli roolisuorituksen mer-  
kitys ja roolialueen kasvu. Empiirinen aineisto koostuu kymmenen kuluttajan ja nel-  
jän lääkärin teemahaastatteluista. Perinteinen potilaan rooli on muuttumassa, kun  
toimijuus rakentuu aktiiviseksi terveystiedon etsijäksi, kuluttajaksi ja oman maal-  
likkodiagnoosin tekijäksi. Vastaavasti lääkärin rooli on muuttumassa lääketieteelli-  
sen diagnoosin laatijasta yhä enemmän kohti kumppania, kollegaa ja asiakaspalve-  
lijaa. Potilaan ja lääkärin keskinäiset odotukset määrittävät sitä, millaisia rooleja  
toimijat ottavat tai heidän on otettava. Potilaat odottavat lääkäriltä hoidon lisäksi  
asiakaspalvelua ja tasaveroista kohtelua, mikä voi johtaa roolikonfliktiin, jos lääkäri  
ei sopeudu odotettuun rooliin.

## JOHDANTO

Terveyspalveluiden markkinat, rakenne ja toimijoiden väliset suhteet ovat  
muuttumassa sähköisten palvelukanavien myötä (esim. Lupton 1995, Cline  
& Haynes 2001; Deber ym. 2005, Korp 2006). Perinteinen potilas-  
lääkärisuhde, jossa lääkärillä on täydellinen asiantuntijuuteen perustuva  
valta, on murtumassa, koska terveystieto on entistä enemmän kaikkien  
saatavilla. Jo 1950-luvulla Thomas Szasz ja Mark Hollander (1956) esittivät  
perinteisen mallin rinnalle yhteistyöhön rakentuvaa mallia (guidance-co-  
operation), jossa lääkäri kuuntelee potilasta, sekä vastavuoroista mallia  
(mutual participation), jossa lääkäri kohtaa potilaan tasa-arvoisesti ja kes-  
kustelee avoimesti hänen tilastaan sekä hoidon hyödyistä ja riskeistä (Scott  
2009, 126).

Vaikka potilas-lääkärisuhde perustuu yhä myös potilaan passiiviseen toimi-  
juuteen, sosiaalisen median avoimet terveystietot (esim. Terveyskirjas-  
to), terveystietot (Miller & Pole 2010) ja sähköiset terveydenhoitopalvelut  
(Hardey 2010) rakentavat entistä aktiivisempaa toimijuutta (mm. Shilling  
2002). Terveystieteen ja sairautteen liittyvä tieto, osaaminen ja palvelut ovat

osittain siirtyneet pois lääkärin vastaanottohuoneesta. Potilaille on pääsy sähköiseen terveystietoon ja he voivat omatoimisesti tutkia mahdollisia syitä vaivaansa ennen lääkärin vastaanottoa. Potilaan osaaminen, kommunikointi ja käyttäytyminen suhteessa lääkäriin on muuttumassa. Toiviaisen (2011, 777) mukaan potilaan voimaantunut asema ja valinnanvapaus korostuvat nykyisessä terveydenhuollossa. Vaikka lääkärit ovat menettäneet suvereenin aseman terveystietoon, koulutus ja ammattitaito takaavat sen, että he kykenevät arvioimaan tarjolla olevaa tietoa maallikkoja paremmin. Tältä osin ”tietokuilu” säilyy (Toiviainen 2011, 778).

On ajateltu, että suomalaisille voisi olla vaikeaa omaksua potilaan aktiivinen rooli, koska meillä on leimallista julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, työntekijän maksama työterveyshuolto sekä niihin vahvasti sidoksissa oleva passiivinen toimintatapa (Tuorila 2007, 175). Suomessa on toistaiseksi melko vähän sekä toteutettu että tutkittu sähköisiä terveyspalveluita (vrt. Hietanen 2001). Meille tyypilliseen tapaan niiden yleistymisestä on vastannut pikemminkin julkinen terveydenhuolto (mm. sähköiset portaalit, e-terveyspalvelut, sähköinen lääkemääräys) kuin yksityinen sektori. Kuluttajälähtöistä tutkimusta on tehty lähinnä potilaskuluttajan asemaan ja potilas-lääkärisuhteeseen liittyen (mm. Toiviainen & Hemminki 1998; Tuorila 2000; 2007; Toiviainen 2007; 2011).

Tarkastelemme potilaan ja lääkärin keskinäisiä suhteita ja heidän ottamiaan tai heille annettuja rooleja sähköistyvillä terveystieteillä. Artikkelin jäsentyy kolmen teeman kautta: kuluttajan roolimuuutos asiantuntijapotilaaksi, lääkärin vaihtuvat roolit sekä toimijoiden odotukset sähköisistä terveyspalveluista. Lähestymme tutkimuskohdetta rooliteoreettisesti (mm. Broderick 1998; Williams ja Andersson 2005) analysoimalla teemahaastattelun pohjalta potilaskuluttajan ja lääkärin (Veatch 1972) keskinäisiä rooliodotuksia sekä molempien roolialueessa tapahtuneita muutoksia.

## **POTILAAN JA LÄÄKÄRIN MUUTTUVAT TOIMIJUUDET**

Potilas on perinteisesti määritelty henkilöksi, joka on hoidettavana hoitolaitoksessa tai on lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen hoidossa (Tuorila 2007, 32). Potilaaseen kohdistuu myös tutkimus- tai hoitotoimenpiteitä. Yksi tapa ymmärtää potilaan roolia on tarkastella sitä parsonsilaisen sairaan rooli -teorian kautta. Talcott Parsons (1952, 436–443) mukaan sairaan rooli on rakentunut länsimaisista arvoista, kuten kristillisyydestä ja tehokkuusajattelusta. Näin sairauskäsityksen kulttuuriset merkitykset muokkaavat sairaan ja terveen sosiaalisia rooleja (mt., 442–443, 474). Terveys nähdään yksilön kapasiteettina, sairaus taas kapasiteetin heikkenemisenä. Sairaana oleminen ei herätä positiivisia mielleyhtymiä, vaan sairaus koetaan tilaksi, josta tulisi päästä mahdollisimman nopeasti eroon. Sairastumiseen liitetään oletus avuttomuudesta ja aikomuksesta hakea apua (Shilling 2010, 624, 628). Potilas-käsite on peräisin latinan sanasta *patiens*, joka sisältää ajatuksen kivusta ja kärsimyksestä. Sana tarkoittaa myös kärsivällisyyttä: toimija kestää viivytyksiä, ongelmia ja hän ei menetä malttiaan, vaikka joutuisi kärsimään (Deber ym. 2005, 346). Passiivisuuden ja hoidon kohteena olemisen lisäksi potilaan toimijuuteen liittyy lääkärin kunnioitus (mt., 346).

Parsons (1952, 457) painotti jo 1950-luvulla yksilön kykyä omaksua aktiivinen potilaan rooli, johon kuuluu motivoituneisuus etsiä ja saada tietoa omasta terveydestään. Potilaan rinnalle on rakentunut myös muita toimijuuksia, kuten potilaskuluttaja, palvelunkäyttäjä, asiakas ja asiantuntijapotilas (mm. Tuorila 2000, Bury 2004). Käsitteillä kuvataan aktiivista toimijuutta ja kaupallisten terveystalveluiden lisääntymistä sekä potilaan roolin muutosta kohti asiakaskuluttajaa. Tämän päivän terveystalveluiden kuluttajien oletetaan olevan myös itsetietoisia (self-assertion) ja vastuullisia (Deber ym. 2005, Tuorila 2007, Lemire 2010).

Potilaan ja lääkärin välillä on asiantuntijuuteen perustuva valtasuhde, mikä asettaa tietyt rajat potilaan omaehtoiselle toiminnalle – olipa kyseessä henkilökohtainen tai sähköinen vuorovaikutustilanne. Lääkärillä on koulutuksen ja ammattitaidon kautta paremmat valmiudet arvioida saatavilla olevaa tietoa sekä määrittää hoitotoimenpiteitä (Toiviainen 2011, 778). Tiedollisesti voimaantunut potilaskuluttaja ei välttämättä pyri toimillaan kyseenalaistamaan lääkärin asiantuntijuutta, vaan hänellä on tarve sitouttaa itsensä paremmin hoitoprosessiin ja ymmärtää omaa terveydentilaansa paremmin (Hogg ym. 2003, 485–486; Lemire 2010, 172). Potilaan rooliin kuuluu myös kärsivällisyys, joka saattaa ilmetä passiivisuutena vuorovaikutustilanteessa (Hogg ym. 2003, 477). Potilas tuntee omat rajansa, luottaa lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja antaa ammattilaiselle vallan valita parhaan hoitovaihtoehdon. Potilaan toimijuus ja valtaistuminen on riippuvainen lääkärin toimijuudesta.

Robert Veatch (1972) on hahmottellut lääkärille neljä erilaista roolia: pappi, kollega, sopimusluonteinen kumppani ja insinööri. Papin roolissa lääkäri on paternalistinen, hän tekee itsenäisesti hoitopäätökset, antaa voimaannuttavat hoito-ohjeet, ja potilas uskoo lääkärin hoitopäätösten oikeellisuuden. Papin rooli on myös performatiivinen, kun valkotakkinen lääkäri toteaa potilaan sairaaksi (Goffman 1959, 36; Scott 2009, 124). Kollegana lääkäri kohtaa potilaan tasa-arvoisena ja luottamuksellisena osapuolena, ja he tekevät hoitopäätöksen yhdessä, yhteisesti jaetun tiedon perusteella. Sopimusluonteisena kumppanina (contractual partner) lääkäri ja potilas sopivat, millaiset oikeudet ja velvollisuudet molemmilla osapuolilla on hoidon ja diagnoosin suhteen. Potilas on asiakas ja lääkäri on palveluntarjoaja, minkä vuoksi molemmat osapuolet voivat purkaa hoitosuhteen, jos he eivät pääse yhteisymmärrykseen, ja molemmat säilyttävät kontrollin ja autonomian suhteessa toisiinsa. Viimeisenä roolina on insinööri, jossa lääkäri on tekninen asiantuntija ja tiedon välittäjä ilman arvovalintoja, ja potilas on itse viime kädessä vastuussa omasta terveydestään. (ks. myös Scott 2009, 126.) Tarkastelomme Veatchin näkemyksiä lääkärin erilaisista toimijuuksista rooliteoreettisesta näkökulmasta, jossa lääkärille rakentuu palvelun draamakäsikirjoituksessa myös ohjaajan rooli.

## **ROOLIEVOLUUTIO: ROOLIMUUTOS JA TOIMIJOIDEN ODOTUKSET**

Solomon ym. (1985) ovat tutkineet vuorovaikutteisia palvelukohtaamisia rooliteorian näkökulmasta. He puhuvat palvelutapahtuman käsikirjoituksesta, joka määräytyy rooleihin kohdistuvista odotuksista sekä niin kutsutusta

rooliasetelmasta (role set, mt., 105). Voidaan ajatella, että palvelutapahtuman käsikirjoitus muuttuu, kun passiivinen potilas omaksuu aktiivisemmän oman terveyden edistäjän roolin. Kuluttaja oppii – tai hänet käsikirjoitetaan oppimaan – osallistuvan potilaskuluttajan roolin (Moehr 2002, 230). Sähköinen terveydenhuollon palveluympäristö edellyttää näin kuluttajan sopeutumista uuteen palvelukäsikirjoituksen (service script, vrt. Solomon ym. 1985, Broderick 1998) ja sen omaksumista.

Broderick (1998, 349–350) on soveltanut Biddlen (1986) ja Solomonin ym. (1985) rooliteoreettista lähestymistapoja tutkiessaan palveluja. Hän on nostanut esiin rooliteorian avaintekijöitä, kuten rooliasetelma, roolikäsikirjoitus, roolien välinen yhdenmukaisuus ja odotusten toteutuminen, roolien väliset eroavaisuudet ja roolikonfliktit. Lisäksi Broderick korostaa roolisuorituksen merkitystä ja roolialueen kasvamista (role expansion) eli roolievoluutiota. Broderick tarkoittaa roolievoluutiolla yksilön roolin ja vastuun kasvamista palvelun kohtaamisessa kokemuksen myötä. Esimerkiksi pankkipalveluissa laskun maksaja on perinteisesti ollut pankkivirkailija, kunnes verkkopankkiasioinnin myötä kuluttaja sai laskun maksajan roolin. Nykyisin omana pankkivirkailijana toimiminen on luonteva osa kuluttajan arkipäivää. Samalla tavoin kauppojen itsepalvelukassat ilmentävät kuluttajan roolialueen kasvua tuotteiden valikoijasta tuotteiden veloittajaksi. Terveyspalveluiden osalta evoluutio näkyy potilaskuluttajan roolin kasvuna, jota edesauttavat – ja haastavat – kuluttajien voimaantuminen ja sähköiset palvelut. Myös lääkärin toimijuus muuttuu, kun potilaan roolialue kasvaa ja kun asiantuntijuus on jaettava (vrt. Veatch 1972).

Williams ja Andersson (2005) ovat tutkineet terveydenhuollon palveluja draamatuotannon lähestymistapaa soveltamalla. He ovat käyttäneet teatterimaailman roolituksia (mm. päänäyttelijä, ohjaaja, sivinäyttelijä, käsikirjoittaja, lavastaja ja yleisö) analysoidessaan palvelutapahtumaa sekä toimijoiden välisiä suhteita. Sovellamme Williamsin ja Anderssonin tulkintaa potilaan roolista sairaalaympäristössä. He sijoittavat rooliasetelmassaan potilaan perinteiseen toipuvaan sivurooliin (mt., 16–17). Terveydenhuollon käytännöt, hoito-ohjeet ja säännöt ilmentävät puolestaan näytelmän käsikirjoitusta, lääkäri kuvataan ohjaajaksi ja hoitohenkilökunta päänäyttelijäksi. Lääkärin tekee ohjaajana kaikki potilasta koskevat päätökset hoitotoimenpiteistä ja hallitsee suvereenisti käsikirjoitusta. Potilas ei siis ole pääroolissa, osallistuva ja aktiivinen palvelunkäyttäjä, vaan hän voi esittää ainoastaan toiveita sivuroolissa. Tutkijoiden mukaan kuluttaja voidaan kuitenkin sitouttaa ja/tai osallistaa palveluprosessiin osoittamalla hänelle aktiivinen rooli palvelunäytelmässä (vrt. Williams & Andersson 2005, 21).

Terveydenhoidon perinne rakentuu siis vahvasti ajatukseen potilaasta passiivisena hoitotoimenpiteiden kohteena. Perinteisessä käsikirjoituksessa lääkäri toimii papin roolissa, ohjaajana, ja potilas hänelle määrätystä roolisuo-rituksessa, sivuroolissa. Vuorovaikutteiset verkkopalvelut murtavat perinteistä asetelmaa, sillä potilaalta vaaditaan uudenlaisia kompetensseja. Sähköinen asiointi ohjaa potilasta kehittymään tiedollisesti ja taidollisesti kohti kuluttajan, asiakkaan ja asiantuntijapotilaan roolia, mikä johtaa samalla roolievoluutioon (Broderick 1998). Vastaavasti lääkärin perinteinen ”papin” toimijuus voi muuntua kohti kollegan, sopimuskumppanin ja insinöörin roolia. Molempien rooleja käsikirjoittaa siis se, asettuuko lääkäri ohjaajan roo-

liin ja ottaako hän – vai joutuuko hän ottamaan – sivuroolin? Samalla tavoin, potilas voi asettautua passiiviseen sivurooliin tai hän voi ottaa aktiivisen asiakkaan ja asiantuntijapotilaan roolin ja siten lähestyä lääkäriä kollegana ja sopimuskumppanina. Rooliasetelmasta tekee kiinnostavan se, että sähköisessä palvelussa lääkärin roolin performatiiviset symbolit, kuten valkoinen takki ja stetoskooppi (Goffman 1959, 36; Scott 2009, 125), eivät näy kuluttajalle kuten kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa.

## TUTKIMUSAINEISTO JA -KYSYMYKSET

Olemme analysoineet kuluttajien ja lääkärin keskinäisiä rooleja haastatteluaineistolla. Aineiston hankinta käynnistyi ajatuksesta tutkia potilaskuluttajia. Kun päädyimme tarkastelemaan ilmiötä rooliteoreettisesti, ymmärsimme, että lääkärin haastattelut avaavat rikkaamman tulokulman tarkasteltavaan ilmiöön – pelkästään potilaskuluttajia haastatteleamalla olisimme katsoneet lääkärin roolia potilaan silmin. Kuluttajilla ei myöskään voi olla käsitystä lääkärin kokemista rooleista, joten päädyimme haastattelemaan myös lääkäreitä.

Haastatteluaineisto koostuu neljästä lääkärihaastattelusta ja kymmenestä potilaskuluttajahaastattelusta. Kuluttajia haastateltiin enemmän, koska heidän käsityksensä olivat jäsentymättömmämpiä verrattuna lääkäreihin, jotka ovat tutkinnon myötä kasvaneet profession. Tutkittavien rekrytoinnissa käytettiin niin sanottua lumipallomenetelmää (purposive snowball sampling, ks. Patton 2002).<sup>1</sup> Tutkimusryhmän jäsen Susanna Helovuori, jolla on terveysalan tutkinto, teki kaikki haastattelut. Koska hänellä itsellään on alaan liittyvää hiljaista tietoa, hän pystyi keskustelemaan asiantuntijakielellä myös lääkärihaastatteluissa.

Haastattelijat rekrytoivat potilaskuluttajia ottamalla yhteyttä yritykseen, joka välitti tutkimuspyynnön työntekijöilleen. Kolme yrityksen työntekijää suostui haastatteluun. Loput haastateltavat löytyivät haastattelijan tuttavapiirin avulla. Kuluttajahaastateltavat ovat erilaisissa elämäntilanteissa (mm. yksin asuva opiskelija ja lapsiperhe) olevia 20–60-vuotiaita henkilöitä (liitetaulukko 1), joista naisia on seitsemän ja miehiä kolme. Tutkija rekrytoi lääkärin ottamalla yhteyttä yksityisellä lääkäriasemalla työskentelevään lääkäriin, joka suostui haastatteluun ja joka nimesi kollegoitaan, jotka voisivat olla kiinnostuneita tutkimuksesta. Kaksi lääkäreistä toimii yksityisellä ja kaksi julkisella sektorilla. Lääkärihaastateltavat ovat iältään 28–33-vuotiaita (liitetaulukko 2). Heistä yksi on nainen ja kolme miestä. Kaikki 14 haastattelua on toteutettu huhti–kesäkuussa 2012.

---

<sup>1</sup> Kun tutkimus pohjaa tieteellisen realismin lähtökohtaan, on lumipallomenetelmän käytössä huomioitava aineiston biasoituminen eli jonkin asteinen vinoutuminen (ks. Glassman & Glassman 1998). Koska aineistonkeruu tehtiin tulkitsevassa tutkimusperinteessä, ei informantteja tutkita yksilöinä, vaan kulttuuristen kertomusten tuottajina ja välittäjinä. Tutkimusotteessa myös tutkija osallistuu aktiivisesti aineiston luomiseen.

Lääkärihaastatteluiden sisältö poikkesi osittain kuluttajahaastatteluiden sisällöstä, koska lääkärin asema ja rooli on erilainen kuin potilaskuluttajien. Kaikkien haastateltavien kanssa käytiin läpi heidän näkemyksiään terveyspalveluista ja sähköisistä palveluista. Molemmat haastattelut alkoivat metaforakysymyksillä, joissa haastateltavat kertoivat, mitä heillä tulee mieleen sanoista potilas, terveyspalveluiden kuluttaja, kuluttaja ja lääkäri. Kuluttajahaastatteluissa nostettiin esiin lääkärissä käyntiin sekä toisaalta itsepalveluun (sähköinen asiointi) liittyviä odotuksia ja kokemuksia. Kuluttajia pyydettiin myös arvioimaan, mitä hyötyä sähköisestä palveluympäristöstä on heille ja mitä osaamista sähköisten palveluiden käyttäminen vaatii. Lääkärihaastateltavia pyydettiin arvioimaan vastaanottotilanteissa ja potilaiden odotuksissa tapahtuneita muutoksia sekä sähköisten palveluiden tarjoamiseen ja sisältöihin liittyviä ominaisuuksia. Tarkastelemme tutkimuksessa, millaisia rooleja potilaat ja lääkärit ottavat keskinäisessä vuorovaikutuksessa, sekä sitä, millaisia odotuksia heillä on sähköistyvien terveysmarkkinoiden suhteen?

Aineiston analyysi perustuu tulkitsevaan tutkimusotteeseen, jossa tavoitteena sosiaalisten ilmiöiden ja toiminnan perustana olevien merkitysten ymmärtäminen (Raunio 1999, 242), ei faktatietojen esittämiseen. Tekstejä ei pidetä väittäminä todellisuudesta eikä todellisuuden heijastumina, vaan tutkittavien todellisuuksien osana (Alasuutari 1999). Näin tutkija ei ole riippumaton toimija, vaan näkemykset ja arvostuksen kohteet rakentuvat osaksi tutkimusta sekä siinä tuotettua tietoa (Juhila 2004, 165, Moisander & Valtonen 2006, 71–72).

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, koska aihepiiri on arkaluontoinen. Terveysteen liittyviä kysymyksiä voidaan pitää henkilökohtaisina eikä niistä välttämättä haluta keskustella avoimesti tai ryhmässä. Vaikka lääkäreiden ja potilaskuluttajien haastatteluemat eriävätkin ja haastattelut käytiin erillisinä, tutkimusasetelman tavoitteena on löytää toimijoiden välistä vuoropuhelua, joka valottaa rooliasetelman ja roolievoluution merkitystä potilas-lääkärisuhteessa (Broderick 1998, 349–350). Suoria sitaatteja on kielen sujuvuuden ja luettavuuden vuoksi muokattu hieman kirjakielen suuntaan, mikä ei kuitenkaan ole vaikuttanut sisältöön.

## **POTILASKULUTTAJA VAI TERVEYSPALVELUIDEN ASIAKAS?**

Kuluttajälähtöisyys on muokannut terveydenhuollon sisäisiä ammatillisia rajoja sekä vaikuttanut kuluttajan asemaan – potilas halutaan yhä enemmän nähdä terveyspalveluiden kuluttajana (Wald ym. 2007, 219; Hardey 2010, 133–134). Tarjottujen palveluiden vertailu, mieluisan lääkärin konsultointi sekä ylipäänsä lääkärin näkeminen enemmän neuvonantajina ja asiakaspalvelijoina kuin lääketieteellisen diagnoosin tekijöinä heijastavat terveysmarkkinoiden muuttumista aikaisempaa kuluttajälähtöisemmiksi (mm. Hibbard & Mahoney 2010, Toiviainen 2011). Voidaan puhua jopa terveysmarkkinoilla ”shoppailusta” (Shilling 2002, 630). Esimerkiksi kauneuskirurgia tai terveystä edistävät yksityiset palvelut, kuten näöntarkastus tai painonhallinta, ovat osa terveyskuluttajuutta (Hietanen 2001, Hardey 2010), jossa maksava asiakas valitsee palvelun tuottajan.

Kun haastatelluilta kysyttiin, mitä heillä tulee mieleen sanoista potilas ja kuluttaja, he liittivät potilaaseen sellaisia määreitä kuten sairaalassa makaava ihminen, sairas vanhus ja vuodepotilas, kun taas terveyspalveluiden kuluttaja nähtiin aktiivisena terveytensä edistäjänä (vrt. Tuorila 2007). Jälkimmäinen pyrkii siis ehkäisemään sairaaksi tuloa. Keskeinen ero näiden toimijuuksien välillä on se, että potilas on sairas ja passiivinen hoidon kohde, kun taas terveyspalveluiden kuluttaja on terve ja aktiivinen. Käsitteiden väliset merkitykset ilmenevät kuluttajan kanssa käydystä keskustelusta:

*Haastattelija:* Mitäs sitten ajatuksia tulee mieleen sanasta potilas? Mitä sä ajattelet ekana?

*Potilaskuluttaja 7:* Mä ajattelen että potilas on sairaalassa makaava ihminen.

*Haastattelija:* Mitäs sit jos sä ajattelet sanaa terveyspalvelun kuluttaja, niin millä tavalla se poikkeaa siitä potilaasta tai poikkeako?

*Potilaskuluttaja 7:* Terveyspalvelun kuluttaja voi myöskin olla terve.

*Haastattelija:* Minkälaisia palveluja se voi sitten kuluttaa?

*Potilaskuluttaja 7:* Voihan se käydä kontrollikäynnillä esimerkiksi. Kun määrättyllä lääkäriellä käydään kontrollikäynnillä; hammaslääkärit, gynekologit, mitä niit on.

*Haastattelija:* Niin että ei tarvitse välttämättä olla sairas?

*Potilaskuluttaja 7:* Ei tarvitse olla sairas, vaan ihmiset haluavat tarkistuttaa terveytensä.

Myös lääkärihaastateltavat ajattelivat samansuuntaisesti: potilas on sairas, kun taas terveyspalveluiden kuluttaja on aktiivinen ja terve ihminen, joka tulee hakemaan tietoa ja neuvoja lääkäriltä. Toisaalta sekä potilaskuluttajat että lääkärit toivat esiin sen, että terveyspalveluiden kuluttajakin voi sairastua. Lääkärit myös kertoivat tunnistavansa terveyskuluttajassa enemmän asiakkaan roolin kuin sairaalahoitoa saavassa potilaassa. Yhtäältä haastateltavien puheesta välittyy perinteinen rooliasetelma, jossa potilas nähdään henkilönä, jota hoidetaan joko hoitolaitoksessa tai häntä hoitaa lääkäri tai muun terveydenhuollon ammattilainen (Tuorila 2007, 32). Toisaalta haastateltavat tuottavat terveyspalveluiden kuluttajan roolia, johon liitetään aktiivinen toimijuus ja joka muodostuu hoitoprosessiin sitoutumisesta ja hoidon merkityksen ymmärtämisestä sekä oman terveydentilan edistämisestä (Hogg 2003, 485–486).

Roolimuutos aktiiviseksi toimijaksi ilmenee erityisesti yksityisessä terveydenhuollossa, jossa kuluttajat arvostavat yksilöllisyyttä, valinnanvapautta sekä hoidon kokonaisvaltaisuutta (Bishop ym. 2011). Maksava asiakas voi vaatia tai ostaa tietynlaista hoitopalvelua. Kuitenkin juuri sairauden ja terveyden rajanvetoon kuluttajat tarvitsevat lääkärin asiantuntemusta ja hänen laatimaansa diagnoosia. Lääkäri kuvaa perinteisen asiakaspalvelun ja terveyspalvelun eroa sekä lääkärin roolia hoitotyössä:

*Lääkäri 4:* Jos potilas tulee vastaanotolle ja sanoo että hän haluaa tiettyä lääkettä, jolla on pahoja sivuvaikutuksia, joka aiheuttaa vaikka riippuvuutta ... Diapam esimerkiksi... Sitten mun mielestä on erittäin huonoa palvelua antaa sitä potilaalle, vaikka hän itse haluaa. Mutta tietysti jos sä olet myymässä jotain niin kun housuja, sä voit olla sitä mieltä, että nämä näytti ihan rumalta potilaalle, tai siis asiakkaalle... sä et voi sille mitään eikä se vaikuta hänen elämään hirveesti. Mutta kuitenkin ne lääkkeet vaikuttaa tosi paljon potilaan

elämään. Minun mielestä potilas-lääkärisuhde on erilaista kun se asiakaspalvelija, sanotaan näin.

Lääkärin on tasapainoiltava kahden käsikirjoitetun roolin välillä – lääkärin ja asiakaspalvelijan. Siteerattu lääkäri ei halua asettua kollegan rooliin (vrt. Veatch 1972), johon liitetään tasavertainen toimijuus, vaan tasapainoilee perinteisen asetelman, jossa diagnoosi ja hoito tehdään lääkärin ammattitaitoon ja valta-asemaan perustuen, ja asiakaslähtöisyyden välillä. Potilaskuluttaja odottaa lääkäriltä asiakaspalvelijana empaattisuutta, samaa mieltä olemista ja kokonaisvaltaista hoitoa (mm. Bishop ym. 2011). Toisin kuin muissa palveluammateissa, asiakas ei kuitenkaan ole ”aina oikeassa”, vaan lääkärin on tehtävä työtään ammattietiikan mukaisesti.

Edellä siteeratun lääkärin mukaan perinteinen lääkärin ja asiakaspalvelijan toimijuus voivat siis joutua ristiriitaan, koska lääkäri toimii potilaan parhaaksi, mutta se ei välttämättä miellytä maksavaa asiakasta. Terveyspalveluiden kuluttajalla on lääkärin suhteen rooliodotus, joka ei toteudu. Tilanne voi johtaa yhteisymmärryksen vähenemiseen ja tuottaa ristiriitatilanteen (Solomon ym. 1985, 105). Uudet roolijaot ja käsikirjoitukset haastavat näin roolien yhdenmukaisuuden toteutumista (Broderick 1998, 350). Vaikka potilaskuluttajan rooli on kasvanut tietoa hankkivaksi, osaavaksi ja ennaltaehkäisevää toimintaa harjoittavaksi puoliammattilaisen toimijuudeksi, hoidon, lääkkeiden ja diagnoosin osalta lääkäri on asiantuntija-asemassa suhteessa potilaaseen. Lääkäri tekee päätökset lääketieteellisin perusteluin, ei potilaan vaatimusten mukaan (Toiviainen 2007, 56). Potilaan näkökulmasta lääkärin oikeaksi katsomat hoitotoimenpiteet voivat kuitenkin johtaa konfliktiin, huonoon palvelukokemukseen. Jos potilas ja lääkäri näkevät toisensa sopimusluonteisina kumppaneina (contractual partner, Veatch 1972), jossa potilas on asiakkaan roolissa ja lääkäri palvelun tarjoajan, he voivat purkaa hoitosuhteensa.

## **KOHTI ASIANTUNTIJAPOTILAAN ROOLIA**

Hogg ym. (2003, 486) ovat korostaneet potilaan asiantuntijuutta oman terveydentilansa suhteen, koska lääkärillä ei välttämättä ole aikaa perehtyä riittävästä potilaan tilaan samalla tavalla kuin potilaalla itsellään. Oman terveydentilan ymmärtäminen on potilaan etu. Bury (2004) on tuonut esiin asiantuntijapotilaan (expert patient) toimijuutta, jolla tarkoitetaan potilaiden kykyä ymmärtää omaa sairauttaan parhaiten. Toivianen (2007, 16) mukaan oman terveyden ja sairauden asiantuntijuutta (lay expertise, patient expertise) kuvastaa hyvin informoitu, osallistuva (involved), neuvokas (resourceful), autonominen ja aktiivinen potilas. Tämä potilaan voimaantuminen – maallikkoasiantuntijuus – saattaa johtaa tilanteeseen, jossa lääkärin vastaanotolle tullaan valmiin diagnoosin kanssa (ks. Toivanen 2007, 54). Potilaskuluttaja pohtii muutosta:

*Potilaskuluttaja 6:* Ehkä joo, ja kyllä se nykyään, vaikka siis, lääkäreistä varmaan tuntuu toi tosi, tai en mä tiedä miten ne suhtautuu asiaan, mutta kun ihmiset ottaa nykyään netistä itse selvää, et nekin on jollain tapaa, kyllähän sä oot itse oman terveytesi asiantuntija, ku sä elät sun omaa elämääsi, sä tiedät sun omat vaivas, ja tietenkin monilla se menee silleen, et kun ne ottaa selvää, niin ne katsoo sieltä



kaikki kauheimmat, mahdolliset sairaudet, mitä mahtaisi olla, ja siis se on lääkäreistä tosi hirveitä, et niiden vastaanotolle tulee semmosia hirveitä, et tekee ittestään (--), mutta kyl se voi parhaassa tapauksessa myös auttaa, ja tietenkin, että saa tietoa vaikka miten elää jonkun sairauden kanssa, jos on joku krooninen sairaus tai mikä tahansa.

Maallikon kyky arvioida oman terveyden, terveystiedon ja diagnoosin välistä suhdetta on rajallinen. Potilaskuluttaja on omissa ajatuksissaan tehnyt vastaan tulkinnan, josta lääkärin tulisi olla samaa mieltä hänen kanssaan ja vahvistaa asiakaspotilaan ennakkodiagnoosi (vrt. edellä lääkärin 4 haastattelu). Lääkäri pohtii tätä potilaskuluttajan tiedollisen osaamisen ongelmaa, joka voi johtaa haastaviin tilanteisiin ja jopa hoidon tehottomuuteen:

*Lääkäri 3:* ... Mä oon vanhempien kollegoitten kans keskustellu ... missä on tullu just tämä esille että lääkärin sana on aikaisemmin ollut se semmonen laki. Nykyään sitä tullaan todellakin niiden omien diagnoosiensa kanssa ja, on valmiiksi epäilyjä ja muita sellaista. Ja voi olla sellaisia oikeesti ihan tosi pieleen menneitä juttuja joitten, sillai ihmiset on tosi hätääntyneitä ja tulee sitten sen omien huikeitten skenaarioittensa kanssa vastaanotolle. Ja siihen meneekin sitten enemmän aikaa sitte just niihin kumoomiseen ja rauhoitteluun.

Hogg ym. (2003, 480) näkevät yhdeksi ongelmaksi internetistä hankitun tiedon epäluotettavuuden sekä kaupallisten toimijoiden pyrkimykset vaikuttaa kuluttajaan. Potilaskuluttaja on haavoittuvassa asemassa juuri tiedollisten taitojen osalta. Haastateltava kertoi, että hän tarkastaa tiedon oikeellisuuden lääkärin kanssa vuorovaikutustilanteessa: *"Mä voin ainakin esittää kysymyksiä sitten, lääkärille, et mä oon käsittäny, mä monesti saatan laittaaaki itelleni paperille, kun mä meen lääkäriin, et mä olen ... lukenut jotain, et onko näin?"* (Potilaskuluttaja 5). Kuluttajan perehtyminen terveystietoon voi johtaa siirtymään potilaan roolista asiantuntevaksi, aktiiviseksi tiedonhakijaksi ja -käyttäjäksi – siis roolievoluutioon. Lääkäri kuvaa, miten potilaskuluttajan osaaminen voi ohittaa peruslääkärin osaamistason:

*Haastattelija:* Onko internet tietolähde potilaille? Huomaatko sen työssäsi?

*Lääkäri 2:* Joo, tulee paljon että ne on lukenut tosi paljon. Et vanhemmat ihmiset ei, mut kyllä nuoremmat kattelee netistä aina oireita. Ja sitten osalla on joku spesifinen diagnoosi, niin ne tietää niistä paljon enemmän nykyään kun joku peruslääkäri, kun ne on lukenut netistä ja perehtynyt siihen asiaan mitä ei ehkä itse olo tehnyt, jos on joku harvinaisempi sairaus. Että kyllä ihan selvästi huomaa sen.

*Haastattelija:* Onko se sun työtä helpottavaa tai hyvä juttu?

*Lääkäri 2:* Tavallaan hyvä. Emmä koe et se ... Et ehkä pitää olla sit vaan itelleen rehellinen ja myöntää että en ole just tähän asiaan niin perehtynyt ... En mä koe ainakaan et se ois haitannut. Mutta totta kai jos potilaan tietää itse hyvin, niin sitten ne hoitaakin itsensä paremmin että voisi kuvitella et siitä on hyötyä.

Yllä esitetyistä keskusteluista voimme lukea, että potilaan asiantuntijuus voi parhaimmillaan ylittää "ohi" peruslääkärin osaamistason ja pahimmillaan vaikeuttaa lääkärin työtä. Kuluttajien omat diagnoosit saattavat hidastaa hoitotoimenpiteitä. On kuitenkin kiinnostavaa, että terveystiedon vapaa saataavuus on muuttanut potilas-lääkärisuhdetta tasavertaisempaan suuntaan ja

potilaskuluttajasta on terveystalouden käsikirjoituksessa rakentunut myös pääroolin esittäjä – ainakin hetkellisesti. Vastaavasti hoitohenkilökunta ei yksiselitteisesti hallitse palvelutapahtuman pääroolia, käsikirjoitusta ja ohjausta, vaan ottaa – tai joutuu ottamaan – ajoittaisen sivuroolin. Potilaiden aktiivinen toimijuus ja osaaminen kohdistuvat kuitenkin heidän omaan henkilökohtaiseen terveyteensä, lääkärin osaaminen ja ammattitaito puolestaan koko potilas- ja ammattikuntaan. Lääkäri on siis laajassa, koko yhteisön käsikirjoituksessa ammattipätevyytensä myötä asiantuntija ja auktoriteetti – eli ohjaaja. Yksittäisessä asiakaskontaktissa hän kuitenkin sopeutuu potilaskuluttajan rooliodotuksiin ja toimii tarvittaessa vaikka kollegana, tasarvoisena ja luottamuksellisena osapuolena (Veatch 1972). Vaikka potilas voikin hetkellisesti saada vahvemman asiantuntija-aseman suhteessa lääkäriin, hoitotoimenpiteistä päätetään yleensä viime kädessä yhdessä (Wald ym. 2007, 222).

## VERKKOPALVELUT ROOLIEVOLUUTIOSSA

Simborgin (2012, 370) mukaan kuluttajilta odotetaan sähköisen tiedon ja e-terveyspalvelujen lisääntyessä kasvavaa omatoimista terveyden edistämistä. Jung ja Loria (2010, 55–56) ovat listanneet verkkoterveydenhuollon ja sähköisten terveystalouksien eduiksi tiedon vaihdon vuorovaikutteisuuden, paremmat yhteydet ja pääsymahdollisuudet terveydenhuollon piiriin sekä parantuneen hoidon laadun. Myös Lewis ym. (2012, 334) näkevät sähköisen kommunikaation edistävän hoito-ohjeiden tiiviimpää noudattamista. Potilaskuluttajat nostivat haastatteluissa esiin samanlaisia argumentteja ja toivoivat sähköisiltä palveluilta kahdensuuntaisesta, vuorovaikutteisesta potilaslääkärisuhdetta (myös Lemire 2010, 171). Kuluttaja pohtii sähköisen palvelun etuja ja painottaa asiakaspalvelun ja saatavuuden merkitystä:

*Haastattelija:* No, luuletko sinä, että jos näitä palveluita ruvetaan käyttämään enemmän [sähköisinä], niin ... että ne lääkärit lähtisi tämmösiin, jos olis vaikka jotain tällaisia vuorovaikutteisia palveluita, tai muita mitä lääkäritkin vois käyttää, ni luuletko että ne innostuisi siitä ja lähtis mukaan?

*Potilaskuluttaja 8:* ... niin tosiaan, siis varmaan, kyl mä luulen et se helpottais sitä lääkärin työtä jotenkin, voi olla että jotkut vanhat lääkärit ei tykkäis jos niiden, vanhoihin juttuihin.

*Haastattelija:* Siis vanhat lääkärit?

*Potilaskuluttaja 8:* Niin vanhat lääkärit ei välttämättä ois niin fiiliksisä siitä mutta, kyllähän se on ihan tosiasia että toiki, lääkärijuttu on loppupeleissä asiakaspalvelua, ja musta tuntuu että, suurin osa potilaista kuitenkin tykkäisi siitä että, toi kävisi sitten vaan helpommaksi toi terveydenhuolto silleen just, että pystyisi netissä asioimaan enemmän, niin olisihan siitä tosi paljon hyötyä varmasti. Ja miksi nyt siitä ei voisi sitte innostuakin, tai että luulisi että ne lääkäritkin ois ihan, mielellään kehittäisi vähän tuota palvelua, koska siitäkin on kuitenkin valitettu niin paljon ... hirveet jonot ja on vaikeeta päästä lääkäriin sun muuta niin, ehkä se jotenkin verkossa sitten helpottuisi.

Lääkärit ja potilaskuluttajat näkivät sähköisen vuorovaikutteisuuden lisäksi myönteisenä verkkopalveluiden pääsymahdollisuuden potilastietoihin ja -historiaan sekä ajankäytön tehostumisen (myös Wald ym. 2007, 220). Kuluttajat kertoivat haluavansa seurata aikaisempien käyntien syitä, sillä nii-

den muistaminen koettiin vaikeaksi. Potilashaastateltava kuvasi lääkärissä käyntiä tilanteena, jota usein varjostaa heikentynyt terveys ja huoli. Vastaanotolla käsitellyt asiat saattavat tuntua vaikeilta ja unohtua myöhemmin. Potilaat myös kokevat, että vastaanotolla pitää osata kysyä oikeat asiat saadakseen haluamansa tiedon. Vaikka sähköinen asiointi mahdollistaa uusia palvelumuotoja ja voi tehostaa palvelun saatavuutta, samalla se asettaa potilaskuluttajille uusia vaatimuksia eli verkossa tapahtuvaa palvelun omaksumista. Sähköinen asiointi vaatii potilaalta kykyä kehittyä tiedollisesti ja taidollisesti. Potilaskuluttaja pohtii seuraavassa asiantuntijapotilaan roolia (mm. Bury 2004), joka hänen tulkintansa mukaan vaatii lähes sairaanhoitajatasoista osaamista:

*Haastattelija:* Mitä asioita se sun mielestä potilaalta tai kuluttajalta vaatii, semmoinen sähköisen terveystalouden käyttäminen, muuta kun että sulla on tietokone ja internetti? Osaaks sä nimetä mitään, esimerkiksi osaamista tai?

*Potilaskuluttaja 5:* Ehkä sitten, ainakin se vaatisi ehkä sitten sitä, että sä jonkin verran tietäisit, et mitä sä sieltä lähdet hakemaan tai mitä palveluja sä tarvitset, et ihminen, joka oikeestaan ei tiedä näistä asioista mitään, niin sehän saattaa mennä lääkärille tai sairaanhoitajalle ja kuunnella ja kysyä, mutta että mun mielestä tuossa pitäisi sitten vähän itse tietää, et mitä (tyylistä) haluaa. Että sun pitäisi olla tiedostava tavallaan siitä hyvinvoinnistasasi, tai sitten sun pitäisi olla joko sairaanhoitaja tai joku, sellanen vähän koulutus, että sä tarvit tietää, että mitä sä sieltä etsit, tai mitä sä sieltä tarvit, mikä se on mitä sä tarvitset.

Sähköinen asiointi perustuu suurimmaksi osaksi itsepalveluun, joten mieli-kuva asioinnista näyttäytyy potilaskuluttajalle erityisosaamista vaativana palveluna. Haastattelujen perusteella potilaaseen kohdistuu rooli-odotuksia, jotka äärimmillään vietyinä vaativat ammattiosaamista, kuten sairaanhoitajan ja/tai lääkärin tietotaitoa (ks. edellä lääkäri 2). Näin hoitohenkilökuntaan ja potilaaseen kohdistuvat rooli-odotukset ovat sekä tasa-arvoistaneet että eriarvoistaneet palvelukäsikirjoitusta. Terveystalouden kuluttajat voivat ottaa aktiivisia asiantuntijatoimijuuksia, mutta tietotaidoiltaan heikommassa asemassa olevat potilaat voivat syrjäytyä palvelutarjonnasta (vrt. Jung & Loria 2010, 60). Verkkopalvelujen käyttö edellyttää tietoteknistä osaamista ja verkon käyttömahdollisuutta. Omatoiminen terveystalouden palvelu voi johtaa myös liian suuriin rooli-odotuksiin, mikä saattaa passivoida palvelun käyttäjiä. Potilaskuluttaja kuvaa seuraavassa, miten sähköinen ympäristö voi johtaa sivurooliin:

*Haastattelija:* Näetkö sä sitten että nuo terveydenhuolto-, terveydenhoitohenkilöstö... että ne omaksuu tämmöset sähköiset käytännöt?

*Potilaskuluttaja 3:* Kun minusta jotenkin se lääkäri, mä ajattelen vaan, tämä on ihan yksityisajattelua, että se lääkärin työ pitäisi olla, sitä, just sitä lääkäri-ihmis, ihmisten välistä työtä, eikä niin että kun menee lääkäriin, niin se lääkäri istuu ja tuijottaa sitä ruutua ja hädin tuskin sanoo päivää sulle. Ei kohtaa ollenkaan, vaan se koko ajan näpyttelee sinne niitä asioita ja sitten se "ai onko tässä jotain", ja jotenkin potilas tuntee itsensä sivuseikaksi jos lääkäri on tämän tyyppinen.

Kuten jo edellä toimme esiin, potilaskuluttajat odottavat sekä sähköiseltä että kasvokkaiselta kohtaamiselta lääkärin läsnäoloa ja keskusteluyhteyttä. Haastatteluissa pohdittiin sitä, miten sähköisestä ympäristöstä saisi vuorovaikutteisen, sillä sähköisen terveystalouden ajateltiin toimivan paljolti eri aikaikkunassa: potilas käy kirjaamassa tuntemuksiaan lääkärille ja lääkäri vastaa hänelle kirjaututtuaan verkkopalveluun. Sekä potilaat että lääkärit pohtivat vuorovaikutuksen mahdollistavia teknologioita. He nostivat esiin muuan muassa ”näköradion” eli nettikameran, jossa vastaanotto tapahtuu reaaliaikaisesti. Kuten potilaskuluttaja 1 kertoo rooliodotuksesta lääkäriä kohtaan: *”Empatia. Semmonen et se lääkäri on siinä paikalla. Niinku henkisesti. Et se on niinku missä tahansa asiakaspalvelussa et se on just siinä mua varten eikä siin vaan suorittamassa jotain palkkansa ansaintaa.”* Sähköisen palvelun haastena onkin asiakkaan näkökulmasta lääkärin roolisuorituksen ”autenttisuus”, johon sisältyvät kasvokkaisen vuorovaikutuksen lisäksi mahdollisesti myös lääkärin valkoinen takki, stetoskooppi sekä esityksen lavastus: vastaanottohuone (Goffman 1959).

Haastateltavat korostivat myös sitä, että sähköisessä palvelun toteutuksessa teknologian tulisi olla helppokäyttöistä eli perustua esimerkiksi kosketusnäyttöön sekä yksinkertaisiin ohjeisiin. Lääkäri 4 pohtii palvelun käyttöominaisuuksia: *”No, pitäisi olla ... ensin pitäisi olla erittäin intuitiivinen, silleen että tämä (sähköinen palvelu) pitäisi olla erittäin helppo käyttää, vähän niin kuin iPhone oli, se on yks esimerkki, yksi tietokoneohjelma, joka on niin yksinkertaistettu, kun lapsetkin pystyy sit käyttämään.”*

Verkkopalvelun nähtiin siis yhtäältä helpottavan vuorovaikutusta ja toisaalta vaikeuttavan kommunikointia, jos palvelua on teknisesti vaikea käyttää. Tämä lisäksi huoli kohdistui myös lääketieteen terminologiaan: lääkärit puhuvat ”lääkärislangista” eli lääkärin käyttämästä ammattikielestä ja potilaskuluttajat pohtivat vaikeasti ymmärrettävää ”terveysjargonia”. Myös Lemiren (2010, 174) mukaan verkkoterveysspalveluita odotetaan käytettävyyttä, yksinkertaisuutta ja selkeää informaatiota. Näin verkkoasiointi ei aina välttämättä tasa-arvoista roolien välistä tietokuilua, vaan saattaa jopa leventää sitä. Lääkärit painottivatkin, että verkkopalvelussa käytettävän kielien ja tiedon tulisi olla mahdollisimman yksiselitteistä, jotta väärinkäsityksiltä vältyttäisiin. Samalla tavoin kuin avoimesti saatava terveystieto voi johdattaa potilaskuluttajan epärealistisiin omiin diagnooseihin, voi verkkopalvelu myös syventää tietokuilua ja potilaskuluttajan roolievoluutio asiantuntijapotilaaksi estyy.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Kuluttajalähtöiset terveystalot ovat muokkaamassa ja määrittämässä uudelleen syvälle juurtuneita, perinteisiä rooliasetelmia, käytäntöjä ja toimintajuuksia. Olemme analysoineet potilaan ja lääkärin rooleja, niihin kohdistuvia odotuksia ja roolievoluutiota siirryttäessä kohti sähköisiä terveystalotia (Broderick 1998; Williams & Andersson 2005). Tutkimuksemme mukaan potilaan ja lääkärin välinen suhde on muuttumassa vaihtuvarooliseksi verrattuna perinteiseen hierarkkiseen potilas-lääkäriasetelmaan, jossa lääkärin sana on ”laki” ja potilaan tehtävänä on olla sairas, passiivinen hoidon kohde. Potilaan rooli on laajentunut kohti potilaskuluttajuutta, terveystalotia-

den kuluttajuutta ja asiakkuutta sekä maallikkoasiantuntijuutta (mm. Bury 2005, Toiviainen 2007), jossa kuluttaja hakee tietoa, edistää omaa terveyttään sekä on tasaveroinen kumppani lääkärin kanssa (mm. Veatch 1972). Samalla tavoin lääkärin asiantuntijuuden rinnalle on rakentunut asiakaspalvelijan, kollegan ja sopimuskumppanin toimijuus, jossa potilaat odottavat hoidon lisäksi hyvää palvelua ja tasaveroista kohtelua.

Williams ja Andersson (2005) sijoittavat terveydenhuollon rooliasetelmassa potilaan toipuvan sivurooliin, lääkärin ohjaajaksi ja hoitohenkilökunnan päänäyttelijöiksi. Tutkimuksemme mukaan potilaskuluttajan rooli voi hetkellisesti kasvaa ohi lääkärin roolin ja potilaasta rakentuu hoidon ja terveystiedon maallikkoasiantuntija (taulukko 1). Lääkärin vastaanotolla voidaan pyytää esimerkiksi antibiootteja "varalta", jolloin potilaskuluttaja tavoittelee diagnoosivastuun ottamista itselleen. Tällöin lääkäri toimii insinöörin roolissa tiedollisena asiantuntijana (vrt. Veatch 1972), joka siirtää vastuun potilaalle. Kun kuluttaja ottaa käsikirjoituksessa pääroolin itsenäisenä ja aktiivisena palvelunkäyttäjänä, joka on hoidon keskeinen osapuoli ja asiantuntija, lääkärin rooli rakentuu kollegaksi ja sopimuskumppaniksi.

Kun asiantuntijapotilas nousee palvelukäsikirjoituksen päärooliin, lääkäri joko säilyttää ohjaajan roolin tai päärooli vaihtuu tilapäiseksi sivurooliksi. Roolitus ei ole kuitenkaan yksiselitteinen ja selvärajainen. Esimerkiksi sähköisen palvelun käsikirjoituksessa potilaskuluttaja saa passiivisen sivuroolin, jos verkkopalvelun osaamisvaatimukset ovat kuluttajan mielestä liian vaikeita, vuorovaikutusta ei synny tai lääketieteellinen terminologia ei ole ymmärrettävää (myös Lemire 2010). Jos potilaskuluttajaa ei osallisteta ja kohdata verkkoympäristössä tasaveroisena toimijana, sähköisen palvelun ohjaajan rooli säilyy lääkärillä.

## Taulukko 1: Potilaan ja lääkärin roolit terveystaloudessa

<p>Potilas sivuroolissa Lääkäri ohjaajan roolissa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perinteinen rooliasetelma: ei evoluutiota</li> <li>• lääkäri tekee diagnoosin</li> <li>• potilas uskoo ja kunnioittaa lääkärin auktoriteettia</li> <li>• rooliodotukset toteutuvat</li> </ul> <p>Lääkäri: pappi Potilas: potilas</p>	<p>Potilas pääroolissa Lääkäri ohjaajan roolissa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan roolievoluutio</li> <li>• aktiivisen potilaskuluttajan päärooli tilapäinen</li> <li>• lääkärin ja potilaan yhteistyö vahvistuu</li> <li>• lääkäri on diagnoosin tekijä ja asiakaspalvelija</li> <li>• roolikonfliktin riski: odotukset eivät kohtaa</li> </ul> <p>Lääkäri: kumppani ja kollega Potilas: asiantuntija ja asiakas</p>
<p>Potilas sivuroolissa Lääkäri sivuroolissa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan passiivinen sivurooli</li> <li>• lääkärin roolin kaventuminen</li> <li>• lääkärin sivurooli tilapäinen</li> <li>• rooliodotukset eivät kohtaa/toteudu</li> <li>• "Diagnoosia ei synny"</li> </ul> <p>Lääkäri: insinööri, kumppani Potilas: potilas, asiakas, kuluttaja</p>	<p>Potilas pääroolissa Lääkäri sivuroolissa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan roolievoluutio</li> <li>• lääkärin roolin kaventuminen</li> <li>• lääkärin sivurooli tilapäinen</li> <li>• lääkäri on asiakaspalvelija, tiedon välittäjä ja toiveiden toteuttaja</li> <li>• potilaskuluttaja tavoittelee vastuunottamista hoidostaan</li> </ul> <p>Lääkäri: insinööri Potilas: asiantuntijapotilas, "shoppailija"</p>

Williams ja Andersson (2005) ovat painottaneet kuluttajan aktiivista roolia palvelunäytelmässä, mikä edellyttää palveluntuottajalta kuluttajan käsikirjoittamista päärooliin. Kiinnostavaa uudessa rooliasetelmassa on potilaskuluttajan ja lääkärin välinen roolijako: molemmat voivat toimia palvelukäsikirjoituksessa joko tiiviissä yhteistyössä tai valta-asetelma voi säilyä ja jättää potilaan sivurooliin (kuvio 1). Potilas ei koskaan voi toimia hoitonäytelmän ohjaajana, sillä hänen "toimivaltansa" ei yllä koko hoitotilanteen käsikirjoitukseen vaan ainoastaan hoitavaan lääkäriin. Molempien toimijoiden samanaikainen aktiivisuus lisää roolikonfliktin mahdollisuutta, koska potilaskuluttaja odottaa lääkärin toimivan asiakaspalveluroolissaan asiakkaan odotusten mukaisesti. Myös molempien toimijoiden passiivisuus saattaa johtaa roolien epäsymmetriaan: lääkäri ei passiivisimmillaan toteuta potilaan odotusta asiantuntijuudesta.

Kiitämme rakentavista kommentteista anonyymeja vertaisarvioijia sekä tutkija Eliisa Kylkilahtea.

## LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino, Tampere.
- Biddle, Bruce J. (1986) 'Recent Developments in Role Theory', *Annual Review of Sociology* 12: 67–92.
- Bishop, Felicity L, Barlow, Fiona, Coghlan, Beverly, Lee, Philippa & Lewith, George T. (2011) 'Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK', *BMC Health Services Research*, 11: 129.
- Broderick, Anne J. (1998) 'Role theory, role management and service performance', *The Journal of Services Marketing*, 12(5): 348–361.
- Bury, Mike (2004) 'Researching patient-professional interactions', *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(1): 48–54.
- Cline, Rebecca J. Welch & Haynes, Katie M. (2001) 'Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art', *Health Education Research*, 16(6): 671–692.
- Deber, Raisa B., Kraetschmer, Nancy, Urowitz, Sara & Sharpe, Natasha (2005) 'Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?', *Health Expectations*, 8(4): 345–351.
- Glassman, Nanci A. & Glassman, Myron (1998) 'Screen questions: How screening questions can cause self-selection bias', *Marketing Research*, 10(3): 27–31.
- Goffman, Erving (1959) *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
- Hardey, Michael (2010) 'Consuming Professions: User-review websites and health services', *Journal of Consumer Culture*, 10(129): 129–149.
- Hibbard, Judith H. & Mahoney, Eldon (2010) 'Toward a theory of patient and consumer activation', *Patient Education and Counseling*, 78(3): 377–381.
- Hietanen, Olli (2001) 'Näkökulmia eTerveyspalveluiden kehittämiseen', *Futura* 1(1): 87–93.
- Hogg, Gillian, Laing, Angus & Winkelman, Dan (2003) 'The professional service encounter in the age of the Internet: an exploratory study', *Journal of Service Marketing*, 17(5): 476–494.
- Juhila, Kirsi (2004) 'Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus – historiaa ja nykysuuntauksia', *Janus*, 12(2): 129–133.
- Jung, Mary-Louise & Loria, Karla (2010) 'Acceptance of Swedish e-health services', *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3: 55–63.
- Korp, Peter (2006) 'Health on the Internet: implications for health promotion', *Health Education Research*, 21(1), 78–86.
- Lemire, Marc (2010) 'What can be expected of information and communication technologies in terms of patient empowerment in health?', *Journal of Health Organization and Management*, 24(2): 167–181.
- Lewis, Trevor, Synoviec, Christina, Lagomarsino, Gina & Schweitzer, Julian (2012) 'E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations', *Bulletin of The World Health Organization*, 90(5): 332–340.
- Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Miller, Edward Alan & Pole, Antoinette (2010) 'Diagnosis Blog: Checking Up on Health Blogs in the Blogosphere', *American Journal of Public Health*, 100(8): 1514–1519.

- Moehr, Jochen R. (2002) 'Guidelines, the Internet, and Personal Health: Insights from the Canadian HEALNet Experience<sup>1</sup>', *Methods of Information in Medicine*, 41(3): 230–234.
- Moisander, Johanna & Valtonen, Anu (2006) *Qualitative Marketing Research. A Cultural Approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Parsons, Talcott (1952) *The Social System*. London: Tavistock Publications Limited in collaboration with Routledge & Kegan Paul Limited.
- Patton, Michael Quinn (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Raunio, Kyösti (1999) *Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Helsinki: Gaudeamus.
- Szasz, Thomas & Hollander, Mark (1956) 'A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship', *Journal of the American Medical Association*, 97: 585–588.
- Scott, Susie (2009) *Making Sense of Everyday Life*. Cambridge: Cambridge Polity Press.
- Simborg, Donald W. (2010) 'Consumer empowerment versus consumer populism in healthcare IT', *Journal of the American Medical Informatics Association*, 17(4): 370–372.
- Shilling, Chris (2002) 'Culture, the 'sick role' and the consumption of health', *British Journal of Sociology*, 53(4): 621–638.
- Solomon, Michael R, Surprenant, Carol, Czepiel, John A. & Gutman, Evelyn G (1985) 'A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter', *Journal of Marketing*, 49(Winter 1985): 99–111.
- Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Stakes, Tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.
- Toiviainen, Hanna (2011) 'Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen', *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127(8): 777–783.
- Toiviainen, Hanna & Hemminki, Elina (1998) 'Finnish physicians' attitudes towards preconsultation information: Menopausal treatment practices as an example', *Patient Education and Counseling*, 35: 101–109.
- Tuorila, Helena (2000) *Potilaskuluttaja terveystuotemarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa*. Acta Universitatis Tampereensis 764, Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuorila, Helena (2007) 'Ikääntyvien asiakasosaaminen terveydenhuollon palvelumarkkinoilla', *Teoksessa Lammi, M. Järvinen, R. & Leskinen, J. (toim.) Kuluttajat kehittäjinä. Miten asiakkaat vaikuttavat palvelumarkkinoilla? Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2007*. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 165–177.
- Veatch, Robert (1972) 'Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age', *Hastings Center Report*, 2: 5–7.
- Wald, Hedy, Dube, Catherine & Anthony, David (2007) 'Untangling the Web- The impact of Internet use on health care and physician-patient relationship', *Patient Education and Counseling*, 68(3): 218–224.
- Williams, Jacqueline A. & Andersson, Helen H. (2005) 'Engaging customers in service creation: a theater perspective', *Journal of Services Marketing*, 19(1): 13–23.



## **KIRJOITTAJATIEDOT**

Minna Autio työskentelee kuluttajaekonomian yliopistonlehtorina Helsingin yliopiston taloustieteen laitoksessa. [minna.autio\(at\)helsinki.fi](mailto:minna.autio@helsinki.fi)

Susanna Helovuori työskentelee tutkijana Helsingin yliopiston taloustieteen laitoksessa Tekesin rahoittamassa projektissa CONSER – Consumer Service Culture and the Economy. Hän on työskennellyt syksyllä 2012 Helsingin kaupunginsairaalan erikoislääkäripoliklinikoiden kehittämishankkeessa. [susanna.helovuori\(at\)helsinki.fi](mailto:susanna.helovuori@helsinki.fi)

Jaakko Autio työskentelee lehtorina Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulun viestinnän laitoksessa. [jaakko.2.autio\(at\)aalto.fi](mailto:jaakko.2.autio@aalto.fi)

### Liitetaulukko 1: Kuluttajahaastateltavien taustatiedot

	Sukupuoli	Ikä	Koulutus	Siviilisäätö	Lapsia	Terveys- asema
H1	Mies	34	Maisteri	Naimisissa	Ei	Työterveys
H2	Nainen	25	Kandidaatti	Avoliitossa	Ei	Julkinen
H3	Nainen	60	Kandidaatti/ Eläkkeellä	Naimisissa	On	Julkinen
H4	Nainen	37	Ammattikorkeakoulu	Naimisissa	On	Työterveys/ Julkinen
H5	Nainen	56	Ylioppilas/ Varhaiseläkkeellä	Naimisissa	On	Yksityinen
H6	Mies	33	Maisteri	Naimisissa	On	Yksityinen/ Julkinen
H7	Nainen	59	Peruskoulu/ Lastenhoitaja	Naimisissa	On	Yksityinen/ Julkinen
H8	Nainen	20	Opiskelija	Naimaton	Ei	Yksityinen/ Julkinen
H9	Mies	32	Diplomi-insinööri	Naimisissa	On	Työterveys
H10	Nainen	38	Maisteri	Naimisissa	On	Työterveys

### Liitetaulukko 2: Lääkärihaastateltavien taustatiedot

	Sukupuoli	Ikä	Työkokemus vuosissa/ Sektori
Lääkäri 1	Mies	31	8 / Yksityinen
Lääkäri 2	Nainen	28	1 / Julkinen
Lääkäri 3	Mies	33	6 / Yksityinen
Lääkäri 4	Mies	31	4 / Julkinen