

736.

TERVEYDENHUOLTOPALVELUJEN KAUPALLISTUMINEN JA
KULUTTAJANÄKÖKULMA - ESIMERKKINÄ LÄÄKÄREIDEN
SUHTAUTUMINEN VAIHDEVUOSIEN HOITOKÄYTÄNTÖJEN
MARKKINOINTIIN

Hanna Toiviainen

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

pro gradu -tutkielma 1998

Terveysthuoltopalvelujen kaupallistuminen ja kuluttajanäkökulma - esimerkkinä lääkäreiden suhtautuminen vaihdevuosisien hoitokäytäntöjen markkinointiin

Hanna Toiviainen, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos (sosiologia), pro gradu -tutkielma, helmikuu 1998, 119 s. + liitteet

Tiivistelmä: Konsumerismilla tarkoitetaan kuluttajan valintojen korostamista ja kulutuskeskeisyyttä. Kuluttajalähtöisyydestä/-näkökulmasta terveydenhuollossa on keskusteltu laajasti etenkin kansainvälisesti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten suomalaiset lääkärit suhtautuvat siihen, että kuluttajaliikkeet tiedottaisivat lääkäreistä heidän hoitokäytäntöjensä mukaan. Suhtautumista selvitettiin sekä yleisesti että konkreettisen esimerkin, vaihdevuosisien hoitokäytännöistä tiedottamisen, avulla. Tutkimusmenetelminä käytettiin havainnointia ja kyselylomaketta. Kaikille Uudenmaan ja Hämeen läänien työikäisille gynekologeille (n= 221) ja yleislääketieteen erikoislääkäreille (n= 591) lähetettiin kyselylomake syksyllä 1995 sen jälkeen, kun erikoisalojen lääkäriyhdistyksiltä oli pyydetty saada lähettää kysely niiden jäsenkirjeessä. Kyselyn allekirjoittajina toimivat suomalaiset kuluttajaliikkeet. Lääkäreiden mielipiteitä mitattiin 1) lääkäriyhdistysten suhtautumisella tutkimukseen, 2) kyselyn vastausprosentilla, 3) lääkäreiden kiinnostuksella osallistua kuluttajaliikkeiden suunnittelemaan esitteeseen lääkäreistä heidän vaihdevuosisien hoitokäytäntöjensä mukaan ja 4) lääkäreiden suhtautumisella hoitokäytännöistä tiedottamiseen yleisesti. Suomen Gynekologiyhdistys suhtautui tutkimukseen jyrkän kielteisesti Suomen yleislääketieteen yhdistyksen suhtautumisen ollessa myönteisempää. Kyselyn vastausprosentti oli 38% (n= 307). Vastanneista lääkäreistä 17% halusi kuluttajaliikkeiden suunnittelemaan esitteeseen ja 21% kannatti hoitokäytäntöjä koskevaa etukäteisinformaatiota yleensä. Jos esitteeseen haluavien osuus lasketaan kaikista kyselyn saaneista, esitteeseen halusi vain 5% lääkäreistä. Tavallisimpia syitä kielteiseen suhtautumiseen olivat, että etukäteisinformaatio on lääketieteellisesti mahdotonta tai ei sopinut vastaajan työnkuvaan. Mielipiteisiin ja niiden perusteluihin vaikuttivat lääkärin erikoistumisala ja työpaikka. Potilaan osallistumiseen hoitopäätöksentekoon tarvittaneen toisenlaisia lähestymistapoja kuin esitteitä ja listoja lääkärin valitsemiseksi. **Avainsanat:** kuluttajat, konsumerismi, hoitokäytännöt, informaatio, hormonikorvaushoito

ESIPUHE

Ajatuksen tähän pro gradu -tutkielmaan sain suorittaessani valtionhallinnon harjoittelua loppukesästä 1995 Stakesissa ja työllistyttyäni harjoittelun loputtua "Vaihdenvuosien jälkeisen hormonihoidon hyödyt ja haitat" -projektiin. Haluan kiittää yhteistyöstä Suomen Kuluttajaliittoa, Suomen Potilasliittoa ja Kuumia Aaltoja. Lisäksi kiitän "kohteitani"; Suomen Gynekologiyhdistystä ja Suomen yleislääketieteen yhdistystä sekä yksittäisiä lääkäreitä. Professori Elina Haavio-Mannilaa ja tutkija Ilka Kangasta Helsingin yliopiston sosiologian laitokselta sekä tutkimusprofessori Elina Hemminkiä Stakesista kiitän menetelmällisestä tuesta. Työni ohjaajaa Paula Rantamaata Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitokselta kiitän arvokkaista kommentteista, jotka auttoivat työn saattamisessa lopulliseen asuunsa.

SISÄLTÖ:

1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
2. 1 Konsumerismi terveydenhuollossa	7
2. 2 Konsumerismi ja (potilaan) valta	13
2. 3 Konsumerismin kritiikkiä	17
2. 4 Kuluttajaliike ja potilaiden tyytyväisyys erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä	21
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ	27
3. 1 Tarkastelun kohteena vaihdevuodet ja niiden hoito	30
3. 2 Tutkittavana lääkärit	37
4 TUTKIMUKSEN KULKU: AINEISTO JA MENETELMÄT	45
4. 1 Lääkäriyhdistykset ja alkuperäinen ajatus tutkittavista (Miten lähestyä lääkäreitä?)	47
4. 2 Tutkittavien lopullinen määrittely/rajaaminen	49
4. 3 Kyselylomake ja vastausten analysointi	50
5 LÄÄKÄRI-KOLLEKTIIVIT REAGOIVAT TUTKIMUKSEEN	53
5. 1 Suomen Gynekologiyhdistys - jyrkkä EI	53
5. 2 Suomen yleislääketieteen yhdistys - "kyllän" ja "ein" välillä	58
5. 3 Kollektiivista yhteydenottoa kyselyn lähettämisen jälkeen	63
6 LÄÄKÄRIYKSILÖIDEN HOITOKÄYTÄNNÖT JA SUHTAUTUMINEN HOITOKÄYTÄNNÖISTÄ TIEDOTTAMISEEN	64
6. 1 Lääkäreiden tausta ja hoitokäytännöt	64
6. 2 "Ei" tiedottamiselle	69
6. 3 Julkiset hoitokäytännöt	79
6. 4. (Muita) huomautuksia	86

7 TULOSTEN TULKINTAA JA YHTEENVETOA	92
8 JOHTOPÄÄTÖKSET (DISKUSSIO) - KONSUMERISMIN TARPEELLISUUS JA MAHDOLLISUUS SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA	105
KIRJALLISUUS	110
LIITTEET (1 - 6)	120
1) Lähetekirje ja kyselylomake	
2) Suomen Gynekologiyhdistyksen kirje jäsenille	
3) Suomen Gynekologiyhdistyksen kirje tutkijalle	
4) Suomen yleislääketieteen yhdistyksen kirje jäsenille	
5) Suomen yleislääketieteen yhdistyksen kirje tutkijalle	
6) Termien määritelmiä	

1 JOHDANTO

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään lääkäreiden suhtautumista kuluttajalähtöiseen hoitokäytäntöjen markkinointiin. Laajempaan tarkastelunäkökulmana ja taustana on terveydenhuoltoideologian ja terveystalouden (mahdollinen) muuttuminen entistä kaupallistuneemmiksi ja markkinaohjautuviksi. Nykyisin havaittavissa oleva muutos on kokonaisvaltaista ja tapahtuu monenlaisten toimijoiden aloitteesta. Markkinanäkökulman tutkiminen vaatii terveydenhuollon toimintatapojen tarkastelua kaikilla sen eri osa-alueilla ja kerroksissa - arvioinnissa, käytännössä, hallinnossa, päätöksenteossa, suunnittelussa ja tutkimuksessa.

Terveydenhuoltoideologian (mahdollinen) muuttuminen kohti markkinaperusteista palvelujärjestelmää herättää monenlaisia kysymyksiä, joihin tässä työssä pyritään myös hakemaan vastauksia. Ketä markkinanäkökulma palvelee ja palveleeko se ketään? Kuka hyötyy muutoksesta? Miksi halutaan muutosta ja halutaanko sitä ylipäänsä lainkaan? Ovatko osapuolet jo tyytyväisiä? Keiden aloitteesta muutos tapahtuu ja kuka määrittelee muutoksen suunnan? Minkälaisia ovat eri osapuolten roolit? Minkälaista muutosta halutaan? Miten vanhaan ja uuteen tulisi suhtautua ja minkälaista on niitä koskeva kritiikki? Potilaita itseään on pidetty heidän palveluja koskevan kritiikkinsä ansiosta toimijoina, jotka selkeimmin haluavat muutosta, mutta myös terveydenhuoltopalvelujen ammattilaiset kuten lääkärit ovat omasta aloitteestaan ryhtyneet markkinoimaan itseään. Markkinaperusteisessa palvelujärjestelmässä vaikuttaa lisäksi muita, vähemmän näkyvissä olevia toimijoita, jotka tulevat esille tämän tutkielman edetessä.

Siellä missä on asiantuntijan/auktoriteetin hyväksymää tietoa, on myös valtaa. Tiedon keskeinen asema nousee esille koko tutkielman ajan, koska tiedolla on merkittävä asema (myös) terveydenhuollossa ja tietoa käytetään hyödyksi monin eri tavoin. Sen avulla puolustaudutaan ja sen avulla hyökätään. Se sanelee keitä kulisseissa toimijat ovat ja kuka lopulta on se, joka määrää asioista. Tieto on ase, joka tulee kaikkialla esiin. Tieto vaikuttaa mahdollisten auktoriteettikeskusten olemassaoloon ja erilaisten intressipiirien yhteenkietoutumiseen.

Tutkielman ohjenuoraksi ja punaiseksi langaksi on valittu terveydenhuoltopalvelujen käyttäjien, kuluttajien näkökulma. Kuluttajalähtöisyyden korostaminen tarkoittaa sitä, että tieto, jota tarvitaan terveydenhuollon markkinoilla selviytymiseen, on tarpeellista saattaa palvelujen käyttäjien ulottuville. Tarvittavan tiedon selvittämisessä tutkielmassa on käytetty apuna yhteistyötä suomalaisten kuluttajaliikkeiden kanssa ja perehtymistä terveydenhuollon asiantuntijoiden kirjallisiin tuotoksiin. Konkreettisenä esimerkkinä kuvataan kuluttajaliikkeiden nimissä suoritettua tutkimusta lääkäreiden suhtautumisesta vaihdevuosien hoitokäytäntöjen markkinointiin. Vaihdevuodet ovat hyvä esimerkki tiedon valtakeskusten selvittämisessä, sillä vaihdevuosista ja erityisesti niihin liittyvistä hormonihoidoista on käyty viime vuosina vilkasta keskustelua, joka ei aina ole ollut avointa. Tarinan edetessä selviää, miksi myös vaihdevuosia koskeva tieto on sellaista kuin se on.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2. 1 Konsumerismi terveydenhuollossa

Konsumerismi -sanalle on vaikea keksiä kattavaa suomenkielistä vastinetta. Englannin kielessä siihen on usein liitetty selitykseksi empowermentin käsite, jolle sillekään ei löydy vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Empowermentin käännöksinä on esitetty elämänhallintaa, toimintakykyisyyden lisäämistä, vahvistamista, valtaistamista, valtauttamista, valtuuttamista ja valtaistumista (Naistutkimuksen postituslista 1996; Pohjola 1997). Konsumerismi voitaisiinkin ymmärtää kuluttajanäkökulmaksi ja kuluttajalähtöisyydeksi. Konsumerismi korostaa kuluttajan yksilöllisyyttä, vapautta ja kykyä valita erilaisten vaihtoehtojen välillä (Lang ja Gabriel 1995). Osallistuva ja vaativa kuluttaja haluaa laatua koskevaa tietoa sekä olla valintojensa subjekti, ei toimenpiteiden tahdoton kohde (Fallberg 1996, 18).

Kuluttajan valintojen korostamisen lisäksi konsumerismi korostaa myös kulutuskeskeisyyttä. Baumannin (1997, 254, 256) mukaan ostamisesta on tullut osa arkipäivän elämää. Kulutuksen arkipäiväistymistä kuvaa se, että elämän katsotaan muodostuvan

erilaisista ongelmista, jotka ratkaistaan ostamalla. Kun muodissa ollut tavara vanhenee, jokaisen velvollisuus on ostaa uusi tuote, joka ratkaisee joko vanhan tai uuden ongelman. Kuluttaminen on kiertokulkua tarpeiden synnyttämisen ja tarpeisiin vastaamisen välillä.

Osana perinteistä, autoritatiivista ja asiantuntijakeskeistä terveydenhuoltomallia on potilas-lääkäri -suhde, jossa korostetaan sairauksia. Potilas-lääkäri -suhdetta on siis tarkasteltu nimenomaan sairausnäkökulmasta käsin. Myös sosiologisissa lähestymistavoissa potilaan rooli on ollut sairaan rooli. Potilas-lääkäri -suhde on nähty valtasuhteena, jossa lääkäri ammatinharjoittajana on vastuussa hoidosta ja paranemisesta, ja potilas pakotettuna toimimaan yhteistyössä lääkärin hänelle määräämissä raameissa (Haug ja Lavin 1981, 212). Lääkäri on ollut asiantuntija-auktoriteetti ja potilas holhottava.

Hoitohenkilöstö on usein luonnehtinut aktiivista potilasta itsepäiseksi, vaikeaksi ja yhteistyöhaluttomaksi. Tässä suhtautumistavassa on nähty olevan kyseessä leimaamisen, negatiivisen asennoitumisen "ei-normaaleina" pidettyihin henkilöihin (Martikainen 1996). Martikaisen (1996) mukaan hoitohenkilökunnan asennoitumisella voi olla myös hoidollisia seurauksia ja sen tulisi osata kysyä itseltään, toimiiko mahdollinen leimaaminen puolustuksena omalle kärsimättömälle käyttäytymiselle. Lääketieteen omaksuman holhoavan näkökulman mukaan hyvä potilas mukautuu passiiviseen rooliinsa luottaen saamaansa hoitoon - eikä valita. Haug ja Lavin (1981, 223) käyttävät tällaisesta perinteisestä potilaasta nimitystä "do me" -patient. Perinteinen sairaan rooli sopii potilaan näkökulmasta tilanteeseen, jossa on kyseessä (1) lääkärin auktoriteettiin ja hyväntahtoisuuteen sosiaalistunut vanhempi henkilö, (2) henkilö joka kärsii harvinaista ja vakavaa sairautta tai vammaisuutta ja (3) erikoislääkärin vastaanotolla asioiva potilas (Haug ja Lavin 1981, 222-223).

Fallbergin (1996, 18-19) mukaan potilaat voidaan jakaa (1) passiivisiin: näkevät itsensä sellaisten olosuhteiden uhrina, joihin eivät voi itse vaikuttaa ja hakevat harvoin aktiivisesti tietoa terveydentilastaan ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista; (2) osallistuviin: kuuntelevat mitä lääkäriellä on sanottavaa ja kommentoivat häntä, mutta

tekevät aina lopuksi mitä lääkäri käskee ellei sillä ole tekemistä heidän elintapojensa kanssa (lääkäreiden mielipotilaita); ja (3) valistuneisiin ja aktiivisiin: ottavat vastuun terveydestään, vaativia eivätkä epäröi vaihtaa palvelujen tarjoajaa mikäli ovat häneen tyytymättömiä. (Fallberg 1996, 18-19)

Edellä mainittujen kahden jälkimmäisen ryhmän osuudet ovat kasvaneet verrattuna 1970 -luvulle ja niiden osuuden ennustetaan kasvavan myös tulevaisuudessa (Fallberg 1996, 18-19). Nykyisin potilaat haluavat - jos eivät olla täysin vastuussa, niin ainakin - olla mukana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa pikemmin kuin jättää sen täysin lääkärin käsiin (Haug ja Lavin 1981, 217). Kuluttaja haluaa tehdä itsenäisiä ratkaisuja ja lääkärin antamien neuvojen suhteen, kykenee etsimään vaihtoehtoisia tiedonlähteitä ja kyseenalaistaa itsestään selvinä pidettyjä asioita (Hibbard ja Weeks 1987, 1020).

Konsumeristinen näkökulma terveydenhuollossa korostaa potilaan (ostajan) oikeuksia ja lääkärin (myyjän) pakkoja, pikemmin kuin lääkärin oikeuksia ohjata ja potilaan pakkoja seurata ohjeita. Myyjällä ei ole erityistä auktoriteettia ja legitimoitu valta säilyy ostajalla, joka voi tehdä päätöksen ostaako vai ei. Dominoivan mallin sijaan on kyseessä eräänlainen kauppasopimus. Kukin osapuoli tuo "yritykseen" oman panoksensa eikä kukaan osapuoli ole automaattisesti vastuussa. (Haug ja Lavin 1981, 212-213; katso myös Haug ja Lavin 1983)

Potilaan rooliin kuluttajana kuuluu tietoa, vapautta, motivaatiota ja rahaa valita erityinen vaihtoehto olemassaolevista palveluista. Kaupankäynti vallalla tarkoittaa kuluttajan valtaa haastaa ja muuttaa lääkärin (ja lääketieteen) auktoriteettia tehdä yksipuolisia päätöksiä siten, että sairauden paikantamisessa, diagnoosissa ja hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon kuluttajan näkökulma (Haug ja Lavin 1983). Luptonin ym. (1991) tutkimuksessa potilaat sanoivat hyvän lääkärin kohtelevan potilaita tautitapausten sijaan yksilöinä ja olevan asiantuntija olematta patrioottinen. Huonon lääkärin katsottiin tekevän työtä vain rahan takia eikä välittävän potilaistaan. Jälkimmäinen näkökulma on sikäli mielenkiintoinen, että konsumerismissä on kysymys kuluttamisesta, johon raha olennaisesti kuuluu. Raha vaikuttaa molempien osapuolten, sekä potilaan että lääkärin tilanteeseen. Potilaalla ei ole ehkä varaa

mennä muualle, lääkarillä ei ole ehkä puolestaan varaa käännättää potilasta ovelta. Kun konsumeristisesti asennoitunut potilas kohtaa perinteisesti suhtautuvan lääkärin, seuraa ristiriitatilanne ja päinvastoin. (Haug ja Lavin 1981, 223).

Kuluttajan valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa rajoittavat julkisen sektorin pitkät jonotuslistat, hidas palvelujen saatavuus, epämukavuus, potilaan roolin passiivisuus, lääkäreiden portinvartijarooli, hoitokäytäntöjä koskeva tiedon puute ja erilaiset mielipiteet hoitokäytäntöjen hyödyllisyydestä (Cant ja Calnan 1992). Monipuolinen tieto terveydenhuollosta ja terveystaloudesta, sekä erityisesti hoitokäytännöistä, niiden kustannuksista, tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta, on olennaisen tärkeää kuluttajan järkeville valinnoille, tehokkaalle toiminnalle ja turvallisuudelle (Freidson 1994; Lang ja Gabriel 1995; Glenton 1997). Terveydenhuollon markkinoilla kuluttajilla on tätä tietoa kuitenkin vain vähän ja heidän tulisi olla paremmin informoituja (Salisbury 1989; Higgins ja Wiles 1992; Freidson 1994). Glentonin (1997) mukaan tieto on ideaalitapauksessa potilaan ymmärrettävissä olevaa ja laadultaan korkeatasoista, mutta todellisuudessa terveystaloudesta ja lääketieteestä epäonnistuvat näiden tavoitteiden täyttämässä. Eri asia on se, voiko tieto koskaan olla lähtökohdiltaan täysin arvovapaata tälläkään alueella. Periaate "mikään ei ole pyhä" on universalistinen eikä sen ulkopuolelle voi jättää sen paremmin lääketiedettä kuin terveydenhuoltoakaan (katso myös Giddens 1995).

Terveydenhuollon kuluttajanäkökulma korostaa hintaa ja laatua (Haug ja Lavin 1981; Hibbard ja Weeks 1987, 1019, 1030). Konsumeristinen hintatietoisuus vaikuttaa käyttäytymiseen kahdella tavalla: (1) haluna hakea itse terveyttä koskevaa tietoa ja (2) haluna tehdä itsenäisiä ratkaisuja (Hibbard ja Weeks 1987, 1029). Hintatietoisuus rohkaisee halvempien palvelujen ostamiseen ja vaikuttavampiin terveydenhuoltosuunnitelmiin. Kilpailuun ja kilpailuttamiseen perustuvat strategiat, kuten konsumerismi, olettavat ihmisten olevan kiinnostuneita nimenomaan taloudellisista seikoista: ihmiset käyttävät palveluja säästeliäämmin, vertailevat hintaa ja laatua tehdessään valintoja tarjoajan suhteen ja ovat valikoivia hyväksyessään tarjoajan neuvoja.

Hibbardin ja Weeks (1987, 1026-1028) mukaan hintaorientoituneita/hintatietoisia ovat muita useammin nuoret, pienituloiset, suuriperheiset, kriittisesti lääkäreiden asemaan ja tulotasoon suhtautuvat sekä ne, jotka eivät ole niin riippuvaisia lääkäristä. Terveystietoa puolestaan hakevat aktiivisesti erityisesti naiset. Korkealla koulutuksella ja nuorella iällä on sukupuolta vähäisempi merkitys terveyttä koskevan tiedon hakemisessa. Lääkäreihin kriittikittömästi suhtautuvat eivät ole siitä lainkaan kiinnostuneita.¹ Summa summarum Hibbard ja Weeks (mt.) korostavat itsenäiseen hoitoratkaisuun pyrkimisen olevan yhteydessä ikään, perheyksikön kokoon ja koulutustasoon. Lääkäreistä riippuvaiset ja heidän hyväntahtoisuuteensa kriittikittömästi uskovat omistavat puolestaan harvemmin konsumeristisia mielipiteitä.

Haugin ja Lavinin (1981, 218, 222) mukaan korkeammin koulutetut nuoret, joilla on hyvä terveys ja jotka suhtautuvat kielteisesti auktoriteetteihin yleensä, ovat muita useammin halukkaampia kyseenalaistamaan lääkärin perinteisen auktoriteetin ja täydellisen vastuun hoitotapahtumasta sekä omaksumaan konsumeristisen käyttäytymismallin. Mallin omaksuvat muita useammin myös ne, joilla on jokin negatiivinen kokemus lääkärissä käynnistä, jotka eivät automaattisesti luota lääkärin "hyväntahtoisuuteen" (skeptisesti suhtautuvat) ja ne, jotka uskovat potilaiden oikeuteen tehdä ratkaisuja (erityisesti korkeasti koulutetut). Vahvimpia konsumeristisen toimintamallin omaksujia ovat terveystietoa omaksuvat/omaksuneet - erityisesti korkeasti koulutetut, suurituloiset naiset.² Haugin ja Lavinin (1983) mukaan lääkärit erittäin korkealle arvottavat ihmiset näkevät heidät mieluummin auktoriteetteina kuin konsultteina, eivätkä halua kyseenalaistaa heidän auktoriteettiaan tai käyttää omaa harkintaansa neuvon omaksumisessa, saatikka myöskään ottaa vastuuta oman hoitosuunnitelmansa onnistumisesta.

Myös Newhousen ym. (1981) mukaan terveyspalveluista enemmän tietävät ihmiset suhtautuvat lääkäreihin ja heidän palveluihinsa kriittisesti. Yhteenvedona voidaan todeta, että terveydenhuollossa konsumerismin on nähty hyödyttävän eniten hintatie-

¹ Hibbard ja Weeks tarkastelevat yksittäisiä taustatekijöitä ilman tekijöiden välisiä kombinaatioita.

² Haug ja Lavin tarkastelevat taustatekijöiden muodostamia kombinaatioita.

toisia, informaatiota etsiviä, asioista perillä olevia ja niitä, jotka ovat valmiita itsenäisiin ratkaisuihin (Haug ja Lavin 1983; Hibbard ja Weeks 1987; Campbell 1990; Lang ja Gabriel 1995). Konsumeristiset mielipiteet eivät aina kuitenkaan näy konsumeristisena käyttäytymisenä käytännössä³. Hyväkuntoinen vanhus voi olla konsumeristisesti asennoituva ja huonokuntoinen nuori perinteisesti suhtautuva.

Konsumerismi voidaan nähdä jaettuina näkökulmina, mikä tarkoittaa sitä, että eri osapuolet katsovat asioita yhtäläisesti ja pyrkivät arvioimaan niitä samalla tavalla (Reeder 1972, 409). Perinteisessä hoitosuhteessa valta on kasautunut lääkärille, jonka käsiin potilas on totaalaisesti jättänyt itsensä. Kuluttajana potilas "dominoi" suhdetta uudella tavalla. Pohjimmiltaan kyse on muuttuvasta potilas-lääkäri -suhteesta, mitä osoittaa myös käytössä olevien termien kirjo (potilas= patient, client, customer, purchaser, byer, consumer; lääkäri= doctor, practitioner, health provider, seller). "Client-practitioner" -suhteesta on siirrytty "consumer-provider" -suhteeseen (Reeder 1972, 409). Kuluttaja-potilaalla on huomattavasti enemmän valtaa kuin mitä perinteisesti on ollut tapana ja hän voi valita itselleen sopivan lääkärin ja hoidon terveydenhuollon markkinoilla. Kuluttajanäkökulman omaksuminen vaatii muutosta perinteisestä ja passiivisesta potilaan roolista (Hibbard ja Weeks 1987, 1030). Se vaatii irrottautumista paternalismin perinteestä.

³ Vertaa Hibbard ja Weeks (1987) ja Haug ja Lavin (1983) edellä.

TAULUKKO 1. Potilaan ja kuluttajan roolien erot.

<u>POTILAS</u>	<u>KULUTTAJA</u>
Passiivisuus, kärsivällisyys	Aktiivisuus
Riippuvuus	Itsenäisyys, rehellisyys
Heikko asema	Tasa-arvoisuus
Vapauden puute	Valintojen vapaus, liikkuvuus
Asiantuntijoiden määrittelemä/esittämä	Määrittelee/esittää itse itsensä
Tietämätön laadusta	Laatutietoinen
Tietämätön kustannuksista	Hintatietoinen

(Lähde: Fallberg 1996, 18)

2. 2 Konsumerismi ja (potilaan) valta

Lääkärin ja potilaan välillä vallitsee informaatiokuilun lisäksi sosiaalinen kuilu (Brody 1980). Hoitosuhde muodostuu käänteisrooleista. Mahdollisuus valita tai vastustaa suvereenisti muita kuin auktoriteetin tarjoamia vaihtoehtoja on potilaan näkökulmasta rajattu. Autettava (potilas) on avuton, haavoittuva, ongelmansa satuttama ja hänelle annettavan avun varassa. Auttaja (lääkäri) on asiantuntija, havainnoitsija, informoija, kasvattaja, palautteen antaja ja haasteen esittäjä. (Lindqvist 1996)

Lindqvistin (1996) mukaan riippuvuussuhteen etiikkaan kuitenkin kuuluu, että autettava on itse itseään aktiivisesti arvioiva, oivaltava, ratkaisuja tekevä ja vastuuta ottava osapuoli - ja että auttaja ei ole määrääjä. Itsemääräämiseen kuuluu oikeus päättää itseään koskevista asioista, kun toisten ihmisten vastaavaa oikeutta ei samanaikaisesti loukata. Itsemäärääminen edellyttää valtaa ja vapautta, vapaus puolestaan määrättyjä kykyjä ja taitoja, asettaen vaatimuksia niille olosuhteille, joissa päätöksiä tehdään. (Pietarinen 1994) Vapautta voidaan säädellä erilaisten esteiden avulla, kuten pidättämällä ihmiseltä toiminnan kannalta välttämättömiä välineitä

(esim. tietoa mahdollisesta hoidosta), jolloin vapaus valita puuttuu. Itsemääräämisoikeuden takia potilaalle tulisikin antaa riittävästi luotettavaa tietoa, jotta hän pystyisi itsenäiseen harkintaan ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Jotkut potilaat ja heidän edustajinaan toimivat perheet tai huoltajat haluavat lääkärin antamasta informaatiosta huolimatta hänen huolehtivan myös päätöksenteosta, jolloin lääkäri joutuu tekemään arvovalintoja potilaan puolesta (Brody 1980; Pellegrino ja Thomasma 1981, 215-216). Jadadin (1997) mukaan potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon voi vähentyä, ja kääntyä jopa harmiksi, jos potilas on kykenemätön identifioimaan, arvioimaan ja sisäistämään relevanttia tietoa, joka ohjaisi tehokkaasti päätöksentekoa. Jopa tietoisuus tutkimuksen potentiaalisista hyödyistä saattaa ylipäänsä rajoittuneen tai puutteellisen ymmärryksen takia johtaa kykenemättömyyteen käyttää tietoa tarkoituksenmukaisesti. Lääkärin etiikan (1996, 25, 54) mukaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilas-lääkäri -suhteessa ennen kaikkea sitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämäkin edellyttää potilaan monipuolista informointia ja oikeutta valita oma hoitonsa myös silloin, kun hoito ei lääkärin näkökulmasta näytä parhaalta mahdolliselta.

Tutkimuksessa potilaiden halusta saada tietoa lääkityksestään, potilaat pitivät ensisijaisena yksityiskohtaista ja laajaa tietoa lääkkeistä, koskien erityisesti lääkkeiden riskejä sekä vaihtoehtoisia lääkemuotoja. Lääkärit puolestaan korostivat tiedon antamista vain sellaisista riskeistä, joiden todennäköisyys on suuri. (Faden ym. 1981) Lääkärit saattavat ajatella tietävänsä potilaidensa tarpeet ja halut ilman kysymistä - ja mikä vielä pahempaa - kuvitella, ettei heillä ole lainkaan odotuksia. Valtasuhteen epätasapainoa ylläpidetään asenteilla (Brody 1980). Empatia, myötäelämisen kyky, on potilas-lääkäri -suhteen keskeinen osa ja sen puute voi johtaa siihen, että potilas poistuu lääkärin luota tyytymättömänä ja menee toiselle lääkärille (Paloniemi 1996). Salmela (1997) on esittänyt potilaiden kääntyvän tällaisessa tilanteessa helposti vaihtoehtolääkäreiden tai muiden epävirallisia hoitomuotoja tarjoavien puoleen.

Pellegrinin ja Thomasman (1981, 212-214) mukaan potilaalle annettavaan täydelliseen informaatioon kuuluu, että tieto on selvää, ymmärrettävää ja potilaan omalla

kielellä. Potilaan täytyy tietää ongelmansa luonne, hoitoennuste, vaihtoehtoiset hoitomuodot, hoitojen tehokkuus, kustannukset, sivuvaikutukset ja saavutettava elämänlaatu, samoin kuin tiedon ja tietämättömyyden tasot ja lääkärin omat mahdolliset rajoitukset tiedon suhteen. Paremmiin informoidut potilaat eivät ehkä valitse tiettyjä hoitoja sairauksiinsa lainkaan (Kelson 1996, 108). Johnsonin (1988, 148-149) mukaan epävarmuuksista kertominen kuuluu potilaan oikeuksiin ja siitä tulee puhua avoimesti. Epävarmuuden esiintuominen ja jakaminen rohkaisee rehellisempään ja avoimempaan kommunikointiin ja tuo potilaan mukaan päätöksentekoprosessiin niin, että päätökset voidaan tehdä yhteisymmärryksessä.

Freidsonin (1975, 48; 1994, 190-191, 193-194) mukaan potilaat olivat aikaisemmin - ennen nykyisiä terveydenhuoltojärjestelmiä - byrokraattisten palvelujen käyttäjien sijaan asiakkaita ja ostajia, lääkärit vastaavasti viranomaisten sijaan kauppiaita. Asiakkaiden vaatimus oikeuksiensa huomioonottamisesta ja lääkäreiden kyvyttömyys toimia vapaina kauppiaina loivat viralliset järjestelmät. Jos terveydenhuolto olisi organisoitu vapaan mallin ympärille, kuluttajat eivät luottaisi terveydenhuoltoon eivätkä työntekijät toisiinsa. Terveydenhuollon mallin olemassaolo riippuu siis kuluttajien luottamuksesta.

Potilaan ja lääkärin lisäksi valinnanvapauden sääntelyyn, jopa yksityisellä sektorilla, on tullut nykyisin mukaan kolmas osapuoli. Freidsonin (1994, 190-191) esimerkit tästä uudesta osapuolesta ovat työnantaja ja vakuutukset, suomalaisen Lindqvistin (1996) todetessa varsin laajasti, että valvontajärjestelmän luominen on yhteiskunnan tehtävä. Joka tapauksessa kyseessä on siis koneisto, joka kontrolloi, säätelee ja valvoo hoitosuhdetta. Lindqvistin (mt.) mukaan toiminnan itsesäätely ei voi poistaa yhteiskunnallisen valvonnan oikeutusta ja tarvetta ja ammatilliset auttamissuhteet edellyttävät ulkopuolista kontrollia. Vaikka lääkäreillä epäilemättä on aito pyrkimys ammattitaidon ja palvelujen laadun ja tuloksellisuuden parantamiseen, voidaan toisaalta nähdä elitistisiä pyrkimyksiä määrätä "omaa" aluetta ja käyttää yhteiskunnallista valtaa. Ammatillista vallankäyttöä tulee kontrolloida kaikilla mahdollisilla tasoilla sekä sisäisesti että ulkoisesti (katso myös Martikainen 1996). Myös Langin ja Gabrielin (1995) mukaan hyödykkeitä koskevan tiedon kontrollin on tultava

muualta kuin markkinoiden sisältä. Markkinoiden yksinään ei voida antaa päättää tuotteiden laadusta ja turvallisuudesta.

Ymmärtääkseen konsumerismia terveydenhuollossa on tärkeää ymmärtää erilaisten osapuolten ja roolien eroja ja keskinäistä vuorovaikutusta. Asioiden tarkastelu erilaisista näkökulmista voi johtaa hyvin erilaisiin johtopäätöksiin (katso myös Lang ja Gabriel 1995). Puhtaimmillaan konsumeristinen ajattelutapa korostaa nimenomaan kuluttajien valinnanvapauksien lisäämistä, fordistista massatuotantoa ja massakulutusta. Se ei ota välttämättä huomioon yksittäistä ihmistä. Konsumerismi ja sen olemassaolo voidaankin kyseenalaistaa, koska nykyilmapiiriä luonnehtiva individualismin henki korostaa yksilöllistä, räätälöidyn palvelun ideaa. Puhtaaseen asiakkuuteen ja konsumerismiin perustuvassa järjestelmässä sekä kansalaisten vapaus valita palveluja että viranomaisten liikkumatila palvelujen tarjoajana on suuri. Onnistuakseen parhaalla mahdollisella tavalla valintaprosessi ja vapaaehtoisuuden toteutuminen vaatii molemmilta osapuolilta paljon resursseja.

Freidsonin (1994, 191-193) mukaan konsumeristinen markkinoihin perustuva terveydenhuoltomalli on uusimpien tarkastelunäkökulmien mukaan tärkeämpää itse byrokraattisen järjestelmän ideologisena kritiikkinä kuin analyttisenä ohjeena muuttaa järjestelmää. Langin ja Gabrielin (1995) mukaan kuluttajanäkökulmassa on kyse kansalaisoikeuksista, kansalaisten mahdollisuuksista osallistua siviiliyhteiskuntaan. Kansalaisina kuluttajat eivät ota markkinoita vain annettuina, vaan pyrkivät kontrolloimaan niitä joko suoran ja aktiivisen toiminnan ja osallistumisen avulla tai epäsuorasti valtion avulla. Kansalaiset (asiakkaat) vaativat viralliselta järjestelmältä oikeuksiaan, kuluttajat uhkaavat siirtyä muualle, ellei heidän omaa näkökulmaansa oteta (riittävästi) huomioon (Freidson 1975, 51-52). Kuluttajina kansalaiset saattavat hyötyä kilpailusta ja suuremmasta valinnanmahdollisuudesta (Lang ja Gabriel 1995).

2. 3 Konsumerismin kritiikkiä

"Terveystuotteiden kuluttajat" -käsitteen käyttäminen, samoin kuin käsitteeseen suhtautuminen, vaihtelee, ja kritiikkiä on tullut sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisilta että potilasjärjestöiltä. Markkinoihin viittaavan käsitteen on katsottu hyljeksivän terveydenhuoltoon läheisesti liittyvän empatian olemassaoloa ja samaistavan terveydenhuoltopalvelut muihin kaupallisiin hyödykkeisiin ja palveluihin. Tätä ei voi palvelujen erilaisuudesta johtuen kuitenkaan tehdä. (Fallberg 1996, 12, 17-18; Kelson 1996, 105-106). Potilaat eivät voi etukäteen tietää kuinka paljon hoitoa he tarvitsevat, eikä heillä ole myöskään kykyä määrittellä itselleen parasta mahdollista hoitoa (Titmuss 1967; Lindqvist 1995).

Taloustieteellisiä markkinamekanismimalleja pidetään terveydenhuoltoon sopimattomina (Reinhardt 1996). Erityistä haittaa konsumerismista on katsottu aiheutuvan vanhoille ja vähäisen koulutuksen saaneille (Hibbard ja Weeks 1987, 1031; Kelson 1996, 106), kroonisesti sairaille ja vammaisille (Calnan ja Milewa 1996, 70-71) sekä "opitun avuttomuuden" omaksuneille (Kelson 1996, 106). Kelsonin (1996, 109) mukaan ristiriita piilee siinä, että korkeasti koulutetut ja heikompiin yksilöihin nähden etuoikeutetussa asemassa olevat käyttävät enemmän tietoa - ja heidän terveytensä on jo muita parempi! Lisäksi etuoikeutetussa asemassa olevilla on muitakin resursseja (taloudellisia, sosiaalisia) muita enemmän.

Erityisesti lääkärit pitävät terveyspalveluita erilaisena kuin muita kulutushyödykkeitä. He ovat myös esittäneet konsumerismia kohtaan runsaasti kritiikkiä, jota tässä referoidaan. Ammattikunnan aloitteesta tehdyissä tutkimuksissa on saatu tuloksia ja tehty johtopäätöksiä, että konsumerismi on idealistista ja valinta tarkoituksenmukaista vain, jos on varaa valita, mitä tavallisella kansalaisella harvemmin on. Potilas ei voi käyttäytyä täysin itsenäisesti, koska hän ei ole kauppakumppani vaan haavoittuva henkilö, jolla ei ole kykyä omaksua kaikkea hoitoprosessiin kuuluvaa relevanttia tietoa tehdäkseen järkeviä ratkaisuja (Leavey ym. 1989; Salisbury 1989; Campbell 1990). Hoidon tarjoajien välinen kilpailu lisää potilaiden haavoittuvuutta (Campbell 1990).

Weissin ja Senfin (1990) Yhdysvaltoja koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että vain pieni osa potilaista, jopa hoitoonsa tyytymättömistä, vaihtoi hoidon tarjoajaa kun heille annettiin siihen mahdollisuus. Myös brittiläisissä tutkimuksissa on päädytty johtopäätöksiin, että konsumeristinen toiminta on turhanaikaista, koska potilailla ei ole edes halua käyttäytyä konsumeristisesti (katso esim. Campbell 1990). Haugin ja Lavinin⁴ (1981, 212-213, 217, 220) sekä potilaille että lääkäreille suorittaman kyselytutkimuksen mukaan potilaista vähemmän kuin puolet oli kyseenalaistanut lääkärin vallan. Lääkärit olivat huomanneet potilas-lääkäri -suhteen jossain määrin muuttuneen perinteisestä, mutta suhtautuivat konsumerismiin kielteisesti. He olivat halukkaita luopumaan osasta auktoriteettiaan ja kontrolliaan, mutta potilas-lääkäri -suhteen luonteen katsottiin riippuvan ennen kaikkea osapuolten luonteenpiirteistä ja sairaustilanteesta. Vähiten lääkärin kompetenssia olivat halukkaita kyseenalaistamaan vanhemmat, itse hyvän terveyden omistavat lääkärit.

Potilaiden lääkärin valintaa ohjasivat Leaveyn ym. (1989) tutkimuksen mukaan ennemminkin mukavuus ja perinteet kuin olemassaolevien vaihtoehtojen arviointi. Useimmat potilaat vaihtoivat lääkäriä vain negatiivisten olosuhteiden pakosta, ts. mikäli lääkäri tai potilas itse oli muuttanut tai lääkäri oli jäänyt eläkkeelle tai kuollut. Tästä tutkijat tekivät johtopäätöksiä, joiden mukaan valtaosa potilaista on tyytyväisiä lääkäriinsä, ja että potilailla ei ole halua omaksua palveluja koskevaa tietoa aiempaa enempää. Lääkärin valitseminen on turhanaikaista, jos lääkäripalveluja tarvitaan vain vähän, esimerkiksi kerran vuodessa. Mikäli kyseessä on krooninen ja/tai vakava sairaus, halutaan taas vastaanottaa olemassaoleva hoito eikä "shoppailla" ympäriinsä erilaisia vaihtoehtoja etsien. Minkälaista tietoa tarjolla olevista palveluista ja valinnanvaihtoehdoista kuluttajat mahdollisesti haluavat, oli tutkijoiden mukaan vaikea määrittellä.

Salisburyyn (1989) tutkimuksessa 313 vastaajasta vain 5% (n 16) sanoi lääkärin vaihtamisen syyksi tyytymättömyytensä edelliseen hoidon tarjoajaan. Lääkäriä vaihdettiin paikkakunnalta muuton yhteydessä ja potilaat rekisteröityivät uudelle

⁴ sosiologeja

lääkärille yleensä vasta sairastuttuaan. Potilaat luulivat rekisteröityneensä lähimmälle lääkäriin, vaikka tosiasiallisesti näin ei aina ollut. Potilailla oli hyvin vähän tietoa valitsemastaan vastaanotosta, eivätkä he olleet halukkaita jo olemassaolevan tiedon käyttämiseen. Salisburyn mukaan tarjolla oleva tieto ei toisaalta ole välttämättä juuri sitä, mitä potilaat haluavat.

Luptonin ym.⁵ (1991, 559) tutkimuksen mukaan potilaat eivät pitäneet itseään kuluttajina, joiden tulisi muuttaa lääkäreiden tarjoamien palvelujen laatua. Potilaat pikemminkin luottivat lääkäriinsä ja olivat mieluummin asioista täydellisen tietämättömiä sen sijaan, että olisivat hakeneet aktiivisesti informaatiota lääkäristöä tai arvioineet hänen palvelujaan. Uutta lääkäreitä haettiin vain, jos vakituinen ei ollut käytettävissä.

Cantin ja Calnanin⁶ (1992) tutkimuksen mukaan yksityisten terveystieteiden palvelujen käyttäminen johtui uskosta välttää julkisen sektorin pitkiä jonotuslistoja, yksityisten palvelujen nopeasta saatavuudesta ja mukavuudesta. Potilaiden puutteellinen tieto koski hoitoja ja niiden kustannuksia.

Higginsin ja Wilesin⁷ (1992) tutkimuksen mukaan potilaat valitsivat yksityisen sektorin hoitopaikakseen siksi, että he halusivat välttää julkisen sektorin jonotusaikoja. Potilaat eivät välttämättä tienneet julkisen sektorin jonotusaikojen pituutta. Muita syitä yksityiselle sektorille hakeutumiseen olivat parempana pidetty hoito ja hoitoympäristö, halu käyttää yksityistä sairausvakuutusta ja mahdollisuus valita hoitopäivä. Potilailla oli hyvin vähän tietoa kaikista käytettävissä olevista hoitovaihtoehdoista tai hoitonsa kokonaiskustannuksista.

⁵ tutkijoiden koulutus ei käy selville heidän kirjoituksistaan, työskentelevät Sydneyn yliopiston kansanterveystieteen laitoksella

⁶ tutkijoiden koulutus ei käy selville heidän kirjoituksistaan (sosiologispainotteinen), työskentelevät Kentin yliopiston terveydenhuollon tutkimuskeskuksessa

⁷ yhteiskuntatieteilijöitä

Lääkärit ovat olleet huolissaan myös hoidon laadusta, mikäli konsumeristinen ajattelu ja markkinamekanismien soveltaminen saavat terveydenhuollossa enemmän jalansijaa (Leavey ym. 1989; Salisbury 1989). Englannin hallitus hyväksyi 1980 -luvun lopulla uudistuksen (White Paper, Working for Patients), jossa vahvistettiin terveydenhuollon kuluttajanäkökulmaa. Uudistuksen myötä lääkäreiden tuli antaa potilaiden käyttöön enemmän praktiikoitaan koskevaa informaatiota ja potilaiden mahdollisuus valita lääkäriinsä tai vaihtaa lääkäriään helpottui. Lääkärit suhtautuivat uudistukseen kriittisesti ja katsoivat hallituksen pyrkimyksellään unohtavan mainonnan rajoitukset (Leavey ym. 1989; Salisbury 1989). Myös suomalainen tutkijalääkäri, LT Juha Teperi (1995) on arvioinut asiakaslähtöisyyden korostamisen johtavan tuotteiden hyväksyttävyyden korostamiseen, usein tieteellisen painoarvon kustannuksella. Kasvava kilpailu vaarantaa (ja mahdollisesti laskee) terveydenhuollon laatua, koska markkinamekanismi pyrkii tuottamaan monimuotoisia (kirjavuudessaan "kaikenkarvaisia") palveluja ja lääkäreiden tulee tarjota ihmisten haluamia palveluja.

Lääkärit ovat kääntäneet keskustelun konsumerismista keskusteluksi keskinäisestä luottamuksesta ja kunnioituksesta (Leavey ym. 1989; Campbell 1990). Markkinamallien voimistumisen terveydenhuollossa on katsottu johtavan luottamuspuolaan potilaan ja lääkärin välillä. Luottamuksella ei voida käydä kauppaa, vaan ainoastaan luoda sitä voimistavia tai tuhoavia rakenteita. Luottamuksen tulee taas säilyä, mikäli halutaan saavuttaa terapeuttinen suhde kaikessa täydellisyydessään.

Potilaiden oikeuksien huomioiminen ja lääkäreiden auktoriteetin kyseenalaistaminen ovat johtaneet kasvaneeseen kiinnostukseen lääketieteellistä päätöksentekoa kohtaan⁸. Lisäksi kiinnostusta on lisännyt usko siihen, että tieteellinen empiirinen tieto eliminoi epävarmuuden, samoin kuin se, että lääketieteellisen päätöksenteon ymmärtäminen eliminoi hoidon ja tulosten epävarmuutta. (Katz 1985, 156-157). Kyseessä on siis eräänlainen tiedon vuorovaikutus. Jo edellä todettiin, että jos kilpailun terveydenhuollossa halutaan toimivan, tarvitaan tietoa informoidun päätöksen tekemiseksi. Informaation lisäämisen on katsottu myös voivan aiheuttaa haittaa joillekin ihmisille ja

⁸ syy-seuraus -suhde nimenomaan mainitulla tavalla

johtavan suurempaan eriarvoisuuteen (esim. Kelson 1996, 105, 114). Potilaiden keskinäinen tiedon taso vaihtelee (esim. Thomasma 1983). Jadadin (1997) mukaan monet saattavat lisäksi luottaa enemmän läheisen ystävänsä kokemukseen kuin tietoon, jota on saatu tutkimalla tuhansia potilaita. Vaikka potilaat haluavat yhä suuremmassa määrin ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja tehdä tietoisia informoituja päätöksiä, he eivät edelleenkään tiedä mitä hoitoja on käytettävissä ja miten ne vaikuttavat. Siksi terveydenhuollon markkinoitumisen, autonomian ja järkevien valintojen tarjoamisen on nähty potilaiden haavoittuvuuden vähentämisen sijaan pikemminkin kasvattavan sitä. (Dickenson 1995, 233-234).

Lääkäreiden mukaan konsumerismista hyötyvät paremmin koulutetut, hyvän terveyden omistavat ja ne, jotka pystyvät tuomaan oman mielipiteensä esille, haavoittuvien yksilöiden joutuessa aiempaa huonompaan tilanteeseen. Huolimatta siitä, että lääkärit näkevät konsumerismissä nimenomaan runsaasti kielteisiä piirteitä, myös jotain myönteistä on tullut esille. Konsumerismin mahdollisena hyötynä on nähty se, että potilaat eivät toimi vain hoidon passiivisinä vastaanottajina, vaan osallistuvat itse aktiivisesti hoitotapahtumaan (Campbell 1990). Potilaat ottavat aikaisempaa enemmän vastuuta hoidostaan, sillä lääkäreiden täytyy selittää heille hoitokäytäntönsä, hoidon seuraukset ja muut tilanteeseen liittyvät asiat (Hibbard ja Weeks 1987).

2. 4 Kuluttajaliike ja potilaiden tyytyväisyys erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä

Kuluttajat järjestyivät konsumeristisia ajatuksia ajavaksi sosiaalisesti liikkeeksi Yhdysvalloissa 1960 -luvulla. 1970-1980 -luvulla kuluttajaliike julkaisi ohjeet potilaille kuluttajina käyttäytymisestä. Kuluttajaliikkeet ovat onnistuneet vaikuttamaan toiminnallaan moniin terveydenhuollon osa-alueisiin suureen yleisöön kohdistuvalla kampanjoinnilla, eivät ainoastaan alan asiantuntijoihin vetoamalla (Mintzes ja Hodgkin 1996, 80, 89). Kuluttajaliikkeen ansiosta terveydenhuollon toiminnan eettiset, sosiaaliset ja taloudelliset seuraukset ovat joutuneet uudelleenarvioinnin kohteiksi ja saaneet enemmän painoarvoa (Hemminki 1987, 86).

Suomessa keskustelu konsumerismista on ollut vielä verrattain vähäistä. Kannanottoja konsumerismin puolesta ovat esittäneet jotkut yksittäiset henkilöt ja instanssit, mutta laajamittaista joukkoliikehdintää, jossa osoitettaisiin mieltä ja esitettäisiin kannanottoja ja vaatimuksia ja joka saisi kansalaisten keskuudessa kannatusta, ei ole havaittavissa. Ulkomaiset esimerkit ovat kuitenkin osoittaneet, että kuluttajien aktiviteetti voi edesauttaa asioiden uudelleenarviointia (myös) terveydenhuollossa. Vaatimukset potilaan autonomian kasvattamiseen ovat lisääntyneet viimeisten vuosikymmenten aikana erityisesti Yhdysvalloissa (katso myös Brody 1980). Siellä vuosittain julkaisuvat "ranking" -listat lääkäreiden ja sairaaloiden suorituksista (esim. kuolleisuusluku-
-taulukot) ovat yleisiä ja paljon keskusteltuja puheenaiheita eri tiedotusvälineissä, mutta niiden vaikutuksista potilaiden, lääkäreiden ja maksajien käyttäytymiseen on vielä niukasti tietoa (Drummond 1993; Bagust 1996; Kelson 1996, 111).

Nykyisin kuluttajaliike peräänkuuluttaa lääkkeiden käyttäjien oikeuksia ja turvallisuutta. Joukkotiedotusvälineissä lääkkeistä keskustellaan erilaisista konteksteista käsin: (1) kuluttajanäkökulmasta, (2) ympäristönäkökulmasta, (3) ehkäisevän lähestymistavan näkökulmasta ja (4) näkökulmasta, jonka mukaan lääkkeet johtavat parempaan terveyteen (Karpf 1988). Kuluttajat ovat painottaneet kuluttajaedustuksen merkitystä kaikilla lääkepolitiikan aloilla ja vaatineet parempaa lääkereseptien kirjoittamistaitoa, lääkehoitoa suuntaavia ohjeita ja kansainvälisiä markkinasäännöksiä, lääkemainonnan voimakasta kontrollia sekä riippumatonta tietoa, jolle informoidut valinnat perustuvat (Mintzes ja Hodgkin 1996, 76, 78).

Myös kuluttajaliikkeet - eivät siis ainoastaan terveydenhuollon ammattilaiset - ovat korostaneet tietoa. Kuluttajaliikkeiden teesinä on ollut, että ilman laadukasta ja riittävää tietoa kuluttajat eivät voi toimia tehokkaasti terveydenhuollossa. Glentonin (1997) mukaan hyvin harvat potilasorganisaatiot pitävät kuitenkin päämääränään tieteellisen tiedon levittämistä, vaan suurin osa organisaatioiden toiminnasta keskittyy lobbaamiseen, uusien jäsenten rekrytoimiseen ja sairaiden ja heidän läheistensä tukemiseen tukiryhmiä perustamalla. Tieteellisistä asioista kiinnostuttaessa ei pyritä hakemaan tietoa esimerkiksi kirjoista, vaan tukeudutaan ns. "toisen käden tietoon" ja erilaisten (myös hyvinkin värikkäiden) "asiantuntijoiden" mielipiteisiin. Glentonin

mukaan laiminlyönti osoittaa organisaatioiden olevan pikemminkin passiivisia tiedon vastaanottajia kuin tiedon aktiivisia etsijöitä.⁹ Kuluttajan epäonneksi kukaan muukaan ei ole ottanut vastuulleen tieteellisen tiedon kriittistä tarkastelua.

Tyytyväisyyden mittaaminen terveydenhuoltopalveluihin on kaiken kaikkiaan vaikeaa. Calnanin ja Milewan (1996, 72) mukaan tämä johtuu palvelujen käyttäjien erilaisista asemista suhteessa vallitsevaan järjestelmään. Palvelujen käyttäjinä voidaan nähdä (1) väestö yleensä, (2) aktiiviset käyttäjät ja (3) systeemistä erittäin riippuvaiset käyttäjät. Vaikka potilas-/kuluttajanäkökulman huomioiminen terveydenhuollossa on asia, jonka jo laajasti tunnustetaan kaipaavan enemmän jalansijaa hoidon laatua arvioitaessa, laatua on perinteisesti tutkittu kliinisellä ja taloudellisella tehokkuudella (Calnan ym. 1994). Johnsonin ym. (1988, 144, 146-149) tekemässä tutkimuksessa minkään yksittäisen tekijän sellaisenaan ei katsottu vaikuttavan potilaan lääkäriä kohtaan tuntemaan tyytyväisyyteen. Tutkijat katsoivat syyksi potilas-lääkäri -suhteen kompleksisuuden. Tyytyväisyys lääkäriin oli suurinta, kun lääkäri ei osoittanut yhtään epävarmuutta hoitotilanteessa tai tilanteen ratkaisussa - ja matalinta päinvastaisessa tapauksessa.

Sosiodemografisista tekijöistä ainoastaan iällä on nähty olevan merkitystä terveydenhuoltopalveluja kohtaan tunnettuun tyytyväisyyteen; tyytyväisyys kasvaa ikääntyessä (Suomen Lääkäriliitto 1986; Calnan ja Milewa 1996, 65; European health care... 1996, 7). Tätä voivat selittää sukupolvien kokemat todelliset erot terveydenhuollossa, iäkkäämpien ihmisten läheisempi suhde lääkäriinsä, iäkkäämpien ihmisten lääkäriä kohtaan tuntema suurempi luottamus ja kunnioitus sekä haavoittuvuuden ja riippuvuuden tunne (Calnan ja Milewa 1996, 65). Luptonin ym. (1991) kuluttajatutkimuksen mukaan kuluttajat suhtautuivat pessimistisesti konsumerismiin terveydenhuollossa. Konsumeristiselle toiminnalle nähtiin potilaan ominaisuuksiin, nimenomaan ikään, liittyviä rajoitteita. Tosin vanhemmat ikäluokat olivat tutkimuksessa yliedustettuina, melkein puolet otoksesta oli yli 55 -vuotiaita. Vanhemmille ikäluokille lääkäri onkin

⁹ Toisaalta voidaan ajatella, että kuluttajaliikkeet nimenomaan ja tarkoituksella haluavat profiloitua toisenlaista kuin tieteellistä tietoa tarjoavina kanavina. Kuluttajaliikkeet haluavat toimia lähellä ihmistä, yksittäisten ihmisten äänitorvena, tuoden esille kokemuksia todellisesta elämästä.

usein vielä ehdoton auktoriteetti, kun taas nuoremmat ihmiset ovat korkeammin koulutettuja ja sosiaalistuneita kyseenalaistamaan auktoriteetteja.

Terveydenhuoltopalvelujen tasoon ollaan Euroopassa yleisesti ottaen varsin tyytyväisiä. Variaatiota ilmenee kuitenkin sekä maitten kesken että maan sisällä palvelusta ja potilasryhmästä riippuen. Tyytymättömmimpiä ollaan Etelä-Euroopan maissa Kreikassa, Italiassa, Espanjassa ja Portugalissa. (Calnan ja Milewa 1996, 61, 72-73; European health care... 1996, 8) Calnanin ym. (1994) suorittamassa Englannin, Kreikan, Jugoslavian ja Neuvostoliiton perusterveydenhuoltoa koskevassa mielipidetutkimuksessa tuli selvästi esille tyytyväisyyden yhteys potilas-lääkäri -suhteen laatuun. Lisäksi yleislääkäreiden ammatilliset erot vaikuttivat tyytyväisyyteen.

Esimerkiksi englantilaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä potilaat itse rekisteröityvät yleislääkäreille, jotka sitten tarvittaessa ohjaavat potilaat "oikean" asiantuntijan vastaanotolle ja sairaaloihin. Luptonin ym. (1991, 559) mukaan yleislääkärin vapaa valinta luo hyvät olosuhteet konsumeristiselle käyttäytymiselle. Lääkəriä koskevaa tietoa voidaan hakea ennen rekisteröitymistä, arvioida palveluja vastaanotolla ja lopulta päättää, mennäkö hänen vastaanotolleen uudestaan vai vaihtaako lääkäriä. Busfield (1990) puolestaan on esittänyt, että yksityisessä terveydenhuollossakaan kuluttajan valinnanmahdollisuus ei ole maksimaalinen ja joissakin tapauksissa se on jopa julkista sektoria vähäisempi. Valinnanmahdollisuus riippuu maksukyvyistä ja otettujen vakuutusten peittoalueesta. Sairausvakuutukset määräävät minkälaisiin sairaaloihin henkilö voi ylipäättänsä hakea ja minkälaista hoitoa hän voi saada ilman lisämaksua.¹⁰ Varsinaisia tutkimuksia, jotka koskisivat potilaiden kokemuksia yksityisen sektorin terveydenhuollosta on kuitenkin tehty hyvin vähän (Higgins ja Wiles 1992).

Keskustelu potilaan asemaa ja oikeuksia turvaavasta laista alkoi Suomessa 1980 -luvun alussa ja johti lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista 1993, ensimmäisenä Euroopassa. Mallia suomalaisen lain sisällöstä ovat ottaneet terveydenhuoltoonsa

¹⁰ Maksukyky ja vakuutusten peittoalue toimivat myös konsumerismin esteinä.

myös Tanska ja Liettua (European health care... 1996, 23-24, 34-35). Erityisen vankka jalansija potilas- ja kuluttajajärjestöillä on Hollannissa ja Englannissa, joista edellisessä virallinen taho myös kerää ja tarjoaa tietoa potilaiden näkemyksistä erilaisten hoidon tarjoajien ja hoitojen suhteen (European health care... 1996, 36-36, 46-47; Kelson 1996, 113). Myös Suomen Lääkäriliitto sanoo nykyään suhtautuvansa myönteisesti lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Lääkärietiikka 1996, 89).

Suomen terveydenhuollon nykyisenä peruspilarina voidaan pitää vuoden 1972 kansanterveyslakia. Valtio on ottanut huolehtiakseen kansalaistensa hyvinvoinnista ja terveydestä. Terveydenhuolto on rakennettu väestövastuujärjestelmän ja omalääkäri-ideologian mukaan; lääkärin valinta ei sovellu siihen hyvin. Väestövastuujärjestelmä tarkoittaa, että väestö on jaettu alueyksiköihin, joilla on omat peruspalvelupisteensä. Terveyskeskukset huolehtivat sairaanhoitopalvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta, koululaisten ja opiskelijoiden terveydenhuollosta, sairaankuljetuksesta, lääkinällisestä kuntoutuksesta ja osaksi myös hammashuollosta. Lisäksi terveyskeskukset on velvoitettu tekemään terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia, jakamaan asukkaille tietoa terveyden ylläpidosta ja edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä, huolehtimaan kotisairaanhoidosta ja joissakin tapauksissa myös järjestämään työterveyshuollon palveluja. Järjestelmä sairausvakuutuksineen ulottuu kaikkiin Suomessa asuviin ja enemmistö suomalaisista on jo järjestelmän piirissä. Palvelujen rahoituksesta ja hallinnosta huolehtivat kunnat ja valtio. Valtio myöntää kunnille valtionosuutta palvelujen järjestämiseen. Terveyskeskuksia ylläpidetään lisäksi kuntalaisilta perittävien verojen avulla.

Suhde julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on Suomessa monimutkainen ja sektorit kilpailevat keskenään. Omalääkäri-ideologian mukaisesti kunnan asukkaat voivat hakea hoitoa terveyskeskuksesta maksukyvyystään riippumatta ja omalääkärin vastaanotolle tulee päästä kolmen päivän sisällä yhteydenotosta. Omalääkäreillä on listoillaan noin 2000 henkilöä. Hoitoa annetaan lähinnä yleislääkäripalveluina ja lisäksi sairaaloissa. Yksityisvastaanotot keskittyvät kaupunkeihin, joissa julkiset palvelut ovat yleensä ylikuormittuneita. Yli puolet vuosittaisista lääkärissä käynneistä tehdään terveyskeskuksiin ja lähes puolet Suomen työikäisistä lääkäreistä pitää

yksityisvastaanottoa (Klaukka 1996). On hyvin yleistä, että lääkäri työskentelee sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Vaikka Suomessa terveydenhuollon palvelujärjestelmä on pyritty saamaan kattavaksi ja kaikkia väestöryhmiä palvelevaksi, eivät kuvaukset potilas-lääkäri -suhteesta ole kovin mairittelevia. Suomen Lääkäriliiton teettämässä kyselytutkimuksessa 1970 -luvun alussa joka viides potilas katsoi, että lääkäri ei kertonut riittävästi kyseessä olevasta sairaudesta eikä sen hoito-ohjeista. Tyypillinen lääkäri kuvattiin kiireiseksi, rutiininomaiseksi, potilaskeskeisyydeltään vähäiseksi, omaa tärkeyttään korostavaksi, tönkeyäksi ja viralliseksi (Seppälä 1973). Vastaava kyselytutkimus uusittiin vuonna 1986. Neljännes potilaista katsoi, ettei ollut saanut viimeisimmällä lääkärintaantotollaan riittävää mahdollisuutta keskustella sairauden hoitamisesta, eikä ollut saanut sanoa mielipidettään lääkärin ehdottamista hoidoista tai tutkimuksista (Suomen Lääkäriliitto 1986). Suhteellisen tuore haastattelututkimus (Sihvo ja Uusitalo 1993) kertoo suomalaisten olevan tyytyväisiä nykyiseen palvelutasoon. Erityisen tyytyväisiä ollaan äitiys- ja lasten terveystalveluihin, lääkäritalveluihin ja sairaalatalveluihin. Vaikka suomalaiset ovat halukkaita säilyttämään julkisen terveydenhuoltojärjestelmänsä, korkeasti koulutetut ja suurituloiset ovat muita halukkaampia hyväksymään julkisten talvelujen rinnalle yksityisiä vaihtoehtoja (Johanson ja Mattila 1994).

Kantelut Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen ovat kuitenkin lisääntyneet (Kokkonen 1997). Eräs terveydenhuollosta tehtyjen valitusten aihe on ollut potilaan tietämättömyys (Paloniemi 1990). Lisäksi on kaivattu potilaan ja ammattilaisten välille sellaista keskustelua, jonka potilas ymmärtää (Koivuniemi 1992). On puhuttu yleisemmin myös väestön vaatimustason kohoamisesta. Korkean tuloverotuksen oloissa talvelujen käyttö yleensä koetaan oikeutetuksi ja talveluja osataan vaatia (Punnonen H. 1996).

Useat potilasorganisaatiot ovat ryhtyneet jakamaan aktiivisesti terveydenhuoltoa koskevaa tietoa potilaille. Valtaosa potilasorganisaatioista on kuitenkin ei-hallinnollisia, tietyn sairauden ympärille muodostuneita yhdistyksiä. Sama on tilanne Norjassa (Glenton 1997). Erityisesti Suomen Potilasliitto on vaikuttanut potilaan aseman

parantamiseen ajamalla voimakkaasti vuonna 1993 voimaan tullutta lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaan tiedonsaantioikeus koskee sekä terveydentilaa että valintaa eri hoitovaihtoehtojen välillä ja itsemääräämisoikeus on ehdoton kaikissa niissä tapauksissa, joissa potilas on toimivaltainen ja kykenee ymmärtämään tilanteensa. Potilasliiton ansiota on myös koko maan kattava potilasasiainjärjestelmä.

Viime vuosina potilaat ovat aktivoituneet ja tulleet oikeuksistaan tietoisiksi. Potilaille on tarjottu aktiivisempaa kuluttajan roolia, johon kuuluu valinnanvapautta ja -varaa, vaikka kuluttajaroolia ja sen sopivuutta erityisesti julkiseen terveydenhuoltoon on myös kritisoitu voimakkaasti. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on esimerkki terveydenhuollossa perinteisesti vallinnutta paternalismia vastaan. Lääkärit itse eivät ole aina suhtautuneet uuteen lakiin myönteisesti, vaan katsoneet sen lähtökohtaisesti oletettavan, että potilaan ja häntä hoitavan lääkärin välillä vallitsee tietty (lääkäreille epäedullinen) vastakkaisuus (Lindqvist 1995). Toisissa olosuhteissa lääkärit mielellään itse painottavat tätä vastakkaisuutta. Ilmaisua "toistaiseksi potilaita on riittänyt niin hyvin, ettei ole tarvinnut olla kohtelias" ei ole ollut lääkärikunnan joukossa kovinkaan harvinainen (Salmela 1997), mutta kilpailun kasvaessa ja kiristyessä lääkäreiden on ollut pakko ryhtyä toimimaan uudella tavalla.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Edellä on kerrottu, että erityisesti naiset ovat olleet kiinnostuneita terveyttä koskevista tiedoista ja sen etsimisestä. Naiset ovat toimineet konsumeristisia ajatuksia omaksuneena ryhmänä ja heidän aktiivisuutensa tiedostavina terveyspalvelujen kuluttajina on ollut hyvin näkyvää. Naisten perustamien terveysryhmien toiminnasta on yksi esimerkki Boston Women's Health Collective, joka on toiminnallaan repinyt alas perinteisiä lääketieteen raja-aitoja. Liikkeen julkaisemalla "Our bodies ourselves" -teoksella (1971) oli huomattava merkitys yleisölle, jolle avautui lääketiedettä ympäröivä mystiikka ja eriarvoisuus. Yleisöä rohkaistiin saamaan parempaa hoitoa peräänkuuluttamalla kasvavaa kuluttajavastuuta. Sheila Kitzingerin kirja "The good

birth guide" (1978), jossa kerrottiin kaikkien Iso-Britannian synnytyspaikkojen käytännöistä ja palveluista, oli myös esimerkki aktiivisen naisten kuluttajaliikkeen toiminnasta. Englannissa perinteisesti vahva synnytyksiin liittyvä kuluttajaliike tiedotti keskeisimmistä hoitokäytäntöihin liittyvistä johtopäätöksistä. Kun potilaat alkoivat kysellä hoitomenetelmistä, lääkäreiden oli reagoitava ja he ryhtyivät vuoropuheluun. Lisäksi erilaiset "tee se itse" -terveyskirjat ovat olleet suosittuja naisten keskuudessa.

Naisten terveysliike, Kuumat Aallot, aloitti toimintansa Suomessa muutama vuosi sitten. Liikkeen perustivat naiset, jotka olivat sairastaneet rintasyövän¹¹ ja epäilivät saaneensa sen vaihdevuosihormonien käytön takia. Kuumat Aallot on ollut julkisuudessa voimakkaasti esillä. Sen ansiosta hormonihoidon rintasyöpäriski tuli ylipäänsä julkisuuteen ja lääkärit ensimmäistä kertaa havahtuivat ajattelemaan, että naisia tulisi informoida sekä hormonien hyödyistä että haitoista ja naisten itsensä tulisi olla lopullisia hoidostaan päättäjiä (Topo 1997). Kuumat Aallot on kääntänyt suomeksi National Women's Health Networkin (1995) julkaiseman vaihdevuosien hoitokäytäntöjä koskevan tietopaketin "Taking hormones and women's health. Choices, risks and benefits". Siinä suhtaudutaan kielteisesti rutiininomaisiin hormonihoitoihin ja todetaan etteivät vaihdevuodet ole sairaus, joka automaattisesti vaatii hoitoa, vaan luonnollinen osa naisen elämää. Hormonihoidoista todetaan, että niiden suhteen on olemassa tiettyjä riskejä, pitkäaikaiset vaikutukset eivät ole tiedossa ja turvallisia vaihtoehtoja on käytettävissä.

Suomalaisten lääkärilehtien tarkastelun perusteella lehtien pääaiheena ei ole kuitenkaan ollut juuri koskaan hormonien sivuvaikutukset ja jos onkin, lääkärit ovat neuvoneet toisiaan antamasta niille liikaa painoarvoa, jotta naisia ei peloteltaisi. Maallikkolehdistä naislääkäreillä on ollut 1990 -luvulla mieslääkäreitä monipuolisempia ja kriittisempiä kannanottoja hormonien käytön kasvuun, mutta lääkärilehdistä sukupuolieroa ei ole näkynyt. Mediassa naisten taustainstituutio on mainittu harvoin, toisin kuin ei-kriittisten mieslääkäreiden. (Topo 1997) Aivan viime aikoina

¹¹ Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto. Suomessa naisten koko elämänaikainen rintasyöpävaara on arvioiden mukaan 7-10% (Hirvonen 1996, 2125; Punnonen R. 1996, 1113).

hormonihoitoja koskevat asenteet ovat - tosin hyvin lievästi - tulleet konservatiivisemmiksi myös ammattilehdissä siten, että vaihdevuosi ei ole pidetty automaattisesti "hormonitautina"¹² (katso esim. Huttunen 1996, 1059; Salmi 1996, 1036).

Itsehoitoryhmien ja potilasjärjestöjen jakamaan tietoon sairauksista, niiden hoidoista ja neuvoista sen suhteen, mitä on odotettavissa, on kohdistettu (etenkin lääkäreiden aloitteesta) kritiikkiä. Asiantuntijuuden ulkopuolella olevien ryhmien on katsottu olevan kykenemättömiä harjoittamansa kaltaiseen toimintaan. (katso myös Kelson 1996, 113-114) Vaihdevuosikeskustelussa Kuumien Aaltojen toiminnan on sanottu sairastuttavan naisia henkisesti ja aiheuttavan heille gynekologisia tulehduksia ja oireita (IS 12. 10. 1995)¹³. Joka tapauksessa naisten terveysliikkeet ovat olleet kiinnostuneita tasa-arvosta ja ihmisoikeuksista ja tuoneet laajasti esille terveyspalvelujen ja lääkemarkkinoinnin yhteyden naisen asemaan yhteiskunnassa yleensä.

Vaihdevuosikeskustelussa maallikoille tarkoitetuissa asiantuntijaneuvoissa on toistuvasti korostettu naisen omaa päätöstä ja yksilöllistä ratkaisua (Hemminki ja Topo 1994). Lääkärit ovat suhtautuneet hormonien antoon kuitenkin myönteisemmin kuin naiset (katso myös Hemminki ym. 1991; Topo ym. 1993). Useat naiset ovat tunteneet jääneensä välttämättömän tiedon ulkopuolelle tehdäkseen tietoisin valinnan ja naisten tulisikin saada itsenäistä päätöksentekoa varten parempaa tietoa sekä hormonihoidoista että niihin liittyvistä epävarmuuksista (katso myös Topo ym. 1993). Nykyinen kuluttajien aktivoituminen voi johtaa siihen, että tulevaisuudessa kuluttajanäkökulman painottaminen terveydenhuollossa tulee lisääntymään (katso myös Hampson ja Hibbard 1996). Tämä lisää entisestään myös maallikoiden kyvyttömyyttä pysytellä pitkäaikaisia terveystuloksia koskevien teorioiden tasalla, mikäli lääkärit eivät informoi heitä tarpeeksi valinnan tekemiseksi.

¹² Nykyinen trendi ainakin näyttää siltä, että vaihdevuosiin liitetään automaattisesti hormonihoito: hormonit ovat saaneet näkyvimmän aseman vaihdevuosiin suhtautumisessa ja vaihdevuosien hoidossa. Tässä valossa konservatiivisuutta edustaa perinteinen suhtautumistapa: vaihdevuodet ovat normaali naisen elämään kuuluva osa eivätkä (välttämättä) vaadi lääkitystä.

¹³ Ilta-Sanomien mielipideosaston kirjoituksesta ei käy ilmi kirjoittajan tausta; onko hän maallikko vai lääkäri, mutta suomalaisten gynekologioiden suhtautuminen Kuumiin Aaltoihin on ollut hyvin kielteistä, jopa hyökkäävää ja myös kielellisesti väritynyttä (tästä lisää jäljempänä).

3. 1 Tarkastelun kohteena vaihdevuodet ja niiden hoito

Nykyään julkisuudessa ja etenkin naistenlehtien palstoilla käydään vilkasta keskustelua vaihdevuosista ja niiden aiheuttamista muutoksista naisen elämässä¹⁴. Keskustelu on yhteydessä yhteiskunnassa laajemmin käytyyn keskusteluun naisen asemasta ja roolista yleensä. Nykypäivän nainen osallistuu aktiivisesti työelämään ja kasvattaa samalla lapsensa.

Lääketieteellisesti määriteltynä vaihdevuosilla tarkoitetaan naisen sukukypsyysiän päättymiseen liittyvää ajanjaksoa, jolloin naisen estrogeenituotanto vähenee huomattavasti. Ajanjakson alkuna pidetään kuukautisten loppumista eli menopaussia. Suomalaisten naisten keski-ikä menopaussissa on 51 vuotta (Luoto 1994; Topo ja Hemminki 1995). Eri asiantuntijat ovat määritelleet jakson loppuajankohdan eri tavoin ja määritelmät vaihtelevat suuresti ajanjakson tarkoittaessa muutamaa vuotta, vuosikymmentä tai loppuelämää (Hemminki ym. 1991; 1992a, 100).

Keskustelu naisen asemasta ja oikeuksista, tasa-arvosta, naiseen ja naiseuteen kohdistuvasta kontrollista ja ruumiillisuudesta alkoi 1960-1970 -luvuilla. Keskustelun voimistuminen oli yhteydessä naisliikkeen, kuluttajaliikkeen, ekologisen liikkeen ja vaihtoehtolääketieteen nousuun (katso myös MacIntyre 1980). Keskustelun edetessä ryhdyttiin kiinnittämään huomiota myös tapaan, jolla nainen, naisen seksuaalisuus ja rooli biologisessa suvunjatkamistehtävässä medikalisoitiin lääketieteessä (Turner 1987; katso myös Hägglund ja Riska 1991).

Medikalisaatiolla eli lääketieteellistämällä tarkoitetaan ilmiötä, jossa lääketieteellinen asiantuntijuus, tieto ja teknologia ulotetaan sairauksien ulkopuolelle ja yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termein (Topo ym. 1991a; Hemminki ym. 1992a, 96-97). Zola (1983) kuvaa medikalisaation prosessiksi, jossa koko arkielämä yhä enenevässä määrin tulee lääketieteellisen määrittelemisen, vaikutuksen ja (rajoittamattoman) kontrollin alaiseksi. Lääketieteelliseen ilmiöön

¹⁴ Keskustelu ei koske ainoastaan Suomea (katso esim. Hampson ja Hibbard 1996).

pyritään sisältämään myös sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia (Kaufert ja Gilbert 1986). Medikalisaatio voidaan nähdä myös ilmiönä, jossa yleisö odottaa, että heidän vaivojensa lääketieteellinen hoitaminen parantaa myös heidän sosiaalisia ongelmiaan (Hastings center report 1996, 5). Prosessia ohjaavat sekä teknologiset mahdollisuudet ja sosiaaliset odotukset.

Naisen kehon normaalit toiminnot kuten raskaus, synnytys, suvunjatkamiskyvyn lakkaaminen, vaihdevuodet ja vanheneminen patologisoidaan ja alistetaan tarkkailuun pelkistämällä ilmiöt puhtaasti lääketieteelliseksi ongelmaksi, joka vaatii lääketieteellistä ratkaisua (Turunen 1996, 86-87). Aluksi medikalisaatiokeskustelu koski lapsen syntymää ja vaihtoehtoisia synnyttämistapoja. Keskustelu äitiydestä ja synnyttämisestä johti keskusteluun naisen alisteisesta asemasta ja perinteisistä sukupuolirooleista (MacIntyre 1980). Zolan (1983) mukaan medikalisaatio koskee itse syntymistapahtuman lisäksi prenataalista ja postnataalista hoitoa ja huolenpitoa, lastenlääketiedettä yleensä, ehkäisyä, hedelmättömyyttä ja synnyttämisen- ja seksuaaliprosessia. Lisäksi se koskee myös näihin prosesseihin liittyviä ongelmia. Suomalaisissa lääketieteellisissä lehdissä käyty keskustelu osoittaa, että vaihdevuodet ovat muuttuneet edellisten vuosikymmenten normaali-ilmiöstä nykyiseksi puutostilaksi tai sairaudeksi (Hemmingi ym. 1991).

Vaihdevuosien sairauskeskeisyys pitää sisällään ajatuksen, että naisten tulisi hakeutua lääkäreiden vastaanotolle sen sijaan, että luottaisivat omiin tai toisten naisten kokemuksiin (Kaufert ja Gilbert 1986). Lisäksi, kun ongelmaksi määritellään estrogenitason lasku ei voi välttää ajatusta, että vain lääkäri ja laboratoriokokeet voivat määrittellä vaihdevuosien alkamisen. Hemmingin ym. (1995) tutkimuksessa kysyttiin suomalaisten naisten suhtautumista väittämään "vaihdevuodet ovat normaali naisen elämään kuuluva ilmiö, joka ei yleensä vaadi lääkärin hoitoa". 61% naisista oli joko täysin tai osaksi samaa mieltä, 18% oli eri mieltä ja loput eivät osanneet sanoa mielipidettään tai eivät vastanneet kysymykseen. Nuoremmat naiset olivat muita useammin sitä mieltä, että vaihdevuodet ovat normaali ilmiö, mutta erot ikäryhmien välillä eivät olleet suuria. 78% naisista oli sitä mieltä, että naisellisuus ei häviä vaihdevuosissa, 30% ilmaisi vaihdevuosiin liittyviä myönteisiä piirteitä ja 28% niihin

liittyviä negatiivisia piirteitä. Lääkäriin, epidemiologinen ja naisen oma vaihdevuosien määritelmä eivät aina vastaa toisiaan (Kaufert 1983).

Terveyspalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä. Lisäksi naiset käyttävät terveyspalveluja säännöllisemmin kuin miehet. (Calnan ym. 1994) Naistenlehtiä selatessa ei voi myöskään olla tekemättä havaintoa, että naiset ovat ylipäänsä kiinnostuneita terveyteen liittyvistä asioista ja niistä keskustellaan paljon. Vaihdevuosiin tullessaan nainen ei kohtaa pelkästään fysiologisia ja fyysisiä muutoksia, vaan myös häntä ympäröivät sosiaaliset rooli-dotukset muuttuvat. Lapset aikuistuvat ja muuttavat pois kotoa perustaakseen omat perheensä. Lastenlasten saaminen siirtää naisen isoäidin rooliin. Osa naisista kokee sosiaaliset muutokset vapauttavina, osa tuntee ahdistusta. Työpaikoilla etenkin miehet selittävät vaihdevuosi-ikäisen naisen käyttäytymistä huomautuksin, jotka ovat sidoksissa ajatukseen naisen ulkoisesta olemuksesta ja sen "rapistumisesta". Näin henkisetkin tapahtumat ja tilanteet "fyysistetään". Nuoruutta ihannoivassa yhteiskunnassa nainen nähdään pitkälti hänen fyysisen ja reproduktiivisen roolinsa kautta. Vaihdevuosissa kohdattu muutos on kuitenkin kokonaisvaltaista tapahtuen samanaikaisesti useilla eri elämän osa-alueilla. Siksi muutoksista ja eri tahojen kohdistamista paineista keskusteleminen ja kokemusten vaihtaminen on tärkeää.

Vaihdevuosia koskeva keskustelu on voimistunut samalla, kun myös vaihdevuosien hoitoja on kehitetty. Erityisenä puheenaiheena ovat olleet estrogeeni- ja estrogeeni-progestiinihoidot. Hoidosta puhutaan joko hormoni- tai hormonikorvaushoidon nimellä, mutta molemmilla tarkoitetaan samaa asiaa. Korvaushoito -nimityksen käyttäjät katsovat kyseessä olevan naisen oman heikentyneen estrogeenitason korvaamisen synteettisillä lääkevalmisteilla. Hormonihoito -nimitystä käyttävät perustelevat valintaansa usein sillä, etteivät pidä näkökannasta, jonka mukaan nainen on puutteellinen jonkin asian suhteen ja tuota puutosta pitäisi ikäänkuin pyrkiä korvaamaan jollakin.

Vaihdevuosien hoitoon on ryhdytty käyttämään rutiininomaisena hoitomuotona hormonihoitoa, joko vaihdevuosien aikana tai niiden jälkeen, (1) lievittämään vaihde-

vuosioireita tai (2) hidastamaan ikääntymistä. (Topo ym. 1991a, 1991b; 1995). Hemmingin ym. (1992a, 99-101) mukaan nykyinen terveydenhuolto suhtautuu naisten ikääntymiseen nimenomaan siten, että vaihdevuosien hoidossa puhutaan sairauksien ehkäisystä ja pyritään menopaussin ohittaneiden naisten aktiiviseen etsintään. Vanhenemisen hidastamisen sijasta puhutaan tiettyjen sairauksien ehkäisystä ja kansanterveyden edistämisestä (katso esim. Hirvonen 1996; Rutanen ja Lähtenmäki 1996, 1032; Salmi 1996, 1035; toisaalta Huttunen 1996; 1963). Esimerkiksi keskustelu osteoporoosin eli luukadon kansanterveydelle ja kansantaloudelle aiheuttamista kustannuksista osoittaa, että kyseessä on aivan muu kuin pelkästään yksilöllisyyteen liittyvä asia. On esitetty mielipiteitä, että hormonihoitoon aloittamisen ikäraja tulisi siirtää lähemmäksi 40 ikävuotta eikä ajatus siitä, että jokaisen vaihdevuosissa olevaksi määritellyn naisen tulee saada hormoneja ole kaukana (Kaufert ja Gilbert 1986). Kuten lapsen syntymisessä, vaihdevuosissa(kin) kyse on kollektiivisesta tapahtumasta¹⁵.

Hormonihoitoja koskevia tutkimuksia ei ole kuitenkaan tehty riittävästi luotettavan tiedon saamiseksi. Puolueeton ja kriittinen tieto varsin yleisen hoitokäytännön terveysvaikutuksista, erityisesti pitkäkestoisen hoidon hyödyistä ja haitoista, on epäselvää ja sekä hyödyiksi että haitoiksi on lueteltu osittain jopa samoja kansanterveystauteja (Hemminki ym. 1991; 1992a; Topo ym. 1991b; Rosenberg 1993; *Handling med östrogen...* 1996). Rosenbergin (1993) mukaan tapana on ollut hyvin pitkälle hoidon potentiaalisten hyötyjen laskeminen todellisiksi hyödyiksi, ilman että potentiaalisia haittoja on huomioitu. Myös hyödyllisyyden tarkastelu yhdestä taudista käsin (esim. osteoporoosi) ja suositusten tekeminen tämän taudin mukaisesti ovat johtaneet siihen, että mahdollisia muita terveysvaikutuksia ei ole huomioitu. Samalla on unohdettu, että intervention arvo riippuu sen kaikista vaikutuksista (Hemminki ym. 1991). Tieteellisissä piireissä käyty keskustelu on ollut vilkasta, mutta vaihdevuosimieliä ja vaihdevuosien hoitoa koskevaa konsensusta ei liene kuitenkaan ole olemassa (Topo ym. 1991b; 1993; katso esim. Haukkamaa 1996, 1067-1068,

¹⁵ Reproduktion kollektiivisuudesta, katso Kaufert ja Gilbert 1986.

1070; Hirvonen 1996, 2125; Punnonen R. 1996, 1110; Salmi 1996, 1035; Ylikorkala 1996, 1039).

Hormonihoitoja koskevat suositukset, etenkin osteoporoosissa, ovat olleet keskenään ristiriitaisia (Topo ym. 1991b). Suomessa lääkintöhallituksen asettaman osteoporoosityöryhmän mietintö (1987) suositteli hormonihoitoa osteoporoosia ehkäisevässä mielessä kaikille vaihdevuodet ohittaneille naisille, joilla ei ollut kontraindikaatioita¹⁶. Ruotsissa hoitoa suositeltiin vain naisille, joiden kuukautiset olivat jääneet tulematta pitemmältä ajanjaksolta tai joilla oli aikainen menopaussi (Drug information committee 1989). Euroopan konsensuskonferenssi suositteli hoitoa vain riskiryhmään kuuluville naisille (Consensus development conference 1987, 914-915). Tiedon puute ja ristiriitaiset suositukset lienevät omalta osaltaan aiheuttaneet hämminkiä sekä lääkäreiden että maallikoiden keskuudessa.

Suomalaisten vaihdevuosi-ikäisten naisten vaihtoehtolääkinnän käyttö on myös yleistä ja yleistymässä. Yli puolet vaihtoehtolääkkeiden käyttäjistä käyttää myös hormonihoitoa. Vaihtoehtolääkinnän käyttö on yleisintä nuorempien, paremmin koulutettujen ja kaupunkilaisnaisten joukossa (Mäntyranta ym. 1997); samoin hormonien (Topo ym. 1993; 1994, 80-81; 1995). Uutuuksien leviämistä koskevien teorioiden mukaan ensimmäiset uutuuksien käyttäjät ovat usein korkeimpien sosioekonomisten ryhmien jäseniä. Kun keksintö on vakiinnuttanut asemansa ja sen käyttö on levinnyt yhä laajempiin kansanryhmiin, ensimmäisinä sen käytön lopettavat sosioekonomisten ryhmien kärkipäähän kuuluvat ihmiset. (Topo ym. 1994, 81)

Suomen terveystaloudessa on omaksuttu muita pohjoismaita liberaalimpi suhtautuminen vaihtoehtolääkintään siten, että Suomessa ei ole olemassa vaihtoehtolääkintää koskevaa lainsäädäntöä. Muissa Pohjoismaissa on laadittu asiaa koskien erityinen puoskarilaki tai otettu lääkärintoimen harjoittamista koskeviin säädöksiin mukaan puoskarointia koskevia säädöksiä. Suomalaisten lääkäreiden mukaan ei-lääketieteelliset hoitomuodot ovat tärkeitä potilaiden itsehoidossa ja muun terveydenhuollon

¹⁶ Kontraindikaatiolla tarkoitetaan lääkkeen tai muun hoidon käyttöä vastaan puhuvaa syytä (vasta-aihe, käytön este).

täydentäjänä. Vaihtoehtolääkintää käytetään integroituneena muihin hoitomuotoihin (Vaskilampi 1992, 39). Entinen sosiaali- ja terveyshallituksen (nyk. Stakes) apulaisosastopäällikkö, LKT Antti Marttila oli vuonna 1992 sitä mieltä, että vaihtoehtolääkintään ei tule ottaa Suomessa liian jyrkkää kantaa, eikä sitä tule kieltää kokonaan. Ihmiset haluavat käyttää vaihtoehtolääkintää ja valvonnan sijaan tulisikin keskittyä tiedon välittämiseen vaihtoehtolääkinnän rajoista ja vaaroista. Toisaalta lääkäreiden suhtautuminen vaihtoehtolääkintään on ristiriitaista ja hyvinkin negatiivisväritteistä. Saanon (1996, 1118-1121) mukaan "uskomuslääkinnän" piirissä kärjistetään ja käytetään markkinoinnin vauhdittajana estrogeenilääkitykseen kohdistuvaa pelkoa. Hän sanoo, että gynekologien kokemuksen mukaan hyvin monet suomalaiset naiset kokeilevat ensimmäiseksi vaihdevuosivaivoihinsa uskomuslääkinnän tarjoamia hoitoja ja valmisteita. Lisäksi hän toteaa, että nämä hoidot maksavat hormonihoitoja enemmän, niissä käytetään estrogeenien tavoin vaikuttavia aineita, tutkimustietoa käytettävien aineiden ominaisuuksista on niukasti, hyödyt ovat osoittamatta ja raportteja haittavaikutuksista on runsaammin.

Koska Suomessa potilaat olivat kyselleet lääkäreiltä aiempaa useammin "täydentävistä hoitomuodoista", Suomen Lääkäriliitto asetti 1980 -luvun lopulla työryhmän selvittämään niiden käyttöä. Yli kolmasosa lääkäreistä ilmoitti olevansa kiinnostunut tietämään hoidoista enemmän, yli puolet ei ollut asiasta suuremmin kiinnostunut ja kymmenisen prosenttia ei halunnut kuullakaan asiasta. Miesten ja iäkkäämpien lääkäreiden suhtautuminen oli muita kielteisempää. (Klaukka ym. 1988, 2845-2847) Lääkäreistä neljännes oli halukkaita lisäämään lääkärin työhön akupunktiota, kiropraktiikkaa tai naprapatiaa ja puolet piti homeopatiaa ja henkiparantamista ihmisten pettämisenä. Työryhmä piti tarpeellisena lisätä lääkäreiden tietämystä täydentävistä hoitomuodoista. Se totesi, että hoitojen käyttöä lisää Suomessa se, että potilaat eivät koe tulevansa terveydenhuollossa kuulluiksi ja nähdyiksi ihmisinä. Ruotsissa 67% vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttäjistä oli ensin hakeutunut terveydenhuoltoon ja noin puolet oli ilmoittanut, ettei ollut saanut apua terveydenhuollosta. (Vertio 1988, 2791)

Vastaava kysely uusittiin vuoden 1995 alussa. Edelleen miesten ja keski-ikäisten ja iäkkäiden lääkäreiden suhtautuminen oli muita kielteisempää. Potilaat kysyvät mielipidettä vaihtoehtoisista hoitomuodoista useammin nais- kuin mieslääkäreiltä. Suhtautuminen etenkin akupunktioon ja kiropraktiikkaan oli kehittynyt myönteisempään suuntaan ja niiden lisäksi myönteisimmin suhtauduttiin myös naprapatiaan. Myös lymfaterapiaan suhtautuminen oli suhteellisen myönteistä. Akupunktio oli asettunut lääkärikunnan pienehkön osan pysyväksi hoitomuodoksi. Edelleen kuitenkin todettiin, etteivät vaihtoehtohoidot ole lääketieteen näkökulmasta pääasiassa uusien hoitokeinojen potentiaali varasto, vaan pikemminkin aihe oman toiminnan itsetutkimukseen. (Vertio ym. 1995, 2227-2229)

Huolimatta "liberaalista" suhtautumisesta, ts. siitä, että Suomessa ei ole vaihtoehtolääkintää koskevaa lainsäädäntöä kuten muissa pohjoisissa¹⁷, vaihtoehtolääkinnän profiili on Suomessa erilainen kuin monissa muissa Euroopan maissa, missä esimerkiksi akupunktio, homeopatia ja manuaaliset hoidot ovat hyvin yleisesti käytettyjä hoitoja joko yksinään tai täydentämään muita hoitomuotoja (Vaskilampi 1992, 38). Muissa Euroopan maissa myös lääkärikoulutuksen saaneiden henkilöiden lukumäärä vaihtoehtoisten hoitomuotojen antajana on kasvanut (European Workshop 1989). Lisäksi useissa Euroopan maissa on muodostunut vaihtoehtolääkintää kannattavia eturyhmiä, jotka ajavat vaihtoehtoisten hoitomuotojen tunnustamista.

Vaihtoehtolääkkeiden kliinisistä vaikutuksista kaivataan lisää tietoa (Mäntyranta ym. 1997). Kangas ym. (1992) tekivät vaihdevuosiä koskevaan kyselyyn osallistuneille naisille tutkimustuloksia koskevan palautelehtisen, jonka jälkeen he kysivät naisilta lehtistä koskevaa palautetta. Naiset toivoivat saavansa enemmän monipuolista tietoa itse vaihdevuosista, etenkin hormonihoidosta ja niiden terveysvaikutuksista, osteoporoosista, kohtusyövästä, vaihtoehtoisista hoitotavoista ja luontaistuotteista, samoin kuin tietoa vaihdevuosien vaikutuksesta naisen psyykeeseen. Erityisesti feministiset ja toimintaa korostavat tutkimusmallit ovat rohkaisseet tutkijoita kertomaan tutkimus-

¹⁷ Suomessa lääkärit itse määrittelevät suhtautumisen liberaaliksi nimenomaan tällä argumentoinnilla.

tensa tulokset siihen osallistuneille henkilöille ja pitämään heitä tutkimuskohteiden sijaan pikemminkin tutkijan yhteistyökumppaneina (Ethical aspects of... 1995).

3. 2 Tutkittavana lääkärit

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten suomalaiset lääkärit suhtautuvat kuluttajanäkökulmaan terveydenhuollossa vaihdevuosien hoidon toimiessa konkreettisenä esimerkkinä. Tutkimuksessa kartoitettiin sekä lääkäreiden vaihdevuosihoitokäytäntöjä että heidän suhtautumistaan niistä tiedottamiseen. Vastakohtana yleiselle käsitykselle potilaiden tyytyväisyydestä terveydenhuoltopalveluihin, naiset näyttävät olevan tyytymättömiä vaihdevuosissa saamalleen hoidolle (katso myös Hampson ja Hibbard 1996). Yleislääkärin käsikirjassa (1994, 671) sanotaan vaihdevuosien jälkeistä hormonihoitoa koskien, että "hormonihoito on potilaan informoituun tietoon perustuva valinta, ei lääkärin määräämä lääkitys". Kuumien Aaltojen viime vuosina järjestämissä useissa tilaisuuksissa on käyty vilkasta keskustelua asiantuntijapuheenvuorojen jälkeen siitä, että monien naisten konkreettinen kokemus on toisenalainen. Naisille on tarjottu vaihdevuosi -asioissa lääkärin vastaanotolla hoidoksi lähes yksinomaan hormoneja, monien naisten on ollut vaikeaa saada riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista tai haluamaansa hoitomuotoa, monipuolista tietoa hormonien hyödyistä ja etenkin haitoista ja riskeistä on saatu harvoin ja potilaan omaa mielipidettä ei ole kuultu lainkaan tai sitten sitä ei muuten ole otettu riittävästi huomioon.

Koska monet naiset olivat valittaneet vaihtoehtojen vähäisyyttä vaihde- ja tasannevuosien¹⁸ hoidossa, suomalaiset kuluttajaliikkeet halusivat tietää, miten lääkärit suhtautuisivat ajatukseen siitä, että he julkistaisivat vaihdevuosien hoitokäytäntönsä. Kuluttajaliikkeiden nimissä suoritetun tutkimuksen konkreettisenä tarkoituksena oli saada aikaan esite lääkäreistä heidän hoito-orientaationsa mukaan. Kuluttajaliikkeiden tiedottamisen avulla naiset voisivat tietää jotain lääkärin hoitokäytännöistä jo ennen hänen vastaanotolleen hakeutumista, he pystyisivät suorittamaan valintaa ja mahdoli-

¹⁸ Tasannevuosilla tarkoitetaan kuukautisten loppumisen jälkeisiä vuosia, vaihdevuosien ja vanhuuden välistä ajanjaksoa.

set valinnanmahdollisuudet säästäisivät naisia turhilta lääkärisä käynneiltä (monen eri lääkärin vastaanotolla käymiseltä ennen kuin sopiva löytyy).

Lääkäreiden mielipiteiden selvittäminen kuluttajanäkökulmaan ja lääkäriesitteiden tekemiseen vaihdevuosihoitojen perusteella on tärkeää, koska ensinnäkin (1) medika-lisaatiokeskustelu vaihdevuosien ympärillä jatkuu kiivaana. Toiseksi (2) vaihdevuodet ovat naisen elämään kuuluva normaali ilmiö, eivät puutostila tai sairaus. Ristiriitoja lääkäreiden ja potilaiden välillä aiheuttaa se, että lääkärit ovat kiinnostuneita hoidon pitkäaikaisista terveysvaikutuksista naisten hakiessa apua oireisiin lyhyellä aikavälillä. Kolmanneksi (3) myös keskustelu hormonihoidoista on kiivasta. Lääkärit määrittelevät vaihdevuodet hormonitason alenemisesta johtuvaksi sairaudeksi, jota voidaan (ja pitää) lääkittää hormonikorvaushoidolla. Naiset puolestaan katsovat vaihdevuosien olevan luonnollisen osan naisen elämää ja ovat vastustaneet aktiivista hormonien "tyrkyttämistä". Tosin lääkäritkin ovat aivan viime aikoina ryhtyneet korostamaan hoidon vapaaehtoisuutta (katso esim. Haukkamaa 1996, 1067; Rutanen ja Lähteenmäki 1996, 1032 Salmi 1996, 1035; toisaalta Haukkamaa 1996, 1068). Neljänneksi (4) hormonihoidoja koskeva tieto on puutteellista. Lisäksi (5) hormonihoidoja koskeva tieto ei ole puolueetonta eikä (6) hoidoista myöskään vallitse konsensusta.

Naiset käyttävät terveyspalveluja huomattavan paljon. Suuret ikäluokat ovat vasta tulossa vaihdevuosiin ja lääketeollisuudella on haasteenaan varsin suuri potentiaalinen hormonien käyttäjäjoukko. Suomen suurimpien lääketehtaiden Orionin ja Leiraksen molempien erikoistumisalueet koskevat naisten terveyttä. Orionin aluetta ovat vaihdevuosioireiden hoito ja Leiraksen perhesuunnittelu ja naisen hormonihoido. Vuonna 1995 Orionin lääkevalmisteiden bruttomyynti oli Suomessa yli 1200 miljoonaa markkaa ja Leiraksen yli 400 miljoonaa markkaa, tutkimukseen ja tuotekehitykseen suomalainen lääketeollisuus käytti liikevaihdostaan 460 miljoonaa markkaa (18%) (Lääkkeet & Terveys 1996). Lääketietokeskus/Lääketeollisuusliitto katsoo, että vasta pieni osa sairauksista ja vaivoista (n 10%) on edes tyydyttävästi lääkehoidon piirissä (Lääkkeet & Terveys 1996). Nykyinen naisten koulutustaso on huomattavasti korkeampi kuin vuosikymmeniä sitten. Naiset ovat kiinnostuneita terveyttä koskevas-ta tiedosta. Lääkäreiden mielipiteiden selvittäminen on tärkeää, koska (7) vaihde-

vuosiin tulevat suurten ikäluokkien naiset ja heitä nuoremmat naiset ovat (ehkä) myös omaksuneet kuluttajaorientoituneemman lähestymistavan myös vaihdevuosiin ja haluavat tietoa ja valinnanmahdollisuuksia.

Paitsi että aihe on ajankohtainen, se on myös sosiologisesti mielenkiintoinen, koska konsumerismi kertoo jotain yhteiskunnan muuttumisesta ja kuluttajuuden laajenemisesta ja syvenemisestä. Tutkimus myös valottaa konsumerismin (leviämisen) mahdollisuuksia ja esteitä terveydenhuollossa. Sosiologisesti mielenkiintoista on tähän kytkeytyvä ja esille nouseva kysymys asiantuntijuuden uudelleenmäärittelystä ja auktoriteettisuhteen muuttumisesta niin terveydenhuollossa kuin laajemminkin yhteiskunnassa.

Lääkärit ovat kenties eniten tutkittu professio sosiologiassa. Freidson (1972, 71-72) määrittelee profession tyypillisimmäksi piirteeksi itsenäisyyden, oikeuden säännellä omaa työtään. Professionalismi puolestaan perustuu työn ammatilliselle kontrollille, johon ei voi sovittaa ulkopuolisten ohjaamaa byrokraattista tai markkinaperusteista mallia, jotka huonontaisivat palveluiden laatua. Freidson (1994, 200-201) viittaa profession erikoistuneeseen työhön, joka on luonteeltaan monimutkaista ja vaatii teoreettista tietoa ja taitoa, jota tavallisella ihmisellä ei ole. Työ ei ole täysin ymmärrettävissä eikä arvioitavissa, työn laatu on erityisen tärkeää ihmisten tai yhteiskunnan hyvinvoinnille eikä sen arvoa voi mitata rahalla. Ammatin sisäisessä hierarkiassa tärkeintä osaa näyttelevät työn vaikeus, ei-rutiininomaisuus, asiakasstatus, tulotaso ja valta (Abbott 1981, 821).

Lääkärit ovat olleet lääketieteen sosiologialle ja terveys sosiologialle hyvä profession tutkimuksen kohde omaksumiensa arvojen, asenteiden, rituaalien, roolien ja organisatoristen rakenteidensa ansiosta (katso myös Freidson 1970, 41-42). Professionaalinen "imperialismi" koskee monia eri ammattilaisia, mutta erityisen selvästi se on nähtävissä lääkäreiden ja nimenomaan klinikoiden ammattikunnassa (katso myös Strong 1979). Lääkäriprofession tyypillisiä piirteitä ovat listanneet monet tutkijat. Reederin (1972, 406) mukaan piirteitä ovat itsenäisyys, loukkaamattomuussuoja, toiminnan ja tiedon käytön kontrolli ja eettinen koodisto. Strong (1979) on kuvannut

lääketieteellisen imperialismin leviämistä lääkäreiden haluna kontrolloida palvelujen laatua ja kriteereitä, haluna monopolisoida palvelujen tarjontaa ja haluna uudelleenmäärittellä muiden tutkimusongelmia omin termein. Freidson (1972, 5, 135, 172, 308-309) on listannut lääkäriprofession tyypillisiksi piirteiksi oikeuden määrittellä mitä ammatillisia ja teknisiä asioita potilaat tarvitsevat ja oikeuden vain oman ammattikunnan piiristä tulevaan kritiikkiin ja kritiikin hyväksymiseen. Vaikka individualismi ohjaakin käytännön työtä, ammattikunnan hyväksyminen ja kollegiaalisuus on tärkeää. Lääketiede itse määrittelee mikä on tehokasta hoitoa ja hyvää palvelua. Se myös määrittelee olevansa parhaan hoidon antaja ja tietävänsä asiakkaan todelliset tarpeet. Lisäksi professio manipuloi ja kontrolloi potilasta katsomalla, ettei sen tarvitse pyrkiä miellyttämään, vaan saamaan potilas profession oman mielipiteen kannalle. Lääketieteellä on virallisesti hyväksytty monopoli määrittellä terveyttä ja sairautta ja hoitaa sairauksia.

Lääkärit nauttivat yhteiskunnassa korkeaa arvostusta. Heistä puhuttaessa voidaankin puhua instituutiosta, ammattikunta on institutionalisoitu (katso myös Parsons 1951). Lääketieteellinen tieto perustuu luonnontieteisiin ja empiirisiin tutkimuksiin. Potilaan roolina on (ollut) sairaan rooli ja sairaaseen kohdistetaan erilaisia interventioita. Lääkäreillä on teknistä kompetenssia käyttää työssään hyväksi lääketieteen teknisiä innovaatioita. (Parsons 1951) Lääkäriin ylläpitävät työn autonomia, itsenäisyys, monimutkaisuus ja ei-rutiinisuus. Lääkäriä pidetään terveyttä ja sairautta koskevan tiedon portinvartijana ja lääkärit itse mielellään ylläpitävät professionaalista imperialismia. (Freidson 1970)

Lääkärikunta on perinteisesti pitänyt kliinistä autonomiaa työnsä perusedellytyksenä. Julkisella sektorillakin professio hallinnoi ja säännöstelee itse itseään (katso myös Saunders ja Harris 1990, 64). Julkisella sektorilla myöskään asiakkaille ei ole aina vaihtoehtoja paikkaa, johon hakeutua ja heidän odotetaan olevan passiivisia. Ammattilaisten ei tarvitse välttämättä pyrkiä miellyttämään asiakkaita, sillä heitä riittää. (Saunders ja Harris 1990, 65). Kliinisen työn lisäksi lääkäreillä on osittainen - ellei jopa lähes täydellinen - monopoliasema myös terveydenhuollon suunnittelussa ja hallinnossa. Lääkärikunta on välttänyt oman toimintansa kriittistä tarkastelua eikä

ole sallinut myöskään muiden tahojen puuttumista toimintaansa, mikä saattaa jopa kyseenalaistaa käsityksen heidän pyrkimyksestään potilaan parhaaseen (Teperi ja Keskimäki 1993).

Freidsonin (1970, 172) mukaan lääketieteessä ei aina tiedetä kaikkia päätöstenteon taustalla vaikuttavia asioita ja ongelmanratkaisuihin vaikuttavat monet muutkin kuin vain tieteelliset tosiasiat. Myös Katzin (1985) mukaan lääkärit ovat usein tietämättömiä kaikista lääketieteellisiin päätöksiinsä vaikuttaneista puhtaasti ei-lääketieteellisistä (esim. sosiaalisista ja taloudellisista) tekijöistä. Näistä syistä onkin ryhdytty tekemään ns. hoitosuosituksia. Hoitosuosituksella tarkoitetaan asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaa, tieteellisesti kattavaan kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa ja lääkäreille kertynyttä kokemusta huomioivaa kannanottoa tutkimus- tai hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen. Hoitosuositusta lääkäri ja potilas voivat käyttää hoitopäätösten tukena. Varosen ja Mäkelän (1996) mukaan hoitosuositukseen tulisi kirjata myös käsiteltävään asiaan liittyvä mahdollinen epävarmuus ja näytön puute. Käypä Hoito -projektin (1995) mukaan hoitosuosituksien laadinnassa kiinnitetään erityistä huomiota potilaskeskeiseen ajatteluun ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiseen.

Suosituksen vaikutuksesta hoitokäytäntöihin ei Suomessa lienee arvioita, mutta muissa maissa on osoitettu, että pelkkä suosituksen olemassaolo muuttaa terveydenhuollon toimintaa vain hitaasti. Baumann ym. (1991) suorittivat Kanadassa tutkimuksen, jossa selvitettiin lääkäreiden hoitolinjaa rintasyövän hoidossa ja sairaanhoitajien nopeaa päätöksentekoa teho-osastoilla. Molempien ammattiryhmien katsottiin olevan jopa perusteettoman varmoja oman toimintansa oikeellisuudesta, vaikka asioista ei olisikaan vallinnut konsensusta tai oltaisiin oltu jopa vahvasti erimielisiä. Baumannin ym. mukaan mikrotason varmuus johtaa potilaita harhaan, kun he luulevat päätösten heijastavan yleistä kliinistä mielipidettä ja lisäksi se vähentää potilaiden päätöksentekoa heidän omaa terveyttään koskevissa kysymyksissä. Lomasin ym. (1989) suorittivat Kanadassa keisarinleikkauksia koskevan kyselyn, jossa obstetrikoilta kysyttiin keisarinleikkausta koskevia mielipiteitä ja käytäntöjä ja sairaaloilta olemassaolevaa politiikkaa keisarinleikkausten suhteen. Molempia asioita tutkittiin ennen

konsensuskeskustelua ja päätöksentekoa ja sen jälkeen. Selvä tulos oli, että tutkimustiedon ohella lääkäreiden käytäntöihin vaikuttavat monet muut seikat, vaikka tutkimustieto olisi pakattu selviin ja konkreettisiin suosituksiin.

Myös Grimshaw ja Russell (1993) sekä Lomas ym. (1989) ovat todenneet, etteivät suositukset muuta käytäntöä ja että ne olisivat hyödyllisiä ylipäänsä vain, jos ne niin tekisivät. Teperin ja Keskimäen (1993) mukaan luonnontieteellisen tiedon merkitys lääketieteen kehityksessä on luonut yleisen, sekä lääkäreiden että maallikoiden omaksuman käsityksen käytännön lääketieteen perustumisesta tieteelliseen tutkimukseen, mutta erityisesti keskenään vaihtoehtoisten hoitojen pitkäaikaistuloksia vertaileva tieto on puutteellista. Se ja asiantuntijoiden erimielisyydet vaihtoehtoisten hoitotoimenpiteiden hyödyllisyydestä saattavat johtaa toisistaan voimakkaasti poikkeaviin hoitopäätöksiin. Lääketieteessä nykyisin vallalla oleva paradigman muutos tuleekin johtamaan siihen, että uusi lääketiedekäsitys hyväksyy ehdottoman tiedon puuttumisen.

Hoitosuosituksia kohtaan esitetyssä kritiikissä on arvioitu, etteivät ne tavoita yksittäisten potilaiden tarpeita (Grimshaw ja Russell 1993). Delamothe (1993) on esittänyt, että suositukset ovat hyvä esimerkki siitä, että tärkeintä on toimia yksittäisen potilaan parhaaksi, ei hänen miellyttämisekseen. Lisäksi Delamothe (mt.) on esittänyt, että suositukset saattavat standardisoida hoitokäytäntöjä, koska ne heijastavat asiantuntijoiden - eivät kliinikoiden - mielipiteitä ja että "keittokirjalääketiede" vähentää lääkäreiden itsekunnioitusta ja potilaiden luottamusta heihin. Kliinistä vapautta ei voida rajoittaa sitä menettämättä. Myös Tunisin ym. (1994) mukaan lääkärit ovat olleet huolestuneita suositusten mahdollisista vaikutuksista kliiniseen autonomiaan, kliiniseen työhön kohdistettuun tyytyväisyyteen sekä suositusten terveydenhuollolle aiheuttamista kustannuksista. Erikoisalat ovat olleet tyytyväisempiä oman kuin muiden erikoisalojen tai "yleislääketieteen" laatimiin ohjeisiin (Tunis ym. 1994).

Teperin (1995) mukaan lääkärit joutuvat turvautumaan puutteelliseen tietopohjaan valtaosassa hoitolinjan valinnoistaan siksi, että olemassaolevaa tietoa ei hyödynnetä

tarpeeksi. Hänen mukaansa tutkimustieto tulisikin saattaa ymmärrettävässä muodossa kaikille hoitoprosessiin osallistuville päätöksentekijöille (poliitikot, johtajat, lääkärit, potilaat), joita myös pidettäisiin tiedon käyttämisestä vastuullisina. Dickinson (1995) on puolestaan todennut, että hoitosuosituksia, joille ei ole markkinoita, ei kannata tehdä. Hän ei ole sitä mieltä, että terveydenhuollon tulisi toimia kaupallisen yrityksen tavoin, vaan että palvelujen kehittämisessä voitaisiin soveltaa liikemaailman teorioita ja kokemusta. Perinteisen ylhäältä-alas, tuottaja- ja tuotokeskeisen myyntiorientaation sijaan tulisi soveltaa ennemminkin markkinointiorientaatiota, joka toimii alhaalta-ylös, kuluttajien tarpeesta, asiakas- ja tarvekeskeisesti. Massamarkkinoinnin sijaan tulisi painottaa valikoivaa markkinointia, jossa huomioitaisiin erilaisten asiakkaiden erilaiset tarpeet.

Suomen Lääkäriliitto julkaisi viime vuonna laajennetun painoksen kirjasta "Lääkärietiikka" (1996). Siinä pyritään käsittelemään aiempaa monipuolisemmin lääkärin ja yhteiskunnan välisiä suhteita ja potilaan oikeuksia, ja vastaamaan ajan haasteisiin. Kirjan mukaan lääkäriä pidetään nykyisen hoitoetiikan mukaan potilaansa yhteistyökumppanina isällisen käskijän sijaan. Lääkäriin ja lääketeollisuuden välisistä suhteista todetaan, että niiden ei saa antaa vaikuttaa potilasta koskeviin ratkaisuihin. Lääkäri-työttömyyden vaikutusta ammattietiikkaan kommentoidaan sanomalla, että työttömyys tai taloudellinen ahdinko ei oikeuta poikkeamin hyväksytyistä hoitokäytännöistä tai palvelujen markkinointia koskevista ohjeista. Lisäksi todetaan, että ilmoitteluoheiden rajoja kolkutellaan jatkuvasti kilpailun kiristyessä. Markkinahakuisen kilpailun katsotaan pahimmassa tapauksessa voivan johtaa sellaisten tuotteiden tarjoamiseen, joita ei voida pitää lääketieteellisesti perusteltuna. (Lääkärietiikka 1996, 9, 25, 66-67, 71) Suomen Lääkäriliitto (HS 3. 2. 1996) on todennut julkisesti, että lääkäripalvelujen markkinointi on kaupallistunut, mutta että hurjasta kilpailusta huolimatta markkinointi on pysynyt alan eettisten ohjeiden rajoissa, vaikka jatkuvana harmina ovatkin "hivenaine- ja vitamiinitohtorit". Huolimatta kollegojensa nurjasta suhtautumisesta, vaihtoehtolääkärit esittelevät hoitomenetelmiään (katso esim. Mäkelä 1994 a ja 1994b; Lääkäriasema Greenlife 1995).

Suomen Lääkäriliitto (HS 5/1996) sanoo suhtautuvansa myönteisesti potilaiden lääketiedettä kohtaan osoittamaan kiinnostukseen, samoin kuin heidän haluunsa vaikuttaa hoitoihinsa. Liiton mukaan hoitoratkaisut tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja potilas sitoutuu itse toimimaan oman terveytensä hyväksi. Liiton mukaan on tärkeää, että lääkärin etiikkaa koskevaa keskustelua ei käydä vain lääkärinkunnan keskuudessa, vaan myös potilaat osallistuvat siihen. Lääkäri Martti Lindqvist (1995) on korostanut, että lääkäreiden oma etiikka ei ole koskaan korvattavissa ulkoisella normistolla ja kontrollilla. Hän on sitä mieltä, että mikäli yhteiskunnan valtaa käyttävät määrittelisivät etiikan, vaarana olisi etiikan "turmeltuminen" ja "byrokraatisoituminen".

Lääkäreiden ammattikuntaa luonnehtii vankka kollegiaalisuus. Kollektiivista solidarisuutta ylläpidetään seuraavilla käsityksillä ja toimintatavoilla: (1) vastuuntunne maallikoista, jotka ovat tietämättömydessään ja haavoittuvuudessaan lääkäreistä riippuvaisia (konservatiivisuus); (2) lojaalisuus ammattitovereita (kohtalotovereita) kohtaan, joiden rinnalla taistellaan tyyliin "kaikki yhden ja yksi kaikkien" -puolesta; ja (3) tiivis integraatio ja vankka yhteenkuuluvaisuuden tunne, jota korostetaan ja ruokitaan jo kouluttautumisvaiheessa (katso myös Parsons 1951, 96-101).

Lääkärit muodostavat myös Suomessa hyvin tiiviin joukon, he tuntevat toisensa ja jos eivät, niin tutustuvat nopeasti ja helposti. Lääkärit ovat pitkälle järjestäytyneitä. Valtakunnallisena ammattikunnan kattojärjestönä toimii Suomen Lääkäriliitto, joka on jakautunut ammatillisiin alaosastoihin lääketieteen erikoisalojen mukaan. Nämä ammattiosastot ajavat nimenomaan jäsentensä ammatillisia etuja. Erikseen olevat erikoislääkäriyhdistykset käyvät tieteellistä keskustelua. Lisäksi on olemassa lukuisia muita tapoja ryhmittäytyä (Suomen Kunnallislääkäriliitto, Nuoret Lääkärit jne.). Tärkeintä kaikille ammattikunnan osastoille, yhdistyksille ja järjestöille on kollegiaalisuuden ylläpitäminen. Lääkärit näyttävät ja haluavat näyttää itsestään ulospäin tiiviin ja yhtenäisen kuvan. Perinteinen vankka yhteiskunnallinen arvostus ja asema halutaan säilyttää ja siksi onkin mielenkiintoista nähdä, miten lääkärit suhtautuvat terveydenhuoltojärjestelmän ja -palveluiden mahdollisiin muutoksiin. Lisäksi on mielenkiintoista nähdä, millaisen reaktion lääkärikunnan ulkopuolisten tahojen

haluama muutos aiheuttaa varsin konservatiivisen profession keskuudessa. Miten lääkäriprofessio reagoi "ulkopuolisiin" ja (hoitokäytännöistä) tiedottamiseen?

4 TUTKIMUKSEN KULKU: AINEISTO JA MENETELMÄT

Päätin käyttää lääkäreiden mielipiteiden selvittämisessä hyväkseni sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivisten menetelmien katsoin soveltuvan hyvin ammattikunnan kollektiivisen mielipiteen selvittämiseen. Lääkäri-kollektiivit ovat järjestäytyneitä ja kollektiivien hallinto (puheenjohtaja, sihteeri jne.), joka muodostuu mahdollisesti eri puolilla maata asuvista lääkäreistä, pitää tiiviisti yhteyttä hallituksen kokoontuessa säännöllisesti päättämään asioista. Rivijäseniin pidetään yhteyttä jäsenkirjeillä ja kerran pari vuodessa järjestetyissä suuremmissa kokouksissa. Kollegiaalisuuden ollessa lääkärikunnalle leimaavaa, katsoin haastattelu-mahdollisuuden varsin pieneksi, asia leviäisi kulovalkean tavoin jo ennen ensimmäistä mahdollista yhteydenottoa haastateltavaan saatikka ennen ensimmäistä haastattelua.

Lääkäreiden kollektiivisten mielipiteiden selvittämisessä käytin konkreettisena tutkimusmenetelmänä havainnointipäiväkirjaa, joka muodostui erikoislääkäriyhdistysten (Suomen gynekologiyhdistys ja Suomen yleislääketieteen yhdistys) kanssa käymistäni puhelinkeskusteluista, kirjeenvaihdosta ja yhdistysten jäsenilleen säännöllisesti lähettämästä kirjeestä, jossa informoitiin jäseniä myös tästä tutkimuksesta. Niiden katsoin ilmaisevan profession kollektiivista suhtautumista tutkimukseen/tutkimusaiheeseen. Puhelinkeskustelut, joista tein muistiinpanot keskustelujen aikana, kirjoitin välittömästi puhtaiksi keskustelujen jälkeen. Yhdistyksiin olin yhteydessä syksyllä 1995.

Laadullinen tutkimusmenetelmäni oli havainnointi, jolla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa toiminnasta ja käyttäytymisestä - siitä, mitä todella tapahtuu (Hirsjärvi ym. 1997, 209). Hirsjärven ym. (1997, 210) mukaan havainnointi on todellisen elämän ja maailman tutkimista ja sopii erityisen hyvin vuorovaikutuksen tutkimiseen.

Kvantitatiivisten menetelmien katsoin soveltuvan yksittäisten lääkäreiden mielipiteiden selvittämiseen. Päädyin kyselylomakkeeseen, koska (1) tutkimuksen konkreettisenä tarkoituksena oli saada aikaan esite lääkäreistä, (2) mahdollista esitettä ajatellen lääkäreitä tulisi olla paljon ja (3) lääkärit ovat varsin vaikea ryhmä haastatella (katso yllä). Lääkäreiden suhtautuminen selviäisi kyselyyn vastaamishalukkuudella ja kyselylomakkeen teemoilla. Niitä olisivat (1) lääkäreiden halukkuus osallistua kuluttajaliikkeiden laatimaan lääkäriesitteeseen ilmoittamalla vaihde- ja tasannevuosien pääasiallinen hoitokäytäntönsä, (2) lääkäreiden halukkuus kuluttajaliikkeiden heistä laatimiin esitteisiin hoitokäytäntöjen mukaan yleensä ja (3) lääkäreiden mielipiteilleen antamat perustelut. Kyselylomakkeen vastaukset koodasin ja tallensin SPSS -ohjelmalla (Statistical Package for Social Sciences), jolla tein myös suorat jakaumat, ristiintaulukoinnit ja merkitsevyytestaukset Khiin -neliötestiä käyttämällä.

Yksittäisistä lääkäreistä valitsin mukaan kaikki työikäiset (alle 63 -vuotiaat) Suomessa asuvat Uudenmaan ja Hämeen läänien naistentautien ja synnytysten (gynekologit) ja yleislääketieteen erikoislääkärit. Jälkimmäiset valitsin siksi, että aiemman tutkimuksen (Topo ym. 1993) mukaan myös heidän vastaanotoillaan terveyskeskuksissa käydään usein vaihdevuosien takia ja vaihdevuosien hoitaminen kuuluu myös heidän tehtäviinsä. Kyselylomakkeen lähetin yhteensä 812 lääkärille syyskuussa 1995. Lähetekirjeen allekirjoittajina toimivat Suomen Kuluttajaliitto, Suomen Potilasliitto, Kuumat Aallot -liike ja tutkija (yht. yo).

Suomen Kuluttajaliitto on riippumaton valtakunnallinen kuluttajien etujärjestö, joka toimii kuluttajien paremman taloudellisen, oikeudellisen ja terveydellisen turvan aikaansaamiseksi ja edistämiseksi. Liiton tavoitteena on, että mm. terveystalouden laatu ja saatavuus ovat kuluttajien tarpeiden mukaisia. Toiminnassa on käsitelty mm. terveystalouden asemaa kiristyneessä taloudellisessa tilanteessa, lääkemarkkinointia sekä potilaan oikeuksia ja tietosuojaa.

Suomen Potilasliitto on riippumaton valtakunnallinen yleispoliittinen terveysjärjestö, joka haluaa kiinnittää huomiota potilaiden muodostamaan suureen kuluttajaryhmään. Liitto pyrkii vaikuttamaan potilaiden oikeusturvan ja tiedonsaannin parantamiseen

ajamalla potilaille kuluttajaoikeuksia ja tukemalla ja rohkaisemalla potilaan omaa päätöksentekoa.

Kuumat aallot on vapaa kansalaisliike, joka pyrkii herättämään keskustelua vaihdevuosista ja erityisesti niihin liittyvistä hormonihoidoista. Liike suhtautuu kriittisesti vaihdevuosien medikalisointiin ja rutiininomaisiin hormonihoitoihin ja pitää vaihdevuosia luonnollisena osana naisen elämää.

Tiedossani ei ole yhtään aiempaa suomalaisille lääkäreille osoitettua kyselyä, joka olisi lähetetty kuluttajaliikkeiden nimissä. Lääkäreille osoitettuja kyselytutkimuksia tekevät pääsääntöisesti lääkärinkoulutuksen (tai muun terveydenhuollon koulutuksen) saaneet tutkijat. Tällä kertaa kyseessä oli siis täysin profession ulkopuolinen, maallikoita edustava taho.

4. 1 Lääkäriyhdistykset ja alkuperäinen ajatus tutkittavista (Miten lähestyä lääkäreitä?)

Tutkimusta ryhdyin tekemään ottamalla yhteyttä Suomen Lääkäriliittoon ja kysymällä gynekologien ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden mahdollisten kollegiaalisten yhdistysten olemassaoloa.

Gynekologeista valitsin mukaan tutkimukseen Suomen Gynekologiyhdistyksen (SGY). Sen jäsenmäärä tutkimusajankohtana oli 709 lääkäriä¹⁹. Yhdistykseen kuuluu erikoislääkäreitä ja erikoistumassa olevia laillistettuja lääkäreitä. Käytännössä lähes kaikki Suomen gynekologit kuuluvat yhdistykseen. Otin yhteyttä myös Lääkäriliiton valtakunnalliseen alaostoon Suomen Gynekologit ry. Sen kanssa käydyn keskustelun yhteydessä tulimme molemmin puolin siihen tulokseen, että tutkimuksen kannalta on parempi ottaa yhteyttä SGY:een, koska Suomen Gynekologit ry toimii jäsenis-

¹⁹ Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin mukaan Suomessa asuvia työikäisiä (alle 63 -vuotiaat) naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä oli tutkimusajankohtana 489 (Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri 2005).

tönsä etuja ajavana ammatillisena järjestönä SGY:n käydessä alan tieteellistä keskustelua²⁰.

Yleislääketieteen erikoislääkäreitä lähestyin Suomen yleislääketieteen yhdistyksen (tässä SYY) kautta. Sen jäsenmäärä tutkimusajankohtana oli 838 lääkäriä²¹. Myös SYY:een kuuluu erikoislääkäreitä ja erikoistumassa olevia laillistettuja lääkäreitä. Käytännössä läheskään kaikki Suomen yleislääketieteen erikoislääkärit eivät kuulu yhdistykseen. Suomen Kunnallislääkäriliittoon, johon kuuluu paljon terveyskeskuksissa työskenteleviä lääkäreitä, en ottanut yhteyttä, koska suurimmalla osalla kyseiseen liittoon kuuluvista lääkäreistä ei ole erikoistumis pätevyyttä²². Erikoislääkärin pätevyyden otin kriteeriksi siksi, että terveyskeskuksissa työskentelevät yleislääketieteen erikoislääkärit ovat yleensä siellä tapahtuvaan työhön orientoituneita, eivätkä pidä terveyskeskustyötä välivaiheena työurassaan. Koska monet terveyskeskuslääkärit eivät erikoistumis pätevyyden puuttumisen vuoksi kuulu SYY:een (vaan esim. Suomen Kunnallislääkäriliittoon), terveyskeskuslääkäreitä jäi tutkimuksen ulkopuolelle.

Valinnan jälkeen lähestyin lääkäreitä kollektiiveina ja otin yhteyttä yhdistyksiin. Esittelin yhdistyksille tutkimuksen ja siinä mukana olevat tahot. Tämän jälkeen, harkittuna aineiston keruutapana kollektiivisen suhtautumisen selvittämiseksi, pyysin saada lähettää kyselylomake lääkäreille yhdistysten jäsenkirjeissä. Tällöin tutkimukseen olisi tullut mukaan lääkäreitä kaikkialta Suomesta. Molemmat yhdistykset pysyivät kyselyn nähtäväkseen ja lähetin yhdistyksille vielä tässä vaiheessa luonnosasteella oleva kyselyn. Samalla korostin kyselyn lähetekirjeen ja kyselylomakkeen olevan vielä keskeneräisiä ja pyysin yhdistyksiä, niiden mahdollisesti niin halutessa,

²⁰ Ammatillisen järjestön sihteerin kanssa keskusteltiin ohimennen myös Uudenmaan läänin miesgynekologien asiakaspulasta ja siitä, että kyselyn avulla lääkäreillä on mahdollisuus tiedottaa palveluistaan potilaille.

²¹ Terveystieteiden ammattihenkilöiden keskusrekisterin mukaan Suomessa asuvia työikäisiä (alle 63 -vuotiaat) yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli tutkimusajankohtana 1513 (Terveystieteiden ammattihenkilöiden... 1995).

²² Suomen Kunnallislääkäriliiton jäsenmäärä oli tutkimusajankohtana 3387 lääkäriä (Suomen Lääkäriliitto, suullinen tiedonanto 1995).

esittämään lisäyksiä luonnoksiin. Informoin yhdistyksiä myös siitä, että lopullisen otoksen suhteen jätetään vielä varaus, mikäli yhdistys ei halua liittää kyselyä jäsenkirjeeseen.

4. 2 Tutkittavien lopullinen määrittely/rajaaminen

Suomen Gynekologiyhdistys ja Suomen yleislääketieteen yhdistys kieltäytyivät lähettämästä ulkopuolista kyselyä jäsenkirjeissään (katso luku 5. Lääkäri-kollektiivit reagoivat tutkimukseen). Niinpä valitsin erikoislääkäriyhdistysten jäsenten sijaan kyselyn kohderyhmän terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin avulla (Terveydenhuollon ammattihenkilöiden... 1995). Se sisältää ammattihenkilöiden henkilö- ja osoitetiedot, tiedot terveydenhuollon ammatillisesta koulutuksesta ja ammatinharjoittamisoikeudesta sekä lääkäreiden työpaikkatiedot. Mukaan kyselyyn valitsin kaikki työkäiset²³ (alle 63 -vuotiaat) Suomessa asuvat Uudenmaan ja Hämeen läänien naistentautien ja synnytysten²⁴ (n= 221) sekä yleislääketieteen (n= 591) erikoislääkärit. Otokseen ei tullut mukaan erikoistumassa olevia lääkäreitä. Nimetön kysely, jossa oli valmiiksi maksettu palautuskirjekuori, lähetettiin vain kerran.

Kaikkiaan palautettiin 307 kyselylomaketta, joka oli 38% kyselyn saaneista lääkäreistä (Taulukko 2). Kun tästä määrästä vähennettiin ne lomakkeet, joissa vastaaja ilmoitti, ettei hän hoida vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia ja oli tämän johdosta jättänyt lomakkeen täyttämättä²⁵, saatiin lopullisten tarkasteltavien vastausten lukumääräksi 243. Gynekologien ja naisten vastausprosentit olivat yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja miehiä suurempia (Taulukko 3). Vastausprosentit olivat pieniä, mutta kuitenkin suurempia kuin alunperin odotettiin. Uusintakyselyä ei tehty, koska vastaamishalukkuutta pidettiin lääkäreiden suhtautumista kuvaavana mittarina.

²³ eivät ole välttämättä työelämässä mukana

²⁴ Pääluokka naistentaudit ja synnytykset sisälsi myös alaluokat gynekologinen sädehoito, gynekologinen endokrinologia, gynekologinen endoskopia ja perinatologia, jotka tulivat mukaan otokseen.

²⁵ Lääkäriä pyydettiin palauttamaan tyhjä lomake, mikäli hän ei hoida vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia

TAULUKKO 2. Kyselyn saaneet, kyselyn palauttaneet ja tarkasteluun mukaan otetut lääkärit.

	Kyselyn saaneet			Kyselyn palauttaneet	Tarkasteluun mukaan otetut				
	yleislääk.	gynekologit ¹⁾	erik. lääk.	yht.	yhteensä	yleislääk.	gynekologit ²⁾	erik. lääk.	yht. ³⁾
n	221	591	812	307 (38%)	79 (36%)	163 (28%)	243 (32%)		

¹⁾ Seitsemällä lääkäriä (2%) oli molempien erikoisalojen pätevyys; heidät on sijoitettu gynekologien joukkoon.

²⁾ Kahdella lääkäriä oli molempien erikoisalojen pätevyys; heidät on sijoitettu gynekologien joukkoon.

³⁾ Yksi lääkäri ei ilmoittanut taustatietojaan.

TAULUKKO 3. Kyselyn saaneet ja tarkasteluun mukaan otetut lääkärit sukupuolen mukaan.

	Kyselyn saaneet			Tarkasteluun mukaan otetut		
	gynekologit	erikoislääkärit	yhteensä	gynekologit	erikoislääkärit	yhteensä
naisia	98 ¹⁾	258	356	38	92	130 ²⁾
miehiä	123	333	456	41	71	113

¹⁾ Yhdellä naisella oli molempien erikoisalojen pätevyys.

²⁾ Naisten vastausprosentti oli 37%; miesten 25%.

4. 3 Kyselylomake ja vastausten analysointi

Kyselylomake on liitteenä työn lopussa (Liite 1). Viisisivuinen lomake muodostui 16 kohdasta. Lomake sisälsi sekä vastausvaihtoehdoiltaan valmiita että avoimia kysy-

myksiä. Ensimmäiseksi pyydettiin vastaamaan kysymykseen "Hoidatteko vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia?" (kysymys 1). Mikäli lääkäri vastasi kysymykseen kieltävästi, kerrottiin hänen voivan lopettaa vastaamisen tähän.

Tämän jälkeen kysyttiin taustatietoja (erikoistumisala, päätoiminen työpaikka, syntymävuosi ja sukupuoli)²⁶ (kysymykset 2-5). Työpaikkaa koskeva tieto koski päätoimea ja huomioon otettiin vain yksi vastaus siten, että mikäli lääkäri vastasi työskentelevänsä sekä julkisella (sairaalassa tai terveyskeskuksessa) että yksityisellä sektorilla, otettiin huomioon edellinen, joka yleensä on päätoiminen työpaikka.

Taustatietojen kysymisen jälkeen määriteltiin hormonihoito seuraavasti: "...hormonihoidolla tarkoitetaan vaihdevuosissa oleville ja ne ohittaneille naisille (tasannevuodet) annettavaa estrogeeni- tai estrogeeni-progestiinihoitoa (hormonikorvaushoito)". Suhtautumista hormonihoitoon kysyttiin kuvattujen oireiden ja erityistilanteiden perusteella sekä hormonihoiton pituudella. Oireita ja erityistilanteita koskevassa kysymyksessä (kysymys 6) oli kyseessä erilaisissa riskiryhmissä oleva nainen ja lääkäreiltä kysyttiin, puhuuko tilanne hormonihoiton puolesta tai sitä vastaan.

Hormonihoiton pituutta kysyttiin suositeltavana kestoajana sairauksia ehkäisevässä mielessä naiselle, jolla ei ole erityisindikaatioita tai kontraindikaatioita (kysymys 7). Erityisindikaatiolla tarkoitetaan erityistä syytä johonkin hoitoon tai jonkin lääkkeen käyttöön ja kontraindikaatiolla edellisen vastakohtaa, jonkin hoidon tai lääkkeen käytön estettä. Hormonihoiton pituutta koskeva kysymys sisälsi valmiit vastausvaihtoehdot "ei lainkaan hoitoa", eri pituisia ajanjaksoja ja "hoito loppuiäksi". Huomioon

²⁶ Työpaikka, ikä ja sukupuoli on valittu taustamuuttujiksi, koska (1) työpaikka: halusin tietää erottelisiko työpaikka mielipiteitä. Sairaaloissa työskentelevät lääkärit nauttivat tavanomaista suurempaa arvostusta, erityisesti yliopistosairaaloiden lääkäreitä pidetään ns. "mielipidejohtajina". Lisäksi olisi kiinnostavaa saada tietää, suhtautuvatko yksityisen sektorin lääkärit "markkinointimahdollisuuteen" muita myönteisemmin, juuri hehän joutuvat kilpailemaan potilaista; (2) ikä: nuoret koulutetut ikäluokat ovat suhtautuneet konsumerismiin muita myönteisemmin. Erottelisiko ikä myös lääkäreiden mielipiteitä?; (3) sukupuoli: nimenomaan naiset ovat olleet kiinnostuneita konsumerismista. Olisiko myös naislääkäreiden suhtautuminen konsumerismiin myönteisempää kuin mieslääkäreiden? Sukupuoli ei ole erotellut mielipiteitä aiemmissä lääkäritutkimuksissa, mutta koska nimenomaan naiset kohtaavat itse vaihdevuodet, olisiko heidän kiinnostuksensa kyselyä ja sen esiin nostamaa asiaa kohtaan suurempaa

otettiin vain yksi hoidon pituutta koskeva vastaus, kestoiltaan pisin. Selitykset huomioitiin vain, jos lääkäri oli valinnut kohdan "muuta".

Suhtautumista muihin hoitomuotoihin kuin hormonihoitoihin kysyttiin kahdella kysymyksellä, joista ensimmäisessä oli kyseessä vaihdevuosisoireiden hoito (kysymys 8) ja jälkimmäisessä sairauksien ehkäisy (kysymys 9). Molemmissa annettiin sama 15 kohtaa sisältävä lista erilaisista hoitomuodoista. Vastausvaihtoehdoissa otettiin kantaa siihen, kuinka usein lääkäri kyseistä asiaa/hoitoa antoi tai suositteli.

Viimeisenä vaihdevuosien hoitoa koskevana kysymyksenä kysyttiin lääkärin pääasiallista hoitokäytäntöä (katso kysymys 10, Liite 1). Kysymyksessä pyydettiin valitsemaan vain yksi vaihtoehto. Mikäli lääkäri oli kuitenkin valinnut useampia vaihtoehtoja, otettiin huomioon numeroltaan pienin. Selitykset huomioitiin vain, jos lääkäri oli valinnut kohdan "muuta".

Suhtautumista kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä kysyttiin kahdella kysymyksellä (kysymykset 11 ja 12). Ensimmäisen kysymyksen johdannossa kerrottiin, että "Joissakin maissa kuluttajajärjestöt ovat tehneet luetteloita lääkäripalvelujen tarjoajista heidän pääasiassa käyttämiensä hoitojen pohjalta. Tätä on tehty, jotta potilaalla olisi mahdollisuus jo ennen vastaanotolle hakeutumista valita lääkäri tämän pääasiassa käyttämien hoitojen perusteella". Tämän jälkeen kysyttiin "Mitä mieltä yleisesti olette tämänkaltaisesta lääkäripalvelujen luetteloinnista ja tiedottamisesta?" Vastausvaihtoehdot olivat "kannatan, en osaa sanoa, en kannata". Lääkäreitä pyydettiin perustelemaan mielipiteensä.

Toinen kysymys oli "Haluatteko, että tämän kyselyn tuloksia omalta osaltanne käytetään tällaiseen lääkäripalvelujen tiedottamiseen?". Vastausvaihtoehdot olivat "kyllä, en". Lääkäreitä pyydettiin myös tässä kysymyksessä perustelemaan mielipiteensä. Alaviitteessä kerrottiin, että tuloksia käytetään esitteen tekemiseen niistä lääkäreistä, jotka näin haluavat ja kertovat pääasiallisen hoitokäytäntönsä sitä koskevan kysymyksen mukaisesti (kysymys 10). Samalla korostettiin, että esitteessä ei tulla ottamaan kantaa eri hoitojen puolesta tai vastaan eikä arvioimaan yksittäistä

lääkäreitä millään tavalla. Lisäksi kerrottiin, että esitettä tulee olemaan saatavissa allekirjoittaneiden kuluttajaliikkeiden kautta. Jos lääkäri vastasi kysymykseen myöntävästi, kysyttiin hänen nimeään, vastaanoton osoitetta ja puhelinnumeroa ja mahdollisuutta ottaa vastaan uusia potilaita (kysymykset 13-15). Lomakkeen lopussa oli tilaa huomautuksia ja täydennyksiä varten.

5 LÄÄKÄRI-KOLLEKTIIVIT REAGOIVAT TUTKIMUKSEEN

5. 1 Suomen Gynekologiyhdistys - jyrkkä EI

Suomen Gynekologiyhdistys (SGY) suhtautui tutkimukseen kielteisesti. Pyyntö kyselyn lähettämiseksi jäsenkirjeessä täytyi alistaa yhdistyksen hallituksen, korkeimman päätöksentekuelimen, päätettäväksi. Pyysin mahdollisuutta esittää tutkimus hallitukselle henkilökohtaisesti, mutta pyyntöön ei suostuttu ("se ei ole ollut tapana"). Ennen hallituksen kokousta yhdistys huomautti, että vain hormonihoidoista on olemassa luonnontieteellistä ja lääketieteellistä näyttöä eikä kyselyä hyväksyttäisi ainakaan ilman muutoksia²⁷. Yhdistys kysyi tutkimuksen tekemisessä mukana olevien tahojen (lähetekirjeen allekirjoittajat) halukkuutta/mahdollisuuksia osallistua yhdistyksen jäsenkirjeen postituskustannuksiin, mikäli yhdistys suostuisi lähettämään kyselyn. Lisäksi yhdistys kysyi, ilmoitettaisiinko tutkimusraportissa, jos yhdistys kieltäytyy. Yhdistys kysyi tutkimuksen tekijöiden motiivia ja sanoi, että gynekologit eivät tahdo olla tekemisissä Kuumat Aallot -liikkeen kanssa. Yhdistys epäili, että kyseessä on ajojahti gynekologeja vastaan.

Yhdistyksen hallitus kieltäytyi lähettämästä kyselyä yhdistyksen jäsenkirjeessä. Yhdistyksen sihteeri sanoi, että olisi ollut sittenkin parempi, jos olisin henkilökohtaisesti esittänyt asian hallitukselle. Tämän jälkeen pyysin yhdistyksen jäsenkirjeeseen kyselyä koskevaa suositusta. Yhdistyksen hallituksen olisi pitänyt päättää myös

²⁷ Katso yhdistyksen kommentteja kysymyksistä alla. Kommentteja ei huomioitu, koska yhteistyötä yhdistyksen kanssa ei syntynyt, ts. yhdistykselle tarjottiin kommentointimahdollisuus ikäänkuin "porkkanana" yhteistyöhön.

suosituksesta seuraavassa kokouksessaan ja koska yhdistys ei ollut ollut mukana tutkimuksen suunnittelussa, se ei halunnut myöskään suositella sitä. Yhdistys vältti avointa konfliktia käyttäytyen ulospäin kohteliaasti ja ystävällisesti ja toivottaen hyvää menestystä tutkimukselle. Kuitenkin yhdistys laittoi, minulle tai kenellekään muullekaan osapuolelle kertomatta, seuraavaan jäsenkirjeeseensä tutkimusta koskevan varoituksen, jossa se implisiittisesti kehotti jäseniään olemaan vastaamatta kyselyyn (SYKLI 4/1995 syyskuu, Liite 2). Varoituksen perusteluja olivat, että gynekologeja ei ole mukana tutkimuksessa ja mahdollisen listan tuottaminen erilaisia vaihdenvuosihoitoja antavista lääkäreistä kuuluu ammattiyhdistysliikkeen toimintaan. Yhdistys siis suhtautui torjuvasti sille "ulkopuolisiin" ja heidän yhdistystä kohtaan osoittamaan aktiivisuuteen. Lisäksi yhdistys määritteli itse, kenen toiminta-alueeseen sille itselleen kuulumaton toiminta "oikeasti" kuuluu. Yhdistyksen kanssa käytyjä yhteydenottoja ja sen käyttämiä torjunnan ja välttelyn strategioita on kuvattu alla.

Viikko 32, elokuu: Ensimmäinen yhteydenotto yhdistykseen (puhelinkeskustelu yhdistyksen sihteerin kanssa). Selvitin organisaation rakennetta (keitä yhdistykseen kuuluu?), päättävän elimen olemassaoloa ja kokoonpanoa (keistä henkilöistä muodostuu?), päättävän elimen kokoontumisajankohtia ja yhteydenpitoa jäsenistöön. Yhdistykseen kuuluu erikoistumispatenttien saaneita ja erikoistumisessa olevia laillistettuja lääkäreitä. Jäsenyys on vapaaehtoinen. Korkein päättävä elin on yhdistyksen hallitus, joka oli jo sopinut seuraavan kokouksena ajankohdan. Tutkimuksesta oli puhetta vain vähän ja varsin yleisellä tasolla. Kysyin, onko kyselyn lähettäminen jäsenkirjeessä mahdollista. Sihteeri sanoi, että asia täytyy alistaa yhdistyksen hallituksen päätettäväksi. Sihteeri sanoi lähettävänsä yhdistyksen jäsenluettelon minulle.

Viikko 35, elokuu, tiistai: Yhteydenotto yhdistykseen (puhelinkeskustelu yhdistyksen sihteerin kanssa). Kiitin saamastani yhdistyksen jäsenluettelosta, esittelin tutkimuksen ja mukana olevat tahot ja pyysin lupaa saada esittää tutkimus henkilökohtaisesti yhdistyksen hallitukselle. Pyyntöön ei suostuttu. Hallituksen kokouksissa oli ollut tapana käsitellä vain yhdistyksen omia asioita, vierailijoita ei ollut ollut esittämässä omia asioitaan. Yhdistyksen sihteeri sanoi, että hän voi esittää pyynnön kyselyn lähettämiseksi jäsenkirjeessä hallitukselle jo etukäteen ennen kokousta ja asiasta päättämistä. Sihteeri halusi kyselyn hallituksen nähtäväksi, koska ilman sitä hallitus ei todennäköisesti suostuisi pyyntöön.

Välittömästi puhelinkeskustelun jälkeen faksasin yhdistyksen sihteerille luonnokset lähetekirjeestä ja kyselylomakkeesta. Korostin luonnosten olevan vielä keskeneräisiä ja kaipaavan hiomista lähinnä muotoseikkojen ja tekstin ulkoasun suhteen. Sanoin yhdistyksen mahdollisesti haluamien lisäyksien

olevan tervetulleita. Näin *lääkäreille tarjottiin mahdollisuus yhteistyöhön*. Lisäksi kerroin, että lopullisen otoksen suhteen jätetään vielä varaus, mikäli yhdistys ei halua lähettää kyselyä jäsenkirjeessään.

Keskiviikkona yhdistyksen sihteeri yritti tavoittaa minua ja jätti minulle soittopyynnön.

Torstaina vastasin yhdistyksen sihteerin soittopyyntöön. Sihteeri oli keskustellut tutkimuksesta yhdistyksen puheenjohtajan kanssa. Yhdistys kaipasi tutkimuksesta lisää informaatiota, kysymyksiä oli paljon ja ne ilmaisivat *yhdistyksen alkureaktion olevan suoran torjunnan tutkimusta kohtaan*. Ensimmäiseksi yhdistys halusi tietoa siitä, keitä kaikkia tutkimusryhmään kuuluu. Kyselyn lähetekirjeessä ei ollut ollut kenenkään lääkärin nimeä ja yhdistys oli huomionnut tämän ("siinä lähetekirjeessä ei ollut kenenkään lääkärin nimeä", "eikö tutkimusryhmään kuulu muita kuin yhteiskuntatieteilijöitä"). Yhdistys halusi tietää tutkimustahojen rooleista (Potilasliitto, Kuluttajaliitto, Kuumat Aallot, sosiologian laitos, Stakes). Yhdistys ilmoitti, että gynekologit eivät halua olla tekemisissä Kuumat Aallot - liikkeen kanssa ("he puhuvat vain yhtä asiaa, omaa asiaa", "heidän nimensä on punainen vaate Suomen gynekologeille", "gynekologit eivät halua olla tekemisissä Kuumien Aaltojen kanssa"). Argumentoinnillaan *yhdistys ilmaisi suhtautumistaan (epäilevää? alentuvaa?) sille "ulkopuolisiin" tutkijoihin ja mahdollisesti se halusi myös "varustaa selustansa" tekemillään kysymyksillä*. Yhdistys huomautti, että "ei ole olemassa luonnontieteellistä ja lääketieteellistä tietoa muista hoidoista kuin hormonihoidoista" ja halusi tietää, mitä kyselyssä saataville tiedoille tehdään. Yhdistyksen mielestä kyselylomakkeen kysymykset olivat asenteellisia, erityisesti yhdistys viittasi pääasiallista hoitokäytäntöä koskevaan kysymykseen (Liite 1, kysymys 10) ja sanoi, että "90% gynekologeista ympäröi kohdan 1: hormonihoidot". Näillä huomautuksillaan *yhdistys toi esille oman asiantuntija- ja auktoriteetti-roolinsa*. Yhdistys halusi tietää, kerrotaanko tutkimusraportissa, jos se ei suostu lähettämään kyselyä jäsenkirjeessä ("kerrotaanko siinä raportissa, jos me ei suostuta?"), mihin vastasin myöntävästi, koska tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimusprosessin kulusta. Tämä yhdistyksen tekemä kysymys oli myös hyvä esimerkki *"selustan turvaamisesta"*. Yhdistys kysyi saako se kommentoida kysymyksiä, tehdä korjauksia, muotoiluja, lisäyksiä jne. Viittasin aiempaan huomautukseeni siitä, että lisäykset ovat tervetulleita. Sihteeri sanoi olevansa jo nyt varma siitä ("tiedän, että..."), että luonnokset sellaisinaan eivät saa yhdistyksen hallituksen hyväksyntää. Yhdistyksellä ei ollut ollut tapana lähettää jäsenkirjeensä mukana muuta postia kuin kaupallisia mainoksia, joita lähettämällä se saa apua postituskustannuksiin ja kerää varoja itselleen. Yhdistys kysyi halukkuuttamme/mahdollisuuksiamme osallistua postituskustannuksiin, mikäli yhdistys suostuisi lähettämään kyselyn jäsenkirjeessään, ja vastasin myöntävästi. Yhdistys kysyi vielä motiiviamme kyselyn lähettämiseksi jäsenkirjeessä. Tämä aivan keskustelun lopuksi tehty kysymys voidaan tulkita vielä viimeiseksi yritykseksi saada *"ulkopuolinen kiinni" jostain, mitä se ei ole sanonut, mutta jonka tietäminen on toiselle osapuolelle ensiarvoisen tärkeää*. Lopuksi sihteeri pyysi faksaamaan kirjallisen selostuksen tutkimuksen tekemisessä mukana

olevista tahoista ja heidän rooleistaan tutkimusprosessissa. Sihteeri sanoi käydyn puhelinkeskustelun ja kirjallisen selostuksen olevan tarpeellisia, koska muussa tapauksessa hän ei voisi uskoa hallituksen hyväksyvän tutkimustahojen pyyntöä. Sihteeri antoi minulle aikaa reilun tunnin faksin lähettämiseen.

Vastasin määräajassa yhdistyksen sihteerin pyyntöön ja laadin kirjallisen selostuksen tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä sekä tutkimuksen tekemisessä mukana olevista toimijoista. Laitoin saman informaation pikakirjeenä myös Suomen yleislääketieteen yhdistyksen sihteerille, vaikka hän ei ollutkaan esittänyt vastaavaa pyyntöä.

Viikko 37, syyskuu: Otin puhelimitse yhteyttä yhdistyksen sihteeriin. Hallituksen kokouksesta oli kulunut aikaa jo yli viikko eikä yhdistys ollut ottanut yhteyttä. Koko keskustelulle leimaa-antava piirre oli se, että *aiemman suoran torjunnan sijaan torjunta oli epäsuoraa ja "sivistynyttä"*. Sihteeri pahoitteli, ettei ollut ottanut yhteyttä edellisellä viikolla ja valitteli työkiireitään. Hän kertoi aikoneensa lähettää minulle virallisen kirjeen, jossa olisi kertonut hallituksen kokouksessa käydystä keskustelusta, mutta se oli jäänyt kiireen vuoksi tekemättä. Sihteeri sanoi hallituksen tulleen siihen tulokseen, että periaatteessa kyseinen tutkimus on potilaiden edun kannalta hyvä asia ("tultiin siihen tulokseen, että periaatteessa tämmöinen tutkimus on potilaiden edun kannalta ihan hyvä asia"). Kokouksessa oli herännyt tutkimuksesta hyvä keskustelu ("siellä heräs ihan hyvä keskustelu tästä asiasta"). Jäsenkirjeessä ei ollut kuitenkaan koskaan lähetetty mitään tutkimuksia, vain mainospostia ("kuitenkin, kun meillä ei ole ollut tapana... kun vaan tätä mainospostia"). "Omille tutkijoillekaan ei ole ollut tapana antaa samanlaista mahdollisuutta ja jos nyt tehtäisiin poikkeus, olisi jatkossa vaikea vetää rajaa siihen, kenelle lupa annetaan ja kenelle ei". Ensimmäisen tapauksen jälkeen kaikki alkaisivat pyytää samaa mahdollisuutta". Asia oli yhdistykselle täysin uusi ("tää on meille niin uusi asia"). Yhdistyksen huomautuksille oli leimaa-antavaa niiden monimuotoisuus ja keskusteluilmapiiriä luonnehti selittelevä suhtautumistapa. Sihteeri sanoi, että olisi hyvä mitä useampi vastaisi kyselyyn ("olisihan se hyvä mitä useampi vastaisi"). Näin tutkimuksesta ja tuloksista tulisi totuudenmukaisempi ("siitä tulis niinku totuudenmukaisemmat tulokset"). Argumentoinnilla pyrittiin ikään kuin *lempeään ja ohjaavaan, äidilliseen/isälliseen neuvontaan*. Sihteeri sanoi hänen minulle aikaisemmin lähettämänsä osoiteluettelon olevan jo puoli vuotta vanha ja kertoi, että yhdistyksen jäsenten ajan tasalla olevat osoitetiedot on saatavissa Lääkäriliitosta ("ne on kyllä ihan vapaasti käytettävissä", "soita sinne ja pyydä niin kyllä ne lähettää ne"). Näin *haluttiin ilmaista ja korostaa vielä kerran ystävällistä suhtautumista*. Sihteeri sanoi, että olisi ollut hyvä asia, jos olisin ollut itse paikalla hallituksen kokouksessa ja esittänyt asian hallituksen jäsenille ("se olis ehkä sittenkin ollut parempi juttu, jos sää itte olisit sittenkin tullut sinne kokoukseen selittämään tätä asiaa"). Vielä kerran *selitettiin asioita anteeksipyytävään sävyyn*. Aikaisemmin sihteeri oli ilmoittanut, että henkilökohtainen asian esittäminen ei ole mahdollista, koska hallituksen kokouksissa on ollut tapana käsitellä lyhyesti vain yhdistyksen omia asioita eikä vierailijoita ole ollut paikalla esittämässä asioitaan. Kysyin, oliko kokouksessa tullut esille mahdollisesti jotain

lisäyksiä, joita yhdistys haluaisi lähetekirjeeseen ja/tai kyselylomakkeeseen tai haluaisiko yhdistys kommentoida niitä. Sihteeri kertoi, että pelkästään yhdistyksen rutiiniasioihin oli hallituksen kokouksessa kulunut aikaa jo useita tunteja eikä tämänkaltaisiin "pikkuseikkoihin" oltu kiinnitetty lainkaan huomiota ("ei siellä kiinnitetty pikkuseikkoihin huomiota ollenkaan"). Hän kertoi yrittäneensä herättää asiasta keskustelua ja oikein painotti tätä ("kyllä minä yritin, mutta..."), mutta keskustelua ei ollut syntynyt. Tämäkin keskustelun lopussa tehty *huomautus on painava, koska alkuosassa tehdyllä argumentoinnilla viitattiin siihen että keskustelu olisi ollut juuri päinvastaista* eli runsasta. Hallitus oli sitä mieltä, että yhdistyksen tehtävänä ovat koulutukselliset asiat, kansainvälinen yhteistyö jne. Sen sihteeri sanoi olevan myös perustelun sille, miksi yhdistys ei suostunut kyselyn lähettämiseen jäsenkirjeessä.

Keskustelun lopuksi kysyin, onko yhdistyksen jäsenkirjeeseen mahdollista saada kyselyä koskevaa suositusta. Näin *lääkäreille tarjottiin toisenlainen, "vähemmän aktiivinen", suhtautumistapa yhteistyöhön*. Sihteeri arveli tämän olevan mahdollista ("joo, se voi olla hyvinkin mahdollista"), mutta hänen täytyi kysyä asiaa vielä yhdistyksen puheenjohtajalta. Pyysin yhdistykseltä kirjallista perustelua kyselyn jäsenkirjeessä lähettämisen eväämisestä. Sihteeri lupasi lähettää sen ja sanoin soittavansa sihteerille pian uudestaan kysyäkseen vastausta suosituksen saamisesta.

Viikko 38, syyskuu: Maanantaina koitin tavoittaa yhdistyksen sihteeria ja jätin hänelle soittopyynnön.

Keskiviikkona jätin yhdistyksen sihteerille uuden soittopyynnön ja sihteeri vastasi pyyntöön. Keskustelu kului kuten aiemminkin, *sivistynyttä ja epäsuoraa torjuntaa käyttäen (pyrkiminen asioiden "liialliseen" selittämiseen, ylikorostunut miellyttämisenhalu ja ystävällisyys ja anteeksipyyttäminen, neuvominen "oikeaoppiseen" toimintatapaan)*. Sihteeri pyysi anteeksi, ettei ollut itse ottanut yhteyttä aikaisemmin. Yhdistyksen puheenjohtaja oli ollut matkoilla ja sihteeri oli tavannut hänet vasta kyseisenä päivänä. Sihteeri ilmoitti, että "ei se (puheenjohtaja -HT) oikein lämmennyt sille suositukselle". Suosituskin olisi ollut yhdistyksen nimissä ("sekin olis kuitenkin tavallaan meidän nimissä"). Puheenjohtaja ja sihteeri eivät voineet yhdessä päättää suosituksesta, vaan siitä olisi pitänyt päättää erikseen seuraavassa hallituksen kokouksessa, joka oli **lokakuussa**. Sihteeri valitteli, että "kun tämä yhdistyksen byrokratia on tällainen" ja perusteli vielä suosituksesta kieltäytymistä sillä, että "tämä on kuitenkin yhdistyksen ulkopuolinen juttu eikä mukana ole gynckologeja". Lisäksi hän totesi, että "asia on kuitenkin sen verran kiinnostava, että kannattaa esittää se niin, että se motivoi vastaamaan", "eiköhän ihmiset vastaa", "onhan mukana kuitenkin sosiologian laitos ja Stakes, joten eiköhän se motivoi ihmisiä vastaamaan". Toistin pyyntöni kirjallisesta selostuksesta jäsenkirjeeseen liittämisen + suosituksen eväämisen perusteluista. Sihteeri lupasi lähettää sen.

Myöhemmin samana päivänä saimme faxin suomalaiselta gynekologilta. Hän lähetti faxin ulkomailta ja saatekirje oli päivätty edelliseksi päiväksi. Itse fax oli ote gynekologiyhdistyksen jäsenkirjeestä. Faxin lähettäjä kertoi postin kulkevan hänelle ulkomailla olevaan osoitteeseen hieman myöhässä. Aikaa jäsenkirjeen lähettämisestä oli siis ehtinyt jo kulua. *Tästä ja samana päivänä käydystä keskustelusta yhdistyksen sihteerin kanssa voidaan vetää johtopäätös, että yhdistys tahallaan jätti kertomatta jäsenkirjeestä, jossa yhdistys esitti jäsenilleen implisiittisen varoituksen olla vastaamatta kyselyyn.* Varoituksen perustelut olivat, että gynekologeja ei ole mukana tutkimuksessa ja mahdollisen listan tuottaminen erilaisia vaihdevuosihoitoja antavista lääkäreistä kuuluu ammattiyhdistysliikkeen toimintaan.

Pyytämäni kirjallisen selostuksen yhdistyksen kieltäytymisperusteluista sain **lokakuun alussa**. Niissä kerrottiin yhdistyksen hallituksen suhtautuvan myönteisesti tutkimukseen, jossa selvitetään erilaisten hoitojen tarjontaa ja edistetään potilaan mahdollisuuksia saada tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Samalla kerrottiin jäsentiedotteen olevan kuitenkin pelkästään yhdistyksen sisäisiä, lähinnä koulutukseen liittyviä asioita käsittelevän kirjeen, jollaiseksi se halutaan rajata jatkossakin. Yhdistyksen tarkoituksiksi sanottiin tutkimustoiminnan tukemisen, mutta koska yhdistys ei ollut ollut mukana kyseisen tutkimuksen suunnittelussa, se ei halunnut myöskään esittää jäsenilleen kehoitusta kyselyyn vastaamisesta. Lopuksi toivotettiin "kuitenkin menestystä tutkimuksellenne. Asian ajankohtaisuudesta johtuen uskomme, että vastausprosentti on hyvä. Tutkimukseenne herättää varmasti paljon mielenkiintoista ja tarpeellista keskustelua vaihdevuosien hoitokäytäntöihin liittyen". (Liite 3) Tarkka havainnointi osoittaa, että *kieltäytymisen perustelut puhelinkeskusteluissa ja kirjeessä eivät täysin vastaa toisiaan. Puhelimessa reaktiot olivat spontaanimpia ja osa niistä todennäköisesti tuli ilmi vahingossa. Kirjeen kohdalla ei voida puhua enää "reaktiosta", vaan huolella harkitusta ja suunnitellusta virallisesta muotoilusta.*

5. 2 Suomen yleislääketieteen yhdistys - "kyllän" ja "ein" välillä

Suomen yleislääketieteen yhdistys (SYY) suhtautui tutkimukseen gynekologiyhdistystä myönteisemmin. Yhdistyksen työvaliokunta keskusteli kyselyn lähettämisestä jäsenkirjeessä satunnaisissa tapaamisissa ja puhelimessa ilman erillistä kokoontumista, koska yhdistyksellä ei ollut ajankohtaan sopivaa suunniteltua tapaamista, eikä yhdistys katsonut asian vaativan erillistä tapaamista. Toisin kuin SGY, SYY ei pitänyt kyselylomakkeen kysymyksiä asenteellisina. Yhdistys teki jäsenkirjeen säännöllisesti, lääketehaan huolehtiessa kustannuksista ja lähettämisestä. Tavallisesti yhdistys oli laittanut jäsenkirjeeseen vain omia kyselyjään. Yhdistys sanoikin, että

kolmannen osapuolen huolehtiessa kustannuksista ei olisi korrektaa lähettää ulkopuolista kyselyä ilman sen lupaa ja neuvoi ottamaan yhteyttä lääketehdaaseen. Mikäli lääketehdas suostuisi pyyntöön, yhdistyksellä ei olisi asiaan huomauttamista. Koska olin kiinnostunut kuitenkin nimenomaan yhdistyksen mielipiteestä, en lääketehdaan, päätin olla seuraamatta yhdistyksen neuvoa. Sen sijaan pyysin yhdistykseltä sen seuraavaan jäsenkirjeeseen tutkimusta koskevaa suositusta, jonka se tekikin heti. Kehotuksesta suositus, mutta lisäksi koko jäsenkirje, lähetettiin myös minulle. Jäsenkirjeessä tutkimuksesta informoitiin objektiivisesti ja jäseniä kehoitettiin vastaamaan kyselyyn (Jäsenkirje 5/1995 syyskuu, Liite 4). Yhdistyksen kanssa käytyjä yhteydenottoja on kuvattu alla. *Kenties selvin ero sen ja SGY:n välillä oli se, että SY:n kanssa kädyt keskustelut olivat paitsi muodollisia ja virallisia, niin myös "tavanomaisen" ystävällisessä hengessä käytyjä erona SGY:n "yltiöystävällisyyteen" (huom. torjunnan strategia).*

Viikko 32, elokuu: Yritin tavoittaa yhdistyksen sihteeriä ja jätin hänelle soittopyynnön.

Ensimmäinen yhteydenotto yhdistykseen (puhelinkeskustelu yhdistyksen sihteerin kanssa). Selvitin organisaation rakennetta (keitä yhdistykseen kuuluu?), päättävien elinten olemassaoloa ja kokoonpanoa (keistä henkilöistä muodostuu?), päättävien elinten kokoontumisajankohtia ja yhteydenpitoa jäsenistöön. Yhdistykseen kuuluu erikoistumispatvevyyden saaneita ja erikoistumassa olevia laillistettuja lääkäreitä. Jäsenyys on vapaaehtoinen. Korkein päättävä elin on yhdistyksen hallitus, jonka seuraava kokous oli lokakuussa. Tutkimuksesta oli puhetta vain vähän ja varsin yleisellä tasolla. Tutkija kysyi, onko kyselyn lähettäminen jäsenkirjeessä mahdollista. Sihteeri sanoi, että asia on yhdistyksen työvaliokunnan päätettävissä, eikä sitä tarvitse käsitellä yhdistyksen hallituksessa. *Jo tässä vaiheessa tuli siis ilmi yhdistyksen SGY:tä vapaamielisempi ja "ei niin muodollinen" suhtautuminen tutkimukseen.*

Viikko 34, elokuu: Yhteydenotto yhdistykseen (puhelinkeskustelu yhdistyksen sihteerin kanssa). Esittelin tutkimuksen ja sen tekemisessä mukana olevat tahot ja pyysin lupaa saada liittää kysely yhdistyksen jäsenkirjeeseen. Yhdistyksen sihteeri sanoi, että pyyntöä käsittelevää erillistä työvaliokunnan kokousta ei tarvittaisi, sillä hän voisi keskustella asiasta valiokunnan jäsenten kanssa satunnaisissa tapaamisissa ja puhelimesta. *Tarjouduin itse lähettämään yhdistyksen sihteerille luonnoksen kyselystä, kun taas SGY pyysi sitä.* Korostin luonnoksen olevan vielä keskeneräisen ja kaipaavan hiomista lähinnä muotoseikkojen ja tekstin ulkoasun suhteen. Yhdistyksen mahdollisesti haluamien lisäyksien

sanoin olevan tervetulleita. Sihteeri katsoi tärkeintä olevan sen, että papereista selviää tutkimuksen tavoite, ketä tutkitaan ja mitä kysytään.

Viikko 35, elokuu: Lähetin pikakirjeenä yhdistyksen sihteerille selostuksen tutkimuksen sisällöstä ja tarkoituksesta sekä tutkimuksessa mukana olevista toimijoista. *Tätä yhdistys ei itse pyytänyt, mutta koska gynecologiyhdistys pyysi mainituista asioista kirjallista informaatiota, katsoin aiheelliseksi lähettää saman informaation myös yleislääketieteen yhdistykselle.*

Viikko 36, syyskuu: Soitin yhdistyksen sihteerille tiedustellakseni työvaliokunnan päätöstä. Sihteeri kertoi tapaavansa valiokunnan jäseniä vasta seuraavalla viikolla. Hän kiitti saamastaan kirjallisesta selostuksesta ja sanoi sen selventävän asiaa toivomallaan tavalla.

Viikko 37, syyskuu: Yritin tavoittaa yhdistyksen sihteeria puhelimitse ja jätin hänelle soittopyynnön, johon sihteeri vastasi parin tunnin kuluttua. Kysyin yhdistyksen työvaliokunnan päätöstä. Keskustelussa oli ensimmäiseksi herännyt kysymys siitä, "onko yhdistys oikea foorumi tämänkaltaiselle kyselylle?". Keskustelua oli käyty siitä, "miksi Kunnallislääkäriliittoon ei ole otettu yhteyttä". *Kysymys oli hyvin käytännönläheinen SGY:n käydessä välittömästi tekemään implisiittisesti selkoa epäilevästä ja alentuvasta suhtautumisestaan tutkimuksen tekijöihin.* Yhdistykselle kerrottiin, että vain vajaa 1/3 terveyskeskuslääkäreistä on yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja että heistäkään kaikki eivät kuulu Kunnallislääkäriliittoon. Ne yleislääketieteen erikoislääkärit, jotka työskentelevät terveyskeskuksissa, ovat yleensä orientoituneet työuraan siellä. Siksi heidän mielipiteensä kiinnostaa tutkimuksen suorittajaa. Yksityiskohtaisempia kommentteja lähetekirjeen ja kyselylomakkeen suhteen oli ollut vain yhdistyksen puheenjohtajalla ja sihteeri ilmoitti, että voisin halutessani ottaa yhteyttä häneen. Kyselylomakkeen kysymyksiä ei ollut pidetty asenteellisina vaan keskeneräisinä ja koska kyseessä oli vielä luonnos, yhdistys ei halunnut puuttua asiaan. Keskusteluissa työvaliokunnan jäsenten kanssa oli tullut selväksi, että kenelläkään ei periaatteessa ollut ollut mitään kyseistä tutkimusta vastaan. Sitä pidettiin hyvänä. Yhdistyksellä ei kuitenkaan ole varoja tehdä omia postituksia, vaan postituksesta ja kustannuksista huolehtii lääketehdas, jolle oli annettu jäsenten osoitetiedot. Itse jäsenkirje on yhdistyksen laatima. Yksi yhdistyksen työvaliokunnan jäsen olikin ollut sitä mieltä, että ei olisi korrektia lähettää yhdistyksen nimissä kyselyä, jonka postituskustannukset lykättäisiin vielä kolmannelle osapuolelle. *Ehdotin, että voisimme osallistua kustannuksiin ja sihteeri harmitteli, kun asia ei ollut tullut aikaisemmin esille. Tähänkin suhtautumisessa ilmeni yhdistysten välillä siis selvä ero. SGY kysyi itse aktiivisesti kyselyn suorittajien maksuvalmiutta jäsenkirjeen postittamisen suhteen.* SYY:n sihteeri kehotti ottamaan yhteyttä lääketehdaaseen ja keskustelemaan raha-asioista sen kanssa. Mikäli lääketehdas suostuisi kyselyn lähettämiseen, yhdistyksellä ei olisi asiaan huomauttamista. Sihteeri kertoi edelleen, että yhdistys oli aikaisemmin lähettänyt jäsenkirjeessä vain omia kyselyjään. *Asia oli*

yhdistykselle täysin uusi ja jos se nyt suostuisi ulkopuolisen kyselyn lähettämiseen jäsenkirjeessä, tulisi jatkossa ympäri maata yhteydenottoja vastaavin pyynnöin. Tämä oli vastaava huomautus kuin SGY:llä.

Käydyn keskustelun jälkeen pyysin yhdistykseltä kyselyä koskevaa suositusta jäsenkirjeeseen. Sihteeri arveli, että se voisi hyvinkin onnistua, jos käyttäisin kyselyn postituksessa yhdistyksen jäsenten osoitetietoja. Ne saisin yhdistyksen luvalla postituksesta huolehtivalta lääketehtaalta. Sihteerin täytyi kuitenkin vielä tiedustella asiaa yhdistyksen puheenjohtajalta, koska "hän se kumminkin meillä kaikki asiat päättää"²⁸. Sanoin soittavani puheenjohtajalle itse.

Pari päivää myöhemmin soitin yhdistyksen puheenjohtajalle. Alkajaisiksi hän kysyi minulta, "mikä on kyselylomakkeessa mainitut tasannevuodet". Keskustelun jälkeen siitä, että kyseessä on yleisesti hyväksytty lääketieteellinen termi, puheenjohtaja sanoi tasannevuosien olevan "teidän tutkijoiden omaa slangia, jota laaja lääkärikunta ei ymmärrä ja joka pitäisi selventää". Sanoin selvennyksen tulevan esille kyselyn lähetekirjeessä ja vielä kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla, mihin puheenjohtaja kommentoi, että "monet eivät jaksaa lukea niin pitkälle, vaan heittävät lomakkeen heti roskakoriin, kun siinä on jotain sellaista mitä he eivät ymmärrä". Kysyin puheenjohtajalta, sisältääkö kysely hänen mielestään lääkäreitä mahdollisesti "ärsyttäviä" kysymyksiä²⁹, mihin hän vastasi kieltävästi. Puheenjohtajalle tuli vasta nyt selväksi, että paperit olivat luonnoksia, joihin oli pyydetty yhdistyksen mahdollisia kommentteja, eivätkä suinkaan lopullinen kysely. Puheenjohtaja totesi, että yhdistyksen sihteeri ei ollut muistanut informoida häntä mainitusta asiasta, mihin huomautin papereissa lukevan, että ne ovat luonnoksia ja että informaation kulussa on sattunut jossakin vaiheessa katkos. Kun kyselyn keskeneräisyys oli tullut selväksi puheenjohtaja sanoi, että ei halua kommentoida luonnosvaiheessa olevia papereita. Hän huomautti kuitenkin siitä, että vastaamista kannattaisi pyytää lopettamaan vastaustietojen koskevien kysymysten jälkeen, jotta nähtäisiin minkälaiset ihmiset jättävät vastaamatta (katso Liite 1). Jätin kertomatta puheenjohtajalle, että minua/meitä kiinnostaa vain vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia hoitavien lääkäreiden mielipiteet, ei hänen esiintuomansa asia.

Pyysin yhdistyksen puheenjohtajalta kyselyä koskevaa suositusta yhdistyksen jäsenkirjeeseen. Puheenjohtaja sanoi jo keskustelleensa asiasta yhdistyksen sihteerin kanssa ja ilmoitti, että kirje suosituksineen on jo lähetetty jäsenistölle! Pyysin kopiota jäsenkirjeestä. Puheenjohtaja lupasi sen ja kehotti ottamaan asian johdosta yhteyttä yhdistyksen sihteeriin. Puheenjohtaja ilmoitti vielä, että

²⁸ Lääkäreiden kanssa yhteistyötä tekevät ja lääkäritutkimuksia tekevät ovat kertoneet suhtautumistavan olevan hyvin tyypillistä lääkäreille. Ammattikunnassa vallitsee oma hierarkiansa, jossa esim. sairaalaylilääkäreitä pidetään "mielipidejohtajina". Samoja auktoriteetteja edustavat myös erikoislääkäriyhdistysten johtohenkilöt, erityisesti puheenjohtaja, mutta myös muut hallintoon kuuluvat.

²⁹ Koska SGY oli huomauttanut kysymysten olevan asenteellisia, halusin kysyä SYY:ltä sen mielipidettä asiasta. Konkreettisesti käytin "ärsyttää" -verbiä.

yhdistyksen asiat hoidetaan aina kiireellä ja nytkin jäsenkirje oli pitänyt saada pikavauhtia postin kuljetettavaksi. Kerroin, että alkuperäisestä ajatuksesta kyselyn otoksen suhteen tullaan luopumaan, koska kyselyä ei postiteta jäsenkirjeessä ja otoksen poiminnassa tullaan käyttämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä. Puheenjohtaja huomautti, että on valitettavaa, kun erikoistumassa olevat lääkärit jäävät pois otoksesta eikä saada aikaan vertailua heidän ja jo erikoistuneiden kesken. Hän sanoi vielä, että yhdistyksen luvalla jäsenten osoitetiedot ovat saatavissa postituksesta huolehti-valta lääketehtaalta.

Yhdistyksen puheenjohtajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen yritin tavoittaa yhdistyksen sihteerii ja jätin hänelle soittopyynnön.

Viikko 38, syyskuu: Soitin yhdistyksen sihteerille uudestaan saadakseen kopion yhdistyksen jäsenkirjeestä. Kerroin keskustelleeni yhdistyksen puheenjohtajan kanssa ja hänen sanoneen, että suosituksesta oli keskusteltu ja päätetty puheenjohtajan ja sihteerin kesken ja suositus oli jo laitettu jäsenkirjeeseen. Pyysin puheenjohtajan lupaamaa kopiota jäsenkirjeestä ja sihteeri lupasi lähettää sen. Lisäksi pyysin kirjallista perustelua yhdistyksen kieltäytymisestä lähettää kysely jäsenkirjeessään. Sihteeri sanoi, että heti kun hän saa kirjoitettua työvaliokunnan päätöksiä koskevan pöytäkirjan puhtaaksi, hän lähettää siitä minulle otteen. Informoin myös sihteerii kyselyn lopullisesta otoksesta. Tähän sihteeri huomautti jäsenkirjeen suosituksessa sanotun, että yhdistyksen jäsenten osoitetiedot on annettu tutkijan käyttöön. Tähän vastasin, että asialle ei voi enää tässä vaiheessa mitään eikä se haittaa.

Seuraavana päivänä sain yhdistyksen sihteeriltä postitse kopion yhdistyksen koko lähetekirjeestä, ei vain suosituksesta.

Samana päivänä soitin jäsenkirjeen postituksesta huolehtivaan lääketehtaaseen ja pyysin siltä yhdistyksen jäsenten osoiteluetteloa. Lääketehdas halusi tietää, mihin osoitetietoja käytetään ja kysyi useampaan kertaan, ovatko yhdistyksen puheenjohtaja ja sihteeri todellakin antaneet luvan osoitetietojen luovuttamiseen. Lääketehtaalta luvattiin lähettää yhdistyksen jäsenten osoitetiedot minulle.

Viikko 39, syyskuu: Sain lääketehtaalta postitse yhdistyksen jäsenten osoitetiedot. Epäselvää on se, varmistiko lääketehdas vielä minun saaneen luvan tietojen käyttämiseen yhdistykseltä. Näin ei ehkä ole, sillä lääketehdas lähetti tiedot hyvin nopeasti, todennäköisesti jo samana päivänä ja yhdistyksen puheenjohtaja ja sihteeri tuntuivat olevan yleensä hyvin kiireisiä ja paljon menossa olevia henkilöitä, jotta heidät olisi tavoitettu nopeasti tämänkaltaisessa "häätäpauksessa".

Sain postitse yhdistyksen sihteeriltä kopion yhdistyksen pöytäkirjaotteesta (Liite 5). Erona SGY:n erikseen tätä tilannetta varten laatimaan selostukseen SYY lähetti neutraalin virallisen kopion yhdistyksen pöytäkirjan asiaa koskevasta otteesta.

5. 3 Kollektiivista yhteydenottoa kyselyn lähettämisen jälkeen

Suomen Lääkäriliiton (SLL) järjestöosaston osastopäällikkö otti spontaanisti heti kyselylomakkeen lääkäreille lähettämisen jälkeen yhteyttä Suomen Kuluttajaliittoon (puhelinkeskustelu). SLL sanoi kyselylomakkeessa kuvatulla tavalla tapahtuvan luetteloinnin, tiedottamisen ja listan tekemisen hoito-orientaation mukaan olevan ristiriidassa kaiken sen kanssa, mitä SLL on sanonut lääkäripalvelujen markkinoinnista ja mainostamisesta ("tämäntyyppinen markkinointi on totaalisesti kielletty", "kiellämme sen ehdottomasti"). Tutkimustahoja kehoitettiin lukemaan lääkäreiden ilmoitteluohjeet. SLL kritisoi myös tapaa, jolla kysymykset oli kysytty: kysymyksenasettelua pidettiin johdattelevana ja erityisesti pääasiallista vaihdevuosien hoitokäytäntöä ja luettelointia ja tiedottamista yleensä ja esimerkkitapauksessa koskevia kysymyksiä "aivan kauheina" ("kukaan lääkäri ei voi rajoittaa näin hoitojansa" "kyselylomake herättää pikemminkin vastakysymyksiä kuin halua vastata"). SLL sanoi vielä, että lääkäreitä koskevia tutkimuksia tehtäessä tulee aina ensimmäiseksi ottaa yhteyttä SLL:oon ja kysyä siltä lupa ennen kuin käännytään yksittäisten lääkäreiden puoleen. (Suomen Kuluttajaliitto, suullinen tiedonanto 1995)

Suomen Kuluttajaliitosta kommentoitiin lisäksi, että SLL luuli ilmeisesti ottaneensa yhteyttä johonkin toiseen kuluttajatahoon kuin Kuluttajaliittoon. SLL oli nimittäin ollut narkästynyt siitä, että "Kuluttajaliitto taas teki tällaista", vaikka se ei ollut aikaisemmin tehnyt mitään lääkäreihin ja/tai Lääkäriliittoon liittyvää. Kuluttajaliiton mukaan SLL näin sanomalla "paljasti samalla sen, että se on aiemminkin torunut siitä, että kuluttajat kyselivät oikeuksiensa perään". (Suomen Kuluttajaliitto, suullinen tiedonanto 1995)

Suomen Kuluttajaliitto kehotti SLL:n kanssa käymänsä keskustelun yhteydessä SLL:a ottamaan yhteyttä tutkijaan eli minuun. Tätä SLL ei kuitenkaan tehnyt. Marraskuun alussa neuvottelimme Kuluttajaliiton ja Kuumien Aaltojen siitä, menisimmekö yhdessä käymään SLL:ssa, jotta sen suhtautumisesta tutkimukseen saataisiin mahdollisesti lisää tietoa. Suomen Kuluttajaliitto ja Kuumat

Aallot eivät kuitenkaan nähneet asiaa välttämättömänä. Suomen Kuluttajaliitto perusteli näkemystään sillä, että "jos me ryhtyisimme juoksemaan aina niiden ihmisten luona, joita meidän selvitykset ja tutkimukset koskevat, saisimme me tehdä sitä jatkuvasti. Kuluttajaliiton tehtävänä on olla kuluttajien etujärjestö ja aina löytyy tahoja, joita meidän toiminta suututtaa ja vihastuttaa". Lisäksi "SLL:n puhelimesta esittämät argumentit saatiin kirjattua tarkasti ylös ja kehoitettiin SLL:a ottamaan yhteyttä tutkijaan. SLL jätti käyttämättä tämän mahdollisuuden".

6 LÄÄKÄRIYKSILÖIDEN HOITOKÄYTÄNNÖT JA SUHTAUTUMINEN HOITOKÄYTÄNNÖISTÄ TIEDOTTAMISEEN

6. 1 Lääkäreiden tausta ja hoitokäytännöt

Taulukossa 4 on esitetty tarkasteluun mukaan otettujen lääkäreiden taustatiedot. Osalla lääkäreistä oli naistentautien ja synnytysten ja/tai yleislääketieteen lisäksi myös muiden erikoisalojen pätevyys. Heistä naistentautien erikoislääkärit olivat yleensä erikoistuneet oman alansa sisällä yleislääketieteen erikoislääkäreiden lisäpätevyysien hajaantuessa laajemmalle alueelle. Gynekologeista 94% (n 208) kuului Suomen Gynekologiyhdistykseen. Yleislääketieteen erikoislääkäreistä 42% (n 251) kuului Suomen yleislääketieteen yhdistykseen.³⁰

³⁰ Erikoislääkäriyhdistyksiin kuulumisen selvitin lääkäriyhdistysten jäsenluetteloja ja otoksen lääkäreiden nimilistoja vertaamalla. Gynekologien ja yleislääkäreiden suurta eroa erikoislääkäriyhdistyksiin kuulumisessa selittänee se, että yleislääketiedettä ei pidetä niin spesialisoituneena kuin jotain toista lääketieteen erikoisalaa ja siksi yleislääketiedettä ei mahdollisesti myöskään seurata niin intensiivisesti kuin jotain toista erikoisalaa. Olettamuksia tukee myös erikoislääkäriyhdistysten jäsenmäärän ja erikoistumispätevyden saaneiden lääkäreiden lukumäärän vertailu. Yleislääketieteen erikoislääkärit toimivat laajemman toimialansa takia ehkä myös muissa (esim. Suomen Kunnallislääkäriliitto) kuin Suomen yleislääketieteen yhdistyksessä.

TAULUKKO 4. Lääkäreiden taustatiedot. Sukupuoli, ikä, työpaikka (päätoimi) ja esimerkki suhtautumisesta hormonihoitoon.

		%		
		Yleislääketieteen		
		Gynekologit (n= 79)	erikoislääkärit (n= 163)	Yhteensä (n= 243)
Sukupuoli	nainen	48	56	54
	mies	52	44	46
	kaikki	100	100	100
Työpaikka (päätoimi)	sairaala	54	4	21
	terveyskeskus	4	71	49
	yksityisvastaanotto	33	10	17
	muu ¹⁾	9	15	13
	kaikki	100	100	100
Ikä	alle 45 vuotta	37	42	40
	45 - 54 vuotta	39	52	48
	yli 54 vuotta	24	6	12
	kaikki	100	100	100
Suhtautuminen hormonihoitoon ²⁾				
lisääntynyt osteoporoosiriski: puhuu puolesta		99	97	98
lisääntynyt sydän- ja verisuonisairauksien riski: puhuu puolesta		98	88	91
lisääntynyt rintasyövän riski: puhuu vastaan		70	85	80

¹⁾ Sisältää lääkärit, jotka työskentelivät työterveysasemalla/-huollossa, mielenterveyskeskuksessa/-toimistossa ja hallinnossa sekä tutkimustyötä tekevät, eläkkeellä olevat ja ilman päätoimea olevat lääkärit ja ne lääkärit, jotka valitsivat kohdan "muu", mutta jättivät kertomatta työpaikkansa.

²⁾ "Mitkä seuraavista naisen ominaisuuksista/tilanteista puhuvat hormonihoiton puolesta tai sitä vastaan hoitopäätöstä tehdessänne?" Vaihtoehdot "puhuu puolesta, puhuu vastaan, ei vaikuta, en osaa sanoa" ja tieto puuttuu.

Koko aineistosta naisia oli yli puolet. Gynekologeista oli miehiä yli puolet. Koko aineiston lääkäreistä puolet työskenteli terveyskeskuksissa, viidennes sairaaloissa ja

alle viidennes yksityisvastaanotoilla. Lääkärin erikoistumisala vaikutti selvästi hänen sijoittumiseensa työmarkkinoilla. Gynekologeista kolmannes ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä kymmenesosa ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero) työskenteli päätoimisina yksityislääkäreinä. Terveyskeskuksissa työskenteli gynekologeista vain muutama prosentti ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä lähes kolme neljästä. Vastaavasti sairaalassa työskenteli yli puolet gynekologeista ja vain muutama prosentti yleislääketieteen erikoislääkäreistä ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero).

Nuorin lääkäreistä oli 33- ja vanhin 62 -vuotias. Suurin osa lääkäreistä oli 45-54 -vuotiaita keski-ikänsä ollessa 46 vuotta. Yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli 45-54 -vuotiaiden joukossa enemmän kuin gynekologeja ($P < 0.05$ tilastollisesti melkein merkitsevä ero), mutta yli 54 -vuotiaiden joukossa gynekologit olivat enemmistönä ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero).

Lähes kaikki lääkärit olivat sitä mieltä että lisääntynyt osteoporoosiriski puhuu hormonihoiton puolesta. Gynekologien suhtautuminen oli samanlaista, kun erityistilanteena oli lisääntynyt sydän- ja verisuonisairauksien riski. Myös yleislääketieteen erikoislääkärit suhtautuivat kyseisessä tilanteessa hoitoon myönteisesti. Lisääntyneen rintasyövän riskin katsoi suurin osa lääkäreistä puhuvan hormonihoitoa vastaan. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden suhtautuminen hormonihoitoon oli tässä tapauksessa kielteisempää kuin gynekologien ($P < 0.01$, tilastollisesti merkitsevä ero).

Lääkäreiden pääasiallista vaihdevuosien hoitokäytäntöä kuvaa taulukko 5. Suurin osa lääkäreistä, etenkin gynekologit ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero), ilmoitti pääasialliseksi hoitokäytännökseen hormonihoitot. 74% naisista ja 71% miehistä ilmoitti pääasialliseksi hoitokäytännökseen hormonihoitot. Vanhimma ikäluokasta (yli 54 -vuotiaat) ilmoitti hormonihoitot pääasialliseksi hoitokäytännökseen 86%, keskimmaisesta ikäluokasta (45-54 -vuotiaat) 68% ja nuorimmasta ikäluokasta (alle 45 -vuotiaat) 74%. Sairaalassa työskentelevistä lääkäreistä 82%, yksityisvastaanotolla työskentelevistä lääkäreistä 79% ja terveyskeskuksissa työskentelevistä

televistä lääkäreistä 74% ilmoitti pääasialliseksi vaihdevuosien hoitokäytännökseen hormonihoidot.

TAULUKKO 5. Lääkäreiden ilmoittama pääasiallinen vaihdevuosien hoitokäytäntö.

	%		
	Gynekologit (n= 79)	Yleislääketieteen erikoislääkärit (n= 163)	Yhteensä (n= 243)
"Pääasiallisen hoitokäytäntöni muodostavat:			
1. hormonihoidot	88	67	73
2. muut hoidot (esim. ns. vaihtoehtohoidot)	0	0	0
3. elämäntapamuutosten suosittelu	1	1	1
4. mielestäni vaihdevuodet yleensä eivät tarvitse mitään hoitotoimenpiteitä/erityishoitoa	0	8	5
5. muuta	0	1	0
6. en osaa luokitella itseäni hoitokäytäntöjeni perusteella"	11	25	21
kaikki	100	100	100

Kukaan lääkäri ei ilmoittanut vaihtoehtoa "muut hoidot (esim. ns. vaihtoehtohoidot)" pääasialliseksi vaihdevuosien hoitokäytännökseen. Kaksi lääkäriä ilmoitti pääasialliseksi hoitokäytännökseen elämäntapamuutosten suosittelun. Yksi yleislääketieteen erikoislääkäri ilmoitti pääasialliseksi hoitokäytännökseen soveltuvan psykoterapian. Viidennes kaikista lääkäreistä ei osannut luokitella itseään hoitokäytäntöjensä perusteella. Heitä oli enemmän yleislääketieteen erikoislääkäreiden kuin gynekologien joukossa ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero).

Vain yleislääketieteen erikoislääkäreistä 13 oli sitä mieltä, että vaihdevuodet yleensä eivät tarvitse mitään hoitotoimenpiteitä/erityishoitoa. Naisia heistä oli 6 ja miehiä 7.

Vanhimmasta ikäluokasta tai päätoimenaan yksityisvastaanotolla työskentelevistä yksikään lääkäri ei ollut tätä mieltä.

Lääkäreiden suosittamaa hormonihoitoa kuvaava taulukko 6. Vain 9% lääkäreistä oli sitä mieltä, ettei suosittelisi lainkaan hormonihoitoa sairauksia ehkäisevässä mielessä naiselle, jolla ei ole erityis- tai kontraindikaatioita. Naisia ja miehiä oli yhtä paljon. Kukaan yli 54 -vuotias ei ollut tätä mieltä.

TAULUKKO 6. Hormonihoitoa pituus. Lääkäreiden ilmoittama suositeltava hormonihoitoa kesto aika sairauksia ehkäisevässä mielessä naiselle, jolla ei ole erityis- tai kontraindikaatioita.

	%		
	Yleislääketieteen		
	Gynekologit (n= 79)	erikoislääkärit (n= 163)	Yhteensä (n= 243)
ei lainkaan hoitoa	5	11	10
alle vuoden hoito	0	1	0
1 - 5 vuoden hoito	4	7	6
6 - 10 vuoden hoito	25	29	28
11 - 20 vuoden hoito	28	26	27
hoito loppuiäksi	29	18	22
muuta	8	2	4
tieto puuttuu	1	6	4
kaikki	100	100	100

Gynekologit olivat hieman myönteisempiä suosittamaan pitempiä hoitoja kuin yleislääketieteen erikoislääkärit. Gynekologeista lähes 30% kannatti hoitoa loppuiäksi. Vastaavaa mielipidettä edusti yleislääketieteen erikoislääkäreistä alle viidennes.

Pitkäaikaista hormonihoitoa (yli 10 vuotta) kannatti gynekologeista 57% ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä 45% ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero, vertailu erikoisalojen välillä). Naisista 52% ja miehistä 46% suositteli pitkäaikaista hormonihoitoa. Myönteinen suhtautuminen pitkäaikaiseen hoitoon kasvoi lääkärin iän mukana ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero, vertailu nuorimman ikäluokan eli alle 45 -vuotiaiden ja vanhimman ikäluokan eli yli 54 -vuotiaiden välillä). Alle 45 -vuotiaista 42%, 45-54 -vuotiaista 50% ja yli 54 -vuotiaista 68% suositteli pitkäaikaista hormonihoitoa. 56% sairaalassa, 50% terveyskeskuksessa ja 43% yksityisvastaanotolla päätoimenaan työskentelevistä lääkäreistä suositteli pitkäaikaista hormonihoitoa.

Kohdan "muuta" valitsi 9 lääkäriä. He toivat esille potilaan oman päätöksen, potilaan toiveen ja yksilöllisen ratkaisun merkityksen. Mainittuihin asioihin viittasivat muita useammin gynekologit (n 6), yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät (n 5), naiset (n 8) ja nuorimman ikäluokan (alle 45 -vuotiaat) edustajat (n 7). Vanhimma ikäluokasta (yli 54 -vuotiaat) kukaan lääkäri ei valinnut kohtaa "muuta". Hoitokäytäntöjä on kuvattu tarkemmin toisaalla (Toiviainen 1997a; 1997b; 1997c).

6. 2 "Ei" tiedottamiselle

Suurin osa lääkäreistä, neljä viidestä vastusti kuluttajaliikkeiden suunnittelemaa lääkäriesitettä, jossa kerrottaisiin lääkärin meno- ja postmenopausaalinen hoitokäytäntö (MPH, Taulukko 7). Erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärit vastustivat ajatusta ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero, vertailu erikoisalojen välillä). Yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät lääkärit suhtautuivat ajatukseen julkisella sektorilla (sairaaloissa ja terveyskeskuksissa) työskenteleviä lääkäreitä myönteisemmin ($P < 0.01$, tilastollisesti merkitsevä ero, Taulukko 8). Myös vanhemmat lääkärit suhtautuivat ajatukseen nuorempia lääkäreitä myönteisemmin ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero, vertailu vanhimman ikäluokan eli yli 54 -vuotiaiden ja nuorempien välillä, Taulukko 9). Lääkärin sukupuoli ei vaikuttanut mielipiteisiin (Taulukko 10).

Suurin osa lääkäreistä vastusti myös kuluttajaliikkeiden tiedottamista lääkäreiden hoitokäytännöistä yleensä. Lääkäriin erikoistumisala, ikä tai sukupuoli ei vaikuttanut mielipiteisiin, mutta yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät lääkärit kannattivat tiedottamista useammin kuin julkisessa terveydenhuollossa työskentelevät (ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää).

TAULUKKO 7. Kuluttajaliikkeiden tiedottaminen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden suhtautuminen erikoisalan mukaan.

	%					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	yleislääketieteen			yleislääketieteen		
gynekologit (n= 79)	erikoislääkärit (n= 163)	yhteensä (n= 243)	gynekologit (n= 79)	erikoislääkärit (n= 163)	yhteensä (n= 243)	
kannatti	32	10	17	23	21	21
vastusti	64	85	79	55	51	53
ei osannut sanoa	3	1	1	19	26	24
tieto puuttuu	1	4	3	3	2	2
kaikki	100	100	100	100	100	100

TAULUKKO 8. Kuluttajaliikkeiden tiedottaminen lääkäreiden hoitokäytännöistä.
Lääkäreiden suhtautuminen työpaikan mukaan.

	%							
	Esimerkkitapauksessa (MPH)				Yleensä			
	sairaala (n= 50)	terv. kesk. (n= 119)	yksit. (n= 42)	muu (n= 32)	sairaala (n= 50)	terv. kesk. (n= 119)	yksit. (n= 42)	muu (n= 32)
kannatti	26	7	33	19	16	20	31	25
vastusti	72	88	60	78	64	47	48	56
ei osannut sanoa	0	0	7	0	18	30	19	19
tieto puuttuu	2	5	0	3	2	3	2	0
kaikki	100	100	100	100	100	100	100	100

TAULUKKO 9. Kuluttajaliikkeiden tiedottaminen lääkäreiden hoitokäytännöistä.
Lääkäreiden suhtautuminen iän mukaan.

	%					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	< 45 (n= 97)	45 - 54 (n= 117)	> 54 (n= 28)	< 45 (n= 97)	45 - 54 (n= 117)	> 54 (n= 28)
kannatti	17	9	50	25	18	25
vastusti	80	85	46	52	53	46
ei osannut sanoa	0	2	4	21	26	29
tieto puuttuu	3	4	0	2	3	0
kaikki	100	100	100	100	100	100

TAULUKKO 10. Kuluttajaliikkeiden tiedottaminen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden suhtautuminen sukupuolen mukaan.

	%			
	Esimerkkitapauksessa (MPH)		Yleensä	
	nainen (n= 130)	mies (n= 112)	nainen (n= 130)	mies (n= 112)
kannatti	14	21	20	23
vastusti	80	75	50	55
ei osannut sanoa	2	1	27	21
tieto puuttuu	4	3	3	1
kaikki	100	100	100	100

Meno- ja postmenopausaalista hoitoa koskevassa esimerkissä 63% gynekologeista ja 72% yleislääketieteen erikoislääkäreistä perusteli mielipiteensä. Kun kyseessä oli suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä yleensä, 86% molemmista erikoisaloista perusteli mielipiteensä. Useimmat lääkärit antoivat mielipiteelleen vain yhden perustelun, mutta jotkut enemmän; maksimi oli kolme erilaista perustelua.

Kielteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen suhtautuneiden lääkäreiden perustelut jaettiin kahdeksaan ryhmään (Taulukko 11). Hoitokäytännöistä tiedottamisen ennen vastaanotolle hakeutumista katsottiin olevan **lääketieteellisesti mahdotonta** perusteluissa, joissa oltiin sitä mieltä, että ei ole olemassa ainoastaan yhtä hoitokäytäntöä tai -ideologiaa, vaan käytännöt muuttuvat tapauskohtaisesti. Tiedottamisen katsottiin myös **luovan/vahvistavan rintamia**, asenteita, ennakkoluuloja ja väärinkäsityksiä siten, että sillä on haitallisia seurauksia esim. potilaan ja lääkärin keskinäiselle vuorovaikutukselle tai olevan täysin **tarpeetonta**, turhanaikaista ja ajanhukkaa. Siihen, että tiedottaminen on **moraalisesti mahdotonta** ja lääkärin/toiminnan etiikkaa

vastaan viitattiin myös. Tiedottaminen ei tämän perustelun esille tuoneiden mielestä ollut lääketieteellisesti mahdotonta, mutta moraalisesti väärin. **Hoidon valinta ei ole potilaan tehtävä** oli myös yksi esille tuotu perustelu. Sen yhteydessä tuotiin esille, että maallikkona potilaalla ei ole hoidon valintaan tarvittavaa tietoa. Konkreettisesti esimerkiksi tapauksessa (meno- ja postmenopausaalinen hoito) olivat lisäksi perusteluita se, että **tiedottaminen ei sovi vastaajan omaan työnkuvaan**, koska hän on terveyskeskuslääkäri, hän ei ole gynekologi, hänellä ei ole yksityisvastaanottoa ja/tai yksityisvastaanotto on jo täynnä ja **luottamuksen puute** käyttökelpoisen listan tekemiseen tai tutkijoihin. Ryhmä **muu** sisälsi edellisiin kuulumattomia hajanaisia perusteluita.

TAULUKKO 11. Kielteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen suhtautuneiden lääkäreiden antamia perusteluita ja niiden ryhmittely laajemmiksi kokonaisuuksiksi.

RYHMÄ	LÄÄKÄREIDEN ANTAMIA YKSITTÄISIÄ PERUSTELUITA
LÄÄKETIETEELLISESTI MAHDOTONTA	"käytännöt muuttuvat" "hoitomuodot eivät ole kaavamaiset" "hoito tapauskohtaista/yksilöllistä/ei lääkärikeskeistä" "ei voi sitoutua etukäteen" "en systemaattisesti toimi aina samalla tavalla" "olen avoin eri hoitovaihtoehtojen suhteen"
LUO/VAHVISTAA RINTAMIA	"karkeaa/harhaanjohtavaa" "luettelointi epäselvää" "tieto yksipuolista/jo ennakoasenteinen potilas saa yksipuolista tietoa" "avoin keskustelu/lääkärin ja potilaan voimien puhua keskenään"

TARPEETONTA	<p>"ei sovi Suomeen/väestövastuiseen työhön/terveyskeskuslääkärin toimenkuvaan"</p> <p>"soveltuu vain yksityispraktiikkaan"</p> <p>"potilaat tuntevat lääkäriinsä"</p> <p>"potilaat osaavat jo hakeutua oikeaan paikkaan"</p> <p>"puskaradio toimii"</p> <p>"viesti näyttää leviävän tarpeeksi hyvin puskaradion kauttakkin"</p> <p>"potilas voi kieltäytyä hoidosta jota hän ei halua"</p> <p>"sananvalta on potilaalla"</p> <p>"potilas valitsee lopulta itse"</p> <p>"en pode asiakaspulaa"</p> <p>"Suomessa hoitokäytännöt ovat samanlaiset/hoitojen tulee olla ainakin julkisella sektorilla yhdenmukaiset"</p> <p>"potilaiden vapaus valita lääkäriinsä julkisella sektorilla on huono - ensin tulisi lisätä sitä"</p>
MORAALISESTI MAHDOTONTA	<p>"hoitojen oltava yhdenmukaiset"</p> <p>"vaihtoehtoja ei voi mainostaa"</p> <p>"markkinointi/mainonta kiellettyä"</p> <p>"sotii Suomen Lääkäriliiton cettisiä periaatteita vastaan"</p> <p>"lääkärin noudatettava tiedettä"</p> <p>"ei mainontaa huijareille"</p> <p>"ei ilmaista mainontaa lääkäreille jotka haluavat vain potilailta rahat pois"</p> <p>"huhua" -hoitoja ei saa olla"</p>
HOIDON VALINTA EI OLE POTILAAN TEHTÄVÄ	<p>"potilaalla ei ole kykyä/mahdollisuutta/tietoa tehdä valintaa"</p> <p>"jos potilas valitsee itse, miksi mennä lääkäriin"</p> <p>"pelkkä potilaan halu ei ratkaise hoitoa"</p> <p>"lääkäri määrää/päätää/valitsee hoidon /- ei potilas"</p>
TIEDOTTAMINEN EI SOVI VASTAAJAN OMAAN TYÖNKUVAAN	<p>"olen yleislääkäri"</p> <p>"ei yksityisvastaanottoa"</p> <p>"varsinainen tehtäväni on työterveyshuollossa"</p> <p>"potilaita on jo muutenkin liikaa/tarpeeksi"</p> <p>"vastaanottoni on jo täynnä"</p> <p>"en ole asiantuntija koska en ole gynekologi"</p> <p>"hoidan vain vähän vaihdevuosipotilaita"</p>

LUOTTAMUKSEN PUUTE	"kysymykset epäadekvaatteja/johdattelevia/yksipuolisia" "en tunne kaikkien kyselyn tahojen perusfilosofioita - siksi en tahdo nimeäni käytettävän väärissä yhteyksissä" "tietojen luotettavuus epävarmaa erilaisten näkemysten vuoksi - luettelon pitäisi pohjata objektiivisiin tietoihin"
MUU	"en halua olla käytettävissä" "asia on uusi: haluan saada tietoa ensin sen hyödyistä ja haitoista" " asia on uusi ja mielenkiintoinen (luultavasti kannatettava asia)"

Kuluttajaliikkeiden suunnitteleman lääkäriesitteen (lääkäriin meno- ja postmenopausaalisen hoitokäytännön mukaan, MPH) vastustajat perustelivat mielipidettään eniten sillä, että tiedottaminen hoitokäytännöistä ennen vastaanotolle hakeutumisesta ei sopinut lääkäriin omaan työnkuvaan (Taulukko 12). Tämä perustelu oli yleinen etenkin yleislääketieteen erikoislääkäreiden keskuudessa ($P < 0.01$, tilastollisesti merkitsevä ero). Lisäksi naiset viittasivat tähän perusteluun useammin kuin miehet ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero, Taulukko 13). Toiseksi yleisin perustelu kielteiseen suhtautumiseen oli se, että tiedottamista hoitokäytännöistä etukäteen pidettiin lääketieteellisesti mahdottomana. Tämä perustelu oli enemmän gynekologien kuin yleislääketieteen erikoislääkäreiden suosiossa ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero). Myös yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät lääkärit viittasivat perusteluun useammin kuin julkisessa terveydenhuollossa työskentelevät ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero, Taulukko 14). Gynekologit suhtautuivat tiedottamiseen kielteisemmin kuin yleislääketieteen erikoislääkärit luottamuksen puutteen takia. Lääkäriin ikä ei vaikuttanut perusteluihin (Taulukko 15).

Kielteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen yleensä suhtautuvat perustelivat mielipidettään eniten sillä, että käyttökelpoisen tiedon tuottamista pidettiin lääketieteellisesti mahdottomana. Gynekologit viittasivat perusteluun useammin kuin yleislääketieteen erikoislääkärit (ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä). Lisäksi yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät viittasivat perusteluun

useammin kuin julkisessa terveydenhuollossa työskentelevät ($P < 0.05$, tilastollisesti melkein merkitsevä ero). Seuraavaksi yleisimmät perustelut kielteiseen suhtautumiseen olivat, että tiedottaminen hoitokäytännöistä etukäteen luo rintamia ja on tarpeetonta. Viisitoista prosenttia lääkäreistä sanoi tiedottamisen etukäteen olevan moraalisesti mahdotonta. Jotkut sanoivat, että hoidon valinta ei ole potilaan tehtävä. Lääkäriin sukupuoli ja ikä eivät vaikuttaneet perusteluihin.

TAULUKKO 12. Kielteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut erikoisalan mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	gynekologit (n= 31)	yleislääket. erik. lääk. (n= 100)	yhteensä (n= 132)	gynekologit (n= 40)	yleislääket. erik. lääk. (n= 77)	yhteensä (n= 118)
lääketieteellisesti mahdotonta	48	25	30	58	46	50
luo rintamia	13	19	11	30	26	27
tarpeetonta	10	19	17	23	23	23
moraalisesti mahdotonta	13	8	9	13	17	15
valinta ei potilaan tehtävä	0	4	3	5	9	8
ei sovi vastaajan työnkuvaan	19	52	44	"	"	"
luottamuksen puute	19	3	7	"	"	"
muu	0	3	2	"	"	"

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 13. Kielteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut sukupuolen mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾			
	Esimerkkitapauksessa (MPH)		Yleensä	
	nainen (n= 72)	mies (n= 60)	nainen (n= 62)	mies (n= 55)
lääketieteellisesti mahdotonta	32	28	52	47
luo rintamia	7	15	29	26
tarpeetonta	19	13	26	20
moraalisesti mahdotonta	4	15	13	18
valinta ei potilaan tehtävä	3	3	8	7
ei sovi vastaajan työnkuvaan	53	33	"	"
luottamuksen puute	3	12	"	"
muu	1	3	"	"

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 14. Kielteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut työpaikan mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾							
	Esimerkkitapauksessa (MPH)				Yleensä			
	sairaala (n= 18)	terv.kesk. (n= 77)	yksit. (n= 19)	muu (n= 17)	sairaala (n= 28)	terv. kesk. (n= 53)	yksit. (n= 19)	muu (n= 16)
lääketieteellisesti								
mahdotonta	39	26	53	12	50	43	79	31
luo rintamia	11	9	5	18	29	28	21	31
tarpeetonta	0	21	21	12	21	26	11	31
moraalisesti								
mahdotonta	17	7	11	12	21	15	5	19
valinta ei potilaan								
tehtävä	11	3	0	0	11	8	11	0
ei sovi vastaajan								
työnkuvaan	17	57	16	47	"	"	"	"
luottamuksen								
puute	33	3	5	0	"	"	"	"
muu	0	4	0	0	"	"	"	"

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 15. Kielteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut iän mukaan.

Perustelut:	%					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	< 45 (n= 58)	45 - 54 (n= 68)	> 54 (n= 6)	< 45 (n= 46)	45 - 54 (n= 59)	> 54 (n= 12)
lääketieteellisesti mahdotonta	29	34	0	48	51	50
luo rintamia	12	10	0	37	20	25
tarpeetonta	28	6	33	28	17	33
moraalisesti mahdotonta	5	12	17	22	12	8
valinta ei potilaan tehtävä	2	4	0	0	14	8
ei sovi vastaajan työnkuvaan	50	41	17	"	"	"
luottamuksen puute	5	6	33	"	"	"
muu	3	2	0	"	"	"

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

6. 3 Julkiset hoitokäytännöt

Myönteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen suhtautuneiden lääkäreiden perustelut jaettiin viiteen ryhmään (Taulukko 16). **Potilaan oikeus** sisälsi perustelut, että potilaalla on/täytyy olla oikeus valita lääkäri/hoito. **Potilaan hyöty** sisälsi perustelut, joissa viitattiin potilaalle koituviin käytännön hyötyihin kuten ajan, rahan ja vaivan säästymiseen. **Potilaan suojeleminen** sisälsi asiantuntijuuteen vetoamista ja "holhoamista" painottavat perustelut ja esim. "hivenainetohtoreilta/huuhaa -lääkäreiltä/poppatohtoreilta" suojelemisen. **Hoidon antajan hyöty** oli yksi ryhmä annettuja perusteluja. Ryhmä **muu** sisälsi edellisiin kuulumattomia hajanaisia perusteluja.

TAULUKKO 16. Myönteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen suhtautuneiden lääkäreiden antamia perusteluja ja niiden ryhmittely laajemmiksi kokonaisuuksiksi.

RYHMÄ	LÄÄKÄREIDEN ANTAMIA YKSITTÄISIÄ PERUSTELU- JA
POTILAAN OIKEUS	<p>"potilaalla oltava mahdollisuus valita lääkäriinsä"</p> <p>"potilas tietää jo etukäteen ja voi itse valita"</p> <p>"informoi"</p> <p>"palvelee"</p> <p>"potilaan halu/oma päätös/toive tärkeitä"</p> <p>"tarjoaa vaihtoehtoja"</p> <p>"ainoa keino saada erilaisia vaihtoehtoja esille"</p>
POTILAAN HYÖTY	<p>"säästää aikaa/rahaa/vaivaa"</p> <p>"ei turhia käyntejä"</p>
POTILAAN SUOJELU	<p>"uskon olevani oikeassa"</p> <p>"seuraan aikaani"</p> <p>"vastaanotollani käy paljon vaihdevuosista kärsiviä naisia"</p> <p>"pitkä kokemus hormonihoidon tehokkuudesta"</p> <p>"potilas saa lääketieteellisesti tutkittua/virallista hoitoa"</p> <p>"puoskarit pois"</p>
HOIDON ANTAJAN HYÖTY	<p>"tärkeää (erityisesti) yksityispraktiikassa"</p> <p>"hoidan mielelläni vaihdevuosi-ikäisiä naisia"</p> <p>"haluan uusia potilaita"</p>
MUU	<p>"tämänkaltainen tiedottaminen ei ole mainontaa"</p> <p>"OK"</p> <p>"saa käyttää"</p> <p>"en ole vastaan"</p> <p>"ei väliä"</p> <p>"ei haitanne"</p> <p>"hyvä ajatus mutta ei ole vastaanottoa"</p>

Kuluttajaliikkeiden suunnitteleman lääkäriesitteen (lääkärin meno- ja postmenopausaalisen hoitokäytännön mukaan, MPH) kannattajat perustelivat mielipidettään eniten potilaan suojelulla ja potilaan hyödyllä (Taulukko 17). Lääkärit korostivat asiantuntijarooliaan ja hormonihoidon mielestään tärkeimpänä vaihdevuosisien hoitokäytäntönä. Vain yksi lääkäri perusteli myönteistä suhtautumistaan potilaan oikeudella. Lääkäreiden perusteluissa ei ollut havaittavissa heidän sukupuoleensa, työpaikkaansa tai ikäänsä liittyviä tilastollisesti merkitseviä eroja (Taulukot 18-20).

Myönteisesti kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen yleensä suhtautuvat perustelivat mielipidettään ylivoimaisesti eniten sillä, että tiedottaminen hoitokäytännöistä etukäteen on potilaan oikeus. Toiseksi yleisin perustelu myönteiseen suhtautumiseen oli potilaan hyöty. Jotkut lääkärit antoivat perusteluksi potilaan suojelun ja jotkut sanoivat tiedottamisen olevan hoidon antajan hyödyksi. Myöskään tiedottamista yleensä koskevassa tapauksessa ei ollut havaittavissa lääkäreiden taustaan liittyviä tilastollisesti merkitseviä eroja.

TAULUKKO 17. Myönteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut erikoisalan mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	gynekologit (n= 16)	erik. lääk. (n= 12)	yhteensä (n= 28)	gynekologit (n= 15)	erik. lääk. (n= 30)	yhteensä (n= 45)
potilaan oikeus	6	0	4	73	77	76
potilaan hyöty	25	33	29	20	27	24
potilaan suojelu	25	42	32	7	17	13
hoidon antajan hyöty	6	8	7	13	17	16
muu	38	25	32	7	7	7

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 18. Myönteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut sukupuolen mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾			
	Esimerkkitapauksessa (MPH)		Yleensä	
	nainen (n= 12)	mies (n= 16)	nainen (n= 24)	mies (n= 21)
potilaan oikeus	8	0	75	76
potilaan hyöty	25	31	29	19
potilaan suojele	25	38	8	19
hoidon antajan hyöty	17	0	17	14
muu	33	31	0	14

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 19. Myönteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut työpaikan mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾							
	Esimerkkitapauksessa (MPH)				Yleensä			
	sairaala (n= 10)	terv. kesk. (n= 5)	yksit. (n= 11)	muu (n= 2)	sairaala (n= 7)	terv. kesk. (n= 21)	yksit. (n= 12)	muu (n= 5)
potilaan oikeus	0	0	9	0	71	81	75	60
potilaan hyöty	20	40	27	50	14	33	17	20
potilaan suojele	30	40	27	50	14	0	25	40
hoidon antajan hyöty	10	0	9	0	14	19	17	0
muu	40	40	27	0	14	10	0	0

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

TAULUKKO 20. Myönteinen suhtautuminen kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen lääkäreiden hoitokäytännöistä. Lääkäreiden perustelut iän mukaan.

Perustelut:	% ¹⁾					
	Esimerkkitapauksessa (MPH)			Yleensä		
	< 45 (n= 10)	45 - 54 (n= 9)	> 54 (n= 9)	< 45 (n= 22)	45 - 54 (n= 18)	> 54 (n= 5)
potilaan oikeus	10	0	0	73	83	60
potilaan hyöty	30	33	22	36	11	20
potilaan suojeleminen	20	44	33	14	17	0
hoidon antajan hyöty	10	11	0	18	11	20
muu	30	22	44	9	0	20

¹⁾ Yksi lääkäri on voinut mainita useita perusteluja.

Viisitoista gynekologia ja 43 yleislääketieteen erikoislääkäreitä ei osannut sanoa mielipidettään kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen yleensä. Yksitoista gynekologia ja 31 yleislääketieteen erikoislääkäreitä perusteli epävarman suhtautumisensa (Taulukko 21). Kuusi yleislääketieteen erikoislääkäreitä sanoi, että luettelointi ja tiedottaminen lääkäreistä heidän hoitokäytäntöjensä perusteella saattaa olla hyvä asia ja hyödyksi potilaalle. Kielteiseen suuntaan painottuvat perustelut ryhmiteltiin lääketieteelliseen mahdottomuuteen (n 14), potilaan suojelemaan (asiantuntijatieto) (n 10), tarpeettomuuteen (n 8) ja rintamien muodostumiseen (n 5). Lisäksi 10 lääkäriä, 2 gynekologia ja 8 yleislääketieteen erikoislääkäreitä, sanoi ajatuksen olevan heille uuden eikä heillä olevan siitä riittävästi tietoa mielipiteen muodostamiseen.

TAULUKKO 21. Niiden lääkäreiden antamia perusteluja, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään kuluttajaliikkeiden tiedottamiseen.

RYHMÄ	LÄÄKÄREIDEN ANTAMIA YKSITTÄISIÄ PERUSTELUJA
POTILAAN OIKEUS	"hyödyksi potilaalle" "potilaan saatava monipuolinen kuva eri mahdollisuuksista" "voi olla hyväkin" "kiinnostava asia - voi olla hyvä ja kannatettava asia" "vapaa valinta hyvä asia"
LÄÄKETIETEELLISESTI MAHDOTONTA	"hoito yksilöllistä" "ei voi sitoutua etukäteen" "asenteet/hoidot kehittyvät/muuttuvat"
POTILAAN SUOJELU	"vaikea sanoa pystyykö potilas päättämään itse (jo etukäteen)" "hoidon oltava tieteellistä - ei puoskarointia"
TARPEETONTA	"turhanaikaista" "ajanhukkaa" "potilaat tietävät jo eri vaihtoehtojen tarjoajat" "vastaanotolla voi ohjata jatkohoitoon" "potilaan valinnanvapaus hyvä" "potilaan valinnanvapaus huono (ensin tulisi lisätä sitä)"
LUO RINTAMIA	"leimaa" "lokeroi" "ei olisi objektiivista" "voi tulla liian mustavalkoinen lista" "jako vaikea"

ASIA UUSI/EI RIITTÄVÄSTI TIETOA	"uusi/vieras asia" "ei kokemusta" "en tiedä tarpeeksi asiasta" "haluaisin lisätietoja asiasta" "en ole nähnyt asiaa koskevia raportteja" "miten tietoa käytetään" "en osaa keksiä miten tietoa käytettäisiin" "minulla ei ole praktiikkaa" "olen terveyskeskuslääkäri" "asia ei koske minua"
------------------------------------	---

Niistä 41 lääkäristä (25 gynekologia ja 16 yleislääketieteen erikoislääkäriä), jotka kannattivat tiedottamista meno- ja postmenopausaalisista hoidoista etukäteen, 38 ilmaisi myönteisen suhtautumisensa konkreettisesti. He antoivat nimensä ja vastaanottonsa yhteystiedot kuluttajaliikkeiden suunnittelemaa esitettä varten (= esitelääkärit, Taulukko 22). Gynekologit ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero), miehet (ero ei tilastollisesti merkitsevä), yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero) ja yli 54 -vuotiaat ($P < 0.001$, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero) antoivat tietonsa useammin kuin yleislääketieteen erikoislääkärit, naiset, julkisessa terveydenhuollossa työskentelevät ja nuoremmat). Kaikki kyselyyn vastanneet lääkärit, erityisesti gynekologit, suhtautuivat hormonihoitoon hyvin myönteisesti. Esitelääkäreiden ja muiden lääkäreiden kesken ei ollut suurta eroa suhtautumisessa hormonihoitoon pääasiallisena vaihdevuosien hoitokäytäntönä. Suurta eroa ei ollut myöskään suhtautumisessa yli 10 vuotta kestävään hormonihoitoon. Lopulta kyselyn nimissään lähettäneet kuluttajaliikkeet päättivät luopua suunnittelemaastaan esitteestä, koska lääkäreiden hoitokäytännöt olivat hyvin samanlaisia eikä suunniteltu esite olisi antanut naisille erilaisia valinnanmahdollisuuksia.

TAULUKKO 22. Esitteeseen mukaan halunneiden lääkäreiden vertailu muihin lääkäreihin eräiden tekijöiden mukaan.

	%			
	Gynekologit		Yleislääketieteen erikoislääkärit	
	esite (n= 23)	muut (n= 56)	esite (n= 15)	muut (n= 148)
naisten osuus	43	50	53	57
päätoimisten yksityislääkäreiden osuus	43	29	46	6
ikäjakautuma				
alle 45 vuotiaat	39	36	40	42
45-54 vuotiaat	26	45	40	54
yli 54 vuotiaat	35	20	20	4
"pääasiallisen hoitokäytäntöni muodostavat hormonihoitot"				
- vastaajien osuus	87	87	86	63
hormonihoiton kesto aika yli 10 vuotta				
- kannattajien osuus	61	56	34	46

6. 4 (Muita) huomautuksia

Yhteensä 39 lääkäriä kirjoitti kyselylomakkeen loppuun lisäyksiä ja täydennyksiä mielipiteilleen. Nämä mielipiteet voitiin karkeasti jakaa (1) vaihdevuosien hoitoja koskeviin mielipiteisiin, jotka koskivat suhtautumista hormonihoitoihin ja ns. vaihtoehtohoitoihin; (2) lääkäriesitettä koskeviin mielipiteisiin ja (3) suoritettua tutkimusta ja sen tekijöitä koskeviin mielipiteisiin. Jaottelu on liukuva, sillä asiat liitettiin usein toisiinsa.

Kuten jo lääkäreiden hoitokäytännöistä kävi ilmi, olivat he suhtautumisessaan hormonihoitoihin hyvin myönteisiä. Kyselyn loppuosassa lääkärit halusivat vielä tarkentaa hormonihoitoja yksityiskohtaisemmin:

"myös pelkkä progestiinihoito, esim. syklinen voi joskus olla sopivin"

"hormonihoidosta on syytä eritellä systeeminen (laastarit, pillerit, geeli) ja paikallinen (vaginaalinen estrogeeni)".

Jotkut lääkärit suhtautuivat hormonihoitoon positiivisesti henkilökohtaisten vaihdevuosikokemustensa takia...

"omakohtainen kokemus on tehnyt minusta hormonihoitojen entistä innokkaamman kannattajan"

"Olen itse "kuumilla aalloilla" ja olin asennoitunut että luonto tekköön tehtävänsä. Mutta varsinkin unettomuus oli niin hankala oire, että päädyin hormonien käyttöön, kun vielä olen erityisesti riskiryhmässä sydän- ja verisuonisairauksien suhteen"

..., jotkut tarkensivat hormonihoiton antamisen syitä, joissa näkyi ehkäisevän terveydenhuollon painottaminen...

"Suosittelen hormonihoitoa ennen kaikkea sairauksien ehkäisyä varten. Samalla saa helpotusta vaihdevuosivaivoihin"

"Kannatan hormonihoitoa myös oireettomille menopausissa oleville naisille sydäntautien, unihäiriöiden, osteoporoosin, virtsatieinfektioiden yms. ehkäisemiseksi (silloin kun ei ole kontraindikaatioita)"

... ja myös riskeistä oltiin tietoisia:

"koululääketieteen piirissä tällä hetkellä lienee kuummin kysymys hormonikorvaushoidon ja rintasyövän välisestä yhteydestä"

"mielestäni gynekologin tulee tuntea hyvin hormonihoidojen edut ja haitat, REHELLISESTI niistä informoiden".

Jotkut lääkärit ilmaisivat neutraalin tai negatiivisen mielipiteensä vaihtoehtoisia hoitomuotoja kohtaan...

"on myös vaihdevuosipotilaita, jotka eivät halua esim. hormonihoidoja tai muitakaan hoitoja"

"luontaistuotteiden sivuvaikutukset?"

"Näiden "luonnonmukaista hoitoa" ajavien liikkeiden tulisi välttää liian jyrkkiä kannanottoja, joilla ei ole tieteellistä pohjaa. Jos joku haluaa olla "kärtyinen akka" luonnonmukaisesti niin olkoon minun puolestani. Mutta ei pidä syyllistää niitä naisia, jotka haluavat parantaa elämänlaatuaan estrogeeneilla"

"Pidän itseäni tyypillisenä koululääketieteen edustajana, eikä koulutukseni anna valmiuksia ns. vaihtoehtoisten markkinoimiseen. Huomioni on kiinnittänyt ns. vaihtoehtoisten markkinoijien kritiikkittömyys omia tuotteitaan/hoitojaan kohtaan, johon toivoisin korjausta"

... ja jotkut kokivat niitä koskevan yleisen tai oman tietonsa puutteelliseksi:

"myös vaihtoehtoisten hoitojen tunteminen olisi välttämätöntä, jotta potilas voi itse valita"

"ongelmallisissa tapauksissa esim. vaikeat oireet ja anamneesissa rintasyöpä (tai riski sairastua) ohjaan neuvottelemaan gynekologin kanssa esim. läheteellä sairaalan pkl: lle tai omalle gynekologille yksityissektorille"

"En tyrkytä hormoneja potilaalle joka on ensisijaisesti kiinnostunut esim. vain ns. vaihtoehtohoidoista. Pyrin tuolloin ohjaamaan potilaan lääkäriksi joka on ko. hoitoihin perehtynyt".

Lisäksi lääkärit viittasivat hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja halusivat korostaa, että potilaan oma päätös on tärkeä ja sille annetaan painoarvoa...

"Tärkein tekijä on kuitenkin naisen oma toive: hän itse päättää haluaako hormonihoidon, ja jos haluaa missä muodossa ja kuinka kauana käyttää"

"Potilaan toivomukset ratkaisevat paljon. En kielläkään mitään hoitoja, mikäli ne ovat auttaneet tai tuntuvat hyviltä, ellei ole aivan kohtuuton kustannus tms."

"potilaan on tunnettava, että hän itse vastaa elämästään ja hänen omat mielipiteensä ovat oikeutettuja ja kunnioitettavia!!!"

"potilaiden oma toive tulla kuulluksi ja osallistua hoito(itsensä!)päätökseen todella tervetullut"

..., hoito on aina tapauskohtaista...

"jokaisen potilaan kohdalla pyrin selvittämään hänen ennako-odotuksensa ja toiveensa vaihdevuosisoireittensa hoidon suhteen"

"vaihdevuosien hoito ja ennaltaehkäisevä hoito on aina YKSILÖLLISTÄ".

"ihminen on aina yksilö...yleistäminen on naisen aliarviointia!

... ja että hoitopäätöksentekoon on varattava riittävästi ja tavanomaista enemmän aikaa:

"Keskustelua kaivataan. Useat potilaat sitä pyytävätkin. Mutta 1 kertaa tavanomainen aika ei silloin riitä. Onneksi KELA korvaa nykyisin potilaalle ajan mukaan maksusta takaisin"

"Päätösten teko vaatii tietysti naiselta tietämystä ja näistä asioista eli vastaanotolla on varattava riittävästi aikaa informaatioon ja keskusteluun näistä asioista. Vastaanottoaika per potilas tarvitaan vähintään 40 min, joskus enempikin".

Lääkäreiden vaihdevuosihoitokäytäntöjä koskevaan esitteeseen suhtauduttiin kielteisesti:

"listojen pitäminen on etiikan vastaista = markkinointia tietyn keppihevosen avulla"

"hurskastelua, kysehän on nimenomaa itsensä markkinoinnista"

"jos (yksityis)lääkärien nimet mainitaan, se automaattisesti toimii kaupallisesti"

"epäilen, että tällainen luettelo on eettisesti kyseenalainen, jos siinä korostetaan vain yhtä hoitolinjavaihtoehtoa".

"loppuosa kyselyä (hoitokäytäntöjen tiedottamista koskevat kysymykset -HT) yllättävä, eikä sitä olisi ollut syytä liittää mukaan, jos tarkoituksena oli kartottaa lääkäreiden mielipiteitä".

Kyselyn lähetekirjeen allekirjoittaneet ja tutkimuksen taustalla ja tekemisessä mukana olleet tahot saivat osakseen hyvinkin jyrkkää kritiikkiä...

"Mitä ajatusmaailmaa edustaa "Kuumat Aallot", joka ei ole edes rekisteröity yhdistys? Hormoonihoitojen käyttö perustuu kiistämättömään tieteelliseen näyttöön - ei uskomuksiin eikä luuloihin. Koko käsillä olevan kysymyssarjan "rivien välistä" saattaa lukea varsin epäilyttävät tavoitteet: vaihtoehtohoidon nostamisen hormoonihoidon rinnalle - ikävä kyllä luulo on edelleen tiedon pahin vihollinen."

"Viimeisistä kysymyksistä kävikin ilmi, että kysely ei ollut neutraali vaan ilm. kyselijät vastustavat estrogeenihoitoa! Onko todella sosiologian laitos tällaisessa mukana. Eikö tärkeintä ole tiedon lisääminen, eikä oman ideologian levittäminen?"

"en soisi Stakesin olevan mukana edistämässä yksityisten "hivenainetohtorien" bisnestä"

"En ymmärrä tämän kyselyn motiiveja. Lääketieteessä tulee käyttää niitä hoitomuotoja jotka todistettavasti aiheuttavat enemmän hyötyä kuin haittaa"

..., heitä kehoitettiin toimimaan nyt ja vastaisuudessa (ainoastaan) Suomen Lääkäriliiton ohjeiden mukaan...

"älkää tehkö, pyydän että tutkija ottaa yhteyttä Suomen Lääkäriliiton eettiseen toimikuntaan ja kertoo em. mainoshankkeesta"

"lääkärien ilmoitteluohjeet, 1) lukekaa lääk. ohjeet, 2) kysykää Lääkäriliitosta kun seuraavan kerran käännytte lääkärien puoleen"

... ja (myös) kysymyksiä pidettiin teknisesti huonoina:

"kysely on hyvin ylimalkainen"

"kysymyksenasettelu puutteellinen"

"kysymysten asettelu melko yksioikoista, johtopäätösten teko lienee hataralla pohjalla"

"Oliko kysymyksiä laatimassa yhtään lääkäriä? Olisin useita kysymyksenasetteluja tehnyt toisin".³¹

Negatiivisesta palautteesta huolimatta ei kannattanut vaipua ahdinkoon, sillä tutkimus sai osakseen myös positiivista palautetta:

"Ehkä tällaista tietoa tarvitaan. Tutkimuksen edistyessä mielipiteet muuttuvat, hormonista ehkä tulee enemmän syöpää kuin on oletettu"

"mielestäni on hyvä, että mm. tällaisia tutkimuksia tehdään!"

"Olen erittäin kiinnostunut projektinne edistymisestä. Tarvitt. lisätietoja tulkintapulmissa".

³¹ Kyselylomakkeen tekemisessä oli prosessin alusta loppuun asti mukana yksi lääkäri (LKT, tutkimusprofessori) Stakesista. Lisäksi viisi lääkärikoulutuksen saanutta henkilöä Stakesissa kommentoi kyselylomaketta sen luonnostelun eri vaiheissa useamman kerran ja antoi parannusehdotuksia lopullista versiota varten.

7 TULOSTEN TULKINTAA JA YHTEENVETOA

Suomen Gynekologiyhdistys hidastutti toiminnallaan tutkimuksen etenemistä. Se viivytti yhteistyötä koskevaa päätöksentekoa ja halusi siirtää suosituksestakin päättämisen myöhempään ajankohtaan. Lisäksi se kommentoi negatiiviseen sävyyn yhteiskuntatieteilijöiden mukanaoloa ja lääkäreiden puuttumista. Tämä kommentti samoin kuin yhteistyötä koskevan päätöksenteon viivyttäminen ovat asioita joita myös muut tutkijat ovat kokeneet (Hemminki 1989). Joko suoraan sanottu tai implisiittisesti esille tuotu torjuva suhtautuminen on varsin hyvä esimerkki lääketieteen sosiologiaan ja yleensäkin yhteiskuntatieteisiin kohdistamista asenteista. Freidson (1983) listaa asenteet (1) kokemuksen myytiksi; kokemuksensa takia ainoastaan lääkäreillä voi olla jotakin arvokasta sanottavaa terveydestä, terveyspalveluista ja niihin liittyvistä sosiaalisista prosesseista, (2) yksinkertaistamisen myytiksi; sosiologia ei ole mikään erityisalue ja kuka tahansa voi pienen opiskelun jälkeen suoriutua sosiologisista tutkimuksista ja (3) teknistä tukea koskevaksi myytiksi; sosiologien tulisi tehdä sitä mikä on relevanttia lääkäreiden näkökulmasta, toisin sanoa antaa lääkäreiden valita ja muotoilla tutkimuksen kannalta oleelliset kysymykset. Viimeksi mainittu tuli erityisen selväksi gynekologiyhdistyksen halussa päättää kyselylomakkeen sisällöstä.

Gannik (1988, 79-82) tiivistää, että kahden erilaisen profession kohdatessa kohtaavat myös erilaiset paradigmat, ongelmanasettelut ja tieteenharjoittamisen tyylit. Lääkäri asettaa oman roolinsa terveydenhuollon organisaatiossa ongelman ulkopuolelle, kun taas sosiologisessa tutkimuksessa pyritään huomioimaan eri intressipiirien vaikutus kokonaisuuteen. Lääketiede ei empiirisenä tieteenä tunne teoreettisia näkökulmia ja pitää sosiologialle tyypillistä teoreettista lähestymistapaa poliittisena ideologiana, spekulointina ja "tyypillisen sosiologisena". Muut menetelmät kuin lääketieteen tuntemat epidemiologiset menetelmät ja kontrolloidut kliiniset hoitokokeet ovat epätieteellisiä ja argumentointi hyödytöntä. Sosiologiassa ongelmanvalinta määrittää tavan, jolla sitä lähestytään.

Yhteiskuntatieteilijät ovat kohdanneet käytännön ongelmia yhteistyössä lääkäreiden kanssa. myös monitieteellisissä tutkimuksissa. Hemmingin (1989) mukaan sosiaali-tieteilijöihin ollaan tyytyväisiä niin kauan kun he työskentelevät vähäisessä asemassa tehden heille annettuja tehtäviä. Konflikteja syntyy, jos (1) yhteiskuntatieteilijät tuovat esille oman tutkimusalueensa paradigmoja ja ryhtyvät tutkimaan potilaiden sijaan terveydenhuollon palveluja tai professioita ja jos (2) saman alan (lääketieteen) tieteenharjoittajilla on valtatieteenharjoittajista poikkeava erilainen paradigma.

Nordenfeltin (1986) mukaan 1900 -luvun lääketiede on omaksunut käytännökseen täydellisen empirismin ja jopa unohtanut, että mitään muuta vaihtoehtoja olisi edes olemassa. Siksi myös lääkäreiden ja filosofien tai humanistien (yhteiskuntatieteilijöiden) välinen vuoropuhelu on tullut yhä harvinaisemmaksi ja heikommaksi. Lääkäreiden ja sosiologien ammattikunnat ovatkin asettautuneet toistensa suhteen oppositioon useita kertoja. Terveydenhuolto on luonteeltaan interventio painotteista eikä tunnusta rinnalleen muuta eksperttivaltaa. MacIntyre (1980) kuvaa esimerkin 1960 -luvulta, jolloin keskustelu naisen aseman ja reproduktion välisestä yhteydestä voimistui. Erilaisten kuluttajien painostusryhmien ja naisliikkeen kanssa yhteistyössä toimivat sosiologit toivat julkisissa keskusteluissa esille ei-toivottujen raskauksien sosiaaliset seuraukset ja korostivat korkeiden perinataalikuolleisuus -lukujen olevan yhteydessä syntyvyydensäännöstely- ja aborttikysymyksiin. Lääkärit eivät katsoneet asioilla olevan mitään tekemistä toistensa kanssa ja he suhtautuivat naisten reproduktiivisten oikeuksien laajentamiseen varsin nihkeästi. Samoin nyt suhtauduttiin nihkeästi ajatukseen muista hoidoista kuin hormonihoidoista vaihdevuosisien hoidossa.

Gynekologiyhdistykselle tehtiin selväksi, että tutkimuksessa on taustalla mukana myös yksi lääkäri, ei pelkästään yhteiskuntatieteilijöitä. Häntä ei haluttu kuitenkaan tuoda esiin, koska oltiin kiinnostuneita lääkäreiden suhtautumisesta vaihdevuosisien hoitokäytäntöihin ja hoitokäytäntöjen julkistamiseen, eikä lääkäreiden suhtautumisesta kyseiseen lääkäriin. Gynekologiyhdistyksen kyselylomaketta koskevissa kommenteissa tuli kyseisen lääkärin mukanaolosta huolimatta hyvin avoimesti ilmaistuksi, että vain erikoiskoulutuksen saaneilla lääkäreillä on kykyä tehdä kliinisiin alueisiin yhteydessä olevia tutkimuksia. Tämä on varsin ammattikunnan joukossa varsin

yleinen suhtautumistapa. Erikoisasiantuntijat kunnioittavat oman erikoisalansa asiantuntijoiden lisäksi muiden erikoisalojen asiantuntijoita ja kilpailevat lähinnä yleisasiantuntijoiden (esim. yleislääkärit) kanssa. Freidsonin (1972, 169-171) mukaan tutkijalääkäreiden ja kliinistä työtä tekevien lääkäreiden erilaiset lähtökohdat selittävät erilaista suhtautumistapaa työhön. Kliinikon työtä ohjaa pragmaattinen lähestymistapa: (1) päämääränä toiminta tiedon sijaan, (2) usko, että kliinikon työ on aina hyväksi, (3) luottaminen tuloksiin tutkijoiden teorioiden sijaan, (4) kokemuksen tuoman ensikäden tiedon korostaminen kirjatiedon sijaan ja (5) epävarmuuksien korostaminen tieteellisen käyttäytymisen, säännönmukaisuuksien ja lainalaisuuksien sijaan.

Myös Lääkäriliiton kehoitus lukea ilmoitteluohjeet ja suhtautuminen kuluttajaliikkeiden suunnittelemaan listaan oli itsemäärittelyyn tottuneen profession reaktio. Ulkopuolinen oli "tunkeutunut" ammattikunnan alueelle - ja vielä ilman lupaa! Lääkäriliitto otti yhteyttä Kuluttajaliittoon, jolle se on antanut negatiivista palautetta heidän suorittamistaan tutkimuksista aiemminkin (Suomen Kuluttajaliitto, suullinen tiedonanto 1996). Lääkäriliitto on arvostellut Kuluttajaliiton suorittamien tutkimusten lähestymistapaa ja kyseenalaistanut tutkijan/tutkijoiden kyvyn tehdä tutkimuksia ja arvioida niiden tuloksia. Lisäksi se on todennut, ettei ulkopuolisilla ole kykyä eikä edes oikeutta tehdä heidän ammattialaansa koskevia tutkimuksia. Positiivista palautetta Kuluttajaliitto on saanut yksittäisiltä lääkäreiltä, kuluttajilta ja tutkimuksen kohteena olevilta laitoksilta ja yrityksiltä. Kuluttajaliitto painottaa kuluttajansuojalakia ja kuluttajien oikeuksia, mutta Lääkäriliitosta sen ei ole katsottu oikeuttavan terveydenhuoltoa koskevaan arviointiin.

Lääkäriliiton reagointi tulee perustelluksi lääkäreitä ja lääkärinpalveluita koskevien ilmoitteluohjeiden valossa. Lääkäriliiton hallitus on laatinut ohjeet vuonna 1985, tarkistanut ja täydentänyt ohjeet vuonna 1993 ja uudistanut niitä viimeksi 1997. Ohjeet on tarkoitettu ammattikunnalle ja niiden tarkoituksena on "... ohjata ilmoittelukäytäntöä siten, että lääkärinammattista annetaan asiallinen kuva ... myös ylläpitää kollegiaalista henkeä ja painottaa ammattitoverien huomioonottamista ilmoittelu-toiminnassa". Ulkopuolisten laatima lääkäriesite ei olisi pyrkinyt lääkäreiden kollegi-

aalisuuden korostamiseen. Esitteen tarkoituksena olisi ollut erilaisten vaihtoehtojen tarjoaminen vaihtoehtoja haluaville naisille.

Erittäin vahva profession itsemäärittely leimaa lääkärikunnan ilmoitteluohjeita. Lääkärikunta itse määrittelee omat toimintatapansa. Se itse arvioi sen, mikä on potilaille hyväksi. Ilmoittelun sisältöä koskien todetaan, että "... ilmoittelulla ei tule luoda tarpeetonta terveydenhuoltopalvelujen kysyntää ... sellaisten hoitomuotojen tai laitteiden mainostamista on vältettävä, joten käytön arviointi edellyttää lääkärin ammattitaitoa" ja "... ilmoittelu voi sisältää myös tietoja käytettävissä olevista hoitomuodoista, jos ne ovat yleisesti hyväksytyjä ja perustuvat tutkimukseen ja lääketieteelliseen kokemukseen ... lääkärin tulee suositella vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaina ja tarkoituksenmukaisina pidettyjä tutkimuksia ja hoitoja". Viimeksi mainitusta seikasta joudutaan huomauttamaan lääkäreille eniten (Lääkärin etiikka 1996, 9).

Itsemäärittelyyn tottuneen ja itsemäärittelystä kiinni pitävän profession ilmaisu oli myös Lääkäriliiton (samoin kuin jonkun yksittäisen lääkärinkin) mielipide, että lääkäreitä tutkittaessa on otettava yhteyttä Lääkäriliittoon ja sen eettiseen toimikuntaan. Näin toimittaessa tutkittava osapuoli itse pääsisi ilmaisemaan mielipiteensä tutkimuksesta jo ennen sen aloittamista ja vaikuttaisi todennäköisesti tutkimuksen suorittamiseen kaikin mahdollisin käytettävissä olevin keinoin. Hemmingin (1989, 259) kokemuksen mukaan lääkärikunnan eettiset komiteat (etenkin erikoisalojen) näyttävät toimivan potilaiden oikeuksien tai eettisten standardien vartijoiden sijaan pikemminkin tutkimuksen sensuroijina. Profession asennoituminen muiden suorittamiin tutkimuksiin voi johtaa kielteiseen suhtautumiseen kaikkeen ulkopuoliseen tutkimukseen, jonka katsotaan uhkaavan ammatinharjoittajien imagoa tai intressejä. Mikäli lääkärit itse määrittelevät kuka heitä tutkii ja mistä perspektiivistä, ei päästä objektiivisiin tuloksiin saatikka kritiikkiin.

Kyselyn vastausaktiivisuus oli pieni. Vastaaminen oli yksi lääkäreiden suhtautumisen mittari hoitokäytäntöjä koskevaan tiedottamiseen eikä uusintakierrosta oltu suunniteltu. Vaihdevuodet ja niiden hoidot koskevat naispuolisia vastaajia itseään ja miehet

ehkä kokivat asian vähemmän kiinnostavaksi. Aihe oli enemmän gynekologien aluetta kun taas yleislääketieteen erikoislääkäreiden tehtäväkentässä vaihdevuosia ja niiden hoitoa koskevat kysymykset muodostavat vain osan. Hemmingin ym. (1991) mukaan gynekologit näkevät potilaiden saapuvan vastaanotoilleen oman ammattialan kysymyksissä ja omaksuvat ehkä uutta tietoa alueelta muiden alojen lääkäreitä nopeammin (kliininen kirjallisuus, julkaisematon tieto esim. kongresseissa, lääketeh-
taiden lääkemainonta). Muiden lääkäreiden vähäisempää kiinnostusta saattaa selittää heidän vähempi kiinnostuksensa itse asiaan sekä tiedon puute.

Lisäksi vastausaktiivisuuteen saattoivat vaikuttaa ennakkokäsitykset. Gynekologit ammattikuntana katsovat Kuumat Aallot -liikkeen, joka toimi yhtenä kyselyn allekirjoittaneena tahona, edustavan vaihtoehtolääkintää, joka ei perustu tieteelliseen näyttöön. Liike on ollut voimakkaasti esillä julkisuudessa, sekä ammatti- (TEHY 1995: 12) että sanomalehdissä (IS 7. 10. 1995) ja herättänyt sekä positiivisia että negatiivisia reaktioita (TEHY 1995: 13, 14; IS 12. 10. 1995). Suomessa yleislääketieteen erikoislääkärit eivät käy yhtä kiivasta keskustelua hormonihoidoista kuin gynekologit. Toisaalta nimenomaan gynekologien yleislääketieteen erikoislääkäreitä suurempi vastaamishalukkuus oli yllätys, sillä lähes kaikki kyselyyn osallistuneet gynekologit olivat Suomen Gynekologiyhdistyksen jäseniä ja saivat siten jäsenkirjeessään tiedon yhdistyksen negatiivisesta asennoitumisesta tutkimukseen. Toisaalta vain vajaa puolet kyselyyn osallistuneista yleislääketieteen erikoislääkäreistä kuului Suomen yleislääketieteen yhdistykseen ja sai jäsenkirjeessä lukeakseen kyselyä koskevan suosituksen.

Vaikka kysely ei edustavuudeltaan ollutkaan yhtä hyvä kuin vuonna 1989 tehty lääkärikysely (Hemminki ym. 1993; Hemminki ja Topo 1994), jossa edellisen kerran selvitettiin vaihdevuosien ja sen jälkeisen ajan hoitokäytäntöjä ja lääkäreiden näkemyksiä, se kuitenkin vastaa ja eräissä tapauksissa jopa vahvistaa jo silloin saatuja tuloksia. Eri vuosina suhtautumista hormonihoitoon kysyttiin tosin hieman eri tavoin. Vuonna 1989 kysyttiin kokemuksia ja näkemyksiä vaihdevuosien jälkeisen hormonihoiton hyödyistä ja haitoista. Vuonna 1995 kyseessä oli erilaisissa riskiryh-

missä oleva nainen ja kysyttiin, puhuuko tilanne hormonihoidon puolesta tai sitä vastaan.

Erityisesti sydän- ja verisuonisairauksissa myönteinen suhtautuminen hormonihoitoon on kasvanut verrattuna aiempaan. Vuoden 1989 kyselyssä 74% gynekologeista ja 54% yleislääketieteen erikoislääkäreistä näki vaihdevuosien jälkeisen ajan hormonihoidon hyödyllisenä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Tässä kyselyssä 98% gynekologeista ja 88% yleislääketieteen erikoislääkäreistä katsoi lisääntyneen sydän- ja verisuonisairauksien riskin puhuvan hormonihoidon puolesta. Lisäksi rintasyöpäris- kissä kielteinen suhtautuminen hormonihoitoon on kasvanut. Vuoden 1989 kyselyssä 47% gynekologeista ja 41% yleislääketieteen erikoislääkäreistä näki vaihdevuosien jälkeisen ajan hormonihoidon haitaksi rintasyövän riskin lisääntymisen. Tässä kyselyssä 70% gynekologeista ja 85% yleislääketieteen erikoislääkäreistä katsoi lisääntyneen rintasyövän riskin puhuvan hormonihoitoa vastaan.

Myös suositukset hormonihoidon kestolle olivat jonkin verran pidentyneet verrattuna niitä vuoden 1989 tuloksiin (katso myös Topo ym. 1993). Pitkäaikaista hormonihoitoa (yli 10 vuotta) kannatti sairauksia ehkäisevässä mielessä naiselle, jolla ei ole erityis- tai kontraindikaatioita, gynekologeista yli puolet ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä lähes puolet. Vain muutamat olivat sitä mieltä, etteivät suosittelisi lainkaan hormonihoitoa vastaavassa tilanteessa. Suhtautuminen hormonihoitoon, etenkin gynekologien keskuudessa oli hyvin myönteistä (katso myös Hemminki ym. 1991 ja 1993; Topo ym. 1993). Suurin osa lääkäreistä ilmoitti pääasialliseksi vaihdevuosien hoitokäytännökseen hormonihoidot. Vain muutamat olivat sitä mieltä, että vaihdevuodet yleensä eivät tarvitse mitään hoitotoimenpiteitä/erityishoitoa.

Nykyistä keskustelua vaihdevuosista ja niihin liittyvistä hoidoista voidaan verrata 1980 -luvun kiivaaseen amalgaamikeskusteluun. Molemmat keskustelut sisältävät samanlaisia piirteitä. 1980 -luvulla ammattilehdistössä argumentoitiin negatiiviseen sävyyn "amalgaamihysteriasta", nyt on tilalla rintasyöpähysteria. Lisäksi maallikko- mielipiteisiin suhtauduttiin/suhtaudutaan ylipäänsä negatiivisesti ja muualta kuin asiantuntijapiireistä tulevan keskustelun vaikutus pyrittiin/pyritään eliminoimaan:

"Amalgaamin vaarallisuudesta on julkaistu niin paljon epäasiallisia ja demagogisia kirjoituksia - onpa sen ympärille syntynyt jopa pieniä kansanliikkeitäkin - että ne ovat saaneet potilaat ymmälleen, hämmentyneiksi, onnettomiksi ja jopa sairiksi" (SHL 1987; 34: 1136)^{32,33}

"Jopa asiantuntijaryhmän muistiossa on amalgaamin haitaksi esitetty "kielteinen asenne julkisessa keskustelussa", mikä tuskin on normaalitapauksessa lääketieteellinen perustelu" (SHL 1987; 34: 1233).

Rintamasta poikenneita kollegoja nimiteltiin/nimitellään puoskareiksi³⁴ ja potilasvahinkolautakuntia pidettiin asiantuntemattomina. Lisäksi vedottiin/vedotaan kollegiaaliseen konsensukseen^{35,36}, jaettiin hammaslääkäreiden toimintaa koskevia ilmoitteluohjeita, keskusteltiin/keskustellaan etiikasta³⁷ ja yleisön halusta kyseenalaistaa lääkärin asema:

"Jos ilmoittelu alkaa saavuttaa samankaltaisia piirteitä kuin jonkun ompelukonekaupan tai parturin ilmoittelu, tuo se mukanaan mielikuvan ammatista, jonka eettisiä lähtökoh-
tia voidaan ryhtyä epäilemään" (SHL 1987; 34: 1182)³⁸

"Käytyyn keskusteluun ja kehitykseen on luonnollisesti ollut asiallisiakin syitä, joskin sivuvireenä on nähtävissä myös terveydenhuoltohenkilöstön eri ammattiryhmien, erikoisesti lääkärin statuksen pudottaminen tavallisten kuolevaisten joukkoon.

³² Amalgaamin tilalle "hormonihoito" → vastaa täysin lääkäreiden nykyistä suhtautumista vaihdevuosien muuhun lääkintään kuin hormonihoitoihin.

³³ Myös suhtautuminen kansanliikkeeseen ja kommentti sen "aikaansaannoksista" vastaa lääkäreiden asennoitumista Kuumat Aallot -liikkeeseen.

³⁴ Katso lääkäreiden perustelut suhtautumiselleen vaihdevuosien hoitokäytännöistä tiedottamiseen.

³⁵ Hormonihoito ainoa oikea vaihdevuosien hoitomenetelmä.

³⁶ Katso kollektiivisen (s. o. erikoisalan johdon) mielipiteen ilmaisu jäsenkirjeessä.

³⁷ Huom. lääkäreiden itse määrittelemä itseään koskeva.

³⁸ Tässä lauseessa ilmaistaan suoraan ajatus siitä, että lääkärin ammatti ei ole eettisesti kyseenalaistettavissa - toisin kuin muut ammatit!

Potilaiden oikeusturvaa on kehitetty siten hyvin innostuneesti ja osin hallitsemattomasti" (SHL 1988; 35: 290).

Suhtautumista lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista kuvaa hyvin seuraava kannanotto:

"Laki on tuskin tarpeellinen, mutta saattaa silti syntyä - ehkä sen jälkeen onkin syytä ruveta keskustelemaan laista terveydenhuoltohenkilöstön oikeuksista" (SHL 1988; 35: 290).

Lääkäreiden kliinistä käytäntöä ei ohjaa ainoastaan tieto, vaan myös kaupalliset intressit (Hemminki 1988). Myös tutkimuskohdetta, mitä uusia hoitoja/lääkkeitä markkinoille tuodaan, ei määrää potilaiden toiveet tai asiantuntijoiden hoidolliset arviot, vaan pääasiassa teollisuuden odotettavissa oleva voitto. Lääketeollisuus on tärkeimpiä lääketieteellisen tutkimuksen rahoittajia ja tärkein lääkkeitä koskevan tutkimuksen rahoittaja, mikä Hemmingin (1987, 88) mukaan lienee vaikuttanut lääketieteellisen tutkimuksen vinoutumiseen.

Hemmingin ym. (1991) mukaan myös vaihdevuosien hoitoja koskevan puutteellisen tiedon selittäjiksi on nähty suuret kaupalliset intressit (esim. hormoneja valmistava lääketeteollisuus on puhunut voimakkaasti hormonilisäyksen puolesta), sairauslähtöinen tutkimusote ja kliinisen lääketieteen traditio päätellä interventioiden terveyshyötyjä korrelaatioista ja laboratorio- ja röntgenmittauksista. Lääketeollisuus on aktiivisesti avustanut hormonilisäykseen liittyvää tutkimusta ja markkinoinut sekä hormonilääkkeitä että ajatusta niiden tarpeellisuudesta (Hemminki ym. 1992a). Erittäin myönteisesti hormonihoitoihin suhtautuva kliininen kirjallisuus ja ponnekas lääkemainonta eivät liene voineet olla vaikuttamatta suomalaisiin(kaan) lääkäreihin.

Kontaktit erikoislääkäriyhdistysten kanssa osoittivat lääketeteollisuuden olevan tärkeän tulolähteen myös lääkäriyhdistyksille. Lääketeollisuus rahoitti Gynekologiyhdistyksen toimintaa jäsenkirjeeseen liitettävillä ilmoituksilla ja mainoksilla, Yleislääketieteen yhdistyksen kohdalla lääketeteollisuus toimi suoraan jäsenkirjeen postittajana ja rahoittajana (lääkärilehtien rahoituksesta katso myös Hemminki 1992b, 261). Myös

Bruun (1986) on todennut lääketieteellisuuden käyttävän hyödyn maksimoinnissa hyväkseen verkostoitumista ja ammattilaisten ja heidän laitostensa kanssa tehtävää yhteistyötä ja taloudellista tukemista. McKinlayn (1981) ja Oushdoorin (1990) mukaan lääketieteellisuuden, lääkäreiden ja tutkijoiden verkostoituminen näyttelevät pääosaa lääkkeen valmistamisessa ja markkinoinnissa.

Lääkärin erikoistumisala, ikä tai sukupuoli ei vaikuttanut hänen suhtautumiseensa lääkäreiden hoitokäytännöistä tiedottamiseen yleensä. Ennako-oletukseni, että kyseiset taustatekijät mahdollisesti voisivat erotella mielipiteitä, ei siis toteutunut käytännössä³⁹. Keskustelut lääkäritutkimuksia tehneiden tutkijoiden kanssa ja lääkäritutkimusten lukeminen ovat osoittaneet, että lääkärit ovat hyvin homogeenista joukkoa erikoisalasta riippumatta. Ammattikuntana lääkärit ovat lisäksi konservatiivisia, eivätkä radikaalit ajatukset lyö läpi "perinteisen paternalismin kehdoissa". Ikäkään ei siis erottele lääkäreitä. Lisäksi sukupuoli ei ole (juurikaan) erotellut lääkäreiden mielipiteitä. Tämä ehkä johtuu siitä, että vaikka naiset ovatkin onnistuneet valtaamaan alaa lääketieteessä (naislääkäreiden määrä kasvaa koko ajan, naiset muodostavat enemmistön nykyisistä opiskelijajapaikoista, naislääkäreiden osuus tietyillä lääketieteen erikoisaloilla on jo miehiä suurempi), heillä edelleen on miehiä heikompi asema. Mieslääkärit toimivat ns. "mielipidejohtajina", he johtavat lääkäriyhdistyksiä naisten toimiessa sihteerinä (hyvin perinteiseen tapaan), sairaaloiden ylilääkäreistä suurin osa on miehiä ja mieslääkärit johtavat suurinta osaa lääketieteen suurista tutkimushankkeista. Lisäksi arvostetuimmat lääketieteen erikoisalajat (esim. kirurgia) ovat miesvaltaisia naisvaltaisten alojen ollessa vähemmän arvostettuja (esim. lastenlääketiede, hyvin yleinen naisten ala). Naislääkäreiden vallattua perinteisiä miesten erikoisaloja, on alojen arvostus vähentynyt, ja miehet ovat hakeutuneet aloille, joiden arvostus on kasvanut⁴⁰. On kuitenkin mielenkiintoista seurata, tapahtuuko profession

³⁹ Katso taustatekijöiksi valikoitumisen perustelut Luku 4. 3 Kyselylomake ja vastausten analysointi.

⁴⁰ Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että ammatin arvostus on riippuvainen ammatin "valtasukupuolesta". Tämä tarkoittaa, että nimenomaan tietyn sukupuolen vallatessa alaa, sen arvostus kasvaa (miehet) tai laskee (naiset). Ajattelu ei siis kulje niin, että ammatin arvostus muuttuisi ensin ja sen jälkeen vasta päätettäisiin tai sukupuolet päättäisivät, mille alalle hakeudutaan/ollaan hakeutumatta. Nykyisin käytävässä eri ammattialojen arvokeskustelussa ja suunnitelmissa/uudistuksissa arvojen muuttamiseksi painotetaan nimenomaan jälkimmäistä ajattelutapaa.

ajattelussa tulevaisuudessa muutoksia, eli tuleeko naisten "kohotessa" vähitellen myös ilmi eroja ajattelutavoissa sukupuolten välillä.

Yllättävänä ei voi pitää myöskään tulosta, että yksityisvastaanotoilla päätoimenaan työskentelevät lääkärit kannattivat tiedottamista useammin kuin julkisessa terveydenhuollossa työskentelevät. Juuri yksityislääkäreidenhän voidaan olettaa hyötyvän konsumerismista. Julkisella sektorilla työskentelevillä riittää aina asiakkaita jonoksi asti, työ ei lopu koskaan. Nykyinen tehokkuus -keskustelu johtaa/on johtanut siihen, että työtahti kiihtyy entisestään, potilasmäärät kasvavat - ja julkisen sektorin palkka on pysynyt/(pysyy?) päivystyskorvauksineen vakiona. Yksityissektorilla puolestaan on helpompi vaikuttaa ansiotasoonsa. Jokainen asiakas tuo lisää rahaa suoraan omaan kukkaraan.

Sukupuoli ei vaikuttanut lääkäreiden mielipiteisiin myöskään vaihde- ja tasannevuosien hoitokäytäntöjä koskevassa esimerkkitapauksessa. Toisaalta olisi voinut ehkä odottaa pientä "lipsumista" juuri sukupuolen takia. Naiset kokevat itse vaihdevuodet ja heidän voisi olettaa olevan tietoisia naisten ongelmista löytää itselleen sopiva lääkäri vaihdevuosiasioissa, ja halukkaita ratkaisemaan kyseinen ongelma.

Esimerkkitaapauksessa mielipiteitä erottelivat päätoiminen työpaikka, erikoisala ja ikä. Ensimmäisen syytä on selostettu jo yllä, lisäksi nyt oli tarjolla aivan konkreettinen mahdollisuus omista hoitokäytännöistä tiedottamiseen. Kilpailu yksityissektorin asiakkaista on kovaa ja tuntuu kiihtyvän jatkuvasti. Koska vaihdevuodet ja niitä koskevat hoidot ovat nimenomaan gynekologien aluetta ei voi pitää yllättävänä, että juuri he suhtautuivat hoitokäytännöistä tiedottamiseen myönteisemmin kuin yleislääketieteen erikoislääkärit.

Sen sijaan oli yllätys, että vanhemmat lääkärit suhtautuivat nuorempia myönteisemmin ajatukseen vaihdevuosihoidokäytäntöjen julkistamisesta, koska konsumerismi on liitetty nimenomaan nuorempien ikäluokkien käyttäytymiseen. Vielä suurempi yllätys oli se, että juuri vanhemmista lääkäreistä suurin osa ilmoitti pääasialliseksi vaihdevuosien hoitokäytännökseen hormonihoitot eikä kukaan heistä ei ollut sitä mieltä,

että vaihdevuodet yleensä eivät tarvitse mitään hoitotoimenpiteitä/erityishoitoa. Lisäksi juuri heistä suurin osa suositteli pitkäaikaista (yli 10 vuotta) hormonihoitoa eikä kukaan heistä ollut sitä mieltä, ettei suosittelisi lainkaan hormonihoitoa sairauksia ehkäisevässä mielessä naiselle, jolla ei ole erityis- tai kontraindikaatioita. Oletin, että juuri vanhemmat lääkärit olisivat vaihdevuosihoidoihin suhtautumisessaan muita konservatiivisempia. Tällä tarkoitan, että he ajattelisivat vaihdevuosien olevan normaalin naisen elämään kuuluvan osan, joka ei välttämättä vaadi lääkitystä. Vaihdevuosia on ennen pidetty niin luonnollisena asiana, että niistä ei ole edes puhuttu, käsitettä ei itseasiassa ole edes ollut olemassa. Vaihdevuosien medikalisointi on suhteellisen uusi ilmiö.⁴¹ Toisaalta voidaan ajatella, että vanhemmat lääkärit pitävät vaihdevuosien hoitojen valinnassa naisen omaa päätöksentekoa tärkeänä juuri ilmiön luonteen takia katsoen, että vaihdevuosiin suhtautumisessa ei voi olla yhtä ainoa oikeaa tapaa⁴². Siksi ehkä vanhempien lääkäreiden suhtautuminen ajatukseen vaihdevuosien hoitokäytännöistä tiedottamisesta on myös myönteisempää kuin muiden lääkäreiden.

Koska kukaan lääkäreistä ei ilmoittanut pääasialliseksi vaihdevuosien hoitokäytännökseen kohtaa "muut hoidot (esim. ns. vaihtoehtohoidot)", ei voitu vertailla heitä ja hormonihoitojen pääasiallisia käyttäjiä keskenään suhtautumisessa vaihdevuosien hoitokäytännöistä tiedottamiseen. Ehkä olisi voinut ajatella muiden hoitojen valitsijoiden olevan tiedottamiseen suhtautumisessaan muita liberaalimpia, mutta toisaalta vain hormonihoitoja pidetään ammattikunnan joukossa yleisesti hyväksyttynä vaihdevuosien hoitomenetelmänä⁴³.

Yksi mielenkiintoinen tulos oli se, että hoitokäytännöistä tiedottamiseen suhtauduttiin yleisesti myönteisemmin kuin esimerkkitapauksessa. Samoin niiden vastaajien osuus,

⁴¹ Katso myös s. 29, viite 12.

⁴² Kyselylomakkeessa ei kysytty päätöksentekoa koskevaa kysymystä, mutta kysymyksen 7 (katso Liite I) "muuta" -kohdassa jotkut lääkärit viittasivat hoidon vapaaehtoisuuteen. Heistä kukaan ei ollut yli 54 -vuotias lääkäri, mutta toisaalta näin pienen avovastausmahdollisuuden antaman tiedon ja vielä kysymyksen muotoilun huomioiden ei voida tehdä johtopäätöksiä.

⁴³ Vrt. Suomen Gynekologiyhdistyksen kanssa käyty keskustelu ja myös Suomen Lääkäriliiton kommentit.

jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään, oli suurempi suhtautumista yleisesti kartoittavassa kysymyksessä kuin esimerkkitapauksessa. Tämä kertoo hyvin tavallisesta ja yleisestä ilmiöstä eli siitä, että asioihin suhtaudutaan usein yleisellä tasolla myönteisesti, mutta omaa toimintaa lähestyttäessä myönteisyys vähenee. Lisäksi tulos kertoo omalta osaltaan lääkäreiden pyrkimyksestä esiintyä vallitsevan mielipiteen mukaisesti.

Lääkäreiden mielipiteilleen antamat perustelut koskien hoitokäytännöistä tiedottamista olivat myös mielenkiintoisia. Yleisesti hoitokäytäntöjen julkistamista pidettiin lääketieteellisesti mahdottomana, mutta kun kyseessä olivat vaihdevuosisioidot, lääketieteellinen mahdottomuus ei enää toiminutkaan niin usein käytettynä perusteluna. Yleisesti hoitokäytäntöjen julkistamisen katsottiin luovan rintamia, mutta tätäkään perustelua ei käytetty yhtä usein enää vaihdevuosisioidojen ollessa kyseessä. Potilaan suojeluun puolestaan viitattiin useammin vaihdevuosien hoitokäytäntöjen kohdalla kuin yleisessä esimerkissä, kun taas potilaan oikeuteen ja hoidon antajan hyötyyn viitattiin yleistä esimerkkiä harvemmin. Perustelut, erityisesti niiden kannatuksen eroavuudet yleisen tason mielipidettä kartoittavan kysymyksen ja esimerkkitapauksen välillä, ovat hyviä osoituksia siitä, miten hoitokäytäntöjen julkistamiseen suhtaudutaan, kun kyseessä on yksi ainoa ammattikunnan hyväksymä oikea hoito (hormonihoito). Hoidon julkistaminen ei ole niinkään lääketieteellisesti mahdotonta eikä rintamia luovaa, kyseessä on potilaan suojelu (muilta kuin hormonihoidoilta). Lisäksi, kun konkreettisesti esimerkkitapauksessa oltiin lähellä omaa toimintaa, vastaajat eivät enää viitanneet itse saamaansa hyötyyn yhtä usein kuin yleistä mielipidettä kartoittavan kysymyksen kohdalla.

Erikoislääkäriyhdistykset ovat Suomessa mukana myös hoitosuosituksen tekemisessä. Giddensin (1995) ajatuksia mukaillen voidaan sanoa, että erikoislääkäriyhdistykset asiantuntijoiden ammattikuntina toimivat auktoriteettihierarkian keskuksena ja siellä taidoista pyritään tekemään velvollisuuksia. Terveystieteiden tiedossa ja teknologiassa on kysymys vallasta, sen jakautumisesta ja käytöstä. Asiantuntijoiden omittua vallan itselleen se siirtyy pois tavallisilta ihmisiltä terveydenhuollon ammattilaisille ja ammattilaisten sisällä tavallisilta ammattilaisilta erityiskoulutuksen saaneille

asiantuntijoille. Vallanomistajat päättävät kuka teknologioita ja mitä teknologioita saa virallisesti käyttää, muut ovat puoskareita. (Hemminki 1987)

Vaihdevuosien jälkeisen ajan saattamista erilliseksi lääketieteen kysymykseksi ovat helpottaneet ehkäisevän ajattelun voimistuminen terveydenhuollossa, sairauksien lisääntyminen iän mukana, lonkkamurtuminen terveydenhuollossa aiheuttamat rasitteet ja naisten halu säilyä nuorekkaina (Hemminki ym. 1992a). Gynekologeille on avautunut uusi rooli kroonisten sairauksien ehkäisyssä, mikä on sekä ammatillisesti että taloudellisesti palkitsevaa. Ulottamalla hormonit kroonisten sairauksien ehkäisyyn gynekologien suhteellisen matalastatuksinen erikoistumisala on tehnyt itseään näkyväksi ja tärkeäksi. (Hemminki ja Topo 1997, 154). Lääkäripulan hävittyä ja maksukykyisen kysynnän tultua tyydytetyksi, kilpailu potilaista on tullut tärkeäksi lääkäreiden toimintaa ohjaavaksi toiminnaksi ja gynekologeilla on ollut tarve laajentaa toimintakenttäänsä. Erityisesti Etelä-Suomen yksityiset lääkäripalvelut naistentautien erikoisalalla on tyydytetty ja uudet potilasryhmät ovat tervetulleita. (Hemminki 1992b, 263; vrt. myös keskustelu gynekologien ammatillisen järjestön edustajan kanssa) Postmenopausaaliset hormoneja käyttävät naiset muodostavat laajan ja potentiaalisen uuden asiakaskunnan gynekologeille.

Lääkäreiden erilaiset roolit professiona, työntekijöinä ja työnantajina sekoittuvat terveydenhuollossa ja eri intressipiirit kytkeytyvät toisiinsa koulutuksen, tutkimuksen, informaation, henkilöyhteyksien, rahan ja muiden materiaalistien resurssien avulla. Eri intressipiirejä on jopa vaikea erottaa toisistaan niiden yhteenkietoutuneisuuden takia. Vaihdevuosissa(kaan) kyseessä eivät ole pelkästään terveystieteelliset kysymykset ja tieto tulisi punnita esittäjän taustaryhmän näkökulma huomioon ottaen. Sekä kaupalliset että ammatilliset intressit ovat selvästi näkyvillä. Tieto ei ole arvovapaata.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET (DISKUSSIO) - KONSUMERISMIN TARPEELLISUUS JA MAHDOLLISUUS SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit eivät suhtautuneet kuluttajapainoiseen konsumerismiin kovinkaan myönteisesti. Huolimatta siitä, ettei halunnut osallistua kuluttajaliikkeiden esitteeseen, moni lääkäri silti vastasi kyselyyn. Kiinnostus etukäteisinformatiota koskevaan kysymykseen oli odotettua suurempi, vaikka suurempi osa lääkäreistä oli ajatusta vastaan kuin sen puolesta, eikä kokenut asiaa omalta kohdaltaan tärkeäksi.

Lääkäreiden innostumattomuudelle julkistaa hoitokäytäntönsä voi olla useita syitä. Ensinnäkin periaatteellinen, mietitty kannanotto etukäteisinformaation ja potilaan oman valinnan haitallisuudesta tai tarpeettomuudesta. Toinen, todennäköisesti tärkein syy, on ajatuksen vieraus: lääkärit haluavat toimia ja nähdä oman toimintansa yksilöllisenä ratkaisuna, jossa kunkin potilaan kohdalla huomioidaan yksittäinen tilanne ja potilaan erityispiirteet. Oman toiminnan kuvaaminen tietyn hoitotradition ilmentymänä ja monimutkaisen hoitotapahtuman yksinkertaistaminen on vierasta. Kolmas syy voi olla esimerkkitapauksen luonne: ajankohtaisuutensa ja poleemisuu- tensa vuoksi se on voinut vaikuttaa suhtautumiseen asiaan yleensä. Neljänneksi, lääkärit ovat todennäköisesti huolissaan arvovaltansa ja statusasemansa säilymisestä, mikäli kuluttajanäkökulman painottaminen terveydenhuollossa yleensä kasvaa.

Olemassaolevassa järjestelmässä hoidon valinta tapahtuu lääkäriissä, markkinoihin perustuvassa järjestelmässä lääkärin valinnan kautta. Nykyjärjestelmässä oikeus vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin, hoitotapaan ja ajankohtaan toteutuu hyvin harvoin, vaikka asiakkaan asema onkin vahvistettu lailla. Siksi esitteet lääkäreistä heidän hoitokäytäntöjensä mukaan ja muut etukäteisinformatiotavat tuntuvatkin ensiajatuksena potilaan kannalta hyviltä. Tässäkin kyselyssä hoitokäytäntöjen julkistamiseen myönteisesti suhtautuneet lääkärit korostivat potilaan oikeuksia ja hyötyä. Potilaalla täytyy olla oikeus vaikuttaa hoitoon ja erityisen tärkeää tämä on tilanteissa, jotka eivät ole kovin vakavia tai vaarallisia kuten vaihdevuosissa; nehan eivät ole sairaus vaan luonnollinen osa naisen elämää. Lääketiede on kuitenkin

medikalisoituneet vaihdevuodet. Medikalisaation lisäksi vaihdevuosikeskustelua leimaa erilaisten intressipiirien yhteenkietoutuminen ja kysymys vallasta.

Potilas-lääkäri -suhteelle ei ole hyväksi paternalismi eikä autonomia. Edellinen ei kunnioita aikuisen ihmisen itsemääräämisoikeutta jälkimmäisen unohtaessa periaatteen lääkärin toimimisesta potilaan hyväksi lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Konsensuksen saavuttamiseksi sekä lääkäriellä että potilaalla tulee olla vapaus tietoihin valintoihin. Lääkäri toimii tiedon portinvartijana. Erityisosaamisensa takia hänellä on potilasta enemmän tietoa lääketieteellisistä tosiasioista ja potilas on riippuvainen lääkärin hänelle antamasta informaatiosta myös silloin, kun hän itse päättää hoidostaan. Potilaan oikeuksiin kuuluu jo eettisistä syistä epävarmuudesta ja erilaisista mielipiteistä ja koulukunnista informoiminen (Freidson 1972 ja 1983; Roter ym. 1987; Johnson ym. 1988). Täydellinen informointi erilaisista hoitopäätöksentekoon vaikuttavista seikoista antaa potilaalle realistisen kuvan asiasta, rohkaisee avoimempaan kommunikointiin ja yhteistyöhön ja myönteisellä tavalla kasvattaa potilaan mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti hoitoprosessiin ja päätöksentekoon (Roter ym. 1987).

Markkinoihin perustuvalla järjestelmällä ja etukäteisinformaatiolla on kuitenkin myös ongelmansa, joista suurimmat lienevät kustannukset ja tarpeen synnyttäminen. Erilaiset käytännön ongelmat (esim. kuinka puristaa monimutkaiset asiat yksiselitteiseen kirjalliseen muotoon, kuinka pitää esitteet ajan tasalla, kuinka saada tieto perille) ovat ensimmäinen ongelma. Toinen ongelmaryhmä ovat mahdolliset negatiiviset vaikutukset potilas-lääkäri -suhteeseen. Näitä ovat esimerkiksi hoitokäytäntöjen mahdollinen standardisoituminen, jolloin yksittäisen potilaan ongelma jää taka-alalle⁴⁴ ja vastakaisten rintamien muodostuminen, jolloin keskustelu helposti tyrehtyy "juupas-eipäs" -tasoiseksi inttamiseksi. Edellämainittuja näkökohtia monet kyselyyn vastanneet lääkärit toivatkin monipuolisesti esiin.

⁴⁴ Tosin esim. vaihdevuosien hoitomenetelmät ovat jo nyt kaavamaiset.

Lisäksi etukäteisinformaatiolla on myös yleisempi järjestelmätason vaikutuksensa. Perusajatuksena on, että tiedottamisen vaikutus tapahtuu potilaan valintojen avulla: potilaat äänestävät jaloillaan ja menevät mieleistensä hoidon antajien luo. Tämä markkinoihin perustuva vaikutus ei toimi, jos potilaalla ei ole mahdollisuutta tai kykyä valita. Suomen terveydenhuoltoa on rakennettu väestövastuun ja omalääkäri-ideologian mukaan; lääkärin valinta ei sovellu siihen hyvin. Toiseksi motivaatio ja kyky valita vaihtelee väestöryhmästä toiseen ja aktiiviseen valintaan perustuva järjestelmä yleensä lisää eriarvoisuutta. Paternalistinen järjestelmä suojelee heikoimpia yksilöitä ja väestöryhmiä paremmin. Toisaalta sen ei tulisi alistaa ja mitätöidä potilaan omaa mielipidettä, kuten nykyisin usein tapahtuu. Perinteisesti asiantuntija on määritellyt terveyden ja pyrkinyt siihen tieteellisen koulutuksen ja kokemuksen hänelle suomilla keinoilla, mutta terveyden kokeminen on yksilöllistä ja suhteellista riippuen monien eri tekijöiden vuorovaikutuksesta. Ihmiset arvottavat terveyttä ja sairautta, hyvänolon tunnetta, kipua ja tuskaa eri tavoin. Lisäksi samankaan ihmisen tuntemukset eivät ole samanlaisia kaikissa tilanteissa, vaan vaihtelevat esim. eri vuorokaudenaikoina, ikäkausina jne. Kolmanneksi, jos lääkäreiden ja laitosten tulee tehdä itsensä haluttaviksi, viaton tiedottaminen hoitokäytännöistä voi muuttua, etenkin potilaspulan vallitessa, aggressiiviseksi mainonnaksi, jossa kuluttaja-potilas joutuukin erittelemään kaupallista informaatiota. Neljänneksi, etukäteen tiedottaminen ei toimi vain potilaan tiedostamien ongelmien ratkaisuna, vaan myös uusien tarpeiden synnyttäjänä. Esimerkiksi tämän kyselyn esite, jos se olisi tehty, olisi omalta osaltaan voinut lisätä käsitystä, että vaihdevuodet ovat lääkärissä käynnin syy, naisen tilanteesta riippumatta.

Kuvaukset yksittäisten laitosten tai lääkäreiden hoitokäytännöistä ja tuloksista ovatkin hyödyllisiä, kun niitä käytetään julkisen keskustelun herättämiseen, potilaiden aktivoimiseen, heidän näkökohtiensa esiintuomiseen ja ammattilaisten omaehtoiseen toiminnan laadun parantamiseen. Yksittäisen potilaan päätöksenteon ja siihen osallistumisen edesauttamiseksi ja konsumerismin negatiivisten seurausten välttämiseksi tarvittaneen toisenlaisia lähestymistapoja kuin esitteitä ja listoja lääkärin valitsemiseksi.

Mitä nämä lähestymistavat sitten ovat? Ollilan (1996) mukaan hoitohenkilökunnan asiantuntemukseen nojaava arvovalta kyseenalaistuu terveydenhuollon markkinaohjaistuesssa ja tulevaisuudessa terveyden määrittely jää joissakin tapauksissa potilaan asiaksi. Yksilöiden persoonallisuudet ja arvot hajaantuvat entisestään ja siksi myös hoitohenkilökunnalta odotetaan erilaisia rooleja riippuen siitä, minkälaisen potilaan kanssa työskennellään. Subjektiivisena kokemuksena ja luonnollisena elämänvaiheena vaihdevuodet ovat hyvä kohde terveyden itsemäärittämistä ajatellen.

Tavoitteellisena vaihtoehtona hoitokäytäntöjen julkistamiselle tulee myös vaihdevuosien hoidossa olla asiakkaiden oikeuksien edelleen laajentaminen ja valinnanmahdollisuuksien lisääminen yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Asiantuntijoiden ja klinikoitten sisäiset ja väliset erimielisyydet koskien vaihtoehtoisten toimenpiteiden hyödyllisyyttä ovat ymmärrettäviä, koska lääketiede on perinteisesti perustunut käsityksille spesifisestä tiedosta. Teperin ja Keskimäen (1993) mukaan myös lääketieteessä informaation jatkuva lisääntyminen johtaa vähitellen uuteen tiedekäsitykseen, joka hyväksyy ehdottoman tiedon puuttumisen. Uusi tiedekäsitys voisikin nykyistä paremmin pitää sisällään ajatuksen siitä, että lääkärin tulee antaa potilaalleen riittävästi monipuolista tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista, sekä hyödyistä että haitoista. Potilaan oman mielipiteen huomioiminen on asia, johon tulee kiinnittää huomiota. Puberteetissäkin ilmenee hormonien aiheuttamia mieliala- ja käyttäytymismuutoksia, mutta kasvaminen aikuiseksi nähdään positiivisena asiana eikä sitä ole medikalisoitu. Samoja piirteitä sisältävät vaihdevuodet voitaisiin myös esittää keskiikäisen naisen elämään luonnollisesti kuuluvana asiana, johon suhtauduttaisiin myönteisesti. Vai onko niin, että lääketieteellinen imperialismi leviää ja murrosikä ja kasvatus ovat seuraavia medikalisoinnin kohteita (Hemminki ym. 1992, 105, katso myös Hemminki ym. 1995)?

Lääketieteen ongelmia on mahdotonta ymmärtää ymmärtämättä lääkäreitä ja muutoksia lääketieteen alueella on mahdotonta tehdä ilman lääkäreiden käyttäytymisen muuttamista (Fuchs 1974, 56). Päämääränä voisi pitkällä tähtäimellä olla esimerkiksi lääkäreiden asenteiden muuttaminen myös tutkimusta kohtaan. Lääkärit tulisi saada tarkastelemaan omaa toimintaansa ja käyttäytymistään nykyistä kriittisemmin. Hyvä

potilas- lääkäri -suhde perustuu luottamukselle, avoimelle kommunikoinnille ja yhteistyölle ja on tasavertaisuutta eri osapuolten välillä (Haug ja Lavin 1981, 224). Uudenlaisen mallin hoitosuhteessa tulee sijoittua perinteisen holhoavan ja uuden, potilaan autonomiaa korostavan mallin välimaastoon, vastakkainasettelujen purkamiseen ja yhteisyyteen.

KIRJALLISUUS

- Abbot A.** Status and status strain in the professions. *Am J Sociol* 1981; 86: 819-835.
- Bagust A.** League tables. *Brit J Hosp Med* 1996; 55: 369-370.
- Bauman Z.** Sosiologinen ajattelu (Vainonen J (suom.)). Vastapaino. Tampere 1997.
- Baumann A, Deber RB, Thompson GG.** Overconfidence among physicians and nurses: the 'micro-certainty, macro-certainty' phenomenon. *Soc Sci Med* 1991; 32: 167-174.
- Behandling med östrogen.** SBU -rapport nr 131. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm 1996.
- Boston Women's Health Book Collective.** Our bodies ourselves. Simon and Schuster. New York 1971.
- Brody DS.** The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med* 1980; 93: 718-722.
- Bruun K.** Industry, doctors and bureaucracy. *Scan J Soc Med Suppl* 1986; 37: 7-15.
- Busfield J.** Sectoral divisions in consumption: the case of medical care. *Sociology* 1990; 24: 77-96.
- Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S.** Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468-478.
- Calnan M, Milewa T.** Citizen and patient satisfaction with health services in Europe. In "European health care reforms. Citizens' choices and patients' rights", pp. 58-78..., 1996.
- Campbell AV.** The patient as consumer (editorial). *Brit J Gen Pract* 1990; 40: 131-132.
- Cant SL, Calnan M.** Using private health insurance. A study of lay decisions to seek professional medical help. *Sociol Health Ill* 1992; 14: 39-56.
- Consensus development conference.** Prophylaxis and treatment of osteoporosis. Conference report. *BMJ* 1987; 295: 914-915.
- Delamothe T.** Wanted: guidelines that doctors will follow. *BMJ* 1993; 307: 218.

- Dickenson D.** Is efficiency ethical? Resource issues in health care. *In* "Introducing applied ethics", pp. 229-246 (Almond B). Blackwell. United Kingdom 1995.
- Dickinson E.** Using marketing principles for healthcare development. *Q Health Care* 1995; 4:40-44.
- Drug Information Committee.** Osteoporosis: pharmacological treatment and prophylaxis. Workshop, Uppsala. National Board of Health and Welfare 4/1989.
- Drummond M, Torrance G, Mason J.** Cost-effectiveness league tables: more harm than good? *Soc Sci Med* 1993; 37: 33-40.
- Ethical aspects of qualitative methods in health research.** An information paper for institutional ethics committees. NHMRC. Australia 1995.
- European health care reforms.** Citizens' choices and patients' rights. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen 1996.
- European Workshop.** The impact of non-orthodox medicine on the health care expenditure. NIVEL. Utrecht 1989.
- Faden R, Becker C, Lewis C, Freeman J, Faden A.** disclosure of information to patients in medical care. *Medical Care* 1981; 19: 718-733.
- Fallberg L.** Patients' rights. *In* "European health care reforms. Citizens' choices and patients' rights", pp. 11-20..., 1996.
- Freidson E.** Professional dominance: the social structure on medical care. Aldine Publishing Company. New York 1970.
- Freidson E.** Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Dodd, Mead & Company. New York 1972.
- Freidson E.** Doctoring together. A study of professional social control. The University of Chicago Press. Chicago 1975.
- Freidson E.** Viewpoint: sociology and medicine: a polemic. *Sociol Health Ill* 1983; 5: 208-219.
- Freidson E.** Professionalism reborn. Theory, Prophecy and Policy. Polity Press. Cambridge 1994.
- Fuchs VR.** Who shall live? Basic Books. New York 1974.

- Gannik D.** Vilka problem möter en sociolog inom ett tvärtenskapligt samarbete tillsammans med läkare? 3. Nordiska seminariet om medicinsk kvinnoforskning, Hanaholmens Kulturcentrum 13-15. 11. 1986. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki: Tasa-arvo julkaisuja, Sarja D: Naistutkimusraportteja 1/1988.
- Glenton C.** The use of evidence among patient organizations. Nordic newsletter on evidence-based health care 1997 (january): 9.
- Giddens A.** Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa "Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio", s. 83-152 (Beck U, Giddens A, Lash S). Vastapaino. Tampere 1995.
- Grimshaw JM, Russell IT.** Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342: 1317-1322.
- Hampson SE, Hibbard JH.** Cross-talk about the menopause: enhancing provider-patient interactions about the menopause and hormone therapy. Patient Educ Couns 1996; 27: 177-184.
- Hastings Center Report** (november-december). The goals of medicine. Setting new priorities. 1996.
- Haug MR, Lavin B.** Practitioner or patient - Who's in charge? J Health Soc Behav 1981; 22: 212-229.
- Haug MR, Lavin B.** Consumerism in medicine. Sage Publications. Beverly Hills 1983.
- Haukkamaa M.** Kenelle vaihdevuosisien hormonikorvaushoitoa ja kuinka kauan? Duodecim 1996, 112: 1067-1070.
- Hemminki E.** Terveystieteiden teknologia ja valta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1987; 24: 85-92.
- Hemminki E.** The use of combined estrogen-progestin replacement therapy. An example of the dissemination of new indications for an old technology. Int J Technol Assess 1988; 4: 511-519.
- Hemminki E, Kojo-Austin H.** Problems of multidisciplinary research in health care - The case of birth services. Acta Sociologica 1989; 32: 253-260.

- Hemminki E, Topo P, Kangas I, Uutela A.** Vaihdevuodet ja terveydenhuolto. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1991; 28: 71-81.
- Hemminki E, Kangas I, Topo P.** Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet - esimerkki medikalisaatiosta. Teoksessa "Terveys sosiologia", s. 96-106 (Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O (toim.)). WSOY. Juva 1992a.
- Hemminki E, Topo P, Uutela A.** Osteoporoosin ehkäisyn ja hoidon intressiryhmät. Konsensuskokous, Hanasaari 30. 3. - 1. 4. 1992. Osteoporoosin ehkäisy ja hoito. Suomen Akatemia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1992b.
- Hemminki E, Topo P, Malin M, Kangas I.** Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. Maturitas 1993; 16: 163-173.
- Hemminki E, Topo P.** Lääkäreiden käsitykset vaihdevuosien jälkeisestä hormonihoitosta. Suomen Lääkäril 1994; 49: 1975-1977.
- Hemminki E, Topo P, Kangas I.** Experience and opinions of climacterium by Finnish women. Eur J Obstet Gyn R B 1995; 62: 81-87.
- Hemminki E, Topo P.** Prescribing of hormone therapy in menopause and post-menopause. J Psychosom Obst Gyn 1997; 18: 145-157.
- Hibbard JH, Weeks EC.** Consumerism in health care. Prevalence and predictors. Med Care 1987; 25: 1019-1032.
- Higgins J, Wiles R.** Study of patients who chose private health care for treatment. Brit J Gen Pract 1992; 42: 326-329.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P.** Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Tampere 1997.
- Hirvonen E.** Milloin estrogeenia osteoporoosiin? Duodecim 1996; 112: 2123-2129.
- HS.** Lääkärikeskukset viekoittelevat potilaita monin houkutuksin. 3. 2. 1996.
- HS.** Lääkärin etiikka koetteella. Viranomaisten ohjeista ei ole Suomessa koitunut jyrkkiä ristiriitoja. 5/1996.
- Huttunen MO.** Vaihdevuodet ja psyyke. Duodecim 1996; 112: 1059-1064.
- Hägglund U, Riska E.** Kvinnors hälsa och ohälsa. Social kontroll av kvinnor. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, nr 7. Åbo 1991.
- IS.** Hormoneja kaikille? 7. 10. 1995.
- IS.** Onneksi on estrogeenihoitoa. 12. 10. 1995.

- Jadad AR.** Consumer participation in evidence-based decision-making in health care. Nordic newsletter on evidence-based health care 1997 (january): 13.
- Johanson JE, Mattila M.** The vicious circle of cutback policies. Scandinavian Political Studies 1994; 17: 289-303.
- Johnson CG, Levenkron JC, Suchman AL, Manchester R.** Does physician uncertainty affect patient satisfaction? J Gen Intern Med 1988; 3: 144-149.
- Kangas I, Topo P, Tolonen T, Hemminki E, Uutela A.** Tutkijat, tutkittavat ja tutkimuspalaute - esimerkkinä vaihdevuosikysely. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1992; 29: 119-124.
- Karpf A.** Doctoring the media. The reporting of health and medicine. Routledge. London 1988.
- Katz P.** How surgeons make decisions. *In* "Physicians of western medicine. Anthropological approaches to theory and practice", pp. 155-176 (Hahn RA, Gaines AD (edit.)). D Reidel Publishing Company. Dordrecht, Holland 1985.
- Kaufert PA.** Menstruation and menstruation change: women in midlife. Society for Menstrual Cycle Research Meetings (may). San Francisco 1983.
- Kaufert PA, Gilbert P.** Women, menopause, and medicalization. Cult Med Psychiat 1986; 10: 7-21.
- Kelson M.** Health care reform and information for citizens and patients. *In* "European health care reforms. Citizens' choices and patients' rights", pp. 105-117..., 1996.
- Klaukka T, Kujala S, Vertio H.** Lääkäri ja vaihtoehtoiset hoitomuodot. Suomen Lääkäril 1988; 43: 2844-2847.
- Klaukka T.** Suomen terveydenhuolto. *Teoksessa* "Lääkkeet & Terveys", s. 94-96..., 1996.
- Kitzinger S.** The good birth guide. Fontana. Glasgow 1978.
- Koivuniemi P.** Potilasasiain edustajana. HYKS: n julkaisusarja no 6. Helsinki 1992.
- Kokkonen P.** Terveydenhuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. *Teoksessa* "Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta?", s. 66-76 (Salmela T (toim.)). Atena Kustannus Oy. Jyväskylä 1997.

- Käypä hoito.** Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Duodecim 1995; 111: 1069-1074.
- Lang T, Gabriel Y.** The consumer as citizen. *Consumer Policy Rev* 1995; 5: 96-102.
- Leavey R, Wilkin D, Metcalfe DH-H.** Consumerism and general practice. *BMJ* 1989; 298: 737-739.
- Lindqvist M.** Potilaan oikeudet ja lääkärin valta. *Duodecim* 1995; 111: 96-99.
- Lindqvist M.** Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa "Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa", s. 85-97 (Salo S, Tähtinen H (toim)). Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1996.
- Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ.** Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *New Engl J Med* 1989; 321: 1306-1311.
- Luoto R, Kaprio J, Uutela A.** Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 64-76.
- Lupton D, Donaldson C, Lloyd P.** Caveat emptor or blissful ignorance? Patients and the consumerist ethos. *Soc Sci Med* 1991; 33: 559-568.
- Lääkkeet & Terveys.** Lääketietokeskus/Lääketeollisuusliitto. Helsinki 1996.
- Lääkäriasema Greenlife.** Terveys & Hyvinvointi. Esite 1995.
- Lääkärin etiikka.** Suomen Lääkäriliitto. Helsinki 1996.
- Macintyre S.** The sociology of reproduction (review article). *Sociol Health Ill* 1980; 2: 215-22.
- Martikainen T.** Lähihoitamisen etiikkaa. Teoksessa "Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa", s. 98-109..., 1996.
- Marttila A.** Vaihtoehtolääkinnän valvonta. *Suomen Lääkäril* 1992; 11: 1056-1057.
- McKinlay J.** From 'promising report' to 'standard procedure': seven stages in the career of a medical innovation. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1981; 59: 374-411.
- Mintzes B, Hodgkin C.** The consumer movement: from single-issue campaigns to long-term reform. In "Contested ground. Public purpose and private interest in the regulation of prescription drugs", pp. 76-91 (Davis P (edit.)). Oxford University Press. New York 1996.
- Mäkelä H.** Terveellinen elämä. Luonnonlääkkeet ja vitamiinit. Vaihdevuosien turvallinen hoitovaihtoehto. Esite 1994a.

- Mäkelä H.** Vaihdevuosista. Esite 2. 8. 1994b.
- Mäntyranta T, Hemminki E, Kangas I, Topo Päivi, Uutela A.** Alternative drug use for the climacteric in Finland. *Maturitas* 1997; 27: 5-11.
- Naistutkimuksen postituslista.** Kevät 1996.
- National Women's Health Network.** Taking hormones and women's health. Choices, risks and benefits. Washington 1995.
- Newhouse JP, Ware JE, Donald CA.** How sophisticated are consumers about the medical care delivery system. *Med Care* 1981; 19: 316-328.
- Nordenfelt L.** Health and disease: two philosophical perspectives. *J Epidemiol Commun H* 1986; 41: 281-284.
- Ollila MR.** Terveyksien tulevaisuus. Teoksessa "Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa", s. 72-82..., 1996.
- Osteoporoosityöryhmän mietintö.** Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä 5/1987.
- Oushdoor N.** On the making of sex hormones: research materials and the production of knowledge. *Soc Stud Sci* 1990; 20: 5-33.
- Paloniemi E-L.** Kaikki se kestää, kaikki se kärsii - potilaana Suomessa. *Lääkintöhallitus tiedottaa* 1990; 2: 9-11.
- Parsons T.** The social system. Routledge & Kegan Paul Ltd. London and Henley 1951.
- Pellegrino ED, Thomasma DC.** A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions. Oxford University Press. New York 1981.
- Pietarinen J.** Itsemääräminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa "Oikeus itsemäärämiseen", s. 15-48 (Pietarinen J, Launis V, Räikkä J, Lagerspetz E, Rauhala M, Oksanen M). Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Pohjola A.** Asiaa asiakkaalta. Teoksessa "Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta?", s. 168-186..., 1997.
- Punnonen H.** Syitä sairaaloiden kysynnän kasvuun. *Kuntalehti* 1996; 10: 48-49.
- Punnonen R.** Lisääkö hormonikorvaushoito rintasyöpäriskiä? *Duodecim* 1996, 112: 1110-1115.
- Reeder LG.** The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *J Health Soc Behav* 1972; 13: 406-412.

- Reinhardt UE.** Economics. JAMA 1996; 275: 1802-1804.
- Rosenberg L.** Hormone replacement therapy: the need for reconsideration. Am J Public Health 1993; 83: 1670-1673.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR.** Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. Med Care 1987 25: 437-451.
- Rutanen E, Lähteenmäki P.** Vaihdevuosi-ikäinen vastaanotolla. Duodecim 1996; 112: 1031-1032.
- Saano V.** Vaihtoehdot hormonihoidoille. Duodecim 1996; 112: 1117-1121.
- Salisbury CJ.** How do people choose their doctor? BMJ 1989; 299: 608-610.
- Salmela T.** Muuttuva potilas-lääkärisuhde. Teoksessa "Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta?", s. 52-65..., 1997.
- Salmi T.** Parantaako hormonihoido elämänlaatua? Duodecim 1996; 112: 1035-1036.
- Saunders P, Harris C.** Privatization and the consumer. Sociology 1990; 24: 57-75.
- Seppälä M.** Suomen Lääkäriliiton potilaskyselyn tuloksia 1-3. Suomen Lääkäriliitto 1973; 28:2377-2381; 2479-2483; 2563-2565.
- Sihvo T, Uusitalo H.** Mielipiteiden ulottuvuudet. Suomalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveystalvueluita koskevat asenteet vuonna 1992. Stakes: Tutkimuksia 33/1993.
- Strong PM.** Sociological imperialism and the profession of medicine. A critical examination of the thesis of medical imperialism. Soc Sci Med 1979; 13A: 199-225.
- Suomen Gynekologiyhdistys.** SYKLI (syyskuu). Jäsenkirje 4/1995.
- Suomen Hammaslääkärilehti** 1987; 34: numerot 16, 20, 21 ja 22 ja 1988; 35: numerot 6 ja 19.
- Suomen Lääkäriliitto.** Potilas-lääkärisuhteen opettaminen. Suomen Lääkäriliitto 1986; 39: 546-547.
- Suomen yleislääketieteen yhdistys.** Jäsenkirje 5/1995, syyskuu.
- TEHY** 1995; numerot 12, 13 ja 14.
- Teperi J.** Kohti tietämykseen perustuvaa terveydenhuoltoa - Iso-Britannia edelläkävijänä. Suomen Lääkäril 1995; 26: 2718-2721.

- Teperi J, Keskimäki I.** Hoitokäytäntöjen vaihtelu - haaste terveydenhuollolle. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1993; 30: 186-192.
- Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri.** Stakes. Helsinki 1995.
- Thomasma DC.** Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 1983; 98: 243-248.
- Titmuss R.** Choice and the Welfare state. Fabian Society. London 1967.
- Toiviainen H.** Lääkäreiden vaihdevuosihoitokäytännöt. Stakes: Aiheita 9/1997a.
- Toiviainen H.** Vaihdevuosien hoitokäytännöistä. *Terveydenhoitaja* 1997b; nro 6: 6-8.
- Toiviainen H.** Vaihdevuosien hoitokäytännöistä. *Sairaanhoitaja* 1997c; nro 7: 24-25.
- Topo P, Kangas I, Hemminki E.** Medikaliseringen av klimakteriet. I "Kvinnors hälsa och ohälsa. Social kontroll av kvinnor", s. 111-148..., 1991a.
- Topo P, Klaukka T, Hemminki E, Uutela A.** Use of hormone replacement therapy in 1976-89 by 45-64 year old Finnish Women. *J Epidemiol Commun H* 1991b; 45: 277-280.
- Topo P, Hemminki E, Uutela A.** Women's choice and physicians' advice on use of menopausal and postmenopausal hormone therapy. *Int J Health Sci* 1993; 4: 101-109.
- Topo P, Holte A, Koster A, Hemminki E, Uutela A.** Climacteric hormone therapy use and women's employment in Denmark, Finland and Norway. In "The modern management of the menopause. A perspective for the 21st century", s. 79-82. (Berg G, Hammar M). The proceedings of the 7th international congress on the menopause, Stockholm, Sweden 1993. The international congress, symposium and seminar series, vol 8. The Parthenon Publishing Group. UK 1994.
- Topo P, Hemminki E.** Is menopause withering away? *J Biosoc Sci* 1995; 27: 267-276.
- Topo P, Koster A, Holte A, Collins A, Landgren B-M, Hemminki E, Uutela A.** Trends in the use of climacteric and postclimacteric hormones in Nordic countries. *Maturitas* 1995; 22: 89-95.
- Topo P.** Climacteric hormone therapy in medical and lay texts in Finland from 1955 to 1992. *Soc Sci Med* 1997; 45: 751-760.

- Tunis SR, Hayward RSA, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, Steinberg EP.** Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994; 120: 956-963.
- Turner BS.** Medical power and social knowledge. SAGE Publications. London 1987.
- Turunen R.** Reproduktiivinen teknologia, sikiö ja naisen asema. Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta, lisensiaatintutkimus, helmikuu 1996.
- Varonen H, Mäkelä M.** Suomalaiset hoitosuositukset. *Duodecim* 1996; 112: 994-998.
- Vaskilampi T.** Vaihtoehtoinen terveydenhuolto hyvinvointivaltion terveystalouteen. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 88/1992.
- Vertio H.** Täydentävät hoitomuodot ja lääkärin työ. *Suomen Lääkäril* 1988; 43: 2791.
- Vertio H, Klaukka T, Kujala S.** Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin. *Suomen Lääkäril* 1995; 50: 2227-2229.
- Weiss BD, Senf JH.** Patient satisfaction survey instrument for use in health maintenance organizations. *Med Care* 1990; 28: 434-444.
- Yleislääkärin käsikirja.** Kustannus Oy Duodecim, 2. uudistettu painos. Jyväskylä 1994.
- Ylikorkala O.** Hormonikorvaushoito - säästöä vai tuhlausta. *Duodecim* 1996; 112: 1039-1040.
- Zola IK.** Socio-medical inquiries: recollections, reflections, and reconsideration. Temple University Press. Philadelphia 1983.

KYSELY LÄÄKÄREIDEN TARJOAMISTA VAIHDE- JA TASANNEVUOSIEN HOIDOISTA

syyskuu, 1995

Arvoisa lääkäri

Tämä selvitys on Suomen Kuluttajaliiton, Suomen Potilasliiton, Kuumat Aallot -liikkeen ja tutkijoiden (Helsingin yliopiston sosiologian laitos ja Stakes) välinen yhteistyöprojekti. Tarkoituksena on selvittää, minkälaisia hoitoja keski-ikäisille ja sitä vanhemmille naisille on vaihde- ja tasannevuosissa Suomessa tarjolla. Kysely on lähetetty kaikille työikäisille naistentautien ja yleislääketieteen erikoislääkäreille Uudenmaan ja Hämeen läänien alueilla. Osoitetiedot on saatu ammattihenkilöstörekisteristä. Osallistumalla autatte naisia heitä itseään koskevassa asiassa. Voitte vastata nimettömänä, mutta halutessanne Teillä on myös mahdollisuus tiedottaa kuluttajaliikkeille tarjoamistanne hoidoista. Tutkimuksen käytännön toteutuksesta vastaa yht. yo. Hanna Toiviainen.

Viime vuosina on julkisuudessa ja erityisesti naistenlehtien palstoilla virinnyt vilkas ja avoin keskustelu vaihdevuosista ja niiden aiheuttamista muutoksista naisen elämässä. Keskustelu on voimistunut samalla, kun vaihde- ja tasannevuosien hoitoja on kehitetty. Naiset ovat tulleet entistä valveutuneemmiksi ja yhä enemmän kiinnostuneet tarjolla olevista hoitomenetelmistä ja niiden sopivuudesta itselleen.


Suomen Kuluttajaliitto ry on riippumaton valtakunnallinen kuluttajien taloudellisia, oikeudellisia ja terveydellisiä etuja edistävä järjestö. Suomen Potilasliitto ry on riippumaton valtakunnallinen potilaiden etuja ja oikeuksia edistävä liitto. Kuumat Aallot on vapaa kansalaisliike, joka pyrkii herättämään keskustelua vaihdevuosista ja erityisesti niihin liittyvistä hormonihoidoista. Sen järjestämissä tilaisuuksissa on viime vuosina keskusteltu paljon siitä, että monien naisten on vaikeaa saada riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehtoista tai haluamaansa hoitomuotoa. Itseään koskevien palvelujen ostajina ja kuluttajina naiset haluavat olla selvillä hoidon antajien hoitokäytännöistä.


Lääkäreiden hoitoperiaatteiden tiedottaminen kuluttajille etukäteen ennen vastaanotolle hakeutumista on uusi asia Suomessa. Helsingin yliopiston sosiologian laitos ja Stakes ovat kiinnostuneita siitä, miten lääkärit suhtautuvat hoitokäytäntöjensä tiedottamiseen ja auttavat yllämainittuja tahoja kyselyn teossa ja prosessin arvioinnissa. Menetelmällistä tukea työlle antavat Helsingin yliopiston sosiologian laitokselta tutkija (VTL) Ilka Kangas ja professori Elina Haavio-Mannila.

Pyydämme Teitä palauttamaan kyselyn oheisessa kirjekuoressa 31. 10. 1995 mennessä osoitteen: Suomen Kuluttajaliitto/Hanna Toiviainen Mannerheimintie 15 A 00260 Helsinki (fax 90-448 725). Vastaanottaja maksaa postimaksun. Tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä vastaa mielellään Hanna Toiviainen, p. 941-245 859 (fax 941-602 921).

Kiitos yhteistyöstä


Leena Simonen
Suomen Kuluttajaliitto ry.


Anneli Juutinen
Suomen Potilasliitto ry.


Kaarina Alanen
Kuumat Aallot


Hanna Toiviainen
yht. yo.

Kysely lääkäreiden tarjoamista vaihde- ja tasannevuosien hoidoista

1. Hoidatteko vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia? 1. kyllä
2. en

Mikäli ette hoida vaihdevuosi-ikäisiä ja/tai vanhempia naisia, voitte lopettaa vastamisen tähän. Palauttakaa kuitenkin tämä lomake oheisessa kirjekuoressa.

2. Olette
1. naistentautien erikoislääkäri
 2. yleislääketieteen erikoislääkäri
 3. muuta, mitä? _____
3. Päätoimenne on
1. sairaalassa
 2. terveyskeskuksessa
 3. yksityisvastaanotolla
 4. muualla, missä? _____
4. Syntymävuotenne 19 _____
5. Sukupuolenne
1. nainen
 2. mies

Seuraavissa kysymyksissä hormonihoidolla tarkoitetaan vaihdevuosissa oleville ja ne ohittaneille naisille (tasannevuodet) annettavaa estrogeeni- tai estrogeeni-progestiinihoitoa (hormonikorvaushoito).

6. Mitkä seuraavista naisen ominaisuuksista/tilanteista puhuvat hormonihoidon puolesta tai sitä vastaan hoitopäätöstä tehdessänne? (rastittakaa valitsemanne vaihtoehto)

oireet:	puhuu puolesta	puhuu vastaan	ei vaikuta	en osaa sanoa
1. lievät vaihdevuosioireet				
2. hyvin voimakkaat vaihdevuosioireet				
3. epäsäännölliset kuukautiset (ei muita oireita) vaihdevuosi-ikässä				

erityistilanteet:

4. aikainen menopaussi (alle 45 v)				
5. kohtu poistettu				

	aina	usein	joskus	ei lainkaan
13. muita lääkkeitä kuin hormoneja, mitä?				
14. muita hoitoja, mitä?				
15. muuta, mitä?				

9. Annatteko/suositteletteko vaihdevuosissa oleville ja/tai vaihdevuodet ohittaneille naisille sairauksia ehkäisevissä mielessä: (rastittakaa valitsemanne vaihtoehto)

	aina	usein	joskus	ei lainkaan
1. ruokavaliota koskevia neuvoja				
2. liikuntaa koskevia neuvoja				
3. nautintoaineita koskevia neuvoja				
4. keskusteluterapiaa				
5. fysioterapiaa				
6. akupunktiota				
7. joogaa				
8. rentoutushoitoa				
9. kalkkivalmisteita				
10. vitamiineja				
11. hivenaineita				
12. (muita) luontaistuotteita, mitä?				
13. muita lääkkeitä kuin hormoneja, mitä?				
14. muita hoitoja, mitä?				
15. muuta, mitä?				

Jos vastasitte kyllä, ilmoittakaa yhteystietonne:

13. Nimenne _____

14. Vastaanoton osoite ja puhelinnumero² _____

15. Mahdollisuutenne ottaa vastaan uusia potilaita

1. Toimin yksinomaan terveyskeskuksessa ja voin ottaa potilaita vain toimialueeltani
2. Voin ottaa uusia potilaita heti tai lähitulevaisuudessa
3. Voin ottaa uusia potilaita vain rajoitetusti ja erityisistä syistä
4. Voin ottaa uusia potilaita _____ lähtien
5. En voi ottaa uusia potilaita
6. Muuta, mitä? _____

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!

16. Huomautuksia ja täydennyksiä. Tarvittaessa voitte jatkaa sivun kääntöpuolelle.

²Ne yhteystiedot, jonne potilaiden yhteydenotot halutaan

Hallitus päätti tukea jokaisesta yliopistoklinikasta yhden apulaislääkärin osallistumista Lillehammerissa 9.-18.11.1995 järjestettävään 'Fifth meeting of European trainees in Obstetrics and Gynaecology' -tapahtumaan. Apulaislääkäreillä on mahdollisuus osallistua erikoistumiskoulutukseen liittyviä asioita käsittelevään ECOG:n kongressiin ja viettää sitä edeltävä viikko tutustumassa johonkin pohjoismaiseen sairaalaan.

MUIHIN JÄRJESTÖIHIN LIITTYVÄT ASIAT:

NFOG:n Tukholmassa 19.-23.5. 1996 pidettävän kongressin valmistelut ovat pitkällä. Oma kevätkokouksemme on ennen kongressia matkan varrella Maarianhaminassa, tässä SYKLI:ssä on lisätietoa yhdistyksen tarjoamista matkajärjestelyistä

NFOG:n tieteellisen toimikunnan jäsenet ovat vaihtumassa. Suomen edustajaksi päätettiin esittää Erja Halmesmäkeä Pentti Jouppilan tilalle.

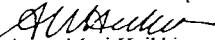
FIGO on pyytänyt yhdistystä nimeämään yhdyshenkilön suomalaisiin sairaaloihin tutustumaan tulevien 12 kehitysmaalaisen kollegan asioita hoitamaan. Yhdyshenkilökoti valittiin Erkki Kujansuu.

Kansainvälinen lapsi- ja nuorisogynekologiyhdistyksen FIGIJ:n XI kongressi pidetään 31.5.-3.6.1998 Helsingissä. SGY:n jäsenyyttä FIGIJ:ssä siirtyy maassamme toimivalle Suomen lapsi- ja nuorisogynekologiyhdistykselle SIANGY:lle.

Helsingin Yliopiston sosiologian laitos ja STAKES tekevät Suomen Potilasliiton, Suomen Kuluttajaliiton ja Kuumat Aallot -liikkeen kanssa kyselyn maamme gynekologeille ja yleislääkäreille vaihde- ja tasannevuosien hoidosta. Raporttia on STAKESilta pyytänyt Kuumat aallot-liike. STAKESin mukaan tarkoituksena on tehdä kyselyn tuloksista ja sen herättämistä reaktioista raportti tieteelliseen lehteen ja tuottaa lista erilaisia hoitoja tarjoavista lääkäreistä, jotta potilas voisi jo ennen vastaanotolle tulemistaan valita lääkärin tämän käyttämien hoitoperiaatteiden mukaan. STAKESista toivottiin, että kyselykaavake voitaisiin lähettää SGY:n jäsenille jäsentiedotteen mukana.

Jäsenkirjeessä on perinteisesti lähetetty vain yhdistyksen sisäisiä koulutus- ja selkeästi omaan toimintaan liittyviä tiedotteita. Tässä tutkimuksessa ei ole mukana gynekologeja. Tutkimustyön organisointi ei myöskään kuulu yhdistyksen toiminta-alueeseen. Mahdollisen listan tuottaminen eri tyyppisiä palveluja tarjoavista vaihdevuosisiläkäreistä kuuluu kiistatta paremmin ammattiyhdistyksen harkittavaksi kuin SGY:n toimintaan. Siksi hallitus päätti, että kyselyä ei voi lähettää jäsenille yhdistyksen nimissä.

SGY:n hallituksen puolesta


Anna-Mari Heikkinen
sihteeri




Hanna Toiviainen
STAKES/THTY
PI 220
00531 Helsinki

Hyvä Hanna Toiviainen,

Suomen Gynekologiyhdistyksen hallitus käsitteli kokouksessaan 1.9.1995 pyyntöänne lähettää vaihde- ja tasannevuosien hoitoa koskeva kirje yhdistyksen jäsentiedotteen mukana jäsenille. Suomen Gynekologiyhdistyksen hallitus suhtautuu myönteisesti tutkimukseen, jossa selvitetään erilaisten hoitojen tarjontaa ja edistetään näin potilaan mahdollisuuksia saada tietoa hoitovaihtoehtoista. Yhdistyksemme jäsentiedote on kuitenkin pelkästään yhdistyksen sisäisiä, lähinnä koulutukseen liittyviä asioita käsittelevä kirje, ja se halutaan rajata sellaiseksi jatkossakin. Yhdistyksemme tarkoituksena on jatkokoulutuksen ja synnytys- ja naistentauteja koskevan tutkimustoiminnan tukeminen, mutta koska yhdistyksemme ei ole mukana tämän tutkimuksen suunnittelussa, emme myöskään halua esittää jäsenillemme kehoitusta kyselyyn vastaamisesta.

Suomen Gynekologiyhdistyksen hallituksen puolesta toivomme kuitenkin menestystä tutkimuksellenne. Asian ajankohtaisuudesta johtuen uskomme, että vastausprosentti on hyvä. Tutkimukseenne herättää varmasti paljon mielenkiintoista ja tarpeellista keskustelua vaihdevuosisien hoitokäytäntöihin liittyen

Parhain terveisin


Seppo Saarikoski
puheenjohtaja


Anna-Mari Heikkinen
sihteeri

KYS, naistenklinikka
pl 1777
70211 KUOPIO

4. Kysely lääkäreiden tarjoamista vaihde- ja tasannevuosien hoidosta

Suomen Potilasliiton, Suomen Kuluttajaliiton, Kuumat Aallot-liikkeen ja Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen ja Stakesin tutkijoiden yhteistyönä tehdään kyselytutkimus keski-ikäisten ja sitä vanhempien naisten vaihdevuosisivousojen hoidosta. Tutkimuksen käytännön toteutuksesta vastaa Hanna Toiviainen Stakesista. Kysely lähetetään kaikille Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen jäsenille. Kyselyä varten on STAKESille annettu yhdistyksen jäsenluettelo. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että vastaat kyselyyn.

5. Uutisia

Eläke-Varma on lahjoittanut 15.000 markkaa Suomen Yleislääketieteen Säätiölle.

6. T-paidat

Yhdistyksen T-paitoja voi tilata sihteeriltä hintaan 80 mk + postituskulut. Paidat ovat hyvälaatuisia, lyhythihaisia, valkoisia ja niiden rintamuksessa on yhdistyksen vihreä, taiteilijan suunnittelema logo.

Kansainväliset asiat

7. Yhdistykselle saapuneet julkaisut:

WONCA NEWS 1/1995. Tässä lehdessä on kv asioiden sihteerin laatima kirjoitus: Mother and Child in Family Medicine. Finnish-Estonian Joint Meeting.

WONCA NEWS 2/1995.

Practicus August 1995.

The British Journal of General Practice September 1995.

Newsletter of the Network of Community Oriented Health Educational Institutions.

Raportti: International Conference on the Education of Family Physicians, October 26-28, 1993, National Institutes of Health Bethesda, Maryland, USA.

Kiinnostuneet voivat pyytää julkaisuja lainaksi kansainvälisten asioiden sihteeriltä.

8. EGPRW

Liitteenä tietoja European General Practice Research Workshop (EGPRW) järjestöstä ja ohjeet asiasta kiinnostuneille henkilöjäseneksi liittymisestä.

9. European Network for Primary Care in Rural & Isolated Areas

Liitteenä tietoja maaseudulla ja haja-asutusalueella toimivien lääkäreiden järjestöstä. Suomen yhdyshenkilö on Aino Snellman.

10. The First Baltic Conference on Family Medicine

Viron perhelääkäriyhdistys järjesti yhdessä Latvian ja Liettuan yhdistysten kanssa tämän konferenssin 26-27.8.95 Tartossa monille yhdistyksen jäsenillekin tutuissa Maarjamõisan poliklinikan tiloissa. Konferenssissa oli noin 160 osanottajaa kaikista Baltian maista, Suomesta, Ruotsista, Tanskasta. Merkittävänä puhujina osallistuivat kongressiin mm. WONCA:n Euroopan alueen varapresidentti tri Lotte Newman, SIMG:n presidentti tri Fons Sips sekä tri Michael Boland Irlannista. Myöskin Suomen yleislääketieteen yhdistyksen puheenjohtajalla prof. Mauri Isokoskella oli kongressissa pyydetty puheenvuoro. Juhlailillisilla puheenjohtajamme luovutti Viron yhdistyksen puheenjohtajalle dos. Margus Lemberille yhdistyksemme standardin. Konferenssi oli mielenkiintoinen katsaus yleislääketieteen tilanteeseen Baltian maissa.



ALLMÄNNMEDICINSKA FÖRENINGEN
I FINLAND
THE FINNISH ASSOCIATION OF
GENERAL PRACTICE

Tiedoksi.

Terv. Doris Holmberg-Marttila

LIITE 5

Suomen yleislääketieteen yhdistyksen työvaliokunnan päätöksiä:

Sihteeri on ollut erikseen yhteydessä kaikkiin työvaliokunnan jäseniin, : Mauri Isokoskeen, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemeen, Simo Harjuun ja Irma Virjoon. Kaikki päätökset tehtiin yksimielisesti.

25.8.1995:

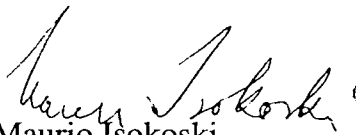
Päätettiin, että yhdistyksen standaaari no V luovutetaan Viron Perhelääkäriyhdistykselle The First Baltic Conference on Family Medicine-kongressin yhteydessä 26.-27.8.1995.

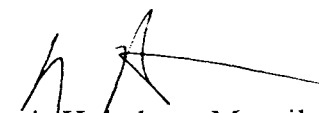
13.9.1995:

Hanna Toiviainen STAKESista on pyytänyt yhdistystä lähettämään vaihdevuosihoitokäytäntöjä kartoittavan tutkimuskyselyn yhdistyksen syyskuun jäsenpostin mukana jäsenistölle (liite 1). Työvaliokunta päätti, että kyselykaavaketta ei postiteta yhdistyksen jäsenpostina. Yhdistyksen jäsenpostin postituksesta huolehtii lääketehdas. Yhdistyksen jäsenpostina lähetetään yhdistyksen omaa toimintaa koskevia tiedoituksia. Päätettiin, että yhdistyksen jäsenistön osoitetiedot voidaan antaa tutkijan käyttöön. Päätettiin, että tutkimuksesta voidaan informoida jäsenkirjeessä.

Merkittiin tiedoksi Marjukka Mäkelän suomennos EQuiPin suosituksesta (liite 2). Suomennos julkaistaan aikaisemman hallituksen päätöksen mukaisesti yhdistyksen julkaisusarjassa.

Tampereella 19.9.1995


Maurio Isokoski
puheenjohtaja


Doris Holmberg-Marttila
sihteeri

TERMIEN MÄÄRITELMIÄ

Epidemiologinen	Tautiopillinen
Erityisindikaatio	Erityinen syy jonkin lääkkeen tai hoidon käyttöön, vrt. indikaatio ja kontraindikaatio
Hormonihoito	Vaihdevuosissa oleville ja ne ohittaneille naisille annettava estrogeeni- tai estrogeeni-progestiinihoito, katso hormonikorvaushoito
Hormonikorvaushoito	Vaihdevuosissa oleville ja ne ohittaneille naisille annettava estrogeeni- tai estrogeeni-progestiinihoito, katso hormonihoito
Indikaatio	Hoidonaihe, esim. lääkkeen käyttöaihe
Kontraindikaatio	Vasta-aihe, käytön este, lääkkeen tai muun hoidon käyttöä vastaan puhuva syy, vrt. indikaatio ja erityisindikaatio
Kuumat Aallot -liike	Kansalaisliike joka pyrkii herättämään keskustelua vaihdevuosista ja erityisesti niihin liittyvistä hormonihoidoista
Medikalisaatio	Lääketieteellistäminen, erilaisten ilmiöiden saattaminen lääketieteen alaan kuuluviksi, ilmiöiden määrittäminen terveyden ja sairauksien termein

Menopausi	Kuukautisten loppuminen vaihdevuosi-iässä, katso vaihdevuodet
Omalääkäri	Potilasta vakituisesti hoitava lääkäri, järjestelmä johon suomalaisessa perusterveydenhuollossa on osittain jo siirrytty ja jota nopeasti laajennetaan kaikkiin kuntiin
Osteoporoosi	Luukato, etenkin vaihdevuosien jälkeen naisilla esiintyvä luuaineksen väheneminen joka voi aiheutua myös luuston käyttämättömyydestä
Postmenopausi	Kuukautisten loppumisen jälkeiset vuodet (vaihdevuosien ja vanhuuden välinen ajanjakso), katso tasannevuodet
Postnataalinen	Syntymän jälkeen tapahtuva
Premenopausi	Kuukautisten loppumista (menopausia) edeltävä ajanjakso
Prenataalinen	Syntymää edeltävä
Rintasyöpä	Naisten yleisin syöpämuoto
Suomen Kuluttajaliitto	Valtakunnallinen kuluttajien taloudellisia, oikeudellisia ja terveydellisiä etuja edistävä järjestö
Suomen Potilasliitto	Valtakunnallinen potilaiden etuja ja oikeuksia edistävä liitto

Tasannevuodet	Kuukautisten loppumisen jälkeiset vuodet (vaihdevuosien ja vanhuuden välinen ajanjakso), katso postmenopausi
Vaihdevuodet	Naisen sukukypsyysiän päättymiseen liittyvä ajanjakso, katso menopausi
Vaihdevuosi-ikä	Ikäkausi, jolloin naisen estrogeenituotanto vähenee huomattavasti liittyen naisen sukukypsyysiän päättymiseen
Vaihdevuosioire	Vaihdevuosioire(yhtymä), joillakin naisilla vaihdevuosien aikana esiintyvät monimuotoiset oireet joihin on luettu mm. kylmät ja kuumat aallot, päänsärky, masennus ja ärtyneisyys
Vaihtoehtolääketiede (vaihtoehtolääkintä)	Koululääketieteen ulkopuolelle jäävistä hoitomenetelmistä käytetty nimitys, katso vaihtoehtoiset hoitomuodot
Vaihtoehtoiset hoitomuodot	Koululääketieteen ulkopuolelle jäävistä hoitomenetelmistä käytetty nimitys, katso vaihtoehtolääketiede
Väestövastuujärjestelmä	Terveystuotojärjestelmä jossa eri ammattiryhmistä koostuva työryhmä vastaa määräväestön perusterveyden- ja sairaanhoidosta