

Ikääntyneiden toimijuus lääkehoidossa
Kyselytutkimus ikääntyneiden halusta osallistua keskusteluun ja
päätöksentekoon lääkkeen valinnasta

Pro gradu -tutkielma
Sosiologia
Turun yliopisto

Laatija:
Kiira Järvisilta

Ohjaajat:
VTT Mikko Niemelä
FT Jani Erola
FaT Katri Hämeen-Anttila

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

JÄRVISILTA, KIIRA: Ikääntyneiden toimijuus lääkeshoidossa - Kyselytutkimus ikääntyneiden halusta osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon lääkkeen valinnasta
Pro gradu -tutkielma, 56 s, 2 liitettä
Sosiologia
Kesäkuu 2018

Ikääntyminen ja lääkehoito ovat merkittäviä yhteiskunnallisia teemoja, jotka vaikuttavat olennaisesti myös yksilön arkeen. Vaikka toimintakykyiset vuodet ovat väestötasolla lisääntyneet, lääkkeisiin käytetään julkisia varoja enemmän kuin aiemmin. Laadukkaan ja rationaalisen lääkehoidon toteuttamiseen liittyy useita haasteita. Yhtenä niistä voidaan pitää ikääntyneiden potilaiden oman osallistumisen riittävää tukemista.

Tutkielman teoreettisena viitekehysenä hyödynnetään sosiologista toimijuuden käsitettä, jota sovelletaan lääkärin vastaanoton tapahtumien tarkasteluun. Toimijuudella tarkoitetaan kykyä, halua ja pystymistä. Lääkärin vastaanotolla ideaalitulanteena pidetään jaettua päätöksentekoa, jossa potilas ja lääkäri yhdessä osallistuvat päätöksentekoprosessiin, jakavat tietoa ja muodostavat molempien hyväksymän päätöksen.

Tutkielman tavoitteena on selvittää, millainen yhteys ikääntymisellä ja halulla osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon on sekä tarkastella, miten sosioekonominen asema ja toimintakyky ovat siihen yhteydessä. Tutkielman empiirisenä aineistona käytetään Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean vuonna 2015 keräämää postikysely- ja verkkopaneeliaineistoa (n = 5 425). Analyysimenetelmänä on käytetty lineaarista regressioanalyysiä.

Tulosten mukaan suurin osa vastaajista suhtautuu positiivisesti lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun sekä päätöksentekoon osallistumiseen. Hieman useammin haluttiin osallistua keskusteluun lääkkeen valinnasta kuin päättää siitä yhdessä lääkärin kanssa. Yli 70-vuotiaat olivat hieman haluttomampia osallistumaan keskusteluun lääkkeen valinnasta, mutta päätöksentekoon osallistumisessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa. Halukkaimpia osallistumaan päätöksentekoon yhdessä lääkärin kanssa olivat 65–69-vuotiaat. Naiset olivat miehiä halukkaampia osallistumaan keskusteluun sekä päätöksentekoon. Tulosten mukaan korkeampi sosioekonominen asema oli yhteydessä vähemmän aktiiviseen osallistumiseen keskustelussa sekä päätöksenteossa. Vastaajat, joilla on toiminta- tai työkykyä haittaava vamma tai sairaus, olivat halukkaampia osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon lääkkeen valinnasta. Ne vastaajat, jotka olivat halukkaita keskustelemaan lääkkeen valinnasta, olivat myös halukkaampia osallistumaan päätöksentekoon yhdessä lääkärin kanssa.

Asiasanat: ikääntyneet, lääkehoito, toimijuus, kyselytutkimus

Sisällys

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 Johdanto | 1 |
| 2 Ikääntyneet, toimijuus ja lääkehoito | 5 |
| 2.1. Ikääntymisen määritelmät | 5 |
| 2.2. Toimijuus..... | 7 |
| 2.3 Jaettu päätöksenteko ja potilaan oikeudet | 11 |
| 2.4. Lääkehoito ja toimijuus | 14 |
| 3 Ikääntyminen ja lääkehoito tutkimuksen kohteena | 18 |
| 3.1. Ikääntyneiden kokemukset, asenteet ja näkemykset lääkeshoidosta | 19 |
| 3.2. Päätöksenteko, roolit ja vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla..... | 21 |
| 4 Tutkimusasetelma | 25 |
| 4.1. Tutkimuskysymykset..... | 25 |
| 4.2. Aineisto | 27 |
| 4.3. Muuttajat | 29 |
| 4.4 Lineaarinen regressioanalyysi | 31 |
| 5 Tulokset..... | 33 |
| 5.1. Kuvailevat analyysit | 33 |
| 5.2. Ikääntyneiden halu osallistua lääkkeen valintaan koskevaan keskusteluun..... | 35 |
| 5.3. Ikääntyneiden halu osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon | 38 |
| 5.4. Keskustelun ja päätöksentekoon osallistumisen yhteys lääkkeen valinnassa | 41 |
| 6 Johtopäätökset ja pohdinta | 42 |
| Lähteet..... | 46 |

Kuvat

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kuva 1. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008) | 9 |
| Kuva 2. Potilaan roolit lääkärin vastaanotolla (mukaiillen Degner & Sloan 1997)..... | 12 |
| Kuva 3. Halu osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun, sukupuoli ja ikä ... | 34 |
| Kuva 4. Halu osallistua lääkkeen valintaa koskevaa päätöksentekoon, sukupuoli ja ikä | 34 |

Taulukot

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt muuttujat ja niihin tehdyt muutokset. | 29 |
| Taulukko 2. Iän, sukupuolen, tulojen ja toimintakyvyn yhteys haluun osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun, lineaarinen regressioanalyysi. | 36 |
| Taulukko 3. Iän, sukupuolen, tulojen ja toimintakyvyn yhteys haluun osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon, lineaarinen regressioanalyysi | 39 |

Liitteet

Liite 1: ”Taulukko: Halu keskustella lääkkeen valinnasta sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn mukaan, lineaarinen regressio”

Liite 2: ”Taulukko: Halu päättää lääkkeen valinnasta sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn mukaan, lineaarinen regressio”

”Ajankäyttöä suurempi murhe on tämä yleinen vanhuksiin liittyvä harha, että olemme harmaata massaa, joko laitokseen säilöttyjä surkimuksia tai kohti auringonlaskua kaasuttavia prätikävaareja. Erityisesti viime aikoina on korostunut tuo toimeliaisuutta ja suorituksia ihannoiva kulttuuri.”

- Antti Eskola ET-lehden haastattelussa 17.10.2016

1 Johdanto

Tässä tutkielmassa tarkastellaan terveystieteellisistä lähtökohdista ikääntyneiden potilaiden toimijuutta lääkehoidon näkökulmasta. Se, mitä lääkärin vastaanotolla tapahtuu, kun keskustellaan lääkkeistä tai päätetään niiden käytöstä, on yksi esimerkki terveystieteologiaa kiinnostavasta vuorovaikutustilanteesta, johon vaikuttavat yhteiskunnan normit ja säädökset. Terveystieteellinen lähestymistapa terveyteen ja sairauteen on mielenkiintoinen, mutta ennen kaikkea tarpeellinen, jotta yhteiskunnan toiminnan ja terveyden välistä yhteyttä voidaan kokonaisuudessaan ymmärtää. Ajatus siitä, että sairauden kokemukset ja lääketieteellinen tieto ovat sosiaalisesti rakentuneita on keskeistä terveystieteologiselle tutkimukselle. Terveyttä käsittelevässä sosiologisessa tutkimuksessa on oltu kiinnostuneita muiden muassa siitä, miten luokka, sukupuoli (*gender*) ja etnisyys vaikuttavat sairauden kokemukseen. (White 2009, 1–4.) Epidemiologisen muuntumisen ja lääketieteen kehityksen lisäksi potilaan rooli on muuttunut vuosikymmenten saatossa. Potilaan roolin muuttuessa ja terveyden huollon kehittyessä potilaiden kyky vaatia ja osallistua omaan hoitoonsa on kasvanut. Sosiologisessa tutkimuksessa käytetyt termit ovat saaneet uusia merkityksiä ja potilaan aktiivista toimintaa hoitotyössä tarkastellaan sosiologisessa tutkimuksessa uusin tavoin. (Armstrong 2014.)

Ikääntyminen, väestöllinen huoltosuhde ja eläkkeelle jäävät suuret ikäluokat ovat olleet viimeisen vuosikymmenen ajan näkyvästi esillä yhteiskunnallisessa keskustelussa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on toteutettu ja toteutetaan suuria rakenteellisia muutoksia, jotka muovaavat myös ikääntyvien ja iäkkäiden potilaiden roolia. Ajatus ikääntyneiden aktiivisesta osallistumisesta ja toiminnasta yhteiskunnassa sekä terveydenhuollossa voi olla samaan aikaan toivottu ja ristiriitainen. Hoitotyössä potilaan toimintaan vaikuttavat potilaan omien ominaisuuksien lisäksi hoitajien ja lääkäreiden asenteet sekä työskentelykulttuuri. Sairaanhoidajan työstä olen saanut valtavasti inspiraatiota ja erilaisia näkemyksiä potilaan toimijuuteen, jaettuun päätöksentekoon ja niihin vaikuttavien tekijöiden tarkasteluun. Oma ammatillinen taustani vaikuttaa merkittävästi siihen, millainen näkökulma tähän tutkielmaan on valittu tarkasteltavaksi.

Ikääntyminen voidaan nähdä monella tavalla myös yhteiskunnallisena haasteena. Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus sekä maakuntaudistus

ovat näkyviä ja ajankohtaisia esimerkkejä siitä, miten yhteiskunta on reagoinut väestön ikääntymisen luomiin uusiin paineisiin. Palvelun tarpeet muuttuvat ja samaan aikaan valtion taloutta haastaa huoltosuhteen heikkeneminen. Vuonna 2016 Suomessa oli yli 1,1 miljoonaa yli 65-vuotiasta. Se tarkoittaa, että suomalaisista joka viides on ikääntynyt. (Suomen virallinen tilasto 2017.) Väestöennusteiden mukaan vuoteen 2030 mennessä suomalaisista 29 prosenttia on yli 65-vuotiaita. Osuus tulisi seuraavina vuosikymmeninä kasvamaan entisestään. Yli 65-vuotiaiden määrän kasvaessa väestöllinen huoltosuhde kallistuu yhä jyrkemmin. Jokaista työikäistä kohden on enemmän huolettavia kuin ennen. (Suomen virallinen tilasto 2015.) Näitä väestörakenteen muutoksia selittää kasvanut elinajanodote. Vuonna 2015 vastasyntyneen elinajanodote oli miehillä 78,5 vuotta ja naisilla 84,1 vuotta. (Suomen virallinen tilasto 2017.) On selvää, että ikääntymiseen liittyviä kysymyksiä ei voida enää ohittaa yhteiskunnallisessa keskustelussa tai tutkimuksessa.

Oleennaista on pohtia, ketä ikääntyneet ovat ja miten ikääntyminen muuttuu. Ikääntyminen muovautuu ajassa. Työelämästä pois siirtymisen jälkeen aktiivisia vuosia on aina vain enemmän jäljellä. Kolmas ikä -käsitteellä viitataan aktiiviseen ja elinvoimaiseen elämäntapaan työiän ja varsinaisen vanhuuden, niin sanotun neljännen iän, välillä. Kolmas ikä edustaa uutta käsitystä ikääntymisestä, jonka katsotaan vahvistuvan, kun suuret ikäluokat poistuvat työelämästä. Kolmas ikä ei ole kronologinen ikämäärittely, vaan kuvastaa ikävaiheelle tyypillistä elämää aktiivisen kulutuksen ja aurinkomatkojen aikana. (esim. Karisto & Konttinen 2004, 11–14; Karisto 2008, 12–14.) Tässä tutkielmassa ikääntymiselle analyysejä varten määritettiin kronologinen 65 ikävuoden raja, mutta ikääntymistä lähestytään teoreettisesti kolmas ja neljäs ikä -käsitteiden avulla.

Mitä pidempään ihmiset elävät, sitä enemmän he todennäköisesti kuluttavat elinaikanaan terveydenhuollon palveluita, käyttävät lääkkeitä ja tarvitsevat erilaisia hoitoja. Toki kaikki eivät tarvitse palveluita tai lääkkeitä koskaan. Kiinnostavaa on, kuinka toimintakykyistä ikääntynyt väestö on, eikä vain se, kuinka paljon sairauksia esiintyy. Vaikka väestö ikääntyy, toimintakykyisiä vuosia on entistä enemmän. (Sainio ym. 2013, 63–64.) Tässä tutkielmassa ikääntymistä ja ikääntymiseen liittyvää keskustelua lähestytään lääkehoidon näkökulmasta. Lääkkeet ja lääkehoito ovat lisääntyneistä toimintakykyisistä vuosista huolimatta mittavia ilmiöitä yksilöiden arjessa ja yhteiskunnassa laajemmin. Lääkkeisiin käytetään enemmän rahaa kuin koskaan. Vuoden 2016 Suomen lääketilaston mukaan lääkekorvauksia maksettiin yli 1,4 miljoonaa euroa, mikä oli 2,5 prosenttia aikaisempaa enemmän, vaikka korvausjärjestelmän muutos

tammikuussa 2016 kiristi korvausperusteita. Yli 65-vuotiailla oli lääkemenoja alkuomavastuun (50 €) jälkeen keskimäärin 871 euroa vuodessa (koko väestö 621 €). (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea & Kansaneläkelaitos 2017.) Vuotta aiemmin yli 65-vuotiailla lääkemenoja oli keskimäärin 818 euroa (koko väestö 511 €) (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea & Kansaneläkelaitos 2016).

Tämä tutkielma rajoittuu käsittelemään ikääntyneiden halua osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon, mutta ikääntyneiden toimijuuteen yhteiskunnassa liittyy paljon muitakin kysymyksiä. Näitä kysymyksiä on sivuttu esimerkiksi poliittisessa keskustelussa ja iltapäivälehtien kohuotsikoissa. Haluavatko ikääntyneet asua omissa kodeissaan vai seniorikeskuksissa? Millaista on hyvä hoito? Kuka määrää milloin itsemääräämisoikeus päättyy? Mikä on riittävä hoitajaresurssi ja riittävä palvelun laatu? Yhteistä näille kysymyksille on, että valitettavan harvoin asiaa kysytään ikääntyneiltä itseltään. Itsemääräämisoikeus, aktiivisen toiminnan mahdollistaminen ja mahdollisuudet osallistua liittyvät voimakkaasti yleisempään yhteiskunnalliseen keskusteluun ikääntyneiden asemasta. Erityisesti hoitotyössä ajatellaan, että kaiken hoidon lähtökohtana ovat niin sanotut perusoikeudet, joita ovat esimerkiksi perustuslaissa määritetyt yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus sekä oikeus sosiaaliturvaan ja huolenpitoon (Suomen perustuslaki 731/1999).

Itsemääräämisoikeus on viime vuosien aikana noussut yhdeksi suureksi ikääntymiseen ja terveydenhuoltoon liittyväksi kysymykseksi. Potilaan oikeuksien toteutumista kaikessa hoidossa turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämä laki määrittää potilaan oikeudet, joita ovat esimerkiksi oikeus hyvään hoitoon ja itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Itsemääräämisoikeutta koskevaan lainsäädäntöön on esitetty muutoksia, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi aiempaa paremmin myös erityistä tukea tarvitsevilla potilasryhmillä, kuten muistisairailta (HE 108/2014). Lain perusteella ikääntyneillä pitäisi siis olla tilaa oman äänen esiin tuomiseen ja mahdollisuus vaikuttaa heitä koskeviin päätöksiin. Onko näin kuitenkaan?

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kyselytutkimuksen keinoin ikääntyneiden 65–79-vuotiaiden halua osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon lääkärin vastaanotolla. Tutkimusasetelman ja tutkimuskysymysten asettamisessa hyödynnetään pääasiassa sosiaaligerontologi Jyrki Jyrkämän (2008) toimijuuden viitekehystä, jossa hän tarkastelee sosiologian kentältä tuttua toimijuutta ikääntyneiden

näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa toimijuudella tarkoitetaan ennen kaikkea kykyä, halua ja pystymistä erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin ja toimintoihin, joita lääkehoitoon liittyy lukuisia. Osallistumista lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon pidetään tilanteena, jossa toimijuutta esiintyy erilaisissa muodoissa. Kokonaiskuvan saamiseksi tarkastellaan toimijuutta myös muista sosiologisista näkökulmista (esim. Foucault 2013; Giddens 1984, Giddens 1991; Goffman 1997; Parsons 1951; Stacey 1984; Stacey 1988).

Tutkimuksessa aineistona käytetään Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean vuonna 2015 keräämää postikyselyaineistoa ja verkkopaneeliaineistoa (ks. Järvisilta ym. 2018). Otos kohdistui iältään 18–79-vuotiaisiin suomalaisiin. Vastauksia aineistossa on yhteensä 5 425. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millainen yhteys ikääntymisellä ja halulla osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon on sekä tarkastella, miten sosioekonominen asema ja toimintakyky ovat siihen yhteydessä. Tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa aiheesta, jota Suomessa ei ole aiemmin tutkittu näin suurella määrällisellä aineistolla. Aineiston analyysissä hyödynnetään lineaarista regressioanalyysiä.

2 Ikääntyneet, toimijuus ja lääkehoito

Tässä luvussa esitellään tämän tutkimuksen kannalta merkittävimmät käsitteet sekä tutkimusasetelman rakentamisessa hyödynnetyt teoreettiset lähtökohdat. Ensimmäisessä alaluvussa keskitytään ikääntymisen määritelmiin ja tarkennetaan, keitä ikääntyneet tässä tutkimuksessa ovat. Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan teoreettisena lähtökohtana käytettävää toimijuuden käsitettä. Luvussa esitetään perusteluja sille, miksi sosiologinen toimijuusteoria on soveltuva ikääntyneiden lääkehoidon tarkasteluun. Kolmannessa alaluvussa syvennytään lääkärin vastaanotolla tapahtuvaan päätöksentekoon ja asetetaan kriteerit jaetulle päätöksenteolle. Päätöksenteon katsotaan olevan yksi konkreettinen tilanne lääkehoidossa, jossa potilaan oman toimijuuden mahdollisuudet tai esteet tulevat ilmi. Viimeisessä alaluvussa tarkastellaan lääkehoitoa suomalaisen terveydenhuollon ja yhteiskunnan näkökulmasta.

2.1. Ikääntymisen määritelmät

Erilaisia ikääntymiseen ja vanhenemiseen liittyviä määritelmiä on lukuisia. Ikääntymistä tavallisesti tarkastellaan neljästä näkökulmasta. Nämä neljä näkökulmaa ovat kronologinen, biologinen, psykologinen sekä sosiaalinen ikääntyminen. Kronologinen ikä on selkein tapa erotella väestö erilaisiin ikäryhmiin. Kokonaisvaltainen käsitys ikääntymisestä ja ikääntyneistä vaatii kaikkia edellä mainittuja näkökulmia. Ikääntyminen ja vanhuus voidaan nähdä murroksen tilana yhteiskunnallisesti ja yksilölle itselleen. Ikääntymiseen kohdistuvassa puheessa ja tutkimuksessa on korostettava ennen kaikkea sitä, että ikääntyneet ja vanhukset muodostavat todellisuudessa hyvin heterogeenisen ryhmän. Tutkimusta ei voida missään nimessä tehdä vain yhdestä ikääntymisen näkökulmasta. (Jyrämä 2001.) On selvää, että kaikki eivät vanhene samalla tavalla. Ikääntyminen ei automaattisesti tarkoita sairastumista tai toimintakyvyn heikentymistä. Iäkkäiden terveys ja toimintakyky ovat väestötutkimusten mukaan parantuneet viime vuosikymmenten aikana. Tiettyjen sairausryhmien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, osuus suomalaisessa ikääntyvässä väestössä on kuitenkin edelleen suuri. (Sainio ym. 2013, 63–64.)

Jotta ikääntymistä voidaan käsitellä ja ymmärtää lääkehoidon kontekstissa, tulee ymmärtää, mitä ikääntyessä elimistössä tapahtuu ja millaisia muutoksia ikääntyminen

aiheuttaa. Biologian näkökulmasta vanheneminen tarkoittaa solujen ja elinten muutosta sekä rappeutumista, joka johtaa lopulta kuolemaan (Portin 2013, 114–115). Lääkehoidon tarve syntyy juuri biologisen vanhenemisen seurauksena. Psykologian eri koulukunnilla taas on monia näkökulmia ikääntymiseen, esimerkiksi elämänkaarimalleissa ikääntyminen nähdään yhtenä osana kehityspsykologista sykliä (Saarenheimo 2012). Elämänkaaripsykologisen koulukunnan mukaan luopuminen ja uudelleenrakentuminen kehitystehtävinä heijastelevat vanhuudessa eletyn elämän mielekkyyttä. Kehitysvaiheet ja -tehtävät linkittyvät toisiinsa. Kehitystehtävät ikääntyessä rakentuvat aikaisemmissa elämänvaiheissa tapahtuneisiin onnistumisiin ja epäonnistumisiin. (Dunderfelt 2011.)

Tässä tutkimuksessa ikääntymisen kronologisena taitekohtana pidetään 65-vuoden ikää, mutta tarkoituksena on tarkastella ikääntyneitä aktiivisina yhteiskunnallisina toimijoina ja kuluttajina. Nykyajassa on perustelua erottaa aktiivinen ikääntyminen varsinaisesta vanhuudesta. Eläkkeelle jäämisen ja raihnaisen vanhuuden väliin jäävä aika on monelle elinvoimainen ja toimelias. Tätä aktiivista aikaa kuvataan kolmannen iän ilmiöksi, johon erityisesti suuret ikäluokat ovat siirtymässä, koska ovat eläkkeelle jäädessään keskimäärin aiempaa parempikuntoisia. Ikääntymässä olevat suhtautuvat ikääntymiseen uudella tavalla, sillä odotukset ja asenteet sitä kohtaan ovat muuttuneet. (esim. Karisto & Kontinen 2004, 11–14; Karisto 2008, 12–14) Niin sanottujen kolmannen ja neljännen iän erottavana tekijänä voidaan pitää toimintakyvyn heikentymistä ja avuntarpeen lisääntymistä. Neljättä ikää eli vanhuutta ei tule tarkastella esimerkiksi pelkästään laitostumisen näkökulmasta, vaan myös silloin ikääntyneitä tulee tarkastella yksilöllisinä toimijoita (Gilleard & Higgs 2010; Gilleard & Higgs 2013; Lloyd ym. 2014). Kolmas ikä edustaa uudenlaista näkemystä ikääntyneistä yhteiskunnallisina toimijoina. Tässä tutkimuksessa näkökulmaa hyödynnetään ikääntyneiden potilaiden aktiivisen toiminnan tarkasteluun.

Edellä esitetyt kolmannen ja neljännen iän käsitteet ovat sosiaalisesti rakentuneita ja perustuvat ikääntyneiden sosiaalisiin suhteisiin sekä toiminnan tapoihin. Ikääntymisen ulottuvuuksista sosiaalinen ikääntyminen tarkoittaa juuri sitä, millaiseksi ikääntyneen rooli muodostuu ja muuttuu elämäkokemuksen myötä suhteessa muihin ihmisiin ja ryhmässä toimimiseen. Sosiaaliseen ikääntymiseen vaikuttaa se, millaisessa kulttuurisessa ja sosiaalisessa kontekstissa ikääntyminen tapahtuu. Sosiaalinen ikääntyminen muodostuu erilaisista kulttuurisista käsityksistä ja oletuksista, miten ikääntyneiden tulee yhteiskunnassa käytäytyä. Kaikki eri ikääntymisen ulottuvuudet

linkittyvät toisiinsa, joten sosiaalista ulottuvuutta ei tule ikääntymisen tarkastelussa sivuuttaa. Jokaisen yksilön kohdalla eri ulottuvuudet voivat kuitenkin realisoitua monella eri tavalla. (Phillips ym. 2010.)

Ikääntyminen ja vanheneminen ovat myös yhteiskunnallisia teemoja ja viime vuosina keskustelua on kohdistettu arvokkaan ikääntymisen teemoihin sekä ikääntymisestä aiheutuviin kustannuksiin. Suomessa vuonna 2016 omassa kodissaan asui 74–84-vuotiaista 95 prosenttia ja yli 85-vuotiaistakin noin 80 prosenttia. Kotihoidon asiakkaita yli 65-vuotiaasta väestöstä oli noin 6 prosenttia, yli 75-vuotiaista 11 prosenttia. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2018.) Suomessa ikääntyneet viettävät kuitenkin todennäköisesti kaksi viimeistä elinvuottaan ympärivuorokautisen hoivan piirissä kohonneen eliniän vuoksi (Forma ym. 2017). On havaittu, että asuinkuntaan ja valittuun palveluntarjoajaan liittyvät tekijät vaikuttavat myös siihen, miten viimeisinä elinvuosina ympärivuorokautisen hoivan piiriin päädytään (Pulkki ym. 2016). Ikääntymistä käsitellään yhteiskunnallisessa keskustelussa voimakkaasti hoivapalveluiden ja talouden näkökulmasta, jolloin esimerkiksi sosiaalinen ulottuvuus helposti jää huomioimatta.

2.2. Toimijuus

Gerontologiassa toimijuus (*agency*) on varsin tuore tutkimuskohde. Aikaisemmassa ikääntyneisiin kohdistuvassa tutkimuksessa aktiivinen toimijuus on voitu jopa kieltää (Tulle 2004, 175). Gerontologisessa tutkimuksessa on pidemmän aikaa keskitytty toimintakyvyn, etenkin sen fyysisen ulottuvuuden, kartoittamiseen. Toimintakyvyn tarkastelun laajentaminen toimijuuden kokonaisvaltaiseksi huomioimiseksi on nähty yhtenä ratkaisuna gerontologisessa tutkimuksissa havaittujen heikkouksien korjaamiseksi. (Jyrämä 2008.) Sosiologiassa toimijuus on sen sijaan ollut merkittävä kiinnostuksen kohde jo hyvin pitkään, vaikka käsitteet ja empiirinen tarkastelu ovat ajassa muuttuneet (Hitlin & Elder 2006; Hitlin & Elder 2007). Tässä tutkimuksessa toimijuudella tarkoitetaan kykyä, halua ja pystymistä, jotka liittyvät keskusteluun sekä päätöksentekoon osallistumiseen ja lääkehoitoon läheisesti.

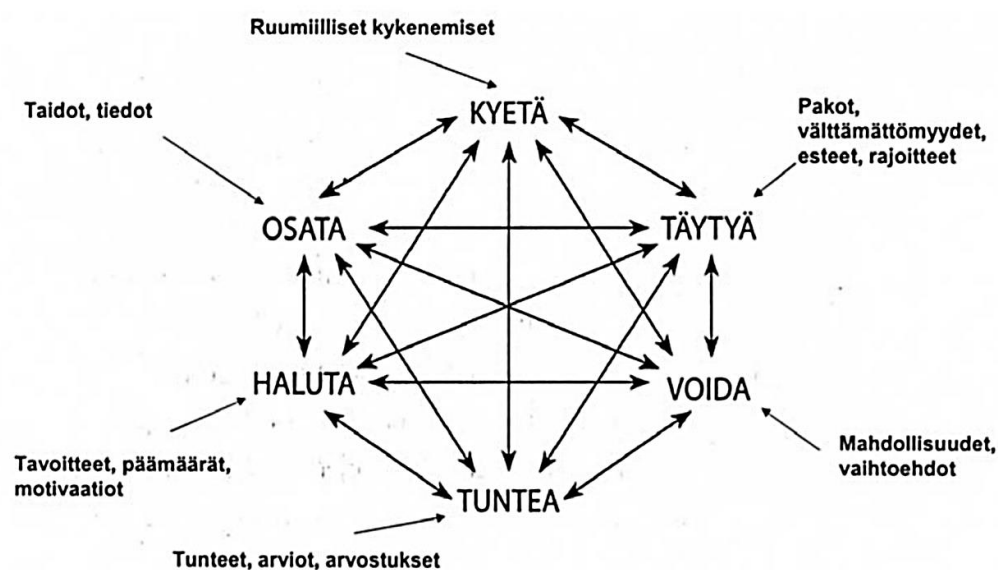
Toimijuutta tarkastellessa on tärkeä erottaa se toimintakyvyn käsitteestä. Toimijuus tarkoittaa toimintaa, sen luonnetta ja merkityksiä, joita toiminnasta toimijalle itselleen on. Toimintakyky sen sijaan tarkoittaa esimerkiksi henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista tyydyttävällä tavalla omassa ympäristössään. Toimintakykyyn vaikuttavat

monet erilliset tekijät yksilöstä ja ympäristöstä riippuen. Kun toimintakykyä arvioidaan, tarkastellaan yksilön fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintaa sekä kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Aistit ovat tärkeä osa toimintakykyä. (Sainio ym. 2013.) Toimintakykyä voi tarkastella elinjärjestelmien toimintana, koko organismin toimintana, yksilön toimintana suhteessa ympäristön vaatimuksiin sekä yhteisön toimintaan osallistumisen näkökulmasta. Esimerkiksi näkö- ja kuuloaistin toiminta, kävelynopeus, itsenäinen pukeutuminen ja peseytyminen sekä harrastukset ilmentävät toimintakykyä eri tasoilla. (Rantanen 2013.) Toiminnanvajaudella tarkoitetaan puolestaan tilannetta, jossa yksilön kyvyt eivät riitä asetettuihin vaatimuksiin. Toiminnanvajaus voi näkyä esimerkiksi vaikeutena suoriutua päivittäisistä toiminnoista. (Rantanen & Sakari 2013.) Toimijuus ja toimintakyky tai sen vajaus ovat olennaisesti yhteydessä toisiinsa. Toimijuus on toimintakykyä huomattavasti laajempi käsite, jonka avulla voidaan tarkastella yksilön toimintaa, erityisesti sosiaalisen ympäristön ja yhteiskunnan rakenteiden näkökulmasta.

Toimijuuden teorioiden keskeisiä kysymyksiä ovat, missä suhteessa toimija, rakenteet ja yhteiskunnan lainalaisuudet ovat. Olennaista on myös se, ohjaako yksilö itse omaa toimintaansa ja missä määrin. Tässä lääkehoitoa tarkastelevassa tutkimuksessa teoreettisena lähtökohtana käytetään sosiaaligerontologi Jyrki Jyrkämän (2008, 2007) ikääntyneisiin keskittynyttä toimijuuden viitekehystä. Jyrkämän teorian taustalla vaikuttaa voimakkaasti sosiologi Anthony Giddens, jota voidaan pitää yhtenä tunnetuimpana toiminnan ja rakenteiden tarkastelijana. Hänen mukaansa toiminta ja rakenne ovat jatkuvasti yhteydessä toisiinsa ja niiden välinen suhde dualistinen. Rakenteet rajoittavat ja määrittävät toimijan toimintaa, mutta rakenteet itsessään saavat muotonsa toimijan toiminnasta. Toimija on rakenteiden omaksuja, kantaja, uudistaja sekä niiden hyödyntäjä. Samaan aikaan toimija on kuitenkin alistainen toimimaan rakenteiden osoittamalla tavalla. Toimijuus on rationaalista ja tavoitteellista, joten toimijalla täytyy olla kykyjä ja tietoa toimia suoriutuakseen toiminnasta. (Giddens 1984; Giddens 1991; Jyrkämä 2008; Jyrkämä 2007; Loyal 2003, 51–73.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään ikääntyneiden haluun osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon ja keskusteluun. Halu on yksi kuudesta toimijuuden modaliteetista eli ulottuvuudesta, joita Jyrkämä kuvaa ”*toimijuuden ainesosiksi*”. Modaliteetit ovat saaneet nimensä Algirgas Greimasin ympärille muodostuneen Pariisilaisen koulukunnan ajatuksien inspiroimana ja niitä on aiemmin hyödynnetty esimerkiksi tekstianalyysin tukena. Jyrkämä on omassa teoriassaan kehittänyt ja soveltanut niitä edelleen. (Jyrkämä

2007, 2008.) Toimijuuden ulottuvuudet ovat halu, osaaminen, kykeneminen, täytyminen, voiminen sekä tunteminen (ks. kuva 1.).



Kuva 1. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)

Toimijuuden keskiössä on aina yksilö, joka toimii tietyssä ympäristössä. Toimijuutta ei siis voida tarkastella ilman, että yksilöön kohdistuu rakenteellisia voimia. Yksilö toimii niiden olosuhteiden ja ominaisuuksien mahdollistamalla tavalla, joita hänellä on. (Fuchs 2001). Jyrkämä huomioi rakenteiksi toimijuusteoriassaan tekijät, jotka ovat itsessään rakenteita ja tekijät, jotka tuottavat tai mahdollisesti muuttavat rakenteita toimijuuden kautta. Rakenteellisia tekijöitä teoriassa kuvataan *toimijuuden rakenteellisiksi koordinaateiksi*, joita ovat ympäristö, ikä, sukupolvi tai kohortti, sukupuoli, yhteiskuntaluokka, kulttuurinen tausta ja ajankohta, jossa toimijuus todentuu. (Jyrkämä 2008.) Lisäsi on tärkeää ottaa huomioon ikääntyneiden toimijuuden tarkastelussa, että ikääntyminen ja vanhuus itsessään ovat sosiaalisesti tuotettuja kategorioita. Tämä voi asettaa haasteita ikääntyneiden toimijuuden erilaisten muotojen tunnistamiselle, jos toimijuutta ei tarkastella myös epätodennäköisimmistä lähtökodista. (Tulle 2004, 186–187.)

Jyrkämän teorian merkittävänä puutteena voidaan pitää sitä, että se keskittyy vain näkyvään, aktiiviseen ja helposti tunnistettavaan toimijuuteen. Toimijuus voi olla myös toisen toiminnan alaiseksi asettumista. Esimerkiksi sietäminen ja passiivisuus ovat

yksilön tietoisia tapoja toimia. Tällaista toimijuutta kuvataan pieneksi toimijuudeksi. (Honkasalo 2008.) Suomalaisessa toimijuutta koskevassa keskustelussa pienelle toimijuudelle on hahmoteltu kaksi suuntaa: ”*habituaalinen, tapaisuuteen kykeytyvä toimijuus, jota luonnehtii liikkeen vähäisyys ja ajallinen erityisyys, ja toisaalta tilallisempänä jäsentyvä pieni, rakenteiden ”pienentämä” toimijuus*” (Sosiologia 2007). Toimijuutta tulee arvioida suhteessa toimijan omaa kokemukseen, siitä onko hän tunnistanut tilanteessa toimijuutensa (Hitlin & Elder 2006). Toimijuuden tunto eli käsitys omista toimijuuden mahdollisuuksista voi olla merkityksellinen tekijä siinä, miten jatkossa toimijuutta tavoitellaan (Gordon 2005).

Toimijuuden toteutumista säätelevät toimijan erilaiset ominaisuudet ja rakenteet, jotka mahdollistavat tai estävät toimijuutta. Toimijuuden näkökulmasta mielenkiintoinen kysymys on, voiko toimijuus lakata olemasta ulkopuolisesta painostuksesta? Erving Goffmanin mielisairaalan arkea tarkastellut sosiologisesti merkittävä tutkimus (alkup. 1961) osoitti, ettei äärimmäisessäkään laitoksessa potilas menetä omaa toimijuuttaan. Havaittiin, että autonomian vähentyessä yksilöt muovaavat oman maailmansa ja toimijuutensa uudelleen niissä puitteissa, jotka hänellä ovat. (Goffman 1997.) Vaikka terveydenhuolto tai lääkärin vastaanotto eivät missään tapauksessa edusta totaalista laitosta, on Goffmanin ajatus sovellettavissa myös niihin. Tässä tutkimuksessa toimijuuden katsotaan säilyvän, vaikka toimintakyky heikentyisi niin, että osallistuminen keskusteluun tai päätöksentekoon ei ole enää mahdollista.

Tässä tutkimuksessa potilaan toiminnan näkökulmaksi valittiin toimijuus. Sosiologiassa kuitenkin potilaana olemista ja potilaan roolia on lähestytty myös muilla tavoin. Esimerkiksi Talcott Parsonsin mukaan sairaan rooli yhteiskunnassa syntyy vuorovaikutuksesta ensisijaisesti lääkärin kanssa, mutta myös vuorovaikutuksesta virallisten toimijoiden ja epävirallisen lähipiirin kanssa. Sairaana oikeuksia ovat vapautuminen velvoitteista ja vaatimuksista virallisissa sekä epävirallisissa maailmoissa sekä vapautumista oman sairauden aiheuttamasta syyllisyydestä. Sairaana velvollisuuksia ovat nopeaan tervehtymiseen pyrkiminen sekä hakeutuminen virallisen terveydenhuollon piiriin ja lääkärin arvioon. (esim. Parsons 1951.) Sosiologi Margaret Stacey (1984; 1988) puolestaan on kuvannut potilasta yhtenä terveystyön toteuttajana, jonka toiminta terveydenhuollossa mahdollistuu taloudellisen aseman, luokka- ja koulutustaustan, ihonvärin ja sukupuolen kautta. Kun tarkastellaan potilaan ja lääkärin toimintaa, ei sosiologiassa voida myöskään sivuuttaa Michel Foucault’n ajatuksia esimerkiksi lääketieteen historiasta ja biovallasta. Foucault tarkasteli historiallisesti lääketieteen

kehitystä ja havaitsi, että kliininen kehitys muutti myös lääkärin ja potilaan suhdetta. Niin sanottu *kliininen katse* ei enää keskittynyt siihen, mitä potilas itse epäili sairastavansa vaan diagnoosi perustuu lääkärin ammattitaitoon tutkia potilasta. Käsitys sairauksista muuttui ja sairauteen liitetyt merkitykset järjestettiin uudelleen. (Foucault 2013, alkup. 1963.)

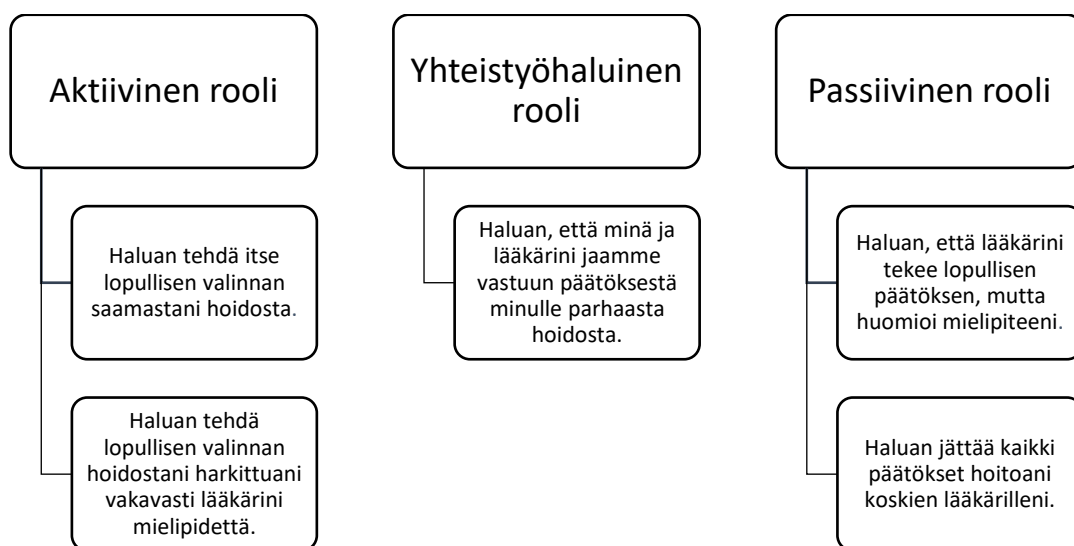
2.3. Jaettu päätöksenteko ja potilaan oikeudet

Lääkehoitoon liittyy aina päätöksiä. Potilaan toimijuus päätöksentekotilanteissa on riippuvainen siitä, millainen toiminta hänelle sallitaan lääkärin ja hoitohenkilökunnan toimesta. Lääkärin asenteen lisäksi potilaan toimijuuteen vaikuttavat yhteiskunnalliset normit, lait ja säädökset. Vuosikymmenten aikana lääkärikeskeinen päätöksenteko on muuttunut ja potilaan rooli päätöksenteossa on vahvistunut (Armstrong 2014; Edwards & Elwyn 2009, 3–10). Millaista päätöksenteko lääkehoidossa on ja kuka päätöksiä tekee, on olennainen kysymys selvittäessä, mitkä tekijät vaikuttavat haluun osallistua omaa lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ideaalitilanteessa lääkärin vastaanotolla noudatetaan jaetun päätöksenteon tapaa, jossa lääkäri kuulee myös potilasta hoitoneuvotteluissa. Jaettu päätöksenteko on varsin laeva käsite, jolla ei ole yksiselitteistä määritelmää. Sen rinnalla käytetään lukuisia muita samaa tarkoittavia termejä, kuten potilaslähtöinen päätöksenteko, potilaan aktiivisen osallistumisen tukeminen sekä kumppanuus. (Edwards & Elwyn 2009, 3–10.)

Tässä tutkielmassa jaetulla päätöksenteolla tarkoitetaan päätöksentekoa, joka täyttää Charles ja kumppaneiden (1997) asettamat kriteerit. Kriteerien perusteella päätöksenteko on jaettua, kun siinä on vähintään kaksi osallistujaa, molemmat osapuolet osallistuvat päätöksentekoprosessiin, tietoa jaetaan molemmin puolin ja prosessin päätteeksi syntyy päätös, jonka molemmat osapuolet hyväksyvät. Päätöksentekoprosessissa osallistujiksi katsotaan pääsääntöisesti potilas ja lääkäri, mutta esimerkiksi potilaan heikko kunto tai kyky osallistua keskusteluun mahdollistaa myös potilaan läheisten aktiivisen osallistumisen. Potilaan omainen voi esiintyä potilasta tukevassa roolissa, esimerkiksi tiedontallentajana, kannustajana ja huolehtijana. Jaetun päätöksenteon mallissa vuorovaikutus ja tieto korostuvat. Ei riitä, että potilaalla tai lääkärillä on tietoa, jolleivät he aktiivisesti pyri myös vaikuttamaan päätöksentekoprosessiin ja sen lopputulokseen. (Charles ym. 1997.) Tämän jaetun päätöksenteon ideaalitilanteen katsotaan tukevan

potilaan omaa toimijuutta ja kuvaavan hyvin lääkkeen valintaa koskevaa keskustelua sekä päätöksentekoa.

Päätöksentekotilanteissa potilaiden toimintatapojen perusteella voidaan erottaa kolme erilaista potilaana toimimisen tyyppiä (ks. kuva 2.). Degnerin ja Sloanin tutkimukseen (1997) perustuva jako mahdollistaa potilaalle täysin autonomisen ja aktiivisen roolin, johon varsin harvat potilaat lähtökohtaisesti pyrkivät. Suurin osa potilaista toivoo tulevaisuutta kuulluksi, mutta haluaa jakaa vastuun päätöksestä lääkärin kanssa. Passiivisessa roolissa potilas luottaa päätöksenteossa vahvasti lääkärin arvioon. Tässä tutkimuksessa katsotaan, että toimijuutta esiintyy kaikissa potilaana toimimisen rooleissa, mutta jokaisessa roolissa eri tavalla.



Kuva 2. Potilaan roolit lääkärin vastaanotolla (mukaiillen Degner & Sloan 1997)

Potilaan oikeudet ja periaatteet jaetun päätöksenteon taustalla

Toimijuuden katsotaan olevan kahdensuuntaista myös instituutioiden ja vallassa olevien rakenteiden kanssa. Jotta toimijuus on mahdollista ja todellista ikääntyneille potilaille, on yhteiskunnassa oltava rakenteita, jotka toimijuutta tukevat. Suomalaisessa yhteiskunnassa potilaan oikeuksia ja toimintaa tukevat terveydenhuollon käytännöt ja kattava lainsäädäntö. Itsemääräämisoikeus on yksi merkittävin ja konkreettisin esimerkki potilaan toimijuutta tukevasta lainsäädännöstä. Lain mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, myös tilanteissa joissa potilas kieltäytyy hoidosta.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tulee aina perustua vakavaan harkintaan. Potilaan päätäntävaltaa voidaan tarpeen mukaan jakaa esimerkiksi hänen lähiomaisensa tai edunvalvojan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Jaetun ja keskusteleavamman päätöksenteon puolesta puhuu aiheen ympärillä varsin vilkkaana käyty yhteiskunnallinen keskustelu. Esimerkiksi vuonna 2013 esitetyn lakialoitteen tavoitteena on turvata itsemääräämisoikeus aikaisempaa laajemmin tilanteissa, joissa potilaisiin kohdistuu rajoittavia tai pakottavia hoidollisia toimenpiteitä. Lakiehdotuksessa korostetaan ennakoinnin merkitystä ensisijaisena toimintana, rajoittavien käytänteiden, kuten pakkolääkitsemisen ja hoidollisen sitomisen sijaan. (HE 108/2014.)

Itsemääräämisoikeuden ja valinnan vapauden toteutumiseen liittyy hoitotyön ja lääkehoidon kannalta haasteita. Potilas saa itse määrätä hoidostaan ja toiminnastaan myös tilanteissa, joissa hänen ratkaisunsa voivat olla lääketieteen näkökulmasta haitallisia. Toimijuuden näkökulmasta myös negatiivisena nähdyt päätökset ovat potilaalle oikeutettuja toimintoja. Esimerkiksi lääkkeitä kieltäytyminen on toimijuutta yhtä lailla kuin lääkemyönteisyyskin. Itsemääräämisoikeus turvaa myös epätoivottuja ratkaisuja ja tärkeä kysymys on, milloin toimijuutta voidaan rajoittaa. Esimerkiksi muistisairas henkilö ei voi yksin huolehtia turvallisesti omasta lääkehoidostaan sairauden edetessä. Henkilökunnan ammattitaito ja omaisten tuki voivat kuitenkin mahdollistaa toimijuutta niissä rajoissa, joissa se ikääntyneelle on turvallista. Niinkin pieni kysymys kuin: ”*Nyt on aika ottaa verenpainelääke ja kipulääke, haluatko ottaa ne mehun vai veden kanssa?*” mahdollistaa turvallisen osallistumisen omaan lääkehoitoon.

Vuonna 2012 voimaanastunut *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista* määrittelee iäkkäiden toimintakyvyn ja osallisuuden tukemisen lakisääteiseksi toiminnaksi sosiaali- ja terveystalveluissa. Tarkoituksena on tukea kokonaisvaltaisesti ikääntyneen toimintakykyä sekä hyvinvointia, parantaa ikääntyneiden mahdollisuuksia osallistua palveluiden ja elinympäristön kehittämiseen, turvata laadukkaat sosiaali- ja terveystalvelut sekä palveluohjaus yksilöllisten tarpeiden näkökulmasta sekä ”*vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.*”. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012.) Toimijuus on nostettu lainsäädäntöön näkyväksi ja ikääntynyt itse oman tilanteensa asiantuntijaksi. Toinen kysymys on, miten lakiin kirjattuihin tavoitteisiin pystytään vastaamaan. Jaettu päätöksenteko lääkärin

vastaanotolla ja moninaiset lakiin kirjatut potilaan oikeudet luovat vuorovaikutustilanteisiin odotuksia ja normeja. Jokainen potilaskohtaaminen on erilainen, vaikka hoitoneuvotteluihin lähdetään samanlaisista lähtökohdista.

2.4. Lääkehoito ja toimijuus

Tässä tutkimuksessa toimijuutta lähestytään lääkehoidon ja lääkärin vastaanoton näkökulmista. Lääkehoidossa toimijuuden modaliteetit (ks. kuva 1) ilmenevät esimerkiksi kykenemisenä, osaamisena ja haluna. Kykeneminen tarkoittaa lääkehoidossa esimerkiksi ikääntyneen kykyä asioida lääkärissä ja apteekissa itsenäisesti fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn salliessa. Osaamisella tarkoitetaan esimerkiksi ikääntyneellä olevia tietoja ja taitoja lääkkeistä ja niiden käytöstä. Tässä tutkimuksessa tarkasteleva haluaminen viittaa tahtoon ja motivaatioon, esimerkiksi halua osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon. Myös muut modaliteetit realisoituvat lääkehoidossa täytymisenä, voimisenä, tuntemisenä sekä pienen toimijuuden ulottuvuuksina (ks. luku 2.2). Tässä luvussa syvennytään tarkastelemaan, millaista lääkehoito ja siihen liittyvät lait sekä normit ovat suomalaisessa terveydenhuollossa.

Lääkehoitoon olennaisesti liittyy se, miten yhteiskunnassa ylipäätään suhtaudutaan lääkealaan ja miten ammattihenkilöiden toimintaa valvotaan ja säädellään. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii useita virastoja, joilla kaikilla on oma tehtävänsä lääkkeisiin liittyen. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea toimii lääkkeiden, veri- ja kudokseteiden sekä lääkealan toimijoiden lupa- ja valvontaviranomaisena. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu lääkealan kansallisen kehittämisen koordinointi, tutkimustehtävät ja lääkehoitojen arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira puolestaan vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan asianmukaisuudesta sekä hallinnoi esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistamista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos puolestaan antaa esimerkiksi suosituksia laadukkaaseen ja turvalliseen lääkehoidon toteuttamisesta sekä tutkii laaja-alaisesti yleisesti terveyteen liittyviä teemoja.

Lääkehoitoa kehitetään jatkuvasti ja taloudellisia kuluja hillitsemään. Viime vuosina lääkekustannuksiin on pyritty vaikuttamaan esimerkiksi kohdistamalla muutoksia lääkekorvausjärjestelmään, laajentamalla apteekkien hintaneuvontavelvoitetta, vahvistamalla lääkevaihtoa apteekissa, käyttämällä viitehintajärjestelmää sekä

leikkaamalla lääkevalmisteiden tukkuhintoja sekä vertailemalla avohoidon lääkevalmisteiden tukkuhintoja ja arvioimalla niiden kohtuullisuutta. (Reinikainen ym. 2017, 13; Ruokoniemi 2018, 11). Yksi esimerkki lääkehoidon tehostamisesta on myös rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma, joka oli yksi Juha Sipilän hallituksen vuoden 2015 hallitusohjelman kehittämiskohteista (Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015).

Rationaalisella lääkehoidolla tarkoitetaan lääkkeiden vaikuttavaa, turvallista, laadukasta, taloudellista ja yhdenvertaista käyttöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018). Toimeenpano-ohjelman tarkoitus on ollut parantaa kokonaisvaltaisesti potilaan samaa hoitoa, edesauttaa yksilön toimintakykyä ja tarjota edellytykset kustannustehokkaalle lääkehoidolle potilaan ja yhteiskunnan näkökulmasta (Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015). Lisäksi toimeenpano-ohjelman tarkoituksena on kehittää lääkehoitoa ennen kaikkea taloudellisesti rationaalisempaan suuntaan, mutta myös potilaalle pyritään turvaamaan oikea-aikainen lääkehoito. Toimeenpano-ohjelmassa tunnistettiin viisi rationaalisen lääkehoidon teemaa, jotka ovat:

rationaalisen lääkehoidon edistäminen lääkehoidon kokonaisuuden hallinnan avulla, toimiva lääkehuolto uusissa sote-rakenteissa, hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointi ja sote-tietovarantojen hyödyntäminen, rationaalista lääkehoitoa tukevan tutkimuksen edistäminen sekä lääkeinnovaatiotoiminnan edistäminen

Selvitystyön perusteella laadittu loppuraportti (2018) sisältää ehdotuksia tehtävistä toimenpiteistä sekä vuodelle 2022 asetetut tavoitteet, joilla pyritään vastaamaan edellä mainittuihin teemoihin. (Hämeen-Anttila ym. 2018.)

Myös potilaalle lääkkeiden käytöstä koituu merkittäviä kustannuksia, vaikka niistä maksetaan sairausvakuutuslain (1224/2001) mukaisesti korvauksia. Kela myöntää lääkekorvauksia korvausjärjestelmään kuuluvista valmisteista joko peruskorvauksena tai erityiskorvauksena lääkevalmisteesta ja hoidosta riippuen. Jokainen yli 18-vuotias maksaa vuosittain 50 euron alkuomavastuun korvausjärjestelmän piirissä olevista reseptilääkkeistä, joita käyttää. Jos lääkemenot ylittävät vuodessa 610 euron vuosiomavastuun, sen jälkeen kustakin korvauksen piirissä olevasta lääkevalmisteesta potilas maksaa 2,50 euroa. (Sairausvakuutuslaki 1224/2001.) Lääkekorvausten hillitsemiseksi valtioneuvosto on esittänyt muutoksia sairausvakuutuslaissa esitettyihin korvauksiin. Esimerkiksi tiettyihin sairauksiin käytettävien lääkkeiden korvattavuus on muuttunut merkittävästi. Lisäksi lääkejätteen vähentämiseksi korvattavien lääkkeiden

noutoa apteekista on tiukennettu. (HE 184/2016 vp.) Lääkejätteen määrään hillitsemiseksi on tehty myös muita toimenpiteitä. Lääkehoitoa aloittaessa tulee suosia pientä pakkauskokoa, jos potilaan hoito sen sallii. Lääkärin velvollisuutena on määrätä pienin pakkaus ja apteekeilla velvollisuus toimittaa se, jotta kotitalouksiin ei syntyisi turhaa lääkejätettä, jos valmiste ei sovikaan potilaalle. (Ruokoniemi 2018, 25–26.)

Lainsäädäntö ja korvausjärjestelmä määrittävät potilaan oikeuksia ja taloudellista asemaa suhteessa lääkehoitoon. Lääketieteen ja etenkin lääkärien vaikutus potilaan lääkehoitoon on myös merkittävä. Lääkkeiden käyttö luonnollisesti lisääntyy ikääntyessä kroonisten sairauksien myötä. Lääkehoito voi parhaimmillaan parantaa elämänlaatua, ehkäistä ja jopa parantaa sairauksia sekä edesauttaa toimintakyvyn säilymistä. Lääkkeiden vaikutukset ovat ikääntyneille yksilöllisempiä kuin nuoremmille. Monien lääkkeiden käyttö samanaikaisesti ja erilaisten sairauksien hoitaminen voivat aiheuttaa ikääntyneelle lääkkeitä tai niiden yhteisvaikutuksista johtuvia haittoja ja riskejä. (Kivelä 2013, 339–349.) Lääkityksen ongelmia voivat olla esimerkiksi liikalääkitys, alilääkitys, toimivan monilääkityksen saavuttamisen haasteet, haittavaikutukset, psykiatriset lääkkeiden liikkakäyttö ja potilaan autonomian kunnioittaminen (Pitkälä ym. 2006).

Monet lääkehoitoon liittyvät toiminnot ovat potilaan itsensä suorittamia. Lääkärin kanssa käytävä keskustelu, lääkkeen ottaminen ja annostelu, lääkkeen hankinta, lääkekorvausasioiden selvittäminen ja lääkkeen pakkausselosteen lukeminen ovat esimerkkejä arkisista lääkehoitoon kuuluvista toiminnoista, jotka potilas voi suorittaa itse tai tuetusti. Lääkehoitoon osallistumisen tapoja on lukuisia. Vaikka tietyt toiminnot eivät sujuisi ilman apua, omatoimisuus ja toimijuus ovat silti mahdollisia jossakin toisessa. Lääkehoidon perustana on potilaan sitoutuminen hänelle määrättyjen lääkkeiden käyttöön. Onnistunutta lääkehoitoa tukevat esimerkiksi lääkkeen ostosta muistuttavat teknologiset laitteet ja annostelijat. (Kivelä 2005, 51–53.)

Kuten kaikissa terveydenhuoltoa koskevissa tilanteissa, myös lääkehoidossa eettiset ohjeet ohjaavat ammattihenkilöiden toimintaa. Eettiset kysymykset eivät ole helppoja ja esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tehdään arvio aina tilannekohtaisesti. Hoidon eettisyys on yksi merkittävä potilaan omaa toimintaa turvaava tekijä lääkehoidossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008) on raportissaan laaja-alaisesti käsitellyt ikääntymisen ja hoidon etiikkaa. Lääkehoitoon liittyen ETENE linjaa seuraavaa:

Vanhuksella on oikeus turvalliseen lääkehoitoon. Monien oireiden kritiikitön hoitaminen lääkkeillä voi aiheuttaa merkittäviä haittoja. Sen sijaan harkittu monilääkitys voi lisätä hyvinvointia. Lääkehoitoa tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja toistuvasti. Lääketutkimuksista saatavaa tietoa on vanhustenhoidossa sovellettava harkiten.

Lääkehoitoon liittyviä suuria eettisiä kysymyksiä ovat esimerkiksi runsas psyykelääkkeiden käyttö ja muistisairaiden potilaiden lääkkeellinen rajoittaminen. Yleisten eettisten ohjeiden lisäksi, kullakin terveydenhuollon ammattikunnalla on omat eettistä toimintapataa koskevat ohjeensa (ks. Lääkäriliitto 2018; Sairaanhoidajaliitto 2018). Ongelmien tiedostamisen myötä on jo kehitetty eettisen pohdinnan tueksi toimintamalleja, joilla lääkehoitoon liittyviä ongelmia voidaan ennaltaehkäistä. Lääkärin päätöksenteon tueksi on esimerkiksi laadittu tietokanta, jonka avulla on tarkoitus minimoida lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset etenkin iäkkäiden potilaiden kohdalla. Lääke 75+ - tietokanta tukee hoitohenkilökuntaa ja farmasian ammattilaisia laadukkaana lääkehoidon toteuttamisessa. (Fimea 2018.)

3 Ikääntyminen ja lääkehoito tutkimuksen kohteena

Ikääntyneiden lääkehoitoa koskeva aiempi tutkimus painottuu erityisesti lääketieteen ja farmasian aloihin. Lisäksi se on ollut tutkimuksellinen kiinnostuksen kohde gerontologiassa ja hoitotieteessä. Vähemmän tutkimusta aiheesta on tehty sosiaalitieteissä. Akateemisen tutkimuksen lisäksi Suomessa on tehty lisäksi paljon selvityksiä ja tutkimusta valtiollisten tutkimuslaitosten toimesta terveystieteiden käytöstä yleisimmin (Hannikainen 2018; Ilmarinen 2017; Kehusmaa 2017) sekä lääkehoitoon liittyen (Hämeen-Anttila 2014; Hämeen-Anttila ym. 2014). Näitä raportteja laaditaan poliittisen päätöksenteon tueksi ja palveluiden kehittämistä varten.

Tämän tutkimuksen näkökulmasta on merkittävää tarkastella aikaisempaa tutkimusta, jossa on käytetty toimijuuden käsitettä lääkehoidon tai ikääntymisen kontekstissa. Suomessa ikääntyneiden toimijuutta on tarkasteltu aiemmin esimerkiksi pitkäaikaisosaston lounasruokailussa (Koivula 2008), kuntoutuksen ryhmäliikuntatilanteissa (Wallin ym. 2008) ja terveyskeskuksessa olevan muistisairautta sairastavan näkökulmasta (Korhonen 2012). Lisäksi on tutkittu ikääntyneen kuntoutujan toimijuutta suhteessa kodinomaiseen tai laitospomaiseen ympäristöön (Kinni 2014), omaisten toimijuutta vuodeosastolla (Koivula 2013) sekä puoliso-ohivan arjen toimijuuden muotoja (Mikkola 2009).

Aikaisemman tutkimuksen löytämiseksi tehtiin useita tiedonhakuja erilaisissa tietokannoissa. Haut kohdistettiin ikääntyneiden toimijuuteen, lääkehoitoon ja jaettuun päätöksentekoon kohdistuneeseen suomen- ja englanninkieliseen tutkimukseen. Tarkastelussa keskityttiin pääsääntöisesti sellaisiin ikääntyneiden lääkehoitoa koskeviin tutkimuksiin, joissa on tarkastelu potilaan omaa toimintaa tai päätöksentekoa. Jotta tutkimusala voi ymmärtää kokonaisvaltaisesti, esitellään katsauksessa myös muutamia esimerkkejä lääketieteellisestä tutkimuksesta. Ensisijaisesti haut kohdistettiin sosiaalitieteiden, sosiaalifarmasian, hoitotieteen, kansanterveystieteen ja gerontologian alojen vertaisarvioituihin tutkimusjulkaisuihin. Tarkastelun ulkopuolelle rajattiin sellaiset tutkimukset, jotka eivät käsitelleet lainkaan ikääntyneitä potilaita, jotka keskittyivät päätöksenteon psykologiseen tarkasteluun ja joissa potilaan toimintaa lähestyttiin lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Alaluvuissa tarkastellaan ikääntyneiden lääkehoitoon ja potilaan päätöksentekoon liittyviä kansainvälisiä tutkimuksia. Alalukujen tarkoituksena on osoittaa, millaista

tutkimusta on aiemmin tehty ikääntyneiden omasta toiminnasta lääkehoidossa ja jaetusta päätöksenteosta. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastellaan ikääntyneiden lääkehoitoa yleisemmin ja kokemuksia, asenteita sekä näkemyksiä, joita ikääntyneillä lääkehoidosta on. Toisessa alaluvussa keskitytään tarkastelemaan tutkimusta, joka on keskittynyt päätöksentekotilanteisiin lääkärin vastaanotolla.

3.1. Ikääntyneiden kokemukset, asenteet ja näkemykset lääkehoidosta

Tässä luvussa tarkastellaan aikaisempaa tutkimusta, joka liittyy ikääntyneiden lääkehoitoon ja ikääntyneiden kokemuksiin lääkehoidosta. Luvun alussa esitellään lääketieteellistä määrällisin menetelmin toteutettua lääkkeiden käyttöön ja lääkkeisiin liittyvää tutkimusta, jossa tutkimuskohteena ovat olleet ikääntyneet potilaat. Sen jälkeen syvennytään tarkastelemaan, miten ikääntyneiden omaa toimintaa on tutkittu. Hoitoon sitoutumiseen liittyvä tutkimus on nostettu erityisesti esiin, koska sen katsotaan olevan hyvä esimerkki siitä, miten toimijuus lääkehoidossa konkretisoituu esimerkiksi haluamisen ja osaamisen modaliteettien avulla.

Ikääntyneiden lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä tutkimus

Ikääntyneiden lääkehoidon tutkimuksessa kiinnostavia kysymyksiä ovat olleet muiden muassa monilääkitys, lääkeinteraktiot sekä ikääntymiseen liittyvät riskitekijät lääkehoidossa (Ahonen 2011; Fialová ym. 2005; Jyrkkä 2011; Steinman ym. 2006). Lääkkeisiin liittyvässä tutkimuksessa on keskitytty erityisesti fyysisen toimintakyvyn näkökulmaan. Esimerkiksi on selvitetty, miten ikääntyneiden käyttämät lääkkeet vaikuttavat kaatumisriskiin (Hartikainen ym. 2007). Lääkkeitä ja niiden käyttöä on tutkittu myös lääkeryhmäkohtaisesti. Esimerkiksi syöpälääkkeiden sekä sydän- ja verisuonitautien hoidossa käytettävien lääkkeiden käyttöä ja toimivuutta on tutkittu ikääntyneiden potilaiden näkökulmasta (esim. Bernabei ym. 1998; Hansson ym. 1999; Sargent ym. 2001; Shepherd ym. 2002).

Itse lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää tutkimusta on tehty muun muassa lääkehoitoon liittyvästä potilasturvallisuudesta (Karttunen ym. 2017) sekä hoitohenkilökunnan osaamisesta ikääntyneiden lääkehoitoon liittyen (esim. Sulosaari 2016; Veräjänkorva 2008). Potilaslähtöistä tutkimusta tehdään erilaisille potilasryhmille, joista ikääntyneet ovat yksi. Ikääntyneiden potilaiden suhtautumista lääkehoitoon on tutkittu esimerkiksi analysoimalla lääkkeisiin liittyviä asenteita, hoitoon sitoutumista, lääkevastaisuutta ja

lääketietoutta (Benner ym. 2002; George ym. 2008; Hughes 2004; Jackevicius ym. 2002; Kurikkala ym. 2015).

Tutkimusta ikääntyneiden suhtautumisesta lääkkeisiin tai lääkkeiden käyttäjänä toimimiseen ei ole tehty kovinkaan paljon. Suomalaisessa laadullisessa haastattelututkimuksessa (n = 34) on selvitetty iäkkään rooliin liittyviä tekijöitä, joita lääkehoidossa esiintyy. Havaittiin, että lääkkeiden käyttö tulee ikääntyneiden mielestä olla hyvin perustelua. Lääkkeiden vähäinen tai kohtuullinen käyttö korostuu vastauksissa ja sitä pidetään moraalisesti arvokkaana. Lisäksi ikääntyneet arvostavat lääkärinä suuresti, mutta vaativat kuitenkin myös perustelua omalle lääkkeiden käytölle. (Lumme-Sandt 2002, 64–70.) Ruotsissa toteutetun ryhmähaastattelututkimuksen (n = 59) mukaan yli 65-vuotiaat enemmän kuin viittä lääkettä käyttävät ikääntyneet olivat pääasiassa kiitollisia lääkkeitä. Lääkkeitä arvostettiin, koska niiden koettiin turvaavan pidempi elinikä. Vaikka haastateltavat toivat esiin kiitollisuuden, koettiin lääkkeisiin liittyvän myös pakon tunteita. Lisäksi vastauksissa kuvattiin sitä, kuinka kommunikaatio lääkärin kanssa korostuu yhtenä hoitoon sitoutumista ja lääkkeisiin kohdistuvien asenteita määrittävänä tekijänä. (Moen ym. 2008.)

Ikääntyneiden sitoutuminen lääkehoitoon – toimijuutta ja omia päätöksiä

Hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutumista voidaan tarkastella yhtenä mittarina onnistuneelle lääkehoidolle. Hoitomyönteisyys ja hoitoon sitoutuminen ovat hyvä esimerkki ikääntyneiden omasta toimijuudesta lääkehoidossa. Kuitenkin on havaittu, että tieteellisissä tutkimusartikkeleissa ikääntyneiden huonoa hoitomyönteisyyttä selitetään esimerkiksi huonolla ymmärryskyvyllä ja muistilla. Huonoa hoitomyönteisyyttä ei kuvailta potilaan tietoiseksi valinnaksi. Potilas esitetään hoitomyönteisyyttä käsittelevissä tutkimuksissa vain harvoin itsenäisenä toimijana. (Lumme-Sandt 2002, 52.) Tutkimusartikkelien (n = 30) katsauksessa havaittiin, että ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseen liittyvästä tutkimuksesta ei ole yksiselitteistä mittaria lääkehoitoon sitoutumiselle. Havaittiin, että ikääntyneiden sitoutumattomuutta selittää tahallinen sekä ei-tahallinen käytös. Potilaan ja lääkkeen määrääjän välinen yhteys voi parantaa hoitoon sitoutumisen mahdollisuuksia. Ikääntyneiden omien uskomusten ja kokemusten tutkiminen on ymmärryksen lisäämiseksi merkittävää. (Banning 2008.)

Ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutumista ja lääkkeiden käyttöä on tutkittu esimerkiksi lääkeryhmäkohtaisesti. Muun muassa kiistelyjen staatiinien eli kolesterolilääkkeiden kohdalla hoitoon sitoutumisen on todettu olevan varsin heikkoa tilastollisten analyysien

perusteella (Benner ym. 2002; Jackevisius ym. 2002). Haastattelututkimuksessa (n = 38) havaittiin, että potilaat ovat varautuneita verenpainelääkkeiden käyttöön. Lääkkeiden käyttöön myönteisesti vaikuttivat positiiviset kokemukset lääkäreiden kohtaamisesta, lääkityksestä saatavat hyödyt sekä käytännön syyt. (Benson & Britten 2002.)

Tutkiessa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden (n = 348) sitoutumista heille määrättyyn lääkitykseen, havaittiin yhteys huonon hoitoon sitoutumisen, useamman kuin kolmen lääkkeen käytön ja muistioireiden välillä. Negatiivisesti hoitoon sitoutumiseen vaikutti myös, jos ikääntyneellä oli lääkemääräyksiä useammalta kuin yhdeltä lääkäriltä. Yksinasuvilla oli suurempi riski lääkitysvirheisiin. Se, kuinka paljon ikääntyneet tiesivät lääkkeistään, oli yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. (Barat ym. 2001.) Vastaavia tuloksia havaittiin tutkimusartikkelien meta-analyysissä (n = 122), jossa löydettiin merkitseviä yhteyksiä hoitoon sitoutumisen ja käytännöllisen sekä emotionaalisen sosiaalisen tuen, perheen sisäisen koheesion, siviilisäädyn ja asumisjärjestelyiden välillä. Esimerkiksi toisen kanssa asuminen paransi hoitoon sitoutumista. (DiMatteo 2004.) Kun poikkileikkausaineistolla tutkittiin muistisairaiden (n = 63) ikääntyneiden hoitoon sitoutumista, havaittiin merkitsevä yhteys hoitoon sitoutumisen ja muistioireiden hankaluuden, lääkkeiden sivuvaikutusten sekä sen välillä, kuinka luottavainen ikääntynyt oli, että muistaa ottaa lääkkeensä. (Ownby ym. 2006.)

3.2. Päätöksenteko, roolit ja vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla

Tässä luvussa tarkastellaan aikaisempaa tutkimusta, joka liittyy päätöksentekotilanteisiin, joita lääkärin vastaanotolla ja sairaaloissa ikääntyneet ja muut potilaat kohtaavat. Haluttu ja toivottu rooli päätöksenteossa on ollut varsin kattavasti tutkimuksen kohteena. Kuitenkaan aikaisemman tutkimuksen pohjalta ei saada yksiselitteistä käsitystä siitä, millaisen roolin potilaat todella haluavat ja mitkä sosioekonomiset tekijät siihen vaikuttavat.

Päätöksentekotutkimuksesta yleisesti

Tunnetussa Degnerin ja Sloanin tutkimuksessa (1992) verrattiin syöpädiagnoosin vastikään saaneiden (n = 436) ja terveen verrokkiryhmän (n = 482) halukkuutta osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Havaittiin, että hieman yli puolet syöpädiagnoosin saaneista halusi lääkärin vastaavan hoitoon liittyvistä päätöksistä. Sen sijaan

verrokkiryhmästä 64 prosenttia arvioi, että haluaisi itse päättää hoidostaan, jos sairastuisi syöpään. Sosiodemografiset tekijät selittivät vain pienen osan vaihtelusta ja tutkimuksessa todettiin, ettei käytettyjen muuttujien perusteella voida ennustaa, mitkä ryhmät haluavat minkäkin roolin päätöksenteossa. (Degner & Sloan 1992.) Vastaavia tuloksia on saatu jo aiemmin tehdyssä syöpäpotilaita (n = 439) koskevassa tutkimuksessa. Tutkimuksessa havaittiin, että valtaosa potilaista haluaa tietoa sairaudestaan, mutta lähes neljäsosa tietoa halunneista kuitenkin jättäisi varsinaisen päätöksenteon lääkärille. Lääkärin vastuulle päätöksenteon jättäisivät todennäköisimmin sairaimmat ja vanhimmat miespotilaat. (Blanchard ym. 1988.)

Potilaan osallistumista päätöksentekoon on tutkimusten mukaan kannatettu, mutta myös vastustettu. Tutkimusartikkelien katsauksessa (n = 30) havaittiin, että potilaat haluavat tietoa hoidon erilaisista vaihtoehtoista ja osallistua päätöksentekoon tilanteissa, joissa hoitovaihtoehtoja on useampia. Katsauksessa tarkasteltiin aihepiiriin liittyvää tutkimusta myös menetelmällisesti. Havaittiin, että osallistumisen hyötyjä ei ole tutkimuksellisesti osoitettu selkeästi ja tutkimukset kärsivät metodologisista ongelmista, kuten pienestä aineistoista ja kontrolloivien muuttujien puutteesta. (Guanagnoli & Ward 1998.)

Kanadassa 12 eri sairausryhmälle (n = 2 754) toteutetussa survey-tutkimuksessa havaittiin, että sairausryhmästä riippumatta vain harvat halusivat täysin autonomisen roolin. Suurin osa kaikkien potilasryhmien vastaajista suosi jaettua päätöksentekoa lääkärin kanssa. Esimerkiksi rintakipupotilaista noin kolmasosa suosi täysin passiivista roolia. Ikääntyneemmät ja vähemmän koulutetut vastaajat suosivat passiivista roolia. Myös potilaalla oleva tieto omasta sairaudesta vaikutti siihen, valitsiko hän todennäköisemmin jaetun päätöksenteon vai passiivisen roolin. (Deber ym. 2007.) Yhdysvaltalaiseen väestökyselyyn (n = 2 765) perustuvassa tutkimuksessa havaittiin iän vaikuttavan potilaan halukkuuteen osallistua aktiivisesti lääkärinvastaanotolla tehtäviin päätöksiin. Tutkimuksen mukaan 45 ikävuoteen saakka potilaat toivoivat todennäköisemmin potilaskeskeisempää päätöksentekoa. Vastaajan korkeampi ikä ennusti, että hän suosisi lääkärikeskeisempää näkemystä. Vastaajista oli tärkeää, että heidän mielipiteensä kuultiin vastaanotolla, vaikka puolet kuitenkin toivoi, että lääkäri viime kädessä tekee päätöksen hoidosta. (Levinson ym. 2005.)

Jaettu päätöksenteko vaatii onnistuakseen molemminpuolista tietoa ja tutkimukset ovat osoittaneet potilaiden toivovan tietoa omasta hoidostaan ja tiedonpuute koetaan esteeksi osallistumiselle (esim. Belcher 2006; Deber ym. 2007; Ekdahl ym. 2011). Tiedon

saamiseen vaikuttaa potilaan ja lääkärin välinen kommunikaatio. Lääkärin odotetaan antavan riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi (Bastiaens ym. 2007). Tutkimusartikkelien (n = 45) systemaattisessa katsauksessa havaittiin tiedon ja vallan olevan potilaan ja lääkärin välillä epätasapainossa. Ei riitä, että potilaalla on tietoa, vaan hän tarvitsee myös vaikutusmahdollisuuksia osallistuakseen päätöksentekoon. Saadut tulokset tukevat käsitystä siitä, että potilaiden mahdollisuudet osallistua ovat terveydenhuollossa heikot. Osallistumattomuus ei siis johtuisi siitä, etteivät potilaat haluaisi osallistua. Havaituista esteistä monet olisivat poistettavissa, esimerkiksi vaikuttamalla lääkärikunnassa vallalla oleviin asenteisiin. (Joseph-Williamsin ym. 2014.)

Jaetun päätöksenteon onnistumista arvioidessa on havaittu, että sille asetetut kriteerit (Charles ym. 1997) eivät täyty potilastapaamisissa, kun keskustellaan lääkehoidosta. Laadullisessa tutkimuksessa, jossa analysoitiin lääkäreiden (n = 20) ja potilaiden (n = 62) tapaamisia, havaittiin, että vain harvoissa tapauksissa sekä lääkärit ja potilaat jakoivat tietoja ja näkemyksiä lääkkeistä. Tämän seurauksena ei ole myöskään mahdollista muodostaa jaettua päätöstä parhaasta hoidosta. (Stevenson ym. 2000.) Potilaille ja lääkäreille toteutettujen ryhmähaastatteluiden (n = 5) perusteella havaittiin, että reseptilääkkeisiin liittyvissä keskusteluissa päätöksentekomallit eivät juuri selittäneet potilaan ja lääkärin välistä kommunikaatiota (Gregory ym. 2011). On kuitenkin havaittu, että lääkärin asenteet jaettua päätöksentekoa kohtaan ovat positiivisia. Tutkimusartikkelien katsauksessa (n = 43) havaittiin, että lääkärin positiiviseen asenteeseen vaikuttivat kliininen tilanne, tehtävä hoitopäätös ja potilaan ominaisuudet. (Pollard ym. 2015.) Suomalaisessa aikuispotilaille (n = 309) suunnatussa kyselytutkimuksessa havaittiin, että noin puolet erikoissairaanhoidossa asioineista koki olevansa tyytyväinen siihen, miten uskalsivat tuoda esiin mieltä askarruttaneita kysymyksiä. Kuitenkin neljäsosa arvioi, että pystyi vain tyydyttävällä tavalla ilmaisemaan eriävän mielipiteen. (Gerlander ym. 2013.)

Ikääntyneiden osallistuminen jaettuun päätöksentekoon

Myös ikääntyneisiin kohdistuvaa tutkimusta potilaan toivomasta roolista on tehty. Ikääntyneisiin keskittynyttä päätöksentekoon liittyvää tutkimusta on tehty yleisesti terveydenhuoltoon ja lääkärin vastaanottokäynteihin liittyen. Vain lääkehoitoon liittyvää tutkimusta on tehty vähemmän.

Ruotsalaisessa ikääntyneille (n = 297) suunnatussa määrällisessä kyselytutkimuksessa havaittiin, että yksi merkittävimmistä esteistä toivotun roolin saavuttamiselle, oli

sairaudesta johtuva heikentynyt terveydentila. Vastaajan sukupuoli, ikä ja koulutustaso eivät olleet yhteydessä toivottuun rooliin. (Ekdahl ym. 2011.) Yhdessätoista Euroopan maassa haastateltiin 70–96-vuotiaita henkilöitä (n = 406), joilta kysyttiin osallistumisen kokemuksista perusterveydenhuollossa. Sisällönanalyysissä hyödyntämällä havaittiin, että vastaajat toivat esiin halukkuuden osallistua ja odottivat lääkärin tarjoavan riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi. Osa puolestaan koki lääkärin tietävän asiantuntijuutensa myötä, mikä olisi hoidossa paras ratkaisu. Ikääntyneiden kuvaukset osallistumisesta keskittyvät enemmän hoivasuhteeseen, ihmiskeskeiseen lähestymistapaan ja informaation saantiin liittyviin tekijöihin. (Bastiaens ym. 2007.) Lääkkeiden käyttöä tarkastellessa on havaittu, että ikääntyneet kokevat lopullisen päätöksen olevan kuitenkin käyttäjällä itsellään, vaikka lääkkeen käytön perusteluksi saattoi joillekin riittää lääkärin ammattitaitoon kohdistettu arvostus (Lumme-Sandt 2002).

Analysoidessa seitsemän Euroopan maan ikääntyneiden (n = 625) vastauksia määrällisessä kyselytutkimuksessa, havaittiin yhteys itsearvioitun korkean toimintakyvyn ja positiivisten osallistumiseen liittyvien arvioiden välillä etenkin, jos ikääntynyt oli ilmaissut voimakkaasti haluavansa osallistua (Wensing ym. 2007). Kun tutkittiin yli 80-vuotiaiden (n = 254) kokemusta osallistumisesta sairaalasta kotiuttamiseen, havaittiin, että ainut kokemukseen heikentävästi vaikuttava tekijä oli huonokuuloisuus. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa muut sosiodemografiset tekijät, kuten sukupuoli ja koulutus, eivät vaikuttaneet merkittävästi osallistumisen kokemukseen. Korkeamman iän myötä sukupuolen ja koulutuksen vaikutus heikentyi. (Foss & Hofoss 2011.)

Laadullisessa haastattelututkimuksessa yli 65-vuotiailta yhdysvaltalaisilta (n = 51) vähintään yhtä lääkettä käyttäviltä kysyttiin lääkehoitoon liittyvästä päätöksenteosta. Vertailevan sisällönanalyysin perusteella havaittiin, että ikääntyneillä oli hyvin vaihtelevia käsityksiä siitä, oliko osallistuminen mahdollista tai toivottua. Esimerkiksi tiedon puute, potilaan kommunikaatiotaidot ja sairaudesta johtuvat tekijät vaikuttivat siihen, että ikääntynyt asettui mieluummin passiiviseen rooliin. (Belcher ym. 2006.) Voidaan myös pohtia, millaisia asioita ikääntyneiden vastaajien mielestä päätöksentekoon kuuluu (Bastiaens ym. 2007). Laadullisessa haastattelututkimuksessa tarkasteltiin erityisen hauraiden ikääntyneiden (n = 15) näkemyksiä osallistumisesta päätöksentekoon sairaalajakson aikana. Tutkimuksessa havaittiin, että ikääntyneille tärkeää on laadukas vuorovaikutus ja tiedonsaanti ja sen koettiin olevan riittävä tapa osallistua. (Ekdahl ym. 2010.)

4 Tutkimusasetelma

Aiemmissa luvuissa on esitelty tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet, teoreettinen viitekehys ja lääkehoitoon sekä päätöksentekoon liittyvää aikaisempaa tutkimusta. Tässä luvussa keskitytään siihen, miten tässä tutkimuksessa ikääntyneiden lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa tarkastellaan ja millaisin rajauksin. Ensimmäisessä alaluvussa esitellään tutkimuskysymykset. Toisessa alaluvussa syvennytään käytettyyn aineistoon. Kolmannessa alaluvussa esitellään käytetyt muuttujat ja neljännessä analyysimenetelmä.

4.1. Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten rajauksessa on hyödynnetty aikaisempaa tutkimusta ja aiemmin tässä työssä esiteltyä teoreettista viitekehystä. Yksi merkittävimmistä teoreettisista lähtökohdista tutkimuskysymysten asettamiselle on Jyrki Jyrkämän toimijuuden viitekehys (ks. luku 2.2.). Halu on yksi Jyrkämän nimeämistä toimijuuden modaliteeteista eli ulottuvuuksista. Erilaisten toimijuuden muotojen lisäksi Jyrkämän teoriassa on nimetty erilaisia toimijuuden koordinaatteja, jotka vaikuttavat siihen, millainen toimijuus yksilölle mahdollistuu. Tutkimuksen selittävät tekijät (ks. taulukko 1) ovat näitä toimijuuden koordinaatteja, joiden yhteyttä haluun osallistua on syytä arvioida

Kaikkien ikääntyneiden katsotaan olevan omalla tavallaan aktiivisia toimijoita lääkkeen valintaa koskevissa tilanteissa. Tässä tutkimuksessa toimijuutta voidaan arvioida vain yhden toimijuuden muodon, halun, näkökulmasta lääkehoidon kontekstissa. Halu osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun kuvaa tässä tutkimuksessa ennen kaikkea yhteistyöhalukkuutta, kun taas halu päättää lääkkeen valinnasta kuvaa pyrkimystä autonomisempaan toimintaa (ks. kuva 2.). Tästä syystä analyyseissä halua keskustella lääkkeen valinnasta käsitellään erillisenä toimintana varsinaisesta päätöksenteosta. Niiden katsotaan kuvaavan osittain erilaisia toiminnan muotoja, vaikka ne usein seuraavat toisiaan vuorovaikutustilanteissa. Tutkimuksessa tarkastellaan myös näiden kahden selitettävän kysymyksen yhteyttä toisiinsa.

Tutkimuksen tavoitteet voidaan tiivistää kolmeen pääkysymykseen seuraavasti:

1. Ikääntyneiden halu keskustella lääkkeen valinnasta lääkärin vastaanotolla

- 1a. Miten halu keskustella vaihtelee ikäryhmien ja sukupuolten välillä?

1b. Millä tavoin sosioekonomiset ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä haluun keskustella lääkkeen valinnasta?

2. Ikääntyneiden halu päättää lääkkeen valinnasta yhdessä lääkärin kanssa

2a. Miten halu osallistua päätöksentekoon vaihtelee ikäryhmien ja sukupuolten välillä?

2b. Millä tavoin sosioekonomiset ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä haluun päättää lääkkeen valinnasta?

3. Miten halu osallistua keskusteluun lääkkeen valinnasta on yhteydessä haluun päättää lääkkeen valinnasta?

Aikaisemman tutkimuksen mukaan voidaan todeta, että Suomessa ei ole tehty vastaavaa tutkimusta kvantitatiivisin menetelmin väestökyselyaineistolla. Suomalaisissa potilaan päätöksentekoa tai toimijuutta tarkastelleissa tutkimuksissa ei ole juurikaan keskitytty vain lääkehoidon näkökulmaan (ks. Lumme-Sandt 2002). Kansainvälissä tutkimuksissa ikääntyneiden osallistumista päätöksentekoon terveydenhuollossa on selvitetty laadullisin ja määrällisin menetelmin, mutta vain muutamissa on tarkasteltu lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa (esim. Bastiaens yms. 2007; Ekdal ym. 2011.) Aikaisempaa tutkimusta on tehty muun muassa tiettyjen sairausryhmien potilaille. Esimerkiksi syöpään sairastuneiden osallistumista päätöksentekoon on tutkittu varsin moninäkökulmaisesti ja -menetelmäisesti jo pidemmän aikaa (esim. Blanchard ym. 1988; Degner & Sloan 1992). Aikaisemman tutkimuksen perusteella ei saada yksiselitteistä vastausta siihen, miten ikä on yhteydessä halukkuuteen keskustella ja osallistua erilaisiin päätöksentekotilanteisiin lääkärin vastaanotolla ja mitkä tekijät selittävät ikäryhmien välillä olevia eroja (ks. luku 3).

Selvittämällä väestötason poikkileikkausaineistolla ikääntyneiden halukkuutta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon, on mahdollista löytää uudenlainen näkökulma ikääntyneiden toimijuuteen ja päätöksentekotilanteisiin lääkärin vastaanotolla. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millainen yhteys ikääntymisellä ja halulla osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon on sekä tarkastella, miten sosioekonomista asemaa ja toimintakykyä kuvaavat tekijät vaikuttavat siihen. Iän oletetaan olevan yhteydessä keskustelu- ja päätöksentekohalukkuuteen niin, että ikääntyneiden halukkuus osallistua olisi nuoria vähäisempää (Deber ym. 2007; Levinson ym. 2005). Naisten oletetaan olevan miehiä

halukkaampia osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon (Blanchard ym. 1988; Levinson ym. 2005). Korkeammin kouluttautuneiden oletetaan suosivan aktiivisempaa osallistumista (Deber ym. 2007), vaikka kouluksen yhteydestä ei ole yksiselitteisiä tuloksia (esim. Ekdahl ym. 2011). Lääkehoitoon liittyy myös taloudellisia päätöksiä ja tästä syystä koettiin tarpeelliseksi tarkastella myös tulojen yhteyttä osallistumishalukkuuteen. Tarkastelussa aikaisemmassa tutkimuksessa tuloja ei ole huomioitu osallistumishalukkuuteen vaikuttavana tekijänä. Tulojen oletetaan olevan positiivisesti yhteydessä halun osallistua, koska tulojen ja korkean koulutuksen katsotaan kuvaavan sosioekonomista asemaa. Aikaisemman tutkimuksen perusteella heikompi terveydentila ja toimintakyky ennustavat heikompaa halukkuutta osallistua (esim. Degner & Sloan 1992; Wensing ym. 2007). Toisaalta voidaan olettaa, että ne henkilöt, jotka asioivat usein lääkärinvastaanotolla ovat tietoisempia omasta terveydentilastaan ja lääkehoidon vaikutuksista, jolloin osallistuminen keskusteluun ja päätöksentekoon voisi olla myös aktiivisempaa (esim. Belcher 2006; Deber ym. 2007; Ekdahl ym. 2011).

4.2. Aineisto

Tutkimusaineistona käytetään Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean vuonna 2015 toteuttamaa *Lääkebarometri 2015* kyselytutkimusaineistoa (ks. Järvisilta ym. 2018). *Lääkebarometri 2015* väestötutkimuksen tarkoituksena oli selvittää väestötasolla terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä käsityksiä, lääkkeiden hyötyihin ja haittoihin, uusiin lääkkeisiin ja lääkekorvausjärjestelmään liittyviä mielipiteitä, halukkuutta osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon lääkärin vastaanotolla ja apteekissa sekä lääkeneuvontaan liittyviä kokemuksia. Kyseessä on poikkileikkausaineisto, joka kerättiin kyselylomakkeella postikyselynä ja verkkopaneelina. Aineistojen keräämisestä vastasi Taloustutkimus Oy.

Otos muodostui Suomessa asuvista 18–79-vuotiaista. Molemmissa kyselyissä otos oli ositettu iän, sukupuolen ja asuinpaikan perusteella. Postikyselyyn vastasi 3 190 vastaajaa (vastausprosentti 39,9 %) ja verkkopaneeliin 2 235 vastaajaa. Aineisto edustaa kohtalaisesti suomalaista väestöä. Aineistossa esimerkiksi yli 55-vuotiaat ovat yliedustettuina. Osa edustavuuden ongelmista tasoittuu, kun postikyselynä ja verkkopaneelina kerättyjä aineistoja käytetään yhdessä. (Järvisilta ym. 2018, 10–15).

Tässä tutkimuksessa postikysely- ja verkkopaneeliaineistoja käytetään yhdistettynä aineistona. Tämän tutkimuksen otos on kooltaan 5 425 vastaajaa.

Lääkebarometri 2015 -aineistoa kerätessä yhtenä tavoitteena on ollut kartoittaa tietoa väestön halukkuudesta osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon lääkärin vastaanotolla sekä apteekkeissa (Järvisilta ym. 2018). Aineisto on alun perin kerätty tämän kaltaista tutkimusta ajatellen ja sopii siksi erittäin hyvin aineistoksi tähän tutkimukseen. Aineisto edustaa hyvin 65–79-vuotiaita, mutta aineistosta puuttuvat kokonaan tätä vanhemmat vastaajat. Otanta kohdistettiin alle 80-vuotiaisiin henkilöihin. Otannan kohdistuksesta johtuen aineistosta puuttuvat myös sellaiset ikäihmiset, jotka asuvat hoivalaitoksissa. Tuloksia arvioitaessa on otettava myös huomioon, että aineiston ikääntyneet vastaajat edustavat niin sanottuja ”nuoria vanhoja”, joiden toimintakyky on vastaamishetkellä ollut riittävä joko kirjekyselyyn tai verkkopaneeliin vastaamiseen. Aineistossa ei ole tietoa siitä, saiko vastaaja apua kyselyyn osallistumiseen tai tarvitseeko hän apua lääkehoitonsa toteuttamisessa.

Lääkebarometri 2015 -aineisto sisältää strukturoitujen kysymysten lisäksi myös avovastausten osion, johon vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa lääkkeisiin, lääketietoon ja Kelan korvauksiin liittyviä ajatuksiaan (Järvisilta ym. 2018). Tekstiaineisto käytiin läpi tutkimusasetelmaa pohtiessa, mutta sen todettiin olevan liian suppea, jotta sitä olisi voitu hyödyntää tässä tutkimuksessa määrällisten analyysien rinnalla. Avoimet vastaukset keskittyivät Kelan lääkekorvauksiin, niiden suuruuteen, hakemiseen ja lääkekorvausjärjestelmässä oleviin muutoksiin. Tekstiaineistossa oli vain muutamia vastauksia, jossa vastaajat kuvasivat kokemuksiaan päätöksentekoon tai osallisuuteen liittyen.

Aineiston keräämiseen ja käyttöön liittyy aina eettisiä kysymyksiä. Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoisesti suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Kyselyiden mukana oli saatekirje, joka sisälsi tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, käytännön toteutuksesta ja aineiston käsittelystä. Vastauksia käsitellessä on noudatettu henkilötietolain (523/1999) asettamia periaatteita. (Järvisilta ym. 2018, 10.) Tämän tutkimuksen osalta aineiston luovutuksesta sovittiin kirjallisesti Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean kanssa. Aineisto luovutettiin ilman henkilötietoja ja tutkimuksen tuloksista yksittäisiä vastaajia on mahdotonta tunnistaa. Aineistoa on säilytetty asiaan kuuluvalla tavalla salasanalla suojatussa tietokoneessa ja tutkimuksen valmistuttua käytössä ollut aineisto hävitetään.

4.3. Muuttujat

Tässä luvussa esitellään aineistosta valitut selitettävät muuttujat ja niitä selittävät muuttujat (ks. taulukko 1).

Selitettävät muuttujat

Ikääntyneiden halua osallistua lääkahoitoa koskevaan päätöksentekoon mitattiin kyselylomakkeessa seuraavalla kysymyksellä: ”Miten haluaisit osallistua lääkärin määräämien lääkkeiden valintaan lääkärin vastaanotolla?”. Kysymykseen liittyen tutkimuksessa tarkastellaan seuraavia väittämiä:

- Haluan keskustella lääkärin kanssa lääkkeen valinnasta
- Haluan päättää lääkkeen valinnasta lääkärin kanssa

Analyysejä varten muuttujien luokat muutettiin siten, että selitettävä muuttuja on viisiluokkainen, jossa keskimäinen arvo on ”en osaa sanoa / ei vastausta”. On kuitenkin huomioitava, että eri menetelmin kerättyjen aineistojen tallentamisessa on joitakin eroavuuksia: nettipaneelissa vastaajan on ollut pakko valita jokin annetuista vaihtoehdoista, sen sijaan kirjekyselyn tallentamisvaiheessa tyhjät vastaukset on tallennettu myös ”En osaa sanoa”-luokkaan. Vastausten tallentamiseen liittyvistä eroista huolimatta voidaan tulkita, että ”En osaa sanoa”-vastaukset tai vastaamatta jättäminen mittaavat siinä mielessä samaa asiaa, että ne kuvaavat vastaajien neutraalia tai välinpitämätöntä asennetta kysytyä aihetta kohtaan.

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt muuttujat ja niihin tehdyt muutokset.

| Muuttuja | Alkuperäiset luokat | Uudelleenluokittelu | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| | | Luokat | N |
| Selitettävät | | | |
| <i>Haluan keskustella lääkärin kanssa lääkkeen valinnasta</i> | 1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä En osaa sanoa/Ei vastausta ka = 4,05 keskihajonta = 1,059604 | 1. Täysin eri mieltä 2. Jokseenkin eri mieltä 3. En osaa sanoa/ei vastausta 4. Jokseenkin samaa mieltä 5. Täysin samaa mieltä | 1 = 169 2 = 456 3 = 536 4 = 2 042 5 = 2 222 Yht. 5 425 |
| <i>Haluan päättää lääkkeen valinnasta lääkärin kanssa</i> | 1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä En osaa sanoa/Ei vastausta | 1. Täysin eri mieltä 2. Jokseenkin eri mieltä 3. En osaa sanoa/ei vastausta | 1 = 240 2 = 778 3 = 616 4 = 1 906 5 = 1 885 |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| | ka = 3,81 keskihajonta = 1,18263 | 4. Jokseenkin samaa mieltä 5. Täysin samaa mieltä | Yht. 5 425 |
| Selittävät | | | |
| <i>Ikä</i> | Kysytty syntymävuosi. Muodostettu keräysvuoden (2015) avulla | 1. Alle 45v 2. 45–54v 3. 55–64v 4. 65–69v 5. 70+ | 1 = 1 554 2 = 903 3 = 1 273 4 = 673 5 = 953 Yht. 5 356 |
| <i>Sukupuoli</i> | 1. Nainen 2. Mies | 0. Mies 1. Nainen | 0 = 2 402 1 = 3 013 Yht. 5 415 |
| <i>Korkein koulutus</i> | 1. Peruskoulu/kansakoulu 2. Lukio 3. Ammatillinen koulutus 4. Ammattikorkeakoulu 5. Yliopisto tai korkeakoulu 6. Muu | 1. Peruaste 2. Toinen aste 3. Korkea aste Yhdistetty luokat 2 ja 3 luokaksi keskiaste sekä luokat 4 ja 5 luokaksi korkea aste. Muut koodattu puuttuviksi | 1 = 806 2 = 2 444 3 = 2 009 Yht. 5 259 |
| <i>Kotitalouden kuukausittaiset nettotulot</i> | 1. Enintään 1 000 € 2. 1 001–2 000 € 3. 2 001–3 000 € 4. 3 001–4 000 € 5. 4 001–5 000 € 6. 5 001–8 000 € 7. Yli 8 000 € | 0. Alle 1000 € 1. Yli 1000 € | 0 = 558 1 = 4 774 Yht. 5 332 |
| <i>Sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyä</i> | 1. Ei 2. Kyllä | 0. Ei 1. Kyllä | 0 = 3 943 1 = 1 374 Yht. 5 317 |

Selittävät muuttujat

Selittävät muuttujat valittiin analyysiin aineiston alustavan tarkastelun ja aikaisemman tutkimuksen perusteella (ks. liite 1 ja 2). Lähtökohtana muuttujien valinnassa pidettiin sitä, että ne mittaavat jollakin tavalla sosioekonomista asemaa tai toimintakykyä.

Ikä on muodostettu vastaajan syntymävuoden ja aineistonkeräysvuoden (2015) perusteella. Ikämuuttujan luokittelussa on painotettu kyselyn vanhimpia ikäryhmiä. Sukupuolta käytetään dummy-muuttujana.

Tässä tutkimuksessa sosioekonomista asemaa kuvaavat muuttujat ovat vastaajan korkein koulutus ja kotitalouden kuukausittaiset nettotulot. Koulutusmuuttujaa käytetään analyysissä kolmiluokkaisena. Kotitalouden kuukausittaisia nettotuloja käytetään lopullisissa analyysissä dummy-muuttujana, sillä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kaikkein pienituloisempien asemasta suhteessa muihin. Esimerkiksi ikääntyneistä

pienituloisimmat saavat kuukaudessa takuueläkkeenä 624,24 euroa (Laki takuueläkkeestä 703/2010). Koska alkuperäinen tulomuuttuja oli kategorinen, muuttujan muokkaaminen esimerkiksi ekvivalenssiskaalaa käyttämällä ei ole ollut mahdollista. Sosioekonomista asemaa kuvaavana muuttajana alustavissa tarkasteluissa käytettiin myös tämän hetkistä työmarkkina-asemaa (ks. liite 1 ja 2), mutta sen käytöstä luovuttiin, koska muuttuja on vahvasti yhteydessä vastaajan ikään.

Terveystilaa ja toimintakykyä mittaavia muuttujia on alkuperäisaineistossa useita (ks. Järvisilta ym. 2018). Tässä tutkimuksessa halutaan keskittyä vastaajan itsearvioimaan toimintakykyyn, koska se liittyy vahvasti ikääntyneiden toimijuuteen. Alustavia tarkasteluja tehtiin kahdella toimintakykyä mittaavalla muuttujalla. Lopullisissa analyyseissä käytetään muuttujaa, jossa vastaajaa on pyydetty arvioimaan haittaako jokin vamma tai sairaus hänen työ- tai toimintakykyä (ks. taulukko 1). Kyseinen mittari on yleisesti käytetty ja havaittu toimivaksi. Toisena toimintakykyä kuvaavana muuttajana alustavissa analyyseissä käytettiin sisällöllisesti monipuolisempaa EuroQol Research Foundationin EQ-5D-5L – elämänlaatumittarin pohjalta muodostettua karkeaa summamuuttujaa ($\alpha = 0.7638$), jonka käytettävyys tarkastettiin faktorianalyysin avulla. Mittarin käyttöä harkittiin, koska se huomioi erilaiset toimintakyvyn ulottuvuudet selvästi monipuolisemmin, mutta alustavien analyyseiden perusteella päädyttiin siihen, että vastaajan arvio toimintakykyä haittaavasta vammasta tai sairaudesta on riittävä.

4.4. Lineaarinen regressioanalyysi

Regressioanalyysin avulla tarkastellaan iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn yhteyttä halun keskustella tai päättää lääkkeen valinnasta. Analyysimenetelmän avulla pystytään selvittämään, millainen yhteys yhden tai useamman selittävän muuttujan ja halun osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun tai päätöksentekoon välillä on. Lineaarinen regressiomalli sopii tämän tutkimuksen analyysimenetelmäksi, koska sen avulla pystytään tarkastelemaan myös muuttujien välisten yhteyksien suuntaa sekä voimakkuutta. Regressioanalyysin avulla voi myös selvittää, mikä on kunkin selitettävän muuttujan osuus havaitusta yhteydestä, kun kaikkien vaikuttavien tekijöiden yhteys selitettävään muuttujaan vakioidaan. (Nummenmaa 2004, 297–317.)

Lineaarinen regressioanalyysi nimensä mukaisesti tarkastelee muuttujien välistä lineaarista yhteyttä. Analyysin kannalta tärkein oletus on, että muuttujien välillä tulee olla

lineaarinen yhteys. Toinen keskeinen oletus on, että mallin selittävät muuttujat eivät ole liian voimakkaassa yhteydessä toisiinsa. Tätä ilmiötä kuvataan multikollineaariudeksi. Otoksoon puolesta lineaarinen regressioanalyysi ei aseta korkeita vaatimuksia, sillä jopa alle 100 vastaajan aineisto voi riittää laadukkaiden analyysien toteuttamiseen muiden oletusten täytyessä. (Nummenmaa 2004, 297–304.) Koska kyseessä on ei-kokeellinen aineisto selittävät muuttujat korreloivat toistensa kanssa lähtökohtaisesti. Tätä korrelaatiota kutsutaan kollineaarisuudeksi ja sen seurauksena estimaattien tarkkuus heikkenee. Suuren otoksoon vuoksi tässä tutkimuksessa kollineaarisuuden ongelma on kuitenkin epätodennäköinen. (Ketokivi 2015, 144–146).

Tämän tutkimuksen selitettävät muuttujat ovat viisiluokkaisia vastaajan asennetta mittaavia muuttujia. Näitä muuttujia tarkastellaan tutkimuksessa jatkuvina muuttujina, jolloin lineaarisen regressioanalyysin toteuttaminen on mahdollista. Tutkijat ovat jo pidemmän aikaa käyneet keskustelua likert-asteikollisten muuttujien käyttämisestä jatkuvina muuttujina (esim. Grace-Martin 2008; Norman 2010).

Regressioanalyysissä yhteyden suunnan ja voimakkuuden lisäksi on merkityksellistä tarkastella sitä, kuinka hyvin valittu malli sopii selitettävään ilmiöön ja kuinka suuren osan se siitä selittää. Mallin selitysaste kertoo, kuinka paljon selitettävän muuttujan vaihtelusta voidaan kuvata mallin avulla. (Nummenmaa 2004, 308.) Selitysaste sosiaalitieteissä ei kuitenkaan ole keskeinen tarkastelun kohde, sillä selitettävät ilmiöt liittyvät usein mielipiteisiin ja asenteisiin, jotka luonnostaan aiheuttavat analyysihin niin sanottua kohinaa. Parhaimmillakaan selittäessä monimutkaista ilmiötä ja käyttäessä ei-kokeellista aineistoa selitysaste nousee vain harvoin lähelle 20 prosenttia (Ketokivi 2015, 149).

Regressioanalyysissä mallien rakentaminen perustuu tutkijan arvioon siitä, missä järjestyksessä muuttujia malliin lisätään. Tässä tutkimuksessa mallit on rakennettu aikaisempaan tutkimukseen ja teoreettisen lähtökohdan kannalta mielekkäästi. Mallit on rakennettu niin, että kukin selittävä muuttuja kuvaa tiettyä toimijuuden koordinaattia (ks. luku 2.2.). Ensimmäisessä mallissa tarkastellaan iän ja sukupuolen yhteyttä osallistumishalukkuuteen, jonka jälkeen yhteys vakioidaan sosioekonomisilla tekijöillä ja viimeisessä mallissa toimintakyvyn arviolla.

Kaikki tilastolliset analyysit on tehty Stata -tilasto-ohjelman versiolla 14.2.

5 Tulokset

5.1. Kuvailevat analyysit

Kuvailevissa analyyseissä tarkastellaan, miten halu keskustella ja osallistua päätöksentekoon lääkkeen valinnasta jakautuvat sukupuolen ja ikäryhmän mukaan. Kuvassa 3 tarkastellaan halukkuutta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja kuvassa 4 keskitytään vastaavasti halukkuuteen, joka kohdistuu lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon. Kuvat esittävät ristiintaulukoinnin avulla saatuja tuloksia.

Kuvailevien analyysien perusteella havaitaan, että miehistä sekä naisista suurin osa on halukas osallistumaan keskusteluun lääkkeen valinnasta (Kuva 3). Naisista jonkin verran suurempi osuus (80,6 %) oli jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä kuin miehistä (76,6 %). Miehistä 45–54-vuotiaat suhtautuvat myönteisimmin keskusteluun lääkkeen valinnasta. Naisista alle 45-vuotiaat ovat puolestaan myönteisimpiä. Miehet iästä riippumatta suhtautuvat vähemmän myönteisesti lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun osallistumiseen kuin naiset. Miehistä vähiten halukkaita osallistumaan olivat 55–64-vuotiaat (15,2 %) ja naisista puolestaan 45–54-vuotiaat (12,1 %). Niin naisten kuin miesten osalta yli 70-vuotiaiden vastauksissa korostuu ”En osaa sanoa/Ei vastausta”-luokka. Yli 70-vuotiaista miehistä reilu viidesosa ja naisista lähes neljäsosa ei ottanut kysymykseen kantaa.

Myös lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen suhtaudutaan positiivisesti (kuva 4.) Naisista hieman suurempi osuus (71,8 %) oli jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä. Miehistä jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä on 67,8 prosenttia. Miehistä 65–69-vuotiaat suhtautuvat myönteisimmin keskusteluun lääkkeen valinnasta. Naisista 55–64-vuotiaat sekä 65–69-vuotiaat ovat myönteisimpiä. Riippumatta iästä miehet sekä naiset ovat hieman haluttomampia osallistumaan päätöksentekoon kuin keskusteluun. Miehet ovat kaikissa ikäluokissa naisia vähemmän halukkaita osallistumaan. Miehistä 45–54-vuotiaat (24,7 %) ja naisista puolestaan alle 45-vuotiaat (22,3 %) haluavat vähiten osallistua päätöksentekoon. Myös tässä kysymyksessä yli 70-vuotiaiden naisten ja miesten vastauksissa korostuu se, että osallistumishalukkuuteen ei oteta tai ei osata ottaa kantaa. Yli 70-vuotiaista miehistä reilu viidennes ja naisista lähes neljäsosa ei vastannut tai osannut vastata kysymykseen.

MIEHET (N= 2 382)

| | | | |
|----------|------|------|------|
| ALLE 45V | 15,2 | 5,2 | 79,7 |
| 45-54V | 14,7 | 5,1 | 80,2 |
| 55-64V | 15,2 | 8,2 | 76,6 |
| 65-69V | 11,0 | 12,2 | 76,8 |
| 70+ | 10,1 | 22,2 | 67,8 |
| YHT. | 13,7 | 9,7 | 76,6 |

■ Eri mieltä ■ En osaa sanoa/Ei vastausta ■ Samaa mieltä

$\chi^2 = 103,4232$, $df = 8$, $p < 0,001$

NAISET (N=2 973)

| | | | |
|----------|------|------|------|
| ALLE 45V | 10,6 | 3,8 | 85,6 |
| 45-54V | 12,1 | 3,6 | 84,4 |
| 55-64V | 9,8 | 7,7 | 82,5 |
| 65-69V | 9,0 | 11,6 | 79,4 |
| 70+ | 7,7 | 24,5 | 67,8 |
| YHT. | 9,9 | 9,5 | 80,6 |

■ Eri mieltä ■ En osaa sanoa/Ei vastausta ■ Samaa mieltä

$\chi^2 = 205,0258$, $df = 8$, $p < 0,001$

Kuva 3. Halu osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun, sukupuoli ja ikä

MIEHET (N= 2 382)

| | | | |
|----------|------|------|------|
| ALLE 45V | 23,3 | 7,8 | 68,9 |
| 45-54V | 24,7 | 8,1 | 67,2 |
| 55-64V | 21,8 | 8,7 | 69,2 |
| 65-69V | 16,6 | 13,8 | 69,6 |
| 70+ | 15,6 | 21,9 | 62,5 |
| YHT. | 21,0 | 11,3 | 67,8 |

■ Eri mieltä ■ En osaa sanoa/Ei vastausta ■ Samaa mieltä

$\chi^2 = 70,8900$, $df = 8$, $p < 0,001$

NAISET (N=2 973)

| | | | |
|----------|------|------|------|
| ALLE 45V | 22,3 | 7,0 | 70,7 |
| 45-54V | 21,4 | 5,1 | 73,6 |
| 55-64V | 14,6 | 9,0 | 76,6 |
| 65-69V | 11,9 | 11,6 | 76,6 |
| 70+ | 11,9 | 24,8 | 63,3 |
| YHT. | 17,2 | 11,0 | 71,8 |

■ Eri mieltä ■ En osaa sanoa/Ei vastausta ■ Samaa mieltä

$\chi^2 = 172,3835$, $df = 8$, $p < 0,001$

Kuva 4. Halu osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon, sukupuoli ja ikä

Tulosten perusteella voidaan todeta, että sukupuolten sekä ikäryhmien välillä on eroja halussa osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Vaikka molempiin osallistumisen tapoihin suhtaudutaan pääasiassa positiivisesti, lääkärin kanssa jaettuun päätöksentekoon halutaan osallistua hieman epätodennäköisemmin. Tämän tutkimuksen näkökulmasta mielenkiintoinen havainto on, kuinka etenkin yli 70-vuotiaille kysymys halusta osallistua keskusteluun tai päätöksentekoon näyttää osoittautuneen vaikeaksi tai siihen ei ole haluttu ottaa kantaa. Voidaan havaita, että jonkin verran vähemmän haluttiin tai osattiin ottaa kantaa kysymykseen halukkuudesta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon kuin kysymykseen keskusteluun osallistumisesta.

Kuvailevat analyysit tukevat edellä asetettuja oletuksia sukupuolen ja ikääntymisen yhteydestä haluun osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Naisten on havaittu olevan miehiä aktiivisempia hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Oletus saa varsin vahvaa tukea edellä esitettyjen kuvailevien analyysien perusteella. Ikäryhmien vertailu osoittaa, että erityisesti yli 70-vuotiaat naiset ja miehet suhtautuvat keskusteluun ja päätöksentekoon eri tavalla kuin nuoremmat vastaajat. Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että keskustelu ja varsinainen päätöksenteko näyttävät erillisinä toimintoina lääkärin vastaanotolla. Seuraavissa luvuissa syvennytään tarkastelemaan lineaarisen regressioanalyysin perusteella saatuja tuloksia, joiden avulla voidaan tarkemmin arvioida oletusten täyttymistä ja havaittuja yhteyksiä.

5.2. Ikääntyneiden halu osallistua lääkkeen valintaan koskevaan keskusteluun

Tässä luvussa syvennytään tarkastelemaan halukkuutta osallistua keskusteluun lääkkeen valinnasta lääkärin vastaanotolla. Luvussa vastataan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, joka muodostui kahdesta osakysymyksestä: ”*miten halu keskustella vaihtelee ikäryhmien ja sukupuolten välillä?*” sekä ”*millä tavoin sosioekonomiset ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä haluun keskustella lääkkeen valinnasta?*”.

Taulukossa 2. esitetään lineaarisen regressioanalyysin tulokset, jotka kuvaavat vastaajien halukkuutta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun lääkärin vastaanotolla. Mallissa 1 havaitaan, että vain yli 70-vuotiaat ovat tilastollisesti merkitsevästi hieman haluttomampia osallistumaan keskusteluun kuin 55–64-vuotiaat miehet. Havaittu ero on

kuitenkin pieni, vain noin kymmenesosan. Muut ikäryhmät suhtautuvat osallistumiseen positiivisesti, mutta erot ovat marginaalisia ja ne eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Mallissa 1 havaitaan myös, että naiset ovat miehiä halukkaampia osallistumaan keskusteluun lääkkeen valinnasta, kun verrataan 55–64-vuotiaita vastaajia. Ero naisten ja miesten välillä on suurempi kuin ikäryhmien välillä havaitut erot, mutta ero myös sukupuolien välillä on kohtuullisen pieni (0,175).

Taulukko 2. Iän, sukupuolen, tulojen ja toimintakyvyn yhteys haluun osallistua lääkettä koskevaan keskusteluun, lineaarinen regressioanalyysi.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 |
|----------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ikä (ref. 55–64v) | | | |
| Alle 45 v | 0.0109 (0.0410) | 0.000761 (0.0412) | 0.0227 (0.0415) |
| 45–55v | 0.00829 (0.0473) | 0.00798 (0.0473) | 0.0169 (0.0473) |
| 65–69 | 0.0262 (0.0526) | 0.0297 (0.0526) | 0.0314 (0.0525) |
| yli 70v | -0.109* (0.0480) | -0.111* (0.0480) | -0.119* (0.0480) |
| Sukupuoli | | | |
| Nainen | 0.175*** (0.0301) | 0.175*** (0.0301) | 0.174*** (0.0301) |
| Tulot (ref. alle 1 000€) | | | |
| Yli 1 000 € | | -0.118* (0.0505) | -0.0904 (0.0509) |
| Toimintakyky (ref. ei vammaa tai sairautta) | | | |
| Vamma tai sairaus, joka vaikuttaa toimintakykyyn | | | 0.138*** (0.0353) |
| Vakiotermit | 3.994*** (0.0346) | 4.103*** (0.0583) | 4.037*** (0.0605) |
| <i>N</i> | 4928 | 4928 | 4928 |
| <i>r</i> ² | 0.00849 | 0.00958 | 0.0127 |
| rmse | 1.050 | 1.050 | 1.048 |
| bic | 14513.8 | 14516.9 | 14510.0 |

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Mallissa 2 iän, sukupuolen ja selittävän muuttujan yhteys vakioidaan tuloilla, jota käytetään karkeana dummy-muuttujana, koska analyyseissä haluttiin vertailla erityisesti erittäin pienituloisia muihin (ks. luku 4.3.). Myös koulutus sovitettiin malleihin. Jo alustavissa tarkasteluissa havaittiin, ettei vastaajan korkeimmalla koulutuksella ollut lainkaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä haluun keskustella lääkkeen valinnasta (ks. liite 1) ja näin ollen se päätettiin jättää kokonaan pois.

Mallissa 2 havaitaan, että parempituloisissa kotitalouksissa asuvat ovat haluttomampia osallistumaan keskusteluun kuin 55–64-vuotiaat miehet, jotka asuvat kotitaloudessa, jonka nettotulot ovat alle 1 000 euroa kuukaudessa. Ero ryhmien välillä on kuitenkin vain hieman yli kymmenesosan. Naisten suhtautuminen ei muutu tulojen vakioinnin myötä lainkaan edelliseen malliin verrattuna. Myös yli 70-vuotiaiden haluttomuus osallistua pysyy suhteessa vertailuryhmään lähes samana.

Viimeisessä mallissa iän, sukupuolen ja tulojen yhteys haluan osallistua lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun vakioidaan toimintakykyä mittaavalla muuttujalla. Vastaajat, joilla on toiminta- tai työkykyä häiritsevä vamma tai sairaus ovat hieman halukkaampia osallistumaan keskusteluun lääkkeen valinnasta kuin 55–64-vuotiaat pienituloiset miehet, joilla ei ole vammaa tai sairautta. Ero on kuitenkin varsin pieni (0,138). Kun toimintakyky vakioidaan, tulojen yhteys ei enää ole tilastollisesti merkitsevä. Naisten halu osallistua säilyy miehiä voimakkaampana toimintakyvyn vakioinnista huolimatta. Myös toimintakyvyn huomioimisen jälkeen yli 70-vuotiaiden suhtautuminen on negatiivisempaa kuin pienituloisten 55–64-vuotiaiden täysin toimintakykyisillä miehillä.

Voidaan todeta, että vanhin ikäryhmä on haluttomin osallistumaan lääkehoitoa koskevaan keskusteluun, kun sukupuoli, tulot ja toimintakyky huomioidaan. Naiset ovat miehiä halukkaampia osallistumaan keskusteluun, kuten jo kuvailevissa analyyseissä havaittiin. Oletukset korkeamman koulutuksen ja suurempien tulojen positiivisesta yhteydestä haluan keskustella eivät täyty. Koulutuksella ei havaittu lainkaan yhteyttä haluan keskustella lääkkeen valinnasta. Oletusten vastaisesti pienituloisuus ennustaa voimakkaampaa halua keskustella lääkkeen valinnasta. Heikomman toimintakyvyn oletettiin ennustavan vähemmän aktiivista osallistumista, mutta tämän tutkimuksen mukaan heikompi toimintakyky on yhteydessä aktiivisempaan osallistumiseen. Tuloksen katsotaan vahvistavan oletusta siitä, että ne potilaat, joilla on vammoja tai sairauksia, ovat tietoisempia terveydentilastaan ja tästä syystä halukkaampia keskustelemaan lääkkeen valinnasta. Koska havaitut erot ovat hyvin pieniä, ei analyysien perusteella havaita varsinaista osallistumishaluttomuutta. Mallien selitysasteet jäävät hyvin pieniksi ja mallien keskinäistä paremmuutta vertaillen erot ovat marginaalisia. Tämä on tyypillistä asenteita mittaaville tarkasteluille, sillä niihin liittyy aina lähtökohtaisesti runsaasti vaihtelua.

5.3. Ikääntyneiden halu osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon

Tässä luvussa tarkastellaan halukkuutta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon lääkärin vastaanotolla. Luvussa vastataan toiseen tutkimuskysymykseen, joka muodostui kahdesta osakysymyksestä: ”miten halu osallistua päätöksentekoon vaihtelee ikäryhmien ja sukupuolten välillä?” sekä ”millä tavoin sosioekonomiset ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä haluun päättää lääkkeen valinnasta?”.

Taulukossa 3 esitetään tulokset lineaarisesta regressioanalyysistä, jossa tarkastellaan halua osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon. Mallissa 1 tarkastellaan iän ja sukupuolen yhteyttä haluun osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon. Naiset ovat halukkaampia osallistumaan päätöksentekoon kuin 55–64-vuotiaat miehet. Tilastollisesti merkitsevä ero on kuitenkin varsin pieni (0,15). Alle 45-vuotiaat naiset ovat puolestaan jonkin verran haluttomampia osallistumaan päätöksentekoon (-0,131), kun taas 65–69-vuotiaat naiset suhtautuvat osallistumiseen positiivisemmin (0,124) kuin 55–64-vuotiaat miehet. Muut ikäryhmät näyttävät suhtautuvan osallistumiseen negatiivisesti, mutta erot ovat marginaalisia ja ne eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

Mallissa 2 iän, sukupuolen ja selittävän muuttujan yhteys vakioidaan tuloilla sekä koulutuksella, jotka kuvaavat tässä tutkimuksessa vastaajan sosioekonomista asemaa. Koulutuksella havaittiin alustavissa tarkasteluissa yhteys haluun osallistua päätöksentekoon lääkkeen valinnasta (ks. liite 2). Tästä syystä edellisen luvun tarkasteluista poiketen (ks. taulukko 4) koulutusta käytetään tulojen rinnalla sosioekonomisen aseman mittarina.

Mallin 2 perusteella havaitaan, että parempituloiset ja korkeasti koulutetut ovat haluttomampia osallistumaan lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon kuin pienituloiset 55–64-vuotiaat matalasti koulutetut miehet. Ero halukkuudessa on kuitenkin molempien tekijöiden osalta vain reilu kymmenesosan. Tulojen ja koulutuksen vakioinnin myötä naisten suhtautuminen säilyy miehiä positiivisempänä. Vakioinnin jälkeen iän yhteydessä tapahtuu erittäin pieniä, tuhannesosien, muutoksia. Alle 45-vuotiaiden osalta ero vertailuryhmään kapenee, kun taas ero 65–69-vuotiailla kasvaa.

Taulukko 3. Iän, sukupuolen, tulojen ja toimintakyvyn yhteys haluun osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon, lineaarinen regressioanalyysi.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ikä (ref. 55–64v) | | | | |
| Alle 45 v | -0,131** (0,0461) | -0,127** (0,0467) | -0,100* (0,0470) | -0,111** (0,0348) |
| 45–55v | -0,0849 (0,0532) | -0,0832 (0,0533) | -0,0726 (0,0533) | -0,0822* (0,0394) |
| 65–69v | 0,124* (0,0591) | 0,126* (0,0591) | 0,129* (0,0590) | 0,105* (0,0437) |
| yli 70v | -0,0512 (0,0540) | -0,0564 (0,0542) | -0,0653 (0,0542) | 0,0152 (0,0404) |
| Sukupuoli | | | | |
| Nainen | 0,154*** (0,0339) | 0,156*** (0,0338) | 0,154*** (0,0337) | 0,0193 (0,0250) |
| Tulot (ref. alle 1 000€) | | | | |
| Yli 1 000 € | | -0,157** (0,0575) | -0,124* (0,0578) | -0,0448 (0,0429) |
| Koulutus (ref. perusaste) | | | | |
| Keskiaste | | 0,00681 (0,0532) | 0,0171 (0,0531) | 0,0258 (0,0394) |
| Korkea aste | | -0,142** (0,0549) | -0,123* (0,0549) | -0,0998* (0,0410) |
| Toimintakyvyn vaikuttava vamma/ sairaus (ref. ei vammaa tai sairautta) | | | 0,184*** (0,0397) | 0,0706* (0,0294) |
| Halu keskustella lääkkeen valinnasta (ref. täysin eri mieltä) | | | | 0,727*** (0,0824) |
| Jokseenkin eri mieltä | | | | 1,488*** (0,0840) |
| En osaa sanoa | | | | 2,032*** (0,0734) |
| Jokseenkin samaa mieltä | | | | 2,970*** (0,0732) |
| Täysin samaa mieltä | | | | |
| Vakiotermi | 3,788*** (0,0389) | 3,980*** (0,0748) | 3,885*** (0,0775) | 1,686*** (0,0908) |
| <i>N</i> | 4928 | 4928 | 4928 | 4928 |
| <i>r</i> ² | 0,00846 | 0,0143 | 0,0186 | 0,464 |
| rmse | 1,181 | 1,178 | 1,175 | 0,869 |
| bic | 15669,0 | 15665,2 | 15652,3 | 12706,0 |

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Kolmannessa mallissa iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman yhteys haluun osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon vakioidaan toimintakyvyllä. Vastaajat, joilla on toiminta- tai työkykyä haittaava vamma tai sairaus ovat hieman halukkaampia osallistumaan päätöksentekoon lääkkeen valinnasta kuin 55–64-vuotiaat pienituloiset, matalasti koulutetut miehet, joilla ei ole vammaa tai sairautta. Ero on muihin mallin muuttujiin nähden varsin suuri (0,184). Toimintakyvyn vakioimisen myötä naiset ovat edelleen miehiä halukkaampia osallistumaan päätöksentekoon. Toimintakyvyn vakioiminen vaikuttaa iän yhteyteen selkeimmin alle 45-vuotiailla, nyt ero kaventuu sadasosia. Sen sijaan 65–69-vuotiailla positiivinen ero säilyy lähes ennallaan toimintakyvyn vakioinnista huolimatta. Parempituloiset ja korkeasti koulutetut näyttävät myös toimintakyvyn vakioinnin jälkeen haluttomammilta osallistumaan päätöksentekoon kuin 55–64-vuotiaat pienituloiset, matalasti koulutetut miehet, joilla ei ole vammaa tai sairautta

Mallien 1–3 perusteella voidaan todeta, että eri ikäryhmät suhtautuvat eri tavoin päätöksentekoon osallistumiseen. Vaikka erot ovat varsin pieniä, havaitaan, että nuorimmat ikäluokat ovat vähemmän halukkaita osallistumaan päätöksentekoon ja aktiivisimmin haluavat osallistua 65–69-vuotiaat. Huomionarvoista on se, että yli 70-vuotiaat eivät tulosten perusteella poikkea 55–64-vuotiaista tilastollisesti merkitsevästi. Analyysin perusteella voidaan todeta, ettei ikääntyminen heikennä merkittävästi halukkuutta osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon, vaan niin sanotut nuoret ikääntyneet ovat jopa nuorempia aktiivisempia. Näin ollen oletus ikääntyneiden heikommasta halukkuudesta ei täyty. Myös näissä analyyseissä naiset ovat miehiä halukkaampia osallistumaan päätöksentekoon lääkkeen valinnasta oletuksen mukaisesti.

Oletukset korkeamman koulutuksen ja suurempien tulojen positiivisesta yhteydestä eivät täyty tarkastellessa halua osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon. Korkean koulutuksen yhteys halukkuuteen on negatiivinen, samoin kuin korkeammat tulot ennustavat vähäisempää halua osallistua. Myös oletus heikomman toimintakyvyn negatiivisesta yhteydestä kumoutuu. Voidaan ajatella, että ne potilaat, joilla on toimintakyvyssä haasteita ovat tiedostavampia omasta voinnistaan ja tästä syystä myös halukkaampia osallistumaan lääkkeitä koskeviin päätöksentekotilanteisiin. Myös tässä analyysissä mallien selitysasteet jäävät hyvin pieniksi ja mallien keskinäistä paremmuutta vertaillen erot ovat marginaalisia.

5.4. Keskustelun ja päätöksentekoon osallistumisen yhteys lääkkeen valinnassa

Kolmas tutkimuskysymys: ”miten halu osallistua keskusteluun lääkkeen valinnasta on yhteydessä haluun päättää lääkkeen valinnasta?” vastaa teoriakirjallisuuden perusteella tehtyyn oletukseen toimintojen erosta. Oletetaan, että halu keskustella ja halu osallistua päätöksentekoon kuvaavat erilaista potilaan toimintaa lääkärin vastaanotolla. Alustavissa tarkasteluissa havaittiin, että keskusteluun osallistumiseen suhtauduttiin jonkin verran positiivisemmin kuin päätöksentekoon osallistumiseen (ks. kuva 3.; kuva 4.). Lineaaristen regressioanalyysien (taulukko 2.; taulukko 3.) perusteella voidaan todeta, että koulutus ja ikä selittävät halua keskustella ja osallistua päätöksentekoon eri tavalla. Sukupuoli, tulot ja toimintakyky olivat molempiin samansuuntaisessa yhteydessä.

Taulukon 3 viimeisessä mallissa tarkastellaan halua osallistua keskusteluun yhteydessä haluun osallistua päätöksentekoon. Mallissa 4 ikä, sukupuoli, tulot, koulutus sekä arvio toimintakyvystä on vakioitu. Muista malleista poiketen, selitysaste on erittäin korkea. On todennäköistä, että halu osallistua keskusteluun korreloi voimakkaasti mallin muiden selittävien tai selitettävänä olevan halun osallistua lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon kanssa eli mallissa on havaittavissa multikollinearisuutta. Koska kiinnostuksen kohteena on yhteys halun keskustella ja halun osallistua päätöksentekoon välillä, tarkasteltiin tätä yhteyttä Pearsonin korrelaatiota hyödyntämällä. Sen perusteella havaitaan muuttujien välillä varsin voimakas korrelaatio 0,6707 ($p < 0,001$).

Vaikka multikollinearisuus voi sekoittaa lineaarisen regressioanalyysin tuloksia, voidaan mallin 4 perusteella havaita, että halu keskustella lääkkeen valinnasta on voimakkaasti positiivisessa yhteydessä haluun osallistua päätöksentekoon. Mallissa niitä vastaajia, jotka ovat olleet myönteisiä osallistumaan keskusteluun verrataan pienituloisiin, matalasti koulutettuihin, 55–64-vuotiaat miehiin, joilla ei ole toimintakyvyssä ongelmia, jotka ovat olleet haluttomia keskustelemaan lääkkeen valinnasta. Mallissa havaitaan myös, että positiivisesti osallistumiseen suhtautuvat vakioinnin jälkeen 65–69-vuotiaat sekä toimintakyvyn heikommaksi arvioineet. Alle 45-vuotiaat, 45–55-vuotiaat sekä korkeasti koulutetut suhtautuvat osallistumiseen puolestaan negatiivisemmin. (ks. taulukko 5.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millainen yhteys ikääntymisellä ja halulla osallistua lääkehoitoa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon on sekä tarkastella, miten sosioekonomista asemaa ja toimintakykyä kuvaavat tekijät vaikuttavat siihen. Tutkimuksen tarkoituksena oli kyselytutkimuksen avulla tuottaa uutta tietoa ikääntyneiden lääkehoitoon osallistumisesta, jota Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu vastaavilla menetelmillä tai aineistoilla. Tutkimuksen tekoa ohjasi kolme tutkimuskysymystä, jotka laadittiin teoriakirjallisuuden ja aikaisemman tutkimuksen perusteella. Kysymyksistä kaksi ensimmäistä tarkastelivat, miten halu keskustella tai osallistua päätöksentekoon vaihtelee ikäryhmien ja sukupuolten välillä sekä millä tavoin sosioekonomiset ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät selittävät yhteyttä. Kolmas tutkimuskysymys keskittyi tarkastelemaan, miten halu keskustella on yhteydessä haluun osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Tutkimuksessa havaittiin, että suurin osa vastaajista suhtautuu positiivisesti lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon osallistumiseen. Halu osallistua keskusteluun näyttäytyi hieman voimakkaampana kuin halu osallistua päätöksentekoon. Mikään yksittäinen tarkasteltu tekijä ei vaikuttanut haluun osallistua keskusteluun tai päätöksentekoon niin voimakkaasti, että voitaisiin puhua varsinaisesta osallistumiskielteisyydestä. Tulos ei ole yllätys, etenkin kun tarkastelun kohteena oli lääkärin kanssa jaettu päätöksentekotilanne. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu vastaavia tuloksia. Vain harvat potilaat haluavat täysin autonomisen roolin ja sen sijaan suosivat jaettua päätöksentekoa (Deber ym. 2007). Etenkin vakavan sairauden puuttuessa omalle toiminnalle asetetaan positiivisia arvioita (Degner & Sloan 1992). Osallistumishalukkuutta voidaan selittää esimerkiksi potilaan roolin muutoksella (Edwards & Elwyn 2009), johon olennaisesti liittyy halu saada tietoa omasta terveydentilasta ja vaihtoehtoista (Blanchard ym. 1988; Belcher 2006; Deber ym. 2007; Ekdahl ym. 2011).

Tulokset ikääntymisen yhteydestä haluun osallistua keskusteluun tai päätöksentekoon eivät ole yksiselitteisiä. Iän havaittiin olevan erilaisessa yhteydessä haluun keskustella kuin haluun päättää yhdessä lääkärin kanssa lääkkeen valinnasta. Lääkkeen valinnasta keskusteluun yli 70-vuotiaat näyttäytyivät olevan nuorempia haluttomampia. Tämä löydös saa tukea aikaisemmasta tutkimuksesta, jossa ikääntyneiden on havaittu suosivan

vähemmän aktiivista roolia (Deber ym. 2007; Levinson ym. 2005), mutta toisaalta yhteyttä ei ole havaittu kaikissa tutkimuksissa (Ekdahl ym. 2011). Hieman yllättäen lääkkeen valintaa koskevaan päätöksentekoon ikääntyneistä 65–69-vuotiaat olivat halukkaampia osallistumaan kuin nuoremmat. Mielenkiintoista oli myös, ettei yli 70-vuotiaiden havaittu poikkeavan tilastollisesti merkitsevästi nuoremmista. Tulos herättää kysymyksiä esimerkiksi siitä, miten ikääntyneet määrittelevät päätöksentekotilanteen. Ikääntyneiden on havaittu kuvailevan haastattelututkimuksessa omaa aktiivista toimintaa, jonka ei voi kuitenkaan katsoa kohdistuvan suoraan päätöksentekoon (Bastiaens ym. 2007; Ekdahl ym. 2011) tai oman päätöksenteon perusteluna voidaan pitää lääkärin mielipidettä (Lumme-Sandt 2002).

Tutkimuksen selkeimpänä löydöksenä oli se, että naiset ovat miehiä halukkaampia osallistumaan lääkkeen valintaa koskevaan keskusteluun sekä päätöksentekoon. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa naisten on havaittu suosivan aktiivisempaa roolia terveydenhuoltoon liittyvissä keskusteluissa ja päätöksentekotilanteissa (Blanchard ym. 1988; Levinson ym. 2005). Sosioekonomisen aseman yhteyttä haluun keskustella tai osallistua päätöksentekoon tarkasteltiin tulojen ja koulutuksen avulla. Tulosten mukaan korkeampi sosioekonominen asema oli yhteydessä vähemmän aktiiviseen osallistumiseen keskustelussa sekä päätöksenteossa. Koulutuksella ei havaittu lainkaan yhteyttä haluun keskustella lääkkeen valinnasta, mutta päätöksentekoon osallistumiseen korkea koulutus oli negatiivisessa yhteydessä. Aiemmin vähemmän koulutettujen on havaittu suosivan vähemmän aktiivista roolia (Deber ym. 2007), mutta ikääntyneiden osallistumiseen kohdistuneissa tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei ole havaittu (Ekdahl ym. 2011; Foss & Hofoss 2011). Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita erityisesti pienituloisuuden yhteydestä osallistumishalukkuuteen, koska lääkehoitoon katsottiin liittyvän aina taloudellisia päätöksiä. Pienituloisuus oli positiivisessa yhteydessä sekä lääkkeen valinnasta keskusteluun ja päättämiseen, vaikka korkeampien tulojen oletettiin ennustavan aktiivisempaa osallistumista.

Tarkastelemalla toiminta- tai työkykyä haittaavan sairauden tai vamman yhteyttä haluun keskustella ja osallistua päätöksentekoon haluttiin selvittää, miten itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä potilaana toimimiseen lääkkeen valintaa koskevissa tilanteissa. Korkean itsearvioitun toimintakyvyn on aiemmin havaittu olevan yhteydessä aktiivisemmän osallistumiseen (Wensing ym 2007). Vakavan sairauden ja siitä johtuvien oireiden on havaittu olevan yhteydessä passiivisempaan rooliin (Belcher ym. 2006; Blanchard ym. 1988; Deber ym. 2007; Degner & Sloan 1992; Ekdahl ym. 2011). Tämän

tutkimuksen tuloksen kuitenkin osoittavat, että itsearvioitu toiminta- tai työkykyyn vaikuttavasta haitta oli yhteydessä positiivisesti haluun keskustella tai päättää yhdessä lääkärin kanssa.

Tutkimuksessa tarkasteltiin halua keskustella ja halua päättää lääkkeen valinnasta lääkärin kanssa toisistaan erillisinä potilaana toimimisen tapoina. Teoreettisena lähtökohtana pidettiin, että jaettu päätöksenteko on tilanne, jossa on vähintään kaksi osallistujaa, molemmat osapuolet osallistuvat päätöksentekoprosessiin, tietoa jaetaan molemmin puolin ja prosessin päätteeksi syntyy päätös, jonka molemmat osapuolet hyväksyvät (Charles ym. 1997). Potilaiden katsottiin jakautuvan toimintansa osalta erilaisiin rooleihin (Degner & Sloan 1997). Tulosten mukaan selvästi todennäköisemmin ne vastaajat, jotka olivat halukkaita keskustelemaan lääkkeen valinnasta, olivat myös halukkaita päättämään lääkkeen valinnasta yhdessä lääkärin kanssa.

Tässä tutkimuksessa teoreettisena lähtökohtana käytettiin toimijuuden käsitettä, jolla tarkoitetaan esimerkiksi haluamista, pystymistä ja osaamista. Toimijuuteen ja sen toteutumiseen vaikuttavat rakenteiden lisäksi yksilön ominaisuudet. Lähtökohtana toimijuudelle pidettiin, ettei se katoa äärimmäisissäkään tilanteissa vaan muuttaa muotoaan. (Giddens 1984; Giddens 1991; Goffman 1997; Jyrkämä 2007; Jyrkämä 2008.) Vaikka tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain yhtä toimijuuden muotoa, halua osallistua, voidaan tulosten perusteella todeta, että ikääntyneiden potilaiden toimijuus lääkehoidossa on todellista. Tarkastelemalla toimijuuden koordinaatteja eli tässä tutkimuksessa ikää, sukupuolta, sosioekonomista asemaa ja toimintakykyä selittävinä tekijöinä voidaan havaita, mitkä ryhmät ovat erityisen tuen tarpeessa oman toimijuutensa näkökulmasta. Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilastyössä ei voi olettaa, etteivät ikääntyneet potilaat haluaisi osallistua keskusteluun tai päätöksentekoon lääkkeen valinnasta.

Tässä tutkimuksessa tarkastelu kohdistui niin sanottuihin ”nuoriin vanhoihin”, jotka asuvat itsenäisesti ja joiden avun tarpeen oletetaan olevan varsin vähäistä. Aineistosta ei ollut mahdollista selvittää, saavatko vastaajat apua lääkehoitoonsa liittyvissä toimissa. Jatkotutkimuksen näkökulmasta olisi erittäin tärkeää laajentaa tarkastelu yli 80-vuotiaisiin potilaisiin, jotta ikääntyneiden toimijuudesta lääkehoidossa saataisiin kokonaisvaltaisempi kuva. Tutkimusta tulisi kohdistaa myös erilaisiin hoivapalveluihin, jossa lääkehoidon rooli arjessa on suuri. Erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten strukturoitua kyselytutkimusta, havainnointia ja haastatteluja hyödyntämällä voitaisiin tarkastella lääkehoitoa moniulotteisemmin eri toimijuuden modaaliteettien näkökulmasta.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä käytettyä toimijuuden käsitettä ja sen erilaisia ilmenemismuotoja olisi syytä tarkastella yleisemmin terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa laajemminkin.

Tärkeä osa ikääntyneen potilaan toimintaa ja toimijuutta lääkärin vastaanotolla on myös se, kuinka tässä tutkimuksessa tarkastellut halu keskustella ja halu osallistua päätöksentekoon toteutuvat. Tämän tutkimuksen perusteella tiedetään, että potilaat ovat halukkaita keskustelemaan ja osallistumaan päätöksentekoon, mutta jopa merkittävämpi kysymys on, tarjotaanko osallistumiseen mahdollisuutta. Jatkotutkimusta tulisi kohdistaa ikääntyneiden potilaiden kokemuksiin ja arvioihin siitä, ovatko heidän odotuksensa omasta toiminnasta täyttyneet ja miten heidän omaa toimintaansa voitaisiin tukea. Edellä esitetty teema liittyy laajempaan yhteiskunnalliseen keskusteluun ikääntyneiden asemasta ja oikeuksista. Lääkehoidossa toimiminen on vain yksi esimerkki siitä, miten viime vuosina myös poliittisessa keskustelussa voimakkaasti esillä olleet itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja keskustelu laadukkaasta ikääntymisestä realisoituvat yksilön arjessa (esim. HE 108/2014; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012).

Tämä tutkimus tarjoaa näkökulman yhteen toimijuuden ulottuvuuteen, haluun. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta lääkehoidossa ja terveydenhuollossa eletään jatkuvan muutoksen aikaa, jossa potilailla avautuu uusia mahdollisuuksia, mutta myös uusia esteitä nousee. Nyt valmisteilla olevan sosiaali- ja terveysthuollon kokonaisuudistuksen arvioidaan lisäävän kuluttajuutta palveluissa entisestään. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että potilaat haluavat osallistua yhdessä lääkärin kanssa omaa lääkitystään koskeviin keskusteluihin ja päätöksiin. Jatkossa on kuitenkin tarkasteltava kokonaisvaltaisesti sitä, kuinka paljon vastuuta potilaat todella haluavat ja miten heitä, joilla ei halua tai kykyä ole, tuetaan valintatilanteissa.

Lähteet

- Ahonen, J. (2011). *Iäkkäiden lääkehoito, vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset*. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto: terveystieteiden tiedekunta.
- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1550–1561.
- Barat, I., Andreasen, F., & Damsgaard, E. M. S. (2001). Drug therapy in the elderly: What doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51(6), 615–622.
- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V., & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 33–42.
- Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298–303.
- Benner, J. S., Glynn, R. J., Mogun, H., Neumann, P. J., Weinstein, M. C., & Avorn, J. (2002). Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *Jama*, 288(4), 455–461.
- Benson, J., & Britten, N. (2002). Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: Qualitative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7369), 873.
- Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, R., et al. (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *Jama*, 279(23), 1877–1882.
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science & Medicine*, 27(11), 1139–1145.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692.

- Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., & Sharpe, N. (2007). Do people want to be autonomous patients? preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations*, *10*(3), 248–258.
- Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1992). Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, *45*(9), 941–950.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, *23*(2), 207–218.
- Dunderfelt, T. (2011). *Elämäntarkkailu: Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen*. Helsinki: WSOYpro.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2009). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice* (2nd ed ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Ek Dahl, A. W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, *80*(2), 233–240.
- Ek Dahl, A. W., Andersson, L., Wirén, A., & Friedrichsen, M. (2011). Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*, *11*(1), 46–54.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., et al. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*, *293*(11), 1348-1358.
- Fimea 2018. Lääke 75+. http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-. Viitattu 28.5.2018.
- Forma, L., Jylhä, M., Pulkki, J., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. (2017). Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 668.
- Foss, C., & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*, *85*(1), 68–73.

- Foucault, M. (2013). *Klinikan synty*. Tampere: Niin & näin.
- Fuchs, S. (2001). Beyond agency. *Sociological Theory*, 19(1), 24–40.
- George, J., Elliott, R. A., & Stewart, D. C. (2008). A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs & Aging*, 25(4), 307–324.
- Gerlander, M., Kivinen, T., Isotalus, P., & Kettunen, T. (2013). Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. *Tutkiva Hoitotyö*, 11(2), 14–22.
- Giddens A. (1991) Structuration theory: Past, present and future. Teoksessa C. Bryant & D. Jay (toim.) *Giddens' theory of structuration. A critical appreciation*, 201–221, Routledge, London and New York.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2010). Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Aging & Mental Health*, 14(2), 121–128.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2013). The fourth age and the concept of a 'social imaginary': A theoretical excursus. *Journal of Aging Studies* 27(4), 368–376.
- Goffman, E. (1997). *Minuuden riistäjät: Tutkielma totaalisista laitoksista*. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Gordon, T. (2005) Toimijuuden käsitteen dilemma. Teoksessa A. Meurman-Solin & I. Pyysiäinen (toim.) *Ihmistieteet tänään*, 114–129. Gaudeamus.
- Grace-Martin, K. (2008). Can likert scale data ever be continuous. Saatavilla sähköisenä: <https://www.theanalysisfactor.com/can-likert-scale-data-ever-be-continuous/>. Viitattu 9.6.2017.,
- Gregory, R., Peters, E., & Slovic, P. (2011). Making decisions about prescription drugs: A study of doctor–patient communication. *Health, Risk & Society*, 13(4), 347–371.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine*, 47(3), 329–339.

Hämeen-Anttila, K. (2014). Lääketiedon tarpeet ja lähteet–väestökysely lääkkeiden käyttäjille. *Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 2/2014*. Kuopio: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Hämeen-Anttila, K., Mäntylä, A., Jyrkkä, J., & Enlund, H. (2014). Väestön näkemyksiä itsehoitolääkkeistä: Saatavuus, riskit ja tiedon saanti. *Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 1/2014*. Kuopio: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Hämeen-Anttila, K., Närhi, U., & Tahvanainen, H. (2018). Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma loppuraportti. *Raportteja ja muistioita 15/2018*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hannikainen, K. (2018) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. *Suomen Sosiaalinen Tila 1/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hansson, L., Lindholm, L. H., Ekblom, T., Dahlöf, B., Lanke, J., Scherstén, B., et al. (1999). Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: Cardiovascular mortality and morbidity the swedish trial in old patients with hypertension-2 study. *The Lancet* 354(9191), 1751–1756.

Hartikainen, S., Lönnroos, E., & Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: Critical systematic review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10), 1172–1181.

HE 108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Saatavilla sähköisenä <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>. Viitattu 9.6.2018.

HE 184/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä laeiksi lääkelain 57 b ja 102 §:n ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 ja 23 §:n muuttamisesta. Saatavilla sähköisenä https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitykset/Documents/HE_184+2016.pdf. Viitattu 9.6.2018.

Henkilötietolaki 523/1999.

- Hitlin, S., & Elder, G. H. (2006). Agency: An empirical model of an abstract concept. *Advances In Life Course Research* 11, 33–67.
- Hitlin, S., & Elder, G. H. (2007). Time, self, and the curiously abstract concept of agency. *Sociological Theory*, 25(2), 170–191.
- Honkasalo, M. (2008). *Reikä sydämessä: Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.
- Hughes, C. M. (2004). Medication non-adherence in the elderly. *Drugs & Aging*, 21(12), 793–811.
- Ilmarinen, K. (2017). Iäkkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. *Suomen Sosiaalinen Tila: 1/2017*, Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Jackevicius, C. A., Mamdani, M., & Tu, J. V. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *Jama*, 288(4), 462–467.
- Järvisilta, K., Niemelä, M., Aaltonen, K., Merikoski, M., Hämeen-Anttila, K., & Enlund, H. (2018) Lääkebarometri 2015: Kyselytutkimusten aineistonkeruu ja tutkimusseloste. *Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 8/2018*. Kuopio: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291–309.
- Jyrkämä, J. (2001) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa A. Sakari & J. Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen*, 267–315. Vastapaino.
- Jyrkämä, J. (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.), *Vanhuus ja sosiaalityö -Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*, 195–217. PS-Kustannus.
- Jyrkämä, J. (2008). Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä: Hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 22(4), 190–203.

- Jyrkkä, J. (2011). *Drug use and polypharmacy in elderly persons*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 47.
- Karisto, A. (2008). *Satunmaa: Suomalaiseläkeläiset espanjan aurinkorannikolla*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Karisto, A., & Konttinen, R. (2004). *Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua: Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä*. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Karttunen, M., Kääriäinen, M., Jokelainen, J., & Elo, S. (2017). Ikääntyneiden turvallinen lääkehoito: Mittarin kehittämisprosessi. *Gerontologia* 31(2), 87–99.
- Kehusmaa, S., Vainio, S., & Alastalo, H. (2016). Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. *Tutkimuksesta tiiviisti 13, heinäkuu 2016*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ketokivi, M. (2015). *Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kinni, R. (2014). Kodinomaisuus toimijuutena: Tapaustutkimus iäkkään kuntoutujan toimijuudesta sairaalassa. *Gerontologia* 28(1), 3–15.
- Kivelä, S. (2005). *Me, ikääntyminen ja lääkkeet*. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Kivelä, S-L. (2013) Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia*, 339–350. Duodecim.
- Koivula, R. (2008). Vanhuksen toimijuus ja pitkäaikaisosaston lounasruokailu. *Gerontologia* 22(4), 204–214.
- Koivula, R. (2013). *Muistisairaahan ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla-tutkimus toimijuudesta*. Väitöskirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Korhonen, L. (2012). *Son toppi nyt. Muistisairautta sairastavien ikääntyneiden toimijuus terveyskeskusosastolla*. Pro gradu -tutkielma. Lapin Yliopisto: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Kurikkala, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H., & Elo, S. (2015). Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä: Integroitu katsaus. *Hoitotiede*, 27(1), 3–17.

Lääkäriliitto 2018. Lääkärin eettiset ohjeet. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee/>. Viitattu 28.5.2018.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea & Kansaneläkelaitos. (2017). *Suomen lääketilasto 2016*. Edita Prima Oy.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea & Kansaneläkelaitos. (2016). *Suomen lääketilasto 2015*. Edita Prima Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki takuueläkkeestä 703/2010.

Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531–535.

Lloyd, L., Calnan, M., Cameron, A., Seymour, J., & Smith, R. (2014). Identity in the fourth age: Perseverance, adaptation and maintaining dignity. *Ageing & Society*, 34(1), 1–19.

Loyal, S. (2003). *The sociology of Anthony Giddens*. London; Sterling, Va.: Pluto Press.

Lumme-Sandt, K. (2002). *Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat*. Väitöskirja. Tampere University Press.

Mikkola, T. (2009). *Sinusta kiinni: Tutkimus puolisoivoivan arjen toimijuuksista*. Väitöskirja. Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Moen, J., Bohm, A., Tillenius, T., Antonov, K., Nilsson, J. L., & Ring, L. (2009). "I don't know how many of these [medicines] are necessary.." - a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 135–141.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632.

Nummenmaa, L. (2004). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.

Ownby, R. L., Hertzog, C., Crocco, E., & Duara, R. (2006). Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. *Aging and Mental Health, 10*(4), 378–385.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Ratkaisujen Suomi. *Hallituksen julkaisusarja 10/2015*. Saatavilla sähköisenä http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Viitattu 27.7.2017.

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*(3), 452–460.

Phillips, J. E., Ajrouch, K. J., & Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key concepts in social gerontology* Sage.

Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N., & Strandberg, T. (2006). Vanhuksen lääkehoidon karikoita. *Duodecim, 122*(12), 1503–1512.

Pollard, S., Bansback, N., & Bryan, S. (2015). Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 98*(9), 1046–1057.

Portin, P. (2013) Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia, 113–124*. Duodecim.

Pulkki, J., Jylhä, M., Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. (2016). Long-term care use among old people in their last 2 years of life: Variations across Finland. *Health & Social Care in the Community, 24*(4), 439–449.

Rantanen, T. & Sakari, R. (2013) Toimintatellit. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia, 315–320*. Duodecim.

Rantanen, T. (2013) Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia, 414–419*. Duodecim.

Reinikainen, L., Lämsä, E., Happonen, P., & Hämeen-Anttila, K. (2017). Apteekkijärjestelmän sääntelyn purkaminen Euroopassa—toimenpiteet ja vaikutukset. *Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 3/2017*. Kuopio: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Ruokoniemi, P. (2018). Rationaalinen lääkkeen määrääminen, toimittaminen ja käyttö nykyisissä ja tulevilla SOTE-rakenteissa. *Raportteja ja muistioita 12/2018*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Saarenheimo, M. (2012) Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa S. Heimonen & H. Pajunen (toim.) *Mielen terveys vanhuudessa*, 18–48. Edita.

Sainio, P.; Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T.; Aromaa, A. (2013) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia*, 50–63. Duodecim.

Sairaanhoitajaliitto 2018. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Viitattu 28.5.2018.

Sairausvakuutuslaki 1224/2001.

Sargent, D. J., Goldberg, R. M., Jacobson, S. D., Macdonald, J. S., Labianca, R., Haller, D. G., et al. (2001). A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *New England Journal of Medicine*, 345(15), 1091–1097.

Shepherd, J., Blauw, G. J., Murphy, M. B., Bollen, E. L., Buckley, B. M., Cobbe, S. M., et al. (2002). Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 360(9346), 1623–1630.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018). Rationaalinen lääkehoito. <http://stm.fi/rationaalinen-laakehoito>. Viitattu 28.5.2018.

Sosiologia (2007) Tiedoksi: Sosiologipäivät Turussa 23.-24.3.2007. *Sosiologia* 2/2007, 173.

Stacey, M. (1984). Who are the health workers? patients and other unpaid workers in health care. *Economic and Industrial Democracy*, 5(2), 157–184.

Stacey, M. (1988). *The sociology of health and healing: A textbook* Routledge.

Steinman, M. A., Seth Landefeld, C., Rosenthal, G. E., Berthenthal, D., Sen, S., & Kaboli, P. J. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1516–1523.

Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor–patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50(6), 829–840.

Sulosaari, V. (2016). *Medication competence of nursing students in Finland*. Väitöskirja. Turun yliopisto: Hoitotieteiden laitos.

Suomen perustuslaki 731/199.

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2015): Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 9.6.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>.

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2017): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 9.6.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/meta.html>.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. (2018) Saatavilla sähköisenä: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s86qjDe01s2xLjMCAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. Viitattu 8.4.2018.

Tulle, E. (2004) Rethinking agency in later life. Teoksessa E. Tulle (toim.) *Old age and Agency*. Nova Science Publishers, Inc.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008) *Vanhuus ja hoidon etiikka*. ETENE julkaisuja 20. Saatavilla sähköisenä <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>. Viitattu 9.6.2018.

Veräjänkorva, O. (2008). *Sairaanhoitajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Vick, S., & Scott, A. (1998). Agency in health care. examining patients' preferences for attributes of the doctor–patient relationship. *Journal of Health Economics*, 17(5), 587–605.

Wallin, M., Talvitie, U., Cattan, M., & Karppi, S. (2008). Vanhuksen toimijuus ja kuntoutuksen vuorovaikutustilanteet. *Gerontologia*, 3, 156–162.

Wensing, M., Wetzels, R., Hermsen, J., & Baker, R. (2007). Do elderly patients feel more enabled if they had been actively involved in primary care consultations? *Patient Education and Counseling*, 68(3), 265–269.

White, K. (2009). *An introduction to the sociology of health and illness*. London: Sage.

Liite 1

Taulukko: Halu keskustella lääkkeen valinnasta sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn mukaan, lineaarinen regressio

| | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Ikä (ref. 55-64v) | | | | | | | | |
| Alle 45 v | 0.0257 | | | | | | | |
| | (0.0409) | | | | | | | |
| 45-55v | 0.00635 | | | | | | | |
| | (0.0472) | | | | | | | |
| 65-69 | 0.0109 | | | | | | | |
| | (0.0524) | | | | | | | |
| yli 70v | -0.104* | | | | | | | |
| | (0.0477) | | | | | | | |
| Sukupuoli | | | | | | | | |
| Nainen | 0.173*** | | | | | | | |
| | (0.0299) | | | | | | | |
| Koulutus (ref. perusaste) | | | | | | | | |
| Keskiaste | 0.0339 | | | | | | | |
| | (0.0454) | | | | | | | |
| Korkea aste | 0.0113 | | | | | | | |
| | (0.0464) | | | | | | | |
| Työelämästatus (ref. Työelämässä) | | | | | | | | |
| Työtön | 0.118* | | | | | | | |
| | (0.0600) | | | | | | | |
| Koko- tai osa-aikainen eläke | -0.0268 | | | | | | | |
| | (0.0329) | | | | | | | |
| Muu työelämän ulkopuolella | 0.128* | | | | | | | |
| | (0.0520) | | | | | | | |
| Tulot (ref. alle 1 000 €) | | | | | | | | |
| 1 001–2 000 € | -0.0231 | | | | | | | |
| | (0.0557) | | | | | | | |
| 2 001–3 000 € | -0.0767 | | | | | | | |
| | (0.0560) | | | | | | | |
| 3 001–4 000 € | -0.123* | | | | | | | |
| | (0.0573) | | | | | | | |
| Yli 4 000 € | -0.179** | | | | | | | |
| | (0.0567) | | | | | | | |
| Tulot (ref. alle 1 000€) | | | | | | | | |
| Yli 1 000 € | -0.0974* | | | | | | | |
| | (0.0494) | | | | | | | |
| Toimintakyky (ref. ei vammaa tai sairautta) | | | | | | | | |
| Vamma tai sairaus, joka vaikuttaa toimintakykyyn | 0.128*** | | | | | | | |
| | (0.0344) | | | | | | | |
| Toimintakykymittari, summamuuttuja | | | | | | | | |
| | | | | | | | 0.0320** | |
| | | | | | | | (0.0115) | |
| Vakiotermi | 4.078*** | 3.976*** | 4.051*** | 4.060*** | 4.159*** | 4.159*** | 4.039*** | 4.026*** |
| | (0.0305) | (0.0222) | (0.0398) | (0.0221) | (0.0468) | (0.0469) | (0.0172) | (0.0220) |
| <i>N</i> | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 |
| <i>r</i> ² | 0.00176 | 0.00657 | 0.000157 | 0.00248 | 0.00345 | 0.000769 | 0.00276 | 0.00154 |
| rmse | 1.059 | 1.057 | 1.060 | 1.059 | 1.059 | 1.060 | 1.059 | 1.059 |
| bic | 14931.3 | 14881.4 | 14922.4 | 14919.2 | 14922.8 | 14910.7 | 14900.7 | 14906.8 |

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Liite 2

Taulukko: Halu päättää lääkkeen valinnasta sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn mukaan, lineaarinen regressio

| | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Ikä (ref. 55-64v) | | | | | | | | |
| Alle 45 v | -0.116* | | | | | | | |
| | (0.0457) | | | | | | | |
| 45-55v | -0.0932 | | | | | | | |
| | (0.0529) | | | | | | | |
| 65-69 | 0.118* | | | | | | | |
| | (0.0587) | | | | | | | |
| yli 70v | -0.0494 | | | | | | | |
| | (0.0534) | | | | | | | |
| Sukupuoli | | | | | | | | |
| Nainen | 0.143*** | | | | | | | |
| | (0.0336) | | | | | | | |
| Koulutus (ref. perusaste) | | | | | | | | |
| Keskiaste | -0.0175 | | | | | | | |
| | (0.0508) | | | | | | | |
| Korkea aste | -0.183*** | | | | | | | |
| | (0.0518) | | | | | | | |
| Työelämästatus (ref. Työelämässä) | | | | | | | | |
| Työtön | 0.189** | | | | | | | |
| | (0.0672) | | | | | | | |
| Koko- tai osa-aikainen eläke | 0.152*** | | | | | | | |
| | (0.0369) | | | | | | | |
| Muu työelämän ulkopuolella | 0.0341 | | | | | | | |
| | (0.0582) | | | | | | | |
| Tulot (ref. alle 1 000 €) | | | | | | | | |
| 1 001–2 000 € | 0.00862 | | | | | | | |
| | (0.0623) | | | | | | | |
| 2 001–3 000 € | -0.109 | | | | | | | |
| | (0.0626) | | | | | | | |
| 3 001–4 000 € | -0.195** | | | | | | | |
| | (0.0641) | | | | | | | |
| Yli 4 000 € | -0.240*** | | | | | | | |
| | (0.0634) | | | | | | | |
| Tulot (ref. alle 1 000€) | | | | | | | | |
| Yli 1 000 € | -0.128* | | | | | | | |
| | (0.0554) | | | | | | | |
| Toimintakyky (ref. ei vammaa tai sairautta) | | | | | | | | |
| Vamma tai sairaus, joka vaikuttaa toimintakykyyn | 0.218*** | | | | | | | |
| | (0.0384) | | | | | | | |
| Toimintakykymittari, summamuuttuja | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 0.0629*** |
| | | | | | | | | (0.0128) |
| Vakiotermi | 3.863*** | 3.739*** | 3.898*** | 3.745*** | 3.933*** | 3.933*** | 3.763*** | 3.730*** |
| | (0.0342) | (0.0249) | (0.044) | (0.0247) | (0.0524) | (0.0525) | (0.0193) | (0.0246) |
| <i>N</i> | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 | 5043 |
| <i>r</i> ² | 0.00400 | 0.00358 | 0.00491 | 0.00415 | 0.00692 | 0.00106 | 0.00633 | 0.00475 |
| rmse | 1.185 | 1.185 | 1.185 | 1.185 | 1.184 | 1.187 | 1.184 | 1.185 |
| bic | 16064.9 | 16041.4 | 16043.2 | 16055.6 | 16050.1 | 16054.1 | 16027.5 | 16035.5 |

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$