

Seija Huttunen

# SUOMI24-KESKUSTELUFOORUMI TERVEYSTIEDON LÄHTEENÄ

Opinnäytetyö

Liiketalouden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Dataperustaisten hyvinvointipalvelujen kehittämisen koulutus  
(ylempi amk)

2022



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Tradenomi (ylempi AMK)
Tekijä	Seija Huttunen
Työn nimi	Suomi24-keskustelufoorumi terveystiedon lähteenä
Toimeksiantaja	Kuluttajatutkimuskeskus, Helsingin yliopisto
Vuosi	2022
Sivut	76 sivua, liitteitä 6 sivua
Työn ohjaajat	Paula Mäkeläinen, Riitta Riikonen

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sosiaalisen median keskusteluaineistojen soveltuvuutta terveystiedon tuottamisessa. Aineistona käytetään Suomi24-foorumin masennusaiheisiin liittyviä keskusteluja vuosilta 2001–2017. Tavoitteena on selvittää, millaisia hoitosuhteita tai niiden puutteita keskustelijat ilmaisevat.

Tutkimusongelmina selvitetään, millaisia masennukseen ja hoitosuhteeseen liittyviä yksilökokemuksia voidaan tunnistaa koneoppimisen keinoin Suomi24-foorumin keskusteluista sekä millaisia palvelujen kehittämisen paikkoja hahmotetaan näiden yksilökokemusten kautta.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin monimenetelmäisyyttä: tiedonlouhintaa, lähi-luentaa ja kehystämistä.

Aineistosta tunnistetaan yksilökokemuksia masennuksesta paranemisesta, sairauden kanssa kamppailusta sekä vaikuttavasta että tehottomasta hoidosta. Masennuksen hoitopoluilla kuvataan haasteita hoitoon ohjautumisessa, diagnosoinnissa, lääkäri-potilassuhteissa, lääkityksessä, avohoidon palveluissa, terapiassa ja sairaalahoidossa.

Asiakkaiden tunnekokemuksista hahmotetaan luottamuksen, pelon ja pettymyksen kehukset. Hoidon laadun kokemuksista vastaavasti tunnistetaan yhteistyön, vallan ja hoidottomuuden kehukset. Tunnekokemuksia ja hoidon laadua kuvaavat kehukset kohtaavat myös rinnakkain: luottamus – yhteistyö, pelko – valta ja pettymys – hoidottomuus.

Masennuksen hoitopolkujen arvioinnissa ja kehittämisessä tulisi lisätä huomiota asiakkaan tunnekokemuksiin ja kokemuksiin hoidon laadusta.

Tiedonlouhinnalla tavoitettiin haluttua aihetta käsittelevät keskustelut merkittäväällä tarkkuudella. Suomi24-keskustelufoorumi terveystiedon lähteenä tarjoaa mahdollisuuden yksilökokemusten hyödyntämiseen palvelujen kehittämisessä.

**Asiasanat:** sosiaalinen media, terveystieto, masennus, yksilökokemus, tiedonlouhinta

Degree	Master of Business Administration
Author	Seija Huttunen
Thesis title	Suomi24 forum as a source of health information
Commissioned by	Centre for Consumer Society Research, University of Helsinki
Time	2022
Pages	76 pages, 6 pages of appendices
Supervisors	Paula Mäkeläinen, Riitta Riikonen

## ABSTRACT

The objective of the thesis was to describe the suitability of social media discussion materials in producing health information. The material for the study was collected from Suomi24 discussion forum from topics related to depression between 2001–2017. The aim was to study what kinds of care relationships or needs for such relationships were expressed in the discussions.

The purpose was to examine what individual experiences related to depression and caring relationships can be identified through machine learning from the discussions in Suomi24 forum, and what opportunities for service design can be outlined through these individual experiences. The thesis utilized multiple methods: data mining, close-reading and framing.

The data obtained from the study identify individual experiences of recovery from depression, struggle with the disease, and effective and ineffective treatment experiences. Treatment pathways for depression are often associated with challenges in referral, diagnosis, physician-patient relationships, medication, outpatient services, therapy, and hospital care.

In this study a frame of trust, a frame of fear and a frame of disappointment were outlined based on customers' emotional experiences. On the basis of experiences relating to quality of care, a frame of cooperation, a frame of power and a frame of neglect were identified. These describing emotional experiences and the quality of care also meet in parallel: trust – cooperation, fear – power and disappointment – neglect.

In sum, evaluating, developing and designing treatment services, more attention should be paid to the client's emotional experiences and experiences relating to the quality of treatment.

Data mining allowed to find discussions on the desired topic with considerable precision. Suomi24 discussion forum as a source of health information offers an opportunity to utilize individual experiences in the development of services.

**Keywords:** social media, health information, depression, individual experience, data mining

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJA.....	7
3	TERVEYSTIEDON VIIDAKOSSA.....	8
3.1	Itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurikuvaus .....	12
3.2	Terveysviestinnän kipupisteitä.....	14
3.3	Sairastuneen ääni lääkärin vastuun kentällä .....	15
4	SUOMI24-KESKUSTELUFOORUMI .....	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	22
6	AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI.....	22
6.1	Tiedonlouhinta .....	23
6.2	Aineiston analyysi.....	27
7	TULOKSET.....	29
7.1	Koneoppimisen keinoin tunnistetut yksilökokemukset .....	30
7.1.1	Määrätään.....	30
7.1.2	Ehdotti.....	33
7.1.3	Annoksella .....	38
7.1.4	Oloon .....	42
7.1.5	Pahaa oloa.....	45
7.1.6	Olen-fraasit .....	46
7.2	Palvelujen kehittämisen paikat masennuksen hoitopolulla .....	50
7.3	Yhteenveto tuloksista.....	53
8	POHDINTA .....	61
8.1	Tulosten tarkastelu .....	64
8.2	Luotettavuus .....	66
8.3	Eettisyys .....	67
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	69
10	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	70

LÄHTEET.....	71
--------------	----

## LIITTEET

Liite 1. Itse- ja omahoidon keskeisiä käsitteitä

Liite 2. Testaus Lääketutkan hyödynnettävyydestä

## 1 JOHDANTO

Internetiin tuotettu terveystieto on usein jaoteltu kahteen tulokulmaan: virallisten instituutioiden (terveydenhuollon organisaatiot, lääkeyritykset) tuottama terveystieto ja kansalaisten tuottama terveystieto. Kansalaisten tuottamalla terveystiedolla on tarkoitettu näissä lähestymisissä useimmiten vertais- ja tukiryhmissä käytyjä keskusteluja. (Helve ym. 2015.) Näiden tulokulmien tuottaman terveystiedon vastaanottajina on pidetty pääsääntöisesti yksittäisiä kansalaisia, ja internetin villiintyessä huoli vääränlaisten terveystietojen leviämisestä on kasvanut. Harvempi tutkimus käsittelee sitä näkökulmaa, miten viralliset instituutiot voisivat hyödyntää kansalaisten internetiin tuottamaa terveystietoa. Torkkola (2016) on esittänyt pohdittavaksi, miten verkkokeskusteluista nousevaa tietoa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi lääkeneuvonnan kehittämis-kohteiden tunnistamisessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sosiaalisen median keskusteluaineistojen soveltuvuutta terveystiedon tuottamisessa. Aineistona käytetään Suomi24-foorumien masennusaiheisia keskusteluja ja näiden keskustelijoiden ilmaisia hoitosuhteita. Sosiaalisen median keskusteluryhmät toimivat vertaistukialustana käyttäjille, jotka jakavat toisilleen hyvin henkilökohtaista tietoa kokemuksistaan. Keskusteluryhmissä jaetaan myös vinkkejä, jotka voivat näyttäytyä hoito-ohjeina.

Sosiaalisen median keskusteluryhmät vertaistuen jakajina on tunnistettu myös sosiaali- ja terveysalalla. Tämän opinnäytetyön näkökulmana on tuoda esiin näiden vertaistukikeskusteluiden kautta avautuvat tietolähteet sosiaali- ja terveysalalle hyödynnettäväksi palvelujen kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisia hoitosuhteita tai niiden puutteita keskustelijat ilmaisevat.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kuluttajatutkimuskeskus. Aihe syntyi toimeksiantajan huomiosta aiemman tutkimuksen yhteydessä (Ruckenstein 2019), jolloin masennuslääkkeitä koskevia keskusteluja tarkasteltaessa keskustelijoiden hoitosuhteet jäivät hahmottamatta. Keskusteluissa korostui yhteisöllinen

tieto ja sitä kautta jaettu vertaistuki, keskustelijoiden toisilleen antamat ohjeet ja jaetut kokemukset myös lääkkeiden käytössä.

Suomi24 on Suomen suurin sosiaalisen median palvelu ja myös globaalissa mittakaavassa merkittävä kansalaisten yleiskeskustelufoorumi laajuudessaan ja ajallisessa kestossaan. Tutkimuskäyttöön avattu laaja Suomi24-aineisto sisältää keskusteluja eri aiheista vuosilta 2001–2017. Lukumäärältään keskusteluketjuja on 7,1 miljoonaa ja yksittäisiä viestejä yli 70 miljoonaa. Aineisto tarjoaa kiinnostavan tutkimuskohteen eri tieteenaloille.

Opinnäytetyössä on hyödynnetty monimenetelmäisyyttä. Kvantitatiivisessa osuudessa on käytetty tiedonlouhintaa ja kvalitatiivisessa osuudessa lähiluentaa ja kehystämistä.

## **2 TOIMEKSIANTAJA**

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kuluttajatutkimuskeskus, joka on Helsingin yliopiston politiikan ja talouden tutkimuksen laitoksen yksikkö.

Kuluttajatutkimuskeskus avasi keväällä 2015 Suomi24-aineiston tutkimuskäyttöön yhteistyössä Allerin, Finnish Language Resource Consortiumin (FINCLARIN), Helsingin Yliopiston Valtiotieteellisen tiedekunnan Menetelmäkeskuksen sekä Tieteen tietotekniikan keskuksen (CSC) kanssa. (Lagus ym. 2016, 5.)

Helsingin yliopiston Citizen Mindscapes aloitti hankkeena, mutta on myös monitieteinen tutkijakollektiivi Suomen eri yliopistoista. Kollektiivi on selvittänyt kansalaisten mielenliikkeitä isojen verkkoaineistojen avulla ja kehittänyt uusia tapoja sosiaalisen ja poliittisen vuorovaikutuksen tarkastelussa. Tutkimushankkeen avulla kehitettiin Lääketutka-työkalu, jonka aineistona on Suomi24-keskusteluja 16 vuoden ajalta. Aineisto koostuu suomalaisten omakohtaisista kokemuksista lääkkeiden käytössä. (Lagus ym. 2018.)

### 3 TERVEYSTIEDON VIIDAKOSSA

Suomalaisten internetin käyttö kasvoi nopeasti vuosien 2001 ja 2009 välisenä ajanjaksona sisältäen myös terveystiedon haun. Vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan noin kolmannes vastaajista ei osannut arvioida terveystiedon luotettavuutta. Tätä arvioitiin sillä, että vastaajat olivat käyttäneet sitä liian harvoin tai eivät ollenkaan. Terveystiedon etsijäksi internetistä luokiteltiin olevan korkeasti koulutettu 26–45-vuotias nainen, joka arvioi terveytensä olevan erittäin hyvä. Vastaavasti alhaisella koulutustasolla, internetin käyttämättömyydellä, ylipainolla ja lihavuudella katsottiin olevan yhteys vähäisempään käymiseen internetin terveystietosivustoilla. (Ek & Niemelä 2010, 6.)

Terveystalo toteutti vuonna 2015 tutkimuksen, jossa selvitettiin, miten suomalaiset hakevat terveystietoa internetistä. Tutkimukseen vastasi 1 119 suomalaista ikäjakaumalla 18–65 vuotta. Heistä 92 prosenttia oli hakenut terveystietoa internetistä. Vastanneista lähes 15 prosenttia haki tietoa viikoittain, noin 32 prosenttia kuukausittain ja noin 41 prosenttia harvemmin kuin kuukausittain. Enemmistö (68 prosenttia) vastanneista oli hakenut tietoa sairauden oireista, 63 prosenttia lääkkeitä tai lääkeaineista, 48 prosenttia yleistä terveystietoa, 46 prosenttia vitamiineista ja terveystuotteista ja 33 prosenttia akuutin vaivan vuoksi. Hakulähteiksi vastaajat nimesivät Google (84,9 prosenttia), terveystietoportaalit (41,2 prosenttia), keskustelupalstat, esim. Suomi24 (12,6 prosenttia), viranomaislähteet, kunnallisen terveystietopalvelujen tuottajan verkkosivut, THL (12,0 prosenttia), lääkeyritysten sivut (8,9 prosenttia), potilasliitot (5,8 prosenttia), uutismediat (4,2 prosenttia), Facebook (2,5 prosenttia), blogit (2,4 prosenttia) ja jostain muualta (1,8 prosenttia). (Taloustutkimus 2015.)

Tilastokeskuksen (2019) mukaan sen tekemää tutkimusta edeltävän kolmen kuukauden aikana 71 prosenttia vastaajista oli etsinyt terveystietoa internetistä. Ikäryhmässä 16–44-vuotiaat keskimääräinen osuus internetin hyödyntäjästä terveystiedon etsinnässä oli liki 84 prosenttia kyseisenä ajanjaksona.

Helve ym. (2015) toteavat katsauksessaan, että *jokainen voi tuottaa terveystietoa internetiin*. Katsauksessa jaotellaan terveystieto kahteen tulokulmaan: virallisten instituutioiden (terveydenhuollon organisaatiot, lääkeyritykset)

tuottama terveystieto sekä yksittäisten käyttäjien tuottama terveystieto. Yksittäisillä käyttäjillä tarkoitetaan tässä vertais- ja tukiryhmiä.

Tässä opinnäytetyössä terveystiedon tuottajat internetissä jaetaan kolmeen pääryhmään: terveystieteelliset, kaupalliset toimijat ja yksityishenkilöt. Terveystieteellisiin sisällyttäen tässä yhteydessä sosiaali- ja terveystieteen piiriin kuuluvat eri julkiset viranhaltijaorganisaatiot, tutkimus- ja asiantuntijakeskukset (esim. UKK-instituutti, yliopistot), Duodecim sekä potilas- ja kansanterveysjärjestöt. Kaupallisia toimijoita ovat esim. yksityisten terveydenhuoltopalvelujen tuottajat, terveystieteelliset ja hyvinvointiteknologia-yritykset, terveystieteelliset ja hyvinvointialan yksityisyrittäjät, muut terveystieteelliset ja hyvinvointialan yritykset sekä lääkeyhtiöt.

Duodecim-seura laatii käypä hoito -suositukset lääkäreille, muulle terveydenhuollon henkilöstölle sekä kansalaisille. Suositusten tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä myös sellaisissa tilanteissa, joissa tieteellistä näyttöä ei ole saatavilla. (Duodecim s.a.)

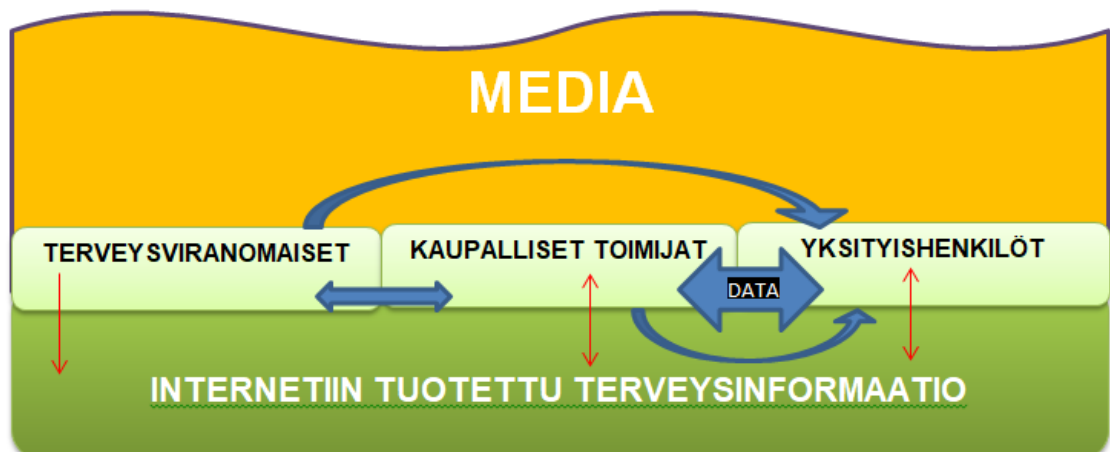
Kansalaisten tavoittamaan terveystiedon lähteisiin sisältyvät myös viranomaisten hyväksymän lääketieteen ulkopuolelle rajautuvat tiedonlähteet kuten ns. vaihtoehtohoidot ja -lääkinnät. Tämän lisäksi terveystietoa jakavat virallisen lääketieteen sisällä mutta osittain rajapinnoilla toimivat lääkärit tai muut vastaavat asiantuntijat, jotka eivät täysin noudata oman ammattikuntansa normistoa. On myös lääkäreitä, jotka toimivat huuhaan puolella (Valto 2019). Median roolia terveystiedon jakamisessa ei voida myöskään aliarvioida. Terveystietojournalismi edistää kansalaisoikeuksien haltuunottoa, jolloin toimittajat voivat tutkia ja arvostella terveysammattilaisten toimintaa. (mm. Lastemme terveyden...2021; Järvi 2011, 61.) Sosiaalisen median vertaistukikeskusteluissa on harvemmin mukana terveydenhuollon edustajia, tai anonyymiteetin vuoksi heitä ei voida luotettavasti tunnistaa. Terveystieto on kaiken kaikkiaan hajaantunut hyvin pirstaleisesti (Netti on...2009).

Yksityishenkilöt hakevat terveystietoa, jakavat kokemuksiaan ja vertaistukeaan sosiaalisessa mediassa, kaupallisilla toimijoilla ovat omat agendansa terveystietoviestinnässä, ja terveystieteelliset ovat huolestuneita disinformaatiosta tai ei-tutkimukselliseen näyttöön perustuvasta tiedosta sekä yhä lisääntyvästä itsediagnoosinnasta. Tällä hetkellä nämä pääryhmät toimivat pitkälti

itsenäisesti tahoillaan ja tiedontuotto on joissain paikoin yksisuuntaista. Kaupalliset ratkaisut ovat pidemmällä palvelumuotoilun keinoin, jolloin asiakas osallistuu aktiivisesti oman terveystietonsa tuottamiseen (mm. Esineiden internet...2020).

Terveysviranomaisten tuottamassa terveystiedossa on parhaillaan meneillään kehittämisvaihe palvelukokonaisuuksiin, joissa asiakas voi tallentaa omaehtoisesti tietojaan terveydenhuollon käyttöön (Poikola ym. 2014). Yksityishenkilö voi tallentaa hyvinvointitietojaan Omakantaan Omatietovarannon avulla. Tallentaminen tapahtuu *asiakastietolain mukaisesti hyväksytyillä kolmansien osapuolten tarjoamilla sovelluksilla*. Omatietovarannon yhteistestauksessa hyväksytyt hyvinvointisovellukset ovat: Digital Wells (liikunnan seuranta ja fyysinen aktiivisuus), Nightscout Connect (verensokeri, insuliinin annostelu ja arvioitu nautittujen makroravinteiden määrä), Sensotrend Connect (verensokeri, insuliinin annostelu ja arvioitu nautittujen makroravinteiden määrä) ja Omaolo (itsehoitosuunnitelma). (Kanta-palvelut s.a.)

Yksityisen sektorin ja julkisen terveydenhuollon tarjoamat digitaaliset palvelut ovat lisääntyneet viime vuosina. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut hallinnonalan digitalisaatiolinjaukset vuoteen 2025 (Digitalisaatio...2016), joiden avulla tavoitellaan ensisijaisesti laaja-alaista toimintatapojen muutosta digitalisaation luonteen mukaisesti. Linjauksissa huomioidaan tarve aidolle asiakaslähtöisyydelle palvelujen ja tiedon tuottamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 6.)



Kuva 1. Toimijoiden välinen vuorovaikutus terveystiedon tuottamisessa

Edellä oleva kuva 1 havainnollistaa toimijoidenvälistä vuorovaikutusta terveystiedon tuottamisessa. Terveystieto, internetiin tuotettu terveystiedon informaatio sisältää kaikkien toimijoiden tuottaman terveystiedon. Terveystietoviranomaiset käsittelevät tätä yleistä internetiin tuotettua terveystietoa lähes yksisuuntaisesti, pois lukien viranomaislähteiden tuottama tieto. Kaupalliset toimijat hyödyntävät terveystiedon informaatiota laaja-alaisesti tarjotakseen ajantasaista palvelua. Yksityishenkilöt etsivät tietoa eri hakusanoilla omiin tarpeisiinsa. Media yhdistää kaikkia toimijoita ja tuottaa uutisia aihealueittain. Kuvan sinisillä nuolilla kuvataan yhteistyötä ja terveystiedon suuntaamista toimijoiden kesken. Kaupallisten toimijoiden ja yksityishenkilöiden välinen yhteistyö perustuu eri palvelujen tuottamiseen ja myyntiin. Yksityishenkilöiden terveystieto julkisessa terveydenhuollossa on yksisuuntainen terveystietoviranomaisista käsin johtuen sen hierarkkisuudesta hoitojen ja tutkimusten valinnassa. Yksityishenkilöt voivat halutessaan ostaa esimerkiksi erilaisia laboratoriotutkimuksia kaupallisilta toimijoilta ilman lääkärin lähetettä.

Tutkija Merja Drake on tarkastellut väitöskirjassaan *Terveystiedon kipupisteitä* (2009) internetin terveystietoon liittyviä tutkimuksia. Hän on jaotellut nämä neljään eri tulokulmaan: (1) tutkimukset, joissa tarkastellaan terveystiedon etsijöitä ja heidän taustojaan, (2) tutkimukset internetin terveystiedosta ja sen luotettavuudesta, (3) tutkimukset terveystiedon hyödyistä ja haitoista, sekä (4) tutkimukset siitä, vaikuttaako terveystiedon hankinta internetistä potilas-lääkärisuhteeseen.

Drake kuvaa tutkimustuloksissaan kahdeksan (8) erilaista tiedonhankkijatyyppiä (kuva 2): (1) kaiken terveystiedon imijät ja etsijät; (2) rauhoittumista kaipaavat; (3) aroista aiheista tietoa etsivät: arkailijat ja pelokkaat mahdollisesti jo ennen lääkäriin menemistä; (4) ongelmanratkaisijat: oireenmukaisia vastauksia etsivät; (5) diagnosoidut, hoitopäätöksiä ym. lisätietoa etsivät, mahdollisesti myös toista mielipidettä hakevat; (6) tasapainoilijat ja dialogiin pyrkivät: taudin etenemistä estävää ja elämänhallintaa helpottavaa tietoa etsivät, lääkärin kanssa tasa-arvoiseen dialogiin pyrkivät; (7) toivon ylläpitäjät: harvinaisia sairauksia ja parantumattomia tauteja sairastavat, toivoa ja uusia hoitomuotoja ja vertaistukea hakevat; (8) sekä auttajat, tukijat ja ymmärtäjät, ystävien ja omaisten sairauksista tietoa etsivät. (Drake 2009, 18, 122–123.)



Kuva 2. Draken (2009) kuvaamat kahdeksan tiedonhankkijatyyppeä

Helve ym. (2015) pitävät huolestuttavana sellaista sosiaalisen median kautta leviävää terveystietoa, joka ei noudata yleisiä hoitosuosituksia. Matikainen ja Huovila (2017, 1007) toivovat asiantuntijoiden sitoutuvan vaikuttamiseen sosiaalisessa mediassa ilman ammatillista velvoitetta tai taloudellista hyötyä. He myös haastavat asiantuntijoita ansaitsemaan yhteisön luottamuksen tunnepitoisessa sosiaalisessa mediassa monipuolisin vuorovaikutuskeinoin, jolloin luovutaan perinteisistä kasvottomista argumenteista ja yksisuuntaisesta tiedonvälityksestä. (Matikainen & Huovila 2017, 1004–1005, 1007.)

### 3.1 Itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurikuvaus

Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti vuonna 2020 itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurikuvaus kyselyn kansallisen ja alueellisen palveluiden kehittämisen työnjakoa varten. Omahoidon kuvauksessa toiminta on asiakkaan ja ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua, näyttöön perustuvaa hoitoa. Itsehoidon kuvauksessa tarkastelu on asiakkaan omaehtoista informaation ja vertaistuen etsintää, jossa ei ole mukana ammattihenkilön ohjausta. Molemmissa kuvauksissa korostuu asiakkaan aktiivinen osallistaminen, vastuunotto ja

sitouttaminen palveluun. Tiedonhallinnan kehittämistavoitteissa pyrkimyksenä on vahvistaa asiakkaan tuottamaa ja välittämää tietoa omasta terveydestään tai palveluiden tarpeistaan. (Vuokko ym. 2020, 5-6.)

Kokonaisarkkitehtuurikuvauksessa on jaoteltu itse- ja omahoidon keskeisiä käsitteitä ja niiden kuvauksia (Vuokko ym. 2020, 8–14). Omätietovarantoon henkilö voi tallentaa hyvinvointisovelluksilla hyvinvointitietojaan. Tietovaranto liittyy Kanta-palvelujen Omakantaan. Omätietovarantoon tallennettuja hyvinvointitietoja voidaan käyttää henkilön suostumuksella sosiaali- ja terveystietopalveluissa. Hyvinvointitieto on henkilön tuottamaa ja hallinnoimaa tietoa, esimerkiksi mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoa. Hyvinvointisovelluksilta edellytetään kansallisten hyväksymiskriteerien täyttämistä ja niiden tulee myös läpäistä Kanta-palvelujen hyväksymistestaus liitettäessä omätietovarantoon. Itse- ja omahoitoon liittyviä sähköisiä palveluja ovat hyvinvointi- tai terveystarkastus, sähköinen neuvontapalvelu, sähköinen oirearviokysely, omahoitopalvelu, omaolo.fi – palvelu, terveys- ja hoitosuunnitelma sekä Terveyskylä-palvelu. (Liite 1.)

Sitra on lausunut itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurista toivoen sen ottavan enemmän kantaa itse- ja omahoidon roolin, datan ja sovellusten kasvuun ja kansainvälisyyteen. Yksilön näkökulma tulisi huomioida vahvemmin; koti-diagnosointi ja itsehoito ovat tärkeä osa ennaltaehkäisyä tulevaisuudessa. (Räsänen ym. 2020.)

Itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurikuvauksesta puuttuu kokemustiedon ja vertaistuen hyödyntäminen terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksessa; vertaistuen etsintä ja siinä toimiminen jätetään asiakkaan itsensä haltuun ilman ammattihenkilön ohjausta. Omaolo.fi -palvelu yhdistää yksityishenkilön antamia tietoja, tutkimustuloksia ja muita terveystietoja virallisiin hoitosuosituksiin, ja ne ovat myös tutkimuskäytössä. Palvelusta ei ole saatavilla oirearviota mielenterveysasioissa.

Torkkola (2012) on todennut, että terveydenhuollon ammattilaisten ja kansalaisten välille tarvittaisiin aitoa vuorovaikutusta ja ammattilaiset voisivat tutustua ennakkoluulottomasti sosiaalisen median sisältöön sairauden ja terveydenedistämisen osalta. Hän esittää yhtenä ratkaisuna Verkkoluotsit, jotka

osallistuisivat keskusteluihin sosiaalisessa mediassa, ja saatujen havaintojen perusteella tekisivät terveyskampanjaa sekä kartoittaisivat tietoa kansalaisten kokemuksista sairauksissa.

Nykyjärjestelmän kipupisteiksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen tavoitettavuudessa on kuvattu *heikko asiakaslähtöisyys, puuttuva sektoreiden välinen yhteistyö sekä olemassa olevien resurssien, kuten kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen hyödyntämättä jättäminen*. Ongelmien alkuvaiheessa tulisi tarjota aktiivisesti verkkopohjaisia luotettavia omahoidon menetelmiä. (Kuosmanen & Wahlbeck 2018.)

### 3.2 Terveysviestinnän kipupisteitä

Terveysviestinnässä on havaittu kipupisteitä monissa eri yhteyksissä. Tutkija Merja Drake (2009) esittää tutkimustuloksissaan, että *terveydenhuoltoalan ammattilaisilla on tarve kontrolloida terveystietoon ja sairauksien hoitoon liittyviä sisältöjä*. Drake nimeää kolme terveysviestinnän kipupistettä seuraavasti:

1. Verkkopalvelujen terveystiedon tuottamista ei ole organisoitu eri tiedontuottajien kesken. Resursseja ei ole riittävästi. Viestinnällisiä prosesseja ei ole riittävästi määritelty.
2. Potilaiden ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten välisen dialogin puute.
3. Viestinnälliset jännitteet viestintäalan ammattilaisten ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten välillä ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten ja potilaiden välillä. Sairaanhoidopiirien verkkopalveluista puuttuvat yhteisölliset elementit.

Tutkimuksen mukaan potilaiden ja terveydenhuollon väliseen viestinnälliseen jännitteeseen liitetään myös ajoituskuilu: potilaiden oletettiin hankkivan terveystietoa vasta diagnoosin jälkeen, vaikka tutkimukseen osallistuneet potilashaastateltavat hankkivat tietoa jo tätä ennen. (Drake 2009, 40, 136–145, 159.) Kyseisen tutkimuksen ajanjakson jälkeen on ollut yleisemmin tiedossa, että potilaat hankkivat terveystietoa jo ennen diagnoosia. Tämä voi muodostaa oman kipupisteensä eri osapuolten väliseen kommunikointiin sekä kyseenalaistaa auktoriteettia (Järvensivu ym. 2018, 32). Ijäs ja Ruusuvuori (2007) tuovat esiin artikkelissaan potilaan *diagnostisen arvelun*, jossa potilas kertoo

lääkärille oireiden lisäksi esimerkiksi vaivansa laadun, ja näin toimiessaan *astuu lääkärin auktoriteetin alueelle*. (Ijäs & Ruusuvaori 2007, 14.)

Lampe (2008) toteaa artikkelissaan, että terveystiedon luotettavuutta maallikoita paremmin. Hän ehdottaa, että klinikko voisi koostaa luotettavia lähteitä ja antaisi tämän luettelon potilaalle. Nykyään lääkärin vastaanotolta ei enää haeta auktoriteettia vaan sinne hakeudutaan neuvottelemaan (Valto 2019).

Drake (2009, 121–122) luokittelee potilaiden tiedonhankintatilanteet seuraavasti:

1. tunneperäiset tilanteet (häätä, pelko, ahdistus)
2. ongelmalähtöiset tilanteet (tietty rajattu ongelma)
3. sosiaalista pääomaa lisäävät tilanteet (tieto hankitaan omaisille tai tuttaville)
4. omaa ymmärrystä lisäävät tilanteet (motiivina halu ymmärtää ystävän tai omaisen sairautta)

Tutkimuksessa ehdotetaan yhteisöllistä kokemuspankkia, johon koottaisiin potilaiden ylläpitämää kokemustietoa, potilaswikiä. Tällä tavoiteltaisiin myös ei-aktiivista yleisöä kiinnostumaan omasta terveydentilasta, jolloin se voisi osaltaan kannustaa terveyskäyttämiseen. (Drake 2009, 160.)

### **3.3 Sairastuneen ääni lääkärin vastuun kentällä**

Terveystieto on moniäänistä. Digitaalisuuden myötä asiakkaasta on tullut sisällön tuottaja, aiemmin sen oltua passiivinen tutkimuskohde (Anttonen ym. 2018). Sosiaali- ja terveystietopalveluja on pyritty uudistamaan digipalveluina niin, että asiakkaat tavoittaisivat niitä tasa-arvoisesti (Ekholm 2018). Masennuksen hoitoon tehtiin vuonna 2020 tarkentavia suosituksia, joissa vahvistettiin netti- ja etäterapioiden roolia perustason hoidossa. Suosituksen myötä mahdollistettiin psykoterapia myös etäyhteyden välityksellä. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2020.) Digitaalisten ratkaisujen vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa on jo saatu näyttöä ulkomailta (Moshe ym. 2021). Digitaalisten ratkaisujen myötä hoitoon hakeutuminen ja monipuolinen tarjonta voisi ratkaista osaltaan

mahdollista resurssipulaa niin, että mahdollisimman moni pääsisi hoidon pariin ja hoito olisi vaikuttavaa.

Tuoreen suomalaistutkimuksen mukaan masentuneen on vaikea päästä hoitoon, ja jos pääsee, hoito on tehotonta. On myös todettu, että hoito ei vastaa Käypä hoito -suositusta. Tutkimukseen osallistui 800 suomalaista masennuspotilasta ja omaista helmikuussa 2022. Neljännes vastaajista ilmaisi haasteita hoitoon pääsyssä. Hoitopolkunsa aikana viidesosa vastaajista on saanut tehokasta hoitoa koko prosessin ajan, mutta vastaavasti neljännes vastaajista on kokenut *puutteita hoidon tasossa koko hoitopolkunsa ajan*. Huolestuttavaa on nuorten joukko: alle 30-vuotiaista ainoastaan 10 prosenttia ilmaisee *saa-neensa tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa sairauteensa koko masennuksensa ajan*. Tutkimus kohdistettiin Mielenterveyden keskusliiton ja Finfamin rekistereissä olleille mielenterveyspotilaille. (Masennustutkimus 2022; Suomalaistutkimukset...2022.) Miten tavoittaisimme heidän äänensä, jotka eivät ole näissä rekistereissä tai hoidon piirissä?

Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) antoi tuomion vuonna 2012 psykiatriseen pakkohoitoon liittyvässä tapauksessa, jossa hoidon jatkaminen perustui hoitavan sairaalan lääkärien lausuntoihin. Päätöksen mukaan potilaalla tulee olla mahdollisuus saada myös riippumattoman psykiatrin arvio. Tällä suojataan mahdollista mielivaltaista toimintaa. Tuomiossa katsottiin myös pakkolääkityksen osalta puutteita, sillä lääkärin päätöksestä ei voi valittaa tai pyytää tutkintaa sen asianmukaisuudesta.

Korkein hallinto-oikeus oli eri mieltä tapauksesta ja hylkäsi potilaan valituksen pakkohoidosta. KHO:n mukaan hoitavan sairaalan lääkärit voivat päättää pakkohoidon jatkamisesta. KHO perusteli päätöstään sillä, että mielenterveyslaki takaa hoidettavalle riittävän oikeussuojan. KHO tiedotti, että pakkohoidon kriteerit olisi jouduttu laatimaan uusiksi jos päätös olisi ollut EIT:n tuomion mukainen. Myöhemmin Sosiaali- ja terveysministeriö antoi mielenterveyslain soveltamisesta uuden ohjeen, jonka mukaan tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseen tarvitaan sairaalan ulkopuolisen lääkärin arvio, mutta arvion voi tehdä myös terveyskeskuslääkäri. Tapaus käynnisti lain muutoksen ja laki mielenterveyslain muuttamisesta astui voimaan vuonna 2014. (Mannermaa 2012; Meer van der 2012.)

Maria Heliste (2013) pohtii puheenvuorossaan, *onko lääkäreillä todellista valtaa vai pelkkää vastuuta*. Hän toteaa lääkäreillä olevan vallan sijasta velvollisuuksia. Valta-asemaa ei kuvaa erimielisyys potilaan mielipiteen kanssa, mutta tärkeää on se, miten ja milloin potilas kokee lääkärin käyttävän valtaa tai mielivaltaa. Lääkärin ei tulisi vedota vastuuseen käyttäessään päätäntävaltaa potilaan mielipiteen vastaisesti; subjektiivisista lähtökohdista toimiminen on mielivaltaa ja vastuun ei tule olla vallankäytön väline. Potilaan kokemus mielivallan käytöstä voi syntyä vastaanottotilanteessa, jossa hän ei koe tulensa välitetyksi. (Heliste 2013.)

Lääkäri-potilasviestinnän vaikuttavuutta on tutkittu potilaan hoidon ja paranemisen edistämisen näkökulmasta. Köhler (2019) esittää väitöskirjassaan keinoja, joiden avulla lääkäri voi vaikuttaa potilaaseen siten että potilaalle syntyy reflektoitavaa oppimisprosessin käynnistämiseksi, kuten luottamukseen edistää paranemistaan. Tämä edellyttää lääkäriltä kykyä tunnistaa kulloisenkin vaivan merkitystä potilaalle. Reflektointi käynnistetään merkitys- ja oivalluskeskusteluilla, joiden avulla tavoitellaan potilaan oivallusta omaan sairaustilaansa, sille antamia merkityksiä sekä tavoitteita paranemisen suhteen. Lääkäri-potilassuhteen asiakaslähtöisyyden kuvataan sisältävän potilaan kokemaa hyvää hoitoa ja sen tuloksia. Asiakaslähtöisyydellä tavoitellaan potilaan hoitomyönteisyyttä ja motivaatiota muutokseen. (Köhler 2019, 51, 66–68.)

#### **4 SUOMI24-KESKUSTELUFOORUMI**

Suomi24 on ollut City Digital Oy:n omistuksessa vuodesta 2019 alkaen. Sitä edeltävästi foorumin omisti Aller Media Oy. Suomi24 on Suomen suurin sosiaalisen median palvelu ja myös globaalissa mittakaavassa merkittävä kansalaisten yleiskeskustelufoorumi laajuudessaan ja ajallisessa kestossaan. (Vaahensalo 2018, 2.)

Suomi24-foorumi on yksi sosiaalisen median vertaistukialustoista. Vertaistuen tarve, sen käyttö ja mahdollisuudet erilaisilla verkkoalustoilla on huomioitu myös terveydenhuollossa. Kansalaiset ovat muuttuneet passiivisista hoidon ja tiedon vastaanottajista aktiivisiksi elämänlaadun vaalijoiksi, itsehoitajiksi.

Tämä asettaa myös vaatimuksia terveydenhuollon viestintään ja asenteisiin – saattaa jopa horjuttaa asiantuntijuutta. Tutkija Sinikka Torkkola on esittänyt pohdittavaksi, miten verkkokeskusteluista nousevaa tietoa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi lääkeneuvonnan kehittämiskohteiden tunnistamisessa. (Torkkola 2016.)

Kuluttajatutkimuskeskus julkaisi vuonna 2016 raportin Muodonantoa aineistolle, jossa kuvattiin Suomi24-keskustelufoorumin aineiston syntytapaa ja kontekstia. Raportissa annettiin yhteiskuntatieteellisiä näkökulmia aineiston luonteesta ja siihen perehtymisen tavoista. Raportin pohjatyö syntyi osana Kansakunnan tunneallot -hanketta, joka oli osa Citizen Mindscapes -tutkimuskollektiivia. Tutkimustyötä jatkettiin vuosina 2016–2018 Kansakunnan mielenliikkeet -konsortiohankkeessa, joka liittyi Suomen Akatemian Digitaalisten ihmistieteiden ohjelmaan.

Muodonantoa aineistolle kuvaa Suomi24-informaatioarkkitehtuuria, joka *ohjaa palvelun käyttäjien toimintaa ja johtaa käyttäjien valikoitumiseen*. Aineiston syntyä selvitettiin haastatteleamalla foorumin teknisiä toteuttajia ja moderaattoreita, jotka vaikuttavat keskustelujen käynnistymiseen sekä niiden muovaamiseen ja päättymiseen. Aineisto muodostuu joko keskusteluketjun aloittavista tai jatkavista kommentista. Keskustelun aloittaja valitsee keskustelualueen päätason teema-alueiden alla olevista alatasoista, johon avaa uuden keskusteluketjun. Uusia keskustelualueita muodostavat foorumin henkilökunta myös käyttäjiltä tulevien toiveiden mukaisesti.

Foorumille voi kirjoittaa viestejä sekä rekisteröityneenä että rekisteröitymättä. Foorumille käyttäjät saapuvat suurelta osin Google-hakujen kautta ja ovat käyttäjäprofiileiltaan joko *satunnaisia seilaajia* tai *aktiivikirjoittajia*. Kirjoittajia kuvataan yhtenä suurena verkkoyhteisönä, joka muodostaa lukuisia pienempiä yhteisöjä.

Raportissa on kuvattu tarkasti kirjoitusten vuorokausirytmiiä ja luonnetta. Foorumilla on sekä hidastempoista että nopeatahtista vuorovaikutusta, kommentista *700 000 on lähetetty alle minuutin kuluessa saman ketjun edeltävästä kommentista*. Google-hakujen ansiosta vanhat keskusteluketjut voivat aktivoitua vuosienkin jälkeen, mutta käyttöliittymä nostaa esiin aktiivisimmat

keskusteluketjut, mikä voi selittää nopeaa vuorovaikutusta. Lisäksi aktiivikäyttäjät ovat usein omilla vakioalueillaan ja kirjoittavat ketjuihin omien aikataulu- jensa mukaan, jolloin keskustelun tahti on hitaampaa ja epäsynkronista.

Keskusteluketjuja on luokiteltu myös eri mittareiden avulla: eniten sanoja sisältäneet ketjut, eniten kommentteja ja eniten katsotut keskusteluketjut. Näissä katsotuimmista ketjuista ovat aiheina: terveys, julkkiset, alastomuus, raha, huijaukset, väkivalta ja arkiset asiat. Suomi24-aineisto tarjoaa laajan ja pitkäkestoisen tutkimuskohteen eri tieteenaloille, muun muassa terveysaiheista voidaan tutkia kansalaiskeskusteluja ja niiden muutoksia. (Lagus ym. 2016, 3, 5–6, 9–10, 32–35, 40.)

Citizen Mindscapes -tutkimushanke toteutti yhteistyössä teknologiayritys Futuricen ja Aller Median kanssa Lääketutka-työkalun, jonka aineistona käytettiin Suomi24-foorumien keskusteludataa suomalaisten omakohtaista kokemusta lääkkeiden käytöstä. Lääkekeskustelut tarjoavat näkökulmaa eri terveydenhuollon toimijoille keskustelijoiden henkilökohtaisista käsityksistä, huolista ja asenteista lääkkeitä kohtaan. (Lääketutka...2017.) Ruckensteinin artikkeli *Tracing medicinal agencies: Antidepressants and life-effects* tarkastelee vuorovaikutussuhteita lääkkeiden ja niitä käyttävien ihmisten välillä sekä suhteita lääkkeisiin. Tutkimuksessa suodatettiin ja analysoitiin 19 miljoonasta terveysaiheista keskustelusta valittuihin masennuslääkkeisiin kohdistuvat viestit. (Lakso & Komulainen 2019.)

Auli Harju tarkasteli artikkelissaan *Suomi24-keskustelut kohtaamisten ja törmäysten tilana*, miten Suomi24-foorumien keskustelut näyttävät käyttäjien välisen kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tilana. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäjäkyselynä vuonna 2016. Kyselyyn vastanneet nimesivät foorumin käytön perusteiksi ajan kuluttamisen, uuden tiedon etsinnän sekä asioiden että tapahtumien ihmettelyn. Osalla vastaajista motiivit seurata keskusteluja olivat yhteiskunnallisia tai työhön liittyviä:

*Suomi24:n kautta näkee läpileikkauksen suomalaisista ja ulottuu sellaiseen kansanosaan, jota ei koskaan ole ollut omassa sosiaalisessa tai työelämässä ennen. (Mies, 65–)*

*Tietyn, pienen kansanosan ahtaaseen maailmannäkemykseen kurkistaminen. Joka siis tapahtuu työn takia. (Nainen, 55–64)*

*Lähinnä ammattini puolesta seurailen, mitä työhöni liittyvää keskustelua maallikot täällä käyvät, jotta osaa reagoida uskomuksiin oikein. (Nainen, 30–44)*

Kyselyyn vastanneiden mukaan Suomi24-keskustelut antavat tilaa sellaisille kansalaiskeskusteluille, joille ei ole tilaa muissa mediatiloissa. Keskusteluissa törmäävät erilaiset maailmankuvat, eivätkä kaikki jaa yhteistä totuutta. Käyttäjäkokeumuksissa tuli ilmi sekä *keskusteluiden vuorovaikutuksellinen vetovoima että tarve ottaa keskusteluihin etäisyyttä häiriköinnin aiheuttaman tunnekuormituksen vuoksi.* (Harju 2018, 51, 59–60, 70.)

Artikkelissa *Kansallisen tunnemaiseman rakentuminen: Pelon ja ilon rytmit verkkokeskusteluissa* kirjoittajat selvittivät tunnepuheen ajallista rytmitystä. Tutkimusaineistona käytettiin Suomi24-foorumien 56 miljoonaa viestiä. Aineiston rytmianalyysi keskittyi pelkoon ja iloon liittyvien sanojen esiintymiseen. Käsitteiden tunnistamisen menetelmä muotoiltiin sanastolähtöisesti: *käsitteelle valittiin joukko sanoja perusmuodossaan ja varmistettiin kyseisen sanan eri taivutusmuotojen kuuluvan käsitteeseen.* Käsitetunnisteet rakennettiin tunnetiloilla pelko (pelko-huoli) ja ilo (ilo-onni). Valituille tunteille muodostettiin piirrejoukko, johon lisättiin sanoja, joiden perusmuodoilla oletettiin tuottavan mahdollisimman paljon esimerkkejä valitusta tunnetilasta. Sanalistasta karsittiin vieraskieliset sanat ja sitä testattiin Korp-työkalulla. Karsintojen jälkeen lisättiin sanojen verbimuotoja, jolloin lista täydentyi sanoilla *pelätä, huolestua, säikähtää, ahdistua, ahdistaa, pelottaa, kauhistua.* Lopuksi sanalistalle lisättiin adjektiivimuotoja kuten *turvaton* ja *paniikki.* Varsinainen aineistotyö aloitettiin sanalistan avulla ja tunneilmaisun rytmejä hahmoteltiin niiden ajallisen tiheyden avulla verraten muuhun keskustelun määrään kyseisenä aikana. Vuorokauden tuntitarkastelun perusteella Ilo-Onni -sanasto lähti nousuun aamupäivän kello kymmenen jälkeen ja sitä esiintyi eniten hieman ennen puoltayötä. Pelko-huoli -sanasto oli tiheimmillään kello kahden ja neljän välillä aamuyöllä, jolloin keskustelijoita oli alle vuorokausikeskiarvon ja keskustelijoiden viestit olivat pitempiä. Tällä tapaa tutkimuksessa tunnistettiin suden hetki. (Lagus ym. 2018, 67–73.)

Keskustelut Suomi24-foorumilla ovat eri aihealueilla ja hierarkian mukaisesti: aihealueet jakautuvat 21 eri pääryhmään (syksyllä 2021), pääaihepiiriin, joiden alle jakautuvat aihekohtaiset alatason keskusteluaiheet. Pääryhmien lisäksi keskustelualueelta löytyy ajankohtaiset keskustelut otsikon *Keskustelu24* alta; *Kysy Mitä Vain* -osio, jossa eri alojen asiantuntijat vastaavat tiettyinä aikoina käyttäjien kysymyksiin; sekä *SuomiAreena* -keskustelut. Pääryhmät on esitelty alla olevassa taulukossa.

Taulukko 1. Suomi24-foorumin keskusteluryhmien pääaiheet

1	Ajanviete (28)
2	Ajoneuvot ja liikenne (7)
3	Harrastukset (18)
4	Koti ja rakentaminen (8)
5	Lemmikit (17)
6	Matkailu (8)
7	Muoti ja kauneus (22)
8	Nuoret (14)
9	Paikkakunnat (23)
10	Perhe (10)
11	Ruoka ja juoma (33)
12	Ryhmät (17)
13	Seksi (21)
14	Suhteet (35)
15	Talous (28)
16	Terveys (17)
17	Tiede ja teknologia (5)
18	Työ ja opiskelu (4)
19	Urheilu ja kuntoilu (51)
20	Viihde ja kulttuuri (10)
21	Yhteiskunta (39)

Alatason ryhmiä on vaihteleva määrä aihepiireittäin, osassa alaryhmät pilkkoutuvat useampaan tarkennettuun alaryhmään. Taulukossa 1. pääaiheiden yhteydessä mainittu luku (suluissa) ilmaisee kunkin aiheen suoraan alla olevan seuraavan tason alaryhmien määrän.

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sosiaalisen median keskusteluaineistojen soveltuvuutta terveystiedon tuottamisessa. Aineistona käytetään Suomi24-foorumin masennusaiheisiin liittyviä keskusteluja ja näiden keskustelijoiden ilmaisia hoitokokemuksista. Tavoitteena on selvittää, millaisia hoitosuhteita tai niiden puutteita keskustelijat ilmaisevat.

Opinnäytetyössä louhitaan koneoppimisen keinoin yhteisössä rakentunutta kokemuksellista ja käyttäjälähtöistä tietoa laajoista verkkokeskusteluista. Samalla arvioidaan keskusteluryhmien merkitystä ja sovellettavuutta terveystiedon tuottamisessa esimerkiksi hoitopolkujen kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia masennukseen ja hoitosuhteeseen liittyviä yksilökokemuksia voidaan tunnistaa koneoppimisen keinoin Suomi24-foorumin keskusteluista?
2. Millaisia palvelujen kehittämisen paikkoja hahmotetaan näiden yksilökokemusten kautta?

## **6 AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI**

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistona käytetään Suomi24-foorumin keskusteluista vuosilta 2001–2017 koottua Suomi24-korpusta, joka on ollut hyödynnettävissä tutkimuskäyttöön Kielipankissa vuodesta 2015 alkaen. Kielipankki on CSC – Tieteen tietotekniikan keskuksen ylläpitämä ja Finnish Language Resource Consortiumissa (FIN-CLARIN). Käyttäjät tunnistautuvat korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten yhteisen Haka-käyttäjätunnistusjärjestelmän avulla. (Aller Media Oy 2020; Lagus ym. 2016, 11.)

Opinnäytetyö on datalähtöinen ja siinä käytetään monimenetelmäisyyttä. Tutkimuskohteena ovat Suomi24-keskustelufoorumien masennusaiheiset keskustelut. Opinnäytetyössä käytettiin ohjaamatonta koneoppimista, aihehallinnukseen kuuluvaa Textplorer-mallia.

Opinnäytetyön suunnitteluvaihe käynnistyi palaverilla toimeksiantajan kanssa, joissa mietittiin opinnäytetyön aihepiiriä Suomi24-aineistosta. Toimeksiantajan ehdotuksesta opinnäytetyössä päädyttiin tarkastelemaan masentuneiden hoitopolkuja. Hoitopolut olivat jääneet hahmottamatta toimeksiantajan aiemmassa tutkimuksessa, jossa selvitettiin masennuslääkkeiden käyttöä. Tarkastelu aloitettiin Lääketutka-työkalulla, jota oli käytetty mainitussa aiemmassa tutkimuksessa (Ruckenstein 2019). Lääketutkassa valittiin hakusanoiksi Mirtazapine ja Venlafaxine, joista oli eniten keskusteltua aineistoa. Keskusteluja läpikäytiin lähiluennalla. Kyseisten keskusteluiden pääpaino oli luonnollisesti rajautunut vahvasti lääkkeisiin ja keskustelijat eivät juuri avaa muita asioita näissä yhteyksissä. Huomiot koostettiin ja listattiin (liite 2) tiedonlouhinnassa hyödynnettäviä hakusanoja. Aineiston tarkastelua päätettiin jatkaa Textplorer-ohjelmistolla, jotta tavoittaisimme mahdollisimman laajasti valittua ilmiökenttää. Tämä mahdollisti laajemman ja tarkennetumman tiedonlouhinnan verrattuna Korp-työkaluun.

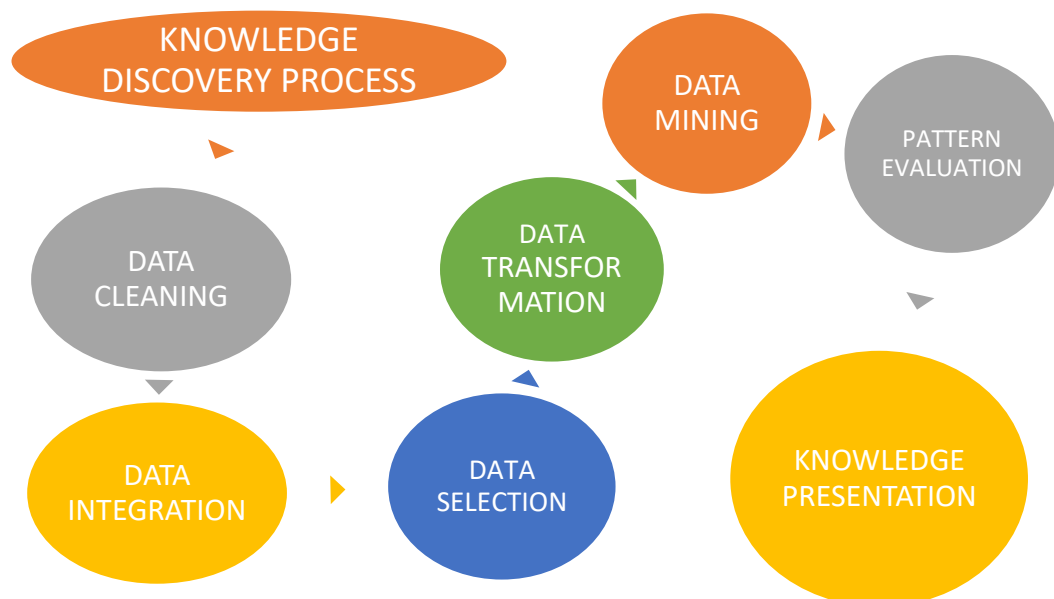
## 6.1 Tiedonlouhinta

Laajojen tekstiaineistojen automaattisessa ryhmittelyssä voidaan käyttää joko ohjattua (supervised) tai ohjaamatonta koneoppimista (unsupervised learning). Ohjatussa oppimisessa koneelle tarjotaan esimerkkejä eli data-vastaus – pareja, joiden avulla luodaan malli. Kone opetetaan sen aihepiirin datalla, mitä algoritmin toivotaan tunnistavan. Datana lisäksi tarvitaan valmiita tulkintoja opettamista varten, joten tässä osuudessa tehdään myös manuaalisia luokitteluja. Vastaavasti ohjaamattomassa oppimisessä ei käytetä toistettavaa mallia, vaan kone pyydetään etsimään säännönmukaisuuksia. (Kananen & Puolittainen 2019, 49–50.)

Tiedonlouhinta (data mining) on yleistermi prosessille, jossa etsitään mielekkyyksiä suuresta tietomassasta (big data). Tiedonlouhinta etsii kätkeyn,

merkityksellisen tiedon aineistosta ja hyödyllisen tiedon suurista tietojoukoista tai tietokannoista (Bifet 2010, 3). Han ym. (2012, 6) esittävät tarkentavana terminä *tiedon louhiminen datasta* (knowledge mining from data). Yksistään termi *tiedon louhiminen* (knowledge mining) ei riitä kuvaamaan louhittavaa suurta datan määrää. Louhimisen (mining) katsotaan olevan kuvaava termi prosesseille etsittäessä olennaisuuksia. Muita vastaavia prosesseja kuvaavia termejä Han ym. esittävät: tiedon uuttaminen (knowledge extraction), hahmontunnistus (data/pattern analysis), data-arkeologia (data archaeology), ja tietojen ruoppaus (data dredging).

Tiedon löytämisen prosessi (knowledge discovery process) on jaettu seitsemään eri vaiheeseen (kuva 3): *aineiston puhdistaminen* (data cleaning), jossa poistetaan epäjohdonmukainen aineisto; *aineiston yhdistäminen* (data integration), jossa yhdistetään useita tietolähteitä; *aineiston valinta* (data selection), jossa valitaan analyysin kannalta oleellinen aineisto tietokannasta; *aineiston muuntaminen* (data transformation), jossa aineisto muunnetaan ja yhdistetään louhintaan sopivaan muotoon esimerkiksi tiivistämällä; tiedonlouhinta (data mining), jossa käytetään älykkäitä datamalleja, koneoppimista; *mallien evaluointi* (pattern evaluation), jossa etsitään dataa parhaiten edustavia malleja; sekä *tiedon esittäminen* (knowledge presentation), jossa tieto visualisoidaan sen käyttäjille. (Han ym. 2012, 6–7.)



Kuva 3. Tiedon löytämisen prosessi mukaillen Han ym. 2012

Pradhan (2018) esittää terveydenhuollon tiedonhallintaa tarkastelevassa katsauksessaan, että big data sisältää kolme ominaisuutta: volyymi (volume), nopeus (velocity) ja moninaisuus (variety). Volyymi kuvastaa suurta tietomäärää eri lähteistä, nopeudella kuvataan datan tuottamisen nopeutta, ja moninaisuudella viitataan erityyppisiin tietoihin. Redman (2018) peräänkuuluttaa käsiteltävän tiedon laatua: *jos aineisto on huonoa, koneoppimisen keinot ovat hyödyttömät*. Aineistoa tarkasteltaessa tulisi selvittää tavoitteet ja pohtia, onko sovellettava aineisto oikea tavoitteisiin nähden. Laatuperusteet tulisi myös sisällyttää suunnitelmaan ja huomioida tarkka dokumentointi jo testausten eri vaiheissa.

Hickman ym. (2022, 57) esittävät kuuden kohdan listan tiedonlouhinnan raportointiin:

Taulukko 2. Tiedonlouhinnan raportointi (Hickman ym. 2022)

1.	Raportoi tietolähde.
2.	Raportoi, mitä valmistelevia toimenpiteitä ja tekniikkaa käytettiin (työkalut, algoritmit).
3.	Varmista, että käytetty ohjelmisto on selkeä, koodi varmistettu ja mahdollisten lisämateriaalien käyttö raportoitu.
4.	Vältä manuaalista tietojen käsittelyä. Kirjaa mieluummin data-analyysiin koodi toisintoa varten.
5.	Perustele kaikki subjektiiviset päätökset analyysissä, ml. aineiston esikäsittely, uuttaminen ja analysointi.
6.	Induktiivista analyysia tehdessä (useita iteraatioita esikäsittelyssä ja/tai piirteiden poiminnoissa, uuttamisessa) suorita analyysi jokaisesta poimitusta ominaisuuksien sarjoista ja raportoi mahdolliset muutokset tämän seurauksena ja miten tulokset muuttuivat eri yhdistelmillä tai tekniikoilla.

Sosiaalisen median aineistoa tarkasteltaessa on tärkeää huomioida, että se ei edusta yhteiskuntaa täydellisesti. Tästä näkökulmasta katsoen tieto on osaltaan rikki; se edustaa yksilöllisiä kannanottoja, joskus liioiteltujakin. (Pink ym. 2018, 7.) Suomi24-aineisto on rikki myös siltä osin, että siinä on data-aukkoja muutamissa ajanjaksoissa. Ylisiurua (2017, 48) nostaa esille haastavan seikan myös Suomi24-keskusteluaineiston aineiston rajaamisen kannalta: tarkasteltaessa yhtä tarkoin rajattua keskusteluaihetta, tavoiteltavaa ilmiötä ei välttämättä saada haltuun. Tiedonlouhinnan keinoin on mahdollista tavoittaa

sellaisia keskustelualueita, jotka mahdollisesti jäisivät löytämättä yksittäisiä valittuja alipalstoja tarkastelemalla. Aihemallinnuksen avulla on mahdollisuus löytää myös tuntemattomia keskustelunaiheita sekä toistuvia fraaseja. Ylisiurua esittää, että laadullisen loikan ansiosta, eli yhdistämällä automatisoitua etäluenta sekä lähiluenta on mahdollista paitsi löytää keskustelun yleinen narratiivi, myös tarjota tutkimuksellisesti uudenlaisia tutkimuskysymyksiä sekä edistää moniammatillisten tutkimusryhmien muotoutumista. (Ylisiurua 2017, 53, 60.)

Aihemallinnuksen hyödyntäminen on monimenetelmätutkimusta. Ylä-Anttila ym. (2018) kiteyttää, että *säännönmukaisuuksia suurista tekstimassoista etsivät tekstinlouhintamenetelmät, kuten aihemallinnus, voidaan kuvata etäluentana ja pitää vastakohtana lähiluennalle, joita ovat laadulliset tekstianalyysimenetelmät*. Latent Dirichlet Allocation (LDA) on yleisin aihemallinnuksen malleista, ohjaamaton (unsupervised) koneoppimismalli. Käyttäjä antaa mallille sanat, jotka esiintyvät *useammin kuin sattumanvaraisesti*. LDA mallintaa *sanajoukon esiintymistodennäköisyyttä tekstissä* sekä aiheessa. Tekstejä käytävissä temaattisissa tutkimuksissa LDA mallintaa aiheiden puhetapoja, joita voidaan kehystää. (Ylä-Anttila ym. 2018, 148–150.) Tulosten tulkitsejan rooli on keskeinen vaikka aihemallinnus perustuu laskentaan. Aihemallinnukseen tehtävien valintojen avulla voidaan saada erilaisia näkökulmia aineistoon. (Toikko 2021, 142, 146.)

Textplorer-malli soveltuu LDA:n tavoin aihemallinnukseen, mutta tuottaa visuaalisen näkymän aiheisiin. Sen peruslähtökohtana on Websom-mallin kaltainen aiheiden järjestäytyminen kaksiulotteiseksi "kartaksi" aihealueiden läheisyyden mukaan (Honkela ym. 1996). Textplorer on kuitenkin huomattavasti Websom-mallia nopeampi ja soveltuu siten paremmin isojen tekstimassojen käsittelyyn. Edellisistä poiketen Textplorerin lähdekoodi on julkaisematon ja yrityssalaisuuden suojaama. Textploreria on käytetty yrityksille suoritettujen tekstianalyysien lisäksi mm. aiemmin mainitussa Kuluttajatutkimuskeskuksen "Muodonantoa aineistolle" -tutkimuksessa, jossa hyödynnettiin myös Suomi24-aineistoa.

## 6.2 Aineiston analyysi

Suomi24-foorumin keskustelut vuosilta 2001–2017 (Suomi24-korpus) ladattiin Kielipankista kotitietokoneelle. Aineistoa louhittiin Textplorer-ohjelmistolla. Se sisältää Textplorer-mallin, joka on rakennettu Perl-kielillä ja Textplorer-käyttöliittymän, joka on rakennettu HTML5:llä ja JavaScript-kielillä. Ohjelmiston tekijä on AI4Value Oy:n tietohallintojohtaja. Ohjelmistoon syötettiin myöhemmin esitettävällä tavalla rajattu osa Suomi24-kommenteista, joiden perusteella ohjelmisto luokitteli ja visualisoi aineiston aihepiireihin jatkokäsittelyä varten. Aineistosta nousevien aiheiden kautta oli tarkoitus muodostaa kehystämisen avulla erilaisia kehyksiä, kuten hoitosuhteeseen liittyviä ja niitä kuvaavia kenttiä. Tutkittavalle asialle voidaan löytää erilaisia kehyksiä, jotka muuttavat sen luonnetta katsojien tulkinnasta käsin. Hahmottaaksemme tutkittavan ilmiön, meidän täytyy selvittää tilanteen luonteet. (Karvonen 2000, 78-79.) Kehyksiä voidaan muodostaa ongelmatilanteissa nimeämään muutoksen tarpeita, tekijöitä ja vaihtoehtoisia ratkaisuja. Prognostinen kehystäminen tarjoaa ratkaisuja ongelmaan. (Benford & Snow 2000, 615–616.)

Tutkimus eteni datalähtöisesti, joten etukäteen ei voitu määritellä tarkkoja luokitteluja. Opinnäytetyön lähtökohtana oli tehdä kokeilevaa tutkimusta ja selvittää erilaisia reittejä aineiston läpikäyntiin. Ennakkoajatuksena oli mahdollisesti löytää kehystämisen keinoin esimerkiksi rooleja, suhteita, prosesseja ja/tai muita mielekkäitä jäsennyksiä. Tarkoituksena ei ollut läpikäydä kaikkia keskusteluja manuaalisesti, vaan tietokoneavusteisesti jalostaa tiivistelmä, josta voidaan manuaalisella tarkastelulla hahmottaa mielekkyyksiä tutkittavaksi ja analysoitavaksi.

Työvaiheita olivat: testaus aineistoon (riittävän tarkennuksen hakeminen), aineistoajat, aineiston läpikäynti (lähiluenta), iterointi, lähiluenta ja analysointi. Tutkimusaineiston analysoinnin jälkeen sitä peilattiin esitettyyn teoriapohjaan ja arvioitiin tiedon sovellettavuutta terveystiedon tuottamiseen palvelujen kehittämiseksi.

Ensimmäiset aineistotestaukset suoritettiin ennen opinnäytetyön tutkimussuunnitelman valmistumista. Käsiteltävän aineiston laajuus oli yli 70 miljoonaa kommenttia, jota ensimmäisellä aineistonlouhinnalla rajattiin hakusanalla

”hoito”. Hakusana osoittautui liian laveaksi, sillä mm. erilaisia asioita hoide-  
taan.

Seuraavilla rajauskerroilla määriteltiin hakusanoiksi (1) ”hoitosuhde”, (2) ”ma-  
sennus”, (3) ”masennus”, joka sisältää ”hoito” – ”hoida”, ”hoit”, (+a, +e, +o). Ai-  
neistoajoon määriteltiin kriteerit, joissa ”hoitosuhde” esiintyy vähintään yhden  
kerran keskusteluketjussa. Tämän pohjalta tarkennettiin ”hoitosuhde” ”masen-  
nuksen” alle, jotta aihe voidaan kiinnittää mielekkääseen kokonaisuuteen.  
Lopputuloksena saatiin tarkennus masennuskeskusteluihin, joista muodostet-  
tiin Excel-tiedosto sekä fraaseista että sanayhteyksistä erikseen. Aineiston  
koko oli tässä vaiheessa 2 283 keskusteluketjua.

Näillä edellä mainituilla hoitosuhteen kriteereillä aineisto osoittautui liian raja-  
tuksi aineistosisällön osalta. Seuraavaksi määriteltiin ja tarkasteltiin keskuste-  
luketjujen tekstejä, joissa esiintyi vähintään 20 %:ssa kommentteista (ja pie-  
nissä ketjuissa vähintään kahdessa kommentissa) sana ”masennus” jossain  
taivutusmuodossa tai yhdyssanan osana. Tämän tuloksena valikoitui keskus-  
teluketjuja 22 609 kappaletta ja niissä kommentteja yhteensä 205 388. Tästä  
kerättiin sanasto: 78 584 sanaa ja 9 912 fraasia, joiden esiintyvyyttä verrattiin  
koko Suomi24-aineistoon. Mittariksi määriteltiin kerroin 1,5 eli valitun aineiston  
sanojen tuli esiintyä 1,5-kertaisella tiheydellä verrattuna koko Suomi24-aineis-  
toon. Näin tunnistettiin masennuskeskusteluihin liittyvä sanasto, noin 8 000  
eniten toistuvaa aihesanaa ja fraasia. Listalta poistettiin mahdolliset henkilöni-  
met tai nimimerkit. Sanasto valittiin mukaan Textplorer-sanakartalle.

Aineistosta tehtiin testiluokitus 1 322 valituilla eniten toistuvilla ja merkittävillä  
sanoilla ja niitä sisältävillä fraaseilla. Tarkoituksena oli testata, onnistuuko luo-  
kitusten avulla erilaisten tarinoiden luominen suoraan aineistosta. Sanat jaet-  
tiin 15 eri luokkaan: tunteita; aikaa ja ajan määreitä; tekijöitä (subj.); tekemistä;  
kokemuksia; elämäntilanteita; piirteitä; ympäristöä kuvaavia; paikkoja; seu-  
rauksia; oireita; kysymyksiä; laatua; määrää; sekä hoitoa. Edellä mainittu luo-  
kittelu valittuun aineistoon soveltaen ei tuottanut mielekästä suoraa tulosta ta-  
rinoiden luomiseksi. Tarkasteluun valittu aineisto ajettiin ilman edellä mainit-  
tuja luokituksia.

Textplorer-kartan valmistuttua tarkasteltiin lähiluennalla kartassa esiintyvien vahvimpien sanayhteyksien taakse linkittyviä keskusteluketjuja. Keskusteluketjuista hahmotettiin erilaisia kokonaisuuksia ja valittiin käsiteltäviksi niitä, joissa ilmeni erilaisia masennukseen liittyviä kokemuksia. Lopuksi tarkastelussa painotettiin niitä keskusteluja, joista oli mahdollista jäljittää jokin osa hoitopolkua. Näiden tarkasteluiden avulla saavutettiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tulososuudessa avautui ja konkretisoitui eri kehittämiskohteita masennuksen hoitopoluilla. Näitä kehittämiskohteita tarkasteltiin lopuksi syväluotaavasti kehystämällä.

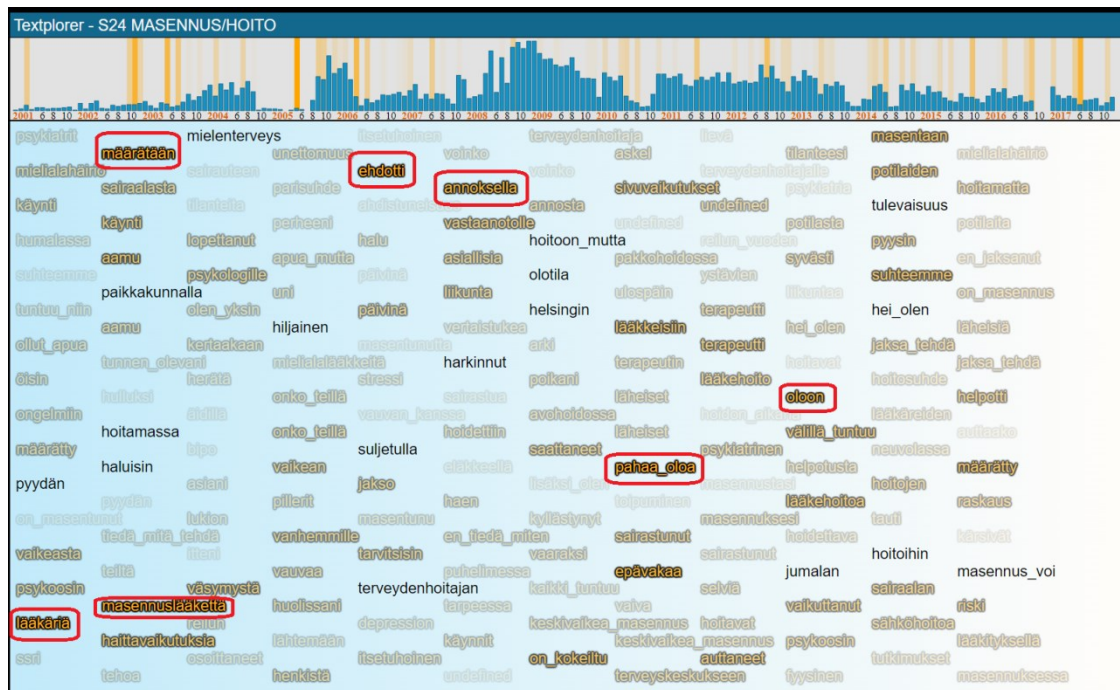
## **7 TULOKSET**

Aineistoa louhittiin ennalta määriteltyjen aiheiden avulla sanakarttoja, Textplorer-karttoja, joissa ilmenevien sanojen ja niiden linkitysten kautta päästiin käsiin kyseisiin keskusteluketjuihin. Tarkoituksena ei ollut selvittää esimerkiksi prosentuaalisia osuuksia eri kokemuksista tai kirjoittajista, vaan löytää signaaleja eri kokemuksiin sekä testata aineistoluokitusten toimivuutta tutkimuksessa. Valittujen siemensanojen tuloksista nousevat aihealueet eivät rajaudu yksistään Suomi24-foorumilla määriteltyyn Masennus-keskusteluryhmään, vaan niitä on mahdollista löytää muiden aihealueiden keskusteluista.

Tämä tuloskooste ei ota kantaa tai syvenny kirjoittajien motiiveihin tai mahdolliseen trollaukseen, vaan aineisto esitetään siinä muodossa, miten se keskusteluista ilmenee. Tähän koosteeseen on nostettu esille erityisesti hoitokokemuksiin ja hoitosuhteisiin liittyviä löydöksiä, jotka ovat hyödynnettävissä kokemustietona palvelutarjoajien käyttöön. Tarkastelussa on nimetty kirjoittajien rooleja joko itse hoidon kokijana, läheisenä, tuttavana tai ulkopuolisena tarkastelijana.

## 7.1 Koneoppimisen keinoin tunnistetut yksilökokemukset

Aineiston käsittely ”lääkäri”-sanauhaulla tuotti esiin Textprolorer-ohjelmassa lukuisia avainsanoja tai sanapareja, jotka esiintyivät kartalla eri vahvuisina seuraavan kuvan 4 mukaisesti. Vahvimmin ilmaantuneet avainsanat ovat: määrätään, ehdotti, annoksella, oloa, pahaa oloa, lääkäriä ja masennuslääkettä.



Kuva 4. Aineiston louhinta *lääkäri*-sanauhaulla.

Raportissa on esitetty kunkin tarkastelun kohdalla myös aihealueet, joiden keskusteluista tulokset ovat nousseet. Aihealueet ovat esitetty esiintymiskertojen mukaisessa järjestyksessä, viestien lukumäärät on ilmoitettu sulkujen sisällä.

### 7.1.1 Määrätään

*Ensimmäiseksi* tarkastellaan *määrätään*-sanaan linkittyvää keskusteluaineistoa. Aineistoon valikoitui 30 keskusteluketjua, joihin on vahvimmat sanayhteydet. Kyseiset keskusteluketjut nousivat 15 eri keskusteluryhmästä. Keskusteluryhmät on lueteltu alla olevassa taulukossa 3. Taulukkoon on lisätty aihealueen maininnan jälkeen suluisissa lukumäärä, kuinka monta keskusteluketjua tähän otokseen sisältyi kustakin aihealueesta.

Taulukko 3. Tutkimusotoksen *määrätään*-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen lukumäärä ja aihealueet

	<b>LÄÄKÄRI, määrätään: keskustelujen aihealueet (suluissa esiintymismäärä otoksessa)</b>
1	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Masennus (7)
2	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Yleistä mielenterveydestä (5)
3	Terveys / Lääkkeet (4)
4	Yhteiskunta / Maailman menoa (2)
5	Perhe / Kasvatus / Kasvattaja / Väsymys ja masennus (2)
6	Paikkakunnat / uusimaa / Kirkkonummi (1)
7	Ryhmät / Ikäryhmät / 60 plus (1)
8	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Uni ja unihäiriöt (1)
9	Terveys / Kysy terveydestä (1)
10	Terveys / Päihteet ja riippuvuudet / Alkoholi (1)
11	Terveys / Terveyden hoito / Vaihtoehtoiset hoidot / Vaihtoehtoiset hoidot - yleistä (1)
12	Yhteiskunta / Ihmisoikeudet (1)
13	Yhteiskunta / Poliittikka / Puolueet / Suomen Keskusta (1)
14	Yhteiskunta / Uskonnot ja uskomukset / Ateismi (1)
15	Yhteiskunta / Vanhustenhoito (1)

Alla esitettyyn kuvaan (kuva 5) on koottu tutkimusotokseen linkittyvien keskusteluiden aloitusviestien otsikot. Keskusteluiden pääpaino on lääkkeissä ja lääkityksissä. Keskustelijoina ovat asianosaiset (omakohtaiset kokemukset), läheiset, tuttavat ja muut, jotka nimeän ulkopuolisiksi tarkkailijoiksi – ilmiöiden tarkastelijat, päättelijät ja arvailijat.



Kuva 5. Sanapilvi tutkimusotoksen *määrätään*-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoista

Keskusteluketjuissa käsitellään lääkäreiden vastuuta lääkkeiden määräämisessä: *lääkkeillä aiheutetaan oireita, joita alun perin ei ollut, lääkäreiden vastuusta ei puhuta mitään, huumeidit joutuu vankilaan – lääkäri vaarallisemista aineista ei. Lääkkeet sekoittavat päänupin siinä missä muutkin huumeet.* Mielivallasta nostetaan esimerkiksi alaikäisen sairastuminen masennukseen, jolloin hoitava lääkäri ehdotti useaan kertaan osallistumisesta uuden lääkkeen kokeiluun testiryhmässä. Potilaan kieltäytyessä tarjotusta, hoitohenkilökunnan koettiin suuttuneen ja yrittäneen vielä painostaa asiassa.

Psykiatrista hoitoa sivusta seurannut kertoi oman tulkintansa näkemästään:

*Työskentelin psykiatrisessa hoitolaitoksessa vähän aikaa huomaisin ettei mikään ole oikein mitä potilas tekee. Jos hän katsoi televisiota. Hänet vietiin pois television äärestä koska liika television katsominen on oire - en muista mistä. Jos hän luki lehtiä tämäkin oli väärin niin kiellettiin lehtien luku. Laitoksissa ei ole paljoa tekemistä ei voi syyttää jotain jos katsoo televisiota kun muutakaan tekemistä ei ole. Jos istui apaattisena paikoillaan oli masentunut ja tarvitsi lääkettä masennukseen.*

Keskusteluissa nousee korostetusti esiin ankara kritiikki lääkkeitä kohtaan. Psykyenlääkkeet koetaan vahingollisina ja hyödyttöminä, aiheuttaen pysyviä aivovaurioita ja vaarallisia sivuvaikutuksia. Muutamassa viestissä viitataan yksittäisten asiantuntijoiden kommentteihin ja yleisellä tasolla tutkimuksiin, joissa

osoitetaan masennuslääkkeiden ja lumelääkkeiden teho samankaltaiseksi, joskus lumelääkkeet jopa tehokkaammiksi.

Toisaalta keskusteluissa nousi esiin myös hoidon puolestapuhuja omalla kokemuksellaan, jossa hän kertoi sairaalahoidon ja lääkityksen palauttaneen taikaisin elämänhalun ja toimintakyvyn sekä pelastaneen hänet kuolemalta.

*En ole vielä tuntenut yhtään kipupotilasta,  
jota ei oltaisi sovitettu ensin masentuneeksi.*

Lääkityskeskusteluissa nostetaan esille myös riittämätön kivunhoito ja sen tunnistaminen.

*En yhtään ihmettele, että melutaan kuinka paljon  
masennustapaukset ovat kasvaneet. Kun kaikki diagnosoidaan  
masennukseksi. Se diagnoosi kun mielletään paljon enemmän ihmisen  
omaksi syyksi kuin muut sairaudet (vääräys sinänsä). Sen lisäksi voidaan myydä tarpeettomia mielialalääkkeitä.*

Yllä olevalla kommentilla otetaan myös kantaa masennuksen asemaan muiden sairauksien joukossa. Kirjoittajan mukaan masennus leimataan ihmisen omaksi syyksi. Kommentissa kyseenalaistetaan myös masennuksen diagnosointia.

### **7.1.2 Ehdotti**

*Toiseksi* tarkastellaan *ehdotti*-sanaan linkittyvää keskusteluaineistoa. Aineistoon valikoitui 33 keskusteluketjua, joihin on vahvimmat sanayhteydet. Kyseiset keskusteluketjut nousivat 17 eri keskusteluryhmästä. Keskusteluryhmät on lueteltu alla olevassa taulukossa (taulukko 4). Taulukkoon on lisätty aihealueen maininnan jälkeen suluissa lukumäärä, kuinka monta keskusteluketjua tähän otokseen sisältyi kustakin aihealueesta.

Taulukko 4. Tutkimusotoksen *ehdotti*-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen lukumäärä ja aihealueet

	<b>LÄÄKÄRI, ehdotti: keskustelujen aihealueet (suluissa esiintymismäärä otoksessa)</b>
1	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Masennus (13)
2	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Yleistä mielenterveydestä (4)
3	Perhe / Lapsen kehitys / Vauvat / Yleistä vauvoista (2)
4	Suhteet / Parisuhde (1)
5	Perhe / Biovanhemmat (1)
6	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Ahdistus (1)
7	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Kaksisuuntainen mielialahäiriö (1)
8	Yhteiskunta / Yhteiskunnan tuet ja avustukset / Yhteiskunnan tue ja avustukset (1)
9	Suhteet / Lapset ja parisuhde (1)
10	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Paniikkihäiriö (1)
11	Terveys / Lääkkeet (1)
12	Terveys / Painonhallinta / Laihdutus / Yleistä laihdutuksesta (1)
13	Terveys / Sairaudet / Homesairaudet (1)
14	Terveys / Sairaudet / Neurologiset sairaudet / Epilepsia (1)
15	Terveys / Sairaudet / Sisätaudit / Kilpirauhassairaudet (1)
16	Yhteiskunta / Laki ja rikos / Rikokset (1)
17	Yhteiskunta / Maailman menoa (1)



Kuva 6. Sanapilvi tutkimusotoksen *ehdotti*-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoista

Kuvassa 6 esitetään ehdotti-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoita. Keskusteluissa käsitellään lääkäriin tai muuhun hoitoon ohjautumista, joko itsenäisenä päätöksenä tai läheisen kannustamana. Lääkäri on ehdottanut osastohoitoa ja/tai lääkitystä ja/tai terapiaa. Eräs keskustelija kertoo osastohoidostaan, jossa ensimmäinen viikko mennyt hyvin, mutta osastosiirron myötä kokee tulleen lääkityksi ”lähes tiedottomaksi”. Kolmannella osastolla kirjoittaja kertoo aloittaneensa viiltelyn ja kyseisellä osastolla oli kokeiltu erilaisia lääkkeitä. Hän kuvaa tuota aikaa elämänsä kamalimmaksi kesäksi, mitä ei toivoisi kenellekään. Osastohoidon jälkeen hän on käynyt terapiassa, jonka kuitenkin kokee hyödyttömänä. *”Psykologi hokee vain, että kaikki on vasta alussa ... ja että kyllä tuloksia ajan myötä alkaa tulla ... olen menettänyt intoni sielläkin istumiseen ja siihen turhaan paskanjauhantaan, joka on aina ”vasta alussa”... Kertokaa te, onko minulla kohtalotovereita?* Keskusteluun vastaa useita vuosia terapiassa käynyt, joka kertoo päässeensä masennuksesta kokonaan irti selvitettyään oikeat masennuksen syyt psykologin kanssa. *”Ikinä en olisi ilman psykologilla käymistä selvinnyt hengissä ... Jos et pidä psykiatristasi, voisitko vaihtaa johonkin toiseen? Itse napsin pillereitä yhden vuoden, mutta ne olivat niin mietoja, ettei mitään sivuoireita ilmennyt. Koita kysellä voisitko vaihtaa joihinkin toisenmerkkisiin, jos tuntuu että nukuttavat liikaa.”* Keskustelu jatkuu useilla vertaistukikommenteilla, kuten: *”Kun vihdoin tajusin kärsiväni masennuksesta, etsin käsiini kirjoja aiheesta. Yhden kirjan nimi oli ”jos-sain on ilo”. Halusin uskoa siihen. Kaksi vuotta terapiaa ja lääkkeitä ... enää*

*en jaksa uskoa ... Kaks vuotta syväluotaavaa analyysia aatelkaa ... Moni asia on muuttunutkin. Olen oppinut puhumaan ja tunnistamaan tunteitani.”*

Keskusteluissa tuodaan esille vertaistuen merkitystä, vertaistuki tarjoaa mahdollisuuden keskustella aiheesta niillä sanoilla, jotka helpottavat.

*Se on suuri helpotus, jos on lähellä saman kokeneita tai parasta aikaa kokevia ihmisiä. Puhuminen auttaa joskus hyvinkin paljon. Ajatelkaa, jos kaikki pitäisi pitää vain sisällään. Hulluksihan siinä tulisi, aivan umpihulluksi.*

Lääkäri määräsi unilääkettä eräälle nuorelle ja elämäntilanteen kartoituksen jälkeen ehdotti keskusteluapua. Kertoja kokee saaneensa hyvän vaikutelman psykiatriselta klinikalta ja on suuntaamassa terapiaan sekä sosiaalityöntekijälle. Lääkäri kertoi, että he voivat auttaa opiskelu- ja työpaikan löytämisessä sekä asunnon hankinnassa. Jälkeenpäin nuori oli kuitenkin kuullut, ettei sosiaalityöntekijä auttaisi näissä em. asioissa.

*Aika toivottomalta tämä elämä sitten näyttää ja tuntuu ..*

Pienen lapsen kanssa kotona oleva äiti kertoo arjen pyörittämisestä sekä väsymyksestään. Hänen miehensä on ehdottanut lääkäriin menemistä, mutta äiti ei itse koe sitä tarpeelliseksi. Äitiä kehoitetaan ottamaan yhteys oman neuvolan luotettavaan terveydenhoitajaan tai terveyskeskuksen ajanvaraukseen suoraan lääkärille. Keskustelija antaa vinkin uupumuksesta ja tämän yleisestä esiintymisestä synnyttäneillä naisilla, ja miten asiantuntija-avun ja mahdollisen lääkityksen saatuaan ymmärtää jälkikäteen miten uupunut on ollut. Keskustelija vakuuttaa, että lääkäri osaa arvioida ja jututtaa sekä määrätä oikean hoidon, jos tarve vaatii. Lopuksi hän mainitsee, että on itse alalla töissä.

Ensimmäisten kannustuskommenttien jälkeen kanssakeskustelijat alkavat varoittamaan mahdollisista seurauksista. *”Sen voin kyllä sanoa, että älä ihmeessä mee neuvolassa tai muuallakaan sanomaan että et jaksa..se tulee näkymään papereissa aina ja sinusta voi tulla silmätikku ja jos lapsellanne on jotain ”ongelmi” niin sehän liitetään heti siihen ettei äiti ole jaksanut. Puhu mielummin ystävillesi, äidillesi ja yritä saada miehesi ymmärtämään sinua.*

*Tsemppiä et todellakaan ole yksin ja ainoa!!!* Keskustelun aloittanut äiti kertoo pelkäävänsä juuri sitä, ja ehkä neuvolassa sitten seuraavaksi kysytään häneltä, onko hän satuttanut lastaan. Vertaistuki aiheessa jatkuu seuraavalla kommentilla:

*...tuttavani pääsee alan ammattilaisena tutkimaan koneelta tietoja ja huomasi omalta kohdaltaan, että kaikki mitä hän oli puhunut neuvolassa, oli kirjattu ylös ja eräänkin lapsen liittyvän asian kohdalla oli kirjoitettu, että äiti on hysteerinen. Neuvolassa tällä äitin "hysteeriseksi" tehdylle asialle ei tehty mitään, mutta kun tuttavani itse meni erikoislääkärille niin johan alkoi tapahtua... "hysteri-alle" oli siis aihetta!!!*

Lopputulemana keskustelun aloittanut äiti kuitenkin päättää ottaa yhteyden ammattiapuun: *"... olen päättänyt kuitenkin soittaa jollekin joka auttaa eteenpäin. en kuitenkaan vielä tänään, enkä varmaan huomennakaan, haluan todellakin vain olla."*

Hoidolliset huostaanotot –keskustelussa tuodaan esille epäkohtia huostaanotoista ja pakkohoidosta.

*"Suomessa huostaanotetaan lapsia hoidon saamiseksi, koska kunta ei pysty järjestämään perheille avopalvelun tukea, tarvittavia tutkimuksia tai hoitajaksoja ja kunnan ulkopuolelta palveluja ei haluta ostaa!"*

Kirjoittaja kertoo, että sosiaalihuollon laitoksissa työskentelee joukko epäpäteviä työntekijöitä, mm. parturi-kampaajia, nuoriso-ohjaajia ja lähihoitajia - vähemmistönä sosionomeja tai sairaanhoitajia. Kaikki he kuitenkin kirjoittavat lausuntoja. *"Niin kauan kun lapsia todella jätetään yhteiskunnan taholta hoidotta tai pakotetaan väriin hoitoihin ja sitten heitä vuosia kierrätetään sijaispaikasta toiseen, ei pitäisi puhua sanallakaan enää varhennetuista huostaanotoista."* Kirjoittaja jatkaa, että lapset ja nuoret on jätetty ilman terveydenhuoltoa, vaikka vanhemmat olisivat tehneet kaikkensa sitä lapselle saadakseen ... *"Näitä tapauksia on todella paljon, niitä on tuhansia viimeisen parinkymmenen vuoden ajalta."*

Keskustelussa ihmetellään myös sitä, miksi rikoksen uhriksi joutunut ja masentunut As-nuori [asperger] sijoitetaan pakkohoitoon samalle osastolle kuin rikostaustaiset päihdenuoret.

*Osaston valvonta puutteellista ja henkilökunta leipääntynyttä. Psykiatria ei tapaa ko. 1,5-vuoden aikana, vain psykiatriaan erikoistumassa olevia yleislääkäreitä, joilla huono suomenkielen taito. Alkulääkitys lapselle diapamia, cipralexia ja vielä tenoxia. Sitten lisättiin vielä psykoosilääkitys, kun As-nuori vähemmästäkin menee pois tolaltaan.*

*Nuoret oleili toistensa huoneissa ja teki mitä huvitti. Toki siinä on helppo diilareiden kamaa tyrkyttää ja niipä hoitajat ehdotti vanhemmille tupakkaluvan myöntämistä, alaikäiselle lapselle. Siellä alkoi 13-vuotiaan tupakanpolttto, osastolla otti elämänsä ekat kännit, hassissätkiä polttivat osaston tupakkapaikalla.*

*Tähän kun vanhempi puuttui sai epäpätevän vanhemman lausunnon ja lääkäri suositteli huostaanottoa ja sijoitusta laitokseen! Tälläistä hoitoa suomessa 2000-luvulla!*

Eräässä keskusteluketjussa kirjoittaja tiedustelee, onko muita ”bipoja”, joiden diagnoosista ei ole vielä varmuutta. Hän oli saanut ensin persoonallisuushäiriödiagnoosin, mutta myöhemmin oli diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö. Kirjoittamishetkellä lääkäri ja hoitaja olisi purkamassa tuon diagnoosin. Kirjoittaja kokee turhautuneensa ja huolestuneensa siitä, jos häntä hoidetaan väärin. ”Bipo”-diagnoosin hän oli saanut lääkäriltä, joka ei ollut sitä ennen tavannut häntä kertaakaan.

### **7.1.3 Annoksella**

*Kolmanneksi tarkastellaan annoksella-sanaan linkittyvää keskusteluaineistoa. Aineistoon valikoitui 33 keskusteluketjua, joihin on vahvimmat sanayhteydet. Kyseiset keskusteluketjut nousivat 11 eri keskusteluryhmästä. Keskusteluryhmät on lueteltu alla olevassa taulukossa 5. Taulukkoon on lisätty aihealueen*



Kuvassa 7 esitetään annoksella-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitus-otsikoita. Keskusteluissa jaetaan kokemuksia, pyydetään kommentteja ja neuvoja nimetyistä lääkkeistä. Kirjoittajat kertovat lääkkeiden sivuvaikutuksista ja miten ovat toimineet kyseisissä tilanteissa. Osa on ollut yhteydessä lääkäriin, jolloin on saatettu tehdä tilapäisiä muutoksia lääkemuotoon.

*Soitin tänään lääkärilleni ja hän sanoi, että palaa takaisin siihen 5 mg. Eli huomenna aloitan taas "alusta" 5 mg:lla ja annan aivoille aikaa sopeutua. Ihme juttuja nämä aivokemiat, kun joku voi ottaa 60mg ilman merkittäviä sivuoireita ja me "herkät" saadaan jo pienestä murusesta kaikenmaailman ikäviä haittavaikutuksia. Kysyin myös lääkäriltäni onko hän potilaista ollut noita järkyttäviä lämmönsäätely häiriöitä, johon hän vastasi, että ei ole tullut vastaan mutta kaikenlaista voi esiintyä eri ihmisillä.*

*Itselleni ei sopinut tuo Propral ollenkaan, vaan otan tarvittaessa opamoxia. Harmittaa vain, jos näitä joutuu rouskimaan näihin haittavaikutuksiin pilleritolkulla, viimeksi viisi vuotta sitten söin varmaan 80 kappaletta opamoxia noihin haittavaikutuksiin, (eikä sekään olisi riittänyt). No nyt edetään toivottavasti rauhallisemmin ja toivotaan, että aivot sopeutuu ja elämä rupeaisi voittamaan, Toivottavasti tuo 7,5mg nosto menee sinulla hyvin, ehkäpä minäkin vielä tulen perässä samalla annoksella, tsemppiä.*

Pari kirjoittajaa nostaa esiin terapian tärkeyden sairaudesta paranemisessa.

*Luulen, että terapia lääke on se oikea yhdistelmä. Pelkällä lääkkeellä kun korkeintaan saadaan oireita kuriin, mikä tietysti sekin on hyvä asia.*

*Oman kokemuksen pohjalta näin jälkikäteen voin todeta että lääkkeistä oli paljon enemmän haittaa kuin hyötyä, samoin lääkäreiden ohjeistus oli vaan saada mahd paljon potilaalle nappia että saadaan lääkkeitä myydyksi. Pelastukseni oli kognitiivinen terapia, jonka avulla sain ajatukset oikeille raiteille ja sitä muka kun vieroitin itseni lääkkeistä pois ja kävin terapissa, olo parani.*

Nuori mies oli ahdistunut erosta ja oireili tästä johtuen myös fyysisesti. Työterveyslääkäri määräsi rauhoittavaa lääkettä (Oxamin). Unettomuus jatkui, jolloin toinen työterveyslääkäri lisäsi Oxaminin annosta, lisäksi Mirtazapinia sekä melatoniinia ja Propralia. Kuukauden kuluttua uusiessa vatsahappolääkkeen reseptiä, hänelle määrättiin myös Libraxia. Kaksi kuukautta myöhemmin hänellä diagnosoitiin ahdistuneisuushäiriö ja lääkäri määräsi tähän Venlafaksiinia. Kyseinen henkilö kuvailee lääkkeiden vaikutuksia ja keskusteluja lääkäreiden kanssa muun muassa alkoholin käytöstä lääkityksen aikana. Lääkäri perustelee lääkevalintoja ja lääkemannoksia sekä tuo esille terapian tärkeyden masennuksen syiden selvittämisessä.

Masennustarinoita käsittelevässä keskusteluketjussa kuvataan tilannetta, jossa lääkkeiden syömisen koetaan pahentavan oloa. Lääkkeiden lopettamisen kuvataan oleva myös vaikeaa sivuoireiden vuoksi. Pettymyksistä huolimatta kirjoittaja on kuitenkin ollut halukas kokeilemaan useita lääkkeitä, ja lopulta hyvin toimiva lääke oli löytynytkin. Hankalan sivuoireen vuoksi hän oli kuitenkin joutunut lopettamaan kyseisen lääkkeen ja lopettamisesta tuli ongelma. Lääkäri oli kertonut pahan olon johtuvan sairaudesta, sillä lääke ei aiheuta lopetusoireita. Lääkäri oli ehdottanut seuraavaa SSRI-läkettä, johon kirjoittaja ei ollut suostunut.

*En tiedä mitä olisin lääkäriltä halunnut, mutta en ainakaan uutta lääkecockailia. Ehkä oloani olisi kuitenkin helpottanut vain se, että ihminen ihmiselle olisi myöntänyt että aina lääkkeiden kanssa ei voi mennä nappiin, eikä niiden varaan voida liikaa laskea. Nyt tuijotettiin vain diagnooseja ja ehdotettiin osastolle menoa.*

*Joskus kyllä masentuneen eutanasia olisi tarpeen, kun hoitohenkilöstöllä ei ole tarjolla kuin loputkin terveydestä tuhoavia myrkyjä.*

Keskustelussa todetaan, että jotkut lääkkeet nopeuttavat kuolemaa, ja on harmillista lukea, etteivät lääkkeetkään auta. Suurten masennuslukujen syyksi nimetään SSRI-lääkkeet ja ”vastaavat myrkyt”. Vaikeahkosta masennuksesta

parantunut kertoo merkittäväksi avukseen vertaistuen, jota saanut empaattisilta ihmisiltä verkkokeskusteluista.

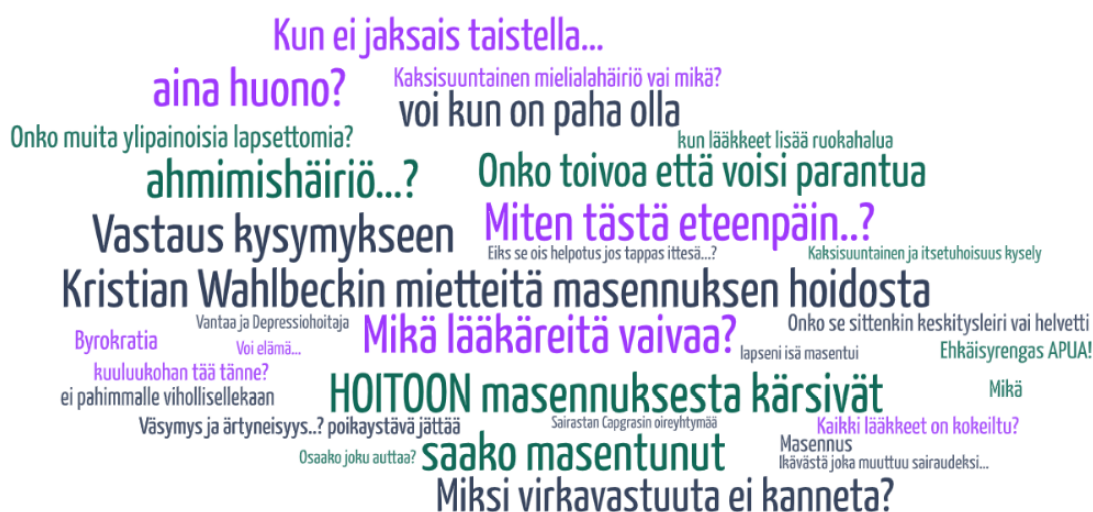
#### 7.1.4 Oloon

*Neljänneksi* tarkastellaan *oloon*-sanaan linkittyvää keskusteluaineistoa. Aineistoon valikoitui 32 keskusteluketjua, joihin on vahvimmat sanayhteydet. Kyseiset keskusteluketjut nousivat 18 eri keskusteluryhmästä. Keskusteluryhmät on lueteltu alla olevassa taulukossa 6.

Taulukko 6. Oloon-avainsanan hakutulokset keskusteluista

	<b>LÄÄKÄRI, oloon: keskustelujen aihealueet (suluissa esiintymismäärä otoksessa)</b>
1	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Masennus (10)
2	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Yleistä mielenterveydestä (3)
3	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Kaksisuuntainen mielialahäiriö (3)
4	Terveys / Päihteet ja riippuvuudet / Alkoholi (2)
5	Terveys / Sairaudet / Syömishäiriöt (1)
6	Terveys / Sairaudet / Syöpä (1)
7	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Narsismi (1)
8	Terveys / Ehkäisy (1)
9	Terveys / Painonhallinta / Laihdutus / Laihuttajien tukiryhmä (1)
10	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Stressi ja burn-out (1)
11	Perhe / Kasvatus / Kasvattajat / Väsymys ja masennus (1)
12	Perhe / Lapsettomuus (1)
13	Perhe / Lasten saaminen / Vauvakuume (1)
14	Perhe / Raskaus / Abortti (1)
15	Perhe / Raskaus / Yleistä raskaudesta (1)
16	Suhteet / Parisuhde (1)
17	Suhteet / Särkynyt sydän (1)
18	Suhteet / Tunteet / Ikävä (1)

Taulukkoon 6 on lisätty aihealueen maininnan jälkeen suluissa lukumäärä, kuinka monta keskusteluketjua tähän otokseen sisältyi kustakin aihealueesta.



Kuva 8. Sanapilvi tutkimusotoksen oloon-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoista

Kuvassa 8 esitetään oloon-sanaan linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoita aineistosta. Eräs kirjoittaja kertoo sairastavansa masennusta ja kärsivänsä jännityksestä. Hän on pyytänyt lääkäriltä sähköhoitoa, mutta lääkäri kieltäytynyt kirjoittajan mukaan siitä syystä, että masentunut ei ole kokeillut tarpeeksi mielialalääkkeitä. Kirjoittaja kertoo syöneensä useita mielialalääkkeitä, jotka eivät ole toimineet hänen kohdallaan. Kirjoittaja pohtii vaikuttavansa kiltiltä ja hiljaiselta, ei masentuneelta, vaikka on ollut todella vaikeassa tilanteessa. Hän ei osaa puhua terapiassa eikä käyttäytyä lääkärissä omana itsenään, koska pelkää arvostelua. Hän ihmettelee, miksi masentuneet eivät oikeanlaista tai riittävästi apua.

Eräessä keskustelussa todetaan, että on lääkäreitä, jotka kuuntelevat ja on lääkäreitä, jotka eivät kuuntele. Kirjoittaja kehottaa käyttämään kunnolla aikaa hyvän lääkärin löytämiseksi.

Hoitoon pettynyt ja turhautunut kirjoittaja lausuu epäluottamuksensa lääkäreitä kohtaan: *"Lääkäreitä vaivaa tiedonpuute! Mitä kauemmin minua "hoidetaan", sen paremmin minulle on selvinnyt että melkein yhtä hyvin voisin kysyä apua putkimieheltä. Vaikka lääkkeet eivät auta, niitä minulle tarjotaan lisää. Olen terapiassakin viidennen kerran jo."*

Vertaistueksi avatussa keskusteluketjussa halutaan tarjota tukea ja neuvoa hoitoon ohjautumisessa. Ketjun aloittaja kuvaa aluksi masennustekijöitä ja kirjoittaa lopuksi neuvoja.

*Jos potilas ei tarvitse välitöntä hoitoa, lääkäri kirjoittaa lähetteen psykiatrian poliklinikkaan eli mielenterveystoimistoon. Jos potilas tarvitsee nopeita toimenpiteitä ja avohoito ei riitä, lähete kirjoitetaan oman sairaanhoitoalueen psykiatrian sairaalaan. Kiireelliset tapaukset hoidetaan heti.*

*Psykiatrisessa sairaalassa voi puhua ja nähdä paljon muita samanlaisia sairaita ihmisiä. Siellä on helppo puhua ja tulla esille oman itsensä kanssa.*

*Minä itse olen tuon kokenut ja olen siitä selviytynyt. Uskokaa nyt itseenne ja menkää hoitoon. Lääkitys on hyvä ja sillä saadaan olo vakaammaksi ja keskustelujen kautta purettua itse sairaus.*

*Alansa osaava psykologi auttaa varmasti. Itsensä pitää saada mukaan keskusteluun, jotta voidaan nähdä että mistä sairauden alku lähtöisin.*

*Lääkityksen ei tarvitse olla pysyvä jos pärjää muutoin. Tapauksia on niin monta kuin on sairastajiaakin.*

*Te olette samanarvoisia ihmisiä kuin me muutkin, sairautenne vuoksi olette nyt murtuneet ja käpertyneet olotilaanne. Toipuminen vaan kestää niin turhan kauan. Siitä ei ole oikotietä parantumiseen, jos on vakavasti sairas. Paranee kun siihen antaa itse luvan...*

Toinen kirjoittaja kertoo, että sairaalahoidossa on mahdollisuus levätä, kun siellä huolehditaan päivittäisistä tarpeista. Kirjoittaja nostaa esiin sen, muista potilaista riippuu pitkälti se, syntyykö siellä hyviä keskusteluja. Kirjoittaja jatkaa, että perheen tuki oli merkittävä – keillä se oli, toipuivat muita nopeammin, vaikka taustalla olisi ollut itsemurhayritys.

Keskusteluun ottaa osaa myös perheen äiti, joka pitää ongelmana sitä, että ei tiedä, mistä hakea apua uupumukseensa. Hän kokee tilanteensa välillä

epätoivoiseksi. Ketjun aloittaja luettelee tahoja, joihin voi olla yhteydessä soittamalla: terveyskeskus, yksityinen lääkäri, työterveys, mielenterveystoimisto, ja mennä juttelemaan terveydenhoitajalle tai lääkärille.

### 7.1.5 Pahaa oloa

*Viidenneksi* tarkastellaan *pahaa oloa* –sanapariin linkittyvää keskusteluaineistoa. Aineistoon valikoitui 34 keskusteluketjua, joihin on vahvimmat sanayhteydet. Kyseiset keskusteluketjut nousivat 15 eri keskusteluryhmästä. Keskusteluryhmät on lueteltu alla olevassa taulukossa 7.

Taulukko 7. Pahaa oloa – avainsanan hakutulokset keskusteluista

	<b>LÄÄKÄRI, pahaa oloa: keskustelujen aihealueet (suluissa esiintymismäärä otoksessa)</b>
1	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Masennus (15)
2	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Yleistä mielenterveydestä (5)
3	Terveys / Päihteet ja riippuvuudet / Alkoholi (2)
4	Perhe / Raskaus / Yleistä raskaudesta (1)
5	Terveys / Sairaudet / Syöpä (1)
6	Lemmikit / Kissat / Kissojen terveys (1)
7	Perhe / Kasvatus / Kasvattajat / Äitien jutut (1)
8	Terveys / Henkinen hyvinvointi ja mielenterveys / Stressi ja burn-out (1)
9	Terveys / Lääkkeet (1)
10	Terveys / Päihteet ja riippuvuudet / Huumeet (1)
11	Terveys / Sairaudet / Syömishäiriöt / BED (1)
12	Terveys / Terveyden hoito / Vaihtoehtoiset hoidot / Akupunktio (1)
13	Terveys / Terveys / Päihteet ja riippuvuudet (1)
14	Yhteiskunta / Uskonnot ja uskomukset / Jehovan todistajat (1)
15	Yhteiskunta / Yhteiskunnan tuet ja avustukset / Peruseläketurva (1)

Taulukkoon 7 on lisätty aihealueen maininnan jälkeen suluissa lukumäärä, kuinka monta keskusteluketjua tähän otokseen sisältyi kustakin aihealueesta.



Kuva 9. Sanapilvi tutkimusotoksen *pahaa oloa* -sanapariin linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoista

Kuvassa 9 esitetään *pahaa oloa* -sanapariin linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoita. Epävakaan tunne-elämän hoitoon kirjoittajat kokivat saaneensa apua päiväsairaalaista, pitkäaikaisesta osastohoidosta avoimella kuntoutusosastolla, mindfulness-harjoituksista ja kirjallisuudesta. Hoito suljetulla osastolla koettiin tuloksettomaksi.

Pakkohoitoa käsittelevässä keskusteluketjussa annetaan ohjeita harhoista kärsivälle nuorelle, joka on jäänyt kiinni myös rattijuopumuksesta. Häntä ohjeistetaan hakeutumaan lääkäriin ilman pelkoa pakkohoitoon joutumisesta. Häntä varoitetaan masennuslääkkeistä, jotka tuhoavat pysyvästi seksuaalisuuden ja kyvyn rakkaudentunteisiin. Psykiatrisen hoidon osalta varoitetaan siitä, että kukaan ei tule kysymään, mitä hänelle on tapahtunut vuosien varrella, vaan hoidot ovat lääkehoitoa, kontrollointia ja mielivaltaa. Vaihtoehtona ehdotetaan jotain läheistä henkilöä, joka voisi kuunnella ja tukea.

#### 7.1.6 Olen-fraasit

Masennuskeskusteluihin liittyvästä sanastosta (8 000 sanaa tai fraasia) nousi esille tämän opinnäytetyön kannalta kiinnostavat *olen*-fraaseja, joista valitsin tarkasteluun *olen yrittänyt*- ja *tunnen olevani* –sanaparit.

**Olen yrittänyt** –sanaparin tarkastelussa tulee esille pääosin vertaistuen etsintä ja neuvojen kysyminen vaikeissa elämäntilanteissa.

olen yrittänyt ymmärtää häntä  
 olen yrittänyt auttaa häntä kaikin tavoin  
 olen yrittänyt saada sitä käymään jossain  
 olen kyllä yrittänyt kertoa heille että rakastan  
**olen yrittänyt nöyrtyä osaani**  
 olen yrittänyt houkutella häntä harrastusten ja muiden juttujen pariin

Kuva 10. Sanapilvi tutkimusotoksen *olen yrittänyt* –sanaparista avautuvia keskusteluosia.

Kuvissa (10 ja 11) esitettyjen keskusteluosien ja otsikkoaiheiden sisältöinä ovat parisuhdeongelmat, ongelmat vanhemmuudessa ja huoli masentuneesta ystävästä.

En kestä "ystävää"  
 olisiko neuvoja  
 Häpeän ja olen huolissani lapsistani  
**Itsemurhasta ja muustakin...**  
 Vaihtuikohan vaimo synnytyslaitoksella!?  
**Eronnut kaveri**

Kuva 11. Sanapilvi tutkimusotoksen *olen yrittänyt* -sanapariin linkittyvien keskusteluketjujen aloitusotsikoista

Nuori mies kertoo menettäneensä elämästään kaiken ilon depression ja mielialalääkkeiden syömisen jälkeen. Hän kokee, että lääkkeitä on jäänyt hänelle pysyvä haittavaikutus. Hän kertoo yrittäneensä nöyrtyä osaansa, jossa tietää rakastavansa vaimoaan, mutta ei kykene tuntemaan rakkautta. Toinen aviomies kertoo vaimonsa muuttuneen täysin synnytyksen jälkeen. Puoliso on yrittänyt auttaa kotitöissä, mutta vaimo ei halua ottaa apua vastaan. Kirjoittaja kysyy, mistä saisi haettua apua vaimolleen.



Kuvassa 12 esitetään *tunnen olevani* –sanaparin perusteella haettujen keskusteluketjujen aloitusotsikoita. Otokseen valikoituneista keskusteluketjuista 20 löytyi Masennus-ryhmästä, kolme Yleistä mielenterveydestä -ryhmästä, kaksi Kaksisuuntainen mielialahäiriö -ryhmästä ja kaksi Avioliitto-ryhmästä. Yksittäiset aiheeseen linkittyneet keskusteluketjut olivat ryhmissä: Stressi ja burn-out, Syömishäiriöt, Päiväkoti, Itsetunto (Nuoret), Äitien jutut, Vilustuminen, Avioero, Biovanhemmat ja Laihduttajien tukiryhmä.

Eräässä keskustelussa väsynyt äiti kokee epätoivoa odottaessaan poikansa pääsyä psykiatriselle kriisiosastolle. Äiti pohtii, miten selviää hengissä, kun mistään suunnasta ei saa apua, vaikka poika on aggressiivinen, masentunut ja itsetuhoinen. Keskusteluun osallistuu aiemmin masennuksesta kärsinyt henkilö, joka haluaa jakaa selviytymistarinansa. Hän oli saanut apua luontais-hoidoista ja suositteleekin kalaöljy- ja helokkiöljyn sekoitusta, mitkä ovat tärkeitä aivoille. Hän viittaa tutkimuksiin, joiden mukaan öljyt ovat rauhoittaneet jopa nuorisorikollisia. Hän lisää, että kannattaa jättää pois sokerit, valkoiset viljatuotteet ja kofeiinit, sekä autismlapset ovat saaneet apua gluteenittomasta ruokavaliosta. Lopuksi hän mainitsee vielä mäkikuisman, valeriaanin ja kärsimyskukan tehokkaina keinoina rauhattomuuteen ja unettomuuteen. Keskustelu jatkuu vinkeillä tohtori Tolosen artikkeleihin rasvahapoista, uusista käsitksistä skitsofrenian syinä ja neuroendokrinologi David Horrobinin kirjaan.

Nuori alaikäinen kertoo sairastavansa masennusta ja olleensa osastojaksolla kaksi kertaa puolen vuoden sisällä. Sairaalasta lähtiessään hänellä menee jonkin aikaa hyvin, mutta pian hän on taas sairaalakunnossa. Hän ei haluaisi enää mennä osastojaksolle, vaikka on tuntenut olonsa siellä hyvin turvallisiksi. Sairaalasta kotiuduttuaan alle kuukaudessa hän ahdistuu jälleen ja aloittaa uudelleen viiltelyn, vaikka hänellä on tapaaminen viikoittain omahoitajan kanssa. Hän tuntee olevansa eksyksissä kaiken suhteen. Kaksi kirjoittajaa yrittää antaa tälle nuorelle vertaistukea ja he kysyvät ensimmäiseksi, mikä tekee nuoren niin surulliseksi. Nuori ei enää vastaa näihin viesteihin. Kahden kuukauden kuluttua neljäs kirjoittaja viestii samaan keskusteluketjuun omasta

masennuksestaan kertoen keskushermoston välittäjäaineista, miten on luopunut tarpeestaan parantua, sillä sitä ei tule tapahtumaan. Hän kokee arjen haasteet kohtuuttomina. Hänen mielestään itsemurhaa ei tehdä erityisen vapaasta tahdosta, vaan se mahdollistuu silloin, *kun mieli murenee riittävästi ja tuska voittaa kuolemanpelon*. Kirjoittajan mielestä henkilöä voisi auttaa osoittamalla *säälin ja myötätunnon lisäksi oikeaa rakkautta, tehdä jotain konkreettista*.

Eräs kirjoittaja kertoo käyvänsä kaksi kertaa viikossa ryhmäterapiassa ja hänen masennuslääkkeensä annosta on nostettu vastikään. Hän haluaa jakaa tämän asian tuntemattomien kanssa ja siksi kirjoittaa foorumille. Hän tuntee itsensä epäonnistuneeksi ja kykenemättömäksi nauttimaan asioista. Hän mainitsee turhiksi ihmisten kommentit, joissa ilmaistaan elämästä nauttimisen olevan päätöksen takana.

Masennuksen hoidosta mielipiteensä kirjoittava henkilö kertoo, miten masennusta oli hoidettu ensin muutama kuukausi psykologin vastaanotolla, jonka jälkeen mielenterveystoimistossa kahden hoitajan vastaanotolla. Kirjoittaja oli jättänyt kesken hoitajilla käynnit, koska he kyselivät, miten on mennyt sen sijaan, että olisivat kysyneet elämäntapahtumista tai muista taustoista. Lopulta ei ollut kysytty enää mitään, vaan ainoastaan uusittu lääkereseptit ja annettu seuraava vastaanottoaika pitkän ajan päähän. Kirjoittaja koki hoidon hyödyttömäksi; lopetti käynnit ja vajaan vuoden kuluttua myös lääkkeet. Tämän jälkeen hän pääsi hoitoon kiireellisenä tapauksena, mutta kertomansa mukaan nyt ei pääse enää takaisin, koska hänen hoitajaksonsa katsotaan päättyneen.

## **7.2 Palvelujen kehittämisen paikat masennuksen hoitopolulla**

Keskusteluissa tuotiin esille kattavasti kokemuksellisia pullonkauloja masennuksen hoitopoluilla (kuva 13). Esimerkit jakautuvat seuraaville kahdelle sivulle.

**OHJAUTUMINEN HOITOO:**

- epätietoisuus, mistä hakea apua
- korkeat kriteerit hoidon saamiseksi
- mistään ei saa apua
- ensimmäistä tapaamista joutuu odottamaan kuukauden
- ei päivystyspoliklinikoita psykiatrisella puolella

**DIAGNOSOINTI:**

- diagnosoinnin heikkous
- kaikki diagnosoidaan masennukseksi

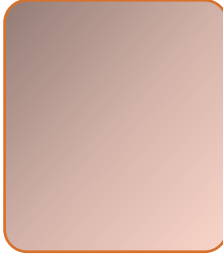
**LÄÄKÄRIT:**

- lääkäreiden vastuu lääkkeiden määräämisessä puuttuu
- huono suomen kielen taito
- diagnoosin saaminen lääkäriltä, jonka tavannut vain yhden kerran
- lääkärin toivotaan myöntävän, jos lääke ei ole sopiva
- tarjolla vain lääkkeitä
- sähköhoidon saannin edellytyksenä riittävä määrä erilaisia lääkekokeiluja?
- asiakas ei uskalla käyttäytyä omana itsenään
- lääkärin antamien lupauksen kariutuminen
- lääkäreitä vaivaa tiedonpuute
- tk-lääkärillä ei asiantuntemusta
- on lääkäreitä, jotka eivät kuuntele
- sairauslomaa täytyy vaatia
- liian lyhyt sairausloma uupumukseen
- miksi itsemurhaa hautovalle määrätään lääkkeitä, joiden sivuvaikutuksena on itsetuhoisuus?

Hoitoon ohjautumisessa oli epätietoisuutta reiteistä tai sinne pääsemistä joutui odottamaan pitkään. Diagnostiikka koettiin puutteelliseksi. Lääkärisuhteet näyttivät osittain etäisinä ja lääkekeskeisinä.

**LÄÄKKEET:**

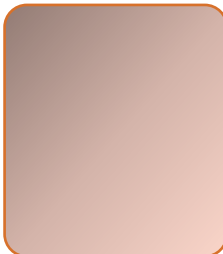
- aiheutetaan oireita, joita ei alun perin ollut
- pahentaa oloa
- SSRI-lääkkeet masennuslukujen syynä
- nopeuttaa kuolemaa
- lääkkeiden lopettaminen vaikeaa
- psyykenlääkkeet koetaan vahingollisina ja hyödyttöminä, pysyvät aivovauriot ja muut vaaralliset sivuvaikutukset
- riittämätön kivunhoito, tunnistamisen haaste

**AVOHOITO:**

- omahoitajan luona viikoittaiset tapaamiset eivät kannata
- mielenterveystoimiston hoito riittämätöntä; ei selvitetä merkittäviä taustatapahtumia
- turvatonta
- ryhmäterapiassa ei voi jakaa kaikkia asioita

**TERAPIA:**

- hidastempoinen terapia turhauttaa
- hoidettava ei uskalla käyttäytyä omana itsenään
- syväluotaavan analyysin tuloksettomuus

**SAIRAALASSA / LAITOKSISSA:**

- lääkitseminen tiedottomaksi sairaalassa
- viiltelyn ja päihteiden aloittaminen sairaalassa
- hoitohenkilökunnan mielivalta ja suuttumus (potilas kieltäytyi lääkekokeilusta)
- sairaalahoidossa virikkeetöntä, epäloogista kohtelua
- epäpäteviä työntekijöitä
- hoidot ovat lääkehoitoa, kontrollointia ja mielivaltaa – kukaan ei kysy, mitä tapahtumia taustalla

**HUOSTAANOTOT JA PAKKOHOIDOT:**

- hoidolliset huostaanotot (avopalveluiden riittämättömyyden vuoksi)
- lapsen hoitopolku: yhteiskunnan taholta lapsi jätetään hoidotta (terveydenhuolto) - pakotetaan väriin hoitoihin - sijaispaikoissa kierrättäminen
- rikoksen uhri sijoitetaan samalle osastolle kuin rikostaustaiset nuoret
- valvonta puutteellista osastolla

Kuva 13. Kokemukselliset pullonkaulat hoitopolulla

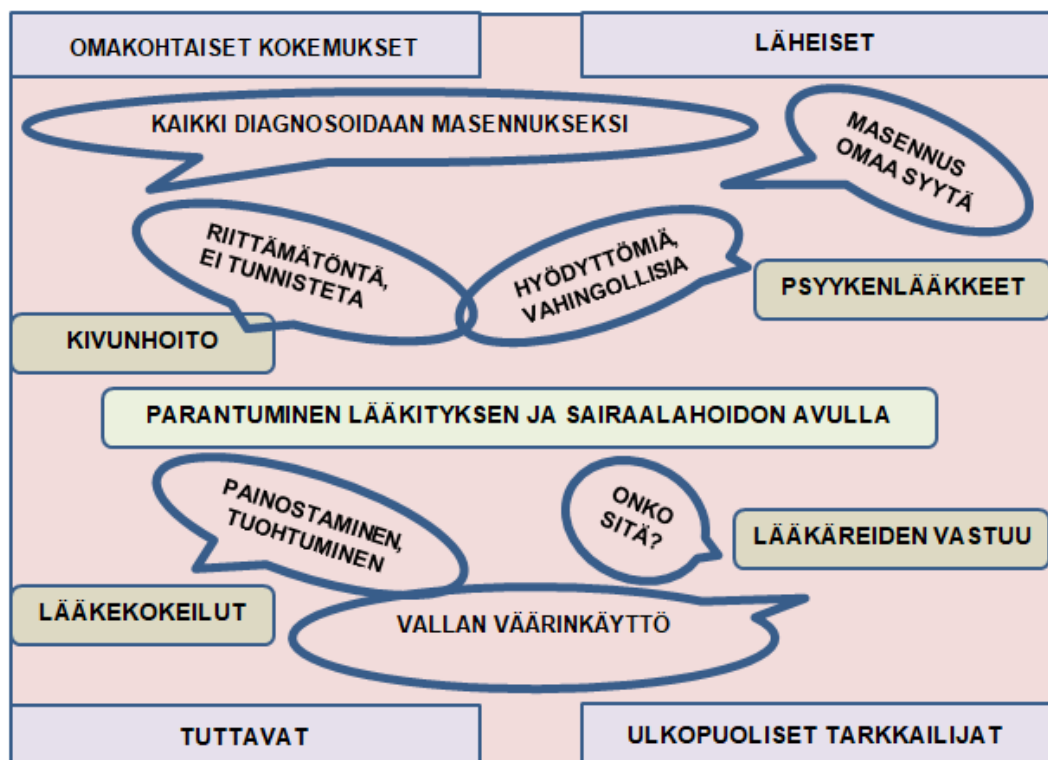
Mielialalääkkeitä kohtaan oli suurta kriittisyyttä omakohtaisten kokemusten perusteella. Lääkkeet koettiin tehottomiksi tai haitallisiksi. Avohoidon palvelut eivät tarjonneet riittävää apua: ryhmäterapia tai mielenterveystoimiston hoito ei

pureutunut masennuksen perussyihin. Terapiasta tuloksettomiksi vaihtoehdoiksi mainittiin syväluotaava analyysi tai muutoin hidastempoinen terapia. Sairaalakokemukset olivat karuja: tiedottomaksi lääkitsemistä, kontrollointia ja mielivaltaa, sekä epäpätevää henkilökuntaa. Huostaanotoissa ja pakkohoidoissa näyttäytyi puutteellinen valvonta, avopalveluiden riittämättömyyden seuraukset ja rikoksen uhrin väärä sijoituspaikka.

### 7.3 Yhteenveto tuloksista

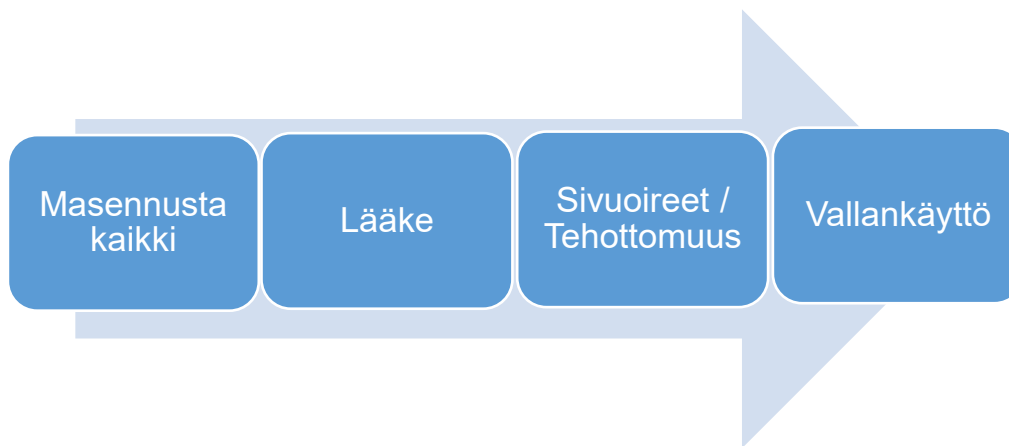
Masennusaiheisia keskusteluja valikoitui tähän otokseen useista eri aihealueista, ei yksistään Masennus-keskusteluryhmästä. Aihealueet on kuvattu kunkin valitun tarkastelukohteen yhteydessä edellisissä kappaleissa. Otoksesta muodostui seuraavanlaiset kokonaisuudet.

Määrätään-avainsanalla esiin nostetuissa keskusteluketjuissa kirjoittajina olivat omakohtaisista kokemuksista kertovat, läheiset, tuttavat ja muut ilmiötä seuraavat, ulkopuoliset tarkkailijat (kuva 13). Keskusteluiden pääpaino oli lääkkeissä ja lääkityksissä.



Kuva 14. Koonti määrätään-avainsanan tuottamien keskusteluiden näkökulmista

Kuvassa 14 tuodaan esille määrätään-avainsanan tuottamia näkökulmia keskusteluiden rakenteesta: luottamusta, epäilyä, syyllisyyttä, valtaa ja turhautumista. Keskusteluiden kriittisen näkökulman painotuksesta johtuen polku hoitokokemuksissa oli pääosin negatiivinen. Kuvassa 15 kuvataan keskusteluiden pääpaino hoitokokemuksissa määrätään-avainsanalla.



Kuva 15. Keskusteluiden pääpaino hoitokokemuksissa määrätään-avainsanalla

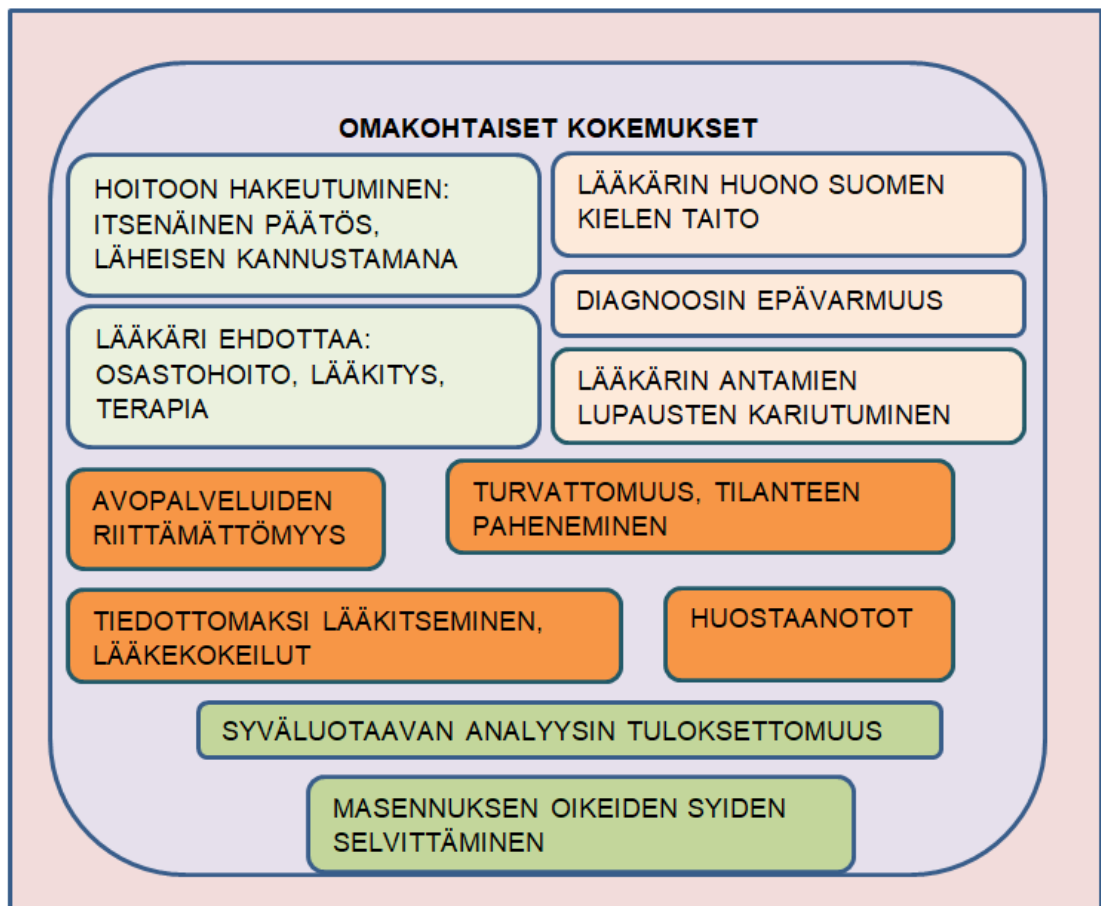
Luottamuksesta hoitoon osoittava keskusteluviesti kertoo kuitenkin, miten sairaalahoito ja lääkitys palauttivat kirjoittajan elämänhalun ja toimintakyvyn.

Ehdotti-avainsanan keskusteluissa pääpaino oli omakohtaisissa kokemuksissa. Tapauksissa hoitoon ohjautuminen tapahtui kirjoittajan itsenäisenä päätöksenä tai läheisen kannustamana. Lääkäri oli ehdottanut osastohoitoa ja/tai lääkitystä ja/tai terapiaa. Lääkärin huono suomen kielen taito koettiin hoitoa heikentävänä tekijänä. Toivottomuutta aiheutti lääkärin antamien lupauksen kariutuminen opiskelu- ja työpaikan sekä asunnon hankinnan tukemisessa. Huolestumista ja turhautumista aiheutti diagnoosin epävarmuus: diagnoosin vaihtaminen/purkaminen ensikäynnillä uuden lääkärin luona.

Lääkekokemuksissa tuli esille lähes tiedottomaksi lääkittäminen, lääkekokeilut sekä lääkitys terapian tai muun elämäntilanteen kartoituksen ohessa. Sairaala- ja laitoshoidon kokemuksista mainittiin kunnon heikentyminen ja tilanteen paheneminen: viiltelyiden ja päihteiden käytön aloittaminen; turvattomuus; epäpätevät työntekijät; epäkohdat pakkohoidossa: valvonta puutteellista ja hoitajat "leipääntyneitä". Vanhempien puuttuessa laitoshoidon epäkohtiin, heidät leimattiin epäpäteviksi ja tämä johti huostaanottoon. Hoidolliset huostaanotot koettiin haitallisiksi. Huostaanoton epäkohtien syyksi mainittiin avopalveluiden riittämättömyys.

Terapiasta tuotiin esille sekä hyödyttömiä että hyödyllisiä terapiakokemuksia. Hyödyttömäksi terapia koettiin tapauksessa, jossa etenemistä ei tapahtunut asiakkaan toivomalla tahdilla ja tämä johti turhautumiseen. Pettymystä tuotti syväluotaavan analyysin tuloksettomuus. Hyödyllisessä terapiassa masennuksen oikeita syitä oli selvitetty psykologin kanssa ja terapian ohessa käytettiin mietoa lääkitystä. Vertaistukiosuoksissa kehoitettiin terapeutin tai lääkityksen vaihtamiseen, mikäli tähän ei oltu tyytyväisiä. Väsyneelle äidille suositeltiin hakeutumista neuvolaan, toisaalta varoiteltiin toimimasta niin, ellei halua joutua tarkkailun alaiseksi.

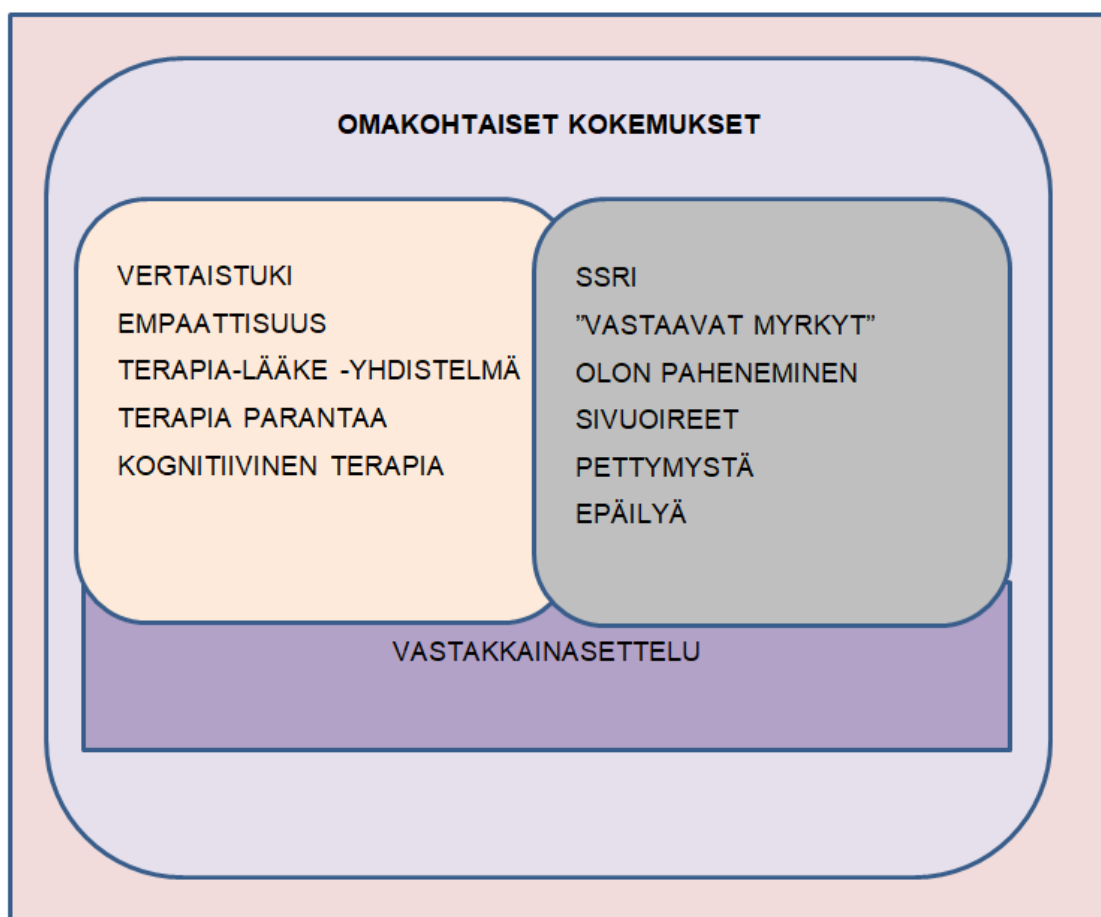
Toipumisen tukikeinoista mainittiin puhuminen ja kirjallisuuden hyödyntäminen, jotka voivat tuoda toivoa paremmasta huomisesta.



Kuva 16. Koonti ehdotti-avainsanan tuottamien keskusteluiden näkökulmista

Kuvassa 16 tuodaan esille ehdotti-avainsanan tuottamia näkökulmia keskusteluiden rakenteesta: luottamusta, epäilyä, pelkoa, valtaa ja turhautumista.

Annoksella-avainsanalla avautuvissa keskusteluissa jaetaan kokemuksia lääkityksestä ja pyydetään kommentteja sekä neuvoja. Keskusteluissa tuodaan esille yksilöllinen herkkyys lääkannoksiin ja kerrotaan lääkkeiden sivuvaikutuksista. Osa kirjoittajista on ollut yhteydessä lääkäriin sivuvaikutusten yhteydessä, ja joskus sivuvaikutuksiin on määrätty toista lääkettä. Terapia-lääke – yhdistelmä todetaan toimivaksi yhdistelmäksi ja koetaan, että lääke toimii ai-noastaan oireisiin. Joidenkin mielestä lääkkeistä on enemmän haittaa kuin hyötyä. Kognitiivisesta terapiasta on saatu hyötyä; se on mahdollistanut lääkkeiden lopettamisen ja paranemisen. Eräs kirjoittaja kertoo tarkasti lääkehistoriansa, hänelle oli määrätty useita lääkkeitä ahdistukseen ja masennukseen. Kyseinen kirjoittaja oli myös keskustellut tarkasti lääkärin kanssa mieltä painavista kysymyksistä lääkityksen osalta, ja myös saanut perusteltuja vastauksia lääkäriltä.



Kuva 17. Annoksella-avainsanalla aineistosta nousevat näkökulmat

Kuvassa 17 esitetään annoksella-avainsanalla nousevia näkökulmia keskusteluista. Keskusteluiden pääpaino on omakohtaisissa kokemuksissa. Kriittisyys lääkkeitä kohtaan on voimakas ja se synnyttää eräänlaisen

vastakkainasettelun terapian kanssa. Ilmeisimmin merkittävä osa näistä lääkkeiden käyttäjistä eivät käy samanaikaisesti asianmukaisessa terapiassa. He kertovat asian yhteydessä ainoastaan lääkärikontakteistaan.

Oloon-avainsanalla avautuvissa keskusteluissa käsitellään muun muassa sähköhoitoa, hoitoon pääsemistä ja eri luonteenpiirteiden vaikutus sairauden diagnosoinnissa. Keskusteluissa tuli ilmi, että pelokas asiakas ei välttämättä käyttäytyä omana itsenään lääkärissä ja terapiassa. Kirjoittajat ovat olleet useissa terapiasuhteissa ja käyttäneet useita eri mielialalääkkeitä. Oikeanlaisen ja riittävän avun saamiseksi koetaan olevan liian korkeat kriteerit.

Pahaa oloa –avainsanalla avautuvissa keskusteluissa kysytään toisiltaan lääkityksestä, sen annoksesta, miten masennus oireilee sekä miten käsitellään pahaa oloa. Moni vastaa toipumisen tukena olevan liikunnan, läheisten tuen, lääkityksen, rutiinit – yleensä jonkin tekeminen helpottaa oireita. Keskustelussa todetaan, että terapiassa olo helpottaa hetkeksi, mutta yksinäisyydessä paha olo palaa. Terveystoimittajan ei koeta helpottavan pahaa oloa, ja kukaan ei oikein ymmärrä, vaan pahaa oloa vähätellään. Koetaan, ettei oikein ole kehtää, jolle puhua, läheinen ei myöskään ymmärrä.

Eräs kirjoittaja kertoo rohkaistuneensa lääkäriin ystävän kehotuksesta. Lääkityksen aloitettua hän sai elämänsä takaisin. Toinen kirjoittaja yhtyy tähän kokemukseen: ”...*ehkä hieman alkaa näkyä jo valoa tunnelin päässä.*” Masennuslääkkeiden kerrotaan poistaneen selkävivot ja sydänoireet.

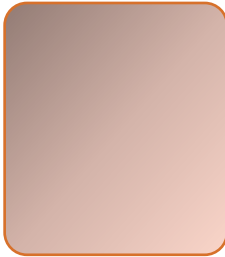
Joku toteaa epäuskoisena, että *miten ihmiselle, joka nyt jo ajattelee itsemurhaa, määrätään lääkkeitä joiden sivuvaikutuksena voivat olla itsetuhoiset ajatukset?* Todetaan, että sivuvaikutuslista lääkkeissä on huolestuttava.

Terveyskeskuslääkärin asiantuntemukselle kohdistetaan kritiikkiä. Kirjoittaja kertoo, ettei tk-lääkäri tiennyt mitä teki, vaan määräsi kahta lääkettä, mitkä eivät sopineet. Kirjoittaja oli vaatinut päästä mielenterveystoimistoon, minkä kautta pääsi psykiatriin vastaanotolle ja sai oikeat lääkkeet oikeilla annoksilla.

Masennukseen liittyvistä keskusteluista löydettiin merkittäviä ja kokemuksellisia hoitopolkujen pullonkauloja, joita voidaan tarkastella masennuksen

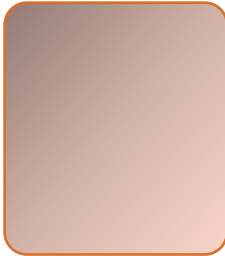
hoitopolkujen kehittämisessä. Pullonkaulat luokiteltiin aineiston perusteella seuraaviin kokonaisuuksiin: hoitoon ohjautuminen, diagnosointi, lääkärit, lääkkeet, avohoito, terapia, sairaalassa / laitoksessa ja huostaanotot ja pakkohoidot (kuva 18).

#### LÄÄKKEET:



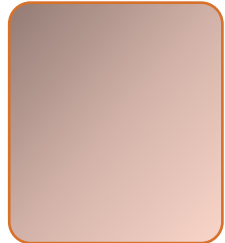
- aiheutetaan oireita, joita ei alun perin ollut
- pahentaa oloa
- SSRI-lääkkeet masennuslukupien syyinä
- nopeuttaa kuolemaa
- lääkkeiden lopettaminen vaikeaa
- psyykenlääkkeet koetaan vahingollisina ja hyödyttöminä, pysyvät aivovauriot ja muut vaaralliset sivuvaikutukset
- riittämätön kivunhoito, tunnistamisen haaste

#### AVOHOITO:



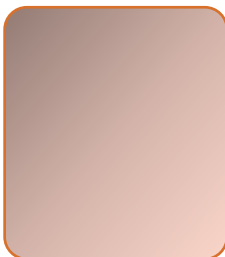
- omahoitajan luona viikoittaiset tapaamiset eivät kannata
- mielenterveystoimiston hoito riittämätöntä; ei selvitetä merkittäviä taustatapahtumia
- turvatonta
- ryhmäterapiassa ei voi jakaa kaikkia asioita
- sairaalasta kotiutuksen jälkeinen seuranta ja hoito

#### TERAPIA:



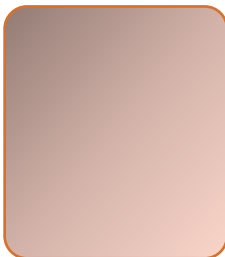
- hidastempoinen terapia turhauttaa
- hoidettava ei uskalla käyttäytyä omana itsenään
- syväluotaavan analyysin tuloksettomuus

#### SAIRAALASSA / LAITOKSISSA:



- lääkitseminen tiedottomaksi
- viiltelyn ja päihteiden aloittaminen sairaalassa
- hoitohenkilökunnan mielivalta ja suuttumus (potilas kieltäytyi lääkekokeilusta)
- sairaalahoidossa virikkeetöntä, epäloogista kohtelua
- epäpäteviä työntekijöitä
- hoidot ovat lääkettähoitoa, kontrollointia ja mielivaltaa – kukaan ei kysy, mitä tapahtumia taustalla

#### HUOSTAANOTOT JA PAKKOHOIDOT:

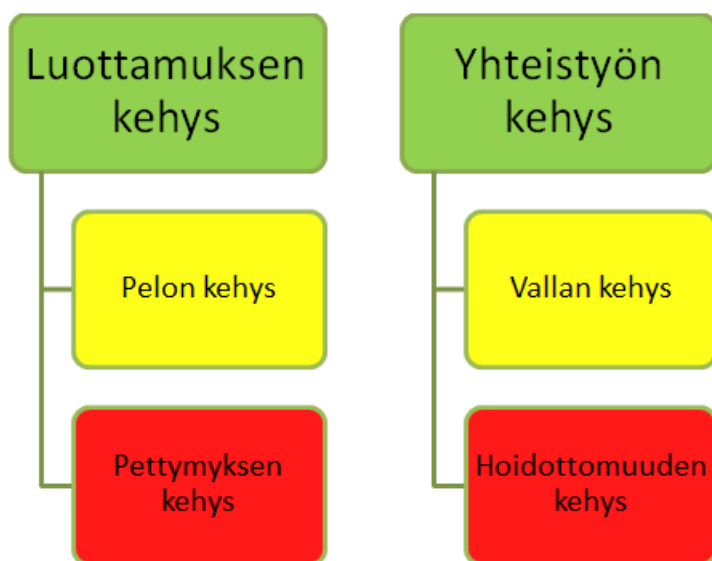


- hoidolliset huostaanotot (avopalveluiden riittämättömyyden vuoksi)
- lapsen hoitopolku: yhteiskunnan taholta lapsi jätetään hoidotta (terveydenhuolto) - pakotetaan väärin hoitoihin - sijaispaikoissa kierrättäminen
- rikoksen uhri sijoitetaan samalle osastolle kuin rikostaustaiset nuoret
- valvonta puutteellista osastolla

Kuva 18. Kokemukselliset pullonkaulat hoitopolulla

Hoitoon ohjautumisessa oli epätietoisuutta reiteistä tai sinne pääsemistä joutui odottamaan pitkään. Diagnosointi koettiin puutteelliseksi. Lääkärisuhteet näyttäytyivät osittain etäisiltä ja lääkekeskeisiltä. Mielialalääkkeitä kohtaan oli suurta kriittisyyttä omakohtaisten kokemusten perusteella. Lääkkeet koettiin tehottomiksi tai haitallisiksi. Avohoidon palvelut eivät tarjonneet riittävää apua: ryhmäterapia tai mielenterveystoimiston hoito ei pureutunut masennuksen perussyihin. Terapiasta tuloksettomiksi vaihtoehdoiksi mainittiin syväluotaava analyysi tai muutoin hidastempoinen terapia. Sairaalakokemukset olivat karmia: tiedottomaksi lääkitsemistä, kontrollointia ja mielivaltaa sekä epäpätevää henkilökuntaa. Sairaalakokemuksen jälkeen asiakas koki olevansa eksyksissä. Huostaanotoissa ja pakkohoidoissa näyttäytyi puutteellinen valvonta, avopalveluiden riittämättömyyden seuraukset ja rikoksen uhrin väärä sijoituspaikka.

Aineistosta esiin tulleita ja sittemmin hoitopolkuprosessiin sijoitettuja yksilökokemuksia voidaan hyödyntää palvelujen kehittämässä asiakaslähtöisellä tarkastelulla. Kokemuksellisen tiedon jalostamisessa voidaan käyttää kehystämistä, jonka avulla tarkastellaan valittua ilmiötä. Karvosen (2000, 84) mukaan kehystämisen lähtökohtana on tilannekontekstin ymmärtäminen. Kehys määrittelee asiayhteyteen liittyviä merkittäviä seikkoja. (Ylä-Anttila ym. 2018, 150).



Kuva 19. Masennuksen hoitopolkujen tilannemäärittelmä: asiakkaan kokemat tunnekehukset ja hoidon laadun kehukset

Masennuksen hoitopolkujen tilannemääritelmä (kuva 19) kuvaa keskusteluista nousseita asiakkaan tunne- ja laatukokemuksia. Väreillä havainnoidaan kehysten linkittymistä toisiinsa.

Asiakkaan kokemina tunnekokemuksina tunnistettiin luottamus, helpotus, kiitollisuus, epäily, pelko, epätoivo, valta, turhautuminen, syyllisyys, häpeä ja epäonnistuminen. Näistä muodostui kolme eri kehystä: luottamuksen kehys (luottamus, helpotus, kiitollisuus), pelon kehys (häpeä, epätoivo, epäily, pelko, syyllisyys) ja pettymyksen kehys (epäonnistuminen, turhautuminen).

Asiakkaan ilmaisemista hoitokokemuksista muodostettiin hoidon laadun kehysiä: yhteistyön kehys (tuloksellisuus, läsnäolo, asiantuntijuus, luottamus, neuvottelu), vallan kehys (valta, mielivalta) ja hoidottomuuden kehys (poissaolo, keinottomuus, saavuttamattomuus). Hoidon onnistuneen yhteistyön taustalla ovat hoidon tuloksellisuus, asiantuntijan läsnäolo, keskinäinen luottamus sekä mahdollinen neuvotteluasema. Vallan kehyksessä asiakasta ei pidetä aktiivisen toimijan roolissa ja mielivalta asettaa toiminnot kyseenalaisiksi. Hoidottomuuden kehyksessä kuvataan asiantuntijan poissaolona asiakaslähtöisyyden tai resurssien puutetta; keinottomuudella asiantuntijuuden puutetta tai epäsovivia hoitomuotoja; sekä saavuttamattomuudella hoidon tarjonnan puutetta ja pitkiä odotusaikoja.

Valitulla tutkimusmenetelmällä, ohjelmiston onnistuneella räätälöinnillä ja lähiluvulla tavoitettiin aineistosta kattava määrä hyödynnettävää materiaalia masennuksen hoitopolkujen arviointiin.

Aineistohaun avainsanoista riippumatta tavoitetut tarinat linkittyvät toisiinsa samassa aihekentässä, masennuksessa ja sen yksilökokemuksissa. Keskusteluista nousevina tunnekehinä tunnistettiin luottamus, helpotus, kiitollisuus, epäily, pelko, epätoivo, valta, turhautuminen, syyllisyys, häpeä ja epäonnistuminen.

Huomioitavaa on myös se, että keskusteluissa tuli esille pullonkaulojen lisäksi onnistuneita toipumisia lääkkeillä sekä lääke-terapia –yhdistelmillä. Palvelujen kehittämisenäkökulman vuoksi aineistosta nostettiin esille prosessin pullonkauloja, joita voitaisiin korjata.

## 8 POHDINTA

Suomi24-keskustelufoorumi terveystiedon lähteenä tarjoaa mahdollisuuden yksilökokemusten hyödyntämiseen palvelujen kehittämisessä. Tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa avattiin terveystiedon omistajuutta eri toimijoiden näkökulmista käsin. Toimijoiden välinen vuorovaikutus terveystiedon tuottamisessa on merkittävässä roolissa ja avaa näkymiä kehittämiskohteisiin.

Terveystiedon jakamisen katsotaan olevan usein yksisuuntaista tiedonvälitystä ja ratkaisuksi toivotaan monipuolista ja vuorovaikutteista asiantuntijavaiuttamista sosiaalisessa mediassa (Huovila 2017, 1007). Asiantuntijoiden vuorovaikutteinen terveystiedon viestintä Suomi24-keskustelufoorumilla voidaan kokea haastavana. Asiantuntijat voisivat halutessaan tutustua foorumin sisältöön ja miettiä sopivia ratkaisuja, kuten myös Torkkola (2012) on ehdottanut. Keskustelufoorumi voidaan kuitenkin käyttää terveystiedon lähteenä ja kehittää tavoiteltuja aihealueita muilla keinoin. Huoli siitä, että keskustelijat ilmaisevat yleisten hoitosuositusten vastaisia asioita on seikka, jota ei voida hallita. Lähelläkohtaisesti vertaistukifoorumit tarjoavat puolueetonta maaperää kokemusten jakamiselle ja siksi sinne hakeudutaan. Keskustelufoorumin aliarviointi tai leimaaminen kaiken kattavan sisällön vuoksi, ja sen myötä viestinnällisen kuilun syventäminen terveysalan asiantuntijoiden ja kansalaisten välillä ei ole kestävä tie. Opinnäytetyön aineistosta tuli ilmi, että moni kirjoittaja kysyi vertaistukea vakavaankin ongelmaansa sen jälkeen, kun ei ollut saanut apua ja tukea terveydenhuollosta. Vertaistuen paikat voivat tarjota äärimmäisissä tapauksissa myös keinon sinnitellä hengissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sosiaalisen median keskusteluaineistojen soveltuvuutta terveystiedon tuottamisessa selvittämällä koneoppimisen avulla terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä yksilökokemuksia masennuskeskusteluista. Yksilökokemusten tarkastelua ei voida rajata sosiaalisen median aineistossa yksistään yhden oletetun keskustelun ympärille, sillä haettava tieto voi olla hajaantunut eri yhteyksiin. Tämä voi tuoda haasteita perinteisillä menetelmillä eteneville. Optimaalista olisi, jos aineiston voisi rajata tarkasti ja keskittyä yhteen syväluotaavasti. Tiedonlouhinta järjestäytymättömässä datassa ei noudata tätä perinteistä kaavaa, vaan etsii eri yhteyksistä palasia,

joista voidaan rakentaa kokonaisuuksia. Ennalta ei välttämättä voida luoda hypoteesia, ennustaa tuloksia ja löydöksiä tai siihen käytettävää aikaa. Uusien löydösten ilmaannuttua suunta voi muuttua. Tutkimuksessa mennään data edellä, jonka jälkeen voidaan muodostaa kokonaiskuva sitä ympäröivästä viitekehystä. Tämä seikka loi omanlaista epävarmuutta myös tämän opinnäytetyön alkuvaiheessa sen tekijälle - paljon *mitähän tästä seuraa* -ajatuksia.

Opinnäytetyössä käytettiin ohjaamatonta koneoppimista, aihehallinnukseen kuuluvaa Textplorer-mallia, joka on verrattavissa aiemmin kappaleessa 6.1 mainittuun Websom-malliin. Textplorer-mallia on käytetty myös Muodonantoa aineistolle -tutkimuksessa. Mallissa kone pyydetään etsimään säännönmukaisuuksia, ja aihehallinnukseen tehtävien valintojen avulla voidaan saada erilaisia näkökulmia aineistoon. Aihehallinnuksen hyödyntäminen on monimenetelmätutkimusta ja tämän merkitys opinnäytetyön laatuun oli merkittävä.

Textplorer-mallin yhdistäminen lähiluentaan tarjosi tutkimukselle laadullista näkökulmaa. Textplorer-kartalla vahvimmin esiintyvistä sanoista poimittiin avainsanat, joiden avulla edettiin tarkastelussa kohti keskusteluketjuja.

Textplorer-kartan vahvimmat sanayhteydet esiteltiin kappaleessa 7.1 ja kuva 4 havainnollistaa tätä.

Rajaukset valittujen avainsanojen (määrätään, ehdotti, annoksella, jne.) kautta avautuvat keskustelut johtivat hyvin aihepiiriin. Tiedonlouhinnan kautta tavoitettiin aiheen laajempi tarkastelu eri rooleista käsin. Tavoiteltavan asian ydin oli yksilökokemukset hoidosta, joten avautuvat keskustelut muodostivat lisää ulottuvuuksia tarkasteluun. Löydökset laajensivat aihetta eri tekijöihin, kuten esimerkiksi masentuneen läheinen haki vertaistukea tilanteeseensa.

Eri avainsanojen kautta voi muodostua ennakko-oletuksia aineiston sisällöstä, mutta tämä voi myös johtaa harhaan. Esimerkiksi *olen yrittänyt* -sanaparin tarkastelussa ennakkoajatuksena oli löytää omakohtaisia kokemuksia hoidosta tai muita liittymäkohtia hoitoon hakeutumiselle. Otoksen konteksti muodostui kuitenkin suhteista lähiomaisiin tai ystäviin. Tämä kuvastaa osaltaan tiedonlouhinnan haasteellisuutta ennakkoon määritellyillä oletuksilla ja avainsanojen valinnalla.

Riittävällä avainsanojen määrällä voidaan kuitenkin tavoittaa laajempi kokonaisuus. Liian kapealla rajauksella aineisto jää suppeaksi, eikä tavoiteltavaa ilmiötä saada haltuun, kuten myös Ylisiurua (2017) toteaa. Yhtä lailla lähiluen-  
nan kautta arvioimalla voidaan tarvittaessa hakea lisää aineistoa käsiteltä-  
väksi uusilla aihepiirin avainsanoilla. Ennalta on vaikea arvioida, miten suuri  
keskustelu- ja kommenttien määrä avautuu kullakin avainsanalla.

Tämän opinnäytetyön taustateoriaa kartoitettiin tarkoituksellisesti pidemmältä  
ajalta, jotta ilmiöistä saataisiin kontaktipintaa keskusteluviestien aikajaksolle  
sekä digitaalisuuden että lääkäri-asiakassuhteen osalta. Eri toimintamallien ja  
hoidon kehittämistyössä tulisi tarkastella hoitopolkujen nykytilaa asiakasnäkö-  
kulmasta, jota tähän opinnäytetyöhön hyödynnetyssä aineistossa ei ollut tar-  
jolla viimeiseltä neljältä vuodelta. Jotta pystyttäisiin arvioimaan keskusteluista  
hoitopolkujen ajankohtaista tilaa Suomi24-foorumien kirjoittajien kokemana, tu-  
lisi tämä selvittää ajankohtaisella aineistolla. Tähän opinnäytetyöhön käytetty  
aineisto oli vuosilta 2001–2017. Opinnäytetyön työstämisen aikana Suomi24  
Korpus -tietokantaan lisättiin keskusteluaineistoa myös vuosilta 2018–2020,  
mutta sitä ei enää hyödynnety tähän työhön. Tämä olisi vaatinut uudelleen ai-  
neistoajat, koodaukset ja muun valmistelevan työn.

Viime vuosina sosiaali- ja terveysalalla on tehty digiloikka ja digitaalisten pal-  
velujen sekä tietoa jakavien sivustojen määrä on moninkertaistunut. Osaltaan  
myös koronapandemia on vauhdittanut digitaalisten ratkaisujen kasvua ja  
käyttöönottoa. Tämän kehityksen vuoksi olisi kiinnostavaa tarkastella asiakas-  
kokemuksia tuoreella keskusteluaineistolla.

Tässä opinnäytetyössä hyödynnety aineisto kertoi osaltaan karua tarinaa ma-  
sennuksen hoitopoluista. Huomioitava on kuitenkin se, että ongelmien parissa  
kamppailevat saattavat osallistua ja kirjoittaa kokemuksistaan matalammalla  
kynnyksellä ja toisenlaisilla tarpeilla kuin he, joilla on onnistuneita hoitokoke-  
muksia. Toisaalta, tuore Mielenterveyden keskusliiton masennustutkimus  
2022 osoitti, että tilanne on huono: hoitoon ei pääse tai se on tehotonta.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa sivuttiin myös lääkäri-potilas -suhteeseen liit-  
tyvää vuorovaikutusta, valtaa ja vastuuta. Asiakaslähtöinen tarkastelu on tär-  
keää myös terveydenhuollossa. Yhä enemmän puhutaan lääkärin roolista

suhteessa potilaaseen ja oikeanlaisen viestinnän merkitystä luottamuksen rakentamisessa. Asiakslähtöisyyden kärjessä kannattaa huomioida, että lääkärin rooli on muuttumassa auktoriteetista neuvottelukumppaniksi, kuten Vuolanto (2019) asian ilmaisee.

Eri toimijoiden tuottamassa ja hyödyntämässä terveystiedossa on tilaa ja tarve aidolle ja moniääniselle dialogille.

## **8.1 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä tarkasteltiin, millaisia masennukseen ja hoitosuhteeseen liittyviä yksilökokemuksia aineistosta voitiin tunnistaa, sekä millaisia palvelujen kehittämisen paikkoja voitiin hahmottaa näiden yksilökokemusten kautta. Aineistosta saatiin vastaukset näihin kysymyksiin tiedonlouhinnalla ja lähiluennalla sekä syventämällä aineistotarkastelua kehystämisen avulla.

Aineistosta tunnistettiin yksilökokemuksia masennuksesta paranemisesta, kokemuksia sairauden kanssa kamppailusta sekä vaikuttavasta että tehottomasta hoidosta. Palvelujen kehittämisen paikkoja masennuksen hoitopolulla tunnistettiin monipuolisesti.

Tuloksia analysoitiin kehystämällä asiakkaan tunnekokemuksia ja koettua hoidon laatua. Asiakkaan ilmaisemista tunnekokemuksista muodostettiin kolme kehystä: luottamuksen kehys, pelon kehys ja pettymyksen kehys. Asiakkaan hoitokokemusten pohjalta nousseita hoidon laatua mittaavista ilmaisuista muodostettiin niin ikään kolme kehystä: yhteistyön kehys, vallan kehys ja hoidottomuuden kehys. Tunnekokemuksia ja hoidon laatua kuvaavat kehykset kohtasivat myös rinnakkain: luottamus – yhteistyö, pelko – valta ja pettymys – hoidottomuus.

Hoidon laatua kuvaavia kehyksiä voidaan tarkastella suhteessa masennuksen hoidon palveluihin. Yhteistyön kehyksessä vallitsee tuloksellisuus, läsnäolo, asiantuntijuus, luottamus ja neuvottelu. Vallan kehyksessä valta ja mielivalta. Hoidottomuuden kehys kuvaa poissaoloa, keinottomuutta ja saavuttamattomuutta.

Onnistuneen yhteistyön taustalla ovat hoidon tuloksellisuus, asiantuntijan läsnäolo, keskinäinen luottamus sekä mahdollinen neuvotteluasema. Aiemmissä tutkimuksissa mm. Drake (2009), Järvensivu (2018), Ijäs ja Ruusuvuori (2007) tuovat esille asiakkaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen merkityksen; dialogin puute ja lääkärin auktoriteetti heikentävät yhteistyötä.

Vallan kehys muodostuu vallan ja mielivallan elementeistä. Asiakasta ei pidetä aktiivisen toimijan roolissa. Heliste (2013) on todennut aiemmin, että lääkärin subjektiivista lähtökohdista toimiminen on mielivaltaa. Mielivallan kokemus voi syntyä asiakkaalle tilanteissa, joissa hän ei koe tulleensa kuulluksi ja välitettyksi.

Hoidottomuuden kehukseen sijoittuvaa resurssien tai asiakaslähtöisyyden puutetta kuvataan asiantuntijan poissaolona, keinottomuus sisältää asiantuntijuuden puutteen tai epäsopivat hoitomuodot, ja saavuttamattomuudella kuvataan hoidon tarjonnan puutetta tai pitkiä odotusaikoja. Aiemmissä tutkimuksissa Kuosmanen ja Wahlbeck (2018) ovat nimenneet mielenterveyspalvelujen kipupisteiksi tavoitettavuudessa heikon asiakaslähtöisyyden sekä resurssien hyödyntämättä jättämisen, myös kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen.

Aiemmin mainitun Masennustutkimus 2022 mukaan masentuneen on vaikea päästä hoitoon, ja jos pääsee, hoito on tehotonta. Lisäksi häpeä ja tiedon puute voivat hidastaa sinne hakeutumista.

Nämä samat näkökulmat tulivat esille myös tämän opinnäytetyön aineistossa. Erityisesti tiedon puute korostui. Kirjoittaja oli saattanut oireilla jo pitkään ennen keskustelupalstalle kirjoittamista, tai vastasynnyttäneen puoliso kysyi, mistä vaimolle voisi saada apua. Jotkut kirjoittajat esittivät kysymyksiään keskustelufoorumilla sen jälkeen, kun eivät olleet saaneet apua terveydenhuollosta. Osa näistä kirjoituksista oli jo epätoivoisia sävyiltään. Moni keskustelija kritisoi masennuksen hoitoa siltä osin, että masennuksen juurisyitä ei selvitetä.

Aineiston perusteella on havaittavissa, että masentunut asiakas kokee toisinaan olevansa alisteisessa asemassa hoitajaansa nähden. Riittävien

resurssien puuttuessa voi olla vaikea toteuttaa asiakaslähtöisyyttä. Lääkäriin vastaanotolla masentunut ei välttämättä ole neuvotteluasemassa.

## 8.2 Luotettavuus

Tiedonlouhinnan luotettavuutta tässä opinnäytetyössä voidaan arvioida tavoiteltujen keskusteluiden osumilla halutussa aihekentässä. Tämä toteutui hyvin siltä osin, että onnistuttiin tarttumaan laajaan aihepiiriin ja merkittävällä tarkkuudella aihetta käsitteleviin keskusteluihin. Saavutetulla keskusteluaineistolla onnistuttiin hahmottamaan kattavasti moninaista kokemustietoa masennuksen hoitopoluilla. Tiedonlouhinnan tavoitteena oli hahmottaa signaaleja erilaisiin hoitokokemuksiin sekä testata aineistoluokitusten toimivuutta tässä opinnäytetyössä. Varsinainen hoitopolkujen tarkastelu ja analysointi tapahtui kuitenkin lähiluennan ja kehystämisen avulla.

Luotettavuuden arviointi korostui ja pohditutti erityisesti koko lähiluennan ajan. Toisinaan kyseenalaistusta herätti se, voidaanko esimerkeillä tuottaa luotettavaa kuvaa asiakaskokemuksesta. Esimerkit ovat nousseet aineistosta ja ovat siltä osin hyödynnettävää tietoa tämän aiheen tarkastelussa. Tavoitteena ei ollut selvittää esimerkiksi kuinka suuri osuus tietyistä kommentteista asettui joko negatiivisiin tai positiivisiin hoitokokemuksiin, tai arvioita siitä, miten nämä esimerkit ovat yleistettävissä. Tavoitteena oli löytää signaaleja hoitopolkujen kehittämiseksi ja nämä signaalit ovat keskustelijoiden ilmaisuja. Vastaavasti palveluntuottajat voivat tarkastella näitä esitettyjä palvelujen pullonkauloja siinä valossa, ovatko heidän prosessinsa kunnossa näiltä osin.

Kehittämiskohteiden esiinnostot, niiden epäkohtien etsiminen, valinta ja tulkinta haastoivat pohtimaan tutkimuksen objektiivisuutta. Tutkimuksen objektiivisuuteen pyrkivästä käsittelystä huolimatta tutkijan subjektiviteetti astuu mukaan viimeistään tulkintavaiheessa. Opinnäytetyössä mainitut kehittämiskohteet masennuksen hoitopolulla eivät ole yleisiä totuuksia, vaan pikemminkin ohjaavat tarkastelemaan hoitopolkuja asiakasnäkökulmasta. Keskustelut avattiin totuudenmukaisesti ja myös todentavasti osittain suorilla lainauksilla. Tosineettisen pohdinnan tuloksena päädyttiin supistamaan suoria lainauksia, jonka johdosta alkuperäistä tekstiä ja koontien tulkintaa on lukijan ehkä kaikilta osin vaikea arvioida. Hoitopolkujen kehittämiskohteiden pohjalle valituissa

viesteissä pyrittiin painottamaan kirjoittajien omakohtaisia kokemuksia, joko tilanteen näkijänä tai kokijana. Kirjoittajien kokemukset koottiin hoitopolkujen arviointiin, jolloin yksittäiset kokemukset rakensivat yhteistä tarinaa. Toisaalta kirjoittaja saattoi olla masentuneen henkilön puoliso, jolloin puoliso toimi näkijän roolissa suhteessa masentuneeseen, mutta kokijan roolissa keskustelufoorumilta vertaistukea ja apua hakiessaan. Ulkopuolisten tarkkailijoiden roolista käsin ilmiöitä kuvaavia kirjoituksia käsiteltiin prosessin aikana erikseen.

Keskusteluaineiston luotettavuutta voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta. Luotettavuutta mitattaessa on tarkasteltava sekä totuutta että havaintojen luotettavuutta että niiden puolueettomuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 118–119). Emme voi aina tietää, ovatko tarinat totta. Viestit valittiin sellaisinaan ilman arvioita tarinoiden luotettavuudesta. Heikkinen (2018, 157) tarkastelee luotettavuuden ongelmaa kerronnallisessa tutkimuksessa, joka perustuu tulkinnalliseen lähestymistapaan. Tarkastelussa esitetään validointia, *tulkinnallista prosessia, jossa käsitys maailmasta kehkeytyy vähitellen*. Validoinnin tavoitteena on avata lukijalle uusi näkökulma. Tämän uuden näkökulman pyrin saavuttamaan huolellisella dokumentoinnilla, loogisella etenemisellä ja yksityiskohtaisella raportoinnilla.

### 8.3 Eettisyys

Sosiaalisen median tutkimuskäyttö vaatii tutkimuseettistä harkintaa: vaikka tieto olisi julkisesti saatavilla, tulosten raportointia, lainausten käyttöä, jäljitettävyyden tarkastelua ja mahdollista haittaa kirjoittajille tulee huolellisesti arvioida. Laaksonen (2016) painottaa varovaisuutta erityisesti nuorten ja sairaiden, tai muutoin arkaluontoisen aihepiirin parissa. (Laaksonen s.a.; Laaksonen 2016, 145.)

Tuomi ja Sarajärvi haastavat tarkastelemaan tutkimuseetiikkaa laajassa ymmärryksessä (research ethics): *kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia*. Tutkimuksessa tulisi tarkastella kaikkia tehtyjä valintoja moraalisina valintoina, alkaen tutkimusaiheen valinnasta, jolloin selkeytetään se, *kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään*. He nostavat esille, kuinka TENKin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) ohjeituksessa tutkimuseetiikka rajataan kapeaan merkitykseen (research integrity),

jossa tutkijalta vaaditaan rehellisyyttä ja rehtiyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 112–114.)

Opinnäytetyön aiheen valinta syntyi tarpeesta luoda katsaus kirjoittajien oma-kohtaisiin kokemuksiin masennuksen hoitopolulla. Tarkasteltavaksi tavoiteltiin masennusta sairastavat asiakasnäkökulman esilletuomiseksi. Tämän vuoksi kokemusten raportoinnissa ei puututtu kirjoitusten aitouteen tai otettu kantaa niiden mahdolliseen haitallisuuteen vertaistuen yhteydessä jaetuissa lääkitystai muissa hoitovinkeissä. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 114) mainitsevat esimerkkinä ”hoitomyönteisyys” tutkimusaiheena, jonka perusasetelma kuvaa lääkärin antamien ohjeiden noudattamista. Vastaavasti ”hoitokielteinen” ei noudata tai pyri noudattamaan näitä ohjeita. Tutkimuksiin valitut termit voivat sisältää erilaisia arvoja, rakennemalleja ja oletuksia. Tässä opinnäytetyön raportissa kuvattu kehittämispainotteinen asiakaskokemusten näkökulma saattaa näyttäytyä karrikoidulta, mikä sen perimmäinen tarkoitus ei ole kuitenkaan ollut. Keskusteluketjuissa ilmeni myös masennuksesta parantuneiden kokemuksia, mutta kehittämiskohteiden tarkastelun vuoksi nämä jätettiin aineiston tarkemman tarkastelun ulkopuolelle.

Kehysmallinnuksen luotettavuutta voidaan mitata sillä, että kehysten vastavuus on linjassa olemassa olevan tiedon kanssa ja niissä on tilaa myös uusille tulkinnoille. (Ylä-Anttila ym. 2018, 150.) Keskusteluaineistoa käsiteltiin huolellisesti ja sitä arvioitiin menetelmien valinnassa. Kehysmallinnuksen valinnalla korostettiin asiakasnäkökulmaa, jota tarkasteltiin ilman ulkopuolisia vaateita tai arvovalintoja. Kehysten vastaavuudet olivat tunnistettavissa vallitsevaan tilanekuvaan terveystalvuiden saatavuudessa ja palvelun laadun epätasa-arvoisuudessa. Esitetyt kehukset tunnistivat ja yhdistivät sekä asiakkaan tunnekehiä että asiakkaan laatukokemuksia hoidosta. Näiden avulla tavoitettiin myös asiakkaan perusoikeuksiin sisältyviä elementtejä.

Tutkimustulosten esittämistavassa otettiin huomioon aineiston arkaluonteisuus. Opinnäytetyössä huomioitiin anonymiteetin vaade ja sitä tarkennettiin edelleen raportointivaiheessa.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Keskusteluaineiston perusteella masennuksen hoitopolulla oli haasteita hoitoon ohjautumisessa, diagnosoinnissa, lääkäri-potilassuhteissa, lääkityksessä, avohoidon palveluissa, terapiassa ja sairaalahoidossa.

Hoitoon ohjautumisessa oli epävarmuutta reiteistä ja sinne oli pitkä odotusaika. Diagnosointi koettiin joissakin tapauksissa puutteelliseksi. Lääkäri-potilassuhteet näyttäytyivät toisinaan etäisiltä ja lääkekeskeisiltä. Mielialalääkkeitä kohtaan oli kirjoittajilla suurta kriittisyyttä omakohtaisen kokemustensa perusteella. Avohoidon palvelut koettiin riittämättömiksi: niissä ei pureuduttu masennuksen perussyihin. Terapiasta tuloksettomiksi vaihtoehtoiksi mainittiin syväluotaava analyysi tai muutoin hidastempoinen terapia. Sairaalakokemukset kuvailtiin karuina: tiedottomaksi lääkitsemistä, kontrollointia ja mielivaltaa, sekä epäpätevää henkilökuntaa. Sairaalahoidon jälkeen asiakas koki olevansa eksyksissä.

Keskusteluaineistosta koostettiin asiakkaiden tunnekokemuksia sekä kokemuksia hoidon laadusta masennuksen hoitopolulla. Tunnekokemuksista muodostettiin kolme kehystä: luottamuksen kehys (luottamus, helpotus, kiitollisuus); pelon kehys (häpeä, epätoivo, epäily, pelko, syyllisyys) ja pettymyksen kehys (epäonnistuminen, turhautuminen).

Taulukko 8. Hoidon laadun parantaminen asiakkaan näkökulmasta.

<b>Asiakslähtöisyyden lisääminen, palvelumuotoilu</b>
<b>Hoidon tarjonnan lisääminen, odotusaikojen lyhentäminen, asiantuntijuuden lisääminen, hoitomuotojen yksilöllinen tarkastelu</b>
<b>Hoidon tuloksellisuuden arviointi, hoidon koordinointi, asiantuntijan läsnäolo, asiakkaan kuuntelu, keskinäinen luottamus ja neuvottelu - aito dialogi</b>
<b>Vallankäytön minimointi</b>

Taulukossa 8 kuvataan hoidon laadun kehysten pohjalta määriteltyjä parannusehdotuksia masennuksen hoitopolulla. Yhteistyön kehyksestä nousseita asioita olivat tuloksellisuus, läsnäolo, asiantuntijuus, luottamus ja neuvottelu. Hoidottomuuden kehyksessä kuvattiin asiantuntijan poissaoloa asiakaslähtöisyyden tai resurssien puutteena, keinottomuudella kuvattiin asiantuntijuuden puutetta tai epäsoivia hoitomuotoja sekä saavuttamattomuudella kuvattiin hoidon tarjonnan puutetta ja pitkiä odotusaikoja. Parannusehdotuksena näihin hoidottomuuden kuvauksiin esitetään asiakaslähtöisyyden lisäämistä, palvelumuotoilua, hoidon tarjonnan lisäämistä, odotusaikojen lyhentämistä, asiantuntijuuden lisäämistä, sekä hoitomuotojen yksilöllistä tarkastelua. Vallan kehysten pohjalta ehdotetaan vallankäytön minimointia.

Masennuksen hoitopolkujen arvioinnissa ja kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota asiakkaan tunnekokemuksiin sekä kokemuksiin hoidon laadusta.

## **10 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET**

Tämä opinnäytetyö tarkasteli Suomi24-keskustelufoorumien masennusaiheisia keskusteluja yksilökokemuksen näkökulmasta. Aineistosta tutkittavat hoitosuhteita kuvaavat tilanteet edustavat keskusteluja ennen vuotta 2018. Huomioitavaa on se, että aivan viime vuosina sosiaali- ja terveysalalla on tehty digiloikka ja digitaalisten palvelujen sekä tietoa jakavien sivustojen määrä on moninkertaistunut. Myös hoitopolkuihin ja erilaisiin seurantoihin on syntynyt digitaalisia ratkaisuja.

Jatkotutkimuksina ehdotan seuraavia: (1) Masennuksen hoitopolkujen nykytilanteen kartoittaminen tuoreella Suomi24-aineistolla eli vuodesta 2018 alkaen; (2) Sosiaaliseen mediaan linkitetyt kysely- ja seurantatutkimukset yksilökokemuksista masennuksen hoidossa; (3) Selvitys digitaalisista ratkaisuista masennuksen hoidossa: nykytilanne ja palvelujen käyttö alueellisesti. Selvityksen hypoteesina alueelliset erot.

## LÄHTEET

- Aller Media Oy 2020. Suomi24-korpus 2001–2017, VRT-versio 1.1. Kieli-pankki. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:lb-2020021801> [viitattu 10.3.2021].
- Anttonen, M., Tran Minh, M. & Juutilainen, J. 2018. Potilaan ääni terveydenhuollon digitalisoituessa. Julkari, STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018061926075> [viitattu 15.1.2022].
- Benford, R. & Snow, D. 2000. Framing processes and social movements: An overview and assessment. Julkaisussa: *Annual Review of Sociology*, 26, 611-639. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.26.1.611> [viitattu 17.5.2022].
- Bifet, A. 2010. Adaptive Stream Mining: Pattern Learning and Mining from evolving data streams. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-60750-472-6-i> [viitattu 8.4.2021].
- Depressio. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> [viitattu 30.12.2021].
- Drake, M. 2009. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Humanities 127. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3714-0> [viitattu 8.4.2021].
- Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016, 5. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-digitalisaation-linjaukset-2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 8.4.2021].
- Ek, S. & Niemelä, R. 2010. Onko internetistä tullut suomalaisten tärkein terveystiedon lähde? Deskriptiivistä tutkimustietoa vuosilta 2001–2009. *Informaatiotutkimus*, 29. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/inf/article/view/3856> [viitattu 8.4.2021].
- Ekholm, V. 2018. Asiakas nousee terveystietonsa hallitsijaksi. *Sic!-lehti*. Verkkolehti. Saatavissa: <https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/2018/laakkeet-ja-digitalisaatio-1.0/asiakas-nousee-terveystietonsa-hallitsijaksi> [viitattu 15.1.2022].
- Esineiden internet parantaa asiakaskokemusta luontomatkoissa. eSignals PRO 2020. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu 24.9.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021101451059> [viitattu 30.12.2021].
- Han, J., Kamber, M. & Pei, J. 2012. Data Mining. Concepts and Techniques. Third Edition. Morgan Kaufmann. E-kirja. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/C2009-0-61819-5> [viitattu 8.4.2021].

Harju, A. 2018. Suomi24-keskustelut kohtaamisten ja törmäysten tilana. *Media & viestintä*, 41, 51–74. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/mediaviestinta/article/view/69952> [viitattu 11.3.2021].

Heikkinen, H. 2018. Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 145–160.

Heliste, M. 2013. Vallatonta vastuuta. Artikkel. Potilaan Lääkärilehti 17.11.2013. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakaran-aani/vallatonta-vastuuta/> [viitattu 27.5.2022].

Helve, O., Kattelus, M., Norhomaa, S. & Saarni, S. 2015. Terveystieto ja sosiaalinen media. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 131. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12512> [viitattu 10.3.2021].

Hickman, L., Thapa, S. & Tay, L. 2022. Text preprocessing for text mining in organizational research: Review and recommendations. *Organizational Research Methods* 25,114–146. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177%2F1094428120971683> [viitattu 4.1.2022].

Honkela, T., Kaski, S., Lagus, K. & Kohonen, T. 1996. Newsgroup exploration with WEBSOM method and browsing interface. Helsinki University of Technology. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/publication/2257771\\_Newsgroup\\_Exploration\\_with\\_WEBSOM\\_Method\\_and\\_Browsing\\_Interface](https://www.researchgate.net/publication/2257771_Newsgroup_Exploration_with_WEBSOM_Method_and_Browsing_Interface) [viitattu 24.5.2022].

Ijäs, T. & Ruusuvoori, J. 2007. Mitä potilas voi tietää? Potilaan tiedollisiin oikeuksiin orientoituminen lääkärin vastaanotolla. *Media & Viestintä*, 30. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/mediaviestinta/article/view/62644> [viitattu 8.4.2021].

Järvensivu, A., Väänänen, A., Kuokkanen, A. & Turtiainen, J. 2018. Mistä syntyy mielenterveysdiagnosi? Artikkel. *Yhteiskuntapolitiikka*, 81. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136022/YP1801\\_Jarvensivuym.pdf?sequence=2](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136022/YP1801_Jarvensivuym.pdf?sequence=2) [viitattu 8.4.2021].

Järvi, U. 2011. Media terveyden lähteillä. Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Humanities 150. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4210-6> [viitattu 30.12.2021].

Kananen, H. & Puolitaival, H. 2019. Tekoäly - Bisneksen uudet työkalut. BALTO print. Helsinki: Alma Talent Oy.

Kanta-palvelut s.a.. Hyvinvointitiedot. Verkkosivu. Saatavissa: <https://www.kanta.fi/hyvinvointitiedot> [viitattu 30.12.2021].

Karvonen, E. 2000. Tulkintakehys (frame) ja kehystäminen. *Media & Viestintä*, 23. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/mediaviestinta/article/view/61529> [viitattu 24.5.2022].

- Kuosmanen, L. & Wahlbeck, K. 2018. Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut tavoittavat apua tarvitsevat? *Tutkimuksesta tiiviisti* 26.9.2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-163-8> [viitattu 8.1.2022].
- Köhler, H. 2019. Hoitava viestintä. Lääkäriin vaikuttava viestintä potilaskohtaamisessa. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2019:124. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3404-2> [viitattu 25.5.2022].
- Laaksonen, S. s.a. Sosiaalinen media tutkimusaineistona. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/> [viitattu 20.5.2022].
- Laaksonen, S. 2016. Sosiaalinen media – tutkimusaineiston hankala aarrearkku. Artikkel. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/56925> [viitattu 25.5.2022].
- Lagus, K., Pantzar, M., Ruckenstein, M. & Ylisiurua, M. 2016. Suomi24 - Muodonantaa aineistolle. Kuluttajatutkimuskeskus, Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2016:10. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://research-portal.helsinki.fi/fi/publications/suomi24-muodonantaa-aineistolle> [viitattu 10.3.2021].
- Lagus, K., Pantzar, M. & Ruckenstein, M. 2018. Kansallisen tunnemaiseman rakentuminen: Pelon ja ilon rytmit verkkokeskusteluissa. *Kulutustutkimus. Nyt*, 12, 62–83. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kulutustutkimus.net/wp-content/uploads/2018/11/KTN\\_vol12\\_Lagus-Pantzar-and-Ruckenstein.pdf](http://www.kulutustutkimus.net/wp-content/uploads/2018/11/KTN_vol12_Lagus-Pantzar-and-Ruckenstein.pdf) [viitattu 8.4.2021]
- Lagus, K. H., Ruckenstein, M. S., Juvonen, A. & Rajani, C., 2018, Medicine Radar – a Tool for Exploring Online Health Discussions. In Proceedings of the Digital Humanities in the d Countries 3rd Conference. Mäkelä, E., Tolonen, M. & Tuominen, J. (eds.). Aachen: CEUR-WS.org, p. 460-468. (CEUR Workshop Proceedings; vol. 2084) Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/298783> [viitattu 10.3.2021].
- Lakso, M. & Komulainen, P. 2019. Suomi24-keskustelufoorumien kommentit kertovat masennuslääkkeiden arvaamattomuudesta. Helsingin yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www2.helsinki.fi/fi/uutiset/terveys/suomi24-keskustelufoorumien-komentit-kertovat-masennuslaakkeiden-arvaamattomuudesta> [viitattu 10.3.2021].
- Lampe, K. 2008. Internetin terveystiedon luotettavuus. *Aikakauskirja Duodecim*, 124. 2008;124(18):2077-83. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo97503> [viitattu 8.4.2021].
- Lastemme terveyden ja elämän puolesta. Lääkäreiden vetoamus lasten ja nuorten koronarokotusten estämiseksi. Pelastetaan Suomen lapset. Päivitetty 23.6.2021. Verkkodokumentti. Saatavissa: <https://pelastetaansuomenlapset.fi/> [viitattu 8.4.2021].

Lääketutka.fi. [www.laaketutka.fi](http://www.laaketutka.fi) [viitattu 10.3.2021].

Lääketutka-palvelu luotsaa suomalaisten kokemuksia lääkkeistä. 2017. STT 23.11.2017. Verkkosivu. Saatavissa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/laaketutka-palvelu-luotaa-suomalaisten-kokemuksia-laaikkeista?publisherId=3747&releaseId=64871549> [viitattu 10.3.2021]

Mannermaa, J. 2012. KHO eri mieltä psykiatrisesta pakkohoidosta kuin EIT. Uutinen. YLE 13.9.2012. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-6292972> [viitattu 8.5.2022].

Matikainen, J. & Huovila, J. 2017. Sosiaalinen media terveyden edistämässä. *Suomalainen lääkäri*, 10, 1003–1007. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/297786> [viitattu 9.5.2022].

Meer van der, M. 2012. Ulkopuolinen arvio tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseen. *Potilaan Lääkärilehti*. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/ulkopuolinen-arvio-tahdosta-riippumattoman-hoidon-jatkamiseen/> [viitattu 8.5.2022].

Masennustutkimus 2022. Mitä suomalaiset masennuspotilaat ja heidän omaisensa ajattelevat masennuksen hoidon nykytilasta? Mielenterveyden keskusliitto. Saatavissa: <https://www.mtkl.fi/uploads/2022/05/fbf8242e-masennustutkimus-2022-raportti.pdf> [viitattu 8.5.2022].

Netti on terveysviestinnän kipupiste. 2009. YLE 13.11.2009. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-5918925> [viitattu 8.4.2021].

Pink, S., Ruckenstein, M. S., Willim, R. & Duque, M. 2018. Broken data: Conceptualising data in an emerging world; *Big Data & Society* 5:1. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/2053951717753228> [viitattu 11.10.2021].

Poikola, A., Kuikkaniemi, K. & Kuittinen, O. 2014. My Data - johdatus ihmiskeskeiseen henkilötietojen hyödyntämiseen. Liikenne- ja viestintäministeriö. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-243-554-5> [viitattu 11.10.2021].

Pradhan, M. 2018. Adaptive Neural Network Classifier-Based Analysis of Big Data in Health Care. Julkaisussa: Thomas, C. (toim.) 2018. *Data Mining*. Saatavissa: <https://www.intechopen.com/books/6578> [viitattu 11.12.2021].

Redman, T. 2018. If your data is bad, your machine learning tools are useless. Artikkel. *Analytics And Data Science*. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2018/04/if-your-data-is-bad-your-machine-learning-tools-are-useless> [viitattu 11.12.2021].

Ruckenstein, M. 2019. Tracing medicinal agencies: Antidepressants and life-effects. *Social Science & Medicine*, 235. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112368> [viitattu 10.3.2021].

Räsänen, I., Hämäläinen, H. & Kalliola, M. 2020. Sitran kommentti STM:lle sosiaali- ja terveydenhuollon itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuurista. Hyvinvointidataa tulee voida hyödyntää joustavasti yli toimialojen ihmisten luvalla.

Lausunto 9.10.2020. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/artikkelit/sitran-kommentti-stmlle-sosiaali-ja-terveydenhuollon-itse-ja-omahoidon-kokonaisarkkitehtuurista/> [viitattu 8.4.2021].

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim s.a. Käypä hoito. Verkkosivu. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/kaypahoito/> [viitattu 8.5.2022].

Suomalaistutkimukset vahvistavat: Masennuspotilaiden hoito on tehotonta eikä vastaa Käypä hoito -suositusta. Itä-Suomen yliopisto 2022. Verkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.uef.fi/fi/artikkeli/suomalaistutkimukset-vahvistavat-masennuspotilaiden-hoito-on-tehotonta-eika-vastaa-kaypa-hoito> [viitattu 8.5.2022].

Taloustutkimus 2015. Miten suomalaiset hakevat terveystietoa verkosta? Terveystalo 18.3.2015. PDF-dokumentti. [viitattu 10.3.2021].

Toikka, A. 2021. Aihemallinnuksen ja klusterianalyysin yhdistäminen aineiston esikäsittelyn ja mallinnuksen valintojen tutkimiseksi. *Informaatiotutkimus*, 40, 142–162. Saatavissa: <https://journal.fi/inf/article/view/107879> [viitattu: 30.12.2021].

Torkkola, S. 2012. Kansa kaipaa some-lääkäreitä: Perinteinen terveystietäminen on aivan liian yksisuuntaista. Haastattelu. Kirsi Kallio, *Suomen Kuvalehti* 4.12.2012. Saatavissa: <https://suomenkuvalehti.fi/kotimaa/kansa-kaipaa-some-laakareita-perinteinen-terveysvalistus-on-aivan-liian-yksisuuntaista/?ref=top> [viitattu 15.1.2022].

Torkkola, S. 2016. Lääkeneuvoja sosiaalisesta mediasta. *Sic! Lääketietoa Fimeasta*, 1. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/130218> [viitattu 8.4.2021].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 20.5.2022].

Vaahensalo, E. 2018. Keskustelufoorumit mediainhokkeina – Suositut suomenkieliset keskustelufoorumit mediassa. *WiderScreen*, 3. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://widerscreen.fi/assets/Vaahensalo-3-2018.pdf> [viitattu 8.3.2021].

Valto, S. 2019. Onko lääketieteen asema murenemassa? Yle Areena. Radio-ohjelma. Päivitetty 15.1.2019. Saatavissa: <https://areena.yle.fi/audio/1-4609654> [viitattu 30.12.2021].

Vuokko, R., Penttinen, J., Siira, T. & Lundkvist, T. 2020. Itse- ja omahoidon kokonaisarkkitehtuuri. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Verkojulkaisu. Saatavissa: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/THLSOTEKAAOJULK> [viitattu 8.4.2021].

Ylisiurua, M. 2017. Aihemallinnuksen mahdollisuudet sosiaalisen median aiheistojen jäsentämisessä. Terveyskeskustelu Suomi24-verkkopalstalla. *Kultustutkimus. Nyt*, 11, 44–67. Verkkolehti. Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/305539> [viitattu: 18.12.2021].

Ylä-Anttila, T., Eranti, V. & Kukkonen, A. 2018. Aihemallinnuksesta kehysmallinnukseen. Artikkel. Poliittika: *Valtiotieteellisen yhdistyksen julkaisu*, 60, 148–156. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-2514751> [viitattu 2.1.2022].

Itse- ja omahoidon keskeisiä käsitteitä. Mukailten Vuokko 2020, 8-14.

Käsite	Kuvaus
Hyvinvointisovellus	Hyvinvointisovellus on sovellus, jolla henkilö voi tal- lentaa ja käsitellä hyvinvointitietojaan. Omatietovar- toon liitettävien hyvinvointisovellusten tulee täyttää kansalliset hyväksymiskriteerit ja läpäistä Kanta-pal- velujen hyväksymistestaus.
Hyvinvointi- tai ter- veystarkastus	Hyvinvointitarkastus tai terveystarkastus on sähköinen palvelu, jossa henkilö täyttää itsenäisesti hyvinvointi- aan tai terveyttään koskevan kyselyn ja saa anta- miensa vastausten perusteella automaattiseen päätte- lyyn perustuvan arvion hyvinvointinsa tai terveytensä nykytilasta ja siihen liittyvistä riskeistä. Palvelu kartoittaa kyselyyn vastaavan henkilön tervey- den, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tilannetta ja antaa palautteen elin- ja elämäntapojen vaikutuksesta hen- kilön hyvinvointiin sekä esimerkiksi riskiarvion, palve- luarvion, ehdotuksia elin- ja elämäntapamuutoksista, erilaisia arjenhallinnan työkaluja tai toimintaohjeita ja suosituksia.
Hyvinvointitieto	Hyvinvointitieto tarkoittaa tässä laajasti henkilön itse tuottamia terveyttä ja hyvinvointia koskevia tietoja, jotka voivat liittyä itse- tai omahoitoon. Hyvinvointitieto on henkilön itse tuottamaa tietoa, mitä voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveystalvissa.
Itsehoito	Itsehoito on henkilön oma-aloitteinen toiminta tervey- dentilansa ja hyvinvointinsa arvioimiseksi, edistä- miseksi ja ylläpitämiseksi. Itsehoitoon ei liity asiakas- tai hoitosuhdetta sosiaali- tai terveydenhuollon am- mattihenkilöön.
Itsehoitosuunni- telma	Itsehoitosuunnitelma on henkilön itsensä laatima suunnitelma henkilön oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja itsehoidon toteuttamiseksi. Suunni- telma voi sisältää esim. henkilön itselleen tunnistamat tavoitteet ja niihin liittyvää ohjeistusta tai neuvontaa.

(Luotettava) hyvinvointi- ja terveysinformaatio	<p>Luotettava hyvinvointi- ja terveysinformaatio on tutkimukseen tai näyttöön perustuvaa tietoa hyvinvoinnista, terveydestä ja terveyden- ja sairaudenhoidosta.</p> <p>Hyvinvointi- ja terveysinformaatio voi olla erilaisia asiakkaalle ja potilaalle annettavia suosituksia ja ohjeita, kuten potilasohje tai kotihoito-ohje.</p> <p>Hyvinvointi- ja terveysinformaatio on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja ohjaa samalla potilaan omahoitoa.</p> <p>Henkilö voi käyttää luotettava hyvinvointi- ja terveysinformaatiota myös itsehoidossa ilman hoitosuhdetta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöön.</p>
MyData	<p>MyDatalla (myös OmaData) tarkoitetaan yhtäältä ihmiskeskeisiä henkilötiedon hallinta- ja hyödyntämismalleja, joissa ihmisille annetaan oikeus omaan dataansa ja toisaalta tällaisten mallien mukaisesti hallintoitua henkilötietoa.</p> <p>MyData on henkilötiedon osajoukko. Kaikki MyData on henkilötietoa, mutta kaikki henkilötieto ei ole MyDataa.</p>
Sähköinen neuvontapalvelu	<p>Sähköinen neuvontapalvelu on asiointipalvelu, josta voi saada sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää yleistä tietoa ja neuvontaa tai palveluohjausta digitaalisessa muodossa.</p> <p>Yleinen tieto ja neuvonta voi koskea esim. toimijoiden tarjoamia sosiaali- ja terveyspalveluja, terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä tai henkilön oikeuksia saada erilaisia tukia ja etuuksia. Sähköisestä neuvontapalvelusta voi saada myös yleistä tietoa terveellisestä ravinnosta tai liikunnasta, eri sairauksista tai vaivoista ja niiden hoidosta sekä yksityisistä ja julkisen sektorin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluista.</p> <p>Sähköistä neuvontapalvelua voidaan toteuttaa anonyminä tai tunnistettuna palveluna. Vähintäänkin jälkimmäisessä henkilö asioi soteammattihenkilön kanssa.</p>
Oirearvio, sähköinen oirearviokysely	<p>Oirearvio on sähköinen palvelu, jossa henkilö täyttää itsenäisesti oireitaan koskevan kyselyn ja saa vastauksensa perusteella automaattiseen päättelyyn perustuvan tuloksen ja mahdolliset ohjeet jatkotoimenpiteistä.</p> <p>Oirearvion automaattisessa päättelyssä henkilön antamat tiedot yhdistetään ajantasaisimpaan käytettävissä olevaan terveystietoon.</p> <p>Oirearvion lopputuloksena henkilö saa itsehoito-ohjeita ja/tai palveluohjausta. Oirearviokyselyyn voi vastata kirjautumalla palveluun tai kirjautumatta, mikä vaikuttaa jatko-ohjeiden tarkkuustasoon. Kirjautunut käyttäjä voi myös edetä palvelusta esimerkiksi terveydenhuollon palveluntuottajan sähköiseen ajanvaraukseen.</p>

Sähköinen neuvontapalvelu	<p>Sähköinen neuvontapalvelu on asiointipalvelu, josta voi saada sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää yleistä tietoa ja neuvontaa tai palveluohjausta digitaalisessa muodossa.</p> <p>Yleinen tieto ja neuvonta voi koskea esim. toimijoiden tarjoamia sosiaali- ja terveyspalveluja, terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä tai henkilön oikeuksia saada erilaisia tukia ja etuuksia. Sähköisestä neuvontapalvelusta voi saada myös yleistä tietoa terveellisestä ravinnosta tai liikunnasta, eri sairauksista tai vaivoista ja niiden hoidosta sekä yksityisistä ja julkisen sektorin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluista.</p> <p>Sähköistä neuvontapalvelua voidaan toteuttaa anonyyminä tai tunnistettuna palveluna. Vähintäänkin jälkimmäisessä henkilö asioi soteammattihenkilön kanssa.</p>
Oirearvio, sähköinen oirearviokysely	<p>Oirearvio on sähköinen palvelu, jossa henkilö täyttää itsenäisesti oireitaan koskevan kyselyn ja saa vastauksensa perusteella automaattiseen päättelyyn perustuvan tuloksen ja mahdolliset ohjeet jatkotoimenpiteistä.</p> <p>Oirearvion automaattisessa päättelyssä henkilön antamat tiedot yhdistetään ajantasaisimpaan käytettävissä olevaan terveystietoon.</p> <p>Oirearvion lopputuloksena henkilö saa itsehoito-ohjeita ja/tai palveluohjausta. Oirearviokyselyyn voi vastata kirjautumalla palveluun tai kirjautumatta, mikä vaikuttaa jatko-ohjeiden tarkkuustasoon. Kirjautunut käyttäjä voi myös edetä palvelusta esimerkiksi terveydenhuollon palveluntuottajan sähköiseen ajanvaraukseen.</p>
Omahoito	<p>Omahoito on asiakkaan tai potilaan itsensä toteuttama, mutta sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelema, asiakkaan kulloiseenkin hoitotarpeeseen ja muutosmotivaatioon tai yksilöllisiin resursseihin parhaiten sopiva näyttöön perustuvaa hoitoa tai muutoin valittu hoitolinja esim. asiakkaan riskien arvioinnin perusteella.</p>
Omahoitopalvelu	<p>Omahoitopalvelu on sähköinen palvelu, jonka avulla henkilö voi itsenäisesti osallistua omahoidon toteuttamiseen, seurata terveydentilaansa tai hyvinvointiaan koskevia muutoksia ja riskejä sekä hallinnoida omaa terveyttään ja hyvinvointiaan koskevia tietoja.</p> <p>Palvelu voi sisältää mm. omien terveys- ja hyvinvointitietojen hallintaa, kuten paino, liikunta, kotimittaukset, tai päiväkirjatyyppistä seurantaa.</p>

Omaolo.fi -palvelu	<p>Omaolo.fi-palvelu on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen palvelu, joka sisältää mm. oirearvioita ja palveluarvioita, terveys- ja hyvinvointitarkastuksia sekä henkilön omia suunnitelmia ja hyvinvointivalmennusta ja joka on tarkoitettu yksittäisten henkilöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen yhdessä ammattihenkilöiden kanssa. Omaolo-palvelu voidaan integroida eri palvelunantajien järjestelmien ja muiden asiointipalvelujen kanssa. Palvelun yksilöllinen ohjaus perustuu Kustannus Oy Duodecimin toteuttamaan EBMEDS päätöksentukeen (lääkinnällinen laite), joka yhdistää useista lähteistä peräisin olevaan yleiseen lääketieteelliseen tietämykseen perustuvat säännöt yksittäisten potilaiden tai asiakkaiden rakenteisiin tietoihin. EBMEDS sisältää ydinkomponentit (päättelymoottori, tietokanta sekä integroitirajapinta) ja siihen voidaan liittää lisäkomponentteja (kuten Omaolossa käytettävät Duodecim Oirearviot).</p>
Omatietovaranto	<p>Omatietovaranto on Kanta-palvelujen Omakantaan liittyvä tietovaranto, jonne henkilö voi hyvinvointisovelluksilla tallentaa hyvinvointitietojaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantaja voi hyödyntää Omatietovarantoon tallennettuja hyvinvointitietoja henkilön suostumuksella. Hyvinvointitiedoilla tarkoitetaan henkilön terveyttä ja hyvinvointia koskevaa henkilötietoa, joka on henkilön tuottamaa ja hallinnoimaa ja joka ei sisälly asiakastietoihin. Hyvinvointitiedot voivat olla esimerkiksi henkilön tuottamia mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoja, jotka liittyvät suoraan tai välillisesti hänen hyvinvointiinsa ja hänen terveytensä edistämiseen.</p>
Päiväkirja, hoitopäiväkirja	<p>Hoitopäiväkirja on itse- ja omahoidon väline, jonka avulla henkilö voi kirjata seurantatietoa omasta terveydentilastaan ja hyvinvoinnistaan esim. toimintakyvystä ja pärjäämisestä arjen toiminnoissa.</p>
Terveys- ja hoitosuunnitelma	<p>Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen asiakirja, joka laaditaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan muun muassa potilaan kanssa yhdessä tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet sekä suunniteltu seuranta.</p> <p>Huom. Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan pitkäaikaissairaille tai monisairaille sekä asiakkaille, joilla on useita hoito- ja palvelukontakteja.</p> <p>Muutoin asiakkaille laaditaan yksittäisen hoidon tai palvelun suunnitelma.</p>

Terveyskylä-palvelu	Terveyskylä on sairaanhoitopiirien kehittämä sähköinen verkkopalvelu, joka koostuu kolmesta osiosta: avoin verkkopalvelu Terveyskylä.fi, ammattihenkilöille tarkoitettu TerveyskyläPRO-palvelu ja sähköisen asiointin mahdollistava Omapolku-palvelu, jossa digitaaliset hoitopolut mahdollistavat eri potilasryhmien sähköisen asiointin, potilaiden ohjauksen, kontaktointin hoitavaan yksikköön, etävastaanotot, oireseurannan jne.
---------------------	--

