

EEVA PYÖRÄLÄ

FT, dosentti
pedagoginen yliopistonlehtori
Helsingin yliopisto
Lääketieteellisen koulutuksen
tuki- ja kehittämissyksikkö
eeva.pyoralah@helsinki.fi

PÄIVI HIETANEN

LKT, dosentti
lääketieteellinen päätoimittaja
Suomen Lääkärilehti

Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä

- Vuorovaikutusopinnot ovat vakiintuneet osaksi lääkäreiden peruskoulutusta. Erikoistumis- ja täydennyskoulutukseen niitä ei kuitenkaan sisälly riittävästi.
- Vuorovaikutustaitojen oppimisessa käytetään menetelmiä, joissa keskeisiä ovat lääkärin omat kokemukset sekä niiden tietoinen pohdinta ja käsitteellistäminen, reflektio.
- Koulutuksessa käytettyjen eri menetelmien tehokkuudessa ei ole havaittu suuria eroja.
- Rakentava palaute on keskeistä vuorovaikutustaitojen ja ammatillisen kehittymisen kannalta.

Kirjallisuutta

- 1 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- 2 Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995;155:1877-84.
- 3 Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3:25-30.
- 4 Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
- 5 Silverman J, Kurtz SM, Draper J, Kurtz SM. Skills for communicating with patients. 2. painos ed. Oxford San Francisco: Radcliffe Publishing 2005.
- 6 Cole SA. Reducing malpractice risk through more effective communication. *Am J Manag Care* 1997;3:649-53.
- 7 Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual* 1999;14:153-9.
- 8 Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract* 2002;51:835-40.
- 9 Wissow LS. Communication and malpractice claims - where are we now? *Patient Educ Couns* 2004;52:3-5.
- 10 Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2007;13:732-6.
- 11 Pendleton D. The Consultation : an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press 1984.

Lääketieteellisen tiedon ja kliinisten taitojen hallitseminen on lääkärin työn onnistumisen edellytys. Se ei kuitenkaan riitä hyvään ammatitaitoon. Kyky haastatella potilasta, keskustella hänen terveydentilastaan ja hoitovaihtoehtoista, on tärkeä osa lääkärin arkista työtä. Yhteisymmärryksen saavuttamiseen tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutusopinnot ovat vakiintuneet osaksi lääkäreiden peruskoulutusta. Niiden tavoitteena on ammatillinen ja potilasta kunnioittava vuorovaikutus hoitotilanteissa.

Potilaan ja lääkärin välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys hoidon onnistumiselle ja potilaan sitoutumiselle omaan hoitoonsa. Potilaan lääkehoidon toteutuminen vaatii potilaan motivoimista ja hoidon mahdollisten sivouireiden selvittämistä. Potilas on oman elämänsä ja elämäntilanteensa paras asiantuntija. Vain keskustelemalla lääkäri saa selville, miten potilas noudattaa hoito-ohjeita omassa arkipäivässään ja millainen hoito hänelle on mahdollista.

Vuorovaikutus on myös osa hoitoa. Potilas jaksaa elää paremmin vaikean sairauden kanssa, jos lääkäri onnistuu rakentamaan juuri hänelle sopivan hoidon ja etsii hänen kanssaan keinoja selvittää arjessa. Toimiva vuorovaikutus on luottamuksellisen hoitosuhteen perusta. Se auttaa potilasta osallistumaan päätöksiin, vähentää sairastumiseen liittyvää psyykkistä kuormitusta ja edistää potilaan paranemista (1,2,3,4).

Keskustelu sairastamiseen liittyvistä tunteista ja odotuksista huojentaa potilaan ahdistusta ja antaa hänelle toivoa. Lääkärin ja potilaan kohtaamiseen liittyy aina myös kaikuja varhaisista suhteista auktoriteetteihin, kuten

omiin vanhempiin. Tästä syystä lääkärin katseella, eleillä, sanomisilla tai sanomatta jättämisillä on potilaalle suuri merkitys. Kannustus ja tuki tai sen puute vaikuttavat sekä potilaan kokemukseen että hänen terveyskäyttäytymiseensä. Huonot kohtaamiset jäävät voimakkaasti potilaiden mieleen ja vaativat korjaantukseen lukuisia hyviä.

Toimiva vuorovaikutus lääkärin kanssa lisää potilaan tyytyväisyyttä. Toisaalta juuri vuorovaikutuksen epäonnistuminen on keskeinen syy potilaiden ja omaisten valituksiin. Lääkäri tekee urallaan väistämättä hoitovirheitä, mutta jos lääkärin ja potilaan välinen suhde on hyvä, asia on mahdollista ottaa nopeasti puheeksi ja sopia. Avoin keskustelu ja pahoittelu riittävät usein, ja potilaan luottamus lääkäriin säilyy. Tapahtuneiden hoitovirheiden salaaminen ja potilaan kohtaamisen viivyttäminen sen sijaan johtavat usein pitkiin valitusprosesseihin (5-10).

Vuorovaikutustaitojen oppimisesta

Ajatus siitä, että lääkärin vuorovaikutustaitoja voi oppia ja opettaa, virisi nopeasti lääketieteessä 1980- ja 1990-luvuilla (11,12,13,14). Aiemmin oli luotettu mallioppimiseen. Sen mukaan opiskelijat seuraavat kokeneiden kollegojen työskentelyä ja omaksuvat siitä vuorovaikutuskäytäntöjä. Hyvät esikuvat ovat edelleenkin opiskelijoille tärkeitä, mutta niiden varaan ei voi rakentaa nykyisin edellytettävää osaamista. Roolimallit voivat olla myös ristiriitaisia ja ongelmallisia. Täten vuorovaikutustaitojen oppimista varten on kehitetty systemaattiset opinnot.

Ammatilliset vuorovaikutustaidot ovat keskeinen osa lääkärin perustutkinnon osaamistavoitteita useimmissa maissa (15-20). Suomes-

VERTAISARVIOITU



- 12 Tate P. The doctor's communication handbook. 2. painos. New York: Radcliffe Medical Press 1997.
- 13 Roter DL, Hall JA. Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors. Westport, CT: Auburn House 1992.
- 14 Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine – A Review with Quality Grading of Articles. Med Teach 1999;21:563–70.
- 15 General Medical Council. Tomorrow's Doctors. 2009. http://www.gmc-uk.org/education/documents/GMC_TD_2009.pdf [siteerattu 10.6.2009].
- 16 Scottish Deans' Medical Curriculum Group. The Scottish doctor – learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland. 3. painos. 2007. <http://www.scottishdoctor.org/> [siteerattu 31.12., 2009].
- 17 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS Physician Competency Framework. 2005. <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>. [siteerattu 31.12.2009].
- 18 The Tuning Project (Medicine). Learning Outcomes/Competences for Undergraduate Medical Education in Europe. 2005. <http://www.tuning-medicine.com/index.asp> [siteerattu 31.12.2009].
- 19 van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs E, Lulofs, R, van Thiel J, Rethans JJ, Scherpier AJJA, van der Vleuten CPM. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. Med Teach 2001;23:245–51.
- 20 Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. Med. Teach 2010; 32:385–91.
- 21 Harden RM. Twelve Tips on Teaching and Learning How To Break Bad News. Med Teach 1996;18:275–8.
- 22 Byrne PS, Long BEL. Doctors Talking to Patients: a study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation. London: HMSO 1976.
- 23 Peräkylä A. Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care. Soc Psych Quart 1998; 6:301–20.
- 24 Sorjonen M, Peräkylä A, Eskola K, toim. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino 2001.
- 25 Ruusuvaari J, Peräkylä A, Rævaara L. Potilas vaivansa tulkina, ymmärtääkö lääkäri yskän? Suomen Lääkärilehti 2003;58:4219–25.
- 26 Engeström R, Ruusuvaari J. Puhe lääkärin työvälineenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. Duodecim 2003;119:303–11.
- 27 Heritage J, Maynard DW editors. Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients. Studies in interactional sociolinguistics 20:2006. Cambridge: Cambridge University Press 2006.
- 28 Collins S, Britten N, Ruusuvaari J, Thompson A (editors). Patient Participation in Health Care Consultations: Qualitative Perspectives. Maidenhead: Open

sa ne ovat vakiintuneet osaksi kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien perusopetusta. Opinnot etenevät potilashaastattelun perusteista haasteellisempiin aiheisiin, jolloin aiemmin opittu syvenee ja liittyy muuhun opittuun. Kliinisessä vaiheessa opiskelijat harjoittelevat mm. vaikeiden diagnoosien kertomista ja niistä keskustelemista (21).

Koulutus pohjautuu tutkimuksiin, joissa on analysoitu vastaanoton rakentumista, vuorovaikutusta sen eri vaiheissa ja potilaan osallistumista vastaanoton kulkuun (22–28). Varhaisissa tutkimuksissa havaittiin selviä ongelmia, kuten että lääkäri keskeytti potilaan ja puhui tämän puheen päälle (29,30). Koulutuksessa alettiinkin kiinnittää huomiota siihen, että potilas saa kertoa vaivansa ja oireensa vastaanoton alussa. Potilaat esittävät myös kysymyksiä hoidosta, joihin lääkärin tulisi potilaslain mukaan etsiä ratkaisuja yhteisymmärryksessä keskustellen. Tällöin on tärkeää, että lääkäri esittää selkeän tulkinnan oireista ja jatkohoidoista ja kysyy potilaan mielipidettä eri vaihtoehdoista. Yhteenveto vastaanoton lopussa auttaa potilasta saamaan kokonaiskuvan hoidosta ja sen jatkumisesta.

Vuorovaikutusopetuksen tavoitteena on myös oppia refleктоimaan, tietoisesti pohtimaan ja käsitteellistämään omia tunteitaan potilastyössä (31,32). Niiden tunnistaminen helpottaa toimimista ammatillisesti vaativissa tilanteissa. Esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohtaaminen voi herättää itsessä pelkoa tai vihamielisiä tunteita. Omien tunteiden havaitseminen auttaa käyttäytymään siten, ettei tilanne kärjisty. Asiallinen, kohtelias ja provosoitumaton käytös rauhoittaa usein potilaan. Lääkärinä miellyttämään pyrkivä ja manipuloiva käytös herättää sekin lääkärissä tunteita. Tunteiden tunnistaminen tukee ammatillisten rajojen säilyttämistä.

Oppimisen menetelmiä

Vuorovaikutustaitojen oppimisessa käytetään ensisijaisesti menetelmiä, joissa keskeistä on kokemus sekä sen reflektio (33,31,32). Opiskelijat voivat harjoitella vuorovaikutusta aidon kaltaisissa tai aidoissa potilastilanteissa. He oppivat myös pohtimaan ja arvioimaan omaa toimintaansa ja saavat palautetta opiskelijatovereiltaan, opettajalta ja mahdollisesti myös potilaalta.

Lääketieteen opintoihin kuuluu nykyisin jo varhain potilaskontakteja perusterveydenhuollossa ja kokemusten käsittelyä pienryhmässä kokeneen kollegan johdolla (34). Vuorovaikutusopinnoissa on yleistynyt myös roolipelien ja ns. simuloitujen potilaiden käyttäminen (33–37). Roolipeleissä opiskelijat asettuvat lääkärin roolin lisäksi vuorollaan myös potilaan rooliin. Simulaatioissa potilasrooleissa esiintyy ammattinäyttelijä, joka antaa opiskelijalle palautetta potilaan näkökulmasta (36). Osa harjoituksista videoidaan ja videota käytetään palautekeskustelussa. Videon avulla voidaan käsitellä sanattoman vuorovaikutuksen merkitystä potilaan kohtaamisessa (38). Opinnoissa voidaan soveltaa myös monia draamapedagogiikan menetelmiä (39,40).

Eri oppimismenetelmien tehokkuudessa ei ole havaittu suuria eroja. Sekä simuloitua potilaat että roolipelit ovat toimivia keinoja (42,43,44). Opiskelijat pitävät erityisesti simuloituista potilaista, mutta osa jännittää niitä kovasti. Roolipeleissä kritisoidaan sitä, että on vaikea ottaa kurssikaveria tosissaan potilaan roolissa. Toisaalta roolipelien rentoa ja kannustavaa tunnelmaa keuhataan (44,45). Roolipelin ja simulaation yhdistelmä, jossa ennen simulaatiota on mini-roolipeli opiskelutovereiden kesken, on toimiva malli. Se vähentää opiskelijoiden jännitystä ja auttaa oppimaan asteittain (45). Tärkeintä on, että opiskelijat voivat harjoitella riittävästi ja saavat rakentavaa palautetta, jonka avulla he voivat kehittyä.

Vuorovaikutustaitojen arviointi

Vuorovaikutustaidot ovat laaja kokonaisuus, jossa lääkärin tiedot, taidot ja asenteet yhdistyvät. Niiden arviointiin on kehitetty erilaisia menetelmiä (33,46–49). Nykyisessä lääkärinkoulutuksessa vuorovaikutustaitoja arvioidaan sekä rakentavan palautteen avulla että numeerisesti osana loppuarviointeja. Tämä motivoi opiskelijoita ottamaan opinnot vakavasti. Opettajat, opiskelutoverit ja potilasta esittävät näyttelijät antavat palautetta tuomalla esiin konkreettisia havaintoja sekä vuorovaikutuksen vahvuuksista että keinoista sen parantamiseksi. Lopputenteissa näyttelijä esittää potilasta ja vuorovaikutus arvioidaan tarkistuslistalla sekä yleisarvosanalla (33).

Myös ammatissa toimivien lääkärin vuorovaikutustaitojen arviointiin on kehitetty käy-

- University Press 2007.
- 29 Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6.
- 30 Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283-7.
- 31 Pyörälä E. Reflektiivinen toimintatapa palautekeskustelussa – haaste lääkäreiden vuorovaikutuskoulutukselle. *Pedaforum* 2006;30-2.
- 32 Boud D, Keogh R, Walter D, toim. *Reflection. Turning experience into learning*. London: Kogan Page 1985.
- 33 Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2. Painos. Abingdon: Radcliffe 2005.
- 34 Vainiomäki P. Kasvamassa lääkäriksi: tutkimus juonneopetuksen suunnittelusta, toteutumisesta ja vaikutuksista Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa vuosina 1989-1993. Turun yliopisto 1995.
- 35 Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns* 2007;67:13-20.
- 36 Cleland JA, Abe K, Reithans JJ. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach* 2009;31:477-86.
- 37 Benbassat J, Baumal R. A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Educ Couns* 2002;46:147-52.
- 38 Roter DL, Larson S, Shinitzky H ym. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ* 2004;38:145-57.
- 39 Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. Teaching Interpersonal Communication Competence to Medical Students through Theatre in Education. *Communication Teach* 2010; 24:211-4.
- 40 Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. Finnish medical students' perceptions of Theatre in Education method in learning interpersonal communication competence. *Med Teach* 2010;32:346-9.
- 41 Lane C, Hood K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Med Educ* 2008;42:637-44.
- 42 Rees C, Sheard CE, McPherson AC. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Med Teach* 2002;24:289-93.
- 43 Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004;54:119-21.
- 44 Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods. *Health Education, Painos*.
- 45 Pyörälä E. Going retro in communication skills studies: reintroducing role-plays in a new and playful way. Poster presented at AMEE 2010 conference, Glasgow 2010.

täntöjä. Niissä käytetään portfolioita, vastaanottojen videoiteja, vertaisarviointeja, ulko- ja sisäisiä arvioijia ja simulaatioita (50,51,52). Portfolio on lääkärin kokoelma näytteitä ja pohdintoja hänen omasta osaamisestaan ja asiantuntijuudestaan. Sen tarkoituksena on osoittaa monipuolisesti, tarkoituksenmukaisesti ja edustavasti hänen osaamisensa ja saavutuksensa. Portfolio edistää lääkärin itsereflektiokykyä ja auttaa häntä seuraamaan omaa kehitysprosessiaan. Menetelmää käytetään yleisesti Britanniassa ja Hollannissa.

Britanniassa potilasvastaanottoja myös videoidaan ja arvioidaan yleislääkärikoulutuksessa. Simuloituja potilaita käytetään laajasti Yhdysvalloissa (50). Paljon huomiota ovat saaneet ns. 360 asteen arvioinnit, joissa palautetta kerätään kollegojen lisäksi muilta työntekijöiltä ja potilailta. Toimintaan tällainen arviointi vaatii koko työyhteisön hyväksynnän ja johdon tuen (52).

Nuori lääkärisukupolvi on tottunut saamaan palautetta omasta toiminnastaan opettajiltaan, opiskelutovereiltaan ja näyttelijäpotilailta. Terveystieteiden huollossa kerätään nykyisin monenlaisia palautetta potilailta. Palautteen rakentava käyttö vuorovaikutustaitojen kehittämisessä läpi ammattiuran on haaste nykypäivän lääkäreille ja terveydenhuollon työyhteisöille. Hyvästä toiminnasta on tärkeä antaa työntekijöille positiivista palautetta. Potilaspalautteesta ilmenneeseen huonoon vuorovaikutukseen tulee puuttua ennen kuin se johtaa uuvuttaviin valituskierroksiin.

Ammatissa toimivien lääkärin koulutus

Suomessa vuorovaikutuskoulutus ei ole vielä vakiintunut osaksi lääkäreiden erikoistumis- ja täydennyskoulutusta. Alan pioneereja ovat olleet yleislääketiede ja onkologia (53,54,55). Syöpälääkäreillä oli yhdessä potilasyhdistyksen kanssa kunnianhimoinen projekti, jonka tarkoituksena oli kouluttaa alalle vuorovaikutuskouluttajia (56). Monet syöpälääkärit ovat myös oma-aloitteisesti järjestäneet lyhyitä koulutustilaisuuksia työyhteisöissään. Lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksen piiriin voidaan lukea myös ns. Balint-ryhmät (57), joissa lääkärit käsittelevät potilastilanteitaan ja niiden herättämiä tunteita vertaisryhmässä kokeneen työnohjaajan johdolla.

Ammatissa toimivien lääkäreiden koulutuksessa voidaan hyödyntää lääkäreiden omia kokemuksia haasteellisista potilastilanteista. Harjoitus voidaan rakentaa esimerkiksi niin sanottuna käänteisenä roolipelinä, jossa haasteellisen potilastilanteen kokenut lääkäri esittää itse ”vaikeaa” potilasta tai omaista. Toinen koulutukseen osallistuva lääkäri näyttää lääkärinä (33). On helpottavaa kokea, että muillakin on ollut vastaavia hankalia tilanteita, ja että yhdessä pohtimalla voidaan etsiä erilaisia ratkaisuja. Potilaan rooliin meneminen ja tilanteen hahmottaminen potilaan näkökulmasta on tärkeä ja vapauttava oppimiskokemus.

Joissain maissa erikoistumiskoulutukseen on liitetty vuorovaikutusaiheita. Tanskassa syöpätauteihin erikoistumiseen kuuluu osallistuminen vuorovaikutuskoulutukseen. Pohjoismaiden palliativisen hoidon erityispätevyys sisältää opetusta, jossa paneudutaan kärsimyksen kohtaamiseen ja vaikeisiin oireisiin liittyviin kysymyksiin. Monella erikoisalalla olisi perusteltua harjoitella juuri sillä alalla vastaantulevia vaikeita tilanteita.

Kehitys ammattivuosisien myötä

Perinteisesti lääkärin vuorovaikutustaitojen on katsottu kehittyvän luontaisesti potilastyössä. Tutkimustietoa tästä ei kuitenkaan ole. Kaikkien lääkäreiden vuorovaikutustaidot eivät ole hyvät, eivätkä ne itsestään kehity. Taipumus toimia totutulla, potilaan kannalta epätydyttävällä tavalla, on suuri.

Lääketieteen opintojen alussa opiskelijat eläytyvät usein syvästi potilaiden tilanteisiin, mutta herkkyys vähenee opintojen loppua kohden. Tutkimukset kertovat kynnisyden ja stressin lisääntymisestä (58,59). Jatkuva kärsimyksen kohtaaminen, kiire ja muut työelämän realiteetit voivat synnyttää rutiinia, jossa on vähän sijaa empatialle. Tähän on pyritty puuttumaan lääkäriksi kasvamisen kursseilla, joissa käsitellään humanistisen lääketieteen näkökulmia, lääkärin jaksamista ja haasteellisia tilanteita lääkärin työssä. Kurssien tavoitteena on edistää humanistisen lääketieteen käytäntöä (60).

Hyvät vuorovaikutustaidot pysyvät parhaiten yllä ja kehittyvät, jos koulutukseen voi osallistua uudelleen työelämän eri vaiheissa (61,62). Esimerkiksi roolipelin avulla voidaan käsitellä osallistujien haastavia potilastilanteita raken-

- 46 Humphris GM, Kaney S. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Med Educ* 2001;35:225-31.
- 47 Cooper C, Mira M. Who should assess medical students' communication skills: their academic teachers or their patients? *Med Educ* 1998;32:419-421.
- 48 Bokken L, Linszen T, Scherpbier A, van der Vleuten C, Rethans J. Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature. *Med Educ* 2009;43:202-10.
- 49 Rees C, Sheard C, McPherson A. Communication skills assessment: the perceptions of medical students at the University of Nottingham. *Med Educ* 2002;36:868-78.
- 50 Finlay IG, Stott NCH, Kinnerley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: A comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Med Educ* 1995;29:424-9.
- 51 Overeem K, Faber MJ, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KM, Woltersheim HC, et al. Doctor performance assessment in daily practise: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ* 2007;41:1039-49.
- 52 Overeem K, Woltersheim H, Driessen E, Lombarts K, van de Ven G, Grol R, et al. Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Med Educ* 2009;43:874-82.
- 53 Hietanen P. Haaste hoitaville henkilöille – kokemuksia syövästä. Suomen Lääkärilehti 1996;51:1941-5.
- 54 Viren M. Vuorovaikutus - merkityksellinen väline syöpöpotilaan hoidossa. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistyksen Jäsenlehti 1997;8-10.
- 55 Faulkner A, Maguire P. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpöpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Helsinki: Duodecim 1999.
- 56 Peura A. Vuorovaikutusta voi oppia! reflektiivinen toimintatapa lääkäreiden kouluttajakoulutuksen tavoitteena. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja M 2001.
- 57 Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman 1957.
- 58 Newton BW, Savidge MA, Barber L ym. Differences in medical students' empathy. *Acad Med* 2000;75:1215.
- 59 Hojat M, Connella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2002;36:522-7.
- 60 Shapiro J, Rucker L, Robitsek D. Teaching the art of doctoring: an innovative medical student elective. *Med Teach* 2006;28:30-5.
- 61 Razavi D, Merckaert I, Marchal S ym. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003;21:3141-9.

tavalla tavalla ja etsiä uusia ratkaisumalleja. Samalla osallistujille tarjoutuu tilaisuus jakaa vaikeita kokemuksia kollegojen kanssa. Se vähentää loppuun palamisen vaaraa. Ammatissa jaksamista edistää myös lääkärin onnistuneesta vuorovaikutusta saama palaute.

Työpaikan johdon arvot vaikuttavat oleellisesti siihen, miten potilaan näkökulma tulee hoidossa huomioiduksi. Potilaskeskeinen palvelukulttuuri onnistuu siellä, missä se nähdään ensisijaisena tavoitteena. Potilaita arvostavalla ilmapiirillä on taipumus muokata uusienkin työntekijöiden vuorovaikutustapoja myönteiseen suuntaan.

Uusia haasteita vuorovaikutukselle

Hoitopäätöksiin osallistuvat potilaat

Potilaiden aktiivinen rooli vastaanotolla ja tiedonhaku muista lähteistä asettavat lääkärille uusia haasteita. Yhä useammat potilaat toivovat saavansa osallistua hoitoratkaisuihin (28,63). Esimerkiksi eturauhassyöpöpotilaat saattavat valita itse hoitonsa esitetyistä vaihtoehtoista. Sairauden toteaminen aiheuttaa kuitenkin ahdistusta, mikä vaikeuttaa informaation vastaanottamista ja rationaalista päätöksentekoa. Lääkärin tulisi tässä tilanteessa kyetä kertomaan tarjolla olevien vaihtoehtojen todennäköiset hyödyt ja haitat, mutta myös paneutumaan potilaan elämäntilanteeseen ja hänen arvomaailmaansa. Osa potilaista pitää päätöksentekoa kuitenkin liian rasakkaana. Vaikkei potilas haluaisi osallistua päätökseen, hän arvostaa sitä, että lääkäri kertoo vaihtoehtoista.

Monissa maissa vaaditaan tärkeitä hoitoratkaisuja tehtäessä potilaan kirjallinen tai asiakirjoihin kirjattava suullinen suostumus. Suomessa nuori lääkärisukupolvi opettelee koulutuksessa kysymään potilaalta hänen kantaansa hoitolinjauksiin. Tärkeitä ratkaisuja koskeva suullinen hyväksyntä kirjataan sairauskertomukseen.

”Nettipotilaat”

Tietoverkko tuo potilaille yhä enemmän mahdollisuuksia osallistua terveyttä ja sairautta koskevaan päätöksentekoon. Potilaat tietävät omista sairauksistaan ja niiden hoidosta ja keskustelevat niistä yhdessä verkkofoorumilla. Lääkärin ei kannata pelätä eikä mitätöidä

”nettipotilaita”, sillä he ovat terveydestään kiinnostuneita ja usein hyviä yhteistyökumppaneita. Avoin vuorovaikutus potilaan kanssa edistää yhteisymmärryksen saavuttamista ja potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa (28).

Potilaan tiedonhankinta voi palvella montaa tarkoitusta. Usein hän yrittää sen avulla vähentää sairauden aiheuttamaa ahdistusta. Tieto lisää hallinnan tunnetta. Kun lääkäri ei loukkaannu potilaan omista ehdotuksista, vaan tutkii niitä potilaan kanssa, päästään usein hyvän yhteistyön alkuun. Se voi mahdollistaa myöhemmässä vaiheessa myös sairauden aiheuttamista tunteista puhumisen.

Potilaan tieto on sirpaleista ja hän tarvitsee lääkärin sen tulkiksi. Jos potilas tietää yksityiskohdista enemmän kuin lääkäri, kannattaa sekin tunnustaa ja etsiä yhdessä vastauksia potilaan kysymyksiin. Lääkäri tuntee joka tapauksessa luotettavat asiantuntijat, tutkitun tiedon lähteet ja terveydenhuollon toiminnan.

Monikulttuuriset potilaat

Sairaus- ja terveystieteet ovat voimakkaasti kulttuuriin sidottuja. Nyky-Suomessa lääkäri kohtaa potilastyössä eri kulttuurien edustajia, joiden käsitys sairauksista, oireista ja hoidoista saattaa olla hyvin erilainen kuin lääkärin. Hoitotilanteissa saattaa puuttua yhteinen kieli. Yhteisymmärryksen saavuttaminen ja potilaan omahoidon tukeminen on tällöin tavallista vaativampaa (64).

Vuorovaikutus eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa on haaste koulutukselle. Lääkäreille on alettu järjestää heidän kohtaamistaan koskevaa opetusta sekä perusopinnoissa että täydennyskoulutuksessa. Tarvetta koulutukseen on erityisesti paikkakunnilla, joissa kulttuurien kirjo on suuri.

Lopuksi

Vuorovaikutusopinnot ovat vakiintuneet osaksi lääkäreiden peruskoulutusta. Koulutuksen tulee seurata aikaansa ja käsitellä uusia aiheita ja näkökulmia. Potilaiden ja heidän omaistensa entistä aktiivisempi rooli vastaanotolla on tärkeä ottaa huomioon uutta lääkärisukupolvea koulutettaessa.

Jatko- ja täydennyskoulutuksessa vuorovaikutustaitojen kehittäminen on jäänyt liian vähälle huomiolle. Koulutustarjontaa valmiille lääkäreille on syytä lisätä. Niillä aloilla, joiden

- 62 Merckaert I, Libert Y, Razavi D. Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Curr Opin Oncol* 2005;17:319–30.
- 63 Potter S, McKinlay J. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Soc Sci & Med* 2005;61:465–79.
- 64 Oroza V. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 2007;123:441–7.

Sidonnaisuudet

Eeva Pyörälä: Ei ilmoitettuja sidonnaisuuksia.
Päivi Hietanen on luennoinut Helsingin yliopiston, Novartis'n, Pohjoismaisen syöpäunionin ym. kolmannen sektorin järjestöjen koulutustilaisuuksissa.
Hän toimii Suomen Lääkärilehden lääketieteellisenä päätoimittajana. Artikkelin toimitusprosessista on vastannut Lääkärilehden vastaava päätoimittaja Hannu Ollikainen.

osaamistavoitteisiin on kirjattu hyvä vuorovaikutus potilaan ja potilaan läheisten kanssa, tulisi näiden taitojen oppimisen kuulua koulutusvaatimuksiin. Vuorovaikutustaidot tulisi arvioida koulutuksen päätteeksi esimerkiksi portfolion ja potilastenttien avulla.

Haastavissa potilastilanteissa kaikkien lääkäreiden vuorovaikutustaidot ovat kovilla. Yhteinen vaikeiden tilanteiden harjoittelu, rakentava palaute omasta toiminnasta sekä vertaisten ja kouluttajien kanssa käydyt keskustelut

ovat monille lääkäreille antoisa ja vapauttava kokemus. Koulutuksen avulla lääkäri oppii myös tunnistamaan omia tunteitaan ja puhumaan niistä, mikä auttaa häntä jaksamaan potilastyössä.

Voit pohtia omia vuorovaikutustaitojasi lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liiteaineistona 1 olevan esimerkkitapauksen avulla (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 6/2011). Aiheen toivotaan herättävän myös keskustelua. ■

ENGLISH SUMMARY

Communication skills as a part of doctors' professional development

Communication with patients forms a central part of a medical doctor's everyday clinical practice. Good communication skills produce more effective consultations for both doctors and patients. Communication in medicine needs to be taught and learned with the same rigor as other core clinical skills. Well-functioning communication with the doctor helps the patient to cope with the symptoms, to consent to treatment and to exercise self-care. Poor communication is the most common cause of complaints and the major factor in medicolegal cases. Effective communication reduces the risk of malpractice and consequently of malpractice claims.

In the traditional medical curricula communication skills were assumed to be learned by observing older colleagues. Curriculum reforms in the 1980s and 1990s brought up the idea that effective communication skills needed to be taught and learned. During the last 30 years medical schools throughout the world have started communication skills studies. Experiential learning methods, such as role-plays, simulations and video-recordings are commonly used in communications skills studies in addition to practising communication with real patients. The future doctors' communication skills are assessed in constructive feedback discussions where they get feedback from their peers, teachers and simulated patients. At the end of their studies their communication skills also form part of the overall assessment.

There are effective ways of enhancing practising doctors' communication skills. Challenging situations with patients can be shared and collaboratively and fruitfully processed in communication skills training in order to find new perspectives and possible solutions together. However, communication skills training does not currently form an essential part of Finnish doctors' longitudinal professional development. Doctors in Finland have few possibilities for continuing their communication skills training in their specialist training and in their working lives. General practitioners and oncologists, however, have been active in organising communication skills courses for their own colleagues. Assessment is an essential part of a learning process. There are various methods for evaluating a practising doctor's communication skills, such as portfolios, peer assessment, video observation, simulated patients and so-called 360-degree assessment. These always need to be combined with constructive feedback and reflection on how to improve.

New themes, such as 'patients as customers', 'patients looking for information in the Internet' and 'multicultural patient encounters', are challenges for communication skills studies and for the medical profession. Doctors' communication skills require continuous development as the doctor's work, health-care environment and the world of medicine are constantly changing.

LIITEAINEISTO

www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 6/2011

EEVA PYÖRÄLÄ

PhD, Senior Lecturer in University Pedagogy
Research & Development Unit for Medical Education
University of Helsinki
eeva.pyoralahelsinki.fi

PÄIVI HIETANEN

LIITEAINEISTO

Riittävätkö vuorovaikutustaitosi päivystyksen potilasruuhkassa? Miten menettelisit esimerkkitapauksessa.

Olet nuori lääkäri sairaalan ruuhkaisessa päivystyksessä. Potilaaksesi tulee kotona kaatunut hauras vanha rouva. Saattajana on hänen huolestunut tyttärensä, joka vaatii, että äiti otetaan sairaalan vuodeosastolle, sillä hän ei selviä enää kotona. Tutkit potilaan ja toteat, että hänellä on vain mustelmia, mutta tila ei vaadi sairaalahoitoa. Sairaala on täynnä, joten kotiutat potilaan. Omainen uhkaa tehdä sinusta valituksen. Hoitaja on juuri kertonut sinulle, että kymmenen potilasta odottaa tutkimusta. Miten toimit?