

Vastine edelliseen

Maria Hagnäs ym. esittävät Duodecim-lehdessä 8/2017 julkaistuun katsausartikkeliimme tärkeitä kommentteja ja hyvän keskustelunavauksen. Lääkäripotilasvuorovaikutuksen määritelmien kirjo on laaja (1), ja potilaan paranemista edistävän vuorovaikutuksen näkökulma vaikuttaa olevan vähemmän tutkittu potilas-lääkärisuhteen osa-alue kuin potilaan subjektiiviseen kokemukseen perustuva tarkastelu. Sen vuoksi keskustelu on terveelluttä.

Hagnäs ym. toteavat vastineessaan viestinnän tärkeyden. Artikkelissamme esitimme, että viestinnän laadun arviointiin on lukuisia vaihtoehtoisia kriteerejä (2). Sen vuoksi laadun arvioimiseksi tulee tiedostaa, mikä on viestinnän tavoite ja minkä kriteerin kannalta sitä arvioidaan. Lääkärin perustehtävä on sairauden hoito ja potilaan paranemisen edistäminen (3). Viestinnän tulee tukea tätä perustehtävää, siksi viestinnän arvioinnin ensisijainen näkökulma tulee olla viestinnän hoitava vaikutus. Muilla näkökulmilla voidaan katsoa olevan siihen nähden välinearvo. Potilaan subjektiivinen kokemus laadun mittarina kertoo yhdestä laadun ulottuvuudesta. Emme missään nimessä tarkoita, että subjektiivisellä kokemuksella laadun kriteerinä ei olisi merkitystä, kuten kirjojen kirjoittajat ehkä ymmärsivät meidän tarkoittaneen.

Vastineessa kuvataan yhteistoiminnallisuuden rakentumista potilas-lääkärisuhteessa. Olemme samaa mieltä näkökulmasta ja tavoitteesta. Yhteisen ymmärryksen rakentaminen on oikea tavoite, ja ihannetapauksissa syntyy kirjoituksessa kuvattu potilas-lääkäri-

vuorovaikutussuhde. Aina sellaiseen ei ole aikaa ja mahdollisuutta. Artikkelissamme esitetty lähestymistapa on käytännöllinen: on hyödyllistä edistää suhdetta kuvatulnlaiseen suuntaan silloin, kun aika ja resurssit eivät riitä enempään. Koska lääkärin käytettävissä oleva aika ja mahdollisuus (tai halu) syventyä vuorovaikutussuhteen rakentamiseen eivät aina riitä, tarvitaan helposti toiminnallistettavissa oleva toimintatapa, jolla lääkäri auttaa potilasta arvioimaan vaivan ja sen hoidon merkitystä omassa elämässä. Kaksi kysymystä lääkärin aktiivisessa työkalupakissa on vaikuttavampi kuin käyttämättä jätetty laajempi keskusteluprosessin malli.

Toisin kuin vastineessa esitettiin, emme rajaa artikkelissamme potilas-lääkärisuhdetta puhtaaksi viestintäsuhteeksi. Lähtökohtana kunnioitamme lääkärin ammattitaitoa tärkeimpänä hoidon laatutekijänä. Viestintäsuhdetta tarkastelemme yhtenä merkityksellisenä osa-alueena potilas-lääkärisuhteessa (4).

Vuorovaikutusopetukseen on kiinnitetty lääketieteen opetuksessa yhä enemmän huomiota, ja kehitys on siinä suhteessa hyvä, kuten kirjoittajien maininta Oulun yliopistosta vahvistaa. On kuitenkin aihetta kysyä, kuinka hyvin sittenkin edelleen vähäinen opetuksen määrä tiedekunnissamme kattaa viestinnän eri osa-alueet, kuten potilastyytyväisyyden, tiedon välityksen, lääkärin oman työssä jaksamisen, luottamuksellisen suhteen rakentamisen, potilaan voimauttamisen ja potilaan kuntoutumisen edistämisen. Viitauksemme opintovaatimuksiin koskee lääketieteen kandidaatin pakollisia vuorovaikutusopinto-

ja. Vapaaehtoisuus merkitsee sitä, että viestintään perehtyminen riippuu opiskelijan mielenkiinnosta. Jos tunnustetaan, että viestintä on tärkeä lääkärin työväline, sen osa-alueiden systemaattisen koulutuksen tulisi olla osa jokaisen lääkärin koulutusta peruskoulutuksesta erikoistumiseen ja jatkuvaan ammattitaidon kehittämiseen.

Vastineessa kirjoittajat korostavat lopuksi lääkärin toiminnan esteiden tunnistamisen vaikutusta hoitavan viestinnän ja hoidon laatuun. Huomio on tärkeä.

Kiitämme perehtymisestä katsausartikkeliimme ja siihen esitetyistä asiantuntevista kommentteista. Jatkamme mielellämme keskustelua tästä tärkeästä aiheesta. ■

**HARRY KÖHLER, KTM,
väitöskirjantekijä aiheesta
Lääkärin viestinnän vaikuttavuus
potilaskohtaamisessa**
Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta

**PÄIVI RAUTAVA, LKT,
tutkimusylläjäkäri, ehkäisevän
terveydenhuollon professori**
Tyks/tutkimuspalvelut, Turun yliopisto

**VILLE VUORINEN, LKT,
neurokirurgian dosentti**
Tyks, Turun yliopisto

KIRJALLISUUTTA

1. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Soc Sci Med* 2013;96:147-53.
2. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010; 10:38-43.
3. Lääkärin vastaanoton laatu -suositus. Lääkäriliitto 2013 [päivitetty 7.11.2013]. www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suositukses/vastaanoton-laatu/.
4. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3:e001570.