

Hanna Kuusisto ja Johanna Ruusuvaori

Kuuleeko lääkäri – ymmärtääkö potilas?

Tunnetun sanonnan mukaan lääkärin tärkeimmät työvälineet ovat puhe, puukko ja pilleri. Sanonnassa puhe asettuu lääkärin ensimmäiseksi ja tärkeimmäksi työkaluksi (1). Jotakin kuitenkin puuttuu. Pelkkä lääkärin puhe ei riitä tuottamaan tietoa siitä, onko potilas ymmärtänyt, mitä sanotaan ja ennen kaikkea: onko potilaalle annettu mahdollisuus kertoa hänelle tärkeistä omaan elämäänsä liittyvistä tavoitteista, toiveista ja arvoista, joilla saattaa olla merkitystä hoidon valinnassa. Toimivassa vuorovaikutuksessa tärkeintä voikin olla kuuntelu – lääkärin työ perustuu potilaan tuottamaan tietoon.

Potilaan on jo pitkään toivotu osallistuvan oman hoitonsa suunnitteluun nykyistä laajemmin (2–5). Tämä edellyttää niin asiakkaiden ja potilaiden rohkeutta kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen innokkuuttakin hyödyntää tämä osittain hukattu voimavara. Asiakas tuntee parhaiten omat oireensa, hyvinvointihaasteensa sekä ne olosuhteet, joissa hän haasteidensa kanssa elää. Ammattilaisen ja potilaan välinen jaettu päätöksenteko helpottaa potilaan osallistumista ja osallistamista omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Jaettu päätöksenteko perustuu terveydenhuollon ammattilaisen tuottamaan ymmärrettävään ja laadukkaaseen tietoon hoitovaihtoehtoista sekä potilaan tuottamaan tietoon omasta elämästään ja siihen liittyvistä tavoitteista, arvoista ja mielityksistä (6,7). Se soveltuu erityisesti sairauksiin, joihin on useita yhtä tehokkaita hoitoja, joilla on erilaiset antoreitit, seuranta ja haitat (preference sensitive conditions).

Jaetusta päätöksenteosta on viime vuosina tehty runsaasti kansainvälistä tutkimusta lähes kaikilla erikoisaloilla ja jonkin verran myös

perusterveydenhuollossa. Tutkimuksissa on arvioitu pääasiassa erilaisia potilaiden raporttoimia kokemusmittareita (patient reported experience measures, PREM), kuten tyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista, katumista ja koettua ristiriitaa, joiden osalta tutkimustulokset ovat suurelta osin yhtenevät. Jaettu päätöksenteko parantaa potilaan ymmärrystä omasta terveydentilastaan, lisää tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista sekä vähentää ristiriitoja ja katumista (8–13).

Potilaan tuottamasta tiedosta sen sijaan on varsin vähän tutkimusta, vaikka se on jaetun päätöksenteon edellytys. Potilailta edellytetään siis tiedon tuottamista omasta elämästään, mutta kaikille tai kaikista asioista suullisen tiedon tuottaminen ei ole mieluisaa. Tuoreessa Aikakauskirjan katsauksessa todetaan, että

potilaan tulisi voida tuottaa tietoa ja osallistua päätöksentekoon vain siinä määrin kuin hän itse haluaa (14). Nykyistä laajempi ryhmä potilaita voidaan osallistaa mahdollistamalla kertomisen lisäksi muita tiedon tuottamisen väyliä.

Jo nyt tietoa voidaan kerätä paitsi vastaanotolla keskustelemalla myös sähköisesti tai paperilla. Yhä merkittävämpiä ovat erilaiset digitaaliset väylät, kuten potilasportaalit ja mobiilisovellukset. Näiden kehittäminen potilaslähtöisiksi eli ottamaan huomioon käytettävyyden ja ymmärrettävyyden potilaiden näkökulmasta on tärkeä tulevaisuuden haaste. Vastaanottovuorovaikutus on silti edelleen olennainen ja merkittävä osa lääkärin työtä.

Vuorovaikutuskoulutuksen osuus lääkärikoulutuksessa on Suomessa edelleen varsin vaatimaton. Vuorovaikutuksen ajatellaan olevan jotakin, jonka ”kaikki osaavat” tai joka ”opitaan potilastyössä”. On kuitenkin olemassa

huomattava varanto empiiristä, videoitujen lääkärinvastaanottojen havainnointiin perustuvaa tutkimusta lääkäreiden vuorovaikutustavoista ja niiden seurauksista vastaanoton sujumiselle (15,16). Tämä tutkimusperinne sisältää tietoa muun muassa lääkärin käyttämistä tavoista kertoa vaikeita diagnooseja siten, että potilaan on helpompi ottaa diagnoosi vastaan sekä tavoista ehdottaa hoitoa potilaalle siten, että potilaan näkökulma hoitoon tulee esille ja käsiteltyksi (17). Tutkimusperinne on syntynyt ja kasvanut sosiaali- ja kielitieteiden parissa, mikä voi selittää sen alikäyttöä lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa. Näiden tutkimusten esiin nostamasta vuorovaikutuksen hyvien käytänteiden tuntemuksesta voisi kuitenkin olla huomattavasti hyötyä terveydenhuollon ammattilaisten kliinisessä työssä (18).

Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamassa Literacy-tutkimusohjelmassa tarkastellaan tiedonlukutaitoa ja tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Proshade-tutkimushanke on osa tätä kokonaisuutta (19). Proshade: tietoon perustuva jaettu päätöksenteko terveydenhuollossa -hankkeen työpake-teissa 3 ja 4 tutkitaan potilaan ja ammattilaisen tuottamaa tietoa, sen välittämistä eri keinoin ja sen hyödyntämistä potilaan hoidossa. Tutkim-me myös jaettua päätöksentekoa tapahtumana

ja siihen vaikuttavia taustamuuttujia kuten ikää, aiempia kokemuksia päätöksenteosta terveydenhuollossa, teknologisia taitoja ja valmiuksia tai luottamusta (20). Lisäksi keskeinen tutkimuskohteemme on ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus päätöksentekotilantees-sa.

Erityisesti pyrimme selvittämään erilaisia päätöksentekoa tukevia tai estäviä sanallisia ja ei-sanallisia tekijöitä sekä vastaanotolla mukana olevien omaisten ja ystävien osaa päätöksenteon vuorovaikutuksessa (17). Kohderyhmämme ovat epilepsiaa ja MS-tautia sairastavat (21,22). Molemmat sairaudet ovat tyypillisiä ”preference sensitive conditions”, ja niiden esiintyvyys ja kansantaloudellinen merkitys on suuri. Tavoitteenamme on löytää vuorovaikutuksen ja tiedon tuottamisen keinoja, joilla potilaan yksilöllinen osallistuminen päätöksentekoon voidaan optimoida.

Osallistuva potilas on voitu aiemmin leimata terveydenhuollossa ”hankalaksi”. Tämä näkemys on aika kuopata ja tunnistaa potilaan asiantuntijuus mahdollisuutena parantaa potilaan autonomiaa ja hoidon laatua. ■

Kiitämme tutkimuksemme rahoittamisesta strategisen tutkimuksen neuvostoa, joka toimii Suomen Akatemian yhteydessä (pääötösnunero 31213358415).



HANNA KUUSISTO, asiakas- ja potilasturvallisuuden professori, Proshade-tutkimushankkeen WP3 johtaja
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Neurologian ylilääkäri, Tays, Pirkanmaan hyvinvointialue



JOHANNA RUUSUVAARA, sosiaalipsykologian professori
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET

Hanna Kuusisto: Apuraha (Merck, Sanofi), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Merck, Sanofi-Genzyme, Roche)

Johanna Ruusuvaara: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Peräkylä A, Eskola K, Sorjonen M-L. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Kirjassa: Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K, toim. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino 2001.
2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [785/1992]. www.finlex.fi.
3. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70321>.
4. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163858>.
5. Digitaalisuus sosiaali- ja terveydenhuollon kivijalaksi: sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia 2023–2035. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165288?show=full>.
6. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G, ym. Power imbalance prevents shared decision making. *BMJ* 2014;348:g3178.
7. Stoll S, Costello K, Newsome SD, ym. Insights for healthcare providers on shared decision-making in multiple sclerosis: a narrative review. *Neurol Ther* 2024;13:21–37.
8. Parsa-Parsi RW. The revised Declaration of Geneva: a modern-day physicians' pledge. *JAMA* 2017;318:1971–2.
9. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, ym. Conceptualizing patients empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:252.
10. Rahn A, Solari A, Beckerman H, ym. "I will respect the autonomy of my patients": a scoping review of shared decision making multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2020;22:285–93.
11. Joosten E, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, ym. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77:219–26.
12. Chewning B, Bylund CL, Shah B, ym. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;86:9–18.
13. Tintoré M, Alexander M, Costello K, ym. The state of multiple sclerosis: current insight into the patient/health care provider relationship, treatment challenges, and satisfaction. *Patient Prefer Adherence*. 2016;22:11:33–45.
14. Nukari I, Absetz P, Louhiala P. Jaetun päätöksenteon vaikutus hoitotuloksiin. *Duodecim* 2023;139:992–6.
15. Heritage J, Maynard DW, toim. Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press 2006.
16. Ekberg S, Parry R, Land V, ym. Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliative Care* 2021;20:186.
17. Ilomäki S, Logren A, Ruusuvaara J. Tieto ja potilaan osallistuminen hoitopäätösneuvotteluissa. Kirjassa: Stevanovic M, toim. Yhdessä päätetty. Kohti tasa-arvoista vuorovaikutusta ja osallistumista. Helsinki: Gaudeamus 2023, s. 131–44.
18. Parry R, Barnes RK, toim. The state-of-the-art in conversation-analytic research on healthcare. *Res Lang Soc Interact* 2024; 57:1–148.
19. Rosenlund M, Jylhä V, Vahteristo A, ym. PROSHADE- tietoon pohjautuva jaettu päätöksenteko terveydenhuollossa. *FinJeHeW* 2023;15:235–40.
20. Jylhä V, Turja T. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyvien teknologioiden käyttövalmiudet: READHY-FIN- mittarin käännösprosessi. *FinJeHeW* 2023;15:2019–229.
21. Jylhä V, Rosenlund M, Kuusisto H, ym. Patient-generated data in epilepsy care decisions: a scoping review protocol. *JBIM Evid Synth* 2022;20:1578–84.
22. Kuusisto H, Apila S, Saranto K. Information provision and quality. A pilot study on shared decision-making in multiple sclerosis. *Stud Health Technol Inform* 2022;295:179–82.