

Hoitavan viestinnän menetelmän soveltuvuus akuuttilääkärin työhön:

interventiotutkimus HUS Akuutissa

Johdanto

Yhteispäivystys on haastava ympäristö luottamuksellisen lääkäri-potilassuhteen luomiselle. Tapaamiset ovat usein nopeita, osapuolet eivät tunne toisiaan entuudestaan eivätkä juuri koskaan tapaa uudestaan. Lääkärille on kuitenkin tärkeää saada nopeasti oikeaa, hoitopäätökseen vaikuttavaa tietoa potilaan tilanteesta. Päivystyskäynnillä potilaan ikä sekä lääkärin kommunikointitaidot vaikuttavat potilaan kokonaisvaltaiseen kokemukseen. (1,2)

Vaikka lääkärit ja hoitajat kokevat, että elintapamuutoksissa auttaminen, tukeminen ja ohjeistaminen kuuluvat heidän työhönsä, vain vähän yli puolet kokee, että heillä on siihen riittävät taidot ja työkalut. Merkittävimpänä esteenä elintapojen muutoksessa onnistumiselle pidetään potilaiden haluttomuutta muutokseen. (3)

Potilaskeskeisessä viestinnässä pyritään ohjaamaan lääkärin huomio ja resurssit potilaan kykyyn saavuttaa tavoitteensa oman terveytensä ja hoidon onnistumisen kannalta (4). Potilaan arkielämästä keskusteleminen voi tuoda diagnoosin kannalta olennaisia esitietoja lääkärille (5). Tutkimusten mukaan potilaskeskeinen viestintä parantaa potilaan hoitoon sitoutumista ja lisää potilastyytyväisyyttä (6). Lisäksi lääkäreiden kommunikaatiotaitoja parantavalla koulutuksella voidaan edistää lääkärin omaa hyvinvointia, potilaiden hoitoon sitoutumista sekä potilastyytyväisyyttä (7,8).

Elintapojen muutoksen voidaan ajatella muodostuvan uuden omaksumisesta ja vanhoista tavoista poisoppimisesta (9). Elämäntapainterventioiden toimivuudesta on tutkimusnäyttöä. Kun opetetaan elintapojen terveysvaikutuksista tai mahdollisista haitoista sekä paneudutaan kunkin potilaan

elintapoihin tapauskohtaisesti ja yritetään löytää jokaiselle yksilöllinen tapa pitää huolta omasta terveydestään, voidaan saada kliinisiä vaikutuksia jo kuudessa viikossa (10).

Tässä tutkimuksessa käytettävä hoitavan viestinnän menetelmä sisältää kolme eri keskustelun vaihetta. Merkityskeskustelussa autetaan potilasta pohtimaan, mitkä ovat tärkeitä asioita hänen elämässään ja miten hänen terveytensä vaikuttaa niihin. Oivalluskeskustelussa autetaan potilasta oivaltamaan, että hänen kannattaa pitää hyvää huolta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Viimeiseksi käytävässä vahvistavassa keskustelussa tehdään yhteenveto ja tuetaan potilasta suunnittelemaan ja toteuttamaan hänen arkeensa sopivia tapoja ja tekoja, joilla hän voi pitää omasta terveydestään paremmin huolta. (12,13)

Keskustelun ohjaamisen menetelmän toimivuutta voidaan arvioida vaikuttavuuden näkökulmasta. Vaikuttavuudella tarkoitetaan tässä Michael Porterin ja Elisabeth Teisbergin määrittelyn mukaisesti potilaalle tuotettua arvoa, kuten hyvinvointia ja terveysvaikutuksia (11). Vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että mallia käytetään laajalti. Tämän vuoksi sen on oltava käyttöön soveltuva. Vaikuttavuuden muita edellytyksiä ovat potilaiden hoitomyöntyvyys, hoitoon sitoutuminen, omasta terveydestään huolehtiminen ja voimaantuminen.

Tavoitteet

Tämän tutkimuksen päätavoitteena on arvioida koulutettavan keskustelumallin eli hoitavan viestinnän menetelmän soveltuvuutta akuuttilääkärin työhön. Sitä arvioidaan mallin käytettävyydellä sekä vaikutuksilla päivystyspotilaiden motivaatioon, valmiuteen seurata hoitosuosituksiaan ja ottaa vastuuta omasta terveydestään konkreettisin keinoin, kuten terveystyöskäytymistään muuttamalla. Samalla syvennetään ymmärrystä siitä, kuinka viestintä- ja ohjaustaitojen koulutus voi parantaa hoidon laatua ja potilaskokemuksia. Hoitavan viestinnän

menetelmän soveltuvuutta käytäntöön arvioidaan sekä lääkärien että potilaiden näkökulmasta HUSin lääkäreille suoritettujen haastattelujen sekä HUSin potilailta kerättyjen vastausten avulla.

Aineisto, menetelmät ja tutkimuksen suorittaminen

Koulutusinterventio toteutettiin kolmena kertana kahden tunnin jaksoina, joita edelsi ja seurasi verrokki- ja testiryhmän haastattelut. Tapaamisia oli sekä etänä että paikan päällä HUS Akuutissa. Ennen koulutusta koottiin pilottiryhmä, joka rakensi ja testasi käytännön työskentelyyn soveltuvia hoitavan viestinnän toimintamalleja. Kahdessa viikkopalaverissa keskusteltiin jokaisen tutkimukseen osallistuvan lääkärin kanssa koulutuksen tavoitteista, ohjelmasta ja pilottiryhmän valmistelemista toimintamalleista. Keskustelumallin koulutuksen piti hoitavan viestinnän menetelmän väitöskirjassaan (5) kehittänyt tutkija.

Koulutus koostui kolmesta teemasta. Ensimmäisellä kerralla perehdyttiin vaikuttavan potilaskohtaamisen tekijöihin. Toisella kerralla opittiin hoitavan viestinnän menetelmä, ja kolmannella kerralla jokainen osallistuja laati menetelmän pohjalta omaan työhönsä soveltuvan sanoituksen. Menetelmän noudattamista tai potilaiden reaktioita ei havainnoitu vastaanotoilla.

Testi- ja verrokkiryhmien oli molempien tarkoitus koostua 20 potilaasta, jotta tutkimuksen voimaluku olisi 80%. Aineiston keruu kuitenkin pitkittyi koronapandemian vuoksi, ja se päätettiin, vaikka tavoiteltuun aineiston kokoon ei päästy. Molemmista ryhmistä hylättiin lisäksi yksi potilashaastattelu tallenteen epäonnistumisen takia. Testiryhmä koostui lopulta 15:stä ja verrokkiryhmä 19 potilaasta. Osallistujien taustaa, sukupuolta tai ikää ei kerätty. Tutkimukseen osallistui kuusi HUS Akuutin lääkäriä, joilla kullakin oli 3–8 potilasta (9–24% kaikista).

Inklusiokriteerien mukaan tutkittavan tuli olla 18-vuotias tai vanhempi, suomenkielinen sekä suostuvainen ja kykeneväinen keskustelemaan haastattelijan kanssa puhelimitse. Potilasryhmiä ja tulosityitä koskevat kriteerit sovittiin tarkemmin valmisteleavassa tapaamisessa siten, että verrokki- ja testiryhmä olisivat riittävän homogeenisiä ja keskenään samanlaisia.

Eettinen toimikunta on puoltanut tutkimussuunnitelmaa 13.10.2020 (Dnro: HUS/2494/2020) ja HUS on myöntänyt tutkimusluvan 27.10.2020 (HUS/247/2020). Eettisen toimikunnan lausuntoa on haettu, sillä potilaiden valikoituminen haastatteluihin tapahtui siten, että heidän nimensä tai muut tunnistetietonsa tulivat tutkijan tietoon. Tutkittavat informoitiin kirjallisen tutkimustiedotteen avulla, ja he antoivat suostumuksensa osallistumiselle allekirjoittamalla tiedotteen ”Suostumus tutkimukseen” -osion.

Kysely toteutettiin kahden tutkijan toimesta puhelinhaastatteluna koronapandemian aikana. Haastattelu oli puolistrukturoitu. Potilaan vastatessa laajasti haastattelija antoi vastausvaihtoehdot, joiden perusteella vastaus sijoitettiin oikeaan luokkaan. Tallenteiden lisäksi käytössä oli myös haastattelijoiden tekemät muistiinpanot. Tallenteet kuunteli kaksi tutkijaa ja tarvittaessa epäselvissä tapauksissa oli mahdollista konsultoida kolmatta tutkijaa. Kyselyn neljää strukturoitua kysymystä käsiteltiin määrällisen tutkimuksen menetelmin ja kolmea avointa kysymystä laadullisesti.

Koulutukseen tulevia lääkäreitä haastateltiin ennen interventiota syksyllä 2020. Heiltä kerättiin ajatuksia ja kommentteja hyvästä vuorovaikutuksesta, ja sen toteutumisesta omassa työssään. Lisäksi noin kaksi vuotta koulutusintervention sekä testiryhmän potilashaastatteluiden jälkeen lääkäreiltä kartoitettiin neljällä avoimella kysymyksellä kokemuksia ja mielipidettä hoitavan viestinnän menetelmästä akuuttilääkärin työssä. Näitä aineistoja käsiteltiin laadullisesti

ryhmittelemällä vastauksia ja ajatuksia kysymyskohtaisesti sekä etsimällä niistä toistuvia teemoja ja ilmaisuja.

Taulukko 1: Tutkimuksen vaiheet

Tutkimuksen vaihe	Kuvaus
9/2020	
Lääkärien haastattelut. 6 lääkäriä 2-3 hengen ryhmissä.	Tutkijalle haastateltavien nimet ja yhteystiedot. Toteutus teamsilla.
Viikkopalaveri 1	Tutkija esitteli koulutuksen etenemisen, keskusteltiin tavoitteista ja ohjelmasta.
Pilottiryhmä, kokoaminen ja toteutus	Koottiin ja sovittiin viikkopalaverissa. 3-5 lääkäriä. Kokoonnuttiin 2 kertaa. Rakennettiin ja testattiin käytännön työskentelyyn soveltuvia hoitavan viestinnän toimintamalleja.
Viikkopalaveri 2	Tutkija esitteli pilottiryhmän valmistelemissä toimintamalleja sekä tulevat koulutukset. Keskusteltiin.
08.12.2020 – 19.10.2021	
Verrokkiryhmän potilashaastattelut	Haastattelut vaikuttavuustutkimusta varten. Nimettiin potilaat. Potilaille esiteltiin tutkimus ja pyydettiin suostumus (lomake).
16.09.2021 – 12.11.2021	
Koulutukset 3 x 2 tuntia	Koulutukset pienryhmissä. Verrokkiaineiston keruu päättyi yhden lääkärin osalta, kun koulutus alkoi ja testiryhmän aineistokeruu alkoi koulutuksen päätyttyä.
09.11.2021-08.07.2022	
Testiryhmän potilashaastattelut	Haastattelut vaikuttavuustutkimusta varten. Nimettiin potilaat. Potilaille esiteltiin tutkimus ja pyydettiin suostumus (lomake).
11.12.2023-12.03.2024	
Lääkärien haastattelut jälkepäin	Lääkärien mielipiteet mallin toimivuudesta ja käytettävyydestä sähköpostilla.

HYKS Akuutti potilashaastattelun runko

1) Tuntuiko siltä, että lääkäri ymmärsi, miltä sinusta tuntuu ja miten vaivasi vaikuttaa omaan elämäsi ja arkeesi?

- ymmärsi täydellisesti
- ymmärsi melko hyvin
- ei aivan ymmärtänyt
- ei lainkaan ymmärtänyt

2) Herättikö keskustelu lääkärin kanssa uusia ajatuksia tai oivalluksia, miten voisit parantaa tilannettasi?

- herätti*
- ei herättänyt

*Minkälaisia ajatuksia tai oivalluksia?

3) Lisäsikö tämä vastaanottokäynti luottamustasi siihen, että annettava hoito ja oma toimintasi jatkossa auttavat sinua kuntoutumaan hyvin?

- lisäsi luottamustani huomattavasti
- lisäsi luottamustani jonkin verran
- vähensi luottamustani jonkin verran
- vähensi luottamustani huomattavasti

4) Oletko itse ryhtynyt tai ryhtymässä toimiin vaivasi tai kuntoutumisesi parantamiseksi?

- kyllä*
- en

*Minkälaisiin toimiin olet ryhtynyt tai ryhtymässä?

5) Muita tuntemuksia äskeiseltä lääkärin vastaanotolta

Kuvio 1: HUS Akuutin potilaille suoritettu kysely

Kategoristen muuttujien kuvaamiseen käytettiin lukumääriä eli frekvenssejä sekä prosentteja. Fisherin tarkan testin perusteella tutkittiin, eroavatko testi- ja verrokkiryhmään osallistuneiden vastaukset kysymyksittäin tilastollisesti merkitsevästi. Kaikki tilastolliset testit toteutettiin kaksisuuntaisesti ja käytettiin merkitsevyytensä $P < 0,05$. Tilastolliset testit suoritettiin JMP-ohjelmistolla JMP®, Version Pro 17. SAS Institute Inc., Cary, NC, 1989–2023.

Taulukko 2: Potilaskyselyn vastausten frekvenssit ja prosenttiosuudet verrokki- ja testiryhmässä kysymyskohtaisesti ja Fisherin tarkan testin merkitsevyys.

	Verrokkiryhmä (n = 19)	Testiryhmä (n = 15)	p-arvo
1: Tuntuiko siltä, että lääkäri ymmärsi, miltä sinusta tuntuu ja miten vaivasi vaikuttaa omaan elämäsi ja arkeesi? ei lainkaan ymmärtänyt ei aivan ymmärtänyt ymmärsi melko hyvin ymmärsi täydellisesti	0 3 (16%) 6 (32%) 10 (53%)	0 2 (13%) 2 (13%) 11 (73%)	0,49
2: Herättikö keskustelu lääkärin kanssa uusia ajatuksia tai oivalluksia, miten voisit parantaa tilannettasi? ei herättänyt herätti	16 (84%) 3 (16%)	5 (33%) 10 (67%)	0,004
3: Lisäikö tämä vastaanottokäynti luottamustasi siihen, että annettava hoito ja oma toimintasi jatkossa auttavat sinua kuntoutumaan hyvin? vähensi luottamusta huomattavasti vähensi luottamusta jonkun verran lisäsi luottamusta jonkun verran lisäsi luottamusta huomattavasti	1 (5%) 0 11 (58%) 7 (37%)	0 0 7 (47%) 8 (53%)	0,60
4: Oletko itse ryhtynyt tai ryhtymässä toimiin vaivasi tai kuntoutumisesi parantamiseksi? en kyllä	4 (21%) 15 (79%)	2 (13%) 13 (87%)	0,67

Tulokset

Kysymykseen ”Herättikö keskustelu lääkärin kanssa uusia ajatuksia tai oivalluksia, miten voisit parantaa tilannettasi” testiryhmä vastasi enemmän ”herätti” (10 herätti ja 5 ei herättänyt) ja verrokkiryhmä ”ei herättänyt” (3 herätti ja 16 ei herättänyt). Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($P = 0,004$). Kysymyksissä 1, 3 tai 4 ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa testi- ja verrokkiryhmien välillä.

Testiryhmän avoimien vastausten muistiinpanoissa toistui se, että lääkäri oli auttanut potilasta havainnollistamaan, millaisia muutoksia potilas voisi käytännössä tehdä omassa arjessaan parantaakseen omaa terveydentilaansa. Lääkäri oli näin vienyt keskustelun ja huomion potilaan elämismaailmaan. Muistiinpanoissa mainittiin muun muassa ajatuksia herättänyt jatkosuunnitelmien ja mahdollisuuksien läpikäyminen, selkeän käsityksen saaminen siitä, miten kannattaa toimia sekä lääkityksestä sopiminen potilaan omien tarpeiden perusteella.

Kun verrattiin kysymyksen ”Muita tuntemuksia äskeiseltä lääkärin vastaanotolta” vastauksia testi- ja verrokkiryhmän välillä, havaittiin testiryhmässä 12 selvästi positiivisia kommenttia ja verrokkiryhmässä 9. Vastauksissa mainittiin, että potilas huomioitiin poikkeuksellisen hyvin tai kokemus oli poikkeuksellisen hyvä, sillä lääkäri oli kiireetön ja ystävällinen. Yksi vastaaja arvioi vastaanoton parhaaksi kokemakseen asiakaskohtaamiseksi, sillä hän oli tullut kuulluksi, hänet oli otettu vakavasti ja lääkäri oli ollut kannustava ja empaattinen.

Testiryhmässä ei ollut yhtään negatiivista kommenttia, kun taas verrokkiryhmässä niitä oli neljä. Niissä kritisoitiin itse vastaanottoa sekä potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta: lääkäri olisi voinut selittää asiat paremmin tai lääkäri koettiin luotaantyöntäväksi tai mitäänsanomattomaksi.

Lääkärien haastatteluissa ennen interventiota toistui ajatukset potilaan kohtelemisesta yksilönä, potilaan kuuntelemisesta ja varmistamisesta, että potilas on ymmärretty oikein. Haasteena tuotiin esiin päivystysvastaanoton lyhyt aika.

Noin kaksi vuotta intervention jälkeen neljä kuudesta tutkimukseen osallistuneesta lääkäristä vastasi haastatteluun. Hoitavan viestinnän menetelmän todettiin olevan sisäistettävissä ja sovellettavissa kliinisessä työssä. Sen todettiin vaativan jonkin verran pohdintaa ja opettelua, mutta sitä ei pidetty kohtuuttoman vaikeana. Joillekin menetelmä oli jo lähellä aiempaa tapaa toimia potilastilanteissa.

Menetelmän vaikutuksista vastaanottojen kulkuun ja potilaiden reagointiin kysyttäessä tuotiin esiin, että osa potilaista vaikutti yleisesti tyytyväisiltä ja jotkut antoivat spontaanisti positiivista palautetta. Osa vastaajista myös kertoi, miten he olivat hyödyntäneet mallia tutkimuksen jälkeen: ei systemaattisesti tai tietoisesti, mutta osittain omaan työhön soveltaen ja potilaiden motivointiin taustalla vaikuttaen.

Kysyttäessä menetelmän soveltuvuudesta yleisesti myös nopeampaiseen lääkärin työhön, menetelmän todettiin sopivan moniin potilaskohtaamisiin hyvin. Koettiin, että kuitenkin juuri yhteispäivystyksessä menetelmä soveltuu vain osaan potilaista. Yhteispäivystyksessä keskitytään isompien elintapamuutosten sijasta tiukasti akuuttiongelmiin ja viestinnän tavoitteet ovat erilaiset kuin perusterveydenhuollossa, jossa ne ovat pitkäjänteisemmät. Menetelmän arvioitiin sopivan perinteisempään vastaanottotyöhön erinomaisesti ja olevan sovellettavissa myös moneen muuhun. Mallin arvioitiin soveltuvan parhaiten tilanteisiin, joissa motivoidaan potilasta muutoksiin, kuten tupakoinnin lopettamiseen ja laihduttamiseen. Tupakoitsijat ja ylipainoiset mainitaankin vastauksissa useamman kerran menetelmän käyttömahdollisuuksina.

Päätelmät

Tilastollisen testin perusteella voidaan todeta, että akuuttilääkäreille toteutetun intervention jälkeen potilailla näyttäisi heräävän enemmän ajatuksia ja oivalluksia siitä, miten he voisivat parantaa omaa terveydentilaansa. Hoitavan viestinnän menetelmän koulutus näyttäisi vaikuttavan lääkärin viestintään siten, että se edistää potilaiden omien oivallusten syntymistä enemmän kuin ilman koulutusta. Tämä voi selittyä sillä, että potilaat saavat voimaantumisen tunteen keksimällä konkreettisia keinoja edistää terveyttään. Itsehallinnan tunne luo positiivisen käsityksen omasta tulevaisuudesta ja voi edistää suunniteltujen muutosten toteuttamista.

Se, että jo näin pieni aineisto tuottaa tilastollisesti merkitsevän eron ryhmien välillä, kertoo uusien keskustelun ohjaamisen keinojen hyödyllisyydestä. Monenlaisia vuorovaikutusmenetelmiä on kehitetty hyödynnettäviksi elintapaohjauksessa, mutta niiden käyttö jää usein vähäiseksi, jos niiden opettelu koetaan hankalaksi ja aikaa vieväksi (14,15).

Sillä, kuka tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä potilasta hoiti, oli vaikutusta siihen, miten potilas reagoi vastaanottotilanteessa. Hoitavan viestinnän menetelmä ei yksinään selitä positiivisia ja negatiivisia kommentteja, vaan eri lääkärit ja heidän kommunikointitapansa ja tottumuksensa tuovat huomattavaa vaihtelua tuloksiin. Tätä ei pystytty ottamaan huomioon tilastollisissa testeissä, sillä otos oli liian pieni. Lisäksi lääkärien potilasmäärät eivät olleet tasaiset, vaan vaihtelivat neljän ja kahdeksan välillä, ja joillain lääkäreillä oli eri määrä potilaita testiryhmästä kuin verrokkiryhmästä.

Tutkimuksen aineistonkeruu pitkittyi alkuperäiseen suunnitelmaan nähden ja sattui koronapandemian kanssa samaan aikaan. Voisi kuvitella, että pitkittyminen johtui siitä, etteivät valintakriteerit täytyneet, mutta lääkärit ovat todennäköisesti myös tehneet valintaa muistamisen perusteella. Nämä tekijät saattoivat vaikuttaa aineistoon ja aiheuttaa vääristymää. Koska

koronapandemian takia tutkimuksen aineisto kerättiin puhelinkeskustelulla, pystyttiin arvioimaan vain sanallisia vastauksia. Sanatonta viestintää tai mikroilmeitä ei pystytty analysoimaan. Analyysin luotettavuutta kuitenkin tukee se, että kaksi eri tutkijaa ovat kuunnelleet tallenteet.

On myös mahdollista, että jokin muu ulkopuolinen tekijä hoitavan viestinnän menetelmän sijasta on vaikuttanut potilaan halukkuuteen muuttaa omia elintapojaan ja sitoutua hoitoon. Tutkimuksessa käytettiin $P < 0,05$ merkitsevyystasoa, mikä tarkoittaa, että tutkimukseen sisältyy 5% virhemahdollisuus.

Tutkimuksen vahvuutena on kuitenkin pientä numeerista aineistoa täydentävät akuuttilääkärien haastattelut. Niissä koulutukseen osallistuneet HUS Akuutin lääkärit kertoivat omasta näkökulmastaan ajatuksistaan ja kokemuksistaan koulutukseen liittyen. Vaikka menetelmän käyttöä ei valvottu, sai haastattelija osallistuneilta lääkäreiltä tietoa siitä, miten menetelmää oli käytetty.

Vaikka molemmilla potilasryhmillä oli melko pitkiäkin odotusaikoja, ilmaisi moni potilas olevansa tyytyväinen. Tämä voi johtua siitä, että he pääsivät kuitenkin hoitoon ja saivat hyvän kohtaamisen lääkärin kanssa. Heidän palautteensa tukee aiempaa tulosta, jonka mukaan pitkät odotusajat eivät ole yhteydessä potilaiden tyytymättömyyteen (2). Aiemmissa tutkimuksissa on myös havaittu, että lääkäreitä pystytään kouluttamaan potilasviestinnässä niin, että tulokset potilastyytyväisyydestä, lääkärin omasta hyvinvoinnista ja potilaiden sitoutumisesta hoitoon paranevat (3,4). Tämä tutkimus tukee myös näitä havaintoja.

Tämän tutkimuksen toteutus yhteispäivystyksessä, jossa potilas-lääkärisuhteen rakentaminen on haasteellista, antaa hoitavan viestinnän menetelmästä erityisiä tuloksia (1). Potilaiden tulosten moninaisuus, kiireellisyys ja vakavuus voi hankaloittaa menetelmän soveltamista, eikä potilas voi aina vaikuttaa vaivaansa itse. Toisaalta menetelmä saattaa useissa tilanteissa nopeuttaa oikeiden

taustatietojen löytymistä ja jopa oikean diagnoosin muodostamista, mitä olisikin mielenkiintoista tutkia jatkossa.

Myös koulutuksen toteuttaneet lääkärit huomauttivat, että melko suurelle osalle päivystyspotilaista ei ole olennaista alkaa miettiä elintapojen muutosta rajatun ajan ja tulosityn vuoksi. Siksi hoitavan viestinnän menetelmää kannattaa tutkia jatkossa myös muunlaisessa lääkärin työssä. Soveltuvuutta voisi kokeilla erityisesti ylipainoisten ja tupakoivien hoitoon eli tilanteisiin, joissa elintapamuutos on tarpeen, niin kuin tutkimukseen osallistuneet lääkärit ehdottivat.

Yhden tutkimukseen osallistuneen lääkärin vastaus koulutukseen liittyvistä havainnoista ja huomioista kiteyttää hyvin hoitavan viestinnän menetelmän ajatuksen: ”Koulutus herätti mukavalla tavalla pohtimaan tavoitteellista vuorovaikuttamista. Aiemmin olen miettinyt asiaa potilaskokemuksen valossa, mutta en niinkään tietoisesti terveyskäyttäytymiseen vaikuttamisen kautta. Menetelmässä itse asiassa nämä asiat yhdistyvät: potilaat kokevat vuorovaikutuksen hyväksi, mutta samalla siihen sisältyy elementtejä, joilla on mahdollista vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen.”

Kiitokset

Kiitämme HUS Akuutin yhteispäivystyksen akuuttilääkäreitä tutkimukseen osallistumisesta.

Lähdeluettelo

1. Sonis JD, White BA. Optimizing Patient Experience in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* 2020;38(3):705–13.
2. Degabriel D, Petrino R, Frau ED, ym. Factors influencing patients' experience of communication with the medical team of the emergency department. *Intern Emerg Med.* 2023;18(7):2045–51.
3. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, ym. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(4):244–9.
4. Goldwater D, Wenger NK. Patient-centered care in geriatric cardiology. *Trends Cardiovasc Med.* 2023;33(1):13–20.
5. Köhler H. Hoitava viestintä: Lääkärin vaikuttava viestintä potilaskohtamisessa [Internet]. 2019. Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/304257>
6. Gessesse AG, Mohammed Haile J, Woldearegay AG. The Nexus Between Physician-Patient Communication and Health Outcomes: Level of Patient Communication Satisfaction and Its Impact on Adherence in Ethiopian Comprehensive Specialized Hospitals. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:2509–19.
7. Boissy A, Windover AK, Bokar D, ym. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755–61.
8. Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826–34.

9. Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot [Internet]. 2011. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99873>
10. Rikabi GE, Story LJ, Rikabi K. Patient-Centered Care: Lifestyle Modifications Among Adult Participants With Dyslipidemia. *J Dr Nurs Pract.* 2019;12(1):31–40.
11. Blackstone EA, Fuhr JP. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results: Michael E. Porter and Elizabeth Olmsted Teisberg, Boston, MA, Harvard Business School Press, 2006, pp. 506. *Atl Econ J.* 2007;35(4):491.
12. Köhler H, Rautava P, Vuorinen V. Lääkäri viestii, potilas oppii [Internet]. 2018. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14582>
13. Köhler H, Mattila V, Vuorinen V, ym. Lääkärilehti.fi [Internet]. 2018. Kaksi lääkärin kysymystä voi auttaa potilasta. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/kahden-kysymyksen-menetelma-laakaran-vestinnassa>
14. Downey J, Bloxham S, Jane B, ym. Person-Centered Health Promotion: Learning from 10 Years of Practice within Long Term Conditions. *Healthcare.* 2021;9(4):439.
15. Dalbom L, Hiivola N, Niemelä S, ym. Interaction Opportunities in the Health Sector – Developing Professionals’ Counselling Methods. *Glob J Health Sci.* 2023;16(1):10.