

Lauha Rahko & Jere Virtanen

ANAMNEESINOTON OPETTAMINEN PREKLIINISEN VAIHEEN LÄÄKETIETEEN
OPISKELIJOILLE

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2022

Lauha Rahko & Jere Virtanen

ANAMNEESINOTON OPETTAMINEN PREKLIINISEN VAIHEEN LÄÄKETIETEEN
OPISKELIJOILLE

Kliininen laitos, Sisätautioppi

Kevätlukukausi 2022

Vastuuhenkilö: Lassi Nelimarkka

*Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 39 s., 1 liite.

Sisätautioppi

Maaliskuu 2022

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää opiskelijoiden mielipiteitä prekliinisen anamneesiopetuksen laadusta Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja tarjota heidän palautteensa perusteella tiedekunnalle strukturoitu parannusehdotus opetuksen järjestelyjen muokkaamiseksi. Tutkimuksen tekohetkellä prekliinistä anamneesitaitojen opetusta annettiin Kliinisen lääketieteen perusteet -opintokokonaisuuteen kuuluvalla Yleinen propedeutiikka -kurssilla. Osana kurssisuoritusta opiskelijoiden tuli haastatella kattavasti yksi sisätautiosastolla hoidettavana oleva potilas ja kirjoittaa haastattelun perusteella potilaskertomusteksti. Ennen haastattelua opiskelijat saivat pienryhmissä ohjeita vertaisopettajina toimivilta kuudennen vuoden opiskelijoilta, ja heiltä oli mahdollista saada palautetta harjoituksen jälkeen. Myöhemmin kurssin aikana järjestettiin vielä luento anamneesinotosta sekä anamneesiharjoituksen palautetilaisuus.

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 2017 lähettämällä sähköpostitse kysely kaikille Turun yliopiston kolmannen vuoden lääketieteen opiskelijoille, jotka olivat kuluneen syyslukukauden aikana suorittaneet Yleinen propedeutiikka -kurssin. Kysely koostui pääasiassa väittämistä sekä monivalintakysymyksistä, joihin annettiin viisi vastausvaihtoehtoa. Lisäksi opiskelijoille tarjottiin mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta. Vastausten avulla arvioitiin anamneesinottoharjoituksen ja siihen liittyvän opetuksen toteutusta. Kyselyyn vastaaminen anonymisti toteutettiin Google Forms -kyselynhallintaohjelmistolla, ja tulokset analysoitiin Microsoft Excel -ohjelmalla.

Kyselytutkimuksen perusteella kurssin anamneesiopetus koettiin hyödyllisenä ja pääsääntöisesti hyvin järjestettynä. Monivalintakysymyksien perusteella opiskelijoista valtaosan mielestä teoreettista opetusta anamneesinotosta oli riittävästi. Enemmistö avoimista kommentteista sisälsi kuitenkin kritiikkiä ja kehittämissuhteita harjoitukseen liittyen. Kehittämisen varaa kyselyn perusteella oli ohjeistuksen selkeyttämisessä, haastateltavien potilaiden valinnassa, vertaisopettajien kouluttamisessa ja palautteen antamisessa. Haasteellisiksi koettiin vuorovaikutus potilaiden kanssa ja haastattelun olosuhteet. Opiskelijat myös toivoivat lisää harjoitusta anamneesinottoon. Opiskelijoiden esiintuomat haasteet anamneesinotossa muistuttivat muissa tutkimuksissa esiin tulleita haasteita. Kyselytutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen perusteella kehitimme Yleinen propedeutiikka -kurssille anamneesiopetuksen kulusta ehdotuksen, jota opetushenkilökunta voi tarvittaessa käyttää kurssin kehittämiseen.

Asiasanat: anamneesi, anamneesiopetus, potilaan kohtaaminen, opetusmenetelmät

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KIRJALLISUUSKATSAUS.....	2
2.1 Anamneesi lääkärin työkaluna.....	2
2.2 Lääkäri- ja potilaskeskeinen anamneesi.....	3
2.3 Hyvän anamneesin piirteitä.....	5
2.3.1 Vuorovaikutus.....	5
2.3.2 Taitotieto.....	6
2.4 Opiskelijoiden kokemat haasteet anamneesinotossa.....	9
2.5 Anamneesin opetus, oppiminen ja opiskelijoiden arviointi.....	12
2.6 Vuorovaikutustaitojen opetus.....	14
2.7 Opetusmenetelmät.....	15
2.7.1 Vieriopetus.....	15
2.7.2 Nauhoitetut potilashaastattelut.....	18
2.7.3 Virtuaalipotilaat.....	19
2.7.4 Simulaatio-opetus.....	21
2.7.5 Vertaisopetus.....	23
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	24
4 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	24
5 TULOKSET.....	25
5.1 Tausta.....	25
5.2 Anamneesinottoharjoitus.....	25
5.3 Vertaisopettajat.....	28
5.4 Muu opetus.....	29
6 POHDINTA.....	31
6.1 Johtopäätökset.....	31
6.2 Anamneesinoton opettaminen tulevaisuudessa.....	33
6.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet.....	35
LÄHTEET.....	37
LIITTEET.....	40

1 JOHDANTO

Lääketieteen kehityksen myötä potilaasta saadaan valtava määrä tietoa erilaisilla tutkimuksilla, kuten laboratoriokokeilla ja kuvantamisella. Tästä huolimatta anamneesi ja status ovat kuitenkin yhä lääkärin tärkeimpiä työkaluja potilaita tutkiessa. Anamneesin ja statusuksen osuus diagnoosin asettamisessa vaihtelee. Esimerkiksi traumatilanteessa tai potilaan ollessa tajuton status antaa anamneesia enemmän informaatiota. Toisaalta esimerkiksi terveyskeskuksessa toiminnallista vaivaa selviteltäessä ja löydösten puuttuessa anamneesilla on tärkeä osuus diagnoosin tekemisessä.

Suomessa lääketieteen lisenssiaatin koulutusohjelma on laajuudeltaan 360 opintopistettä ja kestää vähintään 6 vuotta. Valmistuvalle lääkärille on asetettu osaamistavoitteet, jotka yhdistävät kaikkia Suomen lääketieteellisiä tiedekuntia. Viimeisimmät osaamistavoitteet ovat vuodelta 2020. Vuorovaikutustaitojen tavoitteet tiivistetään seuraavasti: ”Lääkäri osaa keskustella potilaiden, heidän omaistensa ja edustajiensa sekä työtovereiden kanssa tehokkaasti, avoimesti, rehellisesti ja huolehtien salassapitovelvollisuudesta.” Eritellymmiin lääkärin tulisi osata kommunikoida potilaiden kanssa heidän omalla äidinkielellään suomeksi tai ruotsiksi tai tarvittaessa tulkkipalveluita käyttämällä. Viestinnän potilaan kanssa tulisi olla tehokasta ja ymmärrettävää. Lääkärin tulisi myös kyetä osoittamaan empatiaa.

Vuorovaikutustavoitteisiin on myös eritelty muutamia haastavia tilanteita, kuten riitatilanteet sekä huonojen uutisten kertominen, jotka valmistuneen lääkärin tulisi hallita niin suullisesti kuin kirjallisesti. Turun yliopiston lääketieteen koulutusohjelmassa anamneesinottoa, potilaan kohtaamista sekä vuorovaikutusta opetetaan Kliinisen lääketieteen perusteet -kurssilla sekä eri erikoisalojen kursseilla kolmannen vuoden opinnoista alkaen. Anamneesiopetuksessa käytetään erilaisia opetusmenetelmiä, kuten vieriovetusta, simulaatioita ja vertaisopetusta.

Syventävä tutkielmamme koostuu kirjallisuuskatsauksesta ja kyselytutkimuksesta.

Kirjallisuuskatsauksessa käsittelemme yleisesti anamneesia, opiskelijoiden kokemia haasteita anamneesinotossa sekä anamneesinoton ja vuorovaikutuksen opettamista. Lisäksi tarkastelemme maailmalla käytössä olevia menetelmiä opettaa anamneesinottoa.

Tutkimusosio käsittelee opetuksen kehittämiseen tähtäävää kyselytutkimusta, jonka teimme Turun lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen kehittämissyksikölle. Turussa lääketieteen opiskelijoille opetetaan ensimmäisen kerran anamneesinottoa Kliinisen lääketieteen perusteet -kurssilla. Kurssi järjestetään kolmannen vuoden opintojen syksyllä eli C5-lukukaudella ja on

laajuudeltaan 5 opintopistettä. Kurssin tavoitteisiin kuuluu antaa opiskelijoille ”valmius ottaa anamnestiset tiedot ja suorittaa kliininen tutkimus niin, että hän tältä pohjalta kykenee tutkimaan potilaan ja laatimaan asianmukaisen sairauskertomuksen”. Anamneesiopetukseen kuuluu vuorovaikutusharjoitus, luento, vertaisohjattu anamneesiharjoitus ja palautetilaisuus. Opetuksen tarkoituksena on antaa kolmannen vuoden opiskelijoille ensikosketus anamneesinottoon ja potilaisiin sekä harjoitella anamneesin ottamista. Opetuksen tarkempi toteutus käsitellään Tutkimuksen tavoitteet -kappaleessa.

Tutkimuksen aineistona on tekemämme Google Forms -kyselytutkimuksen vastaukset. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa opiskelijoiden ajatuksia ja kokemuksia anamneesinoton opettamisesta sekä kerätä parannusehdotuksia opetuksen järjestämisestä. Kyselytutkimus lähetettiin Turun lääketieteellisen tiedekunnan kolmannen vuoden opiskelijoille sähköpostitse joulukuussa 2017. Kyselytutkimukseen vastasi 56 opiskelijaa. Tutkimusosiossa käsittelemme keräämäämme aineistoa ja tuloksia. Pohdinta-osiossa esitämme päätelmiä tutkimuksestamme ja parannusehdotuksia anamneesiopetukseen tulevaisuudessa.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Anamneesi lääkärin työkaluna

Lääkäri haastattelee työuransa aikana keskimäärin yli 200 000 potilasta, mikä tekee anamneesista useimmin suoritettua toimenpiteitä.¹ Tämä kuvastaa hyvin anamneesin tärkeyttä lääkärin ammatissa. Anamneesi määritellään Duodecimien lääketieteen sanastossa esitiedoiksi eli potilaan, omaisten tai saattajien haastattelusta kerätyiksi tiedoiksi sairaudesta.² Englanninkielisessä kirjallisuudessa anamneesin ohessa kulkee usein termi kliininen päättely (ns. clinical reasoning). Tällä tarkoitetaan prosessia, jonka perusteella terveydenhuollon ammattilainen muodostaa käsityksen potilaan ongelmasta ja luo suunnitelman potilaan hoidon suhteen.³ Kliininen päättely ja anamneesinotto nivoutuvat usein yhteen, eikä anamneesin ottaminen ole pelkästään potilaan haastattelemista. Jonathan Gillis esittää artikkelissaan The history of the patient history since 1850, että esitietoja on kahden tyyppisiä: suoraan potilaalta itseltään tai välillisesti omaisilta saatu pintapuolinen kertomus sekä varsinainen lääkärin harkitun haastattelun tuloksena saatu anamneesi. Anamneesi ei siis ole pelkkä jäljitelmä potilaan kertomuksesta, vaan ennemminkin lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tulos.⁴

Anamneesin päätarkoitus on antaa tarkkaa tietoa nyky sairaudesta sekä luoda mahdollisimman yksityiskohtainen kuva potilaan sairaushistoriasta.^{5,6} Anamneesinotto on lääkärille tärkeä tiedonkeruun väline, mutta sillä on myös useita muita käyttötarkoituksia. Haastattelu toimii keinona välittää tietoa ja antaa tilaisuuden sitouttaa ja motivoida potilasta osallistumaan hoitoonsa.^{6,7} Haastattelulla on keskeinen vaikutus potilastyytyväisyyteen sekä potilaan ja lääkärin väliseen luottamussuhteeseen ja näin ollen hoidon tuloksellisuuteen.⁶ Puutteellisen anamneesin tuloksena voi olla virheellinen sairaushistoria, joka on tärkeimpiä diagnoosin tekemistä hankaloittavia tekijöitä.⁵ Huono haastattelu voi johtaa paitsi väärään diagnoosiin myös potilas-lääkärisuhteen vaarantumiseen.⁸ Haastattelutilanteessa rakentuva potilaan ja lääkärin välinen luottamussuhde on tärkeä oikean diagnoosin muodostamisessa ja täten myös hoidon onnistumisessa.⁷ Luottamussuhde lääkärin ja potilaan välillä toimii jatkossa pohjana potilaan hoidolle.⁹ Potilastyytyväisyys on vahvasti sidoksissa lääkärin ja potilaan välisen kommunikaation laatuun.⁷ Kommunikaatio taidoilla voi olla suurempi vaikutus potilaan kokemukseen vastaanottotilanteesta kuin hoidon onnistumisella.⁷

Lääketiede on kehittynyt harppauksin, ja uusien laboratorio- ja kuvantamistutkimusten määrä on kasvanut. Lääketieteen opetuksen painopiste on samaa tahtia kallistunut erilaisten tutkimusten puolelle perinteisten kliinisten taitojen (anamneesin ja statuksen) kustannuksella.⁵ Kuvantamis- ja laboriotutkimusten tulisi täydentää kliinisiä taitoja, ei syrjäyttää niitä.^{5,10} Anamneesi on yhä merkittävässä asemassa diagnostiikan kannalta. Kirch ja Schafii ovat keränneet ruumiinavausraportteja neljältä vuosikymmeneltä ja tutkineet erilaisten diagnostisten menetelmien, kuten kuvantamisen ja kliinisen statuksen, vaikutusta diagnoosin asettamiseen.¹¹ Tutkituista diagnostisista menetelmistä anamneesi antoi 73 %:ssa tapauksista ratkaisevaa tietoa oikean diagnoosin asettamiseksi, kun taas esimerkiksi kuvantamisella vastaava luku oli vain 35 %.¹¹ Kuvantaminen osoittautui myös tutkituista diagnostisista menetelmistä harhaanjohtavimmaksi (7 %:ssa tapauksista).¹¹ Anamneesi johti harhaan vain alle 1 %:ssa tapauksista.¹¹ Anamneesi on paitsi ilmainen myös parhaimmillaan kustannuksia vähentävä klinikon työkalu. Kattavalla anamneesilla voidaan välttyä turhilta kalliilta tutkimuksilta.¹⁰

2.2 Lääkäri- ja potilaskeskeinen anamneesi

Perinteisesti lääkäreille on opetettu lääkärikeskeistä haastattelua, jonka avulla he ovat oppineet ymmärtämään potilaiden ongelmia biolääketieteellisen mallin mukaisesti.¹

Lääkärikeskeisessä haastattelussa lääkäri johtaa kanssakäymistä tavoitteidensa mukaisesti ja selvittää oireita sekä muita löydöksiä diagnoosin muodostamiseksi.¹ Vaikka tämänlainen haastattelutapa on tieteellinen ja melko tarkka, se sisältää usein paljon suljettuja kysymyksiä, jotka estävät potilasta tuomasta esille omia huolenaiheitaan. Tällöin esimerkiksi psykososiaalisen anamneesin selvittely vaikeutuu.¹ Lääkärikeskeiseen haastatteluun liittyvä terveyden biolääketieteellinen malli lokeroi potilaat pelkästään sairauksien mukaisesti.¹ Samalla helposti epäonnistutaan huomioimaan psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, jotka voivat olla ratkaisevia potilaan terveydelle.¹ On tutkittu, että puhtaasti lääkärikeskeistä haastattelumenetelmää käytettäessä 69 %:ssa haastatteluista potilas ei saanut tuotua kokonaan esille edes ensimmäistä huoltaan ennen kuin lääkäri keskeytti potilaan, mikä tapahtui keskimäärin 11 sekunnissa.^{1,12} Käytännössä vain potilaat, joiden huolet eivät olleet vakavia, olisivat tarvinneet tätä vähemmän aikaa huolensa esille tuomiseksi.¹²

Vastineeksi lääkärikeskeiselle haastattelulle on kehittynyt potilaskeskeinen haastattelu, joka sisältyy George Engelin kehittämään biopsykososiaaliseen malliin.¹ Siinä yhdistyy yksilön biologinen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus kokonaisuudeksi, jonka avulla saadaan parempi käsitys yksilön kokonaisterveydestä.¹ Potilaskeskeisen haastattelun lähtökohtana on, että potilas on omien oireidensa ja tuntemuksiensa asiantuntija, ja lääkäri muokkaa nämä potilaan kokemukset diagnooseiksi ja tarvittaviksi hoidoiksi.^{1,13} Potilaskeskeisessä haastattelussa lääkäri antaa potilaan ohjata keskustelua ja rohkaisee potilasta ilmaisemaan tärkeältä tuntuvia asioita, mikä auttaa muodostamaan paremman käsityksen ongelmasta potilaan yksilöllisessä kontekstissa.¹ Potilaskeskeisyys korostaa potilaan autonomiaa ja auttaa häntä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan.¹ Lisäksi potilaskeskeisyyden on huomattu parantavan sairaanhoidon tehoa sekä tehostavan terveydenhuollon toimintaa jopa puolittamalla läheteiden ja diagnostisten tutkimusten määrää.¹⁴ Tämän voidaan ajatella selittyvän sillä, että lääkärin ymmärtäväinen ja vastaanottava olemus vastaanottotilanteessa lievittää potilaiden ahdistusta sairauteen liittyen ja samalla vähentää turhien jatkotutkimusten tarvetta.¹⁴ Erityisesti lääkärin ja potilaan yhtämielisyydellä hoidon ja jatkoseurannan tarpeesta on positiivinen ennustearvo potilaan toipumiselle.¹⁴ Potilaskeskeisyys lisää sekä lääkärin että potilaiden tyytyväisyyttä ja vähentää kanteluiden määrää.¹⁴

Potilaskeskeisen haastattelun ei ole tarkoitus korvata lääkärikeskeistä haastattelua, vaan täydentää sen puutteita. Potilaskeskeisiä ja perinteisiä lääkärikeskeisiä tekniikoita yhdistävä niin sanottu integroitu haastattelu on ensisijainen tapa haastatella potilasta, sillä sen on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä ja potilaiden komplianssia sekä parantavan hoitotuloksia.¹

2.3 Hyvän anamneesin piirteitä

2.3.1 Vuorovaikutus

Kommunikaatio on tärkein tapa välittää potilaille tietoa hoidosta ja sairauksien preventiosta.¹ Ymmärtääkseen potilaiden terveysongelmia on tärkeää keskustella heidän kanssaan henkilökohtaisista aiheista, jotka saattavat herättää paljon tunteita. Monissa tapauksissa oikeaan diagnoosiin on hankala päästä, ellei perehdy potilaan psykososiaalisiin ongelmiin sekä elämäntapoihin sairauden taustalla. Tarpeeksi kattavan anamneesin saaminen potilaalta edellyttää siis hyvää potilas-lääkärisuhdetta. Jotta kanssakäyminen olisi mahdollisimman sujuvaa, tulisi lääkäriellä olla kyky yhdistää saumattomasti anamneesinottotaidot kommunikaatiotaitoihin.¹⁵ Tehokkaan kommunikaation on huomattu auttavan saavuttamaan parempia tuloksia terveydenhuollossa, lisäämään potilastyytyväisyyttä sekä hoitomyöntyvyyttä ja jopa vähentämään hoitovirheitä.^{16,17}

Jo ensivaikutelman perusteella lääkäri voi tiedostamattaan vaikuttaa kehittyvään potilas-lääkärisuhteeseen. Lääkäriin kykyä aloittaa vastaanotto sujuvasti esittelemällä itsensä pidetään tärkeänä.¹⁸ Yhtä tärkeänä asiana voidaan pitää vastaanoton sujuvaa lopetusta.¹⁸ Vastaanoton loppuun tulisi jättää aikaa mahdollisille kysymyksille sekä varmistaa, että potilas ja lääkäri ovat suunnitelman suhteen samalla aaltopituudella.¹⁹

Potilasta osallistava ja huomioon ottava kommunikaatio on yhteydessä potilastyytyväisyyteen, sillä se vähentää potilaiden ahdistuneisuutta sekä edesauttaa potilaiden avoimuutta lääkärin vastaanotolla.²⁰ Päinvastainen vaikutus on kommunikaatiolla, jossa lääkäri on selvästi aktiivisempi tai dominoivampi osapuoli, sillä siihen liittyy useammin alentava tai nuhteleva kohtelu.^{20,21} Potilaskeskeisyys on elintärkeää hyvässä haastattelussa, ja potilaat usein toivovat olevansa osallisia hoitoon liittyvissä päätöksissä.^{16,20} Hyvinä potilaskeskeisinä kommunikaatiokeinoina pidetään muun muassa avoimien kysymysten esittämistä, oikea-aikaista hiljaisuutta, tarkkaavaista kuuntelua ja termien selittämistä tarvittaessa.¹ Kärsivällisyyden ja myötätunnon osoittaminen on osa sujuvaa potilaskeskeistä kommunikointia. Lisäksi lääkärin on kyettävä hyväksymään erilaisia asenteita myös eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa.¹ Reflektoinnilla on todettu olevan vahva yhteys potilastyytyväisyyteen.²¹ Käytännön potilastyössä reflektointi ilmenee esimerkiksi lääkärin tuodessa esille tunnetiloja, jotka hän on potilaassa havainnut. Tällöin potilas voi kokea tulevaisuutta ymmärretyksi.

Tietyt kommunikaatiossa käytettävät tehokeinot, joilla viestitään potilaille, mitä seuraavaksi tapahtuu tai mihin keskustele etenee, ovat yhteydessä potilastyytyväisyyteen.¹⁶ Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi asioiden kertaaminen ja tiivistäminen sekä liitesanojen ja ohjaavien lauserakenteiden käyttäminen.¹⁶ On tärkeää, että lääkäri ymmärtää potilaan nonverbaaliset vihjeet.¹⁵ Joskus potilaat voivat olla yhteistyökyvyttömiä, varautuneita tai jopa hyökkäviä lääkäriä kohtaan. Tällöin lääkärin tulisi välittömästi ottaa esille mahdolliset kommunikaatiota hankaloittavat tekijät ja vakuuttaa potilas keskustelun tärkeydestä käyttämällä mahdollisimman objektiivista ja tuomitsematonta kieltä ja äänensävyä.²²

Potilaan tarkkaavainen kuuntelu, potilaan nimen käyttäminen keskustelussa sekä tietyt nonverbaaliset kommunikaatiokeinot viestittävät kunnioitusta potilasta kohtaan.²¹ Lääkärin on kiinnitettävä huomiota nonverbaaliseen kommunikaatioonsa, sillä useimmiten verbaalisen kommunikaation ollessa ristiriidassa nonverbaalisen kanssa nonverbaaliset vihjeet huomioidaan herkemmin.²⁰ Esimerkiksi potilaalle voi tulla kiireen tunne tilanteessa, jossa lääkäri vilkuilee kelloa, vaikka vakuuttaisikin vastaanottoaikaa olevan yhä jäljellä. Ristiriitaiset signaalit voivat vaikeuttaa hyvän potilas-lääkärisuhteen rakentamista.²⁰ Lääkärin sanaton viestintä voi vaikuttaa siihen, miten halukas potilas on kertomaan itsestään. Sanattoman viestinnän keinoja, joihin lääkärin tulisi eritoten kiinnittää huomiota, ovat katsekontakti, äänensävy, ilmeet, asennot ja nyökkäykset.²⁰ Potilasta haastatellessa tulisi säilyttää kulttuurillisesti sopiva etäisyys.²² Hieman potilasta kohti nojaava asento tehostaa vaikutelmaa läsnäolosta.²² Erityisesti lääkärin runsas muistiinpanojen ottaminen sekä tietokoneen käyttö vastaanottotilanteessa vähentää katsekontaktin ottamista ja näin ollen voi heikentää kommunikaatiota. Tutkimusten perusteella vaikuttaisi siltä, että nonverbaalinen kommunikaatio on jopa tärkeämpi keino osoittaa empatiaa kuin verbaalinen kommunikaatio.²⁰

2.3.2 Taitotieto

Integroitu haastattelu, jossa yhdistyy potilaskeskeinen ja lääkärikeskeinen haastattelu, on potilaskohtaamisten tukiranka.¹ Ellei kyseessä ole erityistä kiireellisyyttä vaativa ongelma, tulisi potilaskeskeisen osuuden edeltää lääkärikeskeistä osuutta luoden potilaalle viihtyisämmän ympäristön tuoda esille ongelmiaan.¹ Tarvittaessa klinikon on kuitenkin osattava vaihtaa lähestymistapaa haastattelun edetessä.

Smith ym. ovat kehittäneet järjestelmällisen viisiportaisen potilaan kohtaamisen mallin, jota klinikot voivat käyttää tehdäkseen vastaanotosta mahdollisimman potilasystävällisen.¹³ Ensimmäisessä vaiheessa valmistellaan tilanne sopivaksi haastattelua varten esittäytymällä, rauhoittamalla haastattelutilanne ja tekemällä potilaan olo mukavaksi ja turvalliseksi.¹³ Toisen vaiheen tarkoituksena on rajata haastattelu kertomalla potilaalle käytettävissä oleva aika ja tekemällä selväksi, mitä tietoja lääkäri tarvitsee sairauden selvittelyssä.¹³ Kolmannessa vaiheessa hankitaan lisää tietoa ajankohtaisesta ongelmasta kysymällä avoimia kysymyksiä.¹³ Neljännen vaiheen tarkoituksena on tarkentaa kolmannessa vaiheessa saatuja tietoja suljetuin kysymyksiin ja samalla liittää saadut tiedot potilaan viitekehykseen.¹³ Viimeisessä vaiheessa siirrytään lääkärikeskeiseen lähestymistapaan, jolloin lääkäri tiivistää tarinan kokonaisuudeksi sekä varmistaa tietojen paikkansapitävyyden.¹³

Vastaanoton sujuvoittamiseksi kannattaa käyttää sairauskertomusjärjestelmässä jo valmiiksi olevia esitietoja. On kuitenkin tärkeää pitää mielessä, että järjestelmässä oleva kirjaus on aina vain kirjauksen tehneen henkilön näkökulma asioista, ja kirjauksessa kuvatut tapahtumat voivat täten poiketa merkittävästikin totuudesta.⁴ Anamneesia ottaessa lääkärin tulisikin aina huomioida erotusdiagnostiset vaihtoehdot, eikä sokeasti luottaa vanhoihin tai potilaan itse tekemiin diagnooseihin. Toisinaan kolmannelta osapuolelta saatu tieto voi muodostua välttämättömäksi esimerkiksi potilaan muistisairauden vuoksi tai lapsipotilaita hoitaessa.⁴

Avoimien kysymysten käyttäminen suljettujen sijaan anamneesia ottaessa antaa usein tarkempaa tietoa potilaan oireista.⁵ Käyttämällä pääasiallisesti suljettuja kysymyksiä voi helposti johdatella itseään tai potilasta harhaan. Samoja kysymyksiä ei useimmiten kannata kysyä useaan kertaan, sillä se voi antaa potilaalle vaikutelman, että lääkäri ei ole keskittynyt kuuntelemaan tai ei ole kiinnostunut potilaan kertomuksesta.⁴ Toistoa kannattaa kuitenkin käyttää kokonaisuuden tiivistämisessä ja varmistaakseen, että on ymmärtänyt tapahtumien kulun niin kuin potilas on sen tarkoittanut.¹⁰ Potilaille on usein tapana käyttää lääketieteellisiä termejä kertoessaan oireistaan. Lääkärin on tällöin hyvä varmistaa potilaalta, mitä hän tarkoittaa käyttäessään tiettyä termiä.⁴ Esimerkiksi termiä alilämpö käytetään usein virheellisesti. Kysymykset kannattaa esittää potilaalle yksi kerrallaan, ja ne tulee muotoilla niin, etteivät ne sisällä johdattelevia sanamuotoja.²³ Lääkärin tulisi myös rohkeasti kysyä suoraan aiheista, jotka voivat potilaalle olla epämiellyttäviä, sillä potilaat harvoin tuovat niitä itse esille. Tällaisia aiheita voivat olla muun muassa seksuaalinen aktiivisuus, päihteiden käyttö ja väkivallan kokeminen. Potilaan voi olla helpompaa kertoa avoimesti vaikeista asioista, kun lääkäri on edeltävästi selittänyt, miksi niistä kysytään.²³

Potilaan luonteen arviointi helpottuu, kun potilaan antaa puhua rauhassa. Luonteen perusteella voidaan suhteuttaa potilaan kertomaa ja arvioida kertomuksen luotettavuutta.⁴ Toisinaan on kuitenkin tarpeellista keskeyttää ja ohjata keskustelua takaisin oikeaan suuntaan, mikäli potilaan kertomus ohjautuu ajankohtaisen ongelman kannalta epäolennaisiin seikkoihin.²³ Lääkärin kannattaa aika ajoin rohkaista potilasta jatkamaan kertomustaan ajankohtaisesta ongelmasta, sillä jokainen yksityiskohta voi olla avain ongelman ratkaisuun.⁶ Hyviin tapoihin kuuluu, ettei lääkäri anna potilaalle vaikutelmaa kiireestä esimerkiksi tarpeettomasti keskeyttämällä, jouduttamalla kertomusta tai vaihtamalla aihetta ennen kuin edellinen on käyty tyydyttävästi loppuun.^{4,10} Huomatessaan kiireen potilaan kertomus muuttuu tyypillisesti sekavaksi ja epätarkaksi.⁴

Anamneesinoton sisältö vaihtelee vastaanoton luonteen ja potilaan sairauksien mukaan. Kyetäkseen kysymään merkityksellisiä kysymyksiä on lääkäriellä oltava tarpeeksi vahva teoreettinen ymmärrys ajankohtaisesta terveydellisestä ongelmasta.⁴ Kuitenkin tietyt kysyttävät asiat toistuvat lähes jokaisen vastaanoton yhteydessä ja ovat täten tärkeitä muistaa. Näihin asioihin lukeutuvat vastaanotolle tulon syy, sairauteen liittyvät oireet, mahdolliset hälyttävät oireet, samankaltaisten oireiden aiempi esiintyvyys, muut samanaikaiset terveysongelmat, sairaushistoria, sukuhistoria, sosiaaliset taustatekijät, mieliala, ajankohtainen lääkitys, tupakointi sekä päihteiden käyttö.¹⁸ Näistä ehdottomasti tärkein on vastaanotolle tulon syy eli ajankohtainen ongelma, jonka ympärille koko vastaanotto rakentuu.⁶ Oireista on tapana kysyä vähintään niiden sijainti, voimakkuus, luonne, ajallinen kehitys sekä pahentavat ja helpottavat tekijät.^{6,18,23} Hyvä käytäntö on myös kysyä potilaalta, mitä hän oireistaan itse ajattelee, mistä potilas ajattelee oireiden johtuvan sekä millä tavoin ne vaikuttavat päivittäiseen elämään.^{18,23} Kun edellä mainitut asiat on käyty huolellisesti läpi, kannattaa anamneesia tarkentaa täsmällisemmällä olennaiseen elinjärjestelmään liittyvillä kysymyksillä.²³ Kysymällä potilaalta, onko kehossa tai sen toiminnassa tapahtunut muutoksia lähiaikoina, saa usein yleiskuvan potilaan kokonaisterveydestä ja mahdollisesti vihjeitä oireista, joita ei ole vielä käsitelty.^{6,23} Potilaat tulisi haastatella mahdollisimman kattavasti unohtamatta aikataulun asettamia rajoja. Potilaita ei aina ehdi haastatella niin kattavasti kuin toivoisi. Anamneesinotto kuitenkin helpottuu kliinisen kokemuksen myötä, kun tiedon karttuessa osaa keskittyä olennaisiin asioihin, ja ajankäyttö tehostuu.

2.4 Opiskelijoiden kokemat haasteet anamneesinotossa

Huolimatta anamneesin kiistattomasta asemasta diagnostiikassa anamneesinoton opettamista lääketieteen opinto-ohjelmassa ei painoteta.⁹ Opiskelijat saavat harjoitusta lähinnä tutkimalla opetuspotilaita, mutta suoritusta harvoin arvioidaan, eikä palautetta anamneesinotosta anneta. Kliinisiä opettajia on vähän suhteessa opiskelijoiden määrään, eikä opiskelijoiden suorituksia kyetä valvomaan tarpeeksi.⁸ Varsinaista anamneesiin keskittyvää opetusta on vähän, mikä näkyy opiskelijoiden anamneesinottotaidoissa. Lääketieteellisen koulutuksen edetessä opiskelijat eivät välttämättä kehity anamneesinotossa, vaan heidän taitonsa voivat jopa heikentyä.⁹

Pfeiffer ym. tutkivat artikkelissaan lääketieteen opiskelijoiden anamneesinottotaitoja.⁷ Tutkimukseen osallistui 292 lääketieteen opiskelijaa Connecticutin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta, ja heidän anamneesinottotaitojensa arvioimiseen käytettiin modifioitua ACIR-asteikkoa (Arizona Clinical Interviewing Rating Scale).⁷ Arviointi toteutettiin joka vuosi neljän vuoden ajan kolmelle kohortille. Tutkimuksessa kävi ilmi, että opiskelijoiden anamneesinottotaidot kehittyivät toisen vuoden loppuun asti, jonka jälkeen taidoissa näkyi tasaista heikentymistä aina neljänteen vuoteen saakka.⁷ Artikkelin kirjoittajat esittävät kolme mahdollista selitystä löydökseensä. Yhtenä anamneesinottotaitojen heikkenemistä mahdollisesti selittävänä tekijänä pidetään lääketieteen kulttuuria, jossa puhtaat tieteelliset havainnot painavat vaakakupissa enemmän kuin kommunikaatiotaidot.⁷ Tutkimuksen aikajänne puhuu hypoteesin puolesta, sillä kolmantena vuonna lääketieteen opiskelijat aloittavat kliiniset opintonsa sairaalassa ja saavat mahdollisesti huonojakin vaikutteita vanhemmilta kollegoilta. Toisena tekijänä saattaa olla loppuvaiheen opiskelijoiden kokema paine oikean diagnoosin asettamiseksi ja erotusdiagnoosien poissulkemiseksi, jonka seurauksena tietyt turhempina pidetyt osa-alueet, kuten sosiaalinen anamneesi, saattavat kärsiä.⁷ Kolmantena selityksenä esitetään kliinisessä työssä vanhemmilta kollegoilta opittu huono malli, jossa potilas koetaan taakkana ja potilaan kanssa vietetty aika halutaan minimoida.⁷

Anamneesia ottaessa tulee teknisten haastattelutaitojen lisäksi hallita kommunikaatiotaitoja. Opiskelijoiden kompastuskivien tunnistaminen anamneesinotossa auttaa kehittämään opetusta oikeaan suuntaan. Ahmed arvioi 45 lääketieteen opiskelijan anamneesinottotaitoja heidän haastatellessaan ennestään tuntematonta sisätautiosaston potilasta.⁸ Opiskelijoiden suoritukset arvosteltiin 11 eri muuttujan suhteen asteikolla: hyvä, kohtalainen ja heikko. Opiskelijoiden

heikoimmiksi osa-alueiksi osoittautuivat kyselytekniikka (66,6 % suoriutui heikosti), sosiaalisten osa-alueiden huomioiminen (62,2 %), oireiden analysointi (53,3 %) ja haastattelun johdattelu (51,1 %).⁸ Lisäksi haasteita esiintyi potilashistorian selventämisessä (48,9 %), ammattikielen käytön välttämässä (42,2 %) ja kysyttävien asioiden tarkennuksessa (40 %).⁸ Noin kolmasosan opiskelijoista katsottiin kuitenkin suoriutuneen hyvin potilashistorian selventämisessä (37,8 %), ammattikielen käytön välttämässä (33,3 %), haastattelutilanteen kontrolloimisessa (31,1 %) ja pääoireen tunnistamisessa (31,1 %).⁸ Opiskelijoiden ongelmat liittyivät tämän otoksen perusteella pitkälti haastattelutekniikkaan, mutta he itse kokivat haasteelliseksi myös kommunikaatio-osuuden.⁸ Myös Batenburg ja Gerritsma kartoittivat opiskelijoiden omia kokemuksia haasteista anamneesinotossa.⁹ Eniten haasteita koettiin henkilökohtaisten kysymysten esittämisessä, haastattelun yhteenvetämisessä, keskustelun aloittamisessa ja lääketieteellisen tiedon yhdistämisessä haastatteluun.⁹

Usealla opiskelijalla itse haastattelutaidoissa on parannettavaa. Opiskelijat kysyvät liikaa suoria, suljettuja ja johdattelevia kysymyksiä.^{8,9} Paikoin kysymykset voivat olla niin polveilevia, etteivät potilaat ymmärrä itse kysymystä.⁸ Kommunikaatiota vaikeuttaa myös opiskelijoiden käyttämä ammattikieli, joka voi olla potilaalle täysin käsittämätöntä lääketieteellisen vaikeaselkoisen sanastonsa vuoksi.^{8,9} On havaittu, että opiskelijat tekevät potilaita haastatellessaan liian vähän yhteenvetoja ja usein tyytyvät epämääräiseen tietoon.⁹ Haastattelussa opiskelijoiden kysymykset ovat myös ajoittain epäoleellisia potilaan oireiston selvittämiseksi. Tämän ajatellaan osittain johtuvan opiskelijoiden kykenemättömyydestä kiteyttää teorettinen osaamisensa järkeviksi kysymyksiksi.^{8,9}

On esitetty, että yksi opiskelijoiden suurimpia ongelmia anamneesinotossa on heidän ajattelunsa jäykkyys.⁸ Opiskelijoiden ajattelutapa on usein mustavalkoinen, ja potilaita haastatellaan kankeasti elinjärjestelmä kerrallaan. Opiskelijoiden harjaantumattomuus anamneesinotossa näkyy esimerkiksi eri elinjärjestelmien oireita kyseltäessä. Tiettyjä elinjärjestelmiä painotetaan ja toiset, kuten urogenitaalinen elinjärjestelmä, jäävät usein huomioimatta.⁹ Erotusdiagnostiikassa opiskelijoilla voi olla hankaluuksia huomioida samanaikaisesti useita elinjärjestelmiä, jolloin esimerkiksi alaselkävun syitä haetaan pelkästään tuki- ja liikuntaelimestöstä ruoansulatuselimistön jäädessä täysin huomioimatta.¹⁸ Erityisesti mielialasta suoraan kysyminen jää monelta tekemättä, minkä vuoksi psykiatriset sairaudet somaattisten oireiden aiheuttajina herkästi ohitetaan.¹⁸

Oleellisen tiedon keräämisessä ja sen tulkinnessa on haasteita.⁹ Opiskelijoilla voi olla vaikeuksia muodostaa useampi kuin yksi hypoteesi ja usein siihen päädytään jo varhain haastattelun alussa, eikä sitä välttämättä enää kyseenalaisteta haastattelun aikana.^{8,9} Opiskelijat keskittyvät herkästi oireisiin, jotka tukevat hypoteesia. Potilaiden vastauksiin, jotka eivät sovi hypoteesiin, voi olla vaikea reagoida ja opiskelijat voivat jopa hämmentyä tästä.^{8,9} Vaikeuksia on myös pääoireen kartoittamisessa. Ahmedin materiaalissa yli puolella opiskelijoista pääoireen analysointi jäi vaillinaiseksi, ja jopa kolmasosa opiskelijoista ei edes tunnistanut potilaan pääoiretta haastattelun aikana.⁸ Syynä tähän voidaan osittain pitää täsmentämisen ja yhteenvetojen puutetta. Potilailta ei tarkenneta, mitä he käyttämillään termeillä tarkoittavat, tai kysytä täsmentäviä jatkokysymyksiä.⁸

Sir William Oslerin vanhassa toteamuksessa ”Kuuntele potilasta, hän kertoo sinulle diagnoosin” on yhä perää. Opiskelijoille sosiaalisten taitojen harjoittelu ja niiden yhdistäminen olennaisen tiedon keräämiseen ja hypoteesin luomiseen voi kuitenkin olla haasteellista.⁹ Anamneesia ottaessa opiskelijat dominoivat keskustelua, eikä potilaalle aina anneta mahdollisuutta selittää asioita omin sanoin.⁹ Opiskelijoiden ollessa potilaita enemmän äänessä menetetään mahdollinen hiljaisuuden tuoma hyöty. Sanattomat viestit jäävät usein huomioimatta.⁹

Opiskelijat monesti olettavat, etteivät potilaat itse tiedä mitään sairaudestaan tai menneistä lääkityksistään.⁹ Haastattelun aikana opiskelijoiden muistiinpanojen teko voi häiritä muun muassa katsekontaktia, ilmeitä ja eleitä, jotka ovat tärkeitä potilaskontaktin luomisessa.⁸ Osalle opiskelijoista haasteita tuottaa itse haastattelutilanne. Haastattelun alussa ei aina kätellä potilasta tai edes esittäydytä,⁸ mikä voi olla vahingollista otollisen potilas-lääkärisuhteen luomiselle. Joskus vuorovaikutus potilaan kanssa epäonnistuu eikä haastattelutilanteessa tulla toimeen potilaan kanssa lainkaan.⁸ Opiskelijoiden haastatteluissa on käynyt ilmi, että potilaiden tunteiden kohtaaminen tuottaa osalle opiskelijoista vaikeuksia, eivätkä he pysty vastaamaan potilaan tarpeisiin tunnetasolla.⁹ Anamneesin osa-alueista juuri sosiaalisen puolen kartoitus jää paikoin vajaaksi opiskelijoiden välitellessä kysymästä potilaiden yksityis- tai intiimiasioista, kuten seksuaalikäyttäytymisestä tai päihteiden käytöstä.^{8,9} Syynä tähän on pidetty opiskelijoiden ujoutta ja vastahakoisuutta tunkeutua potilaiden yksityisasioihin.⁸

Haastattelun johdattelu ja kontrollointi osoittautuivat haasteellisiksi suurelle osalle lääketieteen opiskelijoista.⁸ Anamneesinottoon liittyvien teknisten ja vuorovaikutukseen liittyvien ongelmien lisäksi opiskelijoille tuo haastetta esimerkiksi ympäristön aikapaine ja

potilaiden ominaisuudet, kuten huonokuuloisuus. Ahmed oli tutkimustaan varten rajannut anamneesinottoon käytettävän ajan 30 minuuttiin, jonka kolmasosa opiskelijoista ylitti.⁸ Aikaa kului turhien yksityiskohtien läpikäymiseen ja epäolennaisten kysymysten esittämiseen.⁸ Haasteeksi osoittautui myös haastattelun ohjaaminen takaisin raiteilleen potilaan ollessa puhelias.⁸

2.5 Anamneesin opetus, oppiminen ja opiskelijoiden arviointi

Lääketieteen kehittyessä anamneesin ja kliinisen statuksen painotus opetuksessa on vähentynyt 60-luvulta lähtien.⁵ Perinteisesti kliinisiä taitoja on harjoiteltu aamukierroilla ohjaavan lääkärin opastuksella, mutta aamukiertojen luonne on muuttunut. Potilaiden asioita kuvantamistutkimus- ja laboratoriotuloksineen käydään yhä enemmän läpi osaston kansliassa varsinaisen potilashuonekierron sijaan.⁵ Toisaalta 2000-luvulla lääketieteellisissä koulutuslaitoksissa on pyritty lisääntyvästi kouluttamaan lääkäreitä, jotka keskittyvät työssään enemmän itse potilaisiin kuin heitä vaivaaviin sairauksiin. Potilaslähtöisen terveydenhuollon omaksumiseksi koulutuslaitokset ovat sitoutuneet opettamaan opiskelijoilleen kaikkia hyvän kommunikaation аспектеjä sekä kliinistä päättelykykyä esimerkiksi potilashaastatteluiden avulla.²⁴ Erityisen suosituksi on tullut vuonna 1983 Donald Schöinin esittelemä refleктоivan harjoittelun suuntaus, jossa pyritään kehittämään kriittistä ajattelua, ongelmanratkaisua ja oppimistaitoja löytämällä uusia näkökulmia sekä vaihtoehtoja itsearviointiin ja muiden antaman palautteen perusteella.²⁵

Perinteisiin luokkahuoneissa tapahtuviin opetusmenetelmiin suositellaan yhdistämään moderneja sähköisiä ja internetiä hyödyntäviä menetelmiä.²⁶ Elektroniset opiskelualustat ovat erityisen käyttökelpoisia, sillä ne ovat kustannustehokkaita sekä helposti päivitettäviä, ja ne lisäävät opiskelijoiden osallistamista opetukseen.²⁶ Kysyntää hyvälle elektronisille opiskelualustoille tulee varmasti tulevaisuudessa olemaan opiskelijamäärien lisääntyessä. Oppimisen tueksi on myös kehitetty normaalin kontaktiopetuksen ja digitaalisten alustojen rinnalle uudenlaisia oppimisympäristöjä, kuten simulaatiokeskuksia, joiden avulla opiskelijat pystyvät yhdessä toisten opiskelijoiden tai ammattiryhmien kanssa kehittämään kliinisiä taitoja.²⁷ Käytössä on lukuisia erilaisia tapoja opettaa anamneesinottoa. Kuitenkaan yhteisymmärrystä siitä, mitkä menetelmät ovat tehokkaimpia, ei toistaiseksi ole, sillä yhtenäisiä standardeja menetelmien hyötyjen arvioimiseksi ei ole kehitetty.^{22,28} Standardien

kehittäminen auttaisi arvioimaan paremmin, missä vaiheessa opintoja eri menetelmät ovat tehokkaimmillaan.

Anamneesinotto on taitolaji, jonka oppii vain ahkeralla harjoittelulla. Tutkimusten perusteella opiskelijat hyötyvätkin potilashaastattelun lääketieteellisen sisällön systemaattisesta opetuksesta.²⁶ Tällaiseen opetukseen osallistuneet opiskelijat osaavat paremmin jäsentää haastattelujaan sekä reagoida oikein potilaiden nonverbaalisiin vihjeisiin.²⁸ Lisäksi he saavat haastattelemalla selville enemmän oleellista tietoa.²⁸ Ennen potilaskohtaamisten alkamista saatu koulutus voi parhaimmillaan rentouttaa opiskelijaa ja täten sujuvoittaa haastatteluprosessia. On muistettava, että anamneesinottoa ei kannata opettaa pelkästään tiedonkeruun välineenä, vaan yhtä tärkeää on tiedon välittäminen.²⁹

Anamneesinotto on osa kliinistä päättelyä, minkä vuoksi opiskelijoiden anamneesinoton seuraamista voidaan käyttää heidän kliinisen päättelynsä arvioinnissa.³⁰ Antaakseen täsmällistä ja rakentavaa palautetta opettajien on kuitenkin osattava kiinnittää huomiota oikeisiin asioihin. Potilaan haastattelussa tietyt piirteet ja toimintatavat antavat viitteitä siitä, että haastattelijaa osaa käyttää anamneesinottoa merkityksellisen tiedon keräämiseen. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa haastattelijan kyky johtaa keskustelua, reagointi ja kiinnostuksen osoittaminen tärkeältä vaikuttavaan tietoon sekä tarkkojen kysymysten esittäminen, mikä osoittaa haastattelijan muodostaneen hypoteesin.³⁰ Muita tärkeitä havaittavia piirteitä ovat kysymysten looginen järjestys, jo saadun tiedon tiivistäminen ja tarkistaminen sekä haastattelijan itsevarma kehonkieli.³⁰ Haastattelijan kliinistä päättelyä voidaan myös arvioida kerätyn tiedon laadun ja määrän sekä tiedonkeruun nopeuden perusteella.³⁰ Edellä mainittuja asioita tarkkailemalla opettajat kykenevät luotettavasti arvioimaan opiskelijoiden haastattelutaitoja kliinisessä ympäristössä. Esimerkiksi standardoidut potilastentit, kuten OSCE (objective structured clinical examination), tarjoavat opettajille mahdollisuuden arvioida opiskelijoiden anamneesinottotaitoja.³¹ Myös kirjalliset raportit, kuten oppimispäiväkirjat ja lokikirjat, ovat käyttökelpoisia opiskelijoiden osaamisen arvioinnissa.³¹ Parhaimmillaan ne antavat mahdollisuuden opiskelijoille itse reflektoida omaa osaamistaan, mikä on tärkeää kliinisten taitojen oppimisessa.

Suomessa lääketieteen opiskelijoilla on jo pitkään korostunut oppimisessa niin sanottu tietoa toistava orientaatio, jossa omaksutaan yksittäisiä faktoja ja painotetaan ulkooppimista.²⁷ Kuitenkin lähivuosina ovat yleistyneet aktivoivat oppimismenetelmät, joiden avulla opiskelijat kykenevät paremmin rakentamaan tietoa ja ratkaisemaan ongelmia.²⁷ Kun ottaa

huomioon lääkärin työnkuvan, jossa ongelmanratkaisutaitoja vaaditaan päivittäin, kyseiset oppimismenetelmät ovat hyvin tervetulleita. Aktivoivia oppimismenetelmiä voidaan käyttää apuna lähes kaikessa lääketieteellisessä opetuksessa, joten myös anamneesiopetuksessa ne ovat käyttökelpoisia. Tällä hetkellä lääketieteessä on käytössä neljä erilaista aktivoivaa oppimismenetelmää: tapauslähtöinen oppiminen, ongelmalähtöinen oppiminen, ryhmälähtöinen oppiminen ja käänteinen oppiminen.²⁷ Yhteistä näissä kaikissa on pyrkimys aktivoida opiskelijoiden aiempi teoretieto, ja sitä soveltamalla saavuttaa uutta ymmärrystä esimerkiksi hyödyntämällä potilastapauksia.²⁷ Aktiivisia oppimismenetelmiä sovelletaan useimmiten ryhmätilanteissa, mikä tukee opiskelijoiden toimintaa vastaavissa tilanteissa myös työelämässä. Aktivoivien oppimismenetelmien myötä opetus on muuttunut opettajakeskeisestä enemmän opiskelijakeskeiseen.²⁷ Tämän vuoksi opettajien rooli on yhä enemmän olla opiskelijoiden oppimisprosessin tukijoina ja vähemmän lääketieteen asiantuntijoina.²⁷

2.6 Vuorovaikutustaitojen opetus

Kommunikaatio on taito, jonka on todettu olevan kehitettävissä järjestelmällisellä opetuksella.³²⁻³⁴ Järjestelmällisessä opetuksessa opetettavat taidot on tarkasti määritelty, demonstroitu ja arvioitu. Taitoja, joita on tällaisella opetuksella opittu, on helpompi ylläpitää.³³ Erityisesti kommunikoinnin konkreettiset osat, kuten potilaan tervehtiminen, rohkaiseminen ja aiheen tiivistäminen, ovat opetettavissa.³² Myös kommunikaatioon liittyviä tunnetiloja, kuten empatiaa ja kunnioitusta, on mahdollista opettaa, tosin se on hankalampaa.³² Anamneesinottoa ja kommunikaatiota potilaiden kanssa on tärkeää opettaa, sillä nykyään potilaan kokemus vastaanotosta on usein jopa tärkein lääkärin onnistumisen mittari.³⁵

Vuorovaikuttamista opiskellessa on tärkeää asettaa itselleen tavoitteita. Tavoitteiden saavuttamisen perusteella opiskelijalle voidaan antaa palautetta, joka auttaa reflektoinnissa.³⁵ Oppilaitosten tulisi aktiivisesti kartoittaa opiskelijoiden havaitsemia puutteita heidän taidoissaan ja mukauttaa opetusta näiden tarpeiden mukaiseksi. On huomattu, että itse asettamiin tavoitteisiin perustuva oppijälähtöinen opetus parantaa opiskelijoiden haastattelutaitojen kehittymistä.³⁵ Opetuksen tehoa voidaan kartoittaa arvioimalla opiskelijoiden kehittymistä esimerkiksi OSCE-tenteillä, vertaisarvioinneilla tai opiskelijoiden kirjoittamilla reflektioivilla palautteilla.³¹ Useiden kyselyiden perusteella klinikot ovat

arvioineet saaneensa koulutusta kommunikaatiosta huomattavasti vähemmän kuin olisi tarpeen, kun huomioidaan kommunikaatiotaitojen tärkeys kliinisessä työssä.¹⁷

Ongelmat, joita oikeanlaisen kommunikaation keinoin yritetään lääketieteessä ratkaista, ovat yleensä vaikeasti määriteltävissä, ja ratkaisuun voidaan päästä monin eri tavoin.²⁵ Esimerkiksi potilaan huolestuneisuuteen voidaan vastata osoittamalla ymmärrystä, analysoimalla huolestuneisuuden syitä tai rauhoittamalla. Tilanteen ratkaiseminen parhaalla mahdollisella tavalla vaatii tarkkaa tilannetajua, ja siinä auttaa aikaisemmin saatu palaute vastaavissa tilanteissa toimimisesta sekä aktiivinen reflektointi.²⁵ Erityisesti videokuvatut potilaskohtaukset antavat mahdollisuuden opiskelijoille arvioida omia kommunikaatiotaitojaan. Videotallenteiden perusteella annettu strukturoitu palaute vaikuttaisi olevan jopa tehokkain tapa opettaa vuorovaikutusta.³⁴ Luentojen kaltaiset opetustavat, joissa taitoja opitaan passiivisesti aktiivisen tekemisen sijasta, on todettu varsin tehottomiksi kommunikaatiotaitojen opettamisessa.³⁶

On havaittu, että koulutuksen edetessä opiskelijoiden kommunikaatiotaidot heikentyvät, ellei niitä aktiivisesti harjoitella.^{28,32} Syynä lienee se, että myöhemmin opinnoissa painotus siirtyy enemmän lääketieteellisiin faktoihin, jolloin opiskelijat eivät keskity potilasta haastatellessa enää niin tarkasti kommunikointiin.^{7,28} Sen vuoksi oppilaitosten tulisi järjestää koko opiskeluajan kestäviä kommunikaatiotaitojen kehittämiseen tähtäviä kursseja tai vähintään tarjota kertauskursseja opintojen loppuvaiheessa.²⁸ Opintojen alkupuolella toteutettu kommunikaatio-opetus tarjoaa paremman mahdollisuuden myöhemmin toteutettaviin kertauskursseihin. Muihin kursseihin integroidut kommunikaatiokurssit on todettu tehokkaammiksi kuin lyhyemmät pelkästään kommunikaatioon keskittyvät kurssit.²⁹

2.7 Opetusmenetelmät

2.7.1 Vieriopetus

Potilastilanteessa tapahtuva opetus (ns. bedside teaching) on perinteisesti nähty ensisijaisena kliinisten taitojen opetusmuotona, ja sen on arvioitu kattaneen jopa 75 % kaikesta kliinisestä harjoittelusta 1960-luvulla.³⁷ Kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset ovat vähentäneet opetusmenetelmän käyttöä rajusti, ja 2010-luvulla vastaava luku oli enää vain noin 8–19 %.³⁷ Valvotut ja arvioidut anamneesinottotilanteet, joissa opiskelijat haastattelevat oikeita potilaita,

ovat tärkeä keino kehittää kommunikaatiotaitoja ja yksi tehokkaimmista tavoista saada hyvä käsitys opiskelijan kommunikaatioaidoista sekä kehitystä vaativista osa-alueista.³⁸

Opetuspotilaita on kuitenkin ryhmäkokoihin suhteutettuna vähän, ja kliinisessä vaiheessa haastatteluja ei usein havainnoida.³⁸ Opiskelijat arvostavat palautetta, mutta usein palautetta annetaan liian harvoin tai se on laadultaan heikkoa. Anamneesiopetuksen vähäisyys lääketieteen koulutusohjelmassa vaikuttaa opiskelijoiden asenteeseen taitoa kohtaan, sillä opetuksen ja arvioinnin painopisteet vaikuttavat lääketieteen opiskelijoiden käsitykseen opetettavan aiheen tärkeydestä kliinisellä uralla.³⁸

Lääketieteen opiskelijat ja erikoistuvat lääkärit ovat motivoituneita osallistumaan kliiniseen päättelyyn ja diagnostiikkaan, mikäli heidän ohjaajansa näyttävät riittävästi mallia ja antavat ohjeistusta.³⁷ Schopper ym. haastattelivat artikkeliaan varten 125:tä lääketieteen opiskelijaa heidän kokemuksistaan haastattelutekniikoiden ja kommunikaatiotaitojen opetuksesta prekliinisessä ja kliinisessä vaiheessa opintoja.³⁸ Valtaosa opiskelijoista raportoi tullessaan harvoin havainnoituksi anamneesia ottaessaan.³⁸ Anamneesinoton havainnoinnissa erot eri erikoisalojen harjoitteluiden välillä korostuivat. Sisätautien, psykiatrian ja gynekologian harjoitteluissa havainnointia ja palautetta oli enemmän, kun taas muilla erikoisaloilla vain vähän tai ei lainkaan.³⁸ Mahdollisuuksia tulla havainnoituksi tai arvioiduksi kommunikaatiotaitojen suhteen oli kokemusten mukaan hyvin vähän.³⁸ Välitön palaute koettiin hyödyllisimpänä, mutta usein sitä joutui varta vasten pyytämään.³⁸ Opiskelijoita tulisi kannustaa pyytämään rohkeammin palautetta, sillä se on merkittävä osa oppimisprosessia. Monesti palautetta annettiin vasta harjoittelujakson lopussa loppuarvosanan muodossa, mikä vähensi palautteesta saatua hyötyä välittömään palautteeseen verrattuna.³⁸ Moni opiskelija raportoi saadun palautteen olleen sisällöltään ympärilyöreätä ja hyödyttöä.³⁸ Palaute keskittyi yleensä enemmän haastattelulla kerättyihin tietoihin ja kysymysten sisältöön kuin itse kommunikaatiotaitoihin.³⁸

Monet opiskelijat toivovat enemmän tilaisuuksia osallistua valvottuihin anamneesinottotilanteisiin, mutta on niitäkin, jotka eivät koe hyötyvänsä tarkkailusta.³⁸ Valvomisen tarve voidaan kokea merkinä epäpätevydestä. Valvottu anamneesinotto ei ole täysin ongelmaton opetusmenetelmä. Useat opiskelijat kokevat havainnointitilanteen epämukavana ja epäluonnollisena sen opillisesta hyödystä huolimatta.³⁸ Haastattelutilanteissa, joissa opiskelijaa arvioidaan muodollisilla arviointikaavakkeilla, opiskelija saattaa keskittyä enemmän arvosanaan kuin itse potilaaseen. Kokemukset korreloivat kuitenkin valvottujen anamneesinottotilanteiden vähäiseen määrään.³⁸ Mikäli epävirallisten ja arvostelemattomien

tarkkailujen määrää lisättäisiin, havainnoidusta haastattelusta tulisi rutiininomaisempi opetustapa. Opetusmuotona tarkkailtua anamneesinottoa ja siitä saatua välitöntä palautetta pidetään hyödyllisenä, ja sitä toivotaan opiskelijoiden keskuudessa enemmän.³⁸ Otoksen perusteella opiskelijoilla on siis lukuisia haastattelutilanteita oikeiden potilaiden kanssa, joista vain harvoja arvioidaan.³⁸ Vain pienestä osasta näistä tilanteista annetaan palautetta ja vielä pienempi osa palautteista keskittyy itse kommunikaatiotaitoihin.³⁸

Kirjallisuudessa on havaittu yhteys nuorten lääkäreiden kliinisten taitojen heikentymisen ja vieriopetuksen vähenemisen välillä, tosin ehdotonta kausaliteettia ei voida osoittaa.³⁷ Vieriopetuksen määrä on kuitenkin ollut jo vuosikymmenien ajan laskusuuntainen.⁵ Syitä vähentyneeseen potilasopetukseen on esitetty useita. Opiskelijoiden keskuudessa yleisimmin esitetty syy on henkilökunnan rajallinen aika.³⁸ Opiskelijat kokevat, ettei haastattelun havainnointi ole kovin korkealla opettavien lääkäreiden tärkeysjärjestyksessä.³⁸ Kliinisten opettajien määrä suhteessa lääketieteen opiskelijoihin on vähäinen. Yhtä kliinistä opettajaa kohden voi olla jopa toistakymmentä opiskelijaa, jolloin aikaa jokaisen opiskelijan haastattelusuorituksen seuraamiseen on rajatusti tai ei lainkaan. Ajan puutteen lisäksi perinteistä potilasopetusta vähentävänä tekijänä pidetään opetussairaaloiden muuttuvaa luonnetta.³⁷ Potilaiden hoitajaksot lyhenevät, mikä lisää lääkäreiden työkuormaa ja samalla vähentää sopivien opetuspotilaiden määrää kierroilla.³⁷ Käytännön esteiksi anamneesinottotaitojen harjoittamiselle voivat muodostua esimerkiksi melu osastolla tai potilaiden läsnäolon puute osastojakson aikana teetettävien moninaisten tutkimusten takia.³⁷ Ympäristöön liittyvien tekijöiden lisäksi syitä löytyy myös lääkärikunnan sisältä. Monet lääkärit ja etenkin nuoret lääkärit tuntevat kaihtavan perinteistä vieriopetusmenetelmää peläten sen aiheuttavan potilaille turhaa vaivaa.³⁷ Lääketieteen ja potilastyön luonteen muutoksen myötä varsinaisia opetuskiertoja korvataan vaivattomampina koetuilla paperikiertoilla. Osastokansliassa pidettävillä paperikiertoilla opettaja hallitsee paremmin opetustilannetta ja kykenee ohjaamaan keskustelua ilman potilaan aiheuttamia keskeytyksiä. Paperikiertojen etuna pidetään myös esimerkiksi tutkimustulosten tarkistamisen helppoutta ja mahdollisuutta opettaa useampia opiskelijoita samaan aikaan.³⁷ Kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksien lisääntyvä käyttäminen potilaskontaktien kustannuksella johtaa kliinisten taitojen heikentymiseen.³⁷ Taitojen heikentyessä epävarmuus potilastilanteissa kasvaa, mikä johtaa tilanteiden välttelyyn ja vähentää entisestään potilaskontaktien määrää tulevaisuudessa.³⁷

Vieriopetus nähdään erittäin tärkeänä kliinisten taitojen kehittämisessä ja opetusmenetelmän hyötyjä on pystytty muutamilla erikoisaloilla (kardiologia ja neurologia) osoittamaan.³⁷ Niin opiskelijat kuin kliiniset opettajat näkevät potilasopetuksen tärkeänä ja tehokkaana opetusmenetelmänä kliinisten taitojen opettamisessa.³⁷ Opiskelijoiden ja kliinisten opettajien lisäksi potilastilanteisiin perustuva opetus on myös potilaiden mielestä antoisaa. Valtaosa (jopa 85 %) potilaista arvostaa potilasopetuksen kautta saamaansa lisähuomiota ja -aikaa, ja monet potilaat kokevat ymmärtävänsä sairauttaan paremmin opetuspotilaana olemisen jälkeen.³⁷ Kiistattomista hyödyistä huolimatta vain alle puolet opiskelijoista kokee saavansa tarpeeksi tämän tyyppistä opetusta lääketieteellisen koulutuksensa aikana.³⁷ Perinteisen anamneesiopetuksen elvyttämiseksi tulisi tiedekunnan ja opiskelijoiden asenteita potilasopetusta kohtaan muokata.³⁷ Opetushenkilökuntaa tulisi kouluttaa enemmän antamaan rakentavaa palautetta opiskelijoiden anamneesinottotaidoista, ja vertaisopettajia tulisi hyödyntää enemmän.^{37,38} Myös itse anamneesinoton opettamista ja valvottujen haastattelutilanteiden määrää tulisi lisätä.^{37,38} On myös ehdotettu haastattelutaitojen opetuksen ajoittamista kliinisen vaiheen opintojen alkupäähän, jolloin opiskelijat eivät ole vielä omaksuneet asenteita sairaalamaailmasta.^{38,39}

2.7.2 Nauhoitetut potilashaastattelut

Perinteisen potilastilanteissa tapahtuvan anamneesiopetuksen rinnalle on teknologian kehittyessä tullut videoavusteiset opetuskeinot. Potilashaastatteluiden videokuvaamisen on todettu olevan hyvä keino kartoittaa lääketieteen opiskelijoiden kommunikointitaitoja sekä haastattelukykyä, oli kyseessä sitten aito potilaskohtaaminen tai simuloitu potilastapaus.²⁴ Potilashaastatteluvideoihin perustuvaa palautteen antamista on yleisesti pidetty hyväksyttävänä sekä hyödyllisenä kliinisten taitojen opetuskeinona.²⁴

Omien vahvuuksien ja heikkouksien arviointi on klinikoille tärkeää pystyäkseen ylläpitämään omaa ammattitaitoaan yleisten standardien tasolla. Nimenomaan oman osaamisen arvioinnissa videoavusteiset menetelmät ovat erityisen hyödyllisiä.²⁵ Itsearviointiin lisäksi palautetta voi antaa potilas, ulkopuolinen tarkkailija, kuten kliininen opettaja, tai muut opiskelijat.²⁴ Ulkopuolisen palautteen saaminen ei välttämättä edellytä videokuvaamista, vaan arvioijat voivat tarkkailla haastattelutilannetta huomaamattomasti puoliläpäisevän peilin takaa toisesta huoneesta tai vaihtoehtoisesti seuraamalla haastattelua vierestä samassa huoneessa. Videokuvantamisen käyttäminen kuitenkin mahdollistaa itsearviointin ja muiden antaman

palautteen yhdistämisen, minkä on todettu olevan tehokkain keino optimoida kliinistä osaamista.²⁵ Tämän mahdollistaa esimerkiksi nettipohjaisen sovelluksen käyttäminen, jonka avulla opiskelija voi itse merkitä kommentteineen potilashaastatteluvideon kohdat, joissa on parannettavaa ja kohdat, jotka menivät hyvin.²⁵ Samalla tavalla merkintöjä videoon voivat tehdä opettajat sekä muut opiskelijat.

Potilashaastattelun videotallenteen perusteella opiskelija kykenee jälkikäteen arvioimaan kommunikaatiotaan esimerkiksi havainnoimalla puheen selkeyttä tai katsekontaktin ottamista.²⁴ Lisäksi tallenteen avulla on helppo tarkistaa, onko potilaalta kysytty oleelliset asiat diagnoosin muodostamiseksi, ja onko haastattelu edennyt loogisessa järjestyksessä. Videonauhoitteiden avulla opiskelijat huomaavat paremmin haastatteluiden epäloogisen kulun ja asioiden kohdennetun kysymisen tärkeyden.²⁴ Opiskelijat huomaavat jälkeenpäin omista haastatteluistaan herkemmin kohdat, jotka menivät huonosti, kun taas palautetta antavat toiset opiskelijat huomioivat herkemmin onnistuneet kohdat.²⁵

Tutkimusten perusteella on havaittu, että opiskelijoille annettu pelkkä suullinen palaute on tehottomampaa kuin palaute, jota on tukemassa videonauhoite, johon voi viitata.²⁴ Toisaalta osa opiskelijoista pitää videokuvaamista epämiellyttävänä ja vastustaa sitä.²⁴ Epämiellyttävyyden vähentämiseksi opiskelijoille voitaisiin jo opintojen alkuvuosina näyttää videotallenteita vanhempien opiskelijoiden potilastilanteista ennen kuin he alkavat tehdä omia videoita, jotta he pystyisivät paremmin valmistautumaan kuvatuksi tulemiseen.²⁴

2.7.3 Virtuaalipotilaat

Eräs uudemmissa anamneesin opetuksessa käytettävistä menetelmistä on virtuaalipotilaat (ns. virtual standardized patients eli VSP). Virtuaaliset standardoidut potilaat ovat virtuaalisia harjoituspotilaita, joiden kanssa opiskelijat voivat keskustella puhumalla tai kirjoittamalla.⁴⁰ Virtuaalisia harjoituspotilaita voidaan käyttää opiskelijoiden anamneesinottotaitojen kehittämiseen ennen potilassimulaatioihin ja oikeisiin potilaisiin siirtymistä.⁴⁰ Näin opiskelijat voivat saada enemmän irti varsinaisesta potilasopetuksesta sen alkaessa. Virtuaalisille harjoituspotilaille saadaan luotua eleitä ja ilmeitä, jotta potilaskontakti tuntuisi aidommalta ja opiskelijat oppisivat tunnistamaan myös nonverbaalisia viestejä.⁴⁰ Virtuaalipotilasopetus tuo hyvän vaihtoehdon simulaatiopotilaille, joiden käyttäminen opetuksessa ja opiskelijoiden arvioinnissa on kallista ja aikaa vievää.¹¹

Virtuaalisia harjoituspotilaita voidaan hyödyntää opetusmenetelmänä esimerkiksi joko internetin välityksellä tai varsinaisissa harjoitteluun tarkoitetuissa tiloissa. Internetin kautta virtuaaliset potilaat saavuttavat laajemman joukon opiskelijoita, mutta haasteiksi muodostuvat tällöin muun muassa mikrofoniin vaihteleva laatu ja taustamelu.⁴⁰ Internetin kautta tapahtuva harjoittelu voi mahdollisesti toimia paremmin kirjoittamalla. Kirjoittamalla haastattelukysymykset ovat kuitenkin usein ytimekkäämpiä ja kapea-alaisempia kuin puhuttaessa, mikä ei välttämättä tee internetmuotoisesta opetuksesta optimaalisinta valintaa anamneesiopetukseen.⁴⁰ Internetversiossa opiskelijat keskittyvät paikoin enemmän kirjoittamiseen ja lukemiseen itse vuorovaikutuksen ja nonverbaalisten viestien sijaan.⁴⁰ On esitetty, että nimenomaan oikeaa haastattelutilannetta jäljentävä virtuaaliopetus saisi opiskelijat syventymään haastatteluun pelkkää tietokonevälitteistä virtuaaliopetusta paremmin.⁴¹ Virtuaalipotilasopetuksen suurin hyöty saadaan harjoitushuoneissa tapahtuvasta harjoittelusta.⁴⁰ Se mallintaa oikeaa vastaanottotilannetta paremmin. Luonnollisen kokoisten virtuaalipotilaiden on osoitettu tuottavan haastattelussa lähes oikeaa ihmiskontaktia vastaavia tunnereaktioita.⁴¹ Vuorovaikutustilannetta voidaan elävöittää entisestään harjoitushuoneisiin asennettavalla kameralla, jolloin myös opiskelijan liikkeitä ja eleitä saadaan integroitua osaksi haastattelua.⁴⁰

Virtuaalipotilasopetuksessa on lukuisia hyviä puolia. Virtuaalipotilailla opetus on yhtenäistettävissä ja toistettavissa, eikä harjoittelusta ole seuraamuksia oikealle potilaalle.⁴¹ Virtuaalipotilailla harjoittelu on turvallinen tapa saada ensikosketus anamneesinottoon. Haastattelutilanteiden standardointi ja toistettavuus opiskelijoiden välillä mahdollistavat virtuaalipotilaiden käytön myös arvioinnissa. Opiskelijat kokevat opetuksessa anamneesinottotaitojen arvioinnin puutteelliseksi ja rakentavan palautteen määrän riittämättömäksi.³⁸ Virtuaalipotilasopetus ratkaisee tätä ongelmaa mahdollistamalla oikea-aikaisen yksityiskohtaisen palautteen antamisen.⁴¹ Opiskelijoiden suorituksia pystytään virtuaalipohjaisella alustalla myös helpommin dokumentoimaan.⁴¹ Edellä mainittujen hyötyjen lisäksi opetusmenetelmän etuja ovat sen kustannustehokkuus ja henkilökunnan ajansäästö.⁴¹ Virtuaalipotilaat ovat simulaatiopotilaisiin verrattuna standardoidumpia ja edullisempia.⁴¹ Lisäksi virtuaalipotilailla voidaan luoda lukemattomia erilaisia ja eri vaikeusasteisia potilastilanteita, kuten esimerkiksi lapsipotilaan haastattelu, joita voi olla simulaatiopotilailla haastavampi toteuttaa.

Virtuaalipotilaiden käytössä esiin tulleet haasteet johtuvat pitkälti tietokoneiden rajoittuneisuudesta. Virtuaalipotilas ei usein osaa haastattelun aikana reagoida empatian

osoittamiseen tai yhteenvetöjen tekemiseen, jotka ovat eräitä potilaslähtöisen anamneesinoton tärkeistä piirteistä.⁴¹ Myös erityisesti avoimien kysymysten, vaillinaisten lauseiden ja pronominiin ymmärtäminen tuottavat tietokoneelle vaikeuksia.⁴¹ Tietokone ei aina ymmärrä mihin esimerkiksi sanalla ”se” viitataan.⁴⁰ Jos virtuaalipotilas ei ymmärrä kysymystä, osaa se kuitenkin oikean potilaan tavoin pyytää opiskelijaa muotoilemaan kysymyksen uudelleen.⁴⁰ Kysymyspankin rajallisuus voi osaltaan vaikeuttaa anamneesinottoa,⁴¹ mutta tämän suhteen tietokonetta voidaan suhteellisen helposti kehittää.

Suurin osa opiskelijoista uskoo virtuaalipotilaiden haastattelusta olevan hyötyä oikeiden potilaiden kanssa.⁴¹ Jotkut opiskelijat turhautuvat virtuaalipotilaiden epäloogisiin vastauksiin ja kysymysten toisteluun,⁴¹ mutta toisaalta haastattelutilanne valmistaa opiskelijoita esimerkiksi huonokuuloisten potilaiden kohtaamiseen. Oikeissakin potilaskohtaamisissa lääkärin täytyy välillä täsmentää ja toistaa kysymyksiään. Kirjallisuudessa virtuaalipotilaiden vastaustarkkuus (asianmukaisten vastausten osuus) vaihtelee 60 ja 84 %:n välillä.⁴⁰ Virtuaalipotilaat eivät korvaa simulaatiopotilaita saati oikeita potilaskontakteja.⁴⁰ Ne tarjoavat kuitenkin hyvän ja turvallisen harjoittelualustan anamneesinottotaidoille ennen varsinaisia potilaskohtaamisia. Tulevaisuudessa virtuaaliopetusta voidaan kehittää sopimaan paremmin niin verbaalisten kuin nonverbaalisten haastattelutaitojen arviointiin ja käyttää opiskelijoiden arviointimenetelmänä.^{40,41}

2.7.4 Simulaatio-opetus

Perinteisen potilastilanteissa tapahtuvan vieriopetuksen painotusta lääketieteen opetuksessa ovat vähentäneet muun muassa avohoidon määrän lisääntyminen, aikapaineet, hoidon jatkuvuuden heikentyminen sekä potilasturvallisuuden korostuminen.⁴² Osa anamneesiopetuksesta on siirtynyt potilasvuoteiden viereltä erilaisiin simulaatiokeskuksiin. Simulaatio on opetusmenetelmä, jossa oikea potilas korvataan keinotekoisella potilaalla.⁴² Simulaatioita voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Tavallisesti potilaana toimii palkattu näyttelijä, toinen opiskelija tai simulaationukke. Simulaatiossa ”potilaan” hoitoon osallistuu hoitavan lääkärin (eli opiskelijan) lisäksi muita terveysalan ammattilaisia. Kliininen opettaja valvoo ja arvioi vastaanottoa joko paikan päällä tai videoyhteyden välityksellä. Simulaatioissa on myös saatavilla tarvittavaa välineistöä ja rekvisiittaa, jotta tilanne saataisiin tuntumaan mahdollisimman aidolta. Opetustyökaluna simulaatio-opetuksen on osoitettu olevan perinteisempää tapauslähtöistä opetusta tehokkaampi.⁴²

Potilaat ovat esittäneet huolensa opiskelijoiden harjoituskohteina olemisesta, eikä virhealttiiden työtehtävien harjoittelua oikeilla potilailla nähdä eettisesti hyväksyttävänä.⁴² Lääkärit kohtaavat työtehtävissään haastavia potilastilanteita, kuten huonojen uutisten kertominen potilaalle tai psyykkisesti kuormittuneen potilaan haastattelu. Näiden tilanteiden harjoittelu ennalta on tärkeää, mutta psyykkisesti herkässä tilassa olevan potilaan käyttäminen opiskelijan harjoitteluun on eettisesti hieman arveluttavaa.³⁹ Simulaatiot tarjoavat riskittömän vaihtoehdon opetuspotilaisiin perustuvan opetuksen rinnalle. Emotionaalisesti vaikeiden potilastapausten lisäksi simulaatiot tarjoavat hyvän ja turvallisen oppimisympäristön esimerkiksi hätätilapotilaiden hoitoon tai riskialttiiden toimenpiteiden suorittamiseen. Simuloiduissa harjoittelutilanteissa opiskelija voi huoletta kokeilla taitojaan ja oppia virheiden kautta ilman, että oikealle potilaalle koituu seurauksia.⁴² Simulaatioiden vaikeustaso on myös mahdollista säätää toisin kuin oikeiden potilaskohtaamisten.^{9,42} Simulaatiotilanteissa opittujen taitojen siirtovaikutusta oikeaan potilastyöhön on kyseenalaistettu, mutta pätevyyden simulaatioissa on osoitettu korreloivan pätevyyteen kliinisessä työssä.⁴²

Kliinisen vaiheen opiskelijoiden lisäksi myös prekliinisen vaiheen opiskelijat hyötyvät tutkitusti simulaatioista opetusmenetelmänä.⁴² Esimerkiksi lääkkeiden farmakologisia vaikutuksia voidaan demonstroida simulaationukeilla.⁴² Simulaatiot helpottavat myös siirtymää prekliinisen ja kliinisen vaiheen opintojen välillä ja antavat mahdollisuuden harjoitella kliinisiä taitoja simulaationukeilla ennen aitojen potilaiden kohtaamista. Potilaat ovat tutkitusti suostuvaisempia opiskelijoiden suorittamiin toimenpiteisiin, mikäli opiskelijat ovat harjoitelleet edeltävästi simulaatioissa.⁴² Edellä mainittujen käyttötarkoitusten lisäksi simulaatiot ovat luotettava väline opiskelijoiden arviointiin niin lääketieteellisen osaamisen kuin johtamistaitojen ja tiimityönkin suhteen.⁴² Simulaatiot tarjoavat myös mahdollisuuden välittömään kohdennettuun palautteeseen⁹ sekä opettavaiseen purkutilaisuuteen, mitä ei usein potilastilanteissa tapahtuvassa opetuksessa ole mahdollista toteuttaa. Näyttelijäpotilailta saa anamneesinoton jälkeen myös niin sanotun potilaan näkökulman vastaanotosta, esimerkiksi miten hän koki tullessa kuulluksi ja ymmärsikö hän kaiken lääkärin puheista.³⁹

Simulaatioiden varjopuolia ovat välineistön korkeat kustannukset, henkilökunnan simulaatio-opetuksen koulutuksen tarve sekä simulaatioihin kuluva aika esimerkiksi luentoihin verrattuna.⁴² Opetusmuodon haitat ovat kuitenkin sen hyötyihin, kuten simulaatioiden toistettavuuteen, yhdenmukaisuuteen ja turvallisuuteen, verrattuna suhteellisen vähäiset. Simulaatioiden on osoitettu kehittävän opiskelijoiden lääketieteellisiä taitoja, antavan kokemusta erilaisista toimenpiteistä, opettavan tiimityötä ja kommunikaatiotaitoja sekä

yleisesti tukevan parempaa suoriutumista.^{27,42} Simulaatioiden ei kuitenkaan nähdä kykenevän syrjäyttämään aitoa kliinistä kokemusta, vaan toimivan ennemminkin sen tukena.⁴²

2.7.5 Vertaisopetus

Anamneesinottoa opetetaan pienryhmissä eniten simulaatioilla ja erilaisilla roolileikeillä.⁴³ Näillä toimiviksi osoitetuilla opetusmuodoilla yhteistä on se, ettei kummassakaan haastatella oikeaa potilasta. Opiskelijat toivovat jo opiskelun alkuvaiheista alkaen potilaskontakteja, joita pelkät pienryhmäharjoitukset ja luennot eivät tarjoa.⁴³ Vertaisopetus antaa tähän mahdollisuuden. Tyypillisesti vertaisopetus tapahtuu pienissä, esimerkiksi alle kymmenen hengen, pienryhmissä muutaman tuutorin vetämänä. Yksi opiskelija ottaa muiden edessä anamneesin oikealta potilaalta, jonka jälkeen pidetään palautetuokio ja keskustellaan ryhmässä haastattelun kulusta ilman potilasta. Tuutorit ja tarkkailijat kiinnittävät teknisen osaamisen lisäksi huomiota muun muassa haastattelun aikana kehittyvään potilas-lääkärisuhteeseen sekä opiskelijan valmiuteen vastata potilaan tarpeisiin tunnetasolla.⁴³ Vertaisopettajien tehtävänä on muun muassa antaa palautetta ja ohjata keskustelua. Vertaisopetuksella kehitetään opiskelijan anamneesinottotaitoja, opetetaan opiskelijaa luomaan luottamussuhde potilaaseen ja kannustetaan empatiaan.⁴³

Vertaisopetus pienryhmissä kehittää tutkitusti opiskelijoiden kliinisiä taitoja ja on sen lisäksi opiskelijoiden keskuudessa pidetty opetusmuoto.⁴³ Vertaisopetuksessa opiskelijan saama palaute koetaan erityisen hyödylliseksi, kun palaute on spesifiä ja sisältää parannusehdotuksia.²⁵ Vertaisopetuksen keskiössä ovat vertaisopettajat. Vertaisopettajat voivat olla esimerkiksi vanhemman vuosikurssin opiskelijoita, jotka saavat vertaisopetusta varten koulutusta.⁴³ Vertaisopettajat nähdään roolimalleina, ja heiltä omaksutaan taitoja ja asenteita. Heidät myös yleensä koetaan kannustaviksi ja turvallisiksi ohjaajiksi.⁴³ Kliinisistä opettajista poiketen vertaisopettajat, jotka usein ovat opiskelijoita itsekin, pystyvät samaistumaan opiskelijoihin. Vertaisopettajat tietävät opiskelijoiden tietotason paremmin, ja he osaavat tarjota vinkkejä omien kokemuksiansa pohjalta.⁴³ Erityisesti ongelmalähtöisessä aktivoivassa oppimismenetelmässä on jo pitkään käytetty hyvällä menestyksellä tuutoriopiskelijoita vähentämään opettajien tarvetta.²⁷ Opiskelijat usein toivovat saavansa työkaluja haastaviin potilaskohtaisiin, neuvoja anamneesinoton emotionaaliseen puoleen ja yksilöityä rakentavaa palautetta, ja vertaisopetuksella näitä voidaan tarjota turvallisessa oppimisympäristössä.⁴³

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen kehittämissyksikkö oli kiinnostunut selvittämään, miten onnistuneesti prekliinisen vaiheen lääketieteen opiskelijoille opetettiin potilaiden kohtaamista ja anamneesinottoa ennen heidän siirtymistään opintojen kliiniseen vaiheeseen. Tutkimuksen perusteella voitaisiin tarvittaessa tehdä opetuksen käytäntöihin muutoksia, jotka edistäisivät opiskelijoiden mahdollisuuksia oppia edellä mainittuja taitoja.

Tutkimuksen tekohetkellä prekliinistä anamneesitaitojen opetusta annettiin Kliinisen lääketieteen perusteet -opintokokonaisuuteen kuuluvalla Yleinen propedeutiikka -kurssilla. Opetuksesta vastasi pääasiassa sisätautiopin opetushenkilökunta. Osana kurssisuoritusta opiskelijoiden tuli haastatella kattavasti yksi sisätautiosastolla hoidettavana oleva potilas ja kirjoittaa haastattelun perusteella potilaskertomusteksti. Ennen haastattelua opiskelijat saivat pienryhmissä ohjeita vertaisopettajina toimivilta kuudennen vuoden opiskelijoilta, ja heiltä oli mahdollista saada palautetta harjoituksen jälkeen. Vertaisopettajat valitsivat haastateltavat potilaat. Myöhemmin kurssin aikana järjestettiin luento anamneesinotosta sekä anamneesiharjoituksen palautetilaisuus, jossa sisätautiopin professori antoi opiskelijoille palautetta potilaskertomustekstien perusteella.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää opiskelijoiden mielipiteitä Yleinen propedeutiikka -kurssin anamneesiopetuksen laadusta ja tarjota heidän palautteensa perusteella tiedekunnalle strukturoitu parannusehdotus opetuksen järjestelyjen muokkaamiseksi.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineisto kerättiin vuonna 2017 lähettämällä sähköpostitse kysely (liite 1) kaikille Turun yliopiston kolmannen vuoden lääketieteen opiskelijoille, jotka olivat kuluneen syyslukukauden aikana suorittaneet Yleinen propedeutiikka -kurssin. Kysely koostui pääasiassa väittämistä sekä monivalintakysymyksistä. Vastausten avulla arvioitiin anamneesinottoharjoituksen ja siihen liittyvän opetuksen toteutusta. Lisäksi opiskelijoille tarjottiin mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta. Kyselyyn vastaaminen anonyymisti toteutettiin Google Forms -kyselyhallintaohjelmistolla, ja tulokset analysoitiin Microsoft Excel -ohjelmalla.

Monivalintakysymyksiin ja -väittämiin annettiin viisi vastausvaihtoehtoa, joissa 1 oli ”en lainkaan samaa mieltä”, 2 ”osittain eri mieltä”, 3 ”osittain samaa mieltä”, 4 ”täysin samaa mieltä” ja 5 ”en tiedä / en osaa sanoa”.

5 TULOKSET

5.1 Tausta

146:sta kurssin suorittaneesta opiskelijasta kyselyyn vastasi 38 % (N = 56), joista naisia oli 34 (61 %) ja miehiä 22 (39 %). Vastanneista 54 (96 %) otti harjoituksen yhteydessä ensimmäisen anamneesinsa. Vain kahdella (4 %) oli aikaisempaa kokemusta anamneesinotosta. Heistä toinen oli ottanut anamneeseja kesätöissä hoitajana ja toinen amanuenssina. Enemmistö kyselyyn vastanneista suoritti harjoituksen yksin (84 %, n = 47), loput yhdeksän (16 %) olivat haastatelleet potilaansa parin kanssa.

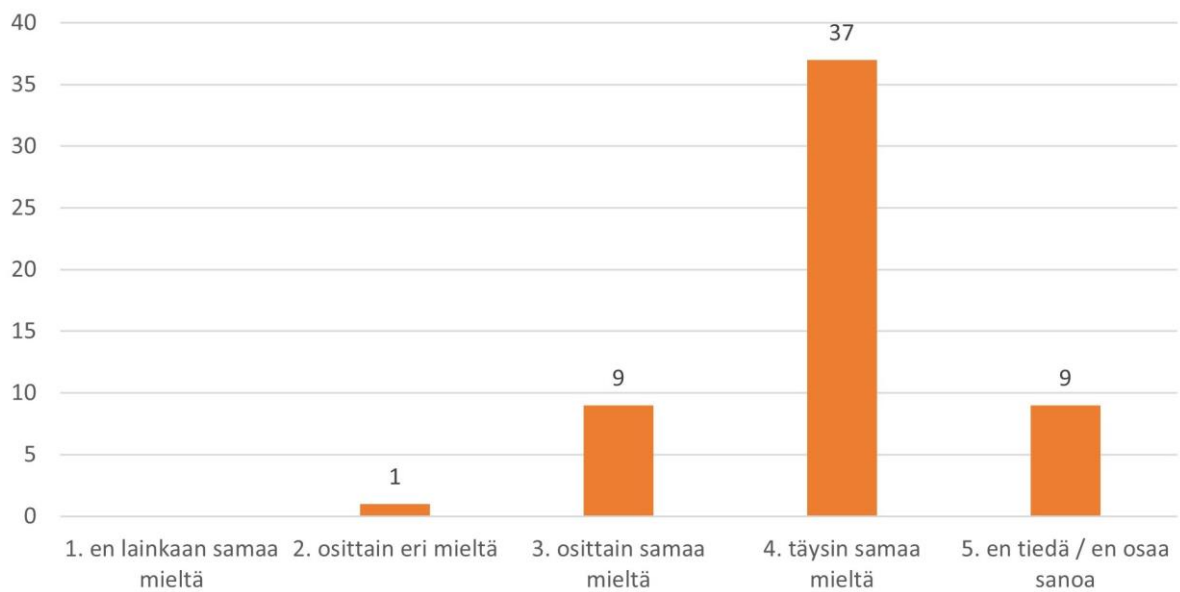
5.2 Anamneesinottoharjoitus

82 % vastanneista (n = 46) koki anamneesinottoharjoituksen hyödyllisenä (vastausvaihtoehdot 3 ja 4) (kuva 1). 16 % (n = 9) ei osannut ottaa asiaan kantaa (vastausvaihtoehto 5).

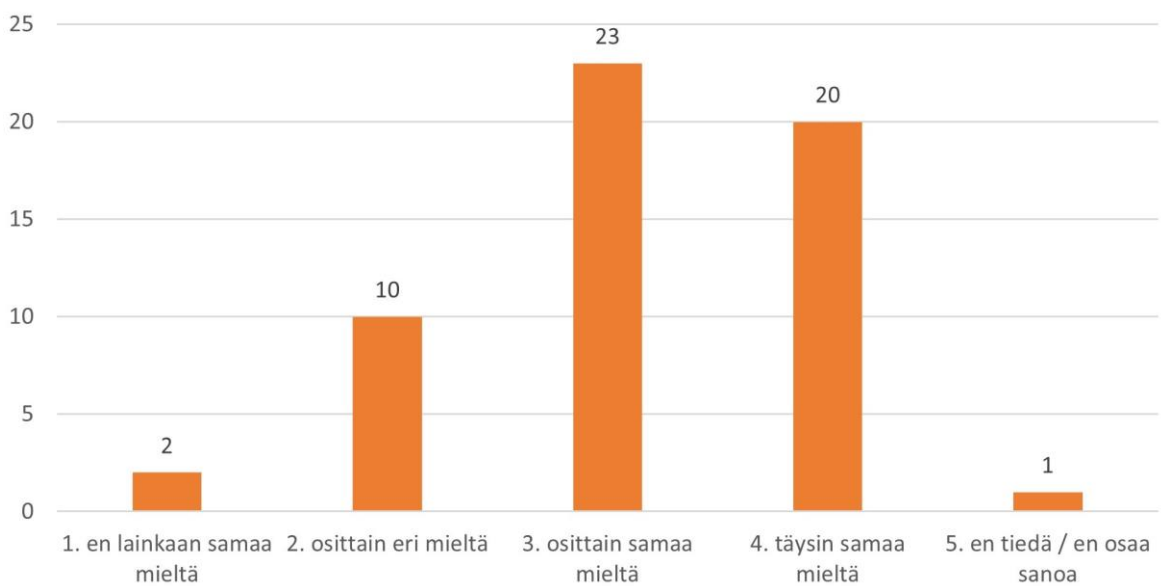
Kurssin aikana teoreettista opetusta anamneesinotosta tarjottiin riittävästi 43 opiskelijan (77 %) mielestä (vastausvaihtoehdot 3 ja 4) (kuva 2). Kuitenkin noin viidennes (21 %, n = 12) piti opetusta riittämättömänä (vastausvaihtoehdot 1 ja 2). Sama osuus vastaajista (21 %, n = 12) piti myös harjoituksen potilasvalintaa epäonnistuneena (vastausvaihtoehdot 1 ja 2) (kuva 3). Toisaalta yli kolmannes vastaajista (34 %, n = 19) valitsi vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä” arvioidessaan potilasvalinnan onnistumista.

Harjoituksen suorittamisen vaikeusaste jakoi mielipiteitä. Vaikka enemmistö vastaajista (64 %, n = 36) pitikin anamneesin ottamista helppona tai melko helppona (vastausvaihtoehdot 3 ja 4), niin moni (32 %, n = 18) koki haasteita harjoituksen suorittamisessa (vastausvaihtoehdot 1 ja 2) (kuva 4). Yksin suoritettuna anamneesin ottaminen koettiin helpompana kuin parin kanssa suoritettuna. 56 % (n = 5) parin kanssa haastatelleista kertoi haastattelun olleen

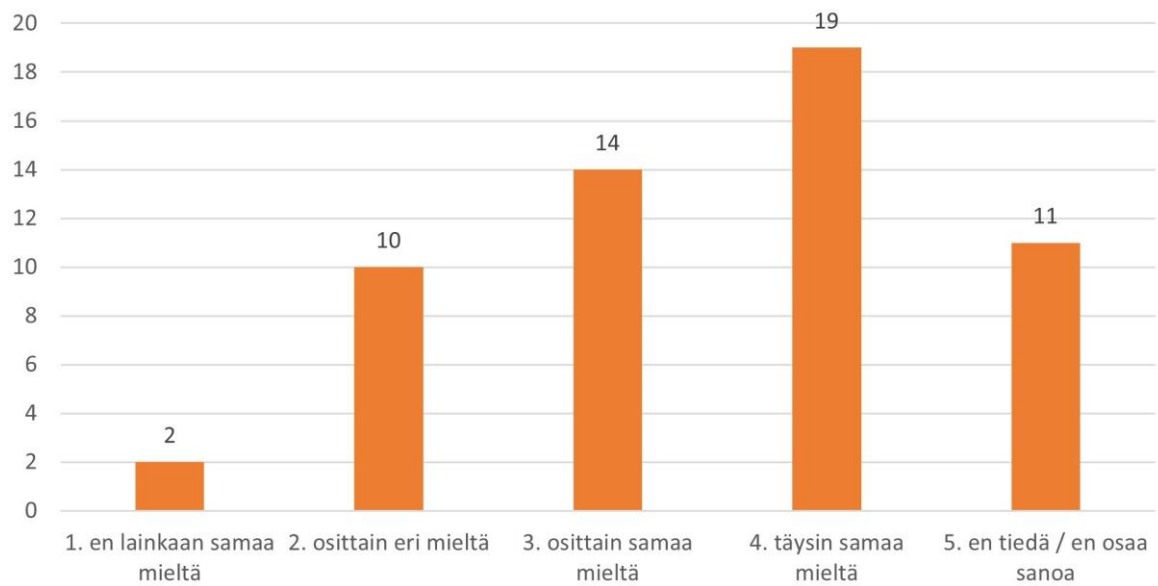
vähintään melko helppoa (vastausvaihtoehdot 3 ja 4), kun taas yksin haastatelleista 66 % (n = 31) koki samoin (kuva 5).



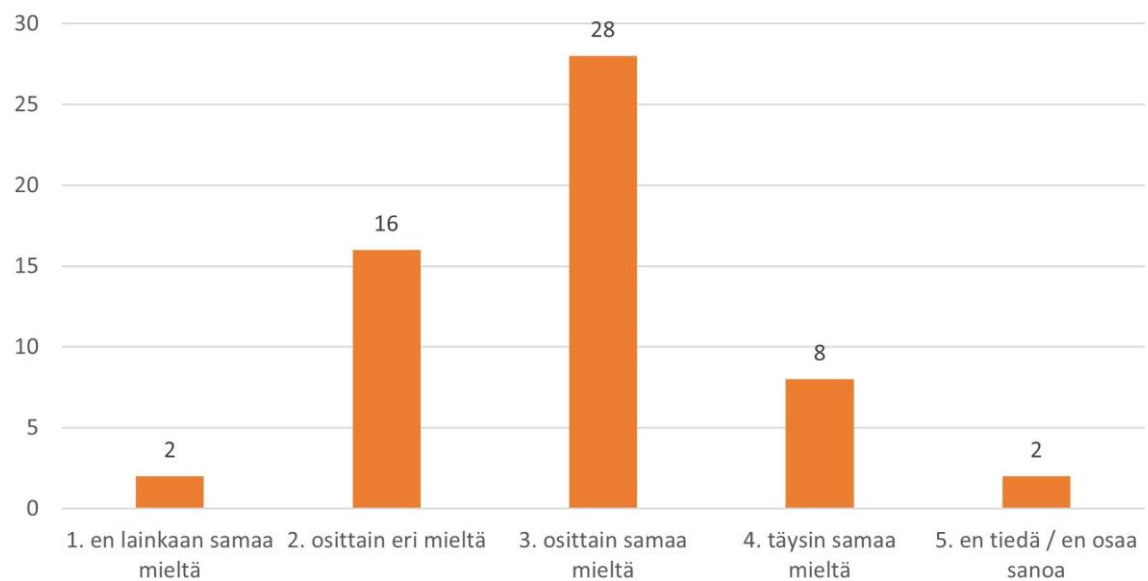
Kuva 1. Koin anamneesinottoharjoituksen hyödyllisenä.



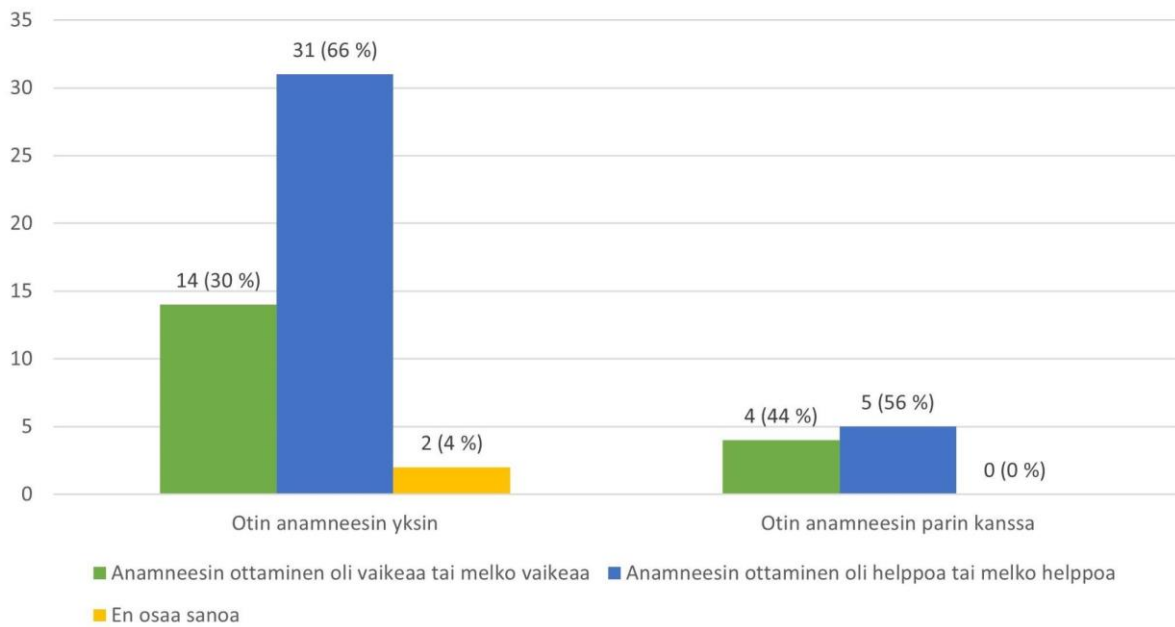
Kuva 2. Teoreettista opetusta anamneesinotosta oli riittävästi.



Kuva 3. Potilaat harjoitukseen oli valittu hyvin.



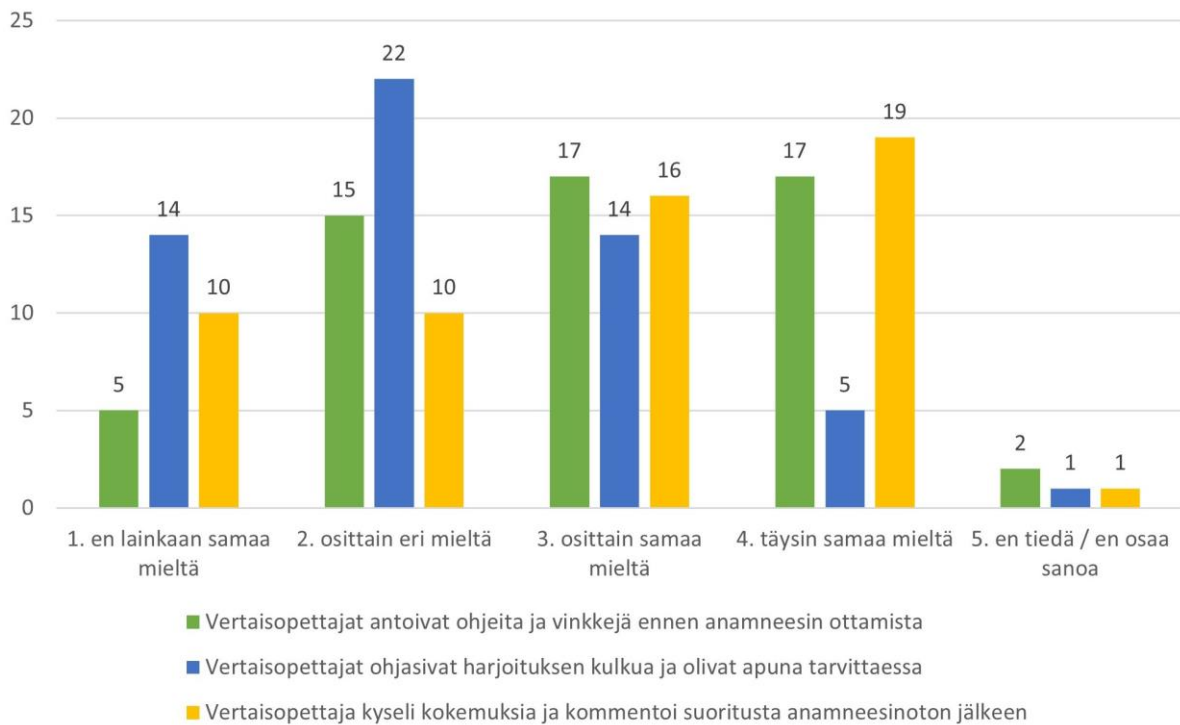
Kuva 4. Anamneesin ottaminen oli helppoa.



Kuva 5. Parin vaikutus anamneesinoton haasteellisuuteen.

5.3 Vertaisopettajat

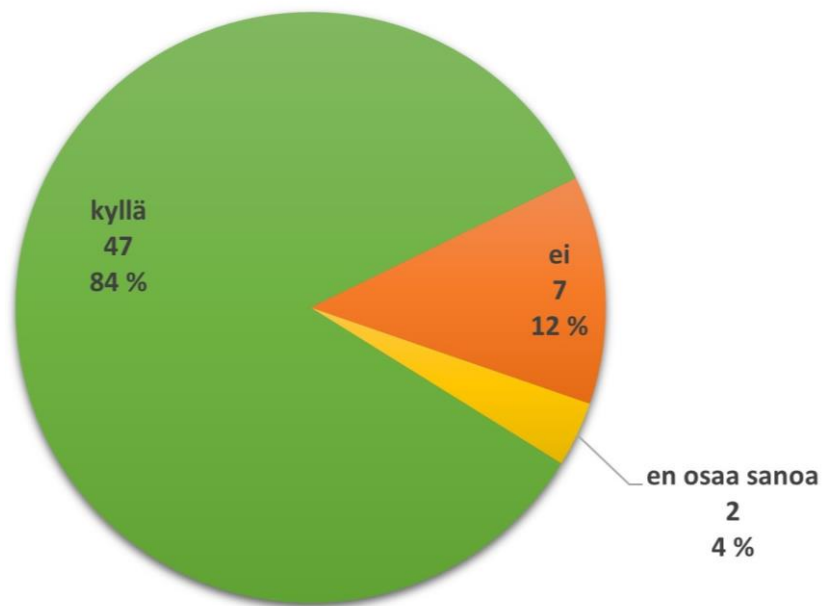
Enemmistö vastaajista (61 %, n = 34) koki saaneensa vertaisopettajilta ohjeita ja vinkkejä ennen harjoituksen suorittamista (vastausvaihtoehdot 3 ja 4) (kuva 6). 20 opiskelijaa (36 %) koki kuitenkin joutuneensa haastattelemaan potilaansa ilman asianmukaista alustusta (vastausvaihtoehdot 1 ja 2). Vertaisopettajien toimintaa anamneesin ottamisen jälkeen pidettiin myös pääasiassa onnistuneena, ja suurin osa opiskelijoista (63 %, n = 35) kertoi vertaisopettajien kommentoineen suoritusta tai kyselleen kokemuksia harjoituksen jälkeen (vastausvaihtoehdot 3 ja 4). Kuitenkin 20 opiskelijaa (36 %) koki vertaisopettajien ainakin osittain epäonnistuneen myös harjoituksen jälkipuinnissa (vastausvaihtoehdot 1 ja 2), ja 10 opiskelijaa (18 %) koki jälkipuinnin olleen täysin riittämätöntä (vastausvaihtoehto 1). Vertaisopettajien harjoituksen aikaista tukea pidettiin pääasiassa puutteellisena. Enemmistö (64 %, n = 36) oli sitä mieltä, että vertaisopettajat eivät ohjanneet tarpeeksi harjoituksen kulkua eivätkä olleet tarvittaessa riittävästi apuna (vastausvaihtoehdot 1 ja 2). Vain 9 % vastaajista (n = 5) piti vertaisopettajien harjoituksen aikaista tukea erinomaisena (vastausvaihtoehto 4).



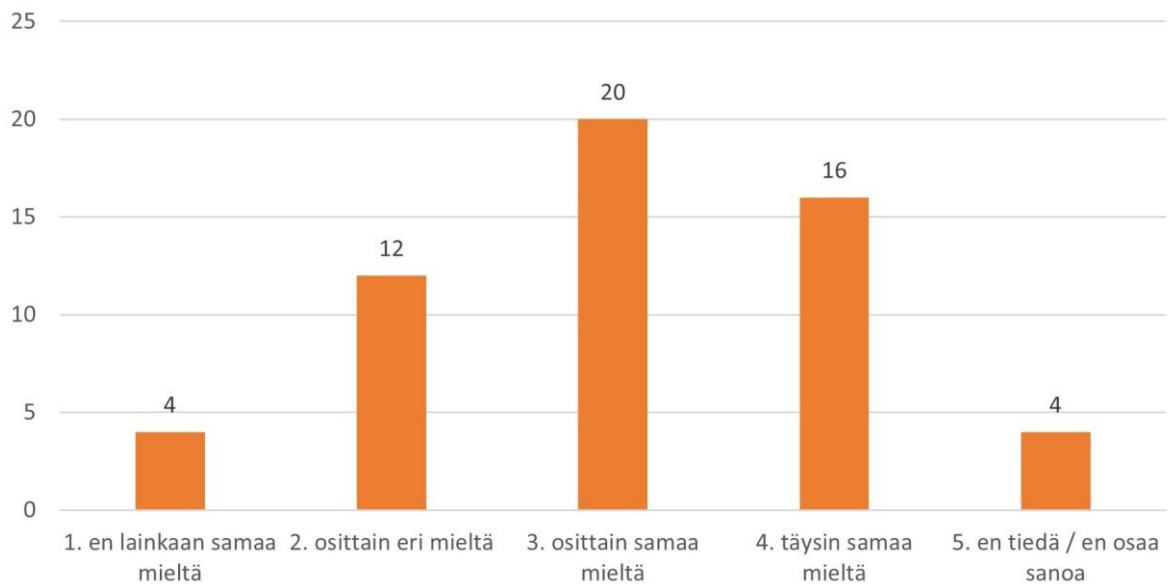
Kuva 6. Vertaisopettajien onnistuminen.

5.4 Muu opetus

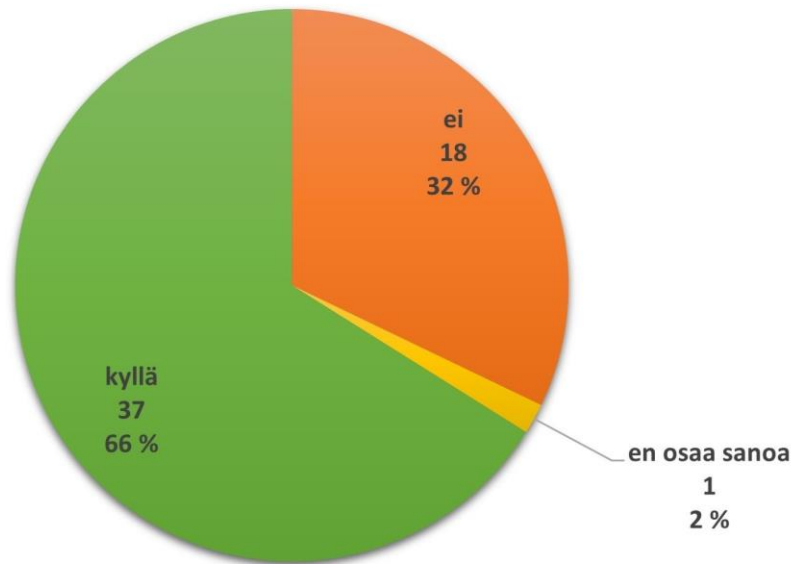
84 % opiskelijoista (n = 47) oli sitä mieltä, että luento anamneesinotosta olisi pitänyt olla ennen itse harjoitusta (kuva 7). Monivalintakysymyksen perusteella harjoituksen jälkeistä palautetilaisuutta pidettiin suurimmalta osin opettavaisena (vastausvaihtoehdot 3 ja 4; 64 %, n = 36) (kuva 8). Moni kuitenkin ilmaisi vapaamuotoisissa kommentteissa, että palautetilaisuudessa keskityttiin liikaa potilastapauksiin eikä potilasteksteihin, joiden rakenteisiin toivottiin enemmän palautetta. Enemmistö opiskelijoista (66 %, n = 37) jäi toivomaan, että anamneesinotosta olisi samankaltainen opetusvideo, jollainen potilaan tutkimisesta on jo käytössä samalla kurssilla (kuva 9).



Kuva 7. Anamnesinottoluento olisi pitänyt järjestää ennen harjoitusta.



Kuva 8. Professorin pitämä tekstien palautetilaisuus anamneesiharjoituksen jälkeen oli opettavainen.



Kuva 9. Anamneesinotosta tulisi olla opetusvideo.

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kolmannen vuoden lääketieteen opiskelijoiden kokemuksia anamneesiopetuksesta ja etenkin vertaisopetuksesta sekä esittää näiden tulosten perusteella kehittämissuhteita opetukseen. Suurimmalle osalle opiskelijoista anamneesinottoharjoitus oli ensikosketus potilastyöhön, ja lähes kaikki opiskelijat kokivat harjoituksen hyödyllisenä. Avoimissa kommentteissa korostettiin harjoittelun tärkeyttä anamneesitaitojen kehittämisessä. Myös tutkimukset tukevat tätä havaintoa.²⁶ Harjoituksen jännittävyydestä huolimatta osa koki sen helppona ensimmäisenä askeleena potilastyöhön. Monivalintakysymyksiä perusteella opiskelijoista valtaosan mielestä teoreettista opetusta anamneesinotosta oli riittävästi. Enemmistö avoimista kommentteista sisälsi kuitenkin kritiikkiä ja kehittämissuhteita harjoitukseen liittyen.

Kyselytutkimukseen vastanneiden opiskelijoiden esiintuomat haasteet anamneesinotossa muistuttivat muissa tutkimuksissa esiin tulleita haasteita.^{8,9} Vuorovaikutus potilaiden kanssa koettiin ajoittain haasteelliseksi. Potilaat saattoivat olla yhteistyöhaluttomia tai tietämättömiä omasta tilanteestaan tai sairaudestaan. Haasteellisena koettiin keskustelun johdattelu ja punaisen langan löytäminen etenkin potilaan ollessa puhelias. Näissä tilanteissa anamneesin

koettiin olevan poukkoileva ja epäjohdonmukainen. Anamneesin ollessa rönsyilevä myös ajanhallinta usein petti. Olosuhteet tuntuivat myös paikoin haasteellisilta. Ylimääräisiä järjestelyjä vaadittiin välillä, jotta kaikille opiskelijoille saatiin haastateltava potilas. Potilas saatettiin kesken anamneesinottoa hakea toiselle osastolle, jolloin anamneesinotto jäi kesken. Huoneessa saattoi olla omaisia paikalla, jolloin opiskelija koki henkilökohtaisempien kysymysten esittämisen haasteellisemmaksi. Muutama opiskelija antoi kritiikkiä anamneesinottotilanteesta. Opiskelijoille valitut potilaat olivat saattaneet viettää osastolla jo useita päiviä, joiden aikana potilasta oli jo useaan otteeseen tutkittu ja haastateltu. Näissä tilanteissa opiskelijat kuvasivat harjoitustilannetta turhaksi, epäluonnolliseksi ja irralliseksi tositilanteesta. Suurin osa opiskelijoista kuitenkin koki anamneesinoton hyödyllisenä.

Osa opiskelijoista koki, etteivät heidän valmiutensa anamneesinottoon olleet hyvät. Anamneesi kokonaisuutena saattoi olla hankala hahmottaa, ja kaiken kysyttävän muistaminen oli vaikeaa. Edeltävästi annettu ohjeistus koettiin riittämättömänä. Harjoituksessa otettavan anamneesin laajuus ja sisältö oli osalle epäselvää. Oppikirjan, annetun ohjelapun ja luentojen ohjeistuksia anamneesin sisällöstä pidettiin ristiriitaisina. Muutama opiskelija pohti avoimissa kommentteissaan, oliko anamneesinottoharjoituksen tarkoitus simuloida oikeaa anamneesinottotilannetta, ja miten anamneesia tulisi tulevissa potilaskontakteissa rajata. Vertaisopettajilla ja opiskelijoilla saattoi olla eri käsitys otettavan anamneesin laajuudesta.

Useampi opiskelija toivoi anamneesin ottamista edeltävästi enemmän teoriaopetusta aiheesta sekä parempia ohjeita harjoituksen suorittamiseen. Varsinainen anamneesinottoluento järjestettiin vasta harjoituksen jälkeen, minkä moni opiskelija koki opin kannalta huonoksi. Opetusvideo koettiin hyödyllisenä lisämateriaalina anamneesiopetukseen. Opetuksesta toivottiin käytännönläheisempää. Sen sijaan, että opetettaisiin mitä kaikkea anamneesia ottaessa voi kysyä, tulisi käsitellä sitä, mitä potilaalta käytännössä kannattaa kysyä. Avoimissa kommentteissa toistuikin toive mallianamneesista.

Opiskelijat toivoivat lisää harjoitusta anamneesinottoon. Kommentteissa ehdotettiin muun muassa useampaa harjoituskertaa sekä haastattelusimulaatiota, jossa opiskelijat haastattelisivat toisiaan. Ennen oikean potilaan haastattelemista opiskelijat olivat harjoitelleet näyttelijäpotilaan haastattelua, joka koettiin hyväksi harjoitukseksi. Harjoitusta toivottiin kuitenkin lisää ennen oikean potilaan haastattelemista.

Anamneesinottoharjoituksen jälkeen järjestettävä palauteluento sai avoimissa kommentteissa osakseen kritiikkiä. Palauteluennolla keskityttiin opiskelijoiden mukaan liikaa anamneesiin liittyvien seikkojen sijaan lääketieteellisesti mielenkiintoisiin potilastapauksiin. Opiskelijat toivoivat kommentteja itse anamneesin sisällöstä sekä konkreettisia vinkkejä hyvän anamneesin kirjoittamiseen.

Tutkimuksen tulokset myötäilevät kirjallisuudessa esiintyviä huomioita vertaisopetuksesta.^{25,43} Kommenteissa toistui toive vertaisopettajan läsnäolosta itse anamneesinottotilanteessa. Tällöin vertaisopettaja pystyisi antamaan opiskelijoille välitöntä palautetta haastattelutilanteen sujumisesta, mikä tehostaisi oppimista. Moni opiskelija koki, etteivät vertaisopettajat antaneet tarpeeksi palautetta. Opiskelijat toivoivat vertaisopettajilta myös vinkkejä potilaskohtaamistilanteissa nouseviin haasteisiin, kuten ajankäyttöön. Kritiikkiä esitettiin myös vertaisopettajille annetun ohjeistuksen puutteellisuudesta sekä vertaisopettajille harjoituksen valvomiseen annetun ajan vähydestä. Vertaisopettajien toivottiin olevan paremmin tietoisia opiskelijoiden saamista ennakko-ohjeista anamneesinottoharjoitukseen liittyen. Kaiken kaikkiaan vertaisopetus konseptina koettiin toimivana, mutta opetusmenetelmänä sen potentiaalin hyödyntäminen on vielä keskeneräistä.

6.2 Anamneesinoton opettaminen tulevaisuudessa

Kyselytutkimuksen perusteella Yleinen propedeutiikka -kurssin anamneesiopetus koettiin hyödyllisenä ja pääsääntöisesti hyvin järjestettynä. Kehittämisen varaa kyselyn perusteella on ohjeistuksen selkeyttämisessä, haastateltavien potilaiden valinnassa, vertaisopettajien kouluttamisessa ja palautteen antamisessa. Maailmalla on tehty tutkimuksia anamneesinoton opettamisesta lääketieteen opiskelijoille niin kliinisessä kuin prekliinisessä vaiheessa. Ennen varsinaiseen potilasharjoitteluun siirtymistä voidaan anamneesinottoa harjoitella esimerkiksi virtuaalipotilailla ja simulaatioilla. Harjoittelu ennen varsinaista potilaskohtaamista voi vähentää siihen liittyvää jännitystä ja tehostaa harjoituksesta saatavaa hyötyä. Vieriopetus, vertaisopetus ja nauhoitetut potilashaastattelut antavat opiskelijalle mahdollisuuden kehittää taitojaan, tulla arvioiduksi ja saada palautetta.

Kehitimme osana syventävää tutkielmaamme kyselytutkimuksemme ja kirjallisuuskatsauksemme perusteella ehdotuksen anamneesiopetuksen kulusta Yleinen propedeutiikka -kurssille (kuva 10). Ensimmäiseksi ennen harjoittelua järjestetään koko

vuosikurssille suunnattu luento. Luennolla olisi hyvä käsitellä anamneesin tarkoitusta, siitä saatavaa hyötyä, sen oikeaoppista sisältöä ja miten anamneesi kannattaa erilaisissa potilastilanteissa ottaa. Luennolla voisi myös antaa opiskelijoille käytännönläheisiä vinkkejä ja työkaluja, miten erilaisista haasteista anamneesia ottaessa parhaiten selviää. Luennon jälkeen järjestetään pienryhmille simulaatioharjoitus, jossa opiskelijat pääsevät harjoittelemaan anamneesinottoa toiselta opiskelijalta tai vaihtoehtoisesti näyttelijäpotilaalta. Simulaatio valmistaa opiskelijoita varsinaiseen anamneesinottoharjoitukseen, jossa haastatellaan oikeaa potilasta vertaisopettajan tukemana. Ennen harjoitusta vertaisopettajille järjestetään lyhyt koulutus, jossa käydään läpi harjoituksen sisältö ja oppimistavoitteita sekä ohjeistetaan oikeaoppinen palautteenanto. Jokaiselle opiskelijalle nimetään vertaisopettaja, joka valitsee sopivan opetuspotilaan harjoitusta varten. Tämän jälkeen kolmannen vuoden opiskelija ottaa potilaalta anamneesin vertaisopettajan tarkkaillessa tilannetta siihen kuitenkaan puuttumatta. Anamneesin ottamisen jälkeen vertaisopettaja antaa opiskelijalle henkilökohtaisesti palautetta vuorovaikutuksesta ja anamneesin sisällöstä sekä kehitysehdotuksia jatkoa varten. Lopuksi opiskelijat kirjoittavat sairauskertomustekstin ja palauttavat sen professorille tai harjoituksesta vastuussa olevalle kliiniselle opettajalle. Opiskelijoille järjestetään pienryhmittäin palauteluento, jossa käydään tekstejä läpi anonymisti sisältöön keskittyen.



Kuva 10. Ehdotus anamneesiopetuksen kulusta.

6.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet

Tutkimukseen osallistui absoluuttisesti kohtuullisen vähän ihmisiä (N = 56). Kyselytutkimus lähetettiin kuitenkin sähköpostitse, ja vastaaminen oli vapaaehtoista, joten suhteellista osallistujamäärää (38 %) voidaan pitää kohtuullisen hyvänä. Tutkimus oli luonteeltaan varsin subjektiivinen ja mittasi lähinnä opiskelijoiden kokemuksia opetuksesta.

Monivalintakysymyksissä suurin osa toi esiin tyytyväisyyttä harjoitusta ja opetusta kohtaan, mutta avoimissa vastauksissa korostuivat negatiiviset kommentit. Opetusta kritisoivat ja

parannusta toivovat opiskelijat olivat valmiimpia käyttämään aikaa avoimien kommenttien kirjoittamiseen.

Kirjallisuuteen perehtyessä kävi ilmi, että tutkimuksia anamneesinoton opetuksesta on tehty vähän. Aiheesta tehtyjen tutkimusten otoskoot ovat olleet pieniä, ja tulokset ovat perustuneet niin ikään opiskelijoiden subjektiivisiin kokemuksiin anamneesinotosta ja sen opetuksesta. Aiheeseen liittyvät tutkimukset ovat usein huonosti yleistettävissä eriävien opetuskäytäntöjen vuoksi, eikä tämä tutkimus ole poikkeus.

LÄHTEET

1. Lappen J. History-taking and interview techniques and the physician-patient relationship. *Glob. libr. women's med.* 2011. DOI: 10.3843/GLOWM.10411.
2. Duodecim Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto: anamneesi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016. www.terveyskirjasto.fi/ltt00189/anamneesi?q=anamneesi
3. Christensen N, Black L, Furze J, ym. Clinical reasoning: survey of teaching methods, integration, and assessment in entry-level physical therapist academic education. *Phys Ther* 2017;97:175–86.
4. Gillis J. The history of the patient history since 1850. *Bull Hist Med* 2006;80:490–512.
5. Feddock CA. The lost art of clinical skills. *Am J Med* 2007;120:374–8.
6. Pasternack A. Anamneesi (esitiedot). Kirjassa: Saha H, Salonen T, Sane T, toim. Potilaan tutkiminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009, s. 26–41.
7. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, ym. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. *Med Educ* 1998;32:283–8.
8. Ahmed AM. Deficiencies of history taking among medical students. *Saudi Med J* 2002;23:991–4.
9. Batenburg V, Gerritsma JG. Medical interviewing: initial student problems. *Med Educ* 1983;17:235–9.
10. Ramani S. Promoting the art of history taking. *Med Teach* 2004;26:374–6.
11. Kirch W, Schafii C. Misdiagnosis at a university hospital in four medical eras: report on 400 cases. *Medicine* 1996;75:29–40.
12. Phillips KA, Ospina NS, Montori VM. Physicians interrupting patients. *J Gen Intern Med* 2019;34:1965.
13. Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, ym. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Educ Couns* 2000;39:27–36.
14. Stewart MA, Brown J, Donner A, ym. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796–804.
15. Thistlethwaite JE. Integrating communication skills and history-taking. *Med Teach* 1999;21:83–4.
16. Ohm F, Vogel D, Sehner S, ym. Details acquired from medical history and patients' experience of empathy – two sides of the same coin. *BMC Med Educ* 2013;13:67.
17. Mueller PS, Barrier PA, Call TG, ym. Views of new internal medicine faculty of their preparedness and competence in physician-patient communication. *BMC Med Educ* 2006;6:30.

18. Alrasheedi AA. Deficits in history taking skills among final year medical students in a family medicine course: A study from KSA. *J Taibah Univ Med Sci* 2018;13:415–21.
19. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage* 2001;16:184–91.
20. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ* 2018;18:157.
21. Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? *Fam Med* 2008;40:253–8.
22. Kollhoff M, Owings CS, Cathcart-Rake W. Preparing medical students for the medical interview. *Kans J Med* 2017;10:22–4.
23. Chow J, He T. The General History and Physical Exam. Kirjassa: Hall J, Piggott K, Vojvodic M, Zaslavsky K, toim. *Essentials of Clinical Examination Handbook*. New York: Thieme 2013, s. 1–16.
24. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, ym. Is the use of videotape recording superior to verbal feedback alone in the teaching of clinical skills? *BMC Public Health* 2009;9:474.
25. Hulsman RL, van der Vloodt J. Self-evaluation and peer-feedback of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and specificity. *Patient Educ Couns* 2015;98:356–63.
26. Alyami H, Su'a B, Sundram F, ym. Teaching medical students history taking content: a systematic review. *Am J Educ Res* 2016;4:227–33.
27. Pyörälä E. Paradigman muutos ja aktivoivat oppimismenetelmät lääketieteen koulutuksessa. *Yliopistopedagogiikka*, julkaistu verkossa 9.12.2014.
<https://lehti.yliopistopedagogiikka.fi/2014/12/09/paradigman-muutos-ja-aktivoivat-oppimismenetelmat-laaketieteen-koulutuksessa/>
28. Keifenheim KE, Teufel M, Ip J, ym. Teaching history taking to medical students: a systematic review. *BMC Med Educ* 2015;15:159.
29. Sanson-Fisher R, Hobden B, Carey M, ym. Interactional skills training in undergraduate medical education: ten principles for guiding future research. *BMC Med Educ* 2019;19:144.
30. Haring CM, Cools BM, van Gorp PJM, ym. Observable phenomena that reveal medical students' clinical reasoning ability during expert assessment of their history taking: a qualitative study. *BMC Med Educ* 2017;17:147.
31. Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Med Teach* 2003;25:569–84.

32. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, ym. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Res Notes* 2012;5:486.
33. Novack DH, Volk G, Drossman DA, ym. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: Progress, problems, and promise. *JAMA* 1993;269:2101–5.
34. Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, ym. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof* 2007;30:3–21.
35. Hatem DS, Barrett SV, Hewson M, ym. Teaching the medical interview: methods and key learning issues in a faculty development course. *J Gen Intern Med* 2007;22:1718–24.
36. 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.
37. Peters M, Ten Cate O. Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspect Med Educ* 2014;3:76–88.
38. Schopper H, Rosenbaum M, Axelson R. 'I wish someone watched me interview:' medical student insight into observation and feedback as a method for teaching communication skills during the clinical years. *BMC Med Educ* 2016;16:286.
39. Fortin AH, Haeseler FD, Angoff N, ym. Teaching pre-clinical medical students an integrated approach to medical interviewing: half-day workshops using actors. *J Gen Intern Med* 2002;17:704–8.
40. Maicher K, Danforth D, Price A, ym. Developing a conversational virtual standardized patient to enable students to practice history-taking skills. *Simul Healthc* 2017;12:124–31.
41. Stevens A, Hernandez J, Johnsen K, ym. The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *Am J Surg* 2006;191:806–11.
42. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, ym. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med* 2009;76:330–43.
43. Keifenheim KE, Petzold ER, Junne F, ym. Peer-assisted history-taking groups: a subjective assessment of their impact upon medical students' interview skills. *GMS J Med Educ* 2017;34:35.

LIITTEET

Liite 1. Kysely

C5 vertaisopetus (anamneesi)

Kysely KLP-kurssin anamneesiharjoituksesta. Tarkoituksemme on kehittää anamneesiopetusta ja toivomme ajatuksia, mielipiteitä ja kokemuksia harjoituksesta erityisesti liittyen vertaisopetukseen C11-kurssin opiskelijoiden kanssa.

1. Taustatietoja, sukupuoli

Merkitse vain yksi soikio.

Nainen

Mies

2. Otitko anamneesin yksin vai parin kanssa?

Merkitse vain yksi soikio.

Yksin

Parin kanssa

3. Oliko tämä ensimmäinen "oikealta" potilaalta ottamasi anamneesi?

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

4. Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen "ei", kirjoita lyhyesti missä olet anamneesin aikaisemmin ottanut.

Arvioi anamneesiopetusta

1 = en lainkaan samaa mieltä

2 = osittain eri mieltä

3 = osittain samaa mieltä

4 = täysin samaa mieltä

5 = en tiedä / en osaa sanoa

5. Teoreettista opetusta anamneesinotosta oli riittävästi.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

6. Koin anamneesinoton hyödyllisenä.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

7. C11 vertaisopettaja ohjasi harjoituksen kulkua ja oli apuna tarvittaessa.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

8. C11 vertaisopettaja antoi ohjeita ja vinkkejä ennen anamneesin ottamista.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

9. C11 vertaisopettaja kyseli kokemuksia ja kommentoi suoritusta anamneesinoton jälkeen.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

10. Professori Kaajan pitämä tekstien palautetilaisuus anamneesiharjoituksen jälkeen oli opettavainen.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

11. Anamneesin ottaminen oli helppoa.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

12. Potilaat harjoitukseen oli valittu hyvin.

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en tiedä / en osaa sanoa

13. Olisiko anamneesiharjoituksen luento ollut hyvä järjestää ennen itse harjoitusta?

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

14. Tulisiko sinun mielestäsi anamneesinotosta olla statusvideon kaltainen opetusvideo?

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

15. Kokemuksia anamneesinottotilanteesta?

16. Kehittämideoita anamneesiopetukseen ja anamneesiharjoituksen vertaisohjaamistilanteisiin?
