

VUOROVAIKUTUSTAITOJEN KEHITYS
OSANA LÄÄKÄRIOPISKELIJAN AMMATILLISTA KASVUA

Kaarina Laitinen
Mari Sundström
Turun yliopisto
Kasvatustieteiden laitos
Pro gradu-tutkielma
Marraskuu 2012

TURUN YLIOPISTO

Kasvatustieteiden tiedekunta

Kasvatustieteiden laitos

LAITINEN, K. & SUNDSTRÖM, M.: Vuorovaikutustaitojen kehitys osana lääkäriopiskelijan ammatillista kasvua

Pro gradu-tutkielma 84 s., 3 liites.

Kasvatustiede

Marraskuu 2012

Tässä laadullisessa pitkittäistutkimuksessa tarkastelemme miten lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaidot kehittyvät potilaan kohtaamisessa lääkärikoulutuksen aikana osana ammatillista kasvua. Tutkimme lääkärikoulutuksen opetusta sekä oppimista. Tutkimus on osa LeMEx (Learning Medical Excellence) - tutkimusprojektia. Tutkimuksemme syntyy tarpeesta ymmärtää ammatillisen kasvun kehitystä koulutuksen aikana erityisesti vuorovaikutustaitojen näkökulmasta. Työelämässä sosiaalisten valmiuksien merkitys korostuu, jonka seurauksena myös lääkärin rooli on muuttunut. Kyky kohdata potilas, keskustella ja haastatella potilasta, ovat tärkeä osa lääkärin arkea. Vuorovaikutustaidoista on tullut keskeinen ammatillisen osaamisen osa-alue eikä näitä valmiuksia voida ymmärtää työelämän vaatimusten kannalta vain yleissivistyksenä. Potilaat tietävät omista sairauksistaan yhä enemmän ja lääkärin on haettava yhteistyössä potilaan kanssa ratkaisua terveysongelmaan. Lääkäriopiskelijan on opittava käyttämään tätä vahvuutena omassa työssään, sillä omasta terveydestään kiinnostuneet potilaat ovat hyviä yhteistyökumppaneita.

Tutkimusaineistona käytämme kyselylomaketta, jonka samat Turun lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat ovat täyttäneet koulutuksen alussa, puolessa välissä ja koulutuksen lopussa, vuosina 2006–2012. Kyselylomake sisältää potilastapauksen, jossa lääkäriopiskelijaa pyydetään pohtimaan ja tarkastelemaan, mitä ajatuksia annettu vastaanottotilanne hänessä herättää. Toisena aineistona käytämme Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaita vuosina 2006–2012.

Tutkimustuloksista ilmenee, että koulutuksen myötä lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaidot ammatillistuvat. Koulutuksen ja ammatillisen kasvun myötä suhtautumistapa potilaaseen ja omaiseen muuttuu laadultaan. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat viivyttelivät yhteistyön kentällä ja antavat aikaa vuorovaikutukselle monipuolisemmin. He suhtautuvat tuolloin yhteistyökumppaneihin positiivisesti. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijan empaattisuus vähenee ja omaista kohtaan välittyä eniten negatiivisia ilmauksia. Lääkäriopiskelijat siirtyvät tuolloin nopeasti ongelmanratkaisuun, josta kantavat selkeämmin vastuuta. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat osaavat parhaiten huolehtia yhteistyön jatkosta sekä tehdä moniammatillista yhteistyötä. Vuorovaikutustaitojen opetusta on pyritty lisäämään lääkärikoulutuksessa koko ajan. Pääosin niitä opetetaan kolmannella lukuvuodella. Vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja löytyy lääkärikoulutuksesta neljän eri kurssin yhteydestä. Tämän lisäksi vuorovaikutustaitoja tukeviksi opinnoiksi luokittelemme kieli- ja viestintäopinnot, juonneopetuksen, opettajatuutoroinnin sekä työharjoittelut. Yhteensä vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja on 51 opintopistettä, joka käsittää lääkärikoulutuksesta seitsemäsosan.

Asiasanat: Ammatillinen kasvu, vuorovaikutustaidot, potilaan kohtaaminen, lääkäriopiskelija, viestintä

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSONGELMA	2
3	LÄÄKETIETEEN KOULUTUS SUOMESSA	4
3.1	Lääketieteen koulutuksen historiaa.....	5
3.2	Vuorovaikutustaitoja tukevien opintojen kehitys Suomessa.....	7
4	AMMATILLINEN KASVU	10
4.1	Lääkärin ammatti ja professio	11
4.2	Ammatillisen kasvun osa-alueet lääketieteessä	13
4.3	Vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäriopiskelijan ammatillisessa kasvussa	18
5	POTILAAN KOHTAAMINEN	20
5.1	Yhteistyötä vastaanotolla.....	21
5.2	Vastaanoton epäsymmetriset roolit.....	24
6	VUOROVAIKUTUSTAITOJEN OPETUS JA OPPIMINEN LÄÄKÄRIKOULUTUKSESSA	27
6.1	Tutkimuksen toteutus	27
6.1.1	Tutkimusaineistot	27
6.1.2	Opinto-opas analyysi.....	30
6.1.3	Kyselyaineiston analyysi ja käsitteiden määrittely	30
6.2	Opinto-opas analyysin tulokset.....	36
6.2.1	Lääkärikoulutuksen sisältö	36
6.2.2	Vuorovaikutustaitoja tukeva opetus	38
6.3	Vuorovaikutustaitojen kehitys	44
6.3.1	Empatia	44
6.3.2	Omaiseseen suhtautuminen	45
6.3.3	Tilanteeseen eläytyminen	48
6.3.4	Potilaaseen suhtautuminen	50
6.4	Ongelmanratkaisutaitojen kehitys.....	53
6.4.1	Uskomukset.....	53
6.4.2	Päätöksenteko.....	54
6.4.3	Toimenpiteet	56
6.4.4	Kokonaisuuden tarkastelu	58
6.4.5	Moniammatillinen yhteistyö.....	59
6.5	Yhteenveto.....	61
6.5.1	Lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevä malli potilaan kohtaamisesta	61
6.5.2	Vuorovaikutustaitojen kehitys: keskeiset tulokset.....	62
6.5.3	Ongelmanratkaisutaitojen kehitys: keskeiset tulokset	65
6.5.4	Yhteenveto tuloksista	66
7	POHDINTA	68
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	75
9	LÄHTEET JA KIRJALLISUUS	77
10	LIITTEET	88
	Liite 1. Kyselylomake.....	88
	Liite 2. Opetussuunnitelma	89
	Liite 3. Lääkäriksi kasvamisen opintojen sisältö	90

Kuvioluettelo:

Kuvio 1. Ammatillinen kasvu	14
Kuvio 2. Lääkärin asiantuntijuuden eri osa-alueiden esiintyminen kompetenssilistauksissa	17
Kuvio 3. Professionaalinen viestintäsuhde	25
Kuvio 4. Vastaanottotilanteen kokonaiskuva	71

Taulukkuuettelo:

Taulukko 1. Lääkärin ammatillisen osaamisen kompetensseja	16
Taulukko 2. Vastaajamäärät ja vastausprosentit	29
Taulukko 3. Sisällönanalyysi vuorovaikutustaitojen kehityksestä	32
Taulukko 4. Sisällönanalyysi ongelmanratkaisutaitojen kehityksestä	33
Taulukko 5. Vuorovaikutustaitojen ja ammatillisen kehittymisen alaluokat	35
Taulukko 6. Keskeisten käsitteiden esiintyminen opinto-oppaassa 2011 – 2012.....	39
Taulukko 7. Lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaitoja tukevat opinnot	43
Taulukko 8. Empatian kehitys koulutuksen aikana.....	44
Taulukko 9. Omaiseen suhtautumisen kehitys koulutuksen aikana	46
Taulukko 10. Omaiseen suhtautumisen eri ilmaisutapojen kehitys koulutuksen aikana.....	47
Taulukko 11. Tilanteeseen eläytymisen kehitys koulutuksen aikana	49
Taulukko 12. Potilaaseen kohdistuneita ilmauksia koulutuksen aikana.....	51
Taulukko 13. Uskomuksien esiintyminen koulutuksen aikana	53
Taulukko 14. Päätöksentekemisen esiintyminen koulutuksen aikana	54
Taulukko 15. Toimenpiteiden esiintyminen koulutuksen aikana	57
Taulukko 16. Kokonaisuuden tarkastelun esiintyminen koulutuksen aikana	58
Taulukko 17. Moniammatillisen yhteistyön esiintyminen koulutuksen aikana	60
Taulukko 18. Lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevä malli potilaan kohtaamisessa	62
Taulukko 19. Yhteenveto tuloksista	68

1 JOHDANTO

Lääkäri: ”Kirjoita lähete, paina enter.”¹

Potilas: ”Yleislääkäri ei edes katsonut, sanoi vain, että syö buranaa.”²

Hyvä vuorovaikutus potilaan kohtaamisessa on tärkeä osa lääkärin ammattitaitoa. Lääkäreiden koulutukseen sisällytettiin vuorovaikutusopintoja kuitenkin vasta 1990-luvulla. Nykyisin vuorovaikutusopinnot ovat vakiintuneet osaksi lääkärin peruskoulutusta, mutta vuorovaikutuskoulutusta ei maassamme ole juurikaan tutkittu. Tutkimus selvittää lääkäriopiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehitystä osana ammatillista kasvua lääkärinkoulutuksen aikana. Tutkimus on osa LeMEx-tutkimusprojektia, jonka keskeisenä tarkoituksena on kehittää lääketieteen koulutusta. Tutkimuksemme syntyy tarpeesta ymmärtää ammatillisen kasvun kehitystä koulutuksen aikana erityisesti vuorovaikutustaitojen näkökulmasta.

Vuorovaikutustaitojen merkitykseen kiinnitetään huomiota yhä enemmän työelämässä ja opiskelussa. Syynä tähän ovat yhteiskuntamme muutokset ja ammattien vaatimukset. Työelämässä sosiaalisten valmiuksien merkitys korostuu. Hyvät vuorovaikutustaidot mahdollistavat korkeatasoisen palveluvuorovaikutuksen sekä kohottavat asiantuntijan pätevyyttä. Myös lääkärin rooli on muuttunut. Lääkäri kohtaa työssään erilaisia potilaita ja tätä suhdetta muovaa ihmisten tiedon tason jatkuva nousu. Potilas löytää monista eri tietolähteistä ratkaisua oireilleen jo ennen lääkärille menoa. Lääkäri hakee yhteistyössä potilaan kanssa ratkaisua potilaan terveysongelmaan, sillä potilaalla on valta itseään koskevassa päätöksenteossa. Lääkäreiden on myös tehtävä moniammatillista yhteistyötä eri tahojen kanssa. Kun työ tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, vuorovaikutus muodostaa sen viitekehyksen, jonka puitteissa ammattilainen käyttää alansa substanssitietoa ja tästä viitekehyksestä riippuu myös työn tulos. Tämän seurauksena vuorovaikutustaidoista on tullut keskeinen ammatillisen osaamisen osa-alue. Vuorovaikutustaitojen valmiuksia pidetään itsestään selvinä ja ajatellaan että ne opitaan luontaisesti, vaikka näin ei kuitenkaan ole. (Gerlander & Takala 2000, 173; Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001, 8-9; Kauppila 2005, 13.)

¹ Tutkimusaineistosta (057/T09).

² Kommentti keskustelupalstalta, Zafi 2012.

Eräs huomattava postmodernin työelämän vaatimus onkin työntekijän jatkuva itsensä kehittäminen ja osaamisen päivittäminen. Ruohotie määrittelee ammatillisen kasvun jatkuvaksi oppimisprosessiksi. Ihmisellä on oltava sekä kykyä että halua oppia jatkuvasti, sillä vain tällä tavalla hän voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. (Ruohotie 2002, 3.) Tämä prosessi alkaa jo lääkärikoulutuksen alkutaipaleilta.

2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSONGELMA

Lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen tutkimus- ja kehittämissyksikkö, TUTKE, toimii ja valmistelee opetusdekaanille ja lääketieteen perustutkinnon suunnittelutoimikunnalle (TST) koulutuksen kehittämiseen liittyviä hankkeita. Yksikkö tukee tiedekunnan perustutkintokoulutuksen kehittämistä valmistelemalla, toteuttamalla ja arvioimalla opetussuunnitelman uudistamista, järjestämällä opettajien pedagogista koulutusta sekä harjoittamalla lääketieteelliseen koulutukseen ja oppimiseen liittyvää tieteellistä tutkimusta.

Tutkimuksemme on osa LeMEx- tutkimusprojektia. Se on pitkittäistutkimus, joka toteutetaan vuosina 2006–2012. TUTKE on keskeinen toimija tutkimushankkeessa ja tutkimus tehdään yhteistyössä Turun yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan sekä Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja koulutus- ja kehittämissyksikön kanssa.

LeMEx (Learning Medical Excellence) -tutkimusprojektin tarkoituksena on tutkia lääketieteellisen tiedon oppimista sekä lääketieteellisen ajattelun ja asiantuntijuuden kehittymistä lääkärikoulutuksen aikana. Tutkimus on kuusi vuotta kestävä pitkittäistutkimus, jonka tutkimusjoukon muodostavat Oulun ja Turun yliopistojen lääketieteellisessä tiedekunnassa syksyllä 2006 opintonsa aloittaneet lääketieteen ja hammaslääketieteen opiskelijat (N=343). Lääketieteellisen koulutuksen kehittämisen kannalta on keskeistä seurata opiskelijoiden oppimisen laatua ja lääketieteellisen tiedon kumuloitumista opintojen aikana. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole koko opiskeluajan kattavaa pitkittäistutkimukseen pohjautuvaa tietoa opiskelijoiden tietämyksen ja ajattelun kehittymisestä. LeMEx-hankkeen keskeisenä tavoitteena onkin juuri tuottaa tutkimustietoa ja lääkärikoulutuksen laatutyöhön soveltuvia välineitä lääketieteellisen koulutuksen kehittämisen tukemiseksi.

Laadullinen tutkimus perustuu pitkälti fenomenologis-hermeneuttiseen filosofiseen ja humanistiseen ihmistieteelliseen perinteeseen. Tässä tutkimuksessa yritetään nostaa tietoiseksi ja näkyväksi se, minkä tottumus on häivyttänyt huomaamattomaksi ja itsestään selväksi sekä se, mikä on koettu, mutta ei vielä tietoisesti ajateltu. Ihminen on tutkimuksen kohteena ja tutkijana. Fenomenologisessa tutkimuksessa kokemus muotoutuu merkitysten mukaan, johon hermeneuttinen ulottuvuus tulee mukaan tulkinnan tarpeen myötä. Hermeneutiikalla tarkoitetaan yleisesti ymmärtämisen ja tulkinnan teoriaa. Hermeneuttinen ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkitysten oivaltamista. Ymmärtäminen on aina tulkintaa ja kaiken ymmärtämisen pohjana on aiemmin jo ymmärretty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35.)

Kysymme tutkimuksessamme:

Miten lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaidot kehittyvät potilaan kohtaamisessa lääkärikoulutuksen aikana osana ammatillista kasvua?

Tutkimme lääkärikoulutuksen opetusta ja oppimista. Tutkimuksessa käytämme kahdenlaista aineistoa. Ensimmäisen aineiston avulla tutkimme opetusta. Analysoimme millaisia vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta opiskelijoilleen opettaa opinto-oppaan perusteella. Pyrimme nostamaan tietoiseksi ja näkyväksi sen, miten lääkärikoulutuksen sisällöt ja tavoitteet vastaavat lääkäriyön asettamiin vaatimuksiin. Toisen kyselylomakeaineiston avulla tutkimme oppimista. Tämän aineiston avulla tutkimme, miten ensimmäisen, kolmannen ja kuudennen vuosikurssin lääkäriopiskelijoiden vuorovaikutustaidot kehittyvät koulutuksen aikana. Tarkastelemme kuinka lääkäriopiskelijoiden ammatillisuus kasvaa sekä vuorovaikutustaidot kehittyvät saman potilastapauksen käsittelyssä koulutuksen eri vaiheissa.

Tarkastelemme tutkimusaineistomme perusteella millaisia vuorovaikutustaitoja lääkäriopiskelijat oppivat koulutuksensa aikana suhteessa lääkärin työssä vaadittaviin ammatillisiin velvollisuuksiin. Pohdimme lääkärikoulutuksen vuorovaikutustaitoja tukevien opintojen vaikuttavuutta potilaan kohtaamisessa. Tarkastelemme tutkimusongelmaa lääkäriopiskelijan näkökulmasta potilaan kohtaamisessa.

Tutkimuksemme syntyy tarpeesta ymmärtää ammatillisen kasvun kehitystä koulutuksen aikana erityisesti vuorovaikutustaitojen näkökulmasta. Tarkoituksena on löytää jo olemassa olevaan tietoon nojaten uusia ajatuksia, minkä vuoksi päädyimme toteuttamaan tutkimusta laadullisen menetelmän keinoin. Tutkimuksen aineisto koostuu lääkäriopiskelijoiden kirjoitettuihin vastauksiin annetusta potilastapauksesta. Tutkimus pyrkii löytämään erilaisia näkemyksiä lääketieteen koulutuksen kehittämiseen kasvatustieteen näkökulmasta.

3 LÄÄKETIETEEN KOULUTUS SUOMESSA

Suomessa yliopistojen tutkinnoista säädetään valtioneuvoston asetuksella (794/2004). Lääkäriin perustutkinto on lääketieteen lisenssiaatin tutkinto, jonka laajuus on 360 opintopistettä ja päätoimisesti opiskellen sen voi suorittaa kuudessa vuodessa. Tutkinnon voi suorittaa Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen tai Turun yliopistoissa lääketieteellisessä tiedekunnassa. Holmberg-Marttila ym. mukaan opiskelijat tulevat monenlaisista taustoista, eri-ikäisinä ja erilaisin motiivein. Yhteinen tekijä on altruismi ja sitoutuminen potilaan hoitamiseen. (Holmberg-Marttila, Turunen, Helminen & Pimiä 2007, 131 – 135.)

Lääketieteellisten tiedekuntien tehtävä on kouluttaa lääkäreitä yhteiskunnan tarpeisiin ja huolehtia lääketieteellisen tutkimuksen jatkuvuudesta. Tiedekuntien on omalla tutkimuksellaan pysyteltävä tieteen eturintamassa, turvattava nuorten hakeutuminen tutkimusalalle ja tarjottava laadukas tutkijakoulutus. Tämän lisäksi on koulutettava terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on riittävät peruskädenaidot ja tiedot sekä kyky soveltaa osaamista työelämässä. Jännite syntyy tieteellisyyden ja ammattiin valmistavan opetuksen yhdistämisestä. Tästä seuraa opintojen pakollisuus, koulumaisuus ja suoritusten tarkka kontrollointi, joka sotii akateemista vapautta vastaa ja hukuttaa opiskelijan keittokirjamaiseen tiedon ulkoa opiskeluun. Työelämän relevantit resurssiongelmat, aikataulupaineet, valintojen vaikuttavuus ja laajempi yhteiskunnallinen muutos on tuotava terveystaloustieteellisenä näkökulmana opintoihin. (Holmberg-Marttila, Peura, Ryyänen, Turunen & Pasternack 2005, 548; Holmberg-Marttila ym. 2007, 137–138.)

3.1 Lääketieteen koulutuksen historiaa

Suomalaisten lääketieteellisten tiedekuntien koulutuksessa on eroja sen mukaan, missä terveydenhuollon kehityksen vaiheessa niiden koulutusohjelmat on perustettu. Turun akatemia perustettiin vuonna 1640. Turun akatemian lääketieteen professori oli 1700-luvun keskivaiheille saakka ainoa tieteellisen koulutuksen saanut lääkäri Suomessa. Ensimmäinen lääkäri valmistui akatemiasta vasta 1742, ja kaikkiaan akatemiasta valmistui sen toiminnan aikana vuosina 1640–1827 vain 55 lääkäriä. Turun akatemia siirrettiin kaupungin suurpalon jälkeen vuonna 1828 Helsinkiin. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan rinnalle perustettiin Turkuun tiedekunta vuonna 1943 ja Ouluun vuonna 1958. Nämä kolme vastasivat Suomen lääkärikoulutuksesta aina vuoteen 1972 saakka, jolloin koulutus alkoi myös Kuopion korkeakoulussa ja Tampereen yliopistossa. (Hyppölä & Mattila 2004, 971 – 972.)

Opinto-ohjelmien jatkuvat uudistukset ovat välttämättömiä, että lääkäreiden ammattitaito vastaisi väestön odotuksia ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksia. Tampereen lääketieteellinen tiedekunta aloitti ensimmäisenä Suomessa vuonna 1994 koko opinto-ohjelman kattavan ongelmalähtöisen opetuksen. Tätä seurasi Helsingissä seuraavana vuonna aloitettu ongelmalähtöisen oppimisen kokeilu. Kolmen vuoden kokeiluvaiheen jälkeen kaikki opintonsa aloittavat medisiinarit opiskelivat Helsingissäkin ongelmalähtöisen oppimisen periaatteiden mukaisesti. Samaan aikaan Turussa luotiin juonneopetuksen malli, jossa opiskelijat tutustuvat joka toinen viikko terveyskeskuslääkärin vastaanottotyöhön ensimmäisen opintovuoden alusta lähtien. Tavoitteena on lisätä opiskelijoiden motivaatiota terveyskeskustyöhön sekä vuorovaikutustaitojen ja kokonaisvaltaisen lääkärintyön ymmärtämistä. Oulussa painotetaan kliinisten oppiaineiden integraatiota ja monialaisia teemaseminaareja. Kuopiossa aloitettiin opintouudistuksen mukainen opetus vuonna 1997. Muuttuvien tarpeiden vuoksi täydellistä opinto-ohjelmaa tuskin pystytään kehittämään. Siihen on kuitenkin pyrittävä ja tämä edellyttää jatkuvaa valmiutta opinto-ohjelmien muokkaamiseen. Hyppölä & Mattila muistuttavat palautteen keräämisestä ja sen pohjalta uudistamisen tärkeydestä sekä siitä että peruskoulutuksen tulee luoda kiinnostus jatkuvaan täydennyskoulutukseen ja elinikäiseen oppimiseen. (Hyppölä & Mattila 2004, 971 – 972.)

Opintosuunnitelmauudistuksen taustalla on (Holmberg-Marttila ym. 2005, 548) tarve yhdistää tieteellisyys ja taidollisuus sekä lääkäriä olemisen tavoitteet eli ns. hiljainen, kätketty tieto. Sisältöjen ja menetelmien uudistusta vauhdittavat työelämän vaatimukset ja eri alojen tutkimustiedon lisääntyminen. Lääkärikoulutuksessa ei selviä opettaja- ja oppiainekeskeisillä, lisääntyvän tiedon jakamiseen keskittyvillä malleilla. Pedagogisesti lääkärikoulutuksessa tarjotaan konstruktiviseen käsitykseen perustuvia menetelmiä, joissa käytetään yhteistoimintaa. (Holmberg-Marttila ym. 2005, 548.) Pelkkä mukanaolo- esimerkiksi potilastilanteessa – ei johda toivottuihin oppimistuloksiin, ellei opiskelija itse pysähdy aktiivisesti miettimään näitä kokemuksiaan. Opetuksessa korostetaan oppijan omaa aktiivista tiedonmuodostusta, unohtamatta yhteisöllisyyttä. Monet lääketieteen käytännöt ja oppimisympäristöt ovat yhteisöllisiä. Tieto muodostuu eri toimijoiden yhteistyönä ja työyhteisöillä on paljon jaettua yhteistä tietämystä. Kun lähtökohdaksi otetaan konstruktivistinen oppimiskäsitys, keskeiseen asemaan on nostettava aktivoivat työskentelytavat ja oppimistehtävät. On järjestettävä ajattelutehtäviä, tuettava itseohjautuvuutta, kehitettävä ryhmätyötaitoja, asetettava tavoitteita opiskelulle ja opetettava arvioimaan ja antamaan palautetta sekä toiselle että itselle. Opetuksessa ei voi unohtaa oppipoika-mestari opetusta, koska asiantuntijuus ei synny pelkästään tiedon ja sen käytön myötä. Opiskelijan on koulutuksen aikana sosiaalistuttava myös kulttuurisiin käytäntöihin lääkäreiden esikuvien kautta. Pahimmillaan opettaja käyttää passiivisen mallioppimisen metodia, mutta parhaimmillaan hän pääsee refleктоivaan, arviointiin ja palautteen antamiseen perustuvaan vuorovaikutukseen opiskelijoiden kanssa, jolloin kokemuksellinen näkökulma täyttyy. (Holmberg-Marttila ym. 2005, 548–549.)

Lääketieteen koulutuksen perinteisen opetussuunnitelman perusteena on biologisten opintojen jako ns. prekliiniseen ja kliiniseen vaiheeseen. Jaon myötä teorettinen opiskelu korostuu opintojen alkuvaiheessa. Tämä hankaloittaa teorettisen tietämyksen soveltamista kliinisessä vaiheessa. Opintoja on pyritty yhdistämään mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Tästä integraatiosta on tullut keskeinen kehittämisstrategia (Hakkarainen & Pasternack 2005, 639). Tietoa opetuksesta on saatavilla, eikä lääketieteen ole varaa jättää huomioimatta tätä osaamista. Oppiminen on turhauttavassa määrin unohtamista. Tiedot, joita ei käytetä, unohtuvat. Lääketieteenkin tulisi löytää sellaisia oppimisympäristöjä jossa opinnot muodostavat motivoivan, mieleen painamista ja muistista palauttamista tukevan ympäristön. Pelkkä alojen intergraatio ei riitä, vaan

intergraatiota toteuttaneet lääketieteelliset tiedekunnat ovat päätyneet myös muutoksiin oppimismenetelmissä. (Hakkarainen & Pasternack 2005, 639.)

3.2 Vuorovaikutustaitoja tukevien opintojen kehitys Suomessa

1980-luvulla esitettiin että vuorovaikutustaitoja tulisi systemaattisesti opettaa lääkärikoulutuksessa ja ne vaadittiin osaksi lääkärin tutkintoa. Ajatus oli uusi ja radikaali ja vasta 1990-luvulla niin ulkomailla kuin Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissakin peruskoulutukseen sisällytettiin vuorovaikutusopintoja. Ennen tätä lääkärin vuorovaikutustaitojen ajateltiin kehittyvän kliinisten taitojen myötä seuraamalla kokeneempia. Tuolloin ajateltiin, että vuorovaikutustaitoja opitaan mallioppimalla. (Pyörälä 2001, 183; Pyörälä & Lindblom-Yläne 2005, 606.) Tämän seurauksena alalla vallitsevat ammattikäytännöt, asiantuntijoiden asenteet ja toimintatavat vaikuttivat voimakkaasti. Esimerkiksi sairaalaympäristön hierarkiamalleihin sosiaalistuttiin. Sosiaalistajana toimi koko opiskelijan konteksti; vanhemmat opiskelijat, opettajat ja sairaalaympäristö työntekijöineen (Järvinen 1985, 158; Vainiomäki 1995, 183). Vuorovaikutustaidot periytyivät lääkärisukupolvelta toiselle. Mallioppiminen on hyvin kritiikitöntä jonka seurauksesta roolimallin arvot opitaan tiedostamatta. (Äärimaa 2005, 12.) Sen sijaan vuorovaikutustaitojen opetuksen ja kehittämisen tulee olla tietoista toimintaa, jossa kliinisten taitojen oppimisen mukana vuorovaikutustaitoja tukevat opinnot ovat systemaattisesti syvenevää ja analyttisesti kehittävää. (Pyörälä 2001, 184; Koponen 2012, 34.)

Lääketieteen perustutkintoon sisältyvien vuorovaikutustaitoja tukevien opintojen laajuudet ja sisällöt vaihtelevat eri yliopistojen välillä eikä lääketieteen vuorovaikutuskoulutusta ole maassamme juurikaan tutkittu. Lääketieteen asiantuntijoille ja opiskelijoille suunnattua vuorovaikutuskoulutusta on kansainvälisesti tutkittu, arvioitu ja kehitetty runsaasti. Tutkimuksissa on osoitettu, että vuorovaikutuskoulutukseen osallistuneet lääketieteen opiskelijat tai asiantuntijat ovat oppineet vuorovaikutusosaamista ja heidän vuorovaikutustaitonsa ovat kohentuneet koulutuksen myötä. (Pyörälä 2001, 183; Koponen 2012, 12.)

Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukselle on olemassa kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. Isossa-Britanniassa (General Medical Council, 1993, 2009) tai Yhdysvalloissa ja Kanadassa (Association of American Medical Colleges, 2008)

esittävät suosituksia opetussuunnitelmalle ja tuovat esiin vuorovaikutustaitojen merkityksen lääkärin työssä. Vuorovaikutusopintojen sisällyttäminen lääketieteen perustutkintoon ei Koposen (2012, 34) mukaan ole ongelmatonta. Samoin vuorovaikutusopintojen sijoittuminen tutkintoon vaihtelee eri maissa ja lääketieteen koulutusyksiköissä. Toisissa vuorovaikutusopinnot sijoittuvat lääketieteen opintojen kliiniseen vaiheeseen, koska silloin osaamisen merkitys lääkärin työssä konkretisoituu tai läpi opintojen, jotta opiskelijoiden kehittymistä voidaan systemaattisesti tukea jatkuvasti. Koponen mainitsee ongelmiksi ajan puutteen jo muutenkin täydessä opetussuunnitelmassa, opetushenkilökunnan ristiriitaiset asenteet, opetusmenetelmien kehittämishaasteet sekä opettajat. Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen opettajina toimivat psykologit, yleislääketieteen erikoislääkärit, psykiatrian erikoislääkärit tai viestinnän asiantuntijat. Haasteeksi Koponen mainitsee eri alojen asiantuntijoiden kouluttamisen vuorovaikutustaitojen opettajiksi.

Vuorovaikutustaitojen opettamisessa käytetään menetelmiä joissa keskeistä on oppilaan oma kokemus ja reflektio (Pyörälä 2006, 31). Opettajakeskeisen luennon sijasta tai sen rinnalla käytetään opiskelijakeskeisiä oppimismenetelmiä. Menetelminä käytetään portfolioita, vastaanottojen videointeja, vertaisarviointeja, ulkopuolisia arvioijia ja simulaatioita Anne-nukesta näyttelijäpotilaisiin. Potilashaastatteluharjoituksissa simuloituina potilaina toimivat toiset opiskelijat, näyttelijät tai kuten Turussa, saariston ruotsinkieliset eläkeläiset. Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa on käytössä useita toisiaan täydentäviä menetelmiä, joiden avulla potilaan kohtaamista harjoitellaan. Tärkeintä on että opiskelija itse osallistuu aktiivisesti. Opiskelijakeskeisillä menetelmillä voidaan saada aikaan muutoksia opiskelijoiden asenteissa ja kehittää heidän viestintästrategioitaan ymmärryksen kehittämisen lisäksi. (Pyörälä 2001, 183; Kääpä & Österholm-Matikainen 2012.)

Vuorovaikutusopintojen yhteydessä voi olla portfolio käytössä. Myös potilasvastaanottojen videointia ja arviointia on pidetty toimivana oppimismenetelmänä. Paljon huomiota on myös saanut ns. 360 asteen arvioinnit, joissa palautetta kerätään kollegojen lisäksi muilta työntekijöiltä ja potilailta. (Pyörälä 2001, 184 ja Pyörälä 2006, 32 ja Pyörälä & Hietanen 2011, 47 ja Koponen 2012, 35.) Uusia menetelmiä ovat roolipelit ja draamakasvatuksen näytelmälliset menetelmät kuten improvisaatio, pienoisnäytelmät, sairautta kuvaavat näytelmät ja draamakasvatuksen menetelmät kuten työpajateatteri, forumteatteri tai prosessidraama. (Koponen 2012, 40 – 42.)

Simulaatiolla tarkoitetaan todellisuuden jäljittelyä. Potilaan kohtaamista tai ensihoitotilanteita, elvytystä voidaan harjoitella näyttelijän, opiskelijakaverin, hoitohenkilöstön tai moniammatillisessa ryhmässä turvallisesti reflektoiden ja ryhmässä toimien. Simulaatioharjoittelua pidetään vaativana ja rankkana, mutta turvallisena ympäristönä harjoitella ja saada kokemusta potilaiden kohtaamisesta. (uta/med 2012). Simuloitujen potilaiden avulla harjoitellessa vuorovaikutusosaamista, keskeistä on kiinnittää huomio reflektointiin ja palautekeskusteluihin. (Koponen 2012, 60.)

360 asteen arvioinnissa opiskelija saa palautetta kollegoiltaan, työtovereiltaan ja potilailta omasta toiminnastaan potilastyössä ja työyhteisön jäsenenä, vuorovaikutustaidostaan, ammatillisuudestaan sekä kyvystään ottaa vastuuta potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Pyörälä 2007, 3.)

Roolipelissä osallistujat toimivat joko omana itsenään tai roolissa. Potilaan roolissa oleva saa valmiiksi kirjoitetun aitoon potilastapaukseen perustuvan roolikuvauksen omaksuttavakseen tai hän voi suunnitella sen itse. Muut osallistujat havainnoivat tilannetta ja antavat harjoituksen jälkeen palautetta lääkärinä toimineelle henkilölle. Harjoitus nauhoitetaan ja sen analysoinnilla edistetään toiminnan reflektointia. (Koponen 2012, 61 – 62.)

Draamakasvatuksellisissa menetelmissä Koponen on käyttänyt tutkimuksessaan työpajateatteria. Siinä katsotaan lyhyt näytelmä, joka voi olla teatteriryhmän tai oppilaiden itsensä kanssa suunniteltu johonkin teemaan tehty esitys. Tämän jälkeen seuraa työpajatyöskentelyosuus, jossa tutkitaan näytelmän teemoja yhdessä keskustellen, improvisoiden ja tekemällä kohtauksia uudestaan. Opiskelija pääsee kokeilemaan työpajassa erilaisia rooleja, ja asettumaan toisen henkilön asemaan. Forumteatterissa näytelmä päättyy ristiriitatilanteeseen ja katsoja voi antaa ohjeita näyttelijälle tai osallistua itse näytelmään ja vaikuttaa tilanteen kulkuun. (Heikkinen 2004, 36; 2005, 80; Koponen 2012, 14, 57.)

Prosessidraamassa kyse on koko ryhmän luomasta prosessista, joka perustuu improvisaatioon. Opettaja rakentaa osallistujien kanssa fiktiivisen draaman maailman, jonne mennään yhdessä ja josta tullaan välillä pois keskustelemaan ja suunnittelemaan draamana maailmaa uudelleen. (Heikkinen 2004, 34; 2005, 82.)

Tutkimuksen mukaan työpajateatteri herättää opiskelijoissa sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita. Se koetaan mukavaksi ja turvalliseksi tavaksi harjoitella vuorovaikutusosaamista. Toisaalta opiskelijat kertovat jännittäneensä lääkärin roolissa olemista tai toisten eteen menemistä. Lääkäriopiskelijoiden omat näkemykset työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipeilin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen koetaan pääosin myönteisenä. (Koponen 2012, 81.)

Lääkärikoulutuksen on otettava uusia haasteita vastaan. Esimerkkinä tästä toimii Singaporen yliopiston opetussuunnitelma, jossa alkuvuosien perustietojen pänttäämisestä on siirrytty opettamaan heti ensimmäiseksi opiskelijoille kriittistä ajattelua, vuorovaikutustaitoja ja itseohjautuvaa oppimista ennen varsinaisia lääketieteen sisällön kursseja. Lääkärikoulutuksen aluksi omaksutaan osaamista, joka mahdollistaa tehokkaan oppimisen koulutuksen aikana ja toisaalta antaa humanistisen perustan lääkärikoulutukselle. (Patja & Litmanen, 2010.)

4 AMMATILLINEN KASVU

Ammatillinen kasvu on kokonaisvaltainen oppimisprosessi, jonka kautta yksilö hankkii uransa ja elämänsä aikana tietoja, taitoja ja kykyjä, joita asiantuntija tarvitsee vastatakseen muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. Yksilö sitoutuu ja on koko ajan avoin uudelle informaatiolle ja pyrkii ajoissa ennakoimaan henkilökohtaisia osaamistarpeitaan. Oppimiseen uhrataan aikaa, energiaa ja rahaa. Oppiminen on tarkoitukselliselta, suunniteltua ja itseohjattua. Se voi olla kirjallisuuden lukemista, mentorin tai muun roolimallin seuraamista, uusien toimintatapojen tai taitojen harjoittamista. Monimuotoiselle asiantuntijatyölle jatkuva oppiminen on erityisen tunnusomaista, joka määrittellään osaamisen kasvuksi. (Ruohotie 1999, 9.)

Hakkaraisen (2000) mukaan kasvua asiantuntijuuteen voidaan kuvata myös kulttuuriprosessina, osaamisyhteisöön kasvamisena. Tällöin korkeatasoista osaamista selitetään sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden avulla. Keskeisiä elementtejä ovat jaettu ymmärrys ja vastuu, jaetut välineet sekä vastavuoroinen toiminta. Aloittelijan kasvu asiantuntijaksi etenee asteittain syvenevän osallistumisen kautta. Asiantuntijakulttuuriin tai ammattikuntaan päästään sisälle koulutuksen kautta, missä opitaan yhteisön tavat ja käytännöt. Koulutus yksin ei tuota asiantuntijuutta. Oppiminen

etenee rutiinitehtävien itsenäisestä suoriutumisesta yhä laajempien kokonaisuuksien hallintaan ja päätyy kyseiseen asiantuntijakulttuuriin integroitumiseen. (Hakkarainen 2000, 86, Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2001, 84 – 98.) Tynjälä mainitsee, että asiantuntijuus ei ole pysyvä, kerran hankittu ominaisuus, vaan pikemminkin toimintatapa. Sille on ominaista jatkuva itsereflektio ja oppiminen eri tilanteissa. (Tynjälä 1999, 161.)

4.1 Lääkärin ammatti ja professio

Käsitteellä professio on samankaltainen merkitys kuin käsitteellä ammatti. Sillä viitataan työhön, jolla elanto ansaitaan. Professionaalit eivät kuitenkaan tee mitä tahansa työtä, vaan nimenomaan asiantuntijatyötä. Työn luonne edellyttää erityistä koulutusta, taitoja, tietoja sekä päätöksentekokykyä. Professionaalien työn uskotaan olevan yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta erityisen tärkeää, jotain sellaista, mitä rahassa ei voida mitata. Näin määriteltynä asiantuntijatyön voidaan ajatella olevan hyvää työtä. (Freidson 1994, 200.) Profession oikeutuksena ja tavoitteena on turvata yhteiskunnan ja sen yksilöiden tarpeita palveleva järjestelmä ja näin ollen professionalismi voidaan nähdä profession ja yhteiskunnan välisenä kirjoittamattomana sopimuksena. Yhteiskunta on ylläpitänyt lääkäreiden ammattikunnan monopoliasemaa ja vastaavasti terveydenhuoltopalvelut on koettu Suomessa tärkeiksi hyvinvointiyhteiskunnan tukipilareiksi. (Rinne & Jauhiainen 1988, 349; 356.) Yhteiskunta takaa profession mahdollisuuden ja oikeudet harjoittaa ammattiaan. Lääkärit saavat esimerkiksi oikeuden taudinmääritykseen, astua ruumiillisen koskemattomuuden alueelle sekä saada luottamuksellista tietoa. Professio puolestaan sitoutuu yhteisiin, julkilausuttuihin arvoihin ja toimintaperiaatteisiin. Lääkärietiikka velvoittaa muun muassa altruismiin eli oman edun toissijaistamiseen potilaan etuun nähden sekä korkean ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Profession tarkastelemalla voidaan hahmottaa lääkärin ammatillista kasvua sekä ammatin merkitystä yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Tässä kontekstissa myös lääkäriopiskelijat ovat kasvamassa lääkäreiksi. Tutkimusten mukaan lääkäriopiskelijat samaistuvat lääkäriprofession jo ensimmäisten koulutusvuosiensa aikana. (Pastenack & Saarni, 2007, 11–12, 16.)

Lääkärin ammatti on yksi vanhimpia ammatteja. Ammattikunnan professionaalisuudella on pitkä historia. Professio määrittelee itse tehtävänsä koulutuksensa puitteissa ja profession kuuluvilla on vapaus itsenäisesti tehdä ammatinharjoittamiseensa kuuluvia

päätöksiä eettisten sääntöjensä mukaisesti. Tämä kliininen autonomia on lääkärin profession keskeisiä käsitteitä. Lisäksi profession tunnusmerkkejä ovat teoreettiseen tietoon perustuva osaaminen, koulutuksen ja harjoituksen tarve, alan erityissäännöt kuten vaitiolovelvollisuus tai rippisalaisuus, sekä ryhmän jäsenten taitojen testaaminen. (Äärimaa 2005, 12–13; Pastenack & Saarni, 2007, 11.) Leimallista professioiden säilymiselle on niiden suljettu ja itseään säätelevä laillinen sosiaalis-kulttuuriseen asemaan perustuva oikeusolla oikeassa omalla reviirillään. (Rinne & Jauhiainen 1988, 7.)

Ruotsin mallin mukaisesti Suomeen perustettiin 1811 Collegium Medicum, joka koostui lääketieteen ja luonnontieteiden professoreista. Kyseinen elin päätti lääkäreiden koulutusvaatimuksista. Terveystieteiden hallinnon hajanaisuus, tapahtunut kehitys ja terveydellisten olojen lisääntyneet valvontavaatimukset johtivat siihen, että 1878 perustettiin Collegium medicumin tilalle uusi terveydenhuollon keskusvirasto, lääkintöhallitus. Hippokrateen vala käytiin aikoinaan henkilökohtaisesti antamassa lääkintöhallituksen kollegiolle. Vuonna 1994 laki lääkärin ammatin harjoittamisesta korvattiin lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laki edellyttää ammattihenkilön noudattavan etiikkaa sekä kehittämään omaa ammatillisuutta, mutta ei enää valan vannomista. Suomessa on otettu vuonna 1997 vapaaehtoisena käyttöön lääkärinvala, jonka valmistuvat lääkärit voivat halutessaan vannota. (Forsius 1992; Äärimaa 2005, 13.)

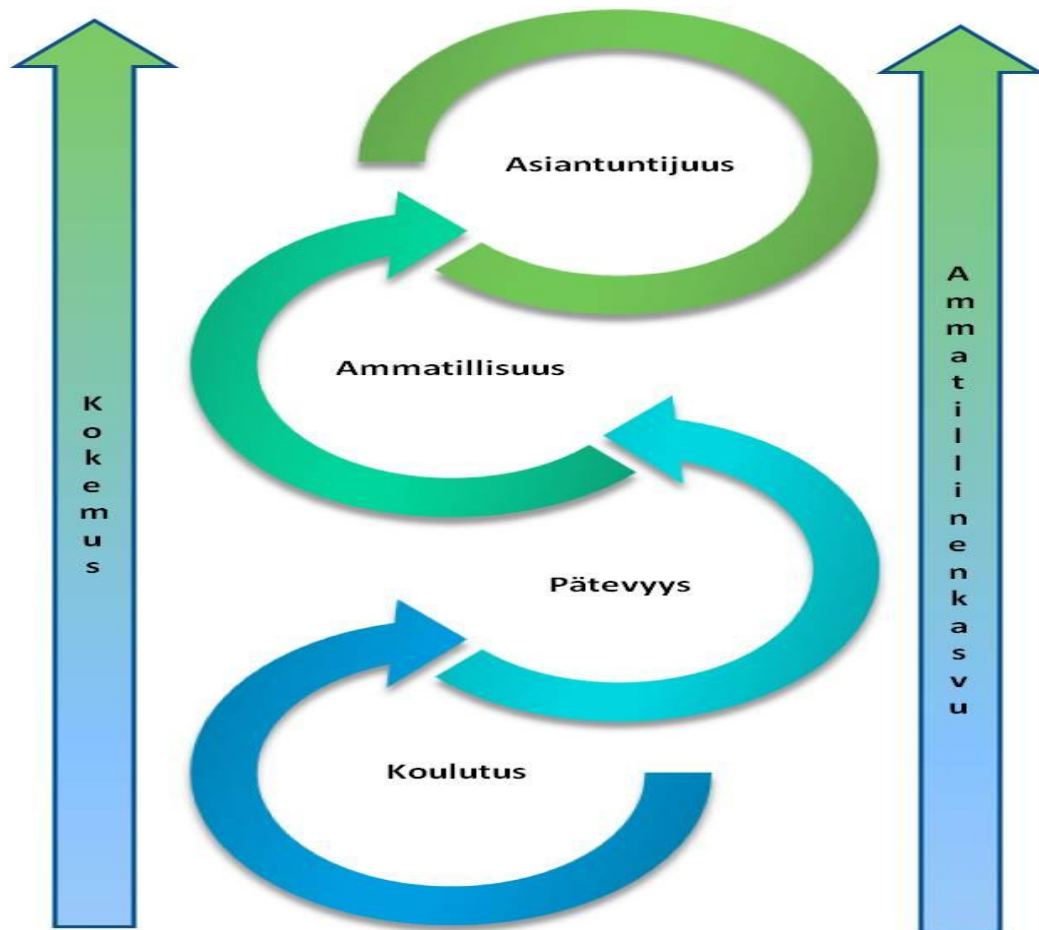
Kollegiaalisuus on lääkärin ammattikunnan keskeisiä piirteitä. Sillä tarkoitetaan pyrkimystä pitää yllä arvonmukaista henkeä ja hyvää toveruutta. Tavoite on pitää yllä yhteisöllisyyttä lääkäreiden keskuudessa mikä entisestään vahvistaa ammattikunnan professionaalista asemaa. Mitä järjestäytyneempi ammattikunta on sitä vankempi asema vahvalla professionalla on. Lääkäreiden ammattikunta onkin Suomessa hyvin järjestäytynyt. Ammattijärjestöt Finska Läraresällskapet perustettiin jo 1835 ja Suomen lääkäriliitto 1910. Lääketieteen opiskelijat perustivat tieteellisen yhdistyksen, Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim 1881, jonka keskeinen tehtävä on kehittää lääkärin ammattitaitoa. Edellä mainitut kolme ammattijärjestöä perustivat yhdessä vuonna 2002 Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston. Tavoitteena on, että lääkärin ammatillisen kehittämisen tuki, arviointi ja seuranta säilyvät ammattikunnan vastuulla. Vuonna 2007 lääkärin ammattijärjestöt perustivat Lääkärien ammatillisen kehittämisen tuki ry:n, huolehtimaan täydennyskoulutuksen ja

ammattillisen kehittymisen koordinaatiosta. Sen tehtävänä on suunnitella jatkotoimia ammatillisen kehittymisen tukemiseksi. (Konttinen 1993, 37; Saarni & Henriksson 2005, 135; ProMedico 2012; Duodecim 2012; Lääkäriliitto 2012.)

Lääkärin ammatillinen kasvu on turvattu yhteiskunnassamme eri näkökulmista tarkastellen. Lääkärin professiolla on oma ammatillinen valvontaelin (sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) Valvira. Ammattijärjestöihin kuuluu lähes kaikki valtakunnan lääkäreistä. Ammattijärjestöjen yksi keskeinen tehtävä on lääkäreiden ammatillisen kasvun tukeminen. Ammatillisesta kehittämisestä on määrätty lainsäädännöllä (18§). Laki velvoittaa lääkäriä ylläpitämään ja kehittämään omaa ammattitaitoaan. Lääkäreille on kehitetty myös työväline Taitoni, jonka avulla voi seurata omaa ammatillista kasvuaan. (Finlex 2012; ProMedico 2012; Valvira 2012.)

4.2 Ammatillisen kasvun osa-alueet lääketieteessä

Koulutuksen myötä saadaan riittävä pätevyys lääkärinä toimimiseen. Pätevyys liittyy asiantuntijuuteen: ammattilainen pystyy käyttämään työssään ja koulutuksessa hankkimaansa asiantuntijuutta. Suppeasti asiantuntijuus voidaan ymmärtää sisällön osaamisena, mutta käytännössä asiantuntijuus vaatii useiden alueiden hallintaa. Asiantuntijuus ei ole synnynnäinen ominaisuus vaan se kehittyy harjoittelulla, johon liittyy hakeutuminen taitojen kehittyessä uusien ongelma-alueiden äärelle. (Patja, Litmanen, Helin-Salmivaara & Pasternack 2009, 2365.)



Kuvio 1. Ammatillinen kasvu.

Lääkärin asiantuntijuus kehittyy eri vaiheiden kautta (kuvio 1). Lääkärin asiantuntijatieto voidaan Collinin mukaan jakaa praktiseen tietoon, joka on mysteerien ratkomista, tiimityöskentelyä ja käden taitoja. Sen lisäksi lääkäri tarvitsee formaalia tietoa kuten anatomian ymmärtämistä, toimenpidetietoa, potilaskontakti-taitoa, konsultaatitaitoa, diagnostiikkaa ja johtamistaitoja. Lääkäri tarvitsee metakognitiivista ja reflektiivistä tietoa eli kriittisyyttä omaa toimintaa kohtaan, ammattitaidossa kehittymistä, vastuunottoa, ymmärtämistä siitä mitä itse tekee ja epäonnistumisen sietämistä. (Collin 2012, 14.) Keskeistä näissä taidoissa eli ammatillisessa kasvussa on tietoinen, tavoitteellinen ja suunnitelmallinen opiskelu ja harjoittelu. Asiantuntijuuden kasvu kestää vuosi ja on jatkuvaa. Asiantuntija tarvitsee teoriaa, kokemuksia, palautetta, tavoitteita, epäonnistumisen sietämistä, ponnisteluja ja vaivannäköä. Asiantuntijuus on korkeatasoista osaamista, jossa tiedot, taidot ja itsesäätely ovat syvällisesti integroituneet joustavaksi toiminnaksi ja joka kehittyy tavoitteellisen opiskelun ja harjoittelun kautta progressiivisen ongelmanratkaisun prosessissa.

Ammattitaidon avulla lääkäri sitoutuu ammatin yhteiskunnallisiin yhteyksiin ja kykyyn kehittyä uusien ongelmien ratkaisijana. Ammattitaidon ja osaamisen yhteydessä esiintyy käsite pätevyys, jolla tarkoitetaan jonkin kriteerin perusteella määriteltyä riittävyttä johonkin pisteeseen osaamisen jatkumolla, kelpoisuus johonkin tehtävään. Työntekijän ammatillisen pätevyyden määrittely on dynaamista, sillä pätevyys muuttuu työn muuttuessa. Haltia ja Kivinen (1995, 15–18) määrittävät ammatillinen pätevyys - käsitteen yhdistämällä ammattitaidon, kapasiteetin ja normatiiviset kvalifikaatiot; nämä kaikki yhdessä muodostavat pätevyyden ytimen. Ammatillinen pätevyys on ammattitaitoa laajempi käsite, sillä ammatillisella pätevyydellä tarkoitetaan koko kvalifikaatiokentän sisältävää kykyä ja tahtoa toimia määritellyt kriteerit täyttävällä tavalla jossakin ammatissa.

Osaava ja pätevä lääkäri on henkilö, joka hallitsee kaikki kyvyt ja sisällöt, joita vaaditaan tietyssä lääkärin koulutuksen tai uran vaiheessa. Siihen liittyvä tutkimus ulottuu 50-luvulle, jolloin lääketieteen tietomäärän lisääntyminen vauhdilla. Ydinosaamisen määrittely oli tapa vastata irrallisten hallittavien tietosisältöjen kasvavaan määrään tiivistämällä vaadittava osaaminen ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Osaamisperusteinen koulutus (Competence Based Education) on tällä hetkellä lääketieteen opettamisessa hallitseva tapa maailmalla. Vaadittavan osaamisen osa-alueet ja siihen sisältyvät taidot vaihtelevat maittain ja organisaatioittain. Erilaisia tarjolla olevia tapoja kirjata ja viestiä osaamista on ainakin neljä (taulukko 3). Voimme havaita, etteivät osa-alueet ole yhdenmukaisia keskenään. Kompetenssilistauksissa ei ole määrällisesti yhtä montaa osa-aluetta, eikä kaikissa ole huomioitu täysin samoja osa-alueita. Vastaavasti taas osa käsitteistä muistuttaa suurestikin toisiaan. Esimerkiksi Kanadan erikoislääkäreiden (CanMEDS) ja Yhdysvaltojen erikoistumiskoulutuksessa käytettävä (ACGME) osaamislukitus on sisällöltään lähes identtinen. ACGME listaavat osaamisen alueet, joita lääkäriillä täytyy olla erikoistumisen jälkeen. Näitä ovat esimerkiksi potilaan hoito (patient care), lääketieteellinen tieto (medical knowledge) ja vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot (interpersonal and communication skills). Yhdysvalloista löytyy myös toinen malli kuvata lääkärin osaamista. Kolmas vaihtoehto ovat Kanadan erikoislääkärien tuottamat roolit (CanMEDS), joissa lääkäri toimii. Näitä ovat esimerkiksi lääketieteen asiantuntija (Medical expert), tutkija (Scholar), vuorovaikuttaja (Collaborator) ja terveyden edistäjä (Health advocate). Euroopasta löytyy oma mallinsa. (Patja, Litmanen, Helin-Salmivaara & Pasternack 2009; Patja & Litmanen 2010.)

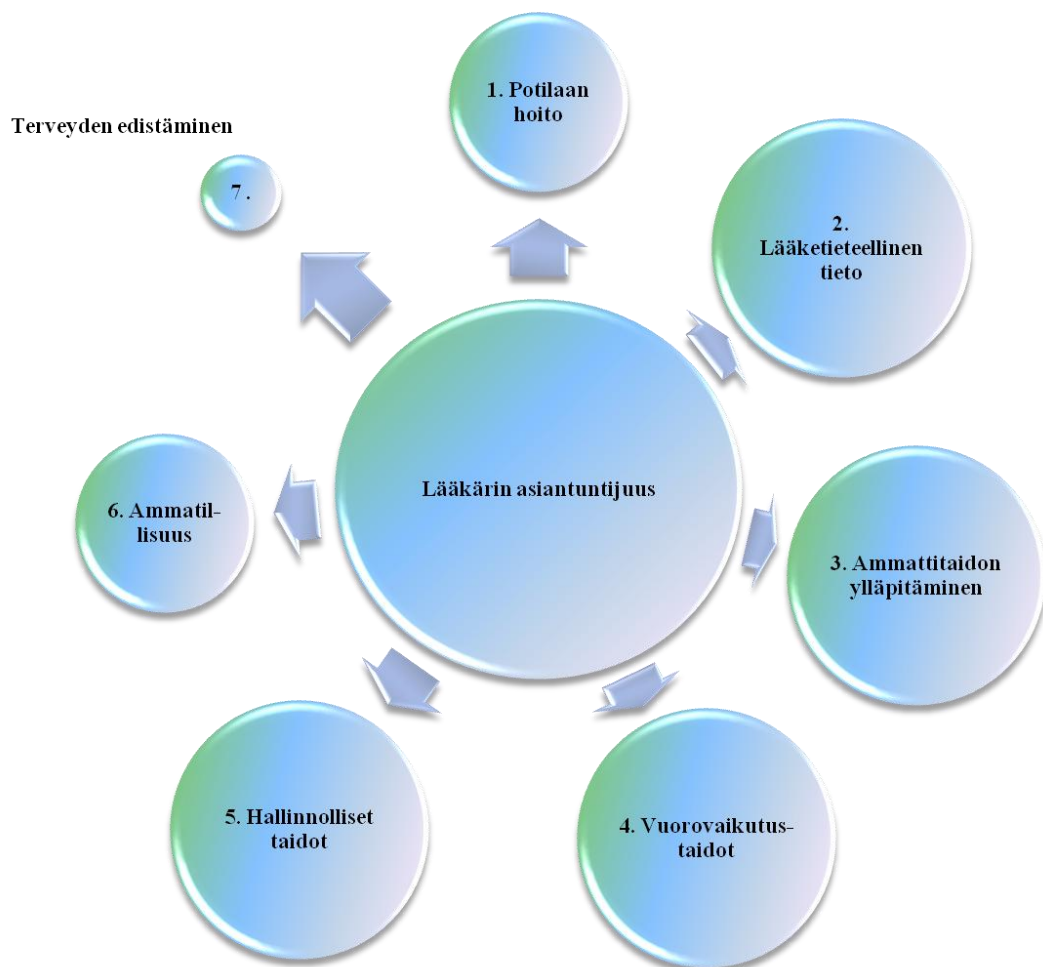
Taulukko 1. Lääkärin ammatillisen osaamisen kompetensseja.

	The Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME YHDYSVALLAT	Institute of Medicine Competencies, IOM YHDYSVALLAT	CanMeds, KANADA	The European Federation of Internal Medicine, EFIM EUROOPPA
1. Potilaan hoito	Potilaan hoito	Potilaskeskenn nen hoito		Potilaan hoito
2. Lääketieteellinen tieto	Lääketieteel linen tieto	Tiedonhallinta	Lääketieteel linen osaaminen	Lääketieteel linen tieto
3. Ammattitaidon ylläpitäminen	Työssä oppiminen ja kehittyminen	Näyttöön perustuva hoito/toiminta	Oppiminen	Akateemiset tehtävät
4. Vuorovaikutustaidot	Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot	Moniammatilliset tiimit	Vuorovaikutustaidot, yhteistyötaidot	Vuorovaikutustaidot
5. Ammatillisuus	Ammatillisuus, professionalismi		Ammatillisuus, professionalisuus	Ammatillisuus, professionalisuus
6. Hallinnolliset taidot	Toiminnan ohjauksen taidot	Laatutyö	Toiminnan ohjauksen taidot	Toiminnan ohjauksen ja palvelujärjestelmän kehittämisen taidot
7. Terveysten edistäminen			Terveysten edistäminen	

Kun otamme tarkasteluun neljän suuren organisaation kompetenssilistaukset, voimme huomata, kuinka lääkärin osaamisen osa-alueissa on paljon yhdenmukaisuutta havaittavissa. Yhdysvaltojen, Kanadan ja Euroopan listauksista on nostettavissa seitsemän eri osa-alueita. Lääkärin osaaminen tiivistyy lääkärin asiantuntijuudeksi.

Asiantuntijuuden arvioiminen yhtenä kimpuna on mahdotonta, koska asiantuntijuus on kontekstisidonnaista ja sisältää alueita, joita ei voi arvioida, kuten henkilön arvot. Siksi asiantuntijuuden eri alueet on hyvä pilkkoa osiin, joita voidaan käsitellä erikseen sekä arvioida. Lääkärin asiantuntijuuteen sisältyy potilaan hoito, lääketieteellinen tieto, ammattitaidon ylläpitäminen, vuorovaikutustaidot, ammatillisuus, hallinnolliset taidot ja terveyden edistäminen. Lääkärin asiantuntijuus on kokonaisuus - lääkäriys. (Patja ym. 2009, 2366.)

Olemme havainnollistaneet kuviossa 2 kuinka lääkäriin asiantuntijuuden eri osa-alueet ovat jakautuneet edellä kuvattujen organisaatioiden kompetenssilistauksissa (Patja ym. 2009, 2366). Terveyden edistäminen oli mukana vain yhdessä listauksessa, potilaan hoito ja ammatillisuus kahdessa, kun taas loput neljä eri osa-alueita olivat mukana kaikissa neljässä listauksessa. Lääketieteellinen tieto, ammattitaidon ylläpitäminen, vuorovaikutustaidot sekä hallinnolliset taidot on melko yksimielisesti luokiteltu lääkäriin asiantuntijuuteen liittyvinä osa-alueina.



Kuvio 2. Lääkärin asiantuntijuuden eri osa-alueiden esiintyminen kompetenssilistauksissa.

Suppeasti ajateltuna lääkärin asiantuntijuus voidaan nähdä sisällön osaamisena, mutta käytännössä asiantuntijana toiminen vaatii useiden alueiden hallintaa. Myös tässä kansainvälisessä jaottelussa yhteistä on se, että lääketieteellisen tiedon hallinta erottuu omaksi osakseen ja muu asiantuntijuus on yleisemmällä tasolla. Yhteisesti lääkärin ammatillisesta osaamisesta voidaan todeta sen nojaavan vahvasti tiedon hankkimiseen, oppimiseen ja tiedon ja taidon soveltamiseen käytäntöön. Asiantuntijuus rakentuu lääketieteellisen tiedon varaan ja organisaatiossa lääkäri on aina asiantuntija, joka tuo osaamisensa organisaation käyttöön. Lääkärin työn tulos syntyy aina yhdessä, joko potilaan tai toisen ammattilaisen kanssa. Lääkäri tarvitsee aina työssään vuorovaikutustaitoja sekä ymmärtääkseen potilasta että viestiäkseen hoidon kannalta oleellisia asioita. Täytyy myös tietää muiden ammattilaisten toiminnan tavoitteista, toimintamalleista, osaamisesta ja professionalismista. Soveltaminen ei onnistu ilman toimintaympäristön tuntemusta ja lääkäri tarvitsee taitoa ohjata oman työympäristön toimintaa. Hallinnolliset taidot nähdään toiminnan ohjauksen taitoina, jotka sisältävät muun muassa hoitopolkujen tuntemuksen, tietotekniset taidot ja oman ajankäytön hallinnan. Lääkärin asiantuntijuus sisältää aina vaikuttamista potilaaseen, kollegoihin, työyhteisöön, tiedeyhteisöön ja yhteiskuntaan. Ammattinsa puolesta lääkäri on terveyden asialla ja pyrkii edistämään kansanterveyttä myös omalla toiminnallaan. Asiantuntijuus on yksilöllinen ja kehittyvä valikoima osaamista eri alueilla ja se liittyy aina ympäristöön jossa sitä toteutetaan. (Patja ym. 2009, 2366–2367.)

4.3 Vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäriopiskelijan ammatillisessa kasvussa

Vuorovaikutustaidot ovat osa ammattitaitoa. Ne luovat perustan yhteistyölle niin työpaikoilla, verkostoissa kuin asiakaspalvelutilanteissa. Vuorovaikutus viittaa aina kahteen asiaan: vuoronperään tapahtuvaan toimintaan ja toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin vaikuttamiseen. Vuorovaikutus on jatkuva prosessi, jossa kumpikin osapuoli ovat samanaikaisesti aktiivisia toimijoita. Viestiessään keskenään henkilöt puhuvat, kuuntelevat ja katselevat, tekstit, sanat ja eleet kuljettavat viestejä joiden laatu vaihtelee eri tilanteissa. (Silvennoinen 2004, 15.)

Vuorovaikutustaitojen merkitykseen kiinnitetään nykyisin yhä enemmän huomiota opiskelussa ja työelämässä. Syynä tähän ovat yhteiskuntamme muutokset ja ammattien vaatimukset. Työelämän kentällä hyvät vuorovaikutustaidot kohottaa työntekijän

pätevyyttä ja siksi niistä on muodostumassa tärkeä henkilökohtainen menestystekijä. Ne mahdollistavat korkeatasoisen palveluvuorovaikutuksen ja luovat yhteenkuuluvuutta ihmisten välille. Usein hyviä vuorovaikutustaitoja pidetään itsestään selvinä ja ajatellaan että ne opitaan luontaisesti, vaikka näin ei kuitenkaan ole. (Kauppila 2005, 13.)

Vuorovaikutustaitoihin liittyy olennaisesti oman roolin tajuaminen ja vuorovaikutuksen sävyjen hallinta. Tavoitteet saavutetaan yhdessä toimien, monesti moniammatillisesti. Vuorovaikutustaitoja voi oppia siinä missä muitakin taitoja. Himanen tulkitsee lääkärin tulevaisuuden vuorovaikutustaitojen osaamista seuraavasti: ”Jos lääkäri näkee työnsä asiantuntija- ja kohtaamistyönä, kohtaamiskyvystä tulee lääketieteellisen osaamisen lisäksi olennainen potilaiden tapaamisten onnistumisen arviointikriteeri ja tietoisien kehittämisen kohde” (Himanen 2004, 61).

Kauppila on luokitellut vuorovaikutustaitoja neljään kehittämisen osa-alueeseen, jotka ovat merkittäviä muun muassa työelämässä. Ensimmäisinä vuorovaikutustaitoina ovat kommunikoinnin eli viestintätaidon kehittäminen. Niitä pidetään ihmisen vuorovaikutustaidoista yhä tärkeämpinä, sillä monet ongelmat johtuvat kommunikaatio-ongelmista. Ihmisten oppiessa ilmaisemaan paremmin itseään välttäisi muun muassa monilta väärinkäsityksiltä. (Kauppila 2005, 22–23.)

Silvennoinen ja Kostiainen painottavat tutkimuksissaan viestinnän piirteiden tuntemista. Se helpottaa ristiriitatilanteissa sen ymmärtämistä, miksi yhteistoimintamme ei ole aina saumatonta ja rauhanomaista rinnakkaiselo. Vuorovaikutusprosessiin sisältyy tulkinnanvaraisuutta. Yksilöllisten tekijöiden lisäksi siihen vaikuttavat tilanne, asiayhteys ja toimintaympäristö, jotka taustoittavat tulkintoja ja päätelmiä. (Silvennoinen 2004, 18, Kostiainen 2003, 145.)

Viestintätilanne on aina luonteeltaan dynaaminen ja jatkuva prosessi. Se alkaa jo ennen kohtaamista. Osallistujilla on mielikuvia, käsityksiä, tunteita, kokemuksia ja odotuksia sekä aikaisempia tapahtumia mielessään. Tilanteeseen vaikuttaa kulttuuri, johon kohtaamien sijoittuu sekä asiayhteys onko kyseessä työ tai epävirallinen tapaaminen ja näin tilannetta ohjaavat normit ja ilmapiiri. Viestintätilanteella on usein tavoite. Viestinnässä kaikki vaikuttaa kaikkeen, ja vaikka aikomuksemme olisi hyväkin, koskaan ei voi olla aivan varma millaisia vaikutuksia viestinnällä on. Tämä

monitahoisuus on hyväksyttävä. Viestintätilanteen ymmärtäminen voi tuoda välineitä epätydyttävän tilanteen korjaamiseksi. (Kostiainen 2003, 30; Silvennoinen 2005, 19.)

Toinen kehittämisen kohde on sosiaalisen kyvykkyyden kehittäminen, johon kuuluu esimerkiksi neuvottelutaidot, kyky tulla toisten ihmisten kanssa toimeen sekä toimia ryhmissä. Ulospäin suuntautuneet yksilöt eli ekstrovertit saavat jo syntymälahjana etumatkaa näissä taidoissa verrattuna introvertteihin. Molemmissa ryhmissä kehittyminen on mahdollista, sillä sosiaalisten taitojen katsotaan pääasiassa olevan opittuja taitoja. (Kauppila 2005, 23.)

Kolmantena Kauppila esittää sosiaalisen havaitsemisen ja herkkyyden kehittämisen, joka tarkoittaa toisen ihmisen tilanteen tai aseman havaintoa sosiaalisessa kentässä. Sosiaalisella herkkyydellä tarkoitetaan taitoa saada tietoa toisesta ihmisestä sosiaalisessa tilanteessa sanattoman viestinnän tasolla. (Kauppila 2005, 23.)

Viimeinen kehittämisen kohde on empatian kehittäminen, joka on toisen ymmärtämistä ja kykyä osallistua tunnetasolla toisen tilanteeseen. Empatian taidot ovat tärkeitä ihmissuhdetyössä. Lääkäriltä odotetaan empatiakykyä erityisesti potilaan kohtaamisessa. (Kauppila 2005, 24.)

Vuorovaikutustaidot on nähtävä luonnollisena osana ihmissuhdeammattia. Kun työ tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, vuorovaikutus muodostaa sen viitekehyksen, jonka puitteissa ammattilainen käyttää alansa substanssitietoa ja tästä viitekehystä riippuu myös työn tulos (Gerlander & Takala 2000, 173.) Lääkärin työn tulos syntyy yhdessä potilaan ja/tai toisen ammattilaisen kanssa. Ilman vuorovaikutustaitoja potilaan näkökulma ja ongelma jää ratkaisematta, hoidosta viestiminen ontuu (Patja ym. 2009, 2366).

5 POTILAAN KOHTAAMINEN

Lääketieteellisen tiedon ja kliinisten taitojen hallitseminen ovat lääkäriyön yksi merkittävin edellytys. Ne eivät kuitenkaan yksin riitä hyvään ammattitaitoon. Kyky kohdata potilas, keskustella ja haastatella potilasta, ovat tärkeä osa lääkärin arkea. Potilaan ja lääkärin kohtaaminen on sairaanhoidon keskipiste. Se on lääkäriyön ydintapahtuma. Toimintaympäristöstä riippumatta sairaan hoitaminen on aina kahden

ihmisen yhteistyötä. Lääkärin ja potilaan kohtaaminen on viestintätapahtuma, jossa kaksi erilaista roolia kohtaa toisensa sosiaalisessa vuorovaikutustilanteessa. Tässä ihmissuhdeammattilaisen ja potilaan vuorovaikutuksessa saavutetaan työn tavoitteet ja tulokset, tehdään diagnoosi, ratkaistaan ongelma ja keskustellaan vaihtoehdoista. Näin vuorovaikutuksesta tulee ongelmanratkaisun keskeinen viitekehys. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001,10; Pyörälä & Hietanen 2011; Gerlander & Isotalus 2010, 4-6.)

Potilaan kohtaamisesta on tehty monipuolisesti tutkimusta. Vuorovaikutusopinnot pohjautuvat tutkimuksiin, joissa on analysoitu vastaanoton rakennetta, vuorovaikutustensa eri vaiheissa ja potilaan osallistumista vastaanoton kulkuun. Varhaisissa tutkimuksissa (Virtanen 1991, Kukkola 1997) keskityttiin tarkastelemaan potilaiden tyytyväisyyttä. Ruusuvuori (2000) on tutkinut potilaskäynnin aloitusta. Reavaara (1993, 1997) ja Sorjonen (1997, 2001) tutkivat anamneesin ottamista ja keskustelua hoidosta. Peräkylä (1998) on tutkinut diagnoosin kertomista sekä diagnoosin vastaanottamista potilaan näkökulmasta. Haakana (1999) on tutkinut naurua vastaanotolla ja Pyörälä (2000) neuvottelua potilaan kanssa. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001.)

5.1 Yhteistyötä vastaanotolla

Potilaan ja lääkärin välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoidon onnistumiselle ja potilaan sitoutumiselle omaan hoitoonsa. Lääkehoidon toteutuminen vaatii potilaan motivoimista. Potilas on kuitenkin oman elämänsä ja elämäntilanteensa paras asiantuntija. Vain keskustelun avulla saadaan potilaalta tärkeää informaatiota. Keskustelulla saadaan selville miten ohjeita noudatetaan tai millainen hoito hänelle sopii. Vuorovaikutus on myös osa hoitoa. Jos lääkäri-potilas suhde rakentuu luottamukselle, se auttaa potilasta osallistumaan päätöksiin ja vähentää sairastumisen kuormitusta ja edistää potilaan paranemista. Toimiva vuorovaikutus on luottamuksellisen hoitosuhteen perusta. (Steward 1995; Roter, Hall, Kern, Barker, Cole & Roca 1995; Steward, Brown, Boon, Galajda, Meredith & Sangster 1999; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, Frankel 1997.)

Hakkarainen ym. (2001) puhuvat jaetusta asiantuntijuudesta tarkoittaen prosessia, jonka aikana ihmiset jakavat tietoaan, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja saavuttaakseen jotakin, jota yksilö ei yksin pystyisi toteuttamaan. Lääkärin tulee jakaa asiantuntijuutta myös potilaan kanssa, koska myös potilaalla on paljon tietoa

omasta elämästään sekä tänä päivänä yhä enemmän myös sairauksiin ja hoitoihin liittyvää tietoa. Vuorovaikutustilanteessa kohtaavat lääkärin asiantuntijuus ja potilaan asiantuntijuus. Lääkärillä on ehdottomasti ammatillinen vastuu tilanteesta, koska hänellä on se osaaminen, joka mahdollistaa ammatillisen kohtaamisen. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 78.)

Lääkärin hyvä vuorovaikuttaminen on potilaalle parantavaa. Kun potilas kokee tullessaan kuulluksi, ymmärretyksi ja saa vastauksen ongelmaansa, on usein lääkärin ihmissuhdetyöstä iso osa jo tehty. Vastaanotto tulee hahmottaa kohtaamisena, jonka ytimessä on potilaan tuoma ongelma ja lääkärin työ on ratkaista tämä ongelma. Potilaan tehtävä on kuvata ongelmansa, jotta lääkäri voi alkaa käyttää taitojaan sen ratkomiseen. Vastaanotto tilanteen tärkein elementti on puhe. Potilaan ja lääkärin välisen keskustelun kautta potilaan usein epämääräinen, ahdistava ja pelottavakin vaiva jäsentyy, saa syyn, nimen ja merkityksen. Tämän jäsentymisen kautta avautuu mahdollisuus vaivan diagnosointiin ja hoitoon. Potilaalle kuulluksi, ymmärretyksi ja vastatuksi tuleminen on itsessään tavattoman hoitavaa. (Ruusu vuori 2000, 16–17.)

Tutkimukset osoittavat, että tunteista ja odotuksista keskusteleminen huojentaa potilasta. Katseilla ja eleillä, sanoilla ja sanomatta jättämisillä on potilaalle merkitys. Huonot kohtaamiset jäävät voimakkaasti mieleen, mutta luottamuksellinen suhde kestää jopa hoitovirheitä, kiirettä tai hetkellistä huomiotta jättämistä. Toimiva vuorovaikutus lääkärin kanssa lisää potilaan tyytyväisyyttä. (Silverman, Kurtz & Draper 2005; Cole 1997; Virshup, Oppenberg & Coleman 1999; Flocke, Miller & Crabtree 2002; Wissow 2004; Reader, Flin & Cuthbertson 2007.)

Vuorovaikutustaitoja lääkärin ja potilaan kohtaamisessa on saatettu pitää liian itsestänselvyytenä, kaikkien automaattisesti osaamana taitona. Lääketieteen historiassa lääkäriä on jopa pidetty ehdottomana auktoriteettina: kun lääkäri kysyy, potilas vastaa, vuorovaikutus jää varsin yksisuuntaiselle tasolle. Tästä samasta syystä ehkä vuorovaikutustaitojen opettaminenkin on ollut niukkaa. 1960–1970-luvuilla lääketieteen opintoihin saattoi sisältyä yksi ryhmätyö, jossa käsiteltiin anamneesin ottamista. Opiskelijat saivat ohjeet olla potilaalle kohtelias, kuunnella häntä empaattisesti, antaa hänen sanoa lauseensa loppuun ja suhtautua häneen kokonaisvaltaisesti. Muuten vuorovaikutusta opittiin sitten käytännössä, jos opittiin. Ajateltiin että lääkäri on aina oikeassa. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001, 8.)

Nykyisin vuorovaikutusopinnot ovat vakiintuneet osaksi lääkärin peruskoulutusta. Päämääränä on, että lääkärin hyvä kliininen ammattitaito yhdistyy hyviin vuorovaikutustaitoihin. Vuorovaikutusopinnot etenevät asteittain arkipäiväisistä kohtaamisista vaikeiden diagnoosien kertomiseen ja niistä keskustelemiseen. Ne alkavat koulutuksen alkuvaiheessa jo ennen kuin perehdytään potilaiden lääketieteelliseen hoitoon. Lääkäriopiskelija harjoittelee ja etsii itselleen ominaisia tapoja kohdata erilaisia ja eri-ikäisiä ihmisiä. Lääkärin tulee osata keskustella potilaan kanssa ja kuunnella häntä, huomioitava potilaan näkökulma hänen hoidossaan ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ja hyväksynyt hänen hoitoaan koskevat lääketieteelliset ratkaisut. (Pyörälä & Lindblom-Yläne 2005, 607.)

Viime vuosina vuorovaikutustaitojen merkitys on muuttunut merkittävästi potilaan kohtaamisessa. Lääkärin ja potilaan suhdetta muovaa jatkuva ihmisten tiedon tason nousu: auktoritaarisesta lääkäristä on tullut lääketieteen asiantuntija, joka hakee yhteistyössä tasavertaisen potilaan kanssa ratkaisua potilaan terveysongelmaan. Tämän päivän potilas löytää monista eri tietolähteistä ratkaisua oireilleen jo ennen lääkärille menoa. Lääkärin vastaanotolla potilas hakee vahvistusta uskomuksilleen yhdessä asiantuntijan kanssa. Myös potilaan vaatimustaso on noussut. Tylysti diagnoosiaan saneleva, niukasti hoitomääräyksiään perusteleva, kommunikaatiovammainen lääkäri ei nyky-yhteiskunnassa menesty. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001, 8-9.)

Nyky-yhteiskunnassa potilaan kohtaaminen on muuttunut vuorovaikutuksellisemmaksi ja henkilökohtaisemmaksi. Ennen ajateltiin että potilas on vain kokija, joka ei osallistu itseään koskevaan päätöksentekoon, passiivinen osapuoli, kun taas lääkäri nähdään aktiiviseksi toimijaksi ja vallankäyttäjäksi. Tämä näkökulma on muuttunut ja viimeaikaisissa tutkimuksissa potilaasta on tullut aktiivinen potilaskuluttaja, joka tietää ja jolla on valta itseään koskevassa päätöksenteossa. Lääkärit eivät enää toimi tiedon salaisessa puutarhassa vaan kriittisten arvioiden kohteena. Uusinkin tieto on nyt kaikkien saatavilla. (Pelkonen 2005, 15 – 16; Tuorila 2006, 10; Raevaara 2000, 580.)

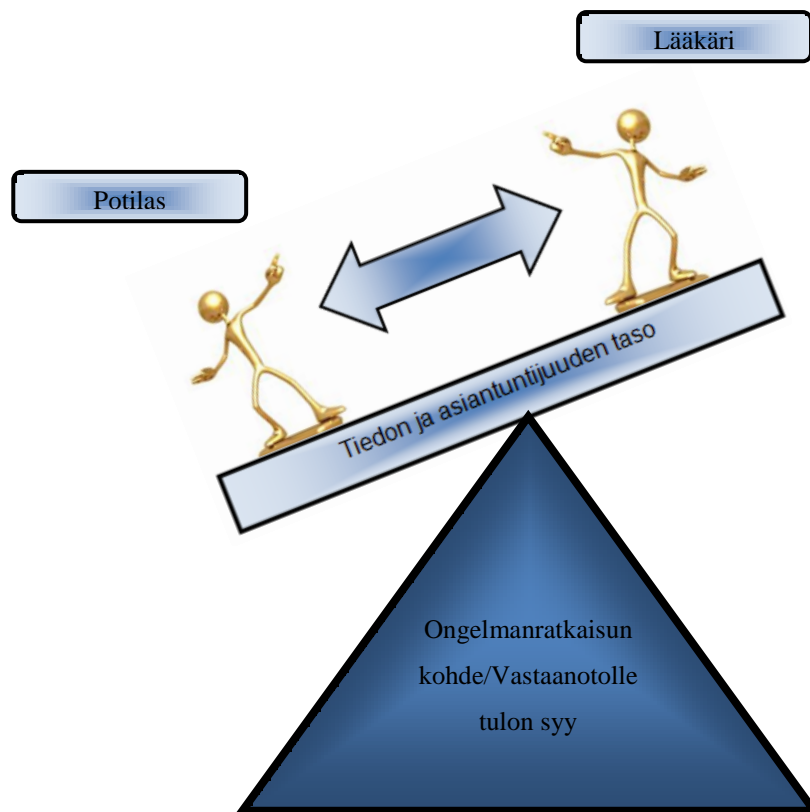
Tutkimushavainnot osoittavat, että vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä syntyy yhteistyönä. Potilas on aktiivinen toimija ja osallistuja vastaanoton vuorovaikutuksessa. Molempien osapuolten sanallinen ja ei-sanallinen viestintä vaikuttavat toisen osapuolen tapaan kuunnella ja keskustella, jolloin viestintä on siis kaksisuuntaista. (Pyörälä & Lindblom-Yläne 2007, 612.)

5.2 Vastaanoton epäsymmetriset roolit

Lääkärin vastaanotolla kaksi tasa-arvoista ihmistä kohtaavat toisensa. Tasa-arvoisuus rajautuu kuitenkin pelkästään inhimilliseen puoleen. Vastaanottotilanteessa koko ajan vastakkain ovat lääketieteellisen asiantuntija ja potilas, joka on riippuvainen lääkärin asiantuntemuksesta. (Tuorila 2006, 11–12.)

Potilaan kohtaamista leimaa tilanteen epäsymmetrisyys. Kyseessä on asiantuntijan ja asiantuntijan hoitoa hakevan ihmisen välinen vuorovaikutussuhde, joka tapahtuu virallisissa puitteissa vastaanotolla tai sairaalassa. Potilaan kohtaamisen viralliset puitteet asettavat vuorovaikutukselle myös selvät aikaa ja paikkaa koskevat rajoituksensa. (Pyörälä & Lindblom-Yläne 2007, 612.)

Professionaalisisella viestinnällä (kuvio 3) tarkoitetaan suhdetta, jossa toinen osapuoli on asiantuntija tai ammattilainen suhteessa toiseen. Professionaalisia suhteita luonnehditaan epäsymmetrisiksi suhteiksi. Osapuolilla on erilainen tieto ja osaaminen, eri näkökulma vuorovaikutukseen sekä eri oikeudet ja velvollisuudet osallistua vuorovaikutukseen. Ihmisenä olemisen tasolla asiantuntija-asiakassuhde on symmetrinen eli osapuolet ovat toki vertaisia. Tiedon ja asiantuntijuuden taso on epäsymmetrinen, koska asiantuntijalla on tieto, taito ja kokemus. Juridis-eettisellä tasolla asiantuntijalla on aina lakeihin, säädöksiin ja ammattietiikkaan liittyvä vastuu. (Gerlanden & Isotalus 2010, 8.)



Kuvio 3. Professionaalinen viestintäsuhde.

Viestintäsuhde on vuorovaikutusprosessi, jossa luodaan ja jaetaan merkityksiä. Suhteet siis syntyvät ja rakentuvat osapuolten välisissä vuorovaikutusprosesseissa ja se millainen suhde osapuolten välille muotoutuu, vaikuttaa siihen miten osapuolet jatkossa viestivät keskenään. Vuorovaikutus kytkeytyy hyvin keskeisesti asiantuntija-potilassuhteeseen sekä työvälineenä että työn tekemisen paikkana. Se sisältö, mitä potilas tai lääkäri sanoo, ei ole tyhjiössä, vaan sisältö asettuu aina johonkin suhdeympäristöön. (Gerlanden & Isotalus 2010, 10.)

Lääkäri on ihmissuhdeammattilainen, joka työskentelee vuorovaikutuksessa erilaisten ihmisten kanssa. Hänen ammatissaan työn pääasialliset tavoitteet saavutetaan vuorovaikutuksessa ja työn tuloksellisuus arvioidaan sen avulla. Professionaaliset suhteet ovat tuloksellisia suhteita, joissa pyritään saavuttamaan tehtävän mukaiset tavoitteet: tekemään diagnoosi, ratkaisemaan ongelma tai keskustelemaan vaihtoehtoista. Lääkärin työn tulisi aina pyrkiä tähän tuloksellisuuteen. Mikäli vuorovaikutus on onnistunut, arvioidaan usein myös tuloksellisuus sen mukaan. Jos potilas kokee että lääkäri on ratkaissut hänen ongelmansa, on vuorovaikutus

todennäköisesti onnistunut ja kohtaaminen on näin ollen saanut myönteisen tuloksen. (Ruusu vuori 2005, 218; Gerlanden & Isotalus 2010, 10.)

Asiantuntijatyö keskittyy luontaisesti kuitenkin aina tavoitteelliseen toimintaan, eikä sen ydin ole ihmisten välisissä suhteissa eikä prosesseissa sinänsä. Lääkäri ja hoitaja keskittyvät potilaaseen ja hänen oireisiinsa, vointiinsa, hoidon toteutumiseen, eivätkä keskinäiseen suhteeseen. Fokus on työn tekemisessä, tehtävässä, ongelmanratkaisussa mutta se asettuu suhdekontekstiin. (Gerlanden & Isotalus 2010, 14.)

Epäsymmetrisestä suhteesta johtuen potilaan kohtaamisessa vuorovaikutus voi jäädä yksipuoliselle tasolle. Jos lääkäri keskittyy pelkästään potilaan ongelmanratkaisuun, kohtaaminen painottuu lääkärin asiantuntijatietoon ja -tietämykseen. Tässä tapauksessa vuorovaikutuksen merkitys työn tavoitteiden saavuttamisessa jää irralliseksi, jopa marginaaliseksi. Viestin sisältöulottuvuus on kaikkea sitä, mitä osapuolet konkreettisesti sanovat toisilleen. Pääasiassa ihmissuhdeasiantuntijalla on vastuu siitä, miten viestin sisältö tulisi tulkita. Lääkärin tulisi läpäistä asiantuntemuksellaan koko tämä sisältöulottuvuus ongelmanratkaisussaan. (Gerlanden & Isotalus 2010, 14–15.)

Ihmissuhdeasiantuntijatyössä on otettava huomioon se, miten hyvin nähdään suhdeulottuvuus työtehtävän kehyksenä tai paikkana. Jos lääkäri suuntautuu vain tehtävän (selvittämään potilaan oireet) ja keskittyy ratkaisemaan sen tietämyksellään, (diagnoosi) näkemättä sitä, että sisältö asettuu hänen ja potilaan väliseen suhteeseen ja että tämä suhde vaikuttaa siihen, mitä potilas kertoo, mitä hän ymmärtää, miten hän suhtautuu tilanteeseen, itseensä ja lääkäriin, seurauksena voi olla se, että potilas ei osaa kertoa olennaista tietoa tai kokee tulleensa sivuutetuksi. Näin ajateltuna tämä professionaalinen viestintäsuhde on tavoitteen saavuttamisen kannalta olennainen työn ja asiantuntijaosaamisen sisältökysymys sekä yksi työn tekemisen ulottuvuuksista. (Gerlanden & Isotalus 2010, 15.)

6 VUOROVAIKUTUSTAITOJEN OPETUS JA OPPIMINEN LÄÄKÄRIKOULUTUKSESSA

6.1 Tutkimuksen toteutus

6.1.1 Tutkimusaineistot

Tutkimuksessa käytetään kahdenlaista aineistoa. Toinen aineistoista on Turun lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat vuosilta 2006–2007, 2008–2009, 2011–2012. Olemme valinneet kyseiset opinto-oppaat toisen tutkimusaineiston yhdenmukaisuuden vuoksi. Tarkastelemme lääkäriopiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehittymistä vuosina 2006–2012, joten on mielekästä tarkastella opinto-oppaita, joiden mukaan tutkimuskohteena olevien lääkäriopiskelijoiden opinnot ovat edenneet. Tutkimme opinto-oppaita virallisina asiakirjoina. Tarkastelemme opinto-oppaista, millaisena vuorovaikutustaitojen opetus näyttäytyy suunnitelmissa. Tämän aineiston avulla emme näe, miten suunnitelmat toteutuvat käytännön opetuksessa.

Toisena tutkimusaineistona käytämme kyselylomaketta. Tämän aineiston avulla tarkastelemme, millaista vuorovaikutustaitojen oppimista tapahtuu. Turun ja Oulun lääketieteellisen sekä hammaslääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat ovat täyttäneet kerran vuodessa kyselylomakkeen vuosina 2006–2012 kuuden opiskeluvuotensa aikana jonkin pakollisen tapaamisen yhteydessä. Kyselylomake jaettiin opiskelijoille pakollisen tapaamisen yhteydessä, jolloin myös kyselyyn vastaaminen sekä kyselyn palautus tapahtui. Lomake käsittää kolme eri osiota, joista olemme valinneet yhden tutkimuksemme tarkastelun kohteeksi. Tutkimuskohteeksemme valitsimme vuosien 2006, 2009 ja 2012 vastaukset. Luonnollisesti halusimme mahdollistaa parhaalla mahdollisella tavalla opiskelijoiden kehityksen tarkastelun, jonka vuoksi valikoituivat ensimmäinen ja viimeinen opiskeluvuosi. Vuoden 2009 valitsimme siksi, että tuolloin opiskelijoita pyydettiin pohtimaan samaa potilastapausta, jolloin vastaukset ovat keskenään vertailukelpoisia. Tarkastelemamme osio käsittää potilastapauksen, jossa opiskelijaa pyydetään pohtimaan ja kuvailemaan mitä ajatuksia tilanne hänessä herättää.

Terveysaseman vastaanotolle saapuu tyttären saattamana yksin asuva 78-vuotias naispotilas. Tyttären mielestä äidille on viime aikoina ilmaantunut muistamattomuutta, sekavuutta ja huimausta lisääntyvässä määrin. Tytär toivoo äidin saavan lähetteen keskussairaalaan tutkimuksia varten. Pohdi tilannetta ja kerro mitä ajatuksia se sinussa herättää. (Liite 1.)

Tutkimuskohteeksemme olemme valinneet Turun lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat. Hammaslääketieteen opiskelijoiden otos on pieni ja siksi yksinään riittämätön tutkimuskohteeksi. Tässä tutkimusasetelmassa hammaslääketieteen ja lääketieteen opiskelijoiden potilastapaukset eivät ole vertailukelpoisia keskenään kuten ei myöskään heidän opintosuunnitelmansa, minkä vuoksi halusimme keskittyä tarkastelemaan vain lääketieteen opiskelijoita. Otoksen ulkopuolelle jätämme muuntokoulutettavat opiskelijat. Turun yliopistossa vuosina 2003 - 2011 toteutetussa muuntokoulutusprojektissa koulutettiin lääketieteen lisensiaatteja terveydenhuollon ammattihenkilöistä, joilla oli aikaisempi terveydenhuollon tutkinto sekä alan työkokemusta. Tämän vuoksi heidän vastauksensa vääristäisivät lopullista tutkimustulosta.

Vertailevan tutkimusotteen sijaan keskityimme yhden tiedekunnan opiskelijoihin. Tiedekuntakohtaisia eroja on muun muassa opetusohjelmien valinnan, menetelmien käytön sekä tiedekuntien hankkeiden ja kehityssuunnitelmien suhteen. Turun lääketieteen tiedekunnan valikoiminen perustui opiskelijoiden opettajatuutorointiin osallistumiseen. Oulun lääketieteen tiedekunnan opiskelijat eivät ole osallistuneet opettajatuutorointiin vielä tutkimusaineiston keräämisen aikana. Lisäksi Turussa opetuksessa käytetään jonkin verran ongelmälähtöiseen oppimiseen perustuvaa opetusmenetelmää ja juonneopetuksen mallia, jossa opiskelijat tutustuvat ensimmäisen opintovuoden alusta lähtien joka toinen viikko terveyskeskuslääkärin vastaanottotyöhön. Juonneopetuksen tavoitteena on lisätä opiskelijoiden motivaatiota terveyskeskustyöhön sekä vuorovaikutustaitojen ja kokonaisvaltaisen lääkärin työn ymmärtämistä. (Levy 2011, 64.)

Taulukko 2. Vastaajamäärät ja vastausprosentit.

N = 137	Vuosi 2006 Koulutuksen alussa	Vuosi 2009 Koulutuksen puolella välissä	Vuosi 2012 Koulutuksen lopussa
Vastanneita	98	83	57
Tyhjiä	3	2	6
Tutkittavia	95	81	51
Vastaus %	69,3 %	59,1 %	37,2 %

Taulukossa 2 on kuvattu tutkimuksen vastaajamäärät ja vastausprosentit vuosittain. Tutkimuskohteenamme oli kaiken kaikkiaan 227 tutkimuslomaketta. Koulutuksen lopussa vastausprosentti on pienin, mutta aineisto on tuolloinkin riittävän kylläntynyt. Kylläntymisellä eli saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että uudet tapaukset eivät enää tuo tutkimusongelman kannalta uutta tietoa eli aineisto alkaa toistaa itseään. (Eskola & Suoranta 1998, 62 - 63.) Kylläntymisen saavuttamiseksi on tiedettävä, mitä aineistosta etsii. Pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä, kun aineisto alkaa toistaa itseään. (Eskola & Suoranta 1998, 63; Tuomi & Sarajärvi 2002, 90.)

Koulutuksen alussa vastaamiseen on käytetty eniten tilaa. Tuolloin vastaukset ovat esseenomaisia. Vastaavasti koulutuksen lopussa annetusta vastaustilasta on käytetty noin puolet. Tuolloin vastaukset ovat luettelonomaisia, joissa on usein käytetty ranskalaisia viivoja. Tätä voi selittää se, että koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat vastaavat samaan kyselylomakkeeseen jo kuudetta kertaa. Viimeisen vuoden lomakkeissa on havaittavissa jo tutkimusväsymystä, joka voi myös olla vaikutusta vastausten pituuteen ja sisältöön. Koulutuksen puolella välissä vastauksien pituudet vaihtelevat eniten. Pääsääntöisesti tuolloin tilaa on kuitenkin käytetty vähän vähemmän kuin koulutuksen alussa. Koulutuksen kaikissa vaiheissa potilastapausta on pohdittu monesta eri näkökulmasta. Lääkäriopiskelijat ovat pääsääntöisesti esitelleet eri vaihtoehtoja sekä pohtineet niiden mukaan erilaisia toimintatapoja.

Jatkossa käytämme vuosista 2006, 2009 ja 2012 taulukossa olevia käsitteitä koulutuksen alussa, koulutuksen puolella välissä ja koulutuksen lopussa. Potilastapauksen tyttäriä kutsumme omaiseksi ja 78-vuotiasta äitiä potilaaksi.

6.1.2 Opinto-opas analyysi

Tutkimme Turun yliopiston lääketieteen tiedekunnan opinto-oppaita ja tarkastelimme yleisesti lääkärikoulutuksen sisältöä. Lisäksi etsimme uusimmasta opinto-oppaasta 2012–2012 järjestelmällisesti kaikki kurssit, joiden sisällöissä tai tavoitteissa mainitaan tutkimuksemme keskeisiä käsitteitä. Hakukoneena on käytetty Adobe Readerin Find-toimintoa. Hakualueeksi rajasimme lääketieteen lisenssiaatin pakolliset opinnot, opinto-oppaan sivut 30 – 121. Etsinnässä hyväksyimme kaikki sanojen taivutusmuodot ja yhdyssanat. Sanat saivat esiintyä sekä opintokokonaisuuden nimessä, sisällöissä ja tavoitteissa. Rajasimme pois vain taulukot ja sisällysluettelot em. sivunumeroiden sisällä.

6.1.3 Kyselyaineiston analyysi ja käsitteiden määrittely

Analysoimme tutkimusaineistoa sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida kirjoitettua sisältöä systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä on mahdollista toteuttaa tutkimus, jossa oleellista on näkymättömän ymmärtäminen. Sisällönanalyysillä kerätty aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. (Grönfors 1985, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108–112.)

Ensin luimme yhdessä aineistoa. Pehdyimme sisältöön ja merkitsimme ylös alkuperäisilmauksia, jotka aineistosta nousivat toistuvasti. Tämän jälkeen yhdistelimme yksityiskohtaisemmin alkuperäisilmaukset pelkistettyjen otsikoiden alle. Pelkistyksistä syntyi yhdeksän alaluokkaa; empatia, potilaan omaiseen suhtautuminen, eläytyminen, potilaaseen suhtautuminen, uskomukset, päätöksenteko, toimenpiteet, kokonaisuuden tarkastelu ja moniammatillinen yhteistyö. Tämän jälkeen määrittelimme tarkoin, mitä kukin alaluokka merkitsee ja mitä se ei merkitse. Rajasimme yksityiskohtaisesti aiheet,

joita tutkimme ja joita emme tutki. Teimme alaluokista sekä niitä määrittävistä käsitteistä matriisin.

Seuraavaksi molemmat tutkijat tarkastelivat aineiston läpi yksin, tehden sovittuja merkintöjä matriisin avulla etsien edellä kuvattujen alaluokkien esiintymistä. Keskityimme tarkastelemaan lääkäriopiskelijan välittämiä merkityksiä sanojen takana. Lopuksi käsitelimme jokaisen eriävän merkinnön aineistosta ja teimme yhteisen tulkinnan.

Lopuksi tiivistimme aineistoa vielä keskeisen tutkimuskysymyksemme valossa. Näin hahmottui pääluokista vuorovaikutustaitojen ja ongelmanratkaisutaitojen kehitystä yhdistelevä luokka ammatillinen kasvu. Näin muodostui lopullinen sisällönanalyysi (taulukot 3 & 4). Seuraavaksi määrittelemme ala-luokkien käsitteet.

Taulukko 3. Sisällönanalyysi vuorovaikutustaitojen kehityksestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistä- väluokka		
<p>”Hyvä juttu jotta potilaalla on välittäviä omaisia.” (023/T09) ”Itse suhtaudun tyttären huoleen ymmärtävästi – ”(033/T09) ”—lääkärin tulee olla kyseisessä tilanteessa äärimmäisen ymmärtäväinen – ” (036/T069) ”Tulee sääli tyttöä, joka tuntuu olevan huolissaan äidistä.” (149/T06) ”Yritän miettiä tilannetta potilaan kannalta.” (005/T06)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kyky asettua potilaan/omaisen asemaan • kyky yrittää ymmärtää potilaan/omaisen tunteita • kyky myötälää 	<p>Empatia</p>				
<p>”Haluaisin haastatella 78-vuotiasta myös ilman tyttären läsnäoloa” (009/T09) ”oireet voivat olla tyttären kuvittelemia” (134/T06) ”taustalla voi olla vanhan äidin rahojen himo tms.”(111/T12) ”On hyvä, että tytär on tiedostanut tilanteen –” (036/T06) ”Lääkärin on kuunneltava lähiomaista, sillä lähiomainen huomaa kyseiset oireet helpommin kuin lääkäri” (043/T06) ”Tyttären tuki on varmasti vanhukselle tärkeä, joten myös hänet on huomioitava ristiriitojen välttämiseksi.” (064/T06)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • omainen on asiaankuulumaton • omaiseen kohdistuvat epäilykset • omaisen motiivit • omaisen huoli • omainen vastuunkantajana – esitietojen kerääminen • omaisen arvostaminen 	<p>Omaiseen suhtautuminen</p>	<p>Vuorovaikutustaitojen kehitys</p>	<p>Ammatil- linen kasvu</p>		
<p>”Naispotilas asuu luultavasti leskenä omassa kodissaan.” (121/T06) ”Tytär pelkää äitinsä sairastavan jotain vakavaa – pelkää kenties olevan jotain perinnöllistä tautia” (058/T06) ”Olen viime aikoina joutunut seuraamaan juuri samanlaista tilannetta” (070/T06) ”ei vaikuta laisinkaan siltä, etteikö potilas pystyisi itse omaa terveydentilaansa arvioimaan.” (125/T06)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • jotain mitä potilastapaus ei kerro • värittää • kuvittelee • eläytyy 	<p>Tilanteeseen eläytyminen</p>				
<p>”Ketään ei voi pakottaa tutkimuksiin eli lääkärin tulisi selvittää tilannetta vanhan naispotilaan kannalta.” (064/T06) ”Vastaanotolla pitäisi keskittyä äitiin eikä tyttären, tutkia potilas hyvin ja yrittää saada häneltä itseltään käsitys tilanteesta.” (141/T09) ”Mitä mieltä potilas itse?” (081/T12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan oman mielipiteen selvittäminen • esitietojen kerääminen • potilaan itsemääräämisoikeuden ja oman tahdon kunnioitus 	<p>Potilaaseen suhtautuminen</p>				

Taulukko 4. Sisällönanalyysi ongelmanratkaisutaitojen kehityksestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistä- väluokka
<p>”potilas on sen verran iäkäs, että on normaalia että hänellä voi esiintyä mainittuja oireita” (005/T06) ”Potilaalla on ilmeisesti dementia” (108/T06) ”Mieleen tulee alzheimer ja muut vanhuuteen liittyvät seikat.” (150/T09) ”78-vuotiaalle saattaa olla ihan normaalia, ettei muista kaikkea.” (154/T09)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ikä selittää oireita vanhuus selittää oireita oireet ovat 78-vuotiaalle normaaleja 	<p>Uskomukset</p>	<p>Ongelmanratkaisutaitojen kehitys</p>	<p>Ammatillinen kasvu</p>
<p>”lähtökohtaisesti en kenenkään pyynnöstä tee lähetettä” (022/T12) ”Jos ei hälyyttävää, en lähetettä kirjoita.” (084/T09) ”lähettäisin ehdottomasti potilaan tutkimuksiin” (086/T06)</p>	<ul style="list-style-type: none"> kirjoittaa lähetteen ei kirjoita harkitsee ei ota kantaa neuvottomuus lähetteen kirjoittamisessa 	<p>Päätöksenteko</p>		
<p>”asiaa pitää tutkia” (063/T06) ”Mielestäni terveysasemalla voidaan potilas haastatella ja tutkia/ottaa labrat –” (128/T09) ”Tutkimukset: tulehduskokeet, peruslabrat, muistilabrat, pään-TT, MMSE + kellotestimahd. vertailu aiempiin.”(117/T12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> potilaan nykyisen terveydentilan tutkiminen välttömät toimenpiteet 	<p>Toimenpiteet</p>		
<p>”—potilaalle esim paljon sosiaalista toimintaa sekä tarkkaavaisuutta ja keskittymiskykyä vaativia virikkeitä.” (086/T06) ”Selviytykö, kukaauttaa.”(075/T06) ”Lääkelista olisi hyvä tarkistaa, koska kyseiset oireet voivat olla lääkkeiden haittavaikutuksia.” (147/T09) ”Mites siivoukset/ ruokailut/ laittaako itse ruokaa/ pesut/ liikuntakyky/päihteet?” (112/T12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> virikkeet/aktiviteetit asumisjärjestelyt sosiaaliset suhteet lääkitys 	<p>Kokonaisuuden tarkastelu</p>		
<p>”kotisairaahan hoidon tarvetta voisi selvittää.”(076/T12) ”sosiaalihoitajan konsultaatio” (117/T09) ”geriatrin/neurologin konsultaatio”(070/T12) ”pitää ottaa huomioon äidin ja äitiä hoitaneiden henkilöiden kanta asiaan.” (063/T06)</p>	<ul style="list-style-type: none"> kotisairaanhoido sosiaalityöntekijä geriatria muistihoitaja joku muu kuin tytär tiedonantajana 	<p>Moniammatillinen yhteistyö</p>		

Empatialla käsitämme tässä tutkimuksessa kykyä asettua potilaan tai omaisen asemaan sekä kykyä ymmärtää heidän tunteitaan, ajatuksiaan tai elämäntilannetta. Tarkastelemme kuinka lääkäriopiskelija pystyy myötäelämään tilanteessa tai samaistumaan hetkellisesti toisen ihmisen osaan.

Omaiseen suhtautuminen tarkoittaa lääkäriopiskelijan tapaa huomioida potilaan omainen vastaanottotilanteessa. Tarkastelemme, mitä ajatuksia omaisen läsnäolo tilanteessa herättää lääkäriopiskelijassa ja millaisena hän kokee omaisen roolin vuorovaikutuksessa. Etsimme ja tutkimme näitä erilaisia suhtautumistapoja omaiseen kohdistuen.

Tilanteeseen eläytyminen on tässä tutkimuksessa jotain sellaista ajattelun ja mielikuvituksen tuotetta, mitä potilastapaus ei kerro. Luokittelemme eläytymiseksi vastaukset, joissa on täsmennetty potilastapauksessa annettua informaatiota oman eläytymisen ja ajattelun keinoin. Lääkäriopiskelija on kaivannut pohdintaan lisää tarkennusta, jonka hän on kuvitellut itse. Tilanteeseen eläytyminen on tietynlaista spekulatiota. Teoreettista ajattelua ja pohdintaa, joka usein ilmenee vähättelevänä ja piittaamattomana tapana suhtautua annettua informaatiota kohtaan.

Potilaan suhtautumisen alaluokassa tarkastelemme lääkäriopiskelijan ajatuksia sekä pohdintaa kohdistuen potilaaseen. Aineistosta nousee erilaisia näkökulmia sekä tapoja potilaaseen suhtautumisessa. Näitä ovat potilaan oman mielipiteen selvittäminen, esitietojen kerääminen, potilaan itsemääräämisoikeuden ja oman tahdon kunnioitus.

Uskomukset tarkoittavat tässä tutkimuksessa aineistosta esiintyviä ilmauksia, joilla ilmaistaan ikään ja vanhuuteen liittyviä oletuksia. Uskomuksiin kuuluvat käsitykset, joiden mukaan on normaalia, että vanhalla potilaalla on kyseisiä oireita.

Potilastapauksessa omainen toivoo saavansa potilaalle lähetteen keskussairaalaan tutkimuksiin. Päätöksenteossa tarkastelemme lääkäriopiskelijan reagointia lähetteen kirjoittamiseen. Aineistosta löytyy useita eri tapoja reagoida lähetteen kirjoittamiseen. Lääkäriopiskelija kirjoittaa, ei kirjoita, harkitsee, ei ota kantaa tai on neuvoton lähetteen kirjoittamisessa.

Toimenpiteet tarkoittavat tässä tutkimuksessa lääkäriopiskelijan esille nostamia välittömiä toimia. Tähän yhteyteen rajautuvat maininnat, joissa käsitellään toimenpiteitä tässä ja nyt tai ylipäätään terveyskeskuksessa tehtäviä toimenpiteitä.

Kokonaisuuden tarkastelulla tarkoitamme lääkäriopiskelijan tapaa käsitellä potilastapausta kokonaisvaltaisemmin. Aineistosta nousee potilaaseen liittyviin virikkeisiin, asumisjärjestelyihin, sosiaalisiin suhteisiin sekä lääkitykseen liittyviä pohdintoja.

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa muun terveystyön ja sosiaalialan ammattilaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Moniammatilliseksi yhteistyöksi määrittelemme tutkimuksessamme aineistossa esiintyvät viittaukset, joissa mainitaan jokin ammattitaho, jonka puoleen voisi kääntyä potilastapauksen käsittelyssä.

Tarkastelemme mitä vuorovaikutustaitojen sekä ongelmanratkaisutaitojen alueilla tapahtuu eri vuosina. Keskitymme tarkastelemaan vuorovaikutustaitojen sekä ongelmanratkaisutaitojen osalta, kuinka ammatillisesti lääkäriopiskelija toimii potilaan kohtaamisessa. Ammatillisen kasvun mittarina käytämme ongelmanratkaisu- sekä vuorovaikutustaitojen kehittymistä.

Taulukko 5. Vuorovaikutustaitojen ja ammatillisen kehittymisen alaluokat.

<ul style="list-style-type: none"> • empatia • omaiseen suhtautuminen • tilanteeseen eläytyminen • potilaaseen suhtautuminen 	<p>VUOROVAIKUTUSTAITOJEN KEHITYS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • uskomukset • päätöksenteko • toimenpiteet • kokonaisuuden tarkastelu • moniammatillinen yhteistyö 	<p>ONGELMANRATKAISUTAUTOJEN KEHITYS</p>

6.2 *Opinto-opas analyysin tulokset*

6.2.1 *Lääkärikoulutuksen sisältö*

Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa annetaan tutkimukseen perustuvaa monialaista peruskoulutusta viidessä eri koulutusohjelmassa, jotka johtavat lääketieteen ja hammaslääketieteen lisensiaatin sekä terveystieteiden ja filosofian maisterin tutkintoihin. Tiedekunta kouluttaa monipuolisesti ja kriittisesti ajattelevia asiantuntijoita näille aloille sekä profiloituu kansainvälisesti arvostetuksi tutkimus- ja koulutusyksiköksi. Tunnustuksena määrätietoisesta koulutuksen kehittämistyöstä Korkeakoulujen arviointineuvosto (KKA) on nimennyt kansainväliseen arviointiin perustuen Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan yliopistokoulutuksen laatuyksiköksi vuosille 2010–2012.

Lääketieteen lisensiaatin tutkinto jakautuu keskeisiin ja valinnaisiin opintoihin. Keskeisiin opintoihin sisältyy tutkintoon vaadittavien oppiaineiden perus- ja aineopintoja sekä syventäviä opintoja. Perus- ja aineopinnot ovat integroituna opintokokonaisuuksien sisältöihin. Syventäviin opintoihin katsotaan kuuluvaksi tutkielman ja opetussuunnitelmassa nimettyjen syventävien opintojaksojen lisäksi myös valinnaisopintoja siten kuin syventävistä opinnoista erikseen määrätään. Lisäksi tutkintoon kuuluu terveyskeskus- ja sairaalaharjoittelua. Opiskelu lääketieteellisessä on hyvin koulumaista: suurin osa opiskeltavista kursseista on kaikille pakollisia. Yksityiskohtaisesta lukujärjestyksestä selviää niin luentojen, pienryhmäharjoitusten kuin tenttienkin ajat ja paikat; tässä suhteessa opiskelu on tehty helpoksi. Akateemisella vapaudella on lääketieteellisessä tiedekunnassa hieman muita suppeampi merkitys. Tutkinnon keskeiset opinnot sijoittuvat opetussuunnitelmassa kuudelle vuodelle ja ne tulee suorittaa järjestyksessä ja hyväksytysti. Valinnaiset opinnot sijoittuvat useammille lukukausille ja valinnaispoluille tai ovat erillisiä opintojaksoja. (Opinto-opaat 2006 - 2012.)

Opintojen ensimmäiset kaksi ja puoli vuotta ovat niin sanottuja prekliinisiä opintoja. Tällöin opiskellaan pääosin teoriaa (liite 2). Ensimmäisenä opiskeluvuotena painopisteenä ovat terveen yksilön anatomia, fysiologia ja biokemia. Useimmat kurssit sisältävät pienryhmissä tehtäviä harjoitustöitä, joissa syvennetään kurssilla opittuja asioita käsittäen mm. anatomisten rakenteiden opiskelua, laboratorioharjoituksia ja

kudosnäytteiden mikroskopointia. Ensimmäisenä opintovuonna tutustutaan myös terveyskeskuslääkärin työhön käytännössä, tämä ns. juonneopetus tapahtuu Länsi-Suomen alueen terveyskeskuksissa. Opettajatuutorointi alkaa myös heti ensimmäisenä opiskeluvuotena ja jatkuu läpi opintojen. (Opinto-oppaat 2006 -2012.)

Toisena vuotena opiskellaan lisäksi patologiaa eli tautioppia ja farmakologiaa eli oppia lääkeaineiden vaikutuksista. Patologiaa on tosin sisällytetty jo aikaisempiin anatomian ja fysiologian opintoihin. Kolmantena syksynä valmistaudutaan siirtymään klinisiin opintoihin perehtymällä vastaanottotilanteissa käytettäviin haastatteluteknikoihin (joiden avulla syntyy anamneesi) ja tutkimustekniikoihin (joiden avulla määritellään status). Anamneesi tarkoittaa esitietoja, joita potilas antaa sairautensa kulusta. Anamneesi syntyy, kun esimerkiksi potilas kertoo ja antaa vastauksia lääkäriopiskelijän kysymyksiin. Tämän jälkeen vastaanotolla tapahtuu potilaan tutkiminen. Näin selvitetään potilaan status eli tila. (Opinto-oppaat 2006 -2012.)

Ennen kliinistä vaihetta käsitellään infektiotaudit ja mikrobiologia sekä perehdytään taudinmäärittämisessä tärkeään laboratorionlääketieteeseen. Oman syventävän opinnäytetyön voi aloittaa jo prekliinisisessä vaiheessa. Tutkimuksesta kiinnostuneet voivat pyrkiä tutkijalinjalle, jossa tutustutaan lääketieteellisen tutkimuksen menetelmiin ja käytäntöihin. Monet tutkimuksesta kiinnostuneet aloittavat oman, väitöskirjaan johtavan, tutkimustyönsä lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittamisen rinnalla. Kahden vuoden opinnot hyväksytysti suoritettuaan opiskelijalle myönnetään lääketieteen kandidaatin arvonimi. (Opinto-oppaat 2006–2012.)

Kliinisen vaiheen alkamisen myötä opiskelu muuttuu soveltavammaksi ja siirtyy pääosin sairaalaympäristöön. Opinnot etenevät erikoisaloittain: sisätautioppi, kirurgia, korva- ja nenätaudit ja niin edelleen. Opetus sisältää luentoja, pienryhmäopetusta, seminaareja, itsenäistä potilaiden tutkimista, potilaskiertoja sekä toiminnan seuraamista sairaalan eri toimipisteissä. Kliinisen vaiheen opintoihin sisältyy neljä kuukautta harjoittelua jota kutsutaan amanuenssipalveluksi. Tämä suoritetaan amanuensseille varatuissa viroissa tai vaihtoehtoisesti lääkärin sijaisena toimimalla. Suoritettuaan neljän vuoden opinnot hyväksytysti, saa lääketieteen opiskelija toimia tilapäisesti lääkärin tehtävissä erikoissairaanhoidon yksikössä tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Viiden vuoden opinnot suoritettuaan voi opiskelija toimia tilapäisesti myös terveyskeskuksen vastaanotolla. (Opinto-oppaat 2006 – 2012.)

Lääkäriopiskelija oppii tiedostamattaan toimintamalleja, hiljaista, näkymätöntä tietoa ja käytäntöjä, joita kannattaa noudattaa selviytyäkseen opinnoista. Nämä opintojen ohessa opitut asiat voivat olla sekä myönteisiä että kielteisiä asenteita, arvoja, toimintamalleja ja käytäntöjä. Puhutaan piilo-opetussuunnitelmasta. Yliopistossa välitetään opisto-oppaaseen kirjaamattomia toimintamalleja. Osa näistä malleista on työelämässä hyödyllisiä taitoja ja asenteita, mutta osa voi olla ristiriitaista kirjatun kanssa kuten miten pääsee tentistä läpi mahdollisimman vähällä. (Ahola & Olin 2000, 8.)

Lääketieteen opiskelijat ovat tottuneet menestymään opinnoissaan, he ovat tunnollisia ja ymmärtävät opintojensa alusta asti opiskelevansa vastuulliseen ammattiin. Kunnianhimo ja menestymisen halu aiheuttaa kilpailua ja tämä seuraa myös työelämään. Lääkäri voi olla vaikea tunnustaa epävarmuutta työssään, virheitä pelätään ja apua on vaikea pyytää. Voidaan katsoa, että opinnot ohjaavat pirstaleisen faktatiedon hallintaan ja perfektionismiin. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat voivat hyvin. He käyttävät päihteitä vähiten ja heillä on melko vähän psyykkisiä ongelmia verrattuna muilla aloilla opiskeleviin. He kärsivät myös stressistä vähiten. Kunttu & Huttunen arvelevat hyviin tuloksiin vaikuttavan lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen selkeä struktuuri, valmiit lukujärjestykset ja kattava opinto-ohjaus ja tuutorointi. (Kunttu & Huttunen 2009, 44–49.)

6.2.2 Vuorovaikutustaitoja tukeva opetus

Tutkimme kuinka monta kertaa Turun yliopiston lääketieteen tiedekunnan opinto-oppaassa 2011–2012 esiintyy vuorovaikutusopintoihin liittyviä käsitteitä opintojen suunnitelluissa sisällöissä sekä tavoitteissa. Lääkäri sanan esiintyminen on määrällisesti runsainta (taulukko 6). Sana esiintyy esimerkiksi seuraavassa sanaliitoissa: erikoislääkärikoulutuksen, yleislääkäri, lääkärin käsikirja, lääkärin toimen, lääkärintodistuksen, lääkärintyöhön, opettajalääkäri tai lastenlääkäriyhdistys.

Vuorovaikutus sana esiintyy 38 kertaa muodoissa: vuorovaikutustaitojen, vuorovaikutustilanteita, vuorovaikutusosiosta, vuorovaikutustilanneharjoituksiin.

Viestintä esiintyy kolme kertaa yhteyksissä: puheviestintä ja viestintäopintoja.

Potilas sana esiintyy 112 kertaa. Esiintymiseksi hyväksyttiin: potilasnettitentti, potilastapauksia, potilasongelmissa, potilastyö, potilasluento, maallikkopotilas, potilastietojärjestelmä, potilaskertomus.

Vastaanotto esiintyy 20 kertaa yhteyksissä: vastaanottotilanteita, vastaanottotyö, tk-vastaanotto ja vastaanottotyylejä.

Ammatti esiintyy 14 kertaa yhteyksissä: ammattitautiepäily, ammattikuva, ammattiryhmät, ammatti-identiteetti.

Ammatillinen kasvu esiintyy kerran lääkäriksi kasvamisen opintojen arviointimenetelmissä: oppimisen ja ammatillisen kasvun itsearviointi.

Taulukko 6. Keskeisten käsitteiden esiintyminen opinto-oppaassa 2011 – 2012.

vuorovaikutus	38
viestintä	3
potilas	112
lääkäri	153
vastaanotto	20
ammatti	14
ammatillinen kasvu	1

Opinto-oppaasta löytyy vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja neljän eri kurssin yhteydestä. Lisäksi vuorovaikutustaitoja tukeviksi opinnoiksi luokittelemme juonneopetuksen, opettajatuuroinnin sekä työharjoittelut.

Vuorovaikutustaitojen opetusta on pyritty lisäämään koko ajan. Pääosin niitä opetetaan kolmannella lukuvuodella, kun opiskelijat siirtyvät kliiniseen vaiheeseen. Turussa vuorovaikutustaitoja harjoitellaan näyttelijöiden, opettajien ja toisten opiskelijoiden kanssa, videoimalla toimintaa vuorovaikutustilanteissa. Kolmannella lukuvuodella on myös viestintäopintoja, joissa tosin keskitytään teksteihin ja tarkoituksenmukaiseen lääketieteelliseen viestintään ja kaunokirjallisuuden kautta samaistumiseen potilaan asemaan. Käytössä on myös mini-CEX (the mini-Clinical Evaluation Exercise) ns. kliinistä potilaan tutkimustilanteen arviointia ja vuorovaikutus- ja

ongelmanratkaisutaitoja mittaava OSCE-tentti (Objective Structured Clinical Examination). (Kääpä & Österholm-Matikainen 2012.)

Vuorovaikutus käsitteenä löytyy neljän kurssin tavoitteista tai sisällöistä. Vastaanottotapahtuma- ja vuorovaikutus sekä terveyden huollon tietojärjestelmät, Ihmisen kasvu ja kehitys opintojen seminaarissa, Diagnostiikka ja hoito II; onkologia ja sädehoito sekä Lääkäriksi kasvamisen opinnoista. Lisäksi katsomme vuorovaikutusopinnoiksi kieliopinnot, joita lääkäriopiskelijoilla on pakollisina Suomen kieli ja potilasviestintä 1op (Opinto- opas 2011 - 2012, 59) sekä Skärgårdsmedicin och kultur 4 op (Opinto- opas 2011 - 2012, 60), koska nämä kehittävät viestinnällisiä taitoja.

Kliinisen lääketieteen perusteet (10 op) opinnoissa on Vastaanottotapahtuma- ja vuorovaikutus sekä terveydenhuollon tietojärjestelmät, (1 op), joka selvittää opiskelijoille lääkärin suhtautumistapoja erityyppisiin potilaisiin, tavoite on kehittää ja analysoida vuorovaikutustaitoja lääkärin työssä, perehdyttää perusterveydenhuollon ja sairaaloiden sähköisten potilastietojärjestelmien sekä alueellisten tietojärjestelmien perusteisiin ja käyttöön. (Opinto-opas 2011 – 2012, 55.)

Ihmisen kasvu ja kehitys (5 op) on mukana seminaarit, joihin aineistoa kerätään kirjallisuudesta ja haastatteluin. Haastatteluissa harjoitellaan myös vuorovaikutustaitoja eri elämänvaiheessa ja elämäntilanteessa olevien sekä eri kulttuureista tulevien ihmisten kohtaamista. Seminaarityöskentelyä on 24 tuntia. (Opinto- opas 2011 - 2012, 44.)

Diagnostiikka ja hoito II; onkologia ja sädehoito (4op) kurssin tavoitteisiin kuuluu, että opiskelija ymmärtää vuorovaikutustaitojen merkityksen ja osaa soveltaa niitä vaikeista asioista ja hoitopäätöksistä kommunikoitaessa. (Opinto- opas 2011–2012, 107.)

Lääkäriksi kasvaminen opinnot alkavat johdannolla yliopisto-opiskeluun yleisesti ja sisältävät kliiniseen lääketieteeseen tutustumista. Tavoite on perehdyttää opiskelijat Turun yliopistoon, antaa tietoa opiskelutekniikasta ja yliopisto-opetuksen muodoista. Lisäksi tutustutaan opiskelijaterveydenhuoltoon, liikuntamahdollisuuksiin ja opiskelijajärjestöjen toimintaan sekä kansainväliseen vaihtoon. Tutustutaan myös lääketieteelliseen tiedekuntaan, terveydenhuollon organisaatioon Suomessa, kollegiaalisuuteen ja eettisiin periaatteisiin terveydenhuollossa (liite 3). Käytännössä opinnot sisältävät luentoja, ryhmätapaamisia, kehityskeskusteluja, itsearviointia muun

muassa omista vuorovaikutustaidoista, esseitä ja portfolion tekemistä. Aiheina on lääkärintyön etiikka, joka sisältää ongelmanratkaisuseminaarin, oman oppimistyylin analysointia, keskusteluita kuolevan kohtaamisesta, TYKS:n kierto, kollegiaalisuus, vaihtolovelvollisuus sekä oman hyvinvoinnin ja jaksamisen pohtimista. (Opinto-opas 2011–2012, 34.)

Varhaisen potilaskontaktin mahdollistava opetus, Turussa nimeltään juonneopetus, aloitettiin tiedekunnassa syksyllä 1991. Juonneopetuksen tavoitteina ovat tutustuminen terveystieteiden toimintaan ja lääkärin työhön perusterveydenhuollossa, vuorovaikutustaitojen harjoittelu sekä teoriaopintoihin motivoituminen ja opitun soveltaminen käytäntöön. Juonneopetuskurssien opettajina toimivat vapaaehtoiset terveystieteenlääkärit Varsinais-Suomen ja Satakunnan terveystieteiden keskuksissa. Kliiniset opettajat toimivat yhdysopettajina juonneopettajien ja opiskelijoiden välillä, vastaanottavat opiskelijoiden oppimispäiväkirjat juonnekäynniltä, kommentoivat niitä sekä ohjaavat juonteeseen liittyvät seminaarit. Seminaarit on osittain integroitu muuhun samanaikaisesti meneillään olevaan opetukseen. Juonneopetus tapahtuu terveystieteiden keskuksissa siten, että sekä syys- että kevätlukukaudella opiskelijat osallistuvat juonneopettajansa työhön 18 tunnin ajan, käytännössä yleensä kolmena päivänä. Opiskelijat kirjoittavat syyslukukaudella joka käynnistä juonnepäiväkirjan, kevätlukukaudella tehdään yhteinen päiväkirja kaikista kolmesta käynnistä. (Opettajalääkärin käsikirja, 4.)

Opettajatuutorointi liittyy kiinteänä osana Lääkäriksi kasvamisen opintopolkuun ja sen tavoitteena on auttaa opiskelijaa opintojen suunnittelussa ja etenemisessä sekä edistää vuorovaikutusta opiskelijoiden ja opettajien sekä moniammatillisen henkilökunnan välillä. Lisäksi tarkoituksena on edistää opiskelijan ammatti-identiteetin hahmottumista, asiantuntijuuteen kasvamista, auttaa urasuunnittelussa ja antaa palautetta opintojen etenemisestä. Opettajatuutoroinnit sisältävät pienryhmä ja henkilökohtaisia tapaamisia 19 tuntia, luentoja 8 tuntia, erilaisten teemojen alaista portfolioyöskentelyä ja HOPSin tekoa ja vuosittaista päivitystä sekä matkalla lääkäriksi esseiden laatimista. Tavoite on oppimisen ja ammatillisen kasvun itsearviointi. (Opinto-opas 2011 – 2012, 31.)

Opettajatuutoritoiminta on lääketieteellisen tiedekunnan tutkimus- ja kehittämissyksikön (TUTKE) alaista toimintaa. Opettajatuutori on opiskelijan tukihenkilö opintojen edessä. Opettajatuutorit järjestävät sekä henkilökohtaisia että ryhmätapaamisia.

Ensimmäisen opiskeluvuotensa keväänä jokainen opiskelija laatii opettajatuutorinsa ohjaamana HOPS:n eli henkilökohtaisen opintosuunnitelman, jonka mukaan opiskelija seuraa omia opintosuorituksiaan. HOPSia tarkastetaan ja tarvittaessa täydennetään aina keväisin. HOPS:iin kuuluvan itsearviointikaavakkeen avulla hän lisäksi seuraa omaa ammatillista kasvuaan. Opettajatuutorin kanssa HOPS:in merkinnät ja suunnitelmat käydään vuosittain läpi ja opiskelija saa myös palautetta etenemisestään. Opiskelija kokoaa myös portfoliota suorituksistaan ja opintojensa etenemisestä. (Opinto-opas 2011 – 2012, 16.)

Opettajatuutorointi- ja mentoriohjelmat ovat olleet käytössä useissa lääkärikoulutusyksiköissä USA:ssa ja Euroopassa 1990-luvulta lähtien. (Malik 2000, Kalet, Krackov & Ray 2002) Turussa opettajatuutorointitoiminta alkoi nykyisessä muodossaan vuodesta 2005 lähtien. Sen on todettu edistävän lääkäriopiskelijoiden arvojen ja asenteiden sekä ammatillisten teemojen pohdintaa. Sitä pidetään tärkeänä tukena lääkäriopiskelijoiden ammatilliselle ja henkilökohtaiselle kehitykselle. (Kääpä, Toivanen, Koivisto & Vuorinen 2012.)

Lääkäriopiskelija opinnot sisältävät paljon mallioppimista työssä. Käytännön työharjoittelua lääkäriopintoihin sisältyy 35 opintopistettä (taulukko 2). Harjoittelun tavoitteena on perehdyttää opiskelija sairaaloiden ja terveyskeskusten toimintaan, ammattiryhmien väliseen työnjakoon ja opinnoissa saatujen valmiuksien soveltamiseen käytännössä sekä yleislääkäritasoisten toimenpiteiden suorittamiseen. Harjoittelu käsittää kliinistä työharjoittelua eli amanuenssipalvelua, pakollista päivystysharjoittelua sekä terveyskeskusharjoittelua. (Opinto-opas 2011–2012, 18.) Työharjoittelun yhteydessä lääkäriopiskelija kehittää omaa ammatillista osaamistaan sekä vuorovaikutustaitojaan käytännön työssä. Lääkäriopiskelija ovat käytännössä vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja harjoittelevat potilaan kohtaamista. Tämän vuoksi luonnollisesti luokittelemme työharjoittelut vuorovaikutustaitoja tukeviksi opinnoiksi.

Opintojen loppuvaiheessa vuorovaikutustaitoja testataan kansainvälisellä OSCE (Objective Structured Clinical Examination) -tentillä. Turussa sitä käytetään naistentautien ja synnytyksien opintokokonaisuudessa (Kääpä & Österholm-Matikainen 2012). Tentti on vuorovaikutustaitoja mittaava standardoitu arviointimenetelmä, jolla pyritään tunnistamaan ne lääkäriopiskelijat, joilla on vielä koulutuksen loppuvaiheessa

merkittävästi kehitettävää ammatillisissa vuorovaikutustaidoissa (Pyörälä, Heasman & Niemi-Murola 2006). Tentissä opiskelijat kiertävät strukturoituja tehtävärasteja kliinisesti realistisissa tilanteissa. Tehtävien suorittamista arvioi ulkopuolinen havainnoija ennalta sovittujen kriteerien ja arviointiasteikkojen mukaisesti. Koulutetut näyttelijät esiintyvät potilaan roolissa oikean kaltaisissa vastaanottotilanteissa. Arviointi kohdistuu opiskelijan lääkärinä toimimiseen eli kliinisiin taitoihin, vuorovaikutustaitoihin ja ongelmanratkaisukykyyn. (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011, 9.)

Taulukko 7. Lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaitoja tukevat opinnot.

Lääketieteen lisensiaatin opinnot 2006–2012					
syksy 2006 – kevät 2007 C1, 27 op + C2, 24 op	syksy 2007 – kevät 2008 C3, 22 op + C4, 22 op	syksy 2008 – kevät 2009 C5, 30 op + C6, 24 op	syksy 2009 – kevät 2010 C7, 29 op + C8, 29 op	syksy 2010 – kevät 2011 C 9, 27 op + C10 25 op	syksy 2011 – kevät 2012 C11, 20 op + C12, 20 op
Lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaitoja tukevat opinnot					
	Ihmisen kasvu ja kehitys (1op)	Vastaanotto tapahtuma- ja vuorovaikutus sekä terveyden huollon tieto- järjestelmät (1 op)		Sairaala päivystys harjoittelu (2 + 1 op)	Onkologia ja sädehoito (4 op)
	Suomenkieli ja potilasviestintä (1op)	Terveyskes- kusharjoittelu (2op)	Sairaala päivystys harjoittelu (2 op)	Vapaa valinnainen amanuenssi palvelu (12 op)	Terveys keskus harjoittelu (3 op)
	Skärgårds medicin och kultur (4 op)	Sairaala päivystys harjoittelu (1 op)	Kirurgian amanuenssi palvelua (6 op)		
		Sisätautiopin amanuenssi palvelu (6 op)			
Lääkäriksi kasvaminen opinnot 5 op					

Lääketieteen lisensiaatin koulutus rakentuu 360 opintopisteestä. Turun lääketieteen lisensiaatin opinnot pitävät sisällään luokittelumme mukaan kuusi kurssia ja kahdeksan työharjoittelua, joiden tavoitteissa on vuorovaikutustaitoja tukevia sisältöjä (taulukko 7). Yhdessäkään kurssissa tai työharjoittelussa vuorovaikutus tai viestintä ei ole

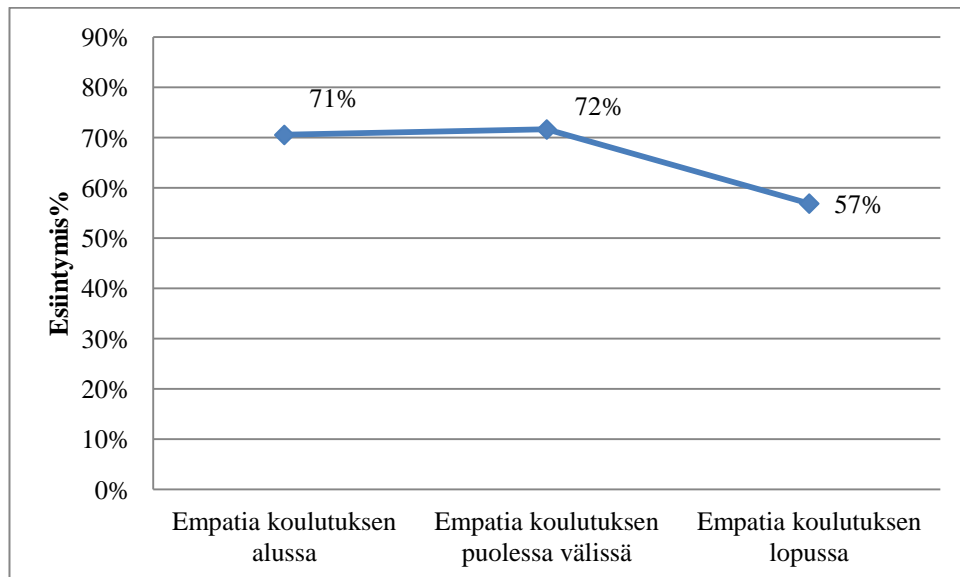
keskeisimpänä sisältönä, vaan luonnollisesti painopiste keskittyy itse opiskeltavaan asiaan; kieleen tai lääketieteelliseen tietoon. Yhteenlaskettuna kurssit ovat laajuudeltaan 16 opintopistettä ja opetusharjoittelut 35 opintopistettä. Yhteensä ne ovat 51 opintopistettä, joka käsittää lääkärikoulutuksesta noin seitsemäsosan.

6.3 Vuorovaikutustaitojen kehitys

6.3.1 Empatia

Empatia on kykyä asettua potilaan tai omaisen asemaan sekä kykyä ymmärtää heidän tunteitaan, ajatuksiaan tai elämäntilannetta.

Taulukko 8. Empatian kehitys koulutuksen aikana.



Koulutuksen alussa lääkäriopiskelija pystyy myötäelämään tilanteessa tai samaistumaan hetkellisesti toisen ihmisen osaan parhaiten. Tuolloin vastauksissa ilmenee paljon empatiaa (taulukko 8).

”Yritän miettiä tilannetta potilaan kannalta.” (005/T06)

Vastauksissa empaattisuus välittyy monipuolisesti. Lääkäriopiskelijat osaavat asettua sekä potilaan että tyttären asemaan ja pohtia tilannetta heidän kannaltaan. Myös muita sukulaisia on otettu mukaan vastaavaan tarkasteluun. Verrattuna koulutuksen seuraaviin vaiheisiin, koulutuksen alussa empatiaa on käsitelty kokonaisvaltaisemmin sekä syvällisemmin. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat samaistuvat hetkellisesti toisen

ihmisen osaan ja miettivät muun muassa sitä, miksi vanhukset yleensä haluavat pysyä kotonaan. Näin ollen he tarkastelevat potilastapausta empaattisesti laajempaan ilmiöön. Koulutuksen puolella välissä empaattisuutta ilmenee lomakkeiden kappalemääräisesti lähes saman verran kuin koulutuksen alussa, mutta se on huomattavasti yksipuolisempaa eikä empaattisiin pohdintoihin ole käytetty yhtä paljon tilaa.

”Hyvä juttu jotta potilaalla on välittäviä omaisia.” (023/T09)

Koulutuksen lopussa on kiinnitetty vähiten huomiota empaattisuuteen. Empatia välittyi teksteistä, mutta empaattisuus on huomattavasti yksipuolisempaa. Pääasiassa maininnat koskevat omaisen huolta potilaasta. Ymmärretään että omainen on huolissaan vanhasta äidistään. Vastauksissa ilmenetään empatiaa siis pääasiassa omaista kohtaan. Itse potilaaseen kohdistuneita empaattisia viestejä on vähän havaittavissa. Myös kyynisyyttä esiintyy koulutuksen lopussa eniten.

”Ärsyttävää, että ihmiset tulevat tk-puolelle ”shoppailemaan” ja suurin osa työstä on ”tyttärien” hoitamista.” (058/T12)

”Tytär haluaa mahdollisesti äitinsä hoitokotiin ja haluaisi tutkimuksilla kelan tukea hoitokodissa asumiselle.” (105/T12)

Empaattista ajattelua rajaa myös keskittyminen erilaisiin käytännön seikkoihin kuten resurssipulaan, jonka seurauksena välittyy kyynisiä piirteitä. Aineistosta voi päätellä, että toiset vastaukset ovat empaattisempia kuin toiset. Osa vastauksista erottuu selvästi empaattisina pohdintoina, kun taas toisista empaattisuutta on vaikeampi havaita. Rajan vetäminen empaattisten ja epäempaattisten pohdintojen välille tässä tutkimusaineistossa oli vaikeaa vetää.

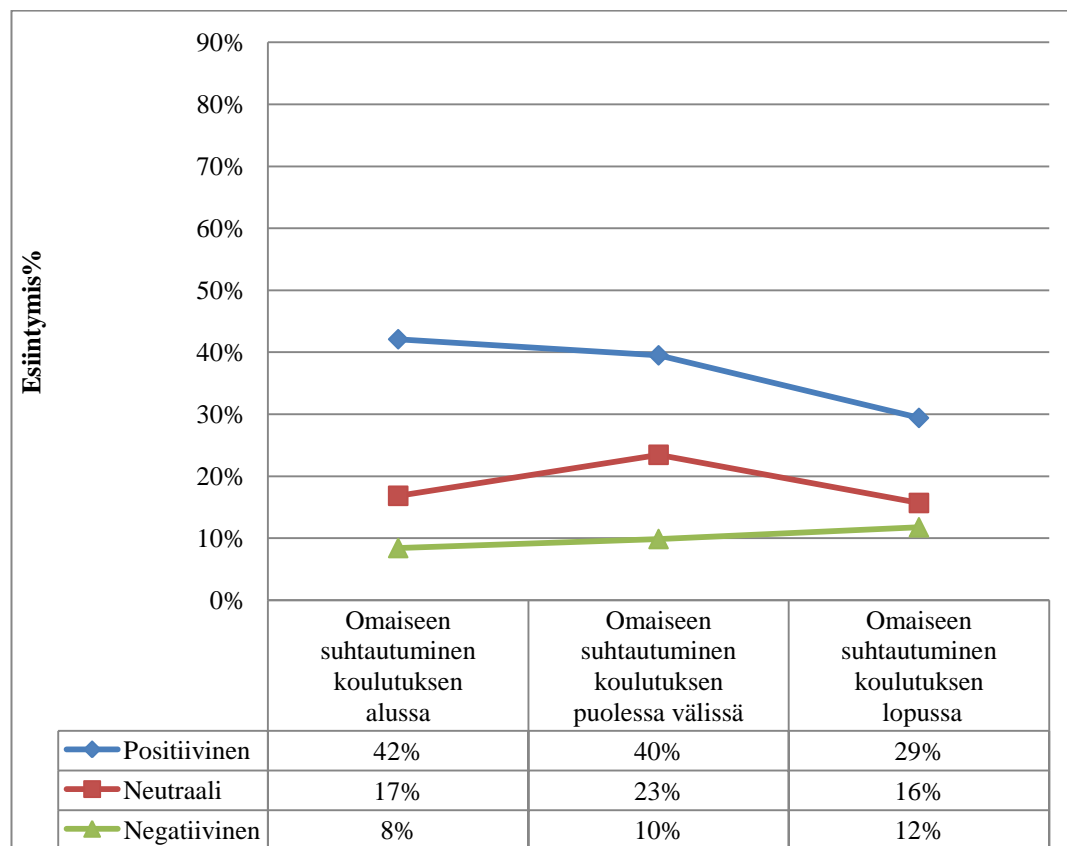
6.3.2 Omaiseen suhtautuminen

Omaiseen suhtautumisessa tarkastelukohteemme olivat omaisen asiaankuulumattomuus vastaanottotilanteessa, omaiseen kohdistuvat epäilyt, omaisen motiivit ja huoli. Tämän lisäksi tarkastelemme omaista vastuunkantajana. Tarkastelukohteena on myös lääkäriopiskelijan antama arvostus omaista kohtaan. Nämä kuusi tapaa suhtautua omaiseen jakautuvat ilmaisutavoiltaan positiivisiin ja negatiivisiin. Kun omainen koetaan tilanteessa asiaankuulumattomaksi, häneen kohdistuu erilaisia epäilyjä tai omaisen motiiveja pohditaan, luokittelemme nämä ilmaisut luonteeltaan negatiivisiksi.

Vastaavasti omaisen huoli, omaisen rooli vastuunkantajana sekä omaisen arvostus ovat selvästi positiivisesti latautuneita ilmaisuja. Neutraaleiksi luokittelemme tapaukset, joissa on sekä positiivisia että negatiivisia ilmauksia. Toisin sanoen negatiivinen ilmaus kumooa positiivisen ja päinvastoin.

Koulutuksen joka vaiheessa selvästi yli puolet lääkäriopiskelijoista ilmaisee ajatuksiaan omaiseen kohdistuen. Koulutuksen alussa 67 %, koulutuksen puolessa välissä 73 % ja koulutuksen lopussa 57 % (taulukko 9).

Taulukko 9. Omaiseen suhtautumisen kehitys koulutuksen aikana.

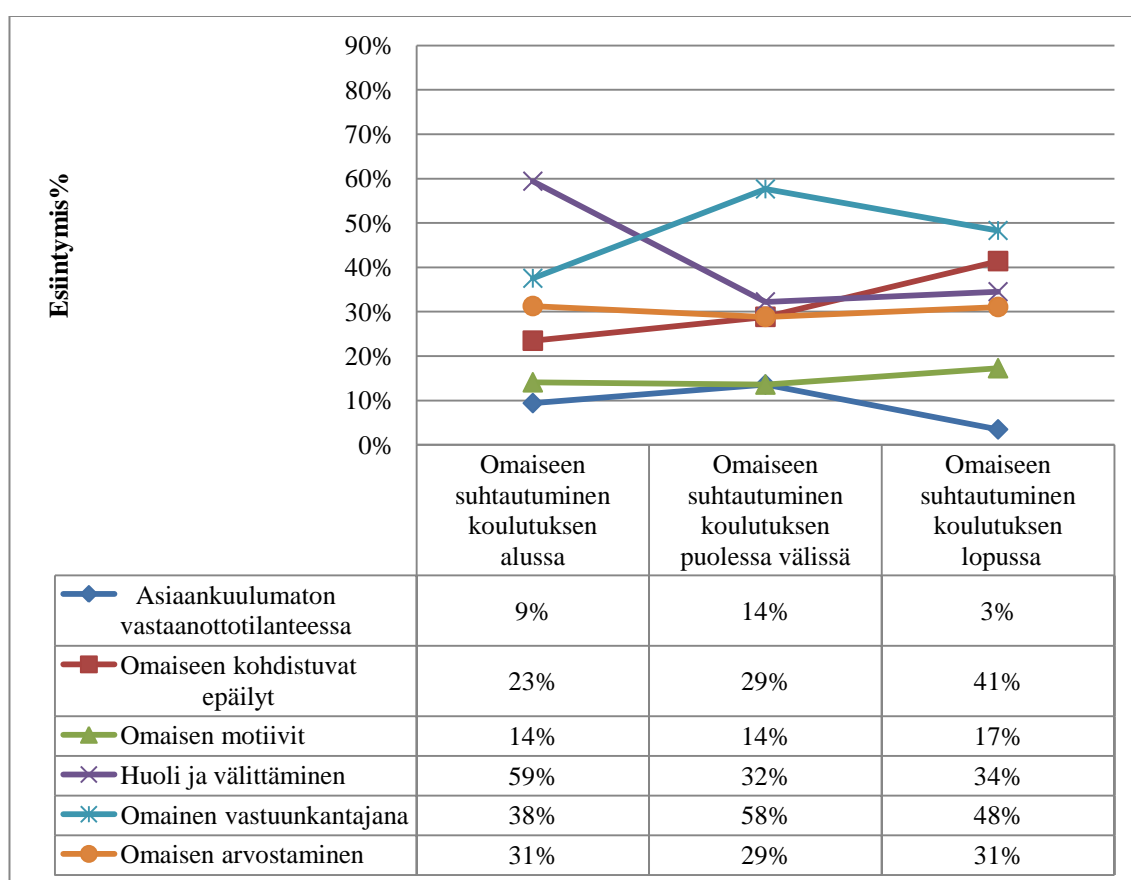


Positiivisesti latautuneita ilmauksia on eniten koulutuksen joka vaiheessa. Koulutuksen alussa suhtautuminen omaiseen on positiivisinta. Koulutuksen lopussa suhtautuminen omaiseen on negatiivisinta. Sama asia voidaan tulkita myös siten, että tuolloin positiivisia ilmauksia on vähiten. Koulutuksen lopussa omaista kohtaan välitetään kunnioitusta kuitenkin yhtä paljon kuin koulutuksen muissakin vaiheissa. Eniten tilaa näihin ilmauksiin on käytetty koulutuksen alussa, mutta monipuolisinta sekä useimpia eriäviä ilmauksia esiintyy koulutuksen puolessa välissä, jolloin suhtautuminen omaiseen on neutraaleinta.

Koko koulutuksen aikana omaisen rooli nähdään voimakkaimmin vastuunkantajana (taulukko 10). Näitä ilmaisuja esiintyy kaiken kaikkiaan koko aineistosta eniten. Ilmauksia, joissa omaista käytetään apuna esitietojen keräämisessä, on hyvin tyypillinen. Omaisella koetaan olevan jotain sellaista tärkeää informaatiota, jota mahdollisesti potilas itse ei osaa tai pysty tuomaan vuorovaikutukseen.

”Tytär saattaa tietää paljon äidin elämästä ja on hyödyllinen tiedonlähde – ” (117/T09)

Taulukko 10. Omaiseen suhtautumisen eri ilmaisutapojen kehitys koulutuksen aikana.



Koulutuksen puolessa välissä ja lopussa omaisen vastuunkantaminen näkyy myös pohdinnoissa, joissa omaiselle annetaan vastuuta myös jatkotoimenpiteiden huolehtimisessa.

”Tämän selittäisin potilaalle ja tyttärelle. – lääkityksen aloittaminen avohoidossa, jos vaikka tytär voisi auttaa.” (076/T12)

”Itse suhtaudun tyttären huoleen ymmärtäväisesti ja pidän myös hänet ajan tasalla potilaan tutkimuksista ja jatkotoimenpiteistä.” (033/T09)

Toiseksi eniten aineistosta löytyy ilmauksia omaisen huoleen liittyen. Koulutuksen alussa käsitellään eniten omaisen kantamaa huolta potilaasta.

”78-vuotiaalla on alkanut ilmaantua ikääntymisen merkkejä, ja tytär on tästä syystäkin huolissaan.” (034/T06)

”Koska tytär on kuitenkin tuonut äitinsä vastaanotolle ja on huolissaan, niin asia pitää ottaa vakavasti ja antaa lähete keskussairaalaan tutkimuksia varten. Mikäli äiti on kuitenkin sitä mieltä, että hän ei ole muistamaton ja vastustaa tutkimuksia, pitäisi löytää kompromissiratkaisu. Sen edellytyksenä on kuitenkin äidin ja tyttären mielipiteiden kuuntelu. Yleensä varmaankin tytär on oikeassa.” (038/T06)

Koulutuksen alussa vastauksista välittyy samalla hyvin kunnioittava ja arvostava sävy omaista kohtaan, johon on voitu käyttää paljonkin annetusta tilasta. Negatiivisista ilmauksista koko aineistossa on eniten omaiseen kohdistuneita epäilyjä.

”jos äiti asuu yksin, miten tytär voi olla tietoinen niin tarkkaan hänen terveydentilastaan?” (127/T06)

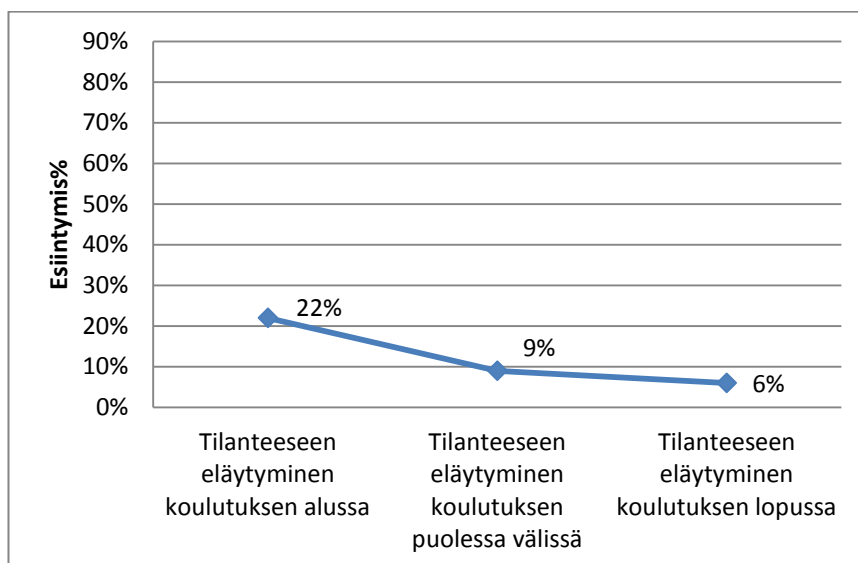
”taustalla voi olla vanhan äidin rahojen himo tms.”(111/T12)

Näitä ilmauksia on koulutuksen joka vaiheessa, mutta omaiseen kohdistuneet epäilyt korostuvat selvästi koulutuksen lopussa. Tuolloin myös omaisen motiiveja epäillään hiukan useammin verrattuna koulutuksen muihin vaiheisiin. Vastaavasti tuolloin omaisen asiaankuulumattomuutta tilanteessa pohditaan vähiten.

6.3.3 Tilanteeseen eläytyminen

Tilanteeseen eläytyminen on jotain sellaista ajattelun ja mielikuvituksen tuotetta, mitä potilastapaus ei kerro. Luokittelemme eläytymiseksi vastaukset, joissa on täsmennetty potilastapauksessa annettua informaatiota oman eläytymisen ja ajattelun keinoin. Lääkäriopiskelija on kaivannut pohdintaan lisää tarkennusta, jonka hän on kuvitellut itse. Tilanteeseen eläytyminen on tietynlaista spekulatiota. Teoreettista ajattelua ja pohdintaa, joka usein ilmenee vähättelevänä ja piittaamattomana tapana suhtautua annettua informaatiota kohtaan.

Taulukko 11. Tilanteeseen eläytymisen kehitys koulutuksen aikana.



Koulutuksen alussa potilastapaukseen eläydytään selkeästi voimakkaimmin (taulukko 11). Usealla lääkäriopiskelijalla tilanteeseen eläytyminen ottaa vastauksen annetusta tilasta paljon. Tilanteeseen eläytyminen on ikään kuin mielikuvituksen tuotetta, joka toimii lääkäriopiskelijan ajattelun sekä pohdinnan tukena. Luonteeltaan tilanteeseen eläytyminen on koulutuksen alussa tunnepitoista, empaattista ja pääasiassa positiivista.

”Vanhus on todennäköisesti asunut yksin puolisonsa kuolemasta lähtien, ja ollut kenties masentunut ja yksinäinen. Virikkeetön elämä on mahdollisesti kasvavassa määrin tehnyt hänestä ”mökkihöperön”, eikä hänellä ole riittänyt halua huolehtia itsestään. Hän on mitä luultavammin alkanut jättää aterioita syömättä ja nukkua iltapäivään saakka. Sekavuus ja huimaus saattavat johtua häiriöistä lääkkeiden syömisestä.” (003/T06)

Lääkäriopiskelija on ilmeisesti tarvinnut lisäinformaatiota potilastapauksen käsittelyyn ja koska sitä ei ole ollut tarjolla, on sitä kuvitettu itse. Koulutuksen alussa on myös käsitelty omakohtaisia kokemuksia vastaavista tilanteista, jotka on nostettu pohdintaan.

”Olen viime aikoina joutunut seuraamaan juuri samanlaista tilannetta – Isoäitini oli tämän potilaan asemassa–” (070/T06)

Vastaavaa omakohtaisiin kokemuksiin liittyvää pohdintaa ei enää esiinny koulutuksen muissa vaiheissa. Omakohtaiset kokemukset vastaavasta tilanteesta ovat johdatelleet pohdintaa. Pääasiassa kaikissa tilanteeseen eläytymistä sävyttäneissä pohdinnoissa, omaa kuviteltua lisäinformaatiota on tavalla tai toisella käytetty rakennusaineena

pohdinnan kokonaisuudessa. Eläytyminen häivyttää potilastapauksessa annettua informaatiota ja sen rinnalla oma tilanteeseen eläytyminen on pohdinnassa vahvemmin esillä.

Koulutuksen puolella välissä (9 %) ja lopussa (6 %) tilanteeseen eläytymistä esiintyy kaiken kaikkiaan hyvin vähän. Sisällöltään tuolloin kaikki tilanteeseen eläytyminen liittyy omaisen motiiveihin. Omaisen motiiveja epäillään ja ratkaisuna tämä motiivi on kuviteltu itse. Toisin sanoen on annettu syy omaisen toimintaan, jota potilastapauksessa ei kuitenkaan ole mainittu. Tämä on tietynlaista spekulatiota, josta välittyy vähättelevä ja piittaamaton vaikutelma.

”Tytär yrittää kenties poistaa murhetta aiheuttavan äidin huolenaiheistaan ja laittaa laitoshoidon.” (105/T09)

Omaisen uskotaan liioittelevan, holhoavan, kokevan syyllisyydentunteita, kärsivän työstressistä, olevan liian kiireinen huolehtimaan potilaasta tai että hänellä on huonoja kokemuksia terveyskeskuksen toiminnasta. Koulutuksen lopussa esiintyneet ilmaukset tilanteeseen eläytymisestä ovat sävyiltään eniten negatiivisesti tai kyynisesti sävyittyneitä.

”Tytär haluaa mahdollisesti äitinsä hoitokotiin ja haluaisi tutkimuksilla Kelan tukea hoitokodissa asumiselle.” (105/T12)

”Ärsyttää, että potilaat/omaiset tulee ilmoittamaan ja vaatimaan asioita, eivätkä anna mahdollisuutta tk-lääkärille antaa muita vaihtoehtoja ratkaisuksiksi.” (012/T12)

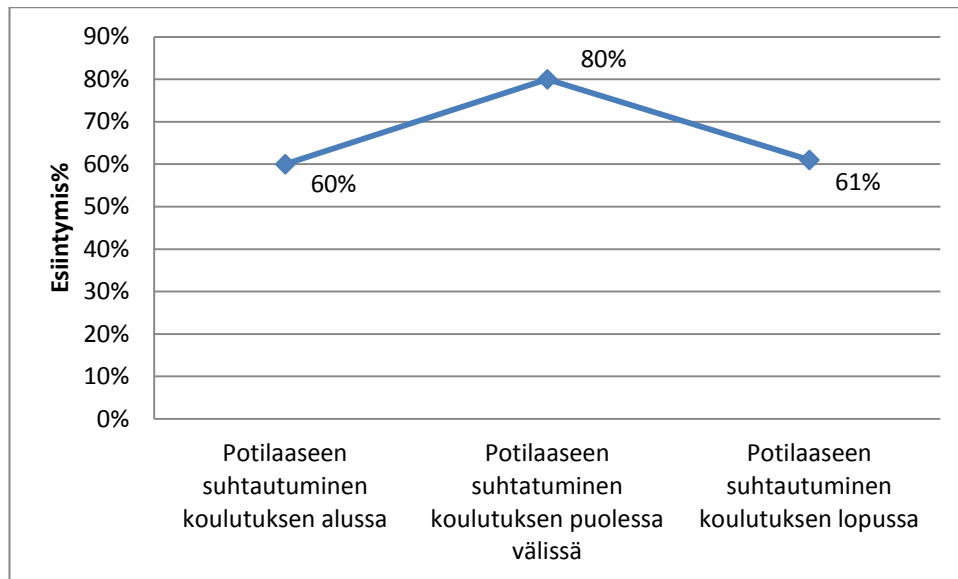
On hyvä huomioida, että tilanteeseen eläytymistä esiintyy koulutuksen puolella välissä ja lopussa aivan yksittäisiä tapauksia, jolloin tilanteeseen eläytymisessä havaitsemme myös yksilöllisiä eroja. Edellisistä lainauksista huomaa, että esiintyneet tapaukset ovat keskittyneet osakseen samoille lääkäriopiskelijoille.

6.3.4 Potilaaseen suhtautuminen

Luonnollisesti potilas on hyvin keskeisessä roolissa tutkimusaineistossamme. Potilaan suhtautumisen alaluokassa tarkastelemme lääkäriopiskelijan ajatuksia sekä pohdintaa kohdistuen potilaaseen. Aineistosta nousee erilaisia näkökulmia sekä tapoja suhtautua

potilaaseen. Koulutuksen joka vaiheessa potilas huomioidaan vastauksissa hyvin (taulukko 12).

Taulukko 12. Potilaaseen kohdistuneita ilmauksia koulutuksen aikana.



Eniten potilaaseen kohdistuneita ilmauksia aineistosta löytyy koulutuksen puolessa välissä (80 %) kun taas koulutuksen alussa ja lopussa potilaaseen suhtautumista on lähes yhtä paljon (60/61 %). Koko koulutuksen aikana esiintynyt suhtautuminen potilasta kohtaan on luonteeltaan positiivista. Yleisin tapa joka vaiheessa on huomioida potilaan oma tahto ja näkemys tilanteeseen. Annetussa potilastapauksessa on omaisen ääni kuuluvammin esillä. Tämän seurauksena yleisemmin esille nousee potilaan itsensä kuulemisen tärkeys, joka ei ilmene vielä potilastapauksessa. Lähes yhtä voimakkaasti joka vaiheessa nousee näkemys, että vastaanottotilanteessa on keskityttävä nimenomaan potilaaseen eikä omaiseen. Potilaan kuulemisen tärkeys nousee koko aineistosta voimakkaimmin esiin koulutuksen joka vaiheessa.

”Mielestäni olisi tärkeää saada tietoon vanhuksen oma mielipide – ” (015/T06)

”Lääkäriin täytyy jutella potilaan kanssa –” (025/T09)

”Haluaisin tietää pot. itsensä kuvauksen tilanteesta” (009/T12)

Koulutuksen alussa potilaaseen suhtautuminen on hienovaraista, jossa näkyy voimakkaana potilaan kunnioitus. Lääkäriopiskelijat pohtivat omaa käyttäytymistään

vastaanottotilanteessa, mielekästä potilaan kohtaamista sekä mahdollisia vuorovaikutuksellisia haasteita.

”On kysyttävä naispotilaan mielipidettä hellävaroin hermostuttamatta tyttäriä (haasteellinen juttu)” (073/T06)

”Myös äidin on myös itse kerrottava oireitaan ja antaa hänellekin suunvuoro” (025/T06)

”Hyvänä lääkärinä minun olisi kyettävä selvittämään todellinen syy tyttären ja äidin vastaanotolle tuloon toimimalla hienovaraisesti kumpaakin kohtaan.” (027/T06)

”Terveysaseman lääkärin tulee kyseisessä tilanteessa olla äärimmäisen ymmärtäväinen ja jaksaa selittää mahdollisia vaihtoehtoja ja hoitoja niin perusteellisesti ja kärsivällisesti että iäkäs naispotilas itsekin ymmärtää tilanteen.” (036/T06)

”On oltava myös tietysti kunnioittava ja potilasläheinen.” (038/T06)

Koulutuksen lopussa potilaaseen suhtautumista on määrällisesti yhtä paljon, mutta laadultaan se on erilaista. Koulutuksen lopussa potilaaseen suhtautumista on pohdittu paljon vähäsanaisemmin. Tuolloin näkökulmat viittaavat jo selvästi omakohtaisempiin kokemuksiin, joita mahdollisesti työharjoitteluiden yhteydessä on jo potilaan kanssa koettu. Koulutuksen lopussa vastauksissa korostuu voimakkaasti pyrkimys päästä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen.

”—mistä varmasti päästään potilaan ja tyttären kanssa yhteisymmärrykseen.” (003/T12)

Kun koulutuksen alussa ja puolessa välissä potilaan oman tahdon ja itsemääräämisoikeuden toteutumista pidetään tärkeänä, osataan koulutuksen lopussa sen toteutumista jo kuvailla konkreettisesti. Koulutuksen alussa ja puolessa välissä potilaalta kysytään, keskustellaan, jutellaan ja selvitetään kun taas koulutuksen lopussa otetaan anamneesia.

”lääkärin tulee osata kysyä tältä tilannetta oikealla tavalla kartoittavia kysymyksiä.” (002/T06)

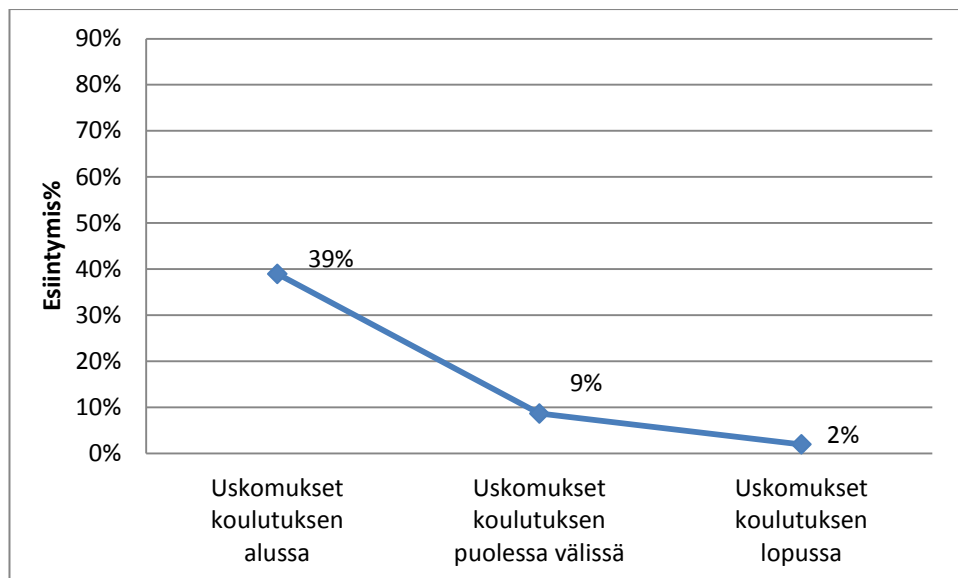
”täytyy tarkentaa anamneesia – ” (108/T12)

6.4 Ongelmanratkaisutaitojen kehitys

6.4.1 Uskomukset

Uskomukset tarkoittavat aineistossa esiintyviä ilmauksia, joilla ilmaistaan ikään ja vanhuuteen liittyviä olettamuksia. Uskomuksiin kuuluvat käsitykset, joiden mukaan on normaalia, että vanhalla potilaalla on kyseisiä oireita.

Taulukko 13. Uskomuksien esiintyminen koulutuksen aikana.



Ikään ja vanhuuteen liittyviä olettamuksia ja uskomuksia esiintyy selkeästi eniten koulutuksen alussa (taulukko 13). Tuolloin yli kolmasosa lääkäriopiskelijoista ilmaisee käsityksiä, joiden mukaan on normaalia, että 78-vuotiaalla potilaalla esiintyy kyseisiä oireita.

”potilas on sen verran iäkäs, että on normaalia että hänellä voi esiintyä mainittuja oireita” (005/T06)

Pääasiassa uskomuksiin liittyvien ilmausten yhteydessä puhutaan normaalista, luonnollisesta vanhuudesta, iän mukanaan tuomista oireista tai ikääntymisestä. Joka tapauksessa ilmaukset ovat hyvin samantyyppisiä. Joissakin vastauksissa pidettiin koko lääketieteen puuttumista tilanteeseen tarpeettomana tai mahdottomana. Koulutuksen alussa sekä puolessa välissä esiintyy muutamia vastauksia, joissa mietitään, onko mitään enää tehtävissä.

”Vanhuutta ei voi paeta lääkkeillä.” (061/T06)

”Voiko näitä vaivoja enää parantaa?”(038/T06)

”mitä tehtävissä/mitä tuon ikäiselle potilaalle tehtäisiin?” (133/T09)

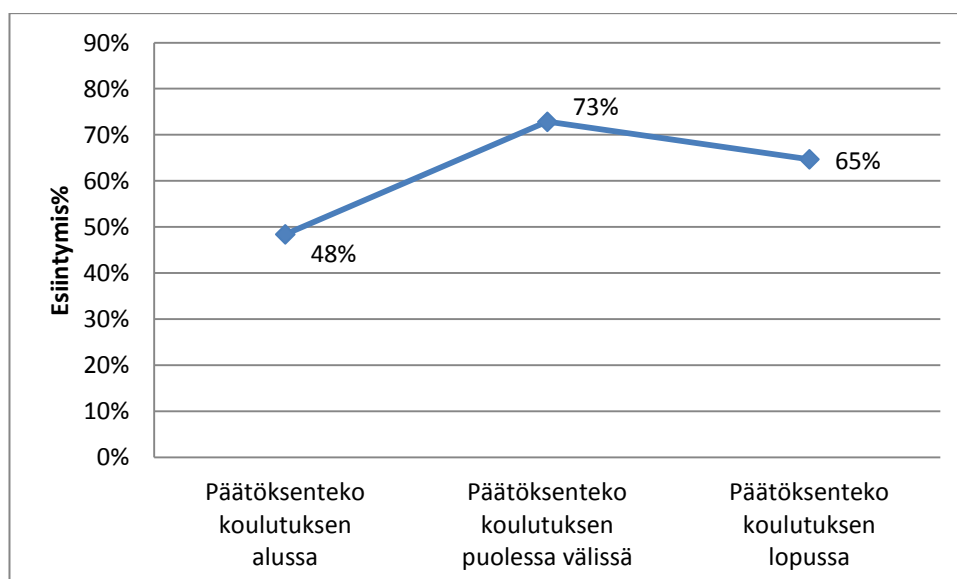
Koulutuksen puolessa välissä uskomuksia esiintyy enää yksittäisiä tapauksia ja koulutuksen lopussa yksi. Sisällöltään myös nämä ilmaukset käsittelevät oireita normaalina vanhuuteen liittyvänä asiana.

6.4.2 Päätöksenteko

Potilastapauksessa omainen toivoo saavansa potilaalle lähetteen keskussairaalaan tutkimuksiin. Päätöksenteossa tarkastelemme lääkäriopiskelijan reagointia lähetteen kirjoittamiseen, joka on siis syy vastaanotolle tuloon. Aineistosta löytyy useita eri tapoja reagoida lähetteen kirjoittamiseen. Lääkäriopiskelija kirjoittaa, ei kirjoita, harkitsee, ei ota kantaa tai on neuvoton lähetteen kirjoittamisessa.

Koulutuksen alussa päätöksenteko nousee esille heikoimmin (taulukko 14). Kaikista vastanneista noin puolet (48 %) ottaa kantaa lähetteen kirjoittamiseen. Eniten lähetteen kirjoittamiseen on reagoitu koulutuksen puolessa välissä (78 %). Myös koulutuksen lopussa lähetteen kirjoittamiseen ottaa kantaa suurin osa lääkäriopiskelijoista (65 %).

Taulukko 14. Päätöksentekemisen esiintyminen koulutuksen aikana.



Koulutuksen alussa on selkeästi eniten päätöksentekoon vastanneita, jotka antaisivat suoraan lähetteen eteenpäin. Koulutuksen alussa lyhyt kirjallinen potilastapaus riittää 22 lääkäriopiskelijalle kriteeriksi lähetteen kirjoittamiselle. Pelkän annetun potilastapauksen eli kirjoitetun informaation perusteella selkeitä myönteisiä kannanottoja lähetteen kirjoittamiseen koulutuksen puolella välissä oli viisi. Vastaavasti koulutuksen lopussa yksikään lääkäriopiskelija ei enää olisi kirjoittanut lähetettä eteenpäin välittömästi.

”Koska tytär kuitenkin on tuonut äitinsä vastaanotolle ja on huolissaan, niin asia pitää ottaa vakavasti ja antaa lähete keskussairaalaan tutkimuksia varten.” (038/T06)

” – lähete tutkimuksiin on varmasti perusteltu.” (039/T06)

”Kyseessä saattaa olla vakavakin sairaus, joten lähete on asiallinen.” (043/T06)

”Kai sille vois jotain statusta ja anamneesia tehdä. Lähetetään vaan eteenpäin niin kaikki on tyytyväisiä. – Parempi lähettää kuin katua.” (038/T09)

”Kirjoita lähete, paina enter.” (057/T09)

Verrattuna koulutuksen loppuun, koulutuksen alussa ja puolella välissä päätöksentekoa ei perustella yhtä hyvin, jos laisinkaan. Koulutuksen lopussa lähes kaikista vastauksista löytyy sama johdonmukaisuus, jonka mukaan lääkäriopiskelijat toimisivat kyseisessä vastaanottotilanteessa. Vastaukset koulutuksen lopussa ovat eniten yhdenmukaiset, jotka noudattavat samaa kaavaa; ensin potilaan haastattelu, tutkiminen ym. mahdollinen kokonaistilanteen kartoitus, terveyskeskuksen toimenpiteet, jonka jälkeen mietitään lähetteen kirjoittamista, jos edelleen tarvetta.

”Tilanteen luonne selvinnee varsin nopeasti vastaanoton kuluessa. Potilaan haastattelun, tutkimisen ja lääkityksen tarkistamisen lisäksi kyseeseen tulevat lähinnä muistitutkimukset perusterveydenhuollossa. Ensimmäisellä käynnillä lähete keskussairaalaan ei luultavammin ole ajankohtainen, mistä varmasti päästään potilaan ja tyttären kanssa yhteisymmärrykseen.” (003/T12)

”Jos jotain hälyttävää jää statuksessa, Anamneesissa tai labroissa kiinni, niin sitten ESH lähete – onko sitten päivystys vai kiirettömämpi lähete? -> mahd. puhelinkonsultaatio? Lähtökohtaisesti en kenenkään

pyynnöstä tee lähetettä mihinkään, jos en sitä katso tarpeelliseksi. ” (022/T12)

Koko aineistossa selkeästi yleisin tapa reagoida lähetteen kirjoittamiseen on harkitseva pohdinta. Suurin osa opiskelijoista kaippaa lisäinformaatiota ennen päätöksentekoa.

”Ensin keskustelisin sekä äidin että tyttären kanssa siitä, millaisia oireet tarkemmin ovat, millaisissa tilanteissa ne tulevat, häiritsevätkö arkipäivää jne. Tekisin myös perustason muistikartoituksen, neurologisia testejä ym. Jos näiden perusteella on syytä epäillä aivoperäistä sairautta, toki lähettäisin äidin sairaalaan tutkimuksiin.” (111/T09)

”Tutkimukset voisi aloittaa tk:ssa, mutta lähete jos poikkeavaa löytyy.” (143/T09)

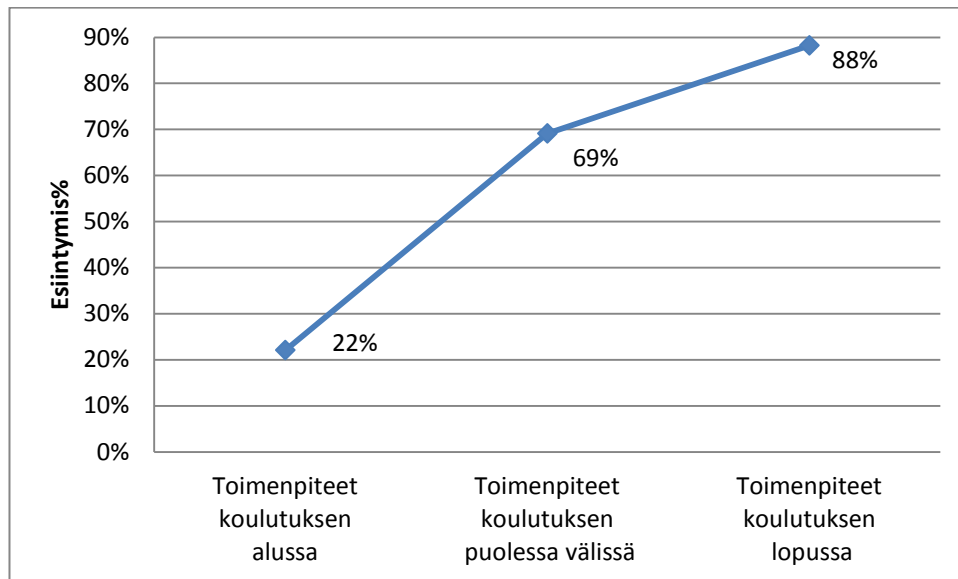
Vastaavaa harkitsevaa pohdintaa on vajaa puolet vastauksista koulutuksen alussa, koulutuksen puolessa välissä seitsemän vastausta lukuun ottamatta kaikki ja koulutuksen lopussa kaikissa vastauksissa pohdinta lähetteen kirjoittamiseen on harkitsevaa. Selkeitä kielteisiä kannanottoja lähetteen kirjoittamiseen on koulutuksen alussa ja puolessa välissä muutama. Suoranaista neuvottomuutta lähetteen kirjoittamiseen viitaten ei löytynyt vastausten yhteydessä.

6.4.3 Toimenpiteet

Toimenpiteet tarkoittavat tässä tutkimuksessa lääkäriopiskelijan esille nostamia välittömiä toimia. Tähän yhteyteen rajautuvat maininnat, joissa käsitellään vastaanotolla tehtäviä toimenpiteitä tässä ja nyt tai ylipäätään terveyskeskuksessa tehtäviä toimenpiteitä.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat mainitsevat mahdollisia toimenpiteitä määrällisesti vähiten (taulukko 15). Koulutuksen puolessa välissä mainintoja on toiseksi eniten ja koulutuksen lopussa eniten.

Taulukko 15. Toimenpiteiden esiintyminen koulutuksen aikana.



Koulutuksen alussa mahdollisiin toimenpiteisiin suhtaudutaan suurpiirteisesti. Ymmärretään, että jotain pitäisi tehdä, muttei mainita mitä ja miten. Vastauksissa ei määritellä esimerkiksi tarkemmin, miten tutkitaan ja missä.

”asiaa pitää tutkia” (063/T06)

”Tietenkin potilas on tutkittava -” (025/T06)

Ilmaisujen passiivimuodosta johtuen vastauksista ei myöskään ilmene, kenen tutkimuksia tulisi suorittaa. Koulutuksen alussa käytetään vähän lääketieteellisiä termejä, joiden käyttö lisääntyy koulutuksen kuluessa. Koulutuksen lopussa luetellaan pitkiä luetteloja mahdollisista toimenpiteistä.

”- ensin CERAD ja jos senkin myötä herää epäily muistisairaudesta, niin sen jälkeen MRI/TT ja sitten vasta neurolle /geriatrialle.” (029/T12)

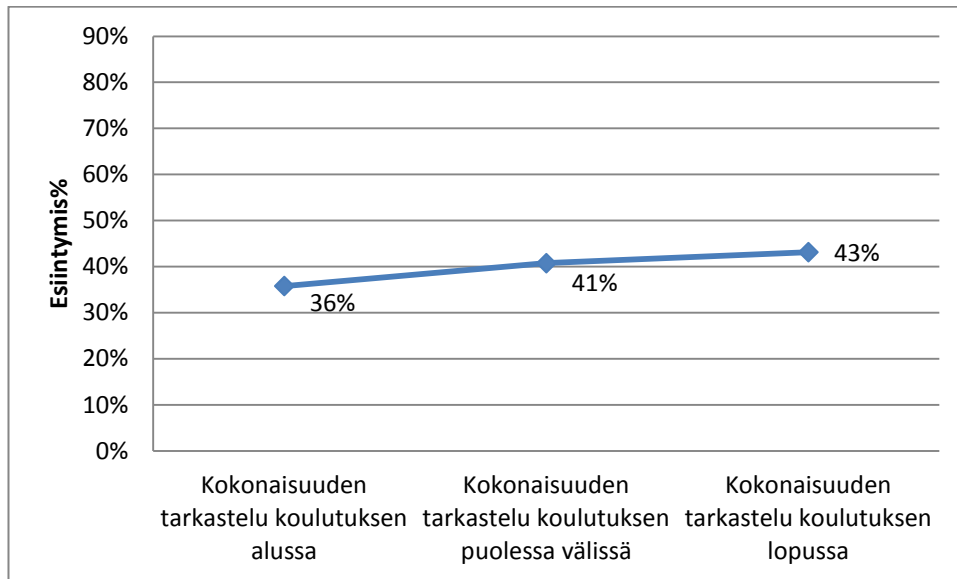
”Labroja: PVK, CRP, Na, K, - EKG, TSH yms ” (022/T12)

Koulutuksen lopussa vastauksissa korostuu voimakkaasti se, että pääasiassa toimenpiteitä tehdään ensisijaisesti terveyskeskuksessa. Pitkien listauksien yhteydessä lääkäriopiskelijat mainitsevat usein koulutuksen lopussa, että paljon voidaan tutkia ja tehdä jo terveyskeskuksessa.

6.4.4 Kokonaisuuden tarkastelu

Kokonaisuuden tarkastelulla tarkoitamme lääkäriopiskelijan tapaa käsitellä potilastapausta kokonaisvaltaisemmin. Aineistosta nousee potilaaseen liittyviin virikkeisiin, asumisjärjestelyihin, sosiaalisiin suhteisiin sekä lääkitykseen liittyviä pohdintoja.

Taulukko 16. Kokonaisuuden tarkastelun esiintyminen koulutuksen aikana.



Kokonaisuuden tarkastelu koulutuksen joka vaiheessa määrällisesti on hyvin tasaista (taulukko 16). Koulutuksen alussa 40 %, koulutuksen puolella välissä 41 % ja koulutuksen lopussa 43 %. Kokonaisuuden laadullinen tarkastelu oli myös melko yhdenmukaista koulutuksen eri vaiheissa. Selkeästi eniten koko aineistossa on pohdittu potilaan asumisjärjestelyjä.

”Yritettävä selvittää pärjääkö vanhus yksin, tarvitseeko apua? Millaista ja kuinka usein? Mistä apu saatavilla?” (006/T06)

Asumisjärjestelyiden lisäksi myös muita näkökulmia tuodaan kokonaisuuden tarkasteluun. Potilaan lääkitystä ja siitä mahdollisesti aiheutuvia sivuvaikutuksia pohtii muutama lääkäriopiskelija koulutuksen joka vaiheessa.

”Lääkelista olisi hyvä tarkistaa, koska kyseiset oireet voivat olla lääkkeiden haittavaikutuksia.” (147/T09)

Kaiken kaikkiaan koko aineistossa lääkityksen esille nostaa kuitenkin vain 15 lääkäriopiskelijaa. Lähes yhtä monta kertaa esille nostetaan potilaan sosiaaliset suhteet, joiden yhteydessä pohditaan tukiverkostoja ja potilaan mahdollista yksinäisyyttä. Virikkeet potilaan elinympäristössä mainitaan muutaman kerran.

”Potilas todennäköisesti kärsii seuran ja virikkeiden puuttumisesta. Niitä lisää ja vaiva saattaa parantua.” (079/T09)

Kaikissa potilaan virikkeisiin liittyvissä maininnoissa esille nostetaan niiden puutteellisuus. Koulutuksen lopussa kokonaisuuden tarkastelun näkökulma hieman eroaa koulutuksen muista vaiheista, vaikkakin määrällisesti ja laadullisesti vastaukset ovat hyvin samankaltaisia koulutuksen joka vaiheessa. Koulutuksen lopussa paikka paikoin vastauksissa on monipuolisemmin pohdintaa, jossa tilanteen tarkastelun eri näkökulmia on nostettu esiin.

”miten pot. pärjännyt käytännön askareissa ->kyselyt (lomakkeet) pot:lle ja omaiselle” (009/T12)

”Tulee selvittää, miten potilas pärjää kotona. Aiheelliseksi voi tulla kotiapujen järjestely tai mahdollisesti pysyvä laitoshoitopaikka (palvelutalo tms), jos pt ei pärjää kotona kotonapärjäämistä tulee arvioida potilaan, omaisen ja ulkopuolisen (sosiaalityöntekijä tms) näkökulmasta.” (055/T12)

”Psykososiaalisen tilanteen kartoitus tärkeämpää kuin keski-ikäisiä hoidettaessa (kotiavut, puoliso, läheiset, yksinäisyys jne.)” (101/T12)

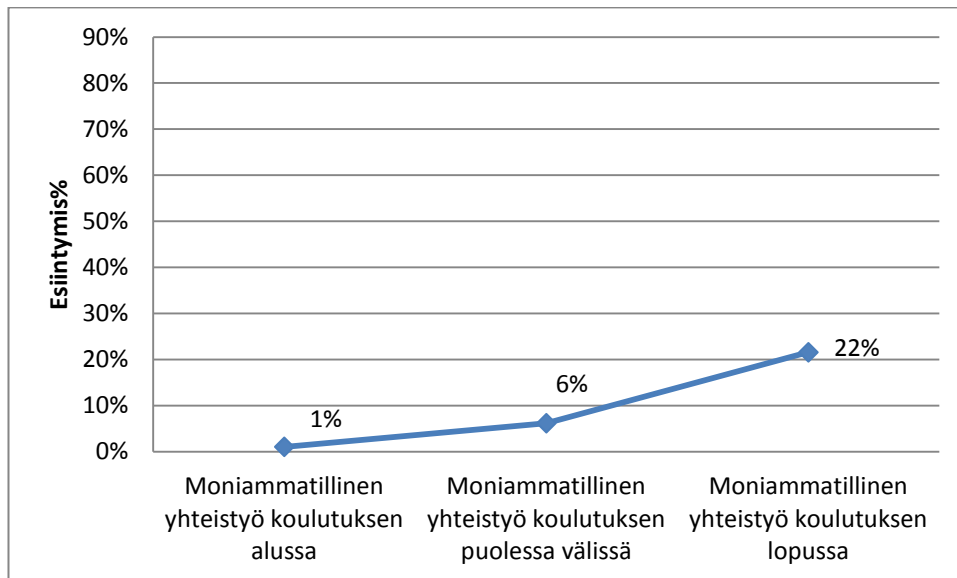
Koulutuksen lopussa pohditaan käytännön esimerkkien avulla eri vaihtoehtoja potilaan kokonaistilanteen edistämiseksi. Kyseisen potilaan konteksti sekä lisäinformaation selvityskanavia nostetaan pohdintaan. Näin ollen koulutuksen lopussa kokonaisuuden tarkastelu eroaa koulutuksen muista vaiheista yksityiskohtaisen syvällisenä tulkintana.

6.4.5 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatilliseksi yhteistyöksi määrittelemme tutkimuksessamme aineistossa esiintyvät viittaukset, joissa mainitaan jokin ammattitaho, jonka puoleen voisi kääntyä potilastapauksen käsittelyssä.

Moniammatillisen yhteistyön tarkastelu painottuu selvästi koulutuksen loppuun, jolloin sitä on pohdittu eniten (taulukko 17). Koulutuksen alussa ja koulutuksen puolessa välissä moniammatillisen yhteistyön huomioiminen on lähes nimellistä.

Taulukko 17. Moniammatillisen yhteistyön esiintyminen koulutuksen aikana.



Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa muun terveystyö- ja sosiaalityön ammattilaisten kanssa tehtävää yhteistyötä.

”geriatrin/neurologin konsultaatio” (070/T12)

”pitää ottaa huomioon äidin ja äitiä hoitaneiden henkilöiden kanta asiaan.” (063/T06)

”sosiaalihoitajan konsultaatio” (117/T09)

Koko aineistossa terveystyö- ja sosiaalityön ammattilaisista mahdollisiksi yhteistyökumppaneiksi lääkäriopiskelijat mainitsevat muistihoidajan, geriatrin, neurologin, sosiaalihoitajan tai sosiaalityöntekijän. Kotisairaanhoidon nousee yhdeksi yhteistyötahoksi. Myös nimeltä mainitsematon potilasta hoitanut henkilö tai hoitohenkilökunta mainitaan aineistossa.

6.5 Yhteenveto

6.5.1 Lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevä malli potilaan kohtaamisesta

Thomas Gordon on luonut vuorovaikutusmallin, jota käytämme mukailien (Gordon 1974, 2003, 2006). Vuorovaikutusmalli toteutuu tutkimuksessa lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevänä mallina potilaan kohtaamisessa (taulukko 18). Käsittelemme potilaan kohtaamista kolmessa eri vaiheessa.

Lääketieteessä painotetaan, että potilaan kohtaaminen on kokonaisvaltainen tapahtuma, jossa kaikki päätökset tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Tässä tutkimuksessa huomiomme kiinnittyy lääkäriopiskelijan tarkasteluun, sekä hänen ammatillisuutensa hyödyntämiseen tilanteessa. Nostamme esille kokonaisvaltaisesta yhteistyöstä lääkäriopiskelijan osuuden ja keskitymme tarkastelemaan hänen ammatillisen kasvun kehittymistä. Käytännössä lääkäriopiskelija ei ole missään vaiheessa riippumaton potilaan läsnäolosta eikä jää yksin pohtimaan ongelmanratkaisua ilman vuorovaikutusta. Esittelemässämme lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevässä mallissa olemme kuitenkin eritelleet yhteistyön ja lääkäriopiskelijan itsenäisen työskentelyn alueen. Käytännössä potilaan kohtaamisessa nämä alueet limittyvät ja siksi ovat vaikeasti eroteltavissa toisistaan. Tässä tutkimuksessa olemme vetäneet kyseisen rajan aineiston luonteen vuoksi. Tilanne olisi toinen, mikäli olisimme olleet havainnoimassa konkreettista potilaan kohtaamista lääkärin vastaanotolla. Tässä tutkimuksessa tämä raja on kuitenkin mahdollista vetää.

Alussa potilaalla on ongelma, ratkaistava asia, jota hän ei pysty yksin ratkaisemaan. Tämä ongelma on lääkäriopiskelijoille annettu potilastapaus. Prosessin toinen vaihe on yhteistyön alue, joka koettelee kaikkien osallisten vuorovaikutustaitoja. Tällä alueella yhteistyöhön osallistuu potilas, omainen sekä lääkäriopiskelija. Tähän yhteistyöalueeseen ryhmittelimme seuraavat alaluokat: empatian, omaiseen suhtautumisen, eläytymisen ja potilaaseen suhtautumisen. Tämä on vuorovaikutuksen alue, jossa tarkastelumme kohteena ovat lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaidot.

Prosessin kolmannessa vaiheessa ongelma ja ratkaistava asia siirtyvät lääkärille. Tähän ongelmanratkaisualueeseen ryhmittelimme: uskomukset, päätöksenteko, toimenpiteet,

kokonaisuuden tarkastelun sekä moniammatillisen yhteistyön. Tämä on lääkärin ongelma-alue, jossa korostuvat lääkäriopiskelijan ongelmanratkaisutaidot.

Taulukko 18. Lääkäriopiskelijan vaiheittain etenevä malli potilaan kohtaamisessa.

Vaiheet	Taidot	Taitoihin liittyvät alaluokat	Tarkasteltava kehitys
1. Potilaalla on ongelma/ratkaistava asia	Sama	annettu	potilastapaus
2. Yhteistyön alue	Vuorovaikutus-taidot	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Omaiseen suhtautuminen • Eläytyminen • Potilaaseen suhtautuminen 	Vuorovaikutus-taitojen kehitys
3. Lääkäri-opiskelijalla on ongelma/ratkaistava asia	Ongelmanratkaisutaidot	<ul style="list-style-type: none"> • Uskomukset • Päätöksenteko • Toimenpiteet • Kokonaisuuden tarkastelu • Moniammatillinen yhteistyö 	Ongelmanratkaisutaitojen kehitys

6.5.2 Vuorovaikutustaitojen kehitys: keskeiset tulokset

Lääkäriopiskelijat huomioivat koulutuksensa joka vaiheessa potilaan ja omaisen. Potilas ja omainen huomioidaan joka vuoden vastauksissa, mutta tapa suhtautua tähän yhteistyöhön on laadultaan erilaista, koska kehityksen myötä vuorovaikutustaidot ovat ammatillistuneet. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijoiden ilmauksissa esiintyy voimakkaasti tilanteeseen eläytymistä, jotain sellaista, mitä potilastapauksessa ei ole sanottu. Heidän empaattisuus välittyi runsain sanoin. Koulutuksen alussa

lääkäriopiskelijat viivyttävät yhteistyön kentällä ja yhteistyölle annetaan tuolloin eniten aikaa.

Koulutuksen alkupuolella potilaalta tai omaiselta ylipäätään kysytään, kun taas koulutuksen loppua kohden tarkentuu jatkuvasti se, mitä kysytään. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat käyttävät usein sanaa mielipide. He kysyvät potilaalta tai omaiselta mielipidettä ja kertovat oman mielipiteensä asiasta. Yhteistyökumppaneiden kanssa myös jutellaan, keskustellaan, neuvotellaan ja selvitellään. Lääkäriopiskelijat suhtautuvat potilaaseen ja omaiseen hienotunteisesti.

Useiden tutkimusten valossa voi tarkastella ja todeta, että lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on yhteyttä hoitotuloksiin. Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoidon onnistumiselle. Lääkehoidon toteutuminen vaatii lääkäriltä potilaan motivoimista. Lääkäri saa vain keskustelun avulla potilaalta tärkeää informaatiota, jonka avulla hän voi ratkaista ongelmaa. Vuorovaikutus on osa hoitoa. (Steward 1995; Roter, Hall, Kern, Barker, Cole & Roca 1995; Steward, Brown, Boon, Galajda, Meredith & Sangster 1999; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, Frankel 1997, Ruusuvuori 2000.) Lääkäriopiskelijan on kerättävä yhteistyön kentällä kaikki mahdollinen tarjolla oleva informaatio ja fakta vuorovaikutuksen avulla yhteistyön muilta jäseniltä, potilaalta ja hänen omaiseltaan, pystyäkseen ratkaisemaan ongelman.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat eivät kiinnitä huomiota yhteistyön jatkoon. Lääkäriopiskelijat kokevat yhteistyön voimakkaammin yksittäisenä vastaanottotilanteena, kohtaamisena. Koulutuksen edetessä pidemmälle lääkäriopiskelijat huolehtivat yhteistyön jatkuvuudesta. He ajattelevat yhteistyötä pidempänä ajanjaksona. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat kiinnittävät enemmän huomiota paitsi yhteistyön jatkuvuuteen myös tarkkuuteen, jota vastaavasti koulutuksen alussa ei esiinny. Lääkäriopiskelijat haluavat että sekä omaisen että potilas ovat tietoisia siitä, miten vastaanottotilanteeseen jälkeen tullaan toimimaan ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Lääkäriopiskelijat kokevat omaisen roolin koulutuksen lopussa vastuunkantajana ja he kokevat omaisen keskeisenä osallistujana vuorovaikutustilanteessa. Tätä selittää se, että koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat kokevat omaisen vähiten asiaankuulumattomaksi. Tuolloin lääkäriopiskelijat osaavat käyttää omaista eniten esitietojen keräämisessä, ohjeistuksessa ja jatkoista huolehtimisessa.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat keskittyvät enemmän potilaaseen eivätkä niinkään sairauden hoitamiseen eli ongelman ratkaisuuun. Potilaan toiveista ja mielipiteistä ollaan enemmän kiinnostuneita. Näitä toiveita kuunnellaan tuolloin enemmän ja niiden annetaan näkyvämmiin vaikuttaa päätöksentekoon suoranaisesti. Tuolloin toimitaan jopa täysin kuten yhteistyökumppanit haluavat. Apua päätöksentekoon halutaan ja tarvitaan, koska mahdollisesti koetaan, ettei oma ammatillisuus yksin riitä ratkaisemaan ongelmaa. Koulutuksen alussa yhteistyön kentällä tapahtuu enemmänkin kolmen maallikon kohtaaminen. Se on verrattavissa normaaliin vuorovaikutustilanteeseen arkipäivässä, jonka osallistujat ovat tasavertaisia, ja jossa ei toteudu professionaalinen viestintäsuhde.

Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat mainitsevat olleensa jo vastaavissa tilanteissa työelämässä. Kokemuksesta he tiedostavat vuorovaikutuksen haasteita yhteistyön kentällä, joita kyseiseenkin vastaanottotilanteeseen on mahdollista liittyä. Esimerkiksi ajankäytön realiteetit ovat hahmottuneet. Lääkäriopiskelijat tietävät johdonmukaisemmin mitä kaikkea kyseisellä vastaanotolla on mahdollista tehdä.

Empaattisuus vähenee koulutuksen myötä. Muiden tutkimusten yhteydessä on myös todettu että koulutuksen myötä lääkäriopiskelijat kyynistyvät. (Töyry, Nykänen, Manninen, Räsänen, Kujala, Husman 2002; Hojat, Vergare, Maxwell, Brainard, Herrine, Isenberg, Veloski & Gonnella 2009; Levy 2011.) Nuorten lääkärien ammatti-identiteettiä tutkittaessa todettiin että kyynistymisessä oli sukupuolisia eroja. Noin kaksi kolmasosaa nuorista mieslääkäreistä ja joka toinen nuorista naislääkäreistä oli kyynistyneitä. (Töyry ym. 2002, 5073.) Huomionarvoista tutkimustuloksessamme on se, että koulutuksen lopussa empaattisuutta välitetään ainoastaan omaista kohtaan, muttei potilasta. Lääkäriyön ydintapahtuma on kuitenkin potilaan kohtaaminen. Näinollen lääkäriopiskelijalta odottaisi myötäelämistä ja kykyä asettua nimenomaan potilaan asemaan.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijan oma rooli potilaan kohtaamisessa on epäselvempi. Lääkäriopiskelijat suhtautuvat omaan rooliin ulkokohtaisesti. He puhuvat lääkäristä kolmannessa persoonassa, mitä lääkärin tulisi tehdä tai miten hänen tulisi toimia. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat puhuvat selvästi yksikön ensimmäisessä muodossa, mitä minä tekisin ja miten toimisin.

Ammatillisella identiteetillä tarkoitetaan yksilön käsitystä itsestään ammatillisena toimijana. A) Sitä, millaisena yksilö ymmärtää itsensä suhteessa työhönsä ja ammatillisuuteensa sekä millaiseksi hän työssään ja ammatissaan haluaa tulla. B) Käsityksiä siitä, mihin yksilö kokee kuuluvansa ja samaistuvansa sekä mitä hän pitää tärkeänä sekä mihin hän työssään ja ammatissaan sitoutuu. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 26.)

6.5.3 *Ongelmanratkaisutaitojen kehitys: keskeiset tulokset*

Potilastapauksessa omainen toivoo saavansa potilaalle lähetteen keskussairaalaan tutkimuksiin. Tässä tapauksessa yksi sen keskeinen tehtävä on ongelmanratkaisu. Keskeistä koko kysymyksenasettelussa, potilastapauksessa on se, yrittääkö lääkäriopiskelija ratkaista tätä ongelmaa. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelija ottaa ongelmanratkaisun selkeämmin vastuulleen. Hän ei kuvaile enää yhtä runsaasti mitä yhteistyön kentällä tapahtuu, vaan siirtyy nopeasti ratkaisemaan ongelmaa. Luonnollisesti koulutuksen alussa lääkäriopiskelijan tiedot ja taidot eivät riitä ratkaisemaan ongelmaa yhtä tehokkaasti verrattuna koulutuksen loppuun, joka nousee aineistosta voimakkaasti esille.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat käyttävät sanoja haluaisin, pyrkisin, tahtoisin – kun vastaavasti koulutuksen lopussa teen, tutkin, lähetän ja konsultoin. Kun koulutuksen puolessa välissä todetaan, että ”konsultoin”, osataan koulutuksen lopussa jo tarkemmin mainita ketä asiantuntijaa moniammatillisen yhteistyön merkeissä lähestytään. Tästä huolimatta moniammatillista yhteistyötä esiintyy koko koulutuksen aikana vähän. Luonnollisesti lääkäriopiskelijan tulevaan ammattiin liittyvät asiantuntijan tiedot ja taidot karttuvat vuosien varrella. Ammatillisen identiteetin rakentaminen on koko työuran mittainen tehtävä, joka alkaa koulutuksesta. Oman osaamisen uudelleenmäärittely on haaste, joka koskettaa jokaista lääkäriopiskelijaa. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 27).

Koulutuksen alussa toimenpiteisiin suhtaudutaan suurpiirteisesti, jolloin käytetään vähän lääketieteellisiä termejä. Tuolloin mainitaan, että asiaa pitää tutkia, mutta vastauksissa ei määritellä tarkemmin, miten tutkitaan ja missä – terveyskeskuksessa vai keskussairaalassa. Koulutuksen alkupuolella käsitellään myös ongelmanratkaisun mahdottomuutta, jolloin ylipäätään mietitään, onko mitään enää tehtävissä. Omaan

ammattillisuuteen ei luoteta yhtä vahvasti, jolloin tyypillisemmin siirretään ongelma eteenpäin. Tuolloin ongelmanratkaisusta puuttuu tietty kyseenalaistaminen. Lääkäriopiskelijat pitävät itsestäänselvyytenä, että potilastapauksessa annettu informaatio on totta ja toimivat helposti sen edellyttämällä tavalla.

Koulutuksen lopussa ammatillisuus näkyy vastauksissa voimakkaasti. Lääkäriopiskelijat ryhtyvät ratkaisemaan ongelmaa, luettelevat pitkiä listauksia toimenpiteistä, joita tekisivät. Näin ollen välittyy selkeä tutkimusstrategia. Yhdistävä tekijä tuolloin on myös se, että ensin tutkitaan tässä ja nyt eli terveystieteissä ennen kuin lähetetään eteenpäin. Lääkäriopiskelijat luottavat omiin kykyihinsä hoitaa potilasta ja ratkaista hänen ongelmaansa. Määrätietoisuus lähetteen kirjoittamisessa lisääntyy koulutuksen loppua kohden. Lääkäriopiskelijat välittävät myös ammattiyhteisönsä toteamalla etteivät he toimi pelkästään kenenkään pyynnöstä tai pelkästä halusta, vaan peilaavat päätöksentekoaan myös omaan ammatillisuuteensa.

6.5.4 Yhteenveto tuloksista

Vuorovaikutustaitojen opetusta on pyritty lisäämään lääkärikoulutuksessa koko ajan. Pääosin niitä opetetaan kolmannella lukuvuodella, kun opiskelijat siirtyvät kliiniseen vaiheeseen. Vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja löytyy lääkärikoulutuksesta neljän eri kurssin yhteydestä. Tämän lisäksi vuorovaikutustaitoja tukeviksi opinnoiksi luokittelemme kieli- ja viestintäopinnot, juonneopetuksen, opettajatuutoroinnin sekä työharjoittelut. Yhteensä vuorovaikutustaitoja tukevia opintoja on 51 opintopistettä, joka käsittää lääkärikoulutuksesta seitsemäsosan. Vuorovaikutustaitoja harjoitellaan näyttelijöiden, opettajien ja toisten opiskelijoiden kanssa, videoimalla toimintaa vuorovaikutustilanteissa. Opettajatuutorointi edistää opiskelijan ammatti-identiteetin hahmottumista sekä asiantuntijuuteen kasvamista. Se kestää läpi opintojen ja sitä pidetään tärkeänä tukena lääkäriopiskelijoiden ammatilliselle ja henkilökohtaiselle kehitykselle.

Esitämme (taulukko 19) tiivistetysti keskeisiä tutkimustuloksia. Osoittaaksemme kehitystä kuuden vuoden sisällä, esitämme taulukossa vain kehityksen ääripäät, koulutuksen alussa ja lopussa.

Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijoiden ilmaukset sisältävät paljon empatiaa, tilanteeseen eläytymistä ja uskomuksia. Lääkäriopiskelijat kokevat omaisen roolin vastuunkantajana. Suhtautuminen potilaaseen ja omaiseen on koulutuksen alussa hienovaraista. Lääkäriopiskelijat viivyttävät yhteistyön kentällä. Tuolloin lääkäriopiskelijat ovat kiinnostuneita enemmän itse potilaasta eivätkä niinkään sairauden hoitamisesta eli ongelman ratkaisusta. Omaan ammatillisuuteen ei luoteta ja oma rooli koetaan epävarmana.

Koulutuksen puolessa välissä niin potilaaseen kuin omaiseen liittyviä ilmauksia esitetään eniten. Suhtautumistapa molempiin on positiivinen, mutta potilaan omaiseen ilmaistaan negatiivisia ilmauksia enemmän kuin koulutuksen alussa. Potilas ja omainen huomioidaan joka vuoden vastauksissa, mutta tapa suhtautua tähän yhteistyöhön on laadultaan erilaista, koska kehityksen myötä vuorovaikutustaidot ovat ammatillistuneet. Tätä muutosta taulukossa kuvataan värillä. Koulutuksen puolessa välissä omaisen rooli nähdään vastuunkantajana ja päätöksentekoon paneudutaan määrällisesti eniten.

Koulutuksen lopussa potilas huomioidaan vastaanottotilanteessa yhtä hyvin kuin koulutuksen alussa, mutta suhtautuminen on laadultaan erilaista. Koulutuksen myötä lääkäriopiskelijat eivät suhtaudu potilaaseen enää yhtä hienovaraisesti, mutta pyrkivät voimakkaasti pääsemään yhteisymmärrykseen potilaan kanssa. Lääkäriopiskelijat kyseenalaistavat tuolloin yhteistyön kentällä saamaansa informaatiota ja välittävät ammattiyllpeyttä. Koulutuksen lopussa omainen koetaan keskeisenä osallistujana vuorovaikutustilanteessa. Tuolloin omaista hyödynnetään eniten esitietojen keräämisessä, ohjeistuksessa ja jatkoista huolehtimisessa. Omaisen rooli nähdään edelleen vastuunkantajana, mutta lähes yhtä voimakkaasti tuolloin epäillä omaisen motiiveja. Suhtautuminen omaiseen on negatiivisinta koulutuksen lopussa. Empatiaa, tilanteeseen eläytymistä ja uskomuksia sisältäviä ilmauksia löytyy vähiten koulutuksen lopussa. Vastaavasti päätöksenteko, toimenpiteet, kokonaisuuden tarkastelu ja moniammatillinen yhteistyö ovat vastauksissa vahvasti esillä verrattuna koulutuksen edeltäviin vaiheisiin.

Taulukko 19. Yhteenvedo tuloksista.

	Koulutuksen alussa	Koulutuksen puolella välissä	Koulutuksen lopussa
1. Potilaalla on ongelma/ratkaistava asia			
2. Yhteistyön alue	<ul style="list-style-type: none"> • omainen huolenkantaja • paljon empatiaa, tilanteeseen eläytymistä ja uskomuksia • potilaaseen suhtautuminen positiivisinta • yhteistyö kentällä viivytellään • suhtautuminen yhteistyökumppaneihin hienotunteisinta 		<ul style="list-style-type: none"> • omainen vastuunkantaja • pyrkimys yhteisymmärrykseen • omaiseen suhtautuminen negatiivisinta • vähemmän empatiaa • omaista pidetään tärkeänä esitietojen keräämisessä, ohjeistuksessa ja jatkoista huolehtimisessa
3. Lääkäriopiskelijalla on ongelma/ratkaistava asia	<ul style="list-style-type: none"> • vähiten lääketieteellisiä termejä • ongelma siirretään eteenpäin • ei kyseenalaistamista 		<ul style="list-style-type: none"> • ongelmanratkaisusta otetaan selkeämmin vastuuta • siirrytään nopeasti ongelmanratkaisuun • päätöksenteko, toimenpiteet, kokonaisuuden tarkastelu ja moniammatillinen yhteistyö vahvasti esillä • paljon lääketieteellisiä termejä • ammattiympäristöä esiintyy • uskotaan omaan ammatillisuuteen • selkä tutkimusstrategia • määrätietoisuus lähetteen kirjoittamisessa

7 POHDINTA

Tutkimme, miten vuorovaikutustaidot kehittyvät osana lääkäriopiskelijan ammatillista kasvua. Tutkimus on osa LeMEx tutkimusprojektia, jonka keskeisenä tarkoituksena on kehittää lääkärikoulutuksen opetusta ja opetusmenetelmiä. Vuorovaikutustaidoista on tullut keskeinen ammatillisen osaamisen osa-alue, eikä näitä valmiuksia voida

ymmärtää työelämän vaatimusten kannalta vain yleissivistyksensä. Potilaat haluavat tietää omista sairauksistaan nykyään enemmän ja internetistä löytyy tätä varten eri tietolähteitä ja keskustelufoorumeita. Tämä lääkärin on tiedostettava ja käytettävä vahvuutena omassa työssään. Omasta terveydestään kiinnostuneet potilaat ovat hyviä yhteistyökumppaneita.

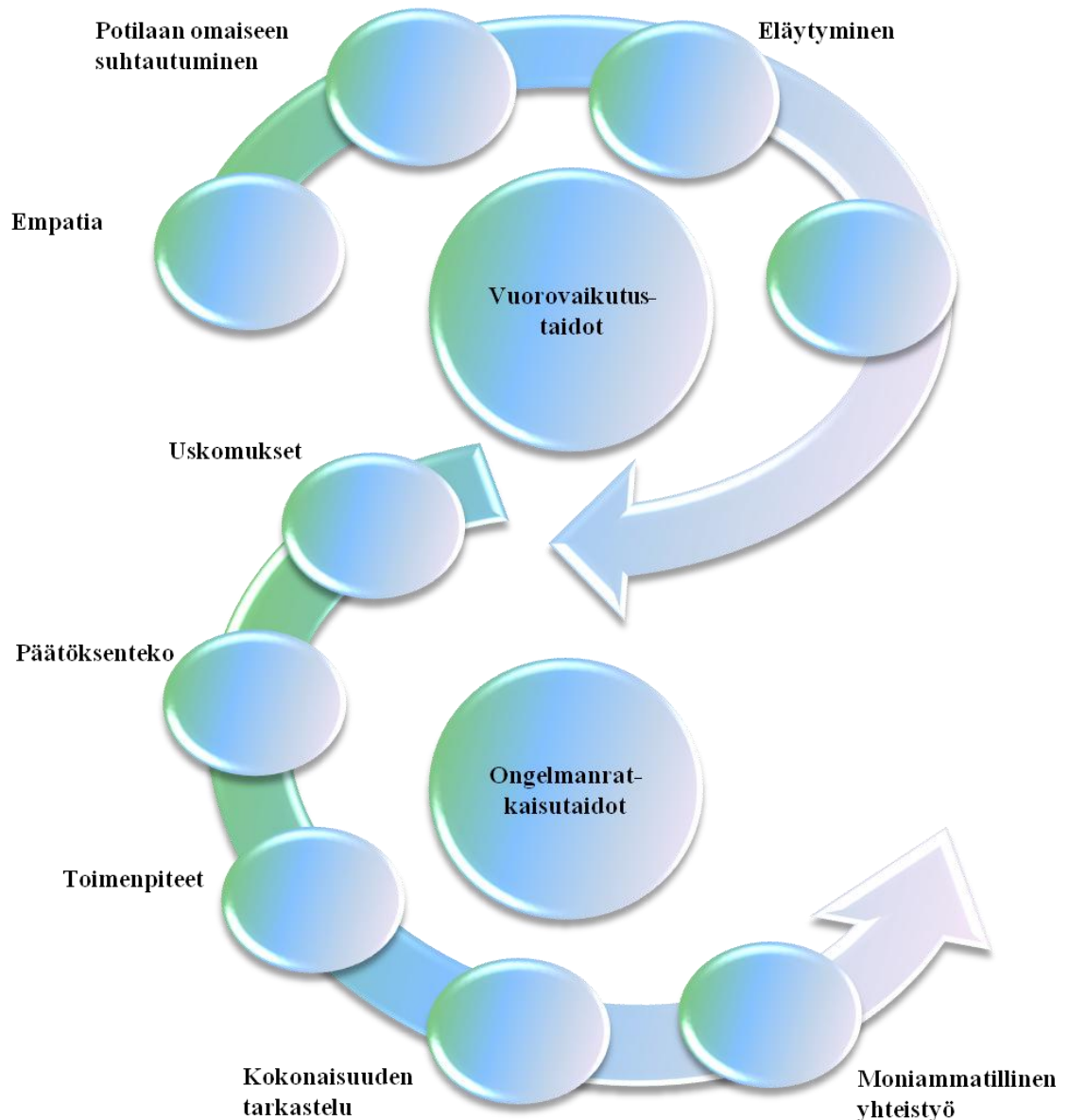
Tulosten mukaan lääkäriopiskelijan vuorovaikutustaidot ovat koulutuksen myötä ammatillisuuden läpäisemät. Lääkäriopiskelijat ottavat vastaanottotilanteessa huomioon potilaan ja omaisen hyvin koko koulutuksensa ajan. Koulutuksen ja ammatillisen kasvun myötä suhtautumistapa edellä mainittuihin yhteistyökumppaneihin muuttuu laadultaan. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat viivyttelevät yhteistyön kentällä ja antavat vuorovaikutukselle aikaa monipuolisemmin. He suhtautuvat omaiseen ja potilaaseen tuolloin positiivisesti sekä hienotunteisesti. Koulutuksen alussa lääkäriopiskelijat ovat kiinnostuneita enemmän itse potilaasta eivätkä niinkään sairauden hoitamisesta eli ongelman ratkaisusta. Ammatillisesti lääkäriopiskelijat ovat tuolloin epävarmimpia. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat osaavat käyttää omaista eniten esitietojen keräämisessä, ohjeistuksessa ja jatkoista huolehtimisessa. Tuolloin lääkäriopiskelijan empaattisuus vähenee ja omaista kohtaan välittyy eniten negatiivisia ilmauksia. Koulutuksen lopussa lääkäriopiskelijat siirtyvät nopeasti ongelmanratkaisuun, josta kantavat selkeämmin vastuuta.

Voidaan hyvin kysyä, onko mielekästä tutkia vuorovaikutustaitojen kehittymistä pelkän kirjallisen aineiston avulla. Valitsemamme tutkimusmenetelmän avulla saimme jokatapauksessa tutkimukseen sellaisia näkemyksiä, joita olisi saattanut olla vaikeaa havaita esimerkiksi haastattelun avulla. Pidämme kirjallista tutkimusaineistoa kanavana, jonka avulla tutkimus oli tarkoituksenmukaista saattaa alkuun. Tästä olisi hyvä jatkaa. Kiinnostavaa olisi tutkia yksityiskohtaisesti, kuinka lääkäriopiskelijat itse kokevat vuorovaikutustaitojensa kehittyneen koulutuksen aikana tai toistaa sama tutkimusongelma havainnoimalla lääkäriopiskelijoita oppimisympäristössään.

Tutkimuksessa on yleistettävissä olevia päätelmiä lääkäriopiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehityksestä osana ammatillista kasvua. Tämä tutkimus rajoittuu tarkastelemaan vain yhden Suomessa toimivan lääketieteellisen tiedekunnan järjestämää koulutusta. Tämä tutkimus ei kerro, kuinka paljon muiden korkeakoulujen opetus vastaa Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetustarjontaa.

Lääkärikoulutus sisältää paljon työharjoittelua, jonka yhteydessä lääkäriopiskelijat pääsevät harjoittelemaan vuorovaikutustaitojaan sekä potilaan kohtaamista. Koulutuksen aikana vuorovaikutustaitojen kehittäminen voi kuitenkin tuntua vielä toissijaiselta seikalta. Työelämään siirtyessään on mahdollista aluksi kokea yhteistyö potilaiden kanssa hankalana, mutta mikäli lääkäriopiskelijalla on hyvät metakognitiiviset taidot ja hän on halukas kehittymään, todennäköisesti hän voittaa vastoinkäymiset vaivattomastikin. Lääkäriin hyvät vuorovaikutustaidot eivät vielä tee toimivaa yhteistyötä potilaan kohtaamisessa. Hyvän yhteistyön lähtökohdat koskevat molempia osapuolia, joihin on sitouduttava. Rakentavan yhteistyön edellyttämää kunnioitusta ja luottamusta ei synny hetkessä, vaan se vaatii aikaa ja useita vastaanottotilanteita. Useimmiten potilas on kiinnostunut omasta terveydestään ja hänellä on valta itseään koskevassa päätöksenteossa. Lääkärillä ja potilaalla on yhteinen vastuu ongelmanratkaisusta, sen ratkaiseminen on myös heidän yhteisen toiminnan tavoite. Yksin lääkäriin ponnistelut eivät riitä tämän tavoitteen saavuttamiseksi, mikäli potilas ei ole halukas yhteistyöhön. Hän kuitenkin toimii sillanrakentajana koko tämän matkan ajan.

Vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot ovat toisiaan täydentäviä ominaisuuksia. Näitä molempia tarvitaan vastaanottotilanteessa. Vaikka ne ovat aineistostamme eroteltavissa, ymmärrämme ne yhtenäisenä kokonaisuutena. Tutkimuksessamme erotetut vuorovaikutus- ja ongelmaratkaisutaitojen ala-luokat täydentävät toisiaan (kuvio 4). Kaikki ala-luokat ovat läsnä vastaanottotilanteessa. Ongelmanratkaisu tarvitsee toteutuakseen vuorovaikuttamista.



Kuvio 4. Vastaanottotilanteen kokonaiskuva.

Koulutuksen aikana ammatillinen identiteetti ja lääkäripersoonallisuus rakentuvat erilaisista odotuksista ja rooleista, joihin hänen odotetaan sopeutuvan. Tämä voidaan nähdä haastavana kamppailuna. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 41) Ihmisen käsitys itsestään, siitä millainen hän on ja mihin hän kuuluu ja samaistuu, on yhteydessä siihen, mitä hän oppii ja miten. Jokainen lääkäri on erilainen ja hänen persoonallisuutensa vaikuttaa siihen, miten hän lääketiedettä soveltaa. Suomessa lääkäreiden perustasoa ja ammatillista ajattelutapaa voidaan pitää varsin yhdenmukaisena, mutta silti jokaisella lääkärillä kehittyy oma henkilökohtainen työtapansa. (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 9.) Lääkärin työssä, jossa oma minuus ja tunteet ovat vahvasti mukana, vaaditaan persoonallista kasvua. Työhön liittyviä, itseään koskevia mielikuvia, sitoumuksia,

arvoja ja ihanteita on arvioitava ja muokattava jatkuvasti. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 28–29) Yliopisto-opinnot sisältävät paljon valinnanvapautta ja opiskelijalla on mahdollisuus valita mieleisiään kursseja. Voi olla vaikeaa opiskellessa hahmottaa, mitkä valinnat ovat omalle persoonallisuudelle tärkeitä kehityskohtia tai mitä vaatimuksia tuleva työ pitää sisällään. Paljon on kyse myös pelkästä halusta, kuten kaiken oppimisen kohdalla.

Kasvatusalan kirjallisuudessa on kiinnitetty vähän huomiota siihen pedagogiikkaan, joka käsittelee ammatillisen identiteetin vahvistamista ja missiota eli omaehtoista halua kehittyä. Siitä olisi hyötyä myös lääkäriopiskelijoiden missiota kehitettäessä. Toisaalta ihmisen käsitykset omasta itsestään ovat erittäin vaikeasti muutettavissa. Todennäköisesti on kyse lääkäriopiskelijan persoonallisuudesta, mikäli hän valitsee valinnaisia kursseja, joissa omia vuorovaikutustaitojaan on mahdollista kehittää. Lääkärikoulutus sisältää paljon työharjoittelua, jonka yhteydessä he pääsevät harjoittelemaan vuorovaikutustaitojaan sekä potilaan kohtaamista. Koulutuksen aikana vuorovaikutustaitojen kehittäminen voi kuitenkin tuntua vielä toissijaiselta seikalta. Työelämään siirtyessään on mahdollista aluksi kokea yhteistyö potilaiden kanssa hankalana, mutta mikäli lääkäriopiskelija omaa hyvät metakognitiiviset taidot ja on halukas kehittymään, todennäköisesti hän voittaa vastoinkäymiset vaivattomastikin.

Ihmisessä voi tapahtua muutoksia ja oppimista, tässä tapauksessa vuorovaikutustaitojen kehitystä, monien tekijöiden vaikutuksesta. Lääkäriopiskelijaan vaikuttavat ympäristö ja siinä tapahtuva käyttäytyminen, tekniset valmiudet, uskomukset, identiteetti ja haluun liittyvät päämäärät. On huomionarvoista, että nämä osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa ja yhdellä alueella tapahtuva muutos voi aikaansaada kehitystä myös toisilla alueilla. (Korthagen 2004, 79–80.) Vaikka vuorovaikutustaitoihin liittyvää kehitystä ei siis tapahtuisikaan suoraan mainittujen kurssien yhteydessä, voi sitä tapahtua välillisesti koko koulutuksen ajan. On myös hyvä ottaa huomioon, että lääkäriopiskelijat elävät ainutlaatuisista aikaa elämässään koulutuksensa aikana, jolloin vuorovaikutustaitojen kehitystä tapahtuu yksilöllisesti koko opiskeluelämän ympärillä.

Tutkimuksissa on peräänkuulutettu vuorovaikutustaitojen riittämättömyyttä lääkäreiden koulutuksessa. Patjan, Nevalan & Arvilommin tutkimuksessa lääketieteen opiskelijoista kolmasosa tunsivat itsensä epävarmaksi suhteessa potilaisiin. He kokivat, että opetus keskittyy tietojen ja taitojen opettamiseen vaikka potilastyössä myös tunteilla on suuri

merkitys. Lääkäriopiskelijoiden mielestä opetuksessa tulisi antaa ohjeita ja kokemuksia potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen emootioista. Lääkäriopiskelijat kokivat, että vastaavaa opetusta oli ollut liian vähän. (Patja, Nevala & Arvilommi 1998, 687.)

Vastavalmistuneet lääkärit eivät koe saaneensa vuorovaikutustaitoihinsa riittävästi valmiuksia opinahjostaan. Selvityksen mukaan lääkärit kokivat yleisten taitojen merkityksen työelämässä keskimäärin tärkeämmäksi kuin mitä koulutus niitä kehitti. Tutkimuksessa yleiset taidot jaettiin neljään pääryhmään: oman työn hallintataitoihin, kommunikaatiotaitoihin, verkostoitumistaitoihin ja jatkuvaan muutokseen liittyviin taitoihin. Kommunikaatiotaitojen kehittävä vaikutus koettiin keskinkertaiseksi ja varsinkin opetus- ja ohjaustaitojen osalta suhteellisen huonoksi. Kommunikaatiotaidoista käsitellään lääkäriskoulutuksessa eniten kirjallista viestintää ja esiintymistaitoja. Lääkärin velvollisuus on kuitenkin myös opettaa ja ohjata ja näiden taitojen perusteita tulisi opettaa jo peruskoulutuksen aikana. Työelämässä tärkeäksi koetun empatiataidon kehittyminen koettiin vain keskikertaiseksi. (Hoffren & Kääpä, 2009, 3, 30.) On ymmärrettävää, että vuorovaikutustaitojen kompetenssiin onkin hankala kouluttautua, sillä monesti asiantuntijaominaisuudet opitaan vasta käytännön työn kautta.

Sosiaalisia ja viestinnällisiä valmiuksia kehittäviä opintoja on Turun yliopiston sekä lääketieteen tiedekunnan kurssitarjonnassa joita jokaisella lääkäriopiskelijalla on mahdollisuus opiskella, mutta ei pakko. Sosiaalisten ja viestinnällisten valmiuksien huomioon ottaminen kulminoituu tutkintorakenteeseen ja opetussuunnitelmiin. Opetussuunnitelma itsessään voi olla este näiden valmiuksien toteutumiselle, jos näiden osaamisalueiden tavoitteita ei ole määritelty. (Räisänen & Hietala 2009, 6, 160–161, 163.) Vuorovaikutustaitoihin liittyvät vaatimukset eivät siis ole riittävän selkeästi näkyvillä, jolloin niiden todennäköinen toteutuminen myös jää epävarmaksi. Selkeitä tavoitteita sekä vuorovaikutustaitojen tarvetta sisältöjen alueella on korostettu useaan otteeseen lausunnoissa ja arvioinneissa. Koulutuksen arvioinnissa erityyppiset kommunikaatio-, viestintä- ja vuorovaikutustaidot ovat jatkuvasti olleet esillä eri muodoissa. (Vuorinen 2000, 35.)

Työelämän jatkuva muutos tekee lääkäristä elinikäisen oppijan. Kukaan ei ole valmis ammatissaan. On siis selvää, ettei koulutukseen voi antaa valmiita eväitä työelämään. Mutta jos lääkäriopiskelijoiden vuorovaikutustaitoihin panostettaisiin koulutuksessa

kokonaisvaltaisemmin, näkyisi se luonnollisesti myös opinto-oppaissa. Tässä tutkimuksessa olemme nostaneet tietoiseksi ja näkyväksi sen, minkä tottumus ja käytäntö on häivyttänyt huomaamattomaksi tai itsestään selväksi. Vuorovaikutusta- ja ammatillista kasvua tukevien opintojen lisääntyvä tarve lääkärikoulutuksessa on tietoisesti ajateltu ja toimeenpantu, muttei tehty vielä kirjallisessa muodossa näkyväksi.

Lääkärikoulutus painottuu vahvasti teoriapuoleen. Koulutuksessa saa hyvät tiedot lääketieteestä. Ihmissuhde- ja sosiaaliset taidot, muutosvalmius ja ongelmatilanteista selviäminen jäävät vähemmälle huomiolle. Tämän päivän työn haasteet ja lääkärin asiantuntijuus koostuvat muustakin kuin lääketieteen hallinnasta, joka toki on tärkein edellytys. Työelämälähtöisyys ei kuulu joidenkin mielestä yliopistokoulutukseen, koska yliopiston tehtävä on tukea tieteellistä ja tutkimuksellista osaamista ja kouluttaa opiskelijoita erilaisiin tutkimus-, koulutus- ja asiantuntijatehtäviin (Räisänen & Hietala 2009, 157). Joissakin korkeakoulututkinnoissa tämä on ymmärrettävää, koska valmistuttuaan opiskelija voi toimia hyvin laajasti eri tehtävissä. Lääkärikoulutus antaa valmiudet tiettyyn jo etukäteen hyvin määriteltyyn ammattiin, profession. Pidämme huomionarvoisena sitä, että ammatillisen identiteetin hahmottuminen, ammatillisen kasvun tukeminen ja elinikäisen oppimisen omaksuminen ovat sisällöllisinä tavoitteina opettajatuutoroinnissa. Tämä helpottaa työelämään siirtymistä koulutuksen jälkeen.

Nykypäivän työelämä muutokset edellyttävät lääkäriopiskelijoilta entistä enemmän sellaista oppimista ja kehittymistä, joka vaatii ammatillista kasvua sekä jatkuvaa ammatillisen identiteetin uudelleenmäärittelyä. Yhteiskunnan ja työelämän muutokset sekä niihin liittyvät kasvavat osaamisvaatimukset ja jatkuvan oppimisen haasteet ovat vahvasti esillä. Tämä haastaa lääkärikoulutusta. Nykypäivän työelämässä tiedosta ja osaamisesta on tullut keskeinen kilpailuvaltti. Tiedon jatkuva uusiutuminen on myös lääkäreille itsestänselvyys sekä välttämättömyys. Kustannustehokkuutta korostava ajattelumallin seurauksena tulisi oppia ja uusiutua entistä nopeammin ja tehokkaammin. Korkeaa osaamista vaativassa tietointensiivisessä työssä tärkeänä pidetäänkin elinikäistä oppimista. Vaativassa asiantuntijatyössä hyvät vuorovaikutustaidot ovat yksi elinikäisen oppimisen lähde.

Yksi tämän päivän oppimisympäristö on erilaiset työyhteisöt, joihin lääkäriopiskelijat tutustuvat monipuolisesti koulutuksensa aikana. Omien kokemusten reflektointi tässä oppimisympäristössä muiden opiskelijoiden ja ammattilaisten kanssa edesauttaa

merkittävästi ammatillista kasvua. Työjärjestelmien kehittyminen yhä monimutkaisemmaksi uuden teknologian ja verkottuneiden organisaatioiden myötä edellyttää entistä enemmän neuvotteluja, vuorovaikutusta sekä yhteistä ongelmanratkaisua.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tulokset perustuvat kirjoitettuun tutkimusaineistoon, eivätkä tutkijoiden omiin käsityksiin asiasta. Tutkijat eivät ole vaikuttaneet tutkimustuloksiin johdattelemalla tutkimukseen osallistujia läsnäolollaan. Tutkijoiden esiymmärrys muodostui edellä mainitun kokemuksen myötä, mutta tutkijat ovat tiedostaneet oman subjektiivisuutensa ja esiymmärryksensä.

Aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterisointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen tapahtuivat tarkasti sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108 – 109). Aineiston analyysin toteutumista voi kuvailla johdonmukaiseksi. Tutkijat eivät ole lääkäreitä, ja tämä vaikuttaa analyysiin. Jokin, minkä lääkärit näkisivät itsestäänselvyytenä, on ehkä jäänyt aukeamatta. Tässä tutkimusote on objektiivisempi, koska sitä ei rasita lääketieteellisen koulutuksen tuoma ennakkotietämys ja ennakoasetelma.

Tutkijat palasivat ryhmittelyä tehdessään alkuperäisiin ja pelkistettyihin ilmaisuihin käyden vuoropuhelua aineiston kanssa. Alaluokkien abstrahoinnissa tehtiin mahdollisimman tarkat kuvaukset, tutkimuksen tuloksia on tulkittu tiedostaen tutkijoiden keskeinen rooli analyysissä ja tulkinnassa. Molemmat tutkijoista käsitelivät tutkimusaineistoa itsenäisesti ja etsivät aineistosta sovittuja merkityksiä. Lopuksi kaikki eriävät tulkinnat käsiteltiin yhdessä ja mistä luotiin yhteinen tulkinta.

Tutkimusta on toteutettu yhteistyössä kokeneiden tutkijoiden kanssa. Kyselylomakkeen ovat laatineet lääketieteen koulutuksen ammattilaiset. Tutkimusryhmän jaettu asiantuntevuus sekä osallistuvuus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimus toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti. Lääkäriopiskelijat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja he olivat tietoisia LeMEx- tutkimusprojektin tarkoituksesta. Tässä tutkimuksessa käytettävät suorat lainaukset eivät paljasta

tutkimukseen osallistujia. Lääkäriopiskelijoiden tietosuojan varmistamiseksi kyselylomakkeiden käsittelyssä on käytetty koodausmenetelmää.

Tutkimuksen luotettavuutta tukee myös se, että molemmilla tutkijoilla on kasvatustieteellistä kokemusta koulutuksen kentältä työkokemuksen myötä. Ensimmäisellä tutkijalla on 12 vuoden ja toisella tutkijalla kuuden vuoden opettajatyön kokemus. Opettajuuden rinnalla tutkijoilla on ollut sekä kiinnostus että halu edistää vuorovaikutustaitojen merkitystä ja toteutumista koulutuksen kentällä. Toinen tutkija on perehtynyt vuorovaikutustaitojen kehitykseen koulutuksen kentällä jo aiemmassa tutkimuksessaan. Hänellä on yhdeksän vuoden ajalta sivutoimista työkokemusta erikoislääkäreiden, lääkäriopiskelijoiden sekä potilaiden kanssa työskentelystä sairaalaympäristössä.

9 LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

10 LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

TUTKIMUSAINEISTOON LIITTYVÄT TEOKSET

Opinto-opas 2006–2007, 2008–2009, 2011-2012. Lääketieteen tiedekunta, Turun yliopisto. Lääketieteen lisensiaatin tutkinto. Uniprint:Turku.

MUUT TEOKSET

Ahola, S. & Olin, N: 2000. Yliopiston piilo-opetussuunnitelma. Eli tutkimus siitä, miten yliopistossa pärjää pelaamalla yliopistopeliä. Koulutussosiologian tutkimuskeskus. Raportti 54. Turku: Turun yliopisto.

Association of American Medical Colleges, 2008. [Hhttps://www.aamc.org](https://www.aamc.org). Viitattu 20.8.2013.

Eteläpelto, A. & K. Vähäsantanen 2006. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa: Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu: Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. 1.-2. p., Toim. A. Eteläpelto & J. Onnismaa. Kansainvalistusseura, s. 26–49.

Eskola, J. & Suoranta,J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. Tampere: Vastapaino.

Collin, K. 2012. Asiantuntijaksi oppiminen, ammatillisen identiteetin kehittyminen ja moniammatillinen työ. Luento. Jyväskylän yliopisto. [https://koppa.jyu.fi/ kurssit/65050/ luento /luentokaijacollin. 1 - 45](https://koppa.jyu.fi/kurssit/65050/luento/luentokaijacollin.1-45). Viitattu 27.9.2012.

Cole SA. 1997. Reducing malpractice risk through more effective communication. The American Journal of managed Care.3:649–53.

Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. 2002. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. The Journal of Family Practice; 51:835–40.

Forsius, A. 1992. Collegium medicum, lääkintötoimen keskusvirasto. Suomen Lääkärilehti 1992: 32: 3072.

Freidson, E. 1994. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Cambridge: Policy Press.

General Medical Council, 1993, 2009. [Http:// http://www.gmc-uk.org/Tomorrows_Doctors_1993.pdf_25397206.pdf](http://www.gmc-uk.org/Tomorrows_Doctors_1993.pdf_25397206.pdf). Viitattu 26.8.2012.

Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääri viivoja. Puhe ja kieli 30 (1). 3 – 19.

Gerlander, M & Takala, E. 2000. Viestinnän opetus intersoonallisiin ammatteihin koulutettaessa. Teoksessa: Valo, M. (toim.) Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja, 20. Jyväskylän yliopisto. 156 – 181.

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: WSOY.

Gordon, T. 1974. Teachers' effectiveness training. New York. Peter H. Wyden.

Gordon, T. 2006. Toimiva koulu. Gummerus kirjapaino: Jyväskylä.

Haakana, M. 1999. Laughing matters. A conversation analytic study of laughter in doctor-patient interaction. Väitöskirja. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

Hakkarainen, K. 2000. Oppiminen osallistumisen prosessina. Aikuiskasvatus 31 (2), 84 - 98.

Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2001. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Helsinki: WSOY

Hakkarainen, K. & Pasternack, A. 2005. Lääketieteen oppialojen integraatio edistää oppimista ja opinto-ohjelman ydinosan määrittämistä. Duodecim, 121, 633–639.

Haltia, P. & Kivinen, K. 1995. Ammattien tutkiminen ja ammattitutkinnot. Turun yliopisto. Opetushallitus ja Koulutussosiologian tutkimuskeskus.

Heikkinen, H. 2004, 2005. Vakava leikillisuus – draamakasvatuksen perusteita opettajille. Helsinki: KVS.

Himanen, P. 2004. Kolumni: Käytävä täällä usein? Lääkärilehti 1-2/2004. vsk 59. 61.

Hoffren, J. & Kääpä, P. 2009. Taidokas lääkäri työelämään – Yleiset taidot lääketieteen peruskoulutuksessa. Raportti Turun yliopiston lääketieteen liseniaattitutkinnon opiskelijoille, opettajille, oppiaineille ja valmistuneille lääkäreille suunnatusta koulutuksesta työelämävalmiuksia koskevasta kyselystä. Turun yliopisto.

Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S., Isenberg, G. A., Veloski, J. & Gonnella J. S. 2009. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. 84. Vuosikerta. 1182–1191.

Holmberg-Marttila, D., Peura, A., Ryyänen, K., Turunen, JP. & Pasternack, A. 2005. Lääkäriksi oppiminen. *Duodecim*. 121(5) 547 – 555.

Holmberg-Marttila, D., Turunen, JP., Helminen, E-E. & Pimiä, E. 2007. Opiskelu ja koulutus. Teoksessa. Pasternack, A., Pelkonen, R., Eskola, K. & Haahtela, T. (toim.) *Lääkäriksi*. Duodecim. Otava: Keuruu. 131–154.

Hyppölä, H. & Mattila, K. 2004. Lääkärikoulutuksen historiaa ja nykytilanne Suomessa. *Duodecim* 120(8), 971–974.

Institute of Medicine Competencies. <http://www.ncmedsoc.org>. Viitattu: 17.9.2012.

Kauppila, R. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kalet, A. Krackov, S. Ray, M. 2002. Mentoring for a new area. *Academic Medicine*. 77. Vuosikerta. 1171–1172.

Konttinen, E. 1993. Johtavat säädyt ja professioiden kentän varhainen muotoutuminen Suomessa. Teoksessa: Konttinen, E. (toim.) 1993. *Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio*. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55. 16 – 33.

Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. ”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se” – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä. Prologi: Puheviestinnän vuosikirja.

Koponen, J. 2012. Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1734, Tampere University Press.

Kunttu K, Huttunen T. 2009. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Helsinki: Yliopilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45.

Korthagen, F. A. J. 2004. In search of the essence of a good teacher: Towards a more holistic approach in teacher education. *Teaching and Teacher education*. 20 (1), 77–97.

Kostiainen, E. 2003. Viestintä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Jyväskylän yliopiston humanistinen tiedekunta. Printing house: Jyväskylä.

Korkeakoulujen arviointineuvosto (KKA). <http://www.kka.fi>, <http://utu.fi>. Viitattu 26.8.2012.

Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantaja-suhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.

Kääpä, P. Toivonen, M. Koivisto, A-L. & Vuorinen, T. 2012. Opettajalääkäri lääketieteen opiskelijoiden tukihenkilönä – kokemuksia opettajatuutoroinnista. *Suomen Lääkärilehti* (17), 67. Vuosikerta. 1340–1344.

Kääpä, P. & Österholm-Matikainen, E. 2012. Haastattelu. 25.9.2012.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. FINLEX. Viitattu 26.9.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Learning Outcomes/Competences for Undergraduate Medical Education in Europe. 2005. <http://tuning-medicine.com>. Viitattu: 17.9.2012

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. 1997. Physicianpatient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277:553–9.

Levy, A. 2011. Lääketieteen asiantuntijuus koulutuksen eri vaiheissa. Lääketieteen opiskelijoiden yleisorientaatiot, käsitykset hyvän lääkärin ominaisuuksista ja potilastyön hahmottumisesta. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Juvenes Print: Tampere.

Lincoln, S.Y. & Guba, E. G. 1985. Naturalistic inquiry. California: Sage.

Lokikirja 2010. LOKIKIRJA - erikoislääkärikoulutuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen yhdeksän kuukauden terveystieteidenjaksoa varten. 1-24.

Lääkäriliiton Internet-sivut. 2012. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/>. Viitattu 26.9.2012.

Malik, S. 2000. Students, tutors and relationships: the ingredients of a successful support scheme. *Medical Education*. 34. Vuosikerta. 635–641.

Opettajalääkärin käsikirja.

<http://www.med.utu.fi/yleislaak/opisheu/ohjeita/kasikirja.pdf>. Viitattu. 26.9.2012.

Pasternack, A. & Saarni, S. 2007. Professio – lääkäri ja yhteiskunta. Teoksessa: Pasternack, A., Pelkonen, R., Eskola, K. & Haahtela, T. (toim.) Lääkäriksi. Helsinki: Duodecim. 11–21.

Pasternack, A. 2007. Professionalismi ja lääkärin ammatillinen autonomia. Suomen Lääkärilehti (22). 62. Vuosikerta. 4786–4788.

Patja, K., Nevala, K. & Arvilommi, P. 1998. Lääketieteen perusopetus opiskelijan näkökulmasta. Duodecim 114. 683 -688.

Patja, K., Litmanen, T., Helin-Salmivaara, A. & Pasternack, A. 2009. Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen. Duodecim. 125. 2365-2372.

Patja, K. & Litmanen, T. 2010. 14th Ottawa Conference - Assessment of Competence in Medicine and the Healthcare Profession <http://www.promedico.fi>. Viitattu: 7.8.2012.

Pelkonen, R. 2005. Potilas ja lääkäri. Teoksessa: Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriiliito: Helsinki, 15-17.

Peräkylä, A. & Sorjonen, M. 1997. Miten yleislääkärin vastaanotolla puhutaan alkoholista? Duodecim. 113/21, 2161–2169.

Peräkylä, 1998. Auktoriteetti vuorovaikutuksessa. Potilaiden vastaukset lääkärin diagnoosiin. Teoksessa Lahikainen, A. & Pirttilä-Backman A-M. (toim.) Sosiaalinen vuorovaikutus. 192–207. Helsinki:Otava.

Peräkylä, A. 2001. Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa: Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 71 - 88.

Peräkylä, A., Sorjonen, M., Tammi, T. T., Haakana, M. & Raevaara, L 2001. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa: Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 161-182.

ProMedicon Internet-sivut 2012. Viitattu 2.9.2012.
<http://www.promedico.fi/yhdistyksesta.html>.

ProMedicon Internet-sivut 2012. Viitattu 26.9.2012.
<http://www.promedico.fi/ammattillinen-kehittyminen.html>.

Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. *Kansanterveystieteen julkaisuja M173*. Helsinki: Yliopistopaino.

Pyörälä, E. 2001. Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. Teoksessa: Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Gummerus: Jyväskylä. 183 - 196

Pyörälä, E. & Lindblom-Ylänne, S. 2005. Lääkärin vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Teoksessa Hiltunen, E., Holmberg, P., Kaikkonen, M., Lindblom, S., Nienstedt, W. & Wähälä, K. (toim.) *Galenos. Ihmiselimitys kohtaa ympäristön*. 6.-7. painos. Helsinki: WSOY 581–597.

Pyörälä, E. 2006. Reflektiivinen toimintatapa palautekeskustelussa – haaste lääkäreiden vuorovaikutuskoulutukselle. *Pedaforum Kevät 1*, 30–32.

Pyörälä, E., Heasman, P & Niemi-Murola, L. 2006. Vuorovaikutusopinnot ja vuorovaikutustaitojen arviointi Helsingin yliopistossa. *Valtakunnalliset Lääkäripäivät*, Helsinki 12.1.2006.

Pyörälä, E. 2007. Oppimisen arviointijärjestelmä osana lääketieteellisen tiedekunnan laatu järjestelmää. TUKE/Tuki ja kehittämissyksikkö: Helsingin yliopisto.

Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen Lääkärilehti*. 6/2011. 469–473.

Raevaara, L. 1993. Kysyminen toimintana. Kysymys- vastaus- vieruspareista arkikeskustelussa. *Lisensiaattityö*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.

Raevaara, L. 1997. Vierusparit. Esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa Tainio, L. *Keskusteluanalyysin perusteet*. 75–92. Tampere: Vastapaino.

Raevaara, L. 2000. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. *Suomalainen kirjallisuuden seura*, Helsinki.

Raevaara, L. 2001. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Teoksessa: Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 113 - 134.

Raevaara, L. & Sorjonen, M. 2001. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Teoksessa: Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 49–69.

Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. 2007. Communication skills and error in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*; 13:732–6.

Rinne, R. & Jauhiainen, A. 1998. Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turun yliopisto kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja A: 128.7.

Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. 1995. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 155:1877–84.

Ruohotie, P. 1999. Työelämä muuttuu – muuttuuko opetus? Ammattikasvatuksen aikakauskirja 2.

Ruohotie, P. 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Ruusuvuori, J. 2000. Control in medical interaction. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 16.

Ruusuvuori, J. 2001. Miten vastaanotto aloitetaan. Teoksessa: Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 27 - 48.

Räisänen, A. & Hietala, R. (toim.) 2009. Sovitellen. Sosiaaliset ja viestinnälliset valmiudet ammatillisessa peruskoulutuksessa. Arviointiraportti. Koulutuksen arviointineuvoston julkaisuja 37. Jyväskylä.

Saarni, S. & Henriksson, M. 2005. Lääkäri ja professio. Teoksessa Saarni, S. & Henriksson, M. (toim.) Lääkäriin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 135-142.

Scottish Deans' Medical Curriculum Group. 2007. The Scottish doctor – learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland. <https://www.scottishdoctor.org>. Viitattu: 17.9.2012

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Talentum. Gummerus: Jyväskylä

Sorjonen, M-L. 1997. Korjausjäsenitys. Teoksessa Tainio, L. Keskusteluanalyysin perusteet. 111-137. Tampere: Vastapaino.

Sorjonen, M-L. 2001. Responding in conversation. A study of response particles in Finnish. Amsterdam: Benjamins.

Sorjonen, M-L. 2001. Lääkäriin ohjeet. Teoksessa: Keskustelu lääkäriin vastaanotolla. Sorjonen, M., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.). Tampere: Vastapaino. 89 - 112.

Sorjonen, M-L., Peräkylä, A & Eskola, K. 2001. (toim.) Keskustelu lääkäriin vastaanotolla. Vastapaino: Tampere.

Stewart MA. 1995. Effective physicianpatient communication and health outcomes: a review. CMAJ 152:1423–33.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. 1999. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 3: 25–30.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkäriinäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Edita: Helsinki

The Accreditation Council for Graduate Medical Education. <http://www.acgme.org>. Viitattu: 17.9.2012.

The European Federation of Internal Medicine. <http://www.efim.org>. Viitattu: 17.9.2012.

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://www.royalcollege.ca/canmeds>. Viitattu: 17.9.2012.

Tomorrow's Doctors. 2009. General Medical Council. <http://www.gmc-uk.org/education/documents>. Viitattu: 17.9.2012

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tynjälä P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimisenäkemyksen perusteita. Tampere: Kirjayhtymä.

Töyry S., Nykänen L., Manninen P., Räsänen K., Kujala S., & Husman K. 2002. Mikä nuoren lääkärin työssä uuvuttaa ja kyynistää? Suomen Lääkärilehti 49–50. Vuosikerta 57. 5069–5075.

Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista 794/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040794>. Viitattu. 26.8.2012.

Valvira. 2012. <http://valvira.fi>. Viitattu. 26.8.2012.

Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Avta Universitas Ouluensis, Series D Medicina 208.

Vuorinen, J. 2000. Puhe- ja kommunikaatiotaidot sekä konsultatiiviset työtavat. Teoksessa J. Vuorinen (toim.) Arviointi ja kehityskeskustelu. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY: Helsinki.

Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. 1999. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. American Journal of Medical Quality; 14:153–9.

Wissow LS. 2004. Communication and malpractice claims – where are we now? Patient Education and Counseling; 52:3–5.

Yleislääketieteen opettajalääkärinä terveystieteissä. Käsikirja. http://www.med.utu.fi/yleislaak/opiskelu/ohjeita/opettajalaakarina_terveyskeskuksessa_kasikirja.pdf. Viitattu 2.8.2012.

Zafi 2012. Vertaistukea vailla...uusi tulokas! Foorumi info. 25.9.2012. <http://p3.foorumi.info/niskavamma/viewtopic.php?t=871>. Viitattu 8.11.2012.

Äärimaa, M. 2005. Etiikka ja professio. Teoksessa Saarni, S. & Henriksson, M. (toim.) Lääkärin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 12–14.

Liite 2. Opetussuunnitelma

Lääketieteen lisensiaation opinnot 2006 - 2012					
syksy 2006 – kevät 2007 C1, 27 op + C2, 24 op	syksy 2007 – kevät 2008 C3, 22 op + C4, 22 op	syksy 2008 – kevät 2009 C5, 30 op + C6, 24 op	syksy 2009 – kevät 2010 C7, 29 op + C8, 29 op	syksy 2010 – kevät 2011 C9, 27 op + C10 25 op	syksy 2011 – kevät 2012 C11, 20 op + C12, 20 op
Lääkäriksi kasvaminen 4 op	Hermoston rakenne ja toiminta 8 op	Mikrobeilta puolustautuminen 12 op	Kirurgia 13 op	Naistentaudit ja synnytykset sekä perinnöllisyyslääketiede 15 op	Diagnostiikka ja hoito 11 op
Tuki- ja liikuntaelämistön rakenne ja toiminta 10 op	Ihmisen elämäntaari 8 op	Kliinisen lääketieteen perusteet 10 op	Ortopedia ja traumatologia 3 op	Ihotaudit, keuhkotaudit ja allergologia 10 op	lääkäs potilas 2 op
Solun rakenne ja toiminta 10 op	Anatominen ruumiinavaus 4 op	Laboratoriolääketiede 4 op	Anestesiologia 4 op	Lasten ja nuorisolääketiede 18 op	Lääkäri ja yhteiskunta 7 op
Lääketieteellinen kemia/tasotenti ja laboratorio turvallisuus 2 op	Lääketieteen suomi, kirjoitusklinikka 2 op	Skärgårdsmedicin och kultur 4 op	Diagnostinen radiologia 5 op	Silmätaudit 5 op	Diagnostiikka ja hoito II 17 op
Lääketieteellinen englantia 1 op	Terve ja sairas ihminen 10 op	Kliininen opetus 10 op, jakautuu C5 – C12	Säteilysuojelu 2 op		Valmistuva lääkäri 1 op
Sisäelämistön rakenne ja toiminta 13 op	Sairauksien ehkäisy ja hoito 12 op	Päihdelääketiede jakautuu C5 – C12	Psykiatria 11 op Neurologia 8 op Korva-, nenä- ja kurkkutautioppi 2 op		Liikunta ja ravitsemus 1 op
Elimistön biokemiallinen toiminta ja säätely 11 op		Sisätautioppi 21 op	Lääkärin toimien harjoittaminen ja lääkärintyöhön liittyvä sosiaaliturva 2 op		Lääkäri ja väestönsuojelu 1 op

Liite 3. Lääkäriksi kasvamisen opintojen sisältö

LÄÄKÄRIKSI KASVAMISEN RUNKOSUUNNITELMA 2011-2012

Lukukausi	Lääkäriksi kasvaminen- opintopolku (aiheet)	Opettajatuutoritoiminta (aiheet)
C1-D1	<i>Johdanto lääkäriksi kasvamisen opintoihin</i> <i>Lääkärityön etiikka- pienryhmätapaamiset</i> <i>Juonneopetus: Lääkärin työ ja taidot</i>	1. Ryhmätapaaminen Opiskelu ja oppiminen essee: minkälainen lääkäri minusta tulee 2. Ryhmätapaaminen HOPS/portfolio-työn aloitus Itsearviointi: minä oppijana
C2-D2	<i>Ammattina lääkäri- luentoiltapäivä:</i> Lääkärin toimenkuva <i>Juonneopetus: Lääkärin työt ja taidot</i>	Ryhmätapaaminen Tehtävä: vaihtolovelvollisuus, kollegiaalisuus, moniammatillisuus Kehityskeskustelu HOPS/portfolio
C3-D3	<i>Ihmisen kasvu ja kehitys-opintokokonaisuus:</i> Normaali ihmisen kehitys ja vieraan ihmisen kohtaaminen <i>Anatominen ruumiinavaus: Kuoleman</i> kohtaaminen	Ryhmätapaaminen Kuoleman kohtaaminen
C4-D4		TYKS:n kiertö Kehityskeskustelu HOPS/portfolio
C5	<i>Kliinisen lääketieteen perusteet: Potilaan</i> kohtaaminen, vuorovaikutus	Yhteydenotto
C6	<i>Lääketieteen etiikka: käytäntö ja teoria</i> <i>Kliininen lääketiede: potilaan ja sairauden</i> kohtaaminen	Ryhmätapaaminen Potilaan kohtaaminen Itsearvio: sairauden kohtaaminen Kehityskeskustelu HOPS/portfolio
C7	Oma hyvinvointi	Yhteydenotto Itsearvio: oma hyvinvointi ja jaksaminen
C8		Kehityskeskustelu HOPS/portfolio
C9		Ryhmätapaaminen Kesätyön kokemukset, Itsearvio: omat vuorovaikutustaidot, vastuu potilaasta
C10	<i>Lääketieteellinen etiikka:</i> ongelmanratkaisuseminaari	Kehityskeskustelu Kesätyön kokemukset HOPS/portfolio
C11	<i>Huomenna lääkäri- luentoiltapäivä:</i> Nuoren lääkärin toimenkuva	Ryhmätapaaminen Potilas ja perhe/läheiset Nuori lääkäri työelämässä Potilas ja sosiaalinen ympäristö
C12	Valmistuva lääkäri	Yhteydenotto/Tapaaminen