

☞ Potilaiden kokemukset yliopistosairaalan lääkärinkierrosta

ELINA MATTILA

TtT, arviointiylihoitaja

Tampereen yliopistollinen sairaala
Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiokeskus

KAIJA LEINO

TtT, ylihoitaja

Tampereen yliopistollinen sairaala
Toimialue 2, gastroenterologian ja
syövänhoidon vastuualueet

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia yliopistosairaalan lääkärinkierroista. Tutkimusaineisto kerättiin yliopistosairaalan vuodeosastojen (N=7) potilailta (N=60) vapaa-muotoisilla kirjoitelmilla touko-elokuussa 2017. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Potilaiden kokemukset lääkärinkierrosta muodostuivat palvelukulttuurin toteutumisesta, yhteistyöstä tai yksin toimimisesta, emotionaalisen ja tiedollisen tuen epätasaisesta toteutumisesta sekä käytänteiden ja toiveiden välisestä ristiriidasta. Lääkärinkierto on potilaalle tärkeä tapahtuma ja usein ainoa mahdollisuus kohdata lääkäri vuodeosastohoidon aikana. Lääkärinkierrot ovat usein kiireisiä ja vuorovaikutukselle jää vähän aikaa. Lääkärinkierto oli potilaiden kokema palvelutapahtuma, jolta odotettiin kiireetömyyttä, tasavertaisuutta ja onnistunutta sanallista ja sanatonta vuorovaikutusta. Potilaat kaipasivat lääkärinkierroilla lääkäriltä myös emotionaalista ja tiedollista tukea. Potilaat kokivat kierroilla mukana olevan sairaanhoitajan roolin tärkeäksi epäselviksi jääneiden asioiden välittäjänä ja tulkkina. Lääkärinkierto oli potilaalle päivittäinen odotettu tapahtuma, mutta sen käytänteet eivät aina kohdanneet potilaiden toiveita.

Tutkimustulosten kautta voidaan kehittää lääkäreiden ja sairaanhoitajien emotionaalista ja tiedollista tukea osaksi lääkärinkiertoa. Tuloksia voidaan hyödyntää myös kehitettäessä palvelukulttuuria ja tarkasteltaessa lääkärikierron käy-

ABSTRACT

The patients' experiences doctor rounds of the university hospital

Elina Mattila, PhD, Director of Nursing Excellence

Kaija Leino, PhD, Director of Nursing

The purpose of the study is to describe the patients' experiences of the doctor rounds of the university hospital. The data was collected since May to August 2017 from the patients (N=60) of the inpatient wards (N=7) with essays. The data was analyzed using inductive content analysis.

The patients' experiences with the doctor round consisted of the service culture, cooperation or lack of cooperation, emotional and informational unequal support and conflict between a practice and wishes. A doctor round is an important event for the patient and often the only chance to meet the doctor during the inpatient ward care. Doctor rounds are often busy and there is a little time for interaction. The doctor round was a service event experienced by the patients. The patients expected for the doctor round peacefulness, equality and successful verbal and non-verbal interaction. During the doctor round the patients waited for the doctor also emotional and informational support. Patients found the role of nurse involved in round important as a facilitator and interpreter. The doctor round was a daily expected event for the patient, but its practices did not always meet patients' wishes.

Research results can be used to develop emotional and informational support for doctors and nurses as part of the doctor rounds. The results also can be used to develop a service culture

tänteitä yliopistosairaaloiden lääkärintierroilla.

Avainsanat: potilas, lääkärintierro, yliopistosairaala, laadullinen tutkimus

and practices of the doctor round in university hospitals doctor rounds.

Key words: patient, doctor round, university hospital, qualitative research

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Lääkärintierro on potilaalle usein ainoa mahdollisuus kohdata lääkäri vuodeosastohoidon aikana.
- Lääkärintierro on nopea tapahtuma, jossa vuorovaikutukselle jää vähän aikaa.
- Potilaiden kokemuksista lääkärintierrosta ei ole kotimaista tutkimustietoa.

Mitä uutta tutkimus tuo?

- Potilaille lääkärintierro on palvelutapahtuma, jolta odotetaan yleisiä palvelun elementtejä, kuten ystävällisyyttä, kohteliaisuutta, tervehtimistä sekä esittäytymistä.
- Potilaat ovat sensitiivisiä lääkärin sanalliselle ja sanattomalle vuorovaikutukselle ja vallan ilmenemiselle.
- Sairaanhoidajan tehtävä on tiedollisen tuen varmistaminen erityisesti lääkärintierroon jälkeen.
- Lääkärintierro on potilaalle odotettu tapahtuma, mutta sen käytänteet eivät aina kohtaa potilaiden toiveita.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tulokset tuovat esille palvelukulttuurin kehittämisen tarpeita yliopistosairaaloiden lääkärintierroilla.
- Lääkäreiden ja sairaanhoidajien tulee kehittää emotionaalista ja tiedollista tukea osaksi lääkärintierroa.
- Nykyisiä lääkärintierrojen käytänteitä tulee kehittää potilaiden toiveiden mukaisesti.

Tutkimuksen lähtökohdat

Suomen yliopistosairaaloissa tehdään satoja lääkärintierroja arkipäivittäin. Tyypillisesti lääkärintierroille osallistuu lääkäreitä ja sairaanhoidajia, jotka yhdessä menevät tapaamaan potilasta hänen huoneeseen (Lämsä 2013, Mattila ym. 2013). Hoitavalle henkilökunnalle lääkärintierro on arkinen ja rutiininomainen toiminto, mutta potilaalle ainutlaatuinen ja odotettu tapahtuma. Potilaalle lääkärintierro on usein ainut mahdollisuus tavata lääkäri henkilökohtaisesti yliopistosairaalan vuodeosastolla. Parhaimmillaan lääkärintierro mahdollistaa potilaan osallisuuden hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä ensikäden tiedon lääkäritä omasta hoidostaan. (Lämsä 2013, Darbyshire ym. 2015, Redley ym. 2019.) Huolimatta lääkärintierrojen keskeisestä roolista yli-

opistosairaaloiden vuodeosastojen arjessa, tiedetään vähän potilaiden lääkärintierrojen kokemuksista. Tutkimustietoa tarvitaan, jotta lääkärintierroja voidaan kehittää rakenteellisesti ja sisällöllisesti osaksi laadukasta hoitoa (Mattila ym. 2013, Darbyshire ym. 2015, Taulavuori 2018).

Lääkärintierrojen käytännöt ovat vuosikymmenten saatossa muovanneet potilaan asemaa, ammattilaisten välistä vuorovaikutusta sekä opiskelijoiden opetuskäytäntöjä. Lääkärintierroilla on perinteisesti keskusteltu potilaan tilanteesta, annettu hoitomääräyksiä, harkittu hoitovaihtoehtoja sekä opetettu opiskelijoita (Liu ym. 2012, Swenne & Skytt 2013, Darbyshire ym. 2015, Walton ym. 2016), mutta potilaan rooli on jäänyt kapeaksi. Tyypillisesti lääkäri johtaa kiertoa ja kommunikoi potilaan kanssa, muiden ammattilaisten osallistuessa kysyttäessä kes-

kusteluun (Herring ym. 2013, Lämsä 2013, Adams ym. 2018). Lääkäriin, hoitajaan ja potilaan välinen yhteiskeskustelu on kierroilla vähäistä (Mattila ym. 2013, Parissopoulos ym. 2013).

Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta on syntynyt kuva siitä (esim. Lämsä 2013, Mattila ym. 2013), että lääkärikierto on toimintona ammattilaislähtöinen. Potilaan roolista ja osallisuudesta lääkärikierrolle on vähän kansainvälistä ja kansallista tutkimustietoa. Tiedetään kuitenkin, että potilaat ovat tyytyväisiä kierrolla saamaansa tietoon, joka liittyy diagnoosiin, ennusteeseen ja jatkohoitoon (Montague & Hussain 2006, Moret ym. 2008). Tyytyväisyyttä lisää, jos kiertävä lääkäri esittäytyy, vastaa kysymyksiin ja selvittää sairauteen liittyvät asiat (Chow ym. 2019). Lääkärikiertoja leimaa usein kiire (Mattila ym. 2018). Lääkäriin potilaskohtainen aika on lyhyt, jolloin potilaan tarpeet ja näkemys hoidosta jää helposti huomiotta (Thörne ym. 2017, Oxelmark ym. 2018). Lääkärikierron potilaskohtainen aika on tutkimusten mukaan keskimäärin 5-6 minuuttia (Mattila ym. 2013, Darbyshiren ym. 2015). Myös keskustelun luottamuksellisuus ja yksityisyys kärsivät usean hengen potilashuoneissa (Lämsä 2013, Thörne ym. 2017, Oxelmark ym. 2018), jollaisia yliopistosairaaloiden potilashuoneet valtaosin vielä ovat.

Potilaiden tulisi olla aktiivisia osallistujia lääkärikierrolla (Chow ym. 2019, Redley ym. 2019). Riittämättömän vuorovaikutuksen on todettu vaikuttavan negatiivisesti potilaan kokemaan hoidon laatuun (Redley ym. 2019), ja passivoivan potilaita kiertotilanteessa (Gage 2013, Adams ym. 2018, Redley ym. 2019). Osa potilaista ottaa passiivisen roolin haluamatta osallistua hoitonsa päätöksentekoon (Saga ym. 2018, Gamp ym. 2019, Redley ym. 2019). Osallistuminen on vaikeaa, jos potilaat eivät ymmärrä kierron tarkoitusta tai lääkäreiden käyttämää kieltä (Oxelmark ym. 2018, Redley ym. 2019). Shih ym. (2018) tutkimuksessa 53 % potilaista

koki lääkäreiden käyttävän liikaa lääketieteellisiä termejä lääkärikierrolla. Potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä kierto on pyritty edistämään potilaiden osallistamisella sekä ammattilaisten vuorovaikutusta tehostamalla (Reimer & Herbener 2014, Lindsey ym. 2016, Cao ym. 2018).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia yliopistosairaalan lääkärikiirroista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkimustietoa, jonka avulla voidaan kehittää lääkärikiertoja potilaan kokemusten näkökulmasta.

Tutkimuskysymys on: millaisia kokemuksia potilailla on lääkärikierrosta vuodeosastohoidon aikana?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto kerättiin laadullisella, kuvailevalla tutkimusotteella yliopistosairaalan vuodeosastojen (N=7) potilailta (N=60) kirjoitelmilla touko-elokuussa 2017. Kirjoitelmilla tarkoitettiin tutkittavien vapaa-intoisia kirjallisia kuvauksia tutkittavasti aiheesta (Polit & Beck 2010). Tutkittavasta sisäänottokriteerinä oli tietoisesta suostumuksesta lisäksi tutkittavan oletettu fyysinen ja psyykinen kyvykyys kirjoittaa kokemuksestaan. Rekrytointi tehtiin potilasta hoitavien sairaanhoitajien toimesta vuodeosastojen alussa, koska hoitajaksot ovat yliopistosairaalassa lyhyitä, ja tutkimuksessa pyrittiin siihen, että tutkittavalla olisi useampia lääkärikiertoja hoidon aikana. Tutkimukseen suostuneet saivat vihkon, johon heitä ohjeistettiin kirjoittamaan vapaasti kokemuksiaan lääkärikierrosta. Vihkossa oli kirjoittamisen helpottamiseksi apukysymyksiä, kuten lääkärikierron odotukset ja nii-

den toteutuminen, tuen saanti sekä käytetyn kielen ymmärrettävyys.

Tutkittavat jättivät vihkoon vuodeosastohoidon päättyessä suljetussa kirjekuoressa osastolle. Tutkittavan taustatiedoista kerättiin sukupuoli, ikä, hoitoaika osastolla sekä tulotapa osastolle. Tutkimukseen osallistuneet olivat 20–85 vuotiaita, joista 53% oli naisia. Yli puolella (55%) vuodeosastohoito oli alkanut päivystyksellisesti. Keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli 6 vuorokautta (vaihteluväli 2–22 vrk), jolloin kaikilla tutkittavilla oli useampi lääkärintierto hoidon aikana. Tutkittavat olivat hoidossa eri lääketieteen erikoisalojen (gastrokirurgia, verisuonikirurgia, urologia sekä syöpätaudit) vuodeosastoilla. Lääkärintierroille osallistui tyypillisimmin 1–2 lääkäriä sekä potilaan hoidosta vastaava sairaanhoitaja, jotka yhdessä menivät tapaamaan potilasta hänen huoneeseen.

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä (Graneheim ym. 2017). Induktiiviseen lähestymistapaan päädyttiin, koska aikaisempaa aihetta käsittelevää tutkimusta on vähän ja olemassa oleva tutkimustieto on hajanaista (Elo & Kyngäs 2008). Kirjoitelma aineistoa kertyi yhteensä 56 sivua (A4, 1,5 rivinväli). Aineiston analyysi toteutettiin kaikkien vaiheiden osalta kahden tutkijan toimesta. Aineisto luettiin lävitse kokonaiskuvan muodostamiseksi. Tämän jälkeen siitä poimittiin tutkimuskysymystä vastaavat ajatuskokonaisuudet ja lauseet, jotka edelleen pelkistettiin ilmauksiksi. Sisällöllisesti samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samaan alaluokkaan. Ryhmittelyä jatkettiin edelleen yhdistämällä saman sisältöiset alaluokat yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Tuloksin oikeellisuuden varmentamiseksi alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja analyysin aikana (Graneheim ym. 2017). Luokkien muodostuminen on esitetty kuviossa 1.

Tulokset

Potilaiden kokemukset lääkärintierrosta on esitetty kuvioissa 1 ja 2.

Palvelukulttuurin toteutuminen

Potilaille tärkeää oli, että lääkäri *osoitti positiivista huomiota*, kuten sanallista kannustamista ja kehumista lääkärintierroksen aikana. Myös lääkärin hymy oli potilaille merkityksellistä. Muutamat kauniit sanat ja myötätunnon osoittaminen auttoivat potilasta tilanteessa selviytymisessä. Potilaat tarkkailivat lääkärin *sanatonta viestintää lääkärintierroksen aikana*. Tähän sisältyi huomioita siitä, miten lääkäri otti katsekontaktin potilaaseen sekä miten hän fyysisesti asemoi itsensä suhteessa potilaaseen. Fyysisistä etäisyyttä lääkäri sääteli sillä, miten lähelle potilasta hän asettautui. Potilaiden kokemusten mukaan lääkäri ilmensi läheisyyttä käsien asennolla, konkreettisesti samalle tasolle asettumisella istahtamalla potilaan viereen sängyn laidalla tai tuolille sekä ottamalla avoimen katsekontaktin. Vastaavasti potilaat huomioivat sen, mikäli lääkäri jäi seisomaan etäälle, vältteli katsekontaktia eikä hymyillyt.

”Positiiviset sanat potilaalle, joka oli jo tuskastumassa tilanteeseen, oli loistava asia”. (T8)

”Lääkäri seiso i koko kierron ajan kätet taskussa”. (T4)

”Lääkäri istui koko kierron ajan, ja katsoi koko ajan silmiin”. (T22)

Potilaat pitivät tärkeänä *kohteliaisuutta* lääkärintierroksen aikana. Kohteliaisuus merkitsi tavanomaisia asioita kuten tervehtimistä sekä esittäytymistä. Potilaat paheksuivat sitä, jos lääkäri ei esitellyt itseään. Potilaat eivät pitäneet sitä, mikäli kierrolla oli useita heille tuntemattomia henkilöitä, kuten

lääkäreitä ja opiskelijoita. Kohteliaisuus ilmeni myös lääkärin hyväntuulisuutena ja ystävällisyytenä.

”Ärsyttää se, että kierrolla on useampia henkilöitä, joista ei ole bajuakaan keittä he ovat. Toivoisin todella, että he esittäytyisivät, sillä saavatban he tietää minusta hyvin paljon ja arkaluonteisia asioita”. (T14)

Ajankäyttö ilmeni potilaiden kuvauksissa kiireisenä tai kiireettömänä lääkärin kohtaamisena. Potilaat ymmärsivät osin lääkärin kiireen, mutta odottivat kuitenkin aikaa keskustelulle. Lääkärinkierto on käytetty aika ei ollut sama asia kuin kierron kiireettömyys tai kiireisyys. Potilas saattoi kokea ajallisesti lyhyen hetken kiireettömänä ja kokonaisuutena positiivisena, mikäli koki kohtaamisen aitona ja keskeisiin asioihin ymmärrettävästi keskittyvänä. Toisaalta taas potilaat kaipasivat selkeästi enemmän aikaa lääkärin kohtaamiseen kierrolla. Potilaat olivat myös arkoja rakentamaan suhdettaan lääkäriin, mikäli heillä oli kokemuksia siitä, että lääkäriä ei tule häiritä ja viedä hänen aikaa.

”Kierto oli lyhyt, mutta mitään olennaista ei jäänyt väliin, ihan ok”. (T2)

”Toivoisin lääkäriällä olevan enemmän aikaa potilaalle... kyllä mua häiritsi kiireen tuntu”. (T36)

Vallan ilmenemistä potilaat kuvasivat siten, että lääkäri vähätteli heidän oireita ja tuntemuksia eikä ottanut heidän ajatuksia huomioon. Valta ilmeni myös siten, että potilas koki lääkärin odottavan häneltä auktoriteetin kunnioitusta. Potilaat myös aistivat sen, mikäli lääkäri kiinnostus potilaaseen oli teeskenneltyä.

”Lääkärin tapaamisessa korostui jollakin tapaa auktoriteetin vaade. En pitänyt asiasta, sillä koen ettei se edistä asi-

aani”. (T41)

”On hieman kornia, että lekuri on olevinaan kiinnostunut potilaan voinnista. Kysyy hymyillen vointia, mutta on samalla jo toinen jalka oven raossa menossa pois. Teeskentelystä paboittaa mielensä”. (T3)

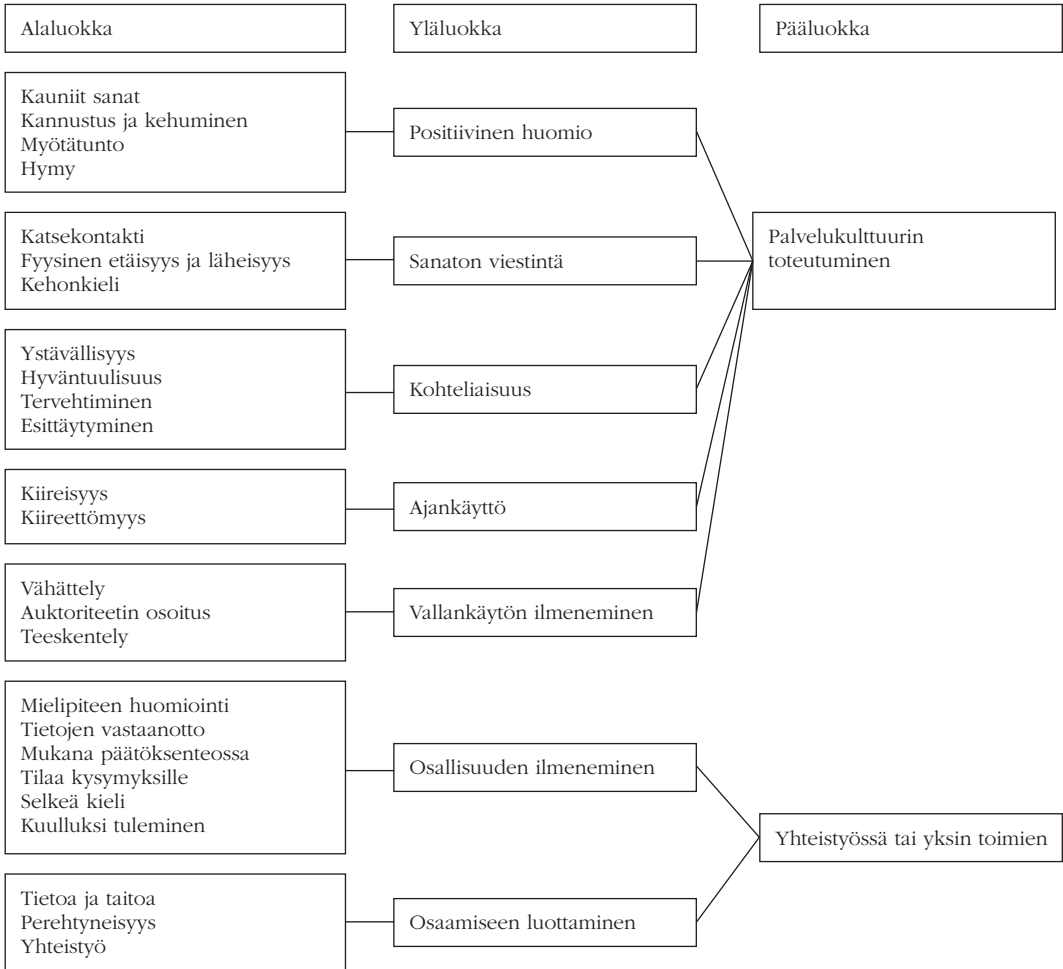
Yhteistyössä tai yksin toimien

Potilaiden kokemukset *osallisuuden ilmenemisestä* hoitoon ja päätöksentekoon liittyvissä asioissa polarisoituvat siten, että osa potilaista oli jäänyt oman hoitonsa ulkopuolelle ja osa oli osallisena omassa hoidossaan. Parhaimmillaan lääkäri kysyi potilaan mielipidettä asioista, kertasi hoidon etene- mistä sekä otti potilaan mukaan hoitoa koskevien ratkaisujen tekemiseen. Potilaat kokivat itsensä tärkeäksi, jos lääkäri kysyi kuumia ja otti heiltä vastaan tietoa lääkkeitä tai aikaisemmasta hoidosta. Potilaat kokivat, että osallisuuteen kuului mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada selkeitä vastauksia. Lääkärit käyttivät pääosin selkeää ja ymmärrettävää kieltä ilman ammattitermistä. Lisäksi potilaat kokivat, että osallisuuden sisältyi kuulluksi tuleminen, jonka potilaat kokivat toteutuneen hyvin tai puutteellisesti. Potilaat *luottivat pääasiallisesti lääkärin osaamiseen*. Potilaat eivät kyseenalaistaneet lääkärin tiedollista tai taidollista osaamista kiertotilanteissa vaan kokivat sen korkeatasoiseksi. Potilailla oli myös positiivisia kokemuksia lääkäreiden välisestä yhteistyöstä heidän asioidensa hoidossa.

”Potilaalle selvitettiin selkokielellä kaikki oleellinen... selvitettiin niin että maallikkokin ymmärsi”. (T24)

”Ongelmatilanteessa lääkäri konsultoi muita lääkäreitä, joten yhteistyökin näyttää pelittävän hyvin”. (T6)

Kuvio 1. Pääluokkien palvelukulttuurin toteutuminen ja yhteistyössä tai yksin toimien muodostuminen.



Emotionaalisen ja tiedollisen tuen epätasainen toteutuminen

Epävarmuus ja ristiriitaiset tunteet ilmenivät epätietoisuutena omasta tilanteesta, tulevaisuudesta sekä hoidon etenemisestä. Vaikka potilaat kokivat olevansa hyvässä hoidossa, he eivät välttyneet hämmennyksen tunteilta. Osalle potilaista oli vaikea käsittää asioita sekä hahmottaa omaa tilannettaan, eikä lääkärinkierto tuonut siihen selkeyttä. Käsittämättömyys aiheutti ahdistuksen tunteita ja lisäsi emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarvetta.

”Kierrosta jäi melko ristiriitainen olo ja mieltäni jäi painamaan hoitojen jatkuvuus ja oma tulevaisuus”. (T25)

Tilannetajun peittäminen ilmeni hienotunteisuuden puutteina asioita keskusteltaessa. Vaikka potilaat arvostivat suoraa ja rehellistä puhetta, he toivoivat huonojen uutisten kertomista hienovaraisesti. Potilailla oli kokemuksia, että kaikki lääkärit eivät osanneet huomioida tilannekohtaista vastaanottokykyä ja eivät osottaneet tukea.

”Leikkaava kirurgi sanoi konkreettisesti: suunniteltua leikkausta ei tehty, koska sai-

raus on parantumaton... näistä sanoista olin shokissa. Että miten se oli sanottu, ilman myötätuntoa, liian lyhyesti ja suoraan”. (T52)

Sairaanhoidtaja oli potilaille tärkeä tiedollisen tuen varmistaja ennen kiertoa, sen aikana sekä erityisesti kierron jälkeen. Potilaat kokivat, että sairaanhoidtajalla oli ajantasaisin tieto heidän tilanteestaan. Sairaanhoidtajalle oli helppompi esittää kysymyksiä kuin harvoin ja yhtäkkiä ilmestyvälle lääkärille. Lääkärintierto koettiin jännittäväksi tapahtumaksi, jossa kysymykset saattoivat unohtua. Potilaat kuvasivat, että sairaanhoidtaja kertasi ja tulkkasi kierrolla käsiteltäviä asioita ymmärrettävästi. Sairaanhoidtaja toimi myös potilaan viestinviejänä lääkärille, eikä potilailla ollut muuta tapaa tavoittaa lääkäriä vuodeosastohoidon aikana.

”Muutamia asioita jäi kysymättä lääkärikerrolla, mutta sain niihin vastaukset myöhemmin sairaanhoidtajalta”. (T58)

”Todellisuudessa kaava on potilas->hoitaja-> lääkäri... hoitajat ovat ainoa side lääkäriin”. (T13)

Lääkärintierto tarjosi potilaille mahdollisuuden *tiedolliseen tukeen keskittymiselle*. Tämä merkitsi faktatietoa omasta tilanteesta, kuten laboratoriotuloksista, toimenpiteistä, toipumisesta, jatkohoidosta sekä kotiutumisen ajankohdasta. Tiedollisen tuen saamista edisti se, että potilas kysyi itse aktiivisesti kierron aikana asioistaan.

”Olin itse skarppina ja kuuntelin tarkasti, niin sain paljon tietoa... tarkkaan kuulen lääkärin jokaisen sanan”. (T42)

”Kun kysyi, sai vastauksen, kirurgi vastasi kaikkiin kysymyksiini selkeästi”. (T21)

Käytänteiden ja toiveiden välinen ristiriita

Potilaat olivat yllättyneitä, että lääkärit vaihtuivat kierroilla, eivätkä he tienneet

miksi näin tapahtui. Potilaat toivoivat *pysyvyyttä*, sillä he kokivat lääkäreiden vaihtuvuuden hankaloittavan hoidon jatkuvuutta ja synnyttävän ristiriitaisuutta hoitolinjauksiin. Potilaat odottivat lääkärintiertoa, ja sen toivottiin tapahtuvan joka päivä samaan aikaan. Yllätyksenä tuli se, että lääkärintiertoa ei toteutettu viikonloppuisin. Potilaan kannalta arjella ja viikonlopulla ei ollut eroa, ja lääkärin tapaamisista odotettiin myös viikonloppuisin.

”Jokaisena päivänä kierroksen suorittaa uusi lääkäri, on vaikeaa käsitellä omaa sairauttaan eri lääkäreiden kanssa”. (T8)

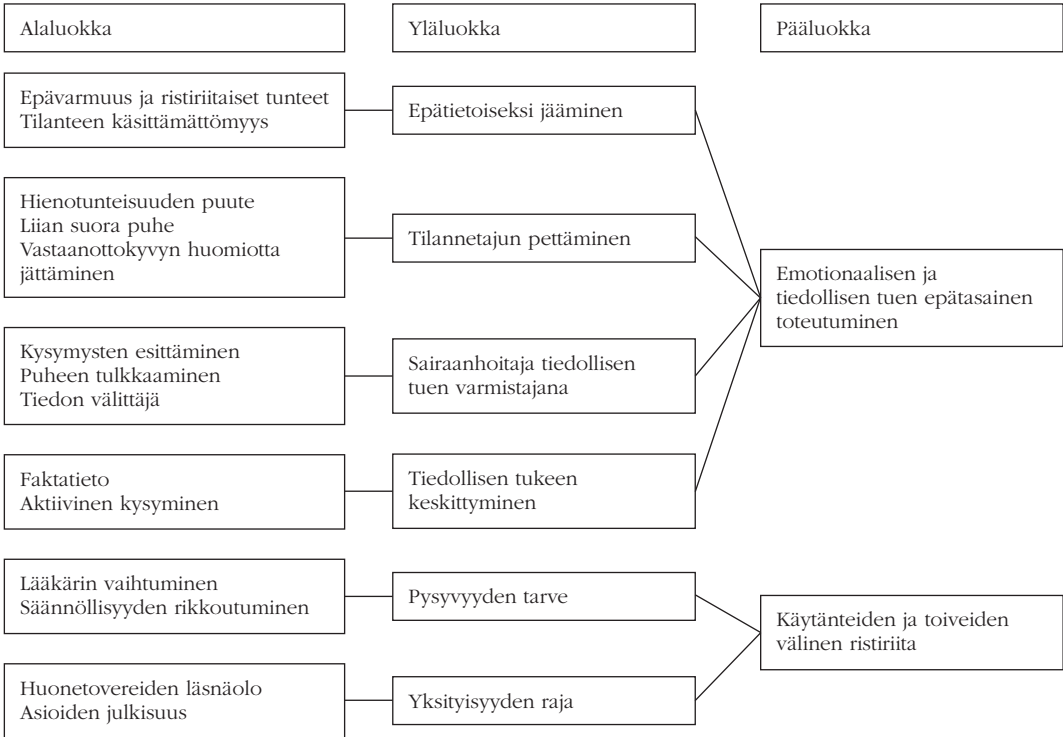
”Viikonloppuna ei ole lääkärintiertoa, miksi?... Petyin kun kuulin että sunnuntaisin ei ole lääkärintiertoa, joudun nyt odottamaan maanantaihin asti saadakseni tietoa leikkauksesta.” (T32)

Potilaiden *yksityisyyden raja* lääkärintierolla suhteessa muihin potilaisiin vaihteli hyväksyvästä suhtautumisesta yksityisyyttä rikkovaksi. Potilaat kuvasivat, että huonetoverit olivat sairaalassa samojen vaivojen vuoksi, ja vallitseva yhteishenki hyvä ja lojaali. Toisaalta taas potilaita häiritsi muiden potilaiden läsnäolo lääkärintieron aikana, ja vaikutti siihen mistä asioista he halusivat keskustella muiden kuullen. Potilaat toivoivat kahdenkeskeistä tapaamista lääkärin kanssa. Myös tietosuojaan liittyvät kysymykset nousivat esille potilaiden pohdinnoissa.

”Kanssapotilaiden läsnäolo ei vaikuttanut puheeni sisältöön ... meillä on täällä huoneessa tosi hyvä henki ja muiden kanssa jutellaan kaikenlaista...”. (T3)

”Olen aina ihmetellyt, kun näissä potilasasioissa painotetaan kovasti salassapitovelvollisuutta ja yksityisyyttä ja lääkärintierto on kaikkea muuta”. (T55)

Kuvio 2. Pääluokkien emotionaalisen ja tiedollisen tuen epätasainen toteutuminen ja käytänteiden ja toiveiden välinen ristiriita muodostuminen.



Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat kokivat lääkärintuon palvelutapahutmana. Tämä antaa viitteitä siitä, että potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten suhde on muuttumassa. Palvelulta potilaat odottivat lääkäriin osoittamaa verbaalista ja nonverbaalista ystävällisyyttä ja kohteliaisuutta sekä aitoa kiinnostusta. Palvelulla vaikutetaan myös potilaan mielialaan sitä edistävasti tai heikentävästi. Lääkärintuon ei ole irrallaan muusta hoitamisesta, ja siten tutkimuksessa esille tulleet palvelun elementit soveltuvat kokonaisuutena hoitamis-kulttuurin kehittämisen lähtökohdaksi, varsinkin kun niiden toteutumisessa on puutteita (Mattila ym. 2018, Redley ym. 2019). Potilaat kokivat vallankäytön passivoivana

ja osallistumismahdollisuuksia kaventavana (Saga & Thomassen 2018), ja odottivat tasavertaista osallistumista omaan hoitoonsa. Toimimalla yhteistyössä potilaan kanssa, lääkäri voi vaikuttaa siihen, minkälaisen roolin potilas omassa hoidossaan omaksuu.

Potilaille oli tärkeää saada tilanteeseensa nähden sopivaa emotionaalista ja tiedollista tukea lääkärintuon avulla. Lääkärintuon lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet ja toiveet, eivätkä vuodeosaston käytänteet ja rutiinit. Yliopistosairaaloiden lääkärintuon tulee palvella ja hyödyttää potilasta ja mahdollistaa hänelle lääkäriin päivittäinen tapaaminen. Kiireisillä vuodeosastoilla lääkärintuon on potilaalle usein ainut mahdollisuus lääkäriin tapaamiseen. Potilas tapaa vuodeosastohoidon aikana lääkäriä harvoin, ja tapaamiset ovat usein muutaman minuutin mittaisia. Potilaat myös arkailevat kiirei-

seksi mielletyn lääkärin ajan vaatimista. (Walton ym. 2016, Mattila ym. 2018, Shih ym. 2018.). Tällöin suhteesta harvoin muodostuu henkilökohtainen potilas-lääkäri hoitosuhde, vaan se näyttäytyy enemmänkin hoitoon liittyvänä tapahtumana, jolta odotetaan hyvää palvelua, yhteistyötä sekä emotionaalista ja tiedollista tukea.

Aikaisempien tutkimusten mukaisesti (Walton ym. 2016, McFarlan ym. 2019), potilaat kokivat sairaanhoitajan tärkeänä kierrolla. Heidän merkitys korostui erityisesti tiedollisen tuen varmistajana. Sairaanhoitajan rooli tiedollisen tuen antajana ja varmistajana korostuu lääkärikierron jälkeen, jolloin potilaat kaipaavat selvennystä kierrolla käsiteltyihin asioihin. Sairaanhoitaja on myös usein potilaan ainut side lääkäriin. On tärkeää, että sairaanhoitaja osallistuu lääkärikierrolle, mutta hänen tehtäviä siinä tulee selvittää. Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta tiedetään, että lääkärikierrolle osallistuvat sairaanhoitajat ovat passiivisia, ja toimivat heille ennalta määritellyt roolin, eikä potilaiden yksilöllisten tarpeiden kautta (Leino ym. 2017, McFarlan ym. 2019).

Potilaat odottivat lääkärikiertoa ja pitivät sen päivittäistä toistuvuutta tärkeänä. Tulee pohtia kuitenkin lääkärikierron erilaisia toteuttamistapoja. Lääkärikierto on perinteisesti ollut lääkärivetoinen (Lämsä 2013), jolloin potilaan vaikuttamismahdollisuudet sen toteuttamistapaan, ajankohtaan tai sisältöön ovat hyvin rajalliset. Viikonloppuisin lääkärikiertoa ei tyypillisesti ole, josta seuraa tyytymättömyyttä potilaalle. Samoin lääkärin vaihtuminen lääkärikierron ilman syyn ilmoittamista, herättää potilaissa epätietoisuutta (Shih ym. 2018).

Potilaille oli tärkeää rehellinen asioista puhuminen, mutta sen tuli tapahtua hienovaraisesti ja vastaanottokyky huomioiden. Tulosten perusteella voidaan todeta, että lääkäreiden käyttämä kieli on selkeää ja ymmärrettävää, toisin kuin aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esille (Shih ym. 2018). Tiedonsaaminen on kuitenkin jossakin mää-

rin potilaan aktiivisuudesta riippuvainen. Yllättävänä voidaan pitää sitä, että tietosuojaan liittyvät kysymykset eivät nousseet kovin ongelmalliseksi lääkärikierrolla. Jotakin viitteitä aineistossa oli kuitenkin siitä, että nuoremmat potilaat kokivat huonetovereidensä läsnäolon kiusalliseksi kierron aikana. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Mattila ym. 2013) lääkärikierron tietosuojakysymykset nousivat esille useamman hengen huoneissa. Potilaiden yksityisyyden raja näyttäisi tämän tutkimuksen perusteella olevan joustava, joko omasta halusta tai pakotetusti, sillä potilaalla ei useinkaan ole mahdollisuutta valita potilashuonettaan.

Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden tarkastelu perustuu laadullisen tutkimuksen arviointikriteereihin eli uskottavuuteen, siirrettävyyteen, seuraamuksellisuuteen sekä todeksi vahvistettavuuteen (Collingridge & Gantt 2008, Noble & Smith 2015). Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa onnistunut tutkimusmenetelmän valinta. Tutkittavien kuvaukset tarkasteltavasta ilmiöstä vaikuttivat rehellisiltä, ja kaikilla oli kuvauksia vähintään kahdesta lääkärikiertotilanteesta. Kirjoitelmien sisältö vaihteli kuitenkin niin, että osa kuvauksista oli monipuolisia ja osa lyhyen toteavia. Kuitenkin tutkittavien iso joukko vahvisti aineiston kattavuutta. Kirjoitelma on harvinaisen aineistonkeruu menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Kyngäs ym. 2011), ja tämän tutkimuksen kokemusten pohjalta sitä voi suositella aineistonkeruu menetelmäksi potilailla.

Tutkittavat painoutuivat tietyistä sairauksista kärsiviin potilaisiin ja tiettyjen erikoisalojen lääkärikiertoihin. Tätä voidaan pitää kuitenkin tulosten siirrettävyyden kannalta vahvuutena. Lääkärikierron toistuvuuden ja universaalien luonteen vuoksi tulokset ovat siirrettävissä yliopistosairaaloiden vuodeosastojen kontekstiin. Seuraamuksellisuutta ja todeksi vahvistettavuutta lisättiin siten,

että kaksi tutkijaa tarkasteli syntyneitä luokkia useita kertoja ja tiivistä niitä edelleen. Alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja tulkintojen oikeellisuuden ja luokkien toistensa poissulkevuuden varmistamiseksi. Aineistoa analysoitaessa varottiin tekemästä virhetulkintoja. Autenttisilla lainauksilla pyrittiin kuvaamaan analyysin tuloksena syntyneiden luokkia sisältöä (Collingridge & Gantt 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimusaiheen valinta oli perusteltu aiheen yleisyyden ja aikaisemman tutkimustiedon puutteen vuoksi. Tutkimuksella oli yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen eettisen toimikunnan puoltava lausunto (R12242) sekä tutkimuslupa organisaatiosta. Tutkijat olivat eettisesti sitoutuneita tutkimuksen tekemiseen, ja kaikissa tutkimuksen vaiheissa noudatettiin tieteellisen toiminnan eettisiä periaatteita (TENK 2012). Tutkittaville tuotiin esille suullisesti ja kirjallisesti osallistumisen vapaaehtoisuus sekä keskeyttämisen mahdollisuus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavat antoivat allekirjoitetun suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Lääkärinkierto on potilaalle tärkeä ja odotettu tapahtuma yliopistosairaalan vuodeosastoilla. Se on ennen muuta osa palvelua, eikä potilas lääkärintierolla muodosta hoi-

tosuhdetta lääkäriin. Palvelulta odotetaan ystävällisyyttä, tasavertaisuutta ja tukea, joilla vaikutetaan potilaan henkiseen hyvinvointiin. Potilaat ovat sensitiivisiä lääkärin sanalliselle ja sanattomalle vuorovaikutukselle ja vallan elementeille. Sairaanhoidaja on potilaan turva tiedollisen tuen varmistajana, mutta muutoin sairaanhoidajan tehtävät lääkärintierolla ovat potilaalle epäselvät. Lääkärintieroa ei toteuteta potilaslähtöisesti, vaan sitä ohjaa osaston käytänteet, aikataulut ja rutiinit. Tietosuojan turvaamiseksi potilailta tulee kysyä, mitä asioita hän haluaa julkisesti käsiteltävän useamman hengen potilashuoneissa.

Lääkärintieron potilaslähtöisyyden kehittäminen vaatii tutkimustietoa potilaan toiveista sekä uudenlaisten toimintamallien kokeiluista, kuten kierron toteuttamista erillisessä huoneessa tai sairaanhoidajavetoisesti (Catangui & Slark 2012, Thörne ym. 2017, Oxelmark ym. 2018). Lääkärintieroa tulee tutkia potilaan yksityisyyden ja tietosuojan näkökulmista. Jatkotutkimusaiheet liittyvät myös potilaan emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarpeiden, osallisuuden toteutumisen sekä lääkärintieron hyödyllisyyden kokemusten tutkimiseen.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: EM, KL, aineistonkeruu: EM, aineiston analysointi: EM, KL, käsikirjoituksen kirjoittaminen: EM, käsikirjoituksen kommentointi: KL.

LÄHTEET

- Adams HA. & Feudale RM. (2018) Implementation of a structured rounding tool for interprofessional care team rounds to improve communication and collaboration in patient care. *Pediatric Nursing* **44**(5), 229–246.
- Cao V., Tan L., Horn F., Bland D., Giri P., Maken K., Nam C., Scott L., Dinh V., Hidalgo D., Nguyen H. & Bryant C. (2018) Patient-centered structured interdisciplinary bedside rounds in the medical ICU. *Critical Care Medicine* **46**(1), 85–92.
- Catangui EJ. & Slark J. (2012) Nurse-led ward round: a valuable contribution to acute stroke care. *British Journal of Nursing* **13**, 801–805.
- Chow M., Nikolic S., Shetty A. & Lai K. (2019) Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives. *Emergency Medicine Australasia* **31**(3), 347–354.
- Collingridge DS. & Gantt E. (2008) The quality of qualitative research. *American Journal of Medical Quality* **23**(5), 389–395.
- Darbyshire D., Barrett C., Ross D. & Shackley D. (2015) Measuring ward round quality in urology. *International Journal of Risk & Safety in Medicine* **27**(1), 23–33.

- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107–115.
- Gage W. (2013) Evaluating handover practice in an acute NHS Trust. *Nursing Standard* **14**(12), 32–35.
- Gamp M., Becker C., Tondorf T., Hochstrasser S., Metzger K., Meinschmidt G., Langewitz W., Schäfer R., Bassetti S. & Hunziker S. (2019) Effect of bedside vs. non-bedside patient case presentation during ward rounds: a systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* **34**(3), 447–457.
- Graneheim UH., Lindgren B-M. & Lundman B. (2017) Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A Discussion Paper. *Nurse Education Today* **56**, 29–34.
- Herring R., Richardson T. & Caldwell G. (2013) Ward rounds: what goes around comes around. *Lancet* **381**(9864), 373–374.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2009) Tutkimus hoitotieteessä. WSOYPro Oy, Helsinki.
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M. & Kanste O. (2011) Sisällönanalyysi Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* **23**(2), 138–148.
- Leino K., Mattila E., Collin P. & Sand J. (2017) The nurse as the discussion opener during ward rounds: an observation study in the wards of a Finnish university hospital. *Journal of Nursing and Health Care Studies* **2**(6), 1–8.
- Lindsey B., Cooper D., Henderson C., James S., Katherine C., Fleckenstein L., Benscoter E., Nelson A. & David P. (2016) Improving communication during cardiac icu multidisciplinary rounds through visual display of patient daily goals justice. *Pediatric Critical Care Medicine* **17**(7), 677–683.
- Liu W., Manias E. & Gerdzt M. (2012) Medication communication during ward rounds on medical wards: Power relations and spatial practices. *Health* **17**(2), 113–134.
- Lämsä R. (2013) *Potilaskertomus. Etnografia potiluu-desta sairaalaosaston käytännössä*. Tutkimus 99, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Mattila E., Leino K., Collin P. & Sand J. (2013) Lääkärinkierto tutkimuskirjallisuuden valossa. *Duodecim* **129**(24), 45–50.
- Mattila E., Sand J., Collin P. & Leino K. (2018) Patient and organization- related factors associated with the duration of ward rounds for gastroenterological patients. *International Journal of Nursing and Health Care Research* DOI: 10.29011/IJNHR-126, 1000026.
- McFarlan S., O'Brien D. & Simmons E. (2019) Nurse-Leader Collaborative Improvement Project: Improving Patient Experience in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* **45**(2), 137–143.
- Montague M-L. & Hussain SS. (2006) Patient perceptions of the otolaryngology ward round in a teaching hospital. *The Journal of Laryngology & Otology* **120**(4), 314–318.
- Moret L., Rochedreux A., Chevalier S., Lombrail P. & Gasquet I. (2008) Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfactions. *Patient Education and Counseling* **70**(1), 94–101.
- Noble H. & Smith J. (2015) Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence Based Nursing* **18**(2), 34–35.
- Oxelmark L., Ulin K., Chaboyer W., Bucknall T. & Ringdahl M. (2018) Registered Nurses' experiences of patient in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **32**(2), 612–621.
- Parissopoulos S., Timmins F. & Daly L. (2013) Re-exploring the ritual of the ward round. *British Association of Critical Care Nurses* **18**(5), 219–221.
- Polit D. & Beck C. (2010) *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Redley B., McTier L., Botti M., Hutchinson A., Newnham H., Campbell D. & Bucknall T. (2019) Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study. *BMJ Quality & Safety* **28**(1), 15–23.
- Reimer N. & Herbener L. (2014) Round and Round We Go: Rounding Strategies to Impact Exemplary Professional Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing* **18**(6), 654–660.
- Saga E. & Thomassen O. (2018) The traditional doctor–patient roles may be disempowering the patient. *Norwegian Journal of Clinical Nursing* **12**(17), 1–15.
- Shih A., Addo-Tabiri O. & Sofair A. (2018) Patients' Perceptions of Bedside Rounding. *Southern Medical Journal* **111**(5), 281–287.
- Swenne CL. & Skytt B. (2014) The ward round-patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **28**(2), 297–304.
- Taulavuori T. (2018) Lääkärinkierron laadun kehittäminen ja tarkistuslista. *Duodecim* **134**, 2197–2201.
- TENK. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. PDF-julkaisu. <https://www.tenk.fi/fi/htk/ohje> (14.2.2020)
- Thörne K., Andersson-Gäre B., Hult H. & Abrandt-Dahlgren M. (2017) Co-producing interprofessional round work: designing spaces for patient partnership. *Quality Management in Health Care* **26**(2), 70–82.
- Walton V., Hogden A., Johnson J. & Greenfield D. (2016) Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance* **29**(4), 364–379.

Elina Mattila, TtT, arviointityöryhmän johtaja, Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiokeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala, PL 2000, 33521, Tampere, elina.mattila@psbp.fi

Kaija Leino, TtT, työryhmän johtaja, Toimialue 2, gastroenterologian ja syövänhoidon vastualueet, Tampereen yliopistollinen sairaala, PL 2000, 33521, Tampere, kaija.leino@psbp.fi