
Artikkeli

Prologi – puheviestinnän
vuosikirja 2015
32-51

Huonojen uutisten kertominen – vuorovaikutuksen haaste lääkärille



Marjanna Artkoski
tohtoriopiskelija, FM
Tampereen yliopisto
artkoski.t.marjanna@student.uta.fi

Marja-Leena Hyvärinen
yliopistonlehtori, FT
Itä-Suomen yliopisto
marja-leena.hyvarinen@uef.fi

Tiivistelmä

Lääkärin työssä vuorovaikutusosaamisella on keskeinen merkitys. Vuorovaikutuksen onnistuminen potilaan ja lääkärin välillä on yhteydessä hoitotuloksiin, hoitomotivaatioon ja potilaan kokemuksiin hoidon onnistumisesta. Eriytyisen vaativa on tilanne, jossa lääkärin tehtävänä on kertoa huonoja uutisia. Huonojen uutisten kertomisella tarkoitetaan yleensä tilannetta, jossa lääkäri kertoo potilaan terveydellisen tai toiminnallisen tilan muuttumisesta ratkaisevasti huonompaan suuntaan.

Huonojen uutisten kertomista on tutkimuskirjallisuudessa käsitelty runsaasti sekä lääkäreiden että potilaiden näkökulmasta. Tutkimusaihetta on lähestytty useimmiten määrällisesti ja tyypillisenä menetelmänä on käytetty puolistrukturoitua tai strukturoitua kyselyä. Sen sijaan laadullista tutkimusta aiheesta löytyy niukasti, eikä esimerkiksi puheviestinnän alalla ole tehty lääkäreiden omakohtaisiin kokemuksiin perustuvaa tutkimusta huonojen uutisten kertomisesta.

Artikkeli perustuu laadulliseen tutkimukseen, jossa haastateltiin 27 lääkärää eri terveydenhuollon sektoreilta ja kahdeksalta erikoistumisalalta. Taivoitteena on kuvata, millainen kokemus huonojen uutisten kertominen on lääkärille ja miten lääkärit toimivat kertoessaan huonoja uutisia potilailleen. Tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksessa ja huonojen uutisten kertomista koskevien käytänteiden kehittämässä.

Tutkimuksen lääkärit kokevat huonojen uutisten kertomisen haastavana ja emotionaalisesti kuormittavana. Emotionaalinen kuormitus tulee kahdesta suunnasta: lääkärin tulee tunnistaa ja käsitellä sekä omia että potilaan tunnekokemuksia. Enemmistö lääkäreistä suosii asiapainotteista toimintatapaa ja suoraa totuuden kertomista potilaalle. Koulutuksen tärkeä tehtävä on auttaa lääkäreitä tunnistamaan vuorovaikutusta koskevia odotuksia ja käsittelemään voimakkaita tunnekokemuksia.

Asiasanat: emootiot, huonot uutiset, lääkäri, potilas, vuorovaikutuskoulutus

Johdanto

Lääkärin työssä vuorovaikutusosaamisella on keskeinen merkitys. Lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä luo edellytykset hoidon onnistumiselle. Onnistunut vuorovaikutus auttaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa ja vaikuttaa sekä hoitotuloksiin että potilaan kokemaan hoitotyytyväisyyteen (Heritage & Maynard 2006; Maynard & Heritage 2005; Street Jr. ym. 2009). Vastaavasti huonosti toimiva vuorovaikutus voi estää hoidollisiin päämääriin pääsemisen, johtaa potilasvalituksiin ja jopa hoitovirheisiin (Brown, Steward & Ryan 2003; Reader, Gillespie & Roberts 2014).

Erityinen haaste on tilanne, jossa lääkärin tehtävänä on kertoa potilaalle tai hänen omaiselleen huonoja uutisia. Huonojen uutisten kertomisella tarkoitetaan yleensä tilannetta, jossa lääkäri kertoo potilaan terveydellisen tai toiminnallisen tilan muuttumisesta ratkaisevasti huonompaan suuntaan (Buckman 1992; Rowland & Lang 2007; Wright, Sparks & O’Hair 2013). Huonoja uutisia voivat olla esimerkiksi diagnoosin kertominen (diabetes, syöpä, skitsofrenia), tehdyn toimenpiteen epäonnistumisesta ilmoittaminen (leikkaus, sydämen pallolaajennus) tai potilaan kuolemasta kertominen.

Vain harva lääkäri välttyy huonojen uutisten kertomiselta työuransa aikana. Huonojen uutisten kertominen haastaa lääkärin vuorovaikutusosaamisen aivan erityisellä tavalla. Lääkärin edellytetään voittavan potilaan luottamuksen, luovan myönteistä ja turvallista ilmapiiriä empaattisuudellaan ja muistavan myös potilaan läheisten tarpeet tukeen ja lohdutukseen. Tällaiset tilanteet ovat usein emotionaalisia, jolloin molempien osapuolten tunteet voivat vaikuttaa olennaisesti hoitosuhteeseen sekä tiedon kulkuun lääkärin ja potilaan välillä (Artkoski 2007; du Pré 2002). Vuorovaikutuksen epäonnistuminen saattaa johtaa potilaan tyytymättömyyteen ja lääkäri-potilassuhteen katkeamiseen.

Aiempaa tutkimusta

Huonojen uutisten kertomista on tutkimuskirjallisuudessa käsitelty runsaasti sekä lääkäreiden että potilaiden näkökulmasta (Fujimori ym. 2005; Fujimori ym. 2007; Fujimori & Uchitomi 2009). Tyypillisesti on tutkittu syöpälääkäreitä ja heidän potilaitaan. Tutkimuksissa on muun muassa selvitetty, millaisia vuorovaikutustaitoja lääkärit tarvitsevat tai millaiset toimintatavat olisivat tehokkaita huonojen uutisten kertomi-

nessa (Heritage & Maynard 2006; Shaw, Dunn & Heinrich 2012; Sparks ym. 2007). Lääkärin keskeisiksi taidoiksi on määritelty kuunteleminen, verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä sekä taito osoittaa emotionaalista tukea potilaalle. Pelkkä diagnoosin kertominen ei yksin riitä, vaan potilaat tarvitsevat lääkäriltään myös ymmärrystä ja tukea, jonka on todettu vaikuttavan merkittävästi sairauden kokemiseen, hoitoon sitoutumiseen ja hoitovasteen tehostumiseen (Street Jr. ym. 2009). Lääkärin tehtävä on tunnistaa potilaan tunnetiloja, reagoida niihin ja käsitellä huonojen uutisten herättämiä reaktioita ja tunteita – sekä potilaan että itsensä kannalta (Fields & Johnson 2012; VandeKieft 2001). Näistä seikoista johtuen huonojen uutisten kertominen on lääkärille emotionaalisesti kuormittavaa, minkä vuoksi aihetta käsittelevän koulutuksen tarjoaminen on tärkeää jo lääketieteen perusopinnoissa (Harrison & Walling 2010; Shaw, Brown & Dunn 2013)

Koska huonojen uutisten kertominen on monitahoinen ja vaativa tilanne sekä lääkärille että potilaalle, tutkimuksissa on kehitetty erilaisia malleja ja ohjeistuksia helpottamaan ja tehostamaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta (Fields & Johnson 2012; Harrison & Walling 2010; VandeKieft 2001). Näitä malleja on tuotettu erityisesti syöpälääkäreiden tarpeisiin (Buckman 2005; Sparks ym. 2007; Villagran ym. 2010). Esimerkiksi lineaarisesti etenevän ohjeistuksen (SPIKES) mukaan lääkärin tulee kertoa huonot uutiset vaiheittain, tietyssä järjestyksessä, täsmällisesti ohjeessa annetun kaavan avulla (Baile ym. 2000). Osin kritiikkinä edellisen mallin lääkärikeskeisyydelle Villagran ja kumppanit (2010) loivat oman mallinsa (COMFORT), joka auttaa lääkäreitä kertomaan huonot uutiset potilaskohtaisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. Mallien soveltamista koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että niiden käyttö tehostaa sensitiivistä ja empaattista vuorovaikutusta ja tuottaa hyvinvointia sekä lääkärille että potilaalle (Fujimori ym. 2014; Güneri, Epstein & Botto 2013). Toisaalta on väitetty, etteivät mallit takaa lääkäri-potilasvuorovaikutuksen onnistumista eikä mallien käyttöä ole tutkittu riittävästi (Fallowfield & Jenkins 2004).

Potilaiden näkökulmasta huonoja uutisia koskevaa tutkimusta on tehty useissa eri maissa ja kulttuureissa. Yhteistä näille tutkimuksille on, että ne korostavat joko pelkän informaation antamista tai informaation soveltamista potilaan vastaanottokyvyn mukaan, totuuden kertomista, vuorovaikutustaitojen merkitystä sekä emotionaalisen tuen tärkeyttä (Eng ym. 2012; Fujimori & Uchitomi 2009; van Vliet & Epstein 2014). Vaikka potilaat odottavat tietoa diagnoosista, he odottavat myös tunteiden huomioon ottamista (Arbabi ym. 2014). On osoitettu, että potilaan tyytyväisyyttä ja hyvinvointia ennustaa erityisesti lääkärin toiminta tilanteessa: mitä lää-

käri puhuu, miten hän puhuu ja millaiseksi ympäristö tilanteessa muotoutuu (Ptacek & Ptacek 2001). Lisäksi huonojen uutisten kertomiseen on todettu liittyvän kulttuurikohtaisia piirteitä. Esimerkiksi tarve kuulla huonot uutiset yhdessä läheisten kanssa on tutkimusten mukaan paljolti kulttuurisidonnaista (Arbabi ym. 2014; Fujimori & Uchitomi 2009).

Huonojen uutisten tutkimusaihetta on lähestytty useimmiten määrällisesti ja tyypillisenä menetelmänä on käytetty joko puolistrukturoitua tai strukturoitua kyselyä (Arbabi ym. 2014; Fujimori & Uchitomi 2009; Ptacek & Ptacek 2001). Tämä on sama suuntaus kuin suurilla aineistoilla tehdyissä terveydenhuoltoalan vuorovaikutus- ja tyytyväisyystutkimuksissa. Sen sijaan laadullista tutkimusta aiheesta on julkaistu niukasti. Potilaiden kokemuksia on jonkin verran tutkittu laadullisilla menetelmillä, mutta lääkäreistä vastaavaa tutkimusta on vaikea löytää.

Suomessa huonojen uutisten kertomista koskevaa tutkimusta on julkaistu varsin vähän, ja se noudattaa samoja periaatteita kuin kansainvälinen tutkimus eli keskittyy syöpälääkäreihin ja on tutkimusotteeltaan määrällistä, lähinnä kyselytutkimusta. Kahdessa suomalaistutkimuksessa (Katainen, Schmitt & Piha 2005; Peura & Brommels 2000) selvästi todetaan lääkäreiden tarve kyetä paremmin kertomaan potilaille hoitomahdollisuuksista, prognoosista ja kuolemasta. Niin ikään lääkärit pitävät tärkeänä, että potilaiden tunteet otetaan huomioon, tunteita käsitellään huonojen uutisten kertomisen yhteydessä ja että lääkäreitä koulutetaan tähän tehtävään.

Vuorovaikutusopinnot vakiintuivat sekä ulkomailla että Suomessa osaksi lääketieteen perustutkimtoa 1990-luvulla (Aspegren 1999, Hargie ym. 2010; Pyörälä & Hietanen 2011). Vaikka vuorovaikutusopintojen laajuudet, sisällöt ja käytännöt eri yliopistoissa vaihtelevat, huonojen uutisten kertomista käsitellään nykyisin lääkärinkoulutuksessa (Barnett ym. 2007; Fallowfield & Jenkins 2004). Vuorovaikutuskoulutuksen tuloksia koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että kokemukselliset oppimismenetelmät ovat tehokkaita ja soveltuvat hyvin lääkäreiden koulutukseen (Koponen 2012; Niemi-Murola 2015). Opiskelijat esimerkiksi harjoittelevat vakavasti sairaan potilaan kohtaamista simuloitujen potilaiden kanssa ja keskustelevat aiheesta kliinisen opettajan johdolla (Pyörälä & Hietanen 2011). Lisäksi erityisesti syöpälääkäreiden erikoiskoulutuksissa huonojen uutisten kertominen on ollut yksi koulutusteema jo parin vuosikymmenen ajan (Faulkner & Maguire 1999; Hietanen 1996; Peura 2001). Huonojen uutisten kertomista pidetään kuitenkin niin haastavana, että sitä tulisi harjoitella ja kehittää muun ammattitaidon ohessa. Aihetta koskevaa koulutusta tulisi olla mukana lääkärinkoulutuksen eri vaiheissa (Lönngqvist 2014).

Tiivistäen voidaan sanoa, että huonojen uutisten kertominen on hyvin sensitiivinen aihe ja samalla yksi tärkeimmistä ja vaativimmista tehtävistä lääkärin työssä (Harrison & Walling 2010). Määrällisesti painottuneen tutkimuksen rinnalle tarvitaan laadullista tutkimusta, jossa lääkärit saavat vapaasti omin sanoin kertoa huonojen uutisten kertomiseen liittyvistä kokemuksistaan. Lääkäreiden kokemusten ja pohdinnan kuvaaminen auttaa ymmärtämään, millaisesta prosessista on kyse. Koulutuksen ja hyvien käytänteiden kehittämiseksi tarvitaan myös tietoa, miten lääkärit toimivat kertoessaan huonoja uutisia. Näitä asioita selvitettiin tässä tutkimuksessa haastatteleamalla jo pitkään ammatissaan toimineita lääkäreitä useilta erikoisaloilta. Tavoitteena oli kuvata 1) millaisia kokemuksia lääkäreillä on huonojen uutisten kertomisesta ja 2) miten lääkärit kertovat huonoja uutisia potilailleen.

Tutkimusaineisto ja analyysi

Tutkimukseen haastateltiin vuosina 2006–2009 yhteensä 27 lääkäriä, jotka toimivat kahdeksalla erikoisalalla: pediatria (4 lääkäriä), syöpätaudit (3), psykiatria (2), keuhkosairaudet (1), gynecologia (4), sisätaudit (5), yleislääketiede (7) ja kirurgia (1).

Haastatelluista 11 oli miehiä ja 16 naisia kolmesta eri sairaanhoitopiiristä. Naisista 12 toimi julkisella sektorilla, kolme yksityisellä ja yksi molemmilla sektoreilla. Seitsemän mieslääkärinä toimi julkisella, kaksi yksityisellä sektorilla ja kaksi molemmilla. Lääkäreiden ikä vaihteli 31 ja 67 vuoden välillä. Mieslääkäreiden (ML) keski-ikä oli 56 vuotta ja naislääkäreiden (NL) 48 vuotta. Haastateltaviksi etsittiin työvuosiltaan erilaisia lääkäreitä, mutta kuitenkin vähintään kuusi vuotta työssään toimineita. Lääkäreistä kaksi nuorinta olivat erikoistumisvaiheessa, mutta kumpikin oli toiminut lääkärinä jo kuusi vuotta. Kaikki muut lääkärit olivat toimineet ammatissaan yli kymmenen vuotta, vanhimmat yli kolmekymmentä vuotta. Yksi haastatelluista oli taustaltaan ulkomaalainen, yhdellä oli puoleksi pohjoismaainen tausta.

Koska tutkimusaihetta voidaan pitää arkaluontoisena ja lääkärin persoonan tai yksityisyyteen läheisesti liittyvänä, tutkimusaineisto päädyttiin keräämään harkinnanvaraisesti lumipallo-otannalla (Frey, Botan & Kreps 2000; Lindlof & Taylor 2011). Ensimmäisiin haastateltaviin saatiin yhteys sairaanhoitopiireissä työskentelevien sairaanhoitajien avustuksella. Tämän jälkeen kukin lääkäri ehdotti seuraavaa haastateltavaa omista verkostoistaan. Tällä menetelmällä onnistuttiin tavoittamaan useiden erikoisalojen lääkäreitä, joilla on runsaasti tietoa ja kokemusta huonojen

uutisten kertomisesta (Eskola & Suoranta 1998, 65; Tuomi & Sarajärvi 2002, 88-89). Tutkimusaineiston keruuta jatkettiin niin pitkään että saturaatiopiste saavutettiin: haastatteluissa ei noussut esille enää uusia näkökulmia tutkimusaiheesta. Eri vuosina tehtyjen haastatteluiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja.

Haastattelutilanteessa lääkäreitä pyydettiin ensin kertomaan yksi erityisesti mieleen jäänyt kokemus huonojen uutisten kertomisesta. Osa lääkäreistä viittasi useampaan kokemukseen, osa kertoi selkeästi yhden kokemuksen. Tässä vaiheessa haastattelija ei ohjannut lääkärin kertomusta vaan antoi lääkärin vapaasti kertoa valitsemastaan tapauksesta. Vapaa kertonta oli eräänlainen lämmittely aihepiiriin ja varsinaiseen haastatteluun. Seuraavaksi haastattelija esitti kysymyksiä huonojen uutisten kertomiseen liittyvistä kokemuksista ja siitä, miten lääkäri kertoo huonot uutiset potilailleen. Lääkäreiltä kysyttiin esimerkiksi millainen kokemus huonojen uutisten kertominen on, mikä kokemuksen syntymiseen vaikuttaa, miten omaiset vaikuttavat tilanteeseen, missä tilanteessa ja millä tavoin lääkäri kertoo huonot uutiset sekä miten lääkäri ottaa huomioon tunteet ja erilaiset kohderyhmät. Kysymykset toimivat haastattelurunkona, jonka avulla haastattelija pyrki systemaattisesti keräämään tietoa valituista teemoista. Haastattelut olivat pääosin vapaamuotoisia keskustelutilanteita, joissa lääkäri kuvasi kokemuksiaan ja toimintatapojaan omaehtoisesti. Osa lääkäreistä vastasi kohta kohdalta haastattelijan esittämiin kysymyksiin. Joidenkin lääkäreiden vastaukset olivat lyhyitä, osa taas kertoi runsaammin kokemuksistaan ja toimintatavoistaan.

Ääninauhoitettujen haastatteluiden kesto vaihteli 39 ja 125 minuutin välillä. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja merkittiin tunnistetiedoin. Litteroitua aineistoa syntyi 325 sivua (kirjasinkoko 12, riviväli 1,5).

Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysimenetelmällä (Tuomi & Sarajärvi 2002). Sisällönanalyysi antoi mahdollisuuden tarkastella aineistoa induktiivisesti kokonaisuutena ja nostaa esille mahdollisimman laajasti ja moniulotteisesti ”lääkäreiden omaa ääntä” ilman ennalta määriteltäviä teorioita tai analyysirunkoa. Analyysiprosessin luotettavuus pyrittiin varmistamaan keskustelemalla analyysistä ja esittelemällä alustavia tuloksia tutkijayhteisössä useissa eri vaiheissa.

Analyyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistoa luettiin kokonaisuutena yleiskuvan saamiseksi, minkä jälkeen tarkasteltiin yksityiskohtaisesti aineistosta esiin nousevia ilmaisuja: sanoja, mielipiteitä, tarinoita ja yhteneviä ajatuksellisia kokonaisuuksia, joissa lääkärit käsitelivät huonojen uutisten kertomista. Seuraavaksi ilmaisuista etsittiin keskinäisiä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden perusteella aineisto ryhmiteltiin

ilmaisuja kuvaaviin temaattisiin luokkiin. Temaattisesti samaa tarkoittavat tai lähellä toisiaan olevat ilmaiset koottiin samaan luokkaan (alateemaan) ja jokaiselle syntyneelle luokalle annettiin alkuperäisilmaisuja mahdollisimman hyvin kuvaavat nimet. Lähellä toisiaan olevat luokat yhdistämällä muodostui analyysiprosessin lopputuloksena aineistoa kuvaavat pää- ja alaluokat, jotka kuvataan tuloksissa. Lisäksi aineistosta esitetään lainauksia, joiden tarkoituksena on antaa lukijalle havainnollistavia esimerkkejä ja mahdollisuus tehtyjen tulkintojen arvioimiseen. Lainausten jälkeen suluissa ilmoitetaan tutkittavan sukupuoli (nainen, NL tai mies, ML) ja tutkimusnumero.

Tulokset

Haastatteluaineistosta muodostui kaksi pääluokkaa: lääkäreiden kokemukset huonojen uutisten kertomisesta ja huonojen uutisten kertomisen strategiat. Lääkäreiden kokemukset muodostuivat seuraavista alaluokista: huonojen uutisten kertomisesta aiheutuva *emotionaalinen kuormittavuus, tilanteen ennakoimattomuus, monitulkintaisuus, omaisten läsnäolo tilanteessa* sekä *lääkäriin tarvitsema tuki*. Vastaavasti huonojen uutisten kertomisen strategiat muodostuivat seuraavista lähestymistavoista (alaluokista): *faktapainotteinen, suhdekeskeinen/emotionaalinen, sekventiaalinen, totuuden kertomista korostava* ja *potilasta suojaava* strategia huonojen uutisten kertomiseen.

Lääkäreiden kokemukset huonojen uutisten kertomisesta

Aineiston perusteella huonojen uutisten kertominen on lääkäreille usein vaikea ja raskas kokemus. Lääkäreiden tulee osata toimia potilaskohtaisesti, olla läsnä, kyetä vastaamaan kysymyksiin ja reagoimaan potilaan tunteisiin, kuten uutisen herättämään ahdistukseen. Lääkärille muotoutuu tilanteessa eräänlainen kanssakulkijan ja tukijan rooli, minkä he kokevat *emotionaalisesti kuormittavana* siitä huolimatta, että useilla lääkäreillä oli siitä runsaasti kokemusta.

”... se oli taas niinkun aikamoinen ponnistus mulle itsellekin, vaikka mä joudun sitä hirveesti tekemään... eihän siinä auta kun rehellisesti kertoo, mitä on tehty, nähty, ja miltä se nyt vaikutti... Ja kulkee siinä mukana ja olla läsnä, vastata kysymyksiin, antaa potilaan olla ahdistunu.” (NL16)

Lääkärit kertoivat joutuvansa kohtaamaan ihmisen tuskaa, luopumisen, menetyksen ja surun tunteita. Vuorovaikutuksen haaste on erityisesti se,

millaisia tunnereaktioita potilaassa herää ja miten lääkäri onnistuu tulkitsemaan ja käsittelemään näitä tunnekokemuksia.

”Ja sen asian kertominen tälle nuorelle tytölle, jolle elämä, niinku kaikki oli edessä, niin se oli itselle ihan järkyttävän vaikeeta... itse asiassa hän miettii tässä, että eihän hän voi surra sellasta...joita hän olis menettäny, joita hän ei ole vielä saanutkaan... ja ainoo suru, jota hän suostu suremaan oli vanhempien suru...(NL14)

”Niin ei kai siinä muuta pysty, kun jollakin tapaa sitä järkytystä kohtamaan...niin että jotenkihan siitä tilanteesta on jatkettava eteenpäin, niin helpottamaan sitä jotenkin, eeh siitä tilanteesta selviämistä...” (ML8)

Myös empatian osoittamisen tärkeys ja lääkärin omat tunnereaktiot tilanteessa korostuvat aineistossa. Emotionaalinen kuormitus tulee kahdesta suunnasta: lääkärin tehtävänä on tunnistaa ja käsitellä potilaan tunnekokemuksia ja samalla ottaa huomioon myös omat tunnekokemuksensa.

”Ja tietyllä lailla se tuska, mikä oli ennen sitä kertomista, se oli minulle tietyllä lailla lääkärinä semmonen uus kokemus, miten paljon empatia vaikuttaa lääkäriin, kun sä koet etukäteen sitä ihmisen menetystä ja tuskaa.” (NL14)

Lääkärit käyttivät huonojen uutisten viestintää koskevissa vastauksissaan usein sanoja *asia*, *fakta* ja *ammatti*, *ammattillisuus*, *professionaalisuus* sekä *rooli*. Omista emootioistaan tai empatiasta puhuessaan osa lääkäreistä siirsi puheensa mielellään ammatillisuuteen tai lääkärin rooliin. Vastaavasti osalla lääkäreistä tunteet ja niiden ilmaiseminen olivat selkeästi mukana.

”... mä varmastikin näytän, että mä välitän ja näytän omia tunteita, sitä omaa ahdistusta, vaikka sitä yrittää olla ammattilainen ja pysyä siinä roolissa tommosissa tilanteissa...oot siinä niin mukana, ett sua ahdistaa itsekin se...En mä pysty sitä peittämään ja se on sitä normaalia vuorovaikutusta, ihmisestä ihmisille...” (NL16)

Aineistosta kävi ilmi *tilanteiden ennakoimattomuus* yhtenä huonojen uutisten kertomiselle tyypillisenä kokemuksena. Esimerkiksi osa lääkäreistä oli joutunut kertomaan potilaan kuolemasta ilman minkäänlaista valmennusta. Myöskään ulkoiset olosuhteet eivät olleet välttämättä parhaat mahdolliset keskusteluiden käymiseen. Lääkärit toivat esille, ettei rauhal-

lista ja erillistä tilaa tai omaa työhuonetta ole aina saatavilla. Vakavat ja surulliset asiat voidaan joutua ilmoittamaan karusti sairaalan käytävällä tai jopa siivouskomerossa, kuten eräs lääkäreistä kertoi.

Huonojen uutisten kertominen voi myös muodostua rutiiniksi. Näin oli tapahtunut osalle tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä erikoistumisen jälkeen. Rutiiniksi mainittiin esimerkiksi syöpädiagnoosin ilmoittaminen potilaalle, potilaan kuolemasta kertominen läheisille tai pitkäaikaisairausten, kuten HIV-diagnoosin vahvistaminen.

Aineisto paljastaa edelleen, että huonojen uutisten kertomisesta tehdään erilaisia, jopa toisilleen täysin vastakkaisia tulkintoja, eikä lääkäri aina tiedä, mistä asiasta tai toimintatavasta potilaan väärinymmärrys voi syntyä. Tilanteet muodostuvat helposti *monitulkintaisiksi*. Lääkäriin tulisi tunnistaa kunkin potilaan yksilöllisiä odotuksia, mutta käytännössä potilaan odotukset ja lääkärin tekemät ennako-oletukset tai tulkinnat voivat mennä ristiin. Tästä syystä huonojen uutisten kertominen on hyvin yleinen potilasvalitusten aihe. Lääkärit kokivat ammattitaitoon tai viestintään kohdistuvat valitukset ikävinä, työtä ja aikaa vaativina ja kiusallisina koko työyhteisölle. Lisäksi osa piti valituksia asiattomina ja niiden taustalla olevien syiden hahmottamista vaikeana.

”Monta kertaahan on semmonen tilanne, että potilas syyttää diagnoosintekijöitä, että ”ei huomannu sitä”, ja ”se lääkäri ei kuunnellu minua, ja siitä johtuu, että tää tauti on niin pitkällä...” (NL13)

”...pari valitusta, jotka on muhun kohdistunut tai joihin olen joutunut osallistumaan. Toinen oli jossa vanhemmat reklamoivat tota sydänvikaisen lapsen hoidosta...kun ne vanhemmat syytti, etten mä ollut tervehtiny. Olin sanonu kädestä päivää. Et emmä tiedä, mitä ne vaati.” (ML7)

Vaativat omaiset ja ylipäätään *omaisten läsnäolo tilanteessa* oli yksi lääkäreiden kokemuksiin vaikuttava tekijä. Lääkärit kannattivat omaisten mukanaoloa potilaan tukena siitä huolimatta, että esimerkiksi toisista kulttuureista tulevien poikkeavat tavat saattoivat tuoda lääkäreille lisähaasteita.

”Kyllä se ehkä vähän vaikuttaa. Kyllä se on niinku vaativampaa, kun siinä on kahdet erilaiset korvat, jolloin siinä on vielä eri tilanne...se on kuitenkin potilaslähtöstä et siinä on se toinen useimmis tapauksissa.” (NL12)

Koska huonojen uutisten kertominen oli useimpien lääkäreiden mielestä vaikea tehtävä, he painottivat vanhempien kollegoiden kokemuksen, hyvien esikuvien sekä kollegiaalisen *tuen tarvetta* ja merkitystä.

”Muistan ensimmäisen potilaani päivystäessäni keskussairaalaassa, niin sattui olemaan kätkykuollut lapsi. Niin hänen kohdallaan minun oli pakko soittaa takapäivystäjälleni, ja kysyä että tää lapshan on kuollu, että mitä mun pitäis tehdä? Niin hän sanoi kokemuksen tuomalla varmuudella, että yritä nyt edes lohduttaa niitä vanhempia.” (ML8)

Yliempaattisuuden ja burnoutin uhan todennäköisyys välittyi lääkäreiden kertomuksista. Osa lääkäreistä puhui työnohjauksen tarpeesta vaativien potilastapaamisten jälkeen. Aineiston perusteella työpaikoilla on epävirallisia käytänteitä ja kollegiaalisen avun muotoja kokemusten käsittelyyn.

”Ja meillä on tällöinen keskinäinen konsultaatiosysteemi, jossa voimme keskustella haastavista tilanteista ja vanhempien kollegoiden kanssa... Aina on joku, joka on mestari... jossain sairausprosessissa. Ja jotkut on sitten omien kokemustensa perusteella tällöisiä hahmoja, joilta saa tällaisen työohjauksellisen kommentin tilanteeseen.” (ML8)

Huonojen uutisten kertomisen strategiat

Tavallisilla lääkärikäynneillä vaihdetaan informaatiota eli lääkäri kysyy ja potilas tuottaa lääkärille oireiden tulkintaan ja hoitolinjaukseen tarvittavaa tietoa. Lääkäri puolestaan kertoo potilaalle tulkintansa potilaan oireista ja niiden hoidosta. Huonojen uutisten kertomisessa keskustelun painopiste muuttuu siten, että lääkäristä tulee informaation lähde ja potilaasta pääasiallisesti tiedon vastaanottaja. Tyypillistä näyttää tämän tutkimuksen mukaan oleva se, että lääkäri määrittelee, mitä hän kertoo ja miten hän kertoo uutiset potilaalleen. Myös vuorovaikutussuhteen rakentuminen tapahtuu paljolti lääkärin ehdoilla. Aineistosta ilmenee, että joissakin tapauksissa lääkäri vain kertoo esimerkiksi potilaan kuolemasta tämän omaisille tai vakavan diagnoosin potilaalle, joka sitten siirtyy toiselle lääkärille hoidettavaksi. Vuorovaikutus muodostuu lähinnä informatiiviseksi, jossa lääkärin toiminta on *faktapainotteista*.

”... hmm mä mietin ne faktat, tällöiset lääketieteelliset tosiasiat, ja pyrin tota valmistautuun sellasiin tota tiedollisiin kysymyksiin, joita on tulossa eli onko jotain tehtävissä.” (NL7)

”...mä oon ihan varma, että psyykkinen komponentti paranemisessa on erittäin tärkeä ja on syytä kannustaa siinä, mut faktat täytyy olla. Siit mä pidän kyllä kiinni, et mä en kaunistele sitä diagnoosia, vaan mä sanon sen todenmukaisesti, mutta ehkä hiukan niinku alussa tunnustellen.” (ML3)

”... että jos mä kerron jotakin vakavia asioita, niin mä menen yleensä heti asiaan, kun normaalisti lasten vastaanotolla kysytään ensin et mitä sä teit syyslomalla tai jotakin muuta tällasta, niin. Niin mä yleensä jätän tän niinkun osion varsin vähälle, menen heti asiaan että tulit tänne nyt kuulemaan ne viimekertaisen tutkimuksen tuloksia, ja nyt minulla on niitä.” (NL2)

Useat lääkäreistä kertoivat hyödyntävänsä keskusteluissa esimerkiksi potilaan elämänpiiriin soveltuvia ilmaisuja (kuten maatalouden termejä) ja keskustelunaiheita (kuten autonkorjaus) päästäkseen lähemmäksi potilasta. Aineiston perusteella lääkärit ovat yksimielisiä siitä, että potilaalle puhutaan selvää suomen kieltä ja vältetään lääkärikieltä.

Lääkäreiden kuvauksissa ilmeni pyrkimys potilaiden yksilölliseen kohtaamiseen ja heidän kunnioittamiseensa. Tällöin huomio kohdistui vuorovaikutuksen suhdetasoon (potilaaseen) ja siihen, miten lääkäri kertoo potilaalleen huonot uutiset. Tästä voidaan käyttää nimitystä *suhdekeskeinen* tai *emotionaalinen lähestymistapa* huonojen uutisten kertomiseen. Suhdekeskeisesti asennoituvat ja työskentelevät lääkärit toivoivat onnistuvansa muotoilemaan huonojen uutisten sanomansa niin, ettei se satuttaisi potilasta.

Osa lääkäreistä arvioi puhuvansa vaikeista asioista harkitsevasti ja etenevänsä tilanteessa varovaisesti. He pyrkivät viestintänsä tueksi kuuntelemaan ja havainnoimaan potilastaan sekä hahmottamaan vakavaa tilannetta potilaan vastaanottokyvyn mukaan ja ylläpitämään toiveikkuutta.

”Olin todella vaikeassa tilanteessa ja oli erittäin vaikeaa löytää sanoja ... kuulostelin ensin, millä mielellä puoliso on, ja minkä verran hän on valmis ottamaan tietoja vastaan. Ja samoin potilaan kohdalla olin hyvin rehellinen, mutta varovainen puheissani. Että kuulostelin ensin, mitä he kestävät kuulla.” (NL11)

”Yleensä ehkä yritän jotenkin, tietenkin vähän valikoida sanojani, koska ehkä mä yritän sieltä sit kuitenkin hakee faktaa. Siis tottakai kertoa potilaalle, mikä se todellinen tilanne on, mutta myös siis, ettei sitä toivoa ei saa mun mielestä tyrmätä.” (NL4)

”Kyllä mä yritän [kertoa totuudenmukaisesti]. Itse kiinnitin liikaa, liikakin potilaiden tunteisiin.” (NL3)

Asia- ja suhdekeskeinen toimintatapa saattoivat näin ollen myös yhdistyä, jolloin huonojen uutisten kertominen tapahtuu *sekventiaalisesti*: lääkäri ilmoittaa potilaalle faktat, minkä jälkeen hän osoittaa tukea, välittämistä ja antaa apua selviytymiseen. Keskustelu rakentuu molempien osapuolten yhteistyönä. Lääkäri kertoo avoimesti totuuden, mutta samalla motivoi potilasta.

”...sanoin, että nyt on semmoinen tilanne, että tota mulla on vakavaa kerrottavaa, mutta tehdään yhdessä taistelusuunnitelma tätä tautia vastaan... välitön palaute tältä potilaalta ja hänen puolisoiltaan oli hirvittävän hyvä. He ymmärsi heti, että nyt on tsempin paikka, että ei luovuteta. Otetaan faktat ja katsotaan, mihin tää johtaa.” (ML3)

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että lääkäri joutuu usein tasapainoilemaan lääketieteen kollektiivisen etiikan ja lain takaamien potilaan oikeuksien välillä. Edellinen ohjaa lääkäriä huolehtimaan potilaastaan, myös tämän emotionaalista tilasta, ja jälkimmäinen taas vaatii lääkäriä kertomaan potilaalleen totuudenmukaisesti sairaudesta ja siihen liittyvistä seikoista. Tässä tutkimuksessa *totuuden kertomista korostavia* oli enemmistö. Näin toimivat lääkärit kuvasivat joutuvansa ”*jysäyttävänsä pahan diagnoosin*” potilaalle, ”*pudottamaan pommin*” tai kertomaan ”*lopullisen lääketieteellisen totuuden*”.

”Kyllä mä sen totuudenmukaisesti kerron.” (NL2)

”...ja meidän on niin kun pakko kertoa, ja olla aina mahdollisimman rehellisiä siinä, että mistä on kyse.” (ML7)

”Kyllä se koko paketti on kerrottava potilaalle.” (ML4)

”Kerroin, että valitettavasti tää on levinny joka paikkaan, tää tauti. Kirurgi ei enää mahda yhtään mihinkään.” (ML9)

Aineiston perusteella osa lääkäreistä puolestaan *suojaa potilasta totuudelta* käyttämällä epämääräisiä ilmaisuja esimerkiksi vakavasta löydöksestä tai sairaudesta. Lääkärit kertoivat myös välttelevänsä ikävän asian suoraa kertomista potilaalleen turvautumalla puheessaan lääketieteellisiin ter-

meihin. Toisaalta moni kertoi punnitsevansa viestiä, jottei tulisi puhuneeksi ”*epätotuuksia tai antaneeksi katteettomia toiveita*”.

”Sellasen miehen muistan, jolla näky keuhkokuvassa tällanen, mikä nyt näytti, että se varmasti on syöpä. Kyl mä hänelle sanoin ... täällä on tämänönen, joka näyttää pahanlaatuiselta, että emmä voi sanoa, että tää on nyt syöpä, tai että mä näen, että tää on syöpä.” (NL10)

Jotkut lääkäreistä sanoivat kertovansa ”*valkoisia valheita*” suojellakseen potilastaan, kuten seuraava lainaus kertoo:

”Sillon kun se tulos on jollain tavalla semmonen puolinen, tai osasa vastausta näkyy... Niin mä yleensä sillon varmaan sanon sen jotenkin varovaisemmin... jos mulla ei o muuta keinoo pehmentää sitä, niin mä käytän tällasta ilmasua kuin, ’mitä ilmeisin’. Että en käytä sanaa ’varmaa’... sillon mä varmaan ajattelin olevani valkosen valheen rajalla, kun tässä oli sytologinen tulos niin selvä, ettei siitä voinu erehtyä.” (NL5)

Valtaosa lääkäreistä arvioi, että syöpä-sana herättää edelleen potilaisissa pelkoa. Siksi he kertoivat käyttävänsä mieluummin kiertoilmaisuja ja puhuvansa esimerkiksi papa-muutoksesta, tuumorista, kasvaimesta, poikkeavasta tai pahanlaatuisesta löydöksestä. Osa lääkäreistä kertoi suojaavansa itseään siirtämällä potilaan jatkotutkimukset kollegalle. Näissä tapauksissa lääkäri ilmoitti asiasta potilaalle esimerkiksi sanomalla, että ”*tämä vaatii lisätutkimuksia*”.

Tutkimuksen lääkärit mainitsivat esimerkkejä tilanteista, joissa he kokonaan pidättäytyivät huonojen uutisten ilmoittamisesta potilaalle. Niissä tapauksissa he kertoivat punnitsevansa erityisen tarkasti, minkälaisen reaktion järkyttävän tiedon kuuleminen voisi potilaassa pahimmillaan aiheuttaa. Esimerkiksi lapsipotilaalle ei kerrota ensitietoa pahasta sairaudesta vaan diagnoosi kerrotaan vasta vanhempien konsultaation jälkeen, ja silloinkin tukena pitää aina olla omaa perhettä. Myös iäkkäät tai dementiaa sairastavat edustavat lääkäreiden vastauksissa sellaisia potilasryhmiä, joille ei välttämättä kerrota totuutta heidän tilastaan. Tätä toimintatapaansa lääkärit argumentoivat sillä, etteivät halunneet aiheuttaa kärsivälle potilaalle enempää murhetta tai ”*mitään sellasta niinkun mieletöntä traumatiikkaa siihen*”.

Pohdinta

Tutkimuksessa selvitettiin, millainen kokemus huonojen uutisten kertominen on lääkärille ja miten lääkärit kertovat huonoja uutisia potilailleen. Tulokset antavat arvokasta tietoa huonojen uutisten kertomisesta lääkäreiden näkökulmasta. Ne auttavat ymmärtämään, millaisesta prosessista on kyse ja miten vaikeaa huonojen uutisten kertominen on.

Saatujen tulosten perusteella huonojen uutisten kertominen on lääkäreille raskasta, vaikeaa, vuorovaikutuksellisesti haastavaa ja emotionaalisesti kuormittavaa. Omaisten tai läheisten ihmisten läsnäolo sekä eri kulttuureista tulevat potilaat lisäävät tilanteiden kuormittavuutta. Lisäksi huonojen uutisten kertomisessa on tyypillistä tilanteiden ennakoimattomuus: tilanteet tulevat vastaan yhtäkkiä, niihin ei voi juurikaan valmistautua eikä kukaan välttämättä ohjaa tai tue lääkäriä tässä tehtävässä. Lääkäri ei voi myöskään aina valita, milloin tai missä hän kertoo huonot uutiset. Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden kokemukset huonojen uutisten kertomisesta ovat hyvin samansuuntaisia riippumatta lääkärin erikoisalasta tai työkokemuksen pituudesta. Tämä on tärkeä lisäys aiempaan tutkimukseen, jossa on tarkasteltu lähinnä syöpälääkäreiden kokemuksia (Fujimori & Uchitomi 2009; Katainen, Schmitt & Piha 2005; Peura & Brommels 2000). Esimerkiksi tutkimuksessa esiin noussut emotionaalinen kuormittavuus koskettaa lähes kaikkia lääkäreitä.

Emotionaalinen kuormitus tulee tässä tutkimuksessa esille kahdesta suunnasta: lääkärin tehtävänä on tunnistaa ja käsitellä potilaan tunnekokemuksia ja samalla ottaa huomioon omat tunnekokemuksensa. Tulosten perusteella tilanteet muodostuvat usein monitulkintaisiksi ja niihin sisältyy herkästi väärinymmärryksen riskejä, mikä asettaa haasteita lääkärin vuorovaikutusosaamiselle. Myös aiemmassa tutkimuksessa emotionaalinen kuormitus on noussut selkeästi esille lääkäreiden kokemuksissa (Shaw, Brown & Dunn 2013). Sen vuoksi on tärkeää, että aihetta käsitellään lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksessa jo perustutkintovaiheessa (Eikeland ym. 2014; Harrison & Walling 2010). Lääkäreitä tulisi ohjata toimimaan empaattisesti, tunnistamaan potilaassa heräviä emotioita ja käsittelemään huonojen uutisten synnyttämiä tunnekokemuksia. Empatia on yksi lääkärin tärkeimmistä työvälineistä, joka parantaa niin lääkärin kuin potilaan hyvinvointia ja jota voidaan tehokkaasti kehittää useilla eri oppimismenetelmillä (Batt-Rawden ym. 2013; Niemi-Murola 2015).

Vaikka tässä tutkimuksessa lääkärit eivät puhuneet suoranaisesti työuupumuksesta tai kielteisistä asennemuutoksista, kuten defensiivisyydestä, tuloksista käy ilmi lääkäreiden tarve saada tukea ja ohjausta tilantei-

den purkamiseen. Mikäli lääkäriellä ei ole välineitä omien tunnekokemustensa käsittelyyn, vaarana voi olla kehä, jossa vaativan asian kertominen potilaalle muuttuu rutiiniksi, potilaan kohtaaminen etäiseksi, muodolliseksi ja faktapainotteiseksi. Ihmisellä on luontainen taipumus odottaa kanssakäymisessä vastavuoroisuutta. Tämä saattaa joutua koetukselle, ja sen seurauksena lääkäri vähentää omaa panostaan vuorovaikutuksessa, muuttuu kyyniseksi ja lopulta uupuu (Ahola & Hakanen 2010). Tämän vuoksi koulutuksen tulisi tarjota työvälineitä lääkäreiden omien tunnekokemusten käsittelyyn, jotta he pystyvät havaitsemaan, tulkitsemaan ja käsitteellistämään heihin kohdistuvaa emotionaalisesti kuormittavaa käyttäytymistä. Pelkästään esikuvien tai kollegoiden varassa tapahtuva toiminta ei välttämättä tuota tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia viestintästrategioita (Niemi-Murola 2015). Yhteinen vaikeiden tilanteiden harjoittelu, rakentava palaute sekä vertaisten ja kouluttajien kanssa käytävät keskustelut voivat auttaa lääkäriä tunnistamaan tunteitaan, puhumaan niistä ja jaksamaan potilastyössä (Pyörälä & Hietanen 2011; Shaw, Brown & Dunn 2013).

Tulosten perusteella lääkäreillä on useita erilaisia lähestymistapoja huonojen uutisten kertomiseen. Tutkimuksessa voitiin tunnistaa seuraavat huonojen uutisten kertomisen strategiat: faktapainotteinen, suhdekeskeinen/emotionaalinen, sekventiaalinen, totuuden kertomista korostava ja potilasta suojaava strategia. Enemmistö tämän tutkimuksen lääkäreistä kuvaili toimivansa asiapainotteisesti ja kertovansa huonot uutiset suoraan. Tältä osin tulokset heijastavat suomalaiselle viestintäkulttuurille tunnusomaisia piirteitä, kuten totuuden kertomista, rehellisyyttä, kuulijakeskeisyyttä ja toisen ihmisen autonomian kunnioittamista (Wilkins & Isotalus 2009). Yhtä hyvin tulokset voivat kertoa myös siitä, että lääkäri ottaa etäisyyttä potilaaseen ja toimii tehtäväkeskeisesti, jotta kykenee saavuttamaan työnsä tavoitteet (Keskinen ym. 1995).

Faktapainotteinen työote voi olla myös keino suojautua huonojen uutisten kertomisesta aiheutuvalta tunnekuormalta, joka lääkärin ammatissa on selvästi korostunut ja käy ilmi tuloksista (ks. myös Gerlander 2003; Gerlander & Isotalus 2010). Tutkimukseen osallistuneet lääkärit kertoivat joutuvansa muun muassa punnitsemaan, kerrotaanko huonot uutiset suoraan vai epäsuorasti, ilmaistaanko totuus vai suojataanko potilasta totuudelta. Professionaalisissa suhteissa, kuten lääkäri-potilassuhteissa, emootioiden esittämistä koskevat erilaiset normit kuin läheisissä ja henkilökohtaisissa suhteissa. Lääkäri joutuu väistämättä pohtimaan ja ratkaisemaan, millaisen suhteen hän luo potilaaseen, miten hän suhteessa toimii, mitä hän kertoo ja miten paljon hän osoittaa emotionaalista välittämistä

(Gerlander & Isotalus 2010). On mahdollista, että esimerkiksi potilaan odotukset ja lääkärin toimintatapa eivät kohtaa juuri siitä syystä, että potilas odottaa suhteelta henkilökohtaista välittämistä, mutta lääkäri toimii etäisesti. Tämä on tärkeä kysymys pohdittavaksi, koska potilaat odottavat yksilöllistä kohtaamista ja avoimuutta sekä huonojen uutisten kertomiseen että niiden aiheuttamien tunteiden käsittelyyn (Ptacek & Ptacek 2001). On myös muistettava, että huonojen uutisten kertomisen tapa vaikuttaa merkittävästi potilaan reaktioihin, kykyyn ottaa vastaan informaatiota, hoitoon sitoutumiseen ja jopa hoitovasteeseen (Heritage & Maynard 2006; Maynard & Frankel 2006). Sen vuoksi vuorovaikutuskoulutuksen tärkeä tehtävä on tuottaa ymmärrystä ja viitekehystä, joka auttaa tunnistamaan ja käsittelemään sekä potilaassa että lääkärissä heräviä tunteita ja suojaamisen tarvetta (Gerlander 2003).

Tutkimus on antanut arvokasta tietoa huonojen uutisten kertomisesta lääkäreiden näkökulmasta, mutta sillä on myös rajoituksensa. Koska lääkärit saivat vapaasti puhua kokemuksistaan, voidaan olettaa, että heidän itsensä esiin nostamat teemat ovat heille erityisen merkityksellisiä ja kuvastavat siten luotettavasti todellisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002). Lääkäreiden vapaasti ilmaisemien käsitysten tutkimisessa on syytä olla kuitenkin varovainen, koska haastatteluiden voidaan katsoa edustavan valikoituja ja satunnaisia kokemuksia huonojen uutisten kertomisesta. Tuloksista ei myöskään voi päätellä sitä, miten lääkärit todellisuudessa kertovat huonoja uutisia potilailleen. Lääkärit ovat voineet antaa sosiaalisesti myönteisiä vastauksia, joiden he ollettivat olevan haastattelijan odotuksia tai arvoja vastaavia (Frey, Botan & Kreps 2000).

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista lumipallo-otantaa, jossa lääkärit ehdottivat omista verkostoistaan seuraavan haastateltavan, mikä on voinut vaikuttaa tulosten muodostumiseen ja samalla luotettavuuteen. Lisäksi osa vastaajista on valmistunut aikana, jolloin vuorovaikutusopinnot eivät olleet vakiintuneet lääkäreiden peruskoulutukseen. Vaikka eri vuosina ja työvuosiltaan erilaisille lääkäreille tehdyissä haastatteluissa saatiin samansuuntaisia tuloksia, tuloksia ei voida suoraan siirtää nykyisen lääkärikunnan kokemuksiin. Toivomme kuitenkin tutkimuksen herättävän keskustelua ja tarjoavan suuntaviivoja sekä lääkäreille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen että huonojen uutisten kertomista koskevien käytänteiden kehittämiseen.

Kirjallisuus

Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisen työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. *Duodecim* 126 (18), 2139-2146.

Arbabi, M., Rozdar, A., Taher, M., Shirzad, M., Arjmand, M., Ansari, S. & Mohammadi, M. R. 2014. Patients' preference to hear cancer diagnosis. *Iranian Journal of Psychiatry* 9 (1), 8-13.

Artkoski, M. 2007. Empaattinen vai asiakeskeinen? Lääkäreiden näkemyksiä empatian viestimisestä potilaalle huonojen uutisten yhteydessä. Teoksessa P. Isotalus, M. Gerlander, M. Jäkälä & T. Kokko (toim.) *Prologi: puheviestinnän vuosikirja 2007*. Jyväskylä: Prologos, 67-92.

Aspegren, K. 1999. BEME Guide No. 2. Teaching and learning communication skills in medicine – A review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 21 (6), 563-570.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. 2000. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist* 5 (4), 302-311.

Barnett, M. M., Fisher, J. D., Cooke, H., James, P. R. & Dale, J. 2007. Breaking bad news: Consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Medical Education* 41 (10) 947-956.

Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B. & Flickinger, T. E. 2013. Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine* 88 (8), 1171-1177.

Brown, J. B., Steward, M. & Ryan, B. L. 2003. Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 141-161.

Buckman, R. 1992. *Breaking bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Buckman, R. 2005. Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), 138-142.

Eikeland, H-L., Ørnes, K., Finset, A. & Pedersen, R. 2014. The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. *BMC Medical Education*, 14, 165.

Eng, T. C., Yaakup, H., Shah, S. A., Jaffar, A. & Omar, K. 2012. Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news. *Asian Pacific Journal on Cancer Prevention* 13, 1-4.

- Fallowfield, L. & Jenkins, V. V. 2004. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363 (9405), 312-319.
- Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Suomennos: Eija-Liisa Eriksson. Helsinki: Duodecim.
- Fields, S. A. & Johnson; W. M. 2012. Physician-patient communication: Breaking bad news. *The West Virginia Medical Journal* 108 (2), 32-35.
- Frey, L. R., Botan, C. H., & Kreps, G. L. 2000. Investigating communication. An Introduction to research methods (2nd Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Oba, A., Sakano, Y. & Uchitomi, Y. 2005. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-Oncology* 14 (12), 1043-1051.
- Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y. & Uchitomi, Y. 2007. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16 (6), 573-581.
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N. & Uchitomi, Y. 2014. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 32 (20), 2166-2172.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. 2009. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 39 (4), 201-216.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Humanities* 3.
- Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30 (1), 3-19.
- Güneri, P., Epstein, J. & Botto, R. W. 2013. Breaking bad medical news in a dental care setting. *The Journal of the American Dental Association* 144 (4), 381-386.
- Hargie, O., Boohan, M., McCoy, M. & Murphy, P. 2010. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Medical Teacher* 32 (5), 385-391.
- Harrison, M. E. & Walling, A. 2010. What do we know about giving bad news? A review. *Clinical Pediatrics* 49 (7), 619-626.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. 2006. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32 (1), 351-374.

- Hietanen, P. 1996. Haaste hoitaville henkilöille – kokemuksia syövästä. Suomen Lääkärilehti 51 (17), 1941-1945.
- Katainen, R., Schmitt, F. & Piha, J. 2005. Huonojen uutisten kertominen potilaalle – syöpätautien erikoislääkäreiden kokemuksia. Suomen Lääkärilehti 60 (43), 4359-4364.
- Keskinen, T., Koskela, P., Lehto, R., Manninen, H. & Tiainen, E. 1995. Kehollinen dialogi. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä, 146-153.
- Koponen, J. 2012. Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 1734. University of Tampere.
- Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. 2011. Qualitative communication research methods. Sage: Los Angeles.
- Lönnqvist, T. 2014. Miten kerron lapsen vaikeasta sairaudesta? Duodecim 130 (1), 57-62.
- Maynard, D. W. & Frankel, R. M. 2006. On diagnostic rationality: Bad news, good news, and the symptom residue. In J. Heritage, & D. W. Maynard (toim.) Communication in medical care: Interaction between physicians and patients. New York: Cambridge University Press.
- Maynard, D. W. & Heritage, J. 2005. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. Medical Education 39 (4), 428-435.
- Niemi-Murola, L. 2015. Empatia on elinikäistä oppimista. Duodecim 131, 62-67.
- Peura, A. 2001. Vuorovaikutusta voi oppia! Reflektiivinen toimintatapa lääkäreiden kouluttajakoulutuksen tavoitteena. Helsingin yliopisto: Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M; M175.
- Peura, A. & Brommels, M. 2000. Tietoa, tukea ja toivoa. Lääkäreiden näkemyksiä syöpädiagnoosin kertomisesta. Suomen Lääkärilehti 55 (32), 3125-3129.
- du Pré, A. 2002. Accomplishing the impossible: Talking about body and soul and mind during a medical visit. Health Communication 14 (1), 1-21.
- Ptacek, J. T. & Ptacek, J. J. 2001. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. Journal of Clinical Oncology 19 (21), 4160-4164.
- Pyrälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. Suomen Lääkärilehti 66, 469-473.

Reader, T. W., Gillespie, A. & Roberts, J. 2014, Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. *British Medical Journal Quality and Safety* 23, 678-679.

Rowland, P. A. & Lang, N. P. 2007. *Communication & professionalism competencies: A guide for surgeons*. Canada: Cine Med.

Shaw, J., Dunn, S. & Heinrich, P. 2012. Managing the delivery of bad news: An in-depth analysis of doctors' delivery style. *Patient Education and Counseling* 87 (2), 186-192.

Shaw, J., Brown, R. F. & Dunn, S. 2013. A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 243-248.

Sparks, L., Villagran, M. M., Parker-Raley, J. & Cunningham, C. B. 2007. A Patient-centered approach to breaking bad news: Communication guidelines for health care providers. *Journal of Applied Communication Research* 35 (2), 177-196.

Street Jr., R. L., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. 2009. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 295-301.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

VandeKieft, G. K. 2001. Breaking bad news. *American Family Physician* 64 (12), 1975-1978.

Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E. & Baldwin, P. 2010. Creating COMFORT: A communication-based model for breaking bad news. *Communication Education* 59 (3), 220-234.

van Vliet, L. M. & Epstein, A. S. 2014. Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: Patients' need to know and need to feel known. *Journal of Clinician Oncology* 32 (31), 3474-3478.

Wilkins, R. & Isotalus, P. 2009. *Speech culture in Finland*. New York: University Press of America.

Wright, K. B., Sparks, L. & O'Hair, D. H. 2013. *Health Communication in the 21st Century*. (2nd Ed.). Malden (MA): Blackwell Publishing Ltd.