

Pekka Louhiala

Empaattinen ja toivoa luova hoitosuhde vaikuttaa etenkin subjektiivisiin oireisiin

Vaikuttava hoitosuhde

Erikoisalasta riippumatta lääkärit korostavat hyvän hoitosuhteen merkitystä, mutta puhe jää yleensä epämääräiseksi. Usein hoitosuhteeseen liittyviin myönteisiin vaikutuksiin viitataan sanoilla plasebovaikutus tai lumevaikutus. Näihin käsitteisiin liittyy kuitenkin niin paljon sekaannuksia, että keskustelu hoitosuhteesta muuttuu entistä epämääräisemmäksi.

Onko hyvällä hoitosuhteella siis oikeasti merkitystä potilaan voinnin ja toipumisen kannalta vai onko kyseessä potilaan viihdyttäminen sillä aikaa kun ”oikea” hoito tekee tehtävänsä? Aihepiiriä on tutkittu monipuolisesti usean vuosikymmenen aikana.

Hoidon jatkuvuuden merkityksestä on julkaistu paljon tutkimuksia ja useita systemaattisia katsauksia (1–4). Esimerkiksi brittiläisessä katsauksessa 82 % tutkimuksista osoitti, että pitkäaikainen hoitosuhde liittyi vähäisempään kuolleisuuteen (1). Vaikutus oli tyypillisesti pieni mutta vastasi monien käytössä olevien lääketieteellisten hoitojen vaikutusta.

Myös empaattisen ja myönteisen viestinnän vaikutuksesta on tehty useita satunnaistettuja tutkimuksia (5–8). Aiheellisesti voidaan tietysti kysyä, miten empatiaa voidaan satunnaistaa. Toisaalta voidaan yhtä hyvin todeta, että minkä tahansa satunnaistetun tutkimuksen asetelma on varsin kaukana kliinisestä todellisuudesta.

Minkälainen on ollut tutkimusten ”empatia-interventio”? Esimerkiksi yhdysvaltalais tutkimuksessa ärtyvän paksusuolen oireyhtymää sairastavat potilaat jaettiin kolmeen ryhmään (8). Yksi ryhmä oli vain seurannassa, toinen ryhmä sai valeakupunktiota ja lääkärille oli käsikirjoitettu pidättyväinen rooli. Kolmas ryhmä

sai myös valeakupunktiota, mutta lääkärille oli käsikirjoitettu erityisen empaattinen rooli. Tulokset olivat selvät: kaikkien käytettyjen mittarien perusteella potilaat voivat seurannassa parhaiten kolmannessa ryhmässä ja huonoiten ensimmäisessä.

Vuonna 2018 julkaistussa systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin erikseen empatia-interventioiden ja myönteisiä odotuksia herättävien interventioiden vaikutuksia (9). Katsaukseen löydettiin 29 satunnaistettua tutkimusta, joista empatia-interventiotutkimuksia oli seitsemän. Tutkimusten aiheet olivat heterogeenisiä, ja päätemuuttujina olivat esimerkiksi nivelrikkokivun voimakkuus, ärtyvän suolen oireyhtymän oireet ja syöpään liittyvä ahdistus.

Meta-analysissa ryhmien välinen ero oli pieni mutta tilastollisesti merkitsevä empatia-ryhmän eduksi. Tämä ei ole yllättävää, koska kaikki tutkitut mittarit olivat subjektiivisia. On mahdollista, että kliinisessä kontekstissa koettu aito empatia vaikuttaa enemmän kuin tutkimuksen ”käsikirjoitettu empatia”, mutta tätä on vaikeaa tai mahdotonta todentaa.

Odotuksiin kohdistuvia interventiotutkimuksia oli 22. Suurin osa oli tehty perusterveydenhuollossa, ja tyypillinen interventio oli sanallinen viesti, jolla pyrittiin luomaan tutkittavissa myönteisiä odotuksia. Sekä subjektiivisilla että objektiivisilla mittareilla mitattuna viesti oli keskimäärin jonkin verran vaikuttava, ja ero verrokkiryhmään oli tilastollisesti merkitsevä. Ero oli erityisen pieni, jos mittari oli objektiivinen, esimerkiksi leikkauksenjälkeinen pahoinvointilääkkeen tarve tai Parkinsonin tautia sairastavien potilaiden käden liikenopeus.

Hoitosuhteen vaikutuksista on monipuolista tutkimusnäyttöä



Kielteisten odotusten provosoiminen satunnaistetussa asetelmassa olisi eettisesti ongelmallista, mutta potilasinformaatioon liittyvää nosebovaikutusta (pahennevaikutusta) on tutkittu satunnaistetussa asetelmassa siten, että ryhmät ovat saaneet erilaisen informaation hoidon haittavaikutuksista. Esimerkiksi finasteridihoitoon liittyvän erektiohäiriön todennäköisyys oli kolminkertainen, jos mahdollisuudesta mainittiin etukäteen potilaille (10). Kun statiinihoitoa saavien potilaiden saaman kirjallisen informaation vaikutusta haittavaikutuksiin tutkittiin, todettiin, että jos tiedotteessa luki ummetuksen olevan yleinen haittavaikutus, 34 % potilaista raportoi oireesta. Jos tiedotteessa taas luki, että 2,5 % potilaista saa ummetusta, 8 % raportoi oireesta (11).

Jaettu päätöksenteko on hoitosuhteessa itseisarvoista, jos potilas haluaa siihen osallistua. Satunnaistettujen tutkimusten perusteella on kuitenkin epävarmaa, kuinka suuri merkitys jaetulla päätöksenteolla on. Yhdysvaltalais tutkimuksessa kehitettiin masennuksen hoitoon päätöksenteon työkalu (Depression Medication Choice), jota potilaat ja lääkärit saattoivat käyttää yhdessä (12). Verrokkiryhmä sai tavanomaista hoitoa. Työkalun käyttö lisäsi potilaiden tietoa ja heidän tyytyväisyyttään, mutta masennuksen ennusteseen se ei vaikuttanut.

Saksalaistutkimuksen mukaan jaettu pää-

töksenteko auttoi alentamaan vain niiden potilaiden systolista verenpainetta, jotka olivat erityisesti motivoituneita osallistumaan päätöksentekoon (13). Satunnaistetussa tutkimuksessa päätöksenteon tueksi annetut apuneuvot (decision aid) paransivat diabetesta sairastavien potilaiden tietämystä mutta eivät diabeteksen hoitotuloksia (14).

Hoitosuhteen vaikutuksista on siis monipuolista tutkimusnäyttöä. Tämä näyttö tarkentaa käsityksiämme hoitosuhteen vaikuttavista osatekijöistä. Empaattisen hoitosuhteen ja jaetun päätöksenteon hyödyt näkyvät erityisesti mitattaessa potilaan subjektiivisia oireita, esimerkiksi kipua. Vaikutusta ei pidä väheksyä, koska potilaat hakeutuvat hoitoon nimenomaan subjektiivisten oireidensa takia. ■

* * *

Kiitän dosentti Jorma Komulaista ja LK lida Nukaria ai-neistosta ja keskusteluista.



Kuva: Kimmo Luukkainen

PEKKA LOUHIALA, LT, PhD, lastentautien erikoislääkäri, lääketieteen filosofian ja etiikan professori (ma.)

Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Twitter: @LouhialaP

SIDONNAISUUDET

Muut sidonnaisuudet (professorin tehtävän rahoitus: Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö)

KIRJALLISUUTTA

- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, ym. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, julkaistu verkossa 28.6.2018. DOI:10.1136/bmjopen-2017-021161.
- Santomassino M, Costantini GD, McDermott M, ym. A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. *JBI Libr Syst Rev* 2012;10:1214–59.
- Chan KS, Wan EYF, Chin WY, ym. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2021;22:145.
- Continuity of care. A systematic review and assessment of medical, social and ethical aspects. *SBU Assessment* 2021. Tukholma: SBU 2021. www.sbu.se/329e.
- Chassany O, Boureau F, Liard F, ym. Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: a randomized multicenter study. *J Rheumatol* 2006;33:1827–34.
- Fujimori M, Shirai Y, Asai M, ym. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014;32:2166–72.
- Little P, White P, Kelly J, ym. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *Brit J Gen Pract* 2015;65:351–6.
- Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, ym. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999–1003.
- Howick J, Moscrop A, Mebius A, ym. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med* 2018;111:240–52.
- Mondaini N, Gontero P, Giubilei G, ym. Finasteride 5mg and sexual side effects: how many of these are related to a nocebo phenomenon? *J Sex Med* 2007;4:1708–12.
- Knapp P, Raynor DK, Berry DC. Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. *BMJ Quality & Safety* 2004;13:176–80.
- LeBlanc A, Herrin J, Williams MD, ym. Shared decision making for antidepressants in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:1–10.
- Deinzer A, Babel H, Veelken R, ym. "Shared Decision-Making" mit Bluthochdruckpatienten. Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2006;131:2592–6.
- Branda ME, LeBlanc A, Shah ND, ym. Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care. *BMC Health Serv Res*, julkaistu verkossa 8.8.2013. DOI: 10.1186/1472-6963-13-301.