



Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Käypä hoito – suosituksista käytäntöön

Hoitosuositusten soveltaminen terveydenhuollon arkeen on haastavaa työtä. Valtakunnallisia hoitosuosituksia tai -ohjelmia laativat useat tahot kuten Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito-projekti, järjestöt ja sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen suositus vaikuttaa hoitokäytäntöihin parhaiten, kun siitä laaditaan alueellinen tai paikallinen sovellus, joka aktiivisesti juurrutetaan käytäntöön.

Oppaan tavoitteena on antaa käytännön ohjeita ja esimerkkejä hoitosuosituksia käyttäville ja niiden järjestelmälliseen käyttöön pyrkiville sairaanhoitopiireissä, terveyskeskuksissa ja muissa toimintayksiköissä. Se myös selkiyttää suositusten toimeenpanoon liittyviä käsitteitä ja antaa uusia käytännön ideoita. Toivottavasti opas innostaa alueellisia ja paikallisia hoitosuosituksien käyttäjiä viemään tietoa käytäntöön.

HOITOSUOSITUSTEN TOIMEENPANO

Taina Mäntyranta
Minna Kaila
Helena Varonen
Marjukka Mäkelä
Risto P. Roine
Jarmo Lappalainen

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

www.duodecim.fi/kh



Käypä hoito



Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Hoitosuosituksen toimeenpano



Vammalan Kirjapaino Oy
Vammala 2003





Kansi:
Irene Manninen-Mäkelä

ISBN-952-99146-0-1





Hoitosuosituksen toimeenpano

KIRJOITTAJAT

Taina Mäntyranta LL, vs. yliassistentti
taina.mantyranta@helsinki.fi

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos
PL 41, 00014 Helsingin yliopisto
Nordiska Hälsovårdshögskolan
Box 12133, SE-402 42 Göteborg, Sverige

Minna Kaila, dosentti, Käypä hoito -suositusten päätoimittaja,
PSHP:n hoitoketjuprojektipäällikkö
minna.kaila@duodecim.fi

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
PL 713, 00101 Helsinki

Tampereen yliopiston ja TAYS:n lastenklinikan
lastentautien tutkimuskeskus
Finnmedi-3, 33014 Tampere

Helena Varonen, LT, toimituspäällikkö
helena.varonen@duodecim.fi
Kustannusosakeyhtiö Duodecim

Marjukka Mäkelä, tutkimusprofessori
marjukka.makela@stakes.fi
Stakes, FinOHTA
PL 220, 00531 Helsinki

Risto P. Roine, dosentti, arviointilääkäri
risto.p.roine@hus.fi
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri/Yhtymähallinto
PL 100, 00029 Helsinki

Jarmo Lappalainen, LL, johtava lääkäri
jarmo.lappalainen@jupusu.fi
Juvan terveystieteiden keskus
51900 Juva



Sisällys

1 Johdanto	5
2 Käsitteistä	7
3 Hoitosuositukset Suomessa ja muualla	10
4 Hoitosuosituksen toimeenpano	12
5 Toimeenpanon arviointi ja seuranta	19
6 Viitteitä	22





1 Johdanto

Useimmissa länsimaissa on 1990-luvulla laadittu valtakunnallisia hoitosuosituksia tai alueellisia hoito-ohjelmia. Syynä on ollut lisääntyvä tieto hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta, terveydenhuollon kustannusten kasvu ja tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. Taustalla on myös lääketieteellisen tiedon nopea lisääntyminen ja terveydenhuollon ammattilaisten vaikeudet pysytellä ajan tasalla. Toisaalta monet käytännön työtä tekevät lääkärit ja muut ammattilaiset arvostavat hoitosuositusten ja -ohjelmien päivitettyjä tietopaketteja ja ovat kokeneet ne luontevaksi osaksi klinikon arkipäivää. Viime kädessä hoitosuosituksista hyötyvät potilaat ja väestö, jotka saavat tuoreimpaan tutkimustietoon perustuvaa hoitoa koko maassa paikallisiin olosuhteisiin järkevästi sovellettuna.

Lääkäriseura Duodecim aloitti vuonna 1994 Käypä hoito -projektin, jossa laaditaan tieteelliseen näyttöön perustuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia erityisesti kansanterveyden kannalta merkittävistä aiheista. Myös muut terveydenhuollon toimijat, kuten sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja terveysalan järjestöt, ovat laatineet valtakunnallisia suosituksia tai ohjelmia. Valtakunnallisten hoitosuositusten toimeenpano ja soveltaminen paikalliseen käytäntöön on tärkeä osa Käypä hoito -projektia ja keskeinen terveydenhuollon haaste lähitulevaisuudessa. Toisaalta omien toimintatapojen systemaattinen pohdinta ja kehittäminen kuuluu myös olennaisena osana jokaisen terveydenhuoltoyksikön toimintaan, ja tähän hoitosuosituksien ja -ohjelmien tarjoavat hyvän työkalun.

Suomenkielistä opasta hoitosuositusten toimeenpanosta ei ole ollut tarjolla. Tämän oppaan tavoitteena on selkiyttää hoitosuositusten toimeenpanoon liittyviä käsitteitä sekä antaa käytännön ohjeita ja ideoita. Opas on tarkoitettu kaikille hoitosuosituksia käyttäville ja niiden järjestelmälliseen käyttöön pyrkiville sairaanhoitopiireissä, terveyskeskuksissa ja muissa toimintayksiköissä. Se on pyritty pitämään lyhyenä ja käytännönläheisenä. Taustalla oleva tieteellinen kirjallisuus on koottu syksyllä 2003 julkaistavaan kirjallisuuskatsaukseen, ja siksi oppaan kirjallisuusluettelossa on esitetty vain keskeisimmät



viitteet. Katsauksen julkaisemisesta ja muista Käypä hoito -hankkeeseen liittyvistä asioista löytyy lisätietoa projektin kotisivuilta www.duodecim.fi/kh. Sivulta löytyy myös tämän oppaan sähköinen versio, josta on linkit lisätietoon.

Kiitämme kommentteista, joita olemme saaneet käsikirjoitusvaiheessa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon käytännön toimijoilta.

Kirjoittajat





2 Käsitteistä

Hoitosuosituksiin, -ohjelmiin ja -ketjuihin liittyvät käsitteet ja nimitykset eivät ole vielä vakiintuneet. Samoja nimityksiä saatetaan käyttää eri asioista ja asioilla voi olla monta nimeä.

Valtakunnallinen hoitosuositus

Hoitosuositus (clinical practice guideline) on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima, tieteelliseen näyttöön perustuva kannanotto tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Sen avulla voidaan tehdä linjauksia potilasryhmien hoidosta, mutta myös yksittäinen lääkäri ja potilas voivat käyttää sitä hoitopäätösten tukena. Suomessa puhumme *hoitosuosituksesta*, vaikka suositus kattaa yleensä myös ehkäisyn, diagnostiikan ja kuntoutuksen. Hoitosuositus kertoo perustellen, mitä asioita kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. Sen sijaan hoidon porrastukseen, työnjakoon ja moiniin muihin hoidon järjestämisestä koskeviin asioihin otetaan kantaa vain, jos näistä on tutkimusnäyttöä.

Valtakunnallinen hoito-ohjelma

Valtakunnallinen hoito-ohjelma (national programme, national service framework) on ohjelmallinen ja ottaa yleensä laajemmin kantaa myös porrastukseen, esimerkkeinä Astmaohjelma ja Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO). Hoito-ohjelma voi perustua näyttöön ja hoitosuositukseen tai pääasiassa asiantuntijamielipiteisiin.

Alueellinen hoitoketju tai -ohjelma

Alueellinen hoitoketju ([disease based] integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care) tai alueellinen hoito-ohjelma (local implementation programme, care programme, local practice guidelines) koskee tiettyä sairautta potevien hoitoa ja työnja-



koa tietyllä alueella, usein sairaanhoitopiirissä. Alueellinen hoito-ohjelma ja ohjeet porrastuksesta ja työnjaosta perustuvat paikallisten olojen ja vaatimusten tuntemiseen. Yleensä niissä määritetään työnjako perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Ne kertovat, kuka tekee hoitosuosituksessa ehdotetut tietyn taudin taikka oireyhtymän ehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoitoon kuuluvat asiat ja missä. Joskus hoitoketjulla tarkoitetaan ainoastaan työnjaon ja hoidon porrastuksen alueellisia sopimuksia ilman kuvausta hoidon sisällöstä. Usein kuitenkin nimityksiä hoitoketju ja alueellinen hoito-ohjelma käytetään toistensa synonyymeinä.

Alueellinen tai paikallinen palveluketju

Rinnan hoitoketjun kanssa puhutaan myös palveluketjusta ([care group based] integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care).

Palveluketju on yleensä kuitenkin käsitteenä laajempi ja tavallisesti sillä tarkoitetaan kuvausta siitä, miten tietynlaiselle, usein monia palveluita käyttävälle asiakkaalle järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito ja millainen työnjako tällaisessa järjestelyssä on. Esimerkiksi vanhuspotilaalla voi olla samaan aikaan useita sairauksia ja muita ongelmia, ja palveluketjun avulla pyritään kuvaamaan ja kehittämään vanhusten sujuvia ja aukottomia palveluja. Vankkaa tieteellistä näyttöä moniongelmaisten asiakkaiden hoidon järjestämistavoista on vähemmän kuin yksittäisistä taudeista, ja siksi kokonaisen moniongelmaisen väestöryhmän palveluketjut perustuvat monilta osiltaan asiantuntija-arvioihin. Hoitosuosituksiin pohjautuvat hoitoketjut voivat kuitenkin olla osa palveluketjua ja palveluketjun ”sisällä” kuvata tietyn taudin hoidon työnjakoa.

Stakesin laatimassa Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanastossa määritellään palveluketju saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittäväksi, suunnitelmalliseksi ja yksilöllisesti toteutuvaksi palveluprosessien kokonaisuudeksi. Hoitoketju on tauti- tai toimenpidekohtainen malli, joka koskee tiettyä potilasryhmää. Palveluketju kuvaa yhden asiakkaan eri sairauksien ja ongelmien palvelukokonaisuuden. Kuitenkin myös näitä nimityksiä käytetään joskus toistensa synonyymeinä.



Paikallinen toimintaohje ja hoitopolku

Paikallinen toimintaohje on sairaalan, klinikan, kuntayhtymän tai terveyskeskuksen sisäinen suositus tai toimintaohje, ”talon tapa” (house rules). Toimintaohjeessa määritetään tietyn taudin tai oireyhtymän hoito ja sen järjestäminen sekä moniammatillinen työnjako organisaation sisällä. Jos ohjeessa määritetään vain työnjako ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä, puhutaan myös hoitopolusta.

Taulukko 1. Käsitteiden olennaisia piirteitä

	Kertoo, mitä ja miten tehdään ja miksi	Kertoo mitä tehdään ja kuka tekee	Kertoo kuka tekee ja missä
Valtakunnallinen	Hoitosuositus	Hoito-ohjelma	
Alueellinen		Hoito-ohjelma, hoitoketju	
Paikallinen ”talon tapa”	Toimintaohje		Hoitopolku

Toimeenpano

Toimeenpano tarkoittaa hoitosuosituksen tai -ohjelman käyttöön saattamista: lääkäreiden ja muun henkilökunnan toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä ja tarvittaessa muuttamista. Hoitosuositusten toimeenpanon lisäksi on puhuttu hoitosuositusten käytäntöönpanosta, käyttöönotosta, juurruttamisesta, ”jalkauttamisesta” ja ”maastouttamisesta”.

Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä implementation. Se voidaan jakaa kolmenlaiseen toimintaan. Hoitosuositusten leviäminen (diffusion) on passiivista; käytännössä suositus vain julkaistaan. Levittäminen (dissemination) tarkoittaa suosituksista tiedottamista ja kertomista niiden käyttäjille. Varsinaisessa toimeenpanossa (implementation) ei tyydytä tiedon levittämiseen, vaan sen käyttöönottoa tuetaan erilaisilla menetelmillä.



3 Hoitosuositukset Suomessa ja muualla

Hoitosuositusten julkaiseminen

Kesällä 1995 koottiin ja arvioitiin tuolloin käytössä olevat kotimaiset hoitosuositukset, joita löytyi kaikkiaan 719 kansallista, alueellista tai paikallista. Tuntuma oli, että sairaaloiden hoitokäytäntöjä käsitteleviä kirjasia ja klinikoiden nopeasti silmäiltäviä ohjeita vuokaavioineen käytettiin paljon, mutta perusteellisia alueellisia hoito-ohjelmia ja konsensuslausumia ei juuri hyödynnetty käytännön työssä. Suosituksia oli vaikea löytää, ja päällekkäistä työtä oli tehty paljon.

Käypä hoito -suositukset perustuvat systemoituihin kirjallisuushauihin, joiden perusteella muotoillaan vastaukset kliinisesti tärkeisiin kysymyksiin (näytönastekatsaus) ja muu suositusteksti. Ensimmäinen ilmestyi vuonna 1997. Suositukset julkaistaan toimeenpanon edistämiseksi monen kanavan välityksellä: Aikakauskirja Duodecimissa, Internetissä (www.duodecim.fi/kh) ja Lääkärin tietokannoissa Lääkärin CD:llä (LCD). Lisäksi laaditaan suurelle yleisölle Hyvä Terveys -lehdessä julkaistavia potilasversioita, joita käännetään myös ruotsiksi. Sairaanhoidaja-lehdessä käsitellään suosituksia hoitajien näkökulmasta, ja myös Proviisori-lehdessä suosituksia on julkaistu muokattuina.

Duodecim julkaisee myös Lääkärin CD:tä, jota rekisteröidyt käyttäjät voivat lukea Terveysportin kautta (www.terveysportti.fi). Se sisältää vuodesta 1989 kootun, luettelmatyylisesti toimitetun suosituskokoelman Lääkärin käsikirjan. Oleellinen osa LCD:tä on laaja oheismateriaali, jonka käyttämistä hyvät hakutoiminnat nopeuttavat. Se sisältää ihotautikuvia, potilasohjeita, Aikakauskirja Duodecimin ja Lääkärilehden artikkelit vuodesta 1992, Pharmaca Fennican, ICD-10-tautiluokituksen ja kaikki Käypä hoito -suositukset.



Taulukko 2. Käypä hoito -suositusten näytönasteen tai -tason luokitus, jota käytetään myös Lääkäriin tietokannoissa.

Näytön taso	Merkitys
A Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia.
B Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelpollisia tutkimuksia
C Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelpollinen tieteellinen tutkimus
D Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

Valtakunnallisia hoitosuosituksia ja hoito-ohjelmia sekä sosiaali- ja terveysalan laatusuosituksia julkaisevat myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Stakes sekä terveysalan järjestöt (liite 1). Ne perustuvat näyttöön vaihtelevassa määrin ja ovat rakenteeltaan ja sisällöltään hyvin erilaisia. Hoitosuosituksien tutkimukseen ja arviointiin on kansainvälisenä yhteistyönä laadittu AGREE-lomake, joka on käännetty myös suomeksi (www.agreecollaboration.org).

Miten hoitosuosituksiin asennoidutaan?

Suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat hoitosuosituksiin myönteisesti. Koetut ongelmat liittyvät usein suositusten saatavuuteen. Perusterveydenhuollossa erityisesti lääkärit pitävät hoitosuosituksia hyödyllisinä ja tärkeinä. Kuitenkin niitä käytetään melko vähän. Joidenkin tutkimusten mukaan osa hoitajista ei ole pitänyt hoitosuosituksia kovin hyödyllisinä ja positiivinen asennoituminen on ollut yleisempää esimiestasolla. Myös erikoissairaanhoidon esimieslääkäreiden asenteet ovat positiivisia: suosituksia pidetään pääosin kätevinä ja hyödyllisinä, eikä niiden koeta rajoittavan lääkärin itsenäisyyttä.

Miten hoitosuosituksia käytetään?

Pirkanmaan seudulla ammattiryhmät arvioivat eräiden hoitosuosituksien ja -ohjelmien aiheuttamia muutoksia omassa asiakasneuvonnassa.



saan. Lääkäreistä 59 % arveli DEHKO-ohjelman aiheuttaneen muutoksia, mutta hoitajista vain 34 % ja fysioterapeuteista 16 % ajatteli näin. Vastaavat luvut olivat sosiaali- ja terveysministeriön terveysliikuntasuosituksen suhteen 14 % (lääkärit), 15 % (hoitajat) ja 10 % (fysioterapeutit). Muissa maissa luvut ovat samansuuntaisia: lääkärit noudattavat oman ilmoituksensa mukaan hoitosuosituksia 50–60 %:ssa potilastapauksista, mutta todellisuudessa luvut ovat vielä pienempiä. Pelkkä suositusten julkaiseminen ei vaikuta kovin paljon käytäntöihin.

4 Hoitosuosituksen toimeenpano

Tavoitteena ongelmien ratkaisu

Valtakunnallinen hoitosuositus vaikuttaa hoitokäytäntöihin parhaiten, kun siitä laaditaan alueellinen tai paikallinen sovellus, joka juurutetaan aktiivisesti käytäntöön. Käypä hoito -suosituksia oli vuoden 2002 loppuun mennessä julkaistu 43, ja uusia on tekeillä saman verran. Varsinkaan perusterveydenhuollossa ei kaikista suosituksista voida ryhtyä laatimaan paikallista sovellusta, joka saatetaan kaikkien toimijoiden käyttöön. Jos käytännöt seuraavat pääosin hoitosuositusta eikä työnjako-ongelmiakaan ole, riittää, että suositus otetaan esille yhteisissä kokouksissa.

Jos on havaittu ongelmia, ryhdytään aktiiviseen soveltamiseen ja toimeenpanoon. Ongelmat voivat olla ammattilaisten tai potilaiden kokemia ja ilmaisemia. Ne saattavat tulla esille potilasvalitusten kautta tai kahvipöytäkeskusteluissa. Ongelma voi olla esimerkiksi jokin seuraavista:

- Omat käytännöt ovat vanhentuneita eivätkä vastaa hoitosuosituksia
- Käytännöt vaihtelevat huomattavasti
- Samanlaiset potilasvalitukset tai hoitovirheet toistuvat
- Epäselvä työnjako
- Turhat lähetteet, puuttuvat epikriisit
- Hoitoa tai seurantaa vaille jäävät potilaat



Ennen kuin ryhdytään toimenpiteisiin, kannattaa useimmiten selvittää, onko kyseessä todellinen ongelma. Joissain tapauksissa kansalliset rekisterit voivat antaa tietoa oman kunnan tai sairaanhoitopiirin poikkeavista käytännöistä. Kelan terveystunturi antaa sairaanhoitopiireittäin vertailun erityiskorvattuja lääkkeitä saavien osuudesta kunnan väestössä suurissa kansantaudeissa (verenpaine, sepelvaltimotauti, diabetes, astma, nivelreuma, psykoosit). Terveystunturi sijaitsee Kela:n tutkimusosaston kotisivulla (www.kela.fi/tutkii).

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus (Benchmarking) -projekti on sairaanhoitopiirien, kahden säätiöpohjaisen sairaalan ja Stakesin yhteinen hanke www.stakes.fi/benchm/. Se tuottaa vuosittain siihen osallistuville sairaaloille vertailutietoja. Vertailutietokannat sisältävät tuottavuuslukuja, erikoissairaanhoidon alueellista käyttöä ja kustannuksia kuvaavia tunnuslukuja sekä eräitä muita sairaaloiden toimintaa kuvaavia tunnuslukuja.

Usein joudutaan kuitenkin keräämään tietoa hoitopaikan omista tietokannoista tai jopa käsin otoksesta läheteitä tai sairauskertomuksia. Lähtötilanteen tietoa voi olla työlästä kerätä. Siihen kannattaa kuitenkin ryhtyä, koska tieto motivoi ammattilaisia muutokseen. Jollei ole ongelmaa, ei muutosta tarvita. Toisaalta alkutilanteen ja ongelmien kuvaus auttaa seurannan ja arvioinnin toteutuksessa. Alueellisen hoitoketjun tai hoitopaikan oman toimintaohjeen laatimisen tavoitteena on todettujen ongelmien ratkaiseminen.

Alueellisen hoitoketjun laatiminen

Hoitoketju tai -ohjelma määrittää työnjaon eri toimijoiden välillä ja hoidon porrastuksen tietyllä alueella. Yksi henkilö ei voi hoitoketjua laatia. Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon toimivat tiiviisti yhdessä. Avainhenkilöiden mukanaolo varmistaa keskeisten ongelmien esilletulon ja huomioimisen hoitoketjussa. Jokaiselle hoitoketjulle täytyy myös sopia vastuuhenkilö tai vastuuryhmä, joka ihannetapauksessa vastaa toimenpanosta kentällä.

Jos erikoissairaanhoidon yksin laatii hoitoketjun, vaarana on, että perusterveydenhuolto kokee sen erikoissairaanhoidon ”sanelemaksi”. Sama voi koskea muita ammattiryhmiä, jos lääkärit keskenään tekevät hoito-ohjelmat. Hoitoketjun aiheen mukaan saattaa olla tärkeää



tehdä yhteistyötä myös alueen yksityislääkäreiden, apteekkien ja sosiaalitoimen kanssa.

Alueellisessa hoitoketjussa otetaan huomioon paikalliset olosuhteet ja erityispiirteet: muun muassa tarjolla olevat palvelut, nykyiset käytännöt, henkilökunnan määrä, osaaminen, saatavuus ja asenteet sekä maantiede (etäisyydet, liikenneyhteydet). Hoitoketjua laadittaessa tulee keskittyä hoidon porrastuksen, vastuuhenkilöiden nimiin ja yhteystietoihin sekä työnjaon kuvaamiseen. On tärkeää, että hoitoketjun kuvaus on lyhyt, käytännössä ei yli kahta sivua isolla rivivälillä. Tekstissä ei kannata toistaa valtakunnallisen hoitosuosituksen tekstiä. Sähköisissä julkaisumuodoissa (LCD, Internet) hoitoketjut voidaan linkittää hoitosuosituksiin, jatkossa jopa sopivaan suosituksen kohtaan. Lääkäriin tietokantojen käyttäjä voi siirtyä suoraan hoitosuosituksesta alueelliseen hoito-ohjelmaan ja myös vertailla eri alueiden hoito-ohjelmia. Alkuvuodesta 2003 Lääkäriin tietokannoista löytyi yli neljäsataa sairaanhoitopiirien hoitoketjuja tai -ohjelmaa. Ohje hoitoketjun laatimisesta on liitteessä 2. Hoito-ohjelma tai hoitoketju on tärkeää päivittää, kun vastuuhenkilöt tai työnjaot muuttuvat.

Hoitosuosituksen tai -ketjun toimeenpano

Hoitosuosituksen, -ketjun tai -ohjelman toimeenpano edellyttää aktiivista toimintaa, käytäntöjen muutosta tukevia toimia. Osa suosituksista sisältää huomattavia muutoksia nykykäytäntöihin. Erityisesti tällöin on tärkeää muodostaa ensin yleiskuva halukkuudesta siirtyä uusiin käytäntöihin. Käyttöönoton esteiden hahmottaminen on yhtä tärkeää: on eri asia suunnitella muutosta, jos keskeisin ongelma on ajan tai henkilöstön puute, kuin jos ongelmana on ammattilaisten puutteellinen osaaminen tai potilaiden voimakkaat asenteet.

Suosituksen esitleminen työpaikan kokouksissa ja kommenttien, vastaväitteiden, kysymysten tai hyytävän hiljaisuuden kuunteleminen voi antaa hyvää tietoa haasteista. Suuressa organisaatiossa saattaa olla tarpeen kysyä esimerkiksi sähköpostilla suhtautumista hoitosuositukseen tai -ketjuun. Ammattilaiset saattavat olla eri mieltä yksittäisen suosituksen tarpeellisuudesta tai sen sisällön yksityiskohdista. Epäilevää suhtautumista selittävät joskus väestö- ja yksilötason näkökulmien erot. Väestötasolla esimerkiksi tupakoinnin väheneminen kahden prosentin verran on hyvä tulos, mutta yksittäisten potilaiden



kannalta hyöty osuu vain yhteen viidestäkymmenestä tupakoitsijasta. Työtoverien suhtautuminen ja joskus myös muiden palvelujentuottajien asennoituminen ja toiminta voivat vaikuttaa hoitosuositusten käyttöön. Esimerkiksi MIKSTRA-hankkeessa (Mikrobihoidon strategiat) koettiin joissain terveyskeskuksissa hankalaksi noudattaa infektio-
tautien hoitosuosituksia, koska keskussairaalan erikoislääkärit eivät niitä tunteneet tai muista syistä käyttäneet. Lääkärikunnassa on usein voimakkaita mielipidevaikuttajia, jotka vaikuttavat erityisen paljon muidenkin asenteisiin ja toimintaan.

Joidenkin hoitosuositusten käyttöönotto edellyttää uusia tietoja tai taitoja. Toiminta ei voi muuttua ennen kuin ammattilaisilla on riittävä taito sen toteutukseen. Kliinisten taitojen lisäksi voidaan tarvita vuorovaikutukseen tai terveysneuvontaan liittyviä uusia taitoja.

Asenteiden, tietojen ja taitojen ohella henkilökunnan, ajan tai välineiden vähyys tai työaikajärjestelyt voivat estää hoitosuosituksen käyttöönoton. Hoitoketju on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki, ja erityisesti perusterveydenhuollon lääkäritilanne on kriittinen tekijä yhteistyön ja työnjaon onnistumisessa.

Toimeenpanon keinojen valinta

Muutoshalukkuuden ja esteiden arvioinnin jälkeen on päätettävä siitä, mitä keinoja ja menetelmiä käytetään. Ei ole olemassa vääriä tai oikeita tapoja. Eri keinoja yhdistelemällä saadaan parhaiten aikaan tuloksia.

Kokoukset ja luennot

Perinteinen luentomainen koulutus ei yksinään muuta lääkäreiden toimintakäytäntöjä. Se on välttämätön mutta ei riittävä edellytys muutokselle. Joskus pelkkä uuden hoitosuosituksen tai -ketjun mainitseminen yhteisissä kokouksissa riittää, varsinkin jos käytännöt jo pääosin vastaavat suosituksia. Kaikki eivät kuitenkaan tule yksin tutustuneeksi hoitosuositukseen ja -ketjuihin, ja useimmiten ne on syytä käydä yhdessä läpi. Samalla asia selvenee kaikille ja syntyy kuva asennoitumisesta ja käytön esteistä. Suositustekstien opiskelu ja esittely työtovereille ei edellytä erityisosaamista. Suositukseen tutustuminen ja sen esittely kokouksessa voi olla esimerkiksi osa erikoistuvien



lääkäreiden koulutusta. Joillakin erikoisaloilla voidaan oman alan suosituksia käydä systemaattisesti läpi vaikka viikko- tai kuukausikokouksissa. Ainakin yleislääkäreille tärkeitä Käypä hoito -suosituksia on jo niin paljon, että kaikkien kattava läpikäynti voi olla hankalaa. Alueelliset lääkäripäivät ja muut alueelliset koulutuspäivät ovat hyviä tilaisuuksia hoitosuositusten ja -ketjujen läpikäymiseen.

Valtaosa hoitosuosituksista on suunnattu sekä lääkäreille että hoitajille. Niiden moniammatillinen käsittely koulutuksissa on perusteltua. Hoitosuositusten ja -ketjujen läpikäyminen ja toiminnan yhteinen suunnittelu tarjoavat myös hyvän mahdollisuuden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatorajat ylittävälle koulutusyhteistyölle.

Vuorovaikutteinen koulutus

Pelkkä passiivinen kuuntelu ja kysymysten esittäminen ei yleensä riitä muuttamaan käytäntöjä. Pienryhmissä toteutetun, keskusteluun ja vuorovaikutukseen perustuvan koulutuksen on todettu muuttavan toimintakäytäntöjä sekä yksin että luentomuotoiseen koulutukseen yhdistettynä. Osallistumista edellyttävät, potilastapauksiin perustuvat koulutustilaisuudet syventävät ymmärtämistä ja oppimista. Keskustelun kautta yksittäinen ammattilainen pääsee myös lähemmäksi muiden ajatuksia ja toimintakäytäntöjä, eikä työtapaa tarvitse muuttaa yksin.

Ongelmalähtöinen oppiminen (PBL) on vuorovaikutukseen ja tapauksien käyttöön perustuva oppimismenetelmä, jonka taustalla on uusin teoreettinen tieto aikuisen oppimisesta. Keskeistä on potilastapauksen tai kliinisen tilanteen analysointi pienryhmässä ennen uuden tiedon opiskelua. Silloin oppiminen käynnistyy haasteellisen käytännön tilanteen kautta. Opittavasta aihepiiristä pitää keskustella aina myös käsitteellisellä tasolla eikä ainoastaan keskittyä ratkaisemaan haastavaa potilastapausta.

Kirjallinen ja sähköinen materiaali

Yhteisesti sovitut käytännöt unohtuvat, jos niitä ei kirjata. Hoitoketjun tai paikallisten ohjeiden on hyvä olla saatavilla kirjallisessa ja sähköisessä muodossa sovitussa paikassa. Kaikki sairaanhoitopiirit



käyttävät Duodecimin Terveysporttia. Lääkärin tietokantoihin voidaan luoda alueellisia hoitoketjutekstejä, joista on linkkejä muihin tietokantoihin. Jos kaikki työntekijät käyttävät tietokoneita, myös organisaation omat hoito-ohjeet (”talon tapa”) voidaan tuoda saataville sähköisesti esimerkiksi omassa Intranetissä. Alueellisten ja omien ohjelmien kokoaminen paperiversioina samoihin kansiin ainakin päivystyshuoneeseen saattaa säästää monen päivystäjän aikaa. Kansioiden päivityksestä pitää silloin pitää erityistä huolta. Etenkin sijais-ten, ”keikkalääkäreiden” ja ulkopuolisten päivystäjien perehdytyk- sessä alueelliset ja paikalliset hoito-ohjelmat ovat tärkeitä.

Palaute ja auditointi

Palautteen antaminen toimintakäytännöistä perustuu ajatukseen, että ammattilainen muuttaa toimintatapojaan, kun hän huomaa niiden poikkeavan muiden tavoista. Palaute voidaan antaa paperilla tai sähköisesti ja siihen voi kuulua toimintaehdotuksia tai linkkejä hoito-suosituksiin. Palautetta voidaan antaa henkilö- tai ryhmäkohtaisena.

Auditoinnilla tarkoitetaan yleensä järjestelmällistä lääkärin toimin- nan arviointia ja siitä annettavaa palautetta, johon usein kuuluu myös muutosten suunnittelu. Auditointi voi olla yksikön sisäistä yksittäis- ten lääkäreiden toiminnan arviointia tai yksiköiden yhteistyönä ja auditointivierailuina toteuttavaa yksikkötason vertaisauditointia. Pi- kapalautteen (reminder) ideana on antaa heti tietoa epäasianmukai- sesta toimintakäytännöstä. Pikapalautetta voidaan antaa sähköisesti, puhelimitse tai postitse. Pikapalautteet ovat useissa tutkimuksissa ol- leet tehokas tapa vaikuttaa lääkärin toimintaan, mutta vaikutus on harvoin pysyvä.

Mielipidevaikuttajat

Sosiaalisen ympäristön eli työtovereiden vaikutus hoitokäytäntöihin on suuri erityisesti nuorten lääkäreiden ja hoitajien keskuudessa. Kä- sitykset muiden mielipiteistä ja halu mukautua niihin muokkaavat käytäntöjä. Oman alan mielipidevaikuttajien merkitys lääkäreiden hoitokäytäntöjen muotoutumiseen todettiin jo 1950-luvulla. Vaikut- tajat on syytä ottaa mukaan hoitosuosituksen toimeenpanoon jo ai- kaisessa vaiheessa. Mielipidevaikuttaja on arvostettu kliininen asian-



tuntija, jonka tiedot ovat ajan tasalla. Hänellä on selkeä tapa esittää asiat. Hän jakaa mielellään tietojaan ja nauttii siitä. Hän myös kohtelee kollegojaan tasavertaisina auttaessaan heitä.

Potilaiden tai väestön informointi

Hoitosuositus tai -ketju saattaa edellyttää uudenlaista toimintaa myös potilailta. Ei riitä, että lääkärit muuttavat lähetekäytäntöjä, jos potilaiden hakeutuminen suoraan erikoissairaanhoidon päivystykseen ei muutu. Potilaiden odotukset ja erityisesti lääkärin käsitys niistä vaikuttavat lääkärin päätöksiin. Kirjallinen potilasohje yhdessä suullisen informaation kanssa on tehokas tapa vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Jopa 80 % potilaista lukee saamansa ohjeet. Potilasohjeiden on osoitettu parantavan hoitotuloksia ja ne lisäävät potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon.

Käypä hoito -suositusten potilasversioissa on esitetty suositusten keskeinen sisältö. Niitä julkaistaan Hyvä Terveys -lehdessä sekä Käypä hoito -suositusten Internet-sivuilla www.duodecim.fi/kh suomeksi ja ruotsiksi. Lääkärin tietokannoista löytyy yli 150 sairaanhoitopiiriin ja muiden toimijoiden laatimaa potilasohjetta. Lähes kaikilla sairaanhoitopiireillä ja terveyskeskuksilla on omat www-sivut. Näiden välityksellä voidaan tiedottaa luontevasti alueellisista ja paikallisista hoito-ohjelmista, ja sivuilta voi olla linkki paikallisiin potilasohjeisiin. Liitteessä 3 on lyhyt muistilista potilasohjeen laatimisesta.

Uudesta alueellisesta hoitoketjusta tai paikallisesta hoito-ohjeesta kannattaa tiedottaa väestölle myös paikallisten tiedotusvälineiden kautta. Jo paikallisen hoito-ohjeen lähettäminen alueellisille tiedotusvälineille voi käynnistää juttuprosessin paikallisessa lehdessä tai sähköisissä välineissä (paikallisradio ja -televisio). Varmimmin asia edistyy kuitenkin siten, että suosituksen saatteeksi laaditaan tiivis lehdistötiedote, joka auttaa toimituksia hahmottamaan asian merkitystä paikalliselle väestölle.

Lehdistölle laaditun tiedotteen tehtävänä on innostaa toimittajaa tekemään juttu hoitoketjusta tai -suosituksesta. Toimittajan työ kannattaa tehdä helpoksi, jotta hän onnistuu välittämään tärkeän suosituksen paikalliselle väestölle. Tällöin seuraavat seikat ovat tärkeitä:



- Muista, kenelle tiedotetta kirjoitat
- Kerro, miksi asiasi on tärkeä
- Perustele ja havainnollista
- Kerro, kuka antaa lisätietoja ja selvittää tarkemmin suosituksen merkitystä

Lisää ohjeita lehdistötiedotteen laatimisesta on liitteessä 4.

5 Toimeenpanon arviointi ja seuranta

Mitä kannattaa arvioida?

Näyttöön perustuvassa työssä on tärkeää arvioida sen tuloksia. Arvioinnista pitää aina seurata jotakin: päätös muuttaa toimintaa tai jatkaa samalla tavalla. Arvioinnilla on aina ”asiakas”, jonka päätöksiin arvioinnin tulos vaikuttaa.

Mitä sitten arvioidaan? Vähintäänkin arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista. Jos ei ole kuvattu ongelmaa, jota hoitosuositus, -ohjelma tai -ketju pyrkii korjaamaan, jos tavoitteita ei ole olemassa tai niitä ei ole kirjattu, saattaa olla viisainta jättää arviointi tekemättä.

Hoitosuosituksen sataprosenttinen noudattaminen ei sovi tavoitteeksi. Suositus on luonteeltaan ohjenuora ja yksi työkalu päätöksenteossa. Usein on myös erittäin perustelua poiketa hoitosuosituksesta tai soveltaa sitä potilaan kliinisen kuvan tai toivomusten tai muun tilanteen mukaan.

Toimeenpanon arviointi on tavallisesti järkevää rajata toiminnan muutoksen arviointiin, koska terveyshyötyjen osoittaminen edellyttäisi tieteellisen tutkimuksen menetelmien hallintaa, rahaa ja aikaa. Valtakunnalliset hoitosuositukset pyritään laatimaan luotettavan tieteellisen näytön perusteella ja näyttö siitä, että niiden noudattaminen johtaa parempaan terveyteen, on usein jo olemassa. Sen sijaan potilaiden tyytyväisyyden arviointi voi olla perusteltua, ja tähän on olemassa valmiita lomakkeita, jotka sopivat sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon. Lisätietoa löytyy Stakesin koti-



sivulta (www.stakes.fi) kirjoittamalla hakusanaksi *potilastyytyväisyssyyslomakepalvelu* tai suoraan sivulta (<http://www.stakes.fi/palvelut/laatu/aspalhank.htm>).

Miten toteuttaa arviointi?

Kun arvioinnille on olemassa ”asiakas”, tavoitteet joiden toteutumisesta arvioidaan ja kun tiedetään, mihin päätöksiin arviointi vaikuttaa, mietitään arviointikriteerit. Kriteerit ovat määriteltävissä ja mitattavissa olevia asioita. Useimmiten kannattaa valita vain muutama kriteeri. Kriteerien valinnassa voidaan soveltaa ohjeita laatukriteereiden laatimisesta

Kriteerin tulee olla

- pätevä (validiteetti), kuvata sitä, mitä ajatellaan mitattavan
- luotettava (reliabiliteetti), auttaa toistettavasti samaan tulokseen
- helposti mitattava arkityövälineillä
- herkkä, reagoida toiminnan muutokseen
- sekä potilaiden että ammattilaisten hyväksymä
- sellainen, ettei sitä ole mahdollista manipuloida
- sellainen, että siihen voidaan vaikuttaa arvioitavan toiminnan keinoin

Kriteereitä voidaan luokitella esimerkiksi tulos- ja prosessikriteereiksi tai määrällisiksi ja laadullisiksi kriteereiksi. Esimerkki tuloskriteeristä on se, miten läheteindikaatiot vastaavat hoitosuosituksessa ehdotettua tai alueellisessa hoitoketjussa sovittua. Esimerkki prosessikriteeristä on suositukseen tai ketjuun liittyvän koulutuksen järjestäminen terveyskeskuksessa ja koulutukseen osallistuminen.

Osa kriteereistä voi olla sellaisia, että niitä koskevat tulokset löytyvät suoraan terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin omista tietokannoista. Esimerkiksi pelkkä läheteiden määrä tai ensi- ja uusintakäyntien suhde ennen ja jälkeen tietyn hoitoketjun toimeenpanon (määrällinen kriteeri) saattaa antaa arvokasta tietoa. Useimmiten se ei kui-



tenkaan riitä, vaan on otettava otos läheteitä ennen ja jälkeen hoitoketjun toimeenpanon ja selvitettävä myös läheteiden sisältöä, asianmukaisuutta ja tarpeellisuutta (laadullisia kriteerejä). On selvää, että muutokselle tai sen puuttumiselle voi olla muitakin selityksiä kuin julkaistu hoitoketju, mutta kokeelliseen tutkimusasetelmaan vertailuryhmineen on harvoin tarvetta. Joskus vertailu voidaan tehdä esimerkiksi yhteistyössä sellaisen naapurisairaanhoidopiirin tai terveyskeskuksen kanssa, jossa sama hoitosuositus tai -ketju ei ole käytössä. Vertailumahdollisuuden, parhaimmillaan jopa ennen – jälkeen -asetelmassa, saattaa joskus tarjota kansallinen rekisteri tai tilasto. Tällaisia ovat esimerkiksi jo aiemmin mainitut Kelan Terveyspuntari (www.kela.fi/tutki) ja Stakesin Benchmarking -projekti (www.stakes.fi/benchm/). Ainakin akuutin sydäninfarktin ja lonkkamurtuman hoidosta on myös julkaistu rekisteripohjaisia sairaanhoidopiirien välisiä vertailuja. Perusterveydenhuoltoon on perustettu vapaaehtoisia laatuverkostoja, joissa on sovittu ja yhtenäistetty indikaattoreita laadun järjestelmällistä mittaamista ja arviointia varten. Myös näistä voi olla apua arvioinnissa.

Toiminnan muuttuminen vie aikaa, ja liian aikaisin toteutettu arviointi saattaa antaa virheellisen kuvan tilanteesta. Toisaalta kovin myöhään toteutettu arviointi sisältää vielä enemmän virhelähteitä, koska hoidot ja jopa hoitosuositukset sekä henkilökuntatilanne vuosien kuluessa saattavat muuttua. Myöhäisen arvioinnin tuloksia voi myös olla vaikeampi hyödyntää toiminnan kehittämisessä, jos uusi toiminta on vuosien myötä jo ehtinyt vakiintua. Vuosi on liian lyhyt aika ja viisi vuotta useimmiten liian pitkä arviointia varten.

LOPUKSI

Paraskaan hoitosuositus ei juurru arkeen, jos käyttäjät eivät tunne sitä tai pidä sitä tarpeellisena. Omia, usein vuosien aikana vakiintuneita työtapoja on vastenmielistä muuttaa. Jotta hyvät, näyttöön perustuvat työtavat saavat kasvualustan, on johdon tuettava ja jopa edellytettävä suosituksiin tutustumista ja niiden sovittamista omaan työyhteisöön. Tukea saa myös aikaansa ja Internetiä seuraavilta potilailta. Toimeenpanon sato on aikanaan runsas: sujuvat, yhtenäiset työkäytännöt helpottavat kaikkien elämää.



6 Viitteitä

Hoitosuosituksista

- Käypä hoito -hankkeen kotisivuilla on muun muassa aineistoa kansallisten hoitosuosistusten laatimisesta (www.duodecim.fi/kh/).
- The AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument (www.agreecollaboration.org).
- Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858–61.
- Mäkelä M, Kunnamo I. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset. *Duodecim* 1997;113:19.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527–30.

Kotimaisia tutkimuksia hoitosuosituksista

- Elovainio M, Sinervo T, Pekkarinen L. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. *Stakes, Aiheita* 1/2001.
- Elovainio M, Mäkelä M, Sinervo T, Kivimäki M, Eccles M, Kahan J. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. *Scand J Public Health*. 2000;28:117–22.
- Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA. Astma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001;56:806–14.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Moisio P. Implementation of guidelines in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:227–31.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 2002;118:613–9
- Mäkelä M, Kunnamo I. Implementing evidence in Finnish primary care. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:214-7.
- Roine R, Kaila M, Nuutinen M, Mäntyranta T, Nuutinen L, Auvinen O, Mustajoki P. Käypä hoito -suositusten käyttö erikoissairaanhoidossa Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. *Duodecim*. 2003;119:399–406.



Kansainvälisiä tutkimuksia ja katsauksia hoitosuosituksista ja toimintakäytännöistä

- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458–65
- Davis DA, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867–74.
- Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001. Oxford: Update Software.
- Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–22
- Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R ym. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 2001. 39(8) Supplement 2. II2–45.
- Silagy CA, Weller DP, Palsley H, Middleton P, Shelby-James T, Fazekas P. The effectiveness of local adaptation on nationally produced clinical practice guidelines. *Fam Pract* 2002;19:223–30.
- Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001. Oxford: Update Software.
- Thomas LH, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations. *Qual Health Care* 1998;7:183–91.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001A. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001B. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001C. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001D. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2, 2001E. Oxford: Update Software.



Thorson T, Mäkelä M (toim.). Changing professional practice. Theory and practice of clinical guideline implementation. Danish Institute for Health Service Research and Development. DSI rapport 99.05, Kööpenhamina 1999. http://www.dsi.dk/frz_publicationer.htm

Worrall G, Chaulk P, Freake D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcome in primary care: a systematic review. Can Med Assoc J. 1997;156:1705–12.

Hoitoketjut ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Nuutinen M. Hoitoketju. Duodecim 2000;116:1821–8.

Nuutinen M. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen Lääkäriin CD-ROMille. Lääkäriin CD-ROM. versio 1 (tammikuu). Kustannus Oy Duodecim 2000.

Nuutinen M, Mäkäräinen H, Pietikäinen J, Paajanen H, Pukkila J, Nuutinen L. Tietoverkot avuksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämiseen. Suom Lääkäril 1998;53:2855–58.

Nuutinen M, Paajanen H, Huotari R, Seppänen ML, Nuutinen L. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen. Suom Lääkäril 1997; 32: 3791–95.

Tiedotus potilaille ja väestölle

Parkkunen N, Vertio H, Koskinen-Ollonqvist P. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2001, Helsinki 2001.

Torkkola S, Heikkinen H, Tiainen S. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tammi, Helsinki 2002.

Arviointi

Häkkinen U, Idänpään-Heikkilä U, Keskimäki I, Rauhala A, Klaukka T, Teitto E. Akuutin sydäninfarktin hoitokäytäntöjen, kustannusten ja vaikuttavuuden vertailu. Stakes, Aiheita 9/2002. Helsinki.

Idänpään-Heikkilä U, Outinen M, Nordblad A, Päivärinta E, Mäkelä M. Laatukriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakes, Aiheita 20/2000. Helsinki

Rissanen P, Sund R, Nordback I, Rousi T, Idänpään-Heikkilä U: Lonkkamurtuman hoidon vaikuttavuuden rekisteriperusteinen mittaaminen ja vertailu. Stakes, Aiheita 21/2002. Helsinki

Øvretveit J. Evaluating Health Interventions, Open University Press, Milton Keynes, 1998

Øvretveit J. Action Evaluation of Health Programmes and Change A handbook for a user focused approach, Radcliffe Medical Press, Oxford, 2002

Liite 1

MISTÄ LÖYTYY VALTAKUNNALLISIA HOITOSUOSITUKSIA JA -OHJELMIA?

Julkaisija ja Internet -osoite	Suositus/ohjelma
Duodecim, Käypä hoito -työryhmät ja erikoislääkäriyhdistykset www.duodecim.fi/kh/	Käypä hoito -suositukset
Sosiaali- ja terveysministeriö (useat julkaistu yhteistyössä esim. järjestöjen kanssa) www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm	Useita hoito-ohjelmia sekä hoito- ja laatusuosituksia
Stakes www.stakes.fi/verkkojulk/	Joitakin hoitosuosituksia
Muut järjestöt: Diabetesliitto www.diabetes.fi/dehko/ Hengitys ja terveys ry www.filha.fi/	Useita hoito-ohjelmia



Liite 2

ESIMERKKI ALUEELLISEN HOITOKETJUTEKSTIN SISÄLLÖSTÄ

Perustuu tekstiin: Nuutinen M. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen Lääkäriin CD-ROMille. Lääkäriin CD-ROM, versio 1 (tammikuu). Kustannus Oy Duodecim 2000.

Diagnoosi- tai oirekohtainen hoitoketju

1. Diagnoosi tai oire
 - Voi olla mikä tahansa alueella tärkeäksi katsottu oire- tai potilasryhmä
 - Otsikon alla voidaan esittää ne keskeisimmät asiat kyseisen diagnoosin tai oireen osalta, joita halutaan erityisesti painottaa
 - Voidaan myös esittää hoidon tavoite eri potilasryhmien osalta
 2. Hoitoketjusta vastaavien nimet (työryhmä)
 - Yhdyshenkilöt alueella ja sairaanhoitopiirissä
 - Muut erikoisalut, joita hoitoketju sivuaa tai koskee, ja niiden edustajien yhteystiedot
 3. Terveyskeskuksessa tehtävät diagnostiset tutkimukset
 - Luettelomaisesti
 - Tarvittaessa viittaus Käypä hoito -suositukseen tai LCD -tekstiin
 4. Aiheet erikoissairaanhoidon läheteeseen
 - Luettelomaisesti
 - Tarvittaessa kiireellisyysperusteet (päivystys, kiireellinen lähete, normaali lähete)
 - Tarvittaessa viittaus Käypä hoito -suositukseen tai LCD -tekstiin
 5. Keskeiset läheteessä vaadittavat tiedot
 - Luettelomaisesti
 - Tarvittaessa viittaus Käypä hoito -suositukseen tai LCD -tekstiin
 6. Erityistason hoidonpöytäkirjat
 - Pääperiaatteet työnjaosta potilasryhmän hoidossa
 - Terveyskeskus, etäpoliklinikka, aluesairaala, keskussairaala, yliopistollinen sairaala
 7. Hoito erikoissairaanhoidossa
 - Hoidon yleiset periaatteet ja viittaukset hoitosuositukseen tai muuhun näyttöön
 - Hoitoketjun arvioitu kesto ja siihen vaikuttavat seikat (soveltuvin osin)
 8. Jatkohoitoperiaatteet terveyskeskuksessa
 - Jälkiseuranta ja uusintakäynnit terveyskeskuksessa
 - Kuntoutusasiat
 9. Muut erityisasiat
 - Yhteistyö muiden terveydenhuollon tai sosiaalitoimen edustajien kanssa
 10. Kirjallisuusviitteet
 - Julkaistut hoitosuositukset
 - Keskeiset LCD -tekstit aiheesta
 - Muut kirjallisuusviitteet
 - Kirjallisuusviitteet merkitään Duodecimin kirjoitusohjeen mukaan
-



Liite 3

PERUSASIAT POTILASOHJEEN LAATIMISESTA

Asettelumalli Asettelumallin avulla otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan paikoilleen. Tämä voidaan tehdä taitto-ohjelmalla tai tavallisella tekstinkäsittely-ohjelmalla.

Kaksipalstainen malli, jossa vasemmanpuoleinen palsta toimii otsikkopalstana, on helppolukuinen. Suositeltavin kirjaintyyppi on selkeä ja yksinkertainen, esimerkiksi Times tai Arial. Kirjasinkoon on hyvä olla vähintään 12 pistettä ja heikkonäköisille 16 pistettä. Pienaakkosilla kirjoitettua tekstiä on helpompi lukea kuin kapiteelilla eli isoilla kirjaimilla kirjoitettua. Myös otsikoissa kannattaa suosia pienaakkosia.

Kenelle ja mitä? Potilasohjeita kirjoitetaan ainakin kahteen tarpeeseen:

- Laitoksella on tarve ohjata potilaita toimimaan järjestelmän kannalta "oikein"
- Potilailla on tarve saada heitä koskevaa, heidän kysymyksiinsä vastaavaa tietoa

Potilasohjeen ensisijainen tarkoitus on tarjota tietyille potilaille tietoa heidän sairaudestaan, sen hoidosta ja hoidon järjestelyistä. Ohjeen kohderyhmä ja aihe määräävät sisällön ja rakenteen. Esimerkiksi leikkaukseen valmistautuvan työikäisen kotona lukema ohje voi olla yksityiskohtainen ja tarjota paljon tietoa vastaukseksi usein esitettyihin kysymyksiin. Toimenpiteen jälkihoitoa koskeva ohje vanhuksille on lyhyempi ja sisältää ainoastaan toimintaohjeet mahdollisesti kuvilla havainnollistettuina.

Kieli Potilasohje kirjoitetaan helposti ymmärrettävällä yleiskielellä. Vaikeaa lääketieteen kieltä ja toisaalta liian yksinkertaista ja holhoavan tuntuista ilmaisutapaa kannattaa välttää.

Lisätietoa Käypä hoito -ohjeista laadittuja potilasversioita on Internet-osoitteessa www.duodecim.fi/kh ja Lääkärin tietokannoissa on yli 150 potilasohjetta (tarvitaan salasana) osoitteessa www.terveysportti.fi



Liite 4

TOIMIVA LEHDISTÖTIEDOTE

Tuula Vainikainen/Viestintäkoulutus -projekti
Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim

- kertoo uutisen, jonka paikka on heti tiedotteen alussa; loppuosa selventää ja taustoittaa tätä uutista
 - tärkeimmät asiat otsikkoon ja tiedotteen kärkeen, yksityiskohdat ja taustat loppuun
 - on lyhyt ja ytimekäs
 - kertoo asiasta olennaisen (ydinviestin) toimittajalle, joka ei yleensä tunne asiaa
 - liitä asiaksi laajempaan kokonaisuuteen
 - kerro, miksi se on tärkeä
 - mahtuu 1–2 konekirjoitusliuskalle: liitteitä (suositus tai ohje kokonaisuudessaan) mukaan asian taustoittamiseksi
 - herättää kiinnostuksen nasevalla ja havainnollisella otsikolla
 - otsikon perusteella lukija tekee päätteen, koskeeko asia häntä eli kannattaako asiaan paneutua
 - ruokkii herännyttä kiinnostusta kuvaavilla väliotsikoilla, jotka jäsentävät tekstiä
 - puhuu selkeää ja ymmärrettävää kieltä
 - tarkista ammattitermien suomenkieliset vastineet tai selitykset esim. Lääketieteen termit -teoksesta (Duodecim, Terveysportti)
 - käsittelee ihmisläheisiä asioita, koska niistä tehdään uutisia
 - hoitosuositukset, -ketjut ja -ohjelmat ovat sellaisia: lisäksi ne ovat konkreettisia, eli esimerkkejä on helppo löytää
 - johtaa toimittajan asiantuntijan luo ja lisätiedon lähteille
 - kerro asiantuntijoiden yhteystiedot ja puhelinnumerot
 - valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset löytyvät Internetin osoitteesta www.duodecim.fi/kh. Osasta suosituksia on laadittu myös potilasversioita ja osa on käännetty ruotsiksi.
-