

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

**TYÖN PIIRTEET JA HOITOSUOSITUSASENTEET
TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISILLA**

Pro gradu -tutkielma
Heidi Korhonen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Kesäkuu 2009

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

KORHONEN HEIDI: Työn piirteet ja hoitosuositusasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla

Pro gradu-tutkielma, 60 s., 7 liitesivua

Ohjaajat: VTT, Dos. Marko Elovainio ja LT Dos. Minna Kaila

Kansanterveystiede

Kesäkuu 2009

Hoitosuositukset on osoitettu tehokkaaksi keinoksi parantaa potilaiden saaman hoidon laatua. Tästä huolimatta hoitosuositusten käyttö on ollut usein vähäistä tai siinä on ilmennyt suurta vaihtelua. Esteet hoitokäytäntöjen muuttamiseksi voivat liittyä terveydenhuollon ammattilaiseen, hoidon sosiaaliseen kontekstiin ja/tai organisaatioon. Hoidon sosiaaliseen kontekstiin ja organisaatioon liittyvät tekijät ovat erityisen merkityksellisiä hoitokäytäntöjen muuttamisessa: ne vaikuttavat paitsi mahdollisuuksiin toimia uusien hoitokäytäntöjen mukaan myös asenteisiin muutoksia kohtaan.

Tässä tutkimuksessa kuvailtiin ja vertailtiin lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä. Lisäksi tutkittiin, toimivatko työn piirteet välittävänä (ns. mediaattoreina) tai muovaavina (ns. moderaattoreina) tekijöinä ammatin ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Tutkielma koostuu kolmesta osiosta: hoitosuosituksia ja työn piirteitä käsittelevästä kirjallisuuskatsauksesta, tieteellisestä artikkelista sekä kirjoittamisprosessin kuvauksesta.

Aineistonkeruumenetelmänä oli sähköpostikysely, johon vastasi yhteensä 687 lääkäriä, sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa Kymenlaakson ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä sekä Saarijärvi-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymästä. Asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin Stakesin ja RAND:in kehittämällä mittarilla (Attitudes toward guidelines scale, AGS) ja työn piirteitä Karasekin työn vaatimusten ja hallinnan mallilla. Lisäksi tutkittiin ammattilaisten kokemuksia sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista työssään.

Asennoituminen hoitosuosituksia kohtaan oli yleisesti myönteistä. Työn kuormittavuus, sosiaalisen tuen puute ja tietotekniset ongelmat olivat yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen hoitosuosituksia kohtaan (ns. mediaattorimalli). Joitakin ammattiryhmäkohtaisia eroja kuitenkin ilmeni (ns. moderaattorimalli). Esimerkiksi työnsä paljon kuormittavaksi kokevat hoitajat arvioivat organisaation asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin työn kuormittamat lääkärit. Sairaanhoitajilla tietotekniset ongelmat olivat yhteydessä kielteisiin arvioihin omasta ammatillisesta pätevyydestä suositusten käyttämiseksi ja ammattiryhmänsä hoitosuositusasenteista.

Tulevaisuudessa huomiota tulisi kiinnittää nykyistä enemmän terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksiin ja mahdollisuuksiin hyödyntää hoitosuosituksia työssään. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää työnsä paljon kuormittavaksi kokeviin työntekijöihin ja heidän työolojensa kehittämiseen uusien toimintakäytäntöjen oppimista edistäviksi.

Avainsanat: hoitosuositukset, työn piirteet, asenteet, mediaattori, moderaattori

SUMMARY

TAMPERE UNIVERSITY
School of Public Health

KORHONEN HEIDI: Health care professionals' job characteristics and attitudes towards clinical guidelines

Master's thesis, 60 pages, 1 appendix

Supervisors: Docent Marko Elovainio and Docent Minna Kaila

Public Health

June 2009

Clinical guidelines have been showed to be an effective tool in improving the quality of patients' care. In spite of this, health care professions' adherence of guidelines has been limited. Obstacles to change clinical practice can be related to the individual practitioner, to the social context of care provision, or to the organisational context. The social context of care provision, and organisation have a significant role in changing the clinical practices. They influence the opportunities to follow the guidelines as well as attitudes towards them.

The aim of the study was to describe and compare doctors' and nurses' job characteristics and their attitudes towards clinical guidelines. We also examined the mediating or moderating effect of the job characteristics on the relationship between profession and attitudes. The thesis consists of three parts: a literature review dealing with clinical guidelines and job characteristics, a research article, and the description of the writing process.

The data (n=687) were collected using an electronic survey carried out between November 2006 and May 2007 in Kymenlaakso and North-Savo hospital districts and the joint municipal authority of Saarijärvi-Karstula. Attitudes towards guidelines were assessed by the Attitudes toward guidelines scale (AGS) and job characteristics with the Job Demand–Control model by Karasek. The professionals' experiences of lack of social support and problems with information technology were also examined.

In general, the health care professionals' attitudes of clinical guidelines were rather positive. Job strain, lack of social support, and problems with information technology were associated with negative attitudes towards guidelines. However, there were differences between professions. Nurses with low decision latitude and heavy job demands considered attitudes in the organisation more negative than doctors with heavy job strain. In addition, nurses having problems with information technology reported lacking individual and team abilities to use guidelines.

In the future, we should improve health care practitioners' possibilities and abilities to use guidelines. Especially, attention should be paid on those who suffer from job strain. Health care organizations can benefit from considering the impact of job characteristics and work community on staffs' attitudes towards clinical practice guidelines.

Key words: clinical guidelines, job characteristics, attitudes, mediator, moderator

SISÄLTÖ

I KIRJALLISUUSKATSAUS

1 JOHDANTO	2
2 ASENTEET	4
2.1 Asenteiden rakenne ja funktiot	4
2.2 Asenteiden muodostaminen ja muuttaminen	6
2.3 Asenteiden yhteys käyttäytymiseen	6
3 HOITOSUOSITUKSET	7
3.1 Käypä hoito -suositukset ja Lääkärin käsikirja	8
3.2 Hoitosuosituksen mahdollisuudet ja rajoitukset	9
4 LÄÄKÄREIDEN JA HOITAJIEN HOITOSUOSITUSASENTEET	11
5 TYÖN VAATIMUSTEN JA HALLINNAN MALLI (The Job Demand-Control model)	17
6 TYÖN PIIRTEIDEN YHTEYS ASENTEISIIN	19
7 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
LÄHTEET	24
LIITTEET	31
Liite 1. Peruskysely	
II TIETEELLINEN ARTIKKELI	38
Johdanto	39
Aineisto ja menetelmät	42
<i>Tilastolliset analyysit</i>	43
Tulokset	46
<i>Tutkimusjoukko</i>	46
<i>Hoitosuositusasenteet</i>	47
<i>Työn piirteet</i>	48
<i>Mediaattoritestaus</i>	50
<i>Moderaattoritestaus</i>	53
Pohdinta	54
Kirjallisuus	57
III PROSESSIKUVAUS PRO GRADU-TUTKIELMAN TEKEMISESTÄ	60

I KIRJALLISUUSKATSAUS

1 JOHDANTO

Hoitosuosituksia on osoitettu tehokkaaksi keinoksi parantaa hoidon laatua (Grimshaw ja Russell 1993; *Implementing clinical practice...* 1994; Thomas ym. 1998). Tästä huolimatta niiden käyttö on kuitenkin ollut usein vähäistä tai vähintäänkin siinä on esiintynyt suurta vaihtelua (Cabana ym. 1999; Grol 2001a, 2001b; Miilunpalo ym. 2001, 2002; Roine ym. 2003; Maue ym. 2004; Kaila ym. 2006; Kuronen ym. 2006). Hoitosuosituksen käytön vakiinnuttaminen osaksi käytännön työtä on osoittautunut vaativaksi prosessiksi (Feder ym. 1999, Grimshaw ja Eccles 2001; Mäntyranta ym. 2003; Grol ym. 2005). Haasteet hoitokäytäntöjen muuttamiseksi voivat ilmetä monella tasolla. Yksittäisen ammattilaisen tiedot, taidot, asenteet ja toimintatavat sekä hoidon sosiaalinen konteksti, kuten potilaat, kollegat ja esimiehet vaikuttavat valmiuteen muuttaa hoitokäytäntöjä. Myös organisaatioon liittyvillä tekijöillä, kuten sen rakenteilla, saatavilla olevilla resursseilla ja työilmapiirillä on vaikutusta siihen, miten muutoksiin suhtaudutaan. (Grol 1997; Solberg ym. 2000; Grol ja Grimshaw 2003, Grol ym. 2005; Tan 2006; Francke ym. 2008)

Tuore systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoittaa, että suositusten käyttöönototavat sekä ominaisuudet, jotka liittyvät hoitosuositukseen, terveydenhuollon ammattilaisiin, potilaisiin ja toimintaympäristöön vaikuttavat suositusten omaksumiseen (Francke ym. 2008). Hoitokäytäntöjen muuttamisen kannalta hoidon sosiaalisen kontekstiin ja organisaatioon liittyvät tekijät ovat erityisen merkityksellisiä. Ne vaikuttavat paitsi mahdollisuuksiin toimia uusien hoitokäytäntöjen mukaan myös asenteisiin niitä kohtaan. (Cabana ym. 1999.) Aiemmin esimerkiksi Elovainio ym. (2001) ovat osoittaneet työn piirteiden, muutoksen toteutustavan ja psyykkisten stressioireiden vähäisyyden olevan yhteydessä hoitosuositusasenteisiin. Tutkimuksen mukaan työn piirteet olivat erityisen merkitykselliseksi hoitosuosituksen käytön kannalta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitosuositusasenteita ja kokemuksia työoloista sekä tarkastella, toimivatko työn piirteet välittävänä (ns. mediaattorimalli) tai muovaavana tekijänä (ns. moderaattorimalli) terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden väli-

sessä suhteessa. Tutkimus on osa Sähköisen päätöksentuen (EBMeDS, Evidence Based Medicine electronic Decision Support) -hanketta (2006–2009). Hankkeen tavoitteena on kehittää, testata ja arvioida terveydenhuollon ammattilaisille suunnattua potilaskertomusjärjestelmiin integroitavaa sähköistä päätöksentukijärjestelmää (Kortteisto ym. 2006). Tietokoneavusteisen päätöksentuen perustana ovat näyttöön perustuvat hoitosuosituksiset, joihin se yhdistää potilaskohtaista tietoa (Varonen ym. 2006). ”*Aktiivisella päätöksentuella tarkoitetaan lääketieteellisen tietämyksen ja yksittäisestä potilaasta tallennetun tiedon yhdistämistä siten, että tuloksena on tapauskohtaisesti räätälöityjä muistutuksia*” (Kunnamo 2005).

Tutkielmani on muodoltaan artikkeligradu. Työni alussa kuvaan tutkielmani kannalta keskeisiä käsitteitä: asenteita, hoitosuosituksia sekä työn vaatimusten ja hallinnan mallia (Job Demand-Control model). Tarkastelen myös aiempia tutkimuksia lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteista sekä työn piirteiden ja asenteiden välisistä yhteyksistä. Tämän jälkeen esittelen tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymykset. Käyttämäni aineiston, tutkimusmenetelmät, tilastolliset analyysit ja tutkimustulokset raportoin artikkelissa. Artikkelissa tarkastelen myös tutkimustuloksia suhteessa aiempiin tutkimuksiin ja pohdin tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Tutkielmani lopussa on vielä kuvaus työni tekemisen prosessista.

2 ASEENTEET

Asenteella tarkoitetaan taipumusta arvioida joko positiivisesti tai negatiivisesti tiettyä objektia (Eagly ja Chaiken 1998, 269; Olson ja Maio 2003, 299). Arvoinnin kohteet voivat olla abstrakteja, kuten poliittinen tai uskonnollinen aate tai konkreettisia, kuten ruoka. Asenteet voivat kohdistua myös yksittäiseen henkilöön tai tiettyyn ihmisryhmään. (Eagly ja Chaiken 1998, 269.) Asenteille on ominaista subjektiivisuus. Ne kuvaavat sitä, miten yksilö arvioi objektin, mutta eivät välttämättä sitä, millainen objekti todellisuudessa on. (Olson ja Maio 2003, 300.) Yksilön tekemät arvioinnit objektista voivat ilmetä hyväksymisenä tai paheksuntana, lähestymisenä tai välttämisenä ja ihailuna tai vastenmielisyytenä (Eagly ja Chaiken 1998, 269).

2.1 Asenteiden rakenne ja funktiot

Asenteiden rakenteesta on olemassa useita teoreettisia käsityksiä (Olson ja Maio 2003, 300–304) Yksi tunnetuimmista on näkemys asenteesta kokonaisuutena, joka koostuu kolmesta osatekijästä: affektiivisestä, kognitiivisesta ja toiminnallisesta. Asenteen affektiivisellä komponentilla viitataan niihin tunne- ja fysiologisiin reaktioihin, joita kyseessä oleva objekti saa aikaan. Kognitiivisen osatekijän on katsottu rakentuvan objektia koskevista uskomuksista ja tiedoista, joiden avulla objektia arvioidaan. Toiminnallinen komponentti ilmenee puolestaan käyttäytymisenä ja halukkuutena ja aikomuksena toimia tietyllä tavalla. (Rosenberg ja Hovland 1960, 1–14; Breckler 1984.)

Huolimatta edellä esitetyn kolmiosaisen rakenteen pitkästä perinteestä ja sen käsitteellisesti selkeydestä mallin empiirisestä validiudesta ja hyödyllisyydestä ei ole oltu yksimielisiä (Oskamp ja Schultz 2005, 10). Tutkimustulokset osoittavat, että asenteet eivät esimerkiksi välttämättä vaadi muodostuakseen kaikkia kolmea osatekijää. Lisäksi mallin oletus osatekijöiden välillä vallitsevasta johdonmukaisuudesta ei myöskään päde kaikkien asenteiden kohdalla. (Eagly ja Chaiken 1998, 271–272; Oskamp ja Schultz 2005, 10.)

Uudempi teoreettinen näkemys asenteista esittää affektiivisen, kognitiivisen ja toiminnallisen komponentin erillisinä kokonaisuuksina, jotka eivät välttämättä ole yhteydessä toisiinsa (Oskamp ja Schultz 2005, 10–11). Esimerkkinä tästä on Fishbeinin ja Ajzenin

(1975) perustellun toiminnan teoria. Siinä asenne vastaa affektiivista ulottuvuutta ja se ilmenee objektia koskevin arviointeina. Uskomukset edustavat puolestaan kognitiivista ulottuvuutta ja ne ilmentävät yksilön subjektiivista näkemystä siitä, millaisia ominaisuuksia objektilla on. Toiminnallista ulottuvuutta vastaa yksilön aikomus käyttäytyä tietyllä tavalla. Fishbein ja Ajzen (1975) esittävät, että yksilöllä on usein erilaisia uskomuksia samasta kohteesta, ja että uskomukset, asenteet ja aikomukset eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia.

Asenteita on määritelty niiden psykologisen rakenteen sijaan myös niiden funktioiden avulla (Katz 1960). Funktionaalisen lähestymistavan lähtökohtana on ymmärtää asenteiden syitä eli sitä, miksi ihmisillä on tietynlaisia asenteita (Olson ja Maio 2003, 305). Katz (1960) on esittänyt neljä perusfunktiota asenteille. Niiden lähtökohdan on katsottu olevan yksilön motivaatiossa. Ensimmäinen on välineellinen eli instrumentaalinen funktio. Sitä voidaan kutsua myös tarkoituksenmukaisuus- tai utilitaariseksi eli hyötyfunktioksi. Yksilön asenne tiettyä kohdetta kohtaan muodostuu sen mukaan, miten se auttaa häntä saavuttamaan haluamansa päämäärän tai välttämään epämieluisan tilanteen. Välineellisestä näkökulmasta tarkasteluna asenteeseen vaikuttaa olennaisesti yksilön senhetkiset ja aiemmat havainnot tietynlaisen asenteen hyödyllisyydestä yksilölle itselleen. (Katz 1960, 170–171.)

Toinen asenteiden funktio on minää puolustava. Syyt tietynlaiseen asenteeseen voivat perustua yksilön halulle suojata esimerkiksi minäkuvaansa niin ulkopuolelta kuin omasta itsestäänkin esiin nousevilta uhkilta. Tämän funktion ydin on siinä, että asenne ei muodostu kohteensa perusteella vaan yksilön emotionaalisen konfliktin seurauksena. (Katz 1960, 172–173.)

Kolmanneksi asenteiden avulla voidaan ilmaista arvoja. Sen sijaan, että yksilö ylläpitäisi tietynlaisia asenteita ollakseen paljastamatta itseään muille, asenteet voivat olla myös keino ilmaista yksilölle tärkeitä arvoja tai itseään sellaisena kuin itsensä mieltää. Asenteet voivat olla näin keino rakentaa identiteettiä. (Katz 1960, 173–175.)

Neljäs asenteiden funktio on tiedollinen. Asenteet toimivat tiedollisesta näkökulmasta tarkasteltuna keinona jäsentää ympäröivää maailmaa ymmärrettävällä tavalla. Ne antavat ikään kuin viitekehyksen ajattelulle ja auttavat tilanteiden ennakoimisessa. Jokaisen

asenteita koskevan funktion kohdalla on mahdollista, että äärimmilleen vietynä se pikemmin estää kuin auttaa halutun päämäärän saavuttamisessa. (Katz 1960, 173–176.)

2.2 Asenteiden muodostaminen ja muuttaminen

Asenteiden muodostamista ja muuttamista on mahdollista ymmärtää edellä kuvattujen asenteiden rakennetekijöiden (Olson ja Maio 2003, 311–312) ja niiden funktioiden (Oskamp ja Schultz 2005, 90–91) kautta. Asenteen muodostamisessa on kyse siitä, että henkilö muodostaa ensi kertaa asenteen tiettyä objektia kohtaan (Oskamp ja Schultz 2005, 161). Asenteiden muodostaminen koostuu objektia koskevista tiedollisista, affektiivisista ja toiminnallisista prosesseista (Olson ja Maio 2003, 311–312). Myös geneettiset ja fysiologiset tekijät voivat vaikuttaa taipumukseen muodostaa tietynlaisia asenteita (Olson ja Maio 2003, 312–313; Oskamp ja Schultz 2005, 163–165).

Asenteiden muuttamista koskevien teorioiden tavoitteena on ymmärtää, millaisissa olosuhteissa asenteet muuttuvat, ja millä tavoin muutos tapahtuu (Oskamp ja Schultz 2005, 233). Sama tekijä voi vaikuttaa asenteisiin eri tavalla eri tilanteissa tai saada aikaan saman vaikutuksen erilaisten affektiivisten, kognitiivisten ja toiminnallisten prosessien kautta eri tilanteissa. Edelleen osa asenteista on helpommin ja vähäisemmin ponnisteluun muutettavissa, kun taas osa vaatii muuttuakseen yksilöltä enemmän työtä. (Petty ja Wegener 1998, 325.) Esimerkiksi yksilön henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvat asenteet ovat tavallisesti vahvempia ja siten vaikeammin muutettavissa kuin toisten ihmisten kertomuksen pohjalta muodostetut asenteet (Olson ja Maio 2003, 309; Oskamp ja Schultz 2005, 165). Tätä taustaa vasten erilaiset asennemuutosta koskevat teoriat eivät välttämättä kilpaile keskenään, vaan soveltuvat erilaisten tilanteiden ymmärtämisen (Petty ja Cacioppo 1981).

2.3 Asenteiden yhteys käyttäytymiseen

Asenteiden yhteys käyttäytymiseen on yksi eniten tutkituista asenteisiin liittyvistä aihealueista. Kiinnostusta asenteiden ja käyttäytymisen väliseen yhteyteen sekä asenteiden muuttamiseen selittää asenteiden keskeinen merkitys ihmisen toiminnassa (Oskamp ja Schultz 2005, 207). Oletuksena on, että yksilö pyrkii toimimaan tavalla, joka on yhdenmukainen hänen asenteidensa kanssa (Eagly ja Chaiken 1998, 295–296; Olson ja Maio 2003, 314; Oskamp ja Schultz 2005, 233).

Käsitys siitä, että asenteet ennustavat usein käyttäytymistä, on vahvistunut sen myötä, kun tutkimusmenetelmät ovat kehittyneet, ja asenteiden ja käyttäytymisen väliseen yhteyteen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen on lisääntynyt. (Kraus 1995; Oskamp ja Schultz 2005, 269–272.) Asenteiden ja käyttäytymisen välistä yhteyttä vahvistavat tai heikentävät tekijät voivat liittyä asenteeseen, yksilöön, käyttäytymiseen ja/tai tilanteeseen (Kraus 1995, 64–68; Oskamp ja Schultz 2005, 270–272). Asenteen ominaisuudet, kuten varmuus, pysyvyys, ristiriidattomuus sekä kokemus objektista vaikuttavat siihen, miten hyvin asenne selittää käyttäytymistä. Mitä varmempi henkilö on asenteestaan ja mitä pysyvämpi ja ristiriidattomampi asenne on, sitä varmemmin se on yhdensuuntainen henkilön käyttäytymisen kanssa. Lisäksi henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvat asenteet ennustavat käyttäytymistä paremmin kuin toisten ihmisten kertomukseen perustuvat asenteet. (Oskamp ja Schultz 2005, 271.)

Yksilöön liittyvistä ominaisuuksista keskeisin on henkilön taipumus oman käyttäytymisensä tarkkailuun. Yksilöt, jotka ovat alttiimpia itsetarkkailuun, kiinnittävät enemmän huomiota ympäristöönsä ja ovat taipuvaisempia toimimaan toisten henkilöiden odotusten mukaisesti. Sen sijaan henkilöillä, jotka suuntaavat toimintaansa enemmän omien lähtökohtiensa perusteella, on asenteiden yhteys käyttäytymiseen vahvempi. (Oskamp ja Schultz 2005, 271.)

Käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä esimerkiksi vapaaehtoisuus, normatiiviset odotukset ja vaihtoehdot toimintatavat vaikuttavat siihen, miten vahva asenteiden ja käyttäytymisen välinen yhteys on. Henkilöllä voi olla esimerkiksi kielteinen asenne tiettyä objektia kohtaan, mutta hänellä ei ole vaihtoehtoisia toimintatapoja tai hänen odotetaan toimivan tiettyjen toimintatapojen mukaisesti. Myös yksilön tietoisuus asenteen mukaisen käyttäytymisen seurauksista voi vaikuttaa siihen, toimiiko hän asenteidensa mukaisesti. Edelleen tilanteeseen liittyvät tekijät, kuten odottamattomat tapahtumat vaikuttavat siihen, miten johdonmukaista henkilön käyttäytyminen on hänen asenteidensa kanssa. (Oskamp ja Schultz 2005, 271–272.)

3 HOITOSUOSITUKSET

Hoitosuosituksia on yleisesti määritelty ”*asiantuntijoiden systemaattisesti laadituiksi kannanotoiksi, jotka tukevat terveydenhuollon ammattilaista ja potilasta tekemään päätöksiä asianmukaisesta hoidosta tietyissä kliinisissä tilanteissa*” (Field ja Lohr 1992,

27). Hoitosuosituksia kohtaan ilmenevää laajaa kiinnostusta selittävät terveydenhuoltojärjestelmissä kohdatut lukuisat haasteet. Niitä ovat lisääntynyt hoidon kysyntä, kasvavat kustannukset, kalliit teknologiat, ikääntyvä väestö, palvelujen tarjonnassa ilmenevä vaihtelu, epätarkoituksenmukaiset hoitokäytännöt sekä terveydenhuollon ammattilaisten halu tarjota, ja potilaiden halu saada parasta mahdollista hoitoa. (Woolf ym. 1999, 527.) Pätevien ja käyttökelpoisten hoitosuositusten kehittäminen edellyttää, että suositukset perustuvat systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, ne on laadittu monitieteellisessä yhteistyössä, ja että, suositusten laadintaa varten on saatavilla riittävästi resursseja, kuten eri alojen asiantuntemusta ja taloudellista tukea (Shekelle ym. 1999). Suomessa valtakunnallisia hoitosuosituksia ja hoito-ohjelmia laativat esimerkiksi Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus (Stakes) sekä terveysalan järjestöt (Mäntyranta ym. 2003, 11).

3.1 Käypä hoito -suositukset ja Lääkäriin käsikirja

Käypä hoito -suositukset ovat Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen yhteistyössä laatimia suomalaiseen terveydenhuoltoon soveltuvia hoitosuosituksia. Niiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuositusten toivotaan toimivan niin lääkärin käytännön työn tukena kuin alueellisten hoito-ohjelmien perustana. (Käypä hoito -suositukset 2009.) Käypä hoito -suosituksia on laadittu aiheista, jotka ovat kansanterveydellisesti merkittäviä, ja joissa ilmenee huomattavaa hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuositusten laadinnan perusteena ovat olleet myös aiheet, joista on saatavilla uutta tietoa, tai joista terveydenhuollon ammattilaiset ovat ilmaisseet tarvitsevänsä tietoa. (Toropainen ym. 2006.)

Käypä hoito -suositusten luotettavuus perustuu järjestelmällisyyteen suosituksia laativan työryhmän työtavoissa, kuten tiedon etsinnässä ja tiivistämisessä (Käypä hoito -käsikirja 2007). Käypä hoito -suosituksia laativa työryhmä koostuu asiaa koskevan alan erikoislääkäreistä, vähintään yhdestä yleislääkäristä ja tarvittaessa muista terveydenhuollon ammattilaisista. Suositustyöryhmän jäsenet laativat suositukset systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saadun näytön perusteella. Tämän jälkeen suositukset lähetetään lausuntokierrokselle tietyille sidosryhmille, joilta saadun palautteen perusteella tehdään vielä tarvittavia muutoksia. (Winell ym. 2003; Käypä hoito -suositukset 2009)

Ensimmäinen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 1997 (Käypä hoito -suositukset 2009). Tällä hetkellä suosituksia on olemassa hieman yli 90 (Käypä hoito -suositukset

2009) ja ne ovat vakiintunut osa suomalaista terveydenhuoltokulttuuria (Ketola ym. 2004). Käypä hoito -suositukset ovat saatavilla Käypä hoidon ja Terveysportin verkkosivuilla. Suositukset julkaistaan myös painettuina esimerkiksi Duodecim- ja Sairaanhoidaja -lehdessä, Lääkärin käsikirjassa sekä Hyvä Terveys -lehdessä. (Mäntyranta ym. 2003; Käypä hoito -suositukset 2009.)

Lääkärin käsikirjan tavoitteena on tiivistää lääkärin työssään tarvitsema lääketieteellinen tieto helposti ja nopeasti omaksuttavaan muotoon. Se noudattaa näyttöön perustuvan lääketieteen (EBM, evidence-based medicine) periaatteita ja siinä pyritään yhdenmukaisuuteen Käypä hoito -suositusten kanssa (Kunnamo ym. (toim.) 2008.) Yleislääkärin käsikirjan ensimmäinen kokeiluversio ilmestyi jo vuonna 1989 ja CD-ROM- muodossa yleislääkärin käsikirja ilmestyi ensimmäisen kerran vuonna 1991 (Mustajoki 1998, 101). Tällä hetkellä Lääkärin käsikirja on osa Lääkärin tietokantoja, jotka julkaistaan sähköisessä muodossa internetissä (Kunnamo ym. (toim.) 2008).

Lääkärin käsikirjan lähtökohtana on alusta alkaen ollut oirelähteisyyttä eli potilaan esittämät oireet, joita lääkäri pyrkii hoitamaan tavoilla, jotka vastaavat hyvien tutkimus- ja hoitokäytänteiden vaatimuksia. Lisäksi kirjan toimittamisen päävastuun on haluttu olevan terveyskeskuksissa työskenteleville yleislääkäreille, jotta kirja olisi mahdollisimman käytännönläheinen. (Kunnamo 1988, 344.)

3.2 Hoitosuositusten mahdollisuudet ja rajoitukset

Hoitosuosituksista voivat hyötyä niin potilaat, terveydenhuollon ammattilaiset kuin organisaatiot (Woolf ym. 1999, 527–529). Hoitosuositukset on arvioitu yhdeksi tehokkaimmista keinoista parantaa potilaiden saaman hoidon laatua (Grimshaw ja Russell 1993; Thomas ym. 1998). Lisäksi ne on arvioitu tehokkaiksi keinoiksi ylläpitää terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoa, vähentää terveydenhuollon palveluiden tarjonnassa ilmenevää vaihtelua, hillitää terveydenhuollon kustannusten kasvua sekä kehittää hoitoprosesseja (Woolf ym. 1999).

Grimshaw ja Eccles (2001, 120–121) ovat esittäneet kolme tapaa, joilla terveydenhuollon ammattilainen voi hyödyntää hoitosuosituksia. Ensimmäinen vaihtoehto on suositusten käyttö yleisenä tiedonlähteenä jatkuvan täydennyskoulutuksen ja omien tietojen päivittämisen apuna. Toiseksi, hoitosuosituksista on mahdollista etsiä apua tiettyyn erityiskysymykseen. Kolmas vaihtoehto on suositusten käyttö perusterveydenhuollon or-

ganisaatioiden tai yksiköiden laadun kehittämisen apuvälineenä. Feder ym. (1999, 730) ovat esittäneet yhdeksi hoitosuosituksen käyttötavaksi myös terveydenhuollon ammattilaisten omien tietojen ja taitojen reflektiivisen arvioinnin ja vertaisarvioinnin.

Hoitosuosituksen tarjoamista monista mahdollisuuksista huolimatta ne ovat kuitenkin vain yksi keino parantaa hoidon laatua. Hoitosuosituksista saadut hyödyt on mahdollista saavuttaa vain silloin, kun suositukset ovat perusteellisella ja luotettavalla tavalla laadittuja. Hoitosuosituksista voi olla merkittävää haittaa, jos ne ovat harhaanjohtavia. Tämä voi olla seurausta siitä, että suositusten perustana oleva tieteellinen näyttö on puutteellista tai virheellisesti tulkittua. Hoitosuositukseen vaikuttavat myös hoitosuosituksia laativien tahojen mielipiteet ja kliininen kokemus, ja niiden perustana voi olla myös muut kuin potilaiden tarpeet. Lisäksi se, mikä on yleisesti suositeltavaa tietyille potilasjoukoille, ei välttämättä päde yksittäisten potilaiden kohdalla. Hoitosuosituksia tulisikin soveltaa ottaen huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. (Woolf ym. 1999, 529–530.)

Kritiikkiä hoitosuosituksia kohtaan ovat esittäneet esimerkiksi Mead (2000), Hampton (2003) ja Nummenmaa (2007). Mead on arvioinut hoitosuosituksen laadintaa ja käyttöä hoitajien näkökulmasta. Hänen mielestä monet hoitotyön kannalta keskeiset aihealueet jäävät hoitosuosituksen ulkopuolelle, koska niistä ei ole olemassa kontrolloitujen kokeiden tai systemaattisten katsausten avulla saatua tutkimustietoa, johon suositusten laadinta usein perustuu. Mead kyseenalaistaa myös hoitajien mahdollisuudet oman kliinisen kokemuksen ja harkinnan käyttöön hoitosuosituksen soveltamisessa. Epäilystään Mead perustelee sillä, että suositusten sijaan hoitajien toimintaa ovat perinteisesti ohjanneet erilaiset määräykset. Hoitosuosituksen käyttöönoton yhteydessä tulisikin varmistaa, että hoitajilla on valmiudet arvioida ja soveltaa hoitosuosituksia harkiten. (Mead 2000, 113–114.)

Hamptonin (2003, 280–282) mielestä yksi keskeisimmistä huolenaiheista on hoitosuosituksen soveltuvuus kliiniseen käytäntöön. Näyttöön perustuva lääketiede perustuu pitkälti satunnaistettuihin, kontrolloituihin kokeisiin, joissa tutkittavat henkilöt ovat usein valikoituneita. Tästä syystä tulosten soveltaminen käytäntöön, esimerkiksi iäkkäiden potilaiden hoitoon, on kyseenalaista. Toiseksi, kliinisten kokeiden tulkinta perustuu niistä tehtäviin arviointeihin, joten suositukset ovat paitsi näyttöön myös hoitosuosituksia laativien tahojen näkemyksiin perustuvia.

Nummenmaa (2007) on kritisoinut Käypä hoito -suosituksia siitä, että niiden tavoitteista puuttuu sairauksien ehkäisy, ja että suositusten laadintaan osallistuu vain vähän yleislääkäreitä, eikä lainkaan potilaita tai potilasjärjestöjen edustajia. Hän on arvioinut suositusten suosivan lääkehoitoja muiden hoitojen kustannuksella. Myös hoidon haittavaikutusten raportointi on Nummenmaan mielestä selvästi vähäisempää kuin hoidon vaikuttavuuden. Yhdeksi merkittäväksi ongelmaksi Nummenmaa (2007, 107) on arvioinut sen, että valtaosa tutkimuksista, joihin hoitosuositukset perustuvat, ovat lääketeollisuuden tekemiä. Toiseksi Nummenmaa (2007, 118) pitää ongelmallisena sitä, että kliinisen merkitsevyyden asteen arviointiin käytetään lähes yksinomaan tilastollista merkitsevyyttä, vaikka hoitosuositukset ovat kirjoitettu käytännön lääkärin tueksi.

4 LÄÄKÄREIDEN JA HOITAJIEN HOITOSUOSITUS-ASENTEET

Taulukkoon 1 olen koonnut lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteita selvittäneitä kansainvälisiä ja kotimaisia kvantitatiivisia tutkimuksia. Lääkäreiden osalta taulukossa on esitetty Farquharin ym. (2002) toteuttaman kirjallisuuskatsauksen ja sen jälkeen eli vuodesta 2000 alkaen ilmestyneiden yksittäisten tutkimusten tuloksia. Suomalaisten lääkäreiden hoitosuositusasenteita selvittäneistä tutkimuksista on mukana myös ennen vuotta 2000 ilmestyneet tutkimukset. Taulukosta käy ilmi, että hoitajien hoitosuositusasenteita selvittäneitä tutkimuksia on tehty selvästi lääkäreitä vähemmän. Hoitajien asenteita kuvaavissa tutkimuksissa on kuvattu usein myös muiden ammattiryhmien edustajien asenteita suosituksia kohtaan. Hoitajien asenteita selvittäneisiin tutkimuksiin osallistuneiden määrät ovat olleet usein myös pieniä, minkä seurauksena tulosten luotettavuus ja erityisesti yleistettävyyys on heikko (esim. Cotton ja Sullivan 1999; Luther ym. 2004). Lisäksi osassa tutkimuksista eri ammattiryhmien välisiä vertailuja ei ole tehty, vaan kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tulokset on raportoitu yhdessä (esim. Pogorzelska ym. 2008).

Tutkimusten mukaan valtaosa hoitajista ja lääkäreistä uskoo hoitosuositusten olevan hyödyllisiä ja parantavan hoidon laatua. Suurin osa lääkäreistä ja hoitajista arvioi, että suosituksista on mahdollista saada kätevästi neuvoja ja, että suositukset toimivat hyvinä opetusvälineinä. Toisaalta myös kriittisyyttä suosituksia kohtaan esiintyy. Esimerkiksi Farquharin ym. (2002) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perustella huomattava osa (41 %) lääkäreistä arvioi, että hoitosuositukset voivat lisätä hoitoihin liitty-

viä oikeudenkäyntejä tai lääkäreiden toiminnan kontrollointia. Lääkäreistä 34 % piti suosituksia epäkäytännöllisinä ja itsenäisyyttä rajoittavina ja 30 % arvioi niiden soveltuvan huonosti yksittäisten potilaiden hoitamiseen. Kirjallisuuskatsauksen perusteella lääkäreiden hoitosuositusasenteissa ei ollut havaittavissa eroja ajanjaksoilla 1990–1994, 1995–1997 ja 1998–2000. (Farquhar ym. 2002, 504–505.)

Carlsen ym. (2007) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen yleislääkäreiden hoitosuositusasenteita ja suositusten käyttökokemuksia selvittäneistä laadullisista tutkimuksista. Katsaus kattoi laadulliset tutkimukset ajanjaksolta 1996–2006. Tutkimusten perusteella yleislääkärit olivat epävarmoja suositusten perustana olevasta tieteellisestä näytöstä ja he epäilivät väestöpohjaisten tutkimusten soveltuvuutta yksittäisten potilaiden hoitamiseen. Yleislääkärit olivat sitä mieltä, että hoitosuosituksissa ei otettu riittävästi huomioon potilaiden neuvontatilanteiden monimutkaisuutta, kuten monien yhtä aikaa ilmenevien sairauksien, sivuvaikutusten ja potilaiden mieltymysten merkitystä. Katsaus osoitti, että mikäli suositusten noudattaminen saattoi huonontaa lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhdetta, suhteen vaalimista pidettiin tärkeämpänä kuin suositusten noudattamista. Toisaalta pitkä ja luottamuksellinen lääkäri-potilassuhde saattoi tarjota edellytykset toimia juuri suositusten mukaan. Suosituksia voitiin käyttää potilasneuvonnan perustana esimerkiksi kieltäytyessä potilaan toivomuksista. Useissa katsaukseen sisältyneissä tutkimuksissa lääkärit raportoivat lisäksi, että heillä ei ollut riittävästi aikaa lukea ja arvioida suosituksia, noudattaa niitä, eikä keskustella suosituksista potilaiden kanssa. Suositusten esitystavasta lääkärit olivat varsin yksimielisiä: suositusten tulisi olla lyhyitä, yksinkertaisia ja niiden tulisi sisältää myös potilaille annettavan esitteen. (Carlsen ym. 972–973.)

Vertailtaessa hoitajien ja lääkäreiden hoitosuositusasenteita useat tutkimukset osoittavat, että hoitajat suhtautuvat suosituksiin lääkäreitä myönteisemmin (esim. Cotton ja Sullivan 1999; Harrison ym. 2002; Luther ym. 2004; Kuronen 2006; Pogorzelska ym. 2008). Esimerkiksi Lutherin ym. (2004) kyselytutkimukseen vastanneet amerikkalaishoitajat (n=71) raportoivat muita ammattiryhmiä (n=74) useammin suositusten hyödyistä ja olivat halukkaampia osallistumaan suositusten kehittämiseen ja edistämään niiden käyttöönottoa. Kurosen ym. (2006) tutkimukseen osallistuneet perusterveydenhuollon hoitajat (n=161) uskoivat puolestaan lääkäreitä (n=59) harvemmin suositusten rajoittavan itsenäisyyttä ja yksinkertaistavan lääketiedettä. Lisäksi hoitajat raportoivat lääkäreitä harvemmin suositusten suuren määrän ja kiireen hankaloittavan niiden omaksumista

ja käyttöä. Harrisonin ym. (2002) haastattelemat brittiläiset hoitajat (n=29) pitivät suosituksia hyödyllisinä monella tapaa. Suositukset tarjosivat heille mahdollisuuden oman toiminnan perustelemiseen ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaisuuteen ja jatkuvuuteen. He pitivät suosituksia myös mahdollisuutena entistä itsenäisempään toimintaan. (Harrison ym. 2002, 302–304.)

Tutkimusten mukaan suomalaisten lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteet ovat varsin myönteiset. (Elovainio ym. 1999, 2001; Miilunpalo 2002; Roine ym. 2003; Jousilahti ym. 2007). Tutkimukset vuosilta 1996 (n=499) ja 1998 (n=358) osoittavat lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien pitävän suosituksia hyödyllisinä ja luotettavina. Myös Kurosen (2006) ja Jousilahden (2007) tutkimuksiin osallistuneista perusterveydenhuollon lääkäreistä ja hoitajista enemmistö oli sitä mieltä, että suositukset ovat hyödyllisiä, ja että niiden tavoitteena on hoidon laadun parantaminen. Valtaosa heistä uskoi, että suositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon, ja että niistä on mahdollista saada kätevästi neuvoja. Ongelmana on yleisesti pidetty suositusten huonoa saatavuutta ja niiden epäkäytännöllisyyttä (Elovainio ym. 1999, 2001; Roine ym. 2003; Kuronen ym. 2006) Myös yksilöiden ja organisaatioiden kompetenssissa käyttää suosituksia on raportoitu puutteita. (Elovainio ym. 1999, 2001.)

Taulukko 1. Lääkärien ja hoitajien hoitosuositusasenteita selvittäneitä tutkimuksia

Tutkimus	Kohdejoukko		Myönteiset asenteet hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)	Kriittisyys hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)
Elovainio ym. 1999	Suomalaiset perusterveydenhuollon lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat N=499 (Tutkimusvuosi 1996)	Hoito-suositukset yleensä	Yleinen asennoituminen 5,4 (L), 5,3 (Sh), 5,4 (Th) * Suositusten hyödyllisyys 5,3 (L), 5,4 (Sh), 5,4 (Th)* Suositusten luotettavuus 5,6 (L), 5,4 (Sh), 5,4 (Th)*	Ammatillisen pätevyden puute ja ryhmän kielteinen asenne 2,8 (L), 3,0 (Sh), 3,3 (Th)* Organisaation kielteinen asenne 2,7 (L), 2,9 (Sh), 2,9 (Th)* Suositusten epäkäytännöllisyys 3,4 (L), 3,3 (Sh), 3,5 (Th)* Suositusten huono saatavuus 4,3 (L), 4,2 (Sh), 4,3 (Th)*
	Suomalaiset perusterveydenhuollon lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat N=358 (Tutkimusvuosi 1998))	Hoito-suositukset yleensä	Yleinen asennoituminen 5,7(L), 5,7 (Sh), 5,3 (Th) * Suositusten hyödyllisyys 5,8 (L), 5,5 (Sh), 5,6 (Th)* Suositusten luotettavuus 5,8 (L), 5,8 (Sh), 5,4 (Th)*	Ammatillisen pätevyden puute ja ryhmän kielteinen asenne 2,1 (L), 2,3 (Sh), 2,6 (Th)* Organisaation kielteinen asenne 4,7 (L), 4,9 (Sh), 5,2 (Th)* Suositusten epäkäytännöllisyys 3,0 (L), 2,9 (Sh), 3,3 (Th)* Suositusten huono saatavuus 3,2 (L), 3,5 (Sh), 3,7 (Th)*
Cotton & Sullivan 1999	Skotlantilaiset erikois- ja perusterveyden-huollon lääkärit n=351 ja hoitajat n=86	Hoito-suositukset yleensä	Parantavat hoidon laatua 67 % vrt. 74 %	Rajoittavat lääkärin autonomiaa 50 % vrt. 21 % Vähentävät potilaan luottamusta 18 % vrt. 7 % Lisäävät oikeudenkäyntejä 49 % vrt. 31 %
Flores ym. 2000	Yhdysvaltalaiset lastenlääkärit N=627	Hoito-suositukset yleensä	Tavoitteena hoidon laadun parantaminen 94 % Käyttö parantaa hoitotuloksia 89 %	Tavoitteena ei tulisi olla kustannusten vähentäminen 73 % Ei tulisi käyttää oikeudenkäyneissä 82 % Ei tulisi käyttää toiminnan kontrolloimiseksi 77 %
Farquhar ym. 2002	Kirjallisuuskatsaus vuosilta 1990–2000 N=11 611	Hoito-suositukset yleensä	Saa kätevästi neuvoja 75 % Hyviä opetusvälineitä 71 % Tavoitteena hoidon laadun parantaminen 70 %	Tavoitteena kustannusten vähentäminen 53 % Lisäävät oikeudenkäyntejä ja toiminnan kontrollointia 41 % Rajoittavat lääkärin autonomiaa ja yksinkertaistavat lääketiedettä 34 % Epäkäytännöllisiä ja vaikeasti soveltavissa yksittäisiin potilaisiin 30 %
Rees ym. 2002	Englantilaiset psykiatriat N=96	Hoito-suositukset yleensä	Käyttö parantaa hoidon laatua 82 % Kliininen arviointi mahdollista suositusten käytössä 86 % Joustavasti sovellettavissa yksittäisiin potilaisiin 86 % Noudattaminen hyödyllistä 70 % Kannustavat tutkimaan hoitomuotojen tehokkuutta 64 %	Rajoittavat lääkärin autonomiaa 34 % Lisäävät oikeudenkäyntejä 22 % Tulisi perustua vain tieteellisesti perusteltuun tietoon 34 % Yksinkertaistavat lääketiedettä 43 % Ei tulisi laatia, koska näyttö hoitojen tehokkuudesta psykiatriassa on riittämätöntä 27 %

* k.a, asteikko 1–7, 1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä

Tutkimus	Kohdejoukko		Myönteiset asenteet hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)	Kriittisyys hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)
Hobbs & Erhardt 2002	Yleislääkärit Ranskasta, Saksasta, Iso-Britanniasta, Italiasta ja Ruotsista N=754	Sepel-valtimo-sairauksia koskevat hoito-suositukset	Tarpeen sepelvaltimosairauksien ehkäisyssä 87 % Hyödyllisiä tai melko hyödyllisiä 91 %	Luottamus omaan kokemukseen ja tietämykseen vahvempi kuin hoitosuosituksiin 28 % Vaikea toteuttaa käytännön työssä 23 % Liian paljon hoitosuosituksia 23 % Epäkäytännöllisiä 23 % Ajanpuute esteenä suositusten käytölle 38 % Kustannukset esteenä suositusten käytölle 30 % Potilaat haluttomia noudattamaan suosituksia 17 %
Roine ym. 2003	HUS:n (n=245), PSHP:n (n=72) ja PPSHP:n (n=66) erikoisalojen vastuulääkärit	Käypä hoito-suositukset	Saa kätevästi neuvoja HUS~83 %, PSHS 60 %, PPSHP~70 % Organisaatiossamme arvostetaan suositusten käyttöä HUS~81 %, PSHS~75 %, PPSHP~65 % Hyödyllisiä myös erikoissairaanhoidossa HUS 80 %, PSHS~62 %, PPSHP~37 %	Toteuttaminen on liian kallista HUS~2 %. PSHP 0 %, PPSHP~6 % Rajoittavat itsenäisyyttä HUS~2 %, PSHP~10 %, PPSHP~5 % Vaikea löytää tarvittaessa HUS~10 %, PSHP~10 %, PPSHP~18 % Soveltyvat vain perusterveydenhuoltoon HUS~5 %, PSHP~10 %, PPSHP~38 %
Touze ym. 2006	Ranskalaiset lääkärit N=314	Hoito-suositukset yleensä	Hyödyllisiä ja luotettavia ~85 %	Riittämättömästi tietoa hoitosuosituksien soveltamiseksi 27 % Liian vähän henkilökuntaa hoitosuosituksien soveltamiseksi 27 % Rajoittavat lääkärin autonomiaa 18 % Yksinkertaistavat lääketiedettä 33 % Monisivuiset suositukset ovat hankalia käyttää 57 % Vaikea löytää tarvittaessa 48 %
Kuronen ym. 2006	Päijät-Hämeen shp:n perusterveyden-huollon lääkärit n=59 ja hoitajat n=161	Käypä hoito-suositukset	Hoitosuosituksien ovat hyviä opetusvälineitä; niistä saa kätevästi neuvoja; perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon; ovat asiantuntijoiden laatimia ja voivat parantaa hoidon laatua > 90 %	Rajoittavat ammattilaisen autonomiaa 19 % vrt. 8 % Yksinkertaistavat lääketiedettä 35 % vrt. 10 % Vaikea löytää tarvittaessa 32 % vrt. 30 % Suositusten suuri määrä hankaloittaa niiden omaksumista ja käyttöä 53 % vrt. 29 % Kiire hankaloittaa omaksumista ja käyttöä 66 % vrt. 45 %
Graham ym. 2007	Kanadalaiset ontologit N=520	Hoito-suositukset yleensä	Saa kätevästi neuvoja 86 % (n=504) Hyviä opetusvälineitä 91 % (n=510) Tavoitteena hoidon laadun parantaminen 90 % (n=508) Asiantuntijoiden laatimia puolueettomia arviointeja 66 %	Tavoitteena kustannusten vähentäminen 23 % (n=506) Yksinkertaistavat lääketiedettä 13 % (n=506) Huonosti sovellettavissa yksittäisiin potilaisiin 12 % (n=507) Rajoittavat lääkärin autonomiaa 9 % (n=508)
Sinuff ym. 2007	Kanadalaiset tehohoidon lääkärit n=123 ja hoitajat n=442	Hoito-suositukset yleensä	Hyviä opetusvälineitä 3.96 vrt. 4.30** Saa kätevästi neuvoja 3.90 vrt. 3.98** Tavoitteena hoidon laadun parantaminen 4.61 vrt. 4.66** Tutkimustiedon tiivistäminen 4.17 vrt. 4.09**	Tavoitteena kustannusten vähentäminen 3.40 vrt. 3.31** Yksinkertaistaa lääketiedettä 2.50 vrt. 2.46** Huonosti sovellettavissa yksittäisiin potilaisiin 2.45 vrt. 2.3** Rajoittavat ammattilaisen autonomiaa 2.14 vrt. 2.37** Lisäävät oikeudenkäyntejä 2.05 vrt. 2.55**

** k.a, asteikko 1–5, 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Tutkimus	Kohdejoukko		Myönteiset asenteet hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)	Kriittisyys hoitosuosituksia kohtaan (vastauksien k.a tai väittämän kanssa yhtä mieltä olevien %-osuus tutkittavista)
Jousilahti ym. 2007	Suomalaiset yleislääkärit N=119	Käypä hoito- suositukset	Parantavat hoidon laatua ja perustuvat parhaaseen mahdolliseen tieteelliseen tietoon 82 % Hyödyllisiä lääkärin apuvälineinä 90 % Suositusten tekoon käytetty työpanos hyödyttää suomalaista terveydenhuoltoa 89 % Suositusten laatijat tuntevat hyvin kliinisen työn ~78 %	Vaikea toteuttaa käytännössä 15 % Liian teoreettisia 12 % Rajoittavat lääkärin autonomiaa < 10 %
Pogorzels- ka ym. 2008	Yhdysvaltalaiset teohoidon lääkärit n=228 ja hoitajat n=1 003	Hoito- suositukset yleensä	Parantavat hoitotuloksia 95 % Käteviä käyttää 87 % Auttavat takamaamaan potilaiden hoidon yhdenmukaisuuden 95 % Tärkeitä organisaatioissamme 95 % Riittävästi resursseja suositusten käyttöönottamiseksi 81 %	Rajoittavat ammattilaisen itsenäisyyttä 11 % Hankalia käyttää 20 % Yksinkertaistavat lääketiedettä 23 % Liian paljon suosituksia, jotta omaksuminen olisi mahdollista 35 % Kustannukset ylittävät hyödyt 26 % Kiire hankaloittaa suosituksiin tutustumista 25 % Lisäävät oikeudenkäyntejä 20 %

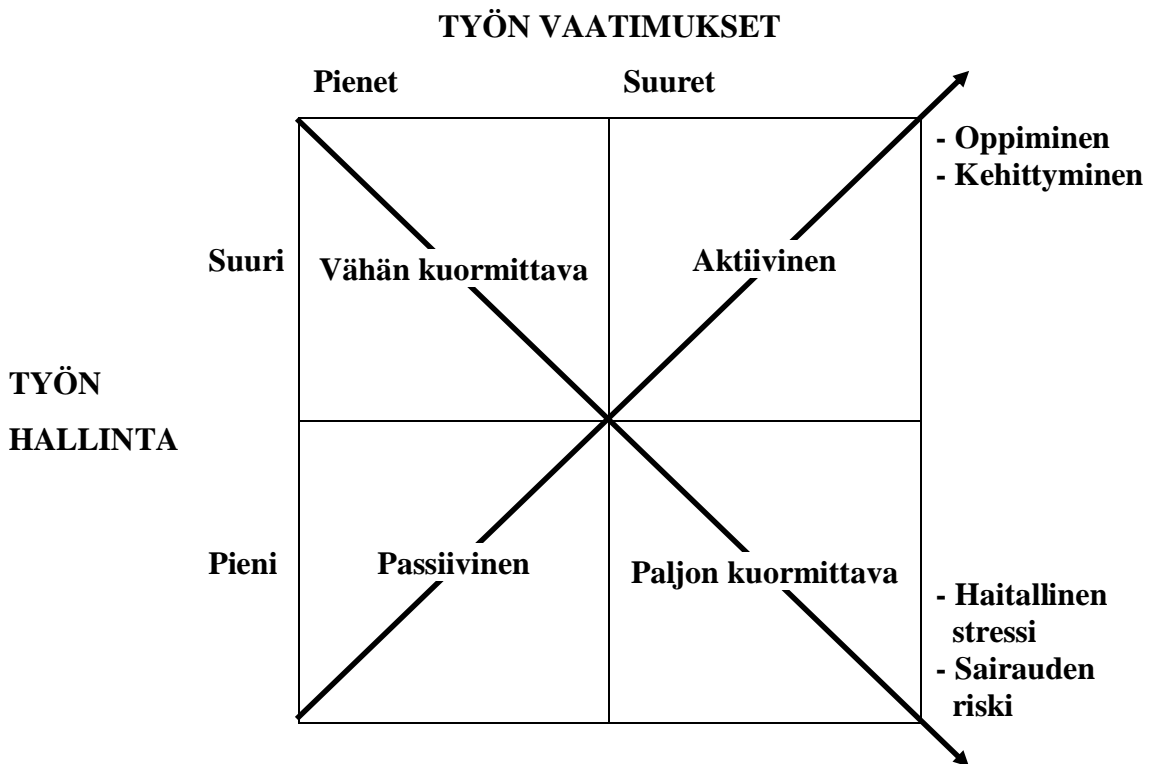
5 TYÖN VAATIMUSTEN JA HALLINNAN MALLI (The Job Demand-Control model)

Karasek (1979) ja Karasek ja Theorell (1990) ovat kuvanneet työn vaatimusten ja hallinnan mallin (The Job Demand–Control model) avulla työn piirteitä, jotka voivat olla toisaalta työntekijää kuormittavia toisaalta työntekijän oppimista edistäviä. Malli tunnetaan myös työn kuormittavuutta kuvaavana mallina (The Job Strain model). Malliin on myöhemmin lisätty sosiaalisen tuen ulottuvuus, joka kuvaa työntekijän kokemusta työyhteisöltään saadusta sosiaalisesta tuesta (Job Demand-Control-Support model) (Johnson ja Hall 1988; Karasek 1990). Työn vaatimusten ja hallinnan malli on yksi käytetyimmistä teoreettisista malleista, joiden avulla on tutkittu työhön liittyviä ominaisuuksia ja niiden vaikutuksia työntekijöiden terveyteen ja työtyytyväisyyteen (Van der Doef ja Maes 1998; 1999). Toinen tunnettu työn ominaisuuksia kuvaava malli on Hackmanin ja Oldhamin (1975) työn piirreteoria (Job Characteristics Theory).

Työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaan yksilön työssä kehittymiseen ja kokeemukseen työn aiheuttamasta kuormituksesta vaikuttavat olennaisesti kaksi tekijää: työn vaatimukset ja työn hallinta (Kuvio 1). Työn hallintaan sisältyy mahdollisuus itsenäiseen päätöksentekoon ja omien taitojen käyttämiseen työtehtävissä. Työn vaatimukseen kuuluu puolestaan esimerkiksi työajan riittämättömyydestä ja työtehtävistä aiheutuva kuormitus. (Karasek 1990, 58–64.) Mallin mukaan tunne työn hallinnasta vähentää työn kuormittuneisuutta ja edesauttaa oppimista. Työn psyykkiset vaatimukset puolestaan lisäävät paitsi oppimista myös työn aiheuttamaa stressiä. (Karasek 1979, 288; Karasek ja Theorell 1990, 61). Työstä aiheutuva liiallinen kuormitus voi estää uusien asioiden oppimista ja toisaalta työssä oppiminen voi vähentää stressiä, kun työntekijän itsetunto ja -luottamus vahvistuvat oppimisen seurauksena.

Työssä kehittymisen ja työmotivaation kannalta suotuisin vaihtoehto on mallin mukaan aktiivinen työ, jossa työntekijälle asetetaan korkeita vaatimuksia, mutta jossa hänellä on myös mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Aktiivinen työ koetaan haasteellisena ja se vahvistaa työntekijän oppimista, työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. Passiivisessa työssä, jossa sekä työn hallinta että vaatimukset ovat vähäiset, riskeinä ovat tietojen, taitojen ja oppimiskyvyn heikkeneminen sekä pelko muutoksia kohtaan. Vähän kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat vähäiset, mutta työn hallinta on korkea,

työntekijällä on vähemmän mahdollisuuksia hyödyntää tietojaan ja taitojaan. Seurauksena voi olla työntekijän turhautuminen työhönsä. Psykkinen kuormittuneisuus ja terveyden heikentyminen uhkaavat puolestaan paljon kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat korkeat, mutta vaikutusmahdollisuuksia on vähän. Tällaisessa työssä myös uusien asioiden oppimismahdollisuudet ovat vähäiset. (Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990).



Kuvio 1. Työn hallinnan ja vaatimusten malli (Karasek 1979)

Kuviossa 1 on esitetty työn psyykkistä kuormitusta ja oppimista kuvaavat diagonaalit. Kuormitusta kuvaava diagonaali osoittaa, että henkinen kuormittuneisuus on yleisintä töissä, joihin liittyvät vähäiset mahdollisuudet osallistua työtä koskevaan päätöksentekoon, mutta joissa työn vaatimukset ovat suuret (Karasek 1979, 287). Oppimista kuvaava diagonaali puolestaan osoittaa, että korkeat työn vaatimukset yhdistyneenä vaikutusmahdollisuuksiin työssä lisäävät työntekijän oppimista, motivaatiota ja taitojen kehittymistä (Karasek 1979, 288).

Mikäli edellä esitettyyn malliin lisätään sosiaalisen tuen ulottuvuus, sen vaikutusten oletetaan olevan yhdensuuntaisia työn hallinnan kanssa. Sosiaalinen tuki vähentää työn kuormittuneisuutta ja edesauttaa oppimista (Karasek, 1990, 69–70). Karasek ja Theorell

(1990, 70–71) viittaavat sosiaalisella tuella työntekijän työtovereilta ja esimieheltä saamaan sosioemotionaaliseen ja välineelliseen tukeen. Työssä kehittymisen ja työn aiheuttaman kuormittuneisuuden kannalta epäedullisimpana nähdään työ, jossa yhdistyvät korkeat vaatimukset, vähäiset hallinnan mahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki. Työstä aiheutuva kuormittuneisuutta on mahdollista vähentää ja työsuorituksia parantaa muuttamalla työn vaatimuksia ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia töihinsä sekä lisäämällä työntekijöiden mahdollisuuksia saada tukea työyhteisöltä. (Karasek 1979, 303–304; Karasek ja Theorell 1990).

6 TYÖN PIIRTEIDEN YHTEYS ASENTESIIN

Yleisimmin työn vaatimusten ja hallinnan mallia on käytetty työn ja terveyden välisten yhteyksien tutkimiseen (Van der Doef & Maes 1998,1999; Schnall ym. 2000; Everson-Rose & Lewis 2005, 477–478). Tarkasteltaessa työn piirteiden ja asenteiden välisiä yhteyksiä, tutkimuksen kohteena ovat olleet tavallisimmin työhön liittyvät asenteet. Näitä ovat esimerkiksi työntekijöiden työtyytyväisyys, joka kuvaa työntekijän asenteita työtään kohtaan (Buciuniene ym. 2005; Lindfors ym. 2007, 816) sekä asenteet liittyen aikomukseen siirtyä työstä eläkkeelle. Lisäksi on tutkittu työn piirteiden ja yleisen elämäntyytyväisyyden välisiä yhteyksiä. Esimerkkejä vähemmän tutkituista aiheista ovat työn vaatimusten vaikutus työntekijöiden näkemyksiin potilasturvallisuudesta (Ramanujam ym. 2008) ja työyhteisön psykososiaalisten tekijöiden vaikutus asenteisiin uusien työvälineitä kohtaan (Elovainio ym. 2001). Tässä luvussa tarkastelen ensisijaisesti lääkäreiden ja hoitajien työn piirteiden ja asenteiden välisiä yhteyksiä selvittäneitä tutkimuksia.

Useat tutkimukset osoittavat varsin yksiselitteisesti työn piirteiden ja työ- ja elämäntyytyväisyyden olevan yhteydessä toisiinsa (Doef & Meaf 1999; Demerouti ym. 2000, Bond & Bunce 2003, Van Ham ym. 2006; Lindfors ym. 2007, Boekhorst ym. 2008; Noblet ym. 2008). Esimerkiksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus lääkäreiden työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä osoittaa, että työn vaihtelevuus ja itsenäisyys ja hyvät suhteet työtovereihin lisäävät lääkäreiden tyytyväisyyttä työtään kohtaan. Työtyytyväisyyttä vähentäviä tekijöitä ovat puolestaan esimerkiksi liiallinen työmäärä, ajanpuute, vähäinen työstä saatu tunnustus sekä hallinnollista tehtävistä aiheutuva kuormitus. Kirjallisuuskatsauksen mukaan työtyytyväisyyttä lisäävät tekijät liittyvät useammin lääkä-

rin ammattiin, kun taas työtyytyväisyyttä vähentävät tekijät liittyvät ympäristöön. (Van Ham ym. 2006.)

Erityisesti työn hallinnan on osoitettu olevan merkityksellinen työ- ja elämäntyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. (esim. Bond & Bunce 2003; Lindfors ym. 2007; Noblet ym.2008;). Lisäksi sosiaalisen tuen (Van Ham ym. 2006; Noblet ym.2008) ja työntekijöiden näkemysten heidän oikeudenmukaisesta kohtelustaan on osoitettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen (Lindfors ym. 2007). Doefin & Maesin (1999) kirjallisuuskatsauksen mukaan työnsä kuormittavaksi kokevat työntekijät olivat vähemmän tyytyväisiä työhönsä kuin muut. Boekhorstin ym. (2008) tutkimus osoitti työn hallinnan, työn vaatimusten ja sosiaalisen tuen selittävän eri dementiayksiköissä työskentelevien hoitajien (N=380) työtyytyväisyydessä ilmeneviä eroja. Demeroutin ym. (2000) tutkimus vastaavasti osoitti, että hoitajien (N=109) työstä vieraantuminen oli yhteydessä riittämättömiin resursseihin työssä. Näitä resursseja olivat esimerkiksi sosiaalinen tuki, työtehtävien vaihtelevuus, työn hallinta ja mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon.

Tutkimustulokset työn piirteiden ja työntekijöiden eläkkeelle siirtymistä koskevien asenteiden välisestä yhteydestä ovat varsin yhdensuuntaisia työ- ja elämäntyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä selvittäneiden tutkimusten kanssa. Esimerkiksi laaja selvitys kymmenen eri Euroopan maan työntekijöistä osoitti, että kokemukset työelämän laadusta, kuten mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä ja työstä palkitseminen vaikuttavat työntekijöiden aikomuksiin siirtyä työstä eläkkeelle. Tulosta voidaan pitää merkittävänä ottaen huomioon, että maat eroavat toisistaan sosiaalipolitiikan ja eläkelainsäädännön osalta. (Siegrist ym. 2006.)

Suomessa työntekijöiden asenteita liittyen työuran jatkamiseen ja eläkkeelle jäämiseen on tutkittu useissa tutkimuksissa. Tuore tutkimus 45–65-vuotiaista suomalaislääkäreistä (N=1 383) osoittaa, että huono terveys, alentunut työkyky, sairauspoissaolot, vähäinen työn hallinta sekä organisaation epäoikeudenmukainen kohtelu lisäävät todennäköisyyttä jäädä työstä eläkkeelle. Tutkimuksen mukaan alhainen työn hallinta ja työntekijöiden epäoikeudenmukainen kohtelu vahvistivat myös terveysongelmien ja eläköitymisaikomusten välisiä yhteyksiä. (Heponiemi ym. 2008.) Vastaavasti tutkimus helsinkiläisistä kunta-alalla työskentelevistä työntekijöistä (N=5 037) osoitti, että yhteys työntekijöiden mielenterveyden ja eläköitymisaikomusten välillä selittyi osaltaan työhön liittyvillä tekijöillä, kuten työn hallinnalla, työn vaatimuksilla sekä työ- ja perhe-elämän vaatimus-

ten yhteensovittamisella (Harkonmäki ym. 2006). Sutisen ym. (2005) tutkimuksen mukaan sairaalalääkäreiden (N=447) todennäköisyys siirtyä eläkkeelle kasvoi, mikäli he kokivat työnsä hallinnan ja sosiaalisen tuen puutteelliseksi, organisaation johtamisen epäoikeudenmukaiseksi ja tiimityöskentelyn kehnoksi. Elovainion ym. (2005) tutkimus puolestaan osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön (N=3072) aikomukset jäädä työstä eläkkeelle lisääntyivät, mikäli työn vaatimukset olivat suuret, mutta työntekijän mahdollisuudet vaikuttaa työhön olivat vähäiset.

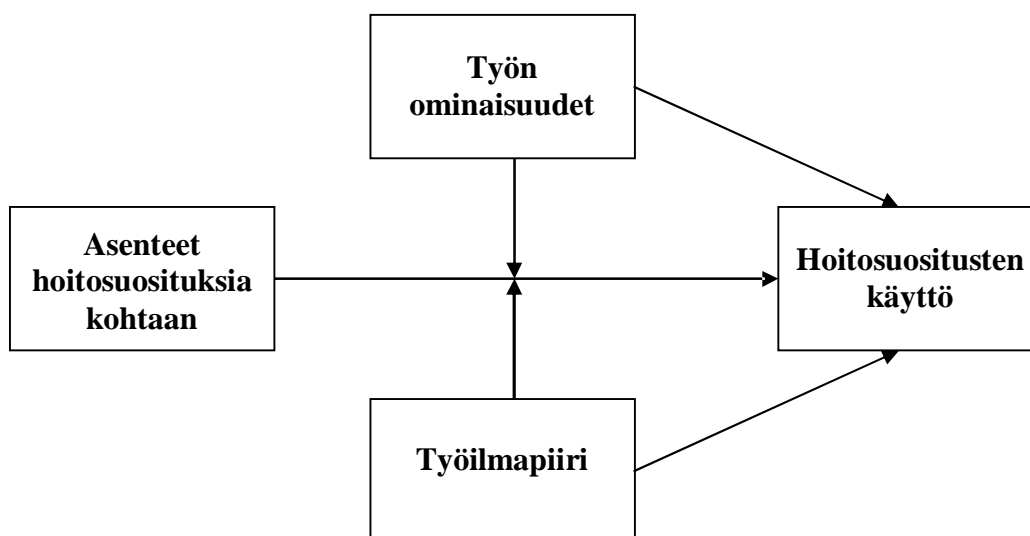
Osa työn ominaisuuksien ja eläköitymisaikomusten välisiä yhteyksiä selvittäneistä tutkimuksista ei kuitenkaan tue edellä esitettyjä havaintoja. Esimerkiksi pitkäaikaistutkimus englantilaistyöntekijöistä osoitti, ettei työn ominaisuuksilla, kuten työn hallinnalla, vaatimuksilla tai sosiaalisen tuella ollut vaikutusta eläköitymisaikomuksiin. (Mein ym. 2000.) Myös tanskalaistutkimuksen mukaan työhön liittyvillä tekijöillä, kuten vähäisillä vaikutusmahdollisuuksilla tai työn kuormittavuudella oli vain marginaalinen vaikutus hoitajien asenteisiin koskien eläkkeelle siirtymistä (Friis ym. 2007).

Tämän tutkimuksen kannalta erityisen mielenkiintoisia ovat Elovainion ym. (2000, 2001) tutkimukset työn psykososiaalisten tekijöiden ja hoitosuositusasenteiden ja suositusten käytön välisistä yhteyksistä. Elovainion ym. (2001, 48) tutkimus osoitti, että hoitosuositusasenteisiin vaikuttavat työn motivoivuus, muutoksen toteutustapa sekä psyykkisten stressioireiden vähäisyys. Hoitosuositusten käytön kannalta erityisen tärkeää oli työn motivoivuus. Mikäli työ ei motivoinut, hoitosuosituksia ei käytetty, vaikka asenteet suosituksia kohtaan olivat myönteisiä. (Elovainio ym. 2001, 50.) Aiemmassa tutkimuksessa Elovainio ym. (2000, 121) ovat osoittaneet asenteiden olevan yhteydessä suositusten käyttöön ja työn ominaisuuksien vaikuttavan hoitosuositusasenteiden ja hoitosuositusten käytön väliseen yhteyteen. Myöhemmin esimerkiksi Aarons (2005) ja Aarons & Sawitsky (2006) ovat osoittaneet organisaatiokulttuurin ja työilmapiirin olevan yhteydessä asenteisiin näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä kohtaan.

7 TUTKIMUKSEN TOUREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen toureettisena viitekehysenä toimii Elovainion ym. (2000, 199) esittämä malli (Kuvio 2), joka kuvaa hoitosuositusasenteiden, työn ominaisuuksien ja työilmapiirin vaikutusta suositusten käyttöön. Mallin oletuksena on, että työn ominaisuuksilla ja

työilmapiirillä voi joko itsenäinen vaikutus suositusten käyttöön tai niiden vaikutus voi välittyä asenteiden kautta.



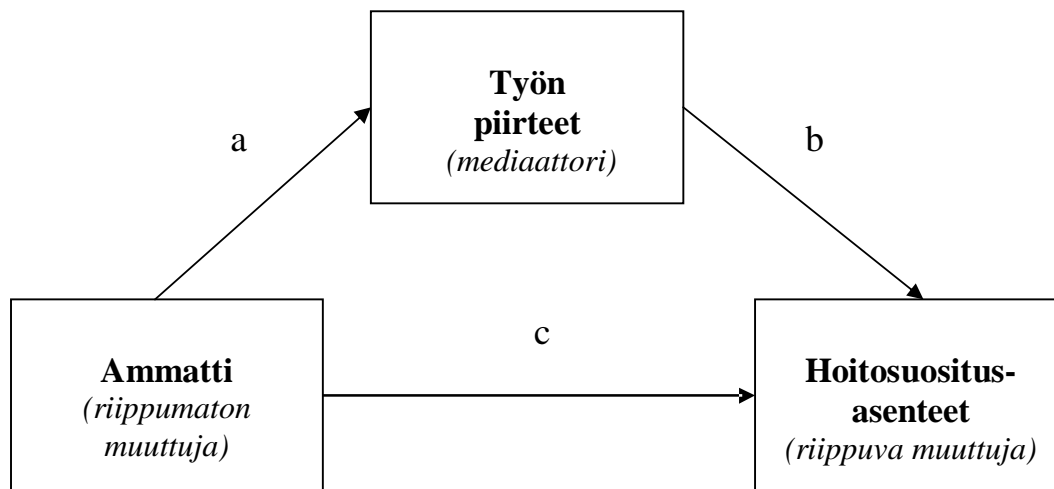
Kuvio 2. Hoitosuositusten käyttöön yhteydessä olevat tekijät (Elovainio ym. 2000, 119)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten lääkärit ja hoitajat asennoituvat Käypä hoito -hoitosuosituksiin ja Lääkärin käsikirjaan? Onko asenteissa eroja ikäryhmittäin tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä? (Liite 1, kysymykset 10a-n)
2. Miten lääkärit ja hoitajat kokevat työolonsa? Onko näissä eroja ikäryhmittäin tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä? (Liite 1, kysymykset 16a-i ja 17f-i)
3. Toimivatko työn piirteet välittävinä (ns.mediaattorina) tai muovaavina (ns.moderaattorina) tekijöinä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa?

Mediaattorilla viitataan välittävään muuttujaan, jonka vaikutuksesta riippumattoman ja riippuvan muuttujan välille syntyy yhteys. Moderaattori puolestaan kuvaa muuttujaa, joka vaikuttaa riippumattoman ja riippuvan muuttujan suhteen suuntaan ja/tai voimakkuuteen. (Baron ja Kenny 1986.) Mediaatiotestaus työn ominaisuuksista ammatin ja asenteiden välisessä suhteessa on kuvattu kuviossa 3. Työn piirteet toimivat mediaattorina, mikäli ne täyttävät seuraavat ehdot 1) riippumaton muuttuja vaikuttaa riippuvaan

muuttujaan tilastollisesti merkitsevästi (c) 2) riippumaton muuttuja vaikuttaa merkitsevästi mediaattoriin (a), 3) mediaattori vaikuttaa riippuvaan muuttujaan (b) ja 4) kun mediaattorin vaikutus on kontrolloitu, riippuvan ja riippumattoman suhde muuttuu. Kokonaismediaatiosta on kyse, mikäli riippumattomalla muuttujalla ei ole enää vaikutusta riippuvaan muuttujaan, kun mediaattori lisätään malliin. Osittainen mediaatio tapahtuu, kun riippumaton muuttuja ennustaa mediaattorin lisäksi merkitsevästi riippuvan muuttujan vaihtelua. (Shrout ja Bolger 2002.) Moderaatio toteutuu puolestaan silloin, kun riippumattoman ja moderaattorin yhteisvaikutus on tilastollisesti merkitsevä (Baron ja Kenny 1986).



Kuvio 3. Mediaattorimalli työn piirteistä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa.

LÄHTEET

Aarons, G.A. (2005) Measuring Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice: Consideration of Organizational Context and Individual Differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, 255–271.

Aarons, G.A. & Sawitsky, A.C. (2006) Organisational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice. *Psychological Services* 3 (1), 61–72.

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986) The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51 (6), 1173–1182.

Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J. & Pot, A. (2008) Working in Group Living Homes for Older People with Dementia: the Effects on Job Satisfaction and Burnout and the Role of Job Characteristics. *International Psychogeriatrics* 20 (5), 927–940.

Bond, F.W. & Bunce, D. (2003) The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology* 88 (6), 1057–1067.

Breckler, S.J. (1984) Empirical Validation of Affect, Behaviour, and Cognition as Distinct Components of Attitude. *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (6), 1191–1205.

Buciuniene, I., Blazeviciene, A. & Bliudziute, E. (2005) Health Care Reform and Job Satisfaction of Primary Health Care Physicians in Lithuania. *BMC Family Practice* 6 (10). Saatavilla www.muodossa: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-6-10.pdf. [Viitattu 27.1.2009]

Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P-A.C. & Rubin, H.R. (1999) Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 282 (15):1458–1465.

Carlsen, B., Glenton, C. & Pope, C. (2007). Thou Shalt Versus Thou Shalt Not: A Meta-Synthesis of GPs' Attitudes to Clinical Practice Guidelines. *British Journal of General Practice* 57, 971–978.

Cotton, P. & Sullivan F. (1999) Perceptions of Guidelines in Primary and Secondary Care: Implications for Implementation. *Journal of Integrated Care* 3, 79–83.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2000) A Model of Burnout and Life Satisfaction Among Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 32 (2), 454–464.

Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1998) Attitude Structure and Function. Teoksessa Gilbert, D.T., Fiske, S.T. & Lindzey, G. (toim.) *The Handbook of Social Psychology*, Vol. 1.,

4. painos. Boston: McGraw-Hill, 269–322.

Elovainio, M., Forma, P., Kivimäki, M., Sinervo, T., Sutinen, R. & Laine, M. (2005) Job Demands and Job Control as Correlates of Early Retirement Thoughts in Finnish Social and Health Care Employees. *Work and Stress* 19 (1), 84–92.

Elovainio, M., Mäkelä, M., Sinervo, T., Kivimäki, M., Eccles, M. & Kahan, J. (2000) Effects of Job Characteristics, Team Climate, and Attitudes Towards Clinical Guidelines. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, 117–122.

Elovainio, M., Sinervo, T & Pekkarinen, L. (2001) Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. *Stakes, Aiheita-monistesarja* 1/2001.

Everson-Rose, S.A & Lewis, T.T. (2005) Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases. *Annual Review of Public Health* 26, 469–500.

Farquhar, C.M., Kofa, E.W. & Slutsky, J.R. (2002) Clinicians' Attitudes to Clinical Practice Guidelines: A Systematic Review. *Medical Journal of Australia* 177 (9), 502–506.

Feder, G., Eccles, M. Grol, R. Griffiths, C. & Grimshaw J. (1999) Clinical Guidelines. Using Clinical Guidelines. *British Medical Journal* 318, 728–730.

Field, M.J. & Lohr, K.N. (toim.) (1992) Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Committee on Clinical Practice Guidelines. Washington DC.: National Academies Press.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975) Belief, Attitude, Intention and Behaviour. An Introduction to Theory and Research. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

Flores, G., Lee, M., Bauchner, H. & Kastner, B. (2000) Pediatricians' Attitudes, Beliefs and Practices Regarding Clinical Practice Guidelines: A National Survey. *Pediatrics* 105 (3), 496–501.

Francke, A.L, Smit, M.C, de Veer, A.JE. & Mistiaen, P. (2008) Factors Influencing the Implementation of Clinical Guidelines for Health Care Professionals: A Systematic Meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 8(38). Saatavilla [www-muodossa: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-8-38.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-8-38.pdf). [Viitattu 23.3.2009]

Friis, K., Ekholm, O., Hundrup, Y.A., Obel, E.B. & Gronbaek, M. (2007) Influence of Health, Lifestyle, Working Conditions, and Sociodemography on Early Retirement Among Nurses: The Danish Nurse Cohort Study. *Scandinavian Journal of Public Health* 35, 23–30.

Graham, I.D., Brouwers, M., Davies, C. & Tetroe, J. (2007) Ontario Doctors' Attitudes Toward and Use of Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13, 607–615.

Grimshaw, J. & Eccles, M. (2001) Identifying and Using Evidence-Based Guidelines in General Practice. Teoksessa Silagy, C. & Haines, A. (toim.) Evidence-Based Practice in Primary Care. Second edition. BMJ Books: West Sussex, 120–134.

Grimshaw, J.M. & Russell, I.T. (1993) Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations. *Lancet* 342 (8883), 1317–1322.

Grol, R. (1997) Beliefs and Evidence in Changing Clinical Practice. *British Medical Journal* 315 (7105), 418–421.

Grol, R. (2001a) Improving the Quality of Medical Care. Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. *JAMA* 286 (20), 2578–2585.

Grol, R. (2001b) Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care* 39 (8), Supplement 2, II-46–II-54.

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003) From Best Evidence to Best Practice: Effective Implementation of Change in Patient's Care. *Research into Practice I. The Lancet* 362, 1225–1230.

Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2005) Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Edinburgh: Elsevier Butterworth-Heinemann.

Hackman, R. & Oddham, G.R. (1975) Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology* 60 (2), 159–170.

Hampton, J.R. (2003) Guidelines – for the Obedience of Fools and the Guidance of Wise Men? *Clinical Medicine* 3 (3), 279–284.

Harkonmäki, K., Rahkonen, O., Martikainen, P., Silventoinen, K. & Lahelma, E. (2006) Associations of SF-36 Mental Health Functioning and Work and Family Related Factors with Intentions to Retire Early Among Employees. *Occupational and Environment Medicine* 63, 558–563.

Harrison, S., Dowswell, G & Wright, J. (2002) Practice Nurses and Clinical Guidelines in a Changing Primary Care Context: An Empirical Study. *Journal of Advanced Nursing* 39 (3), 299–307.

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Vänskä, J., Halila, H., Sinervi, T., Kivimäki, M. & Elovainio, M. (2008) Health, Psychosocial Factors and Retirement Intentions Among Finnish Physicians. *Occupational Medicine* 58, 406–412.

Hobbs, R. & Erhardt, L. (2002) Acceptance of Guideline Recommendations and Perceived Implementation of Coronary Heart Disease Prevention Among Primary Care Physicians in Five European Countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) Survey. *Family Practice*, 19 (6), 596–604.

Implementing Clinical Practice Guidelines: Can Guidelines be Used to Improve Clinical Practice? (1994) *Effective Health Care* 8 (1).

- Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988) Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: a Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health* 78 (10), 1336–1342.
- Jousilahti, P., Komulainen, J., Hanski, T., Kaila, M. & Ketola, E. (2007) Perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset. *Suomen Lääkärilehti* 37 (62), 3319–3323.
- Kaila, M., Rintanen, H. & Saalasti-Koskinen, U. (2006) Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 19 (61), 2142–2143.
- Karasek, R. A. (1979) Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285–308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Katz, D. (1960) The Functional Approach to the Study of Attitudes. *The Public Opinion Quarterly*, 24 (2), Special Issue: Attitude Change, 163–204.
- Ketola, E., Kaila, M. & Mäkelä, M. (2004) Käypä hoito -suositukset – kokeilusta kulkimiseksi. *Duodecim* 120, 2949–2954.
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Kunnamo, I., Mäkelä, M., Mäntyranta T., Rissanen, P & Varonen, H. (2006) Evidence-Based Medicine Decision Support (EMBeDS) project, 2004–2009. EBMeDS Study Proposal. Saatavilla [www-muodossa: http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=1434](http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=1434). [Viitattu 10.10.2008]
- Kraus, S.J. (1995) Attitudes and the Prediction of Behavior: A Meta-Analysis of the Empirical Literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (1), 58–75.
- Kunnamo, I. (1988) Miksi tarvitaan yleislääketieteen oppikirjaa. *Duodecim* 104, 345–346.
- Kunnamo, I. (2005) Potilaskertomuksen ydintietojen hyödyntäminen päätöksentuessa – potilaskertomuksen ja päätöksentekiskripteiksi koodattujen hoitosuositusten yhteiset rakenne- ja sanomamääritykset. Terveysshanke. Hankeraportti 29.01.2005. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim/Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla [www-muodossa: http://www.kaypahoito.fi/paatoksentuki/paatoksentukiraportti.pdf](http://www.kaypahoito.fi/paatoksentuki/paatoksentukiraportti.pdf). [Viitattu 10.10.2008]
- Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J-P., Teikari, M. & Varonen, H (toim.) 2008. Lääkäriin käsikirja. 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuronen, R., Jallinoja, P., Ilvesmäki, V. & Patja K. (2006) Miten valtimotautiriskejä koskevat suositukset on otettu käyttöön? *Suomen Lääkärilehti* 44 (61), 4571–4577.
- Käypä hoito -suositukset. (2009) Saatavilla [www-muodossa: http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). (Viitattu 12.04.2009)
- Käypä hoito -käsikirja. (2007) Saatavilla [www-muodossa: http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=khk](http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=khk). [Viitattu 27.11.2008]

- Lindfors, P.M., Meretoja, O.A., Töyry, S.M., Luukkonen, R.A., Elovainio, M.J. & Leino, T.J. (2007) Job Satisfaction, Work Ability and Life Satisfaction Among Finnish Anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 51(7), 815–822.
- Luther, S.L., Nelson, A. & Powell-Cope, G. (2004). Provider Attitudes and Beliefs about Clinical Practice Guidelines. *SCINursing*, 21 (4), 206–212.
- Maue, S. K., Segal, R., Kimberlin, C. L. & Lipowski, E.E. (2004). Predicting Physician Guideline Compliance: An Assessment of Motivators and Perceived Barriers. *American Journal of Managed Care* 10 (6): 383–391.
- Mead, P. (2000) Clinical Guidelines: Promoting Clinical Effectiveness or a Professional Minefield? *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 110–116.
- Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S. A., Brunner, E. J., Fuhrer, R. and Marmot, M. G.(2000) Predictors of Early Retirement in British Civil Servants. *Age and Ageing* 29 (6), 529–536.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Moisio P. (2001) Implementation of Guidelines in Primary Health Care: a Challenge for the Municipal Health Centres in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19, 227–231.
- Miilunpalo, S., Toropainen, E. & Mäkinen, M. (2002) Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 118, 613–619.
- Mustajoki, P. (1998) YKT – kymmenessä vuodessa käsitteeksi. Pääkirjoitus. *Duodecim* 114, 101–102.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R.P. & Lappalainen, J. (2003) Hoitosuosituksen toimeenpano. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*. Käypä hoito – suosituksista käytäntöön.. Saatavilla [www- muodossa: http://www.duodecim.fi/koulutus/materiaali/suositusopas.pdf](http://www.duodecim.fi/koulutus/materiaali/suositusopas.pdf). (Luettu 20.05.2008)
- Noblet, A.J., Graffam, J., & McWilliams, J. (2008) Sources of Wellbeing and Commitment of Staff in the Australian Disability Employment Services. *Health & Social Care in the Community* 16 (2), 137–146.
- Nummenmaa, J. (2007) Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1204. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Olson, J.M. & Maio G.R. (2003) Attitudes in Social Behaviour. Teoksessa Millon, T. & Lerner, M. (toim.) *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology*, Vol. 5., New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 299–325.
- Oskamp, S. & Schultz, P.W. (2005) *Attitudes and Opinions*. 3. painos. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Petty, R.E & Cacioppo, J.T. (1981) *Attitude and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Duhquue, IA: Wm.C. Brown.

- Petty, R.E. & Wegener, D.T. (1998) Attitude Change: Multiple Roles for Persuasion Variables. Teoksessa Gilbert, D.T., Fiske, S.T. & Lindzey, G. (toim.) *The Handbook of Social Psychology*, Vol. 1., 4.painos. Boston: McGraw-Hill, 323–390.
- Pogorzelska, M. & Larson, E.L. (2008) Assessment of Attitudes of Intensive Care Unit Staff Toward Clinical Practice Guidelines. *Dimensions of Critical Care Nursing* 27 (1), 30–38.
- Quiros, D., Lin, S. & Larson, E.L. (2007) Attitudes Toward Practice Guidelines Among Intensive Care Unit Personnel: A Cross-Sectional Anonymous Survey. *Heart & Lung* 36 (4), 287–297.
- Ramanujam, R, Abrahamson, K & Anderson, J.G. (2008) Influence of Workplace Demands on Nurses’s Perception of Patient Safety. *Nursing and Health Sciences* 10, 144–150.
- Rees, H, Sipos, A., Spence, M. & Harrison, G. (2002). Attitudes of Psychiatrists to Evidence-Based Guidelines. A questionnaire survey. *Psychiatric Bulletin* 26, 421–424.
- Roine, R.P., Kaila, M., Nuutinen, M., Mäntyranta, T., Nuutinen, L. Auvinen, O. ja Mustajoki, P. (2003) Käypä hoito-suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 199, 399–406.
- Rosenberg, M.J & Hovland, C.I. (1960) Cognitive, Affective, and Behavioral Components of Attitudes. Teoksessa Rosenberg, M.J, Hovland, C.I., McGuire, W.J., Adelson R.P & Brehm, J.W. *Attitude Organization & Change. An Analysis of Consistency among Attitude Components*, 1–14.
- Schnall, P.L., Belkic, K., Lansbergis, P.A & Baker, D. (ed.) (2000). *Occupational Medicine. State of the Art Reviews. The Workplace and Cardiovascular Disease*. Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Shekelle, P.G., Woolf, S.H., Eccles, M & Grimshaw, J. (1999) Developing Guidelines. *British Medical Journal* 318 (27), 593–596.
- Shrout, P.E. & Bolger N. (2003) Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422–445.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürges, H. & Börsch-Supan, A. Quality of Work, Well-being, and Intended Early Retirement of Older Employees – Baseline Results from the SHARE Study. *The European Journal of Public Health* 17 (1), 62–68.
- Sinuff, T., Eva, K.W, Meade, M., Dodek, P., Heyland, D. & Cook, D. (2007) Clinical Practice Guidelines in the Intensive Care Unit: a Survey of Canadian Clinicians’ Attitudes.[Guide de pratique clinique dans les unités de soins intensifs : un sondage sur les attitudes des cliniciens canadiens] *Canadian Journal of Anesthesia* 54, 728–736.
- Solberg, L.I, Brekke, M.L, Fazio, C.J, Fowles, J, Jacobsen, D.N, Kottke, T.E, Mosser, G, O’Connor P.J, Ohnsorg, K.A. & Rolnick, S.J. (2000) Lessons From Experienced Guideline Implementers: Attend to Many Factors and Use Multiple Strategies. *Journal of Quality Improvement* 26 (4), 171–188.

- Sutinen, R. and Kivimäki, M. and Elovainio, M. and Forma, P. (2005) Associations Between Stress at Work and Attitudes Towards Retirement in Hospital Physicians. *Work and Stress* 19 (2), 177–185.
- Tan, K.B.H. (2006) Clinical Practice Guidelines: a Critical Review. *International Journal of Health Care. Quality Assurance* 19 (2), 195–220.
- Thomas, L., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., Soutter, J. & Steen, N. (1998) Effect of Clinical Guidelines in Nursing, Midwifery and the Therapies: a Systematic Review of Evaluations. *Quality in Health Care* 7, 183–191.
- Touzé, E., Saillour-Glenisson, F., Durieux, P., Verdier, A., Leyshon, S., Bendavid, S., Attard, T., Scheimann, A., Mas, J. L. & Coste, J. (2006) Lack of Validity of a French Adaptation of a Scale Measuring Attitudes Towards Clinical Practice Guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 18 (3), 15, 195-202.
- Torpainen, E., Kaila, M., Ketola, E., Luoto R., Rissanen, P. & Mäkelä M. (2006) Käypä hoito -suositusten aiheiden valinta: nykytila ja kehittämistarpeet. *Yleislääkäri* 3 (21), 13–19.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1998) The Job Demand-Control(-Support) Model and Physical Health Outcomes: a Review of the Strain and Buffer Hypotheses. *Psychology and Health* 13, 909–936.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999) The Job Demand-Control(-Support) Model and Psychological Well-Being: a Review of 20 Years of Empirical Research. *Work & Stress* 13 (2), 87–114.
- Van Ham, I., Verhoeven, A.A., Groenier, K.H., Groothoff, J.W. & de Haan, J. (2006) Job Satisfaction Among General Practitioners: A Systematic Literature Review. *European Journal of General Practice* 12, 174–180.
- Varonen, H. Kaila, M. Kunnamo, I. Komulainen J. & Mäntyranta, T. (2006) Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 122, 1174–81.
- Winell, K., Kaila, M. & Mäkelä, M. (2003) Finnish Current Care Guidelines Now Target Tobacco Cessation. *Suomen Lääkärilehti* 27-29 (58), 2983–2984.
- Wolfe, R.M, Sharp, L.K. & Wang R.M. (2004) Family Physicians' Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines. *The Journal of the American Board of Family Practice* 17,150–157.
- Wolf, S. H., Grol, R., Hutchnson, A., Eccles, M & Grimshaw, J. (1999) Potential Benefits, Limitations, and Harms of Clinical Guidelines. *British Medical Journal* 318 (20), 527–530.

Päätöksentuki-hankkeen peruskysely 2006

Hyvä vastaaja,

Kiitos päätöksestäsi vastata kyselyymme! Kaikkiaan kysymyksiä on 26, joista suurin osa sisältää monivalintavaihtoehtoja. Vastaamiseen kuluu aikaa noin vartti. Otamme myös mielellä vastaan palautetta. Vastaa kysymyksiin valitsemalla vain yksi vaihtoehto, jollei ohjeissa toisin mainita.

Sinun on mahdollista keskeyttää kyselyyn vastaaminen niin halutessasi painamalla Keskeytä-painiketta ja jatkaa sen täyttämistä sopivana hetkenä.

SÄHKÖISET TIETOJÄRJESTELMÄT

Seuraavat kysymykset koskevat kokemuksiasi sähköisten tietojärjestelmien käytöstä:

1. Mikä tiedonhakatapa sopii sinulle tällä hetkellä parhaiten?

manuaalinen (lehdet, kirjat, ym. kirjallinen materiaali)

sähköinen

muu, mikä?

2. Kauanko viikottain käytät aikaa työssäsi tarvittavan tiedon hakemiseen?

en ollenkaan

alle 1 tunti

1-2 tuntia

3-4 tuntia

yli 4 tuntia

3. Mistä sähköisistä tietojärjestelmistä haet tietoa työssäsi ja kuinka hyödylliseksi koet tiedon?

	en ole käyttänyt	ei mitään hyötyä	jonkin verran hyötyä	melko paljon hyötyä	erittäin paljon hyötyä
a) Google tai vastaava hakupalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sairaanhoidopiirin hoitoketjut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kirjallisuustietokannat (esim. Pubmed/Medline, Cochrane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lääkärin tietokannat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sairaanhoidajan tietokannat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sähköiset Käypä hoito -suositukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hoidon perusteet (STM) tietokanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Interaktiiviset tietokanta (SFINX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Pharmaca Fennica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j) Joku muu, mikä?

	ei mitään hyötyä	jonkin verran hyötyä	melko paljon hyötyä	erittäin paljon hyötyä
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavat kysymykset koskevat kokemuksiasi sähköisistä potilaskertomusjärjestelmistä:

4. Mitä sähköistä potilaskertomusjärjestelmää/potilaskertomusjärjestelmiä käytät työssäsi? (voit valita useampia vaihtoehtoja)

- Efficia
- Pegasos
- Miranda-Oberon
- Mediatri
- Prowellness
- Muu, mikä
- En käytä mitään sähköistä potilaskertomusjärjestelmää

5. Arvioi eniten käyttämäsi sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöä normaalin työsi eri vaiheissa:

a) Kun työskentelen vastaanottotyössä avaan sähköisen potilaskertomuksen ja asiakastiedot

- ennen asiakkaan tuloa
- vastaanoton kuluessa
- vastaanoton jälkeen
- vain tarvittaessa
- en työskentele vastaanottotyössä

b) Käytän diagnoosikoodeja (voit valita useamman vaihtoehdon)

- en käytä
- käytän ICD 10
- käytän ICPC
- käytän muuta luokitusta, mitä

c) Kirjoitan lääkemääräykset tietokoneella

- aina
- joskus
- en koskaan
- en kirjoita lääkemääräyksiä

d) Teen lähetteet tietokoneella (jos et tee lähetteitä, siirry kohtaan e.)

	1 aina	2 joskus	3 en koskaan
laboratoriolähete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
röntgenlähete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lähete erikoissairaanhoidon tai konsultaatiopyyntö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Potilastietojen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen

- sanelen kaiken
- kirjoitan osan tiedoista itse tietokoneelle, osan sanelen
- kirjoitan kaiken itse tietokoneelle
- en osallistu potilastietojen kirjaamiseen

f) Osastotyössä käytän kierrolla sähköistä potilaskertomusjärjestelmää

- aina
- joskus
- en koskaan
- en työskentele osastotyössä

g) Työyksikössäni on sovittu, että lääkitystietojen ylläpito sähköisessä potilaskertomuksessa on

lääkäriin tehtävä hoitajan tehtävä ei ole sovittu kenenkään tehtäväksi en osaa sanoa

h) Viestitän tutkimustuloksista potilaille useimmiten

puhelimitse kirjeitse, tekstiviestillä tai muilla sähköisillä viestimillä

kontrollikäyntien yhteydessä

en viestitä mitään suoraan potilaalle

Keskeytä

6. Arvioi seuraavissa väittämissä, kuinka tyytymätön tai tyytyväinen olet eniten käyttämäsi sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään?

	1 erittäin tyytymätön	2 melko tyytymätön	3 siltä väliltä	4 melko tyytyväinen	5 erittäin tyytyväinen
a) Potilaskertomuksen tietosisältö vastaa tarpeitani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Järjestelmä tarjoaa tietoja (näytölle tai paperille), joiden sisältö vastaa juuri minun tarpeitani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Järjestelmä on helppokäyttöinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Muita kommentteja

7. Onko sinulla ollut seuraavia ongelmia käyttäessäsi sähköistä potilaskertomusjärjestelmää?

	ei lainkaan	joskus	usein
a) Sama asia täytyy tehdä eri tavoin eri puolilla järjestelmää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Toimintojen ymmärtäminen ja muistaminen on vaikeaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Virheiden korjaaminen on hankalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ohjaus järjestelmän käytössä on puutteellista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Järjestelmä reagoi liian hitaasti käskyihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Halutun tiedon löytäminen on hankalaa tai aikaa vievää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tekstin luettavuus on puutteellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Rutiinitehtävät ovat aikaa vieviä ja edellyttävät liian monia valintoja (valikkojen selausta tai hiiren napsautusta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i) Muu ongelma, mikä

ei lainkaan joskus usein

j) Muita kommentteja

11. Arvioi kuinka usein viimeksi kuluneiden 3 kuukauden aikana olet tietoisesti toteuttanut oman alasi hoitosuosituksia tehdessäsi hoitopäätöksen

	1	2	3	4	5	6	7	
en kertaakaan	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jokaisen potilaan kohdalla

12. Aion toteuttaa oman alani hoitosuosituksia potilaan hoitoa koskevissa päätöksissäni tulevien 3 kuukauden aikana.

	1	2	3	4	5	6	7	
ehdottomasti en	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn	ehdottomasti kyllä

13. Kuinka samaa tai erimielistä olet seuraavien väittämien kanssa: Toteuttamalla hoitosuosituksia kliinisessä päätöksenteossa....

	1 täysin eri mieltä	2	3	4	5	6	7 täysin samaa mieltä
a) tarjoan potilailleni laadukkaampaa hoitoa	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
b) varmistan että kaikki potilaani saavat yhtä hyvän perushoidon	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
c) voin vaikuttaa hoitokustannusten hallintaan	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn

14. Miten seuraavat henkilöt työpaikallasi suhtautuvat siihen, että toteutat oman alasi hoitosuosituksia kliinisessä päätöksenteossa?

	1 ehdottomasti ei pitäisi toteuttaa	2	3	4	5	6	7 pitäisi ehdottomasti toteuttaa
a) Potilaat	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
b) Oma esimieheni	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
c) Työtoverini (lääkärit/hoitajat)	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn

Keskeytä

15. Missä määrin seuraavat asiat vaikuttavat (ehkäisevät tai edistävät) siihen, toteutatko oman alasi hoitosuosituksia kliinisessä päätöksenteossa?

	1 ehkäisee erittäin paljon	2 ehkäisee paljon	3 ehkäisee hieman	4 ei vaikuta	5 edistää hieman	6 edistää paljon	7 edistää erittäin paljon
a) Kiire ja aikapaine	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
b) Suositusten selkeys ja ymmärrettävyys	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
c) Suositusten joustamattomuus (eivät ota huomioon potilaiden yksilöllisiä tarpeita)	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
d) Oman ammattiryhmäni näkemykset huomioitu suositusten laatimisessa	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
e) Suositusten helppo saatavuus	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
f) Suositusten perustuminen tieteelliseen näyttöön	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn

TYÖ

Tässä osassa selvitetään työhösi ja työtyytyväisyytesi liittyviä tekijöitä.

16. Miten hyvin seuraavat väittämät kuvaavat nykyistä työtäsi? Valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto kussakin väittämässä.

	1 täysin eri mieltä	2 joksinkin eri mieltä	3 ei samaa eikä eri mieltä	4 joksinkin samaa mieltä	5 täysin samaa mieltä
a) Voin tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Minulla on paljon sananvaltaa omiin töihini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Minulla on hyvin vähän vapautta päättää, miten teen työni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Työni vaatii erittäin kovaa työntekoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Minulla ei ole tarpeeksi aikaa saada töitäni tehdyksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Työni vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Työni vaatii, että opin uusia asioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Työssäni saan tehdä paljon erilaisia asioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Kuinka usein kukin alla mainittu asia on selvästi häirinnyt, huolestuttanut tai rasittanut sinua työssä viimeisen 6 kk:n aikana?

Valitse "0" (ei koske työtäni) vain jos työhösi ei lainkaan sisälly kysymyksessä esitettyä asiaa (esim. potilastyötä tai päivystystä).

	0 ei koske työtäni	1 erittäin harvoin tai ei koskaan	2 melko harvoin	3 silloin tällöin	4 melko usein	5 erittäin usein tai jatkuvasti
a) Jatkuva kiire ja tekemättömien töiden paine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Liian vähän aikaa työn tekemiseen kunnolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Henkilökunnan määrällinen riittämättömyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Työn pakkotahtisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Päivystykseen osallistuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Konsultointimahdollisuuksien puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Yksintyöskentely	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Muuttuvat sähköiset tietojärjestelmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Hankalat, huonosti toimivat tietotekniset laitteet/ohjelmat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Kun ajattelet kaikkia niitä muutoksia, joita työssäsi on tapahtunut kuluneen 12 kuukauden aikana, miten luonnehtisit tilannetta omalta kannaltasi?

	1	2	3	4	5	6	7	
a) Muutokset ovat olleet pieniä ja vähämerkityksisiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muutokset ovat olleet suuria ja merkityksellisiä.
b) Muutokset ovat olleet enimmäkseen myönteisiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muutokset ovat olleet enimmäkseen kielteisiä.

TAUSTATIEDOT

Taustatiedot sinusta ja työstäsi ovat tärkeitä. Vastaa siksi huolellisesti myös näihin kysymyksiin.

19. Sukupuoli

mies nainen

20. Ikä, vuotta

21. Ammatti

lääkäri

sairaanhoitaja

terveydenhoitaja

fysioterapeutti

muu, mikä

22. Missä työskentelet?

perusterveydenhuollossa (väestövastuu tai listajärjestelmä)

perusterveydenhuollon muussa järjestelmässä

erikoissairaanhoidossa

muualla, missä

23. Millä alueella työskentelet?

Kymenlaakso Pohjois-Savo Keski-Suomi

24. Minkä nimisellä terveysasemalla/klinikalla pääosin työskentelet?

25. Kuinka kauan olet toiminut ko. työssä?

alle 3 kuukautta 3 kuukautta tai yli

26. Päätyöni on potilaiden hoitamista

pääosin noin puoleksi jonkin verran ei ollenkaan

27. Muita kommentteja kyselystä:

Keskeytä

Kiitos vastauksestasi!

Voit lähettää lomakkeen tutkimuksen tekijöille klikkaamalla alla olevaa Lähetä-painiketta.

Lähetä

II TIETEELLINEN ARTIKKELI

TYÖN PIIRTEET JA HOITOSUOSITUSASENTEET TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISILLA

Korhonen Heidi, Kortteisto Tiina, Kaila Minna, Rissanen Pekka, Elovainio Marko

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa kuvailtiin ja vertailtiin lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien (n= 687) hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä. Taivotteena oli tutkia, toimivatko työn piirteet välittävinä (ns. mediaattoreina) tai muovaavina (ns. moderaattoreina) tekijöinä ammatin ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Aineiston keruumenetelmänä oli sähköpostikysely. Hoitosuositusasenteita tutkittiin Elovainion ym. (1999) kehittämällä mittarilla ja työn kuormittavuutta Karasekin (1979) työn vaatimusten ja hallinnan mallilla. Lisäksi tutkittiin työntekijöiden kokemuksia sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista. Asennoituminen hoitosuosituksia kohtaan oli yleisesti myönteistä. Työn kuormittavuus sekä kokemukset työhön liittyvästä sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista olivat yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan. Joitakin ammattiryhmäkohtaisia eroja esiintyi. Huomiota tulisi kiinnittää työolojen kehittämiseen uusien toimintakäytäntöjen omaksumista edistäviksi.

ENGLISH SUMMARY

Health care professionals' job characteristics and attitudes towards clinical guidelines

The aim of the study was to describe and compare doctors' and nurses' job characteristics and their attitudes towards clinical guidelines. We also examined the mediating or moderating effect of job characteristics on the relationship between profession and attitudes. The data (n=687) were collected using an electronic survey carried out between November 2006 and May 2007 in two hospital districts and one joint municipal authority of health care in Finland. Attitudes towards guidelines were assessed by Attitudes towards guidelines scale (Elovainio et al. 1999) and job characteristics with the Job Demand–Control model by Karasek (1979). The professionals' experiences of lack of social support and problems with information technology were also examined. Data were analysed using variance analysis and χ^2 -test.

In general, the health care professionals' attitudes of clinical guidelines were rather positive. Job strain, lack of social support, and problems with information technology were associated with negative attitudes toward guidelines. However, there were differences between professions. Health care organisations may benefit from considerations of how job characteristics and work community affect staffs' attitudes toward changes in clinical practices. Attention should be paid especially on those who considered their work stressful.

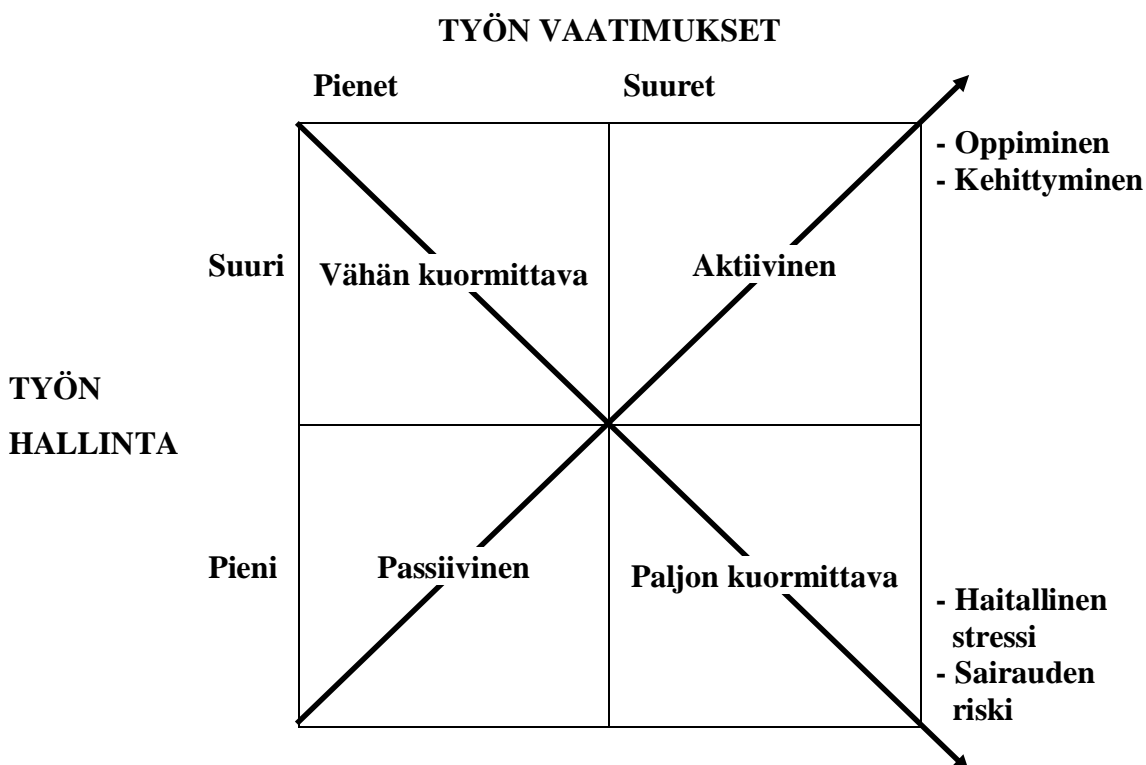
JOHDANTO

Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden systemaattisesti laatimia kannanottoja, joiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattilaista ja potilasta tekemään päätöksiä asianmukaisesta hoidosta (Field ja Lohr (toim.)1992). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii yhteistyössä erikoislääkärijärjestöjen kanssa suomalaiseen terveydenhuoltoon soveltuvia Käypä hoito -suosituksia, jotka ovat tarkoitettu niin terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn tueksi kuin alueellisten hoito-ohjelmien perustaksi. Ensimmäinen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 1997 ja tällä hetkellä suosituksia on olemassa 93 (Käypä hoito 2009). Suositukset ovat helposti saatavilla internetin kautta ja ne julkaistaan painettuina useissa terveydenhuollon ammattilaisille suunnatuissa lehdissä (Mäntyranta ym. 2003). Hoitosuosituksia on osoitettu tehokkaaksi keinoksi parantaa potilaiden saaman hoidon laatua (Grimshaw ja Russell 1993, Thomas ym.1998). Niiden avulla on mahdollista ylläpitää terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoa, vähentää terveydenhuollon palveluiden tarjonnassa ilmenevää vaihtelua, hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua sekä kehittää hoitoprosesseja (Woolf ym.1999).

Hoitosuositusten eduista huolimatta niiden käyttö on ollut vähäistä tai vähintäänkin siinä on ilmennyt huomattavaa vaihtelua (Grol 2001, Miilunpalo ym. 2001; 2002, Roine ym. 2003, Kaila ym. 2006, Kuronen ym. 2006, Francke ym. 2008). Hoitosuositusten käytön vakiinnuttaminen osaksi käytännön työtä on osoittanut vaativaksi prosessiksi (Feder ym. 1999, Mäntyranta ym. 2003, Grol ym. 2005, Francke ym. 2008). Hoitokäytäntöjen muuttamisen esteitä voi olla monella tasolla. Yksittäisen ammattilaisen tiedot, taidot, asenteet ja hoidon sosiaalinen konteksti, kuten potilaat, kollegat ja esimiehet saattavat vaikuttaa valmiuteen muuttaa hoitokäytäntöjä. Myös organisaatioon liittyvillä tekijöillä, kuten sen rakenteilla, saatavilla olevilla resursseilla ja työilmapiirillä näyttäisi olevan vaikutusta siihen, miten muutoksiin suhtaudutaan. (Grol 1997, Solberg ym. 2000, Grol ja Grimshaw, Grol ym. 2005, Francke ym. 2008.) Aiempien tutkimusten mukaan hoidon sosiaaliseen kontekstiin, työn piirteisiin ja organisaatioon liittyvät tekijät ovat osoittautuneet erityisen merkityksellisiksi hoitokäytäntöjen muuttamisessa. Ne vaikuttavat paitsi mahdollisuuksiin toimia uusien käytäntöjen mukaan myös asenteisiin muutoksia kohtaan. (Cabana ym. 1999.)

Karasek (1979) ja Karasek ja Theorell (1990) ovat kuvanneet työn vaatimusten ja hallinnan mallilla (The Job Demand–Control model) työn piirteitä, jotka voivat olla toi-

saalta työntekijää kuormittavia toisaalta työntekijän oppimista edistäviä. Malli tunnetaan myös työn kuormittavuutta kuvaavana mallina (The Job Strain model). Mallin mukaan yksilön työssä kehittymiseen ja kokemukseen työn aiheuttamasta kuormituksesta vaikuttavat olennaisesti kaksi tekijää: työn vaatimukset ja työn hallinta (Kuvio 1). Työn hallintaan sisältyy mahdollisuus itsenäiseen päätöksentekoon ja omien taitojen käyttämiseen työtehtävissä. Työn vaatimuksiin kuuluu puolestaan esimerkiksi työajan riittämättömyydestä ja työtehtävistä aiheutuva kuormitus.



Kuvio 1. Työn hallinnan ja vaatimusten malli (Karasek 1979).

Työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaan tunne työn hallinnasta vähentää työntekijän kokemaa työn kuormittuneisuutta ja edesauttaa hänen oppimistaan. Työn psyykkiset vaatimukset puolestaan lisäävät paitsi oppimista myös työn aiheuttamaa stressiä. Työssä kehittymisen ja työmotivaation kannalta suotuisin vaihtoehto mallin mukaan on aktiivinen työ, jossa työntekijälle asetetaan korkeita vaatimuksia, mutta jossa hänellä on myös mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Aktiivinen työ koetaan haasteellisena ja se vahvistaa työntekijän oppimista, työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. Vähän kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat vähäiset, mutta työn hallinta on korkea, työntekijällä on vähemmän mahdollisuuksia hyödyntää tietojaan ja taitojaan. Seurauksena voi olla työntekijän turhautuminen työhönsä. Passiivisessa työssä, jossa sekä työn hallinta

että vaatimukset ovat vähäiset, riskeinä ovat tietojen, taitojen ja oppimiskyvyn heikkeneminen sekä pelko muutoksia kohtaan. Psykkinen kuormittuneisuus ja terveyden heikentyminen uhkaavat puolestaan paljon kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat korkeat, mutta vaikutusmahdollisuuksia on vähän. Tällaisessa työssä myös mahdollisuudet uusien asioiden oppimiseen ovat vähäiset. (Karasek 1979, Karasek ja Theorell 1990.)

Työn vaatimusten ja hallinnan malliin on myöhemmin lisätty työyhteisöstä saatavan sosiaalisen tuen ulottuvuus (Karasek ja Theorell 1990). Sosiaalisen tuen vaikutusten oletetaan olevan yhdensuuntaisia työn hallinnan kanssa: ne vähentävät työstä aiheutuva psykkinen kuormittuneisuus ja edesauttavat oppimista. Työssä kehittymisen ja työn aiheuttaman kuormittuneisuuden kannalta epäedullisimpana nähdään työ, jossa yhdistyvät korkeat vaatimukset, vähäiset hallinnan mahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki. Työstä aiheutuva kuormittuneisuus on mahdollista vähentää ja työsuorituksia parantaa muuttamalla työn vaatimuksia ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia työhön sekä lisäämällä työntekijöiden mahdollisuuksia saada tukea työyhteisöltä.

Tässä tutkimuksessa kuvailtiin ja vertailtiin lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitosuositusasenteita ja kokemuksia työoloista. Lisäksi tutkittiin, ovatko työn piirteet välittäviä (ns. mediaattorimalli) tai muovaavia (ns. moderaattorimalli) tekijöitä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Työn piirteitä tarkasteltiin edellä esitetyn työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaisesti sekä tutkimalla työntekijöiden kokemuksia sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista. Tutkimus on osa Sähköisen päätöksentuen (EBMeDS, Evidence Based Medicine electronic Decision Support) -hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää, testata ja arvioida terveydenhuollon ammattilaisille suunnattua potilaskertomusjärjestelmiin integroitavaa sähköistä päätöksentukijärjestelmää (Kortteisto ym. 2006). Tietokoneavusteisen päätöksentukijärjestelmän perustana ovat näyttöön perustuvat hoitosuosituksiset, joihin järjestelmä yhdistää potilaskohtaista tietoa (Varonen ym. 2006).

AINEISTO JA MENETELMÄT

Sähköisen päätöksentuen -hankkeessa toteutettiin marraskuun 2006 ja toukokuun 2007 välisenä aikana sähköpostikysely, jossa selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia sähköisen päätöksentukijärjestelmän käyttöönottamiseksi. Kysymykset koskivat sähköisten tieto- ja potilaskertomusjärjestelmien käyttöä, hoitosuositusasenteita ja suositusten käyttöä sekä terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia työstään. Kyselylomake esitettiin ennen sen lähettämistä tutkittaville.

Aineisto kerättiin Kymenlaakson ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä sekä Saarijärvi-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymässä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, joissa päätöksentukijärjestelmää on kehitetty. Tutkimusjoukko muodostui lääkäreistä, sairaanhoitajista ja muista terveydenhuollon ammattilaisista, joiden koulutus vastasi vähintään nykyistä ammattikorkeakoulututkintoa, poissulkien suun terveydenhuollon, laboratorion ja kuvantamisen ammattilaiset. Poikkeuksena oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, jossa päätöksentukijärjestelmä testattiin diabeteksen hoidon tietojärjestelmässä (Prowellness), ja näin ollen kysely lähetettiin vain diabeteksen hoitoon osallistuville ammattilaisille.

Kysely lähetettiin sähköpostitse kaikkiaan 2 252 terveydenhuollon ammattilaiselle. Uusintakyselyt lähetettiin kahdesti niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn. Kyselyyn vastasi 806 työntekijää, joten vastausprosentiksi muodostui 36. Tämän tutkimuksen aineiston muodostivat lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien (n=687) vastaukset hoitosuositusasenteita ja työoloja koskeviin kysymyksiin.

Asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin Stakesin ja RAND:in yhteistyössä kehittämällä 14 osiota sisältävällä mittarilla (Attitudes towards guidelines scale, AGS). Mittari koostuu seitsemästä ulottuvuudesta, joista kukin sisältää kaksi väittämää. Väittämät liittyvät suositusten käyttöönottoa edistäviin ja estäviin tekijöihin. Väittämiin vastataan 7-portaisella asteikolla, jossa arvo 1 ilmaisee, että vastaaja on väittämän kanssa täysin eri mieltä ja arvo 7, että vastaaja on täysin samaa mieltä. (Elovainio ym. 1999.) Mittarin seitsemän ulottuvuutta ja aineistostamme niille lasketut reliabiliteettikertoimet (Cronbach's alpha) on kuvattu taulukossa 1. Cronbach's alpha- kerroin kuvaa summamuuttujien osioiden yhdenmukaisuutta. Mitä lähempänä arvoa 1 kerroin on, sitä yhdenmukaisempina osioita pidetään. (Cambell ja Machin 1999.)

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat ja niille aineistosta lasketut reliabiliteettikertoimet (Cronbach's alpha).

Attitudes towards guidelines scale (AGS)

Yleinen asennoituminen suosituksia kohtaan (0.65)

Hoitosuositusten hyödyllisyys (0.63)

Hoitosuositusten luotettavuus (0.69)

Ammatillisen pätevyyden puute hoitosuositusten käyttöönottamiseksi ja ryhmän kielteinen asenne suosituksia kohtaan (0.44)

Organisaation kielteinen asenne hoitosuosituksia kohtaan (0.52)

Hoitosuositusten epäkäytännöllisyys (0.71)

Hoitosuositusten huono saatavuus (0.54)

Työn piirteet

Työn taitovaatimukset ¹ (0.74)

Työn autonomia ¹ (0.80)

Työn vaatimukset ¹ (0.82)

Sosiaalisen tuen puute (0.62)

Tietotekniset ongelmat (0.77)

¹ sisältyy Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten malliin

Taulukossa 1 on esitetty myös tähän tutkimukseen mukaan otetut työoloja kuvaavat summamuuttujat. Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten malliin sisältyvät työn vaikutusmahdollisuuksia kuvaavat ulottuvuudet: työn taitovaatimukset ja työn autonomia sekä työn vaatimuksia kuvaava ulottuvuus. Nämä summamuuttujat muodostuivat kukin kolmesta väittämästä, joihin vastattiin asteikolla 1–5 (1=täysin eri mieltä, 5= täysin sama mieltä). Työntekijöiden kokemuksta sosiaalisesta tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista tutkittiin kahdella väittämällä, joihin vastattiin asteikolla 0–5 (0=ei koske työtäni, 1=erittäin harvoin tai ei koskaan, 5=erittäin usein tai jatkuvasti). Sosiaalista tuen puutetta kuvanneet väittämät liittyivät työntekijöiden kokemuksiin yksintyöskentelystä ja konsultaatiomahdollisuuksien puutteesta ja tietoteknisiä ongelmia kuvanneet väittämät liittyivät kokemuksiin muuttuvista sähköisistä tietojärjestelmistä sekä hankalasti ja huonosti toimivista tietoteknisistä laitteista tai ohjelmista.

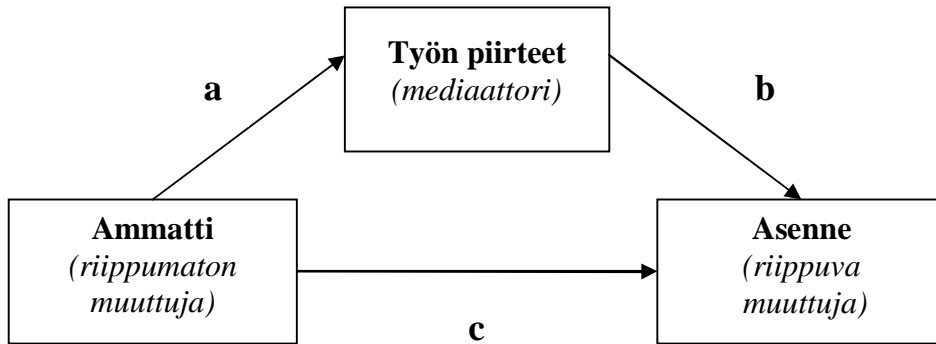
Tilastolliset analyysit

Hoitosuositusasenteita, sosiaalisen tuen puutetta ja tietoteknisiä ongelmia koskevien summamuuttujien muodostamisen edellytyksenä oli vastauksen saaminen kahteen väittämään. Sosiaalisen tuen puutetta ja tietoteknisiä ongelmia kuvaavien vastausten analysoimiseksi vastausvaihtoehdoista rajattiin pois vaihtoehto 0 (ei koske työtäni). Näin ollen asteikko alkoi arvosta 1 (ei koskaan tai harvoin). Hoitosuositusasenteita tarkastel-

tiin lisäksi kaikkien asenneulottuvuuksien vastausten kokonaiskeskiarvona, jota varten kielteiset väittämät käännettiin. Ammattiryhmien välisiä eroja hoitosuositusasenteissa sekä kokemuksissa sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknistä ongelmista tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja Bonferronin parivertailutestillä. Samoja menetelmiä hyödynnettiin tarkasteltaessa ikäryhmittäisiä eroja kaikkien vastanneiden osalta sekä ikäryhmittäisiä ja terveydenhuoltoalakohtaisia eroja ammattiryhmittäin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja oli mahdollista analysoida vain lääkäreiden ja sairaanhoitajien osalta, koska kaikki terveydenhoitajat yhtä lukuun ottamatta edustivat perusterveydenhuoltoa. Tarkastelua varten luotiin neliluokkainen muuttuja (1=perusterveydenhuollon lääkäri, 2=erikoissairaanhoidon lääkäri, 3=perusterveydenhuollon hoitaja, 4=erikoissairaanhoidon hoitaja).

Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten mallin mukaisen nelikentän muodostamiseksi työn autonomiaa ja taitovaatimuksia koskevat väittämät yhdistettiin työn hallintaa kuvaavaksi muuttujaksi. Työn hallintaa kuvaava summamuuttuja muodostui näin ollen kuudesta väittämästä ja sen laskemisen edellytyksenä oli vastauksen saaminen vähintään viiteen kuudesta väittämästä. Työn vaatimuksia kuvaava summamuuttuja laskettiin, mikäli vastaaja oli vastannut kaikkiin kolmeen väittämään. Työn hallinta määriteltiin vähäiseksi, mikäli sille annettu arvo jäi alle mediaanin. Jos työn hallintaa kuvaava arvo oli yhtä suuri tai suurempi kuin mediaani, määriteltiin työn hallinta suureksi. Samalla tavoin määriteltiin työn vaatimukset joko vähäisiksi tai suuriksi. Työn kuormittavuutta kuvaava muuttuja muodostettiin edelleen työn hallintaa ja työn vaatimuksia kuvaavien muuttujien avulla edellä esitetyn kuvion 1 mukaisesti. Ammattiryhmien välisiä eroja työn kuormittuneisuudessa tarkasteltiin χ^2 -testillä.

Työn piirteiden mediaattori- ja moderaattorihypoteesien testauksessa käytettiin kaksisuuntaista varianssianalyysia. Mediaattorilla viitataan välittävään muuttujaan, jonka vaikutuksesta riippumattoman ja riippuvan muuttujan välille syntyy yhteys. Moderaattori puolestaan kuvaa muuttujaa, joka vaikuttaa riippumattoman ja riippuvan muuttujan suhteen suuntaan ja/tai voimakkuuteen. (Baron ja Kenny 1986.) Muuttuja toimii mediaattorina, mikäli se täyttää seuraavat ehdot 1) riippumaton muuttuja vaikuttaa riippuvaan muuttujaan tilastollisesti merkitsevästi (c) 2) riippumaton muuttuja vaikuttaa merkitsevästi mediaattoriin (a) 3) mediaattori vaikuttaa riippuvaan muuttujaan (b) ja 4) kun mediaattorin vaikutus on kontrolloitu, riippuvan ja riippumattoman muuttujan suhde muuttuu (Kuvio 2).



Kuvio 2. Mediaattorimalli työn piirteistä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa.

Kokonaismediaatio toteutuu, mikäli riippumattomalla muuttujalla ei ole enää vaikutusta riippuvaan muuttujaan, kun mediaattori lisätään malliin. Osittaisesta mediaatiosta on kyse silloin, kun riippumaton muuttuja ennustaa mediaattorin lisäksi merkitsevästi riippuvan muuttujan vaihtelua. (Shrout ja Bolger 2002.) Moderaatio toteutuu, kun riippumattoman muuttujan ja moderaattorin yhdysvaikutus on tilastollisesti merkitsevä (Baron ja Kenny 1986).

Mediaattoritestaus tehtiin hierarkkisenä mallina siten, että ikävakioidun ammattiryhmä - muuttujan jälkeen malliin lisättiin vuorollaan kukin työn piirteitä kuvaavista muuttujista: työn kuormittuneisuus (Malli 1), sosiaalisen tuen puute (Malli 2) ja tietotekniset ongelmat (Malli 3). Moderaatio testattiin lisäämällä edellä mainittuihin malleihin vielä ammattiryhmän ja työn piirteiden yhdysvaikutustermit.

Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS 15.0 for Windows -ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin arvoa <0.05 . Mikäli tarkasteltavien ryhmien hoitosuositusasenteet erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan, raportoitiin varianssi-analyysin perusteella saadut p-arvot. Bonferronin parivertailutestin tulokset raportoitiin sanallisesti. Mediaatio- ja moderaatiotestauksen tulokset esitettiin työn kuormittavuuden osalta ryhmäkeskiarvoina ja p-arvoina. Sosiaalisen tuen puutetta ja tietoteknisiä ongelmia kuvaaville summamuuttujille raportoitiin p-arvojen lisäksi β - kertoimet. Tulosten raportoinnissa merkinnällä \bar{x} viitataan keskiarvoon ja merkinnällä sd keskihajontaan.

TULOKSET

Tutkimusjoukko

Kyselyyn vastanneista terveydenhuollon ammattilaisista lääkäreitä oli 135 (16,9 %), sairaanhoitajia 406 (50,8 %) ja terveydenhoitajia 146 (18,3 %) (Taulukko 2). Valtaosa heistä oli naisia. Lääkäreiden keski-ikä oli 46 (sd=8,9), sairaanhoitajien 43 (sd=4,3) ja terveydenhoitajien 48 (sd=7,9) vuotta. Kyselyyn vastasi lähes sama määrä niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon lääkäreitä. Sairaanhoitajista lähes kaksi kolmasosaa työskenteli erikoissairaanhoidossa, kun taas terveydenhoitajista kaikki yhtä lukuun ottamatta edustivat perusterveydenhuoltoa.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien taustatiedot.

	Lääkärit (n=133-135) n (%)	Sairaanhoitajat (n=398-406) ¹ n (%)	Terveydenhoitajat (n=145-146) ¹ n (%)
Sukupuoli			
naiset	80 (59)	373 (93)	144 (99)
Ikä			
alle 35	12 (9)	68 (17)	11 (8)
35–44	48 (36)	139 (35)	38 (26)
45–54	49 (37)	154 (39)	69 (48)
yli 54	24 (18)	37 (9)	27 (19)
Terveydenhuoltoala			
Perusterveydenhuolto	67 (50)	157 (39)	144 (99)
Erikoissairaanhoito	65 (49)	247 (61)	–
Muu	2 (1)	1 (–)	1 (1)
Sairaanhoitopiiri			
Kymeenlaakso	60 (45)	243 (60)	54 (37)
Pohjois-Savo	69 (51)	145 (36)	75 (51)
Keski-Suomi	6 (4)	18 (4)	17 (12)

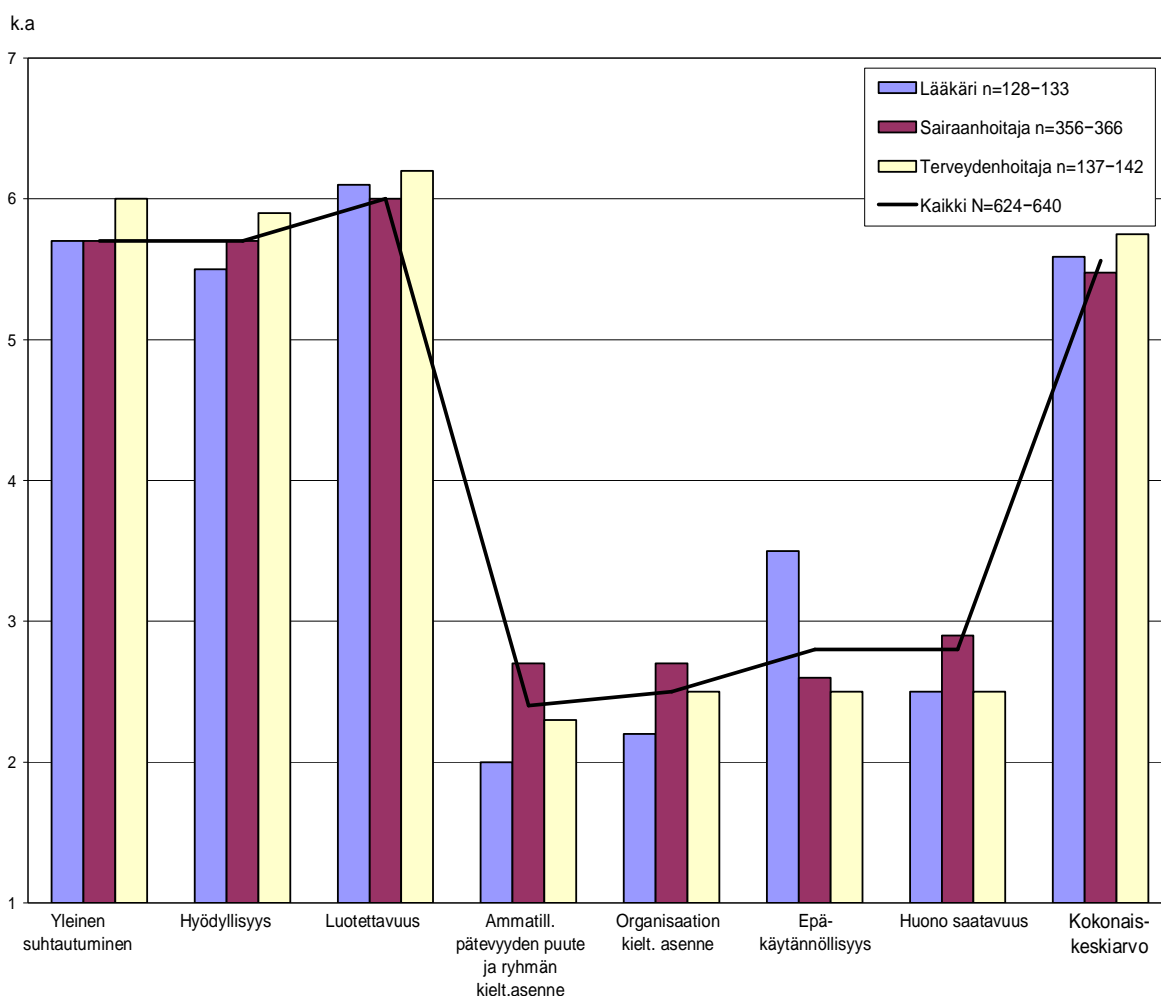
¹ vastanneiden määrät vaihtelivat kysymyksittäin

Tutkimukseen osallistumatta jättäneistä aiheutuvan kadon selvittämiseksi vertasimme kyselyyn vastanneita lääkäreitä, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia kaikkiin kyseisten ammattiryhmien edustajiin, joille kysely lähetettiin. Vertailu oli mahdollista tehdä ammattia, sukupuolta, terveydenhuoltoalaa ja sairaanhoitopiiriä kuvaavien jakaumien osalta. Vertailu osoitti, että terveydenhoitajien vastausprosentti (53 %) kyselyyn oli muita korkeampi (sairaanhoitajilla 34 % ja lääkäreillä 29 %). Naislääkärit olivat puolestaan vas-

tanneet kyselyyn aktiivisemmin kuin mieskollegansa (34 % vrt. 24 %). Sairaanhoitajista perusterveydenhuollossa työskentelevät olivat vastanneet kyselyyn hieman useammin kuin erikoissairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (36 % vrt. 32 %). Sen sijaan eri ammattiryhmien suhteellinen osuus tutkimukseen osallistuneista vastasi heidän suhteellista osuutta kussakin sairaanhoitopiirissä ja kuntayhtymässä.

Hoitosuositusasenteet

Suhtautuminen hoitosuositukseen oli yleisesti myönteistä (Kuvio 3). Suosituksia pidettiin hyödyllisinä ja luotettavina. Eniten kriittisyyttä esiintyi suositusten käytännöllisyyttä ja saatavuutta kohtaan.



Kuvio 3. Asenteet hoitosuosituksia kohtaan lääkäreillä, sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla (keskiarvo, asteikko 1–7, 1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä, kokonaiskeskiarvon laskemiseksi kielteiset väittämät on käännetty).

Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja (p-arvot <0.01) kaikkien paitsi suositusten luotettavuutta kuvaavan ulottuvuuden suhteen (p=0.088). Terveydenhoitajat suhtautuivat suosituksiin lääkäreitä ja sairaanhoitajia myönteisemmin ja he piti-

vät suosituksia myös hyödyllisempinä kuin muut. Sairaanhoitajat kokivat muita useammin, että heidän ammatillinen pätevyytensä oli riittämätön hoitosuosittelun hyödyntämiseksi, ja että heidän ammattiryhmänsä jäsenillä oli kielteinen asenne hoitosuosittelua kohtaan. Myös terveydenhoitajat olivat tätä mieltä yleisemmin kuin lääkärit. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat arvioivat koko organisaation hoitosuositteluasenteet kielteisemmiksi kuin lääkärit. Lisäksi sairaanhoitajat raportoivat terveydenhoitajia ja lääkäreitä useammin ongelmista hoitosuosittelun saatavuudessa. Lääkärit puolestaan pitivät hoitosuosituksia epäkäytännöllisempinä kuin hoitajat.

Ikäryhmittäisiä eroja hoitosuositteluasenteissa ei ollut, kun huomioitiin kaikki kyselyyn vastanneet. Myös ikäryhmittäiset erot eri ammattiryhmissä olivat vähäisiä. Terveydenhoitajista 55-vuotiaat ja sitä vanhemmat olivat 35–44-vuotiaita kollegojaan useammin yhtä mieltä väittämästä, jonka mukaan heidän ammatillinen pätevyytensä suosittelun käyttämiseksi oli riittämätön ja ryhmän asenteet hoitosuosittelua kohtaan olivat kielteiset ($p=0.001$). Sairaanhoitajilla ikäryhmittäisiä eroja ei esiintynyt, kuten ei myöskään lääkäreillä.

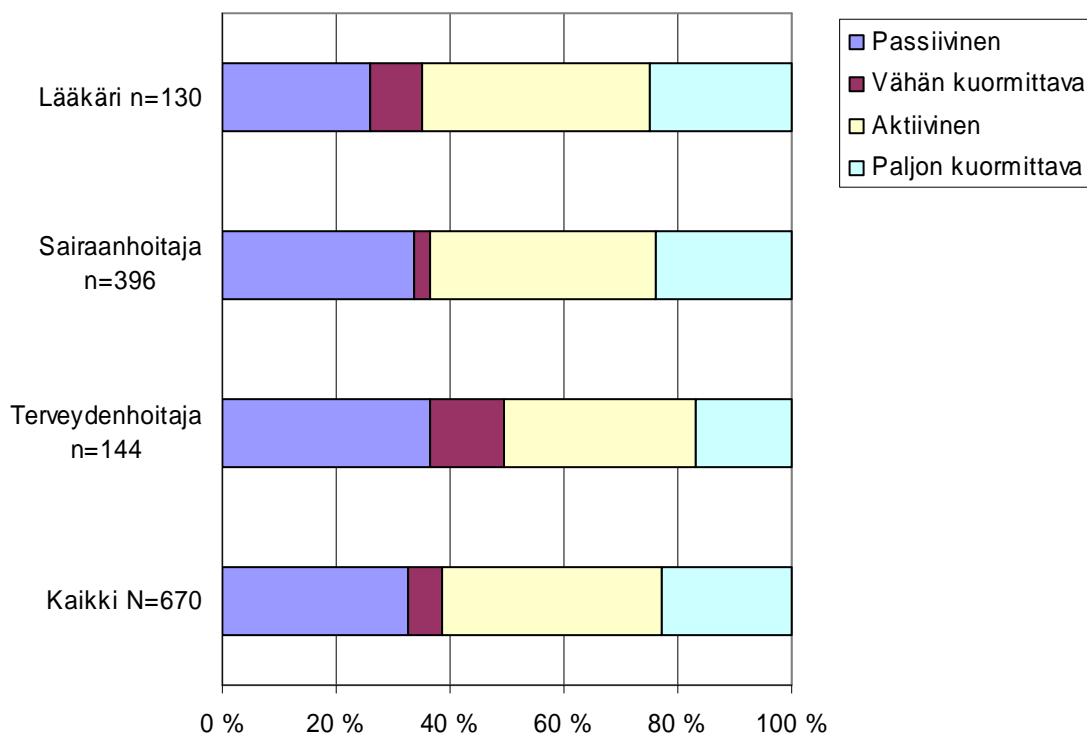
Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien hoitajien asenteet erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikkien seitsemän hoitosuosittelun ulottuvuuden suhteen (p -arvot <0.01). Perusterveydenhuollon hoitajien arviot hoitosuosittelusta olivat kaikkien ulottuvuuksien suhteen myönteisemmät kuin erikoissairaanhoitajien. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien lääkäreiden asenteet eivät sen sijaan eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi minkään ulottuvuuden suhteen.

Ammattiryhmien välinen tarkastelu osoitti lääkäreiden pitävän suosituksia epäkäytännöllisempinä kuin sairaanhoitajat sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (p -arvo <0.001). Lisäksi erikoissairaanhoidossa hoitajat arvioivat lääkäreitä useammin oman ammattitaitonsa puutteelliseksi suosittelun käyttämiseksi sekä ammattiryhmänsä ja organisaation asenteet hoitosuosittelua kohtaan kielteisimmiksi (p -arvot <0.001). He raportoivat useammin myös ongelmista suosittelun saatavuudessa ($p<0.001$).

Työn piirteet

Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien eroja ($p<0.001$) työn kuormittuneisuudessa on kuvattu kuviossa 4. Lääkäreistä ja sairaanhoitajista 40 % kuului luokkaan

aktiivinen (työn hallinta ja työn vaatimukset suuret). Terveystenhoitajista tähän luokkaan kuului vähän yli kolmannes. Yleisimmin terveydenhoitajat sijoittuivat luokkaan passiivinen (työn hallinta ja vaatimukset pienet). Työnsä paljon kuormittavaksi kokevien osuus lääkäreistä ja sairaanhoitajista oli neljäsosa ja terveydenhoitajista hieman alle viidesosa. Eroja erikois- ja perusterveydenhuollon tai eri ikäryhmien välillä ei ollut, kun huomioitiin kaikki vastanneet. Vastaavien erojen tarkastelu saman ammattiryhmän edustajien välillä ei ollut mahdollista, koska osa ryhmistä jäi liian pieniksi χ^2 -testin toteuttamiseksi.



Kuvio 4. Lääkärien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työn kuormittuneisuus, %-osuudet vastanneista.

Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden ja sairaanhoitajien mukaan sosiaalisen tuen puute haittasi heidän työtään harvoin (molemmilla $\bar{x}=2,2$, $sd=1,0$). Terveystenhoitajat raportoivat sosiaalisen tuen puutteesta useammin ($\bar{x}=2,6$, $sd=1,1$, $p=0.001$). Ikäryhmittäisiä tai terveydenhuoltoalakohtaisia eroja ei esiintynyt. Tietotekniset ongelmat haittasivat terveydenhuollon ammattilaisten työtä sosiaalisen tuen puutetta yleisemmin ($\bar{x}=2,9$, $sd=1,1$). Ne kuormittivat erityisesti lääkäreitä ($\bar{x}=3,4$, $sd=1,1$, $p<0.001$). Ammattiryhmien välinen tarkastelu osoitti tietoteknisten ongelmien rasittavan useammin lääkäreitä kuin sairaanhoitajia sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa (p -arvot <0.01). Ammattiryhmäkohtainen tarkastelu puolestaan osoitti tietoteknisten ongelmien

olevan yleisempiä erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa työskentelevillä sairaanhoitajilla ($p < 0.001$).

Mediaattoritestaus

Kun ammattiryhmä-muuttuja ikävakioidiin, osoittautui ammatilla olevan yhteys kaikkiin asenneulottuvuuksiin (p -arvot < 0.05). Taulukossa 3 on esitetty hoitosuositusasenteita kuvaavat keskiarvot työn eri kuormittuneisuusluokissa ammattiryhmittäin sekä kaikkien vastanneiden osalta. Taulukosta käy ilmi, että työnsä paljon kuormittavaksi kokevien asenteet hoitosuosituksia kohtaan olivat yleisesti muita kielteisemmät. Erityisesti näin oli sairaanhoitajien kohdalla.

Työn kuormittuneisuuden mediaattoritestaus (Malli 1) osoitti ammatin yhteyden säilyvän kaikkiin asenneulottuvuuksiin lukuun ottamatta suositusten luotettavuutta (Taulukko 4.). Työn kuormittavuus toimi osittaisena mediaattorina kolmen ulottuvuuden suhteen: ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne, organisaation kielteinen asenne ja suositusten huono saatavuus. Näiden ulottuvuuksien suhteen työnsä paljon kuormittaviksi kokevien asenteet hoitosuosituksia kohtaan olivat muita kielteisemmät.

Sosiaalisen tuen puute toimi osittaisena mediaattorina neljän asenneulottuvuuden kohdalla: ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne, organisaation kielteinen asenne, suositusten epäkäytännöllisyys ja suositusten huono saatavuus (Malli 2). Tietotekniset ongelmat toimivat puolestaan osittaisena mediaattorina kaikkien paitsi suositusten luotettavuutta kuvaavan ulottuvuuden osalta, jonka kohdalla toteutui kokonaismediaatio (Malli 3). Mediaattoritestaus osoitti työn kuormittavuuden, sosiaalisen tuen puutteen ja tietoteknisten ongelmien olevan yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan. Ammatin ja työn piirteiden selitysosuudet asenteista jäivät malleissa kuitenkin melko alhaisiksi.

Taulukko 3. Lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteet työn kuormittuneisuuden suhteen (kaksisuuntainen varianssianalyysi, keskiarvot (\bar{x}) ja keskihajonnat (sd), kokonaiskeskiarvon laskemiseksi kielteiset väittämät on käännetty)

		Yleinen suhtautuminen	Hyödyllisyys	Luotettavuus	Ammatill. pätevyyden puute ja ryhmän kielt. asenne	Organisaation kielt. asenne	Epäkäytännöllisyys	Huono saatu vuus	Kokonaiskeskiarvo
	n	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)
Lääkäri (123-127)									
<i>Passiivinen</i>	33–34	5.7 (1.0)	5.4 (1.0)	5.9 (0.7)	2.0 (0.9)	2.2 (1.2)	3.4 (1.4)	2.3 (1.0)	5.6 (0.8)
<i>Vähän kuormittava</i>	10–11	5.7 (0.7)	5.9 (0.8)	6.4 (0.4)	2.0 (0.8)	2.0 (0.5)	3.6 (1.4)	2.5 (0.7)	5.7 (0.5)
<i>Aktiivinen</i>	46–49	5.7 (1.0)	5.6 (1.0)	6.2 (1.0)	1.8 (0.7)	2.1 (1.0)	3.4 (1.2)	2.1 (0.9)	5.7 (0.6)
<i>Paljon kuormittava</i>	32–33	5.7 (0.9)	5.6 (0.9)	6.0 (0.8)	2.1 (0.9)	2.1 (1.1)	3.6 (1.5)	2.8 (1.4)	5.5 (0.9)
Sairaanhoitaja (345-354)									
<i>Passiivinen</i>	115–119	5.7 (1.0)	5.7 (0.9)	6.0 (0.9)	2.5 (1.0)	2.5 (1.0)	2.6 (1.1)	2.9 (1.3)	5.6 (0.8)
<i>Vähän kuormittava</i>	10–11	5.9 (0.5)	5.9 (0.5)	6.1 (0.6)	2.3 (0.8)	2.1 (1.0)	2.2 (0.9)	2.0 (0.6)	5.9 (0.5)
<i>Aktiivinen</i>	138–142	5.8 (1.0)	5.7 (0.9)	6.0 (0.9)	2.6 (1.0)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)	2.9 (1.4)	5.5 (0.8)
<i>Paljon kuormittava</i>	80–83	5.4 (0.9)	5.5 (0.9)	5.8 (0.8)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	2.8 (1.0)	3.1 (1.4)	5.2 (0.7)
Terveydenhoitaja (134-139)									
<i>Passiivinen</i>	47–50	6.1 (0.7)	5.9 (0.6)	6.1 (0.8)	2.2 (0.9)	2.3 (1.1)	2.5 (1.2)	2.3 (0.9)	5.8 (0.6)
<i>Vähän kuormittava</i>	17–18	6.0 (0.8)	6.1 (0.6)	6.3 (0.6)	2.3 (1.2)	3.0 (1.2)	2.2 (0.9)	2.6 (1.1)	5.8 (0.6)
<i>Aktiivinen</i>	46–48	5.9 (0.9)	5.9 (0.7)	6.1 (0.8)	2.2 (0.9)	2.4 (1.0)	2.5 (1.2)	2.5 (1.1)	5.8 (0.7)
<i>Paljon kuormittava</i>	22–23	6.0 (0.6)	5.7 (0.7)	6.2 (0.6)	2.8 (1.1)	2.9 (1.0)	2.8 (1.1)	2.8 (1.3)	5.5 (0.6)
Kaikki (605-619)									
<i>Passiivinen</i>	197–202	5.8 (0.9)	5.7 (0.9)	6.0 (0.8)	2.4 (1.0)	2.4 (1.0)	2.7 (1.2)	2.7 (1.2)	5.6 (0.8)
<i>Vähän kuormittava</i>	38–40	5.9 (0.7)	6.0 (0.6)	6.3 (0.6)	2.2 (1.0)	2.5 (1.1)	2.6 (1.2)	2.4 (0.9)	5.8 (0.5)
<i>Aktiivinen</i>	231–238	5.8 (1.0)	5.7 (0.9)	6.1 (0.9)	2.3 (1.0)	2.5 (1.1)	2.8 (1.2)	2.7 (1.3)	5.6 (0.7)
<i>Paljon kuormittava</i>	135–139	5.6 (0.8)	5.6 (0.8)	5.9 (0.8)	2.9 (1.1)	2.8 (1.1)	3.0 (1.2)	3.0 (1.4)	5.3 (0.8)

Taulukko 4. Ammatin ja työn piirteiden yhteys hoitosuositusasenteisiin (kaksisuuntainen varianssianalyysi, p-arvot, jatkuvien muuttujien β -kertoimet ja mallin selitysaste R^2)

	Malli 1			Malli 2				Malli 3			
	<u>Ammatti¹</u>	<u>Kuormittuneisuus</u>	R^2	<u>Ammatti¹</u>	<u>Sosiaalisen tuen puute</u>		R^2	<u>Ammatti¹</u>	<u>Tietotekniset ongelmat</u>		R^2
	p-arvo	p-arvo		p-arvo	β	p-arvo		p-arvo	β	p-arvo	
Yleinen asennoituminen	0.001	0.241	.024	0.002	-.017	0.671	.016	0.005	-.150	<0.001	.051
Hyödyllisyys	0.006	0.083	.023	0.003	-.017	0.648	.017	0.030	-.138	<0.001	.048
Luotettavuus	0.055	0.183	.014	0.006	-.064	0.064	.020	0.085	-.149	<0.001	.047
Ammatill. pätevyyden puute ja ryhmän kielt. asenne	<0.001	<0.001	.123	<0.001	.151	<0.001	.087	<0.001	.156	<0.001	.109
Organisaation kielt. asenne	<0.001	0.001	.056	<0.001	.141	0.003	.038	<0.001	.192	<0.001	.073
Epäkäytännöllisyys	<0.001	0.227	.039	<0.001	.148	0.003	.108	<0.001	.232	<0.001	0.122
Huono saatavuus	<0.001	0.032	.038	<0.001	.115	0.040	.028	<0.001	.275	<0.001	.069
Kokonaiskeskiarvo²	0.001	<0.001	.046	0.001	-.094	0.003	.032	0.001	-.097	<0.001	.091

¹ ikävakioitu

² kielteiset väittämät käännetty

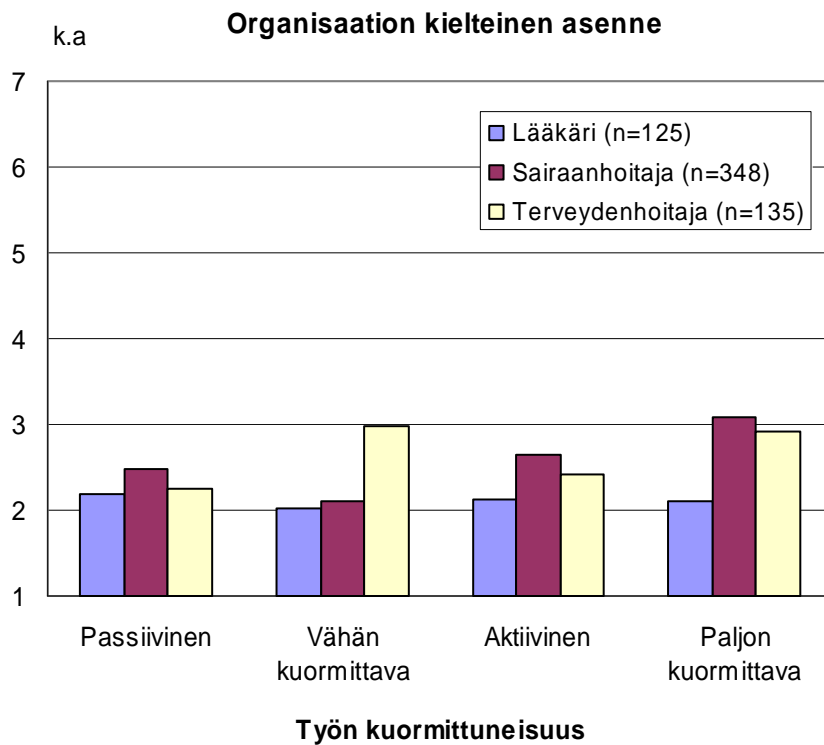
Malli 1= ammatti ja työn kuormittuneisuus

Malli 2= ammatti ja sosiaalisen tuen puute

Malli 3= ammatti ja tietotekniset ongelmat

Moderaattoritestaus

Työn piirteiden moderaattoritestaus osoitti ammatilla ja työn kuormittavuudella olevan yhdysvaikutusta organisaation kielteistä asennetta kuvaavan hoitosuositusulottuvuuden suhteen ($p=0.042$, $R^2=.067$, Kuvio 5). Työnsä paljon kuormittavaksi kokevat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat arvioivat organisaation asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin lääkärit. Myös työnsä vähän kuormittavaksi kokevat terveydenhoitajat pitivät työyhteisönsä asenteita hoitosuosituksia kohtaan kielteisempinä kuin työn kuormittavuudeltaan vastaavat sairaanhoitajat ja lääkärit.



Kuvio 5. Organisaation kielteistä asennetta kuvaavat keskiarvot lääkäreillä ja hoitajilla työn kuormittuneisuuden suhteen (asteikko 1–7, 1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä)

Ammatilla ja tietoteknisillä ongelmilla oli yhdysvaikutusta ammatillisen pätevyyden puutetta ja ryhmän kielteistä asennetta kuvaavan ulottuvuuden suhteen ($p=0.011$, $R^2=.120$). Mitä enemmän sairaanhoitajat kokivat tietoteknisten ongelmien haittaavan työtään, sitä kielteisemmiksi he arvioivat ammatillisen pätevyytensä hoitosuositusten käyttämiseksi sekä ammattiryhmänsä hoitosuositusasenteet ($\beta= .195$, $p=0.001$). Ammatilla ja sosiaalisen tuen puutteella ei yhdysvaikutusta esiintynyt

POHDINTA

Lääkäreiden ja hoitajien yleinen suhtautuminen hoitosuositukseen oli myönteistä ja suositukset arvioitiin luotettaviksi ja hyödyllisiksi. Ongelmia nähtiin eniten suositusten saatavuudessa ja niiden käytännöllisyydessä. Hoitajat kokivat lääkäreitä useammin puutteita omassa ammatillisessa pätevytydessään suositusten käyttämiseksi ja he arvioivat ammattiryhmänsä ja koko organisaation asenteet suosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin lääkärit. Positiivisimmin suositukseen suhtautuivat terveydenhoitajat ja kriittisimmin sairaanhoitajat. Tuloksemme ovat yhdensuuntaisia aiempien lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteita selvittäneiden tutkimusten kanssa (Elovainio ym. 1999, 2000, 2001; Roine ym. 2003; Kuronen ym. 2006). Vertailu aiempiin tutkimuksiin osoittaa suositukseen liittyvien ongelmien säilyneen varsin samanlaisina. Näin siitä huolimatta, että viimeisen vuosikymmenen aikana informaatioteknologian käyttömahdollisuudet ovat yleistyneet ja monipuolistuneet, hoitosuosituksen kehittämistyöhön on panostettu ja suosituksista tiedottamisessa on hyödynnetty useita julkaisukanavia. Tulevaisuudessa huomiota tulisi kiinnittää erityisesti hoitajien valmiuksiin ja mahdollisuuksiin hyödyntää hoitosuosituksia työssään.

Terveydenhuollon ammattilaisten työoloja koskevat tulokset osoittivat, että lääkäreistä ja sairaanhoitajista enemmistön ja terveydenhoitajista reilun kolmanneksen työtä voitiin kuvata aktiiviseksi työksi. Aktiivisen työn on arvioitu luovan parhaat edellytykset työhön sitoutumiseen ja haluun kehittyä työssä. Työolojen osalta yllättävänä tuloksena voidaan pitää passiiviseksi luonnehditun työn yleisyyttä: terveydenhoitajista ja sairaanhoitajista noin kolmanneksen ja lääkäreistä neljänneksen työtä voitiin kuvata passiiviseksi. Paljon kuormittava työ luonnehti lääkäreistä ja sairaanhoitajista neljäsosan ja terveydenhoitajista hieman alle viidenneksen työtä. Paljon kuormittavan työn seurauksena työntekijän mahdollisuudet uusien asioiden oppimiseen voivat heikentyä ja hänen työkykynsä alentua.

Tulostemme mukaan työn piirteet toimivat yleisesti välittävinä tekijöinä (ns. mediaattorimalli) ammatin ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Työn kuormittavuus sekä kokemukset työhön liittyvästä sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista olivat yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan. Työn piirteiden yhteys asenteisiin erosi kuitenkin osittain ammattiryhmien välillä (ns. moderaattorimalli). Työnsä paljon kuormittavaksi kokevat hoitajat arvioivat organi-

saationsa asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin lääkärit. Myös terveydenhoitajat, joiden työn vaatimukset olivat vähäiset, mutta joiden työn hallinta oli korkea, pitivät organisaation asenteita kielteisempinä kuin työn kuormittavuudeltaan vastaavat sairaanhoitajat ja lääkärit. Sairaanhoitajilla tietotekniset ongelmat olivat yhteydessä kielteisiin arvioihin omasta ammatillisesta pätevyydestä suositusten käyttämiseksi ja ammattiryhmänsä hoitosuositusasenteista.

Tuloksemme tukevat Elovainion ym. (2001) tutkimusta työn piirteiden, muutoksen toteutustavan ja psyykkisten stressioireiden vähäisyyden yhteydestä hoitosuositusasenteisiin. Työn piirteet osoittautuivat Elovainion ym. (2000, 2001) tutkimusten mukaan erityksen merkityksellisiksi hoitosuositusten käytön kannalta. Aiemmin myös Aarons (2005) ja Aarons & Sawitsky (2006) ovat osoittaneet organisaatiokulttuurin ja työilmapiirin olevan yhteydessä asenteisiin näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä kohtaan.

Tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää sitä, että siinä selvitettiin lääkäreiden hoitosuositusasenteiden lisäksi sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteita, joita on tutkittu vähemmän. Toiseksi, asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin validoidulla mittaristolla (Elovainio ym. 1999). Tutkimusjoukko oli myös melko suuri (n=687) ja se edusti kahta sairaanhoitopiiriä ja yhtä terveydenhuollon kuntayhtymää. Lisäksi tutkimuksessamme tavanomaista lähestymistapaa hoitosuositusasenteiden kuvailusta laajennettiin asenteisiin vaikuttaviin tekijöihin, työn piirteisiin.

Tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta heikentää alhainen vastausprosentti (36 %). Kysely toteutettiin sähköisesti. Tällä tavoin toteutetussa tiedon keruussa haasteena ovat tutkittavien tavoitettavuus ja heidän kiinnostuksensa herättäminen tutkimukseen osallistumiseksi (Rhodes ym. 2003). Tutkimustuloksiin on saattanut vaikuttaa myös tutkittavien taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia heidän todellisia asenteitaan ja kokemuksiaan kuvaavien vastausten sijaan. Kolmanneksi, kyselylomakkeen pituuden pitämiseksi kohtuullisena, kyselyyn otettujen työoloja koskevien kysymysten määrää rajoitettiin. Tämä saattaa selittää osaltaan esimerkiksi passiiviseksi luonnehditun työn yleisyyttä aineistossamme. Työn vaatimuksia koskeneet kysymykset liittyivät työssä koettuun kiireeseen ja aikarajoitteisiin. Kuitenkin myös erilaisten asiakassuhteiden ja niihin liittyvien vaatimusten on osoitettu olevan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten kokemukseen työn kuormittuneisuudesta (Laine ym. 2006; Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Tulostemme perusteella muodostuneisiin käsityksiin terveydenhuollon ammattilaisten hoitosuositusasenteista ja työoloista ovat saattaneet vaikuttaa eroavuudet tutkimukseen osallistuneiden ja osallistumatta jättäneiden välillä. Ensinnäkin, mieslääkäreiden alhainen vastausprosentti herättää kysymyksen mahdollisista eroista nais- ja mieslääkäreiden suhtautumisessa hoitosuositukseen ja työhön liittyvissä kokemuksissa. Toiseksi, tulostemme perusteella muodostunut käsitys hoitosuositusasenteista voi olla todellisuutta myönteisempi. Terveydenhoitajat osallistuivat tutkimukseen selvästi lääkäreitä ja sairaanhoitajia useammin ja heidän suhtautumisensa suosituksia kohtaan oli kaikkein positiivisinta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemminkin (Elovainio ym. 2001). Lisäksi perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien vastausprosentti kyselyyn oli erikoissairaanhoitajia korkeampi ja heidän hoitosuositusasenteensa olivat niin ikään positiivisemmat.

Tuloksemme osoittivat, että työn piirteet ovat yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten hoitosuositusasenteisiin. Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin myös pitkittäistutkimusten avulla saatua tietoa työn liittyvien tekijöiden ja työyhteisöjen merkityksestä uusien hoitokäytäntöjen edistämiseksi ja käyttöönotossa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää työnsä kuormittavaksi kokeviin työntekijöihin ja heidän työolojensa kehittämiseen uusien toimintakäytäntöjen oppimista tukeviksi.

KIRJALLISUUS

Aarons G. Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2005;14:255-71.

Aarons G, Sawitsky, A. Organisational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychol Serv* 2006;3:61-72.

Baron R., Kenny D. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51:1173-82.

Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P-A, Rubin H. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.

Campbell M.J, Machin D. Medical statistics. A commonsense approach. Third edition. John Wiley & Sons Ltd, Chichester 1999.

Elovainio M, Eccles M, Mäkelä M. Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. Teoksessa Thorsen T, Mäkelä M. (toim.) *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. Danish Institute for Health Services Research and Development. Raport 99.05, 1999:153-67.*

Elovainio M, Marjukka 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.

Elovainio M, Sinervo T, Pekkarinen L. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskukseen aiheita-monistesarja 1/2001, Helsinki.

Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728-30.

Field M, Lohr K. (toim.) *Guidelines for clinical practice. From development to use. Committee on Clinical Practice Guidelines. National Academies Press, Washington, DC 1992.*

Francke A.L, Smit M.C, de Veer A.JE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Informat Decis Making* 2008;8:38.

Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.

Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418-21.

- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39:Supplement 2:II-46–54.
- Grol R, Grimshaw J. From Best Evidence to Best Practice: Effective Implementation of Change in Patient' s Care. *Research into Practice I. Lancet* 2003;362:1225–30.
- Grol R., Wensing M, Eccles M. *Improving Patient Care. The implementation of change in clinical practice.* Elsevier Butterworth-Heinemann, Edinburgh 2005.
- Kaila M, Rintanen H, Saalasti-Koskinen U. Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril* 2006;19:2142–43.
- Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Q* 1979;24:285–308.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books, Inc., Publishers, New York 1990.
- Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, Kunnamo I, Mäkelä M, Mäntyranta T, Rissanen P, Varonen H. Evidence-based medicine decision support (EMBeDS) project, 2004–2009. EBMeDS study proposal. 2006.
http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=1434. [Luettu 23.3.2009]
- Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. Miten valtimotautiriskejä koskevat suositukset on otettu käyttöön? *Suom Lääkäril* 2006;44:4571–77.
- Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/>. [Luettu 19.5.2009]
- Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, Raitoharju K, Suomala T. *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005.* Työterveyslaitos 2006. http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/358C8DAC-116D-42A5-905B-DDB0E7CF10BA/0/Tyoolot_ja_hyvinvointi_sosiaali_ja_terveysalalla_2005.pdf [Luettu 23.4.2009]
- Miilunpalo S, Toropainen E, Moisio P. Implementation of guidelines in primary health care: a challenge for the municipal health centres in Finland. *Scand J of Prim Health Care* 2001;19:227–31.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 2002;118:613–19.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Marjukka M, Roine R.P, Lappalainen J. Hoitosuositusten toimeenpano. Käypä hoito -suosituksista käytäntöön. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 2003. <http://www.duodecim.fi/koulutus/materiaali/suositusopas.pdf>. [Luettu 17.2.2009]
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L. ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos 2006.
http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/8435263D-4EEC-42AE-AE68-FB7B3B4E9A94/0/tyo_ja_terveys_2006_taulukkoraportti.pdf. [Luettu 23.4.2009]

Roine R, Kaila M, Nuutinen M, Mäntyranta T, Nuutinen L, Auvinen O, Mustajoki P. Käypä hoito-suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 2003;199:399–406.

Rhodes S, Bowie D, Hergenrather, K. Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:68–73.

Shrout P, Bolger N. Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychol Methods* 2002;7 :422–45.

Solberg L, Brekke M, Fazio C, Fowles J, Jacobsen D, Kottke T, Mosser G, O'Connor P, Ohnsorg, K & Rolnick S. Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *J of Quality Improvement* 2000;26:171-88.

Thomas L, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen, N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review of evaluations. *Qual Health Care* 1998;7:183–91.

Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J, Mäntyranta T. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 2006;122:1174–81.

Wolf S, Grol R, Hutchnson A, Eccles M, Grimshaw, J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527–30.

III PROSESSIKUVAUS PRO GRADU -TUTKIELMAN TEKEMISESTÄ

Terveystieteen laitoksen Sähköisen päätöksentuen tutkimushankkeessa (2006–2009) toteutettiin vuosina 2006–2007 kyselytutkimus terveydenhuollon ammattilaisille koskien sähköisten tieto- ja potilaskertomusjärjestelmien käyttöä, hoitosuositusasenteita ja suositusten käyttöä sekä terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia työoloista. Tutkimustuloksia raportoimaan haettiin pro gradu-tutkielman tekijää. Sain tutkielmani aiheen Sähköisen päätöksentuki -hankkeen tutkimusryhmän jäseniltä. Työni ohjaajina toimivat Sähköisen päätöksentuki -hankkeen tutkimusryhmän jäsen dosentti Minna Kaila ja kyselylomakkeen laadintaan osallistunut dosentti Marko Elovainio. Tieteellisen artikkelin kirjoittamiseen osallistuivat edellisten lisäksi tutkija Tiina Kortteisto ja professori Pekka Rissanen.

Aloitin pro gradu-tutkielmani tutustumalla tutkielmani aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja laatimalla kirjallisuuskatsauksen. Tämän jälkeen sain palautetta työstäni ohjaajiltani ja ennen kaikkea arvokasta täsmennystä tutkimuskysymysten asettamiseen. Tilastollisten analyysien tekemisessä tukenani oli terveystieteen laitoksella työskentelevä tilastotieteilijä. Kirjoitettuani artikkeliluonnoksen lähetin sen kommentoitavaksi artikkelin muille kirjoittajille ja tein täsmennyksiä ja täydennyksiä artikkeliin saamani palautteen perusteella. Muilta artikkelin kirjoittajilta sain myös idean siitä, mihin lehteen artikkeli soveltuisi julkaistavaksi. Päädyimme lähettämään artikkelin Sosiaalilääketieteelliseen aikakauslehteen. Saimme 26. toukokuuta tiedon lehden päätoimittajalta, että käsikirjoitus on välitetty arvioijille.